TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Kristýna Jelínková**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Liberec 2019

TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Faculty of Health Studies

Specifics of Nursing care in case of Eating disorders

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse

Author: **Kristýna Jelínková**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Liberec 2019

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

Zadání bakalářské práce

Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy

Jméno a příjmení: **Kristýna Jelínková**
Osobní číslo: D16000054
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Zadávající katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2017/2018**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:
1. Ověřit znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy.
2. Ověřit znalosti specifik ošetřovatelské péče u pacienta s poruchou příjmu potravy.
3. Ověřit znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacientů s poruchou příjmu potravy.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce): Poruchy příjmu potravy jsou psychická onemocnění. Do těchto onemocnění řadím mentální anorexii, bulimii a záchvatovité přejídání. V dnešní době četnost těchto onemocnění stále roste. Léčba poruch příjmu potravy je bez specializované pomoci velice náročná, mnohdy nemožná. Je důležité, aby zdravotníci dokázali tuto hrozbu rozeznat a správně pečovat o pacienta trpící poruchou příjmu potravy. Výstupem práce bakalářské práce bude odborný článek.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:
1. Jaké jsou znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy?
2. Jaké jsou znalosti specifik ošetřovatelské péče o pacienta s poruchou příjmu potravy?
3. Jaké jsou znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacientů s poruchou příjmu potravy?

Metoda:
Kvalitativní metoda.

Technika práce, vyhodnocení dat:
Rozhovor. Zjištěné informace budou zaznamenány na diktafon, následně napsány a zpracovány v programu Microsoft Office Word do diagramu.

Místo a čas realizace výzkumu:
Standardní lůžkové oddělení – Lužická nemocnice a poliklinika a.s.
Standardní lůžkové oddělení – Krajská nemocnice Liberec a.s.
Čas: prosinec 2018 – únor 2019.

Vzorek:
Respondenty výzkumu budou všeobecné sestry na standardním oddělení.
Počet: po dosažení teoretické saturace.

Rozsah pracovní zprávy:	50-70stran
Forma zpracování práce:	tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BALOGOVÁ, Eva, 2012. Hodnocení stavu výživy kriticky nemocných. Sestra. 22(6), 50-51. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers.

CLASSEN, Meinhard, 2011. Diferenciální diagnóza ve schématech. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3596-2.

HOSÁK, Ladislav et al., 2015. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

JAKABOVIČOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila, 2009. Mentálna anorexia a adolescenti. In: SLEZSKÁ KONFERENCE OŠETŘOVATELSTVÍ. Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství, s. 62-65 s. ISBN 978-80-7248-521-5.

KOHOUT, RUŠAVÝ a ŠERCLOVÁ, 2016. Vybrané kapitoly z klinické výživy. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2016. Osteoporóza pohyb je prevencí i léčbou. Medical tribune. 12(21). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: http://www.tribune.cz/tituly/mtr.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2014. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. Pediatrie pro praxi [online]. 15(4), 213-215. Dostupné také z: http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf.

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

KRCH, František David, 2009. Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory. Sanquis. 9(63), 71-73. ISSN 1212-6535. Dostupné také z: http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art2026.

LÉBLOVÁ, Petra, 2010. Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. Epsychologie, 4(3), 1-12. ISSN 1802-8853. Dostupné z http://e-psycholog.eu/pdf/leblova.pdf.

MEISNEROVÁ, Eva, 2013. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. Interní medicína pro praxi. 15(8-9), 266-268. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: http://www.internimedicina.cz/archiv.php.

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ, 2012. Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-98-9.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

RICHTEROVÁ, Markéta, 2015. Nozokomiální nákazy nejsou fenoménem 21. Století. KOLEKTIV MLADÉ FRONTY. Zdravotnictví a medicína [online]. Mladá fronta, [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/nozokomialni-nakazy-nejsou-fenomenem-21-stoleti-480229. seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz

RINGWOOD, Susan et al., 2012. The beat guide understanding eating disorders. Norwish: Wensum House. SBN 978-0-9574686-0-3.

SLANINOVÁ,VEGERBAUER a MALÝ, 2012. Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta. Dermatologie pro praxi. 6(1), 33-39. ISSN 1802-2960. Dostupné také z: http://www.dermatologiepropraxi.cz/archiv.php.

STÁRKOVÁ, Libuše, 2009. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy = risk of death and insidious complications of eating disorders. Psychiatrie pro praxi. 10(3), 112-116. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/02.pdf.

ŠEFLOVÁ, Lenka a Gabriela JANČÍKOVÁ, 2010. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. Medicína pro praxi [online]. s. 5667. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf.

ZAZULA, Roman, Petr WOHL a Pavel WOHL, 2009. Nutriční stav pacienta a možnosti jeho hodnocení. Interní medicína pro praxi. 11(1), 45-47. ISSN 1212-7299.

Vedoucí práce:	Mgr. Marie Froňková Fakulta zdravotnických studií
Datum zadání práce:	28. dubna 2018
Předpokládaný termín odevzdání:	30. června 2019

L. S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci 30. listopadu 2018

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Froňkové a konzultantce Mgr. Barboře Jelínkové za jejich neocenitelnou pomoc, trpělivost, rady a čas, který mi věnovaly při vypracování této bakalářské práce. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Kristýna Jelínková

Instituce: Technická univerzita v Liberci,
Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Konzultant: Mgr. Barbora Jelínková

Počet stran: 90

Počet příloh: 6

Rok obhajoby: 2019

Anotace:

Výskyt poruch příjmu potravy stále roste a s tím i pravděpodobnost hospitalizace člověka s takovýmto problémem. Pacienti s poruchami příjmu potravy jsou mnohdy hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče, ale i standardních odděleních. Proto je důležité, aby zdravotnický personál uměl rozpoznat podezření na poruchy příjmu potravy a zároveň poskytnout specifickou péči těmto pacientům. Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy. První část je věnována teorii, kde nalezneme obecnou charakteristiku jednotlivých druhů poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie a bulimie, výčet rizikových faktorů vzniku těchto onemocnění, možnosti léčby, specifickou ošetřovatelskou péči o tyto pacienty a komplikace, které mohou nastat v jednotlivých oblastech. Druhou částí je část empirická, ta analyzuje znalosti sester o rizikových faktorech vzniku poruch příjmu potravy, specifické ošetřovatelské péči a komplikacích. Zvolili jsme kvalitativní metodu s šetřením pomocí nestandardizovaných rozhovorů.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, ošetřovatelská péče, komplikace

Annotation

Name and surname: Kristýna Jelínková

Institution: Technical university of Liberec,
Faculty of Health Studies

Title: Specifics of Nursing care in case of Eating disorders

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Consultant: Mgr. Barbora Jelínková

Pages: 90

Apendix: 6

Year: 2019

Annotation:

Incidence of eating disorders has been increasing as well as quantity of hospitalizations of patients with this type of problems. Patients with eating disorders are frequently hospitalized in the intensive care units, on standard wards. Medical staff must be able to recognize signs and symptoms of eating disorders to be able to provide adequate nursing care. The bachelor thesis is focused on the specific nursing care of the patients with eating disorders. The first part is devolved to theory. It contains the different type of eating disorder characterisic especially anorexia and bulimia. It also follows up the risk factors od the deseases development, cure possibilities, the specific nursing care of the patients and the possible complications that may occur. The second part is empiric, it analysis nurses knowledges about risk factors of eating disorders development, the specific nursing care and possible complications. We have chosen the quality method using non-standardized interviews.

Keywords: eating disorders, nursing care, complications

Obsah

SEZNAM ZKRATEK 13
1 ÚVOD 14
2 TEORETICKÁ ČÁST 15
2.1 Vymezení poruch příjmu potravy 15
2.1.1 Rizika vzniku poruch příjmu potravy 15
2.1.2 Mentální anorexie 16
2.1.2.1 Epidemiologie mentální anorexie 16
2.1.2.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie 16
2.1.2.3 Druhy mentální anorexie 17
2.1.3 Mentální bulimie 17
2.1.3.1 Epidemiologie mentální bulimie 18
2.1.3.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie 18
2.1.4 Atypické poruchy příjmu potravy 19
2.2 Hodnocení poruch příjmu potravy 19
2.3 Léčba poruch příjmu potravy 20
2.3.1 Formy péče o pacienty s poruchami příjmu potravy 20
2.4 Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy 21
2.4.1 Role sestry 21
2.4.2 Specifika ošetřovatelské péče o psychiku 22
2.4.3 Specifika ošetřovatelské péče ve stravování 23
2.4.4 Specifika ošetřovatelské péče v oblasti stravovacího režimu 25
2.4.5 Zdravotní komplikace u mentální anorexie a bulimie 25
2.4.5.1 Komplikace související s gastrointestinálním ústrojím 26
2.4.5.2 Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému 27
2.4.5.3 Komplikace v oblasti kůže 27
2.4.5.4 Komplikace související s imunitním systémem 28
2.4.5.5 Komplikace v oblasti pohybového aparátu (osteoporóza) 29
2.4.5.6 Komplikace spojené s renálním ústrojím 29
2.4.5.7 Komplikace v oblasti endokrinního systému 29
3 EMPIRICKÁ ČÁST 31
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky 31
3.1.1 Cíle práce 31
3.1.2 Výzkumné otázky 31

3.2 Metodika a charakteristika 31
3.3 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovoru 32
3.3.1 Kategorie I. – Pojem mentální bulimie a anorexie 34
3.3.2 Kategorie II. – Rizikové faktory 36
3.3.3 Kategorie III. – Hodnocení a léčba mentální anorexie, bulimie 38
3.3.4 Kategorie IV. – Role sestry 40
3.3.5 Kategorie V. – Specifika péče v psychice 42
3.3.6 Kategorie VI. – Specifika v oblasti stravy 44
3.3.7 Kategorie VII. – Specifika ve stravovacím režimu 48
3.3.8 Kategorie VIII. – Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu 51
3.3.9 Kategorie IX. – Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému 53
3.3.10 Kategorie X. – Komplikace v oblasti kůže 55
3.3.11 Kategorie XI. – Komplikace v oblasti imunitního systému 57
3.3.12 Kategorie XII. – Komplikace v oblasti pohybového aparátu 59
3.3.13 Kategorie XIII. – Komplikace v oblasti renálního ústrojí 61
3.3.14 Kategorie XIV. – Komplikace v oblasti endokrinního systému 63
3.4 Analýza cílů a výzkumných otázek 65
4 DISKUZE 72
5 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI 84
6 ZÁVĚR 85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 86
SEZNAM OBRÁZKŮ 89
SEZNAM PŘÍLOH 90

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
BMI	Body Mass Index
EAT	Eating Attitude Test, Test jídelních postojů
EDI	Eating Disorder Inventory, Inventář poruch příjmu potravy
EKG	elektrokardiogram
HRT	hormonální terapie
i.v.	intravenosus, aplikace (podání) injekce do žíly
JIP	jednotka intenzivní péče
MKN-10	mezinárodní klasifikace nemocí
např.	například
tzv.	takzvaný
S	sestra
PŽK	periferní žilní katetr
CŽK	centrální žilní katetr
TSH	tyreotropní hormon
HA	hormonální antikoncepce

1 ÚVOD

Výskyt poruch příjmu potravy v dnešní době stále roste a mnozí toto téma bagatelizují. Tlak, který je vyvíjen společností a podporuje tzv. kult hubenosti je neúprosný a snoubí se s dalšími neopomenutelnými rizikovými faktory. Proto je potřeba toto onemocnění včas zachytit a léčit. Toto velice závažné onemocnění má dopad nejen na psychickou stránku, ale i na stránku fyzickou. V případě poruch příjmu potravy je organismus neustále vyčerpáván a nemá dostatečnou energii a živiny na to, aby správně fungoval. Pozdě zachycená nemoc má často fatální následky. Organismus je často tak poškozen, že je nezbytná hospitalizace pacientů na metabolických jednotkách a jednotkách intenzivní péče, kde je cílem zamezit stavu bezprostředního ohrožení života.

Pacienti s poruchami příjmu potravy jsou mnohdy hospitalizováni i na standardních odděleních a proto je důležité, aby zdravotnický personál uměl rozpoznat podezření na poruchy příjmu potravy a zároveň poskytnout specifickou péči těmto pacientům. Nedílnou součástí kvalitní péče je správná komunikace, přístup a spolupráce celého zdravotnického týmu. Po stabilizaci zdravotního stavu pacienta následuje překlad na odborné psychiatrické oddělení, kde je pod dohledem specialistů (psychiatrů, psychologů, nutričních terapeutů, psychiatrických sester) a účastní se léčebných programů přímo určených na změnu jeho patologických jídelních návyků, osobních postojů a vnímání sebe sama. Pokud se stav pacienta zlepší, je propuštěn do domácí péče s možností docházení do denních stacionářů a terapeutických skupin za účelem prevence relapsu.

V první části bakalářské práce se zabýváme obecnou charakteristikou jednotlivých druhů poruch příjmu potravy konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie. Součástí je i výčet rizikových faktorů pro vznik těchto onemocnění a možností léčby. Druhá část je věnována specifické ošetřovatelské péči o tyto pacienty, která je základním předpokladem pro úspěšnou terapii a budoucí návrat těchto pacientů do normálního života. Cílem mé bakalářské práce je ověřit znalosti sester o rizikových faktorech vzniku, specifikách ošetřovatelské péče a komplikacích specifické ošetřovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy. Výstupem bakalářské práce bude odborný článek.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují svými projevy mezní polohy jídelního chování od omezování příjmu potravy, které dotyčného ohrožuje na životě až po nadměrný příjem potravy spojený se zvracením nebo dalšími nepřiměřenými kompenzacemi energetického příjmu (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje v současné době především mentální anorexii, kterou představuje kód F50.0 a mentální bulimii F50.2. Obě poruchy jsou si navzájem velice podobné. Typický je pro ně především nadměrný strach z nadváhy, nespokojenost s vzezřením svého těla a samozřejmě intenzivní snaha dosáhnout vytoužené štíhlosti. Tyto duševní poruchy patří mezi nejčastější problémy především dospívajících dívek a mladých žen. U aktuálního výskytu anorexie je uváděno 0,3-0,8 % rizikové populace, u bulimie tato hodnota činí 1,5 až 5% rizikové populace dospívajících dívek (Krch a Švédová, 2013).

2.1.1 Rizika vzniku poruch příjmu potravy

Poruchami příjmu potravy mohou trpět nejen ti, kteří zažili traumatizující událost ve svém životě, ale i ti, u kterých anorexie představuje jediný životní problém. Tyto poruchy mohou souviset s tzv. **spouštěči** (rozvod, rodinná krize, nemoc, nemístná poznámka o váze, šikana, vliv vrstevníků, vliv společnosti – tlak médií a spousta dalších). Porucha příjmu potravy většinou vzniká spojením více těchto faktorů (Papežová a Hanusová, 2012). Do rizikových faktorů řadíme například **pohlaví**, již samotné ženské pohlaví znamená mnohonásobně vyšší riziko poruch příjmu potravy, ale nejen ženy trpí tímto onemocněním. Zastoupení mužů mezi pacienty s poruchami příjmu potravy se pohybuje v hodnotách 0 až 15%. Mezi další rizikové faktory patří také **věk**. Typické období pro počátky poruch příjmu potravy je **období puberty a dospívání** (labilnější sebevědomí, hormonální změny, větší zranitelnost atd.). Dále nesmíme opomenout **psychologické faktory**, zde bývají zmiňovány v souvislosti s poruchami příjmu potravy určité osobnostní rysy. Konkrétně mentální anorexie bývá spojována s úzkostí, kognitivní

rigiditou, vyhýbavým chováním, perfekcionismem a obsedantními rysy. Mentální bulimie zase s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulzivitou hraniční osobností a depresivní náladou. U obou onemocnění se objevuje **porucha vnímání sebe sama**, čímž rozumíme poruchu vnímání a hodnocení svého těla. Nesmí být zapomenut ještě jeden rizikový faktor a to je **vliv rodiny**, který je velice významným rizikovým faktorem. Řadíme sem např. kritické komentáře v rodině v oblasti jídla, tělesného vzhledu, váhy, nevhodné jídelní a dietní postoje u matek atd. (Krch, 2009).

2.1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha, která je charakterizována **úmyslným snižováním tělesné hmotnosti**. Hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, ty vyplývají z dlouhodobé podvýživy. Nemocní s poruchami příjmu potravy často užívají také laxativa, diuretika, anorektika a často je přítomno i zvracení. Mění se také psychika, často se objevuje depresivní syndrom, zvýšená podrážděnost, změna vnímání sebe sama (Jakabovičová a Majerníková, 2009).

2.1.2.1 Epidemiologie mentální anorexie

Je udán celosvětový nárůst tohoto duševního onemocnění. Mentální anorexie postihuje především mladé dívky a ženy. Poměr mezi dívkami a chlapci činí **10-15:1** (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016). Začátek onemocnění bývá nejčastěji mezi **14-15** rokem života (Petr a Marková, 2014). Podle studie založené na primární péči dosahuje mentální anorexie incidence **5 na 100 000** obyvatel. Nemocniční registry udávají nižší hodnoty, jelikož musíme zvážit určitou část jedinců, kteří terapii nevyhledávají (Papežová, 2010).

2.1.2.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie

K diagnostice poruch příjmu potravy se využívají tzv. **diagnostická kritéria**, která jsou: tělesná váha, která je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať

již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Body mass index (BMI), jeho hodnota činí **17,5 a méně**. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek. Pacient si **snižuje váhu sám** svými aktivitami, omezováním příjmu potravy, nadměrným cvičením apod. Specifickou psychopatologii představuje především **strach z obezity** přetrvávající i při výrazné podváze, **zkreslené vnímání vlastního těla** a vtíravé, ovládavé myšlenky na udržení podváhy, někdy jídelní rituály. Rozsáhlá **endokrinní porucha**, hypothalamo-hypofyzární-gonádové osy, u žen **amenorea** (kterou často zakrývá HRT), u mužů ztráta sexuálního zájmu. Dalším významným kritériem je **opoždění puberty**. Začátek onemocnění před pubertou, zpozdí nebo zastaví další vývoj (vzrůst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců). Po uzdravení dojde k dokončení puberty, ale menarché může být opožděna (Koutek a Kocourková, 2014).

2.1.2.3 Druhy mentální anorexie

V dnešní době jsou rozlišovány dva specifické typy mentální anorexie. První typ nazýváme jako **nebulimický (restriktivní).** Vyznačuje se tím, že pacient ztrácí svou hmotnost snižováním dávek přijímané potravy, nebo potravu nepřijímá vůbec. U tohoto typu se často vyskytuje nadměrné cvičení z důvodu rychlejšího úbytku na váze a nedochází zde k přejídání. Druhým je **bulimický (purgativní) typ**, u kterého nacházíme podobnost prvnímu typu v oblasti přísného omezování množství přijímané potravy. Rozdíl spočívá v tom, že u tohoto typu následně střídá hladovění fázi přejídání. Pacient zvrací, užívá laxativa atd. (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016).

2.1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizována zejména **opakujícím** se **záchvatovitým přejídáním**, které je spojeno s nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit přejedení je velmi relativní. Přes pocit ztráty kontroly nad jídlem u pacientů je někdy zřejmé, že snědli jen o něco více, než chtěli, nebo než byli dosud zvyklí jíst. Proto se považuje za významnější znak přejedení spíše subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem než množství jídla co pacient zkonzumoval. Extrémní kontrola tělesné hmotnosti

často vede u těchto pacientů k začarovanému kruhu přejídání se a následnému období hladovění (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016). Rozdíl mezi mentální bulimií a anorexií je, že **při anorexii je BMI pod 17,5**, zatímco pacient s **bulimií** má **normální postavu** nebo **mírnou nadváhu** (Papežová a Hanusová, 2012).

2.1.3.1 Epidemiologie mentální bulimie

Výskyt poruch příjmu potravy stále roste. Výzkumy ukázaly (Petra a Marková, 2014), že mentální bulimie se oproti mentální anorexii vyskytuje více. Nejčastěji se obtíže vyskytují **mezi 17-18 rokem** života a v **rané dospělosti**. Poměr mezi dívkami a chlapci činí pro mentální bulimii 20:1 (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016). Z toho vyplývá, že mentální bulimií jsou mnohem více ohroženy dívky než chlapci. Mentální anorexie a bulimie spolu úzce souvisí. Velmi často se **mentální bulimie vyskytuje současně s anorexií** nebo se postupem času projeví několik měsíců či let po jejím vzniku. Prevalence mentální bulimie se pohybuje mezi 1,1-2,8 % (Papežová, 2010).

2.1.3.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Za diagnostická kritéria mentální bulimie považujeme **opakující se záchvatovité přejídání** (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při kterých pacient přijímá nadměrné množství jídla, zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle, opakované **nepřiměřené kompenzační chování**, které má za cíl zabránit zvýšení hmotnosti (například vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, léků na hubnutí, držení hladovek, nadměrné cvičení), pocit tloušťky a strach z tloustnutí. Nemocný usiluje o nižší než svou původní váhu a často přiměřenou hmotnost. V anamnéze se objevuje (ne vždy) epizoda anorexie nebo intenzivnější omezování jídla (Petr a Marková, 2014).

2.1.4 Atypické poruchy příjmu potravy

V této době je kladen důraz na dodržování různých diet, změnu životního stylu, a s tím přibývá nejen riziko poruch příjmu potravy, ale i rozvoj poruch příjmu potravy, které **nenaplňují daná diagnostická kritéria**. Takovýmto vymykajícím se poruchám říkáme **atypická mentální anorexie** s označením F50.1, **atypická mentální bulimie** F50.3 a **jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy** F50.8 (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016).

2.2 Hodnocení poruch příjmu potravy

K hodnocení poruch příjmu potravy se využívají testy a dotazníky, které si pacient vyplní a na závěr se vyhodnotí bodové skóre, jež jej zařadí do určité kategorie. Testy nám mohou napomoci k určení diagnózy a zaznamenání změn v terapii poruch příjmu potravy, ale stále je potřeba přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Nejpoužívanější hodnotící test je **Test postoje k jídlu – EAT (Eating Attitude Test)**. Tento dotazník je nejvíce využívaný u mentální anorexie. Dotazník obsahuje otázky, které popisují obvyklé obavy a chování u toho onemocnění. Test obsahuje 26 otázek a hodnotí přítomný stav pacientů, závažnost anorektických příznaků a změny příznaků během terapie. Dotazník nediagnostikuje mentální anorexii či mentální bulimii, je vhodný spíše pro screeningv rozsáhlé populaci (Léblová, 2010). Dalším často využívaným je **Dotazník stravovacích poruch – EDI (Eating Disorder Inventory).** Dotazník obsahuje 64 otázek (postoje, pocity a způsoby chování aj.). Používá se u mentální anorexie a mentální bulimie. Hodnocení je podobné EAT, ale je zde 8 podkategorií (míra bulimie, nespokojenost s tělem, míra potřeby snižovat svou váhu, perfekcionismus, neúčinnost, interpersonální stres, obava z dospívání, interoceptivní vnímání) – tyto kategorie se hodnotí zvlášť (Papežová, 2010).

2.3 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy je velice složitá, je zde mnoho různorodých působících faktorů a proto by měla být pacientovi tzv. **šitá na míru** a zohledňovat jeho potřeby (Krch a Švédová, 2013). Hlavním cílem léčby je **nastolení normálního stravovacího režimu** a odstranění psychopatologických a somatických důsledků podvýživy. Důležitou roli zastupuje specifický a důsledný režim, psychoedukace pacienta, rodiny a svépomocných skupin. Existuje několik léčebných postupů, například z řady **psychologických postupů** využíváme primárně kognitivně-behaviorální terapii, individuální psychoterapii, relaxační techniky. V některých případech je zařazována **psychofarmakologie.** Zde jsou preferovány především **antidepresiva** (deprese, úzkostné stavy atd.), méně často jsou ordinovány nízké dávky antipsychotik (Petra Marková, 2014).

2.3.1 Formy péče o pacienty s poruchami příjmu potravy

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy je velice náročná. Způsob léčby určuje lékař podle stavu pacienta a má několik možností. Pacienta trpícího poruchou příjmu potravy může doporučit na **jednotku specializované péče pro poruchy příjmu potravy**, jedná se o lůžkové oddělení. Pacienti jsou zde hospitalizováni 6-8 týdnů. Péče je založena na režimové léčbě a jsou zde přijímáni pacienti, kteří nejsou v ohrožení života. Pacienti se účastní terapeutického, jídelního, pracovního a sociálního programu. Dále **denní stacionář pro poruchy příjmu potravy**. Pacienti jej navštěvují denně (pracovní dny) a po skončení programu se vracejí domů. Výhodou je režimový plán léčby bez odtržení pacienta z jeho přirozeného prostředí. Další možností je **specializovaná ambulantní péče**, zde je pacientovi poskytována kontinuální cílená péče. Při ohrožení života pacienta nejčastěji hospitalizujeme na **interních metabolických jednotkách, oddělení JIP**. Zde jsou přijímáni pacienti ve stavu bezprostředního ohrožení života (Petra a Marková, 2014).

2.4 Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy

Hlavním problémem péče o pacienty s poruchou příjmu potravy je, že svoje onemocnění nechápou jako problém. Prožívání anorexie a bulimie chápou spíše jako řešení jiných osobních a vztahových problémů. Vlivem hladovění, zvracení, nedostatečné výživy a podváhy dochází k sociální izolaci a k narušení psychické a tělesné rovnováhy (Papežová, 2010). Pacienti mají k léčbě zpravidla negativní postoj, jelikož si pod tímto pojmem představí ztrátu kontroly, přibírání, a proto musíme mít na paměti, že takovýto pacient má často zaslepenou mysl. Sestra by se měla vyvarovat lhaní a ironickým poznámkám (Ringwood et al., 2012). Pacient podepisuje při hospitalizaci smlouvu, kde se zavazuje k určitému nárůstu hmotnosti (většinou 1,0 až 1,5kg za týden), zároveň se zavazuje k dodržování jídelního a léčebného režimu (Papežová, 2010). Při přijímání pacienta se zaměřujeme také na hmotnost, soběstačnost a míru tělesné aktivity (přehnané cvičení). Sledujeme známky dehydratace, která má za následek suchost sliznic a snížený kožní turgor, dále sledujeme zvracení, průjmy, poruchy menstruačního cyklu (amenorea) a případné užívání projímadel a diuretik. Sledujeme způsob přijímání stravy, množství a skladbu potravin, stravovací návyky a příjem tekutin. Zjišťujeme případné poruchy spánku, postoj pacienta k vlastnímu tělu, problémy v rodině, schopnost komunikace a různé projevy poruchy myšlení (Petr a Marková, 2014).

2.4.1 Role sestry

Sestra je důležitou součástí v oblasti léčby a péče o pacienta s poruchou příjmu potravy. Je důležité si v ošetřovatelském přístupu zachovat **neutralitu a pozitivní postoj** k pacientovi a věřit, že je schopen se sám rozhodovat a změnit vzorec jídelního chování. Sestra ve spolupráci s psychologem pomáhá stanovit dosažitelné cíle v terapii pacienta, posiluje odpovědnost a svobodnou volbu pacienta, což napomáhá k snížení jeho odporu k léčbě. Důležitým úkolem sestry je také nabízet různé alternativy řešení problémů, konzultovat chyby a selhání. Sestra netrestá únikové tendence a zároveň pacienta nechrání před následky, které vyplývají z jeho chování, zároveň respektuje hranice jeho možností a srozumitelně ho nabádá ke změně. Nemocným a rodině,

partnerům poskytuje dostatek srozumitelných informací o léčbě a následující péči. Sestra pomáhá pacientům stanovit krátkodobé a dlouhodobé cíle v průběhu jejich léčby. Ke **krátkodobým cílům** řadíme zvýšení motivace ke spolupráci, stanovení a dosažení týdenního přírůstku tělesné hmotnosti, rozšíření jídelníčku o běžná jídla, včetně masa, tuků a sladkostí, redukce přejídání a zvracení, volba vhodné zátěže, kontrola vlastní agresivity a emocí. Nezbytnou činností sestry v rámci ošetřovatelské péče je také podávání předepsaných léků dle ordinace lékaře a sledování jejich účinku na pacienta. K **dlouhodobým cílům** řadíme odstranění biologických i psychologických následků malnutrice, dosažení a udržení biologicky přiměřené tělesné hmotnosti, změna sebehodnocení zaměřeného pouze na hmotnost a proporce těla, úprava postojů a chování i v jiných oblastech života (v pohledu na sebe sama, mezilidské vztahy), změna dysfunkčního myšlení, postojů a pocitů, léčba poruch nálad a chování, léčba komorbidit, podpora rodiny nebo partnerů, prevence relapsu, následná péče např. svépomocné skupiny (Petr a Marková, 2014).

2.4.2 Specifika ošetřovatelské péče o psychiku

Poruchy příjmu potravy jsou samy o sobě duševní nemoc, která v sobě skrývá i další psychické problémy navazující na strach z tloušťky. Pacienti velice často trpí depresemi a úzkostnými stavy. Tyto poruchy od základu změní psychiku nemocného (větší přecitlivělost, podrážděnost, agresivita a uzavřenost před okolním světem aj.). Pacienti konkrétně s mentální anorexií, jak jsem výše uvedla, přistupují k léčbě s negativním postojem. Strach z přibírání a ztráty kontroly často vedou k bojkotování léčby (schovávání jídla, podvádění při vážení – pití nadměrného množství vody před vážením, hodně vrstev oblečení, schovávání předmětů, aby byli při vážení těžší atd.) (Petra Marková, 2014). Velmi důležité je, aby měl pacient motivaci k léčbě. Pokud se tak nestane a léčba je proti jeho vůli, terapie nebude brána jako pomoc a podpora, ale jako násilí. Pacienti s mentální bulimií mají obvykle lepší motivaci k léčbě a terapii, více spolupracují. Léčba pacientů s poruchami příjmu potravy je velice náročná, a to z mnoha důvodů. Vyžaduje empatii, trpělivost, pochopení, správnou komunikaci a terapeutické dovednosti (především kvalita terapeutického vztahu s pacientem, nikoli osobního). Pacienti často překračují hranice léčebného režimu, mají zlost a odpor

k léčbě, léčbu přerušují. Někdy dochází k frustraci sestry, protože do pacientovy léčby vynakládá spoustu energie a úsilí a výsledky jsou minimální. Proto je důležité, abychom i v těchto chvílích přijímali pacienta jako člověka, i když momentálně nespolupracuje (Krch a Švédová, 2013).

Pacienti prochází během léčby několika různými **stádii motivace ke změně**. Prvním stádiem je **popření.** Pacient neví, že má problém, nechce nic měnit. Další stádium je **úvaha**. Začíná přemýšlet o tom, že má problém, a věnuje pozornost obtížím spojeným s jídelním chováním. Připouští, že je zapotřebí něco změnit, ale zůstává nerozhodný. Stádium **přípravy**, kdy chce změnu a přeje si pomoc, ale není si jistý, co se stane, když se jeho jídelní chování změní. Stádium **akce**, při které je pacient rozhodnutý pro změnu, začíná se změnou patologického chování, začíná věřit, že bude schopen vydržet. Posledním stádiem je **udržení**. Pokračuje v práci na uzdravení, vyhýbá se relapsu. Pokud máme pacienta s poruchou příjmu potravy hospitalizovaného na nespecializovaném oddělení, musíme být pozorní a kontrolovat, že i zde dodržuje léčebný režim, který mu byl předepsán. Pacienti i v nemocnici dokáží skvěle bojkotovat např. jídelní režim (skrývání jídla do kapes, stolku, pod polštář, splachování jídla do WC, užívání laxativ atd.). Sledujeme také případné sklony k sebepoškozování (Krch a Švédová, 2013).

2.4.3 Specifika ošetřovatelské péče ve stravování

Při vážných formách těchto onemocnění je vyžadováno nastolení pravidelného jídelního režimu a obnovení optimální hmotnosti, kterou umožňuje léčba formou hospitalizace. Při hospitalizaci je uplatňována režimová léčba s psychoterapií. Lehčí formy onemocnění mohou být léčeny ambulantně nebo v denních centrech a stacionářích (Krch a Švédová, 2013). Důsledkem poruch příjmu potravy, konkrétně anorexie, je ve většině případů těžká malnutrice. Tento stav ohrožuje pacienta na životě a musí se včas léčit, aby nedošlo ke kolapsu organismu. Je důležité, správně zhodnotit stav výživy, tedy komplexně podle antropometrických a laboratorních vyšetření, anamnézy pacienta, bilance tekutin a funkčních testů. Nezbytnou součástí vstupní anamnézy je nutriční screening, který sepisuje sestra s přijímaným pacientem. Jedná se o jednoduchý dotazník, který se zaměřuje na výšku pacienta, hmotnost, BMI, informace o nežádoucím úbytku hmotnosti v posledních třech měsících, snížení příjmu stravy,

gastrointestinální komplikace, stravovací návyky, alergie (potravinové, medikamenty, atd.), diety, závažná onemocnění (Balogová, 2012). Pokud ve screeningu nachází alespoň jednu pozitivní odpověď, hlásí tento stav lékaři, který popř. naordinuje další vyšetření k posouzení závažnosti malnutrice např. odběr celkové bílkoviny, která je významným ukazatelem malnutrice (Zazula, Wohl a Wohl, 2009).

V první řadě se snažíme volit příjem stravy per os, když není kontraindikován. Pokud lékař naordinuje podávání nutriční podpory, musíme myslet na to, že pacientův organismus je na současnou malnutrici adaptován. Nutriční podporu podáváme enterální cestou, a pokud je kontraindikována, tak volíme výživu parenterální. Někdy bývá nutná kombinace obou těchto možností. V nutriční podpoře musíme postupovat velice opatrně a obezřetně kvůli možnému **refeeding syndromu**, který je velice závažnou komplikací a často i letální. Je to soubor metabolických abnormalit a vzniká při zahájení nepřiměřené nutriční podpory. Klinicky se projevuje paresteziemi, křečemi, postižení dýchacích svalů – hypoventilací, vznikají arytmie a srdeční smrt, je přítomna retence tekutin, tachykardie, respirační selhání, porucha vědomí, která vede až v komatózní stav. Proto je důležité dbát na postupnou obnovu výživy a pravidelnou kontrolu vnitřního prostředí (Meissnerová, 2013).

Při podávání výživy musí sestra postupovat individuálně a je nutností respektovat energetické nároky jedince. Při zahajování nutriční podpory nedáváme pacientovi plnou dávku, ale snižujeme na 50% a dávky postupně zvyšujeme. Energetický obsah výživy stanoví lékař. U enterální výživy jsou často využívány perorální nutriční doplňky tzv. sipping. Pacienti s poruchou příjmu potravy trpí nejen malnutricí, ale ve většině případů i deficitem minerálů, které upravujeme podle mineralogramu. Sledována je bilance tekutin a odpady základních minerálů moči. V případě parenterální výživy je nejčastěji používán vak all in one – vše v jednom. Vak obsahuje živiny (cukry, tuky, aminokyseliny), stopové prvky, minerály a vitaminy. Při podávání je potřeba respektovat maximální rychlost dávky jednotlivých živin. Při nutriční podpoře je nutná pravidelná kontrola vnitřního prostředí a dalších parametrů. Sestry pravidelně kontrolují fyziologické funkce, tělesnou hmotnost, bilanci tekutin, glykemii. Sledované parametry a frekvence kontrol (Příloha A) (Papežová, 2010).

