

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S PORUCHOU
PŘÍJMU POTRAVY, MENTÁLNÍ ANOREXIE.**

Bakalářská práce

PETRA ŽELIVSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH.

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Želivská Petra
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 10. 2015 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou příjmu potravy, mentální anorexie

Pflege bei Patienten mit einer Essstörung, Anorexia nervosa

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Petra Želivská, DiS.

PODĚKOVÁNÍ:

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce paní doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD., MPH. za ochotu, trpělivost a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří také všem zaměstnancům dětského psychiatrického oddělení FN v Motole.

ABSTRAKT

ŽELIVSKÁ Petra, Dis. *Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou příjmu potravy, mentální anorexie*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH. Praha. 2015. 76 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u nemocného s poruchou příjmu potravy, mentální anorexií“. Teoretická část práce popisuje charakteristiku onemocnění, etiologii, historii, diagnostiku, klinický obraz, komplikace mentální anorexie, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění.

Praktická část je zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči, která popisuje průběh hospitalizace od přijetí pacientky na dětskou psychiatrickou kliniku ve FN Motol. Dále popisuje model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové a sestavení ošetrovatelských diagnóz.

Klíčová slova:

Duševní poruchy. Hladovění. Mentální anorexie (*anorexia nervosa*). Ošetrovatelský proces. Poruchy příjmu potravy (PPP).

ABSTRACT

ŽELIVSKÁ Petra, Dis. *Behandlungsprozess bei dem Kranken mit der Störung der Nahrungsaufnahme, mit der Mentalanorexie*. Hochschule für Gesundheitswesen, NPO. Qualifikationsstufe: Bakkalaureus (Bc.).

Arbeitsleiterin: Doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH. Praha. 2015. 76 s.

Das Thema der Bachelorarbeit ist „Behandlungsprozess bei dem Kranken mit der Störung von der Nahrungsaufnahme, mit der Mentalanorexie“. Teoretischer Teil der Arbeit beschreibt die Charakteristik der Erkrankung, Historie, Ätiologie, Diagnostik, klinisches Bild, Komplikationen der Mentalanorexie, die Diagnostik und die Heilung dieser Erkrankung.

Praktischer Teil ist auf die komplexe Behandlungspflege konzentriert, die den Verlauf der Hospitalisierung von der Annahme der Patientin auf die psychiatrische Kinderklinik im Fakultätskrankenhaus Motol beschreibt. Ferner werden das Modell der funktionierenden Gesundheit nach Marjory Gordon und die Zusammensetzung der Pflegediagnosen beschrieben.

Schlüsselwörter:

Geistige Störungen. Hungern. Mentalanorexie (anorexia nervosa). Pflegeprozess. Störungen der Nahrungsaufnahme (SNA).

OBSAH

SEZNAM TABULEK

1. PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 Historie mentální anorexie.....	13
1.2 Definice a charakteristika mentální anorexie.....	14
2. ETIOLOGIE	15
2.1 Rizikové faktory	15
2.2 Sociální a kulturní faktory	16
2.3 Biologické faktory	17
2.3.1 Ženské pohlaví.....	17
2.3.2 Tělesná hmotnost	18
2.3.3 Menstruační cyklus	18
2.3.4 Puberta	18
2.3.5 Významné životní události	20
2.3.6 Rodinné a genetické faktory	20
2.3.7 Emocionální faktory	21
2.3.8 Osobnost a další psychické charakteristiky	22
2.3.9 Závislost na psychoaktivních látkách	23
3. DIAGNOSTIKA	24
3.1 Klinické příznaky.....	25
4. KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE	27
4.1 Kardiovaskulární komplikace	27
4.2 Renální komplikace	28
4.3 Gastrointestinální komplikace	29
4.4 Kosterní komplikace	29
4.5 Endokrinní komplikace.....	30
4.6 Hematologické komplikace	30

4.7 Neurologické komplikace	31
4.8 Metabolické komplikace	31
4.9 Dermatologické komplikace	32
5. TERAPIE	33
5.1 Farmakoterapie	33
5.2 Psychoterapie	35
5.3 Dietoterapie.....	36
6. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ.....	38
6.1 Identifikační údaje	38
6.2 Vitální funkce při příjmu	39
6.3 Anamnéza	40
6.4 Posouzení současného stavu pacientky.....	42
6.5 Aktivity denního života	44
6.6 Posouzení psychického stavu:	45
6.7 Medicínský management	46
6.8 Situační analýza	50
7. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA POLE MODELU M. GORDONOVÉ.....	52
7.1 Vnímání zdraví	52
7.2 Výživa a metabolismus	53
7.3 Vylučování.....	53
7.4 Aktivita, cvičení.....	54
7.5 Spánek, odpočinek	54
7.6 Vnímání, pozorování	55
7.7 Sebekoncepce, sebeúcta.....	55
7.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy.....	55
7.9 Sexualita, reprodukční schopnost	56
7.10 Stres – zátěžové situace	56

7.11 Víra – životní hodnoty	56
7.12 Jiné	57
8. ZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ.	
8.1 Ošetřovatelská diagnóza – aktuální:	59
8.1.1 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)	59
8.1.2 Narušený obraz těla (00118).....	62
8.1.3 Úzkost (00146)	63
8.1.4 Narušený vzorec spánku (00198)	65
8.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy	66
8.2.1 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028) [Riziko dehydratace]	66
8.2.2 Riziko násilí vůči sobě (00140)	68
8.3 Zhodnocení ošetřovatelské péče	69
9. DISKUZE	70
9.1 Doporučení pro praxi	71
ZÁVĚR	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – posouzení současného stavu pacientky ze dne 20. 10. 2015.....	42
Tabulka 2 – vyšetření krevního obrazu ze dne 21. 10. 2015.....	49
Tabulka 3 – biochemické vyšetření ze dne 21. 10. 2015.....	49
Tabulka 4 – váhový plán.....	60

ÚVOD

Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma poruchy příjmu potravy, se zaměřením na mentální anorexii. A to z důvodu aktuálnosti nemoci a její zhoubných vlivů na společnost, zejména na nemocné dívky (řada případů končí smrtí jedince), ale také na jejich příbuzné, kamarády a známé, kterých se porucha rovněž týká.

Základním pilířem udržení života je výživa. Dostatečnou výživu potřebují živočichové, rostliny i my, lidé. Zatímco rostliny přijímají výživu formou roztoků, cílem výživy je pouze zásobovat rostlinné tělo živinami a minerálními látkami. Obzvláště u člověka se potrava stává důležitým socializačním prvkem a rituálem. Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Právě u dobrého jídla se scházejí přátelé, rodiny, obchodní partneři, aby sjednali obchod, nebo aby jen viděli jeden druhého a oslavili důležité svátky. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace.

Bohužel i jídlo se pro někoho může stát noční můrou. Nedostatek energie nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a naopak změny huti k jídlu, příjmu potravy a tělesné hmotnosti mohou signalizovat rozvoj somatické a duševní poruchy od banální únavy a nachlazení až po závažná onemocnění.

Na začátku tvorby bakalářské práce byly stanoveny cíle daného ošetrovatelského procesu.

Cíl 1: Prvním cílem bakalářské práce je přiblížit péči o pacientku s mentální anorexií.

Cíl 2: Druhým cílem je rozpracování ošetrovatelského procesu u pacientky s mentální anorexií a následný viditelný posun v léčbě.

Vstupní literatura:

KRCH, F. D. a kol., 2005. *Poruchy příjmu potravy*.

KRCH, F. D., 2010. *Mentální anorexie*.

MARKOVÁ, E. a kol., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*.

PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruchy příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly zdrojem pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou příjmu potravy, mentální anorexie, proběhlo v časovém rozmezí 2005 až 2015. Zvolena klíčová slova k rešerši: : Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, psychosomatické poruchy, nechutenství, životní styl.

1. PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Mentální anorexie (dále už jen MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ může být v mnoha případech zavádějící, nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých nemocných je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (sbírají recepty, rádi vaří, myslí na něj apod.) někdy i změněnou chutí, například na sladké. Zřejmě jde o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdenním hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť k jídlu, ale proto, že jíst nechtějí, když to často popírají. Uvádějí různé, někdy do určité míry srozumitelné důvody, proč jíst „nemohou“. Jejich averze k jídlu je projevem narušeného a nesmiřitelného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (KRCH, F. D., 2010).

1.1 Historie mentální anorexie

„Název „anorexia“ nalezneme poprvé u Galena. Jako první osobnost, která popsala MA, bývá uváděn anglický lékař Richard Morton. Popisuje dva případy úmyslného odmítání potravy u dívky a chlapce. Tento lékař v roce 1689 použil pro označení této poruchy název „Atrofia seu ptosis nervosa“. V 19. století William Gull a Charles Laséque (1868 a 1888) upozornil lékařskou veřejnost na další podobné případy. Jednalo se vždy o extrémní vyhubnutí a nadměrnou aktivitu” (PAPEŽOVÁ, 2010, s. 20).

Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Dlouho známým je například jev zvaný „ruminace“ neboli vrácení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je také známa „pica“, touha po bizarních jídlech, nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci. Také obezita, která je fyzickým projevem relativní nadvýživy, byla rozpoznána už v plastikách z doby kamenné.

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu století však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících, nebo asketických praktik

mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání potravy (pokud ho neprovázely symptomy známých chorob, například tuberkulózy) spíše úvahy o nadpřirozených silách, nebo o vlivu ďábla. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly být posléze pokládány za známku duševní poruchy (MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006).

1.2 Definice a charakteristika mentální anorexie

Úmyslné snižování hmotnosti, které si pacient (nejčastěji mladá dívka) způsobuje a udržuje sám. Hmotnost je snížena minimálně o 15% proti normální (očekávané pro daný věk a výšku) hmotnosti, tzv. Queteletův index 17,5 nebo méně, výsledkem čehož je závažná podvýživa s endokrinními a metabolickými změnami a poruchou tělesných funkcí (např. Amenorea). Queteletův index hmotnosti těla (z anglického body mass index) $BMI = \text{hmotnost (kg)} : \text{výška (m}^2\text{)}$ (MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006).

Vnímání vlastního těla je narušeno – je neustále posuzováno jako nepřiměřené (obézní, nesymetrické, ochablé apod.). Dívka se nejen jídlu vyhýbá, ale může se ho také zbavovat vyvolaným zvracením, užíváním projímadel, nadměrným cvičením. Dále může užívat anorektika (látky snižující chuť k jídlu) nebo diuretika, aby se zbavila nadbytečných tekutin. Jak onemocnění postupuje, dochází k rozvoji dalších psychických příznaků, velmi častá je deprese. Pokud některý ze základních symptomů chybí, ale klinický obraz je jinak charakteristický, hovoříme o atypické MA (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2. ETIOLOGIE

O možné etiologii poruch příjmu potravy (PPP) bylo vysloveno mnoho různých hypotéz. V mnoha případech šlo o koincidenci poruchy a určitého jevu příznačného pro danou populační skupinu (strach z dospívání, fyzické zranění, problémy v rodině apod.) nebo nebylo možné rozlišit, zda jde o příčinu, nebo důsledek. Dnes většinou panuje shoda v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže. Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobních rysů, vývojových a biologických faktorů. V osobní a rodinné anamnéze pacientů s MA se můžeme setkat s některými nespecifickými rizikovými faktory, které se často vyskytují i u jiných duševních poruch. Fairbun (1997) poukazuje zejména na alkoholismus, negativní sebehodnocení a depresivitu rodičů (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Někteří autoři rozdělují modely na psychogenní a organické (Walinder, 1974) nebo zdůrazňují individuální faktory (od biologických faktorů až po sexuální zneužívání a krizi dospívání), vliv rodiny nebo sociokulturní kontext (Bryant a Bates, 1985). Většina autorů však zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti PPP (Garfinkel, Garner, 1983) (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Multifaktorové modely vyžadují, aby každé hledisko, aspekt problému nebo rizikový faktor, na který se soustředíme, snesl nezávislé empirické zkoumání. S ohledem na nejvýznamnější aspekty problému (somatické obtíže, kognitivní poruchy, jídelní chování, rodinné nebo interpersonální problémy), u rizikových faktorů je třeba koncipovat terapeutický plán (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.1 Rizikové faktory

Ke vzniku onemocnění přispívají různou měrou u různých jedinců vlivy kultury a prostředí, ve kterém žijeme, rysy osobnosti, které jsou zprostředkovány částečně geneticky a způsobem výchovy. Podíl jednotlivých rizikových faktorů je u každého jiný. Máme-li zvýšené riziko vzniku poruchy příjmu potravy v rodině, měli bychom

znát všechny rizikové faktory pro vznik onemocnění a snažit se vyvarovat těm, kterým se můžeme vyhnout (práce v zahraničí u dívky, která začíná s dietami a podváhou). A u těch, kterým se vyhnout nemůžeme (např. výskyt alkoholizmu v rodině a deprese), snažit se zmírnit jejich dopad hledáním, tzv. ochrannými projektivními faktory (např. hledat další záliby a hodnoty při výchově v rodině, orientovat se pouze na výkon zevnějšek) (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010).

