

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DIAGNÓZOU
MENTÁLNÍ ANOREXIÍ**

Bakalářská práce

LUCIE TŮMOVÁ

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
PRAHA 5**

Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová

**Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: všeobecná sestra**

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům

Praha 31. března 2009

ABSTRAKT

TŮMOVÁ, Lucie Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou mentální anorexii. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Marie Vlachová

Hlavním tématem bakalářské práce je popis ošetrovatelského procesu u pacientky s diagnózou mentální anorexie. Teoretická část obsahuje definice u různých typů poruch příjmu potravy, přičemž se zaměřuje především na mentální anorexii. Popisuje její příčiny, formy a průběh. S mentální anorexií jsou také spojeny různé zdravotní komplikace – váhový úbytek, různé psychické poruchy nebo ztráta menstruace. Závěr teoretické práce se zmiňuje o možnostech léčby a terapie.

Klíčová slova: mentální anorexie, zdravotní komplikace, léčba.

ABSTRACT

Tůmová, Lucie nursing process in a patient diagnosed with anorexia nervosa. Prague, 2009. Bachelor's thesis. College of Health o.p.s. Bachelor's general nurse. Supervisor: Mgr. Vlachová

The main topic of thesis is a description of nursing process for patients diagnosed with anorexia nervosa. The theoretical part contains the definitions and history of different types of eating disorders, which focuses mainly on anorexia nervosa. Describes the history and development, causes, forms and progress. With anorexia nervosa are also linked various health complications - weight loss, various mental disorders or loss of menstruation. Finally, theoretical part (work) refers to the possibilities of treatment and therapy.

Keywords: anorexia nervosa, medical complications, treatment.

PŘEDMLUVA

V dnešní době se mnoho lidí, zvláště pak žen, snaží přiblížit novému „ideálu krásy“ čím dál více proklamovaného v médiích. To způsobilo velký nárůst počtu lidí s poruchami příjmu potravy, zejména pak mentální anorexie.

V mojí bakalářské práci se snažím vyčerpávajícím způsobem podat informace o mentální anorexii a současně jí pojmout tak, aby byla srozumitelná pro zdravotnický personál a studenty ve zdravotnictví.

Toto téma jsem si vybrala, protože mě vždycky tato problematika zajímala. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, internetových, tak i časopiseckých pramenů.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Vlachové, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Vrchní sestře Hance Pálkovské na Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol za možnost si na oddělení vypracovat lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci a pracovat s pacientkou. Dále bych neměla opomenout pana Mgr. Hozdu za pomoc s úpravou své bakalářské práce. Také chci poděkovat své rodině a mému příteli za podporu, kterou mi poskytli.

Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část.....	11
1 Poruchy příjmu potravy.....	11
1.1 Typy poruch příjmu potravy.....	11
1.1.1 Mentální bulimie.....	11
1.1.2 Záchvatovité přejídání.....	11
1.1.3 Symptom nočního přejídání.....	12
1.1.4 Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídla.....	12
1.1.5 Syndrom vybíravosti v jídle.....	12
1.1.6 Syndrom pervazivního odmítání.....	12
1.1.7 Ruminace.....	12
1.1.8 Pika.....	13
2 Mentální anorexie.....	14
2.1 Mentální anorexie - diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0).....	14
2.2 Příčiny.....	15
2.3 Příznaky.....	16
2.4 Formy, průběh a prognóza.....	17
2.5 Epidemiologie.....	18
2.5.1 Prevalence poruch příjmu potravy (PPP).....	19
2.5.2 Studie zvláštních populačních skupin.....	19
2.5.3 Prevalence rizikových postojů a chování.....	19
2.6 Etiologie a komorbidita.....	20
2.6.1 Sociální a kulturní faktory.....	20
2.6.2 Biologické faktory.....	20
2.6.3 Životní události.....	21
2.6.4 Rodinné a genetické faktory.....	21
2.6.5 Emocionální faktory.....	21
2.7 Zdravotní komplikace mentální anorexie.....	22
2.7.1 Kardiovaskulární komplikace.....	22
2.7.2 Renální komplikace.....	22
2.7.3 Gastrointestinální komplikace.....	23
2.7.4 Kosterní komplikace.....	23
2.7.5 Endokrinní komplikace.....	24
2.7.6 Hematologická komplikace.....	24
2.7.7 Neurologická komplikace.....	24
2.7.8 Metabolická komplikace.....	25

2.7.9 Dermatologická komplikace.....	25
2.8 Sexualita a plodnost.....	26
2.8.1 Menstruace.....	26
2.8.2 Plodnost.....	26
2.8.3 Těhotenství.....	26
2.9 Mentální anorexie v dětství.....	27
2.9.1 Dívky s mentální anorexií.....	27
3 Léčba.....	28
3.1 Ambulantní léčba.....	28
3.2 Hospitalizace.....	28
3.3 Psychoterapie.....	29
3.4 Individuální terapie.....	29
3.5 Rodinná terapie.....	30
3.6 Skupinová terapie.....	30
3.7 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	32
3.8 Farmakoterapie.....	32
Praktická část.....	34
4 Identifikační údaje.....	34
5 Anamnéza.....	35
5.1 Rodinná anamnéza.....	35
5.2 Osobní anamnéza.....	35
5.3 Sociální anamnéza.....	35
5.4 Farmakologická anamnéza.....	36
5.5 Alergická anamnéza.....	36
5.6 Gynekologická anamnéza.....	36
5.7 Psychiatrická anamnéza.....	36
5.8 Nynější onemocnění.....	37
6 Objektivní nález.....	38
6.1 Celkový stav pacientky při příjmu.....	38
6.1.1 Vyšetření hlavy a krku.....	38
6.1.2 Hrudník.....	38
6.1.3 Břicho.....	38
6.1.4 Končetiny.....	39
6.1.5 Genitál dívčí.....	39

7 Fyzikální vyšetření sestrou.....	40
7.1 Při příjmu 20. 1. 2009.....	40
7.2 Aktuální z 16. 2. 2009.....	40
7.3 Vyšetření.....	41
8 Terapie.....	42
8.1 Farmakoterapie.....	42
8.1.1 Zoloft	42
8.1.2 Lactulosa sol.	42
8.1.3 Bion 3	43
8.1.4 Estrofem 1 mg.....	43
8.1.5 Sorbifer Dulures 100 mg	43
8.2 Dietoterapie.....	43
8.3 Psychoterapie.....	44
8.3.1 Psychoterapie.....	44
8.3.2 Arteterapie.....	44
8.3.3 Ergoterapie.....	44
8.3.4 Muzikoterapie.....	44
8.3.5 Canisterapie.....	44
9 Průběh hospitalizace.....	46
10 Epikríza z 16. 2. 2009.....	48
11 Sesterská anamnéza podle modelu M. Gordonové.....	49
11.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.....	49
11.2 Výživa a metabolismus.....	49
11.3 Vylučování.....	49
11.4 Aktivita, cvičení	50
11.5 Spánek a odpočinek.....	50
11.6 Vnímání a poznávání.....	50
11.7 Sebepojetí, sebeúcta.....	51
11.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy.....	51
11.9 Sexualita, reprodukční schopnost.....	51
11.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance.....	51
11.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty.....	52
11.12 Jiné.....	52
12 Seznam ošetřovatelských diagnóz.....	53
12.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	53

12.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	53
13	Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách.....	54
13.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	54
13.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	59
14	Edukace pacientky.....	61
14.1	Edukační záznam.....	61
14.1.1	Realizace.....	61
14.1.2	Edukační potřeba v oblasti.....	61
14.1.3	Téma edukace.....	61
14.1.4	Forma edukace.....	61
14.1.5	Reakce na edukaci.....	61
14.1.6	Příjemce edukace.....	61
14.1.7	Edukátor.....	62
14.2	Edukační plán.....	62
14.2.1	Význam.....	62
14.2.2	Technika.....	62
14.2.3	Místo edukace.....	62
14.2.4	Postup při zaškolování pacientky.....	62
14.3	Informace pro pacientku.....	63
14.3.1	Výživa.....	63
14.3.2	Výživová hodnota stravy.....	63
14.3.3	Obecné zásady správného stravování	64
14.3.4	Zásady jak se správně stravovat u pacientky s mentální anorexií.....	65
14.4	Závěr edukace.....	66
	Závěr.....	67
	Seznam zkratk.....	69
	Seznam literatury.....	70
	Internetové stránky.....	71
	Přílohy.....	72

Úvod

V dnešní době porucha příjmu potravy, a to hlavně mentální anorexie a mentální bulimie, je v mediích čím dál víc diskutována, ale přesto je výskyt této poruchy stále častější a věkové rozmezí se rozšiřuje. Mentální anorexie je onemocnění, které začíná velmi nevinně a pozvolna, ale mnohdy může skončit až smrtí. A proto jsem se rozhodla ve své bakalářské práci na tuto problematiku poukázat tak, aby pomohla zdravotnickému personálu a studentům ve zdravotnictví lépe pochopit, jak toto onemocnění probíhá a jak nejlépe pacientům pomoci.

V první části jsem se zaměřila na definici poruch příjmu potravy a jejich základní rozdělení. V druhé části jsem se snažila co nejlépe vysvětlit a popsat mentální anorexii, rozvést v ní důvody vzniku tohoto onemocnění, příznaky, možné zdravotní komplikace a častokrát zdlouhavou léčbu. Ve třetí části jsem si vybrala na dětském psychiatrickém oddělení ve FN Motol pacientku s mentální anorexií a sepsala s ní ošetrovatelskou dokumentaci a edukovala jí o správné životosprávě, vhodných a nevhodných potravinách, o obecných zásadách správného stravování atd. Poslední část obsahuje seznam zkratk, seznam literatury a internetových stránek, do kterých jsem při práci nahlížela. Dále pak tam nalezneme přílohy, ve formě tabulek a fotografií.

Teoretická část

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou zrádné tím, že začínají nenápadně a bez jakéhokoliv varování. Tyto poruchy trápí převážně dospívající dívky, ale v dnešní době nejsou výjimkou ani muži. Aktuální poměr mezi ženami a muži je podle výzkumu 10:1. Podle posledních údajů se věk dětí a dospívajících trpících touto chorobou snižuje. Tato problematika se řeší v posledních desetiletích především z hlediska psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie, ale také je předmětem sociokulturní analýzy.

Nejčastějšími onemocněními poruch příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Specifické je pro tyto syndromy extrémní zaujetí vlastním tělem a strachem z tloušťky.

1.1 Typy poruch příjmu potravy

Pokud pacientka netrpí mentální anorexií ani bulimií může to být nějaká jiná porucha příjmu potravy.

1.1.1 Mentální bulimie

Je to porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Marlene Boskind - Lodahl navrhnul tři základní kritéria mentální bulimie: silná a nepotlačitelná touha se přejídat, snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ (nebo obojím) a chorobný strach z tloušťky.

(Krch a kolektiv, 2005, s. 18)

1.1.2 Záchvatovité přejídání

Postižené osoby, které trpí záchvatovitým přejídáním se celý den točí jenom kolem jídla. Skoro všechny pocity, které prožívají se týkají jídla. Těší se na jídlo, obviňují se, že snědli něco sladkého, mají strach, že se přestanou kontrolovat a že budou mít záchvat

přejídání. Záchvatovité přejídání znamená, že během krátkého časového intervalu dokáží spořádat neskutečné množství jídla a jedí dál, i když utišili svůj hlad. Některé dívky mají pocit, že nedokážou přestat jíst. Jedí tak dlouho, dokud jim není špatně. Tito lidé nemají žádný požitek z jídla, spíš naopak, prožívají stavy sebeobviňování, že nedokázali přestat jíst a že nezvládají svůj život. Považují se za méněcenné.

1.1.3 Symptom nočního přejídání

Jedná se o opakované vyprazdňování ledničky během noci. Je to spánková porucha, která je vyvolaná vnějšími vlivy. Objevuje se u lidí s normální váhou, ale vede k obezitě. Tato porucha je spíš u lidí, kteří mají sklony k depresi a úzkostem.

1.1.4 Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídla

Lidé postižení touto poruchou nedokážou nic sníst pokud jsou ve stresu nebo nervózní, což se v menší míře vyskytuje u většiny lidí, odborného léčení je třeba až v případě, že situace postoupí do extrému.

1.1.5 Syndrom vybíravosti v jídle

Je to porucha, která se týká převážně dětí. Dítě začne odmítat veškerá jídla, kromě např. sladké kaše, a pak je třeba tuto situaci řešit, protože výživový deficit může škodit dětskému organismu.

1.1.6 Syndrom pervazivního odmítání

Dítě pořád odmítá jídlo, pití, pohyb, jakoukoliv péči o sebe.

1.1.7 Ruminace

Je porucha příjmu potravy, která se vyskytuje u kojenců nebo batolat. Projevuje se častým ublinkáváním bez zřejmého nechutenství nebo jiných příčin.

1.1.8 Pika

Je to porucha, která se projevuje častým požíváním jakýchkoliv nestravitelných látek jako je např. papír, hlína, dřevo atd. Vyskytuje se u dětí nebo mentálně retardovaných dospělých.

(Krch a kolektiv, 2005; Oranžová, 1997)

2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je psychické onemocnění, které je charakterizováno úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Ve většině případů bývá nechutenství a oslabení chuti k jídlu již následkem dlouhodobého hladovění, přičemž tyto projevy mohou být mylně pokládány za příčiny onemocnění, které však těmito projevy nemusí být provázeno vůbec. Někteří pacienti naopak mají zvýšený zájem o jídlo, kdy např. sbírají recepty, rádi vaří apod. Tito pacienti neodmítají jídlo, protože by neměli chuť k jídlu, ale odmítají jídlo, protože nechtějí jíst ze strachu z tloušťky a proto často uvádějí různé důvody, proč jíst nemohou. Pokud se toto onemocnění neléčí, může se vystupňovat až do chronické mentální anorexie a nebo může dojít až k úmrtí pacienta.

(Krch a kolektiv, 2005)

2.1 Mentální anorexie - diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

„Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

Snížení hmotnosti způsobuje nemocný sám vyhýbáním se jídlům, „po kterých se tloustne“, a užíváním jednoho nebo několika z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti).

Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnou zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjí prsa a dohází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak první menstruace je opožděna.“

(Krch a kolektiv, 2005, s.16)

2.2 Příčiny

Příčinou onemocnění mentální anorexií nikdy není jen jeden faktor, ale je jím vždy kombinace několika vlivů. Převážně se jedná o ty, jenž působí na psychiku, protože mentální anorexie je především onemocněním psychickým. Tyto faktory můžeme rozdělit do dvou hlavních kategorií – sociální a individuální, přičemž sociální vlivy vytvářejí obecné předpoklady a právě individuální faktory jsou tím spouštěcím mechanismem pro rozvoj této choroby.

Výrazným sociálním vlivem je dnes mediálně protlačovaný ideál štíhlosti, kterému se mnoho žen snaží přiblížit a s tím souvisí i názor žen, že čím více štíhlé budou, tím větší bude o ně zájem u mužů. Například nezaměstnanost či život bez partnera mohou být prvotním důvodem vzniku těchto problémů.

Individuálních vlivů pak může být několik. Často musíme pro zjištění důvodu choroby zapátrat v pacientově dětství. Významné je hlavně sociální prostředí ve kterém pacient vyrůstal. Ukazuje se, že mentální anorexií trpí v drtivé většině osoby pocházející z vyšších a i nejvyšších společenských vrstev. Důvodem bývají přehnané nároky, které na své děti tito rodiče kladou. Nejvíce bývají děti ovlivněny matkou, proto také přehnaná starostlivost a péče, která jde často ruku v ruce s překrmováním dítěte se poté v pozdějším věku často obrací k odmítání potravy. Se starostlivostí pak souvisí i obavy o dítě, které se však na něj přenáší, dítě je nejisté a je zde opět další impuls, který může vést k poruchám příjmu potravy.

Nejen v dětství, ale i v pozdějším věku se mohou objevit spouštěcí faktory. Hlavním takovýmto vlivem bývá nedostatek citů u osamělých osob, dále pak různé neúspěchy, zklamání, nesplněné naděje či přání, nedosažené cíle apod. Konflikty s okolím plynoucí z těchto frustrací a ztráta sebevědomí, často také v kombinaci s neschopností tyto

konflikty řešit v důsledku nevyhovující výchovy, vedou k prohlubování frustrace a mohou vést i k odmítání potravy.

Vlivů, které mohou způsobit mentální anorexii, může být samozřejmě mnohem více, proto je důležité co nejpřesněji stanovení těchto vlivů, což následně umožní sestavení individuálního léčebného plánu pro každého jedince.

(Krch a kolektiv,2005; Papežová, 2000)

2.3 Příznaky

Pacientky na počátku mentální anorexie nemají na první pohled nikterak znatelné příznaky onemocnění. Většinou si ani rodina nebo nejlepší kamarádky nevšimnou začínajícího problému. Na úplném počátku dojde ke změně jídelního návyku, kdy pacientka odmítá jíst s ostatními členy rodiny, vymlouvá se, že už jedla, nebo že jí není dobře. Ze začátku vynechává jen jistou škálu potravin a později se omezí jen na zeleninové saláty nebo tekutiny. I během stolování dochází k náhlým změnám, kdy anorektička jí z menšího talíře (porce na nich vypadají větší), pečlivě žvýká a po každém soustu zapíjí jídlo vodou. I její styl oblékání se mění. Začne nosit volné oblečení, aby nebylo vidět vyhublé tělo, protože by si toho mohla všimnout rodina a začít ji nutit do jídla. Přístup k životu má spíše pasivní. Nerada chodí do společnosti, je spíše tichá, nezajímá se o okolí. Pacientka často trpí depresemi. Je smutná, úzkostlivá, nekomunikuje, z ničeho nemá radost, vše je jí jedno. Někdy depresivní stavy mohou dojít až k sebepoškozování. Dívky, které trpí mentální anorexií často ztrácí menstruaci. Tělo shromažďuje svoje rezervy a je nuceno sáhnout i ke štěpení vlastních bílkovin, kdy postižená dívka ztrácí jak na svalové hmotě, tak i její vnitřní orgány se začnou zmenšovat a to přednostně ty, které nutně nepotřebuje k životu. Jsou to právě pohlavní orgány. Menstruace nebo reprodukce je přepych, který si tělo nemůže dovolit. V pokročilém stádiu mentální anorexie bývá nadměrná vyhublost, kdy pacientka má znatelně vystupující se žebra, hroty obratlů, klouby atd. Nedostatek příjmu živin způsobuje lámavost nehtů, padání vlasů, pokožka je dehydrovaná a má nezdravou, šedivou barvu. Někdy se může objevit na těle tzv. Lanugo. Je to jemné ochlupení, které mají nenarozené děti. Je to z důvodu, že organismus se snaží pomoci selhávající termoregulaci.

Anorektičky používají různé metody, aby co nejrychleji zhubly a nikdo si toho nevšiml. Mohou se uchýlit k častému zvracení, užívání diuretik nebo laxativ. Často cvičí, a to i několik hodin denně. Samozřejmě tak, aby si toho nikdo nevšiml.

Pokud pacientka, která trpí mentální anorexií nepochopí, že má nějaký problém, tak její rodina může dělat všechno možné a nijak ji nepomůže. Důležité je aby anorektička pochopila, že je ve stavu, kdy ohrožuje svůj vlastní život. A pokud se tak stane, je to první krok k nápravě.

(Krch a kolektiv, 2005; Papežová, 2000)

2.4 Formy, průběh a prognóza

Mentální anorexie má několik forem. Dělí se dle délky trvání na akutní pubertální mentální anorexii a na chronickou mentální anorexii. Akutní pubertální mentální anorexie se vyskytuje v pubertě převážně u dívek. Hlavními symptomy u této formy je rychlý váhový úbytek, kdy pacientka striktně odmítá jídlo. Bez léčby může dojít až ke smrti pacientky. Tato akutní forma může často přejít do chronické formy, kdy nemocná i bez léčby zanechá autodestruktivního chování a akceptuje nutnost konzumace určitého minima potravy. Pacientka nepřibírá na váze a stagnuje ve stejném váhovém minimu, které není životu nebezpečné a které ony samy považují za přijatelné. Tato chronická forma může trvat i několik let. Může ale dojít i k navrácení akutní formy v důsledku stresu nebo jiného psychického problému.

Dále se mentální anorexie dělí dle způsobu snižování tělesné hmotnosti na dva typy. Na restriktivní nebo bulimický typ mentální anorexie, kdy dochází k váhovému úbytku omezením příjmu potravy, hladověním a přehnaným tělesným cvičením. Nedochozí k přejídání ani zvracení. Druhým typem je bulimický purgativní typ, při kterém pacient přísně omezuje příjem potravy. Dochází k záchvatovitému přejídání střídaném posléze zvracením.

Mentální anorexie, dále MA, začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let, jen výjimečně se můžeme setkat s touto poruchou po čtyřicátém roce. MA často postupuje jen velmi pomalu a nenápadně. Často toto onemocnění je započato nevhodnou poznámkou o proporcích dívky. Dívky si uloží tuto informaci do svého podvědomí

a začnou reagovat po svém. Většinou právě nesprávně. Dívky (výjimečně chlapci) začnou několikrát za den sledovat svoji váhu, vidí se jako tlusté a nemotorné. Každodenní vážení je motivuje k snížení své váhy, aby přestali jíst. Ze začátku se snaží snížit příjem jen některých potravin, které mají vysokou kalorickou hodnotu., později omezí i všechny ostatní potraviny. V nejtěžších případech vynechávají i příjem tekutin. Aby dostatečně rychle hubly, vynakládají větší pohybovou aktivitu. První příznaky onemocnění jsou nenápadné. Nemocní se naučí používat takové techniky (nosí dlouhá trička, silné mikiny, vyhýbají se společnému stravování atd.), aby rodina a přátelé nepoznali jakékoli příznaky onemocnění. Pokud už začnou první příznaky onemocnění (změna nálad, agresivní reakce, zhoršení kvality vlasů a pleti, vynechání menstruace, snížený zájem o sexuální život atd.) propuká nemoc v plné síle. Často pacientky používají k vyprázdnění laxativa nebo diuretika, kdy mohou skončit až na jednotce intenzivní péče pro zdravotní komplikace vyvolané dehydratací, které si způsobily častým zvracením nebo vyprazdňováním. Toto onemocnění může buď existovat jako jedna epizoda s jejím úplným zánikem anebo může přejít do chronického průběhu, kdy může trvat i několik let, nebo naopak se může vracet v několika periodách. Podle současných údajů se 40 % nemocných uzdraví úplně, 30 % se zlepší, 20 % se nezlepšilo nebo se dokonce zhoršuje a 2 - 5 % případů končí smrtí.

(Krch a kolektiv, 1998)

2.5 Epidemiologie

Epidemiologický výzkum zjišťuje jaká je prevalence (aktuální rozšíření poruchy) a incidence (počet nových případů za určité období) určité poruchy nebo nemoci a jaké mohou být její základní determinanty (rozhodující okolnosti). Zatímco prevalence svědčí spíše o zastoupení poruchy u různých populačních skupin, je incidence longitudinálním ukazatelem. Čím rozdílnější jsou hranice mezi normou a patologií, tím těžší může být na tyto otázky odpovědět.

Od šedesátých let čím dál tím víc vzrůstá výskyt pacientek s mentální anorexií. Incidence MA je uváděna v počtu nových případů na 100 000 obyvatel za rok. Překvapivě vyšší výskyt MA byl zaznamenán na venkově než ve městech. Průměrná roční incidence MA uvádí 14,7 u žen a 1,4 u mužů. Nejvyšší výskyt nových případů

anorektiček je ve věku 15 až 19 let. Mnoho anorektiček, ale nemusí být nikdy léčeno s touto psychiatrickou diagnózou, a tak se nikdy nedostanou do žádného seznamu pacientů. Mentální bulimie byla do roku 1979 ve zdravotnictví neznámým pojmem, a proto je jen málo epidemiologických studií zaměřena na její incidenci.

2.5.1 Prevalence poruch příjmu potravy (PPP)

Výskyt PPP se posuzuje hlavně pomocí dotazníku. Na vyplňování dotazníku jsou pozváni ti respondenti, kteří překročili kritické skóre nebo byli náhodně vybráni, aby se zjistila rozlišovací kvalita dotazníku, aby dotazník nevykazoval falešně pozitivní nebo hraniční případy. Aby kritické případy mohly být znovu posouzeny, nesmí dotazník být anonymní, což může některé respondenty odradit a snížit jejich sebehodnocení.

2.5.2 Studie zvláštních populačních skupin

Hlavním zájmem epidemiologickém výzkumu jsou faktory, které mohou mít vliv na výskyt PPP. Mezi tyto faktory patří pohlaví, věk, tělesná hmotnost, barva pleti, sociální status, profese nebo souběh dvou a více duševních poruch.

2.5.3 Prevalence rizikových postojů a chování

Epidemiologické výzkumu se zaměřil i na studii jednotlivých symptomů tohoto onemocnění. Základními faktory jsou např. nadměrná pozornost věnovaná své postavě a tělesné hmotnosti, strach z tloušťky, přísné redukční diety, pocity přejedení a další psychické faktory. Největší pozornost je zaměřena na dietní chování pacientky, které hraje významnou roli v mnoha etiologických výzkumech. Výzkum potvrzuje, že diety jsou v ženské populaci velmi rozšířeny.

V epidemiologickém výzkumu se zjistilo, že incidence a prevalence mentální anorexie v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a že v posledních deseti letech vzrůstá její výskyt.

(Krch a kolektiv, 2005)

2.6 Etiologie a komorbidita

Etiologie je nauka o příčinách a původu nemoci. Každá nemoc má svoji příčinu. Někdy má jednu nebo i několik příčin. Komorbidita znamená výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho jedince. Je přítomna u 60 % nemocných s mentální anorexií, kteří trpí nejčastěji poruchou osobnosti, depresemi, úzkostnými poruchami, obsedantně-kompulzivní poruchou a dalšími. V etiologii neexistuje jasný, specifický etiologický faktor nebo příčinná událost, která by se vyskytovala u všech pacientek. V etiologii se uplatňují vlivy sociokulturní, rodinné a genetické faktory, emocionální faktory, nepříznivé životní události, osobnostní rysy, vývojové a biologické faktory.

2.6.1 Sociální a kulturní faktory

Problémem poruchy příjmu potravy je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlou, vyhublou ženu a nadměrnou sebekontrolu. Většina adolescentů ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a úspěchu. Čím dál tím víc žen je srovnávána se štíhlým ideálem krásy, ale přitom jen málo žen ve věku mezi 20 až 30 let mělo možnost být stejně štíhlé jako průměrná modelka. Ideální proporce, tělesná váha je pro většinu žen biogeneticky nedosažitelná a je pro ně zdravotně ohrožující. Stejně tak nebezpečné jsou i metody jak dosáhnout štíhlé postavy. Před 40 nebo 60 lety byly obavy z nadměrné štíhlosti a podávali se léky na přibrání, dnes naopak komerční reklama ovládá prostředky na hubnutí, kdy štíhlost je moderní. Na ženy se vyvíjí stále vyšší tlak v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. Mentální anorexie je považována za kulturně podmíněný syndrom.

2.6.2 Biologické faktory

a) ženské pohlaví- Nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro rozvoj PPP je ženské pohlaví. K největším tělesným a psychickým změnám dochází v období puberty a adolescence. V období puberty dochází k růstu tělesné hmotnosti a přibývání tukových zásob. U většiny žen je nárůst BMI z 16 na 19. Nárůst tuků spojené s pubertou může být pro většinu dívek hrozbou.

b) tělesná hmotnost- S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá u žen nespokojenost

s tělem a roste i nebezpečí redukčních diet. Steiner, Sanders a Ryst v roce 1995 zjistili, že u žen které mají více uložené tuky na bocích, stehnech a na hýždích mají vyšší riziko vzniku PPP než ostatní ženy. Při úbytku hmotnosti se ztrácí tuková a svalová hmota. Při opakujícím kolísání hmotnosti dochází k nárůstu tuku. Kolísání váhy je stejně nebezpečné jako obezita, kdy dochází ke zvýšené psychopatologii a nespokojenosti se svým životem. MA a další PPP se vyskytují nejčastěji při těžkém životním období.

c) menstruační cyklus- Většinou na počátku anorexie přichází nepravidelná menstruace, protože snížení příjmu energie vede už k endokrinním změnám. U 10 až 20 % pacientek dochází k amenorea.