2.4.4 Specifika ošetřovatelské péče v oblasti stravovacího režimu

Jídelní režim by se měl skládat na standardním (pokud není příjem per os kontraindikován)i specializovaném oddělení z **6 základních denních jídel**. Velice důležitá je pravidelnost. Skladba a množství stravy je závislé na výši BMI pacienta. Pacienti stolují společně za přítomnosti sestry. Hlavní jídlo by mělo být zkonzumováno maximálně do 45 minut a svačiny, druhé večeře do 20 minut. Sestra má vést pacienty k tomu, aby se nevyjadřovali k množství, chuti a vzhledu jídla. Edukuje pacienty o společenských aspektech stolování (přiměřené tempo atd.), o důsledcích hladovění. Pacienti mají tendence pít velké množství tekutin. V důsledku toho vznikají otoky, rychlý nárůst hmotnosti a manipulace s váhou. Naopak někteří pacienti s větším množstvím jídla pitný režim velice omezují, to může způsobovat pokles krevního tlaku, dehydrataci, únavu, obstipaci a větší zátěž ledvin. Pacient si proto v těchto případech zapisuje množství přijímaného jídla, ale i tekutin, který sestra během dne sleduje. Nutná je samozřejmě kontrola hmotnosti. Sestra u pacienta také sleduje, zda stravu odmítá, zvrací nebo schovává a vše zaznamenává. Pokud pacienta přistihne při takovém porušení režimu, netrestá jej. Musí pochopit, že to nekoná záměrně a trpělivě, empaticky s ním toto selhání prodiskutuje. Skladba jídelníčku musí být různorodá a pacient musí začlenit do svého jídelníčku i potraviny, kterým se do současné doby vyhýbal. Zároveň respektujeme pouze lékařem potvrzenou dietu. Pacient musí znovu získat reálný pohled na velikost pro něj normální porce. Při nízké hmotnosti zařazujeme do jídelníčku také nutriční nápoje (sipping), které nám lékař předepíše. U mentální bulimie je zakázáno pouštět pacienty minimálně půl hodiny po jídle na toaletu. Předchází se tak zvracení (Petr a Marková, 2014).

2.4.5 Zdravotní komplikace u mentální anorexie a bulimie

Nedostatečná výživa, zvracení a ztráta hmotnosti, to vše přispívá k rozvoji velice závažných sekundárních somatických symptomů. Může dojít ke kritickému zhoršení zdravotního stavu s extrémní podváhou až kachexií (u mentální anorexie), hrozí metabolický rozvrat. Je nutné sledovat hmotnost, krevní obraz, hladiny elektrolytů, životní funkce, bilanci tekutin (Krch a Švédová, 2013). Při mentální anorexii vzniká endokrinní porucha, která zahrnuje hypothalamo-hypofyzární osu. V důsledku snižování

hmotnosti je typická pro dívky s mentální anorexií amenorea, ta je často nevyjádřena z důvodu užívání hormonální antikoncepce. Poruchy příjmu potravy v rozvinutém stádiu zasahují celý organismus a způsobují mnoho orgánových komplikací. Sestra by měla pečlivě vnímat patologické projevy u pacientů s poruchami příjmu potravy, už kvůli včasné diagnóze a zahájení terapie. Kvalitní ošetřovatelská péče závisí na fungující komunikaci mezi členy zdravotnického týmu (Petr a Marková, 2014).

2.4.5.1 Komplikace související s gastrointestinálním ústrojím

Poruchy příjmu potravy často provází mnoho komplikací, jednou z nich jsou **gastrointestinální problémy**. Pacienti si často stěžují na pálení žáhy, nadýmání, pocit plnosti, bolesti břicha, zácpu a průjem (abúzus laxativ). Mohou se vyskytnout i komplikace, jako jsou žaludeční vředy, zánět jícnu atd. Kromě kontrolních vyšetření, která naordinuje lékař, sledujeme příjem potravy, odchod stolice a její vlastnosti (konzistence, barva, zápach, množství, frekvenci), podáváme léky dle ordinace lékaře (např. na pálení žáhy tzv. **inhibitory protonové pumpy**). Občasně provádíme namátkovou kontrolu osobních věcí, abychom zjistili, zda pacient neužívá jiné medikamenty, než mu ordinuje lékař (laxativa, anorektika) nebo neukrývá podávané léky, či stravu. Pacientovi zajišťujeme dostatečný, ale **přiměřený pohyb** dle jeho možností (pro podporu peristaltiky). Pokud přijímá pacient potravu parenterálně či enterálně, sestra se stará o **správné podávání potravy** (vak all in one, nasogastrickou sondou). Při přijímání potravy per os kontroluje, zda zkonzumoval doporučenou porci stravy (Petra Marková, 2014). U mentální bulimie při zvracení dochází k porušení zubní skloviny působením kyselých zvratků. To způsobuje vyšší kazivost zubů, poranění sliznice a záněty dutiny ústní. Proto je důležité, aby sestra dohlédla na **zvýšenou hygienu úst** pacienta, snížila četnost zvracení, ošetřila dutinu ústní a tím minimalizovala riziko infekce. Při častějším zvracení je na místě **kontrola kalia**. Méně častou komplikací jsou přítomné ruptury jícnu a žaludku. Dalším projevem bývají praskající ústní koutky, afty, změny jazyka. Dochází také k hypertrofii slinných a ušních žláz, důsledkem hladovění je zvýšená stimulace sekrece (Meissnerová, 2013).

2.4.5.2 Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému

Kardiovaskulární komplikace patří mezi nejzávažnější, jsou způsobeny **minerálkou dysbalancí**. Z tohoto důvodu provádíme dle ordinace lékaře kontrolní odběry minerálů a podáváme nejčastěji i. v. substituci těchto chybějících minerálů. Často se objevuje **hypotenze** (hodnota tlaku krve pod 90/50), **bradykardie** pod 60/min**.** Monitorujeme vlnu EKG, krevní tlak a puls. Při malnutrici dochází k hypotrofii srdečního svalu (Hosák et. al, 2015). Pacienti často setrvávají v závažném somatickém stavu, který je ohrožuje na životě. Předpokladem je, že většina úmrtí má za následek zejména kardiovaskulární selhání, které souvisí s bradykardií a vznikem náhlé komorové tachykardie (Stárková, 2009).

2.4.5.3 Komplikace v oblasti kůže

Kožní projevy jsou velice časté, typická je akrocyanosa (chladné cyanotické zabarvení prstů rukou a nohou), erytém, purpura (tečkovité petechie), kůže je většinou suchá, tenká, šupinatá a vzniká lanugozní ochlupení na břiše a zádech. Někdy se vyskytují dekubity – imobilní pacienti (Meissnerová, 2013). Mezi významné příčiny vzniku dekubitů patří tlak, který je nejrizikovější při delším působení na predilekční místa (oblasti křížové krajiny, hýždí a pat), tření, střižný efekt a vlhkost. Při působení tlaku na měkké tkáně dochází k nedostatečnému okysličení a buňky odumírají (buněčná smrt je patrná již po 1–2 hodinách). Je nutné dbát na kvalitní prevenci dekubitů u pacientů s poruchou příjmu potravy. Jedním z rizikových faktorů dekubitů, je právě nedostatečná výživa organismu a s ní spojená kachexie. Díky nedostatečné výživě může docházet i ke špatnému hojení ran (nedostatek bílkovin). Do preventivních opatření řadíme polohování pacienta, dostatečnou hygienu (osobní, suché a čisté povlečení atd.), péče o pokožku (krémy), rehabilitaci, edukaci pacienta a jeho rodiny, sledování a vyhodnocování bolesti pacienta, vyvážená strava s dostatkem tekutin, používání antidekubitního příslušenství (Slaninová, Vegerbauer a Malý, 2012). Riziko dekubitů hodnotí sestra dle tzv. **stupnice Nortonové** a ke zhodnocení stupně dekubitů používáme např. **klasifikaci dle Hibbsové**. **První stupeň** zahrnuje zarudnutí kůže, které setrvává i po stisku, bez porušení celistvosti povrchu tkáně – tkáň odlehčíme od zátěže, dbáme na zvýšenou hygienu, zvlhčíme pokožku ochranným krémem, **druhý stupeň** je dílčí úbytek

kožního krytu (odřenina, puchýř, mělčí kráter, mokvavá rána) dle ordinace lékaře provedeme stěr na bakteriologické vyšetření, zajistíme odlehčení postižené oblasti, pokud je pokožka porušena, přiložíme sterilní krytí, snažíme se zabránit rozvoji infekce v ráně dodržováním aseptických zásad, ránu oplachujeme ve fázi čistění proudem fyziologického roztoku, při sekreci chráníme okolní pokožku ochrannými krémy, v granulační fázi používáme hydrokoloidy a absorpční krytí, **třetí stupeň** doprovází kompletní úbytek kůže i podkoží (šedá, černá krusta - nekróza, hluboký kráter). U ran krytých nekrózou nejprve lékař odstraní nekrotickou tkáň, podporujeme granulaci, epitelizaci, léčíme případnou infekci (dle ordinace lékaře), přikládáme vhodné krytí. Při **čtvrtém stupni** nastává ztráta kůže s širokým poškozením fascií, cév, nervů, svalů a přiléhajících kostí, nekróza tkáně. Terapie je zde stejná jako u předchozích stupňů, ale je nutný chirurgický zákrok (Šeflová a Jančíková, 2010). Sestra o kůži musí pečovat, sledovat její celkový stav, dbát na dostatečnou hydrataci (dostatečný příjem tekutin, promazávání kůže ochrannými krémy atd.), ošetřovat žilní vstupy (aseptické postupy, výměna krytí, zamezení infekce), převazovat rány (dekubity, defekty např. sebepoškozování), poučit pacienta o riziku vzniku infekce. U mentální anorexie vypadávají vlasy. U mentální bulimie může vést navozované zvracení k poranění rukou a prstů (Meissnerová, 2013).

2.4.5.4 Komplikace související s imunitním systémem

Pacienti s malnutricí mají **vyšší riziko k infekcím**. T lymfocyty jsou sníženy a je přítomna nízká hladina imunoglobulinů. Proto musíme pacienta poučit o riziku vzniku infekce a sami dbát na prevenci např. **infekcí spojených se zdravotní péčí**, které vznikají v souvislosti s pobytem nebo výkony prováděnými ve zdravotnických zařízeních a tím chránit svoje i pacientovo zdraví. V rámci preventivního opatření dodržujeme správnou dezinfekci rukou, používání rukavic při ošetřování, aseptické postupy při výkonech, používání ochranných pomůcek a správnou likvidaci odpadu na režimových pokojích (Richterová, 2015).

2.4.5.5 Komplikace v oblasti pohybového aparátu (osteoporóza)

Nízká kostní denzita je velmi častá u pacientů s dlouhodobým průběhem mentální anorexie a nízkým BMI z důsledku odvápnění kostí (tenké, křehké), dále se mohou vyskytnout netraumatické zlomeniny, artrózy, zastavení růstu kostí v dětském věku, osteopenie (Meissnerová, 2013). Poučíme pacienta o riziku osteoporózy, zlomenin, prevenci pádu, důležitosti zvýšení tělesné hmotnosti, zařazování potravin bohaté na vápník. Je důležité zahrnout do terapie přiměřené cvičení, rehabilitaci, vyhýbat se škodlivým vlivům na zdraví jako je kouření a alkohol ve velké míře. Také budeme plnit ordinace lékaře (např. krevní odběry, substituce živin, minerálu atd.) (Kolektiv autorů, 2016).

2.4.5.6 Komplikace spojené s renálním ústrojím

Postižení ledvin při poruchách příjmu potravy je velice časté v důsledku hypokalemie, hypomagnezemie, změn souvisejících s abúzem projímadel. Objevuje se zvýšená hladina urey v moči, v důsledku poklesu příjmu tekutinu mentální bulimie. U mentální anorexie se často vyskytuje polyurie (přijímání více než 5l vody denně). U vážných stavů může dojít až k renálnímu selhání. Kontrolujeme bilanci tekutin, moč (barvu, příměsi, zápach), dbáme na dostatečnou hydrataci, poučíme pacientku o rizikách plynoucích z nedostatečné hydratace, dbáme na zvýšenou hygienu pohlavních orgánů (zvýšená náchylnost k infekcím), dle ordinace lékaře odebíráme biologický materiál (moč, krev) ke kontrole (Meissnerová, 2013).

2.4.5.7 Komplikace v oblasti endokrinního systému

U pacientů s poruchami příjmu potravy se může vyskytovat spousta dalších závažných komplikací. Jsou přítomny například metabolické a endokrinní změny (klesá sekrece inzulinu, snížení hormonů tukové tkáně, amenorea atd.). Může nastat jaterní dysfunkce, která se projevuje hypoglykemií, poruchy srážlivosti a s nimi zvýšené riziko krvácení. Na základě ordinace lékaře kontrolujeme hladinu glykémie, provádíme kontrolní odběry krve zobrazující jaterní hodnoty, koagulaci atd., podáváme příslušné

léky a sledujeme jejich účinky (Hosák et. al, 2015). U pacientek s mentální anorexií zaznamenáváme amenoreu - absenci menstruace, proto budeme sledovat i menstruační cyklus (Meissnerová, 2013). U pacienta s poruchou příjmu potravy sledujeme také známky případného hypoglykemického šoku, který se vyskytuje u těžších forem a může být i příčinou úmrtí. Varovnými příznaky jsou bušení srdce, zblednutí, pocení, slabost, třes rukou, neklid a pocity úzkosti, zmatenost až bezvědomí. Pokud pacient upadne do hypoglykemického šoku, je potřeba rychle reagovat a dle ordinace lékaře podat nejčastěji 40 % glukózu intravenózní cestou (Classen, 2011).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

3.1.1 Cíle práce

1. Ověřit znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy.

2. Ověřit znalosti specifik ošetřovatelské péče u pacienta s poruchou příjmu potravy.

3. Ověřit znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacientů s poruchou příjmu potravy.

3.1.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy?

2. Jaké jsou znalosti specifik ošetřovatelské péče o pacienta s poruchou příjmu potravy?

3. Jaké jsou znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacientů s poruchou příjmu potravy?

3.2 Metodika a charakteristika

V empirické části jsme použili metodu kvalitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného rozhovoru (Příloha B). Rozhovory jsme realizovali na interním lůžkovém oddělení v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Původně jsme měli provádět rozhovory ještě v Lužické nemocnici a poliklinice, a.s. v Rumburku. Bohužel, v době výzkumu měla nemocnice omezený režim, proto se výzkum konal pouze v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Pro rozhovory jsme zajistili souhlas s vykonáváním výzkumu na daném oddělení. Výzkum začal v prosinci 2018 a v únoru 2019 byl ukončen.

K výzkumným otázkám byly stanoveny jednotlivé kategorie, ke kterým jsme následně s vedoucím bakalářské práce vytvořili otázky do rozhovoru. Nejprve jsme prováděli předvýzkum z důvodu případných úprav v rozhovorech. Předvýzkum obsahoval rozhovory se dvěma sestrami z Krajské nemocnice Liberec, a.s. (Příloha E). Na základě provedeného předvýzkumu jsme zjistili, že jsou otázky vyhovující. Jejich úprava tedy nebyla potřeba. Celkem bylo vytvořeno čtyřicet jedna otázek, které se týkaly daných kategorií. Z důvodu velkého rozsahu bakalářské práce jsme do analýzy a diskuze zahrnuli pouze kategorie, které se týkají výslovně výzkumných cílů. Rozhovory byly nahrávány do mobilního telefonu pomocí aplikace diktafon a následně přepisovány v textovém editoru Microsoft Office Word 2016. Každý vytvořený diagram je umístěn na jednotlivé stránce z důvodu obsáhlosti. Data z rozhovorů byla zpracována pomocí techniky kódování tzv. metoda tužka – papír. V rámci výzkumu bylo osloveno pět sester ze standardního lůžkového interního oddělení.

3.3 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovoru

Otázky z rozhovorů byly rozděleny do čtrnácti kategorií. Výsledky byly následně zpracovány do tabulek, schémat a doplnili jsme je o úryvky z rozhovorů.

Kategorie I. – Pojem mentální bulimie a anorexie

Kategorie II. – Rizikové faktory

Kategorie III. – Hodnocení a léčba mentální anorexie, bulimie

Kategorie IV. – Role sestry

Kategorie V. – Specifika péče v psychice

Kategorie VI. – Specifika v oblasti stravy

Kategorie VII. – Specifika ve stravovacím režimu

Kategorie VIII. – Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu

Kategorie IX. – Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému

Kategorie X. – Komplikace v oblasti kůže

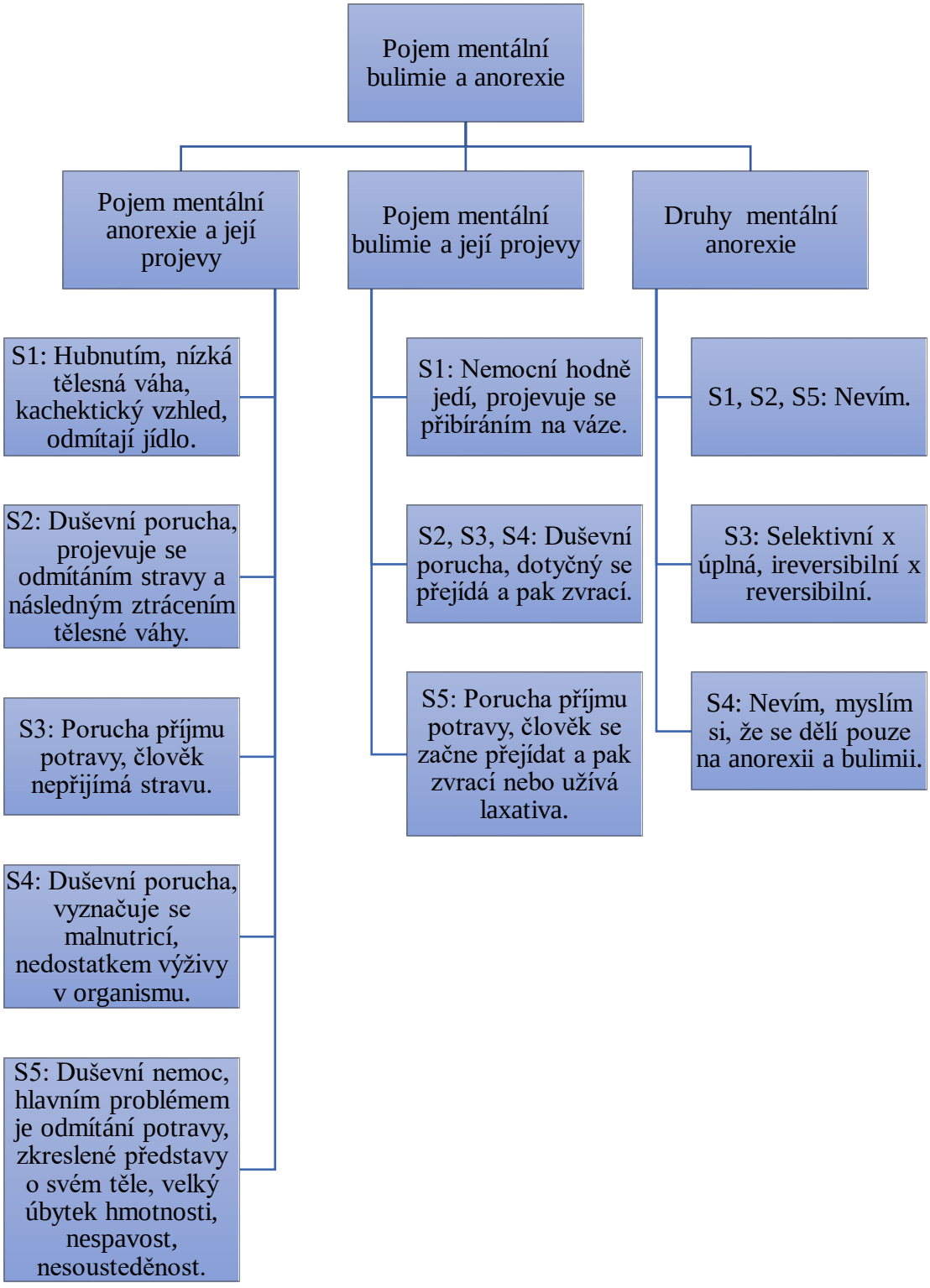
Kategorie XI. – Komplikace v oblasti imunitního systému

Kategorie XII. – Komplikace v oblasti pohybového aparátu

Kategorie XIII. – Komplikace v oblasti renálního ústrojí

Kategorie XIV. – Komplikace v oblasti endokrinního systému

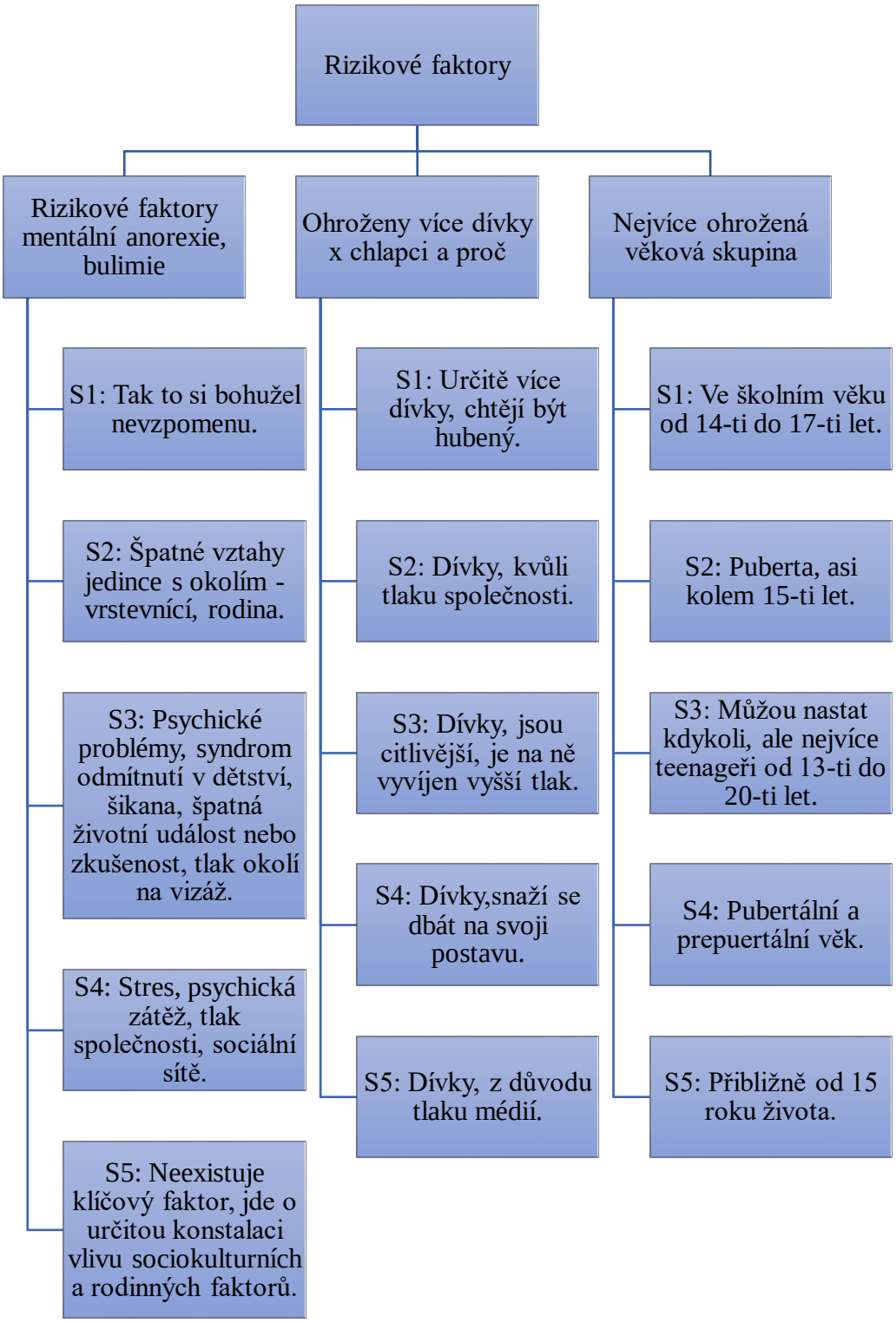
3.3.1 Kategorie I. – Pojem mentální bulimie a anorexie



Obrázek 1 Pojem mentální bulimie a anorexie

Obrázek 1 nám ukazuje, zda dotazované sestry vědí, co je to mentální anorexie, bulimie a jak se tyto nemoci projevují. Většina sester se shodla na tom, že u mentální anorexie odmítají pacienti přijímat potravu a dochází k hubnutí. Sestra 3 nebyla konkrétní a uvedla pouze odmítání stravy. Sestra 4 doplnila odpověď o zkreslené představy o svém těle, nespavost a nesoustředěnost. U mentální bulimie se sestry 2, 3, 4 a 5 shodly na tom, že je to porucha, která se projevuje přejídáním a následným zvracením. Sestra. 5 navíc doplnila odpověď o užívání laxativ, kdežto sestra 1 si myslí, že nemocní hodně jedí a přibírají na váze. Jako další ukazuje obrázek 1 znalosti sester o tom, jaké jsou druhy mentální anorexie. Sestry 1, 2 a 5 neznají na tuto otázku odpověď. Podle sestry 3 se anorexie dělí na selektivní, úplnou a ireversibilní, reversibilní. Sestra 4 si myslí, že se dělí pouze na anorexii a bulimii.

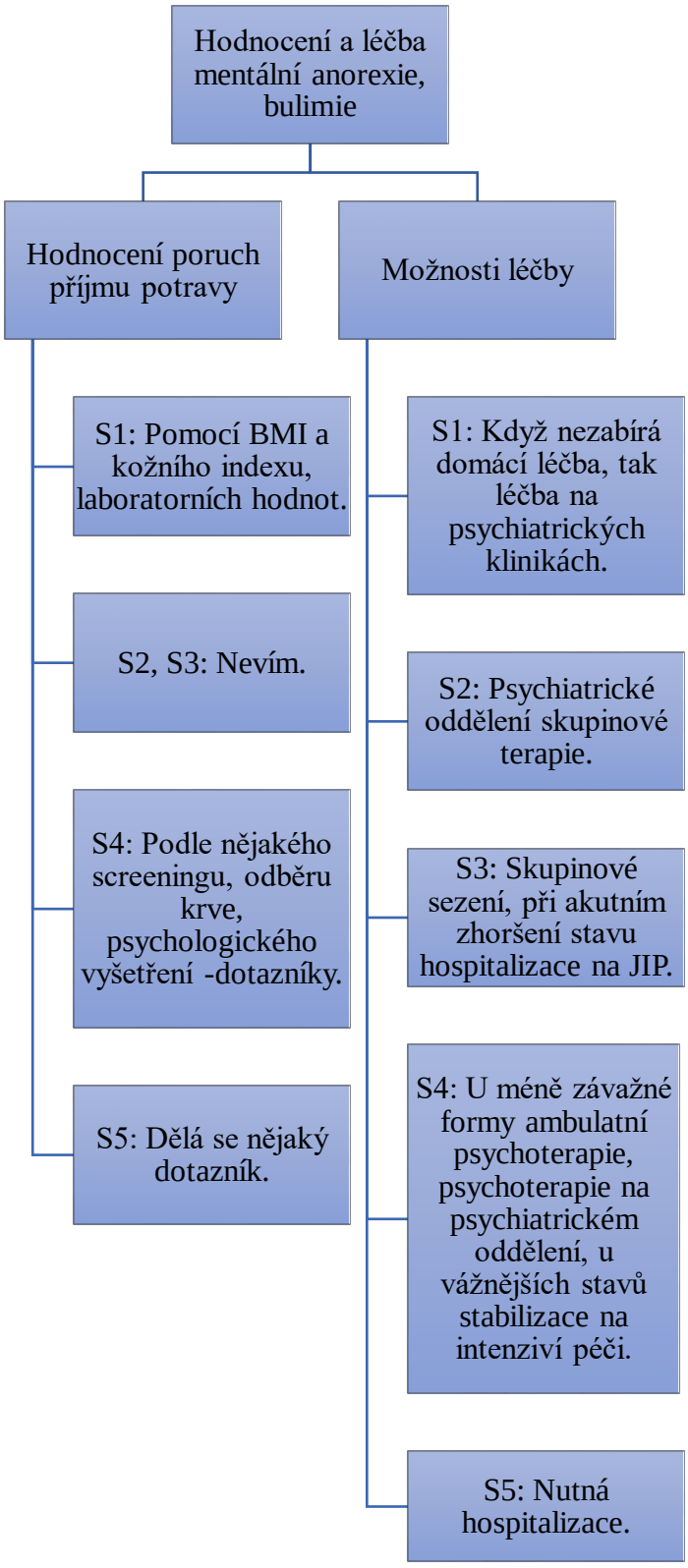
3.3.2 Kategorie II. – Rizikové faktory



Obrázek 2 Rizikové faktory

Na obrázku 2 můžeme sledovat odpovědi sester na tři různé podkategorie. První podkategorií jsou znalosti sester o rizikových faktorech mentální anorexie a bulimie. Sestra 1 nezná na tuto otázku odpověď. Sestra 2 se domnívá, že rizikovými faktory jsou špatné vztahy jedince s okolím (vrstevníci, rodina). Odpověď sestry 3 zahrnovala především psychické problémy, syndrom odmítnutí v dětství, šikanu, špatnou životní událost či zkušenost a tlak okolí na vizáž. Sestra 4 považuje za rizikové faktory stres, tlak společnosti a sociální sítě, kdežto sestra 5 si myslí, že neexistuje jeden klíčový faktor, ale vždy jde o konstelaci více určitých vlivů sociokulturních a rodinných faktorů. Druhá podkategorie nám ukazuje názor sester na to, zda jsou ohroženy těmito nemocemi více dívky, či chlapci a proč. Všechny sestry se shodly na tom, že jsou více ohroženy dívky. Sestra 1 a 4 se shodly, především jsou ohroženy dívky, více dbají na svoji postavu. Sestry 2, 3 a 5 odpověděly souhlasně, více jsou ohroženy dívky kvůli tlaku společnosti. Sestra 3 navíc uvedla, že jsou dívky citlivější. Poslední podkategorie se týká znalostí sester o tom, jaká věková skupina je nejvíce ohrožena poruchami příjmu potravy. Sestra 1 uvedla za nejvíce ohroženou skupinu od čtrnácti do sedmnácti let. Sestra 2 si myslí, že nejvíce jsou ohroženi jedinci v pubertě, asi kolem patnácti let. Sestra 3 odpověděla, že tyto nemoci mohou nastat kdykoli, ale nejvíce jimi trpí teenageři od třinácti do dvaceti let. Sestra 4 nebyla konkrétní a uvedla za nejohroženější skupinu jedince v pubertálním a prepubertálním věku. Sestra 5 se domnívá, že je to skupina přibližně od patnáctého roku života.

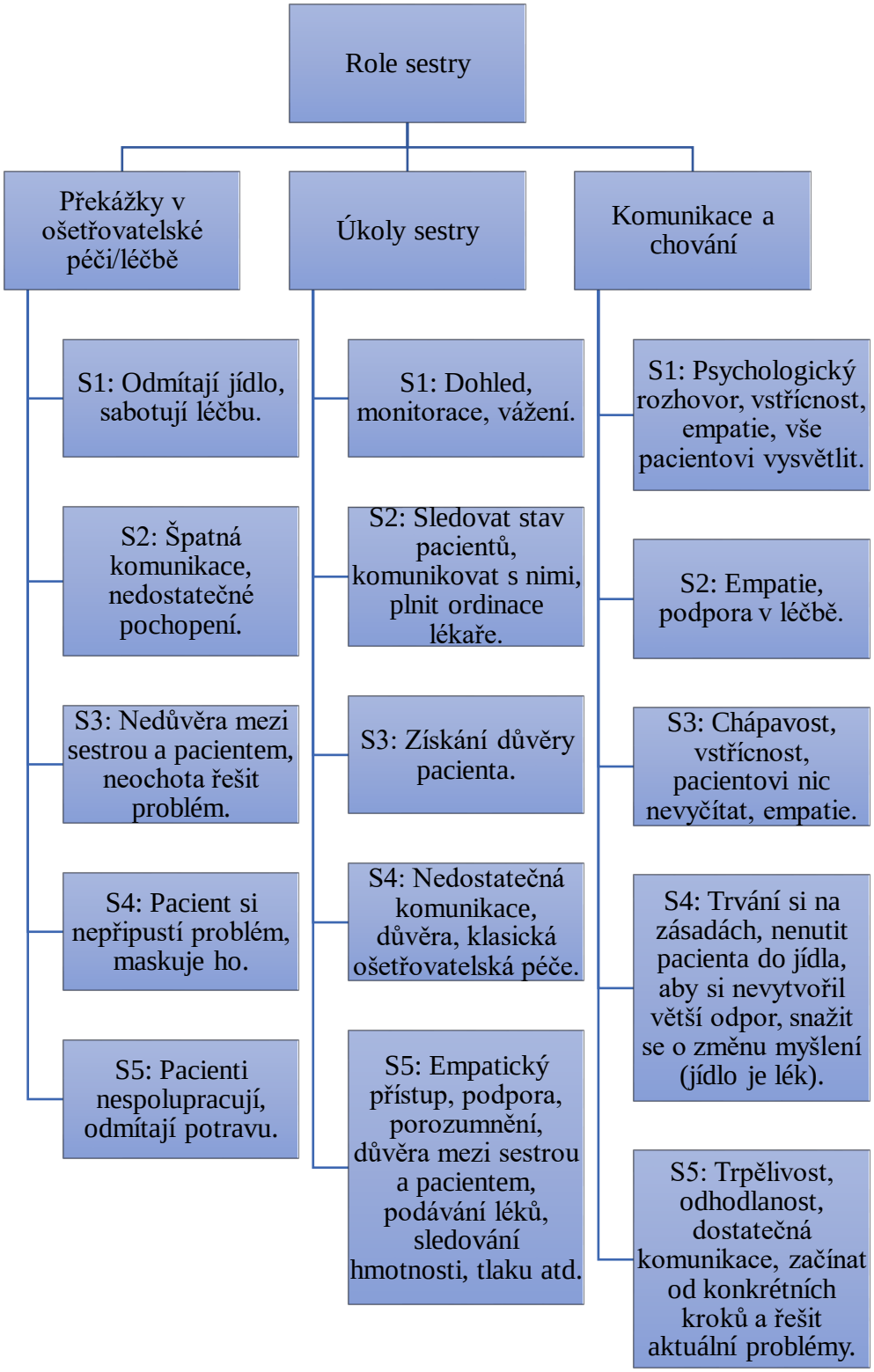
3.3.3 Kategorie III. – Hodnocení a léčba mentální anorexie, bulimie



Obrázek 3 Hodnocení a léčba mentální anorexie, bulimie

Třetí kategorie se zabývá znalostmi sester o hodnocení poruch příjmu potravy a možnostech léčby. Sestra 1 si myslí, že poruchy příjmu potravy hodnotíme pomocí BMI indexu, kožního indexu a laboratorních hodnot. Sestry 2 a 3 neznají odpověď. Sestry 4 a 5 se shodly na tom, že se provádějí dotazníky. Sestra 4 navíc doplnila svou odpověď o screening a odběry krve. Jako další byly zkoumány znalosti o možnostech léčby těchto pacientů. Sestra 1 se domnívá, že pokud nezabírá domácí léčba, tak léčíme na psychiatrických odděleních. Sestra 2 uvedla pouze léčbu na psychiatrických odděleních pomocí skupinové terapie. Sestra 3 si myslí, že se pořádají skupinová sezení a při zhoršení stavu pacienta, jej hospitalizujeme na JIP. Sestra 4 by zvolila u méně závažných forem ambulantní psychoterapii, dále pokud nezabírá, tak psychoterapii na psychiatrickém oddělení a stejně jako sestra 3 uvedla u vážnějších stavů stabilizaci na intenzivní péči. Sestra 5 nebyla v tomto okruhu konkrétní a uvedla, že je nutná hospitalizace.

