

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Marie Hrubcová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Marie Hrubcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O MUŽE S ANOREXIÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Helena Kovandová

KLATOVY 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Klatovech: 28.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji za odborné vedení bakalářské práce Bc. Heleně Kovandové, za poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ANOTACE	10
ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MENTÁLNÍ ANOREXIE	13
1.1 ETIOLOGIE	13
1.2 PROJEVY A PŘÍZNAKY	14
1.3 SOMATICKÉ SOUVISLOSTI MENTÁLNÍ ANOREXIE	14
2 FAKTORY ONEMOCNĚNÍ	15
2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY	15
2.2 SOCIÁLNÍ FAKTORY	16
2.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	17
3 DIAGNOSTICKÁ KRITERIA	17
3.1 KLINICKÝ A LABORATORNÍ OBRAZ	18
3.2 POSOUZENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI A BMI	18
4 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE	20
4.1 KARDIOVASKULÁRNÍ KOMPLIKACE	20
4.2 RENÁLNÍ KOMPLIKACE	20
4.3 KOSTERNÍ KOMPLIKACE.....	21
4.4 ENDOKRINNÍ KOMPLIKACE	21
4.5 METABOLICKÉ KOMPLIKACE	21
5 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE	22
5.1 HOSPITALIZACE	22
5.2 AMBULANTNÍ LÉČBA	23
5.3 PSYCHOTERAPIE	23
5.4 FARMAKOTERAPIE	24
6 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU MENTÁLNÍ ANOREXIE U MUŽŮ	24
6.1 NESPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM Z POHLEDU MŮŽE.....	25
6.2 VÝŽIVOVÉ ZVYKLOSTI MUŽŮ U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	25

6.3	POHYBOVÁ AKTIVITA U MUŽE S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ.....	25
6.4	DŮSLEDKY DLOUHODOBÉHO HLADOVĚNÍ MUŽE	26
7	VÝŽIVA ČLOVĚKA	26
7.1	SLOŽENÍ STRAVY	27
8	ÚZIS – INFORMACE STATISTICKÉHO ÚŘADU MZ ČR.....	29
9	ANABELL – OBČANSKÉ SDRUŽENÍ.....	30
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
10	CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
11	METODA VÝZKUMU	32
12	VÝBĚR OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU	34
13	CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	35
14	KAZUISTIKA	36
14.1	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY	38
14.2	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU	42
15	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	44
15.1	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	44
15.2	HODNOCENÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	47
16	EDUKAČNÍ PLÁNY	48
17	DISKUZE	50
	ZÁVĚR	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55

ANOTACE

Příjmení a jméno: Hrubcová Marie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o muže s anorexií

Vedoucí práce: Bc. Helena Kovandová

Počet stran: 56

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy – mentální anorexie – diety – kasuistika – BMI – léčba – ošetrovatelská péče – edukace

Bakalářská práce „Ošetrovatelská péče o muže s anorexií“ se věnuje problematice poruch příjmu potravy u mužů a zabývá se komplexní ošetrovatelskou péčí.

Práce je rozdělena na praktickou a teoretickou část. V teoretické části je definováno psychiatrické onemocnění mentální anorexie, jsou popsány její projevy a příznaky, rizikové faktory ovlivňující vznik mentální anorexie u mužů, diagnostická kritéria, možné zdravotní komplikace a léčba onemocnění. Je zde zmíněna výživa člověka a složení stravy. Informuje o statistických údajích onemocnění a seznamuje nás s Občanským sdružením Anabell. Praktická část navrhuje realizaci plánu ošetrovatelské péče zpracovaný metodou ošetrovatelského modelu a vyhledává možné ošetrovatelské problémy.

Annotation

Surname and name: Hrubcová Marie

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The treatment care about men with anorexia

Konsultant: Bc. Helena Kovandová

Numer of pages: 56

Number of literature items used: 27

Key words: eating disorders – anorexia nervosa – dieting – case study – BMI – treatment – nursing care – education

Bachelor work „Nursing care of men with anorexia“ deals with the issue of eating disorders by men and complex nursing care.

The work is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part is defined psychiatric disorder anorexia nervosa, described the signs and symptoms, risk factors influencing the emergence of anorexia nervosa by men, diagnostic criteria, possible medical complications and treatment of disease. There is mention human nutrition and diet. It informs about the statistics of disease and introduces us to the civic association Anabell. Practical part proposes plan acute nursing care treated by the nursing model and it's searches for possible nursing problems.

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala ošetrovatelskou péči o muže s anorexií. Toto téma je velmi zajímavé, protože v dnešní společnosti jsou poruchy příjmu potravy, do kterých patří mentální anorexie velice častým onemocněním. Měla jsem možnost setkat se ve svém okolí s několika dívkami, které s poruchami příjmu potravy bojovaly a stále bojují. Proto jsem se chtěla o tomto problému dozvědět co nejvíce a zjistit specifika u takto nemocného muže. Je dokázáno, že se jedná o onemocnění velmi závažné, proto bychom ho neměli podceňovat a bagatelizovat. Jsou ti, kteří touží po změně postavy, i když to nepotřebují. A i přes velmi nebezpečné riziko trápí své tělo rychlým a úmyslným hubnutím v důsledku hladovění či nedostatečného množství hodnotné stravy při dodržování různých diet. Postupně je narušován psychický, sociální a profesionální život nemocných. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Na začátku teoretické části je popsána charakteristika mentální anorexie, vyjmenovány projevy a příznaky onemocnění, dále faktory onemocnění biologické, sociální a psychologické. Následují diagnostická kritéria onemocnění zjišťována vyšetřením klinického a laboratorního obrazu. Při posouzení stavu výživy využíváme indexu tělesné hmotnosti BMI. Následně jsou rozebrány zdravotní někdy i život ohrožující kardiovaskulární, renální a kosterní komplikace. Léčba mentální anorexie je rozdělena na léčbu během hospitalizace, i když většinou dáváme přednost léčbě ambulantní a součástí léčby je též psychoterapie a léčba farmakologická. Zvláštní kapitolou jsou příčiny a rizikové faktory vzniku mentální anorexie u mužů, výživové zvyklosti a pohybová aktivita mužů a důsledky dlouhodobého hladovění. Pro zdraví je důležitá vyvážená strava, která obsahuje bílkoviny, cukry, tuky, vlákninu, vodu, vitamíny a minerály. Dále popisuji aktuální statistické informace o počtu pacientů v psychiatrických zařízeních s diagnózou mentální anorexie, které jsem získala na internetových stránkách ÚZIS. Poradenství, pomoc a podporu zajišťuje pro nemocné s poruchami příjmu potravy Občanské sdružení Anabell.

V praktické části je vymezen cíl kvalitativního výzkumu a položeny výzkumné otázky. Je zde zpracována kazuistika a sestaven plán ošetrovatelské péče o muže s onemocněním mentální anorexie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Pro mentální anorexii je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí. Toto hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobé malnutrice, případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, někdy spojené se zvracením. Přítomny jsou rovněž psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, porucha tělového schématu spojená s nereálným přesvědčením o tom, že pacient má nadváhu. (Hort, 2000).

Mentální anorexie je onemocnění, které zasáhne do života jedince na dobu mnoha let, a to jen v případě šťastného konce, kdy se jedinec úspěšně vyléčí. Zdaleka ne každému pacientovi se podaří ke šťastnému konci dospět. Podstata mentální anorexie je velmi složitá a prostupuje mnoha oblastmi lidského těla i duše. Následně se pokusím přiblížit nejdůležitější a významné charakteristiky této nemoci.

1.1 ETIOLOGIE

Tělesná váha je udržována nejméně patnáct procent pod předpokládanou hmotností, ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo. Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.

Přítomna je specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

Rozsáhlá endokrinní porucha zahrnující hypotalamo pituitární gonádovou osu, se projevuje u žen amenoreou a u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence, výjimkou je vaginální krvácení navozené hormonální terapií. Mohou se také vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizonu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna. (Hort, 2000).

1.2 PROJEVY A PŘÍZNAKY

Onemocnění mentální anorexii doprovází řada příznaků, jak fyzických, tak i psychických. Omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu, užívání anorektik a diuretik Fyzické symptomy, jako je postupně vzniklá extrémní vyhublost, bledost nebo jemné ochlupení zvané lanugo, jsou pro vnějšího pozorovatele zjevnější. Symptomy, které nejsou na první pohled vidět, však bývají závažnější.

U jedinců se postupně přestává objevovat pocit hladu, omezeno je vnímání bolesti. Dochází tak vlastně k selhávání signálů vlastního těla, které jsou zásadní pro přežití. Typickým příznakem je negativní a patologické vnímání těla. Jedinci se chovají tak, jako by trpěly nadváhou. Připadají si tlustší, než ve skutečnosti jsou a obava z přibrání má svou vlastní logiku, kterou nepostižený člověk stěží pochopí. (Papežová, 2010).

Jedná se o poruchu jednání vztahující se k jídlu a o percepční poruchu – odlišné vnímání vlastního těla a tělesných proporcí. Jde o závažné, obtížně léčitelné vnímání vlastního těla a tělesných proporcí. Vznikají nejčastěji v dospívání a jejich výskyt se celosvětově dramaticky zvyšuje.

Mentální anorexie v počátečním stadiu vzbuzuje dojem péče o tělesnou váhu formou snižováním denních porcí jídla. Mentální anorexie je nechutenství způsobené přehnanými obavami vytvořenými představou měřítek kladených na tělesné tvary. Proto k poklesu hmotnosti dochází výrazně a rychle, až ve většině případů vyústí naprostou vychrtlostí. Rychlost rozvoje onemocnění je individuální. (Krch, 2002)

Pro potvrzení mentální anorexie není nutné, aby byly přítomny všechny příznaky.

1.3 SOMATICKÉ SOUVISLOSTI MENTÁLNÍ ANOREXIE

Jde o psychosomatické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu. V popředí je omezení výživy se všemi důsledky. Bývá přítomna kachexie, dosahující i pod BMI 12. Somatické příznaky také bývají prvními symptomy, které zaujmou rodiče. Bývá to amenorea, vypadávání vlasů, nápadná suchá kůže a zvýšená lomivost nehtů. Z gastrointestinálních symptomů lze jmenovat bolesti břicha a zácpu. Tělesným vyšetřením zjišťujeme často bradykardii a arytmií. Metabolické změny jsou výslednicí nutričního strádání. (Hort, 2000).

Mentální anorexie má ze své podstaty nejvíce somatických komplikací ze všech psychiatrických onemocnění a také má nejvyšší mortalitu.

2 FAKTORY ONEMOCNĚNÍ

Při vzniku mentální anorexie hraje roli mnoho společně působících faktorů. Rizikové faktory známe, ale to, jak se vzájemně ovlivňují, která jsou nadřazená ostatním a podobně, zatím není jednoznačné. Mentální anorexie je s největší pravděpodobností multifaktoriální.

V pozadí onemocnění lze vidět rizikové faktory psychosociální (věk, pohlaví, etnikum), osobnostní (emocionalita, perfekcionismus, výbušnost, nízké sebehodnocení) a genetické. (Papežová, 2010).

Svou roli jako pozadí problému hrají vlivy společenské, jako je ideál zdravého štíhlého těla, zaměření na výkon, úspěch tedy tzv. západní hodnotový systém. Onemocnění se objevuje zejména v zemích s nadbytkem a snadnou dostupností potravy.

2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Jedním z faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví, kde je riziko vzniku onemocnění vyšší. Ženy se více zabývají tělesným vzhledem, zatímco muži jeví větší zájem o svaly a sílu. Ženy ve všech věkových skupinách mají vyšší tendenci k tloustnutí, během dospívání přibývají na tělesném tuku, zatímco muži spíše na svalové hmotě. (Krch, 1999).