2.6.3 Životní události

Často špatné životní události mohou být spouštěcím faktorem mentální anorexie a dalších PPP. Nejčastěji anorektičky zmiňují, že různé narážky na jejich postavu, tloušťku vyvolalo počáteční problém. Osobní neúspěch, sexuální konflikty, rodinné problémy, odmítnutí vrstevníky, odloučení od lásky nebo rodiny může být spouštěcím mechanismem anorexie.

2.6.4 Rodinné a genetické faktory

Počátek anorexie můžou způsobit vlivy rodiny na pacientku. Rodina klade příliš velké nároky anebo velký důraz na zdravý životní styl, na dodržování diet a často se hovoří o tělesných tvarech. Výskyt PPP mezi sourozenci pacientů je v rozmezí 3 až 10 %. Výskyt u dvojčat mezi pacientkami je docela častý, proto lze předpokládat, že tato skutečnost může být významným rizikovým faktorem.

2.6.5 Emocionální faktory

U pacientek s mentální anorexií se mnohdy vyskytují další přidružené psychiatrické nemoci, jako je např. deprese, úzkost a obsedantně-kompulzivní příznaky. Většina depresivních a úzkostných příznaků je spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Negativní sebehodnocení, depresivní a úzkostná nálada představuje významné nespecifické faktory zvyšující riziko PPP.

(Krch a kolektiv, 2005; Krch a kolektiv 1998)

2.7 Zdravotní komplikace mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací. Pokud pacientka dlouhodobě hladoví, může dojít k deficitu všech základních látek, k zástavě růstu i celkového vývoje dítěte a postupem času může nastat až selhávání funkcí důležitých orgánů. V nejhrošším případě může u tohoto onemocnění dojít až k úmrtí. MA je jedna z nejčastějších psychických poruch, která končí smrtí. Dále v této bakalářské práci popíšu zdravotní komplikace poruch příjmu potravy u všech hlavních tělesných systémů.

2.7.1 Kardiovaskulární komplikace

Je nejčastější komplikací u poruch příjmu potravy. Setkáváme se např. se sinusovou bradykardií, kdy dochází k snížené frekvenci o 60 úderech za minutu, nacházíme u více než 80 % pacientek. Je to způsobeno snížením metabolismu. Může často docházet k hypotenzi, která může být pod 90/60 mm Hg. Je to způsobeno dlouhodobým snížením objemu tělních tekutin a to může způsobit stavy závratí a vést k náhlým ztrátám vědomí. Známé jsou také poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory s následným zhoršením výkonnosti srdečního svalu. Časté nadužíváním diuretik nebo projímadel může vést k poruše elektrolytové rovnováhy, která může vyvolat až srdeční arytmii, může dojít až k srdeční zástavě, která může být způsobena náhlým a rychlým obnovením výživy.

2.7.2 Renální komplikace

Renální abnormality se objevují až u dvou třetin anorektiček. Většina pacientek přijímá dostatečné množství bílkovin, a proto u nich může dojít ke zvýšení hladiny urey v krvi.

Hlavními poruchami elektrolytové rovnováhy jsou hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie a hypochlorní metabolická alkalóza. Rychlá realimentace (rychlé obnovení výživy) může způsobit náhlý přesun fosfátu do buněk, který může způsobit výraznou hypofosfatémii a generalizované křeče. A proto je nutné u všech těžce podvyživených pacientek, u kterých dochází k realimentaci, sledovat koncentraci fosfátů v plazmě a v případě nutnosti doplňovat fosfáty orálně. Asi u jedné pětiny

pacientek se může objevit během realimentační fáze mírný otok končetin.

U pacientek, které se předávkovaly projímadly, se mohou objevit těžké a rychle vznikající otoky, které vedou k výrazné hypoproteinémii a následně k hypovolemickému šoku, ledvinovým infarktům a kardiovaskulárnímu selhání. Je to život ohrožující stav, který se musí léčit pomocí nitrožilního podání proteinů. Proto by se mělo u těchto pacientek pravidelně sledovat renální funkce, včetně hladiny urey, elektrolytů, kreatinu, výdeje moči a clearance kreatininu.

2.7.3 Gastrointestinální komplikace

Nejčastějšími komplikacemi je benigní zduření parotických žláz, které se objevuje u 50 - 25 % bulimiček, ale častokrát se s tímto problémem setkáváme i u mentální anorexie a dalších případů chronické podvýživy. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází k zánětům jícnu, jícnových erozích a vředů, které se vyskytují u zvracejících anorektiček. Ruptura jícnu a perforace žaludku je vzácná, ale velmi závažná komplikace, která může nastat po silném zvracení. V obou případech je nutný rychlý, chirurgický zásah. Zhoršená pohyblivost tenkého střeva je u anorektiček poměrně častá. Pomocí rentgenu lze zjistit u poloviny anorektiček roztažení dvanáctníku a u třetiny přechodné roztažení lačnicku. Příčinou může být realimentační pankreatitida, která může způsobit gastrointestinální ileus. Z důvodu častého užívání projímadel může dojít v oblasti tlustého střeva k zácpám, nespecifické zánětlivé změny a melenu (krvácení do tlustého střeva). Hrozí i riziko poškození nervových plexů tlustého střeva.

2.7.4 Kosterní komplikace

U pacientek s mentální anorexií často dochází ke zpomalení vývoje a někdy až k úplné zástavě růstu kostí. Pokud váhový úbytek dosáhne takového stupně, dojde k absenci menstruace. Jen výjimečně se vyskytnou případy osteomalacie (měknutí kostí způsobené ubýváním vápenatých solí), ale to jedině pokud pacientka odmítá mléčné produkty, které obsahují vitamín D a tuky. Častějším problémem bývá osteoporóza, která nastává snížením minerální denzity (hustoty) kostí. Osteoporóza vzniká během prvních dvou let mentální anorexie.

2.7.5 Endokrinní komplikace

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Hlavní příznakem je např. amenorea (vynechání menstruace), která se objevuje u pacientek, které ztratí více jak 15 % optimální tělesné hmotnosti. Dalším příznakem je hypogonadismus (porucha funkce pohlavních žláz), který je doprovázen nízkou bazální plazmatickou hladinou LH a FSH, zpomalením jejich epizodického výdeje a z toho plynoucím nízkým výdejem sérových estrogenů z vaječníku. Hladiny testosteronu jsou u žen v normě, naopak u mužů anorektiků jsou sníženy.

U mentální anorexie je hladina tyroxinu (T4) nižší, ale obvykle je v rozmezí laboratorní normy. Hladina volného trijodthyroninu (T3) je však snížena na polovinu normálních hodnot a to v důsledku snížené periferní přeměny T4 na T3. Hladina volného T4 je v normě a hladina konjugovaného T3 může být zvýšená. Náhrada hormonů štítné žlázy není doporučována, protože snížení hladin těchto hormonů je nutné považovat za obranný homeostatický (udržující rovnováhu v určitém rozmezí) mechanismus. U silně podvyživených pacientek se objevuje neschopnost otěhotnět.

2.7.6 Hematologická komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více jak poloviny anorektiček a jejich klinická závažnost roste s větším úbytkem tělesné hmotnosti. Normocytární anemií trpí 10 - 20 % anorektiček. Leukopénie, která je způsobena hypoplazií kostní dřeně s neutropenií, postihuje 40 - 60 % pacientek. Je důležité při úvodním vyšetření udělat kompletní vyšetření krevního obrazu. Obnovení výživy upraví hematologické změny.

2.7.7 Neurologická komplikace

Častým zvracením, nadužíváním projímadel, diuretik nebo klystýrů lze způsobit akutní poruchu elektrolytové rovnováhy, která může vyvolat řadu neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, svalových křečí, svalové slabosti (která se vyskytuje u 40 % anorektiček), zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků. Méně časté komplikace jsou bolesti hlavy, křeče, poruchy hybnosti, náhlé ztráty vědomí a dvojité

vidění. Při váhovém úbytku může někdy dojít ke snížení mozkového parenchymu a zvětšení mozkových komor, které mizí při návratu normální tělesné hmotnosti.

2.7.8 Metabolická komplikace

U pacientek s mentální anorexií dochází ke zhoršení regulace tělesné teploty, a proto u nich nedochází při vystavení chladu ke zvýšení jádrové tělesné teploty a nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Naopak při vystavení horku dochází k rozšíření cév tzv. vazodilataci a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje. Také bývá narušen metabolismus glukózy, kdy často nacházíme v glukózovém tolerančním testu hodnoty, které svědčí pro diabetes (cukrovku). U 50 % anorektiček nacházíme v krvi vysokou hladinu cholesterolu.

Co se týká spánku, tak anorektičky spí méně hluboce, častěji se budí a celková doba spánku je u nich kratší. Poruchy spánku se upraví po normalizaci tělesné hmotnosti.

2.7.9 Dermatologická komplikace

Pacientky s mentální anorexií mohou mít spousty kožních problémů z důvodu nedostatečné výživy, úmyslného zvracení, užívání projímadel a diuretik, které se mohou projevit suchou šupinatou kůží, lanugo, karotenodermií, purpurou, modřinami atd. Lanugo, což znamená v překladu jemné ochlupení, se objevuje téměř u jedné třetiny pacientek. Toto ochlupení se vyskytuje nejčastěji na tvářích, končetinách a trupu. Žlutavé zbarvení kůže může být přítomno u více jak 70 % anorektiček, což způsobuje nadměrný příjem karotenu a vitamínu A v potravě. Kožní vyrážky častokrát vznikají v důsledku užívání některých léků, aby ubraly na váze.

Je tedy zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou spojeny se spoustou zdravotních komplikací, které vážně ohrožují pacientku na životě, a proto je nutná prevence. Zjištěné zdravotní problémy mohou pomoci i terapeuticky ke zvýšení motivace pacientky.

(Krch a kolektiv, 2005; Kocourková, 1997; Papežová, 2000)

2.8 Sexualita a plodnost

Sexuální fungování - Většina pacientek s mentální anorexií má zábrany v oblasti sexu a to ze strachu z dospívání, což často vede v dospělosti k rezervovanosti a vyhýbání se důvěrným vztahům.

2.8.1 Menstruace

Anorektičky mají závažné problémy s hormonálními poruchami, které vedou k poruchám menstruace, způsobené dysfunkcí hypotalamu. Hlavní poruchou menstruace je amenorea, která se vyskytuje např. při snížené tělesné hmotnosti pod 85 % odpovídající normy, sníženého množství tuku v těle, hyperaktivitou, chováním vedoucím k hubnutí. Ale přesný mechanismus není doposud zcela jasný.

2.8.2 Plodnost

Anorektičky považují těhotenství za ohrožující stav pro obraz svého těla, kontrolu váhy a sebeúctu. Normální váhový přírůstek u těhotných žen bývá 12,5 kg. Uzdravené anorektičky si dobrovolně vybírají život bez dětí z důvodu, že mají strach, že příliš přiberou, obávají se nových tělesných tvarů a toho, že nebudou po porodu schopny se vrátit ke své původní váze. U většiny bývalých anorektiček, které se rozhodnou otěhotnět, nastane zhoršení sexuality a vnímání vlastního těla. Prakticky všechny anorektičky jsou neplodné z důvodu nedostatku sexuální aktivity nebo hormonálních poruch.

2.8.3 Těhotenství

Asi jedna třetina anorektiček má děti. Těhotenství má na většinu anorektiček negativní vliv, a proto u nich dochází k zesílení psychických symptomů. Dostávají se pocity deprese, úzkosti a také strach, že jejich dítě bude nějak postižené v důsledku nedostatečné výživy nebo jiných aktivit vedoucích k hubnutí. A tato obava je opodstatněná, protože anorektičkám se může narodit dítě s nižší porodní váhou, nízkým skóre Apgaru, vyšším výskytem vrozených vad a nebo vyšším výskytem úmrtnosti. Pokud u pacientky došlo k uzdravení nebo je ve stádiu remise, tak se může narodit zcela zdravé dítě.

(Krch a kolektiv, 2005)

2.9 Mentální anorexie v dětství

2.9.1 Dívky s mentální anorexií

„Dívky bývají premorbidně hodnoceny jako výrazně přizpůsobivé, vyhovující, úspěšné v oblasti školní i zájmové, perfekcionistické, odpovědné. S rozvojem jídelní patologie se dostávají se svými rodiči do konfliktů, často lžou a podvádějí ve spojitosti s jídlem, odmítají připustit, že je s nimi něco v nepořádku a snahu druhých osob o změnu, vnímají jako intruzi (vniknutí), na kterou reagují vztekem, lítostí a pocity viny. Rodiče bývají zděšení, nedovedou to pochopit, někdy se dostávají do konfliktu mezi sebou navzájem. Pacientka často rodiče rozděluje, stává se těsně vázanou na matku a otce odmítá či kritizuje.“

(Kocourková et al., 1997, s.19)

3 Léčba

V posledních deseti letech se léčba poruch příjmu potravy zlepšila a rozšířila se nabídka různých psychotherapeutických přístupů k nemocnému.

Mentální anorexie se ve většině případů léčí buď ambulantně, nebo je pacient přímo hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Doba hospitalizace bývá různá, záleží na stavu pacientky, ale většinou to bývá 2-3 měsíce. Během hospitalizace je léčba zaměřena na změnu přístupu pacientky ke stravování, na jiný postoj k vlastnímu tělu, změnu způsobu myšlení atp. Lékař komunikuje jak s pacientkou, tak i s rodinou, která se ve velké míře podílí na léčbě.

3.1 Ambulantní léčba

U chronických nebo nepoddajných pacientů, kteří už během několika let prošli řadou různých forem léčby, nastane bod, kdy už se dále léčit nechtějí. A pak nastupuje léčba, která se nezaměřuje na překonání mentální anorexie, ale na navrácení pacienta do stavu somatické a psychické stability. Tato terapie může být prováděna buď individuálně nebo ve skupině. Lékaři pravidelně sledují tělesnou váhu, elektrolyty a další životně důležitá kritéria zdravotního stavu.