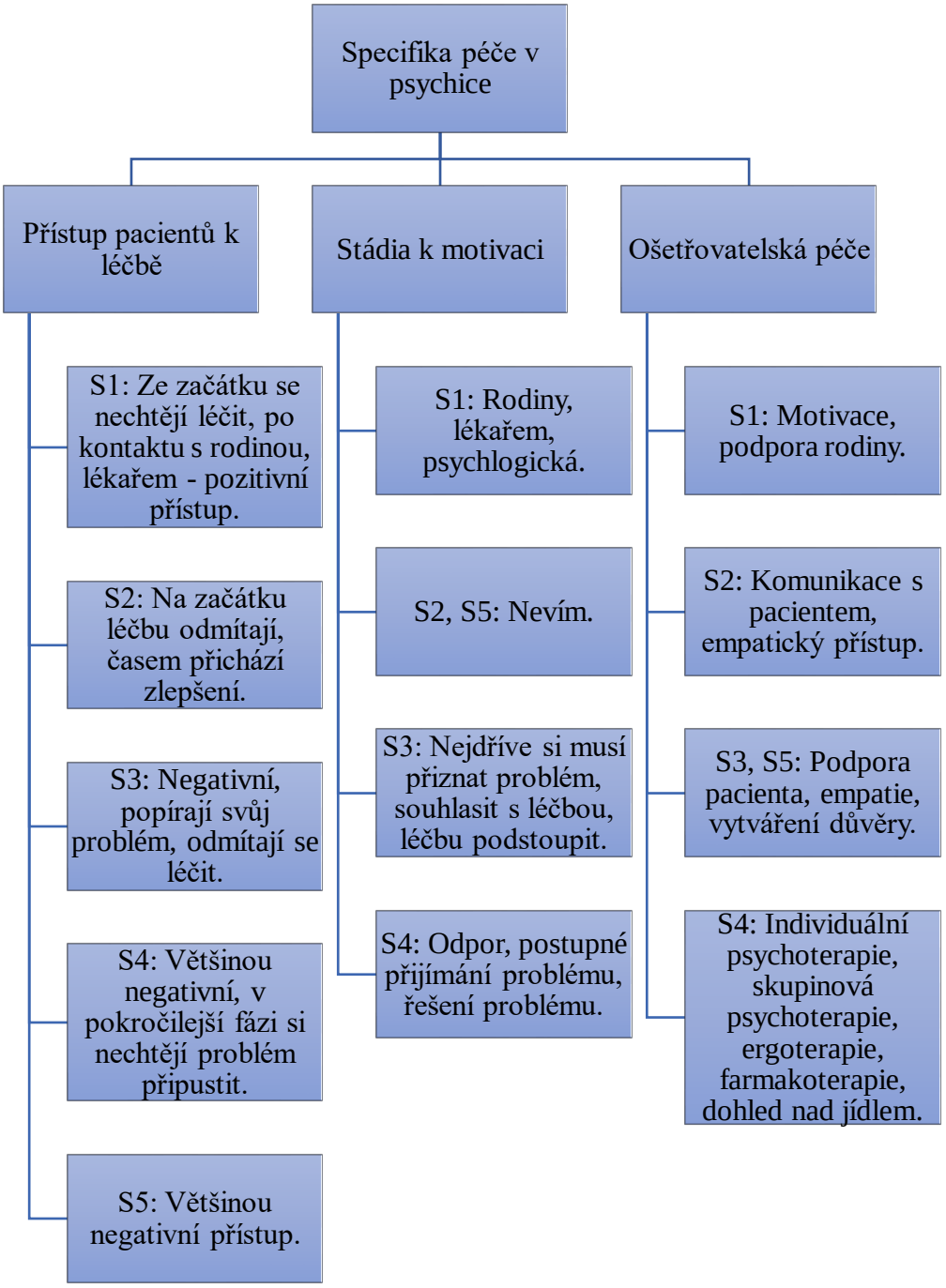
3.3.4 Kategorie IV. – Role sestry



Obrázek 4 Role sestry

Na obrázku 4 Role sestry, můžeme sledovat odpovědi sester na to, jaké jsou překážky v ošetřovatelské péči o pacienty s poruchou příjmu potravy. Sestry 1 a 2 se shodly na tom, že nejčastější překážkou ošetřovatelské péče je odmítání léčby a nespolupráce pacientů. Sestra 2 si myslí, že zde hraje roli špatná komunikace a nedostatečné pochopení nemocného. Sestra 4 je názoru, že pacienti si často problém nepřipustí a snaží se ho maskovat. Dále jsme se ptali, jaké jsou úkoly sestry v péči o tyto pacienty. Sestra 1 uvedla dohled nad pacienty, jejich monitoraci a pravidelné vážení. Sestra 2 zařadila do úkolů sestry sledování stavu pacienta, komunikaci a plnění ordinací lékaře. Sestra 3 odpověď příliš nekonkretizovala a zařadila sem pouze získání důvěry. Sestra 4 se shodla se sestrou 3, že je potřebné získat důvěru a navíc doplnila odpověď o dostatek komunikace a klasickou ošetřovatelskou péči. Sestra 5 odpovídala rozsáhleji. Za hlavní úkoly sestry považuje empatický přístup, podporu, porozumění, důvěru mezi sestrou a pacientem, podávání léků, sledování hmotnosti, tlaku atd. Nedílnou součástí péče je chování a komunikace s takovýmto pacientem. Sestra 1 uvedla, že by se s pacientem měl vést psychologický rozhovor, neměla by chybět vstřícnost, empatie a vše se musí nemocnému vysvětlit. Sestra 2 také zvolila empatii a navíc zmínila podporu pacienta v léčbě. Sestra 3 odpovídala podobně. Myslí si, že zde nesmí chybět chápavost, vstřícnost, empatie a navíc doplnila, že pacientovi nesmíme nic vyčítat.

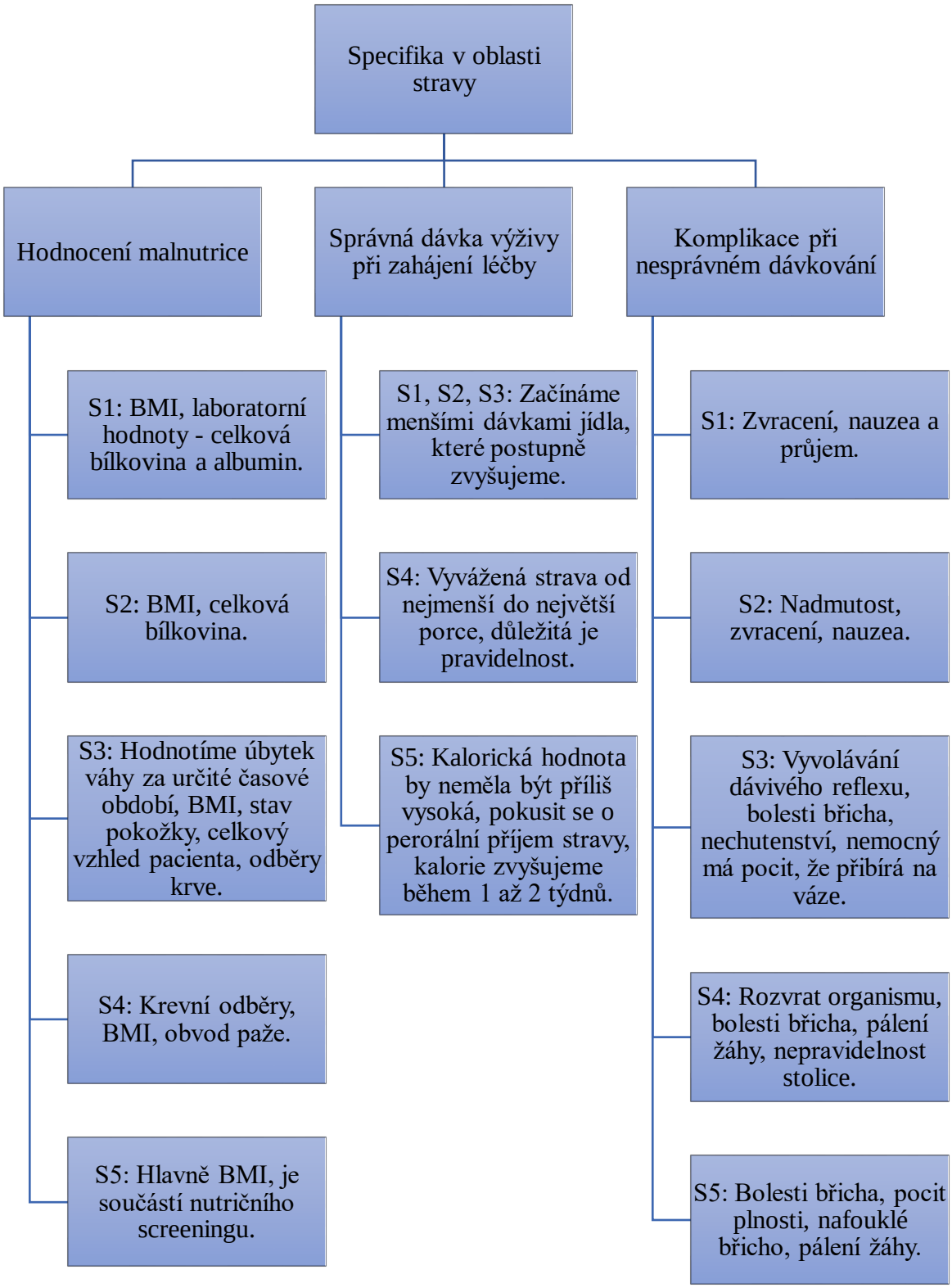
3.3.5 Kategorie V. – Specifika péče v psychice



Obrázek 5 Specifika péče v psychice

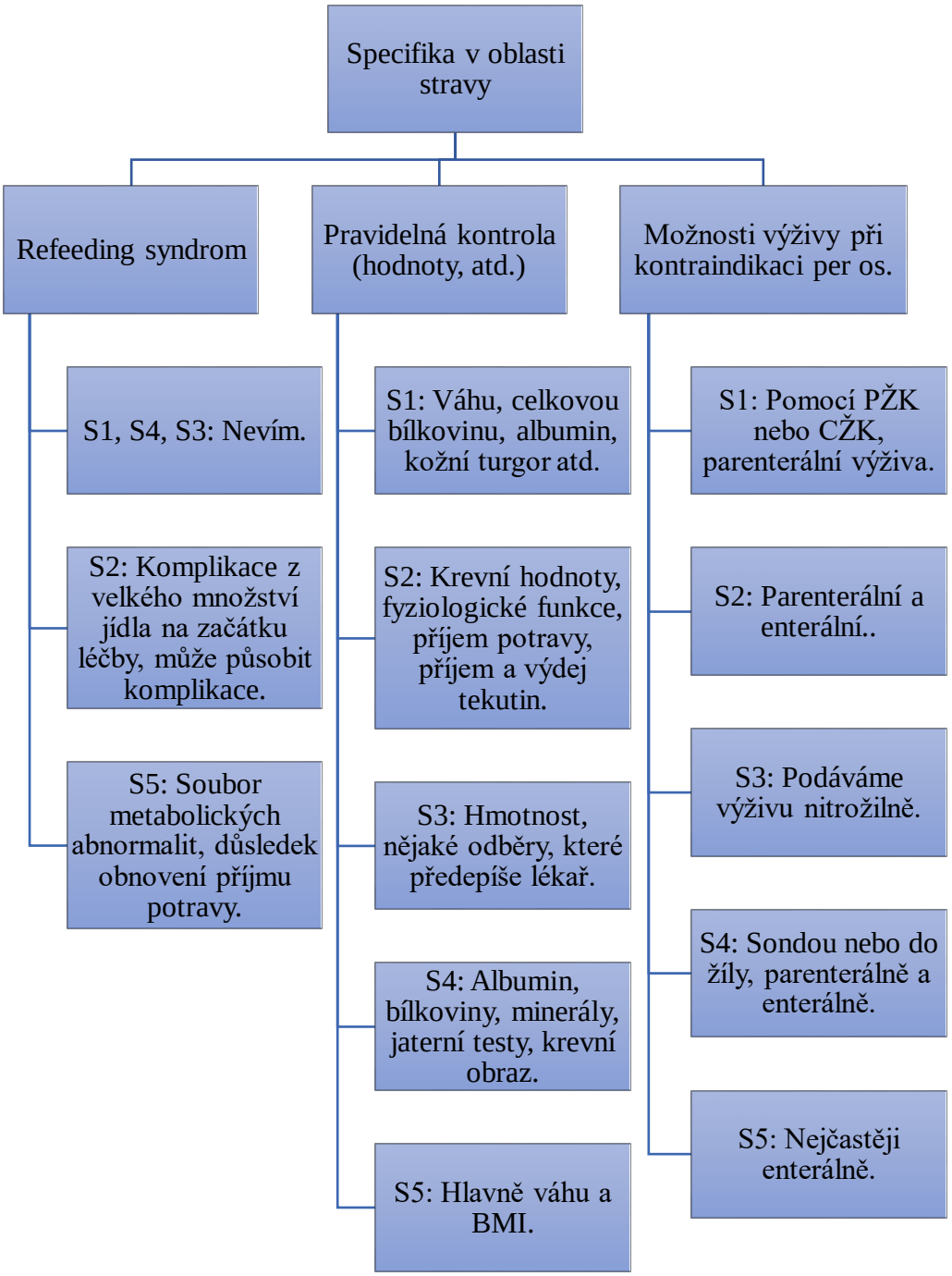
V páté kategorii bylo cílem zjistit, jak sestry znají ošetřovatelskou péči v oblasti psychiky. Na obrázku 5 můžeme vidět jejich odpovědi na jednotlivé otázky v této kategorii. První zjišťovanou otázkou bylo, jaký přístup mají pacienti k léčbě. Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že pacienti mají ze začátku negativní přístup. Sestra 1 doplnila, že po kontaktu s rodinou a lékařem mají pozitivní přístup. Sestra 2 se domnívá, že časem přichází zlepšení. Sestra 3 a 4 svoji odpověď rozšířily o popírání problému. Sestra 3 navíc uvedla, že se pacienti odmítají léčit. V druhé otázce jsme zjišťovali, zda sestry znají jednotlivá stádia k motivaci, kterými nemocní s poruchami příjmu potravy procházejí. Sestra 1 se domnívá, že tyto stádia motivace se dělí na rodiny, lékařem a psychologickou. Sestry 2 a 5 na tuto otázku neznají odpověď. Sestra 3 si myslí, že v první fázi si pacient nejdříve musí problém připustit, poté souhlasit s léčbou a nakonec léčbu podstoupit. Sestra 4 uvedla, že stádia jsou odpor, postupné přijímání problému a následné řešení problému. Poslední otázkou byla ošetřovatelská péče v psychice. Sestra 1 považuje za základ ošetřovatelské péče v této oblasti motivaci a podporu rodiny. Sestra 2 zase dostatečnou komunikaci s pacientem a empatický přístup. Sestra 3 a 5 se shodly na tom, že velkou část této péče tvoří podpora pacienta, empatie a vytváření důvěry mezi sestrou a pacientem. Sestra 4 se domnívá, že sem patří individuální psychoterapie, skupinové psychoterapie, ergoterapie, farmakoterapie a dohled nad jídlem.

3.3.6 Kategorie VI. – Specifika v oblasti stravy



Obrázek 6 Specifika v oblasti stravy – část 1.

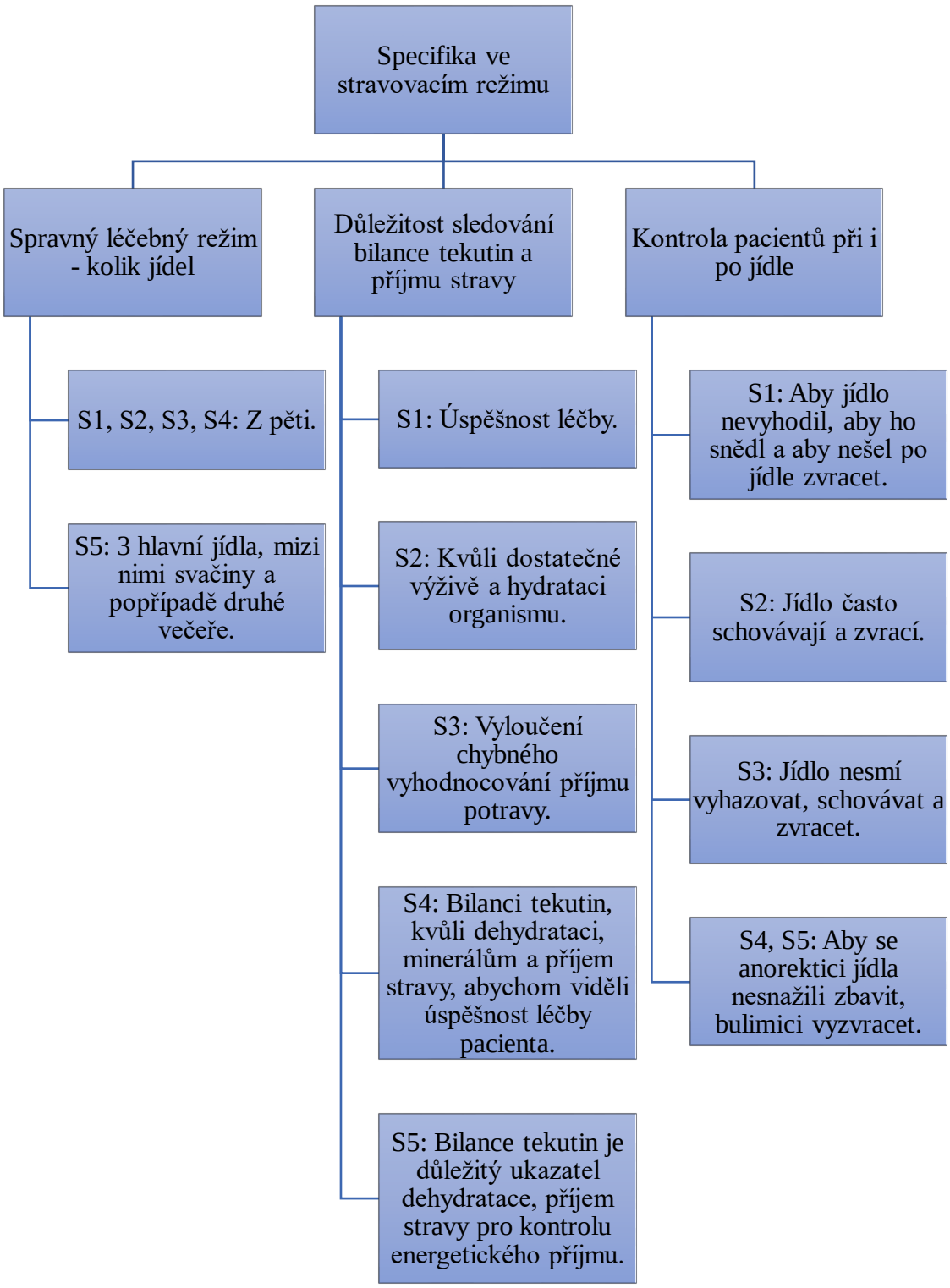
Na obrázku 6 a 7 můžeme pozorovat odpovědi na otázky v šesté kategorii, která se zabývá specifiky ošetřovatelské péče v oblasti stravy. V první části obrázku (viz Obrázek 6 Specifika v oblasti stravy – část 1.) sledujeme odpovědi dotazovaných sester na otázku, jak se hodnotí malnutrice. Všechny sestry uvedly ve své odpovědi BMI. Sestra 1 ve své odpovědi navíc uvedla sledování laboratorních hodnot, jako jsou celková bílkovina a albumin. Sestra 2 odpověděla kromě BMI, sledování albuminu. Sestra 3 si myslí, že hodnotíme malnutrici jako úbytek váhy za určité časové období, dále podle BMI indexu, stavu pokožky, celkového vzhledu pacienta a odběrů krve. Sestra 4 by k hodnocení malnutrice zvolila krevní odběry, BMI a obvod paže. Sestra 5 odpověděla stručně, že k hodnocení použijeme BMI, který je součástí nutričního screeningu. Druhou otázkou bylo, jaká je správná dávka výživy při zahájení léčby. Sestry 1, 2 a 3 se shodly na tom, že začínáme menšími dávkami jídla, které budeme postupně zvyšovat. Sestra 4 odpovídala podobně a navíc uvedla, že je důležitá pravidelnost. Sestra 5 svoji odpověď konkretizovala a uvedla, že kalorická hodnota stravy by neměla být příliš vysoká, měli bychom se pokusit o perorální příjem stravy a kalorie zvyšujeme během 1 až 2 týdnů. Poslední otázkou v první části bylo, jaké komplikace mohou nastat při nesprávném dávkování stravy. Sestra 1 se domnívá, že se nejčastěji vyskytuje zvracení, nauzea a průjem. Sestra 2 odpověděla podobně. Myslí si, že nejčastěji se projevuje nadmutost, zvracení a nauzea. Sestra 3 se domnívá, že nečastějšími komplikacemi je vyvolávání dávivého reflexu, bolesti břicha, nechutenství a nemocný má pocit, že přibírá. Sestra 4 si myslí, že jednou možných komplikací je celkový rozvrat organismu, bolesti břicha, pálení žáhy a nepravidelná stolice. Sestra 5 odpovídala podobně jako ostatní sestry, uvedla bolesti břicha, pocit plnosti, nafouklé břicho a pálení žáhy.



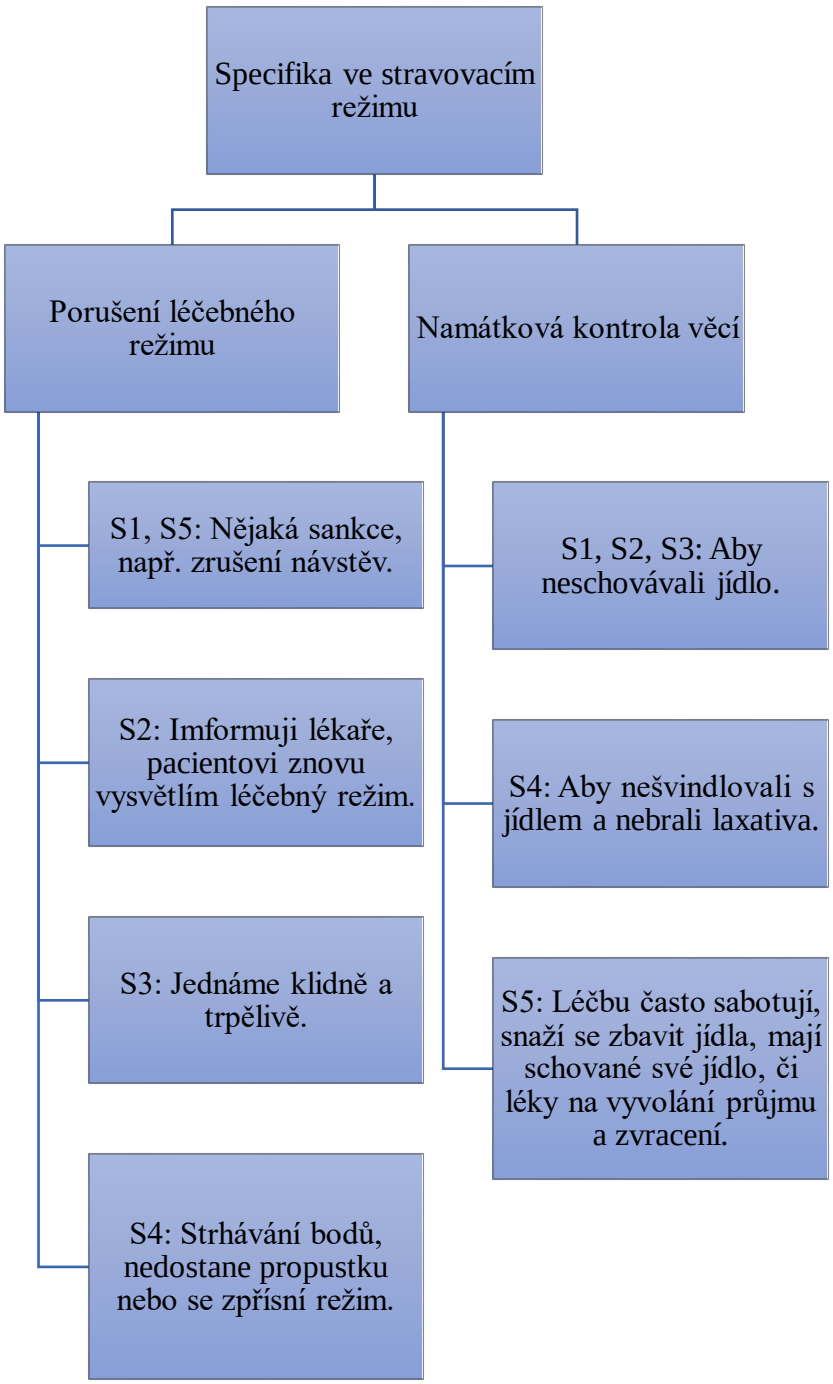
Obrázek 7 Specifika v oblasti stravy - část 2.

V druhé části jsme se jako první ptali, zda dotazované sestry znají, co je to refeeding syndrom (viz Obrázek 7 Specifika v oblasti stravy – část 2.). Sestry 1, 3 a 4 na tuto otázku neznaly odpověď. Sestra 2 si myslí, že je to komplikace z velkého množství jídla na začátku léčby a může působit komplikace. Sestra 5 odpověděla, že je to soubor metabolických abnormalit, který vzniká v důsledku obnovení příjmu potravy. V druhé otázce jsme se ptali, co musíme pravidelně kontrolovat (hodnoty, atd.). Sestra 1 se domnívá, že musíme pravidelně kontrolovat váhu, celkovou bílkovinu, albumin, kožní turgor atd. Sestra 2 uvedla krevní hodnoty, fyziologické funkce, příjme potravy, příjem a výdej tekutin. Sestra 3 svou odpověď příliš nekonkretizovala a uvedla, že musíme kontrolovat pravidelně hmotnost a nějaké odběry, které nám předepíše lékař. Sestra 5 odpověděla stručně, kontrolujeme váhu a BMI. Na závěr této kategorie jsme se ptali na to, jaké jsou možnosti podávání výživy při kontraindikaci příjmu per os. Sestra 1 si myslí, že výživu v tomto případě podáváme pomocí periferního žilního katétru nebo centrálního žilního katétru čili parenterální výživa. Sestry 2 a 4 uvedly, že použijeme parenterální nebo enterální výživu. Sestra 3 odpověděla, že podáváme výživu nitrožilně, kdežto sestra 5 by výživu podávala enterálně.

3.3.7 Kategorie VII. – Specifika ve stravovacím režimu



Obrázek 8 Specifika ve stravovacím režimu – část 1



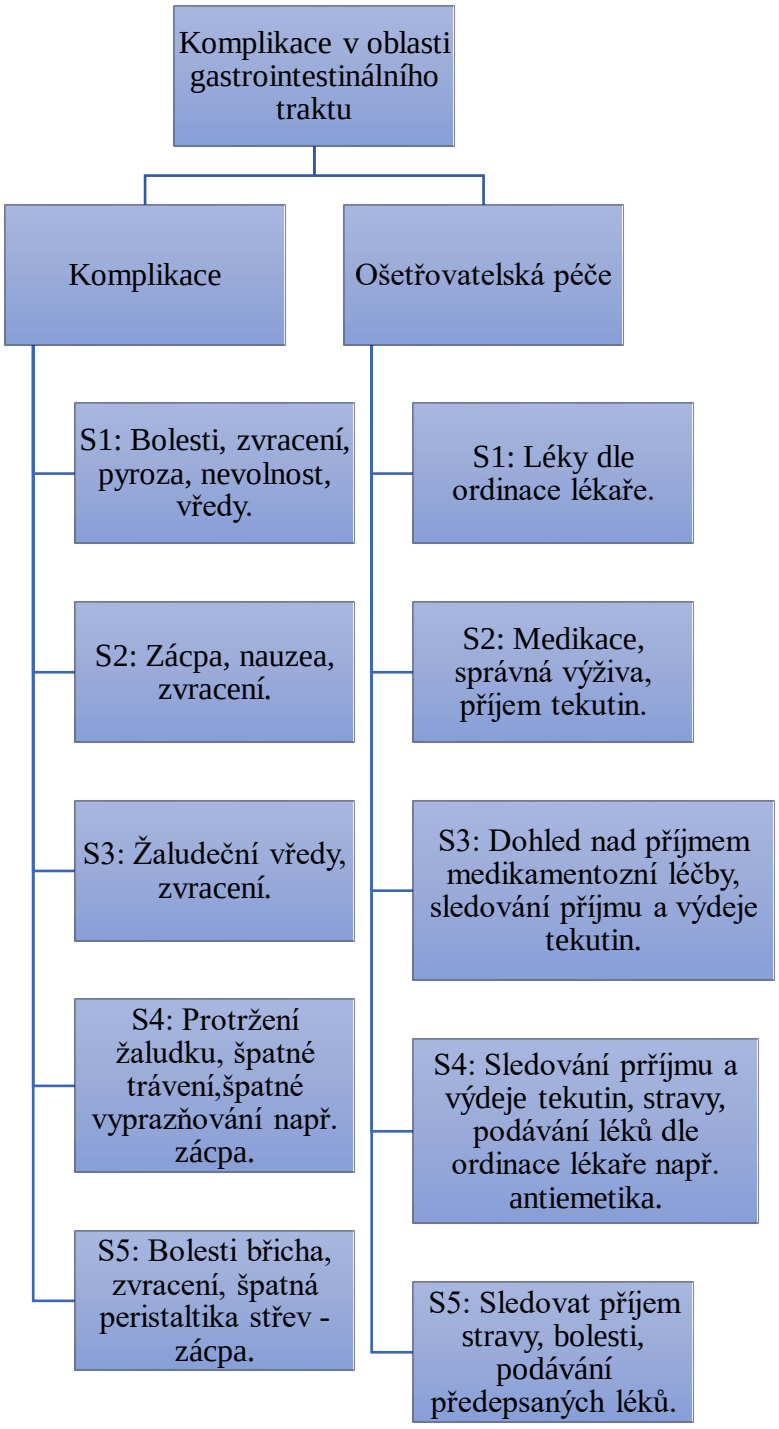
Obrázek 9 Specifika ve stravovacím režimu - část 2.

V sedmé kategorii jsme zjišťovali, jaké znalosti mají sestry v oblasti stravovacího režimu. V první části (viz Obrázek 8 Specifika ve stravovacím režimu – část 1.) jsme se ptali na tři otázky. První otázka se týkala toho, kolik jídel má obsahovat správný léčebný režim. Sestry 1, 2, 3 a 4 se shodly, že léčebný režim by se měl skládat z pěti jídel. Sestra

5 si myslí, že by měl režim obsahovat tři hlavní jídla a mezi nimi svačiny, popřípadě druhé večeře. Další otázka se týká toho, proč je důležité sledovat bilanci tekutin a příjem stravy. Sestra 1 odpověděla stručně, je to důležité pro kontrolu úspěšnosti léčby. Sestra 2 uvedla, že bilanci tekutin a příjem stravy kontrolujeme kvůli dostatečné výživě a hydrataci organismu. Sestra 3 se domnívá, že je to důležité pro vyloučení chybného vyhodnocování příjmu potravy. Sestra 4 odpověděla, že bilanci tekutin sledujeme kvůli dehydrataci, minerálům a příjem stravy abychom viděli úspěšnost léčby pacienta. Sestra 5 si myslí, že bilanci tekutin kontrolujeme, jelikož je důležitým ukazatelem dehydratace a příjem stravy sledujeme pro kontrolu energetického příjmu. Na konci první části jsme se ptali, proč je důležitá kontrola pacientů při jídle i po jídle. Sestra 1 uvedla, že kontrola je důležitá, aby jídlo nevyhodili, snědli ho a nešli se po jídle vyzvracet. Sestra 2 předpokládá, že pacienti často jídlo schovávají a zvrací. Sestra 3 je názoru, že jídlo nesmí vyhazovat, schovávat a zvracet, proto je důležitá kontrola. Sestry 4 a 5 se shodly na tom, že kontrolujeme, aby se anorektici jídla nesnažili zbavit a bulimici ho nešli vyzvracet.

V druhé části (viz Obrázek 9 Specifika ve stravovacím režimu – část 2.) jsme se zabývali tím, jak se zachováme při porušení léčebného režimu a zda se provádí namátková kontrola věcí a proč. Na první otázku sestry 1 a 5 odpověděly stejně a to tak, že používáme zřejmě nějaké sankce např. zrušení návštěv. Sestra 2 by nejdříve informovala lékaře a po té pacientovi vysvětlila znovu léčebný režim. Sestra 3 uvedla, že v takovéto situaci jednáme klidně a trpělivě. Sestra 4 předpokládá, že se strhávají body a pacient pak nedostane propustku nebo se zpřísní režim. Na poslední otázku o namátkové kontrole věcí odpověděly dotazované sestry 1, 2 a 3 stejně, kontrolu provádíme z důvodu toho, aby pacienti neschovávali jídlo. Sestra 4 předpokládá, že kontrolu provádíme, aby pacienti nešvindlovali s jídlem a nebrali laxativa. Sestra 5 si myslí, že pacienti léčbu často sabotují a snaží se jídla zbavit, popřípadě mají schované své jídlo anebo léky na vyvolání průjmu a zvracení.

