

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U
PACIENTA S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ**

Bakalářská práce

Martina Křenová

Praha 2010

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Bakalářská práce

MARTINA KŘENOVÁ

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

Vedoucí práce: MUDr. Blanka Boualay

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla dle platného autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

KŘENOVÁ, Martina. Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s mentální anorexií. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Blanka Boualay. Praha. 2010. s. 64.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s mentální anorexií. Teoretická část obsahuje definici mentální anorexie, diagnostiku, etiologii a přehled nejčastějších symptomů například ztráta menstruace, úmyslný úbytek váhy a neustálé zabývání se jídlem. Dále jsou s mentální anorexií spojeny různé zdravotní komplikace. Na konci teoretické části se zmiňuji o přehledu léčby poruch příjmu potravy. V empirické části se zabývám identifikačními údaji, anamnézou, stavem pacientky a fyziologickým vyšetřením všeobecnou sestrou. Závěrem empirické části jsou ošetrovatelské diagnózy. Aktuální i potencionální. Vybrala jsem si ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon se dvanácti doménami.

Klíčová slova: Mentální anorexie. Ošetrovatelské diagnózy. Symptomy.

ABSTRACT

KŘENOVÁ, Martina. Complex nursing care about a patient suffering from anorexia nervosa. The College of Nursing, o.p.s., qualification degree: bachelor. Supervisor: MUDr. Blanka Boualay. Prague. 2010. s. 64.

The main topic of my bachelor thesis is a complex nursing care about a patient suffering from anorexia nervosa. The theoretical part covers the definition of the anorexia nervosa, diagnostics, etiology and the overview of the most frequent symptoms, e.g. the emmeniopathy, deliberate loss of weight and food obsession. Furthermore, the anorexia nervosa is connected with different health complications. In the end of the theoretical part I mention the overview of the eating disorders treatment. In the empirical part I deal with identification data, medical history, condition of the patient and physiological examination done by a general nurse. The end of the empirical part includes a diagnosis, both current and prospective. I have chosen the treatment process according to Marjory Gordon's health pattern.

Keywords: Anorexia nervosa. Nursing diagnosis. Symptoms.

PŘEDMLUVA

Mentální anorexie je onemocnění velmi závažné a dlouhodobé. Člověk se s ní vypořádává po celý život. Důležitým krokem v boji s nemocí je silná vůle a pomoc blízkých při zvládnání každodenního koloběhu. Týká se to především pravidelného stravování.

V mé bakalářské práci se snažím poukázat na problematiku mentální anorexie a její edukaci. Informovanost o tomto onemocnění vzrůstá na základě zajímavosti tématu a nárůstu tohoto onemocnění. Edukační proces by neměl být náhodný, ale plánovitý.

Toto téma jsem si vybrala, protože mě velmi zaujalo. Absolvovala jsem praxi na psychiatrickém oddělení zabývajícím se mentální anorexií. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z internetových stránek. Dále z poskytnuté dokumentace, od pacienta a rad personálu z psychiatrické kliniky.

Tato práce je určena studentům zdravotnických škol, všeobecným sestřám a jiným nelékařským zdravotnickým profesím.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce MUDr. Blance Boualay za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat vrchní sestře a celému personálu na psychiatrické klinice za poskytnutí informací i dokumentace a za vlídný přístup.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 DEFINICE MENTÁLNÍ ANOREXIE	13
1.1 Vnímání anorexie ve společnosti	14
2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE	16
2.1 Body mass index	16
2.2 Diagnostická kritéria podle MKN-10.....	17
2.3 Diagnostická kritéria podle DSM-IV	18
2.3.1 Atypická mentální anorexie.....	19
3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	20
3.1 Sociální a kulturní faktory	20
3.2 Biologické faktory	20
3.3 Rodinné faktory	21
4 SYMPTOMY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	22
5 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE	23
5.1 Kardiovaskulární komplikace.....	23
5.2 Renální komplikace	23
5.3 Gastrointestinální komplikace	24
5.4 Kosterní komplikace.....	24
5.5 Endokrinní komplikace	25
5.6 Hematologické komplikace	26
5.7 Neurologické komplikace.....	27
5.8 Metabolické komplikace	27
5.9 Dermatologické komplikace.....	28

6	PŘEHLED LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	29
6.1	Hospitalizace a částečná hospitalizace	29
6.2	Ambulantní lékařská péče	30
6.3	Rodinná terapie.....	30
6.4	Arteterapie, ergoterapie	31
6.5	Kognitivně behaviorální terapie	31
6.6	Interpersonální terapie	32
6.7	Farmakoterapie	32
	EMPIRICKÁ ČÁST	33
7	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	33
7.1	Anamnéza.....	33
7.1.1	Rodinná anamnéza:	33
7.1.2	Osobní anamnéza:	34
7.1.3	Sociální anamnéza:.....	34
7.1.4	Gynekologická anamnéza:	34
7.1.5	Psychologická anamnéza:.....	35
7.2	Nynější onemocnění	35
7.3	Stav při příjmu 30. 11. 2009.....	35
7.4	Medikace	36
7.5	Fyzikální vyšetření sestrou	36
8	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE MARJORY GORDON	37
8.1	Vnímání zdraví.....	37
8.2	Výživa – metabolismus	37
8.3	Vylučování	38
8.4	Aktivita – cvičení	38
8.5	Spánek, odpočinek.....	38
8.6	Vnímání, poznávání.....	38
8.7	Sebepojetí, sebeúcta	39

8.8	Plnění rolí, mezilidské vztahy	39
8.9	Sexualita, reprodukční schopnost.....	39
8.10	Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance.....	40
8.11	Víra, přesvědčení, životní hodnoty.....	40
8.12	Jiné.....	40
9	AKTUÁLNÍ A POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	41
9.1	Potenciální ošetřovatelské diagnózy	42
9.1.1	Vypracované aktuální ošetřovatelské diagnózy	42
10	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
	ZÁVĚR.....	60
	Seznam použité literatury	61

PŘÍLOHY

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

ACTH	adrenokortikotropní hormon
BMI	index tělesné hmotnosti
DSM – IV	diagnostický a statistický manuál duševních a mentálních poruch IV. revize
D	dech
EEG	elektroencefalografie
ESET	psychosomatická a psychoterapeutická klinika
FSH	folikulo – stimulační hormon
MKN – 10	mezinárodní klasifikace nemocí
mmHg	jednotka tlaku
RAIPS	regionální institut ambulantních psychosociálních služeb
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
T(3)	trijodthyronin
T(4)	thyroxin

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Akantocytóza	erythrocyty s nepravidelnými výběžky
Amenorea	nepřítomnost menstruace
Anorektika	léky snižující chuť k jídlu
Diuretika	léky na odvodnění
Denzita	hustota
Endokrinopatie	onemocnění a poruchy žláz s vnitřní sekrecí
Estrogen	ženský pohlavní hormon
Glukoneogeneze	je sled reakcí při, kterém se v játrech a ledvinách syntetizuje glukóza
Hepatomegalie	zvětšená játra
Hypogonadismus	nedostatečná funkce mužských pohlavních žláz
Hypochloremie	snížená koncentrace chloridů v krvi
Hypochlórní metabolická alkalóza	ztráta kyseliny chlorovodíkové v žaludku
Hypokalemie	snížená koncentrace draslíku v séru
Hyponatremie	snížená koncentrace sodíku v séru
Infertilita	neplodnost
Karotenodermie	oranžovo žluté zbarvení kůže
Kortizon	hormon kůry nadledvinek
Leukopenie	chorobné snížení počtu bílých krvinek
Normochromní – normocytární anémie	chudokrevnost s normální velikostí krvinek a obsahem barviva
Ortostatická změna	týkající se vzpřímené polohy těla
Parotická slinná žláza	příušní slinná žláza
Pro – ana	vyznavači mentální anorexie
Reverzibilní	návrat k normálu
Tinspiration	inspirace hubenými
Thyreoidní hormon	hormon štítné žlázy
Vagová hyperaktivita	zvýšená aktivita bloudivého nervu

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 - Hodnocení BMI.....	16
--------------------------------	----

ÚVOD

V mé bakalářské práci bych Vás ráda seznámila s problematikou mentální anorexie. Je to velmi závažné onemocnění a mnoho lidí, převážně rodičů, si nepřipouští, že jejich dítě je nemocné. Spousta mladých lidí, slečen i chlapců, se chce vyrovnat hubenosti modelek a topmodelek. Jejich myšlení se zaobírá sebe samými a váže se na jejich psychický problém. Mnoho vrstevníků se setkává s obezitou a právě posměšky a nadávky mohou být příčinou anorexie. Jsou zde i jiné příčiny anorexie například problémy v rodině, nešťastné dětství, stres.

Touto nemocí je zasaženo mnoho lidí po celém světě od dětí až po dospělé. Každý člověk řeší své psychické problémy nějakou jinou cestou. Někdo pije, bere drogy, jiní zvrací a přestávají jíst. V dnešní době anorexie narůstají z důvodu představy ideálu krásného člověka, který musí být hubený. Vidíme to všude v televizi, v časopisech, na internetu. Pokud se lidé chtějí vyléčit, musí si uvědomit závažnost svého onemocnění a musí sami chtít. Je to boj na celý život. Pořád je tu ta myšlenka být krásný člověk, tím se ale v dnešní době myslí být hubený. Jestliže se lidé nemocní mentální anorexií chtějí vyléčit, musí si uvědomit závažnost onemocnění a především musí sami chtít!!! Pokud toto neudělají umírají.

Cílem mé bakalářské práce je edukovat a přiblížit téma mentální anorexie nelékařským zdravotnickým profesím, ale také studentům převážně zdravotnických škol.

Teoretická část

1 Definice mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti“ (KRCH, D.F. a kolektiv, 1999, s. 14).

Tento termín „anorexie“ však může být zavádějící, protože nechutenství je spíše až sekundární důsledek dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je toto omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Například sbíráním různých receptů, vysokým zájmem o vaření a někdy i zvýšenou chutí, hlavně na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptaci organismu na dlouhodobější hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť na jídlo, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají, a vymýšlí si různé důvody, proč jíst nemohou. Jejich averze k jídlu je narušeným postojem vnímání sebe sama, především své tělesné hmotnosti, proporcí a tloušťky (KRCH, D.F. a kolektiv, 1999 ; KRCH, D.F.a kolektiv, 2005).

„Luise Hay vykládá anorexii jako symptom odmítání života a extrémní formu sebenenávisti“ (VOMASTEK, 2000, s. 149). Přijímání potravy je nezbytností pro přežití. Odpírání si ji znamená vzpírat se samotnému životu. To, co vede anorektika k tomu, že chce pohřbít své tělo v hladu je extrémní forma sebenenávisti. Kořen této nenávisti většinou hledá v dětství. Pokud byl neustále kritizován, kárán nebo týrán. Tyto špatné vzpomínky s ním rostou až do dospělosti. Ty se odrazí do této nemoci a je opět trestán, nyní však svými vlastními výčitkami (VOMASTEK, 2000; STOPPARDOVÁ, 2000).

Skoro všichni lidé trpící vážnou poruchou příjmu potravy, mají podobné pocity vlastní bezcennosti. Válčí sami se sebou. Vše začíná nejprve pochybami, nerozhodností a lehkou sebekritikou. Mají problémy s akceptováním okolního světa. Nedokáží se vyrovnat s tím, co prožívají. Stávají se stále více nerozumní a neschopní jakýchkoli rozhodnutí. Bojí se, že co učiní, bude špatné. Dochází k odcizení se od společnosti, k absolutní rezignaci a otupění. V důsledku je anorexie vlastně pomalý způsob sebevraždy (PIERRE-CLAUDE, 2001; VOMASTEK, 2000).

1.1 Vnímání anorexie ve společnosti

„Anorexie je vedlejší produkt společnosti, která si štíhlosti cenní nadevše“ (PIERRE-CLAUDE, 2001, s. 80). Naše společnost oceňuje spíše vnější vzhled člověka než-li jeho vnitřní kvality. Ženy dokáže ocenit pouze tehdy, je-li štíhlá. Také poklony za jejich vzhled se jim skládají více, než za cokoliv jiného (PIERRE-CLAUDE, 2001, NIKITS, 2009).