3.2 Hospitalizace

Pro hospitalizaci pacienta je důležité mít závazek aktivní spolupráce, který je prvním krokem v procesu uzdravení. Pobyt v nemocnici se soustředí jak na uzdravování fyzické stránky, tak i odstraňování psychických poruch, které poruchy příjmu potravy udržují nebo s nimi nějak souvisí. Při rozhodování zda je nutné pacienta hospitalizovat je třeba vzít v úvahu, zda není pacient v ohrožujícím stavu a zda není na místě ho nejprve stabilizovat. Existuje několik obecných vodítek, která napomáhají při rozhodování o potřebě hospitalizace pacienta. Je to např. 1) navrácení k normální hmotnosti nebo přerušování trvalého úbytku hmotnosti pacienta, 2) přerušování záchvatů přejídání, užívání projímadel nebo diuretik, 3) zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží, 4) léčba některých přidružených stavů.

Krátkodobá hospitalizace je vhodná za účelem zdravotní stabilizace, která spočívá v psychologickém poradenství a dále pacient pokračuje v léčbě ambulantní psychoterapie. Pro větší část nemocných s poruchou příjmu potravy je vhodnější buď terapie formou denního stacionáře, kdy jsou pacientovi poskytovány denně terapeutické služby, ale nezůstává v nemocnici přes noc, nebo částečná hospitalizace. Dlouhodobá hospitalizace je nutná, pokud je pacient značně vyhublý, vyžaduje pečlivé lékařské sledování, neměl-li úspěch při částečné péči.

3.3 Psychoterapie

Psychoterapie probíhá mezi pacientem a psychoterapeutem. Léčení může být zaměřeno na duševní onemocnění nebo poruchy či problémy běžného života. Většinou tato léčba trvá i několik měsíců. Z psychoterapeutických metod se nejčastěji užívá individuální terapie, kdy se psychoterapeut věnuje jen jednomu jedinci. Dalšími metodami jsou např. párová psychoterapie, kdy během konverzace pacienta a psychoterapeuta přisedí partner či partnerka nemocného. Dále rodinná psychoterapie, kdy léčebnou jednotkou není jen pacient, ale celá rodina nebo aspoň někteří její členové. Dále sem patří skupinová terapie, kdy se sejdě šest až dvanáct jedinců se stejným problémem a hovoří několikrát týdně o svých problémech, pocitech atd. Nejčastěji užívanými psychoterapeutickými přístupy jsou behaviorální-kognitivní terapie, psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie a další.

3.4 Individuální terapie

Je to terapie, kdy se dopodrobna rozebírá problém pacientky. Psychoterapeut se po určitý čas zaměřuje jen na jednoho jedince a to pravidelně. Co se neprobralo na jednom sezení probere se na dalším sezení. Někdy terapeuti dávají úkoly na doma, kdy se pacientka mezi sezeními aktivně podílí na své léčbě. Psychoterapeuti se snaží, aby pacientky pochopily důvody své nemoci a společně našly způsoby řešení, které je pacientce ušité na míru.

3.5 Rodinná terapie

Tato terapie neslouží jako základní způsob léčby, ale podrobné rodinné vyšetření často může pomoci k plnému porozumění specifických terapeutickým problémů pacienta. Rodinná terapie je považována spíše za vhodný doplněk individuální léčby.

3.6 Skupinová terapie

Skupinová terapie je jedna z hlavních součástí psychoterapie. Je především upřednostňována v rámci denních stacionářů a nemocniční léčby. Skupinová terapie pacientů s PPP se liší podle toho, zda je zaměřena na osvětu a úpravu základních příznaků nebo více na interpersonální a emocionální problémy pacientů.

První model se zaměřuje na celkovou léčbu PPP a může fungovat sám o sobě. Vždy je stanovený rámcový program, kdy terapeut zasahuje více do činnosti skupiny. Přijímá odpovědnost za otázky, které pacientům mohou pomoci zlepšit orientaci v jídelních problémech.

Druhý model je vhodný spíše pro pacientky, které buď řeší v rámci individuální terapie problematiku hmotnosti a jídla a nebo už byla z větší části vyřešena. Skupina nemá většinou přesně stanovený program. Tento typ terapie není doporučován jako samostatná léčba, ale spíše jako součást souhrnného programu.

Pro skupinovou léčbu je podmínkou, aby pacientka nebyla extrémně vyhublá a nevyžadovala intenzivní péči. Je potřeba, aby pacientka překonala jako první období popírání své choroby a začala jíst. V nemocnici pacientky dochází na skupinovou terapii, kde jsou zastoupeny jak pacientky s mentální anorexií, tak i bulimií. Anorektičky jsou ve skupinách více uzavřené do sebe, úzkostné, nepoddajné, zaměřené jen na svůj problém. Mají nižší smysl pro humor a vše berou moc osobně. Skupinová práce s anorektičkami je dlouhodobější a vyžaduje silné sebeovládání, vcítění do pacientky a podporu ze strany terapeuta. Přínosem pro pacientky může být zapojení do skupiny částečně vyléčené anorektičky, které vnesou do skupiny pozitivní náhled. Úspěšná, dynamická skupinová terapie by měla navrátit pacientce sebevědomí a schopnost umět se vyrovnat s emocemi, které by zabránili navrácení mentální anorexie. Kognitivně-behaviorální skupiny jsou krátkodobější a jsou zaměřené

na oslabení základních příznaků PPP. V této skupině se pacientka učí zvládat složité situace, které nastávají v normálním životě a lépe rozpoznávat svoje vnitřní pocity. Je konfrontována se svým vlastním strachem a učí se ho ovládat a neustupovat mu.

Pacientky s mentální anorexií často nevěří sami sobě ani okolí, natož svému terapeutovi. Svoji nejistotu často projevují tím, že se na sebe snaží strhnout jakoukoli pozornost. Pokud jsou hospitalizovány na normálním psychiatrickém oddělení, které není zaměřeno na poruchy příjmu potravy, tak mohou být středem nevraživosti ostatních pacientek z důvodu, že jejich péče vyžaduje více času. Ještě před vstupem do programu je třeba pacientce vysvětlit plán léčby a probrat sni, jaké na ní budou kladeny požadavky co se týče terapie (domácí úkoly nebo účast na společném jídle). Vstupní rozhovor je nezbytný, aby nedošlo k nějakému konfliktu, který by mohl zkomplikovat postup léčby.

Do některých programů jsou zařazeny specifické skupiny pro propouštěné a propuštěné hospitalizované pacientky. Je to z toho důvodu, aby propouštěné pacientky měly jednodušší přechod z nemocnice do ambulantní terapie. Pokud u pacientky po propuštění z nemocnice nedojde k poklesu tělesné hmotnosti nebo k nevyhovujícímu jídelnímu režimu, mohou mít propuštěné pacientky užitek a dále docházet na skupinové terapie s jinými psychiatrickými pacientkami.

Edukativní skupiny - smyslem těchto skupin je poskytnout pacientkám důležité a srozumitelné informace o PPP a podat jim nějaká konkrétní doporučení, jak zvládnout jejich základní příznaky. Sezení těchto skupin může buď probíhat na normální skupinové úrovni a nebo jako přednáška. Edukace je dialog, kterého se aktivně účastní i pacientka a to buď dotazy a připomínkami na terapeuta a nebo může sama vypracovat nějaké téma. Pacientky většinou dostávají domácí práce, jako je např. vedení si jídelního plánu. Edukativní program má vždy jistou strukturu a témata jsou naplánovaná dopředu, aby se pacientky mohly zapisovat na témata, která je zajímají nebo jim byla doporučena. První sezení je většinou věnováno vymezení PPP a jejich základních příznaků. Další sezení je zaměřeno na problematiku kulturní podmíněnosti, měnícího se kulturního ideálu a sociální normy. Dále jsou na těchto sezeních probírány zdravotní, psychické nebo sociální důsledky anorexie nebo bulimie. Je důležité, aby pacientky znaly důsledky svého hladovění, zvracení a užívání laxativ nebo diuretik. Postupně se

z edukativního programu přestupuje na řešení problémů, změny postojů, aktivního životního stylu a posílení sebevědomí.

Jídelní skupiny - Tyto skupiny se zaměřují na postoje a chování spojené s jídlem, umožňují pacientce aby se lépe orientovala v nutričních a jídelních aspektech poruchy. Jídelní skupiny nejsou vhodné pro pacientky, které jsou teprve v první části léčby a nejsou připraveny na tento způsob terapie. Je dobré, když se těchto skupin účastní i terapeut, který získává jiný náhled na pacientku, než měl třeba v předchozích rozhovorech s pacientkou. Vždy se jídelních skupin účastní dietní sestra, která vede diskuzi na konci terapie. Tato léčba slouží hlavně k vyjádření svých pocitů, které jsou spojené s jídlem. Nemocná zde může pochopit rozsah narušení svých návyků.

3.7 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je hlavně významnou léčbou pro mentální bulimii, ale vytváří teoretické základy pro léčbu mentální anorexie, a proto se i v této práci o tom dále rozepíšu. Tato terapie je pro pacienty, pro které není vhodná rodinná terapie a mají středně až vážné příznaky poruch příjmu potravy. U pacientů s mentální anorexií, tato léčba trvá déle než u pacientek s mentální bulimií. Terapie se zaměřuje na motivační a edukační otázky. Do dlouhodobé KBT se začleňují interpersonální a rodinná terapie. Pokud se stav pacientky zlepší, doporučuje se ambulantní léčba, ale pokud je stav horší, tak se uvažuje buď o dlouhodobé nebo krátkodobé hospitalizaci.

3.8 Farmakoterapie

První pravidelné používání psychofarmak popisují Dally a Sargent v roce 1960, kteří předepisovali svým pacientům vysoké dávky chlorpromazinu a to až 1600 mg denně s kombinací inzulínové terapie. U nás léčbu poruch příjmu potravy přednášel Otakar Janota, který se zaměřil na terapii pomocí elektrošoků.

Farmakoterapie má za úkol:

- 1) Upravit příjem jídla a tělesnou hmotnost.

- 2) Zaměřit se na další přidružené psychické poruchy, jako např. deprese, sebepoškození, úzkost.
- 3) Odstranit somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy.

Pacientkám, které navštíví psychiatra, jsou nabídnuta psychofarmaka, která nevyléčí poruchy příjmu potravy, pouze mohou pomoci při jejich dalších psychických potížích, jako je strach, deprese, úzkost, náladovost, neustálé myšlenky na jídlo, nespavost atd. Léky jim mohou pomoci od nepříjemné nálady, smutku, od nepravidelného spánku a naléhavých a vnucujících se nepříjemných myšlenek. Nejčastěji se pacientkám podávají antidepresiva (např. Deprex, Seropram, Remeron, Citalec a nebo Zoloft). Dále se užívají anxiolytika, která pomáhají od úzkosti, ale po dlouhodobém užívání, na ně může vzniknout závislost. Do anxiolytik patří Neurol, Lexaurin, Rivotril. Pokud má pacientka problémy se spánkem, mohou jí být předepsána hypnotika jako např.: Stilnox nebo Hypnogen. Někdy se užívají i antidepresiva s tlumivým účinkem. Při velkém napětí se mohou předepsat neuroleptika. U těžkých forem mentální anorexie se někdy objevuje sebepoškození, kdy se pacientce podávají tzv. Stabilizéry (např. Depakine Chrono, Lamictal, Tegretol), který napomáhá lepšímu zvládnutí tohoto nebezpečného návyku a impulzivity.

Na psychofarmaka se nevytváří závislost, jen s výjimkou anxiolytik, které psychiatři předepisují jen v nejvyšší nutnosti. Léky by se měli brát pravidelně, hlavně antidepresiva, neuroleptika a stabilizéry. Naopak hypnotika a anxiolytika, jak už jsem se výše zmínila, by se měla brát jen v nejvyšší nouzi. Někdy trvá i 2-3 týdny, než léky začnou působit. U mentální anorexie a dalších poruch příjmu potravy se berou léky několik týdnů až měsíců. Léky pomohou zvládnout tu nejtěžší fázi onemocnění a pak po konzultaci s psychiatrem je lze postupně vysazovat. Nikdy by se neměly léky vysazovat najednou. Vždy by se měla léčba pomoci farmak sjednotit s psychoterapií. Bez dodržení těchto dvou zásadních léčebných postupů by nemuselo nikdy dojít k vyléčení pacientky.

(Krch a kolektiv, 2005; Kocourková, 1997; Marečková, 2006; Hoeschl, 2004)

Praktická část

4 Identifikační údaje

Jméno a příjmení - E.Š

Pohlaví - žena

Datum narození - 15.4.1992

Věk - 17 let

Adresa - viz. lékařská dokumentace

Telefon - 323/...

Adresa příbuzných - viz. lékařská dokumentace

Kontaktní osoba - matka J. Š a otec D. Š

Rodné číslo - viz. lékařská dokumentace

Číslo pojišťovny - 111

Zaměstnání - studentka

Vzdělání - základní

Stav - svobodná

Státní příslušnost - ČR

Datum přijetí - 20. 1. 2009 v 10 hodin.

Typ přijetí - plánovaná hospitalizace

Oddělení - Dětská psychiatrická klinika - FN Motol

Hlavní medicínská diagnóza - Mentální anorexie

Důvod přijetí udávané pacientem - „Už jsem zde byla hospitalizována, a protože jsem zase začala hubnout, tak jsem zde znova.“

5 Anamnéza

5.1 Rodinná anamnéza

Otec se narodil v roce 1956, vzdělání VŠ - stavební, zaměstnání - cestovní ruch - soukromý podnikatel, zdrav.

Matka se narodila v roce 1960, vzdělání VŠ - pedagog, zaměstnání – učitelka - zdráva. Ani jeden z manželů se neléčil s psychiatrickým onemocněním.

Manželství je harmonické, sourozence nemá.

5.2 Osobní anamnéza

Narodila se z druhé rizikové gravidity, matka krvácela, měla bolesti břicha, předčasný porod v 7. měsících, váha 1850g, výška 47 cm, nekříšena, poporodní adaptace velmi dobrá, nekojena. Hygiena a výživa v normě.

Nemoci- Prodělala chronický zánět průdušek v kojeneckém věku a záněty nosohltanu během prvního stupně na základní škole. Byla třikrát s matkou v lázních.

Úrazy, křeče, operace, bezvědomí a infekční nemoci neprodělala. Očkování dle kalendáře.