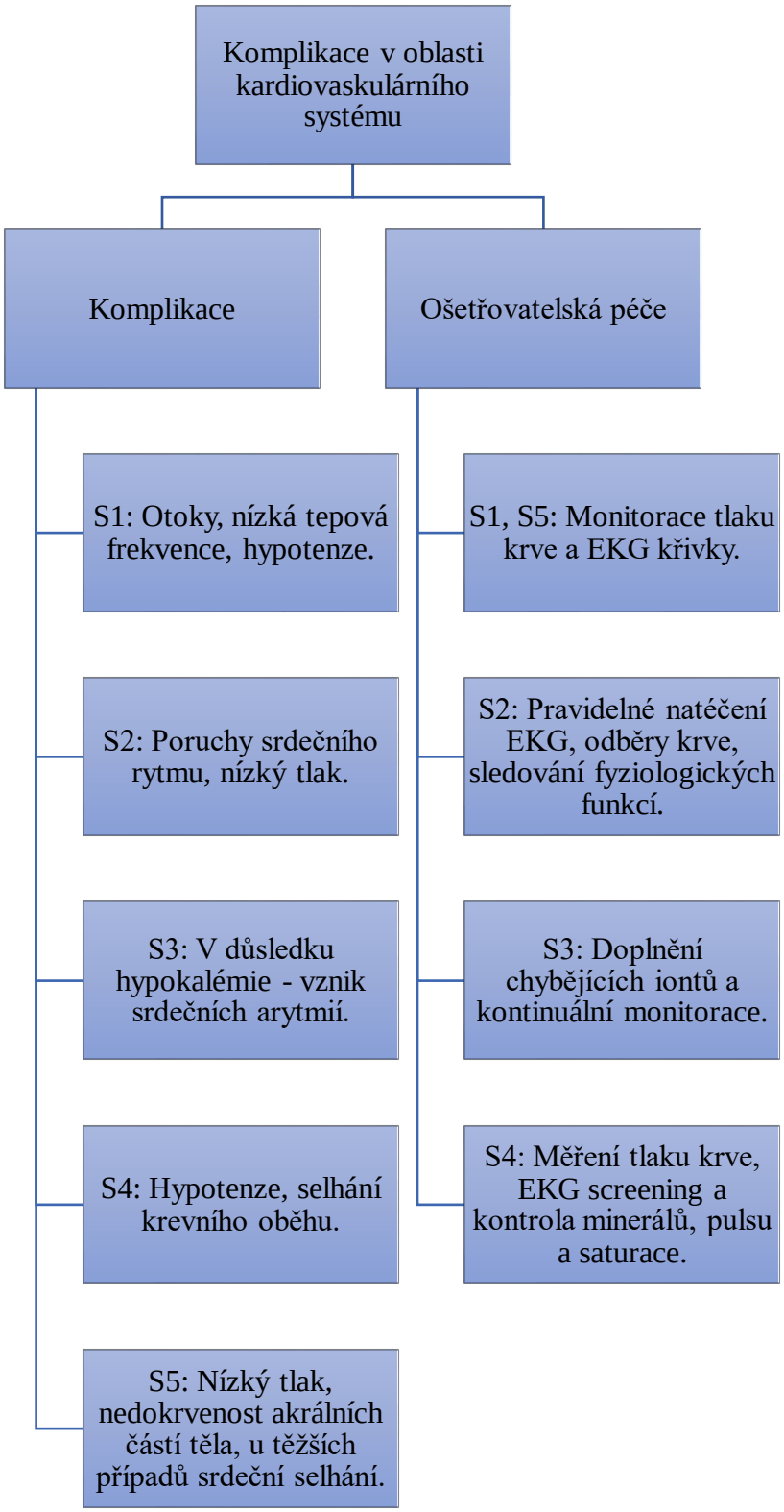
3.3.8 Kategorie VIII. – Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu



Obrázek 10 Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu

V osmé kategorii jsme měli zjistit, zda sestry znají, jaké komplikace mohou nastat v oblasti gastrointestinálního traktu a jaká bude specifická ošetřovatelské péče v této oblasti. Na první otázku odpověděla sestra 1, že nejčastěji mohou nastat bolesti, zvracení, pyróza, nevolnost a vředy. Sestra 2 považuje za nejčastější komplikace zácpu, nauzeu a zvracení. Sestra 3 uvedla žaludeční vředy a zvracení. Sestra 4 předpokládá, že může nastat protržení žaludku, špatné trávení a vyprazdňování – zácpa. Sestra 5 je názoru, že nejčastější komplikace jsou bolesti břicha, zvracení, špatná peristaltika střev. Druhá otázka se zaměřovala na ošetřovatelskou péči v této oblasti. Sestra 1 nebyla příliš konkrétní a uvedla, že budeme podávat léky dle ordinace lékaře. Sestra 2 předpokládá, že je důležitá medikace, správná výživa a příjem tekutin. Sestra 3 je názoru, že do péče patří dohled nad příjmem medikace a sledování příjmu a výdeje tekutin. Sestra 4 sem řadí sledování příjmu a výdeje tekutin, stravy, podávání léků dle ordinace lékaře např. antiemetik. Sestra 5 by zvolila sledování příjmu stravy, bolesti a podávání předepsaných léků.

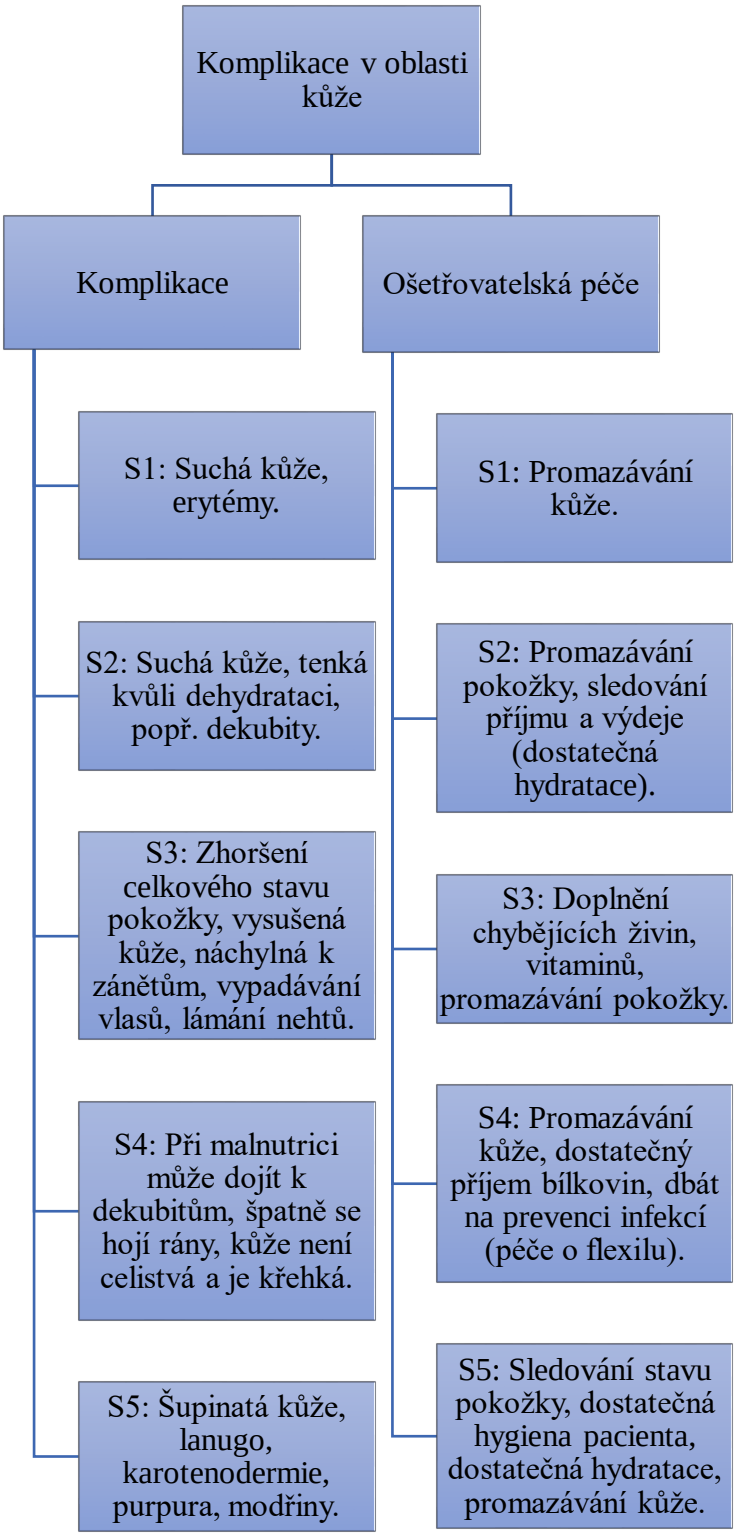
3.3.9 Kategorie IX. – Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému



Obrázek 11 Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému

Na obrázku 9 můžeme sledovat odpovědi sester na otázky z oblasti komplikací v kardiovaskulárním systému. První otázka se zabývala tím, jaké komplikace mohou v této oblasti nastat. Sestra 1 považuje za nejčastější komplikaci otoky, nízkou tepovou frekvenci a hypotenzi. Sestra 2 se domnívá, že jsou to poruchy srdečního rytmu a nízký tlak. Sestra 3 odpověděla, že v důsledku hypokalémie vznikají srdeční arytmie. Sestra 4 sem řadí hypotenzi a selhání krevního oběhu. Sestra 5 je názoru, že nejčastěji se vyskytuje nízký tlak, nedokrevnost akrálních částí těla a u těžších případů může nastat srdeční selhání. Dále jsme zkoumali, zda dotazované sestry znají ošetřovatelskou péči v kardiovaskulární oblasti. Sestry 1 a 2 se shodly na tom, že do ošetřovatelské péče patří hlavně monitorace tlaku krve a EKG křivky. Sestra 2 předpokládá, že jde o pravidelné natáčení EKG, odběry krve, sledování fyziologických funkcí. Sestra 3 sem zařadila, doplnění chybějících iontů a kontinuální monitoraci. Sestra 4 by zvolila měření tlaku krve, EKG screening a kontrolu minerálů, pulsu a saturace.

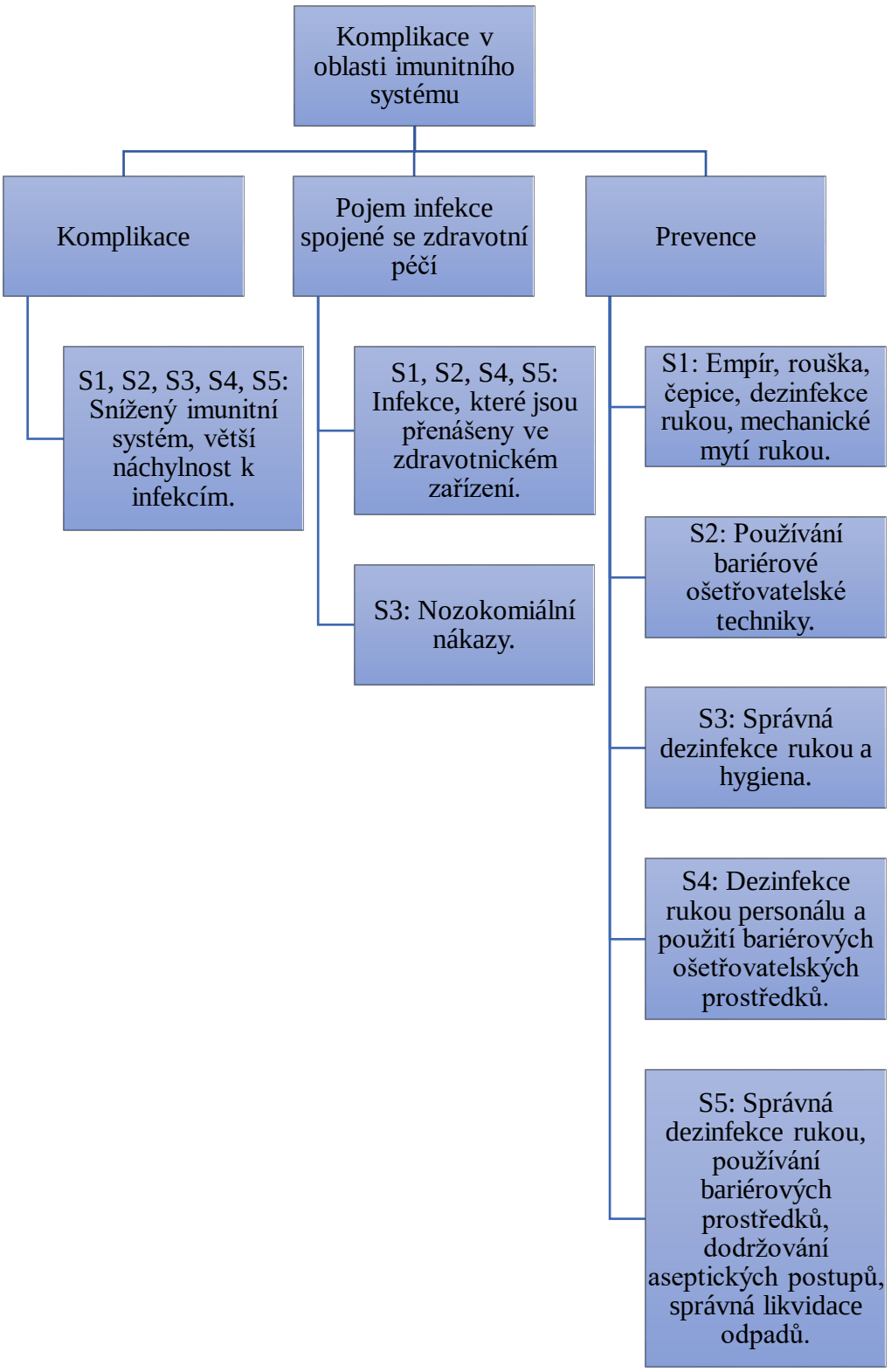
3.3.10 Kategorie X. – Komplikace v oblasti kůže



Obrázek 12 Komplikace v oblasti kůže

V desáté kategorii jsme se zabývali možnými komplikacemi v oblasti kůže. Zaprvé jsme zkoumali, jaké komplikace se v této oblasti mohou vyskytnout. Sestra 1 odpověděla suchá kůže, erytémy. Sestra 2 sem také řadí suchou kůži, navíc je kůže tenká kvůli dehydrataci, popř. vznik dekubitů. Sestra 3 si myslí, že může dojít ke zhoršení celkového stavu pokožky, vysušení kůže, ta je více náchylná k zánětům, také se lámou nehty a padají vlasy. Sestra 4 předpokládá, že při malnutrici může dojít k dekubitům, špatně se hojí rány, kůže není celistvá a je křehká. Sestra 5 byla konkrétnější a svou odpověď více rozvedla, vzniká šupinatá kůže, lanugo, karotenodermie, purpura a modřiny. Zadruhé jsme se ptali na to, jaká bude ošetřovatelská péče v oblasti kůže. Sestra 1 odpověděla krátce, řadí sem promazávání kůže. Sestra 2 také zvolila promazávání pokožky, ale navíc dodala sledování příjmu a výdeje tekutin z důvodu dostatečné hydratace. Sestra 3 je názoru, že základem je doplnění chybějících živin a vitaminů a též promazávání pokožky. Sestra 4 uvedla promazávání kůže, dostatečný příjem bílkovin pro lepší hojení atd., dbát na prevenci infekcí např. péče o periferní žilní katétr. Sestra 5 řadí do ošetřovatelské péče sledování stavu pokožky, dostatečnou hygienu pacienta, dostatečnou hydrataci, promazávání kůže.

3.3.11 Kategorie XI. – Komplikace v oblasti imunitního systému



Obrázek 13 Komplikace v oblasti imunitního systému

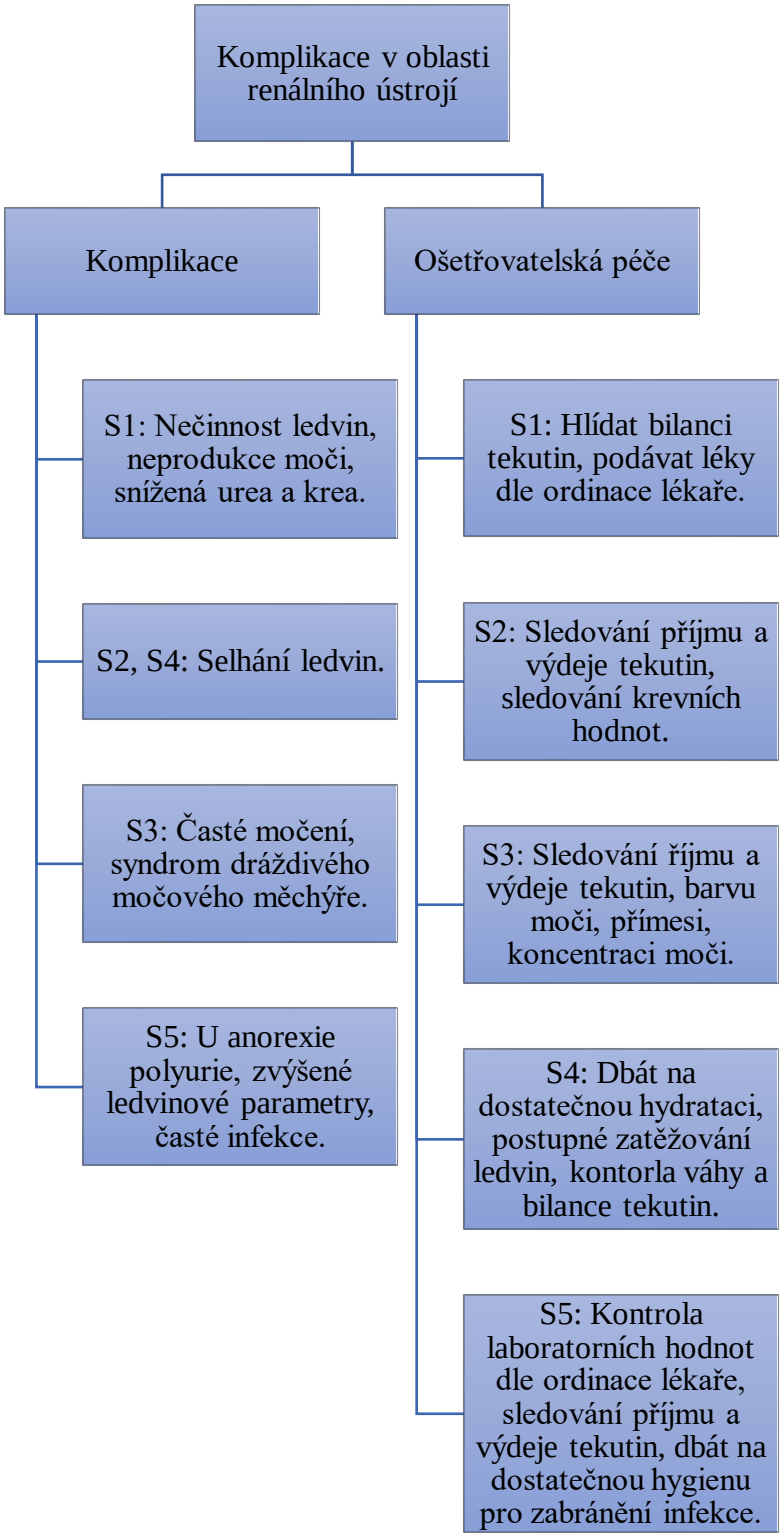
Kategorie jedenáct se týká komplikací, které mohou vzniknout v oblasti imunitního systému a ošetřovatelské péče v této oblasti. V první otázce se všechny dotazované sestry shodly na tom, že nejčastější komplikací je snížený imunitní systém a tím pádem i větší náchylnost k infekcím. V další otázce jsme zjišťovali, zda sestry vědí, co je to pojem infekce spojené se zdravotní péčí. Sestry 1, 2, 4 a 5 se shodly na tom, že jsou to infekce, které jsou přenášeny ve zdravotnickém zařízení. Sestra 3 uvedla, že to jsou nozokomiální nákazy. Poslední otázkou v této kategorii byla prevence těchto infekcí. Sestra 1 předpokládá, že prevencí je používání empíru, roušky, čepice, správná dezinfekce rukou a mechanické mytí rukou. Sestra 2 uvedla jako prevenci používání bariérové ošetřovatelské techniky. Sestra 3 si myslí, že prevencí je správná dezinfekce rukou a hygiena. Sestra 4 sem řadí dezinfekci rukou personálu a použití bariérových ošetřovatelských prostředků. Sestra 5 odpověděla rozsáhleji a zmínila správnou dezinfekci rukou, použití bariérových prostředků, dodržování aseptických postupů, správná likvidace odpadů.

3.3.12 Kategorie XII. – Komplikace v oblasti pohybového aparátu

Obrázek 14 Komplikace v oblasti pohybového aparátu

Další řešenou oblastí jsou komplikace v oblasti pohybového aparátu. Sestra 1 uvedla, že se mohou vyskytovat osteoartrózy, ubývání chrupavky, zlomeniny, nedostatek výživy v kloubech. Sestra 2 byla stručná a odpověděla na tuto otázku řídnutí kostí. Sestra 3 zařadila mezi nejčastější komplikace úbytek svalstva a lámavost kostí. Sestra 4 předpokládá, že mohou být přítomny kontraktury, ubývání chrupavek, řídnutí kostí, křivice a nedostatek vitaminu D. Sestra 5 považuje za hlavní komplikace nedostatek vitaminu D, vápníku, výjimečně se mohou vyskytovat osteomalacie, ale nejčastěji se vyskytuje osteoporóza. Druhá část této kategorie je ošetřovatelská péče v oblasti pohybového aparátu. Sestra 1 uvedla, že je důležité doplnění vápníku, fosforu, minerálů, sledování laboratorních hodnot. Sestra 2 řadí do ošetřovatelské péče rehabilitaci, sledování příjmu potravy, plnění ordinací lékaře. Sestra 3 si myslí, že do ošetřovatelské péče patří především doplnění výživy, hlavně bílkovin a rehabilitace. Sestra 4 by zvolila také rehabilitaci, dále postupný příbytek a s tím související pravidelné vážení. Sestra 5 si myslí, že by se měly doplnit minerály, sledovat laboratorní hodnoty a zajistit dostatek vápníku ve stravě.

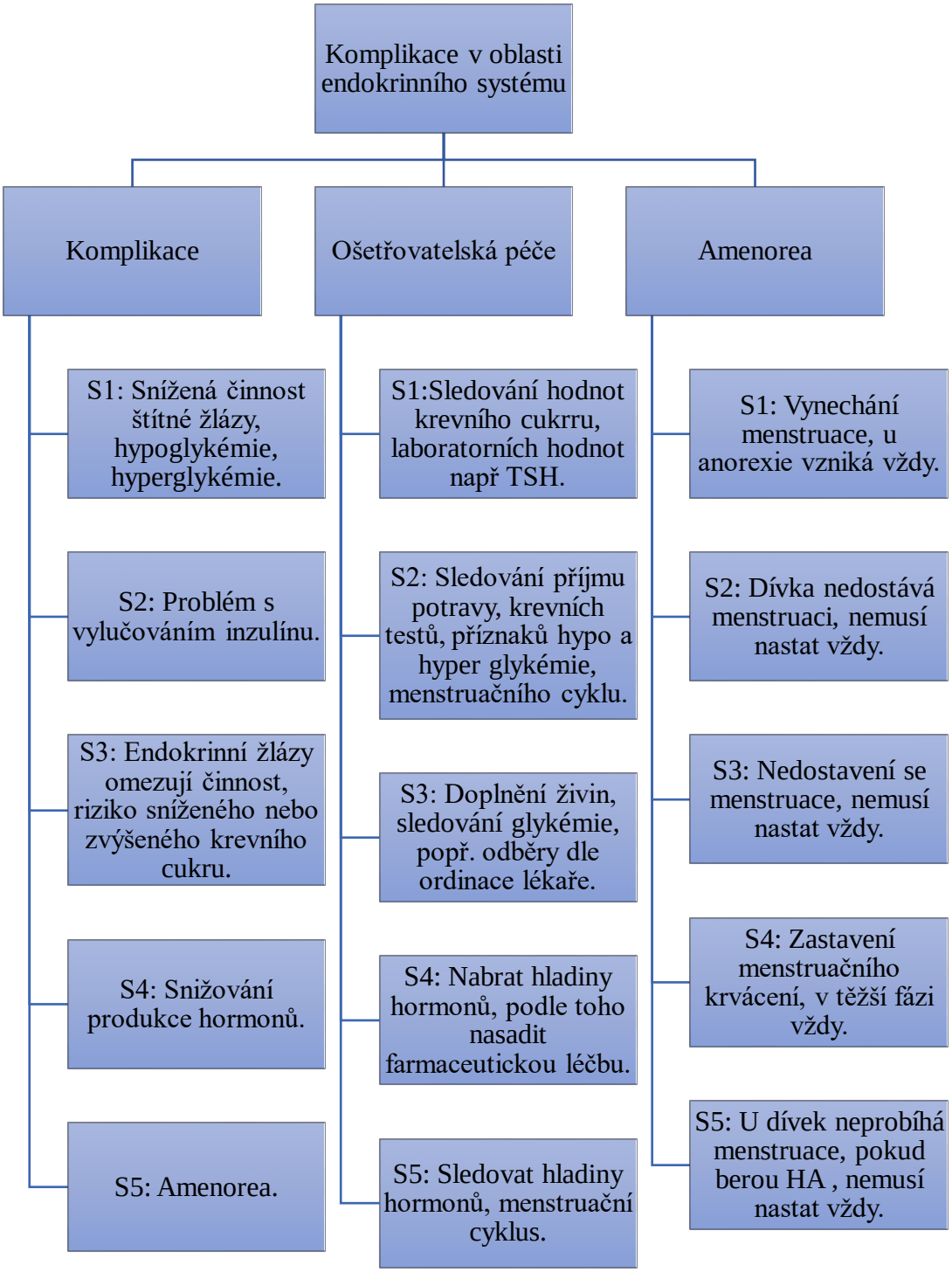
3.3.13 Kategorie XIII. – Komplikace v oblasti renálního ústrojí



Obrázek 15 Komplikace v oblasti renálního ústrojí

Kategorie třináct je zaměřena na možné komplikace a ošetřovatelskou péči v oblasti renálního ústrojí. Odpovědi sester na otázky v této kategorii můžeme sledovat na obrázku 15. První jsme zjišťovali, zda sestry znají časté komplikace, které mohou nastat v oblasti tohoto ústrojí. Sestra 1 si myslí, že může nastat nečinnost ledvin, neprodukce moči a bude snížená hladina urey, kreatininu. Sestry 2 a 4 na tuto otázku odpověděly stručně, může nastat selhání ledvin. Sestra 3 předpokládá, že se může vyskytnout časté močení a syndrom dráždivého močového měchýře. Sestra 5 svou odpověď konkretizovala a uvedla, že u anorexie se vyskytuje polyurie, dále se mohou vyskytovat zvýšené ledvinové parametry a časté infekce. Dále můžeme sledovat odpovědi na otázku ošetřovatelské péče v této oblasti. Sestra 1 si myslí, že budeme hlídat bilanci tekutin a podávat léky dle ordinace lékaře. Sestra 2 předpokládá, že budeme sledovat příjem a výdej tekutin a krevní hodnoty. Sestra 3 také zmínila sledování příjmu a výdeje tekutin, navíc uvedla sledování barvy moči, její příměsi a koncentraci. Sestra 4 je názoru, že bychom měli dbát na dostatečnou hydrataci, postupně zatěžovat ledviny, kontrolovat váhu a bilanci tekutin. Sestra 5 odpověděla, že budeme kontrolovat laboratorní hodnoty dle ordinace lékaře, také budeme sledovat příjem a výdej tekutin, dbát na dostatečnou hygienu pro zabránění případné infekce.

3.3.14 Kategorie XIV. – Komplikace v oblasti endokrinního systému



Obrázek 16 Komplikace v oblasti endokrinního systému

Obrázek 16 zobrazuje odpovědi dotazovaných sester na otázky z poslední kategorie, která se zabývá komplikacemi v oblasti endokrinního systému a ošetřovatelskou péčí v této oblasti. První otázkou bylo, jaké komplikace zde mohou nastat. Sestra 1 si myslí, že může nastat snížená činnost štítné žlázy, hypoglykémie nebo hyperglykémie. Sestra 2 se domnívá, že bude problém s vylučováním inzulinu. Sestra 3 je názoru, že endokrinní žlázy omezují svou činnost a je zde riziko sníženého nebo zvýšeného krevního cukru. Sestra 4 předpokládá, že nastane snižování produkce hormonů. Sestra 5 byla stručná a považuje za častou komplikaci přítomnost amenorey. Jako u všech oblastí jsme se i zde ptali na to, jaká zde bude ošetřovatelská péče. Sestra 1 řadí do ošetřovatelské péče sledování hodnot krevního cukru a laboratorních hodnot (např. TSH). Sestra 2 si myslí, že je vhodné sledovat příjem potravy, krevní testy, příznaky hyper a hypoglykémie a menstruačního cyklu. Sestra 3 by nejdříve doplnila živiny, sledovala by glykémii, popřípadě odběry dle ordinace lékaře. Sestra 4 se domnívá, že bychom měli nabrat hladiny hormonů a podle toho nasadit farmaceutickou léčbu. Sestra č 5 uvedla, že budeme sledovat hladiny hormonů a menstruační cyklus. Jako úplně poslední jsme se ptali sester, zda umějí vysvětlit pojem amenorea a jestli musí nastat vždy. Sestra 1 odpověděla, že je to vynechání menstruace a u anorexie vzniká vždy. Sestra 2 si myslí, že je to stav kdy dívka nedostává menstruaci a nemusí nastat vždy. Sestra 3 uvedla, že je to nedostavení se menstruace a nemusí nastat vždy. Sestra 4 předpokládá, že je to zastavení menstruačního krvácení a v těžší fázi anorexie se objevuje vždy. Sestra 5 byla konkrétní a uvedla, u dívek neprobíhá menstruace, ale pokud berou hormonální antikoncepci, tak nemusí nastat vždy.

3.4 Analýza cílů a výzkumných otázek

Analýza výzkumných cílů a otázek byla vytvořena daty, získanými pomocí nestandardizovaných rozhovorů. Následně jsme odpovědi uvedených sester zpracovávali pomocí techniky kódování metodou tužka-papír (Příloha D) a vyobrazili pomocí diagramů v textovém editoru.

Výzkumný cíl č. 1: Ověřit znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy. K tomuto cíli jsme přiřadili výzkumnou otázku č. 1: **Jaké jsou znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy?** Tento výzkumný cíl a otázku jsme v rozhovoru zařadili do kategorie II. – Rizikové faktory. Tato kategorie obsahuje tři otázky – jaké jsou rizikové faktory mentální anorexie a bulimie, zda jsou těmito nemocemi ohroženy více dívky nebo chlapci, proč a jaká je nejvíce ohrožená věková skupina.

Závěr analýzy: V první části zjišťujeme, že **jedna** z pěti sester nezná žádné rizikové faktory těchto onemocnění. Dvě sestry se shodly na tom, že rizikovými faktory jsou psychické problémy např. stres, psychická zátěž a tlak společnosti na vizáž. Dále se sestry shodovaly na tom, že určitou roli v propuknutí nemoci mají také špatné vztahy jedince s okolím – vrstevníci (šikana), rodina. Navíc zazněly odpovědi typu syndrom odmítnutí v dětství, špatná životní událost či zkušenost a sociální sítě. Sestra 5 uvedla, že *„určitě neexistuje žádný určitý klíčový faktor, ale podle mě jde vždycky o určitou konstalaci vlivu sociokulturních a rodinných faktorů“*. Další část se týkala toho, **zda jsou více ohroženy dívky nebo chlapci a proč.** Zde se **všech pět sester** shodlo na tom, že nejvíce **ohroženy jsou dívky.** Tři sestry odpověděly stejně, že důvodem je vyšší tlak společnosti, který je na dívky vyvíjen. Mimo jiné sestry uváděly také větší citlivost dívek a snahu dbát více o svoji postavu. Poslední otázka se zabývá tím, **jaká je nejvíce ohrožená věková skupina. Všechny dotazované sestry** uváděly **věk okolo puberty** zhruba do dvaceti let. Sestra 3 navíc odpověděla, že tyto problémy mohou nastat kdykoli a sestra 4 zahrnuje do ohrožené skupiny také prepubertální věk.

Výzkumný cíl č. 2: Ověřit znalosti specifik ošetřovatelské péče o pacienta s poruchou příjmu potravy. Výzkumnou otázkou pro tento cíl je otázka č. 3: **Jaké jsou znalosti specifik ošetřovatelské péče o pacienta s poruchou příjmu potravy?** K tomuto cíli řadíme kategorie IV. Role sestry, V. Specifika v psychice, VI. Specifika v oblasti stravy, VII. Specifika ve stravovacím režimu. Každá kategorie obsahuje několik podotázek týkajících se dané problematiky.

Závěr analýzy: V kategorii IV. Role sestry jsme se dotazovaných sester první ptali na to, jaké jsou překážky v ošetřovatelské péči o takového pacienta. **Tři sestry** z pěti se shodly na tom, že nejčastějším problémem je odmítání jídla a nespolupráce v léčbě. Sestra 3 navíc dodala nedůvěru mezi sestrou a pacientem. Dalšími odpověďmi byla například špatná komunikace, nedostatečné pochopení a maskování problému stran pacienta. Druhá otázka se týkala toho, jaké jsou úkoly sestry v léčbě. Dvě sestry z pěti se shodly na sledování stavu pacienta (monitorace, hmotnost atd.). Dále se některé shodovaly na získání důvěry pacienta, dostatečná komunikace a podávání léků dle ordinace lékaře. Sestra 5 například uvedla že, *„velice důležitý bude empatický přístup, podpora a porozumění…taky bych sem určitě zahrnula klasickou ošetřovatelskou péči, ať už je to podávání léků co napsal lékař, po sledování hmotnosti anebo třeba tlaku“.* Poslední otázkou v této kategorii bylo, jak by se sestra měla chovat či komunikovat s pacientem. Zde se **tři sestry z pěti** shodly na tom, že by neměla chybět **empatie**. **Dvě** sestry se shodly také na vstřícnosti vůči pacientovi. Sestra 5 navíc uvedla, že by se mělo začínat od konkrétních kroků a řešit aktuální problémy. Sestra 4 odpověděla *„Sestra by si měla určitě trvat na svých zásadách s tím, že se pacient nesmí do jídla nutit, aby si nezískal ještě větší odpor k tomu jídlu a snažit se mu vysvětlit, aby změnil myšlení a přišel na to, že jídlo je lék“.* Další odpovědi, které zazněly, byly např. trpělivost, odhodlanost, dostatečná komunikace.

Kategorie V. Specifika v psychice zahrnuje tři otázky. V první otázce jsme zjišťovali, jaký má pacient přístup k léčbě. **Všechny sestry** se shodly na tom, že pacienti mají **negativní přístup k léčbě**. Sestra 1 doplnila, že po kontaktu s rodinou a lékařem mohou mít pozitivní přístup. Sestra 2 navíc uvedla *„…časem přichází zlepšení, ale není to pravidlem“.* Jako další krok jsme zjišťovali, zda dotazované sestry znají stádia motivace, kterými pacient v léčbě prochází. Dvě sestry z pěti na tuto otázku neznaly odpověď. Sestra 1 si myslí, že je to motivace rodiny, lékařem, psychologická. Sestra 3

odpověděla konkrétněji, pacient si problém nejprve musí problém přiznat, poté souhlasit s léčbou a jako poslední podstoupit léčbu. Sestra 4 odpověděla *„Asi první odepření a odpor k tomu všemu, pak postupný přijímání toho problému a pak pozitivní, co se týče řešení toho problému“*. Jako poslední jsme zjišťovali, jaká bude ošetřovatelské péče v oblasti psychiky. Dvě sestry se shodly a považují za důležitou část péče podporu pacienta, empatii a vytváření důvěry. Sestra 4 uvedla *„Tak zřejmě základem bude psychoterapie individuální a pak bude psychoterapie skupinová, pak bude nějaká ergoterapie, farmakoterapie, plus dohled nad tím jídlem u toho pacienta“*. Některé sestry uvedly motivaci, podporu rodiny a komunikaci s pacientem.