Typickým vývojovým obdobím pro počátek vzniku mentální anorexie je období dospívání (adolescence). Zahrnuje věkové rozmezí od 15 do 22 let. Dospívání je obdobím, kdy si jedinec začíná uvědomovat sám sebe, vzrůstá zájem o druhé pohlaví, chce se líbit, snaží se prosadit mezi vrstevníky. Sebevědomí dospívajícího je labilnější, často závislé na tom, co mu kdo řekne. Adolescence je charakterizována nejen výraznými psychickými změnami, ale dochází i k dramatickému tělesnému růstu, přibývá tukových zásob a tělesná hmotnost se zvyšuje. (Hrdličková, 2010).

Puberta a období dospívání lze tedy považovat za období kumulace řady rizikových faktorů, ze kterých pramení mimořádný stres. (Krch, 1999).

Souvislost mentální anorexie s rodinným systémem jedince je často diskutovaným tématem. Někteří odborníci uvádí, že role funkčnosti rodiny je rizikem

onemocnění spíše vedlejším faktorem, jiní považují za faktor nejdůležitější. Teorie kladoucí přílišný důraz na vliv rodiny zpochybnil například František Krch, který je zastáncem názoru, že neexistuje typický rodinný model pro vznik mentální anorexie či jiné poruchy příjmu potravy. Na druhé straně připouští, že v rodinách jedinců s poruchami příjmu potravy se lze častěji setkat s dietami, obezitou, posedlostí zdravou výživou. Ve své publikaci popsal dva typy anorektických matek, ty jsou podle něj hyperprotektivní, obtěžující nebo dominantní. (Krch, 1999).

Problémovou rodinu (rozvod, nedostatek citů, alkoholismus, psychické onemocnění jednoho z rodičů, chybějící rodič v rodině), často také popisují vylčení jedinci v kasuistikách o mentální anorexii.

V rodinách anorektiků lze nalézt typická traumata a rodinné konstelace, ve kterých rodiče neposkytují dítěti dostatečnou svobodu pro individualizaci a vývoj. Dítě se snaží zajistit soudržnost rodiny a v těchto rodinách lze nalézt konkurujícího, obvykle oblíbenějšího sourozence. (Kocourková, 1997).

2.2 SOCIÁLNÍ FAKTORY

Sociální tlak na udržení štíhlosti sílí od poloviny dvacátého století. Štíhlost je považována za výsledek úspěšné sebekontroly, bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo, navíc tato idea je na straně druhé podpořena předpojatostí vůči obézním. Obézní jsou vnímáni jako líní, hloupí a oškliví. (Papežová, 2003).

Rizikové socio-profesionální skupiny pro vznik poruch příjmu potravy jsou řazeny ty, kde výkon, tělesný vzhled a tělesná hmotnost hrají samy o sobě rozhodující vliv. Jde především o balet, krasobruslení, modeling, gymnastiku, žokeje, zápasníky, plavce, horolezce a další. Je důležité rozlišovat mezi chováním, jehož cílem je udržení určité hmotnosti z profesionálních důvodů a chování v důsledku nadměrného zaujetí vlastní postavou a štíhlostí. Není však pochyb, že jedno může vyústit v druhé. (Krch, 1999).

Módní ideál má nepřímý vliv zejména na snadno zranitelné adolescenty, kteří ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti.

2.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

Emocionální faktory u jedinců s mentální anorexií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné symptomy a v průběhu onemocnění dochází k jejich prohlubování až vzniku depresivní poruchy. Symptomy deprese u mentální anorexie jsou vysvětlovány jako dopad různých problémů souvisejících s malnutricí, s patologickou sebekontrolou, obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Negativní nálada je jednou z faktorů vyvolávajících přejídání a „pročišťování“ u osob s mentální bulimií a taktéž souvisí s nízkým energetickým příjmem u osob trpících mentální anorexií. (Krch, 2005).

Anorektici mají i přes extrémní vyhublost pocit, že jsou nadále velmi silní, a proto musí dále držet dietu. Velmi často verbalizují strach z toho, že pokud by alespoň trochu přibrali, přírůstek váhy by se nezastavil a pokračoval by do extrémní obezity. Pocit hladu a chuti k jídlu často postupně zcela vymizí, v některých případech musí jedinci pocity hladu dále překonávat. Zabývají se jídlem, velmi rádi vaří pro ostatní, sbírají recepty. Při odmítání jídla dochází ke konfliktům s rodiči, kdy se rodiče snaží jedince do jídla nutit. Brání se nejrůznějšími způsoby, manipulují s jídlem, kdy jídlo schovávají, následně vyvolávají zvracení a vztahy v rodině se dramaticky zhoršují. (Hort, 2000).

3 DIAGNOSTICKÁ KRITERIA

Včasná diagnostikování je u mentální anorexie velmi důležité, obzvláště v dětském věku, protože tato porucha příjmu potravy může zasáhnout do procesu dospívání.

Pro definitivní diagnózu mentální anorexie dle klasifikace nemocí MKN – 10 vymezuje diagnózu mentální anorexie F 50.0.

Přes zřejmé příznaky mentální anorexie je nutné vyloučit jiné psychické či somatické onemocnění. Z psychiatrických nemocí je třeba mentální anorexii odlišit zejména od deprese. Při depresi může být přítomen sekundární anorektický syndrom, zatímco součástí mentální anorexie bývá pravidelně sekundární depresivní syndrom. Diagnostickým vodítkem bývá aktivní snaha zhubnout, typické zacházení s jídlem včetně manipulace, aktivní bránění přírůstku hmotnosti. Toto chování chybí u depresivní poruchy. (Hort, 2000).

Prvními lékaři, kteří se s mentální anorexií setkávají, bývají praktičtí a dětští lékaři, internisté, vzhledem ke ztrátě menstruačního cyklu gynekolog. Někdy je lékařem prvního kontaktu dermatolog či stomatolog. Vždy je nutno vyloučit organickou příčinu obtíží. Pomýšlet můžeme na tumor CNS, v oblasti hypotalamu či hypofýzy, kachektizující nádorové onemocnění, malabsorpční syndrom. Z endokrinních onemocnění je nutno vyloučit hypertyreózu, diabetes mellitus nebo insuficienci nadledvin. (Hort, 2000).

3.1 KLINICKÝ A LABORATORNÍ OBRAZ

V laboratorním nálezu se můžeme setkat s hypokalemickou alkalózou, může dominovat hypochloremie a hypokalemie, která se projeví svalovou slabostí a může vést k srdeční arytmii až zástavě srdce. Významný je nález dehydratace, na němž se může podílet snížení příjmu tekutin, zvracení, abúzus laxativ, ale i snížená sekrece vazopresinu.

V krevním obrazu se objevují změny ve smyslu anémie, leukopenie, může být přítomna trombocytopenie. Při úvodním vyšetření je potřeba vyšetřit celý krevní obraz, červený i diferenciální bílý krevní obraz.

Dalšími laboratorními nálezy bývají snížená hladina tyreoidálních hormonů v důsledku sníženého bazálního metabolismu a hypercholesterolemie nejasného původu. (Hort, 2000). Důležité je biochemické vyšetření (Na, K, N – urea a kreatinin) a vyšetření moče. U závažné malnutrice vyšetřujeme (P, Ca, Mg), jaterní testy a EKG. Kardiologická konzultace je nutná obzvláště u těch, kteří užívají laxativa a diuretika a hrozí zde riziko srdeční arytmie. Nesmíme ani opomenout vyšetřit kostní parametry, neboť taktéž hrozí riziko vzniku osteoporózy.

3.2 POSOUZENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI A BMI

Strach z tloušťky a snaha zhubnout bývá nejčastějším důvodem vzniku případů poruch příjmu potravy. Dochází ke změnám stravovacích návyků a ke kolísání tělesné váhy. Pokud je příjem potravy pravidelný, v přiměřeném množství a doprovázen přiměřeným pohybem, tělo si bude držet normální tělesnou hmotnost, kterou však nelze nikomu předepsat ani ji stanovit s přesností na kilogram. (Krch, 2002).

Tělesná hmotnost je z velké části určena. Podobně určeny jsou i tělesné proporce, respektive místa, ve kterých se nejvíce ukládá tělesný tuk. Geny, které „programují“ naše tělo, nemůžeme změnit.

Normální je, že tělesná váha roste s věkem. Není normální, aby například v patnácti letech byla stejná nebo nižší tělesná hmotnost jako ve dvanácti letech. Přirozený vzrůst tělesné hmotnosti je nejznačnější a nejvyšší v průběhu dospívání. Normální tělesnou hmotnost nelze přesně spočítat. (Krch, 2002).

Při posouzení stavu výživy nám poskytují informace o velikosti a složení těla antropometrická měření. Patří sem měření výšky, hmotnostního indexu, kožní řasy a obvodu svalu ramene. Ideální hmotnost se pohybuje v rozmezích, která závisí na věku, pohlaví, výšce. Osoba, která má neadekvátní výživu, může mít podprůměrnou nebo nadprůměrnou hmotnost. Vždy se jedná o nerovnováhu mezi příjmem a výdejem. K určení odpovídající výživy slouží sledování příjmu potravin a tekutin. (Trachtová, 2005).

Nejjednodušším způsobem posouzení tělesné hmotnosti je využití některého z indexů, které, vyjadřují poměr tělesné váhy a výšky v různých mocninách. Nejčastěji se dnes užívá Queteletův index tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI), který lze vypočítat podle následujícího vzorce: tělesná váha v kilogramech se vydělí druhou mocninou tělesné výšky v metrech

BMI = tělesná váha v kg / výška v metrech na druhou

Výsledné číslo BMI řadíme do váhových kategorií. Normou není přesná hodnota, ale určité rozmezí. Za normální je považovaná hodnota 20 – 25.

Rozpětí BMI a jeho hodnocení:

Méně než 18,5	podváha
20	– 25 přiměřená hmotnost
25,1	– 30 prostá nadváha
30,1	– 40 střední nadváha
40,1	a více těžká nadváha

BMI by se mělo opatrně hodnotit u sportovců s velkou svalovou hmotou, při poruchách vodní rovnováhy (dehydratace, otoky) a nepohyblivých pacientů. (Trachtová, 2005).

Výpočet BMI nelze brát jako absolutní ukazatel tělesné hmotnosti, ale pouze jako orientační stanovení optimální tělesné hmotnosti dospělých osob. Vzhledem

ke specifickým požadavkům na výživu jsou hodnoty BMI upraveny pro děti, profesionální sportovce a těhotné ženy.

4 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

Mentální anorexie, která patří do poruch příjmu potravy způsobuje řadu život ohrožujících komplikací. Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti, je udávaná až 8 % úmrtnost. (Krch, 2005). Jedinci s mentální anorexií s tělesnými silami nehospodaří, naopak jsou charakteristické svou přehnanou aktivitou, která není-li pozastavena, vede až do stavu těžkého vyčerpání, a to s trvalými následky na jejich zdraví. (Leibold, 1995). Proto pro uvedenou skutečnost je nezbytné, aby se informace o poruchách příjmu potravy dostaly do povědomí široké veřejnosti a nadále se budovaly nové a rozvíjely již existující preventivní programy týkající se problematiky poruch příjmu potravy.

4.1 KARDIOVASKULÁRNÍ KOMPLIKACE

Mezi nejčastější kardiovaskulární komplikace poruch příjmu potravy patří sinusová bradykardie s frekvencí méně než 60 tepů za minutu. Je to způsobeno snížením metabolismu a vagovou hyperaktivitou. Můžeme se setkat s hypotenzí (hodnota krevního tlaku je nižší než 90 / 60 mmHg) způsobena chronickým snížením objemu tělních tekutin a ortostatickými změnami a vede ke stavům závratě a náhlé ztráty vědomí. Arytmie (poruchy srdečního rytmu), které mohou vyústit, až v zástavu srdeční jsou způsobeny narušením elektrolytové rovnováhy při nadužívání diuretik nebo projímadel. Uvedené změny jsou však reverzibilní a mizí při realimentaci, která vede k úpravě elektrolytové rovnováhy, doplnění tekutin a živin. (Krch, 2005).

V klidových podmínkách je jedinec většinou oběhově stabilní, ale v pokročilejší fázi anorexie větší fyzická zátěž může způsobit selhání oběhu. (Papežová, 2010).