2.2 Sociální a kulturní faktory

Jádro problému poruchy příjmu potravy dále už jen (PPP) je v rychle se měnící kultuře, která oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak vidí ve štíhlosti cestu ke kráse, úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. Tyto trendy vedly nakonec tak daleko, že současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen zdravotně ohrožující a biogeneticky nedosažitelné. Přerušování diet a mírná nadváha jsou vnímány jako selhání a v mnoha případech vedou k sociální diskriminaci, poklesu sebevědomí a izolaci (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Na omezení stravy působí různé společenské vlivy, např.: reklamy a časopisy nabízející tabulky pro počítání kalorií, módní průmysl propagující štíhlost, televizní média sdělující, že štíhlost je základem sexuální přitažlivosti a pracovních úspěchů, důraz kladený na tělesnou zdatnost a atletické vzezření. Dietním trendům se přizpůsobuje také potravinářský průmysl, který produkuje stále více nízkotučných výrobků (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Předpojatost vůči obézním se podle některých stala kulturním fenoménem. Obézní jsou popisováni jako líní, hloupí a oškliví. Předpojatost vůči obézním ženám je výraznější než vůči mužům. Tato „antitučná“ mentalita posiluje strach z tloušťky a diskriminuje jedince, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní. Suzan a Wayne Wooleyovi poukazují na řadu studií, které potvrzují, nakolik jsou už děti a mladí adolescenti poznamenáni obezitou (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou v rozporu nejen s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nevhodné vzory a nerealistické cíle. Posilují jejich strach z tloušťky,

nadměrnou nespokojeností s vlastním tělem a zájem věnovaný tělesné hmotnosti. Sociální „přitažlivost“ PPP stoupá i v souladu s tím, že mnoho slavných osobností, které přiznaly boj s těmito poruchami, se staly předmětem zájmu (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Další sociokulturní faktor PPP je **vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění**. Selvini Palazzoli (1974) se domnívá, že si ženy musí udržovat tradiční přitažlivost a současně se přizpůsobit co nejrychleji požadavkům profesionálního výkonu a úspěchu. Sociální a kulturní role ženy staví dospívající dívky často před rozporuplná očekávání a standardy, které si mohou protřečít, ať už jde o normy fyzické aktivity, sebe prezentace nebo rodinný život. V tomto zmatečném kontextu je pak obtížnější vymezení sebe sama, hledání osobní identity a autonomie. Podle Palazzoli je snaha o vyzáblost také spojena s odmítnutím ženského vzhledu ve snaze odlišit se od své ovládající matky. Boskind-Lodahlová (1989) se domnívá, že anorektická snaha po štíhlosti je naopak projevem, jak dosáhnout ženskosti (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.3 Biologické faktory

Biologické faktory spolu podmiňují projevy onemocnění a představují rizikový faktor poruchy, který nabývá na významu až v souhře s faktory psychosociálními. Dědičné okolnosti představují riziko, které je zřetelnější v rodinách s výskytem depresivních poruch, závislostí a obezity. Riziko vzniku poruchy se zvyšuje u ženského pohlaví a dále působí hruškovitá distribuce uložení tuku v těle (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.3.1 Ženské pohlaví

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP je pohlaví ženské. Riziko mentální anorexie u žen je 10x vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a jinou roli v životě muže. Významné rozdíly ve vnímání vlastního těla byly zjištěny u dívek a chlapců mladšího školního věku, k nejdramatičtějším psychickým a tělesným změnám, které mohou být významné z hlediska vzniku PPP, dochází v průběhu puberty a adolescence. Průměrná tělesná hmotnost u českých dívek vzroste v období mezi 8. a 16. rokem z BMI (body mass index) 16 na 19. Rychlý přírůstek tuku spojený s pubertou může pro mnoho dívek představovat hrozbu. Po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá

jejich tělo a tato nespokojenost přetrvává i do adolescence. Z hlediska etiologie PPP může být významná časnost nástupu puberty a tělesného zrání. Tyto dívky bývají silnější a menší, než jejich vrstevnice, jsou více vystaveny stresu méně spokojeny se svojí hmotností a podle některých spekulací může časný začátek puberty vyhrotit i konflikty s rodiči (MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006).

2.3.2 Tělesná hmotnost

S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá u žen nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie. Výraznou roli při vzniku a rozvoji PPP hraje zejména distribuce tělesného tuku. Míra v pase a přes boky významně koreluje s tělesnou spokojeností a s výskytem jídelní patologie u sledovaných žen. Ženy u kterých je tuk více uložen na hýždích, stehnech a bocích, vykazovaly významně vyšší riziko PPP než ostatní ženy. Je známé, že při úbytku hmotnosti se ztrácí tuková i svalová hmota. V důsledku kolísání hmotnosti dochází ke změně ve složení těla. PPP to je především strach z tloušťky a ten má většinou reálné kořeny. Proto se tyto poruchy nejvíce objevují v životních obdobích, která jsou spojena s dramatickými tělesnými změnami (dospívání, nebo těhotenství), proto má tolik anorektiček a bulimiček v anamnéze nadváhu, nebo mají obezitu či naopak vyhublost v rodině (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.3.3 Menstruační cyklus

Nepravidelný menstruační cyklus může v některých případech předcházet počátku anorexie. I když u většiny anorektiček v 10 % až 20 % případů amenorea předchází poklesu tělesné hmotnosti. Už sebemenší omezení v příjmu energie vede k endokrinním změnám. Kromě nízkého příjmu energie může hrát významnou roli i nižší příjem bílkovin, vyšší příjem sacharidů a emoční stres (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.3.4 Puberta

Puberta je typickým obdobím vzniku mentální anorexie (dále už jen MA). Významnou roli při zprostředkování adaptace dospívajícího na pubertu hraje jeho osobnost a pubertální dozrávání je stimulem při vzniku anorektické symptomatologie. Normální puberta trvá minimálně tři roky. U dívek je známkou skončení puberty první menstruace. Fyzický vývoj však často přeruší malnutrice spojená s MA. Podle toho, kdy

nemoc propukne, zastavuje se tělesný růst a mohou se objevovat i jiné projevy zastavení puberty. Určitou rolí při rozvoji PPP je připisována i negativním emocím (podrážděnost, proměnlivost nálad), které mohou doprovázet hormonální změny v pubertě. Během dospívání výrazně vzrůstá uvědomování si sebe sama a přemýšlení o sobě. Sebeuvědomování je z velké části zaměřeno interpersonálně – dospívající si uvědomují sebe sama ve srovnání s ostatními. Dívky jsou oproti chlapcům vnitřně nejistější, mají větší obavy o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené, mají nižší sebevědomí a úctu k vlastnímu tělu. Jejich sebevědomí se v průběhu dospívání zlepšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem sebedoceňování. V průběhu dospívání se diferencuje vlastní „Já“, vzrůstá sebeuvědomování se a zájem o svět vrstevníků. Otázky typu: „Kdo je lepší?“ často předcházejí otázce: „Jak zhubnout?“ (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Puberta je také obdobím dramatických tělesných změn. Pro mnoho děvčat není cílem normální hmotnost, ale vyhublost. S fyzickou zralostí byl obvykle spojen strach z dalšího zvyšování hmotnosti, pocity nedostatečnosti a některé další depresivní příznaky. Předčasně fyzicky vyvrálé dívky bývají zpravidla silnější a menší než jejich vrstevnice, jsou nespokojenější se svým tělem a hmotností a mohou mít sklon k přejídání se. V této souvislosti je poukazováno na nesoulad mezi fyzickým a emocionálním zráním, což může být zdrojem konfliktů s rodiči i vrstevníky. Jelikož tyto dívky vypadají starší, dostávají a požadují více samostatnosti. Vnitřní nejistota dospívajících dívek je spojena se zvýšenou sebekritikou, náchylností k depresím, nízkým sebevědomím a sklonem k PPP. I když se sebevědomí děvčat v průběhu dospívání zvyšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem jejich sebedoceňování. V současném sociálně kulturním kontextu nízká sebedůvěra snadno vyústí ve snahu vylepšit svůj vzhled a držet diety. Když selže redukční dieta, sebevědomí se opět sníží. Jestliže u dívek, které drží redukční dietu, mají normální tělesnou hmotnost, je obtížné pro ně zhubnout a výsledkem je tudíž pocit neschopnosti (KRCH, F. D. a kol., 2005).

S dospíváním je spojena také separace od rodiny, snaha po autonomii a neprosazení se, bez ohledu na to, jaký vliv má časné odloučení od rodiny (samostatné bydlení, studium v zahraničí apod.) Separační proces v adolescenci může u rizikových jedinců snadno vést k narušení přiměřených stravovacích zvyklostí, případně k rozvoji PPP. Dospívání, to je období přijetí sexuální role, prvních sexuálních zkušeností a dosažení

autonomie. Pubertu a dospívání však lze považovat za období řady rizikových faktorů, které může být spojeno s mimořádným stresem (KRCH, F. D. a kol. 2005).

2.3.5 Významné životní události

Různé životní situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory PPP. Až v 70 % případů MA bývá spouštěcím mechanismem závažná životní událost nebo obtíže (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky na tloušťku, tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdar, nemoc, problémy v rodině, nebo odloučení od rodiny. Stresující událost před počátkem poruchy častěji uvádějí anorektičky s bulimickými příznaky než anorektičky restriktivního typu. V 8 % případech bylo jako významná životní událost uvedeno těhotenství, v 10 % sexuální zneužití (MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006).

Jako stresující událost nejčastěji uváděly v souvislosti s rozvojem poruchy problémy s rodiči, nebo problémy s vrstevníky (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.3.6 Rodinné a genetické faktory

Za významný rizikový faktor je pokládám už samotný výskyt anorexie v rodinném kontextu nejbližších příbuzným ženského pohlaví. Ve většině klinických studiích se pohybuje výskyt PPP mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 % až 10 %. Mezi matkami anorektiček se však mohou PPP a s nimi spojené ohrožující stravovací postoje a chování vyskytovat i častěji. Podle Hsu (1990) se v rodinách bulimiček a anorektiček vyskytují PPP čtyřikrát až pětkrát častěji, než v běžné populaci. I když mnoho studií poukazuje zejména na mentální anorexii jako na nebezpečný vzor chování, nebo genetickou predispozici. Stober et al. (1985) zjistil vyšší výskyt PPP v rodinách bulimiček (13 %), než v rodinách restriktivních anorektiček (8 %). Ve většině studií Kog a Vandereycken (1989) shrnují, že jsou anorektičky nejčastěji prvorozeným nebo posledním dítětem. Významný faktor vedoucí k rozvoji MA, je žárlivost mezi sourozenci stejného pohlaví, uvádí se až (rivalský vztah ke své sestře). V klinické praxi se setkáváme i s dívkami, které jsou prvorozené nebo které mají jen bratry (TRAPKOVÁ, L. a V. CHÁLA, 2009).

„**Anorektické matky**“ jsou někdy popisovány jako úporné, obtěžující a dominantní. Matka je prvním zdrojem potravy dítěte, byla samozřejmě spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Jako možná příčina stravovacích problémů dcery byl často zmiňován i otec, který bývá charakterizován jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, někdy jako dominantní. Dcera je závislá na obou rodičích, avšak v této atmosféře si vytváří tajný blok s matkou proti otci. Dalším typem otce je aktivní, avšak nedosažitelný otec, který je natolik skvělý, že se mu dcera nemůže nikdy vyrovnat. Někteří otcové bývají popisováni jako přísní, vzteklí a někdy i jako agresivní, stále však idealizovaní svojí manželkou (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Rodiny s anorektickým dítětem detailně popsal Minuchin, který je charakterizoval jako rigidní, obtížně vyžadující své emoce, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím. Pro tyto rodiny jsou příznačné zejména čtyři základní znaky: 1. Přehnaně blízké vztahy v rodině, kde blízkost a loajalita jsou ceněny více než samostatnost a seberealizace. 2. Obtížné vyrovnání se s konflikty vede k tomu, že se jim rodina vyhýbá, a když k nim dojde, nedokáže je řešit. 3. Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně. Anorektické dítě cítí nadměrnou potřebu ochraňovat svou rodinu. 4. Měnící se potřeby dospívajícího dítěte se snaží spíše absorbovat, než se jim přizpůsobit (KRCH, F. D. a kol., 2005).