Kategorie VI. Specifika v oblasti stravy, se jako první zabývá znalostmi dotazovaných sester o hodnocení malnutrice. Všechny sestry se shodly na tom, že malnutrici hodnotíme pomocí BMI. Čtyři z pěti sester se shodly, že provádíme krevní odběry (celková bílkovina, albumin). Sestra 3 doplnila svou odpověď o hodnocení úbytku váhy za určité časové období, sledování stavu pokožky a celkového vzhledu pacienta. Sestra 4 navíc uvedla *„…můžeme hodnotit i podle BMI z obvodu paže, když pacient nemůže vstát a zvážit se a změřit“*. Další otázka zjišťovala znalosti sester o tom, jaká je správná dávka výživy při zahájení léčby. Čtyři sestry se shodly na tom, že začínáme menšími dávkami jídla, které postupně zvyšujeme. Sestra 4 doplnila svou odpověď o pravidelnost stravy. Sestra 5 svoji odpověď konkretizovala, kalorická hodnota by neměla být příliš vysoká, nejdříve se pokusíme o perorální příjem stravy a kalorie zvyšujeme během 1 až 2 týdnů. Třetí otázka ověřovala znalosti sester o tom, jaké komplikace mohou nastat při nesprávném dávkování stravy. Dvě sestry z pěti se shodly na tom, že nejčastěji nastává zvracení a nauzea. Tři sestry řadí do nejčastějších komplikací bolesti břicha. Další dvě sestry se shodly také na pálení žáhy. Některé sestry se shodly i na pocitu nadmutosti. Dalšími odpověďmi bylo např. vyvolávání dávivého reflexu, nechutenství, rozvrat organismu, nepravidelnost stolice, průjem, pocit plnosti a pocit přibíraní na váze. Ve čtvrté otázce jsme zjišťovali, co si dotazované sestry představují pod pojmem refeeding syndrom. Tři sestry neznaly na tuto otázku odpověď. Sestra 2 uvedla, že je to komplikace s velkého množství jídla na začátku léčby a může působit komplikace. Sestra 5 odpověděla *„Refeeding syndrom? Myslím si, že je to soubor nějakých metabolických abnormalit, který vznikají jako důsledek obnovení toho příjmu potravy“*. Pátá otázka se týkala pravidelných kontrol (např. hodnot atd.). Čtyři sestry z pěti se shodly na tom, že budeme kontrolovat krevní hodnoty. Uvedly např. celkovou

bílkovinu, albumin, bílkoviny, minerály, jaterní testy a krevní obraz. Některé sestry nebyly konkrétní a uvedly pouze odběry dle ordinace lékaře. Tři sestry se shodly na sledování váhy. Dále také jmenovaly kožní turgor, fyziologické funkce, příjem potravy, příjem a výdej tekutin a BMI. Poslední otázkou z této kategorie bylo, jaké máme možnosti výživy při kontraindikaci per os. Dvě sestry se shodly na tom, že v tomto případě podáváme výživu buď parenterálně (PŽK nebo CŽK) nebo enterálně (např. sondou). Další dvě sestry uvedly pouze parenterální způsob výživy. Sestra 5 odpověděla *„Hmm…tak nejčastěji asi enterální výživa? V tomto odvětví jsem se nikdy moc nepohybovala, naposled jsme se o tomhle tématu učili ve škole, takže nevím s jistotou“.*

Závěrečnou kategorií pro tento výzkumný cíl je **kategorie VII. Specifika ve stravovacím režimu**. První otázka pro tuto kategorii zjišťovala, z kolika základních jídel by se měl skládat správný léčebný režim. Čtyři sestry se shodly na pěti jídlech. Sestra 5 uvedla „*Určitě minimálně ze tří hlavních jídel, mezi kterými pacienti dostávají svačiny, popřípadě u některých pacientů se budou podávat i druhé večeře“.* Další otázka zkoumala, proč je důležité hlídat u těchto pacientů bilanci tekutin a příjem stravy. Tři sestry odpověděly, bilanci tekutin kontrolujeme kvůli riziku dehydratace. Dvě sestry se shodly, že příjem stravy sledujeme, abychom viděli, zda je léčba úspěšná. Zazněly i odpovědi typu kontrola energetického příjmu, minerálů, dostatečná výživa a vyloučení chybného vyhodnocování příjmu potravy. Třetí otázka se zabývala tím, proč je důležitá kontrola pacientů při jídle i po jídle. Všechny sestry se shodly na tom, že je tato kontrola důležitá proto, aby se pacienti jídla nezbavovali (nevyhodili, neschovali atd.) a nešli hned po jídle zvracet. Jako další jsme zkoumali znalosti sester o tom, jak se zachovají, když pacient poruší léčebný režim. Dvě sestry se shodly na udělení sankce např. zrušení návštěv. Sestra 2 by informovala lékaře a znovu dotyčnému vysvětlila léčebný režim. Sestra 3 uvedla, že s pacientem jednáme klidně a trpělivě. Sestra 4 odpověděla *„Asi zřejmě se to dělá na psychiatrických odděleních formou strhávání bodů…třeba pokud léčbu poruší, uberou se nějaké body, třeba pak nedostane propustku nebo se mu zpřísní režim“*. Poslední otázka se týkala toho, zda se provádí namátková kontrola věcí pacientů a proč. Všechny sestry se shodly, že kontrolu provádíme z důvodu, aby pacienti neschovávali jídlo. Sestra 4 navíc doplnila *„…a aby nebrali nějaká svoje laxativa a tak dále“*. Sestra 5 doplnila předchozí odpověď sestry 4 o léky na vyvolání zvracení.

Výzkumný cíl č. 3: Ověřit znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacienta s poruchou příjmu potravy. K tomuto cíli jsme vytvořili výzkumnou otázku č. 3: **Jaké jsou znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacientů s poruchou příjmu potravy?** Do toho cíle spadají kategorie VIII. až XIV., které obsahují několik otázek.

Závěr analýzy: Nejprve jsme se zaměřili na odpovědi dotazovaných sester na otázku, **jaké mohou nastat komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu.** Nejčastější odpovědí bylo zvracení a špatná peristaltika střev – zácpa. Vždy dvě sestry se shodly na tom, že pacienti mají často bolesti břicha, nauzeu a žaludeční vředy. Sestra 5 navíc uvedla *„…protržení žaludku, protože mají ten žaludek hodně malý“*. Druhou otázkou v této kategorii bylo, **jaká bude ošetřovatelská péče v této oblasti?** Všechny sestry se shodly na podávání léků dle ordinace lékaře. Sestra 4 byla konkrétní a uvedla antiemetika. Tři sestry také odpověděly, že je důležité sledovat příjem a výdej tekutin. Dvě sestry uvedly sledování příjmu stravy. Dalšími odpověďmi byla správná výživa a sledování bolesti.

V kategorii IX. jsme se zabývali komplikacemi v oblasti kardiovaskulárního **systému**. První otázka se týkala toho, **jaké komplikace se zde mohou vyskytnout.** Čtyři sestry z pěti se shodly na tom, že nejčastěji se vyskytuje hypotenze. Dvě sestry zařadily do častých komplikací poruchy srdečního rytmu. Sestra 3 tuto odpověď specifikovala a uvedla *„V důsledku hypokalémie můžou často vzniknout srdeční arytmie“*. Dvě sestry se shodly na tom, že u těžších případů může nastat srdeční selhání. Dále jsme zaznamenali odpovědi typu otoky, nízká tepová frekvence a nedokrevnost akrálních částí těla. Další a poslední otázka z této kategorie se zabývala **ošetřovatelskou péčí v této oblasti.** Čtyři sestry se shodly na pravidelné kontrole EKG křivky. Tři sestry uvedly, že u pacienta budeme kontinuálně monitorovat fyziologické funkce a dvě sestry by zahrnuly pouze monitoraci tlaku krve. Další dvě sestry se shodly na odběrech krve (např. kontrola minerálů). Sestra 3 navíc do ošetřovatelské péče zahrnula doplnění chybějících iontů.

Kategorie X. Komplikace v oblasti kůže obsahovala dvě otázky. První otázka byla: **Jaké komplikace mohou nastat?** Nejčastější odpovědí byla suchá kůže a dekubity. Dále sestry odpovídaly erytémy, zhoršení celkového stavu pokožky (tenkost, křehkost, necelistvost, náchylnost k zánětům), špatné hojení ran, lanugo, karotenodermie, purpura,

modřiny, vypadávání vlasů a lámání nehtů. Druhá otázka se týkala, stejně jako u předchozích kategorií, **ošetřovatelské péče v dané oblasti.** Všechny sestry se shodly na promazávání pokožky (hydratační a ochranné krémy). Dvě sestry se shodly na dostatečné hydrataci (sledování příjmu a výdeje tekutin). Dalšími odpověďmi bylo např. doplnění chybějících živin (vitaminů, bílkovin atd.), dbát na prevenci infekcí (např. péče o flexilu), sledování stavu pokožky, dostatečná hygiena pacienta.

Další kategorie (**Kategorie XI. Komplikace v oblasti imunitního systému**) zkoumá znalosti dotazovaných sester o tom, jaké komplikace mohou nastat v této oblasti, co jsou to infekce spojené se zdravotní péčí a jaká bude jejich prevence. Jako první jsme se zabývali **komplikacemi**. Všechny sestry se shodly na tom, že imunitní systém bude snížený a pacient díky tomu bude náchylnější k infekcím. Dále jsme se ptali, **co znamená pojem infekce spojené se zdravotní péčí.** Čtyři sestry z pěti odpověděly, že jsou to infekce, které jsou přenášeny ve zdravotnickém zařízení. Sestra 3 uvedla *„To jsou nozokomiální nákazy“*. Poslední otázka z této kategorie se týkala **prevence těchto infekcí**. Všechny sestry uvedly jako prevenci správnou dezinfekci rukou. Většina sester se shodla na používání bariérové ošetřovatelské techniky. Některé sestry odpověděly např. správná hygienu, dodržování aseptických postupů a správná likvidace odpadů.

Dvanáctá kategorie se zabývala **komplikacemi v oblasti pohybového aparátu a ošetřovatelskou péčí v této oblasti.** Jako nejčastější komplikaci sestry správně uvedly **osteoporózu** (řídnutí kostí). Častou odpovědí bylo také ubývání chrupavky (artróza) a nedostatek vitaminu D. Dalšími komplikacemi, které dotazované sestry vyjmenovávaly, byli nedostatek vápníku, křivice, nedostatek výživy v kloubech, lámavost kostí, úbytek svalstva a výjimečně osteomalacie. V oblasti **ošetřovatelské péče** sestry nejčastěji uváděly **rehabilitaci** a **doplnění minerálů/výživy** (vápník, fosfor, bílkoviny atd.). Dvě sestry se shodly na sledování laboratorních hodnot. Sestry také uváděly např. sledování příjmu potravy, plnění ordinací lékaře, postupný příbytek váhy a pravidelné vážení.

Kategorie XIII. ověřuje znalosti dotazovaných sester **o komplikacích a ošetřovatelské péči v oblasti renálního ústrojí.** Tři sestry z pěti se shodly na tom, že nejčastější komplikací je **selhání ledvin**. Sestra 5 správně uvedla, že se vyskytují **zvýšené ledvinové parametry**, kdežto sestra 1 si myslí, že budou tyto parametry snížené. Sestra 5 odpověděla *„V důsledku malnutrice špatně funguje hladké svalstvo, to se odráží na vylučování. Objevuje se časté močení…syndrom dráždivého močového měchýře“*. Dále

zazněly odpovědi typu polyurie, časté infekce a neprodukce moči. V ošetřovatelské péči všechny sestry uvedly **sledování příjmu a výdeje tekutin.** Vždy dvě sestry se shodly na podávání léků dle ordinace lékaře a sledování laboratorních hodnot. Některé sestry zařadily do ošetřovatelské péče postupné zatěžování ledvin, kontrolu váhy, dostatečnou hygienu (zabránění infekce), dostatečnou hydrataci a sledování barvy, příměsi, koncentraci moče.

Poslední zkoumanou oblastí byl **endokrinní systém**. Jako první jsme se sester ptali na to, **jaké komplikace mohou v tomto systému nastat**. Nejčastější odpovědí bylo **riziko hypoglykémie a hyperglykémie** (problém s vylučováním inzulinu). Sestra 5 uvedla *„Endokrinní komplikace jsou charakteristický pro anorexii… například bych uvedla amenoreu, která se objevuje, když dívka ztratí hodně ze své tělesné hmotnosti“*. Některé sestry do komplikací řadily také sníženou činnost štítné žlázy a snižování produkce hormonů. Druhá otázka v této oblasti se týkala **ošetřovatelské péče**. Tři sestry se shodly na tom, že budeme **sledovat hladinu hormonů**. Sestra 4 navíc doplnila, že by podle hladiny hormonů nasadila farmaceutickou léčbu. Vždy dvě sestry se shodly na sledování hodnot krevního cukru (glykémie) a sledování menstruačního cyklu. Dalšími uvedenými odpověďmi bylo např. doplnění živin, sledování příjmu potravy a odběry dle ordinace lékaře. Závěrečná otázka zkoumala, co si sestry představují pod pojmem **amenorea a zda musí nastat vždy**. **Tři sestry z pěti** se shodly na tom, **že amenorea je zástava menstruace a nemusí nastat vždy**. Sestra 5 dodala *„…pokud dívka bere hormonální antikoncepci, tak se vůbec nemusí projevit“*. Zbývající dvě sestry také uvedly, zástavu menstruace, ale domnívají se, že nastává vždy.

4 DISKUZE

Bakalářská práce byla zhotovena formou kvalitativního výzkumného šetření, kde jsme zvolili metodu rozhovorů. Dotazovali jsme se všeobecných sester ze standardních lůžkových interních oddělení v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Získané rozhovory byly zaznamenávány na diktafon v mobilním telefonu a následně jsme provedli jejich transkripci do textového editoru. Všechny provedené rozhovory byly zcela anonymní a se souhlasem všech oslovených sester. Pro zvolené pracoviště jsme opatřili protokol k provádění výzkumu. Často jsme se setkávali s tím, že oslovené sestry odmítly poskytnout rozhovor z důvodu nedostatku personálu na oddělení a také hrál určitou roli fakt, že o daném tématu se vzdělávaly naposledy ve škole. Celkem jsme získali sedm rozhovorů. Dva v rámci předvýzkumu a pět již v samotném výzkumu. Rozhovory jsme zpracovali ve výše uvedené výzkumné části. Základem bakalářské práce jsou tři výzkumné cíle, které jsme si určili.

První výzkumný cíl zkoumal znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy. Sester jsme se ptali na to, **jaké jsou rizikové faktory mentální anorexie a bulimie**. **Jedn**a sestra z pěti neznala na tuto otázku odpověď. Dvě sestry z pěti správně odpovídaly, že rizikovými faktory jsou např. **stres, psychická zátěž a tlak společnosti na vizáž**. Jak uvádí literatura, tyto poruchy mohou souviset s tzv. spouštěči, mezi které řadíme např. rozvod, rodinné krize, nemoc, nemístné poznámky o váze, šikanu, vliv vrstevníků, vliv společnosti – tlak médií a spousta dalších (Papežová a Hanusová, 2012). Další dvě sestry se shodly na **špatných vztazích jedince s okolím – vrstevníci (šikana) a rodině**. Významným rizikovým faktorem je také **vliv rodiny** (kritické komentáře v oblasti jídla, tělesného vzhledu, váhy, nevhodné jídelní a dietní postoje u matek atd. (Krch, 2009). Za správné odpovědi můžeme považovat také **syndrom odmítnutí v dětství** (vliv rodiny), **špatná životní událost či zkušenost a sociální sítě** (tlak společnosti). Papežová a Hanusová uvádějí, že poruchami příjmu potravy mohou trpět i ti, kteří zažili traumatizující událost ve svém životě (Papežová a Hanusová, 2012). Jedna ze sester odpověděla, že neexistuje jeden určitý rizikový faktor, ale vždy jde o konstelaci více faktorů. Porucha příjmu potravy většinou vzniká spojením více faktorů (Papežová a Hanusová, 2012). Dále jsme se sester ptali, **zda jsou více ohroženy dívka nebo chlapci a proč.** Zde se všechny sestry shodly na tom, že nejvíce jsou ohroženy **dívky**. Tyto

duševní problémy patří mezi nejčastější problémy především dospívajících dívek a mladých žen (Krch a Švédová, 2013). Tři sestry uvedly jako důvod **vyšší tlak společnosti** na dívky. V naší společnosti je silným nástrojem působení na jedince internet, televize a sociální sítě. Tyto mediální prostředky ovlivňují naše rozhodování a chování, přispívají k utváření představ o tom, co je normální, žádoucí a předkládají vzory např. dokonalé matky, sexy ženy atd. (Krch a Švédová, 2013). Dále sestry uváděly větší **citlivost** dívek a snahu **dbát více o svoji postavu**. Literatura uvádí, že v období dospívání je typická větší zranitelnost, labilnější sebevědomí, hormonální změny atd. (Krch, 2009). Predispozice pro držení diet je spojena především s dívkami (Krch a Švédová, 2013). Jako poslední jsme se ptali sester na to, **jaká je podle nich nejvíce ohrožená věková skupina.** Všechny dotazované sestry rozhodly, že se jedná o **věk okolo puberty zhruba do dvaceti let**. Podle studie bývá začátek onemocnění mentální anorexií nejčastěji mezi 14-15 rokem života (Petr a Marková, 2014). U mentální bulimie je tato hranice mezi 17-18 rokem života a v rané dospělosti (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016). Sestry navíc uváděly, že tyto poruchy mohou nastat samozřejmě kdykoli. Tuto odpověď považuji za správnou, jelikož výskyt poruch příjmu potravy stále roste a tyto věkové hranice se neustále posouvají. Jsou přítomny i u starších žen např. po porodu, kdy se snaží rychle zhubnout nadbytečná kila (Krch a Švédová, 2013).

Druhým výzkumným cílem bylo ověřit znalosti specifik ošetřovatelské péče u pacienta s poruchami příjmu potravy. Jako první jsme se ptali sester na to, **jaké jsou překážky v ošetřovatelské péči o pacienta s poruchou příjmu potravy**. **Tři** sestry z pěti odpověděly, že nejčastěji se setkáváme s **nespoluprácí v léčbě** (např. odmítání jídla). Tito pacienti často překračují hranice léčebného režimu, mají zlost a odpor k léčbě, léčbu přerušují (Krch a Švédová, 2013). Jedna sestra navíc dodala **nedůvěru mezi sestrou a pacientem**. Sestra je často pacienty vnímána jako nepřítel, jelikož je považována za kontrolora. Sestra by si měla vytvořit s pacientem důvěru, protože s nimi je nejvíce v kontaktu. Důvěru si může získat např. správnou komunikací, správným zdůvodňováním opatření a jejich nezbytnost při léčbě atd. (Krch a Švédová, 2013). Dalšími odpověďmi byla špatná komunikace, nedostatečné pochopení a maskování problému stran nemocného. Pacient svoje onemocnění nechápe jako problém (Papežová, 2010). Literatura také uvádí, že při práci s takovými pacienty je velice důležitá empatie, trpělivost, pochopení, správná komunikace a terapeutické dovednosti - především kvalita

terapeutického vztahu s pacientem, nikoli osobního (Krch a Švédová, 2013). Druhá otázka se zabývala tím, **jaké jsou úkoly sestry v léčbě**. **Většina sester** se shodla na **sledování stavu pacienta** (monitorace, hmotnost atd.). Sestra monitoruje odběr krevních vzorků, vážení, měření tlaku, pulzu atd. (Krch a Švédová, 2013). Některé sestry uváděly získání důvěry pacienta, dostatečná komunikace a podávání léků dle ordinace lékaře. Nezbytnou činností sestry je také podávání předepsaných léků a sledování jejich účinků na pacienta (Petr a Marková, 2014). Sestra by se měla snažit vytvořit s pacientem důvěru, jelikož je s ním nejvíce v kontaktu, měla by být empatická, trpělivá, umět správně komunikovat s pacientem (Krch a Švédová, 2013). Další otázka se týkala **správného chování a komunikace** sester s takovýmto pacientem. Nejčastější odpovědí byl empatický přístup k pacientovi a vstřícnost. Dále zazněly také odpovědi typu trpělivost, odhodlanost, dostatečná komunikace. Podobně uvádí ve své publikaci Krch a Švédová, že při práci s těmito pacienty je nedílnou součástí empatie, trpělivost, pochopení, správná komunikace a terapeutické dovednosti (Krch a Švédová, 2013). Sestra 5 uvedla, že by se mělo začínat od **konkrétních kroků a řešit aktuální problémy**. To potvrzují ve své tvorbě Petr a Marková. Sestra pomáhá pacientům stanovit nejprve krátkodobé cíle a poté cíle dlouhodobé (Petr a Marková, 2014). Sestra 4 odpověděla *„Sestra by si měla určitě trvat na svých zásadách s tím, že se pacient nesmí do jídla nutit, aby si nezískal ještě větší odpor k tomu jídlu a snažit se mu vysvětlit, aby změnil myšlení a přišel na to, že jídlo je lék“*. Sestra respektuje hranice možností pacienta a srozumitelně ho nabádá ke změně (Petr a Marková, 2014).

Následující otázka se týkala toho, **jaký má pacient přístup k léčbě**. Všechny sestry odpověděly správně, pacient má **negativní přístup**. Pacienti mají k léčbě zpravidla negativní postoj (Ringwood et al., 2012). Dále zazněly odpovědi typu, po kontaktu s rodinou a lékařem mohou mít pozitivní přístup, postupem času přichází zlepšení, ale není to pravidlem. Postupem času se rozvíjí motivující vlivy, které nakonec převažují a přesvědčí nemocného ke změně např. zdravotní obtíže nebo strach ze zdravotních obtíží, o kterých pacienta informuje lékař (Krch a Švédová, 2013). Jako další jsme zjišťovali, zda dotazované sestry znají **stádia motivace, kterými pacient prochází. Dvě** z pěti sester **neznaly na tuto otázku odpověď.** Sestra 1 odpověděla **nesprávně**, motivace rodiny, lékařem a psychologická. **Pouze dvě sestry** se přiblížily ke správné odpovědi na tuto otázku. Jedna uvedla že, pacient si problém nejprve musí problém **přiznat**, poté **souhlasit s léčbou** a jako poslední **podstoupit léčbu**. Další sestra odpověděla, že nejprve

nastává **odepření**, pak **postupné přijímání** problému a nakonec **pozitivní řešení** problému. Pacienti ve své léčbě procházejí několika stádii motivace ke změně. Prvním stádiem je popření. Dále úvaha nad problémem, připouští, že má něco změnit, ale je nerozhodný. Stádium přípravy, chce změnu, ale není si jistý, co se stane, když změní jídelní chování. Stádium akce, zde je pacient rozhodnutý pro změnu a se změnou začíná. Poslední stádium je udržení, které je prevencí relapsu (Krch a Švédová, 2013). Jako další jsme zjišťovali, **jaká bude ošetřovatelská péče v oblasti psychiky**. Dvě sestry zařadily do ošetřovatelské péče **podporu pacienta, empatii a vytváření důvěry**. Jak už jsem několikrát uvedla, podobnou informaci uvádí Krch a Švédová. Sestra by se měla snažit vytvořit s pacientem důvěru, protože s ním tráví nejvíce času, měla by být empatická, trpělivá a umět správně komunikovat s pacientem (Krch a Švédová, 2013). Sestra 4 **nesprávně** uvedla individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii, ergoterapii, farmakoterapii. O farmakoterapii a terapiích rozhoduje lékař, který spolupracuje s dalšími odborníky (nutriční terapeuti, psychoterapeut, psycholog atd.). Sestra by měla sledovat specifické symptomy poruch příjmu potravy např. poruchy chování, narušené vnímání svého těla, diety, suicidální myšlenky atd. (Krch a Švédová, 2013). Sestra 4 navíc uvedla ještě **dohled nad jídlem pacienta**, která **není součástí péče o psychiku pacienta**. Tuto část bych zařadila spíše do ošetřovatelské péče v oblasti stravovacího režimu. Dále sestry uváděly komunikaci s pacientem a motivaci. Je velmi důležité, aby měl pacient motivaci k léčbě. Jednou z dovedností sestry by měla být správná komunikace s pacientem (Krch a Švédová, 2013).

Další otázka ověřuje **znalosti sester o hodnocení malnutrice.** Nejčastěji sestry odpovídaly **BMI, krevní odběry** (celková bílkovina, albumin). Nezbytnou součástí je nutriční screening, který sepisuje sestra s přijímaným pacientem. Jedná se o jednoduchý dotazník, který se zaměřuje na výšku pacienta, hmotnost, BMI (z výšky a váhy, paže), informace o nežádoucím úbytku hmotnosti v posledních třech měsících, snížení příjmu stravy, gastrointestinální komplikace, stravovací návyky, alergie (potravinové, medikamenty, atd.), diety, závažná onemocnění (Balogová, 2012). Pokud se ve screeningu nachází alespoň jedna pozitivní odpověď, hlásí tento stav lékaři, který popř. naordinuje další vyšetření k posouzení závažnosti malnutrice např. odběr celkové bílkoviny, která je významným ukazatelem malnutrice (Zazula, Wohla Wohl, 2009). Sestra 3 doplnila sledování celkového vzhledu pacienta a pokožky. Při vyšetření pacienta je důležité sledovat také jeho celkové vzezření - upravenost, stavba těla, barva a stav kůže

atd. (Krch a Švédová, 2013). Následující otázka zjišťovala znalosti sester o tom, **jaká je správná dávka výživy při zahájení léčby**. **Čtyři** sestry z pěti se shodly na tom, že nejprve budeme **podávat menší dávky jídla a budeme je postupně zvyšovat**. Tento fakt můžeme najít v publikaci Papežové. Při zahájení nedáváme pacientovi plnou dávku, ale snižujeme o 50% a dávky postupně zvyšujeme (Papežová, 2010). Sestra 4 odpověď doplnila o pravidelnost stravy. Petr a Marková uvádějí, že nezbytnou součástí stravovacího režimu je pravidelnost (Petr a Marková, 2014). Jedna sestra svoji odpověď konkretizovala a uvedla, že kalorická hodnota by neměla být ze začátku příliš vysoká, nejprve se pokusíme o perorální příjem stravy, kalorie zvyšujeme během 1-2 týdnů. Nelze přesně určit, o kolik a jak rychle budeme kalorickou hodnotu (dávku výživy) navyšovat, je třeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Literatura uvádí, že v první řadě se snažíme volit příjem stravy per os, když není kontraindikován (Meissnerová, 2013). Papežová ve své publikaci uvedla, je nutností postupovat individuálně a respektovat energetické nároky jedince, energetický obsah výživy stanoví lékař. Při zahajování léčby nedáváme pacientovi plnou dávku stravy či nutriční podpory, ale snižujeme na 50% a dávky postupně zvyšujeme (Papežová, 2010). Dále jsme se ptali dotazovaných sester na to, **jaké komplikace mohou nastat při nesprávném dávkování stravy**. Nejčastějšími odpověďmi byli **zvracení, nauzea, bolesti břicha, pálení žáhy, pocit nadmutosti**. Dále sestry uváděly nepravidelnost stolice a pocity plnosti. Petr a Marková uvádějí, že pacienti si často stěžují na pálení žáhy, nadýmání, pocit plnosti, bolesti břicha, zácpu a průjem (Petr a Marková, 2014). Dalšími odpověďmi bylo např. vyvolávání dávivého reflexu, rozvrat organismu a pocit přibírání na váze. Při obnovení příjmu potravy musíme postupovat velice opatrně a obezřetně kvůli možnému refeeding syndromu, pravidelně kontrolujeme vnitřní prostředí (Meissnerová, 2013). Vyvolávání dávivého reflexu a pocit přibírání na váze bych neřadila mezi komplikace při nesprávném dávkování stravy. Tyto projevy se vyskytují u poruch příjmu potravy i bez nesprávného dávkování stravy. V další otázce jsme zjišťovali, co si sestry představují pod pojmem refeeding syndrom. **Tři** sestry **neznaly** na tuto otázku odpověď. Sestra 1 odpověděla, že je to **komplikace z velkého množství jídla na začátku léčby** a může působit problémy. Sestra 5 odpověď konkretizovala a uvedla, že je to **soubor nějakých metabolických abnormalit**, které vznikají **v důsledku obnovení příjmu potravy**. Meissnerová ve své publikaci vysvětluje že, refeeding syndrom je velice závažnou komplikací a často i letální. Je to soubor metabolických abnormalit a vzniká při zahájení nepřiměřené

nutriční podpory (Meissnerová, 2013). Dále jsme se dotazovali na to, **co pravidelně kontrolujeme (hodnoty atd.). Čtyři** sestry z pěti uvedly **krevní hodnoty** (např. celkovou bílkovinu, minerály, jaterní testy, krevní obraz atd.). Některé sestry nebyly konkrétní a uvedly správně **odběry dle ordinace lékaře**. Sestry také jmenovaly sledování váhy, kožního turgoru, fyziologických funkcí, příjem potravy, příjem a výdej tekutin a BMI. Krch a Švédová uvádějí, že je nutné sledovat nejen hmotnost, fyziologické funkce, také odebíráme krevní vzorky dle ordinace lékaře (hladiny elektrolytů, krevní obraz atd.), sledujeme příjem a výdej tekutin atd. (Krch a Švédová, 2013). Sledujeme známky dehydratace, která má za následek suchost sliznic a snížený kožní turgor. Dále sledujeme zvracení, průjmy, poruchy menstruačního cyklu, užívání projímadel, způsob přijímání stravy, množství a mnoho dalších (Petr a Marková, 2014). Následující otázka zjišťovala, **jaké máme možnosti výživy při kontraindikaci per os**. Dvě sestry odpověděly, že v tomto případě podáváme výživu **parenterálně** (CŽK,PŽK) nebo **enterálně** (sondou). Jedna sestra uvedla, že nejčastěji se v tomto případě výživa podává **enterálně**, ale není si jistá. Dvě sestry **chybně** uvedly pouze parenterální způsob výživy. Meissnerová ve své publikaci uvádí, že nutriční podporu podáváme nejčastěji enterální cestou, ale pokud je kontraindikována, tak volíme výživu parenterální. Někdy bývá nutná kombinace obou těchto možností (Meissnerová, 2013).

Dále jsme se zabývali tím, z kolika základních jídel by se měl skládat správný léčebný režim. **Čtyři** sestry **nesprávně** odpověděly **pět** jídel. Pouze **jedna** sestra uvedla **správně šest jídel**, minimálně ze tří hlavních jídel, mezi kterými pacienti dostávají svačiny a druhé večeře. Toto ve své publikaci uvádí Petr a Marková, jídelní režim by se měl skládat z 6 základních jídel (Petr a Marková, 2014). Následující otázka zkoumala, **proč je důležité hlídat u těchto pacientů bilanci tekutin a příjem stravy**. **Většina** sester odpověděla, že bilanci tekutin kontrolujeme kvůli **riziku dehydratace**. Některé sestry nesprávně uvedly, že kontrolujeme příjem stravy, abychom viděli, zda je léčba úspěšná a kvůli příjmu minerálů. Petr a Marková ve své publikaci vysvětlují, že pacienti mají tendence pít velké množství tekutin. V důsledku toho vznikají otoky, rychlý nárůst hmotnosti a manipulace s váhou. Naopak někteří pacienti s větším množstvím jídla pitný režim velice omezují, to může způsobovat pokles krevního tlaku, dehydrataci, únavu, obstipaci a větší zátěž ledvin. Pacient si proto v těchto případech zapisuje množství přijímaného jídla (také kvůli kontrole dostatečné výše přijatých kalorií), ale i tekutin, který sestra během dne sleduje (Petr a Marková, 2014). Zazněla i odpovědi typu

kontrola energetického příjmu, což je správná odpověď, to nám potvrzuje výše uvedená literatura Petra a Markové. Jedna sestra uvedla jako důvod sledování příjmu potravy **vyloučení chybného vyhodnocování stravy**. Tuto možnost nepovažuji za chybné tvrzení, jelikož pacienti s anorexií se snaží často jídla různými způsoby zbavit. Naopak bulimičtí pacienti, mohou v důsledku epizod přejídání jíst nadměrné množství jídla. Tento fakt uvádějí Petr a Marková ve své publikaci. Strach z přibírání a ztráty kontroly často vedou k bojkotování léčby (schovávání jídla, podvádění při vážení – pití nadměrného množství vody před vážením, hodně vrstev oblečení, schovávání předmětů, aby byli při vážení těžší atd.) (Petra Marková, 2014). Další otázka zjišťovala, **proč je důležitá kontrola pacientů při jídle i po jídle. Všechny** sestry se shodly na tom, že je kontrola důležitá proto, **aby se pacienti jídla nezbavovali a nešli hned po jídle zvracet**. Důležité je, aby sestra sledovala, zda pacient stravu nezvrací, neschovává a vše zaznamenala. U mentální bulimie je zakázáno pouštět pacienty minimálně půl hodiny po jídle na toaletu (Petr a Marková, 2014). Jako další jsme zkoumali znalosti sester o tom, **jak se zachovají, když pacient poruší léčebný režim**. Literatura uvádí, že pokud sestra přistihne pacienta při porušení režimu, netrestá ho. Musí pochopit, že to nekoná záměrně a trpělivě, empaticky s ním jeho selhání prodiskutuje a samozřejmě vše zaznamená, pro kontrolu lékaře (Petr a Marková, 2014). **Dvě** sestry **nesprávně** odpověděly, že se udělí pacientovi sankce (např. zrušení návštěv). Sestra 2 uvedla správně, že informujeme lékaře a znovu pacientovi vysvětlíme léčebný režim (proč je důležitý atd.). Sestra 3 odpověděla, že s pacientem jednáme klidně a trpělivě, což není nesprávná odpověď, ale neodpovídá konkrétně na naši otázku. Sestra 4 nesprávně uvedla, že se pacientovi uberou body a např. nedostane propustku. Poslední otázka druhého výzkumného cíle se týkala toho, **zda provádíme namátkovou kontrolu věcí pacientů a proč. Všechny** sestry se shodly na tom, že **kontrolu provádíme** a to z důvodu, **aby pacienti neschovávali jídlo**. Jak už jsem jednou zmínila, tuto informaci nám sdělují Petr a Marková ve své publikaci. Strach z přibírání a ztráty kontroly často vedou k bojkotování léčby (schovávání jídla, podvádění při vážení – pití nadměrného množství vody před vážením, hodně vrstev oblečení, schovávání předmětů, aby byli při vážení těžší atd.) (Petr a Marková, 2014). Některé sestry navíc doplnily, že by pacienti mohli **brát svoje laxativa** atd. Toto tvrzení potvrzují také Petr a Marková. Občasně provádíme namátkovou kontrolu osobních věcí, abychom zjistili, zda pacient neužívá jiné medikamenty, než mu ordinuje lékař (laxativa, anorektika) nebo neukrývá podávané léky či stravu (Petr a Marková, 2014).

Jako třetí výzkumný cíl jsme si stanovili ověřit znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacienta s poruchou příjmu potravy. V této části jsme se dotazovaných sester ptali především na komplikace, které mohou nastat a ošetřovatelskou péči ve specifických oblastech. Nejprve jsme pokládali otázku, **jaké komplikace mohou nastat v oblasti gastrointestinálního traktu.** Nejčastější odpovědí bylo **zvracení** a **špatná peristaltika střev – zácpa**. Vždy dvě sestry se shodly na tom, že pacienti mají často **bolesti břicha**, **nauzeu** a **žaludeční vředy**. Meissnerová ve svém článku uvádí, že se často objevuje pyróza, nadýmání, bolesti břicha, nauzea, obstipace. V důsledku excesivního příjmu potravy, může dojít k útlaku a. mesenterica superior, což se může projevovat břišními bolestmi, pocitem tlaku, nadýmáním a zvracením po jídle (Meissnerová, 2013). Někdy se mohou vyskytnout i záněty jícnu, žaludeční vředy atd. (Petr a Marková, 2014). Jedna sestra navíc uvedla **protržení žaludku**, což je správné tvrzení, ale není tak časté. Literatura uvádí, že méně častou komplikací jsou přítomné ruptury jícnu a žaludku (Meissnerová, 2013). Následující otázka se zabývala **ošetřovatelskou péčí v této oblasti**. **Všechny sestry** uvedly, že je důležité **sledovat příjem a výdej tekutin**. Sledování bilance tekutin, bych zařadila spíše do ošetřovatelské péče v oblasti renálního ústrojí. **Dvě** sestry **správně** uvedly **sledování příjmu stravy**. Petr a Marková uvádí, že kromě kontrolních vyšetření, které naordinuje lékař, sledujeme příjem stravy, odchod stolice a její vlastnosti, podáváme léky dle ordinace lékaře (Petr a Marková, 2014). Dalšími odpověďmi byla např. **správná výživa** a sledování bolesti. Sestra se stará o správné podávání stravy (Petr a Marková, 2014). Sledování bolesti patří obecně do ošetřovatelské péče, neuváděla bych ji jako specifickou pro tuto oblast.