Setkáváme se s tím na každém kroku. Na ulici, v práci a převážně v médiích. Média jsou tím největším nebezpečím mladých, ale i starších čtenářů a posluchačů. Tato společnost je hubeností přesycená. Každý druhý časopis či noviny obsahují podtext s anorektickým motivem. Skoro u každé mediálně známe celebrity hodnotí každé kilo navíc a doporučují, aby zhubla. Nesmíme se tedy divit, že počet anorektiček, ale i anorektiků vzrůstá. V televizi vídáme spoustu pořadů věnující se modelingu. Dnešní modelky jsou vychrtlé až na kost a ostatní je v tom podporují. Na internetu dokonce nalezneme postupy, jak se anorektičkou stát. Tyto stránky se jmenují „pro-ana“ jsou hodně navštěvovány převážně „pubertáky“, kteří si z nich berou příklady, radí se mezi sebou a snaží se napodobit jejich praktiky hubnutí. Mezi ně patří například: jíst nahá před zrcadlem, stát v mrazu, pojídat dětskou pastu, neustále žvýkat, přesolovat a přepepřovat jídlo, či na něj nalít saponát, každé sousto zapít, pít dietní kolu a horkou vodu, sbírat obrázky vyhublých děvčat, při hladu počítat do sta, vyčistit si zuby před každým jídlem, vložit jídlo do úst, požvýkat a ihned vyplivnout, sprchovat se pod studenou vodou, pojídat si své vlasy, nehty, čistý papír a vaty namočené v oleji. Na těchto stránkách se setkáváme s pojmem thinspiration zlidověle thinspo. Což znamená obdivovat, stahovat a navštěvovat stránky či fotky modelek, fotomodelek a převážně anorektiček. Je to inspirace hubenými ([online] CRACK, 2008; EVA, 2007,).

Každá Pro-ana, tedy anorektička, má svůj blog, kde má zaležený svůj thinspiration. Zde má uloženy fotky, které se jí líbí a jak by třeba jednou chtěla vypadat. Převážně to jsou fotky celebrit, modelek a anorektiček. Většinou se na těchto stránkách setkáváme i s dokonale vypracovanými tématy anorexie. Přesto, že o této nemoci píšou a mluví o ní, drží se jí jako klíště. Vědí o ní všechno i jaké má důsledky a přesto hazardují se svým životem a dodávají odvalu i ostatním, kteří by chtěli s touto nemocí začít! Podporují je všemožná motta jako například ([online] NELA, 2008,):

Kdybych snědla trochu, snědla bych všechno. Proto nesním nic.
Hlad bolí, ale štíhlost za to stojí.
Hlad je tvůj přítel, který tě nikdy nezradí, tak jako jídlo.
Hubená je pěkná, ale hubenější je perfektní.
Pokaždé když říkáš "Ne, díky" jídlu, říkáš "Ano, prosím" štíhlosti.
Co je dneska v puse je od zítřka v pase!
Chceš jídlo? Podívej se na ty STEHNA!
Čím víc mi dají, tím míň toho sním.

Nemocní, kteří trpí anorexií se od ostatních mohou odlišovat různými barvami svých náramků. Je to takové jejich poznávací znamení. Anorektičky, které zastávají komunitu PRO ANA, nosí červený náramek, je to znak jejich přesvědčení. Znakem sebepoškozování je černý náramek, a růžový náramek značí "trpím poruchou příjmu potravy." A osoby, které se vyléčili nosí náramek bílé barvy ([online] LIVINKA, 2008).

Ve světě, kde se mnoho žen a mužů obává nadváhy a není spokojeno se svým tělem je potom obtížné rozhodnout, kde končí dieta a kde začíná mentální anorexie. Mnoho lidí, zejména dospívajících děvčat, zaměňuje redukční dietu a jídlo ve strachu z tloušťky za zdravou výživu. Osobní spokojenost a společenský úspěch nekriticky spojují s vyhublou štíhlostí a nadměrnou sebekontrolou v jídle. Jsou vyhublé, trpí poruchou příjmu potravy. Proto jsou mentální anorexií nejvíce ohroženy dívky v průběhu dospívání, kdy se zásadním způsobem mění jejich tělo a výrazně vzrůstá tělesná hmotnost. Skutečnost, že ženskému tělu je tradičně věnována větší pozornost může za to, že mentální anorexie ohrožuje více dívky než chlapce, přesto je jejich život ovládán strachem z tloušťky (PIERRE-CLAUDE, 2001).

2 Diagnostika mentální anorexie

Včasné diagnostikování poruch příjmu potravy je důležité zvláště v dětském věku, protože zasahuje do všech úrovní dospívání. Mezi diagnostické metody jsou nejvíce používané:

- BMI = body mass index
- diagnostická kritéria podle MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů X. revize)
- diagnostická kritéria podle DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál duševních /mentálních/ poruch IV. revize)

2.1 Body mass index

Body mass index, dále jen BMI, neboli index tělesné hmotnosti je číslo používané jako měřítko hmotnosti. BMI se skládá z výpočtu hmotnosti, která je uvedena v kilogramech, a výšky, která se uvádí v metrech².

Celý vzorec vypadá takto: $BMI = \text{tělesná váha (kg)} / \text{tělesná výška}^2 \text{ (m)}$. Pro příklad váha 60 kg / výška 1,70 m = 20,76. BMI je tedy 20,76. Jedná se tedy o normální váhu.

Tabulka 1 - Hodnocení BMI

Klasifikace:	BMI
Podváha	< 18,5
Normální váha	18,5 – 24,9
Zvýšená váha	≤ 25,00
Nadváha	25,0 – 29,9
Obezita I.stupně	30,0 – 34,9
Obezita II.stupně	35,0 – 39,9
Obezita III.stupně	≥ 40,0

Zdroj: Tereza Hanyášová, 2006, Dostupné z <<http://terez.ic.cz/view.php?cislocianku=2006120001>>.

2.2 Diagnostická kritéria podle MKN-10

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou hmotností, nebo BMI 17, 5 a nižší.
- Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům a nejí, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: užívání laxativ, anorektik, diuretik, zvrací nebo nadměrně cvičí.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede k velmi nízkému prahu vlastní hmotnosti.
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako sexuálního zájmu a potence. Výjimkou může být přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, antikoncepčních pilulek. Mohou se vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizonu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Pokud je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree, u chlapců zůstávají dětské genitálie. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, u dívek je menarché opožděna (KRCH, D.F. a kolektiv, 1999; KOCOURKOVÁ, Jana. et al, 1997).

2.3 Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální hmotnost pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný váhový příbytek během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- Intenzivní strach z přibírání na váze a z tloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- Narušené vnímání vlastního těla (hmotnosti tvaru těla), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogenu); (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005; KOCOURKOVÁ, Jana. et al, 1997).

Kritéria užitá v DSM-IV Americké psychiatrické asociace i v desáté verzi MKN - 10 lze shrnout do tří základních znaků:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti
- strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
- amenorea u žen

Dále máme dva specifické typy:

- **Nebulimický (restriktivní) typ** – což znamená, že u pacienta v průběhu onemocnění nedochází k opakovanému přejídání.
- **Bulimický (purgativní) typ** – což znamená, že u pacienta v průběhu onemocnění dochází k opakovanému přejídání. U těchto pacientů se častěji vyskytuje drogová závislost, sebevraždy a sebepoškozování. Dochází k delšímu průběhu nemoci, častějším relapsům a menší odezvě na terapii (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

Při stanovení diagnózy je třeba vyloučit přítomnost tělesné a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, nízkou tělesnou hmotnost a poruchu v jedení. Mezi tyto poruchy například patří nádorová onemocnění, tuberkulóza, deprese a endokrinopatie. S anorexií se lze setkat také u drogově závislých, kteří trpí nechutenstvím (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

2.3.1 Atypická mentální anorexie

Atypická mentální anorexie, dle MKN – 10 je označena diagnózou F50.1. Je typická pro pacienty, kterým chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, přičemž ale vykazují téměř typický klinický obraz. Setkáváme se tak s pacientkami, které přes nízkou hmotnost, i když nejsou hormonálně léčeny, mají pravidelnou menstruaci. Někteří pacienti praktikují nejrůznější dietní opatření (tzv. moderní a zdravé trendy výživy, mezi něž patří vegetariánství, veganství a makrobiotika), ale nedochází u nich ke vzniku kachexie. Většinou je nacházíme mezi modelkami, gymnastkami a baletkami. U některých pacientů se anorexie projeví v důsledku somatického onemocnění, které je spojené s nechutenstvím a po odeznění nemoci v hubnutí pacienti pokračují z vlastní vůle. Tu ovšem popírají a svádějí ji na nemoc, protože strach z tloušťky je tak veliký, že již nechtějí přibrat (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005; MKN – 10, 2008; MKN – 10, 2000).

3 Etiologie mentální anorexie

„O možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz. Každá hypotéza nebo etiologický, výkladový model má svoje omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruchy“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 57).

3.1 Sociální a kulturní faktory

Za vzrůst mentální anorexie jsou zodpovědné převážně tzv. módní ideály krásy, které nepřímo ovlivňují především zranitelné adolescenty. Ti vidí ve štíhlosti cestu ke kráse a k úspěchu. Módní průmysl, sdělovací prostředky a potravinový průmysl produkují mnoho témat a inspirací jak hubnout. „Dieta je přepych, který může být prosazován jen ve společnosti nadbytku. Zatímco ještě před 40 nebo 60 lety byly ve společnosti obávající se podvýživy a tuberkulózy oblíbené „prostředky na přibírání“, je dnes komerční reklama jednoznačně ovládána prostředky na zhubnutí“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 59). Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti oslabují sebedůvěru mladých. Posilují jejich strach z tloušťky, který vede k nadměrné sebekontrolě tělesné hmotnosti. Dalším sociokulturním faktorem je vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. Ženy hezké a hubené jsou více vyhledávány a mají větší pravděpodobnost úspěšnosti v práci. Jak v profesním růstu, tak i v přijetí do nové práce (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

3.2 Biologické faktory

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je pohlaví. Především to ženské. Stačí být ženou a riziko anorexie je desetkrát vyšší.

Dále je to tělesná hmotnost. S rostoucí hmotností vzrůstá nespokojenost s tělem a zvyšuje se riziko redukčních diet.

Nepravidelný menstruační cyklus může v některých případech naznačovat začátek mentální anorexie vlivem hormonů při cyklu.

Typickým obdobím pro vznik onemocnění je puberta. V pubertě dochází k mnoha hormonálním změnám, které mají vliv především na postavu (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

3.3 Rodinné faktory

Různé životní situace a události jsou považovány za významný faktor spouštějící toto onemocnění. „Anorexie je způsobena fyzickým, citovým nebo pohlavním zneužitím“ (PIERRE-CLAUDE, Peggy, 2001, s. 88; KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

Také rodinné a genetické faktory se podílí nemalou částí. Výskyt mezi sourozenci je kolem 3-10%. Mezi anorektickými matkami, které jsou popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní, se vyskytuje dokonce častěji než mezi sourozenci. „Anorexie je způsobena zanedbáváním nebo naopak přílišnými požadavky ze strany rodičů“ (PIERRE-CLAUDE, Peggy, 2001, s. 88; KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

U pacientek s mentální anorexií se často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky, které jsou přímo spjaty s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. „Anorexie je psychosomatickou poruchou způsobenou tím, že dítě nechce dospět“ (PIERRE-CLAUDE, Peggy, 2001, s. 93; KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

Dále toto onemocnění může být spojeno s abúzem psychoaktivních látek. Většinou se jedná o požívání alkoholu, marihuany, ale i tvrdých drog (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

4 Symptomy mentální anorexie

- tělesná váha je pod normálem, ztráta více než 15% tělesné hmotnosti (BMI nižší než 17,5)
- snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“
- přetrvává strach z tloušťky a má zkreslenou představu o svém těle
- bývá amenorea
- pacient se přepíjí nebo je naopak dehydratován
- nesoustředěnost, podrážděnost, nespavost, deprese, plačtivost, změny nálad
- suchá pleť, lámání nehtů, poškozené vlasy
- objevuje se zácpa
- objevuje se nižší krevní tlak a nižší tělesná teplota
- vyhýbání se kolektivu

Petr Vomastek, 2000, s. 10:

Obecné symptomy

Jedno kilo druhý, třetí
z kopečka to se mnu letí.

O půl kila každý den,
býti štíhlá byl můj sen.

Jeden knedlík, masa kousek,
to byl celý oběd můj,
nesnídám a nevečeřím,
svoje míry denně měřím.

Jídlo mne už neláká,
stala se ze mě mentálka.

Místo času ve škole,
strávila jsem v motole.

(neznámá mentálka)

5 Zdravotní komplikace mentální anorexie

„Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 93). Anorexia nervosa vede ze šech psychických poruch nejčastěji ke smrti. Podle některých autorů vede odhad dlouhodobé úmrtnosti až k 18 %. Zdravotní problémy u anorektiček se podobají obtížím vyvolaným nekomplikovaným hladověním a při návratu k normální zdravé výživě a tělesné hmotnosti jsou reverzibilní. Důležité rozdíly však vznikají podle toho, které základní složky ve stravě chybí. U anorektiček je výrazně snížen příjem kalorií ze sacharidů a tuků, zatímco příjem vitamínů a bílkovin může být dostatečný. Při dlouhodobějším hladovění však vitamíny, bílkoviny chybí a vznikají komplikace (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005; KUNZE, 1994).