PPP se objevují ve věku, kdy se mnoho mladých dívek vyrovnává s úkolem opustit domov. Jejich problémy jsou pak chápány jako výraz konfliktu při separaci od rodiny. V některých případech mohla být separace od rodiny (samotné bydlení) jedním z faktorů, které se podílely na rozvoji PPP, v jiných případech pacientům naopak velmi prospěla (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.3.7 Emocionální faktory

Depresivní a úzkostné příznaky se velmi často vyskytují u pacientek s MA a bulimií. Skutečnost, že ani těžká kachexie a nebezpečí smrti nevedou u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky, a tedy změně jídelního chování. Znamky deprese jsou výraznější u bulimie, kde jsou zaznamenány u 20 % až 80 % sledovaných pacientů. Některá zjištění naznačují, že obě poruchy mohou mít společnou příčinu, nebo že variantou PPP je primární depresivní porucha. Základní příznaky obou poruch mají odlišnou dynamiku. Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek různých

psychických, sociálních a zdravotních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností se neustále kontrolovat. Většina úzkostných a depresivních příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Strach z tloušťky je nejrezistentnějším příznakem PPP, se kterým se lze setkat ještě dlouhou dobu po odeznění základní symptomatologie. Rothenberg (1986) se zaměřil na prokázanou psychiatrickou komorbiditu v různých studiích, zjistil, že u anorektiček byly nejčastěji zaznamenány společně depresivní a obsedantní příznaky. Zatímco úzkostné příznaky přetrvávají ještě dlouho po odeznění bulimie a anorexie, jsou depresivní symptomy spojeny zejména s počátkem onemocnění a s jeho průběhem. Některé výsledky naznačují, že PPP a poruchy nálad spolu souvisí, ale nejsou přímo předávány ve společné genetické struktuře (KRCH, F. D., 2010).

2.3.8 Osobnost a další psychické charakteristiky

Stober (1981) předpokládá, že jádrem patogeneze PPP jsou určité osobnostní rysy, nebo specifické poruchy osobnosti. Typickou anorektičku popisuje jako dívku zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající vynalézavost, fantazii a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům. Jejich temperament popisuje jako „vyhýbající se“. Nejsou ochotny riskovat nebo zažívat něco nového (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Jako možné rizikové faktory u anorektiček jsou nejčastěji zdůrazňovány - nadměrná afektivní kontrola, rigidita, perfekcionalismus a snížená sebekontrola (impulzivita). Na hodnocení psychiatrického stavu pacientů s PPP se může významně projevit psychiatrická hospitalizace, adaptace na některé příznaky poruchy a změněnou kvalitu života, stejně tak jako různé psychické a endokrinní abnormality v důsledku hladovění a nutriční nerovnováhy. Za pomoci Eysenckova nebo Cattellova dotazníku vykazují anorektické pacientky vyšší skóre neuroticismu, introverze a úzkosti. Obsedantně – kompulzivní poruchy se u anorektických patientek pohybují od 27 % až po 81 %, po znovu nabytí hmotnosti se míra úzkosti a obsedantní rysy výrazně snižovaly. Vyléčení z anorexie je často spojeno s poklesem některých neurotických příznaků introverze. Tyto rysy jsou považovány za příznačné pro „anorektickou osobnost“ a stávají se primárním cílem terapeutického působení. Za společný rys obsedantní poruchy a PPP lze považovat vnitřní nejistotu a nízké sebehodnocení, které posiluje potřebu

nezbytnosti nadměrné sebekontroly nejenom v jídle. Myšlenky na jídlo jsou paradoxně posilovány hladověním (KRCH, F. D. a kol., 2005).

2.3.9 Závislost na psychoaktivních látkách

Psychické charakteristiky, jako jsou (např. impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost nebo nezdrženlivost), vyskytujících se stejně často v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek jako v souvislosti s některými formami PPP, které jsou pak srovnávány s jinými formami závislosti. Některé faktory (např. způsob trávení volného času, ochota riskovat, některé zájmy, rodinné a sociální charakteristiky) se ukázaly být rizikové jak z hlediska nevhodných stravovacích návyků, tak užívání alkoholu a kouření marihuany. Anorektičky si velmi citlivě uvědomují energetickou hodnotu alkoholu. Pěstují si závislost na různých typech psychofarmak, zejména hypnotik a analgetik, návykově užívají také projímadla a diuretika. Alkoholismus v rodinách restriktivních anorektiček byl uváděn v rozmezích 0 % až 20 %. Výskyt drogových závislostí mezi příbuznými s PPP se v různých studiích pohyboval v rozmezí 5 % až 75 %. Vysoká energetická hodnota alkoholu zvyšuje nebezpečí rychlého rozvoje závislosti u hladovějících mladých dívek, anorektický účinek některých návykových látek (např. cigarety, amfetaminy) zvyšuje jejich přitažlivost nejenom pro PPP, ale pro všechny „dietáře“ (KRCH, F. D. a kol., 2005).

3. DIAGNOSTIKA

Mentální anorexie (dále už jen MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Začíná nejčastěji ve věku 13-20 let. MA se výjimečně objevuje již u osmiletých dětí, také je ale možné setkat se s poruchou i ve třicátém, případně i po čtyřicátém roce věku. Je poukazováno na vrcholy ve 14 až 18 letech věku. Věk poruchy vzniku se pohybuje v rozmezí od deseti do čtyřiceti let, jde především o poruchu dospívání. Na rozvoji a vzniku poruchy příjmu potravy (dále už jen PPP) se podílí celá řada různých faktorů (viz 2. Etiologie) (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Nástup příznaků většinou předchází období stupňujících se diet, které mohou být i z lékařské indikace (např. při mononukleóze, žloutence apod.). Většina z nich má na počátku onemocnění normální tělesnou hmotnost, někteří pacienti se obtížně přizpůsobují snížené energetické potřebě konce dospívání, těhotenství nebo sportovní kariéry atd. Často se rozvíjí pomalu a nenápadně ztracené mezi dietami a nevhodnými jídelními návyky rodiny a vrstevníků. Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění ve své nepřizpůsobivosti, nepřiměřenosti a extrémnosti. Aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, ještě více podřizuje svůj život nevhodným jídelním zvyklostem a požadavkům (KRCH, F. D., 2010).

MA může proběhnout jako jediná epizoda s velmi dlouhým průběhem, nebo ve formě epizod opakujících se po mnoho let.

Ve srovnání s ostatními duševními poruchami je u MA úmrtnost třikrát vyšší. MA stále patří mezi nejletálnější psychické poruchy s úmrtností mezi 2 % až 8 %.

PPP mění kvalitu života nemocného, při dlouhodobém průběhu získávají určitou adaptační funkci, která otevírá prostor dalším negativním prožitkům. S dlouhodobým průběhem přibývá závažných depresivních příznaků. U pacientů s MA je poukazováno na závislost psychoaktivních látkách a obsedantně - kompulzivních poruch. Někteří nemocní však mohou fungovat relativně dobře a psychicky se stabilizovat i při nízké tělesné hmotnosti. Ve výjimečných případech se zdravotní stav pacienta zhorší natolik, že nemocní nemohou žít mimo nemocniční zařízení (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Garfinkel a Garner (1982) uvádějí následující faktory, které mohou mít vliv na další průběh a prognózu PPP:

- A. Demografické faktory:** pohlaví, počátek onemocnění, sociální postavení, manželství, chronicita.
- B. Klinické příznaky:** zvracení, užívání laxativ, nízká tělesná hmotnost, stresující faktory, obezita v anamnéze, výsledky ve škole.
- C. Psychologické faktory:** podle Hsu (1990) byly zjištěny, a to pět významných faktorů, které mohou předznamenat špatnou prognózu:

- dlouhodobé trvání nemoci
- nízká, minimální tělesná hmotnost
- premorbidní osobnost
- narušené vztahy s rodinou
- předcházející léčba (KRCH, F. D. a kol., 2005).

3.1 Klinické příznaky

Základními příznaky jsou: chorobný strach ze ztloustnutí, odmítání jídla, které postupně vede k pocitu hladu a ke ztrátě chuti k jídlu, postupné snižování tělesné hmotnosti vedoucí k extrémnímu hubnutí, narušené vnímání schématu vlastního těla, amenorea (ztráta menstruace). Typické je neuvědomování si chorobného stavu. Tuto chorobu řadíme mezi psychogenní poruchy příjmu potravy (PPP). Nejčastěji se vyskytuje u dívek v pubertálním období. Chorobný strach z tloušťky u těchto pacientek spočívá v tom, že někteří jedinci, kteří se rozhodli hubnout, mají pocit uspokojení, že se jim to daří, naopak u nemocných s mentální anorexií strach ze ztloustnutí přetrvává a nemizí i při značném hmotnostním poklesu. Odmítání jídla má aktivní charakter a je doprovázen obavami z následného přejídání (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Dívka většinou začne držet dietu za účelem snížení své váhy. Její váha v době před onemocněním bývá často normální, jen zřídka kdy vyšší. Vyvolávající činitel bývá často označován za vysmívání se těmto dívkám pro jejich údajnou tloušťku, nebo traumatické zážitky v rodině, osobním životě (např. rozchod s partnerem, úmrtí blízkého člověka, apod.) Dívka začne omezovat přísun některých potravin, zejména potravin s vysokým obsahem tuku, cukrů a škrobů. Postupně snižuje svůj denní příjem na minimum. Často hladoví dny i týdny (KRCH, F. D. a kol., 2005).

U mentální anorexie patří k nejnápadnějším příznakům dlouhodobě trvající, nezlomná železná vůle, která je nutí ještě překvapivě dlouho poté, kdy už po extrémním vyhubnutí trpí značně rychlým úbytkem sil a tělesnými potížemi.

Utvrzují se v mínění, že jsou něčím zvláštní a ještě dlouhou dobu se jim daří klamat své blízké o svém skutečném tělesném stavu. Dívky jsou neobyčejně cílé, jejich aktivita má až obsedantní charakter. Mají vnitřní charakter např. několik hodin denně cvičit. Nejsou si vědomy chorobnosti svého počínání a strachu z toho, že by opět měly začít normálně jíst a přibrat na váze, nabývá až bludného charakteru. Často se objevuje euforie vysvětlovaná pocitem vítězství nad svým tělem. Ke všem argumentům a varování z okolí jsou hluché (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Pocity hladu a sytosti jsou u nich silně narušené, stejně jako vnímání obrazu vlastního těla. Svě tělo vnímají stále jako silné, přestože jsou až kachektické (vyhublé). Volným oblečením maskují domnělou tloušťku.

Mezi typické projevy mentální anorexie patří zájem o všem, co souvisí s potravou, např. Sbírají recepty, rády vaří pro ostatní, ale sami z toho nic neochutnají. Zřejmě proto si takto počínají, aby vykompenzovaly svůj mučivý hlad, který si snaží nepřipouštět. Nejraději se stravují o samotě a jedí minimálně a velice pomalu. Jídlo si krájí na malé kousky a dlouho ho přežvykují. Nepřátele vidí v těch, kteří je nutí do jídla a chtějí je opět vykrmit, když jim dalo tolik práce zhubnout. Používají nejrůznější lži a výmluvy (např. už jsem jedla, toto jídlo nejím, atd.), nebo potravu tajně schovávají, zahazují.

Některé anorektičky podlehnou stále naléhavějším signálům svého těla mučeným hladem, mají takzvaný „záchvat vlčího hladu“, kdy se přejedí. Následují výčitky svědomí, pocity selhání, vlastní neschopnosti a prohry. Situace řeší navozováním zvracení, užíváním projímadel, diuretik, anorektik atd. (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Specifické typy:

Nebulimický (*restriktivní*) typ – U pacientů s mentální anorexií během epizody nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (*purgativní*) typ – U pacientů s mentální anorexií během epizody dochází k opakovaným záchvatům přejídání (KRCH, F. D., 2010).

4. KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE

„PPP mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které přispívají zejména ke zvýšené úmrtnosti u MA. Psychiatři, ani narůstající počet nelékařů, kteří se účastní léčebných programů, mnohdy tyto potíže neznají. Nejobvyklejšími komplikacemi jsou kardiovaskulární komplikace” (PAPEŽOVÁ, 2010, s. 170).

Postiženým je ve stále rostoucím rozsahu poskytována léčba formou ambulantní péče, nikoli formou tradiční intenzivní péče během hospitalizace.

Při restriktivním typu MA se hmotnostního úbytku dosahuje především, hladověním, přehnaným tělesným cvičením, omezením příjmu potravy, pacientky se nepřejídají ani nezvracejí (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Při purgativním typu MA zjišťujeme stejně přísné omezení příjmu potravy, které je střídáno epizodami záchvatovitého přejídání a zvracení, nebo užívání dalších metod. Obě skupiny pacientek mají trvale nízkou hmotnost, která ovšem může různě kolísat.

Zdravotní problémy spojené s MA se podobají obtížím vyvolaným nekomplikovaným hladověním a při návratu k normální zdravé výživě a tělesné hmotnosti jsou reverzibilní (vratné). Důležité rozdíly však vznikají podle toho, které základní složky ve stravě chybějí. Při MA je obvykle výrazně snížen příjem kalorií ze sacharidů (cukrů) a tuků, zatímco příjem bílkovin a vitamínů může být dostatečný. Při syndromech způsobených podvýživou a hladověním chybí v potravě i bílkoviny a vitamíny (KRCH, F. D., 2010).

4.1 Kardiovaskulární komplikace

V průběhu onemocnění se můžeme setkat s kardiálními potížemi. Nejčastější sinusová bradykardie (zpomalená srdeční činnost) s frekvencí méně než 60 tepů za minutu. Je to způsobeno úsporou energie (snížením metabolismu). Hypotenze (snížení krevního tlaku) 90/60 mm Hg je způsobena chronickým snížením objemu tělních tekutin, vede ke stavům závratě a náhlé ztráty vědomí.

Nadužívání projímadel nebo diuretik (močopudný prostředek) může vést k srdečním arytmiím (porucha rytmu). Může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě, která může být způsobena rychlou realimentací (obnovení výživy).

Jsou i jiné změny na EKG, které jsou však reverzibilní (zvratné) a většinou při úpravě elektrolytové rovnováhy doplněním tekutin a živin rychle mizí. U pacientek s MA, které mají výraznou podváhu, se doporučuje pravidelně měřit krevní tlak (dále už jen TK), jak ve stoje, tak vleže, a častou kontrolu EKG (KRCH, F. D. a kol., 2005), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

4.2 Renální komplikace

Většina pacientek s MA přijímá dostatečné množství bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny urey (moči) v krvi. Hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy jsou hypokalemie (snížena hladina draslíku v krvi), hyponatremie (porucha složení vnitřního prostředí v organismu), hypochloremie (pokles plazmatických hladin chloridů pod 96 mmol/l) a hypochlorní metabolická alkalóza (porucha acidobazické rovnováhy), kterou zjišťujeme nejčastěji u dehydrovaných pacientek v důsledku zvracení, nadužívání diuretik a projímadel. Rychlá realimentace může vést k výrazné hypofosfatemii (koncentrace fosfátu v plazmě < 0,97 mmol) a ke křečím. U ¼ anorektiček je patrná hypomagnezemie (nedostatek hořčíku v organismu), bývá doprovázena obtížně odstranitelnou hypokalémií (snížená hladina draslíku v krvi), vyžaduje doplňování hořčíku. Dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání diuretik a projímadel mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů (KRCH, F. D. a kol., 2005), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

U jedné pětiny anorektiček se při realimentaci objeví mírný otok končetin, těžké rychle vznikající otoky se mohou objevit při předávkování projímadly, následně hypovolemickému šoku (vzniká z důvodu ztrát cirkulujícího objemu krve), dochází k ledvinovým infarktům, a kardiovaskulárnímu selhání. Stav ohrožující život je třeba intenzivně léčit podáním proteinů. Chronické nadužívání diuretik a projímadel může vést k chronickému renálnímu (ledvinovému) selhání a hypokalémické nefropatii (selhávání ledvin). Důrazně sledovat renální funkce, výdej moči (KRCH, F. D. a kol., 2005), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

4.3 Gastrointestinální komplikace

V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Vznik akutní dilatace (roztažení) žaludku při realimentaci u těžce podvyživených mladých anorektiček zapříčiňuje náhlé nevolnosti, zvracení a bolesti břicha. Žaludeční vředy nejsou u anorektiček příliš časté. Zpomalené procesy vyprazdňování žaludku, klinicky vyvolává pocity nadmutosti a plnosti, a to i po konzumaci malého množství jídla, je jim to subjektivně nepříjemné. Často si to vykládají jako ukládání tuku v těle. Doporučuje se užívání těchto léků jako je Cisaprid, nebo Metoklopramid stimulující žaludeční motilitu (hybnost). Poměrně častá je zhoršená motilita tenkého střeva. Také příčinou v některých případech může být i realimentační pankreatitida (zánět slinivky břišní), která může způsobit gastrointestinální ileus (střevní zúžení). Komplikace v oblasti tenkého střeva obvykle souvisí s nadužíváním projímadel (např. bisakodyl), které mohou vyvolávat zvracení, nevolnost, střídání zácpy a průjmu, v některých případech syndrom malabsorbce (porucha vstřebávání živin), enteropatii (onemocnění střev), steatoreu (nadměrné množství tuku ve stolici), to vede k poruše vstřebávání bílkovin (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010), (VOKURKA, M. a J. HUGO a kol., 2008).

4.4 Kosterní komplikace

Pacientky s MA bývají o něco menší než jejich vrstevnice.

V období aktivní anorexie se zpomaluje vývoj kostí, který se může zcela zastavit, úbytek hmotnosti dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace. Jestliže pacientka zcela odmítá mléčné výrobky, obsahující vitamin D a tuky, je mnohem častější osteoporóza (řidnutí kostní tkáně), vzniká během prvních dvou let MA, snížení minerální denzity kostí (MDK). Při nedostatku estrogenu (ženský hormon) dochází k aktivnímu zvýšení přestavby kostní tkáně. Určitou roli může hrát zvýšená hladina kortizolu (stresový hormon), tlumí tvorbu kostí (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Ztráta kostní tkáně se u MA do značné míry upraví, jestliže se tělesná hmotnost a menstruační cyklus vrátí k normě. Obecně platí, že přiměřené cvičení má ochranný vliv na kostní denzitu (hustotu), snižuje metabolický obrat kostní tkáně a zvyšuje tvorbu

kostí. Při snížení denzity kostí roste výrazně riziko patologických zlomenin (LANGMEIER, J. a P. KREJČÍŘOVÁ, 2006).

4.5 Endokrinní komplikace

Charakteristickým rysem u MA jsou endokrinní abnormality.

Amenorea (nedostavení se menstruace) je vedoucím příznakem, která se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti. Pro obnovení normální funkce osy hypotalamu (spodní část mozku), hypofýzy (žláza s vnitřní sekrecí), ovaria (vaječníky) je proto nezbytné zlepšit psychický stav pacientky. Reakce hypofýzy při nízké tělesné hmotnosti je zmenšena. Správná funkce se objevuje při návratu k normální hmotnosti, která se pohybuje kolem 44kg (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Hladiny testosteronu (pohlavní hormon) zůstává u žen v normě. U MA je prokázáno zvýšení hladiny kortizolu (stresový hormon) v plazmě. MA způsobuje nerovnoměrný, nebo narušený výdej vazopresinu (hormon řídící hospodaření organismu s vodou), během uzdravování se upravuje jen pozvolna, je příčinou 40 % výskytu částečně neurogenního diabetes insipidus (úplavice močová), výrazně zvýšený výdej moči. Hladiny prolaktinu (hormon, který vylučuje hypofýza, vylučování mléka) bývají v normě. Celková hladina tyroxinu (T4 – hormon štítné žlázy) je nižší než je norma, ale ještě v rozmezí laboratorně přijatelných hodnot. Však hladina volného trijodtyroninu (T3 – hormon štítné žlázy) je snížena na polovinu v důsledku snížené periferní přeměny T4 na T3. Hladina TSH (thyrotropin) je v obvykle v normě (KRCH, F. D. a kol., 2005), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

4.6 Hematologické komplikace

U více než poloviny pacientek s MA se vyskytují změny krevního obrazu (KO) a kostní dřeně, klinická závažnost roste s úbytkem tělesné hmotnosti.

U 10 % a 20 % anorektiček nacházíme mírnou normochromní normocytární anémii (chudokrevnost), množství hemoglobinu (krevního barviva) více než 80 g/l s typickou sníženou sedimentací erytrocytů (červené krvinky). U 40 % až 60 % pacientek s MA je zjištěna leukopenie (chorobné snížení počtu bílých krvinek), která je většinou

způsobena hypoplazií (neúplným vyvinutím) dřeně s neutropenií (abnormální snížení počtu neutrofilních bílých krvinek v krvi).

Dysfunkci (narušená funkce) neutrofilů (forma bílých krvinek má na starosti boj s infekcemi), zhoršenou buněčnou imunitu a sníženou hladinu komplementu (doplnění) zahrnují imunologické abnormality. Obvykle biopsie (mikroskopické vyšetření vzorku tkáně) kostní dřeně ukáže charakteristickou hypoplazii (neúplně vyvinutí některého orgánu) s nekrózou buněk. Při úvodním vyšetření je třeba vyšetřit celý krevní obraz (KO), další vyšetření se provádějí dle potřeby, pokud celkový počet granulocytů (bílé krvinky s granulemi v cytoplazmě) klesne přibližně pod 2000 mm³. Zpravidla realimentace vede k rychlé úpravě všech hematologických změn (KRCH, F. D. a kol., 2005), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

4.7 Neurologické komplikace

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy způsobená nadužíváním projímadel, diuretik, zvracením a klystýry může vyvolat řadu neurologických komplikací, akutní zmatenost, tetanii (zvýšená nervosvalová dráždivost), tonicko-klonické křeče, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachovitých reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se podobají přechodným příznakům ischemie (nedokrevnost) mozku. 40 % anorektiček trpí celkovou svalovou slabostí, u 13 % anorektiček vzniká periferní neuropatie (onemocnění nervů). Méně častými komplikacemi jsou bolesti hlavy, křeče, náhlá ztráta vědomí, dojité vidění, poruchy hybnosti. Jedna ze vzácných komplikací je i Wernickeova encefalopatie (porucha mozku) u MA (KRCH, F. D. a kol., 2005), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

4.8 Metabolické komplikace

Narušení funkce hypofýzy (podvěsek mozkový) spontánní funkcí u pacientek s MA je zhoršení regulace tělesné teploty. Při vystavení horku u nich dochází k minimální vazodilataci (rozšíření cév) a tělesná teplota se abnormálně (nenormálně) zvyšuje. Při vystavení se chladu u nich nedochází ke zvýšení tělesné teploty a stejně tak nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu (KAŇKOVÁ, K., 2005).

Také je narušen metabolismus (látková přeměna) glukózy (škrobový cukr, hroznový cukr), u anorexie i u jiných forem podvýživy nacházíme častěji v testu glukózové tolerance hodnoty svědčící pro diabetes (cukrovku). Narušení metabolismu kalcia u MA dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji moči. S tím souvisí zvýšení kostní resorbce a zpomalení tvorby kostí. Až u 50 % anorektiček zjišťujeme zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Podvyživené anorektičky se častěji budí, spí méně hluboce, celková doba spánku je u nich kratší, budí se brzy ráno. Při úpravě hmotnosti poruchy spánku mizí (KRCH, F. D. a kol., 2005).