Dále jsme se ptali sester na to, **jaké komplikace mohou nastat v oblasti kardiovaskulárního systému**. **Čtyři** sestry z pěti **správně** odpověděly, že se nejčastěji vyskytuje **hypotenze**. **Tři** sestry se shodly také na **poruchách srdečního rytmu**. Literatura uvádí, že se často vyskytuje hypotenze, bradykardie a mohou se vyskytovat arytmie (Hosák et. al, 2015). Dále zaznělo, že u těžších případů může nastat **srdeční selhání**. Ve své publikaci Stárková uvedla, že většina úmrtí má za následek právě kardiovaskulární selhání, které souvisí s bradykardií a vznikem náhle komorové tachykardie (Stárková, 2009). Některé sestry uvedly otoky (ty samozřejmě mohou nastávat v důsledku srdečního selhání), nízká tepová frekvence a nedokrevnost akrálních částí těla (může být důsledkem hypotenze). V následující otázce jsme se ptali sester, **jaká bude ošetřovatelská péče v této oblasti**. **Většina** sester se shodla na pravidelné **kontrole**

EKG křivky. Tři sestry uvedly kontinuální monitoraci fyziologických funkcí. Tyto odpovědi jsou **správné**. V literatuře je uvedeno, že monitorujeme vlnu EKG, krevní tlak a puls atd. (Hosák et. al, 2015). Další dvě sestry **správně** uvedly **odběry krve (např. kontrola minerálů)**. Sestra 3 sem navíc zahrnula **doplnění chybějících iontů**. Samozřejmě tato odpověď je správná jen tehdy, pokud bylo myšleno doplnění iontů na základě ordinace lékaře. Provádíme dle ordinace lékaře kontrolní odběry minerálů a podáváme nejčastěji i. v. substituci těchto chybějících minerálů (Hosák et. al, 2015).

Další otázka se týkala toho, **jaké komplikace mohou nastat v oblasti kůže**. **Nejčastější** odpovědí byla **suchá kůže a dekubity**. Meissnerová uvádí, že se může vyskytovat akrocyanosa, erytémy, purpura, zhoršení kůže (suchá, tenká, šupinatá), vzniká lanugozní ochlupení na břiše a zádech. Může vzniknout tzv. karotenodermie - žlutooranžové zabarvení kůže, nejčastěji na dlaních a ploskách (Meissnerová, 2013). Někdy vznikají dekubity, nejčastěji u pacientů se zhoršenou mobilitou nebo imobilitou (Slaninová, Vegerbauer a Malý, 2012). Dále sestry uváděly také erytémy, zhoršení celkového stavu pokožky (tenkost, křehkost, necelistvost, náchylnost k zánětům), špatné hojení ran, lanugo, karotenodermie, purpura, modřiny, vypadávání vlasů a lámání nehtů. Většinu jejich odpovědí potvrzují výše uvedené publikace Meissnerové a Slaninové, Vegerbauera a Malého. Meissnerová ve své publikaci také uvedla, u mentální anorexie můžeme pozorovat zhoršení kvality vlasů (suché, padající) a nehtů (Meissnerová, 2013). Sester jsme se také ptali, **jaká bude ošetřovatelská péče** v této oblasti. **Všechny** sestry se shodly na **promazávání pokožky**. Dvě sestry se shodly na **dostatečné hydrataci**. Sestra o kůži musí pečovat, sledovat její celkový stav, dbát na dostatečnou hydrataci (dostatečný příjem tekutin, promazávání kůže ochrannými krémy atd.), ošetřovat žilní vstupy (aseptické postupy, výměna krytí, zamezení infekce), převazovat rány (dekubity, defekty např. sebepoškozování), poučit pacienta o riziku vzniku infekce (Meissnerová, 2013). Zaznamenali jsme odpovědi typu dbát na prevenci infekcí (např. péče o flexilu), sledování stavu pokožky, dostatečná hygiena pacienta. Většinu odpovědí potvrzuje výše uvedená literatura od Meissnerové.

Další oblastí je **imunitní systém**. Zde jsme se sester ptali, **jaké komplikace zde mohou nejčastěji nastat. Všechny** sestry se shodly na tom, že **imunitní systém bude oslabený a pacient bude náchylnější k infekcím.** Podobně uvádí literatura, pacienti s malnutricí mají **vyšší riziko k infekcím**. T lymfocyty jsou sníženy a je přítomna nízká

hladina imunoglobulinů (Richterová, 2015). Následně jsme se sester ptali, **co jsou to infekce spojené se zdravotní péčí. Čtyři** sestry odpověděly, že **jsou to infekce, které jsou přenášeny ve zdravotnickém zařízení.** Pacienta musíme poučit o riziku vzniku infekce a sami dbát na prevenci např. **infekcí spojených se zdravotní péčí**, které vznikají v souvislosti s pobytem nebo výkony prováděnými ve zdravotnických zařízeních a tím chránit svoje i pacientovo zdraví (Richterová, 2015). Sestra 3 odpověď nekonkretizovala a uvedla pouze starý název nozokomiální nákazy. Dále jsme se ptali, **jaká bude prevence těchto infekcí**. **Všechny** sestry uvedly **správnou dezinfekci rukou. Většina** sester se shodla také na **používání bariérové ošetřovatelské techniky**. Některé sestry odpovídaly např. správnou hygienu, dodržování aseptických postupů a správná likvidace odpadů. V rámci preventivního opatření dodržujeme správnou dezinfekci rukou, používání rukavic při ošetřování, aseptické postupy při výkonech, používání ochranných pomůcek a správnou likvidaci odpadu na režimových pokojích (Richterová, 2015).

Dostáváme se ke komplikacím v oblasti pohybového aparátu. První otázkou bylo, **jaké komplikace zde mohou nastat. Nejčastěji** sestry uváděly **osteoporózu** (řídnutí kostí). Častou odpovědí bylo také **ubývání chrupavky** (artróza) a nedostatek vitaminu D. Některé sestry vyjmenovávaly **nedostatek vápníku**, lámavost kostí (časté zlomeniny). Použitá literatura uvádí, nízká kostní denzita je velmi častá u pacientů s dlouhodobým průběhem mentální anorexie a nízkým BMI z důsledku odvápnění kostí (tenké, křehké), dále se mohou vyskytnout netraumatické zlomeniny, artrózy, zastavení růstu kostí v dětském věku, osteopenie (Meissnerová, 2013). Některé odpovědi sester se podobaly obsahu uvedené literatury, navíc uváděly i další informace, které nelze pomocí použité literatury potvrdit, ale ani vyloučit. Byly to např. odpovědi typu křivice, nedostatek výživy v kloubech, úbytek svalstva a výjimečně osteomalacie. V otázce **ošetřovatelské péče v této oblasti** sestry nejčastěji uváděly **rehabilitaci** a **doplnění minerálů/výživy** (vápník, fosfor, bílkoviny atd.). Poučíme pacienta o riziku osteoporózy, zlomenin, prevenci pádu, důležitosti zvýšení tělesné hmotnosti, zařazování potravin bohaté na vápník. Je důležité zahrnout do terapie přiměřené cvičení, rehabilitaci, vyhýbat se škodlivým vlivům na zdraví jako je kouření a alkohol ve velké míře. Také budeme plnit ordinace lékaře (např. krevní odběry, substituce živin, minerálu atd.) (Kolektiv autorů, 2016). Dále sestry správně uváděly **sledování laboratorních hodnot** a **plnění ordinací lékaře**. Některé sestry uvedly navíc postupný příbytek váhy a pravidelné vážení, sledování příjmu potravy. Tyto možnosti námi vybraná literatura neuvádí.

Další zkoumanou oblastí bylo **renální ústrojí**. Nejprve jsme se, jako u ostatních specifických oblastí, ptali sester na to, **jaké zde mohou nastat komplikace**. Tři sestry z pěti správně uvedly **selhání ledvin**. Sestra 5 správně uvedla, že se vyskytují **zvýšené ledvinové parametry**, kdežto sestra 1 odpověděla **nesprávně**, že tyto parametry snížené. Dále zazněly odpovědi typu **polyurie**, časté infekce a **neprodukce moči** (může se vyskytnout v důsledku renálního selhání). Vybraná literatura uvádí že, se objevuje zvýšená hladina urey v moči, v důsledku poklesu příjmu tekutin u mentální bulimie. U mentální anorexie se často vyskytuje polyurie (přijímání více než 5l vody denně). U vážných stavů může dojít až k renálnímu selhání (Meissnerová, 2013). Jedna sestra navíc doplnila syndrom dráždivého močového měchýře, což literatura neudává. Další otázkou bylo, **jaká bude ošetřovatelská péče v této oblasti**. Všechny sestry se shodly na sledování příjmu a výdeje tekutin. Další dvě sestry uvedly, že budeme **podávat léky dle ordinace lékaře** a **sledovat laboratorní hodnoty**. Dále zazněly odpovědi dostatečná hygiena (zabránění infekce), dostatečná hydratace a sledování barvy, příměsi, koncentraci moče. Meissnerová ve své publikaci uvedla, kontrolujeme bilanci tekutin, moč (barvu, příměsi, zápach), dbáme na dostatečnou hydrataci, poučíme pacientku o rizikách plynoucích z nedostatečné hydratace, dbáme na zvýšenou hygienu pohlavních orgánů (zvýšená náchylnost k infekcím), dle ordinace lékaře odebíráme biologický materiál (moč, krev) ke kontrole (Meissnerová, 2013). Některé sestry uváděly informace navíc a to postupné zatěžování ledvin a kontrolu váhy, které nejsou v naší literatuře uvedeny.

Poslední zkoumanou oblastí byl **endokrinní systém**. Jako první jsme se sester ptali na to, **jaké komplikace mohou v tomto systému nastat**. **Nejčastěji** sestry odpovídaly **riziko hypoglykémie a hyperglykémie**. Jedna sestra uvedla za nejčastější komplikaci **amenoreu**. Některé sestry do komplikací řadily také sníženou činnost štítné žlázy a **snižování produkce hormonů**. Informace získané od sester se podobaly literatuře. Hosák uvedl, že jsou přítomny například metabolické a endokrinní změny (klesá sekrece inzulinu, snížení hormonů tukové tkáně, amenorea atd.) (Hosák et. al, 2015). Druhá otázka v této oblasti se týkala **ošetřovatelské péče**. Tři sestry se uvedly, že budeme **sledovat hladinu hormonů**. Vždy dvě sestry se shodly na **sledování hodnot krevního cukru** (glykémie) a **sledování menstruačního cyklu**. Na základě ordinace lékaře kontrolujeme hladinu glykémie, provádíme kontrolní odběry krve zobrazující jaterní hodnoty, koagulaci atd., podáváme příslušné léky a sledujeme jejich účinky (Hosák et. al, 2015). U pacientek s mentální anorexií zaznamenáváme amenoreu - absenci

menstruace, proto budeme sledovat i menstruační cyklus (Meissnerová, 2013). U pacienta s poruchou příjmu potravy sledujeme také známky případného hypoglykemického šoku, který se vyskytuje u těžších forem a může být i příčinou úmrtí (Classen, 2011). Dalšími uvedenými odpověďmi bylo např. doplnění živin, sledování příjmu potravy a **odběry dle ordinace lékaře**. Zde je správně pouze odpověď odběry dle ordinace lékaře, kterou jsme potvrdili ve výše uvedené literatuře. Jedna sestra nesprávně uvedla, že by na základě hladiny hormonů nasadila farmaceutickou léčbu. Léčbu indikuje jedině lékař a Meissnerová navíc uvádí, **že není vhodná substituční terapie hormony štítné žlázy** (Meissnerová, 2013). Na závěr jsme se dotazovaných sester ptali, **co si představují pod pojmem amenorea a zda musí nastat vždy. Tři sestry z pěti** se shodly na tom, **že amenorea je zástava menstruace a nemusí nastat vždy**. Sestra 5 dodala, že pokud dívka **bere hormonální antikoncepci, tak se vůbec nemusí projevit.** Zbývající dvě sestry také správně uvedly, zástavu menstruace, ale domnívají se chybně, že nastává vždy. U mentální anorexie je klinicky přítomna amenorea (vynechání menstruačního krvácení), ale krvácení může být často ovlivněno hormonální substitucí (Meissnerová, 2013).

5 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Poruchy příjmu potravy, v dnešní době jejich výskyt neustále roste. První, kdo přijde do kontaktu s nemocným je většinou praktický lékař, který si spojí jen málokdy současný stav pacienta s poruchou příjmu potravy. Když se stav pacienta zhorší na tolik, že organismus začne kolabovat, tak je nutná hospitalizace a stabilizace stavu, než dojde k řešení primárního problému na specializovaných pracovištích. S takovýmto pacientem se mnohdy můžeme setkat ať už na standardních odděleních nebo na intenzivní péči. Pokud chceme poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči, měli bychom mít alespoň částečně v povědomí, co péče o tyto pacienty obnáší. Bakalářská práce se zabývá právě specifiky ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy. Jedním z cílů této bakalářské práce bylo ověřit, zda sestry ze standardních oddělení, znají rizikové faktory poruch příjmu potravy. Dále jsme zjišťovali znalost specifik ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy. Posledním cílem bylo ověřit znalosti sester o komplikacích specifické ošetřovatelské péče, které mohou nastat v jednotlivých oblastech. Jako výstup bakalářské práce, jsme zvolili článek připravený k publikaci v odborném časopise (Příloha F). Z námi zjištěných informací ve výzkumné části, jsme usoudili, že by bylo vhodné pořádat pro sestry v rámci celoživotního vzdělávání kurzy či přednášky o tomto tématu. Tyto přednášky by je měly informovat o specifické ošetřovatelské péči a komplikacích, které mohou nastat v jednotlivých oblastech. Mělo by jim být také zdůrazněno, že nesprávná ošetřovatelská péče by mohla mít fatální následky. Uvedu případ, kde je podána pacientovi větší dávka výživy, než předepsal lékař. V tomto případě hrozí metabolický rozvrat tzv. refeeding syndrom. Ten může vygradovat až v život ohrožující maligní arytmie a srdeční selhání. Dalším opatřením by mohlo být zařazení tématu poruch příjmu potravy do informačního systému (QM portál, elektronické vzdělávání), který mají zřízeny některé nemocnice. Výsledkem by bylo, zkvalitnění ošetřovatelské péče na nespecializovaných odděleních u pacientů s poruchami příjmu potravy. Dalo by se tak předejít některým zdravotním komplikacím, které u těchto pacientů hrozí. Zároveň by se dalo snáze navázat na následující léčbu ve specializovaném zařízení. Výstupem této práce je článek, který je určen pro publikaci v odborném časopise. Informuje o tom, jaké mají sestry znalosti v oblasti rizikových faktorů poruch příjmu potravy, specifik ošetřovatelské péče a komplikací specifické ošetřovatelské péče, které mohou nastat v jednotlivých oblastech (Příloha F).

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala tématem **Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy.** V první části jsme se zabývali obecnou charakteristikou jednotlivých druhů poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie. Součástí je i výčet rizikových faktorů pro vznik těchto onemocnění a možností léčby. Druhá část je věnována specifické ošetřovatelské péči o tyto pacienty, která je základním předpokladem pro úspěšnou a kvalitní léčbu a návrat těchto pacientů do normálního života. Druhou část jsme věnovali již samotnému výzkumu. Nejprve jsme si stanovili tři výzkumné cíle, ke kterým byla následně přiřazena jedna výzkumná otázka. Zvolili jsme metodu kvalitativního výzkumu, který byl proveden pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumu předcházel také předvýzkum, kde byly provedeny dva nestandardizované rozhovory (Příloha B). V rámci výzkumu jsme provedli dalších pět nestandardizovaných rozhovorů, které jsme následně zanalyzovali a vyhodnotili. Oslovovali jsme sestry ze standardního interního oddělení v Krajské nemocnici Liberec, a.s.

Cílem bakalářské práce bylo ověřit znalosti sester o rizikových faktorech vzniku, specifikách ošetřovatelské péče a komplikacích specifické ošetřovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy. Ze získaných informací jsme zjistili, že sestry mají povědomí o rizikových faktorech, které mohou být spouštěčem tohoto onemocnění. Jako další jsme zjistili, že mají základní znalosti i o specifikách ošetřovatelské péče. Vyskytly se otázky, které dělaly sestrám problémy. Pro příklad některé uvedeme. Většina sester nedokázala odpovědět, co je to refeeding syndrom. Některé chybně odpovídaly na to, jaké máme možnosti výživy při kontraindikaci per os. Nesprávně také odpověděly na otázku, jak se zachováme, když pacient poruší léčebný režim atd. V další části jsme ověřovali znalosti dotazovaných sester o komplikacích specifické ošetřovatelské péče. Zde jsme zjistili, že o této oblasti mají sestry také znalosti, ale u některých uváděly spíše obecnou ošetřovatelskou péči (podávání léků dle ordinace lékaře). Stejně tak jako v předchozí části, i zde nastával problém v některých otázkách. Uvedeme příklad u komplikací v oblasti renálního ústrojí. Zde jedna sestra nesprávně uvedla, že se budou vyskytovat snížené ledvinové parametry atd. Zjistili jsme tedy, že sestry mají základní přehled o tomto onemocnění. Bakalářská práce došla ke splnění všech cílů, které jsme si stanovili.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALOGOVÁ, Eva. 2012. *Hodnocení stavu výživy kriticky nemocných*. Sestra. **22**(6), 50-51. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers

CLASSEN, Meinhard. 2011. *Diferenciální diagnóza ve schématech*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3596-2.

HOSÁK, Ladislav et al. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

JAKABOVIČOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila, 2009. *Mentálna anorexia a adolescenti*. In: SLEZSKÁ KONFERENCE OŠETŘOVATELSTVÍ. Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství, s. 62-65. ISBN 978-80-7248-521-5.

KOHOUT, RUŠAVÝ a ŠERCLOVÁ. 2016. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2

KOLEKTIV AUTORŮ, 2016. *Osteoporóza – pohyb je prevencí i léčbou*. Medical tribune. **12**(21). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: http://www.tribune.cz/tituly/mtr

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. 2014. *Poruchy příjmu potravy - spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem*. Pediatrie pro praxi [online]. **15**(4), 213-215. Dostupné také z: http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf

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

KRCH, František David, 2009. *Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory*. Sanquis. **9**(63), 71-73. ISSN 1212-6535. Dostupné také z: http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art2026.

LÉBLOVÁ, Petra. 2010. *Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli*. Epsychologie, **4**(3), 1-12. ISSN 1802-8853. Dostupné z: http://e - psycholog.eu/pdf/leblova.pdf

MEISNEROVÁ, Eva. 2013. *Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty*. Interní medicína pro praxi. **15**(8-9), 266-268. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: http://www.internimedicina.cz/archiv.php

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-98-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

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

RICHTEROVÁ, Markéta. 2015. Nozokomiální nákazy nejsou fenoménem 21. století. *Mladá fronta DNES: Zdravotnictví a medicína* [online]. 27. 10. 2015 [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/nozokomialni-nakazy-nejsou-fenomenem-21-stoleti-480229

RINGWOOD, Susan et al. 2012. *The beat guide understanding rating disorders*. Norwish: Wensum House. ISBN 978-0-9574686-0-3

SLANINOVÁ, VEGERBAUER a MALÝ. 2012. *Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta*. Dermatologie pro praxi. **6**(1), 33-39. ISSN 1802-2960. Dostupné také z: http://www.dermatologiepropraxi.cz/archiv.php

STÁRKOVÁ, Libuše. 2009. *Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy = risk of death and insidious complications of rating disorders*. Psychiatrie pro praxi. **10**(3), 112-116. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/02.pdf.

ŠEFLOVÁ, Lenka a Gabriela JANČÍKOVÁ. 2010. *Postupy v prevenci a léčbě dekubitů*. Medicína pro praxi [online]. s. 56−67. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf

ZAZULA, Roman, Petr WOHL a Pavel WOHL. 2009. *Nutriční stav pacienta a možnosti jeho hodnocení*. Interní medicína pro praxi. **11**(1), 45-47. ISSN 1212-7299

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pojem mentální bulimie a anorexie

Obrázek 2 Rizikové faktory

Obrázek 3 Hodnocení a léčba mentální anorexie, bulimie

Obrázek 4 Role sestry

Obrázek 5 Specifika péče v psychice

Obrázek 6 Specifika v oblasti stravy – část 1.

Obrázek 7 Specifika v oblasti stravy - část 2.

Obrázek 8 Specifika ve stravovacím režimu – část 1.

Obrázek 9 Specifika ve stravovacím režimu - část 2.

Obrázek 10 Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu

Obrázek 11 Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému

Obrázek 12 Komplikace v oblasti kůže

Obrázek 13 Komplikace v oblasti imunitního systému

Obrázek 14 Komplikace v oblasti pohybového aparátu

Obrázek 15 Komplikace v oblasti renálního ústrojí

Obrázek 16 Komplikace v oblasti endokrinního systému

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Sledované parametry a jejich frekvence
Příloha B	Nestandardizovaný rozhovor
Příloha C	Protokol k výzkumu
Příloha D	Metoda tužka - papír
Příloha E	Předvýzkum
Příloha F	Výstup bakalářské práce - článek

Příloha A Sledované parametry a jejich frekvence

Tab. 3 *Sledované parametry a jejich frekvence při nutriční podpoře*

sledovaný parametr	kontroly při zahájení parenterální výživy	kontroly při dobře zavedené PV u stabilního pacienta
klinické vyšetření	2× denně	1× denně
krevní tlak, tepová frekvence, tělesná teplota	á 4 hodiny	2× denně
bilance tekutin	á 6 hodin	á 24 hodin
tělesná hmotnost	1× denně	1× týdně
mineralogram	1–2× denně	1–2× týdně
glykemie	á 4–6 hodin	1–2× denně
urea, kreatinin, jaterní testy	1× denně	2× týdně
krevní obraz	1× denně	1× týdně
prealbumin	3× týdně	1× týdně

Příloha B Nestandardizovaný rozhovor

Kategorie:

I. Pojem mentální bulimie a anorexie.

1. Co je to mentální anorexie a jak se projevuje?
2. Co je to mentální bulimie a jak se projevuje?
3. Jaké jsou druhy mentální anorexie?

II. Rizikové faktory

4. Jaké jsou rizikové faktory mentální anorexie, bulimie?
5. Jsou více ohroženy dívky nebo chlapci? Proč?
6. Jaká věková skupina je poruchami příjmu potravy nejvíce ohrožena?

III. Hodnocení a léčba mentální anorexie, bulimie.

7. Jak se hodnotí poruchy příjmu potravy?
8. Jaké jsou možnosti léčby?

IV. Role sestry

9. Jaké jsou překážky v ošetřovatelské péči/léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy?
10. Jaké jsou úkoly sestry?
11. Jak by se měla sestra chovat/komunikovat s pacientem?

V. Specifika péče v psychice.

12. Jaký přístup mají často pacienti k léčbě?
13. Jakými stádii k motivaci prochází pacient?
14. Jaká bude ošetřovatelská péče?

VI. Specifika v oblasti stravy.

15. Jak hodnotíme malnutrici?

16. Jaká je správná dávka výživy při zahájení léčby?

17. Jaká může nastat komplikace při nesprávném dávkování stravy?

18. Co je to refeeding syndrom?

19. Co pravidelně kontrolujeme? (hodnoty, atd..)

20. Jaké máme možnosti výživy, když je kontraindikován příjem stravy per os?

VII. Specifika ve stravovacím režimu.

21. Z kolika základních jídel by se měl skládat správný léčebný režim?

22. Proč je důležité hlídat bilanci tekutin a příjem stravy?

23. Proč je důležitá kontrola pacientů při jídle i po jídle?

24. Jak se zachováme, když pacient poruší léčebný režim?

25. Provádíme namátkovou kontrolu věcí? Proč?

VIII. Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu.

26. Jaké komplikace se mohou vyskytnout?

27. Jaká bude ošetřovatelská péče?

IX. Komplikace v oblasti kardiovaskulárním systému.

28. Jaké komplikace mohu nastat?

29. Jaká bude ošetřovatelská péče?

X. Komplikace v oblasti kůže.

30. Jaké komplikace mohu nastat?

31. Jaká bude ošetřovatelská péče?

XI. Komplikace v oblasti imunitního systému.

32. Jaké komplikace mohu nastat?

33. Co jsou to infekce spojené se zdravotní péčí?

34. Jaká bude prevence?

XII. Komplikace v oblasti pohybového aparátu.

35. Jaké komplikace mohu nejčastěji nastat a proč?

36. Jaká bude ošetřovatelská péče?

XIII. Komplikace v oblasti renálního ústrojí.

37. Jaké komplikace mohu nastat?

38. Jaká bude ošetřovatelská péče?

XIV. Komplikace v oblasti endokrinního systému.

39. Jaké komplikace mohu nastat?

40. Co je to amenorea? Musí nastat vždy?

41. Jaká bude ošetřovatelská péče?

Příloha C Protokol k výzkumu

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	Jelínková Kristýna	
Studijní program/obor Ošetřovatelství - všeobecná sestra	Osobní číslo studenta D16000054	Ročník 3.
Téma práce	Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Froňková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ⊗ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	2/2019	
Datum ukončení výzkumu	2/2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 20.1.19

.....
podpis studenta

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	Jelínková Kristýna	
Studijní program/obor Ošetřovatelství - všeobecná sestra	Osobní číslo studenta D16000054	Ročník 3.
Téma práce	Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Froňková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ⊗ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	12/2018	
Datum ukončení výzkumu	2/2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	2	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Liberci dne 20.1.19

.....
podpis studenta

Příloha D Metoda tužka - papír

10. Jaké jsou úkoly sestry?

S1:Sestra by měla na pacienta dohlížet, monitorovat ho a pravidelně vážit. (SLEDOVAT JEHO CELKOVÝ STAV)

S2: Sledovat stav pacientů, komunikovat s nimi, ale také plnit ordinace lékaře.

S3:Za hlavní úkol považuji získání důvěry pacienta.

S4: Asi zřejmě nedostatečná komunikace a ta důvěra a klasická ošetřovatelská péče, aby se pacientovi dostalo správných výživových hodnot.

S5: Velice důležitý bude empatický přístup, podpora a porozumění...taky bych sem určitě zahrnula klasickou ošetřovatelskou péči, ať už je to podávání léků co napsal lékař, po sledování hmotnosti nebo třeba tlaku.

4. Jaké jsou rizikové faktory mentální anorexie, bulimie?

S1:Tak to si bohužel nevzpomenu.

S2:Špatné vztahy jedince s okolím, třeba vrstevníci a rodina.

S3:Těch faktorů je moc. Například psychické problémy, syndrom odmítnutí v dětství, šikana „ty seš tlustá“, špatná životní zkušenost nebo událost třeba rozvod rodičů, tlak okolí na vizáž, kde jsou vzorem krásy modelky a tak dále.

S4:Rizikových faktorů je spousta například stres, psychická zátěž, dále časopisy s podvyživenýma modelkama, který potvrzujou tlak společnosti na dívky v dnešní době a samozřejmě sociální sítě.

S5: Určitě neexistuje žádný určitý klíčový faktor, ale podle mě jde vždycky o určitou konstalaci vlivu sociokulturních a rodinných faktorů.

40. Co je to amenorea? Musí nastat vždy?

S1:Vynechání menstruace, většinou u anorexie vzniká vždy.

S2: Je to vynechání menstruace, nemusí nastat vždy.

S3: Dívka nedostává menstruaci a myslím si, že tento problém nemusí nastat vždy.

S4: Je to zastavení menstruačního krvácení. Je to na základně toho, že tělo nemá živiny a brání se tím, že to krvácení téměř v každé těžší fázi anorexie se zastaví, protože tělo šetří všude, kde to jde.

S5: Je to vynechání menstruace z důvodu podvýživy, pokud dívka bere hormonální antikoncepci, tak se vůbec nemusí projevit.

16. Jaká je správná dávka výživy při zahájení léčby?

S1:Postupovat od menších dávek, postupně střední dávky až po ty nejvyšší.

S2: Začínáme menšími dávkami jídla, které zvyšujeme.

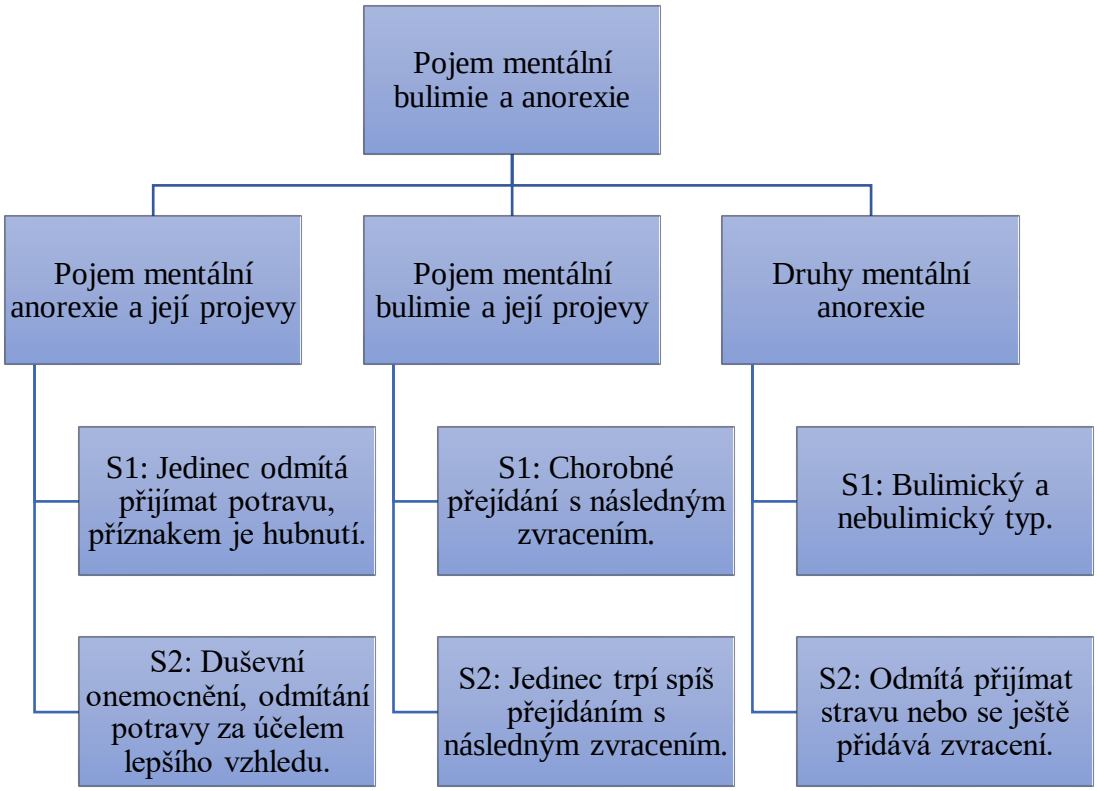
S3:Nevím přesně, ale určitě pro začátek dáváme menší dávky potravy.

S4: Tak určitě postupný najíždění na ten normální jídelní systém, to znamená, postupně zvyšujeme objem energie čili množství stravy, zvyšujeme tuky, bílkoviny. Prostě snažíme se dávat vyváženou stravu od nejmenší do největší porce a je důležitá pravidelnost.

S5: V prvních dnech by kalorická hodnota stravy měla být příliš vysoká. V první řadě se pokusíme o perorální příjem potravy. Postupně zvyšujeme celkovou dávku kalorií během jednoho až dvou týdnů.

Příloha E Předvýzkum

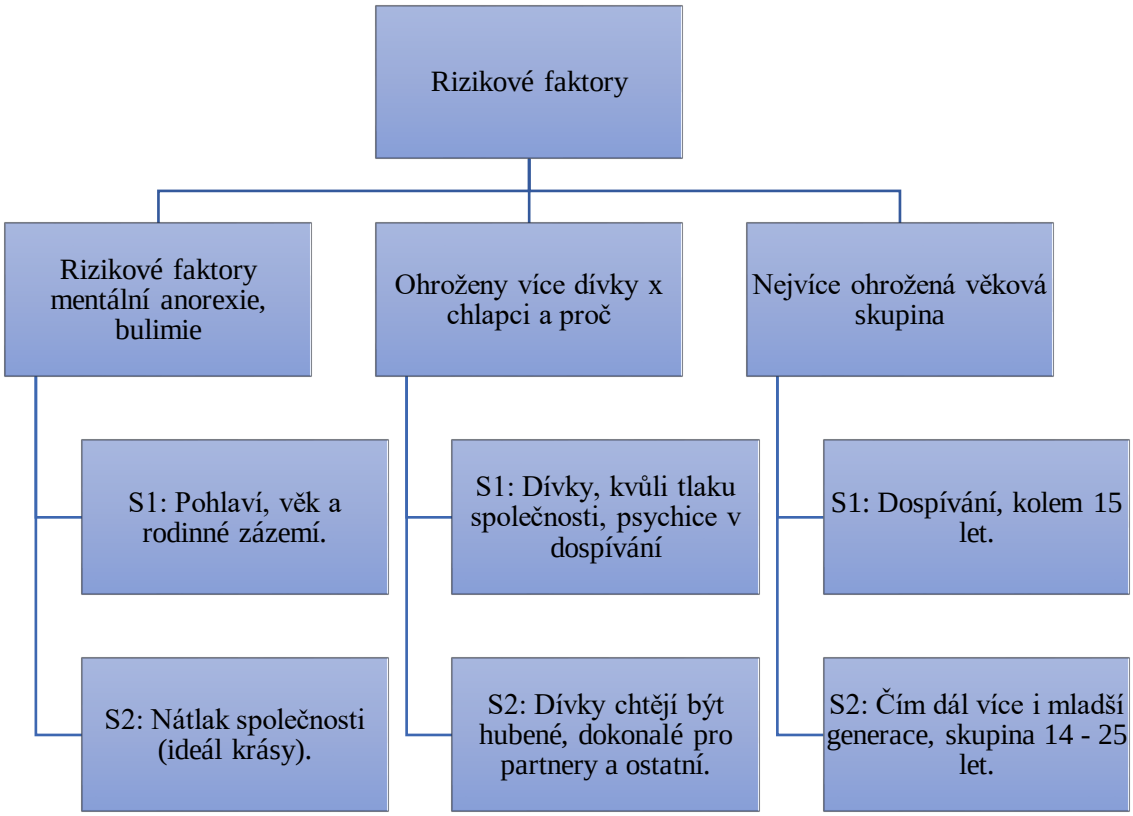
Kategorie I. – Pojem mentální bulimie a anorexie



Obr. 1 Pojem mentální bulimie a anorexie

Obr. 1 nám ukazuje, co si dotazované sestry představují pod pojmem mentální anorexie, bulimie a zda vědí, jak se tyto nemoci projevují. Sestry 1 a 2 se shodly, že u anorexie jedinec odmítá přijímat potravu a dochází zde k hubnutí. U bulimie se shodly na tom, že jedinec trpí přejídáním a následně zvrací. Obr. 1 nám dále ukazuje znalosti dotazovaných sester o dělení mentální anorexie. Sestra 1 odpověděla, že máme dva typy a to bulimický a nebulimický. Sestra 2 nebyla konkrétní a uvedla, že jedinec odmítá přijímat stravu a k tomu se může přidat zvracení.