5.1 Kardiovaskulární komplikace

Tyto komplikace se vyskytují až u 90 % pacientek. Nejčastěji to jsou sinusové bradykardie s frekvencí méně než 60 tepů za minutu, které jsou způsobené snížením metabolismu (úsporou energie) a vagovou hyperaktivitou. Dále se setkáváme s hypotenzí 90/60 mm Hg a méně. Ta je způsobena chronickým snížením objemu tělních tekutin a ortostatickými změnami, které vedou k závratím a mdlobám. Neblahé působení na srdíčko mají i diuretika a projímadla, která vedou k elektrolytovému rozvratu a tím vznikají srdeční arytmie až srdeční zástava. Známe jsou také poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a zhoršení výkonnosti srdečního svalu. Je tu zjevná souvislost s úbytkem hmotnosti a náhlou smrtí (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

5.2 Renální komplikace

Renální abnormality se mohou objevit až u dvou třetin pacientek. A protože většina z nich přijímá dostatek bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny močoviny v krvi. Hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy jsou hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie a hypochlorní metabolická alkalóza, se kterou se setkáváme u pacientek používajících projímadla a diuretika. Také riziko vzniku močových kamenů nejsou výjimkou z důvodu dehydratace, používání projímadel a diuretik. Mohou se objevit

otoky nohou, které poukazují na předávkování projímadly. Ty mohou dále způsobit hypovolemický šok až ledvinový infarkt. Chronické užívání projímadel a diuretik může také vést k chronickému ledvinovému selhání a hypokalemické neuropatii (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

5.3 Gastrointestinální komplikace

Dobře známý příznak je benigní zduření parotických slinných žláz, které postihuje kolem 25 až 50 % pacientek. Častou komplikací je eroze zubní skloviny a zuboviny. Výsledkem je zvýšená citlivost na teplo. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Velmi závažnými komplikacemi jsou ruptura jícnu a perforace žaludku, které vyžadují chirurgickou léčbu. Zpomalení procesu vyprazdňování žaludku vyvolává pocity plnosti a nadýmání, což je nemocným velmi nepříjemné. Vykládají si to jako ukládání tuku v těle. Kromě prosté zácpy hrozí krvácení do traktu, poruchy vstřebávání bílkovin či poškození nervových plexů. U podvýživy bílkovin se vyskytují abnormality funkce jater vedoucí k steatóze a hepatomegalii. Stav hypoglykémie mohou souviset s nedostatkem jaterního glykogenu (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

5.4 Kosterní komplikace

„Pacientky s častým počátkem mentální anorexie bývají o něco menší než jejich vrstevnici, i když rozdíl není statisticky významný. Vyhrávání kostí se v období aktivní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když hmotnostní úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 97). Pokud anorektička odmítá jíst mléčné výrobky, obsahující vitamin D a tuky, může se výjimečně vyskytnout případ osteomalacie. U tohoto onemocnění však častěji vzniká osteoporóza. Prokázaným důsledkem mentální anorexie je snížení minerální denzity kostí. Prokazatelná osteoporóza vzniká během prvních dvou let anorexie a významně souvisí s délkou choroby a s tělesnou hmotností. U anorektiček platí, že čím déle a více je pacientka podvyživená, tím nižší má minerální denzitu kostí.

Nutriční faktory nehrají při úbytku kostní tkáně až tak významnou roli. Určitou roli může hrát zvýšená hladina kortizolu, která tlumí tvorbu kostí. Ztráta kostní tkáně

u mentální anorexie se do značné míry upraví, pokud se tělesná hmotnost a menstruační cyklus vrátí k normě. Obecně platí, že přiměřené cvičení má ochranný vliv na denzitu kostí, neboť snižuje metabolický obrat kostní tkáně a zvyšuje tvorbu kostí. Na druhou stranu u anorektiček, které neustále hodně cvičí, při snížení denzity kostí výrazně roste riziko patologických zlomenin. Tyto stresové zlomeniny se ve 30 % nejvíce vyskytují u profesionálních baletek. U těžce podvyživených jedinců riziko spojené s nadměrnou tělesnou aktivitou převažuje nad možnými zisky a v tomto smyslu je třeba dostatečná informovanost pacientek. Léčba musí spočívat v návratu k normální tělesné hmotnosti a menstruačnímu cyklu (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

5.5 Endokrinní komplikace

„Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 98).

Vedoucím příznakem je amenorea. Ta se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti. Významné jsou i jiné faktory než úbytek tělesné hmotnosti, protože se amenorea objevuje u jedné šestiny pacientek ještě před úbytkem tělesné hmotnosti. I po návratu k normální tělesné hmotnosti amenorea po nějakou dobu přetrvává až u poloviny anorektiček, což podporuje názor, že dysfunkce hypotalamu je sekundárním důsledkem psychických faktorů. Pro obnovení normální funkce osy hypotalamus – hypofýza – ovaria musí být proto nezbytné zlepšit psychický stav pacientky.

Dalším příznakem mentální anorexie je hypogonadismus doprovázený nízkými bazálními plazmatickými hladinami LH a FSH, zpomalením jejich výdeje a z toho plynoucím nízkým výdejem sérových estrogenů z vaječnicků. I v tomto případě se objeví normální funkce při návratu k normální tělesné hmotnosti, nebo alespoň k její určité úrovni, která se pohybuje přibližně okolo 44 kg. Sérové hladiny testosteronu zůstávají u žen v normě. Sníženy jsou však u mužů.

U mentální anorexie je prokázáno zvýšení hladiny kortizolu v plazmě, společně s normální plazmatickou hladinou ACTH. Podobně jako i u jiných typů podvýživy je vylučování kortizolu normální, ale je snížena jeho clearance a je zvýšen jeho poločas.

U některých případů byla zjištěna zvýšená hladina růstového hormonu a snížená reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykémii. U jiných zase jeho normální hladina. Mentální anorexie způsobuje narušený nebo nerovnoměrný výdej vazopresinu, což se

během uzdravování upravuje jen pozvolna a je příčinou 40 % výskytu částečně neurogenního diabetes insipidus a významně zvýšeného výdeje moči. Hladiny prolaktinu jsou obvykle v normě.

U mentální anorexie je celková hladina tyroxinu (T4) nižší, než je norma, obvykle se pohybuje v rozmezí přijatelných hodnot. Hladina trijodtyroninu (T3) je však snížena na polovinu v důsledku snížené periferní přeměny T4 a T3. Hladiny T4 jsou obvykle v normě a hladiny T3 mohou být zvýšeny. Substituce hormonů štítné žlázy je kontraindikována, neboť snížení hladin těchto hormonů je nutné považovat za obranný homeostatický mechanismus.

U velmi podvyživených pacientek se jako ochranné mechanismy, vyvolané stavem stresu, objevují: infertilita (neschopnost otěhotnět), snížení bazálního metabolismu, zvýšení hladiny kortizonu a růstového hormonu snižující periferní spotřebu glukózy a podporující glukoneogenezi (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005; KRCH, D.F. a kolektiv, 1999).

5.6 Hematologické komplikace

„Změny krevního obrazu a kostní dřeně se pravděpodobně vyskytují u více než poloviny pacientek s mentální anorexií a jejich klinická závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 99). Mírnou normochromní normocytární anémií (množství hemoglobinu více než 80 g/l) s typickou akantocytózou a sníženou sedimentací nacházíme až u 20 % anorektiček. Leukopenii, která je většinou způsobena hypoplazií dřeně s neutropenií, zjišťujeme přibližně u 60 % pacientek. Imunologické abnormality zahrnují dysfunkci neutrofilů, sníženou hladinu komponentů a zhoršenou buněčnou imunitu.

„Biopsie kostní dřeně u anorektiček obvykle ukáže charakteristickou hypoplazii s nekrózou buněk a zvýšeným množstvím normální základní mukopolysacharidové substance“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 99). Při příjmu je potřeba při úvodním vyšetření vyšetřit celý krevní obraz. Červený i diferenciální bílý krevní obraz a jiná vyšetření dle potřeby. Realimentace vede k rychlé úpravě všech hematologických změn (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

5.7 Neurologické komplikace

„Akutní porucha elektrolytové rovnováhy způsobená zvracením, klystýry, nadužívání projímadel a diuretik může vyvolat řadu neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko – klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku. Narušení elektrolytové rovnováhy je rovněž odpovědné za abnormální záznamy EEG, které vidíme u 40 % pacientek s mentální anorexií a anorexií střídající se s bulimií. Charakteristické je střední až výrazné difuzní zpomalení a paroxysmální rytmy“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 100). Více než 40 % anorektiček trpí celkovou slabostí a u 13 % vzniká periferní neuropatie. méně časté komplikace jsou bolesti hlavy, křeče, náhlá ztráta vědomí, dvojitě vidění a poruchy hybnosti. Někdy se zjistí úbytek mozkového parenchymu a zvětšení mozkových komor v důsledku úbytku hmotnosti a mizí při návratu k normální tělesné hmotnosti. Mezi vzácné komplikace se řadí Wernickeova encefalopatie (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

5.8 Metabolické komplikace

Další důkaz o narušení funkce hypofýzy a autonomních funkcí je zhoršení regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu nedochází ke zvýšení tělesné teploty a stejně tak nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Při vystavení se horku dochází jen k minimální vazodilataci a tělesná teplota se zvyšuje.

Může docházet k narušení metabolismu kalcia, kdy dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji moči. S tím souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostního vstřebávání.

„Zpomalení bazálního metabolismu je známým adaptačním mechanismem, který se vyskytuje u mentální anorexie i u podvýživy. Až u 50 % anorektiček zjišťujeme zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, i když rozpětí jeho hladiny může být u různých pacientek poměrně široké“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005 s. 100).

Anorektičky spí méně hluboce, častěji se budí a celková doba jejich spánku je zkrácena, přičemž se ráno brzy budí. Poruch se spánkem souvisí s úbytkem hmotnosti a mizí při její úpravě (VACEK, 1996).

5.9 Dermatologické komplikace

„Dermatologické obtíže u pacientek s poruchami příjmu potravy mohou mít řadu důvodů, včetně nedostatečné výživy (například suchá šupinatá kůže, lanugo a karotenodermie), úmyslného zvracení (například purpura, modřiny, mozoly na hřbetech rukou) a kožní vyrážky z užívání projímadel a diuretik“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 100). Jemné, lanugo podobné ochlupení se objevuje ve tvářích, končetinách a trupu skoro u jedné třetiny pacientek, jehož etiologie není známa. Hyperkarotenemie je přítomna až u 72 % anorektiček a v některých případech se objevuje jasně nažloutlé zbarvení kůže (karotenodermie). Může vzniknout na základě nadměrného požívání karotenu a vitamínu A v potravě nebo v důsledku získaného defektu v metabolizaci a využívání vitamínu A. purpura může být projevem aplazie kostní dřeně a trombocytopenie a nebo je důsledkem zvýšeného nitrohrudního tlaku vyvolaného zvracením. Některé vyrážky jsou způsobeny působením některých léků, které pacientky požívají v důsledku snížení tělesné hmotnosti (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005; KRCH, D. F. a kolektiv, 1999).

„Je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou spojeny s řadou zdravotních obtíží, které představují vážné ohrožení života pacientek a významně přispívají k jejich zvýšené úmrtnosti“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005, s. 101).

6 Přehled léčby poruch příjmu potravy

„V posledních deseti letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných, zejména psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy. Vedle rostoucího počtu specializovaných forem léčby byly s ohledem na specifika poruch příjmu potravy upraveny i hlavní psychoterapeutické přístupy. Terapie poruch příjmu potravy se v poslední době kloní k integraci nebo k následnému použití různých terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a podle jeho reakce na jednotlivé druhy poskytnuté léčby“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 1999, s. 127).

6.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci nemocných s poruchou příjmu potravy je potřeba jejich lékařské stabilizace. Nemocniční léčba je v těchto případech nezbytná. Závazek aktivní spolupráce pacienta je však nezbytný v případě, že hospitalizace je zamýšlena jako důležitý krok v procesu uzdravení. Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci, ale soustřeďuje se především na psychické problémy. Při rozhodování o potřebě hospitalizace pacientů existuje několik obecných vodítek (NĚMCOVÁ, 1975).

- nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku
- přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel
- zhodnocení a léčba jiných vážných zdravotních problémů
- léčba některých přidružených stavů jako je deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek.