4.9 Dermatologické komplikace

Obtíže u pacientek s poruchami příjmu potravy mohou mít řadu důvodů, včetně nedostatečné výživy (např. Lanugo- ochmýření, xerosis cutis - suchá šupinatá kůže), úmyslné zvracení (např. Purpura – mnohočetné krvácení do kůže, sliznic i vnitřních orgánů, mozoly, modřiny, na hřbetech rukou), kožní vyrážky s užívání diuretik a projímadel. Asi čtvrtina pacientek s MA má tenkou, suchou a šupinatou kůži se sníženým množstvím kolagenu. Jasně žlutooranžové zbarvení kůže - karotenodermie je přítomna u 72 % anorektiček. Hyperkarotenodermie může vzniknout v důsledku nadměrného příjmu karotenu a vitamínu A v potravě (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

5. TERAPIE

K úplnému vyléčení MA nestačí odstranit pouze fyzické následky, ale je potřeba hledat a léčit i jí způsobené újmy na psychice jedince. V současné době existuje řada léčebných postupů, využívají se rodinné terapie, psychoanalýzy, kognitivně-behaviorální terapie (KGB) a další metody (ŘÍČAN, P. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Aby bylo možné odstranit všechny příčiny i následky MA, léčba musí být celková, jak psychická, tak i somatická. U vážnějších případů je nutná delší hospitalizace, při akutním ohrožení života i proti vůli pacienta, který není sám schopen rozumného uvažování. Pokud je pacient v bezprostředním ohrožení života dopraven k lékaři, nejdříve se podrobí vyšetření celkového stavu a poté je léčen infuzemi výživných roztoků a roztoků s elektrolyty (jelikož výživa je zpočátku normálním způsobem vyloučena a ztráty elektrolytů a tekutin nelze jinak dostatečně rychle vyrovnat.) Lékaři navíc pacientům podávají léky posilující srdeční činnost a stabilizují krevní oběh. Jakmile se tělesný stav stabilizuje, provádějí se další vyšetření (KRCH, F. D., 2010).

U hypoxických (snížený obsah kyslíku ve tkáních), posttraumatických (poúrazových) a toxických (jedovatých) stavů se podávají nootropní látky (potravinové doplňky), neuroleptika (antipsychotika, milezin, melleril) a anxiolytika (léky proti chorobným stavům úzkosti, např. diazepam), u eretických (neklidných) forem, u neklidných pacientů paradoxně stimulantia (povzbuzující látky), neklid může být projevem snížené vigility (útlumu), pyridoxin (vitamín B₆), u kretenismu tyroxin (hormony), antidepresiva (bupropion, citalopram), také rodinná psychoterapie má podpůrný vliv (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010), (VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011).

5.1 Farmakoterapie

V léčbě PPP není farmakoterapie metodou první volby. Její účinnost je sledována převážně v kombinaci s nutričním poradenstvím, psychoedukací, psychoterapií a režimovou terapií. Farmaka, která stimulují peristaltiku trávicího ústrojí: **Prokinetické látky**: metoklopramid, cisamprid a domperidon (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010).

Doplňková výživa:

Nutriční nápoje (Resource, Nutridrink) hodnota jednoho mililitru je 1 kcal (4,2 kJ) (KRCH, F. D. a kol., 2010).

Antidepresiva:

U pacientek, které zjevně trpí depresí nebo obsedantně-kompulzivní poruchou, by se mělo uvažovat o použití antidepresiv. Jsou užívána např. citalopram, fluoxetin, sertralin, amineptin, často ve fázi postupující realimentace, největší význam mají v prevenci relapsu (návratu) onemocnění (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010).

Neuroleptika:

Neuroleptika (chlorpomazin) byla jako první psychofarmaka používána v terapii MA. Jsou součástí léčby, jsou používána v závažných případech a to u negativistických, agitovaných – neklidných, masivně obsedantních – nutkavých pacientek (KRCH, F. D. 2010).

Hormonální substitute:

Podává se u pacientek s dlouhodobou amenoreou (jako prevence osteoporózy a osteopenie – počátek osteoporózy), patří do rukou gynekologa (KRCH, F. D., 2010).

Anxiolytika:

Jejich aplikace je vhodná pouze krátkodobě ke zvládnutí úzkosti, strachu z jídla a obsesi (nutkavá myšlenka) (KRCH, F. D., 2010).

Zinek:

Je spojen s chutí a příjmem potravy, kožními abnormalitami, amenoreou a depresí. Suplementace zinkem má vliv na vzestup hmotnosti u anorektiků a snížení hladiny úzkosti a deprese (KRCH, F. D., 2010).

U každého pacienta s MA je nutné stanovit individuální terapeutický plán, kde budou zvažovány psychoterapeutické, psychofarmatické, režimové a sociální přístupy (KRCH, F. D. a kol., 2005).

5.2 Psychoterapie

Rodinná terapie:

Na léčbě se podílí celá rodina, pacient není na svůj problém sám. V rodinách, kde jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientů (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010).

Arteterapie:

Léčba uměním, využívá umělecké činnosti pro léčbu psychiky a osobnosti, např. malování vodovkami na libovolné, nebo určené téma (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Muzikoterapie:

Léčba hudbou. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Skupinová terapie:

Scházení se více pacientů a konzultování problémů a pocitu mezi sebou i přítomným psychologem (KRCH, F. D. a kolektiv 2005).

Interpersonální terapie:

Vztahová terapie, např. (partneři), totéž co rodinná terapie (TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2009).

Kognitivně-behaviorální terapie:

Jedná se o metodu, při které je žádoucí chování odměňováno. Obvykle je s každou pacientkou vypracována terapeutická smlouva, jistý plán změn v jejím chování a hmotnosti, postupně ji vede k předem stanovenému cíli (PAPEŽOVÁ, H. (ed), 2010).

Psychodynamická terapie:

Psychodynamická terapie vychází z psychodynamických směrů. Mezi odborníky převládá názor, že práce se specifickými symptomy anorexie vyžaduje specifický přístup, a psychodynamickou terapii je pro PPP třeba modifikovat. V této oblasti se

angažují terapeutky, zabývající se specifickými otázkami psychologie žen, hledáním ženské identity (KRCH, F. D. a kol., 2005).

5.3 Dietoterapie

Cílem léčby je dosáhnout a udržet normální stav výživy u dospělých, normální tělesný růst u adolescentů, zavést normální jídelní chování, podporovat normální postoj k jídlu, vytvořit adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení (KAŇKOVÁ, K., 2005).

Odborník na výživu nepoužívá dietní anamnézu jen k získání podrobné analýzy jídelních vzorců, ale také proto, aby získal informace o pacientových názorech na výživu a jeho postojích k jídlu. Důležité je také prozkoumat jídelní postoje u zbytku rodiny. Bývá užitečné se setkat s důležitými členy rodiny (matkou, otcem nebo partnerem). Během úvodního rozhovoru začíná dietolog budovat důležitý vztah, který je nezbytný, aby pacient mohl odhalit své obavy spojené s jídlem a začal se řídit terapeutickými radami (KRCH, F. D. a kol., 2005).

Cílem péče o výživu je obnovit normální tělesnou hmotnost. U dospělých pacientů by se BMI měla pohybovat v rozmezí 20 – 25. Pro děti a mladší adolescenty se používají pediatrické růstové tabulky. Očekávaný nárůst hmotnosti za týden je 0,5 – 1,5 kg podle toho, zda jde o ambulantní, nebo hospitalizovanou pacientku. U ambulantních pacientek se neočekává tak rychlý nárůst hmotnosti, jako u hospitalizovaných pacientek, které mají méně pohybu. Pacientky, které úmyslně užívaly projímadla, zvracely nebo omezovaly příjem tekutin, by měly být upozorněny na počáteční rychlý nárůst hmotnosti v důsledku dehydratace (zavodnění organismu po ztrátě tekutin). Doporučený příjem hmotnosti u adolescentů s normální hmotností u 13 – 18 letých dívek je 9 800kJ (2 300 kcal). Pokud jsou pacientky extrémně vyhublé, po několika prvních dní je vhodný příjem jen 5 000kJ (1 200 kcal). Umožní to určitý nárůst hmotnosti, přizpůsobení trávicího ústrojí, psychické přizpůsobení normálnímu množství jídla.

Každé zvýšení energetického příjmu s pacienty domlouvá odborník na výživu a postupně jim je dáována stále větší samostatnost ve výběru jídla. K dosažení normální hmotnosti je třeba denní energetický příjem nad 12 550 kJ (3 000 kcal). Po dosažení doporučené hmotnosti se energetický příjem snižuje, pacientka si udržuje hmotnost a jí normální stravu. Měly by však dostat radu aby, se vyhýbaly všem dietním výrobkům ke

snižování hmotnosti, jako jsou potraviny označené (light) se sníženým obsahem tuku a umělými sladidly. Je třeba zaměřit pozornost na jídelní chování, je známé, že jeho poruchy přetrvávají i po dosažené doporučené tělesné hmotnosti (KRCH, F. D., 2010).

Také stravování ve společnosti by se mělo podporovat, členové rodiny a přátelé mohou sloužit jako vzor a snižovat úzkost vázanou na jídlo. Pokud se jídelní chování znormalizuje a pacientka je schopna udržovat zdravou tělesnou hmotnost, sezení s dietologem mohou postupně přestat (NOVÁK, M., 2010).

6. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ.

Ošetřovatelský proces byl zpracován u pacientky s mentální anorexií, která byla s touto diagnózou přijata na dětskou psychiatrickou kliniku FN Motol.

Pacientka byla hospitalizována na dětské psychiatrické klinice od 20. 10. 2015. Informace o jejím zdravotním stavu a výsledcích vyšetření byly čerpány ze zdravotnické dokumentace, pomocí rozhovoru s pacientkou, její rodiny a pozorováním. Podle ošetřovatelské dokumentace – Marjory Gordon (rozšířené verze), Vysoké školy zdravotnické jsme sestavili ošetřovatelskou anamnézu. Neuvádíme zde jméno pacientky ani rodné číslo kvůli ochraně osobních údajů. Můžete se zde setkat pouze s iniciály pacientky.

6.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: P. H.	Datum narození: XXXX
Rodné číslo: XXX...	Věk: 14 let
Pohlaví: ženské	Bydliště: Most
Zaměstnání: studentka	Vzdělání: studentka 8. třídy jazykové školy
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: svobodná	
Jméno příbuzného: X. Y.	Bydliště příbuzného: Most
Datum příjmu: 20. 10. 2015	Čas příjmu: neuvedeno
Typ přijetí: akutní nedobrovolný	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: Dětské psychiatrické oddělení FN Motol	
Ošetřující lékař: X. Y.	Obvodní lékař: X. Y.

Důvod přijetí:

Dlouhodobě trvající PPP (poruchy příjmu potravy) s výrazným poklesem tělesné hmotnosti.

Medicínské diagnózy hlavní:

Mentální anorexie MKN – 10 kód (F50.0)

Sekundární amenorea.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Běžné dětské onemocnění.

6.2 Vitální funkce při příjmu

Váha: 44 kg – podváha

BMI: $15 < 15,5$ – podváha

Obvod paže: 17 cm

Výška: 166 cm – výška přiměřena k věku pacientky

Teplota: $36,0^{\circ}\text{C}$ – na hranici normy

Dech: 18/ minutu – v hodnotách normy

Puls: 79/ minutu – v hodnotách normy

Krevní tlak – 98/60 – v hodnotách normy

Stav: bdělý

Orientace: orientována

Nynější onemocnění:

Od ledna 2015 začala dívka cíleně hubnout z původní váhy 66 kg na 47,40 kg, chtěla zhubnout a být ve škole oblíbenější. Zprvu zvýšené cvičení na rotopedu, posilování, restriktce (omezení) stravy, jedla 5x denně menší porce, zdravější potraviny.

Při váze 55kg vyšetřena pro mentální anorexii, hlídána 1 měsíc, opětovný pokles váhy na 53kg, vyšetřena a odeslána k hospitalizaci do FN Motol, zde se za hospitalizace normalizoval příjem stravy. Po celou dobu však přetrvávala porucha tělového schématu, přírůstek hmotnosti prožívala depresivně, nutkavé cvičení. Pro sekundární amenoreu započala medikace Estrofenem. Na přání a po dohodě s rodinou propuštěna do domácího prostředí a do péče ambulantního psychiatra s váhou 52,70 kg na antidepressivní terapii. Od září 2015 doma dívka opět zahajuje hubnutí. Jí pouze s rodinou 1x denně, když není viděna, nejí vůbec. Několikrát švindlování se stravou, kterou tajně vyhazuje. Chodí na pravidelné kontroly, před kontrolou vypila čtyři litry vody a měla závaží, váha 52 kg. Kontrolována á 14 dní – á týden. Stolice á 4 dny. Dnes 20. 10. 2015 na kontrole váha 44 kg, odeslána k hospitalizaci do FN Motol.

Informační zdroje:

Pacientka – pozorováním, rodina jako doprovod. Zdravotnická dokumentace.