Abúzus-kávu nepije, jen jednou nebo dvakrát ji vyzkoušela, ale nechutnala jí. Alkohol pije jen příležitostně, jednu nebo dvě skleničky bílého vína, cigarety neužívá a ani nikdy nezkoušela. Léky a drogy - neužívá.

5.3 Sociální anamnéza

Žije s otcem i matkou, manželství je harmonické, sourozence nemá, bydlí v rodinném domě na malém městě, má svůj vlastní pokoj, má psa a kočku. Nepravidelně docházela do školky, otec pracoval doma a staral se o ní. Nastoupila do základní školy s ročním odkladem pro nemocnost. Na prvním stupni měla dostatek kamarádek. Vždy jí bavil sport. Nejoblíbenějším předmětem byla matematika, český jazyk a tělesná výchova. Nyní studuje 1.ročník sportovního gymnázia, prospěch- 4 krát dvojku, chování-1. Má tam jednu nejlepší kamarádku, se kterou chodí i ven za zábavou.

5.4 Farmakologická anamnéza

Sezóně užívá antihistaminika, nyní nic.

5.5 Alergická anamnéza

Je alergická na ovoce (jablka, hrušky, broskve, ořechy), jarní pyl.

5.6 Gynekologická anamnéza

Menstruace od 12,5 let, půl roku byla nepravidelná a slabší. Po půl roce pravidelná, nebolestivá. Porucha menstruace od 17.5.2008- sekundární amenorea - zástava menstruace. Nebyla gynekologicky vyšetřena. Před Vánoci dva dny špinění. Hormonální antikoncepci neužívá.

Vita sex- Ne, virgo (panna), přítele má.

5.7 Psychiatrická anamnéza

Pacientka začala držet diety od 15 a půl let, protože si přišla tlustá a dostatečně neohebná kvůli atletice. V té době vážila 52 kg. Jedla ze začátku jogurty, ovoce, zeleninu a muesli a pila denně víc jak tři litry tekutin. Ze začátku hubla rychle, ale pak to bylo čím dál těžší, tak začala denně cvičit tři hodiny a více. Během tří měsíců zhubla šest kilo. Před matkou se snažila chovat normálně. Když jí bylo 16 let vážila 43 kg. Matka si začala všimnout její vyhublosti a špatné nálady, a tak ji začala nutit k jídlu. Pacientka přiznává, že potají chodila zvracet a nebo užívala laxativa. Dále hubla, ale při vážení ke kterým ji nutila matka podváděla tím, že před vážením toho více vypila. Od 17.5.2008 pacientka udává poslední menstruaci. Rodiče začali mít strach o dceru, a tak ji odvedli k obvodní doktorce, která ji vyšetřila a při vážení zjistila, že váží 40 kg. Objevila na rukou nové i starší jizvy, které si způsobila sebepoškozováním. Poslala ji na vyšetření k dětské psychiatrické doktorce, která doporučila hospitalizaci na dětské psychiatrické klinice ve FN Motol. Pacientka nastoupila na dětskou psychiatrickou kliniku od 15.8.2008 do 24.10.2008. Po propuštění následná ambulantní léčba u psychiatrické doktorky.

5.8 Nynější onemocnění

Od dimise (propuštění) z dětské psychiatrické kliniky 24.10.2008, kdy pacientka vážila 49 kg, navštívila dvakrát dětskou psychiatrickou doktorku. Pacientka postupně hubla. Chodila jednou týdně k pediatrovi, kde při vážení švindlovala tím, že se přepíjela, aby se na nic nepřišlo. Kolem Vánoc matka zjistila, že její dcera skutečně váží o 4 kg méně, než u lékaře. Vážila 43 kg. Snažili se najít jiný kontakt přes internet na jinou psychiatrickou doktorku. Pacientka chodila jednou týdně na atletiku, váha se jí čím dál víc snižovala, a proto ji byla atletika zakázána. 15.1.2009 byla doktorkou poprvé navržena rehospitalizace. Pacientka rezignuje na jídlo a jí jenom suchary. Menstruaci nemá. Před Vánoci dva dny lehké špinění. Stolice jednou za tři dny až týden.

6 Objektivní nález

Pacientka je lucidní, restriktivní symptomatika se známkami purgativního typu. Usus laxativ, orientována, normofořická, odpovídá na otázky adekvátně, bez latenci, PMT normální, v situační tenzi, málomluvná, emočně labilní, přiměřený oční kontakt, nepychotická, bez obscesí či bludu, suicidální myšlenky neguje, výrazná porucha tělesného obrazu, zvýšená restrikce potravy, klidná, intelekt normální, myšlení koherentní, spolupracující. Orientační somatické a neurologické.

6.1 Celkový stav pacientky při příjmu

Pacientka je celkově vyšetřována při příjmu pohledem, poslechem, poklepem, pohmatem a per rectum.

Pacientka je afebrilní- bez teploty, vyhublá, dobře prokrvená, dobře hydratovaná, kůže čistá, svalový tonus přiměřený.

6.1.1 Vyšetření hlavy a krku

Mezocefalická, pokleповě nebolestivá, oční štěrby symetrické, spojivky růžové, skléry anikterické, zornice izokorické, oči, uši i nos bez výtoky, dutina ústní čistá, rty růžové, jazyk vlhký nepovleklý, plazí středem, tonzily nezvětšené, bez čepů a bez povlaků, rovnátka fixní. Štítná žláza nehmatná, náplň krčních žil normální, lymfatické uzliny nezvětšené, meningy volné.

6.1.2 Hrudník

Symetrický, bez deformit, plíce pokleповě plný jasný, dýchání čisté sklípkové, dechová frekvence 17/min, akce srdeční pravidelná 75/min, 2 ozvy ohraničené, bez šelestu.

6.1.3 Břicho

V niveu, pokleповě diferenciallyně bubinkový, palpáce nebolestivá bez hmatné rezistence, peristaltika přítomna, játra a slezina nezvětšeny.

6.1.4 Končetiny

Normální konfigurace, symetrické, bez otoků a deformit.

6.1.5 Genitál dívčí

M 3, AP vyholené, bez meningeálního dráždění.

7 Fyzikální vyšetření sestrou

7.1 Při příjmu 20. 1. 2009

Krevní tlak- 125/70

Puls-77'

Dech- 17' pravidelný, čisté sklípkové

Tělesná teplota- 36,5 °C

Výživa

Výška- 159,5 cm

Hmotnost- 39,5 kg

BMI- 15,5

Skóre nutričního rizika- Vysoké

Obvod paže - 19,0 cm

Percentil H/V- pod 2P- váha pod 42 kg

Percentil OP- pod 2P- obvod paže pod 22 cm

Dieta: č. 11- Výživná strava

7.2 Aktuální z 16. 2. 2009

Krevní tlak- 120/70

Puls-75'

Dech- 18' pravidelný

Tělesná teplota- 36,8°C

Výživa

Výška- 159,5 cm

Hmotnost- 42 kg

BMI- 16,61

Skóre nutričního rizika- Vysoké

Dieta č. 11- Výživná strava

Pacientka jí per os, 5-6 krát denně, příborem, chrup má zdravý, vypije 2,5 litru tekutin. Příjem tekutin je ale nevyvážený, protože někdy vypije 2,5 litru a jindy třeba jen dvě skleničky během dne. Jí a pije sama a bez problémů.

7.3 Vyšetření

Pacientka během hospitalizace byla na gynekologickém vyšetření, na antropometrii, vyšetření krve na biochemii, EKG.

8 Terapie

8.1 Farmakoterapie

8.1.1 Zoloft

Zoloft 100 mg tbl. per. os (1-0-0) - antidepressiva

Pacientce E.Š ošetřující doktorka naordinovala od 4.dne hospitalizace Zoloft 50 mg tbl. per. os (1/2-0-1/2) a od 21. dne byla dávka Zoloftu navýšena na 100 mg (1-0-0).

Mechanismus účinek - Léčivá látka přípravku Zoloft- setralin patří do skupiny látek, které jsou označovány jako III. generace antidepressiv. Setralin zvyšuje v určitých částech nervového systému serotonin, kterého bývá během deprese nedostatek nebo obsedantních stavech, panických poruchách a posttraumatických stresových poruchách. Náprava nedostatku serotoninu dochází většinou během 10-20 dnů, kdy dojde k zmírnění deprese nebo jeho úplného vymizení.

Nežádoucí účinek - Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou např. průjem, zácpa, sucho v ústech, pálení žáhy, pocit na zvracení nebo zvracení, nespavost, bolesti břicha, pokles nebo vzestup tělesné váhy, zvýšené pocení, zvýšení krevního tlaku, únava, bolesti hlavy, euforie (nepřiměřeně dobrá nálada) a mnoho dalších.

8.1.2 Lactulosa sol.

Lactulosa sol. 1 odměrka (1-0-1) - laxativum, projímadlo

Pacientce E.Š bylo naordinováno laxativum 4. den hospitalizace z důvodu týdenní zácpy a dříve nepravidelné stolice.

Mechanismus účinek - lactulosa je účinné projímadlo jak pro dospělé, tak i pro děti, které působí v místě tlustého střeva a nevstřebává se. Zvyšuje kyselost střevního obsahu, snižuje tvorbu amoniaku a dusičnanů a způsobuje změknutí stolice. Nenarušuje fyziologickou činnost střev.

Nežádoucí účinek - Někdy se mohou u pacientů vyskytnout křeče v břiše nebo plynatost, které obvykle během léčby vymizí. Při nadměrném užívání se může objevit průjem, který se snadno upraví snížením dávky.

8.1.3 Bion 3

Bion 3 tbl. per. os (1-0-1) - multivitamín

Pacientce byl Bion 3 vitamín naordinován 14. den hospitalizace.

Mechanismus účinku - Bion 3 je multivitamín s minerály a mléčnými bakteriemi pro zvýšení obranyschopnosti organismu. Má kombinaci 12 vitamínů a 12 minerálních látek a také obsahuje 3 probiotické kultury, které mají blahodárný účinek na imunitní systém, zaručuje maximální využitelnost vitamínů a minerálních látek, podporuje zdravé zažívání a obnovuje střevní mikroflóru po léčbě antibiotiky a snižuje riziko karcinomu tlustého střeva.

8.1.4 Estrofem 1 mg

Estrofem 1 mg tbl. per. Os (1-0-0) - hormonální substituční léčba

Pacientce byl naordinován estrofem 1 mg 16. den hospitalizace.

Mechanismus účinku - Estrofem obsahuje ženský hormon estradiol, který je totožný s estradiolem, který se vytváří ve vaječnicích žen a je klasifikován jako přirozený estrogen. Užívá se pro odstranění menopauzálních symptomů.

Nežádoucí účinky - Deprese, bolesti hlavy a břicha, otoky, hmotnostní přírůstek, tvorba krevních sraženin, průjem, vypadávání vlasů, srdeční choroby, vaginální infekce, nespavost, zhoršení astmatu a další.

8.1.5 Sorbifer Dulures 100 mg

Sorbifer Dulures 100 mg tbl. per. Os (1-0-0) - antianemika

Pacientce byl naordinován Sorbifer Dulures 100 mg 27 den hospitalizace.

Mechanismus účinek – Jedná se o přípravek, který je kombinací železa s kyselinou askorbovou, která brání oxidaci a zaručuje standardní resorpci železa.

Nežádoucí účinek - Tlak v nadbřišku až bolesti, zácpa, průjem.

8.2 Dietoterapie

Pacientce nasadili dietu čísl. 11 - výživná strava.

8.3 Psychoterapie

Po tom co se pacientka aklimatizovala na oddělení je začleněna do běžného programu.

Pacientka dochází společně s ostatními pacienty na skupinovou terapii, kde hovoří o svých problémech a pocitech. Dále dochází během týdne na psychoterapii, arteterapii, ergoterapii, muzikoterapii a canisterapii.

8.3.1 Psychoterapie

Je tzv. léčba duše, nebo-li stručně řečeno způsob, kterým psychoterapeut nebo psycholog pomáhá řešit těžké životní situace u pacientů, kteří trpí depresemi, úzkostmi, fobií, poruchou příjmu potravy a další.

8.3.2 Arteterapie

Je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů.

8.3.3 Ergoterapie

Je vlastně léčba prací, která zapojuje motoricko - intelektuální a sociální schopnosti za cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě.

8.3.4 Muzikoterapie

Jak je už z názvu zřejmé, jedná se o léčbu pomocí hudby, která využívá přirozenou hudebnost člověka, pohybu, naší vlastní invence a snahy najít vlastní Já.

8.3.5 Canisterapie

Je způsob terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. „Canisterapie je léčba lidské duše psí láskou“ (L, Gajdová).

Pacientka udává, že nejraději chodí na muzikoterapii, protože má ráda jakoukoli hudbu a je to zároveň pro ni relaxační a odpočinkové. A také ráda chodí na arteterapii, protože ráda maluje.

9 Průběh hospitalizace

1. den- (39,5 kg) přijata na doporučení pediatra pro relaps mentální anorexie.

Subjektivně- bez bolesti, připouští, že se cítí úlevně, že musí zpět na psychiatrické oddělení.

Objektivně- v mírné tenzi, nesuicidální, nepsychotická, porucha tělesného obrazu výrazná.

Dieta- číslo 11-1 Výživná strava

Zatím bez medikace. Chodí na psychoterapie.

4. den- (40,50 kg)

Subjektivně- bez bolesti, cítí se dobře, rychle přibývá za což je ráda, stolice naposledy před třemi dny, pacientka večer hůř usíná a v noci se někdy probouzí. Udává, že před spaním moc přemýšlí.

Objektivně- má výčitky vůči škole, že nebude pak stíhat látku do školy, pláče, autoakusace, pani doktorka se s ní domlouvá o medikaci, pacientka souhlasí.

Plán péče - psychoterapie, dnes EKG, gynekologické vyšetření.

Medikace - lactulosa sol. 1 odměrka 1- 0- 1, Zoloft 50 mg tbl. 1/2- 0-1/2

11. den- (42 kg)

Pacientka jí celé porce, cítí se dobře, je ráda, že rychle přibírá na váze. Těší se, až bude moct na vycházky ven. Zatím je stále na oddělení a nebo chodí na psychoterapie.

Pohybový režim- 43 kg- krátké vycházky

- 45 kg- dlouhé vycházky

- 46 kg- dva dny propustka

-47 kg- celý víkend

- 49 kg- dimise (udržet 14 dní)

14. den- (41,50 kg)

Subjektivně- Pacientka je spokojená s poklesem váhy o půl kila, je v dobré náladě.