Při volbě vhodného typu léčby je na prvním místě zvážit, zda je zdravotní stav natolik vážný, aby vyžadoval hospitalizaci. Rozhodnutí hospitalizovat pacienta pouze za účelem zdravotní hospitalizace a předání do ambulantní péče vyžaduje pečlivé zhodnocení předchozí terapie. Krátkodobá hospitalizace většinou není vhodná pro vyhublé pacienty, které je třeba postupně realimentovat. Pro většinu nemocných je výhodnější terapie forma denního stacionáře nebo částečné hospitalizace. Tyto programy poskytují strukturu, pokud jde o jídelní režim a současně umožňují intenzivní

terapii. Jsou ekonomicky výhodnější než plná hospitalizace, protože nemocnému nabízejí prospěšný přechod do ambulantní péče. Hospitalizaci se dává přednost u pacientů značně vyhublých, vyžadujících pečlivý lékařský dohled, v neúspěchu při částečné hospitalizaci a nebo při riziku sebepoškozování (KRCH, D. F. a kolektiv, 1999).

6.2 Ambulantní lékařská péče

Existují chroničtí pacienti, kteří prošli během několika let neúspěšnými formami léčby a dospěli k tomu, že již nechtějí podstoupit další léčbu. Tato péče se nezaměřuje na léčbu poruch příjmu potravy jako takovou, ale zaměřuje se na navrácení pacientů do stavu somatické a psychotické stability. Provádí se individuálně nebo ve skupině pod lékařským dohledem. Pokud je to nutné, měli by lékaři zkontrolovat hmotnost, elektrolyty a jiná důležitá kritéria zdravotního stavu (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005; MARKOVÁ, 2006).

Seznam institucí, které se zabývají poruchami příjmu potravy v Praze:

- Jednotka specializované péče – psychiatrická klinika
- RAIPS – regionální institut ambulantních psychosociálních služeb
- ESET – psychosomatická a psychoterapeutická klinika
- Centrum pro poruchy metabolismu
- Občanské sdružení Anabell - sociální poradenství.

Speciální ambulantní péče je indikována v prvním roce po ukončení hospitalizace.

6.3 Rodinná terapie

„Rodinná terapie je léčbou první volby u mladých pacientů a u některých pacientů žijících se svojí rodinou. V případech, kde jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientek“ (KRCH, D. F. a kolektiv, 1999, s. 132). Rodiče mají výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Rodina potřebuje vysvětlit, jak s nemocným jednat a zacházet. Terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu. Může být

také cenným doplňkem individuální terapie v případě práce s terapeutem (KRCH, D. F. a kolektiv, 2005).

6.4 Arteterapie, ergoterapie

Arteterapie je výtvarné rozvíjení práce se skupinou. Je to poměrně mladá metoda, která je však uznávána již delší dobu. Tato terapie spočívá v tom, že vyžaduje aktivní zapojení a umožňuje jedinečné sebevyjádření na základě neverbálních prostředků. Patří sem malování bavami, tisk, tužky, pastelky, koláž a modelování (CAMPBELLOVÁ, 1998).

Ergoterapie je léčba prací. Práce je pro lidskou existenci nepostradatelná. Práce a činnost ovlivňuje fyzický stav člověka. Ergoterapie je součástí léčebné rehabilitace. Je ordinována lékařem a je prováděna pod kontrolou odborného zdravotnického pracovníka – ergoterapeuta. Metody používané v ergoterapii jsou kreslení, malování, práce s papírem, ruční práce, práce s textilem, práce se dřevem, kovem, umělými hmotami, modelování a hraní si. Taková činnost má preventivní a léčebný charakter (KLUSOŇOVÁ, 1988).

6.5 Kognitivně behaviorální terapie

Je terapií doporučovanou těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky. Hlavní body terapie:

- vedení záznamu o jídle
- pravidelné vážení
- změna schématu jídelního chování
- změna navyklých chyb v myšlení
- zavedení prevence relapsu.

Strach z přibývání na váze je hlavním problémem, většinu pacientů lze přesvědčit, že během léčby přiberou jen málo. Zvláště důležité je navázat mezi pacientem a terapeutem spolupracující vztah (MINDELL, 1996).

6.6 Interpersonální terapie

Léčebný postup je rozdělen do tří fází:

- identifikace interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji problémů s jídlem
- uzavření terapeutické smlouvy o práci na těchto problémech
- zaměření se na otázky spojené s ukončením terapie.

Interpersonální terapie obsahuje specifické terapeutické složky, které napomáhají ke změně (NĚMCOVÁ, 1975).

6.7 Farmakoterapie

Farmakoterapie by nikdy neměla být jediným způsobem léčby. U mentální anorexie se často podává lék fluoxetin, který pomáhá udržovat zdravou hmotnost. Může to být slibný prostředek v pomoci při prevenci relapsu u mentální anorexie. Příležitostně se mohou podávat léky ke zvládnutí úzkostí, depresí nebo nesnesitelných pocitů v žaludku po jídle. Medikaci je v současnosti nejlepší používat jako doplněk, neboť pouze při samotné farmakoterapii dochází k častým relapsům. (KRCH, D. F. a kolektiv. 2005; KOCOURKOVÁ, Jana. et al. 1997).

Petr Vomastek, 2000, s. 10: Jedno deko, druhý, třetí,
o půl kila už jsem těžší.
Tři rohlíky posnídám,
o kilo už více mám.
Ze dne na den stále víc,
neodradí mne už nic.
Přes padesát vážím nyní,
co mně vlastně takhle chybí?
Nic! Děvčátko jsem jako lusk,
říká mi to každý kluk.
To je všechno pravda holá:
„Nikdy více do Motola.“

(neznámá mentálka)

Empirická část

V praktické části se zabývám komplexní ošetrovatelskou péčí u psychiatrické pacientky po dobu 14 dnů z celkové hospitalizace. Vybrala jsem si ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví (PAVLÍKOVÁ, 2006; MASTILIAKOVÁ, 2002).

7 Identifikační údaje

Na jednotku specializované péče pro poruchy příjmu potravy byla dne 30. 11. 2009 opakovaně přijata 25 – letá pacientka pro atypickou mentální anorexii, F 50. 1. Opakovaně přijímána od roku 1999, celkem 11x, pro terapeutickou léčbu, která je dobrovolná. Délka léčby by měla probíhat po dobu 6 – 8 týdnů.

7.1 Anamnéza

Jedná se o sběr důležitých informací získaných od pacienta. Cílem je odhalit případná rizika. Špatná anamnéza, málo pečlivě provedené vyptávání, může být počátkem zbytečných komplikací. Aby anamnéza splnila svůj účel, musí být všechny údaje úplné a přesné. Otázky, na které se ptáme, se týkají rodiny a především vlastní osoby. *Rodinná anamnéza* je zaměřena na otázky o zdravotním stavu rodiny. *Osobní anamnéza* slouží k získávání údajů o tělesném a duševním vývoji. *Gynekologická anamnéza* představuje otázky na věk, kdy nastala první menstruace, na pravidelnost či nepravidelnost menstruačního cyklu, na dosavadní gynekologické choroby, jejich průběh a způsob léčby. *Sociální anamnéza* se zabývá otázkami bydlení, zaměstnání a vystudovaných škol. *Psychologická anamnéza* je zaměřena na vývoj psychiky, stupně celkové citlivosti a charakteru.

7.1.1 Rodinná anamnéza:

- matka účetní, léčena pro astma bronchiale. V péči psychiatra, hroutí se pro onemocnění pacientky.
- otec kontrolor, kdysi se psychiatricky léčil – nezvládl pracovní nápor,
- sourozence nemá, je jedináček,

- strýc suicidoval,
- prarodiče zemřeli na Parkinsonovu chorobu.

7.1.2 Osobní anamnéza:

- z fyziologické gravidity
- v dětství běžné choroby
- v 9 letech hospitalizována kvůli „vodě na plicích“
- operační úraz a bezvědomí 0
- trpí osteoporózou

Abusus: nekouří, nepije, drogy neguje, crimina 0.

Alergie: neguje

7.1.3 Sociální anamnéza:

- bydlí v rodinném domku s rodiči; vztahy v rodině jsou již bez konfliktů, občas drobné nedorozumění kvůli onemocnění pacientky; dříve byli zvyklí vařit společně, nyní si vaří samostatně
- základní a střední školu absolvovala s výborným prospěchem
- má za sebou dva nepovedené vztahy, většinou neshody pro onemocnění pacientky a neschopnost sexuálního soužití
- nyní je sama

7.1.4 Gynekologická anamnéza:

- menarché ve 13. letech normální cyklus
- v 16 letech amenorea
- nyní má normální cyklus
- má mírné obtíže před a po menstruaci
- pravidelnost 28 – 31 dnů, délka 5 – 6 dní
- trvale užívá hormonální antikoncepci Pramino od roku 2007
- děti nemá, aborty: 0, chodí na pravidelné prohlídky

7.1.5 Psychologická anamnéza:

- vývojové období: mladý dospělý věk
- stupeň celkové citlivosti: bývá smutná, konflikty nevyhledává
- temperament: melancholik
- stupnice hodnot: 1. zdraví, 2. rodina, 3. práce
- často se mění nálady

7.2 Nynější onemocnění

Kamarádka začala hubnout, tak to zkusila také. Chtěla jen dva kilogramy, ale těšilo ji, že hubne více. Při váze 41 kilogramů následovalo trvalé kolísání váhy v rozmezí 33 – 40 kilogramů. Opakovaná interní hospitalizační a psychiatrická léčba – třikrát Olomouc, třikrát DPK Motol, Kroměříž, Havlíčkův Brod, Praha, opakované ambulantní léčby po dobu 10 let. Vždy něco přibrala a doma následně ihned zhubla. Vždy jen formou restriktce. Nikdy nadměrně necvičila, neužívala projímadla. Nepřejídala se a ani nezvracela. Zařídila si přijetí do pořadníku psychiatrické léčebny a přibrala tři kilogramy za dva měsíce. Přijatelná postava je pro ni 43 kilogramů (BMI 16, 8). Měla by ale vážit asi 48 kilogramů. Nejméně vážila 25 kilogramů, nejvíce 49 kilogramů. nyní váží 32, 2 kilogramů.

7.3 Stav při příjmu 30. 11. 2009

Medicínská diagnóza: F 50.1 Atypická mentální anorexie

Celkový stav: Lucidní, plně orientovaná, společenský kontakt má, sdílná, motivace kolísá, suicidální myšlenky nemá, celkový vzhled je kachektický. Kůže je normální barvy, turgor má dobrý a hydratace je v normě. Hlava zaujímá normální velikost a konfiguraci. Na poklep je nebolestivá. Čich, sluch, chrup a zrak dobrý. Oční bulvy ve středním postavení, hybné všemi směry. Diplopie není, spojivky jsou bílé a zorničky izokorické. Jazyk čistý, vlhký, plazí středem. Krk normální konfigurace. Šije pohyblivá, náplň krčních žil normální. Štítná žláza nezvětšena. Lymfy nehmatné. Akce srdeční pravidelná 72´/min., TK 120/80, ozvy čisté. Plíce poklepově jasné, plné. Břicho měkké,

nebolestivé, poklep bubínkový. Játra nezvětšena. Slezina nehmatná. Kýla není. Genitál normální konfigurace. Končetiny horní – normální konfigurace, svalový tonus v normě, svalová síla zachována, pasivní hybnost volná, bez otoků. Dolní končetiny normální konfigurace, stoj i chůze bez poruch, bez otoků.

7.4 Medikace

- Centrum 1 tbl. 1x denně (vitamíny)
- Hypnogen ½ tbl při nespavosti (hypnotikum)
- Espumisan 1 cps při nadýmání a plnosti (deflaktulancium)
- Motilium 1 – 1 – 1 (digestivum)
- Lactulosa dle potřeby (antidotum, laxancium), (KOCINOVÁ, 2003).

7.5 Fyzikální vyšetření sestrou

- celkový vzhled kachektický, upravená, čistá, vlasy myté
- TK 120/80, P 72', D 18', TT 36, 7
- kožní turgor v normě, kůže narůžovělá bez oděrek
- výška 160 cm, váha 32, 2 kg, BMI je 12, 5
- riziko vzniku dekubitů: 26 (viz příloha C)
- nutriční skóre: 6 (viz příloha B)
- zjištění rizika pádu: 1 (viz Příloha A)
- test denních činností: 100 (viz příloha D)
- řeč, sluch zrak: dobrý
- dutina ústní: chrup zdravý, jazyk vlhký, bez zápachu
- chůze, stoj: bez poruch
- kompenzační pomůcky: ne
- chybění části těla: ne

8 Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon

8.1 Vnímání zdraví

Pacientka již 10 let trpí poruchou příjmu potravy – mentální anorexií. Vždy byla hubená. Diety nikdy nedržela, omezovala pouze množství. Sama se přihlásila k léčbě a chce se uzdravit. „Jím málo a hubnu, jsem tu proto, abych se uzdravila, ale nedaří se mi to.“ Tělesnou aktivitu prováděla pouze ve škole, jinak nadměrně za úsilím zhubnout necvičila. Za poslední rok trpěla běžným nachlazením. Jiné choroby neudává.