4.2 RENÁLNÍ KOMPLIKACE

Zvýšení hladiny urey v krvi se objeví při přijímání nadměrného množství bílkovin, hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy, s nimiž se setkáváme, jsou hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie a hypochlorní metabolická alkalóza, která vzniká při dehydrataci v důsledku zvracení nebo nadužívání projímadel a diuretik.

Hypofosfatemie při rychlé realimentaci může vést ke generalizovaným křečím. Je potřeba kontrolovat koncentrace fosfátů v plazmě.

Dehydratace, nízký výdej moči a zvláštnosti ve stravovacích návycích mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. Chronické nadužívání projímadel a diuretik může také vést k chronickému renálnímu selhání a hypokalemické neuropatii. Proto pravidelně sledujeme renální funkce, včetně hladin urey, elektrolytů, kreatininu, výdej moči a clearance kreatininu. (Krch, 2005).

4.3 KOSTERNÍ KOMPLIKACE

Vyžívání kostí se v období aktivní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit. Mezi kosterní komplikace patří stav charakterizovaný sníženou minerální densitou kostní tkáně, označován jako osteoporóza. Prokazatelná osteoporóza vzniká už během prvních dvou let nemoci. U snížení denzity kostí výrazně roste riziko patologických zlomenin. Pokud jedinec odmítá mléčné produkty, obsahující vitamin D a tuky, může se vyskytnout osteomalacie. (Krch, 2005).

4.4 ENDOKRINNÍ KOMPLIKACE

Pro mentální anorexii jsou charakteristickým rysem endokrinní abnormality. Vedoucím příznakem je u žen amenorea, která se objevuje při ztrátě více než patnácti procent optimální tělesné váhy. Sérové hladiny testosteronu zůstávají u žen v normě. Jsou však sníženy u mužů anorektiků. Aktivita pohlavních hormonů je přímo vázána na tělesnou hmotnost, při návratu k normální tělesné hmotnosti, nebo alespoň k její určité úrovni se funkce obnovuje. V některých případech byly zjištěny zvýšené hladiny růstového hormonu a snížená reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykémii. Mentální anorexie, stejně i podvýživa, způsobuje nerovnoměrný výdej vazopresinu, jež je příčinou výskytu částečně neurogenního diabetes insipidus a významně zvýšeného výdeje moči. Snížení hladiny tyroxinu a hladiny volného trijodtyroninu je nutné považovat za obranný homeostatický mechanismus. (Krch, 2005).

4.5 METABOLICKÉ KOMPLIKACE

Metabolické změny jsou výsledkem nutričního strádání, vyvolávaným zvracením a abúzem laxativ, případně diuretik. Je narušena regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu tak nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Při vystavení se horku dochází jen k minimální vazodilataci a jádrová tělesná teplota

se abnormálně zvyšuje. Rozvíjí se hypokalemická alkalóza. Zjišťujeme zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Zpomaluje se metabolismus, a proto se nedostává dostatek energie na udržení činnosti orgánů nezbytných pro život. (Leibold, 1995).

5 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE

Léčba mentální anorexie musí být komplexní a musí zahrnovat faktory jak biologické, tak psychologické. Prvním krokem léčby je vybudování motivace k léčbě. K dispozici máme nejrůznější léčebné postupy, protože mentální anorexie je známa již delší dobu. Využíváme zejména psychoterapeutických přístupů. Nejdříve je zapotřebí posoudit, zda je nutná hospitalizace, nebo zda je možné pokusit se o ambulantní léčbu, psychoterapii a farmakoterapii. Dáváme přednost ambulantní léčbě před hospitalizací. Snahou je normalizovat postoj k jídlu, pravidelným jídelním režimem. Ústavní léčba je na oddělení psychiatrie, ve vážných případech na metabolických jednotkách. Mortalita je vysoká, nejčastěji na infekce HCD při chřipkových epidemiích. V posledních letech jsou zřizována specializovaná oddělení a centra poruch příjmu potravy. (Malá, 2002).

Pokud se přátelům či rodinným příslušníkům podaří podchytit onemocnění ve fázi, kdy ještě není život jedince bezprostředně ohrožen má šanci na záchranu života. Ale přesto se často lékaři setkávají s případy, kdy jsou nemocní dopraveni na léčení pozdě, když jsou příliš vyhublí a pro několik z nich končí jejich stav smrtí. Časově náročná je psychoterapie, která se zaměřuje na psychické příčiny chorobné závislosti na hubnutí. (Leibold, 1995).

Pro léčbu mentální anorexie neexistuje žádné jednoduché řešení nebo lék. Obvykle vyžaduje pomoc odborníka, který má zkušenost s touto problematikou. Léčba je složitá a často neúspěšná, jde o komplikovaný proces. Čím déle jedinec trpí poruchou příjmu potravy, tím je návrat k normálním jídelním návykům obtížnější. Pokud se nám podaří zachytit nemoc v začátcích je to velmi důležité. Mentální anorexie má charakter závislosti. (Kocourková, 1995).

5.1 HOSPITALIZACE

Důvodem k hospitalizaci jedinců s onemocněním mentální anorexie je potřeba jejich lékařské stabilizace. Indikací pro hospitalizaci je zejména výrazný pokles hmotnosti spojený s kachexií a nezbytnost návratu k normální hmotnosti u vyhublých

jedinců. Případně jedinci s rizikem depresivního syndromu a rizikem sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek. Při přijetí k hospitalizaci je nutné zhodnotit stav výživy a hydratace. U závažných metabolických změn zahájíme parenterální výživu. Zachováváme potřebné zásady správné realimentace kachektických stavů. Realimentace musí být pozvolná a opatrná. V prvních dnech by kalorická hodnota stravy měla převyšovat odhadnutou předchozí hodnotu výživy pouze asi o padesát procent. Podáváme stravu lehce stravitelnou, v menších dávkách a častěji během dne. V první řadě se pokusíme o perorální příjem potravy. Výživa sondou může v jednotlivých případech při těžkém zhubnutí ulehčit jedinci. Postupně zvyšujeme celkovou dávku kalorií během jednoho až dvou týdnů. Ideální nárůst hmotnosti u hospitalizovaných pacientů je 1,0 – 1,5 kg a o 0,5 kg u ambulantních pacientů za týden. K jídelnímu poradenství přizveme nutriční terapeutky. Doporučuje se mírná svalová činnost, neboť bez ní by nedošlo k obnově svalové hmoty, ale k ukládání tuku. Zavedeme podávání jídla šestkrát denně, bohatého na bílkoviny, s nadbytkem vitamínů. (Hort, 2000).

5.2 AMBULANTNÍ LÉČBA

Jsou chroničtí nebo nepoddajní jedinci, kteří prošli během několika let různými formami léčby a jsou v situaci, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu. Odmítají psychoterapie, o kterých si myslí, že nemají naději na úspěch. V těchto případech se lékařská péče zaměří na překonání poruch související s příjmem potravy. Navrátí jedince do stavu somatické a psychické stability. Provádíme individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. Proto by měli příslušní lékařští specialisté kontrolovat tělesnou hmotnost, hodnoty elektrolytů a některá další životně důležitá kritéria zdravotního stavu. Pokud je péče poskytována ve skupině, jedinci mají zisk ze skupinové podpory. (Krch, 2005).

5.3 PSYCHOTERAPIE

Nedílnou součástí léčby mentální anorexie je psychotherapeutický přístup. Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky. Léčba mentální anorexie vyžaduje odstranění následků, jež onemocnění zanechalo na psychice jedince. Využíváme psychoterapie, která léčí psychologickými prostředky. Úkolem psychoterapie je poznat jedince, jeho chování v mezilidských vztazích a ve vztahu k sobě samému. Využíváme psychoanalýzy, kognitivně – behaviorální terapie (KBT),

rodinné terapie a společně s vůlí pacienta se snažíme o trvalé vyléčení mentální anorexie. V rámci psychoterapie vyčleníme směr či přístup. (Marková, 2006).

5.4 FARMAKOTERAPIE

Důležitou součástí léčby je farmakoterapie, podstatný význam mají zejména psychofarmaka. Vzhledem k depresivnímu syndromu se uplatňují hlavně antidepresiva. Kromě antidepresiv I. a II. Generace (Prothiaden, Amitriptylin, Anafranil, Ludiomil) se v současné době používají zejména antidepresiva III. Generace, léky selektivně inhibující zpětné vychytávání serotoninu (SSRI). Vhodný k léčbě mentální anorexie je citalopram (Seropram) a fluvoxamin (Fevarin). Další skupinou léků jsou reverzibilní inhibitory MAO (Aurorix). U stavů spojených s neklidem, výrazným napětím, nutkavými projevy a negativismem přicházejí v úvahu neuroleptika (Thioridazin, Chlorprothixen, Tisercin). Jako podpůrné léky lze použít preparáty využívané k léčbě hyponutričních a kachektických stavů. Vhodné jsou vitamíny, doplnění chybějících minerálů. Někdy jsou používány léky, jejichž vedlejším účinkem je zvýšení chuti k jídlu, případně prokinetika gastrointestinálního traktu. Medikamentozní gynekologická léčba patří do rukou zkušeného gynekologa. (Hort, 2000).

6 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU MENTÁLNÍ ANOREXIE U MUŽŮ

Mentální anorexie u mužů obvykle vzniká ze stejných příčin jako u žen. Sportovci, žokejové, gymnasté uplatňují anorektické chování, aby snížili svou hmotnost a postupně u nich dochází k rozvinuté závislosti. V dnešní době převažuje názor, že je důraz více kladen na vzhled ženského těla, ale společnost stále více vyžaduje také od mužů, aby své tělesné proporce přizpůsobili poměrně úzce vymezeným tělesným typům manekýnů ze stránek módních časopisů. Proto je mužům doporučováno, aby stejně jako ženy drželi diety a pečovali o své tělo. K rizikovým faktorům je též řazena nadváha v dětském věku, kdy se u jedince vytváří nízké sebevědomí a sebeúcta. Neustálý strach z vlastní fyzické nedokonalosti se odvíjí od přetrvávajícího pocitu, že je tlustý bez ohledu na to, jak skutečně vypadá. Výskyt mentální anorexie je u mužů v porovnání se ženskou populací nižší, ale muži s poruchami příjmu potravy existují. Muži daleko déle váhají s vyhledáním odborné pomoci, protože si myslí, že mají

typicky ženskou nemoc. Je pro ně velmi těžké si toto onemocnění přiznat a mluvit o něm. (Novák, 2010).

6.1 NESPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM Z POHLEDU MŮŽE

Muži preferují jako ideál mužské krásy spíše muskuloidní postavu. Zájem mužů o tvar a rozměry postavy stoupá. Muži se dostávají pod rostoucí společenský tlak, který je nutí, aby dosáhli střední postavy s dobře vyvinutými a silnými svaly. Tělo vnímají jako věc, kterou je možné různě pozměňovat a formovat. Postavu, kterou ostatní hodnotí a pokud se nepodobá ideálu, cítí vinu. Muži jsou nejvíce nespokojeni s partiemi v horní polovině těla s hrudí a šířkou ramen. (Hanzlovský, 2004).

6.2 VÝŽIVOVÉ ZVYKLOSTI MUŽŮ U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Změna jídelních zvyklostí je prvním signálním symptomem rozvoje mentální anorexie, kterého si všimnou nejbližší rodinní příslušníci a přátelé. Jídelní návyky u mužů s mentální anorexií není nedostatek chutě k jídlu, ale převládají myšlenky na potravu a oni pociťují někdy i velký hlad. Jedinci se tomu ovšem nepoddávají, pohrdají potřebami vlastního těla, cítí se silní a potlačují nutkání dělat to, co všichni ostatní vykonávají se samozřejmostí. Získávají pocit, že vykonávají něco mimořádného a bojují s energií a silou vůle někdy až do smrtelných důsledků. (Leibold, 1995).