6.3 Anamnéza

Lékařská anamnéza:

Pacientka přijata k plánované hospitalizaci na dětskou psychiatrickou kliniku FN Motol, k druhé rehospitalizaci z důvodu dlouhodobě trvající poruchy příjmu potravy (PPP) s výrazným poklesem tělesné hmotnosti. Při přijetí vážila 44 kg a měřila 166 cm. Doporučena pro pokles hmotnosti při suspektní mentální anorexii z DPA Most (dětské psychiatrické ARO Most). Pacientka s hospitalizací nesouhlasí.

Osobní anamnéza:

Dívka pochází z první gravidity, porod v termínu, spontánní, záhlavím, porodní hmotnost 3 450 g, porodní délka 49 cm, poporodní adaptace dobrá. Po porodu vznikl novorozenecký ikterus (nutná fototerapie). Byla plně kojena celkem 6 měsíců, přechod na kojeneckou stravu byl bez obtíží, do 12 let stravování bez obtíží. Poté došlo o první

pokusy držení redukčních diet. V dětství prodělala běžné dětské nemoci, jinak více nestonala. Prodělala 3x zlomeniny na ruku, které se jí staly při sportu. Matka tvrdí, že dcera má křehké kosti po ní. Zatím neprodělala žádnou operaci.

Rodinná anamnéza:

Otec dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou, je momentálně v invalidním důchodu. V anamnéze uvádí, že trpí Bechtěrevovou chorobou.

Matka vystudovala střední školu s maturitou, pracuje jako úřednice, je zdravá. Pacientka nemá žádné sourozence. Sestra matky prodělala před 3 lety rakovinu prsu, nyní je zdravá. Žádná další onemocnění v rodině nejsou.

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Zoloft	tbl.	50 mg	0-0-1	antidepressivum
Estrofem	tbl.	2 mg	0-0-1	substituční terapie
Mirtazapin	tbl.	30 mg	0-0-1	antidepressivum
Neuromultivit	tbl.	-	0-0-1	vitamíny
Lactulosa	sirup	1 polévková lžíce	0-1-0	laxativa
Prothasin	tbl.	-	při nespavosti	antihistaminikum
Atarax	tbl.	25 mg	½ - ½ - ½	anxiolytikum

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: příležitostně v malém množství

Kouření: neudává

Léky: neudává

Jiné návykové látky: neudává

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí s rodiči v Mostě bytě 3+kk, má vlastní pokoj. Navštěvovala jesle, asi měsíc poté se o dívku starala babička. Mateřskou školku navštěvovala od 4 let, adaptace byla bez vážných problémů. Na základní školu nastoupila bez odkladu. Nyní je žákyní 8. třídy jazykové školy, má samé jedničky, premiantka.

Gynekologická anamnéza:

Menarche v 11 letech, ne zcela pravidelná, nyní od března 2015 amenorea při mentální anorexii po propuštění z DPO FN Motol na hormonální terapii, od 17.9. opět menstruuje, další léky neužívá. Nyní amenorea.

Psychiatrická anamnéza:

První kontakt s psychiatrem v červnu 2015, jednorázová konzultace na dětské psychiatrii v pořádku, restrikce (omezení) potravy.

Doporučení:

Dieta č. 11, sledování manipulace s jídlem, zvracení, nutkavé cvičení (preventivně).

6.4 Posouzení současného stavu pacientky

Tabulka 1 – Posouzení fyzického stavu ze dne 20. 10. 2015

Hlava	Pokleповě nebolestivá, normocefalická, bez hematomu
Oči	Spojivky růžové, bez zánětu, oči ve

	středním postavení, zornice izokorické, reakce na osvit ++, skléry bílé bez ikteru.
Uši, nos	Bez deformit, výtoků a zjevných patologií, slyší dobře.
Rty	Souměrné, oschlé.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Sliznice oschlé, dásně přiměřeně prokrvené, bez povlaků.
Jazyk	Plazí ve střední rovině, bělavý povlak, bez poranění.
Tonzily	Nezvětšené, nebolestivé.
Chrup	Vlastní, kariézní, bez zápachu
Krk	Souměrný, bez otoků, karotidy jsou symetrické.
Hrudník	Symetrický, bez deformit.
Plíce	Prohlubené dýchání.
Srdce	Srdeční akce je pravidelná.
Břicho	Měkké, nad úrovní, volně prohmatné, aperitoneální, pohyblivá peristaltika, nebolestivé.
Játra	Nehmatám
Slezina	Nehmatám
Genitál	Bez deformit
Uzliny	Nezvětšeny
Páteř	Bez deformit, pohyblivost bez omezení. Mírná skolióza a hyperkyfóza.
Klouby	Bez otoku a patologie, hybnost bez omezení.
Reflexy	Přiměřené
Čítí	Přiměřené
Periferní pulzace	Dobře hmatná oboustranně na HK i DK

Varixy	0
Kůže	Bledá, suchá, normální kožní turgor. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. (Norton: 8)
Otoky	0

Zdroj: Dokumentace pacientky.

6.5 Aktivity denního života

Stravování a pitný režim:

Subjektivní údaje: „*Stravuji se zdravě, vypiju asi 1litr tekutin za den*“.

Objektivní údaje: Doma se stravuje velmi dietně (jablko, sýry, rýžové chleby),

BMI: 15 = podváha. Výživa – perorální. Nemá pocit žízně. Dieta č. 11 (výživná).

Vylučování moče:

Subjektivní údaje: „*Problémy s močením nemám, trpím zácpou*“.

Objektivní údaje: Močí 4 – 5x za den, moč je slámově žlutá, bez příměsí. Stolice 1 – 2x za týden, podávají se laxativa pro snížení námahy při defekaci.

Spánek a bdění:

Subjektivní údaje: „*Mám problémy s usínáním, doma usínám až po 23. hodině*“.

Objektivní údaje: Problém s usínáním v cizím prostředí. Spánek je nekvalitní, přerušovaný, budí se.

Aktivita a odpočinek:

Subjektivní údaje: „*Ve volných chvílích si ráda čtu, kreslím a snažím se hodně cvičit*“.

Objektivní údaje: Přísný klidový režim, dle hmotnostního plánu oddělení. Během dne navštěvuje pacientku rodina.

Hygiena:

Subjektivní údaje: „*Hygienickou péči doma zvládám sama bez pomoci rodičů*“.

Objektivní údaje: Hygienickou péči (dutina ústní, oči, uši nos) pacientka zvládá bez pomoci, je nutný přísný dohled (nutkavé cvičení, zvracení na WC). Péči o osobní a ložní prádlo pacientka zvládá sama.

Samostatnost:

Subjektivní pocit: „*Snažím se být samostatná*“.

Objektivní pocit: Pacientka je soběstačná ve všech směrech. Test soběstačnosti (Barthel test) - 100

6.6 Posouzení psychického stavu:

Vědomí – lucidní. Skóre vědomí (Glasgow score) -15

Orientace – pacientka je správně orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci.

Nálada – smutná, depresivní, plačtivá.

Paměť – bez poruchy paměti. Ve škole je premiantka.

Myšlení – logické.

Temperament – melancholik, introvert.

Sebehodnocení – „*Nevím, co k tomu říci.*“

Vnímání vlastního zdraví – „*Nepřipadám si nemocná, ani příliš hubená.*“ Pacientka nemá pocit, že by trpěla poruchou příjmu potravy.

Popis sociálního stavu:

Komunikace – pacientka komunikuje verbálně, je však málo komunikativní.

Sociální role:

Primární – 14 letá dívka – bez patologií

Sekundární – dcera

Terciální – nechápe, proč musí být hospitalizovaná.

Sociální interakce – sociálně izolovaná, navštěvuje ji rodina, se zdravotnickým personálem (lékaři, všeobecné sestry) vychází dobře.

Pacientka je plně informovaná o onemocnění, diagnostických metodách a léčbě.

Péči po propuštění poskytne rodina.

Ráda jezdí na koni, cvičí, chodí do přírody.

Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci:

Pacientka je studentkou 8. třídy jazykové školy.

Popis spirituálního stavu:

Pacientka je bez náboženského vyznání. S rodiči o tom doma nikdy nemluví.

6.7 Medicínský management

RTG břicha:

Dne 12. 10. 2015 na RTG ve stoje, neprokázáno cizí těleso v jícnu ani GITu (gastrointestinální trakt). Bránice klenuté, volné. GIT přiměřeně pneumotisován, bez hladinek.

Závěr: Bez patologického nálezu.

Psychiatrické vyšetření:

Pacientka hospitalizována 14. 10. 2015 na dětském oddělení FN Most k dekompenzování stavu v rámci mentální anorexie, což je spojeno s intervencí ke stabilizaci vnitřního prostředí. Dne 20. 10. 2015 již hospitalizována na DPO Motol, medikačně zajištěna, Mirtazapin 30 mg ve 20:00 hodin. Doporučeno podávání antidepresiv Atarax 3x ½ tbl. Dále hodnocena jako osobnost s perfekcionistickými rysy, výkonově zaměřena, OCD (obsesivně kompulzivní) syndrom.

Subjektivně:

Trápí se, jelikož dělá starost rodičům, se kterými dobře vychází, více si povídá s matkou, nejen o jídle, ale i o jejich společných zájmech, o čtení, o koních, na kterých ráda jezdí. Vše začalo ve 12 letech, ve škole, měla problém zapojit se mezi spolužáky, neuměla s nimi navázat kontakt, moc si nevěřila. Pak jednou byla kupovat džíny, připadalo jí, že má silné nohy. Snaha zhubnout začala nenápadně. Nejdříve se snažila jíst racionálně, posléze o tom začala číst, shánět informace a pak to již nekontrolovala.

Hlavně zde myslí na jídlo, myslí na to, že když půjde do Motola mezi holky a bude mít více kilo, jak se na ni budou dívat, protože bude mít 48 kg, tak budou mít pocit, že je pouze ta, která přehnal dietu, někdy to tam tak funguje. Jak se jí to dostalo do hlavy přesně neví, když jela do Motola, neměla ani pocit, že je nemocná. Ta nemoc je její součástí, ale ještě jí tak nerozumí. Připadá si stále ještě silná, na druhou stranu chápe postoje rodičů, lékařů. Vyčítá si, že rodiče trápí, když se nají, má ze sebe nepříjemný pocit. Také podváděla, třeba se hodně napila, nebo si něco strčila do kapsy. Zkoušela jíst jednou denně, pak se prý rozhodl metabolismus a více se zvedne na chvíli váha apod.

Objektivně:

Orientovaná, kontakt navazuje, emoční ladění vážné, místy náznaky lakrimace (slzení), myšlení koherentní (souvislé, logické), nadále pocit tloušťky, nutkavé ruminace (přežvykování) ohledně stravovacích rituálů, řada ambivalencí a postojů typických pro mentální anorexii.

Antropometrické vyšetření:

Doplnění dimisní hmotnosti 53 – 54 kg, perspektivně doporučená váha 55 kg.

Neurologické vyšetření:

Ložiskový neurologický náleznegativní, lehká skoliosa střední hrudní páteře.

Rehabilitační vyšetření:

Mírné skoliozační zakřivení, hyperkyfóza (vyklenutí hrudní páteře v předozadním směru) v dolní části blokové postavení, doporučena rehabilitace.

Gynekologické vyšetření:

Sekundární amenorea, doplněna Estrofem 2 mg, dále kontrola dosavadní terapie bez efektu. Estropen vynechat 1 týden, pak nasadit Klimonorm 1 tbl na 14 dnů, dále kontrola s UZ (ultrazvuk) a cytologie.

Pediatrické vyšetření:

Obstipace (zácpa) 2x5 ml Lactulosity, zbytková strava, švestkový kompot, endokrinologická kontrola, UZ břicha, ledvin, pánve.

Endokrinologické vyšetření:

Drobná cysta levého laloku štítné žlázy, bez terapie, sledována v endokrinologické ambulanci v místě bydliště.

Psychologické vyšetření:

Adolescentní dívka s mentální anorexií, bez většího náhledu s výraznou poruchou tělového schématu. Depresivní, sebepodceňující se, úzkostná, s negativním sebehodnocením, zároveň vysoce emočně inhibována a labilní. Velké interpersonální obtíže ve škole s vrstevníky, které ústí v depresivní prožívání budoucnosti.

Doma konflikty spojené s jídlem a mentální anorexií, v důsledku tohoto i konfliktní situace mezi rodiči. Intelekt se pohybuje v pásmu vyššího průměru (IQ = 115). Indikována rodinná terapie.

EKG – Elektrokardiografie:

Sinusová bradykardie, převaha levé komory.

MRI CNS – magnetická rezonance centrální nervové soustavy:

Normální nález.