8.2 Výživa – metabolismus

Dříve jedla velmi malé porce jídla a hubla. Dieta číslo 11 – výživná. Klientka dodržuje restriktivní jídelní chování pro rychlé nabytí tělesné hmotnosti. „Chtěla bych přibrat.“ Motivace však kolísá z předešlých neúspěchů. Nyní váží při výšce 160 cm, 32,2 kg. Není se svou váhou spokojena, chtěla by přibrat na 43 kg. Byla zvyklá jíst vše kromě tučné stravy (bílé rohlíky, tučné maso). Má ráda celozrnné pečivo, zeleninu, libové maso, ryby, ovoce, mléčné nízkotučné výrobky. Jí pravidelně 6x denně dle režimu oddělení. Na každé jídlo má časový limit půl hodiny. Netolerují se nedojedky! Vypije kolem 2 - 3 litrů čaje.

Ukázka jídla za celý den:

- snídaně – 3 ks bábovky, slazený čaj nebo káva,
- svačina - chléb s máslem a šunkou,
- oběd – hrachová polévka s rohlíkem, zapečená brokolice se sýrem a smetanou, brambory, tatranka,
- svačina – pudink s 12 piškoty,
- večeře – rybí filé s vajíčkem 2 ks, brambory a obloha,
- 2. večeře – jogurt, jablko.

8.3 Vylučování

Klientka občas trpí zácpou. Na stolicí chodí 1x týdně. Po snědení jídla se většinou cítí nadmutě, to vše vymizí po požití espumisana. Problémy s vyprazdňováním moče nemá. Nadměrné pocení neudává.

8.4 Aktivita – cvičení

Pacientka je plně soběstačná. Doma nijak horlivě necvičila. Cvičila pouze při tělesné výchově ve škole. Potíže s dýcháním nemá. Bolest pohybového aparátu neudává. Chůze a stoj vzpřímený. Funkční úroveň 5. Ve svém volném času se spíše věnovala učení, vyšívání a paličkování. Zpočátku v rodině hrávali stolní hry. Při nástupu onemocnění se spíše stranila jak rodině, tak i školnímu kolektivu. Dříve jako rodina vařili hromadně. S nástupem onemocnění si vařila sama. O nakupování nejevila zájem, neboť mývala problémy se zhlížet před zrcadlem v obchodě. V nemocnici dodržuje režim oddělení. Chodí na keramiku, ergoterapii, arteterapii, individuální terapii, navštěvuje komunitu, relaxační cvičení a skupinový program, který je zaměřen na jídelní problematiku, pohybový a pracovní režim. Při BMI vyšším jak 16 jsou povoleny vycházky s terapeutem ven. Při dodržování režimu a dosažení BMI vyšším jak 16 je možné, při schválení ošetřujícím lékařem, odejít na propustku na víkend domů.

8.5 Spánek, odpočinek

Pacientka nejčastěji pociťuje únavu odpoledne. Večer se jí špatně usíná a v noci se častokrát budí. Dostává ½ tbl hypnogenu při nespavosti. Před spaním je zvyklá si dát horkou sprchu a pustit si televizi. Večerka začíná ve 22.00. pokoj sdílí ještě se dvěma dalšími pacientkami.

8.6 Vnímání, poznávání

Slyší výborně, zrak má v pořádku, brýle nenosí. Chodí na pravidelné kontroly ke svému obvodnímu lékaři. Problémy s učením, pozorností a pamětí nemá. Bolesti neudává. O svém onemocnění je plně informována. Ví o něm vše. Sama se přihlásila do

pořadníku a chce se vyléčit. Po opakovaných neúspěších jí však klesá motivace. Pacientka je plně orientovaná místem, časem, prostorem i osobou. Schopnost komunikace je přiměřená. Při nástupu léčby spíše seděla a poslouchala. Nyní se již zapojila do kolektivu.

8.7 Sebepojetí, sebeúcta

Ze začátku léčby spíše zamlklá a smutná. Nyní se cítí o trochu lépe, ale po opakovaných neúspěších se vyléčit je spíše skeptická. Střídají se jí nálady. Se svým vzhledem není spokojena. Chtěla by přibrat a svou váhu si udržet a žít normálně. Bojí se však dalšího neúspěchu. Občas mívá stavy vzteku a zlosti. Pomáhá jí vybrečet se. Pocity nervozity mívá po každém jídle. K pocitu úlevy dochází při nějaké činnosti. Nejvíce však při relaxaci. Očekává zlepšení zdravotního stavu, úpravu stravovacích návyků a nárůst hmotnosti.

8.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s rodiči v rodinném domku. Sourozence nemá. Národnost česká. Vztahy v rodině byly dříve dobré, s nástupem onemocnění časté hádky. Rodinné problémy vznikly kvůli onemocnění pacientky. Rodiče vidí snahu pacientky a podporují ji. Pacientka se zapojila do kolektivu aktivně a snaží se. Okolí jí vnímá velice kladně.

8.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Menarché měla ve 13 letech. V 16 letech amenorea. Nyní má normální cyklus a menstruuje. Od roku 2007 má předepsanou hormonální antikoncepci Pramino. Mívá mírné obtíže před a po menstruaci. Pociťuje mírnou bolest v podbřišku. Analgetika nebere, pomáhá jí úlevová poloha - klubíčko. Díky hormonální antikoncepci se jí srovnal cyklus, který má pravidelný, v délce 5 – 6 dnů. Menstruační perioda se opakuje po 28 – 31 dnech.. Děti nemá, potraty také ne. Žádné onemocnění pohlavních orgánů neprodělala. Dříve měla partnera, ale kvůli onemocnění spolu přestali sexuálně žít. Neměla chuť. Nastaly časté hádky a přítel ji opustil. Nyní je sama.

8.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Pacientka je nekuřačka, nepije alkohol a neužívá tvrdé drogy. Stresové situace a nervozita nastává občas, většinou po jídle. Pomáhá jí se vybrečet nebo odreagovat nějakou činností. Nejvíce se svěřuje své rodině, která ji podporuje, a také svému ošetřujícímu lékaři. Dříve pracovala jako účetní v kanceláři. Dostala výpověď a sehnala si novou práci. Je zaměstnaná jako prodavačka. Práce ji baví.

8.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je ateistka, v boha nikdy nevěřila. Věří však sama v sebe, že najde tolik síly, aby se uzdravila: „Udělám pro to vše, abych se uzdravila.“ Její největší cíle jsou:

- naučit se pravidelně jíst,
- nezabývat se jídlem a stále o něm přemýšlet,
- přijmout tělo i s vyšší hmotností,
- mít ráda své tělo,
- nevyhýbat se společnosti,
- nehádat se s rodiči.

8.12 Jiné

Pacientka se cítí v nemocnici velmi dobře. Zdravotnický personál je příjemný a spolupacientky se jí snaží pomáhat. Prostředí na ní působí pozitivně.

9 Aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. Neprospívání dospělé osoby a výživa porušená, nedostatečná z důvodu psychické restrikce příjmu potravy projevující se úbytkem hmotnosti, popíráním hladu, podivným zacházením s jídlem, amenoreou a únavou.
2. Obraz těla porušený, úzkost a strach z důvodu somatické nemoci projevující se obavami z tloustnutí, soustředěním se na vlastní vzhled a vyhýbání se pohledu na sebe sama.
3. Spánek porušený z důvodu změny prostředí projevující se častým probouzením, nemožností usnout a únavou.
4. Zácpa z důvodu špatných dietních návyků projevující se obtížnou defekací, sníženou frekvencí, nadýmáním, zvýšeným tlakem v břiše a únavou.
5. Nauzea z důvodu dráždění trávicího ústrojí projevující se stížností na žaludeční nevolnost a bledost.
6. Aktivita, intolerance snižená z důvodu celkové slabosti projevující se stížností na nedostatek energie a bledostí.
7. Bezmocnost a smutek dysfunkční z důvodu změny prostředí a životního stylu projevující se slovním vyjádřením nespokojenosti, kolísavou hladinou energie a apatií.
8. Sebeúcta, chronicky nízká z důvodu opakovaných nezdarů léčby projevující se slovním vyjádřením nezdaru a smutkem.
9. Sexualita, porušená z důvodu základní nemoci projevující se slovním vyjádřením a omezením v souvislosti se sexuálním chováním.
10. Život rodiny porušený z důvodu onemocnění pacientky projevující se nesouladem v rodině a rozpory mezi jejími členy

9.1 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Imobilizační syndrom, zvýšené riziko z důvodu zácpy, poruchy vlastního obrazu těla a poklesu síly.
2. Infekce, riziko vzniku z důvodu podvýživy.
3. Kožní integrita, riziko porušení z důvodu poruchy výživy – vyhublost.
4. Intoxikace, zvýšené riziko z důvodu chronického onemocnění a neopatrnosti v užívání.

9.1.1 Vypracované aktuální ošetrovatelské diagnózy

Diagnóza č. 1

Neprospívání dospělé osoby a výživa porušená, nedostatečná z důvodu psychické restriktce příjmu potravy projevující se úbytkem hmotnosti, popíráním hladu, podivným zacházením s jídlem, amenoreou a únavou.

Priorita: vysoká

Cíl: dlouhodobý

Dosáhnout požadovaného přírůstku na váze a udržet si ji.

Osvojit si chování a změnu životního stylu.

Výsledná kritéria: pacientka se seznámí s jídelním režimem do 30 minut

pacientka dodržuje jídelní režim do 24 hodin

pacientka dodržuje pitný režim do 1 hodiny

pacientka necítí plnost po najedení do půl hodiny

pacientka se necítí unavená do 24 hodin

Ošetřovatelské intervence:

- posuď pacientovo vnímání faktorů vedoucích k současnému stavu, poznamenej začátek, trvání a přítomnost/nepřítomnost tělesných obtíží/sociálního stažení (všeobecná sestra)
- zkoumej, zda se jedná porušenou schopnost žvýkat, polykat, vnímat chuť jídla, přítomnost mechanických překážek, onemocnění pankreatu (lékař, všeobecná sestra)
- posuď eventuální malnutrici a faktory přispívající k tomu, že pacient nejí (lékař, všeobecná sestra)
- urči stav poznávání a vnímání a schopnost pacienta pečovat o sebe (všeobecná sestra)
- posuď, zda pacient/jeho blízcí chápou nutriční předměty a podej informace (všeobecná sestra)
- urči psychologické faktory, kulturní či náboženské vlivy, působící na výběr jídla (všeobecná sestra)
- věnuj pozornost psychologickému stavu, zejména pacientovu obrazu těla a jeho souladu se skutečností (všeobecná sestra)
- proved' fyzické a psychosociální vyšetření (lékař, všeobecná sestra)
- aktivně naslouchej pacientovi, jak vidí svůj problém (všeobecná sestra)
- prober s pacientem jeho obvyklý program pohybové aktivity (všeobecná sestra)
- posuď hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku (všeobecná sestra)
- urči denní příjem a požádej pacienta o vedení deníku příjmu včetně způsobu a doby jídla (všeobecná sestra)
- všímej si charakteru stolice (zabarvení, barvy, množství, frekvence), (všeobecná sestra)
- seznam se s laboratorními výsledky (lékař, všeobecná sestra)
- asistuj při diagnostických vyšetřeních (všeobecná sestra)
- spolupracuj se specializovaným pracovníkem na výživu (všeobecná sestra)
- proved' úpravu léčby dle indikace, dle tolerance kryj vyšší potřebu energie částečně tukem a jídlo rozděl do více porcí (všeobecná sestra)
- podávej léky dle indikace lékaře (všeobecná sestra)

- zabraň nepříjemným zápachům a ušetři pacienta nepříjemných pohledů, protože negativně působí na chuť k jídlu (všeobecná sestra)
- dohlížeš na pravidelnou hygienu dutiny ústní (všeobecná sestra)
- važ pacientku každý den a sleduj vývoj tělesné hmotnosti (všeobecná sestra)
- v případě těžké malnutrice zajisti hospitalizaci na specializované ošetrovatelské jednotce (lékař, všeobecná sestra)
- zdůrazni význam dobře vyvážené stravy a poskytni tyto informace i rodině (lékař, všeobecná sestra)
- k pacientovi přistupuj ohleduplně a laskavě a pobízej ho ke spolupráci (všeobecná sestra)
- zajisti protistresový program (všeobecná sestra)
- podporuj socializaci v kolektivu (všeobecná sestra)
- poskytni podporu ve smutku (všeobecná sestra)
- informuj o dalších možnostech léčby a její pokračování po ukončení hospitalizace (lékař, všeobecná sestra).