6.3 POHYBOVÁ AKTIVITA U MUŽE S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Muži, kteří trpí závislostí na cvičení jako prostředku na spálení kalorií, si často nepřipouštějí, že mají problémy se stravovacími návyky. Většina mužů cvičí, aby zhubla nebo si vytvarovala postavu a zvýšila procento svaloviny. Někteří se ale stejně jako jejich ženské protějšky stanou posedlí svým tělem, cvičí a cvičí, což není slučitelné s normálním životem. Čím více cvičí, tím lépe vypadají, čím lépe vypadají, tím více komplimentů dostávají. Čím více komplimentů, tím více je to povzbuzuje k cvičení a tak se celý problém dostane do bludného kruhu. Obdivně se prohlížejí v zrcadle, kde neustále kontrolují své tělo při cvičení a hodnotí estetický dojem těla a fyzickou zdatnost. (Martykánová, 2010).

6.4 DŮSLEDKY DLOUHODOBÉHO HLADOVĚNÍ MUŽE

Mužský svět, který je sociálně definovaný jako maskulinní a silný, způsobuje, že se muži obávají hledat pomoc, nechtějí si připustit, že mají problém. Na druhé straně se zvyšuje procento těch, kteří jsou v průběhu roku na dietě nebo opakovaně zvracejí a nárazově se přejídají. Muži jsou více posedlí celkovým tvarem těla spíše než svou hmotností a jsou zaměřeni na trup a paže. Mezi nejzávažnější zdravotní důsledky pro lidské zdraví patří riziko poškození pohybového systému při cvičení jeho dlouhodobým přetěžováním kloubů, páteře a ostatních struktur těla. Ve snaze zvýšit objem svalové hmoty dochází k užívání anabolických steroidů a ke zvýšenému příjmu energie. Jakýkoliv nadbytek energie se ukládá ve formě zásobního tuku a dochází k přetěžování trávicího systému a ledvin. Při doplňování stravy nejruznějšími chemickými přípravky v podobě sportovních nápojů, gelů hrozí nadměrný příjem aminokyselin a tím možnost poškození funkce jater a ledvin, zadržování vody v těle a zvýšené vylučování vápníku. Pokud jedinec dlouhodobě omezuje příjem stravy dostaví se emocionální změny, období deprese, přecitlivělosti a zvýraznění úzkosti. Rizikem je sociální izolovanost, která je způsobena nedostatkem času – který věnuje cvičení, diskuzi o cvičení, nákupem doplňků stravy a tím se omezuje prostor pro společenské kontakty a další aktivity. Může se projevit snížení fyzické aktivity, kdy je jedinec unavený, slabý, apatický s nedostatkem energie a zpomalením pohybu. (Martykánová, 2010).

7 VÝŽIVA ČLOVĚKA

Výživa je souhrn pochodů, při kterých organismus přijímá, zpracovává a využívá potravu k růstu, obnově a udržení funkcí organismu. Rozeznáváme látky výživné (živiny) a látky ochranné (vitamíny, minerální soli). Látky přijímané v potravě a nápojích ovlivňují vývoj, růst a funkce orgánů. Výživa dodává živiny nutné pro tvorbu a obnovu tkání v celém organismu, poskytuje energii pro činnost orgánů, je zdrojem tepla a reguluje tělesnou teplotu. Přivádí látky nutné pro činnost orgánů (metabolické pochody) a systémů (centrální nervový systém, hormonální, imunitní systém) a je tvorbou záložních zdrojů z okamžitě nevyužitelných složek potravy.

Při nedostatečném energetickém příjmu se nejdříve spotřebuje tuk ze zásobní tukové tkáně a následně svalová hmota. Nadbytečný energetický příjem naopak způsobí

obezitu s rizikem dalších nemocí. Výdej energie je podmíněn úrovní bazálního metabolismu, fyzickou aktivitou a metabolismem potravy. Bazální metabolismus je vyšší při pravidelném cvičení, v nižším věku, u mužů, při stresu, v těhotenství a při kojení, v případě horečky, infekce, přívodu nikotinu a kofeinu. Fyzická aktivita se podílí na energetickém výdeji z dvaceti až čtyřiceti procent a výdej tepla při zpracování potravy asi z deseti procent. Množství energie v potravě je určeno množstvím kcal na 100 g, velikostí porce a frekvencí konzumace jídla. Nejvíce energie obsahuje tuk, nejméně voda a vláknina (ovoce a zelenina). Obecně se doporučuje u osob bez vážnějšího onemocnění denní příjem 25 – 35 kcal / kg váhy.

Pro zdraví a přiměřenou váhu platí, že příjem a výdej energie se musí v dlouhodobějším časovém úseku rovnat. (Frej, 2006).

7.1 SLOŽENÍ STRAVY

Bílkoviny (proteiny) společně s tuky (lipidy) a cukry (sacharidy) se nazývají živiny. Základní stavební hmota tkání jsou bílkoviny, jsou hlavní stavební součástí buněk, krve, hormonů, enzymů a protilátek. K jejich nejdůležitějším funkcím patří štěpení potravy, zajišťování hormonálních pochodů v organismu, udržování acidobazické rovnováhy a činnosti imunitního systému. V zažívacím traktu rozkládá bílkoviny z potravy na jednotlivé aminokyseliny enzym proteáza. Některé aminokyseliny neumí lidský organismus vyrobit, proto musí být přijímány v potravě. Aminokyseliny se vstřebávají do krve a odtud do jater, kde se jich část použije k přestavbě na sacharidy a tuky. Část aminokyselin projde játry a krevním oběhem do tkání, kde se vytvářejí tkáňové bílkoviny. Bílkoviny jsou z části využity jako zdroj energie. Konečnou zplodinou metabolismu bílkovin je dusíkatá látka močovina, která se tvoří v játrech a vylučuje ledvinami. Bílkoviny se nacházejí v mase, vejcích, mléku, mléčných výrobcích, luštěninách, pekárenských výrobcích, bramborách. Rostlinné bílkoviny většinou neobsahují všechny esenciální aminokyseliny a představují tak bílkoviny neplnohodnotné, na rozdíl od živočišných. Poměr živočišných a rostlinných bílkovin má být v poměru jedna ku jedné. Nedostatek bílkovin bývá důsledkem nedostatečného energetického příjmu, např. při delším hladovění, obsahuje-li potrava málo sacharidů u mentální anorexie, jsou odbourávány bílkoviny vlastního těla a slouží k úhradě energie. Projevuje se ubýváním svalové hmoty, snížením odolnosti vůči nemocím, otoky, chudokrevností a ztučením jater. (Frej, 2006).

Cukry (sacharidy) tvoří primární zdroj energie pro organismus. V tenkém střevě se rozkládají na jednoduché, vstřebatelné cukry a v játrech se přetváří v glukózu – okamžitý zdroj energie pro organismus. Zásobní glukóza se nazývá glykogen, který se při potřebě energie mění v játrech a svalech na glukózu. Nadbytečná glukóza se mění a ukládá v podobě tuku. Monosacharidy jsou glukóza, fruktóza a galaktóza. Následují disacharidy, které jsou laktóza, sacharóza, maltóza a polysacharidy to jsou škroby. Přírodní cukr obsahuje ovoce a zelenina s vitamínem C, beta karotenem, vápníkem a rozpustnou vlákninou. Doporučený denní příjem sacharidů by měl tvořit padesát pět procent celkového denního energetického příjmu. (Frej, 2006).

Tuky (lipidy) štěpí enzym lipáza na nepostradatelné jednoduché mastné kyseliny za pomoci žlučových kyselin, tvořících se v játrech. Tuk slouží jako zásobní dlouhodobý zdroj energie, poskytuje mastné kyseliny, chrání před ztrátami tepla, slouží ke vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (vitamin A, D, E, K), poskytuje ochranu orgánům, podílí se na tvorbě hormonů, tvoří buněčné membrány a strukturu mozkové tkáně. Jsou zdrojem cholesterolu, který v malém množství náš organismus potřebuje. Tuky se dělí na nasycené mastné kyseliny, které se nachází v tukové tkáni zvířat (sádlo, másle, maso, mléko, smetana a sýry). Tyto mastné kyseliny zvyšují „škodlivý“ LDL cholesterol a tím riziko kornatění tepen a srdečně cévních onemocnění. Mononenasyčené mastné kyseliny (v olivovém a řepkovém oleji, ořechách a semínkách) jsou nejzdravější, neboť snižují LDL cholesterol. Polynenasycené mastné kyseliny tvoří fosfolipidy buněčných membrán, regulují metabolismus cholesterolu a dělí se na omega – 6 mastné kyseliny a omega – 3 mastné kyseliny. Omega – 3 mastné kyseliny (v rybách, ale nejvíce rybím oleji, v lněném oleji a semenech, vlašských ořechách) minimálně ovlivňují hladinu cholesterolu, ale snižují zánětlivost a krevní srážlivost. Nachází se v mozkové a nervové tkáni. Denní příjem tuků by měl tvořit kolem třicet procent celkového energetického příjmu. (Frej, 2006).

Vláknina patří mezi složené cukry (polysacharidy). Je nestravitelnou součástí potravy, zpomaluje vstřebávání sacharidů a snižuje u pokrmů glykemický index. Neobsahuje výživné látky, ale reguluje průchod stolice střevem a motoriku střev. Při nedostatku vlákniny se snižuje účinnost trávicího ústrojí. Zdroje vlákniny jsou celozrnné obilniny, košťálová zelenina, luštěniny a ovoce. (Frej, 2006).

Vitamíny a minerály jsou v těle potřebné pro průběh mnoha reakcí důležitých pro život a tvoří strukturu kostí, krevního barviva a enzymů. Udržují rovnováhu tekutin, účastní se nervového přenosu a buněčných funkcí. Jejich potřeba se měří v miligramech

(minerály) a mikrogramech (stopové prvky). Pestrá strava zaručuje jejich dostatečný příjem. Rozlišujeme vitaminy rozpustné v tucích (A, D, E, K) a ve vodě (C, B vitamíny). Z minerálních látek jsou pro člověka životně důležité vápník, fosfor, hořčík, sodík, draslík, železo a zinek, ze stopových prvků měď, chrom, mangan, selen a jód. (Frej, 2006).

Voda, bez které nelze žít. Voda tvoří sedmdesát procent celkové tělesné váhy člověka. Tělesnou tekutinu tvoří mezibuněčná tekutina a krevní plazma a nitrobuněčná tekutina. Voda přenáší ionty a minerály, umožňuje vylučování odpadních látek močí, reguluje tělesnou teplotu. Pro správné fungování organismu je nutné udržovat rovnováhu mezi přijatými a vyloučenými tekutinami. Vodu ztrácíme pocením, močí a dýcháním, přijímáme pitím, potravou. Denně by měl člověk přijmout zhruba 1,5 l tekutin, pokud není vystaven zvýšenému odvodnění. (Frej, 2006).