Laboratorní vyšetření:

Tabulka 2 – Vyšetření krevního obrazu ze dne 21. 10. 2015

Krevní obraz	Výsledek	Referenční norma
FW - sedimentace	2/4	8/10
Erytrocyty	4,75	4,2 – 5,4 ele x 10 ¹² /l
Hemoglobin (Hb)	138	120 – 165 g/l
Hematokrit (HCT)	0,41 5	0,360 -0,460 jednotek

Zdroj: Dokumentace pacientky.

Tabulka 3 – Biochemické vyšetření krve ze dne 21. 10. 2015

Biochemie	Výsledek	Referenční norma
Glykémie	4,7	3,3 – 6,1 mmol/l
Na	143	133 – 150 mmol/l
K	4,3	3,8 – 5,5 mmol/l
AST	0,31	0,5
ALT	0,28	0,55 μ kat/l
GMT	0,12	Do 0,6
Amyláza	1,13	1,25 – 5,0
Bilirubin	7,9	Do 7 μ mol/l
Urea	2,7	2,0 – 7,5 mmol/l
Kreatinin	67	35 – 110 μ mol/l (u žen méně)
Cholesterol	3,9	Do 5,2 mmol/l
CRP	2,7	Do 4,0 mg/l
TSH	2,28	0,37 – 5,0 mU/l
Moč chemicky + sediment	negativní	-

Zdroj: Dokumentace pacientky.

Zvýšené laboratorní hodnoty:

GTM do 0,6 < 0,12

Bilirubin do μ mol/l < 7,9

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 11 - 6x denně, dle rozpisu nutriční sestry.

Strava: Vařená zelenina, brambor, rajče, kuřecí maso, bílkovinné přídavky, Nutridrink.

Pohybový režim: Přísný klidový režim!

RHB (rehabilitace): 0

Medikamentózní léčba:

Per os: Lactulóza, Zoloft 50 mg, Estrofem 2 mg, Mirtazapin 30 mg, Neuromultivit, Prothasin, Atarax 25 mg.

Per rektum: 0

Intravenózní léčba 14. 10. 2015:

Kl 10% Glukósa, 1 ampule NaCl, 1 ampule KCL, Heparin, 10% Neonutrin, 20% Intralipid, Soluvit, Vitalipid N Adult.

Jiná: Z indikace lékaře byla zavedena NSG (nazogastrická sonda), 200 ml Fresubin originál, střídání nosních dírek á 3 dny.

Chirurgická léčba: 0

Terapie:

Individuální a skupinová terapie, psychoterapie, režimová léčba, rodinná terapie, muziko a arteterapie, realimentace.

6.8 Situační analýza

Čtrnáctiletá dívka s mentální anorexií, hospitalizována 14. 10. 2015 na DPO (dětské psychiatrické oddělení) Most pro zhoršení celkového stavu, další váhový úbytek. Po přijetí uložena na JIRP (jednotka intenzivní resuscitační péče) k zahájení totálnímu parenterálnímu podání výživy. Zároveň proveden RTG GIT pro suspektní podezření požití cizího tělesa (kovové závaží). KO (krevní obraz) + diferenciál hraničí leukopenie (chorobné snížení počtu bílých krvinek) a trombocytopenie (nedostatek krevních destiček v krvi v důsledku jejich malé tvorby). Nižší QUICK (vyšetření, při kterém se

měří doba vzniku krevní sraženiny ve vzorku krve), zahájena per. os. substituce Kanavitem. Během pobytu podávána strava 6x denně včetně tekutin. Opakovaně odmítá stravu i tekutiny, hledá cestu k úniku od příjmu, pláče, naříká. Sama nic nevezme do úst, musí být krmena (stříkačkou, lžičkou).

Pacientka trpí depresí: vyšetřena psychiatrem s doporučením je nutno podávat antidepressiva Atarax 3x½ tbl, Mirazapin 30 mg večer (20:00 hodin). Totální parenterální výživa ponechána do 18. 10. 2015. Druhý den váhový úbytek 2 kg (zřejmě aktuální váha), pozvolný váhový přírůstek 2 kg. Kontrola laboratoře KO + diferenciál (leukopenie s trombocytopenií), hodnota QUICK se zvyšuje. Ostatní laboratorní výsledky jsou v mezích. Po další dohodě překládá na DPO FN.

Při přijetí status præsens (vstupní vyšetření):

Dle rodičů:

Po první hospitalizaci byla propuštěna koncem srpna 2015. Zprvu byl stav uspokojivý, snažila se jíst, i když se stravovala dietně, lépe spolupracovala, zlepšil se vztah k rodičům. Docházela na kontroly na psychiatrii a psychologii. Na psychiatrii se pravidelně vážila, rodiče však zpozorovali výraznější hubnutí, nakonec zjištěna manipulace s váhou. Schovávala léky. Má tendenci vařit a péct.

7. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA POLE MODELU M. GORDONOVÉ

7.1 Vnímání zdraví

Pacientka byla vždy v dobrém zdravotním stavu, nikdy závažněji nestonala. V rodinné anamnéze je zjištěna rakovina prsu, kterou prodělala matčina sestra. Psychiatrické onemocnění se v rodině nevyskytuje. Prodělala běžné dětské nemoci. V listopadu roku 2009 na dětské prohlídce byla zjištěna drobná cysta levého laloku štítné žlázy. Pacientka byla odeslána na endokrinologii. Pro udržení svého zdraví aktivně sportuje, hraje volejbal, jezdí na koních. Nekouří, drogy neužívá, kávu nepije, alkohol příležitostně v malém množství. Toto je její první hospitalizace. Pacientka si stále neuvědomuje vážnost onemocnění a rizika s ním spojená. Nepřipadá si nemocná, je spokojená s tím, jak teď vypadá. Nechápe, proč musí být hospitalizovaná a nesouhlasí s tím.

Výrazné problémy s jídlem se objevily až od ledna roku 2015, když byla s matkou nakupovat jeansy, v kabině tvrdila, že má příliš tlustá stehna. Původně měla určitou nadváhu, chtěla se líbit klukům. S dívkami má velmi špatné vztahy, nemá žádné kamarádky, na volejbale se jí spoluhráčky posmívaly, že je baculatá, její břicho nazývaly „Milánkem“. Zajímá se o koně, v létě by měla jet na koňský tábor, tam se prý cítí dobře.

Během 3 – 4 měsíců výrazně zhubla z původní váhy 66 kg na 47,40 kg. Vyhýbala se jídlu, jedla hlavně jablka, sýry, rýžové chleby. Každé ráno vstávala v 06:00 hodin, jezdila 45 minut na rotopedu, v průběhu dne cvičila posilovací cviky na břicho a stehna. Od března je bez menstruace, postupně snižovala dávky jídla. Nyní se snaží více stravovat s matkou, k obědu si dá brokolici a brambory.

Základní vyšetření sestrou - fyziologické hodnoty:

Teplota – 36,0°C = hodnota hraničí s normou

Puls – 60/ minutu = normální hodnota

Dech – 12/ minutu = normální hodnota

Krevní tlak – 100/ 70 = normální hodnota

Váha – 44 kg = podváha

BMI – 15 = výrazná podváha

Použita měřící technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7.2 Výživa a metabolismus

Pacientka se stravuje 1x denně, jí velmi dietně. Nejrady má nízkotučné sýry, rýžové chleby, ovoce a zeleninu. Nepocituje žízeň, vypije za den pouze 1 litr tekutin, především nesyčených, neochucené vody, za hospitalizace se pacientka musí pobízet k pití. Nyní váží 45,80 kg, měří 166 cm, Body Mass Index (BMI 15,94). Nemá vůbec žádnou chuť k jídlu. Je závislá na určitých miskách a přístrojích. Ráda vaří pro ostatní, sama však nikdy neochutná. Musí jíst po 2,5 hodinách, je velmi důsledná. Během prvních dnů měla pacientka nozogastrickou sondu, poté jedla per.os., dietu měla č.11, což je dieta výživná (vařená zelenina, brambory, rajče, kuřecí maso, bílkovinné přísady, Nutridrink). Ke konci hospitalizace může přejít na dietu č. 13, dieta je doplněna o přísady. Kůže je sušší, jinak hydratována, rány se jí hojí dobře. Zuby má nyní zasaženy kazy, zubaře navštěvuje pravidelně, 2x za rok. Trpí častým lámáním nehtů, vlasy má upravené, ale třepí se jí konečky. Její váha je kolísavá.

Použita měřící technika: Body Mass Index – 15,94 (výrazná podváha, svědčí pro poruchu příjmu potravy).

Ošetrovatelský problém: váhový úbytek, nechutenství, neznalost v oblasti dietního režimu a zdravé výživy.

7.3 Vylučování

Pacientka nyní trpí zácpou, frekvence stolice je 1 – 2x za týden, stolice je formovaná bez příměsí. Užívá 1x/ den odpoledne lactulosu jednu polévkovou lžící. Močí 4 – 5x za

den, moč je slámově žlutá, bez příměsí a patologického zápachu. Potíže s nadměrným pocením pacientka neudává. Pacientka trpí stále obstipací (zácpou).

Použita měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: Porucha vyprazdňování stolice (zácpa).

7.4 Aktivita, cvičení

Pacientka aktivně hrála volejbal a jezdila na koních. Od ledna roku 2015 každé ráno od 06:00 hodin jezdila na rotopedu, přes den cvičila posilovací cviky na stehna a břicho. Pohybový režim během hospitalizace je přizpůsoben hmotnosti plánu. Režim na oddělení je zvolen pro diagnózu mentální anorexie. (viz příloha č. II) přes den měla klidový režim, po každém jídle musela 30 minut odpočívat na lůžku. Po konzultaci s lékařem měla po určité době povolené vycházky, které se řídily váhovým plánem.

Použita měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

7.5 Spánek, odpočinek

Pacientka chodí spát ve 23:00 hodin, někdy i déle, přes noc se budí. Před spaním si čte knížky, když dávají nějaký zajímavý film, dívá se na televizi. Ráno vstává brzy, aby mohla jezdit už od 06:00 hodin na rotopedu. Doma spí celkem 7 hodin denně. Během hospitalizace má spánek nekvalitní, usíná až po 23. hodině, probouzí se, brečí, myslí na jídlo, na video monitoringu bylo zachyceno i noční cvičení (sedy – lehy). Dle ordinace lékaře má na noc předepsaný Mitrzapin 30 mg tbl per. os. ve 20:00 hodin. Přes den doma nespí, ale během hospitalizace se cítí být unavená. Ve volnu si čte knížky, maluje, nebo cvičí.

Použita měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: narušený vzorec spánku.

7.6 Vnímání, pozorování

Pacientka netrpí žádnou poruchou sluchu ani zraku. Ve škole patří mezi premianty, má samé jedničky, na vysvědčení má vyznamenání. Je velice pozorná. Snaží se najít si kamarádku. Ve škole má problémy s navázáním vztahů, je velmi nedůvěřivá, má špatné zkušenosti s navázáním kontaktů s druhými osobami. Nosí velmi volné oblečení, které jí je alespoň o 2 konfekční velikosti větší. Je velmi nadaná na výtvarné umění (kresba, modelování), chtěla by se dostat na výtvarnou školu.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7.7 Sebekoncepce, sebeúcta

Pacientka byla při přijetí velmi plačtivá, hledala možnost vyhnout se hospitalizaci. Má velmi špatnou, depresivní náladu, je smutná. Během hospitalizace se její nálada nelepší, přetrvávají deprese a plačtivost. Při vyšetření pacientka spolupracuje. Nepřipouští si problémy spojené s poruchou příjmu potravy, ani si nepřipadá hubená, ba naopak. Trpí úzkostí. Pacientka má rysy perfekcionizmu (chtěla by být dokonalá).

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: deprese, úzkost, smutek, porucha navazování kontaktu.

7.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s rodiči v bytě 3+kk. Manželství rodičů bylo bez problémů, nyní rodiče procházejí díky dceřinému onemocnění lehčí manželskou krizí. Dle pacientky je její vztah k rodičům přátelský, více si rozumí s matkou, než s otcem. Jelikož nemá žádné kamarádky, řeší své problémy spíše jen s matkou.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: život rodiny narušený, narušení rodinných vztahů.