Realizace 11.1.2010

- 7:30 rozhovor s pacientkou, pacientka pozná svou nemoc, ví o ní vše, příprava na snídani, vážení (po 14 dnech váhový přírůstek 0,5 kg), podání terapie dle ordinace lékaře (Centrum 1 tbl, Espumisan 1, Motilium 1 tbl), cítí se unavená
- 8:00 – 8:30 snídane, jí bez problémů, dodržuje pitný režim po celý den
- 10:00 – 10:15 svačina, pacientka jí bez problémů
- 12:00 – 12:45 oběd, pacientka jí bez problémů, ale je již znát, že po několika minutách se cítí sytá, nicméně sní vše a odchází do pokoje si odpočinout, cítí se plná
- 13:00 – 14:00 samořídící skupina, všechny pacientky se schází v jídelně pod vedením všeobecné sestry, která jim radí s jídelníčky. Pacientky si samy navrhují jídelníčky a pod kontrolou všeobecné sestry se učí jejich vhodnou skladbu, popřípadě je společně opraví.

Realizace 12.1.2010

- 7:30 rozhovor s pacientkou, dnes se cítí lépe, je více odpočatá, příprava na snídani
- 8:00 – 8:30 snídane, pacientka jí bez problémů
- 9:00 edukace o harmonogramu celého dne a záznam do deníku

Realizace 13.1.2010

- 7:30 rozhovor, dnes se cítí dobře, odpočatá, příprava na snídani
- 8:00 – 8:30 snídane, pacientka jí bez problémů
- 9:00 záznam do dokumentace a deníku

Hodnocení po dobu 3 dnů:

Cíl je částečně splněn. Pacientka byla seznámena s jídelním režimem a dodržovala ho. Snažila se. Měla veliké úsilí, aby se uzdravila a udělala proto vše. Spolupráce s ní byla výborná, dobrá komunikace. S jídlem se snažila vyrovnat. Pacientka za 14 dní přibyla o 0, 5 kg a byla spokojená. Pitný režim dodržovala, nepřepíjela se. Pacientka se po jídle cítila plná, ale během půl hodiny pocit vymizel po podání espumisane.

Diagnóza č. 2

Obraz těla porušený, úzkost mírná z důvodu somatické nemoci projevující se obavami z tloustnutí, soustředěním se na vlastní vzhled a vyhýbání se pohledu na sebe sama.

Priorita: střední

Cíl: dlouhodobý

Akceptovat sebe samu a zmírnit úzkost a strach.

Výsledná kritéria: pacientka se cítí lépe do 1 hodiny,
pacientka nepocituje úzkost do 3 hodin

pacientka dokáže přijmout své tělo do konce hospitalizace
pacientka je informována o dalším postupu léčby do 1 hodiny
pacientka dává volný průchod emocím do 30 minut

Ošetřovatelské intervence:

- posuď vliv nemoci na pacientčin emoční stav (všeobecná sestra)
- posuď pacientčinu znalost situace a míru úzkosti, všímej si známek těla (všeobecná sestra)
- pozoruj pacienta v blízkosti ostatních spolupacientů, rodiny (všeobecná sestra)
- posuď současnou adaptaci (všeobecná sestra)
- vyslechni pacientovi poznámky a jeho odezvu na situaci (všeobecná sestra)
- všímej si uzavřeného chování (všeobecná sestra)
- pátrej po užívání návykových látek (všeobecná sestra)
- vytvoř terapeutický vztah a vzájemnou důvěru (všeobecná sestra)
- pomoz jí zvládat základní problémy (všeobecná sestra)
- při práci s pacientkou se vyhni kritickým posudkům (všeobecná sestra)
- akceptuj její pocity smutku, závislosti a nepřátelství (všeobecná sestra)
- vycházej z toho, že každý pacient je citlivý na změny vzhledu (všeobecná sestra)
- upozorni členy ošetřujícího týmu, aby měli pod kontrolou výraz svého obličeje a další neverbální projevy (staniční, vrchní a všeobecná sestra, lékař)
- povzbuzuj členy rodiny, aby s pacientkou jednali normálně (všeobecná sestra)
- měj pacientku k tomu, aby hleděla na své tělo a dotýkala se ho (všeobecná sestra)
- informace poskytuj v souladu s tím, nakolik a v jaké formě je pacientka schopna je akceptovat (lékař, všeobecná sestra)
- pomoz pacientce zařadit terapeutický režim do běžných denních činností (všeobecná sestra)
- nauč nemocného, jak nakládat s pocity a dávat jim průchod (všeobecná sestra)
- oceň a podporuj pozitivní snahy (všeobecná sestra).

Realizace 11.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka špatně spala, pocítuje úzkost z jídla, sledování jejího stavu a vyslechnutí, návrh pro uvolnění pocitů, odchází na pokoj a připravuje se ke snídani
- 8:00 snídane, jí bez problémů, vyrovnává se s jídlem, již klidná
- 9:15 záznam do dokumentace a deníku

Realizace 12.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka se cítí dobře, úzkost již nepocítuje; svěřuje se o pocitu, že je moc tlustá a chtěla by zhubnout; po prokonzultování pacientka souhlasí se skutečností, že je příliš hubená
- 8:00 snídane, jí bez problémů, je klidná
- 9:15 záznam do dokumentace, deníku

Realizace 13.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka je spokojená, cítí se dobře, nejeví známky úzkosti a ani si nestěžuje na problémy
- 8:00 snídane, jí bez problémů, je klidná
- 9:15 záznam do dokumentace, deníku

Hodnocení po dobu 3 dnů:

Pacientka se první den cítila špatně, nevyspala, plakala. Po rozhovoru se zklidnila. Druhý den již nepocítvala známky úzkosti. Se svou postavou se srovnávala velmi pomalu. Chtěla by být hubenější, ale uvědomovala si, že takto vypadat nemůže, jinak by zemřela. Snažila se nemyslet na své problémy a zabývala se jinými činnostmi. Cíl byl částečně splněn. Navrhují pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích.

Diagnóza č. 3

Spánek porušený z důvodu změny prostředí projevující se častým probouzením, nemožností usnout a únavou.

Priorita: střední

Cíl: dlouhodobý

Pacientka dosáhne plnohodnotného spánku .

Výsledná kritéria: pacientka usne do 30 minut po uložení do postele

pacientka spí nejméně 7 hodin bez probuzení do 3 dnů

pacientka se nebudí častěji jak 2x za noc do 2 dnů

pacientka nám sdělí faktory, které jí brání v usínání do 30 minut

pacientka pozná relaxační techniky do 1 hodiny

pacientka má minimální příznaky spánkové deprivace do 3 dnů

pacientka pravidelně užívá léky dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace

pacientka si vede spánkový diář po dobu celé hospitalizace

Ošetřovatelské intervence:

- zjisti přítomnost faktorů přispívajících k nespavosti (všeobecná sestra)
- posud' souvislost poruchy k základnímu onemocnění (všeobecná sestra)
- zjisti jak často pacientka trpí nespavostí (všeobecná sestra)
- asistuj při vyšetření (všeobecná sestra)
- sleduj a zaznamenej všechny objektivní a subjektivní známky poruch spánku (všeobecná sestra)
- léčebně – ošetřovatelskou činnost vykonávej tak, aby nenarušila pokojný spánek pacientky (nelékařský zdravotnický personál, lékař)
- sleduj a zaznamenej délku spánku a celkový stav při probuzení (všeobecná sestra)
- sleduj čas usnutí a uložení do postele (všeobecná sestra)
- edukuj pacientku o relaxačních technikách před spánkem (všeobecná sestra)

- edukuj pacientku jak si má vést spánkový diář (lékař, všeobecná sestra)
- pozoruj fyzické známky únavy (všeobecná sestra)
- před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort (všeobecná sestra)
- edukuj o snížení příjmu tekutin večer (všeobecná sestra)
- edukuj o pravidelném usínání a vstávání v určitou hodinu (všeobecná sestra)
- podávej léky dle ordinace lékaře (všeobecná sestra)
- sleduj a zaznamenej vliv podané terapie (všeobecná sestra)

Realizace 11.1. 2010

- 7:30 rozhovor s pacientkou, pacientka špatně spala, cítí se unavená, nemohla večer usnout a v noci se několikrát vzbudila
- 9:00 edukace o pravidelnosti usínání a vstávání v určitou dobu, o snížení příjmu tekutin večer, o relaxačních technikách a o vedení spánkového diáře
- 9:15 záznam do dokumentace a edukace o možnosti podat lék před spaním

Realizace 12.1.2010

- 7:30 rozhovor s pacientkou, pacientka nemohla usnout a řekla si ve 22:00 o Hypnogen, usnula během 30 minut; v noci se jednou probudila a musela na toaletu; necítí se tolik unavená, lék jí přinesl úlevu, provedla záznam do spánkového diáře
- 9:00 rozhovor o relaxačních technikách, pomohla jí teplá sprcha před spaním, šla spát ve 22:00 usnula ve 22:30 a vstávala v 7:00
- 9:15 záznam do dokumentace

Realizace 13.1.2010

- 7:30 rozhovor s pacientkou, ve 22:00 si vzala Hypnogen, který zabral a vyspala se vcelku slušně, v noci se opět probudila, cítí se odpočatá, vyspaná
- 9:00 rozhovor, pacientka se dnes pokusí spát bez pomoci léku na spaní půjde spát ve 22:00 a vstane v 7:00, při neúspěchu si vezme prášek na spaní
- 9:15 záznam do dokumentace a spánkového diáře

Hodnocení po dobu 3 dnů:

Cíl částečně splněný, pacientka si byla vědoma, co způsobovalo její nespavost a snažila se to změnit. Již uměla využívat relaxační techniky a věděla, jak si vytvořit vhodné prostředí ke spánku. Špatné usínání a buzení přetrvávalo, ale již se tyto obtíže zmírnily a pacientka se cítila více odpočatá. Pro splnění tohoto cíle bych doporučovala nadále pokračovat v naplánovaných ošetřovatelských intervencích.

Diagnóza č. 4

Zácpa z důvodu špatných dietních návyků projevující se obtížnou defekací, sníženou frekvencí, nadýmáním, zvýšeným tlakem v břiše a únavou.

Priorita: střední

Cíl: krátkodobý

Pacientka se vyprázdní.

Výsledná kritéria: pacientka dodržuje pitný režim do 1 hodiny
pacientka zná projímavé účinky jídel do 2 hodin
pacientka dodržuje medikaci lékaře po dobu celé hospitalizace
pacientka se vyprázdní do 3 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- určí příjem tekutin (lékař, všeobecná sestra)
- zhodnot' užívané léky, možné interakce a vedlejší účinky (lékař, všeobecná sestra)
- posud' míru energie a způsob cvičení (všeobecná sestra)
- posud' přístupnost toalety a soukromí (všeobecná sestra)
- ptej se na přítomnost bolesti při defekaci (všeobecná sestra)
- vyšetři palpačně břicho (lékař)
- kontroluj a zaznamenej zápach, barvu, množství, konzistenci a frekvenci (všeobecná sestra)

- dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci (všeobecná sestra)
- dle ordinace podávej změkčovačla stolice (všeobecná sestra)
- prodiskutuj s pacientkou, co je fyziologický stav a jaké změny ve vyprazdňování jsou ještě přípustné (všeobecná sestra)
- doporuč pacientovi zaznamenávat datum a hodinu defekace (všeobecná sestra)
- navrhněte, jak postupovat v případě návratu zácpy (všeobecná sestra)

Realizace 11.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka se necítí dobře, je unavená, pociťuje plnost a nebyla na stolici 2 dny, pitný režim dodržuje 2 litry za den, je edukována o jídlech, které změkčují stolici (kompoty, ovoce)
- 8:00 na žádost pacientky podána medikace dle lékaře (lactulosa)
- 9:15 záznam do dokumentace

Realizace 12.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka se cítí lépe, na stolici nebyla, žádá lactulosu, pitný režim dodržuje
- 8:00 podána medikace včetně lactulosity
- 9:30 záznam do dokumentace, pacientka se vyprázdnila, necítí se plná, pociťuje úlevu, stolice bez příměsí, zápachu, nyní se bude sledovat frekvence

Realizace 13.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka se cítí dobře, nepociťuje plnost, sleduje se frekvence, při návratu zácpy se podá lactulosa, pitný režim dodržuje
- 8:00 podána medikace
- 9:15 záznam do dokumentace

Vyhodnocení po dobu 3 dnů:

Cíl splněn. Pacientka první den pocítovala plnost a únavu. Dodržovala pitný režim cca 2 l denně. Po podání lactulosity se vyprázdnila až druhý den. Pocítila úlevu a necítila se již plná. Při návratu zácpy se podá opět lactulosa dle ordinace lékaře. Pacientka musela dodržovat klidový režim pro nízké BMI, a tak cvičení nepřipadalo v úvahu. Navrhuji kontrolovat frekvenci vyprazdňování.

Diagnóza č. 5

Nauzea z důvodu dráždění trávicího ústrojí projevující se stížností na žaludeční nevolnost, plnost a bledost.

Priorita: nízká

Cíl: dlouhodobý

Pacientka nebude mít nauzeu.