8 ÚZIS – INFORMACE STATISTICKÉHO ÚŘADU MZ ČR

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky – ÚZIS. Aktuální informace z listopadu 2011, které zpracovala Ing. Blanka Nechanská jsou počty pacientů s diagnózami F 50.0 – F 50.9 (poruchy příjmu potravy) v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR. V roce 2010 bylo celkem hospitalizováno 363 případů se základními diagnózami F 50.0 – F 50.9 v psychiatrických léčebnách a psychiatrických oddělení nemocnic, o 17 % méně než v roce 2005. V této statistice jsou použity údaje z Národního registru hospitalizovaných podle trvalého bydliště pacienta. Z celkového počtu 363 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy u 303 osob bylo téměř 54 % pacientů léčeno s diagnózou F 50.0 – mentální anorexie. Během sledovaného období klesl podíl hospitalizací pacientů s diagnózou F 50.0 z 58 % v roce 2005 na 54 % v roce 2010. Celkový počet hospitalizací s diagnózami F 50.0 – F 50.9 měl během sledovaného období kolísavý průběh. V roce 2004 bylo 495 hospitalizací a v roce 2010 klesl na 363 hospitalizací. Pro diagnózu F 50.0 byly častěji ošetřovány ženy. Muži se ve sledovaném období podíleli na celkovém počtu hospitalizací v průměru pouze cca 5 %. Během sledovaného období průměrná ošetřovací doba nejdříve klesala z 36,0 dnů v roce 2005 na 31,6 dnů v roce 2008, pak se postupně zvyšovala až na 37,5 dne v roce 2009. V roce 2010 byla při léčení poruch příjmu potravy průměrná ošetřovací doba 36,1 dne. Z hlediska regionálního srovnání míry prevalence mělo v roce 2010 nejvíce

pacientů s poruchou příjmu potravy trvalé bydliště v Hl. m. Praze 5,4 pacientů na 100 tisíc obyvatel. Celorepublikový průměr činil 3,4 pacientů na 100 tisíc obyvatel a nejnižší míra prevalence byla v kraji Jihočeském. V roce 2010 tvořili dětští pacienti do 15 let více než 15 % z celkového počtu hospitalizací, ve věku 15 – 19 let to bylo 34 % pacientů. U pacientů nad 19 let bylo zaznamenáno 29 % z celkového počtu hospitalizací. Zbytek hospitalizací bylo u věkových skupin 30 – 39 let. V členění podle zaměstnání a rodinného stavu bylo nejvíce hospitalizací ve skupině „nepracující, dítě, studující“ a 83 % z počtu pacientů bylo svobodných. V roce 2010 bylo u většiny pacientů po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení nutná další ambulantní péče, a to buď trvalá (téměř 28 % hospitalizací) nebo dočasná (u 47 % hospitalizací). U téměř pětiny hospitalizací byla nutná další ústavní léčba. Počet osob hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví s diagnózou F 50.0 mentální anorexie v roce 2005 bylo hospitalizováno 7 mužů a 184 žen. V roce 2010 mužů 7 a žen 150. V Plzeňském kraji v roce 2005 bylo hospitalizováno 27 pacientů, z toho 2 muži a 25 žen. V roce 2010 celkem 18 pacientů, z toho 1 muž a 17 žen.

9 ANABELL – OBČANSKÉ SDRUŽENÍ

Občanské sdružení Anabell je sociální poradenství a nabízí pomoc a podporu osobám, postiženým poruchami příjmu potravy a pomáhá jim nalézt východiska k řešení problémů, spojených s nevhodným a neplnohodnotným stravováním. V současné době Občanské sdružení Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v kontaktních centrech Anabell v Praze, Brně, Ostravě, Bratislavě. V Plzni se centrum Anabell věnuje pouze přednáškové činnosti v oblasti prevence poruch příjmu potravy. Snahou je poskytnout nemocným, jejich rodičům i životním partnerům potřebné informace o onemocnění a zprostředkovává jim odbornou péči. Organizace vznikla z podnětu předsedkyně a ředitelky J. Sladké Ševčíkové v roce 2002. Zakladatelka sdružení Anabell má vlastní zkušenosti s touto poruchou a je autorka knihy Z deníku bulimičky. Sdružení poskytuje jak individuální poradenství, tak skupinové programy, provozuje půjčovnu literatury z oblasti psychologie a výživy a specializuje se na přednáškovou činnost v oblasti problematiky poruch stravování. Důležitá je též spolupráce s odbornou veřejností. Nejpodstatnější však je, že se dostala do povědomí

klientů, kteří zde najdou velký výběr možné pomoci a podpory. Cílem organizace je posilování sebevědomí, pozitivní sebenazírání, důraz je kladen i na potřebu netajit problémy s poruchami příjmu potravy a vstoupit do léčebného procesu. Důležité je též posilovat sociální vztahy klienta, zprostředkovat mu odbornou pomoc a zaměřit se i na sekundární prevenci. U jedinců s mentální anorexií je cílem zvyšování motivace k léčbě, nutriční rehabilitace a dosažení zdravé cílové váhy.

Projekt podpory zdraví – týden pro mentální anorexií a mentální bulimii – květen.

PRAKTICKÁ ČÁST

10 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na začátku realizovaného vědeckého výzkumu je třeba přesně vymežit cíl a úkoly zkoumání. Cíl je nutné formulovat co nejpřesněji a nejkonkrétněji. Cíl výzkumu musí vycházet z problému a specifických otázek. Úkoly výzkumu by měly být konkrétní, jasné a přesné a měly by směřovat k řešení výzkumného problému. Hlavní cíle výzkumu vyplývají z potřeby poznání a společenské užitečnosti výsledků. Cílem výzkumu ve všeobecnosti je poznání reality, které umožňuje účinně jednat. (Kutnohorská, 2009).

Cílem praktické části této bakalářské práce je informovat o ošetrovatelské péči o muže s anorexií. Poskytnout základní informace v uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Sestavit ošetrovatelské diagnózy, zhodnotit ošetrovatelský plán a vytvořit edukační plán.

Výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu. V ošetrovatelském výzkumu musíme dbát na přesné formulování výzkumné otázky, protože nám pomáhá upřesnit výzkum. Výzkumná otázka musí být položena jasně v tázací větě, abychom byli schopni na výzkumnou otázku odpovědět. Důležitým aspektem výzkumné otázky je vymezení hranic toho, co budeme zkoumat. Způsob, jakým klademe výzkumnou otázku, je velmi důležitý, protože do značné míry určujeme volbu výzkumné metody. (Kutnohorská, 2009).

- Jaká jsou specifika v komunikaci u muže s mentální anorexií?
- Jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči o muže s anorexií?
- Jaká oblast potřeb byla nejčastěji narušena?

11 METODA VÝZKUMU

Výzkumem rozumíme tvůrčí poznávací činnost v oblasti jakéhokoliv vědního oboru (ošetrovatelství), směřující k odhalení vlastností, příčin a podmínek jednotlivých zákonitostí konkrétních jevů. Výběr metod a technik je náročný proces, který vyžaduje dokonalé zvládnutí metod a technik využívaných ve výzkumné činnosti, ale i tvořivost při výběru, aby vybrané metody splnily svoji úlohu ve výzkumu. Metoda

v nejobecnějším významu znamená způsob dosažení cíle, určitým způsobem uspořádaná činnost. Lze ji vymezit jako návod, způsob a cestu, jak něco určitého poznat, zhotovit či něčeho docílit. Je základem každé vědecké práce, neboť představuje uspořádání základních logických postupů do určitého systému. Vědecká metoda je základní způsob shromažďování nebo analýzy údajů. (Kutnohorská, 2009).

Výběr vhodné výzkumné metody závisí ve velké míře na podstatě výzkumného problému. Podle zvolené metody se výzkum dělí na kvalitativní a kvantitativní výzkum a obě metody jsou rovnoprávné a lze je kombinovat. Já jsem zvolila pro praktickou část této bakalářské práce výzkum kvalitativní – kazuistiku.

Kvalitativní výzkum je specifickým vyprávěním o myšlenkách a činech zkoumaných osob nebo skupin. Je to nematematický analytický postup. V kvalitativním výzkumu mají údaje charakter textu, které se stávají případovými studiemi, životními příběhy. Kvalitativní výzkum je velmi náročný na čas, vědomosti a dovednosti badatele, především na cit pro analýzu textových dat. Otevřeně hovoříme o respondentech, navazování kontaktu s nimi, interpretačních myšlenkách, dojmech a hodnoceních. V ošetrovatelství upřednostňujeme kvalitativní vědeckou metodu, což vychází z holistického přístupu k člověku, tj. vnímat ho v jeho bio-psycho-sociální jednotě. Výsledkem výzkumu může být kazuistika. Kazuistika je ucelená a podrobná studie jedné osoby. Vždy se jedná o záměrnou volbu, vybraný objekt musí mít vlastnosti, které badatel chce sledovat. Ve zdravotnictví je to popis jednotlivých případů onemocnění s údaji o jeho počátku, vývoji poruchy, případně okolností, které mohly vývoj anebo současný stav ovlivnit. V ošetrovatelství je třeba brát v úvahu ještě model ošetrovatelské péče. Kazuistika v ošetrovatelství navrhuje návod na řešení problémů, může doplňovat kvantitativní výzkum ve smyslu ilustrace zjištěných výsledků, slouží ke stanovení nových hypotéz. Sestra získává informace od klienta, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných, od ostatního zdravotnického personálu a vlastním pozorováním. (Kutnohorská, 2009).

12 VÝBĚR OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU

Model funkčních typů zdraví Dr. Marjory Gordonová

Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením lidského potenciálu. Popis a hodnocení typů zdraví umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování, případně stanovit i ošetřovatelskou diagnózu. Ošetřovatelský model obsahuje dvanáct oblastí funkčních typů zdraví. Ty reprezentují okruh základních ošetřovatelských údajů. Ošetřovatelská anamnéza obsahuje subjektivní údaje získané rozhovorem s klientem a objektivní údaje získané pozorováním a vyšetřením.

Tento funkční model je pro klienta s onemocněním mentální anorexie vhodný, protože se zaměřuje na zdraví, jeho podporu a splňuje holistický přístup ke zdraví člověka.

Základní oblasti funkčních typů zdraví:

- Vnímání zdraví – řízení zdraví
- Výživa – metabolismus
- Vylučování
- Aktivita – cvičení
- Spánek – odpočinek
- Poznávání – vnímání
- Vnímání sebe samého – představa o sobě
- Role – vztahy
- Reprodukce – sexualita
- Přizpůsobení se – odolávání stresu
- Hodnotová orientace – náboženské přesvědčení
- Jiné

Ošetřovatelská anamnéza se může rozpracovat důkladněji a může se zaměřit na dysfunkční typ zdraví. Jednotlivé typy zdraví pomáhají seskupovat příbuzné ošetřovatelské diagnózy. (Farkašová, 2006).

13 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného. Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je hodnocení a plánování uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. Jde o sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které používáme k posouzení stavu individuálních potřeb nemocného, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocení ošetřovatelské péče.

Na sestavování ošetřovatelského plánu se podílí pacient, který má právo spolurozhodovat o ošetřovatelské péči, která mu bude poskytována.

Fáze ošetřovatelského procesu:

Posuzování: Kdo je můj pacient? Shromažďování informací o nemocném, získání anamnestických údajů ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem, informacemi od rodiny. Ošetřovatelská anamnéza není totožná s lékařskou anamnézou, ale vzájemně se doplňují

Diagnostika: Co ho trápí? Pojmenování problému pacienta, jeho psychosomatické reakce na aktuální a potenciaální zdravotní problémy nebo životní procesy a situace. Diagnostika má svoji příčinu vzniku a charakteristické projevy. Ošetřovatelská diagnóza vychází z profesionálního hlediska, kdy problém indikuje sestra objektivně a z hlediska pocitů pacienta kdy problémy, které pociťuje a sdělí pacient subjektivně.

Plánování: Co pro něho mohu udělat? Zhotovení ošetřovatelského plánu po vyhodnocení problémů pacienta dle závažnosti a stanovení očekávaných výsledků, které by měly vést k řešení problémů. Stanovíme si cíl srozumitelný, reálný a měřitelný.

Realizace: Provádění ošetřovatelských činností. Je určeno, kdo nese za jejich správné provedení zodpovědnost, kdo provádí záznam do dokumentace. Cílem ošetřovatelských činností je upevnění zdraví pacienta.

Hodnocení: Jak mu péče pomohla? Zhodnocení péče ve spolupráci pacienta, zda došlo ke splnění očekávaných výsledků. Jestliže bylo dosaženo ošetrovatelského cíle, ukončíme činnosti nebo po zjištění příčiny nesplnění očekávaného výsledku přepracujeme plán ošetrovatelské péče. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

14 KAZUISTIKA

Sběr dat:

Pohlaví	muž
Rok narození	1993
Věk klienta	19 let
Datum příjmu	12.11.2011
Zaměstnání	student VŠ – humanitní směr – historie
Alergie	nekuje
Kouření	nekuřák
Alkohol	nekonzumuje

U klienta došlo k úrazu pravého hlezna, kdy při chůzi uklouzl a následně s otokem hlezna a velkou bolestivostí byl přijat pro zlomeninu pravého hlezna k operaci na ortopedické oddělení v Klatovech. Byla mu přiložena sádrová fixace a doporučen klid na lůžku. Během hospitalizace se zjistilo, že klient nepřijímá potravu.