V medikaci ji byl naordinován Bion 3 (vitamíny a minerály) tbl. per os 1- 0- 1.
Jinak medikace je stejná.

16. den- (42 kg)

Subjektivně- bez bolesti, chtěla by dietu č. 13, vadí jí druhé večeře. Popírá že by manipulovala s máslem kolem svačiny.

Objektivně- bez větších nápadností, kolem jídla se snaží.

V medikaci ji byl přidán Estrofem 1 mg tbl. per os 1- 0- 0

21. den (41,10 kg)

Subjektivně- bolesti nemá, je v tenzi, protože se jí stýská po rodině, opakovaně popírá jakékoliv manipulace kolem jídla. Je ráda, že váha poklesla. Nedokáže si vysvětlit jak se to stalo.

Objektivně- klidná, spolupracuje, kolem režimu pravděpodobně manipulace, podezření na schovávání másla, větší dohled, léky snáší dobře.

Domluva s pacientkou o zvýšení Zoloftu. Zoloft 100 mg tbl. per os 1- 0- 0

27. den (42 kg)

Subjektivně- cítí se dobře, vadí jí že rychleji nepřibývá na váze, že ještě nemá vycházky, dělají jí problémy večeře a dopolední svačiny.

V medikaci ji byl nasazen Sorbifer Dulures tbl. per os 1- 0- 0. Jinak je medikace stejná.

10 Epikríza z 16. 2. 2009

Dívka s mentální anorexií je zde na druhém pobytu na dětské psychiatrické klinice ve FN Motol. Předchozí ukončení 24. 10. 2008, pobyt trval dva měsíce. Při dimisi vážila 49 kg. Postupně po propuštění zhubla 9 kg. Zde nyní ambivalence, váha stagnuje. Manipulace s jídlem dívka popírá. Proběhlo gynekologické vyšetření, nasazena medikace Estrofem 1 mg tbl. per os, kontrolní za týden. Medikace Zoloft 100 mg, snáší dobře, estrogen 1 mg, Bion 3 vitamín, lactulosa. Pokračuje se dál v plánu- terapie, jídlo, vážení každý den a přídavky v jídle, podle váhy možné propustky.

11 Sesterská anamnéza podle modelu M.

Gordonové

11.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka si je vědoma své nemoci a sama ji nezvládá. Vnímá svůj zdravotní stav jako špatný. Stále hodnotí svůj vzhled záporně. Tvrdí, že má špeky na břicho a zadečku. A proto je ráda, že je zpět na psychiatrickém oddělení, kde ji mohou pomoci. Snaží se o svých problémech hovořit s psychiatrickou doktorkou a také ve skupině. Je důležité ji dále motivovat k léčbě a aktivizovat ji do denního programu na oddělení.

11.2 Výživa a metabolismus

Pacientka nejvyšší hmotnost měla 24.10.2008 kdy vážila 49 kg a byla propuštěna domu za předpokladu, že bude docházet na ambulantní terapii. Pacientka když byla znovu přijata na psychiatrické oddělení vážila 39,5 kg. Nyní váží, 27 den hospitalizace 42 kg. Pacientky BMI je 16.2.2009 16,61- což je pod váha. Zhodnocení BMI (body mass index) jsem provedla pomocí výpočtu z tabulky, výsledné hodnocení příloha 1. Skóre nutričního rizika vysoké. Denní strava pacientky se skládá z tří hlavních jídel a tří svačin, při kterých je kontrolována zdravotnickým personálem z důvodu, aby snědla požadovaný příděl stravy a přitom nijak nepodváděla. Příjem tekutin je nevyvážený. Někdy během dne vypije 2,5 litru tekutin. Jindy třeba jen dva hrnky čaje. Proto je nutné dohlížet na pravidelný příjem tekutin. Pacientka udává, že její nejoblíbenější nápoje jsou minerálky, džusy a čaj. Pacientka nepocítuje sucho v ústech. Chrup, vlasy a nehty jsou zdravé. Nejsou na nich žádné známky probíhající nemoci. Kůže, sliznice a rty jsou fyziologické. Operační rány nemá. Otoky, bércový vřed, vyrážky nebo varixy nemá.

11.3 Vylučování

Pacientka nepocítuje žádné problémy s močením jako je řezání, pálení a příměsi v moči jsou nepřítomny. Pacientka trpí často zácpou. Mívá stolicí jednou týdně, a proto

ji byla naordinována laxativa. Po tomto užívání, má stolicí pravidelnou, bez příměsí. Chodí se vyprazdňovat na toaletu.

11.4 Aktivita, cvičení

Pacientka bývá často unavená. Před hospitalizací se věnovala polozávodně atletice, zejména běhu, vrhu koulí a skoku do dálky, která ji moc bavila. Dále ji bavil tenis. Těší se, až bude zdráva, že bude moci opět sportovat. Ve volném čase chodila s kamarádkou a se svým psem na procházky. Ráda čte dívčí romány a fantasy. Poslouchá hudbu, hlavně taneční, pop a rock. Ráda se podívá na komedii, romantický film nebo fantasy v televizi. Během hospitalizace chodí na různé terapie, jako je arteterapie, canisterapie, muzikoterapie a další. Vycházky zatím nemá dovoleny, dokud se její váha nenavýší na 43 kg. Pak má dovoleny krátké vycházky. Během hospitalizace se ve svém volnu věnuje čtení, poslouchání hudby a kreslení.

11.5 Spánek a odpočinek

Pacientka je zvyklá z domova chodit spát kolem 22. hod. Před spaním si většinou čte knihu, poslouchá hudbu a nebo se dívá na televizi. Má raději když je pokoj čerstvě vyvětraný a je tam čerstvý vzduch. Nemá ráda přetopené pokoje. Snažíme se vyhovět jejím návykům před spaním. Pacientka udává, že ji často trvá i dvě hodiny než usne, protože si promítá v hlavě celý průběh dne a přemýšlí nad svými problémy. Během noci se většinou jednou až dvakrát probouzí. Není zvyklá usínat s více lidmi v jednom pokoji. Ráno se cítí unavená, nevyspalá, někdy ji pobolívá hlava. Snažím se ji během dne aktivizovat.

11.6 Vnímání a poznávání

Pacientka má vědomí jasné. Je orientována časem, místem a osobou. Brýle nenosí, sluch v pořádku. Řeč je plynulá, otevřená. Nepocítuje nyní žádnou bolest. Někdy mívá bolest hlavy, ale to souvisí spíš s nedostatkem spánku. S pacientkou jsem provedla hodnocení jejího psychického zdraví podle stupnice Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol.1993. viz. příloha č. 2.

11.7 Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka se nyní po emocionální stránce cítí dobře. Označuje sama sebe jako pesimistu a melancholika. Pacientka chce být zdravá a brzy studovat a věnovat se sportu. Považuje se za idealistku, která si tak trochu tvoří svůj vlastní svět kolem sebe. Je prý tvrdohlavá po mámě a netrpělivá po tátovi.

11.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s rodiči v rodinném domě na malém městě. Má dobrý vztah s rodiči. Bližší vztah s matkou, otec bývá přísnější a je hodně náročný na školu. Rodina má zájem o její zdravotní vztah. Dceru navštěvují na psychiatrické klinice pravidelně. Ve škole má jednu dobrou kamarádku, s kterou chodí na atletiku a ven za zábavou. Ostatní spolužáci se jí vyhýbali a komentovali její stravování a vyhublé tělo.

11.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka má menstruaci od 12, 5 let. Ze začátku byla nepravidelná, slabší. Po půl roce pravidelná, nebolestivá. Zástava menstruace od 17. 5. 2008. Před Vánoci dva dny lehčí špinění. Hormonální antikoncepci neužívá. Přítel má, ale zatím nedošlo k sexuálnímu styku.

11.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Pacientka se dobře aklimatizovala, protože už na tomto oddělení byla a ještě z předchozí hospitalizace znala některé spolupacientky. Nyní pociťuje úzkost, že přibírá na váze. Ale chápe, že přibrat musí, aby byla zdravá a mohla jít domů. Dřív řešila stres sebepoškozováním. Řezala se často na zápěstí a na pažích. Nyní zvládá stresové situace docela dobře, většinou sama nebo za podpory rodiny a kamarádky. Na stres ji pomáhá relaxace u hudby, čtení knihy nebo malování.

11.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka nevyznává žádné náboženství, je ateistka. Její hlavní životní hodnoty jsou zdraví, rodina, přátelé a láska.

11.12 Jiné

12 Seznam ošetrovatelských diagnóz

Seznam ošetrovatelských diagnóz jsem seřadila, podle hlavních priorit pacientky. Sestavila jsem je na základě anamnézy, prostudování dokumentace, rozhovoru s pacientkou a její rodinou. Při tvorbě jsem pracovala s Kapesním průvodcem zdravotní sestry od Marilyn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse z roku 2001 a s Ošetrovatelskými diagnózami v NANDA doménách od Jany Marečkové z roku 2006.

12.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Nedostatečná výživa (00002) z důvodu pocíťovaného odporu k jídlu, nezájmu o jídlo projevující se úbytkem hmotnosti, popíráním hladu, nepravidelnou stolicí a poruchou menstruace.

Porušený tělesný obraz (00118) z důvodu sníženého sebehodnocení projevující se stálým soustředěním na svůj vzhled, negativními pocity nad vlastním tělem a úzkostí.

Porušený spánek (00095) z důvodu vtíravých myšlenek před spaním, nedostatku soukromí a kvůli neznámému místu na spaní projevující se dlouhým usínáním, probouzením se během noci a únavou během dne.

12.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1) **Riziko deficitu tělesných tekutin (00028)** z důvodu nevyváženého příjmu tekutin a nedostatek znalostí nutnosti příjmu tekutin.

2) **Riziko sebepoškození (00139)** z důvodu nezvládnání stresových a jiných životních situacích.

13 Ošetřovatelské diagnózy v Nanda doménách

13.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Nedostatečná výživa (00002) z důvodu pocíťovaného odporu k jídlu, nezájmu o jídlo projevující se úbytkem hmotnosti, popíráním hladu, nepravidelnou stolicí a poruchou menstruace.

Cíl- Dosáhnout dostatečného přírůstku na váze 19 BMI do 1 roku.

Výsledná kritéria- Pacientka dodržuje jídelní režim pod dohledem do 24. hod.

Pacientka rozumí nutnosti dodržovat jídelní režim do 2 dnů.

Pacientka a rodina znají nutriční potřeby do 2 dnů.

Pacientka zná zdravotní rizika související s nízkou váhou do 3. dnů.

Pacientce se zastaví úbytek váhy za 7 dnů.

Pacientka po týdnu postupně přibývá na váze 0,5 - 1 kg za týden a snaží si je udržet.

Pacientka má pravidelnou stolicí do 7 dnů.

Pacientka společně s matkou umí sestavit jídelníček do 7 dnů.

Pacientka bude mít laboratorní hodnoty v normě do 1 měsíce..

Intervence - Zaznamenejte výšku, váhu, tělesnou stavbu, pohlaví a věk pacientky do dokumentace a dále sleduj jakékoliv změny ihned.

Prodiskutujte s pacientkou stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel a naopak nesnášenlivost na různé druhy pokrmu ihned.

Pacientku važte denně ve spodním prádle - vždy.

Podávejte léky dle indikace např. vitamíny, léky proti zácpě a další- vždy.

K pacientce přistupujte vždy ohleduplně, laskavě a empaticky.

Zjistěte úroveň znalosti pacientky o správném stravovacím režimu, správné skladbě

jídelníčku a o zdravotních rizicích související s nízkou váhou do 2 dnů.

Zjistěte, jaký přístup má pacientka k jídlu a požívání jídla do 2 dnů.

Spolupracujte s klinickým psychologem a terapeutem do 2 dnů.

Edukujte pacientku o správném životním stylu do 3 dnů.

Poskytněte pacientce a rodině informace o individuálních nutričních potřebách a způsobech jak jich dosáhnout do 5 dnů.

Nabídněte pacientce a rodině informace o PPP z letáků, odborných knih a internetového portálu do 5 dnů.

Konzultujte s nutričním specialistou problém o nedodržování jídelního režimu a jak postupovat při dlouhodobé léčbě a společně s ním sestav jídelníček do 5 dnů.

Realizace - Pacientku jsem edukovala o správném stravovacím režimu, životním stylu, správné skladbě jídelníčku a o zdravotních rizicích související s nízkou váhou do 2 dnů.

Pacientce a rodině jsem poskytla přístup ke všem dostupným informacím, které se týkají poruchy příjmu potravy.

Hodnocení

Hodnocení sestrou - Pacientka si uvědomila chyby, které dělala ve stravování a chápe možné komplikace, které by mohly nastat pokud by dále hubla. Pacientka se každý den váží. Pacientka se snaží mít lepší přístup k jídlu.

Efekt hodnocení - částečný.

Hodnocení pacientkou - „Nyní si uvědomuji jaké chyby jsem dělala ve stravování, ale je těžké to dodržovat.“ „Doufám, že až budu doma, tak zase nebudu hubnout a konečně si svoji váhu udržím.“

Porušený tělesný obraz (00118) z důvodu sníženého sebehodnocení projevující se stálým soustředěním na svůj vzhled, negativními pocity nad vlastním tělem a úzkostí.

Cíl- Pacientka vnímá pozitivně svůj tělesný obraz do 3 měsíců.

Výsledná kritéria - Pacientka si píše deník a zapisuje svoje pocity a myšlenky do 1 týdne.

Pacientka rozumí proč negativně vnímá svůj tělesný obraz do 2 týdnů.

Pacientka chápe příčiny pociťované úzkosti a snaží se naučit jak je správně řešit do 2. týdnů.

Pacientka dosáhne uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru do 2 týdnů.

Pacientka chápe důvody sníženého sebehodnocení do 2 týdne.

Pacientka akceptuje sama sebe do 1 měsíce.

Intervence - Pohovořte si s pacientkou o všem, co jí tíží - ihned.

Akceptujte její pocity smutku a možného nepřátelství - vždy.

Pozorujte neverbální chování (např. nervozitu, vyhýbání očního kontaktu) - vždy.