Výsledná kritéria: pacientka pocítí úlevu do 30 minut

pacientka nebude mít nauzeu do 30 minut

pacientka ví o úlevové poloze do 15 minut

pacientce je podána medikace dle lékaře do 5 minut

pacientka se uklidní do 30 minut

Ošetřovatelské intervence:

- posuď přítomnost gastrointestinálních poruch (lékař, všeobecná sestra)
- rozpozněj situace, které v pacientovi vzbuzují úzkost (všeobecná sestra)
- povšimni si psychologických faktorů (všeobecná sestra)
- sleduj a zaznamenej spontánní ústup nevolnosti a její závažnost (všeobecná sestra)
- podávej léky, umožňující předejít nevolnosti nebo ji zmírnit, a sleduj jejich účinky (všeobecná sestra)
- doporuč pitný režim (všeobecná sestra)
- podávej pacientovi stravu obsahující všechny důležité živiny (všeobecná sestra)

- postarej o příjemné, klidné a čisté prostředí (všeobecná sestra)
- doporuč několikrát denně vyčištění dutiny ústní, aby se zabránilo „špatné chuti“ (všeobecná sestra)
- doporuč pít chladný čaj a čiré nápoje (všeobecná sestra)
- doporuč hluboké, pomalé dýchání a relaxaci (všeobecná sestra)
- zabav pacienta jinými činnostmi, aby na to nemyslel (všeobecná sestra)
- vysvětlí příznaky dehydratace (lékař, všeobecná sestra)

Realizace 11.1.2010

- 8:20 rozhovor, pacientka cítí plnost, je unavená, byla ji podána medikace dle lékaře Espumisan; je bledá a nervózní, byl jí doporučen studený jemně slazený čaj, edukace o úlevových polohách a dýchání ; pacientce navrženo zajištění činnosti
- 9:00 cítí úlevu, nevolnost přešla, cítí se lépe, záznam do dokumentace
- 12:00 oběd, pacientka dostává Espumisan před jídlem
- 13:00 pacientka se cítí dobře, plnost je mírnější a nevolnost ustoupila, lékař ji předepsal espumisan 3x denně před každý jídlem
- 13:15 záznam do dokumentace

Realizace 12.1.2010

- 8:00 podána medikace dle rozpisu, pacientka si před snídání bere espumisan a hodně pije
- 9:00 pacientka se cítí dobře, plnost nepocítuje, s medikací je spokojena
- 10:15 záznam do dokumentace a edukace o zvýšení hygieny dutiny ústní

Realizace 13.1.2010

- 8:00 podána medikace dle rozpisu, pacientka si před snídání bere espumisan a hodně pije, čistí si dutinu ústní před každým jídlem
- 9:00 pacientka se cítí dobře, plnost nepocítuje, záznam do dokumentace

Vyhodnocení po dobu 3 dnů:

Cíl splněn. Pacientce bylo nevolno z důvodu plnosti. Netrpěla žádnou infekční chorobou gastrointestinálního traktu. Pacientka užívala dle ordinace lékaře před každým jídlem Espumisan , který jí pomáhal, byla s ním spokojená, pociťovala úlevu. Dokud se pacientka nevyrovná s množstvím jídla, bude užívat medikaci.. Úlevové techniky (leh, otevření okna, hluboko a dlouze dýchat) pomohly a při další nevolnosti již věděla, jak si ulevit. Klientka popíjela studený čaj, který jí také pomohl. Nevolnost již vymizela.

Diagnóza č. 6

Aktivita, intolerance snižená z důvodu celkové slabosti projevující se stížnostmi na nedostatek energie a bledostí.

Priorita: nízká

Cíl: dlouhodobý

Rozpoznání negativních faktorů ovlivňujících nesnášenlivost aktivit dle možnosti odstranění či omezení jejich vlivu.

Výsledná kritéria: pacientka nepocítí únavu do 3 hodin

pacientka nepocítí nedostatek energie do 3 hodin

pacientka nepocítí slabost do 3 hodin

pacientce navrhneme možnost aktivity do 30 minu

pacientka si půjde odpočinout do 15 minut

Ošetřovatelské intervence:

- všímej si faktorů podílejících se na únavě (všeobecná sestra)
- posuď aktuální omezení deficitu ve srovnáním s běžným stavem (všeobecná sestra)
- věnuj pozornost pacientovým stížnostem na slabost, únavu (všeobecná sestra)
- porovnej skutečnou potřebu pohybů a přání (všeobecná sestra)
- posuď emoční faktory, které mají vliv na současnu situaci (všeobecná sestra)

- sleduj základní fyziologické parametry , zaměř se na měření krevního tlaku a tělesné hmotnosti (všeobecná sestra)
- všíměj si bledosti, cyanózy (všeobecná sestra)
- upravte aktivitu tak, aby nedošlo k přetížení pacientky, sniž intenzitu cvičení neboho přeruš (všeobecná sestra)
- dbej na dostatečný odpočinek pacientky (všeobecná sestra)
- pomáhej pacientovi s denními činnostmi, aby se nevyčerpá (všeobecná sestra)
- dle indikace zajisti vhodný terapeutický rehabilitační režim (všeobecná sestra)
- plánuj postupné zvyšování aktivity podle tolerance pacienta (všeobecná sestra)
- podpoř a povzbuzuj ji v její motivaci (všeobecná sestra)
- veď pacientku k pozitivnímu postoji, navrhní relaxační terapii (lékař, všeobecná sestra)

Realizace 11.1.2010

- 8:45 rozhovor, pacientka se cítí slabá, unavená
- 9:15 příprava na relaxaci, relaxace probíhá v menší místnosti, v příjemné a klidné atmosféře; pacientka leží na karimatce a pomocí mluvené kazety s hudbou provádí určité cviky, je přítomen terapeut, který dohlíží a cvičí také
- 10:00 pacientka se cítí uvolněná, únava opadla
- 10:20 záznam do dokumentace

Realizace 12.1.2010

- 7:30 pacientka se cítí lépe, únava mizí
- 9:15 příprava na relaxaci, pacientka je klidná
- 9:30 záznam do dokumentace
-

Realizace 13.1.2010

- 7:30 vážení a počítání BMI k vyhodnocení možnosti aktivit; hodnota BMI je 12,5 , proto má pacientka klid na lůžku, provádí pouze lehké, nezatěžující činnosti
- 14:00 pociťuje únavu a odchází si odpočinout

Vyhodnocení po dobu 3 dnů:

Cíl částečně splněn. Pacientka se cítila unavená spíše v odpoledních hodinách. Jelikož dříve nebyla zvyklá nijak nadměrně cvičit, tak jí tento omezený přístup nevadil. Potají necvičila a ani to nevyhledávala. Spíše ji bavila relaxace a skupinová terapie. Změřila jsem jí krevní tlak, který má v normě 120/80. BMI měla nízký 12, 5, proto měla v režimu pouze aktivity klidnější. Pacientka byla bledší, ale ne cyanotická. Chodila pravidelně odpočívat po jídle, aby se strava vstřebala a ona tak přibrala rychleji na váze. Aby se dosáhlo cíle je třeba jej nadále plnit v realizaci ošetrovatelských intervencí.

Diagnóza č. 7

Bezmocnost a smutek dysfunkční z důvodu změny prostředí a životního stylu projevující se slovním vyjádřením nespokojenosti, kolísavou hladinou energie a apatií.

Priorita: střední

Cíl: dlouhodobý

Vyjádřit pocit kontroly nad současnou situací a budoucím vývojem.

Sdělit, že smutek odeznívá a ukazuje se naděje do budoucna.

Výsledná kritéria: pacientka nebude smutná do 30 minut

pacientce se uleví do 30 minut

pacientka se odreaguje činností, kterou ji navrhneme do 30 minut

pacientka nebude nespokojená do 30 minut

pacientku podporujeme po celou dobu hospitalizace

Ošetrovatelské intervence:

- zjistí, jak pacientka vnímá situaci a léčebný plán a nakolik rozumí svému stavu (všeobecná sestra)
- posudí, jaké úspěšnosti pacientka v životě dosáhla (všeobecná sestra)
- stanoví stádium smutku, kterým pacientka prochází (všeobecná sestra)

- buď připravena na uzavřené chování (všeobecná sestra)
- zjisti, jak se pacientka dříve vyrovnávala s těmito situacemi (všeobecná sestra)
- povzbuzuj pacientku, aby hovořila o tom, čem chce mluvit a nepokoušej se jí nutit (lékař, všeobecná sestra)
- aktivně naslouchej pocitů a buď k dispozici pro poskytnutí pomoci (všeobecná sestra)
- povzbuzuj ji k vyjádření hněvu, strachu, smutku a beznaděje (všeobecná sestra)
- respektuj její potřeby klidu a soukromí a její přání mluvit nebo mlčet (všeobecná sestra)
- postarej se o pohodlí a dostupnost pomoci, stejně jako o fyzické potřeby (všeobecná sestra)
- prodiskutuj s pacientkou zdravé způsoby, jak řešit obtížné situace (všeobecná sestra)
- hovoř s ní o budoucnosti dle situace pomoz s plánováním (všeobecná sestra)
- urči, zda se změnila její vztahy s blízkými osobami (všeobecná sestra)
- všiměj si chování a projevů bezmoci a smutku (všeobecná sestra)
- všiměj si, zda personál nepoužívá manipulativního chování (všeobecná sestra)
- udělej si čas na vyslechnutí jeho problémů (lékař, všeobecná sestra)
- povzbuzuj ji, aby si udržela určitý nadhled nad situací (všeobecná sestra)
- respektuj její rozhodnutí, nekritizuj ji a nechovej se jako rodič (všeobecná sestra)
- dle indikace doporuč a edukuj o terapii (všeobecná sestra)

Realizace 11.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka se necítí dobře, je posmutnělá; navrhla jsem jí čtení novin a sledování televize, aby přestala myslet na smutek, příprava na snídani
- 8:30 pacientka je stále smutná, po snídani cítí, že zklamala, rozhovor s lékařem

- 9:15 záznam do dokumentace, po komunitě a rozhovorem s lékařem se cítí lépe, připravuje se na relaxaci

Realizace 12.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka se večer po večeři necítila dobře, měla výčitky svědomí, že moc jí a že bude tlustá, šla se koukat na televizi, příprava na snídani
- 8:30 komunita, rozhovor s pacientkou a sdělení jejich pocitů, po sdělení kolektivu s jejími problémy se jí velmi ulevilo, spolupacienti jí podporují v léčbě
- 9:15 záznam do dokumentace, cítí se lépe, není již smutná a připravuje se na relaxaci

Realizace 13.1.2010

- 7:30 rozhovor, pacientka se cítí dobře, ale cítí se nesyvá z jídla, uvědomuje si, že se musí uzdravit a bojuje s tím
- 8:15 snídaně, pacientka se soustředí na jídlo, je klidná
- 9:15 pacientka se cítí dobře, záznam do dokumentace

Vyhodnocení po dobu 3 dnů:

Cíl částečně splněn. Pacientka se první den cítila špatně, smutnila. Po rozhovoru si našla činnost, aby se zabavila. Ulevilo se jí. Po celý den byla snížena nálada, neměla chuť se s nikým bavit. Večer po večeři to na ní dolehlo a byla smutná z toho, že přibírá na váze. Druhý den již bylo znát, že se pacientka cítí lépe, ale boj s jídlem přetrvával. U snídaně byla však klidná a soustředěná na jídlo. Třetí den měla dobrou náladu, prý byl krásný den, usmívala se. Po jídle byla nesyvá, ale prý jí ten krásný den jídlo nezkaží. Zaznamenala jsem veliký pokrok, avšak pacientka byla dost náladová a nálada se jí často měnila. S plánem péče byla spokojená, měla činnosti po celý den, nepřemýšlela tak často nad svým přibýváním na váze. Byla tu hospitalizována již desetkrát a nyní je pevně rozhodnutá se vyléčit. Z každého rozhovoru jsem cítila naději v uzdravení. S rodinou měla již lepší vztah, podporovali ji

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

S vypracováním této bakalářské práce jsem dospěla k názoru, že toto onemocnění je natolik choulostivé, že tuto práci mohou vykonávat pouze psychicky stabilní jedinci. Práce tohoto zaměření je velmi náročná. Všeobecná sestra pro toto téma musí mít trpělivost a odhodlání neustále podporovat nemocné zasažené touto zákeřnou chorobou. Všeobecná sestra nikdy nesmí dát najevo nezájem či opovržení nemocným, neboť by toto chování mohlo mít fatální důsledky. Proto je velmi důležitá empatie. Nikdy se k nemocnému obracet zády, ale vždy mu podat pomocnou ruku. Toto malé gesto může pomoci prolomit pocit beznaděje a pekla, které pacient právě prožívá.