Rodinná anamnéza: z úplné rodiny, v rodině se onemocnění poruch příjmu potravy dosud nevyskytlo. Matka (64 let) – diabetes mellitus, otec (67 let) – obézní, hypertenze, dvě starší sestry (44 let, 42 let).

Osobní anamnéza: Klient se narodil jako neplánované dítě matce ve 45 letech, při porodu podezření na srdeční vadu, která se nepotvrdila, prodělal běžné dětské nemoci. V předškolním věku silnější postavy, od 3 do 5 let z 19 kg přibral na 38 kg což byla jeho maximální váha. Ve 12 letech zvýšený cholesterol, tak začal odmítat vepřové maso. Pomalejší psychomotorické tempo. Imponuje mladším jevem třináctiletého dítěte. Učil se vždy výborně. Problémy s příjmem stravy od ranného dětství. Někdy nejí celý

den, někdy něco večer. Jsou dny, kdy zhltně plný pekáč jídla, pak je mu špatně a má pocity viny a pak několik dní nejí. Otec, obézní, s kterým má špatný vztah, otec ho nikdy nedokázal pochválit, byl k němu kritický a pedantský. Klient úzkostnější, zdrženlivější, otec ho nutil jíst maso, ale on jedl ovoce, zeleninu. Když se objevila nemoc „šílených krav“ odmítá hovězí maso, když se objevila „ptačí chřipka“ odmítá drůbeží maso. Pedantský, chová se striktně a způsobně. Reaguje na to co se děje, v nemocnici odmítá jíst, ale při přijetí tvrdí, že jí normálně. Je přesvědčen, že to co sní mu stačí, nemá pocit hladu, nemá chuť na jídlo, pouze někdy a to jen večer. Pije 2,5 l tekutin za den a toto množství si přesně hlídá. Sladí medem, zajímá se o zdravou výživu a baví ho vařit, rád jídlo připravuje, ale je kritický, protože matka při přípravě jídla používá nezdravé suroviny. Stravování bere jako rituál, s rodiči nikdy u stolu nejí, někdy jí v noci.

Vyšetření:

- RTG pravého hlezna
- Laboratorní vyšetření krve a moče
- Interní vyšetření, EKG
- Prostudování dokumentace praktického lékaře

Základní diagnóza:

- Fractura bimalleolaris l. dx.

Vedlejší diagnózy:

- Poruchy příjmu potravy – Mentální anorexie
- Osteoporóza

Medikace:

- Fraxiparine 0,4 ml s.c.
- Indometacin 50 mg supp. p.p.

14.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY

Rozhovor byl veden pouze s klientem. Informace byly získány během pobytu na lůžkovém oddělení rozhovorem s klientem a nahlížením do dokumentace praktického lékaře, kde již dvakrát vyšetřován psychologem pro poruchy příjmu potravy.

Vnímání zdraví – řízení zdraví

Typ popisuje vnímání zdraví a pohody klientem, jakož i způsob, jakým se o vlastní zdraví stará. Obsahuje informace o vnímání stavu zdraví, o tom, jak toto vnímání odpovídá běžné aktivitě a plánům do budoucnosti, celkovou úroveň péče o zdraví, dodržování preventivních zdravotních činností, lékařských a ošetřovatelských nařízeních.

- **Subjektivně:** Klient je přesvědčen, že je zdravý kromě nynějšího úrazu, který mu brání v jeho každodenní fyzické aktivitě. Smyslem jeho života je zdravý životní styl, zajímá se o zdravou výživu, o které přečetl mnoho knih, chce jíst zdravé potraviny. Přeje si studovat historii. Chce denně několik hodin věnovat sportu. O anorexii se odmítá bavit.
- **Objektivně:** Onemocnění popírá a reaguje podrážděně na poznámky ohledně svého těla. Vnímá své tělo zkresleně, nepřipadá si dost štíhlý. Je samotářský, vyhýbá se okolí.

Výživa – metabolismus

Typ popisuje přijímání stravy a tekutin vzhledem k metabolické potřebě. Obsahuje individuální stravovací návyky, časové rozdělení stravování, typ a kvalitu jídla, preferování určitého druhu jídel, jakož i používání výživových a vitamínových náhrad. Zahrnuje informace o poškození kůže, o schopnosti hojení, o kvalitě kůže, vlasů, nehtů, sliznic, zubů, o tělesné teplotě, hmotnosti a výšce.

- **Subjektivně:** Je zvyklý jíst o samotě. Většinou jí jednou denně, pečlivě vybírá, co bude jíst, preferuje ovoce zeleninu. Užívá vitamínové doplňky o kterých je přesvědčen, že mu zajistí denní příjem živin. Jídlo považuje za zbytečné a bere ho jako odměnu až když něco vykoná. Alkohol ani kávu nepije, protože se zvýšeně kontroluje a ví, že káva a alkohol jsou silně nezdravé látky.

- **Objektivně:** Jídlo odmítá, tvrdí, že to co má mu stačí. Nyní když leží, má pocit viny, že není nikomu užitečný, a proto nemusí jíst. Množství tekutin si přesně hlídá, pije 2,5 l tekutin denně.

Vylučování

Typ popisuje vylučovací funkci střev, močového měchýře a kůže. Obsahuje informace o individuálně vnímané pravidelnosti vyprazdňování, o používání laxativ podporujících vylučování, o způsobu vyprazdňování, kvalitě a kvantitě vyprazdňování.

- **Subjektivně:** Na problémy s vylučováním si nestěžuje. Tvrdí, že nemá žádné obtíže.
- **Objektivně:** Pacient se vyprazdňuje jedenkrát týdně za pomoci laxativ.

Aktivita – cvičení

Typ popisuje aktivitu, cvičení a trávení volného času a odpočinku. Obsahuje informace o běžných denních aktivitách, adekvátnosti výdeje energie, udržování hygieny, přípravě jídel, nakupování, stravování, o práci v domácnosti a jejím vedení. Zahrnuje údaje o typu, kvalitě a kvantitě cvičení včetně sportování a způsobu trávení volného času, tedy o oddechových aktivitách, o tom, zda je osoba vykonává sama, anebo ve společnosti dalších.

- **Subjektivně:** Je hodně pohybově aktivní. Rád chodí pěšky, jezdí na kole a plave. Hodně čte, jeho vzorem je císařovna Sissi a podle jejího vzoru cvičí, chodí, nesedá si raději stojí, aby neustále spaloval energii. Při cestě ze školy, vystupuje o dvě stanice dříve, jde pěšky nebo běží, aby měl více pohybu. Hygienu provádí samostatně. Jídlo si nejraději připravuje sám, je to pro něj obřad. Vaří rád, ale pouze ze zdravých bio potravin. Nyní, když je upoután na lůžko a pravou nohu má v sádrové dlaze, chtěl by více chodit jak je zvyklý a procházet se alespoň po chodbě.

- **Objektivně:** Je samotářský, vyhýbá se druhým pacientům. Stále čte. Narůstá u něj nervozita, už by chtěl více chodit, ale na jídelnu jít nechce, aby mohl jíst sám na pokoji, a nebyl tak kontrolován co snědl. Jídlo schovává nebo vyhazuje. Někdy se snaží ho nabízet ostatním. Cvičí na lůžku, přitahuje se pomocí hrazdičky do sedu.

Spánek – odpočinek

Typ popisuje spánek, odpočinek a relaxaci v intervalu 24 hodin. Údaje se týkají vnímání kvality a množství spánku, odpočinku a dostatku energie. Zahrnuje informace o prostředcích podporující spánek.

- **Subjektivně:** Stěžuje si na nedostatek spánku, protože se stále učí, něco čte, vzdělává se.
- **Objektivně:** Spavý, zvýšeně úzkostný, protože se nemůže pohybovat, jak je zvyklý. Léky na spaní odmítá.

Poznávání – vnímání

Typ obsahuje údaje o adekvátnosti smyslových vjemů (zrak, sluch, čich, chuť, hmat) a pak se při těžkostech určitý smysl kompenzuje anebo nahrazuje. Informuje o vnímání bolesti a způsobech jejího tlumení, jakož i o poznávacích schopnostech (řeč, paměť, schopnost rozhodovat se).

- **Subjektivně:** Stěžuje si na bolest pravého hlezna, ale léky na bolest odmítá. Problémy se zrakem ani sluchem nemá, ale nosí brýle na čtení. Sám o sobě tvrdí, že je specifická osobnost.
- **Objektivně:** Nosí brýle, je hodně senzitivní, vztahovačný, v době podávání léků úzkostlivý, chce mít vše pod kontrolou. Přijímání léků se brání. Má pomalejší psychomotorické tempo, na vše má odpověď. Racionalizuje si své chování, vybere si jen to, co se mu hodí. Obtížná komunikace. Poučuje.

Vnímání sebe samého – představa o sobě

Typ popisuje, jak člověk sám sebe vnímá a jakou má o sobě představu. Obsahuje postoj k sobě samému, vnímání vlastních rozumových, citových nebo fyzických schopností, způsob držení těla, kontakt očima, hlas a řečové vzory

- **Subjektivně:** V dětství mu říkali, že je obézní, dnes má váhu jako v sedmi letech, vadí mu, že je malý, chtěl by být vyšší, kdyby věděl, že když bude jíst, byl by vyšší, jedl by. Nevadí mu, že je hubený, ale malý, vadí mu, že ho berou jako malé dítě, tykají mu a je tím pobouřen.
- **Objektivně:** Pomalé tempo řeči, je inteligentně nadprůměrný. Je přehnaně úzkostlivý, chce mít vše pod kontrolou. Je bledý, při rozhovoru uhýbá očima.

Role – vztahy

Informace popisují typ vztahů a rolí klienta. Obsahují vnímání hlavních rolí v běžných životních situacích, spokojenost anebo nespokojenost s rodinnými, pracovními nebo sociálními vztahy.

- **Subjektivně:** Žije na vesnici v rodinném domku s rodiči, má dvě starší sestry, s kterými si nerozumí, není kamarádský, přítelkyni nemá. Stěžuje si na vztah s otcem, který je na něj přehnaně kritický.
- **Objektivně:** Studuje historii na vysoké škole, na návštěvu za ním dochází matka, návštěvy otce si nepřeje.

Reprodukce – sexualita

Informace popisují typ reprodukce a sexuality, spokojenost, změny v sexualitě nebo sexuálních vztazích a v reprodukci.

- **Subjektivně:** Přítelkyni nemá, je samotářský.
- **Objektivně:** V této oblasti jsem otázky nepokládala.

Přizpůsobení se – odolávání stresu:

Informace popisují typ celkového přizpůsobení se a efektivnost odolávání stresu, způsob zvládnutí stresu a vnímání schopnosti kontrolovat a řídit situace.

- **Subjektivně:** Nejvíce ho stresuje oblast jídla, cítí se neužitečný, potřeboval by se realizovat, stresuje ho, že musí platit hospitalizační poplatky, že dá více peněz za den, než by dal za jídlo. Stěžuje si na omezenou pohyblivost, nemůže se pohybovat, jak by chtěl. Omezuje ho chůze o berlích.
- **Objektivně:** Klient je málo komunikativní, musíme ho aktivně zapojovat do rozhovoru, na otázky týkající se mentální anorexie neodpovídá.

Hodnotová orientace – náboženské přesvědčení

Informace obsahují typ hodnot, cílů nebo víry (přesvědčení) včetně duchovní, které řídí výběr a rozhodování. Zahrnují informace o tom, co člověk v životě vnímá jako důležité, náboženské přesvědčení nebo očekávání v souvislosti se zdravím.

- **Subjektivně:** Je věřící, chodí na mše. Útěchu nalézá v náboženství. Hodinu před mší nejí, protože by to tak mělo být. S knězem je nespokojený, protože s ním nechce dostatečně diskutovat o specifických otázkách náboženství.
- **Objektivně:** Klient říká, že vše co se děje je vůle Boží a nelze to ovlivnit, a tudíž nelze ovlivnit ani jeho potíže s jídlem. Úraz, který se mu nyní stal, bere jako trest Boží. Víra je pro něj důležitá, má prostudováno spoustu knih.