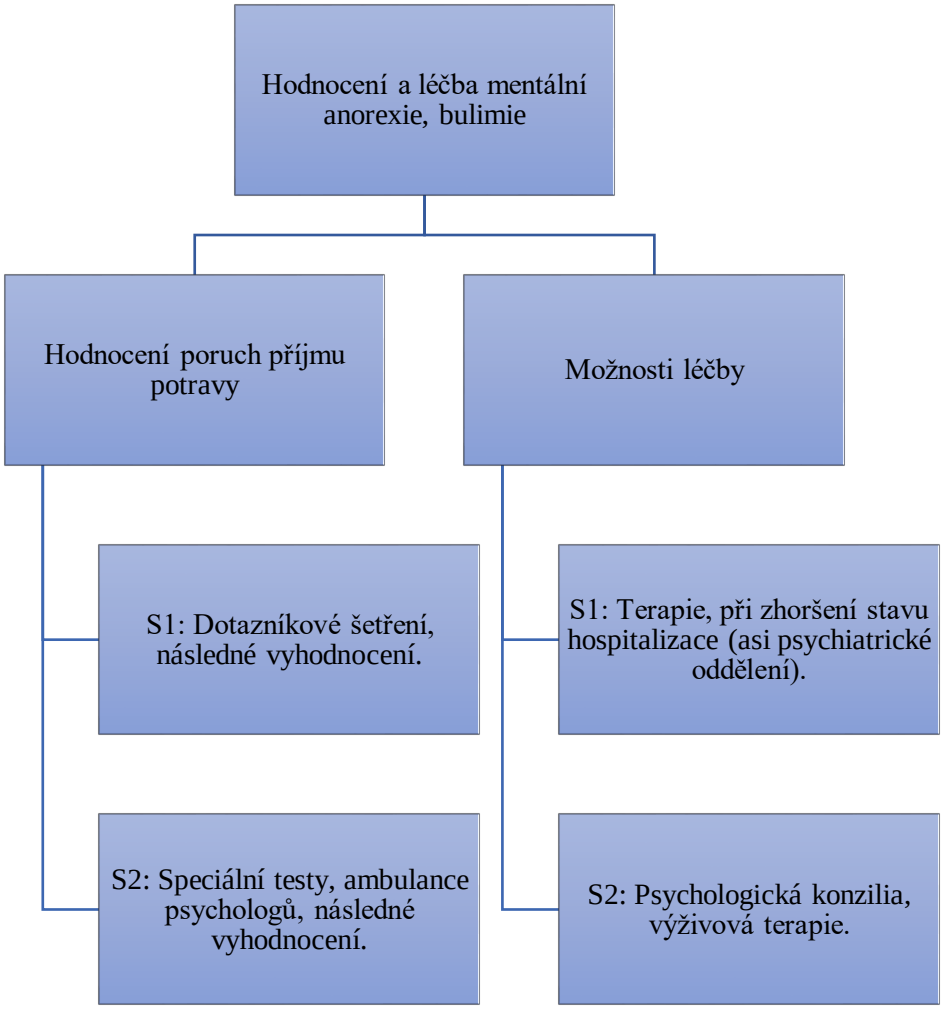
Kategorie II. – Rizikové faktory



Obr. 2 Rizikové faktory

Na podkladě obr. 2 můžeme sledovat odpovědi sester na otázku, zaprvé jaké jsou rizikové faktory mentální anorexie a bulimie, zadruhé zda jsou těmito nemocemi ohrožený více dívky nebo chlapci a proč, zatřetí jakou věkovou skupinu považují za nejvíce ohroženou. Sestra 1 si myslí, že významnými rizikovými faktory jsou pohlaví, věk a rodinné zázemí, zatímco sestra 2 považuje za největší rizikový faktor nátlak společnosti na jedince tzv. ideál krásy. Sestry 1 a 2 se shodly na tom, že nejvíce jsou ohroženy dívky. Sestra 1 udává jako důvod tlak společnosti a psychiku v dospívání a sestra 2, že dívky chtějí být hubené a dokonalé pro své partnery a pro ostatní. Za nejvíce ohroženou věkovou skupinu považuje sestra 1 jedince v dospívání, a to kolem 15-ti let. Sestra 2 si myslí, že se tento problém týká čím dál více i mladších generací a proto uvedla širší věkovou hranici 14 – 25 let.

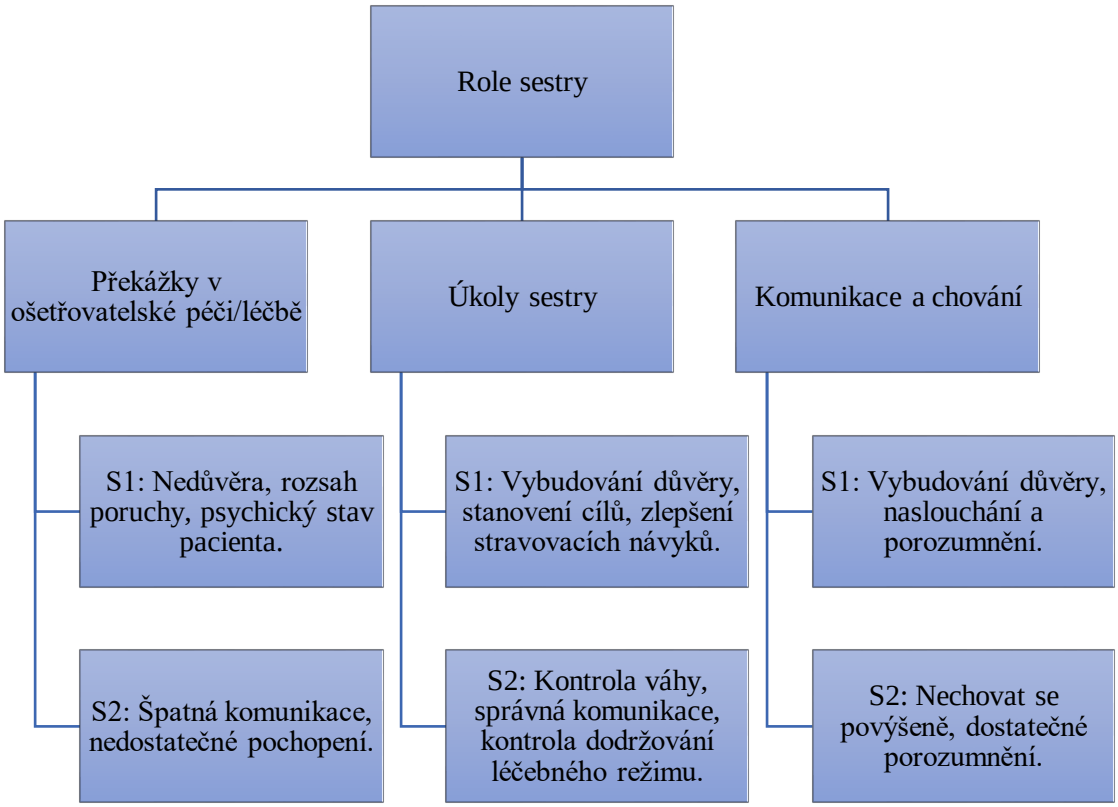
Kategorie III. – Hodnocení a léčba mentální anorexie, bulimie



Obr. 3 Hodnocení a léčba poruch příjmu potravy

Obr. 3 ukazuje znalosti sester o hodnocení poruch příjmu potravy a možnostech léčby těchto onemocnění. Sestra 1 si myslí, že se provádí dotazníkové šetření s následným vyhodnocením, kdežto sestra 2 se domnívá, že hodnocení probíhá pomocí speciálních testů, které se řadí především do ambulancí psychologů a následně se vyhodnocují. Sestra 1 uvádí jako možnost léčby terapie a při zhoršení stavu hospitalizaci v nemocnici na psychiatrickém oddělení. Sestra 2 zvolila psychologická konzilia a výživovou terapii.

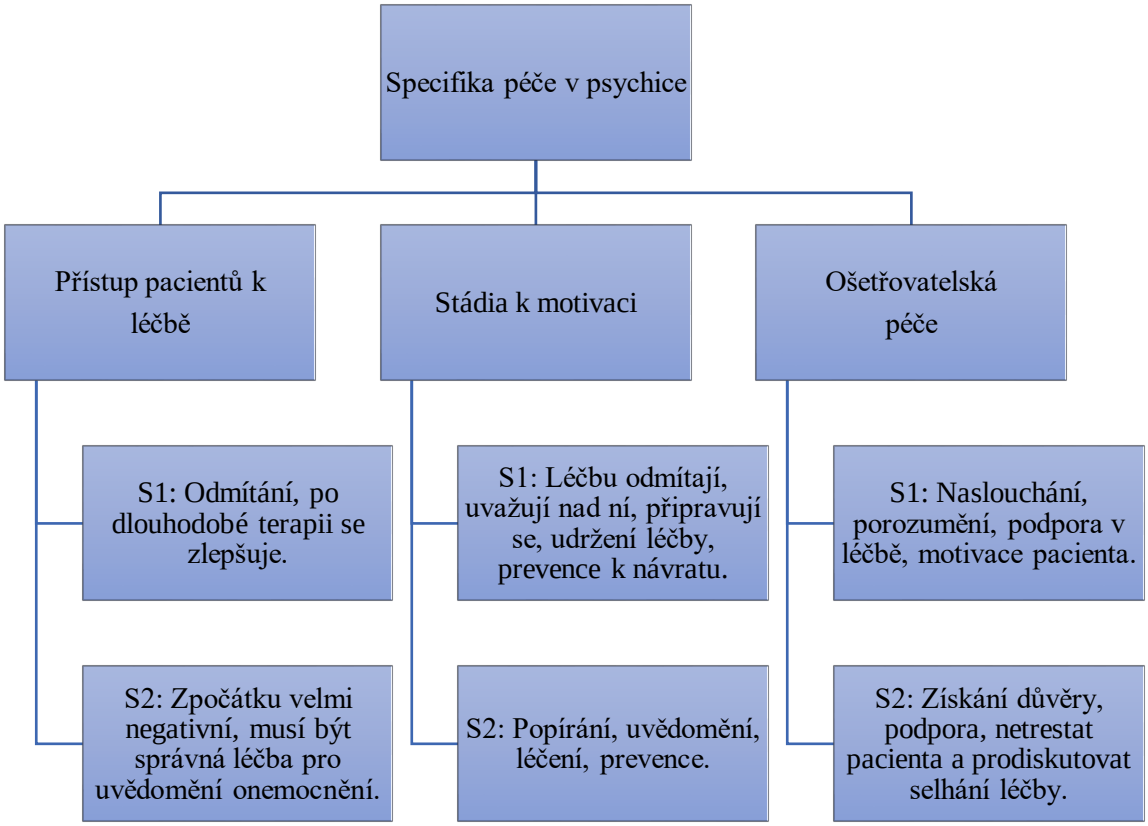
Kategorie IV. – Role sestry



Obr. 4 Role sestry

Na obr. 4 můžeme pozorovat odpovědi sester v otázkách překážek ošetřovatelské péče/léčby, úkolů sester v léčbě těchto pacientů, způsobu chování a komunikace. Sestra 1 shledává za největší překážku v péči o pacienta nedůvěru ve zdravotnický personál, rozsah poruchy a psychický stav pacienta. Sestra 2 má odlišný názor a udává jako překážky špatnou komunikaci a nedostatečné pochopení. Druhá část vysvětluje, jaké jsou úkoly sestry. Sestra 1 mezi úkoly sestry řadí vybudování důvěry, stanovení cílů a zlepšení stravovacích návyků. Sestra 2 se domnívá, že hlavními úkoly jsou kontrola váhy, správná komunikace s pacientem a kontrola dodržování léčebného režimu. Poslední otázkou z této kategorie je správná komunikace a chování k pacientovi s poruchou příjmu potravy. Sestra 1 si myslí, že důležitou součástí je vybudování důvěry, naslouchání a porozumění a sestra 2, že je důležité nechovat se povýšeně a dodat pacientovi dostatečný pocit porozumění.

Kategorie V. – Specifika péče v psychice



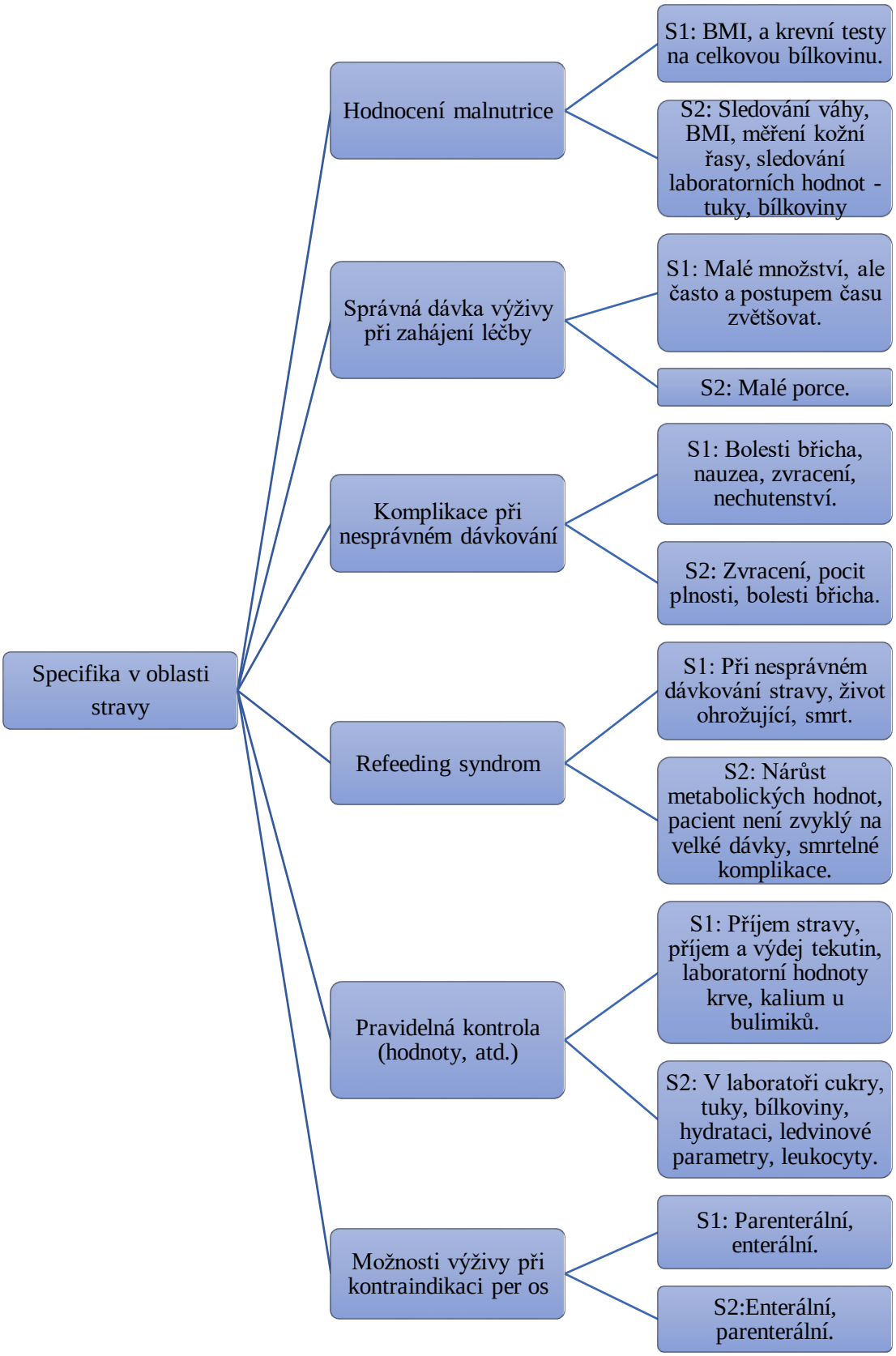
Obr. 5 Specifika péče v psychice

V páté kategorii bylo cílem zjistit, jak sestry znají ošetřovatelskou péči v oblasti psychiky. Obr. 5 nám ukazuje, jak sestry odpovídaly na jednotlivé otázky v této kategorii. Sestra 1 se domnívá, že pacienti léčbu ze začátku odmítají, ale po dlouhodobé terapii se jejich přístup k léčbě zlepšuje. Sestra 2 si myslí, že ze začátku mají pacienti velmi negativní přístup a musí mít správnou léčbu pro uvědomění si onemocnění. V druhé otázce jsme zjišťovali, zda sestry znají stádia k motivaci. Sestra 1 řadí do těchto stádií to, že pacienti léčbu nejprve odmítají, po té nad léčbou uvažují, připravují se na ni, snaží se o udržení léčby a nakonec následuje prevence k návratu onemocnění. Sestra 2 odpovídala podobným způsobem, pacient problém popírá, uvědomí si své onemocnění, léčí se a snaží se dodržovat následnou prevenci. Poslední částí této kategorie bylo zjišťování znalostí o ošetřovatelské péči v psychice. Sestra 1 považuje za nedílnou

součást péče naslouchání, porozumění, podporu v léčbě a motivaci pacienta. Sestra 2 zase získání důvěry, podporu, netrestání pacienta a důkladné prodiskutování případného selhání léčby.

Kategorie VI. – Specifika v oblasti stravy

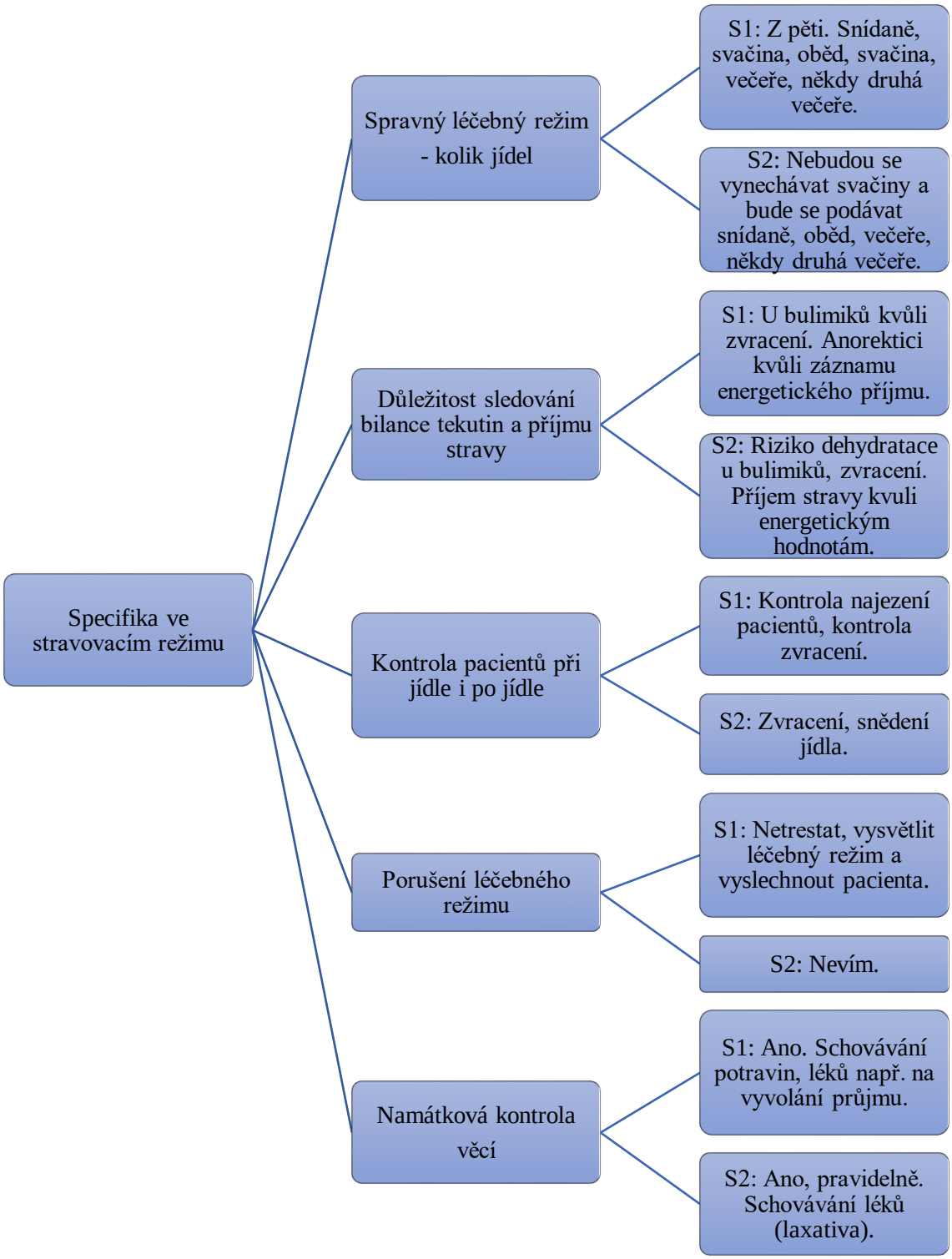
Kategorie šest se zabývá specifiky ošetřovatelské péče v oblasti stravy. První jsme zjišťovali, jak hodnotíme malnutrici. Sestry 1 a 2 se shodly, že budeme počítat BMI. Sestra 1 navíc uvedla, že se provádějí krevní testy na celkovou bílkovinu, kdežto sestra 2 považuje za důležité také sledování váhy, měření kožní řasy a sledování laboratorních hodnot – tuky, bílkoviny. Další zjišťovanou informací byla správná dávka výživy při zahájení léčby. Obě sestry se domnívají, že budeme začínat na malých porcích výživy. Na třetí otázku z oblasti komplikací při nesprávném dávkování výživy odpověděla sestra 1, že nejčastějšími komplikacemi jsou bolesti břicha, nauzea, zvracení a nechutenství. Sestra 2 měla podobný úsudek a doplnila odpověď o pocit plnosti. Čtvrtá otázka se týká vysvětlení pojmu refeeding syndrom. Sestra 1 předpokládá, že nastává při nesprávném dávkování stravy a je to život ohrožující stav, který může způsobit smrt. Sestra 2 uvedla, že jde o nárůst metabolických hodnot, vzniká z důvodu toho, že pacient není zvyklý na velké dávky výživy a může způsobit smrtelné komplikace. Dále jsme zjišťovali, co u těchto pacientů pravidelně kontrolujeme (hodnoty, atd.). Sestra 1 by kontrolovala příjem stravy, příjem a výdej tekutin, laboratorní hodnoty krve a hodnotu kalia u bulimiků. Sestra 2 se domnívá, že budeme sledovat v laboratoři cukry, tuky, bílkoviny, hydrataci, ledvinové parametry, leukocyty. Na otázku o možnostech výživy při kontraindikaci per os, odpověděly sestry 1 a 2 parenterální a enterální výživa.



Obr. 6 Specifika v oblasti stravy

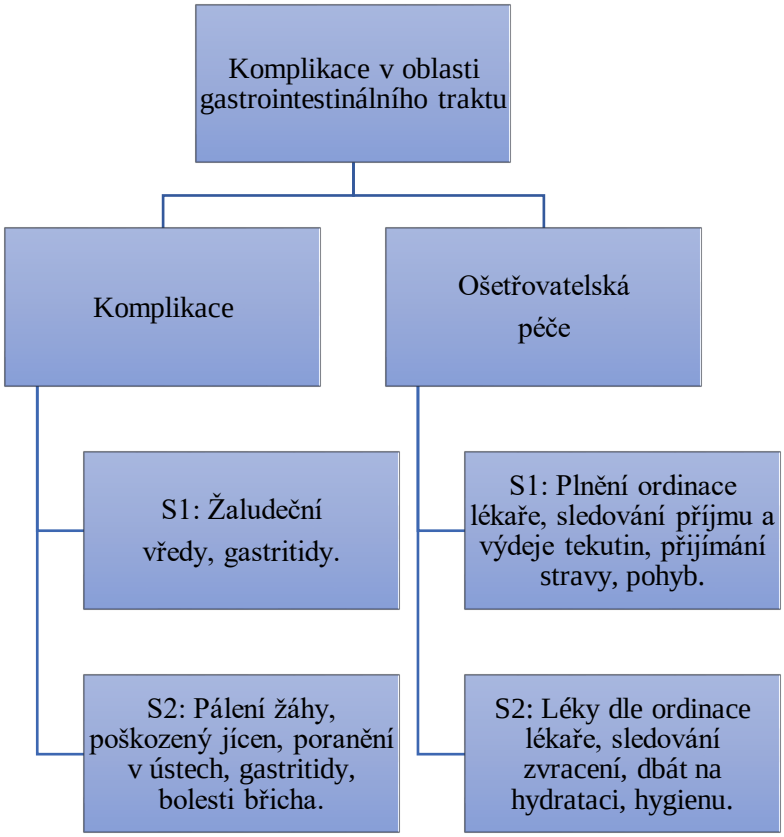
Kategorie VII. – Specifika ve stravovacím režimu

Obr. 7 představuje přehled odpovědí v oblasti specifik ve stravovacím režimu, kde sestry odpovídaly na pět podotázek. Na první otázku, která se týkala počtu jídel ve správném léčebném režimu, odpověděly sestry 1 a 2 stejně. Režim se skládá z pěti základních jídel, mezi nimi jsou svačiny a večer případně druhá večeře. Druhou otázkou byla důležitost hlídání bilance tekutin a příjmu stravy. Obě sestry odpověděly, že u bulimiků kontrolujeme kvůli zvracení (dehydratace) a u anorektiků z důvodu záznamu energetického příjmu. Dále jsme zjišťovali, proč je důležitá kontrola pacientů při jídle i po jídle. Sestry 1 a 2 se shodly na tom, že je důležitá kontrola z důvodu snězení jídla a zvracení. Čtvrtá otázka se týkala porušení léčebného režimu, a jak se máme v tomto případě chovat. Sestra 1 uvedla, že je potřeba pacienta netrestat, vysvětlit mu léčebný režim a vyslechnout ho. Sestra 2 na otázku nedokázala odpovědět. Poslední otázkou byla namátková kontrola věcí. Sestra 1 a 2 se shodly na tom, že tuto kontrolu provádíme pravidelně z důvodu schovávání léků (laxativ). Sestra 1 navíc doplnila schovávání jídla.



Obr. 7 Specifika ve stravovacím režimu

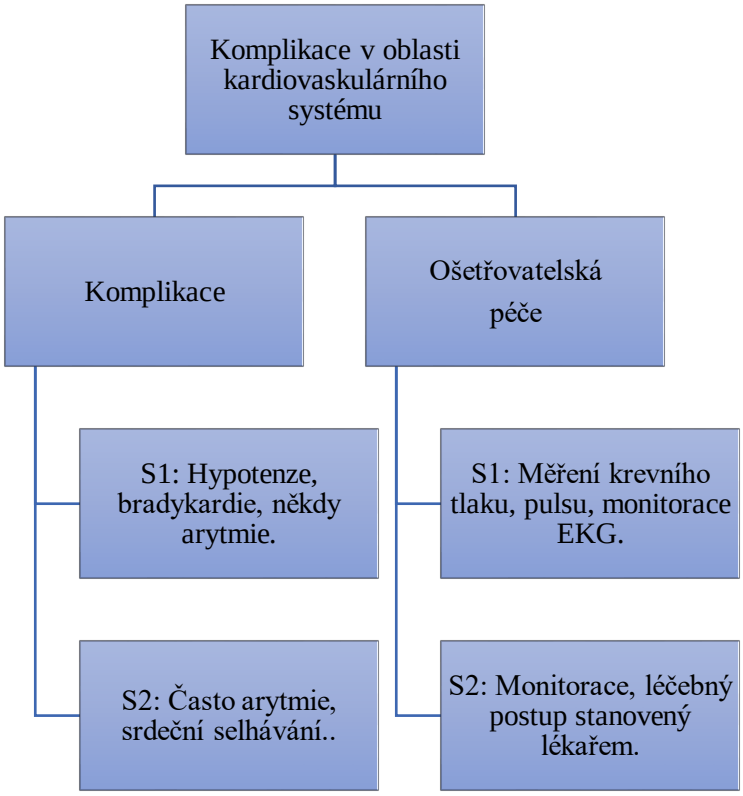
Kategorie VIII. – Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu



Obr. 8 Komplikace v oblasti gastrointestinálního ústrojí

Osmá kategorie se týká zdravotních komplikací v gastrointestinálním traktu. Sester jsme se ptali, jaké komplikace zde mohou nastat a jaká bude v této oblasti ošetřovatelská péče. Sestra 1 se domnívá, že nejčastější komplikací jsou žaludeční vředy a gastritidy. Sestra 2 udala rozsáhlejší odpověď a to pálení žáhy, poškozený jícen, poranění v ústech, gastritidy a bolesti břicha. Do ošetřovatelské péče sestra 1 řadí plnění ordinace lékaře, sledování příjmu a výdeje tekutin, přijímání stravy a dostatečný pohyb. Sestra 2 odpověděla, že budeme podávat léky dle ordinace lékaře, sledovat zvracení, dbát na hydrataci a hygienu.

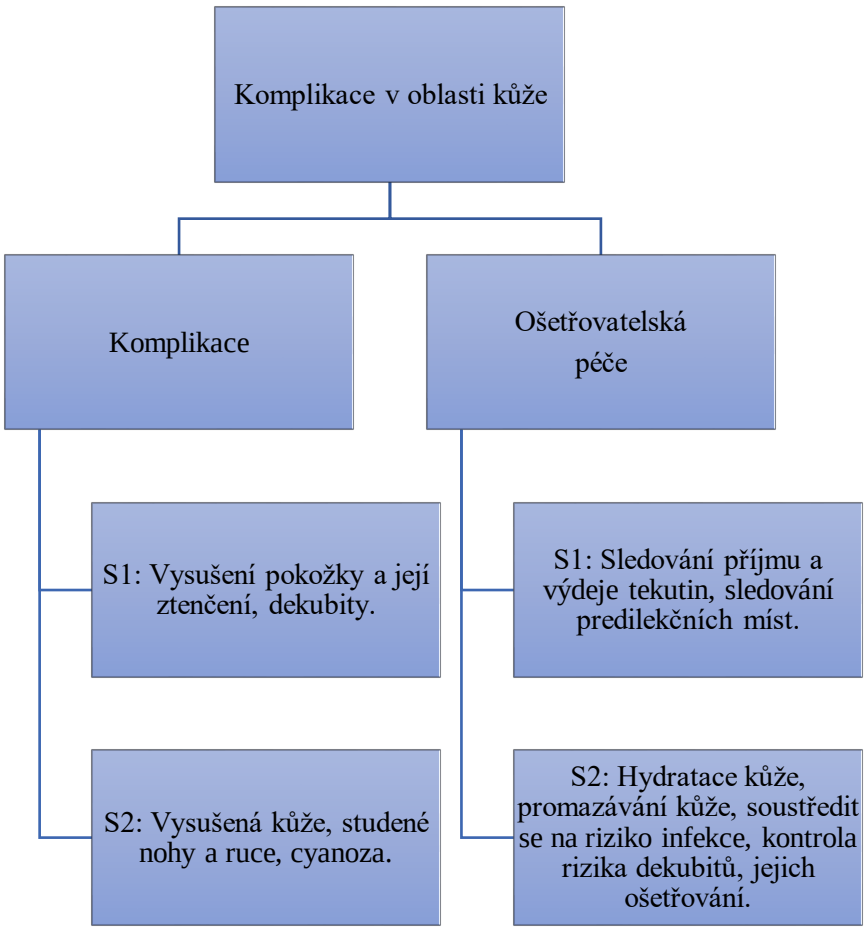
Kategorie IX. – Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému



Obr. 9 Komplikace v kardiovaskulární oblasti

V deváté kategorii se zabýváme komplikacemi v kardiovaskulárním systému a ošetřovatelskou péčí v této oblasti. Jako první sestry odpovídaly na to, jaké komplikace mohou v této oblasti nastat. Sestra 1 uvedla, že mezi nejčastější komplikace patří hypotenze, bradykardie, někdy arytmie. Sestra 2 se domnívá, že nejčastěji se objevují arytmie a srdeční selhávání. Do ošetřovatelské péče sestra 1 řadí měření krevního tlaku, pulsu, monitoraci EKG a sestra 2 monitoraci a dodržování léčebného postupu stanoveného lékařem.

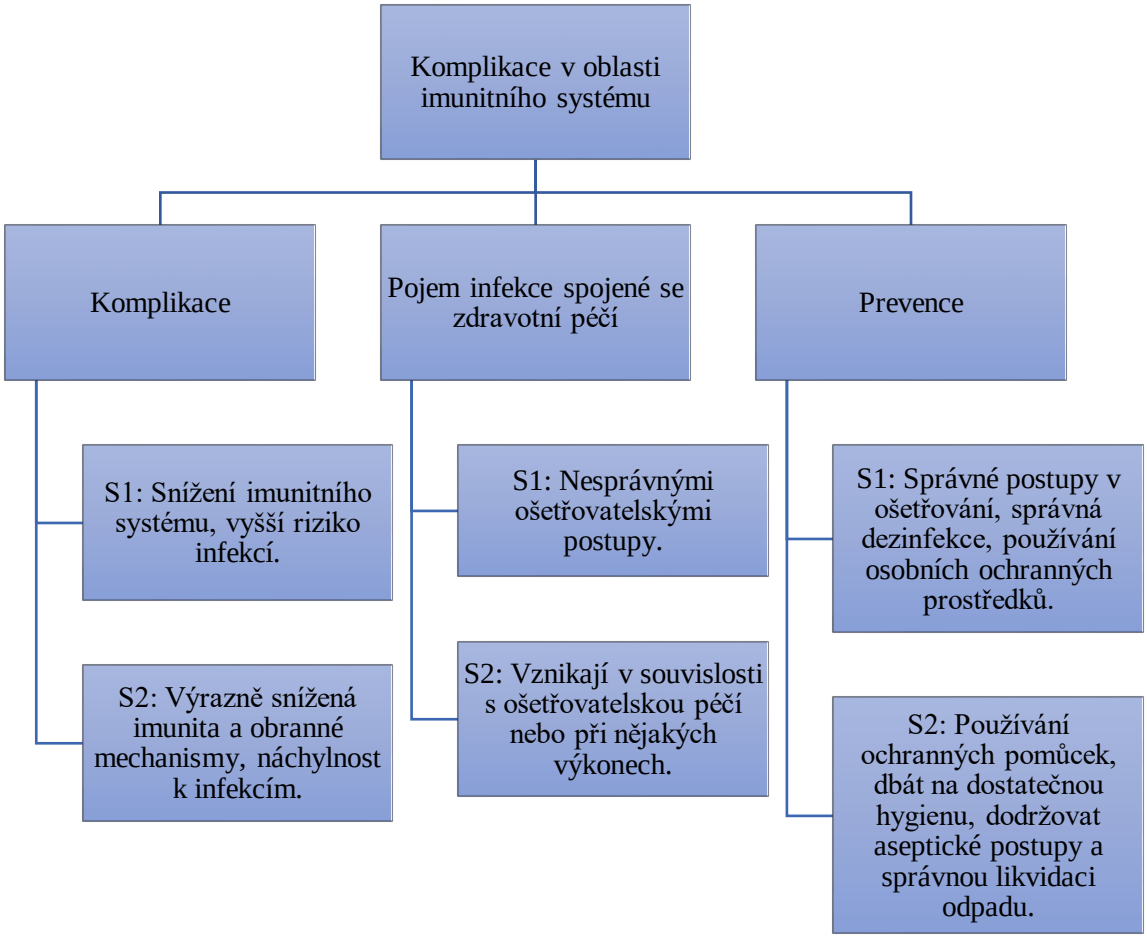
Kategorie X. – Komplikace v oblasti kůže



Obr. 10 Komplikace v oblasti kůže

Obr. 10 zobrazuje odpovědi sester na otázky v oblasti komplikací kůže. Na první otázku, která zjišťovala, jaké komplikace mohou v této oblasti nastat, odpověděla sestra 1, že nejčastěji se objevuje vysušení pokožky a její ztenčení, dekubity. Sestra 2 si také myslí, že bude kůže vysušená a navíc doplnila studené nohy, ruce a cyanózu. Do ošetřovatelské péče sestra 1 zahrnula sledování příjmu a výdeje tekutin, sledování predilekčních míst. Sestra 2 do ošetřovatelské péče zařadila hydrataci kůže, promazávání kůže, soustředění se na riziko infekce, kontrolu rizika dekubitů a jejich ošetřovaní, pokud již vznikly.