Buďte vždy pacientce k dispozici, naslouchejte empaticky pacientce a hovořte s ní - vždy.

Podávejte léky proti úzkosti, depresi nebo dalším psychickým potížím dle indikace lékaře - vždy.

Vybídněte pacientku, aby popsala sama sebe včetně svých pozitivních a negativních stránek do 2 dnů.

Všimněte si známek psychických příznaků závažné nebo dlouhodobé deprese, aby bylo možno posoudit potřebu odborného vyšetření a farmakoterapie do 2 dnů.

Naučte pacientku rozpoznat spouštěcí faktory a osvojit si nové metody překonávající silné pocity úzkosti - do 4 dnů.

Navrhněte pacientce, ať si píše svůj deník, kde by si mohla zapisovat své myšlenky a pocity do 1 týdne.

Realizace - S pacientkou jsem hovořila o všem, co jí tíží a jak vnímá svůj tělesný obraz a sama sebe a o tom, jaké si myslí, že jsou spouštěcí faktory její úzkosti.

Hodnocení

Hodnocení sestrou - Pacientka si začala psát svůj deník, kde vypisuje svoje myšlenky a pocity. Snaží se hovořit o svých pocitech a o tom, co ji tíží. Podávám léky dle ordinace lékaře. Všímám si známk jakýchkoliv psychických změn. Stále vnímá svůj tělesný obraz negativně, ale snaží se vidět z lepšího úhlu.

Efekt hodnocení - částečný.

Hodnocení pacientkou - Pacientka byla ráda, že si o všem mohla promluvit.

Porušený spánek (00095) z důvodu vtíravých myšlenek před spaním, nedostatku soukromí a kvůli neznámému místu na spaní projevující se dlouhým usínáním, probouzením se během noci a únavou během dne.

Cíl - Pacientka spí nepřetržitě celou noc do 10 dnů.

Výsledná kritéria - Pacientka chápe příčiny, proč nemůže usnout do 2 dnů

Pacientka zná možnosti, jak zlepšit svůj spánek a usínání do 2 dnů

Pacientka rozumí významu nočního a denního režimu do 2 dnů

Pacientka zná relaxační techniky do 2 dnů

Pacientka se během dne účastní aktivit do 2 dnů.

Pacientka přizpůsobí životní styl tak, aby vyhovoval biochronologickým rytmům do 3 dnů

Pacientka má nastaveny rituály navozující spánek do 4 dnů.

Pacientka vnímá dostatek síly během dne do 4 dnů.

Pacientka spí bez přerušení 6. hod do 4 dnů.

Pacientka verbálně sdělí ústup únavy do 4 dnů.

Intervence - Zjistěte jakou má pacientka představu o dostatečném spánku - ihned.

Zjistěte jaké má pacientka návyky před spaním a snaž se ji vyhovět ve všech jejich požadavcích do 24. hod.

Zjistěte rozhovorem s pacientkou, jaké elementy ruší její spánek do 24. hod.

Postarejte se o dostatečnou úpravu lůžka do 24. hod.

Vytvořte klidné, tiché prostředí a omez rušivé faktory do 24.hod.

Během dne pacientku aktivizujte dle harmonogramu dne na psychiatrické oddělení vždy.

Pozorujte fyzické a psychické známky únavy během dne - vždy.

Pokud je nutný spánek během dne, tak doporučte odpočinek v dopoledních hodinách vždy.

Zhodnoťte užívání léků ovlivňující spánek např. antidepressiva a zkonzultuj to s lékařem do 2 dnů.

Před spaním pacientce doporučte, aby zbytečně nepila z důvodu potřeby jít na toaletu - ihned.

Doporučte pacientce vhodné tekutiny (teplé mléko s medem, bylinkové čaje, mateřídouška a levandule), které podporují zdravý spánek.

Realizace - S pacientkou jsem vedla rozhovor, abych zjistila její představy o dostatečném spánku a její spánkové návyky. Poté jsem to zaznamenala do dokumentace. Dále jsem ji poučila o chybách, které dělá před spaním. Poté jsem se postarala o to, aby jsem veškeré možné rušivé elementy odstranila.

Hodnocení

Hodnocení sestrou – Pacientka chápe proč dřív nemohla usnout. Snažím se vyhovět jejím návykům před spaním a snažím se vytvořit klidné a tiché prostředí pro spánek. U pacientky pozoruji větší nárůst denních aktivit. Pacientka zkouší dodržovat spánkový rituál, ale zatím s menším efektem.

Efekt hodnocené - částečný.

Hodnocení pacientkou - „Po rozhovoru jsem pochopila několik chyb, které jsem dělala před spaním.“ „Nyní se jich pokusím vyvarovat.“ „Stále mi trvá, tak dvě hodinky než usnu a pak se cítím dopoledne unavená.“

13.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko deficitu tělesných tekutin (00028) z důvodu nevyváženého příjmu tekutin a nedostatek znalostí nutnosti příjmu tekutin.

Cíl - U pacientky do konce hospitalizace nevznikl deficit tělesných tekutin. Během dne vypije 2 - 2,5 litru tekutin.

Intervence - Poučte pacientku a její rodinu o možných zdravotních rizicích v důsledku nedostatečného příjmu tekutin a o správném pitném režimu do 2 dnů.

Pobízejte pacientku k pití, aby byl příjem tekutin v normě vždy.

Posuzujte stav sliznic pokud došlo k nevyváženému příjmu tekutin ihned.

Vytvořte rozvrh příjmu tekutin a dle možností vezmi v úvahu, kterým nápojům pacientka dává přednost vždy.

Realizace - Pacientce jsem poskytla letáky a odbornou literaturu o správném pitném režimu a o zdravotních komplikacích, které by mohli nastat po nedostatečném pití. Je nutno dohlížet, aby pacientka dostatečně pila a nedocházelo k nevyváženému příjmu tekutin. Naučila jsem pacientku pít podle daného režimu pro pacientky s mentální anorexií.

Hodnocení

Hodnocení sestrou - Pacientka rozumí nutnosti dodržovat pravidelný pitný režim. Pacientka se snaží pravidelně během dne pít. Vypije necelé dva litry tekutin, ale často zapomíná. Proto je nutné dohlížet na ní.

Efekt hodnocení - částečný.

Hodnocení pacientkou - „Po přečtení letáku o pitném režimu vím o možných zdravotních rizicích.“

Riziko sebepoškození (00139) z důvodu nezvládnání stresových a jiných životních situacích.

Cíl- U pacientky během hospitalizace nedošlo k žádnému sebepoškození a nebo možnému riziku.

Intervence - Ved'te pacientku k tomu, aby nabrala novou sílu do života - vždy.

Podávejte léky dle ordinace lékaře - vždy.

Dbejte aby pacientka byla pod dohledem zdravotnického personálu, a provádějte speciální kontroly zaměřené na bezpečnost - vždy.

Dle vhodnosti zapojte pacientku a rodinu do skupinové terapie do 2 dnů.

Povzbuzujte pacientku k otevřenému vyjádření pocitů - vždy.

Dle možností zapojte pacientku do činností snižující úzkost a stres - vždy.

Pomozte pacientce rozpoznat pocity a chování, které předchází touze po sebepoškození - vždy.

Realizace - Pacientka je edukována na téma sebepoškozování z důvodu předcházení tohoto rizika.

Hodnocení

Hodnocení sestrou - Pacientka si uvědomuje po edukaci psychické příznaky, které vedou k sebepoškozování. Během hospitalizace nedošlo k žádnému sebepoškození nebo jeho riziku.

Efekt hodnocení - úplný

Hodnocení pacientkou - Pacientka je ráda, že si mohla poslechnout informace o sebepoškozování.

14 Edukace pacientky

14.1 Edukační záznam

14.1.1 Realizace

Pacientku jsem edukovala od 16. 2. 2009 do 20. 2. 2009

14.1.2 Edukační potřeba v oblasti

Pacientku jsem edukovala v oblasti správné výživy.

14.1.3 Téma edukace

Poučení pacientky o správné životosprávě, vhodných a nevhodných potravinách, o obecných zásadách správného stravování, správný pitný režim a vliv nesprávné výživy na zdraví. Vhodné složení stravy (bílkoviny).

14.1.4 Forma edukace

Pacientku jsem edukovala formou přečtení letáku, odborné literatury, zajištění přístupu na internetový portál, kde jsem ji doporučila internetové stránky o správné životosprávě a také verbálním rozhovorem.

14.1.5 Reakce na edukaci

Pacientce jsem poskytla veškeré možné informace k dané problematice. Před propuštěním je nutné sledovat efekt edukace, zda pacientka pochopila všechny informace a zda je potřeba ještě jednou s ní toto téma prodiskutovat. Doporučila jsem, aby případně pro jakékoli nejasnosti v budoucnu navštívila svého lékaře.

14.1.6 Příjemce edukace

Pacientka

14.1.7 Edukátor

Studentka Lucie Tůmová

14.2 Edukační plán

Cíl edukačního plánu - Mým hlavním cílem edukačního plánu je informovat pacientku o správné životosprávě, vhodných a nevhodných potravinách, o obecných zásadách správného stravování, správný pitný režim a vliv nesprávné výživy na zdraví. Dále je mým cílem, aby pacientka pochopila všechny poskytnuté informace a aby se ve většině případů začala dle nich řídit.

14.2.1 Význam

Hlavním významem edukace je, aby pacientka porozuměla všem informacím a pochopila chyby, které dělala ve stravování. Dále aby začala dodržovat pravidelný pitný režim a vynaložila snahu řídit se doporučením o správné životosprávě. Pak také postupné přibírání pacientky na váze.

14.2.2 Technika

Přečtení letáku a odborné literatury s danou problematikou. Zajištění přístupu na internet na příslušné stránky o správné výživě a poté důkladné vysvětlení věcí, které pacientka nepochopila nebo chtěla více rozebrat do detailů.

14.2.3 Místo edukace

Pro edukaci jsem zvolila klidné, soukromé místo, kde nejsme nikým rušeni a kde mám připravené veškeré pomůcky k edukaci.

14.2.4 Postup při zaškolování pacientky

Naplánovat si přesný postup edukace, aby měl srozumitelnou a jasnou formu.

Nachystat pomůcky, letáky, odbornou literaturu a vše potřebné k edukaci.

Snažit se získat pacientku ke spolupráci.

Seznámit pacientku o čem bych ji ráda edukovala.

Začít s edukací, vše podrobně, důkladně a zřetelně vysvětlit, co nejvíce srozumitelnou formou pro laika, bez odborných výrazů.

Po edukaci si ověřit zda pacientka rozuměla všem informacím. Pro kontrolu se případně zeptat na nějakou otázku.

Pro další nejasnosti v budoucnu ji doporučit možnost konzultace s lékařkou nebo sestrou.

14.3 Informace pro pacientku

Pacientku jsem nejprve seznámila co znamená pojem správná výživa, jaké jsou výživové faktory související se zdravotními riziky, jaká je správná výživová hodnota stravy, obecné zásady správného stravování, zásady jak se správně stravovat u pacientky s mentální anorexií-, velikost porcí, podváha a jídelníček, příklady jídelníčku a další doporučení.

14.3.1 Výživa

Je zdrojem energie a všech nutných látek, které člověk potřebuje k růstu a obnově tkání. Základním úkolem správné výživy je zajistit optimální přívod energie a živin ve formě bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů, minerálních látek a vody.

14.3.2 Výživová hodnota stravy

Optimálně by se mělo na denním množství přijaté energie podílet

a) bílkoviny 10 - 15 %

b) tuk - ne více jak 30 %

c) sacharidy 58 - 60 %

Bílkoviny

Jsou důležité pro růst a obnovování buněk, pro tvorbu protilátek a podílí se na vzniku některých hormonů. Bílkoviny se skládají z 24 aminokyselin a esenciálních bílkovin, které si organismus neumí vytvořit, tak se jich musí dostávat v potravě.

Jsou např. v potravinách živočišné bílkoviny - maso, mléko, mléčné výrobky. Obiloviny - pečivo, těstoviny, rýže a luštěniny- čočka, hrách, sója.

Tuky

Obsahují dvakrát více energie než bílkoviny nebo sacharidy. V potravinách jsou nositeli vitamínů rozpustných v tucích- A, D, E, K a umožňují jejich vstřebávání. Tuky se dělí na nasycené a nenasycené. Nasycené jsou hlavně v potravinách živočišného původu - máslo, vejce, vnitřnosti. A nenasycené jsou rostlinného původu - oleje, ryby, ořechy atd.

Sacharidy

Nebo-li cukry jsou největším zdrojem energie. Dělí se na jednoduché sacharidy a polysacharidy.

Vláknina

Je skupina látek vyskytující se v rostlinných potravinách, které organismus nedokáže strávit. Vláknina povzbuzuje správnou funkci střev a podporuje tak zažívání, snižuje tak schopnost střeva vstřebávat škodlivé látky, tuky a cholesterol. Vlákninu obsahují například tyto potraviny - celozrnné pečivo, ovesné vločky, luštěniny, zelenina a ovoce.

Vitamíny

Vitamínů je mnoho a každý z nich má svoji specifickou funkci. Tělo si je neumí vytvářet a tak je musí dostávat v potravě. Důležitý je hlavně příjem ovoce a zeleniny.

Minerály

Minerály jsou obsaženy např. v zelenině. Vápník je důležitý pro růst kostí a zubů, pro funkci svalů, nervů a srdce. Hlavním zdrojem je mléko a mléčné výrobky.

Železo se podílí na výrobě hemoglobinu, který přenáší kyslík z plic k jednotlivým tkáním těla. Hlavním zdrojem je maso, vnitřnosti, zelenina a luštěniny.

14.3.3 Obecné zásady správného stravování

Dostatečný a vyvážený příjem potravy.

Jíst častěji, pravidelně, menší porce a dostatečně pestrá strava.

Naučit se jídlo si vychutnávat.

Jíst dostatek mléčných výrobků, ryby, celozrnné pečivo, ovoce a zeleninu.

Dodržovat dostatečný příjem tekutin 2-2,5 litru, rovnoměrně během celého dne.

Nekouřit, nepít alkohol, neužívat drogy nebo jiné návykové látky.