14.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU

TK	PHK 105/65
P	65/min
TT	36,4°C
Dech	16 dechů/min
Hmotnost	38 kg
Výška	162 cm
BMI	14,5 (podváha)

Stav vědomí: Klient při vědomí, orientován časem, prostorem, osobou a situací.

Hodnocení psychického stavu: Klient rozumí otázkám, reaguje přiléhavě. U klienta jsou patrné známky pomalejšího psychomotorického tempa, je samotářský, zvýšeně úzkostný.

Hlava	pokleповě nebolestivá, oči uši, nos bez patologie
Krk	bez patologie
Hrudník	dýchání pravidelné bez slyšitelných fenoménů
Břicho	na pohmat měkké, nebolestivé
DK	otok pravého kotníku, pulzace oboustranně hmatná
Chůze a stoj	nyní chůze o berlích

Měření dle škál:

Melzackova škála: 3 silná bolest

Body Mass Index: 14,5 – podváha

Můžeme využít:

Test silulet: Test silulet slouží k měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem. Účastníkům jsou předloženy siluety postav od štíhlých po silné a ti z nich mají vybrat siluetu, která se nejvíce přibližuje jejich vlastní postavě, a potom siluetu, již považuje za ideální. Rozdíl mezi těmito dvěma postavami je pak považován za ukazatel tělesné spokojenosti či nespokojenosti. (Grogan, 2000).

Rozhovory: Studie využívají polostrukturovaných a nestrukturovaných rozhovorů zjišťují, co si klient myslí o své postavě a tělesných proporcích. Většinou se řídí seznamem oblastí, jež chce tazatel probrat. Rozhovor dává větší volnost k vyjádření pocitů. (Grogan, 2000).

15 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Péče o pacienta je orientovaná na potřeby nemocného.

15.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelská diagnóza se skládá:

- ze standardního názvu a definice (taxonomie v NANDA doménách)
- z příčin a souvisejících vztahů
- z charakteristických projevů

Formulace ošetřovatelské diagnózy:

- oš. diagnóza dvousložková – problém (P) + etiologie (E)
- oš. diagnóza trojsložková – problém (P) + etiologie (E) + symptomy (S)

Rozdělení ošetřovatelských diagnóz:

- **Aktuální:** určitá potřeba klienta je dysfunkční.
- **Potencionální:** v současnosti je klient ohrožen vznikem dysfunkce v určité potřebě.
- **Edukační:** potřeba klienta je funkční, nevykazuje dysfunkci ani potenciál dysfunkce, ale edukací a podporou lze její fungování zlepšit. (Marečková, 2006).

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Porucha výživy související se sníženým příjmem potravy projevující se:

- **Subjektivně:** Popíráním a bagatelizováním problému.
- **Objektivně:** Podvýživou, nízkou tělesnou hmotností, nízký BMI.
- **Očekávaný výsledek:** Pacient při dimisi bude mít váhový přírůstek.
- **Ošetřovatelské intervence:**

Zhodnot' tělesnou hmotnost, věk, BMI.

Kontroluj tělesnou hmotnost.

Sleduj dodržování stravovacího režimu.

Zapoj nutriční terapeutky.

Umožni výběr jídla.

Strach ze zhoršování zdravotního stavu související s nedostatkem informací projevující se:

- **Subjektivně:** Slovním vyjádřením obav z budoucnosti.
- **Objektivně:** Nervozita, ustrašený výraz.
- **Očekávaný výsledek:** Během dvou dnů dojde ke zlepšení psychické pohody.
- **Ošetrovatelské intervence:**
Podej dostatek informací.
Aktivně naslouchej, vyjádři podporu.
Buď empatický.
Umožni kontakt se stejně nemocným.

Porucha vnímání vlastního obrazu těla související s nízkou tělesnou hmotností projevující se:

- **Subjektivně:** Verbálním stěžováním si, strachem z reakce okolí.
- **Objektivně:** Odmítáním pohledu na své tělo, odmítáním dotknout se svého těla, zakrýváním těla.
- **Očekávaný výsledek:** Pacient bude do jednoho týdne částečně přijmout obraz svého těla.
- **Ošetrovatelské intervence:**
Zajistěte soukromí a bezpečné prostředí.
Snažte se dosáhnout maximální důvěry.
Veďte pacienta, aby vyjádřil své pocity.
Pomáhejte nemocnému přijímat pomoc druhých.
Podávejte spolehlivé informace.

Sociální izolace související s poruchou vnímání vlastního obrazu těla projevující se:

- **Subjektivně:** Stěžováním si pacienta, že nechce nikam chodit, protože se na něj všichni koukají, považují ho za dítě a tykají mu.
- **Objektivně:** Vyhýbá se kontaktu s ostatními, má pomalé váhavé mluvení, je uzavřený sám do sebe.
- **Očekávaný výsledek:** Do 14 dnů dojde k částečnému začlenění do kolektivu.

- **Ošetrovatelské intervence:**
Zajistíte kontakt s odborným lékařem (psycholog, psychoterapeut).
Podávejte dostatek informací.
Informujte o možnosti skupinové terapie.

Zhoršená pohyblivost související s poraněním hlezna v důsledku osteoporózy projevující se:

- **Subjektivně:** Verbálním stěžováním si na omezenou chůzi.
- **Objektivně:** Omezený pohyb, bolestivý výraz, úlevová poloha.
- **Očekávaný výsledek:** Do tří dnů bude zlepšena pohyblivost.
- **Ošetrovatelské intervence:**
Podávej medikace dle ordinace lékaře.
Zajisti dostatečný přísun vitamínů.
Zajisti kompenzační pomůcky.

Únava související s nedostatečnou výživou projevující se:

- **Subjektivně:** Verbálním stěžováním si pacienta.
- **Objektivně:** Pacient pospává přes den, má kruhy pod očima, působí unaveným dojmem.
- **Očekávaný výsledek:** Do 2 dnů nebude unavený.
- **Ošetrovatelské intervence:**
Podávej medikaci dle ordinace lékaře.
Zajisti dostatečně dlouhou dobu k odpočinku.
Zajisti dostatečný pitný režim.
Zajisti klidný, dobře vyvětraný pokoj.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

Riziko osamělosti související se sociální izolací

- **Očekávaný výsledek:** U pacienta nedojde k rozvinutí pocitu osamělosti.
- **Ošetrovatelské intervence:**
Zajisti bezpečné prostředí.
Umožni kontakt rodiny a přátel.

Zapoj pacienta do skupinové terapie.

Pečlivě naslouchej a vyjádři podporu.

Riziko pádu související s omezenou hybností končetiny

- **Očekávaný výsledek:** Nedojde k pádu a následnému dalšímu poranění.
- **Ošetrovatelské intervence:**
Edukuj o možnosti používání kompenzačních pomůcek.
Zajisti vhodné pomůcky.
Zajisti nácvik v používání pomůcek.

15.2 HODNOCENÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Vyhodnocení ošetrovatelského plánu bylo provedeno v den ukončení hospitalizace.

- **Porucha výživy související se sníženým příjmem potravy projevující se:**
subjektivně: pacient nepřipouští problém se stravováním
objektivně: neustále počítá energii potravin, začíná se více pohybovat, proto se snaží sníst malé množství potravy, při dimisi očekávaný váhový přírůstek nebyl.
- **Strach ze zhoršování zdravotního stavu související s nedostatkem informací projevující se:**
subjektivně: pacient udává zmírnění obav
objektivně: přetrvává úzkost a uzavřenost, snaží se komunikovat.
- **Porucha vnímání vlastního obrazu těla související s nízkou tělesnou hmotností projevující se:**
subjektivně: pacient by byl nejraději na pokoji sám
objektivně: nevdá mu, že je hubený, chtěl by být vyšší.
- **Sociální izolace související s poruchou vnímání vlastního obrazu těla projevující se:**
subjektivně: pacient se cítí lépe, začíná chodit o berlích, psychologa odmítá
objektivně: začíná komunikovat s ostatními pacienty a personálem.

- **Zhoršená pohyblivost související s poraněním hlezna v důsledku osteoporózy projevující se:**
subjektivně: pacient si stěžuje na nemožnost pohybu jako před úrazem, přeje si zhojení zlomeniny a až mu sundají sádku, bude moc více chodit a běhat
objektivně: začíná chodit o berlích s dopomocí.
- **Únava související s nedostatečnou výživou projevující se:**
subjektivně: pacient se cítí stále unavený, ale snaží se být více aktivní
objektivně: většinu času tráví na lůžku, odpočívá, čte si, nejraději by zase chodil.

16 EDUKAČNÍ PLÁNY

Plán č. 1

Účel: Edukovat pacienta o důležitosti pravidelného příjmu potravy.

Cíl: Pacient do tří dnů pochopí důležitost pravidelného příjmu potravin.

Oblast kognitivní

Specifické cíle: Pacient pochopí důležitost pravidelného příjmu potravy.

Hlavní body plánu: Bude vysvětlena důležitost pravidelného příjmu potravy.

Metoda prezentace: Rozhovor, popis.

Časová dotace: 1 den.

Pomůcky: Edukační materiály – brožury, letáky.

Hodnocení: Pacient zná důležitost pravidelného příjmu potravy.

Oblast kognitivní

Specifické cíle: Pacient dokáže vyjmenovat nutričně vhodné potraviny.

Hlavní body plánu: Budou mu vyjmenovány a předvedeny vhodné potraviny.

Metoda prezentace: Rozhovor, prezentace, ukázka.

Časová dotace: 1 den.

Pomůcky: Brožury, letáky, literatura.

Hodnocení: Pacient je schopen sám vyjmenovat nutričně vhodné potraviny.

Oblast afektivní

Specifické cíle: Pacient nebude mít obavy přijímat pravidelně malé dávky potravy.

Hlavní body plánu: Bude podporován a opakovaně ujišťován o správnosti přijímat malé dávky potravin.

Metoda prezentace: Diskuze, rozhovor.

Časová dotace: 1 den.

Hodnocení: Pacientovy obavy z příjmu potravy se částečně zmírnily.

Plán č. 2

Účel: Vysvětlit pacientovi nutnost pravidelně užívat naordinovanou medikaci.

Cíl: Pacient do tří dnů pochopí nutnost užívat naordinovanou medikaci.

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: pacient dokáže vysvětlit nutnost pravidelného užívání medikace.

Hlavní body plánu: pacientovi bude vysvětlena důležitost užívání medikace.

Metoda prezentace: Vysvětlení, rozhovor.

Časová dotace: 1 den.

Pomůcky: Edukační materiály – brožury, letáky.

Hodnocení: Pacient pochopil nutnost pravidelného užívání medikace.

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacient bude znát možná rizika při nepravidelném užívání medikace.

Hlavní body plánu: Bude seznámen s riziky při nepravidelném užívání medikace.

Metoda prezentace: Rozhovor, prezentace, vysvětlení.

Časová dotace: 1 den.

Pomůcky: Brožury, letáky, literatura.

Hodnocení: Pacient zná možná rizika při nepravidelném či žádném užívání chronické medikace.

Oblast afektivní:

- Specifické cíle: Pacient se zbaví obavy z možného předávkování a negativního vlivu léků na jeho organismus.
- Hlavní body plánu: Bude mu vysvětleno působení některých skupin léčiv na lidský organismus.
- Metoda prezentace: Diskuze, rozhovor.
- Časová dotace: 1 den.
- Pomůcky: Brožury, letáky, literatura.
- Hodnocení: Pacientovy obavy z předávkování a negativního vlivu léků na organismus se zmírnily.