Doporučení pro nelékařský zdravotnický personál zní:

- Vytvořit natolik příjemné prostředí, aby se v něm pacient cítil dobře a dokázal se otevřít.
- Naslouchat pacientovi a snažit se mu porozumět.
- Chovat se k němu vlídně a vstřícně.
- Nikdy se k němu neobracet zády, ale vyslechnout ho.
- Být rádcem a pomocníkem.
- Podpořit ho v dosažení jeho cílů.
- Zachovat mlčenlivost.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo edukovat a co nejvíce přiblížit téma mentální anorexie okruhu nelékařským zdravotnickým profesím a studentům ve zdravotnictví.

V teoretické části jsem se věnovala definici a rozdělení mentální anorexie. Chtěla jsem přiblížit příčiny a příznaky tohoto vážného onemocnění, které rapidně narůstá. Zmínila jsem se také o závažnosti zdravotních komplikací, které mohou nastat při dalším hubnutí. Tedy dalšímu úmyslnému snižování tělesné hmotnosti. Ke konci teoretické části jsem uvedla možnosti léčby tohoto zákeřného onemocnění.

V empirické části jsem popisovala komplexní ošetrovatelskou péči u pacienta s mentální anorexií. Čerpala jsem z lékařské, ale i ošetrovatelské dokumentace. S pacientkou jsem prováděla rozhovory o jejích problémech, cílech a plánech do budoucna. Po těchto získaných informacích od pacientky jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy dle kapesního průvodce. Ošetrovatelské diagnózy jsem seřadila dle priorit pacientky. Ošetrovatelský proces jsem prováděla dle Marjory Gordon a jejího modelu funkčních vzorců zdraví se dvanácti doménami. Pacientku jsem se snažila edukovat o harmonogramu oddělení. Dále s vedoucí všeobecnou sestrou jsme se snažily edukovat o stylu stravování. Především o složení a vyváženosti jídla. Pacientce jsem se snažila vytvořit příjemné prostředí.

Pacientka byla na počátku své léčby. Zprvu se cítila nejistá a nervózní. Převažovali nálady skepse a smutku. Avšak během 14 dní udělala veliký pokrok. Začlenila se do kolektivu, který se jí snažil pomáhat. Velmi se snažila a byla vidět i radost z nemalého pokroku. Příbytku na váze.

Při psaní této bakalářské práce, která mě mimochodem bavila, jsem si rozšířila obzor o tomto onemocnění. O této problematice je napsáno mnoho literatury. K mému překvapení, ale i zděšení, se vede na internetových stránkách na toto téma mnoho debat v blocích mladých slečen. Mnohé z nich si neuvědomují, že tato nemoc je bude pronásledovat po celý život a přesto s ní začínají.

Seznam použité literatury

- 1 CAMPBELLOVÁ, Jean. 1998. *Techniky ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Portál, s. r. o., Praha 1998. ISBN 80-7178-428-1.
- 2 DOENGES, E. M.; MOORHOUSE, F. M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 3 KLUSOŇOVÁ, E.; ŠPIČKOVÁ, J. 1988. *Ergoterapie I. Učebnice pro zdravotnické školy*. Avicenum, 1988. ISBN 80-201-0030-x.
- 4 KOCINOVÁ, S.; ŠTĚRBÁKOVÁ, Z. 2003. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Informatorium. 2003. ISBN 80-7333-012-1.
- 5 KOCOURKOVÁ, Jana. et al. 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- 6 KUNZE, M.; EXEL, W.; SCHOBERBERGER, R. 1994. *Štíhlí bez diety*. Knižní klub, 1994. ISBN 80-7176-016-1.
- 7 KRCH, D.F. a kolektiv. 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- 8 KRCH, D. F. a kolektiv. 2005. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualit. a doplněné vyd.* Praha: Grada Publishing a. s., 2005. ISBN 80-247.0840-x.
- 9 LEIBOLD, Bernard. 1995. *Mentální anorexie (příčina, průběh a nové léčebné metody)*. Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- 10 MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- 11 MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetrovatelství*. I. díl, Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.

- 12 *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 2008. Praha: EDUCA, 2008. ISBN 978-80-904259- 0-3
- 13 MINDELL, Earl. 1996. *Jídlo jako lék*. Alpress, s. r. o., 1996. ISBN 80-85975-55-6.
- 14 MKN – 10. 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 10. revize. Praha: 2000. ISBN 80-85121- 44-1.
- 15 NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. NAVA TISK, spol. s r. o., Praha. 2009. ISBN 978-80- 902876-0-0.
- 16 NĚMCOVÁ, Marcela. 1975. *Co víme o duševních poruchách*. Avicenum, 1975. ISBN 735-21-08/31.
- 17 PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada Publishing. a. s., 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- 18 PIERRE-CLAUDE, Peggy. 2001. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy (Jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit)*. Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
- 19 STOPPARDOVÁ, Miriam. 2000. *Zdravá dívka*. Ikar Praha, a. s., 2000. ISBN 80-7202-611-9.
- 20 TŮMOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacienta a s diagnózou mentální anorexie*. Praha. 2009.
- 21 VACEK, Jaroslav. 1996. *O nemocech duše*. Kapitoly z psychiatrie. Mladá Fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.
- 22 VOMASTEK, Petr. 2000. *Z deníku anorektika*. Nakladatelství Tomáš Houška, 2000. ISBN 80-86065-10-3.

Části elektronických dokumentů

- 1 CRACK. 2008. *Požírám mě mentální anorexie* [online]. [cit. 2008-07-08]. Dostupné z WWW: <<http://snackbar.blog.cz/0807/pozira-me-mentalni-anorexie>>.
- 2 EVA. 2007. *Ana zabíjí* [online]. [cit. 2008-19-1]. Dostupné z WWW: <<http://anablogisek.wgz.cz/my-diary>>.
- 3 HANYÁŠOVÁ, Tereza. 2006. *Semestrální projekt - Mentální anorexie na základních školách* [online]. [cit.2010-01-04]. Dostupné z WWW: <<http://terez.ic.cz/view.php?cisloclanku=2006120001e>>.
- 4 LIVINKA. 2008. *Pro ana/mia blog. Noš'te náramky!* [online]. [cit. 2009-10-03]. Dostupné z WWW: <<http://livinka.webgarden.cz/noste-naramky>>.
- 5 NELA. 2008. *Další motta* [online]. [cit. 2009-11-03]. Dostupné z WWW: < <http://fatty-nelly.blog.cz/0804/dalsi-motta> >.
- 6 NIKITS. 2009. *Anorexie (Mentální anorexie)* [online]. [cit. 2009-09-15]. Dostupné z WWW: < <http://no-wars-and-drugs.blog.cz/0909/anorexie-mentalni-anorexie>>.
- 7 SEZNAM. CZ. 2010. *Seznam obrázků – anorexie.*[online]. [2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.obrazky.cz/?q=anorexie&fulltext>>.
- 8 SEZNAM. CZ. 2010. *Seznam obrázků – anorexie.*[online]. [2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.obrazky.cz/?from=19&step=18&colours=all&size=any&filter=1&q=anorexie&pId=5g3-47gbwc-UvrNUfgh1>>.
- 9 SEZNAM. CZ. 2010. *Seznam obrázků – anorexie.*[online]. [2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.obrazky.cz/?from=109&step=18&colours=all&size=any&filter=1&q=anorexie&pId=5g3-47gbAK6pvrNIAHEs>>.

11 SEZNAM. CZ. 2010. *Seznam obrázků – anorexie*. [online]. [2010-03-15]. Dostupné z WWW:

<<http://www.obrazky.cz/?from=37&step=18&colours=all&size=any&filter=1&q=anorexie&pId=5g3-47gbV5vavrNgvbRr>>.

PŘÍLOHY

Příloha A - Hodnocení rizika pádu **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha B – Nutriční skóre **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha C - Základní tabulka hodnocení rizika dekubitů **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha D – Barthelův test základních všedních činností **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha E – Fotografie **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha A - Hodnocení rizika pádu

Pohyb

- 0 - neomezený
- 2 - používá pomůcky
- 1 - potřebuje pomoc k pohybu
- 1 - neschopen přesunu

Vyprazdňování

- 0 - nevyžaduje pomoc
- 1 - nykturie / inkontinence
- 1 - vyžaduje pomoc

Medikace

- 0 - neužívá rizikové léky
- 1 - užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny

Smyslové poruchy

- 0 - žádné
- 1 - vizuální, smyslový deficit

Mentální status

- 0 - orientován
- 1 - občasná noční dezorientace
- 1 - dřívější dezorientace / demence

Věk

- 0 - 18 až 75 let
- 1 - nad 75 let

Pád v anamnéze

- 0 – ne
- 1 – ano

Vyhodnocení:

- skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Příloha B – Nutriční skóre

- věk do 65 let (0b)
- věk nad 65 let (0b)
- BMI 20 – 35 (1b)
- BMI 18 – 20; nad 35 (1b)

Gastrointestinální potíže

- žádné (0b)
- nechutenství, bolesti břicha (1b)
- zvracení, průjem > 6 za den (2b)

Ztráta hmotnosti za 3 měsíce

- 0 – 3 kg (1b)
- 3 – 6 kg (2b)
- nad 6 kg, nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti (3b)

Stravování

- beze změny (0b)
- poloviční porce (1b)
- jí občas nebo nejí (2b)

Přidružená onemocnění, operace

- žádný (0b)
- střední chron. onemocnění, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok (1b)
- vysoký akutní dekompenzace chronického onem., rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT (2b)
- nelze změřit a zvížit (2b)

Vyhodnocení:

- 0 – 3b. Nízké. Není nutriční intervence
- 4 – 7b. Střední. Nutné vyšetření dietní sestrou
- 8 – 12b Vysoké. Nutná speciální nutriční intervence

Příloha C - Základní tabulka hodnocení rizika dekubitů

Motivace a ochota ke spolupráci	Plná	malá	částečná	žádná
Věk	< 10	10 - 30	30 - 60	> 60
Stav kůže	Intaktní	Lehké změny	Střední změny	Těžké změny
Souběžná nemoc	Žádná Těžké změny	Lehká forma	Střední forma	Těžká forma
Somatický stav	Dobrý	Obstojný	Špatný	Velmi špatný
Duševní stav	Jasně vědomí	Apatie	Zmatený	Stupor až bezvědomí
Aktivita	Chodící bez pomoci	Chodící s pomoci	Závislý na invalidním vozíku	Ležící
Pohyblivost	Plná	Částečně omezená	Velmi omezená	Zcela omezená
Inkontinence	Žádná	Občasná	Převážně moč	Moč i stolice
Body	4	3	2	1

Vyhodnocení: 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku dekubitu

Příloha D – Barthelův test základních všedních činností

ČINNOST	PROVEDENÍ	BODY
Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko - židly	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Vyhodnocení : 0 – 40 vysoce závislý

45 – 60 středně závislý

65 – 90 lehce závislý

100 nezávislý

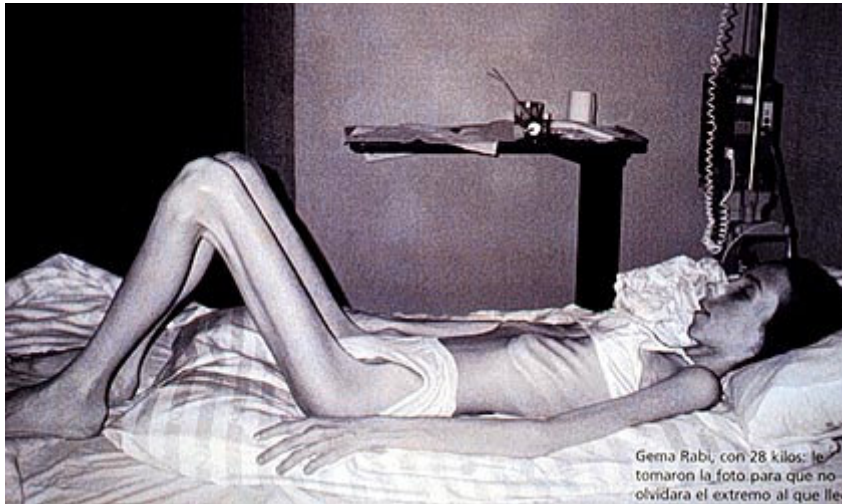
Příloha E – Fotografie



Zdroj: Seznam.cz - obrázky : Dostupné z:
<http://www.obrazky.cz/?q=anorexie&fulltext>



Zdroj: Seznam.cz - obrázky : Dostupné z:
<http://www.obrazky.cz/?from=19&step=18&colours=all&size=any&filter=1&q=anorexie&pId=5g3-47gbwc-UvrNUfgh1>



Zdroj: Seznam.cz - obrázky : Dostupné z:

<http://www.obrazky.cz/?from=109&step=18&colours=all&size=any&filter=1&q=anorexie&pId=5g3-47gbAK6pvrNIAHEs>



Zdroj: Seznam.cz - obrázky : Dostupné z:

<http://www.obrazky.cz/?from=37&step=18&colours=all&size=any&filter=1&q=anorexie&pId=5g3-47gbV5vavrNgvbRr>