Kategorie XI. – Komplikace v oblasti imunitního systému

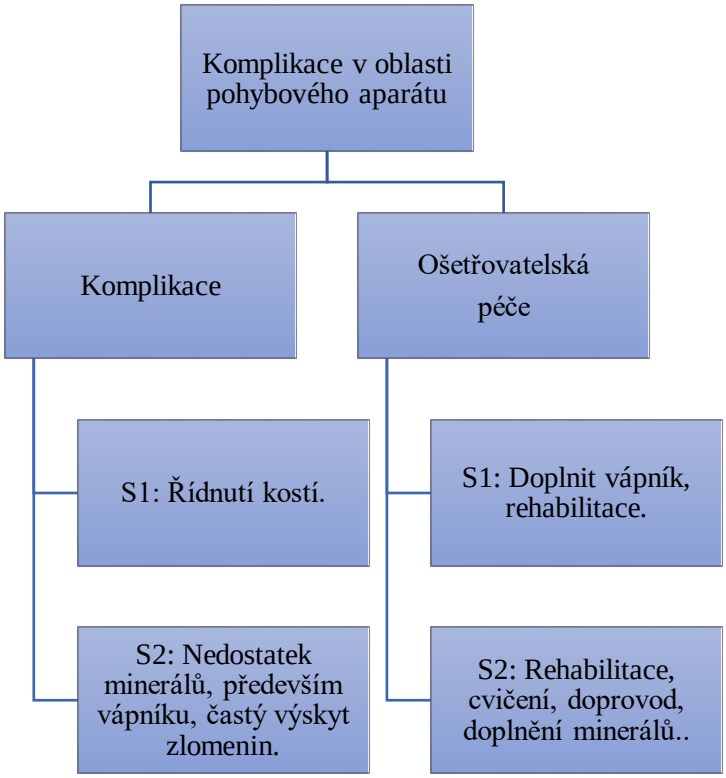


Obr. 11 Komplikace v oblasti imunitního systému

Na základě obr. 11 můžeme sledovat odpovědi sester na celkem tři otázky z oblasti komplikací imunitního systému u poruch příjmu potravy. Na první otázku ohledně toho, jaké komplikace mohou v imunitním systému nastat, odpověděla sestra 1 snížení imunitního systému a vyšší riziko infekcí. Podobně odpověděla i sestra 2, která uvádí, že se objevuje výrazně snížená imunita a obranné mechanismy a vyšší náchylnost k infekcím. Další otázka byla směřována na pojem infekcí spojených se zdravotní péčí. Sestra 1 se domnívá, že jsou to infekce způsobené nesprávnými ošetřovatelskými postupy. Sestra 2, že vznikají v souvislosti s ošetřovatelskou péčí nebo při výkonech. Poslední otázkou v této kategorii bylo, zda existují nějaké preventivní postupy proti

těmto infekcím. Sestry 1 a 2 se ve většině shodovaly, pouze sestra 2 navíc uvedla dostatečné dbání na hygienu a správnou likvidaci odpadů.

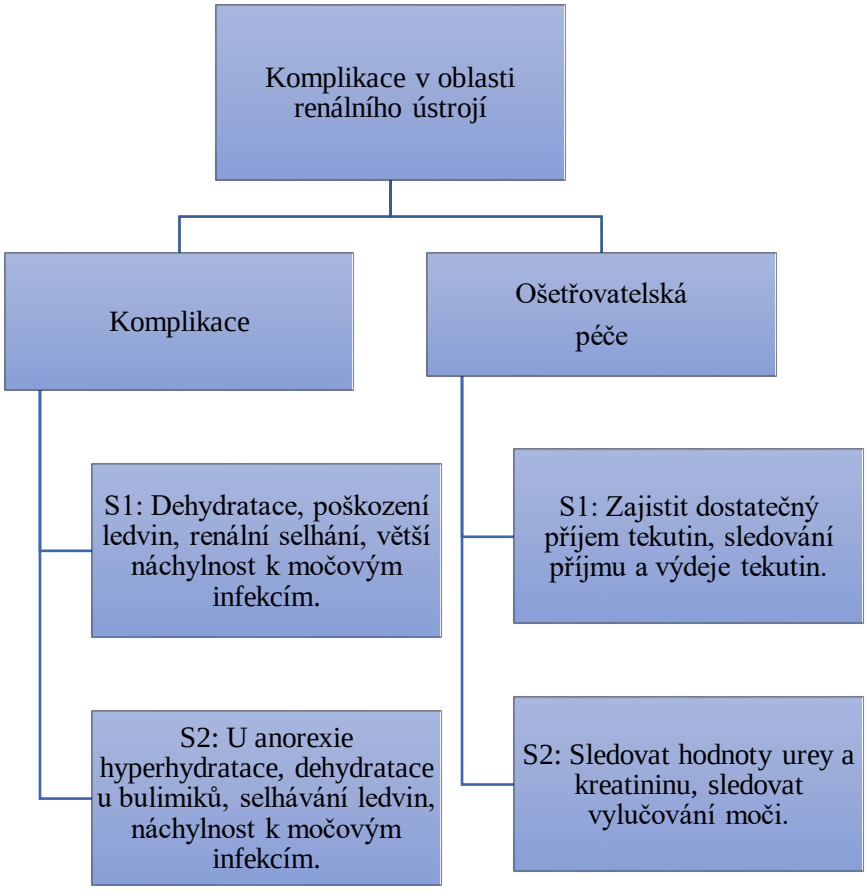
Kategorie XII. – Komplikace v oblasti pohybového aparátu



Obr. 12 Komplikace v oblasti pohybového aparátu

Kategorie dvanáct obsahuje odpovědi sester na otázky v oblasti pohybového aparátu. Přesněji, jaké komplikace zde mohou nastat a jaká bude ošetřovatelská péče. Sestra 1 se domnívá, že nejčastěji se setkáváme u těchto pacientů s řídnutím kostí. Sestra 2 si myslí, že tito pacienti mají nedostatek minerálů, především vápníku a často se u nich vyskytují zlomeniny. Sestra 1 do ošetřovatelské péče zařadila doplnění vápníku, rehabilitaci. Rehabilitaci uvedla i sestra 2, ale navíc jmenovala cvičení, doprovod a doplnění minerálů.

Kategorie XIII. – Komplikace v oblasti renálního ústrojí



Obr. 13 Komplikace v oblasti renálního ústrojí

Z obr. 13 můžeme vyčíst znalosti sester o komplikacích renálního ústrojí při poruchách příjmu potravy a ošetřovatelské péči v této oblasti. Sestry 1 a 2 se shodly ve většině komplikací, které se mohou vyskytovat v tomto ústrojí. Obě uvedly dehydrataci, renální selhání, větší náchylnost k močovým infekcím. Sestra 2 navíc doplnila hyperhydrataci u anorexie. V oblasti ošetřovatelské péče odpověděla sestra 1, že je potřeba zajistit dostatečný příjem tekutin, sledovat příjem a výdej tekutin. Sestra 2 by sledovala hodnoty urey a kreatininu a vylučování moči.

Kategorie XIV. – Komplikace v oblasti endokrinního systému

Obr. 14 Komplikace v oblasti endokrinního systému

Úplně poslední kategorií jsou komplikace v oblasti endokrinního systému. Zde měly sestry odpovědět na tři otázky. První byly komplikace, které mohou nastat. Sestry 1 a 2 se shodovaly, uvedly jako nejčastější komplikaci zvýšení nebo snížení krevního cukru (hyperglykémie, hypoglykémie). Ve druhé otázce jsme se zaměřili na ošetřovatelskou péči. Sestry 1 a 2 se shodly na pravidelném měření glykémie. Sestra 1 doplnila kontrolu jídla a sestra 2 nutnost sledování pacienta, zda neupadá např. do hypoglykemického šoku. Třetí otázka se týkala, pojmu amenorea. Sestry 1 a 2 se shodovaly. Obě uvedly, že je to zástava menstruace a při užívání hormonální antikoncepce se neprojeví.

Příloha F Výstup bakalářské práce - článek

Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy

Kristýna Jelínková, Mgr. Marie Froňková

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Abstrakt

Výskyt poruch příjmu potravy stále roste a s tím i pravděpodobnost hospitalizace člověka s takovýmto problémem. Pacienti s poruchami příjmu potravy jsou mnohdy hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče, ale i standardních odděleních. Proto je důležité, aby zdravotnický personál uměl rozpoznat podezření na poruchy příjmu potravy a zároveň poskytnout specifickou ošetřovatelskou péči těmto pacientům, než dojde k překladu na specializované oddělení. Cílem výzkumu bylo ověřit znalosti sester o rizikových faktorech poruch příjmu potravy, specifikách ošetřovatelské péče a komplikacích specifické ošetřovatelské péče. Byl použit kvalitativní výzkum s výzkumnou metodou nestandardizovaných rozhovorů. Dotazovali jsme se celkem pěti sester. Ze získaných výsledků jsme zjistili, že sestry mají povědomí o rizikových faktorech, které mohou být spouštěčem tohoto onemocnění. Jako další jsme zjistili, že sestry mají základní znalosti o specifikách ošetřovatelské péče, ale vyskytly problematické otázky, na které sestry neznaly odpověď. Například vysvětlení pojmu refeeding syndrom. Dále jsme zjistili, že sestry znají některé možné komplikace a k nim příslušnou ošetřovatelskou péči.

Klíčová slova: *poruchy příjmu potravy, ošetřovatelská péče, komplikace*

Úvod

V dnešní době výskyt těchto onemocnění stále roste, může za to velký tlak, který je vyvíjen společností a podporuje takzvaný kult hubenosti, ale také neopomenutelné rizikové faktory. Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění, mají dopad jak na stránku psychickou, tak fyzickou. Nesmíme tato onemocnění podceňovat, ale včas je zachytit a léčit, jelikož pozdě zachycená nemoc může mít až fatální následky. Organismus je často tak vyčerpán, že není schopen správně fungovat. Někdy je nezbytné tyto pacienty

hospitalizovat. Hospitalizují se na metabolických jednotkách a jednotkách intenzivní péče, kde je cílem zamezit stavu bezprostředního ohrožení života. S poruchou příjmu potravy se můžeme mnohdy setkat i na standardním oddělení. Je důležité, aby zdravotnický personál uměl rozpoznat, že pacient trpí poruchou příjmu potravy. Personál by měl být schopen poskytnout specifickou péči těmto pacientům. Neodmyslitelnou součástí kvalitní ošetřovatelské péče je nejen správná komunikace, ale i přístup a spolupráce celého zdravotnického týmu. Pokud je zdravotní stav pacienta stabilizován, následuje překlad na odborné psychiatrické oddělení, kde je předán do péče specialistů.

Metodika výzkumu:

Pro výzkumnou část jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumu, který byl proveden pomocí nestandardizovaných rozhovorů. Před zahájením šetření, jsme zařídili souhlasy s prováděním výzkumu na daném oddělení. Výzkum byl prováděn od ledna 2019 do února 2019 na standardním lůžkovém interním oddělení v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Jako první jsme uskutečnili předvýzkum, který obsahoval odpovědi dvou sester. Samotný výzkum byl prováděn s dalšími pěti sestrami. Rozhovor byl členěn do čtrnácti kategorií, z nichž každá obsahovala několik podotázek. Dohromady jsme tedy utvořili čtyřicet jedna otázek. Rozhovory byly nahrávány pomocí mobilního telefonu do aplikace diktafon. Následně byly doslovně přepsány a dále analyzovány kódovací metodou tužka-papír. Získané informace jsme zaznamenali do diagramů, které jsme vytvořili v textovém editoru Microsoft Office Word 2016.

Diskuze:

Jako první jsme zkoumali znalosti rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy. Sester jsme se dále dotazovali na to, zda jsou více ohroženy dívky nebo chlapci a proč a jaká je nejvíce ohrožená věková skupina. Nejčastějšími odpověďmi na otázku rizikových faktorů byl například stres, psychická zátěž, tlak společnosti na vizáž, špatné vztahy jedince s okolím (šikana) a vliv rodiny. Jak uvádí literatura, tyto poruchy mohou souviset s tzv. spouštěči, mezi které řadíme například rozvod, rodinné krize, nemoc, nemístné poznámky o váze, šikanu, vliv vrstevníků, vliv společnosti – tlak médií a spousta dalších (Papežová a Hanusová, 2012). Jedna sestra na tuto otázku neznala odpověď. Na další otázku sestry správně odpovídaly, že jsou těmito nemocemi nejvíce ohroženy dívky, z důvodu tlaku společnosti. Krch a Švédová ve své publikaci uvádějí, že

tyto duševní problémy patří mezi nejčastější problémy především dospívajících dívek a mladých žen. Mediální prostředky ovlivňují naše rozhodování a chování, přispívají k utváření představ o tom, co je normální, žádoucí a předkládají nám vzory například dokonalé matky, sexy ženy (Krch a Švédová, 2013). Za nejvíce ohroženou věkovou skupinu považují sestry věk okolo puberty zhruba do dvaceti let. Podle studie bývá začátek onemocnění mentální anorexií nejčastěji mezi 14-15 rokem života (Petr a Marková, 2014). U mentální bulimie je tato hranice mezi 17-18 rokem života a v rané dospělosti (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016).

Dále jsme ověřovali znalosti specifik ošetřovatelské péče u pacienta s poruchami příjmu potravy. Zde jsme se sester jako první ptali na to, jaké mohou nastat překážky v ošetřovatelské péči o pacienta s poruchou příjmu potravy. Sestry nejčastěji odpovídaly, že se setkáváme s nespoluprácí pacienta v léčbě. Literatura uvádí, že tito pacienti často překračují hranice léčebného režimu, mají zlost a odpor k léčbě, léčbu přerušují (Krch a Švédová, 2013). Na otázku jaké jsou úkoly sestry v léčbě, se většina sester shodla na sledování stavu pacienta (monitorace). Sestra monitoruje odběr krevních vzorků, vážení, měření tlaku, pulzu atd. (Krch a Švédová, 2013). Další otázka se týkala správného chování a komunikace sester s takovýmto pacientem. Nejčastější odpovědí byl empatický přístup k pacientovi a vstřícnost. Podobně uvádí ve své publikaci Krch a Švédová, že při práci s těmito pacienty je nedílnou součástí empatie, trpělivost, pochopení, správná komunikace a terapeutické dovednosti (Krch a Švédová, 2013). Následující otázka se týkala toho, jaký má pacient přístup k léčbě. Všechny sestry odpověděly správně, pacient má negativní přístup. Pacienti mají k léčbě zpravidla negativní postoj (Ringwood et al., 2012). Jako další jsme zjišťovali, zda dotazované sestry znají stádia motivace, kterými pacient prochází. Pouze dvě sestry se přiblížily ke správné odpovědi. Jedna uvedla že, pacient si problém nejprve musí problém přiznat, poté souhlasit s léčbou a jako poslední podstoupit léčbu. Další sestra odpověděla, že nejprve nastává odepření, pak postupné přijímání problému a nakonec pozitivní řešení problému. Literatura uvádí, že prvním stádiem je popření. Dále úvaha nad problémem, připouští, že má něco změnit, ale je nerozhodný. Stádium přípravy, chce změnu, ale není si jistý, co se stane, když změní jídelní chování. Stádium akce, zde je pacient rozhodnutý pro změnu a se změnou začíná. Poslední stádium je udržení, které je prevencí relapsu (Krch a Švédová, 2013). Jako další jsme zjišťovali, jaká bude ošetřovatelská péče v oblasti psychiky. Zde správně sestry zařadily do ošetřovatelské péče podporu pacienta, empatii a vytváření důvěry. Jedna

sestra odpověděla nesprávně. Podobně uvádějí ve své publikaci Krch a Švédová. Sestra by se měla snažit vytvořit s pacientem důvěru, protože s ním tráví nejvíce času, měla by být empatická, trpělivá a umět správně komunikovat s pacientem (Krch a Švédová, 2013). Další otázka ověřuje znalosti sester o hodnocení malnutrice. Nejčastěji sestry odpovídaly BMI, krevní odběry (celková bílkovina, albumin). Při nutričním screeningu se zaměřujeme, na výšku pacienta, hmotnost, BMI (z výšky a váhy, paže), informace o nežádoucím úbytku hmotnosti v posledních třech měsících, snížení příjmu stravy, gastrointestinální komplikace, stravovací návyky, alergie (potravinové, medikamenty, atd.), diety, závažná onemocnění (Balogová, 2012). Pokud se ve screeningu nachází alespoň jedna pozitivní odpověď, hlásí tento stav lékaři, který popř. naordinuje další vyšetření k posouzení závažnosti malnutrice např. odběr celkové bílkoviny, která je významným ukazatelem malnutrice (Zazula, Wohla Wohl, 2009). Následující otázka zjišťovala znalosti sester o tom, jaká je správná dávka výživy při zahájení léčby. Většina sester odpověděla, že nejprve budeme podávat menší dávky jídla a budeme je postupně zvyšovat. Tento fakt můžeme najít v publikaci Papežové. Při zahájení nedáváme pacientovi plnou dávku, ale snižujeme o 50% a dávky postupně zvyšujeme (Papežová, 2010). Dále jsme se ptali sester na to, jaké komplikace mohou nastat při nesprávném dávkování stravy. Nejčastějšími odpověďmi byli zvracení, nauzea, bolesti břicha, pálení žáhy, pocit nadmutosti. Petr a Marková uvádějí, že pacienti si často stěžují na pálení žáhy, nadýmání, pocit plnosti, bolesti břicha, zácpu a průjem (Petr a Marková, 2014). V další otázce jsme zjišťovali, co si sestry představují pod pojmem refeeding syndrom. Tři sestry neznaly na tuto otázku odpověď. Další dvě sestry uvedly odpověď podobnou literatuře. Meissnerová ve své publikaci vysvětluje že, refeeding syndrom je velice závažnou komplikací a často i letální. Je to soubor metabolických abnormalit a vzniká při zahájení nepřiměřené nutriční podpory (Meissnerová, 2013). Dále jsme se dotazovali na to, co pravidelně kontrolujeme (hodnoty atd.). Většina sester uvedla krevní hodnoty (například celkovou bílkovinu, minerály, jaterní testy, krevní obraz atd.). Sestry zmínily i některé další kontrolované oblasti, které se shodovaly s literaturou. Krch a Švédová uvádějí, že je nutné sledovat nejen hmotnost, fyziologické funkce, také odebíráme krevní vzorky dle ordinace lékaře (hladiny elektrolytů, krevní obraz atd.), sledujeme příjem a výdej tekutin atd. (Krch a Švédová, 2013). Následující otázka zjišťovala, jaké máme možnosti výživy při kontraindikaci per os. Dvě sestry odpověděly, že v tomto případě podáváme výživu parenterálně (centrální žilní katetr, periferní žilní katetr) nebo enterálně

(sondou). Jedna sestra uvedla, že nejčastěji se v tomto případě výživa podává enterálně, ale není si jistá. Dvě sestry chybně uvedly pouze parenterální způsob výživy. Meissnerová ve své publikaci uvádí, že nutriční podporu podáváme nejčastěji enterální cestou, ale pokud je kontraindikována, tak volíme výživu parenterální. Někdy bývá nutná kombinace obou těchto možností (Meissnerová, 2013). Dále jsme se zabývali tím, z kolika základních jídel by se měl skládat správný léčebný režim. Čtyři sestry nesprávně odpověděly pět jídel. Pouze jedna sestra uvedla správně šest jídel. . Toto ve své publikaci uvádí Petr a Marková, jídelní režim by se měl skládat z 6 základních jídel (Petr a Marková, 2014). Následující otázka zkoumala, proč je důležité hlídat u těchto pacientů bilanci tekutin a příjem stravy. Většina sester odpověděla, že bilanci tekutin kontrolujeme kvůli riziku dehydratace. Petr a Marková ve své publikaci vysvětlují, někteří pacienti s větším množstvím jídla pitný režim velice omezují, to může způsobovat pokles krevního tlaku, dehydrataci, únavu, obstipaci a větší zátěž ledvin. Pacient si proto v těchto případech zapisuje množství přijímaného jídla, ale i tekutin, který sestra během dne sleduje (Petr a Marková, 2014). Další otázka zjišťovala, proč je důležitá kontrola pacientů při jídle i po jídle. Všechny sestry se shodly na tom, že je kontrola důležitá proto, aby se pacienti jídla nezbavovali a nešli hned po jídle zvracet. Důležité je, aby sestra sledovala, zda pacient stravu nezvrací, neschovává a vše zaznamenala. U mentální bulimie je zakázáno pouštět pacienty minimálně půl hodiny po jídle na toaletu (Petr a Marková, 2014). Jako další jsme zkoumali znalosti sester o tom, jak se zachovají, když pacient poruší léčebný režim. Petr a Marková uvádějí, že při porušení režimu, pacienta netrestáme. Musíme pochopit, že to nekoná záměrně a trpělivě, empaticky s ním jeho selhání prodiskutujeme a samozřejmě vše zaznamenáme, pro kontrolu lékaře (Petr a Marková, 2014). Tři sestry odpověděly nesprávně, udělení sankce a stržení bodů. Sestra 2 uvedla správně, že informujeme lékaře a znovu pacientovi vysvětlíme léčebný režim. Poslední otázka v této části se týkala toho, zda provádíme namátkovou kontrolu věcí pacientů a proč. Všechny sestry se shodly na tom, že kontrolu provádíme a to z důvodu, aby pacienti neschovávali jídlo. Tuto informaci nám sdělují Petr a Marková ve své publikaci. Strach z přibírání a ztráty kontroly často vedou k bojkotování léčby (Petr a Marková, 2014).

Dále jsme ověřovali znalosti komplikací specifické ošetřovatelské péče u pacienta s poruchou příjmu potravy. V této části jsme se dotazovaných sester ptali především na komplikace, které mohou nastat a ošetřovatelskou péči ve specifických oblastech.

Nejprve jsme pokládali otázku, jaké komplikace mohou nastat v oblasti gastrointestinálního traktu. Nejčastější odpovědí bylo zvracení a špatná peristaltika střev – zácpa. Meissnerová ve svém článku uvádí, že se často objevuje pyróza, nadýmání, bolesti břicha, nauzea, obstipace. V důsledku excesivního příjmu potravy, může dojít k útlaku a. mesenterica superior, což se může projevovat břišními bolestmi, pocitem tlaku, nadýmáním a zvracením po jídle (Meissnerová, 2013). Následující otázka se zabývala ošetřovatelskou péčí v této oblasti. Všechny sestry uvedly, že je důležité sledovat příjem a výdej tekutin. Sledování bilance tekutin, bych zařadila spíše do ošetřovatelské péče v oblasti renálního ústrojí. Dvě sestry správně uvedly sledování příjmu stravy. Petr a Marková uvádí, že kromě kontrolních vyšetření, které naordinuje lékař, sledujeme příjem stravy, odchod stolice a její vlastnosti, podáváme léky dle ordinace lékaře (Petr a Marková, 2014). Dále jsme se ptali sester na to, jaké komplikace mohou nastat v oblasti kardiovaskulárního systému. Většina sester správně odpověděla, že se nejčastěji vyskytuje hypotenze. Dále se také shodly na poruchách srdečního rytmu. Literatura uvádí, že se často vyskytuje hypotenze, bradykardie a mohou se vyskytovat arytmie (Hosák et. al, 2015). Zaznělo i to, že u těžších případů může nastat srdeční selhání. Ve své publikaci Stárková uvedla, že většina úmrtí má za následek právě kardiovaskulární selhání, které souvisí s bradykardií a vznikem náhle komorové tachykardie (Stárková, 2009). V následující otázce jsme se ptali sester, jaká bude ošetřovatelská péče v této oblasti. Většina sester se shodla na pravidelné kontrole EKG křivky. Některé sestry uvedly kontinuální monitoraci fyziologických funkcí. Tyto odpovědi jsou správné. V literatuře je uvedeno, že monitorujeme vlnu EKG, krevní tlak a puls atd. (Hosák et. al, 2015). Další otázka se týkala toho, jaké komplikace mohou nastat v oblasti kůže. Nejčastější odpovědí byla suchá kůže a dekubity. Meissnerová uvádí, že se může vyskytovat akrocyanosa, erytémy, purpura, zhoršení kůže (suchá, tenká, šupinatá), vzniká lanugozní ochlupení na břiše a zádech. Někdy vznikají dekubity, nejčastěji u pacientů se zhoršenou mobilitou nebo imobilitou (Slaninová, Vegerbauer a Malý, 2012). Sester jsme se také ptali, jaká bude ošetřovatelská péče v této oblasti. Všechny sestry se shodly na promazávání pokožky. Dvě sestry se shodly na dostatečné hydrataci. Sestra o kůži musí pečovat, sledovat její celkový stav, dbát na dostatečnou hydrataci (promazávání kůže ochrannými krémy atd.), ošetřovat žilní vstupy, převazovat rány (dekubity, defekty - sebepoškozování) (Meissnerová, 2013). Další oblastí je imunitní systém. Zde jsme se sester ptali, jaké komplikace zde mohou nejčastěji nastat. Všechny

sestry se shodly na tom, že imunitní systém bude oslabený a pacient bude náchylnější k infekcím. Podobně uvádí literatura, pacienti s malnutricí mají vyšší riziko k infekcím. T lymfocyty jsou sníženy a je přítomna nízká hladina imunoglobulinů (Richterová, 2015). Následně jsme se sester ptali, co jsou to infekce spojené se zdravotní péčí. Čtyři sestry odpověděly, že jsou to infekce, které jsou přenášeny ve zdravotnickém zařízení. Pacienta musíme poučit o riziku vzniku infekce a sami dbát na prevenci např. infekcí spojených se zdravotní péčí, které vznikají v souvislosti s pobytem nebo výkony prováděnými ve zdravotnických zařízeních (Richterová, 2015). Dále jsme se ptali, jaká bude prevence těchto infekcí. Všechny sestry uvedly správnou dezinfekci rukou. Většina sester se shodla také na používání bariérové ošetřovatelské techniky. V rámci preventivního opatření dodržujeme správnou dezinfekci rukou, používání rukavic při ošetřování, aseptické postupy při výkonech, používání ochranných pomůcek a správnou likvidaci odpadu na režimových pokojích (Richterová, 2015). Dostáváme se ke komplikacím v oblasti pohybového aparátu. První otázkou bylo, jaké komplikace zde mohou nastat. Nejčastěji sestry uváděly osteoporózu (řídnutí kostí). Častou odpovědí bylo třeba také ubývání chrupavky (artróza). Použitá literatura uvádí, nízká kostní denzita je velmi častá u pacientů s dlouhodobým průběhem mentální anorexie a nízkým BMI z důsledku odvápnění kostí (tenké, křehké), dále se mohou vyskytnout netraumatické zlomeniny, artrózy, zastavení růstu kostí v dětském věku, osteopenie (Meissnerová, 2013). V otázce ošetřovatelské péče v této oblasti sestry nejčastěji uváděly rehabilitaci a doplnění minerálů/výživy. Poučíme pacienta o riziku osteoporózy, zlomenin, prevenci pádu, důležitosti zvýšení tělesné hmotnosti, zařazování potravin bohaté na vápník. Je důležité zahrnout do terapie přiměřené cvičení, rehabilitaci (Kolektiv autorů, 2016). Další zkoumanou oblastí bylo renální ústrojí. Nejprve jsme se, jako u ostatních specifických oblastí, ptali sester na to, jaké zde mohou nastat komplikace. Většina sester správně uvedla selhání ledvin. Sestra 5 správně zmínila, že se vyskytují zvýšené ledvinové parametry, kdežto sestra 1 odpověděla nesprávně, že tyto parametry snížené. Vybraná literatura uvádí že, se objevuje zvýšená hladina urey v moči, v důsledku poklesu příjmu tekutin u mentální bulimie. U vážných stavů může dojít až k renálnímu selhání (Meissnerová, 2013). Další otázkou bylo, jaká bude ošetřovatelská péče v této oblasti. Všechny sestry se shodly na sledování příjmu a výdeje tekutin. Další dvě sestry uvedly, že budeme podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat laboratorní hodnoty. Meissnerová ve své publikaci uvedla, kontrolujeme bilanci tekutin, moč (barvu, příměsi, zápach),

dbáme na dostatečnou hydrataci, poučíme pacientku o rizikách plynoucích z nedostatečné hydratace, dbáme na zvýšenou hygienu pohlavních orgánů (zvýšená náchylnost k infekcím), dle ordinace lékaře odebíráme biologický materiál (moč, krev) ke kontrole (Meissnerová, 2013). Poslední zkoumanou oblastí byl endokrinní systém. Jako první jsme se sester ptali na to, jaké komplikace mohou v tomto systému nastat. Nejčastěji sestry odpovídaly riziko hypoglykémie a hyperglykémie. Jedna sestra uvedla za nejčastější komplikaci amenoreu. Informace získané od sester se podobaly literatuře. Hosák uvedl, že jsou přítomny například metabolické a endokrinní změny (klesá sekrece inzulinu, snížení hormonů tukové tkáně, amenorea atd.) (Hosák et. al, 2015). Druhá otázka v této oblasti se týkala ošetřovatelské péče. Nejčastěji sestry uváděly, že budeme sledovat hladinu hormonů, hodnoty krevního cukru a sledování menstruačního cyklu. Na základě ordinace lékaře kontrolujeme hladinu glykémie, provádíme kontrolní odběry krve zobrazující jaterní hodnoty, koagulaci atd., podáváme příslušné léky a sledujeme jejich účinky (Hosák et. al, 2015). U pacientek s mentální anorexií zaznamenáváme amenoreu - absenci menstruace, proto budeme sledovat i menstruační cyklus (Meissnerová, 2013). Na závěr jsme se dotazovaných sester ptali, co si představují pod pojmem amenorea a zda musí nastat vždy. Tři sestry z pěti se shodly na tom, že amenorea je zástava menstruace a nemusí nastat vždy. Zbývající dvě sestry také správně uvedly, zástavu menstruace, ale domnívají se chybně, že nastává vždy. U mentální anorexie je klinicky přítomna amenorea (vynechání menstruačního krvácení), ale krvácení může být často ovlivněno hormonální substitucí (Meissnerová, 2013).

Závěr a doporučení pro praxi

Jak už jsme v úvodu uváděli, výskyt poruch příjmu potravy v dnešní době neúprosně roste. S tímto se zvyšuje i pravděpodobnost hospitalizace. Mnohdy jsou tito pacienti hospitalizováni i na standardních odděleních. Pokud chceme poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči, měli bychom mít alespoň částečně v povědomí, co péče o tyto pacienty obnáší. Informace, které jsme zjistili při provádění výzkumu, nás dovedly k závěru, že by bylo vhodné pořádat pro sestry v rámci celoživotního vzdělávání kurzy nebo alespoň přednášky o tomto tématu. Přednášky by měly informovat o specifické ošetřovatelské péči a komplikacích, které mohou nastat. Měly bychom také zdůraznit, že nesprávná ošetřovatelská péče by mohla mít fatální následky. Například podání vyšší dávky výživy, než předepsal lékař, může vést k nebezpečnému metabolickému rozvratu,

který nazýváme refeeding syndrom. Ten může vést k život ohrožujícím stavům, jako jsou maligní arytmie a srdeční selhání. Jako další opatření by mohlo být zařazení tohoto tématu například do informačního systému (QM portál), elektronického vzdělávání. Došlo by tak ke zkvalitnění ošetřovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy. Můžeme tím předejít i některým zdravotním komplikacím, které hrozí u těchto pacientů a zároveň by se dalo snáze navázat na následující léčbu ve specializovaném zařízení.

Zdroje:

BALOGOVÁ, Eva. 2012. *Hodnocení stavu výživy kriticky nemocných*. Sestra. **22**(6), 50-51. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers

HOSÁK, Ladislav et al. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

KOHOUT, RUŠAVÝ a ŠERCLOVÁ. 2016. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2

KOLEKTIV AUTORŮ, 2016. *Osteoporóza – pohyb je prevencí i léčbou*. Medical tribune. **12**(21). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: http://www.tribune.cz/tituly/mtr

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

MEISNEROVÁ, Eva. 2013. *Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty*. Interní medicína pro praxi. **15**(8-9), 266-268. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: http://www.internimedicina.cz/archiv.php

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-98-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

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

RICHTEROVÁ, Markéta. 2015. Nozokomiální nákazy nejsou fenoménem 21. století. *Mladá fronta DNES: Zdravotnictví a medicína* [online]. 27. 10. 2015 [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/nozokomialni-nakazy-nejsou-fenomenem-21-stoleti-480229

RINGWOOD, Susan et al. 2012. *The beat guide understanding rating disorders*. Norwish: Wensum House. ISBN 978-0-9574686-0-3

SLANINOVÁ, VEGERBAUER a MALÝ. 2012. *Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta*. Dermatologie pro praxi. **6**(1), 33-39. ISSN 1802-2960. Dostupné také z: http://www.dermatologiepropraxi.cz/archiv.php

STÁRKOVÁ, Libuše. 2009. *Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy = risk of death and insidious complications of rating disorders*. Psychiatrie pro praxi. **10**(3), 112-116. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/02.pdf.

ZAZULA, Roman, Petr WOHL a Pavel WOHL. 2009. *Nutriční stav pacienta a možnosti jeho hodnocení*. Interní medicína pro praxi. **11**(1), 45-47. ISSN 1212-7299

Specifics of nursing care in case of Eating disorders

Abstract

Incidence of eating disorders has been increasing as well as quantity of hospitalizations of patiens with this type of problems. Patients with eating disorders are frequently hospitalized in the intensive care units, on standard wards. Medical staff must be able to recognize signs and symptoms of eating disorders to be able to provide adequate nursing care. The goal of our research was to check nurses knowledge of the risk factors, specific nursing care, as well as complications. We used high quality research using non-standardized interviews with five nurses. Our research revealed that nurses have knowledge about risk factors and triggers for this illness. We have also found ou that the nurses have basic knowledge of specific nursing care. However, our research identified some problematic questions the nurses were not able to answer, for example explaining definition of the refeeding syndrome. We discovered the nurses were able to identify some possible complications related to nursing care.

Keywords: *eating disorders, nursing care, complications*

Kontaktní údaje

Kristýna Jelínková

jelinkovakristyna@post.cz

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Studentská 1402/2

Liberec, 416 17

Mgr. Marie Froňková

marie.fronkova@tul.cz

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Studentská 1402/2

Liberec, 416 17