17 DISKUZE

Tato bakalářská práce popisuje a vysvětluje závažné duševní onemocnění, kterou je mentální anorexie, patřící do poruch příjmu potravy. Tématem této práce bylo zjistit specifika „Ošetrovatelské péče o muže s anorexií“. Mentální anorexie se řadí mezi závažné psychické poruchy, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Aktivní odmítání buď veškerého jídla nebo potravin po kterých se tloustne. Oběti anorexie bývají vyhublé, trpí podvýživou, a přesto žijí v neustálé představě, že jsou obézní. Pomoc hledají obvykle v brutálních dietách, které zvyšují riziko vzniku mentální anorexie, často nadměrně cvičí. Pro anorexiu je typická velká nespokojenost s postavou a to ve vnímání proporcí, v úvahách o přitažlivosti či negativní pocity z postavy jako takové. Na vzniku mentální anorexie se podílí celá řada faktorů. Každé onemocnění zasahuje zásadním způsobem do života člověka. Nemoc v mnoha případech znemožňuje dosažení životních cílů, mění zaběhnuté životní standardy a rituály, vyvolává obavy z budoucnosti. Znamená ztrátu jistot, ohrožuje zvyklosti a hodnoty. Mentální anorexie postihuje zejména mladé dívky a ženy, jenže teď se ukazuje, že takzvanou nemocí modelek trpí i muži. Skutečný počet mužů trpících mentální anorexií není známý, trvá roky, než si problém vůbec připustí. Přijdou zpravidla až na naléhání svého okolí a ve chvíli, kdy se nemoc začne vymykat jejich kontrole, přesto onemocnění popírají.

Cílem praktické části je poskytnout informace o specifických ošetrovatelské péče o muže s anorexií metodou kvalitativního výzkumu. Vytvořila jsem kazuistiku muže, který trpí poruchou příjmu potravy mentální anorexií. Popsala jsem muže, který byl

hospitalizován na ortopedickém oddělení pro zlomeninu pravého hlezna osteoporotické kosti, kterou si způsobil při chůzi. Kazuistika popisuje rodinnou a osobní anamnézu, základní vyšetření a fyzikální vyšetření zdravotní sestrou. Aby byla poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče, je nutné poučení personálu o specifikách ošetrovatelské péče u takto psychicky nemocného pacienta. Vhodným ošetrovatelským modelem je model funkčních typů zdraví dle Gordonové, který se zaměřuje na zdraví, jeho podporu a splňuje holistický přístup ke zdraví člověka. Informace jsem získala rozhovorem s pacientem a nahlídnutím do dokumentace praktického lékaře.

Zdravotní stav vnímá pacient jako bezproblémový, je přesvědčen, že je zdravý. Jen úraz, který si způsobil mu brání v jeho každodenní fyzické aktivitě. Smyslem jeho života je zdravý životní styl, zajímá se o zdravou výživu a chce jíst jen zdravé potraviny. Přečetl o tom mnoho knih. O anorexii se odmítá bavit. Nepřipouští žádné obtíže, onemocnění popírá, reaguje podrážděně, samotářský, vyhýbá se okolí, nejraději je sám. Odmítá jíst, ale tvrdí, že jídlo jí normálně, je přesvědčen, že to co sní mu stačí, nemá chuť ani pocit hladu. Většinou jí jednou denně a pečlivě vybírá, co bude jíst. Množství tekutin si přesně hlídá. Jídlo považuje za zbytečné a bere ho jako odměnu, až když něco vykoná. Jídlo, které dostává, schovává nebo vyhazuje nebo nabízí ostatním pacientům. Jídlo pokud může si nejraději připravuje sám, je to pro něj obřad. Na problémy s vylučováním si nestěžuje, prý nemá žádné obtíže, přesto se vyprazdňuje jedenkrát týdně za pomoci laxativ. Je hodně pohybově aktivní. Rád chodí pěšky a jezdí na kole. Raději jde pěšky, aby měl více pohybu. Chtěl by denně několik hodin věnovat sportu. U pacienta narůstá nervozita, obzvlášť nyní, když mu byl naordinován klid na lůžku. Chtěl by více chodit, tak cvičí na lůžku. Hygienu provádí samostatně. V oblasti spánku má problémy se spaním. Stěžuje si na nedostatek spánku, protože se stále učí nebo něco čte. Pacienta obtěžuje bolest pravého hlezna, ale léky na bolest odmítá. Přijímání léků se brání. V době podávání léků úzkostlivý, chce mít vše pod kontrolou. Nic nepotřebuje, vše mu zajistí vitamíny, které si kupuje a o kterých má vše načteno. Má pomalejší psychomotorické tempo, na vše má odpověď. Racionalizuje si své chování, vybere si jen to, co se mu hodí. Poučuje. S pacientem je obtížná komunikace. Pomalé tempo řeči, při rozhovoru uhýbá očima, je inteligentně nadprůměrný. Vadí mu jeho malá postava, chtěl by být vyšší, nepřipadá si hubený. Žije na vesnici se staršími rodiči v rodinném domku. Nemá kamarády ani přítelkyni. Navštěvovat ho chodí matka, s otcem má od raného dětství špatný vztah. Otec byl na něj vždy kritický, pedantský. Otec ho nikdy nedokázal pochválit. V oblasti

přizpůsobení se odolávání stresu ho nejvíce stresuje oblast jídla. Cítí se neúčinný, když se nemůže pohybovat, jak by chtěl, potřeboval by se realizovat. Vadí mu a pobuřuje ho chování personálu, když mu tykají. Pacient působí dojmem třináctiletého dítěte, ale je mu devatenáct let. Vyžaduje, aby ho brali jako dospělého. V poslední oblasti hodnotové orientace náboženské přesvědčení jsem zjistila, že pacient je věřící a útěchu nalézá v náboženství a víra je pro něj důležitá.

Poznala jsem pacienta, který není tak často hospitalizován na standardním lůžku a měla jsem možnost popsat jeho potřeby a navrhnout plán ošetrovatelské péče. Velmi důležité je získat důvěru pacienta individuálním přístupem a tím si vytvořit vstřícnější spolupráci pacienta. Součástí léčebného procesu ošetrovatelské péče je zapojení ošetrovatelského týmu, který se skládá z lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuta, psychologa, nutričního terapeuta a edukační sestry. Velký význam má navázání spolupráce a informovanost blízkých členů rodiny.

ZÁVĚR

O mentální anorexii je napsáno spoustu knih, přesto je problematika této poruchy příjmu potravy často nepochopitelná. Je nutné si uvědomit, že projevy této nemoci ničí nejen převážně mladého člověka, ale poznamenávají také celou pacientovu rodinu, která se často dozví jako poslední, co se vlastně děje. Anorektičtí muži se mnohdy za své chování stydí tak, že se nesvěří ani nejbližším lidem, rodičům nebo partnerce, a nemoc skrývají celé roky. V porovnání s ženami, přicházejí dost nejistí a více méně z popudu rodičů, kamarádů. Nejdříve jsou přesvědčeni, že jim nic není a tak je překvapí informace, jak na tom opravdu jsou. Pro spoustu lidí je určitě nepochopitelné, jak si někdo takhle dokáže dobrovolně ubližovat a to vše jen díky štíhlé linii. Je obtížné rozhodnout, kde končí redukční dieta a kde začíná mentální anorexie. Vnímání těla a spokojenost s ním není ovlivněna jen psychologickými aspekty, ale také aspekty sociologickými. Dietní průmysl, který pro větší výtěžky propaguje kult štíhlého těla a to i přesto, že držení diet může mít negativní zdravotní následky. Trend štíhlého těla však zůstává a tak je držení diet nahrazováno cvičením. Jenže anorektik, pokud rovnou nezkolabuje, si zpravidla nedá říct. Odpírání jídla, aby se vyhnul pocitu sytosti a pohyb na hranici únosnosti jsou pro takto nemocného smyslem života. Zaměřila jsem se na problematiku mentální anorexie, snažila jsem se popsat příčiny, příznaky, léčbu a poukázat na závažná zdravotní rizika, a pokud není mentální anorexie léčena může končit smrtí. Využila jsem odborné literatury a internetových zdrojů. Danou problematiku jsem zpracovala formou kazuistiky, kde je popsán příběh muže, jež trpí mentální anorexií. Spouštěčem nemoci byl již v ranném dětství vztah s otcem. Na otázku týkající se specifík v komunikaci, jsem zjistila, že komunikace s pacientem byla velmi náročná pro celý ošetrovatelský tým. Pacient neustále onemocnění popíral. Bylo nutné ho aktivně zapojovat do rozhovoru, více ho sledovat, ptát se na bolest, sám si neřekl. Specifika v ošetrovatelské péči o muže s anorexií bylo sledování příjmu potravy, tekutin a vyprazdňování. Pomoc potřeboval při chůzi, protože byla chůze omezena na chůzi o berlích. Hrozilo nebezpečí pádu a v důsledku osteoporózy mohlo dojít k další zlomenině. Na otázku jaká oblast potřeb byla nejčastěji narušena je oblast přijímání potravy, pocity viny. Pacienta musíme neustále edukovat o důležitosti pravidelného příjmu potravy. On slibuje, že až začne chodit, tak bude jíst.

O problematice poruch příjmu potravy je veřejnost informována, přesto počet případů onemocnění vzrůstá, proto se domnívám, že je nutné toto téma neustále připomínat a zdůrazňovat rizika vzniku onemocnění, důležitá je prevence a poskytování informací o onemocnění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANABELL, Občanské sdružení. <http://www.anabell.cz/>

FREJ, David. Dietní sestra diety ve zdraví a nemoci. Vydání první. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-537-X.

GROGAN, Sarah. Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. Praha: Grada, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.

HANZLOVSKÝ, Michal. Mentální anorexie u mužů In Celostní medicína.cz (online).

VIVANTIS a.s.,(c) 2004 (cit. 5. 5. 2011). Dostupné na [www: http://www.celostnimediceina.cz/mentalni-anorexie-u-muzu.htm](http://www.celostnimediceina.cz/mentalni-anorexie-u-muzu.htm).

HORT, Vladimír; HRDLIČKA, Michal; KOCOURKOVÁ, Jana a MALÁ, Eva. Dětská a adolescentní psychiatrie. Vydání první. Praha: Nakladatelství Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

HRDLIČKOVÁ, Lucie. Když se jídlo stane postrachem. Psychologie dnes. 2010, ročník 16, číslo 1, s. 34-36. ISSN 1213-4414.

FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. Ošetrovatelství teorie. Martin: Vydavatelství Osveta spol. s.r.o., 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

KOCOURKOVÁ, Jana; KOUTEK, Jiří; LEBL, Jan. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Vydání první. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.

KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIEROVÁ, Rita. Ošetrovatelstvo 1,2. Martin: Osveta 1995. ISBN 80-217-0528-0.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. vydání první. Praha: Grada, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání. Vydání druhé. Praha: Grada, 2005. 256s. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David. Mentální anorexie. Vydání první. Praha: Nakladatelství Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Vydání první. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LEIBOLD, Gerhard. Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody. Vydání první. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Vydání první. Praha: Nakladatelství Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

- MAREČKOVÁ, J. Ošetřovatelské diagnózy v Nanda doménách. Vydání první. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80–247–1399–3.
- MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetřovatelská péče. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80–247–1151–6.
- MARTYKÁNOVÁ, L; PISKÁČKOVÁ, Z. Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy. Výživa a potraviny. 2010, ročník 65, číslo 1, s. 15–16. ISSN 1214–2425.
- NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Vydání první. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978–80–7204–657–7.
- PAPEŽOVÁ, Hana. Bulimia nervosa. Vydání první. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80–85121–81–6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Vydání první. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978–80–247–2425–6.
- PRAŠKO, Ján. Psychiatrie. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80–7333–002–4.
- SEIFERTOVÁ, Dagmar; PRAŠKO, Ján a HOSCHL, Cyril. Postupy v léčbě psychických poruch. Vydání první. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. 479 s. ISBN 80–86694–06–2.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III. vydání první. Praha: Grada, 2007. ISBN 978–80–247–2270–2.
- TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Vydání druhé. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80–7013–324–4.
- ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
<http://www.uzis.cz/>
- VOMASTEK, Petr. Z deníku anorektika. Praha: Tomáš Houška, 2000. 240 s. ISBN 80–86065–10–3.