14.3.4 Zásady jak se správně stravovat u pacientky s mentální anorexií

Velikost porcí

Pro nemocnou poruchou příjmu potravy je někdy velký problém, poznat jak má být porce velká. U mentální anorexie platí přísloví, že strach má velké oči. Porce se nemocné zdají větší, než ve skutečnosti jsou. Pak pacientka má tendenci si porce ubírat nebo nedojídat. Velikost porcí závisí na tom, zda pacientka trpí podváhou nebo nikoliv. V příloze č. 3 jsem uvedla jídelníček běžných porcí a porcí při podvaze.

Podváha a jídelníček

Podváha je základní příznak mentální anorexie. Zvýšení tělesné hmotnosti pro nemocné touto chorobou je velice obtížné. Přibývání na hmotnosti přináší řadu úzkostí, výčitek a pocitu selhání. Jídlo je hlavním lékem proti mentální anorexii.

Pokud se chce pacientka vyléčit, tak musí přibrat a pokud chce přibrat, musí toho více sníst než dosud. Hodnota denního energetického příjmu při léčbě mentální anorexie je asi 3500 kcal, což znamená jíst 6x denně hlavní jídla, svačiny i druhé večeře. Nutné je omezit aktivní pohyb na minimum, pak je možné dosáhnout přírůstku hmotnosti 0,5 – 1 Kg za týden. Důležité je pro tyto pacienty stanovit jistý jídelní harmonogram. Jídelníček lidí trpících mentální anorexií bývá chudý a stereotypní a proto je nutné postupně jídelníček rozšiřovat aby byl pestřejší a vyváženější.

Maso je jedna z nejdůležitějších látek v potravě, proto do jídelníčku rozhodně patří. Nemusí být ale nutností každý den. Je vhodné střídat druhy masa i úpravu.

Další doporučení

Jídlo a váha. Pokud jde o vážení, mělo by probíhat maximálně 2x týdně před snídaní

a ve spodním prádle.

U pacientky by se **nemělo** přistupovat na následující požadavky:

- a) nemocná bude jíst o samotě a v jinou dobu než ostatní
- b) bude jíst jenom to co sama připravila
- c) nemocná si v rodině vaří sama
- d) nebude jíst to co ostatní pokud nebudou jíst dietně
- e) bude jíst podle toho jak má hlad a to co jí chutná
- f) nebude jíst po 18 hodině

14.4 Závěr edukace

Pacientku jsem edukovala o správné životosprávě, vhodných a nevhodných potravinách, o obecných zásadách správného stravování atd. (viz. výše). Pacientka si všechny informace vyslechla. Abych zjistila, zda všechny informace pochopila, tak jsem jí položila pár otázek na které odpověděla správně. Nyní si je vědoma chyb, které dělala může se jich vyvarovat. Zná zdravotní komplikace, které by dále u pacientky mohly nastat, pokud by dále hubla na váze. Ví, jak by měl vypadat její jídelníček a jak bude pokračovat její jídelní a pitný režim.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo co nejlépe poukázat a vysvětlit téma mentální anorexie pro zdravotnický personál a studenty ve zdravotnictví.

V první části jsem poukázala na definici poruchy příjmu potravy a jeho rozdělení. V další části jsem se převážně zaměřila na mentální anorexii, kde jsem se snažila srozumitelnou formou vysvětlit příčiny vzniku a jaké faktory dnes ovlivňují dívky v sebehodnocení svého vzhledu. Dále jsem sepsala příznaky mentální anorexie, průběh a jeho prognózu. V epidemiologii jsem vysvětlila, čím se výzkum zabývá a jak postupně vzrůstá výskyt tohoto onemocnění. Důležitou částí této problematiky jsou samozřejmě možné zdravotní komplikace, kde by mohli nastat, pokud by pacientka dále hubla na váze. Na konci teoretické části jsem shrnula léčbu tohoto onemocnění.

V praktické části jsem si vybrala s pomocí staniční sestry na dětském psychiatrickém oddělení ve FN Motol pacientku s mentální anorexií. Sepsala jsem lékařskou dokumentaci a společně s pacientkou jsem vedla rozhovor o její problémech, pocitech a cíle do budoucna. Sepsala jsem ošetrovatelskou dokumentaci a stanovila ošetrovatelské diagnózy a seřadila je podle priorit. Během pěti dnů, co jsem strávila na dětské psychiatrické klinice, jsem si připravila pro pacientku edukaci v oblasti výživy, kde jsem se snažila shrnout všechny důležité informace, které se týkají správné životosprávy, vhodných a nevhodných potravinách, o obecných zásadách správného stravování a další. Připravila jsem si k tomu nutné pomůcky, jako odbornou literaturu, letáky atd. Zvolila jsem vhodné místo, kde bych pacientku edukovala a poté, když jsem vše měla připravené, tak jsem započala s edukací. Abych měla jistotu zda pacientka všemu rozuměla., tak jsem se zeptala na pár otázek. Odpověděla správně.

V době kdy jsem s pacientkou zpracovávala ošetrovatelskou dokumentaci, byla pacientka na počátku léčby. Pacientka byla vždy komunikativní a vstřícná. Vnímala své tělo negativně, ale její cíl byl se co nejdříve uzdravit a navrátit se do normálního života.

V poslední části jsem sepsala seznam zkratk, které jsem použila v teoretické části a praktické části a napsala k nim vysvětlivky. Dále jsem vypsala seznam literaturu a internetových stránek z kterých jsem čerpala. Dále nalezneme v poslední části přílohy

ve formě tabulek a fotografií. V rámci této bakalářské práce jsem si rozšířila znalosti o poruchách příjmu potravy o problematice mentální anorexie, ale i jsem poznala jak zákeřná to může být nemoc a jak těžce ovlivňuje život člověka.

Seznam zkratek

MKN- 10 (F 50. 0)- Mezinárodní klasifikace nemocí (mentální anorexie)

BMI- body mass index- index tělesné hmotnosti

MA- mentální anorexie

PPP- porucha příjmu potravy

LH- luteinizační hormon

FSH- folikuly stimulující hormon

T₃ - trijodthyronin

T₄ – L - tyroxin

mm Hg- milimetry rtuti

KBT- kognitivně- behaviorální terapie

PMT- porucha metabolických tuků

EKG- elektrokardiogram

per. os- dutina ústní

percentil H/V- poměr hmotnosti k výšce

percentil O/P- vztah body mass indexu k obvodu paže

Seznam literatury

- 1) Krch, František, David, Mentální anorexie, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-2)
- 2) Krch, František, David a kolektiv, Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání, Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-0840-X
- 3) Krch, František, David a kolektiv, Poruchy příjmu potravy, Praha: Grada Publishing, a.s., 1998, ISBN 80-7169-627-7
- 4) Kocourková, Jana, et al.: Mentální anorexie a mentální bulimie v děství a dospívání. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5
- 5) Marečková, Eva, et al., Psychiatrická ošetrovatelská péče, Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1151-6
- 6) TRACHTOVÁ, E., Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu., Brno: NCO NZO., 2006, ISBN 80-7013-324-4
- 7) Papežová, H.: Anorexia nervosa. Praha: PSYCHIATRICKÉ CENTRUM, 2000. ISBN 85121-32-8
- 8) Hoeschl, C., Libiger, J., Šveska, J.: Psychiatrie. Praha. Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4
- 9) Oranžová, Rachel: O poruchách příjmu potravy. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0
- 10) Majerová, Tereza, Absolventská práce, Postoj mladé generace k onemocnění mentální anorexie, Praha, 2005, VZŠ Praha 5, Duškova 7
- 11) Ulrichová, Dana, Absolventská práce, Faktory ovlivňující vznik mentální anorexie u dospívajících dívek, Praha, 2001, VZŠ Praha 5, Duškova 7
- 12) Marrilynn, E., Doenges, Mary, Frances, Moorhouse, Kapesní průvodce ZDRAVOTNÍ SESTRY., Druhé, přepracované a rozšířené vydání, Grada Publishing, spol. s r. o., 2001. ISBN 80-247-0242-8
- 13) Marečková, Jana, OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY V NANDA DOMÉNÁCH, Praha 7, Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1399-3

14) Vokurka, Martin a Hugo, Jan, Praktický slovník MEDICÍNY, 7. rozšířené vydání, MAXDORF s. r. o., Praha 4, 2004. ISBN 80-7345-009-7

Internetové stránky

<http://zdravi.doktorka.cz/> - 20.3. 2009

http://www.vnl.xf.cz/klp_zapisky.php - 22. 3. 2009

<http://info.hubnout.kvalitne.sweb.cz/tabulky.htm> - 15. 4. 2009

<http://vnl.xf.cz/ose/ose-gordonova.php> - 17. 4. 2009

http://www.idealni.cz/stravovani_menu.asp - 20. 3. 2009

www.wikipedie.cz - 20. 3. 2009, 15. 4. 2009

http://www.pppinfo.cz/stravovani_menu.asp - 10. 3. 2009

http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=5 - 4. 3. 2009

Přílohy

Příloha č. 1 - Tabulka BMI

(body mass index)- index tělesné hmotnosti

BMI	Váhová kategorie	Zdravotní rizika
pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 39,9	obezita	vysoká
40 a více	těžká obezita	velmi vysoká

Pacientka E. Š má 16. 2. 2009 BMI 16, 61 - podváha

Příloha č. 2 – Stupnice hodnocení psychického zdraví

(Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

Položky:		Odpověď:	
01.	Cítíte se většinu času dobře?	ano	ne
02.	Máte často obavy o své zdraví?	ano	ne
03.	Trpíte často bolestmi hlavy?	ano	ne
04.	Měl-a jste v poslední době závratě?	ano	ne
5.4.2009	Často se Vám třesou ruce při práci?	ano	ne
6.4.2009	Míváte záškuby ve svalech?	ano	ne
7.4.2009	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ano	ne
8.4.2009	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	ano	ne
9.4.2009	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano	ne
10.4.2009	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano	ne
11.4.2009	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ano	ne
12.4.2009	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ano	ne
13.4.2009	Často Vás něco trápí?	ano	ne
14.4.2009	Jste často plný elánu či energie?	ano	ne
15.4.2009	Cítíte se často neužitečný?	ano	ne
Součet:			

Hodnocení:

1 bod za odpověď „ano“ u otázek		2	3	4	5	6		8		10		13		15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek	1						7		9		11	12		14
Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví														

Pacientka má 8 bodů – tedy porucha psychického zdraví dle stupnice hodnocení psychického zdraví.

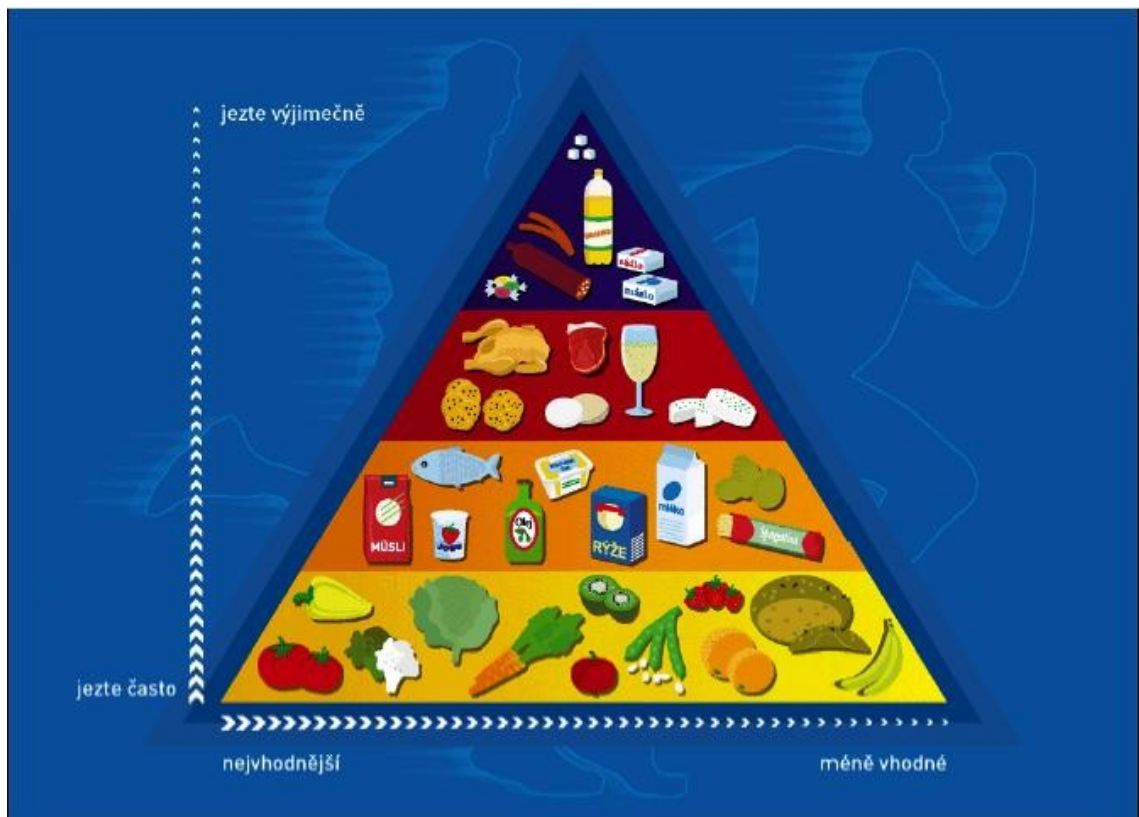
Příloha č. 3 – Jídelníček - běžná porce

	Běžná porce
snídaně	2 celozrnné rohlíky se sýrem
svačina	Hruška
oběd	pečená sekaná, bramborová kaše, zeleninový salát
svačina	jablko
večeře	Vaječná omeleta se šunkou, 1 ks pečiva
2.večeře	meloun, či jablko

Příloha č. 4 – Jídelníček – při podvázce

	Porce při podvázce
snídaně	2 celozrnné rohlíky s máslem a sýrem
svačina	BeBe sušenka, hruška
oběd	drůbková polévka, pečená sekaná, bramborová kaše, větší zeleninový salát se sýrem
svačina	puding s ovocem
večeře	Vaječná omeleta se šunkou, 2 ks pečiva
2.večeře	smetanový jogurt, meloun či jablko

Příloha č. 5 - Pyramida zdravé výživy



Příloha č. 6 - Fotografie anorektičky č. 1



Příloha č. 7 - Fotografie anorektičky č. 2



Příloha č. 8 - Fotografie anorektičky č. 3