7.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka začala menstruovat v 11 letech, menstruace byla nepravidelná. Zatím neměla žádnou vážnou známost, ani pohlavní styk. Z důvodu onemocnění mentální anorexie u pacientky vznikla od března roku 2015 primární amenorea. Po propuštění z první hospitalizace z DPO FN Motol, byla dívka na hormonální terapii, od září opět menstruuje, nyní opět amenorea.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:0

7.10 Stres – zátěžové situace

Pacientka je nyní žákyní 8. třídy jazykové školy. Má obavy z dlouhodobé hospitalizace, že bude mít ve škole velkou absenci a bude muset opakovat ročník. Pokud má nějaké problémy, jde se svěřit své matce. Také má obavy z příchodu do školy, jak se na ní budou dívat ostatní spolužáci a jak ji budou mezi sebe brát.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7.11 Víra – životní hodnoty

Rodina pacientky je bez vyznání, nikdy o tom nemluví. Přála by si najít dobrou kamarádku, najít si přítele, který by pro ni měl porozumění a měl by jí opravdu rád, mít šťastnou a velkou rodinu. Chtěla by se dostat na uměleckou školu, jelikož je velice nadaná ve výtvarných činnostech.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7.12 Jiné

Pacientka se mi svěřila, že by chtěla zlepšit vztahy v rodině, především s otcem, má tušení, že kvůli její nemoci se chce otec od rodiny odstěhovat. Proto by byla velmi ráda, kdyby se zlepšil její vztah k otci a vše bylo jako před začátkem její nemoci.

Použita měřící technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

8. ZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ.

Ošetřovatelská diagnóza byla stanovena dle NANDA I taxonomie II – NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012 – 2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.*

Aktuální ošetřovatelské diagnózy, uspořádané dle priorit vysoká a střední:

- Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)
- Narušený obraz těla (00118)
- Úzkost (00146)
- Strach (00148)
- Narušený vzorec spánku (00198)
- Zácpa (00011)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy, priorita nízká:

- Narušené procesy v rodině (00060)
- Zhoršená sociální interakce (00052)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy, priorita vysoká a střední:

- Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028) [Riziko dehydratace]
- Riziko násilí vůči sobě (00140)
- Riziko chronicky nízké sebeúcty (00224)

Pro potřeby bakalářské práce byly podrobně rozpracovány 4 aktuální a 2 potencionální ošetřovatelské diagnózy dle priorit v rozsahu pěti dnů hospitalizace, u kterých se předpokládalo, že pacientku nejvíce zatěžovaly.

8.1 Ošetřovatelská diagnóza – aktuální:

8.1.1 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Priorita: Vysoká

Určující znaky:

- odpor k jídlu,
- tělesná hmotnost snížena o 20 % a více oproti ideálnímu stavu,
- nadměrná ztráta vlasů,
- nezájem o jídlo,
- uvedený příjem potravy nižší než doporučená denní dávka.

Související faktory:

- neschopnost přijmout potravu,
- psychogenní faktory.

Cíl krátkodobý: Pacientka přijímá stravu v uspokojivých nutričních hodnotách a přibývá na váze (do 1 týdne).

Cíl dlouhodobý: Pacientka si bude udržovat optimální tělesnou hmotnost 52 kg, která je vzhledem k jejím tělesným proporcím brána jako optimální.

Očekávané výsledky:

Pacientka zná optimální nutriční hodnoty přijímané stravy (do pěti dnů). Pacientka ví, jaký je přiměřený pitný režim (do pěti dnů). Pacientka je poučena o prospěšnosti pravidelného stravování. Pacientka zná prospěšné účinky vyvážené stravy, které se podílejí na jejím fyzickém vzhledu.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zjistí stravovací návyky pacientky (zda má oblíbené talíře na jídlo, jaké je její oblíbené jídlo) – vždy – všeobecná sestra

2. Sestav ve spolupráci s lékařem hmotnostní plán a edukuj o něm pacientku – vždy – všeobecná sestra.
3. Motivuj pacientku v dodržování a udržování hmotnostního plánu (vycházky, cvičení, návštěvy, propustka) – vždy – všeobecná sestra
4. Sleduj a zaznamenej hmotnost pacientky, vždy ráno pouze ve spodním prádle 3x za týden (pondělí, středa, pátek) – vždy – všeobecná sestra.
5. Zajisti nutričního terapeuta a ve spolupráci s lékařem zajisti dostatečné množství stravy a kalorickou hodnotu jídla, vzhledem ke stavu, hmotnosti a věku pacientky – vždy – všeobecná sestra.
6. Dohlížej na pacientku při stravování (zda nevyhazuje tajně jídlo) – vždy – všeobecná sestra.
7. Kontroluj určitý časový limit na dobu stravování (viz příloha -režim pro mentální anorexii) – 4x denně – všeobecná sestra.
8. Dohlížej na pacientku po dobu klidového režimu minimálně 30minut po hlavním jídle – 4x denně – všeobecná sestra.
9. Zajisti edukaci rodiny o terapeutickém plánu pacientky (viz přílohy) – vždy – všeobecná sestra.
10. Váhový plán dle antropometrie – během dne – všeobecná sestra
11. Doporuč péči o dutinu ústní (způsob čištění zubů, frekvence, kontroly u stomatologa) – několikrát denně – všeobecná sestra.
12. Pravidelně měř tělesnou teplotu (alespoň 1x/den, vždy ráno) – denně – všeobecná sestra.
13. Informuj pacientku o dostatečném oblékání – několikrát denně – všeobecná sestra.
14. Dohlédni na dostatečné oblékání – několikrát denně – všeobecná sestra.

Tabulka 4 - Váhový plán

47 kg = zahrada
48 kg = krátká vycházka
49 kg = dlouhá vycházka
50 kg = celodenní vycházka
51 kg = víkend doma
52 kg = dimise (propuštění)

Zdroj: DPO FN Motol

Realizace:

U pacientky byly zjištěny její oblíbené misky a příbory ke stravování. Za pomoci lékaře byl sestaven individuální hmotnostní plán, se kterým byla pacientka seznámena. Motivovali jsme pacientku v dodržování hmotnostního plánu (vycházkou, návštěvou rodičů, propustkou). Sledovali a zaznamenávali jsme 3x týdně každé ráno pacientčinu váhu. Zajistili jsme ve spolupráci s lékařem nutričního terapeuta a dostatečné množství odpovídající stravy pro pacientku. Dohlíželi jsme na pacientku při stravování, kontrolovali jsme stravovací limity a klidový režim po jídle, který trval 30 minut. Zajistili jsme ošetřujícího lékaře, který vysvětlil rodině terapeutický plán pacientky. Doporučili jsme pacientce hygienu dutiny ústní, způsob čištění zubů.

Hodnocení (po 3 dnech):

U pacientky došlo ke splnění cíle a nárůstu tělesné hmotnosti. Pacientka se snaží dodržovat časové limity jídel, zapojuje se do terapií, po každém jídle je vždy smutná, třiceti minutový klidový režim zatím vždy probřečela. Nyní pacientka váží 48 kg. Při jídle pociťuje zvýšenou citlivost zubů. Každé ráno jsme měřili tělesnou teplotu. Informovali jsme pacientku o vhodném oblékání. Dohlíželi jsme na dostatečné oblékání. U pacientky zatím nedošlo k hypotermii, na oddělení se vhodně obléká, teplota v pokoji jí připadá v pořádku. Její tělesná teplota se pohybuje v rozmezí nad 36⁰C. Největší problém nastává, když má pacientka povoleno jít s ostatními spolu pacienty ven, jelikož je prosinec a venku mrzne, pacientka se domnívá, když bude málo oblečena, vykoná tím aktivitu a pomůže jí to tak k hubnutí.

Cíl krátkodobý: byl splněn, intervence (do týdne) jsou uspokojivé.

Cíl dlouhodobý: byl splněn částečně, ve všech intervencích je potřeba nadále pokračovat.

8.1.2 Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka.

Priorita: Vysoká

Určující znaky:

- vyhýbavé chování k vlastnímu tělu (slovní vyjádření pocitů nebo vjemů, odrážející narušený obraz vzhledu, změny životního stylu)
- chování monitorující vlastní tělo
- uvádí pocity, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo (např. vzhled, stavbu, funkci)
- uvádí vnímání, které odráží změněný pohled na vlastní tělo
- subjektivní: změny životního stylu, negativní pocity ohledně těla

Související faktory:

- kognitivní
- onemocnění
- psychosociální

Cíl krátkodobý: Pacientka akceptuje svůj fyzický vzhled v rámci terapeutického plánu, hmotnostního přírůstku (do týdne).

Cíl dlouhodobý: Pacientka přijímá svou osobnost v rámci sebepercepce pozitivně.

Očekávané výsledky: Pacientka se neobává hmotnostního přírůstku (do týdne). Pacientka chápe nutnost hmotnostního přírůstku v rámci zlepšení jejího zdravotního stavu. Pacientka má zdravé sebevědomí a ví, v čem jsou její silné stránky. Pacientka mluví pozitivně o svém těle.

Ošetřovatelské intervence:

1. Ved' pacientku ke správným a zdravým stravovacím návykům – vždy – všeobecná sestra.
2. Vysvětlí pacientce možná rizika poruchy příjmu potravy – vždy – všeobecná sestra.

3. Zajisti pacientce materiály o poruše příjmu potravy (knihy, fotografie, brožury) – vždy – všeobecná sestra.
4. Posiluj silné stránky pacientky, sebevědomí – vždy – všeobecná sestra.
5. Posud' pacientčin náhled na onemocnění – vždy -všeobecná sestra.
6. Zodpověz všechny pacientčiny otázky – vždy – všeobecná sestra.
7. Ve spolupráci s lékařem zajistíme psychiatrické a psychologické vyšetření – vždy – všeobecná sestra.

Realizace:

Opatřili jsme pacientce materiály spojené s poruchami příjmu potravy. Zodpověděli jsme pacientce její dotazy, snažili jsme se ji povzbudit, pochválit ji. Vysvětlili jsme pacientce rizika psychiatrické a psychologické vyšetření.

Hodnocení:

Pacientka byla informována o poruše příjmu potravy, ale nepřiznává si, že by zrovna ona byla ta, která by potřebovala odbornou pomoc. Nedokáže si připustit, že je vážně nemocná a může to ohrozit její život. Líbí se jí, jak momentálně vypadá, nepřipadá si příliš hubená, říká, že by chtěla dosáhnout 25 kilogramů, což jsme pacientce vyvrátili, jako nemožné.

Cíl krátkodobý: byl splněn částečně.

Cíl dlouhodobý: byl splněn částečně, v intervencích 1, 2, 3 je potřeba nadále pokračovat.

8.1.3 Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit dyskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo dané osobě neznámý); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Priorita: vysoká

Určující znaky:

- emoční: sklíčenost, úzkostlivost, strádání, strach, zaměření se na sebe, lítostivost, psychická nejistota
- tělesné: zvýšené napětí
- nervus sympaticus: anorexie (ztráta chuti k jídlu)
- nervus parasympaticus: porucha spánku
- kognitivní: přehnané zaujetí něčím

Související faktory:

- změna: ve zdravotním stavu
- krize v dospívání
- ohrožení: prostředí, zdravotního stavu, vlastního sebepojetí

Cíl krátkodobý: Pacientka má zmírněné obavy (do týdne).

Cíl dlouhodobý: Pacientka pocítuje psychickou pohodu po celou dobu hospitalizace i po propuštění do domácího ošetřování.

Očekávané výsledky: Pacientka ví, že se s jakýmkoliv problémem může vždy bez obav obrátit na všeobecnou sestru. Pacientka se zapojuje do každodenních činností v rámci oddělení.

Ošetřovatelské intervence:

1. Dodržuj ordinace lékaře – vždy – všeobecná sestra.
2. Sleduj účinky léků – vždy – všeobecná sestra.
3. Kontroluj denní režim pacientky (terapie) – několikrát denně – všeobecná sestra.
4. Zapojuj pacientky do her a terapií – během dne – všeobecná sestra.
5. Zajisti spolupráci rodičů – vždy – všeobecná sestra.
6. Oznam psychický stav pacientky lékaři – vždy – všeobecná sestra.
7. Zajisti spolupráci psychiatra a psychologa – vždy – všeobecná sestra.

Realizace:

Oznámili jsme lékaři psychický stav pacientky. Dodržovali jsme ordinace lékaře, sledovali účinky léků. Zajistili jsme spolupráci psychiatra a psychologa. Dohlíželi jsme na denní režim pacientky. Zapojili jsme pacientku do hry.

Hodnocení:

Pacientka je nadále úzkostná, její psychický stav se nepodařilo zmírnit ani přes veškeré ordinace lékaře. Pacientka se účastní všech terapií. Bavila ji hra, která se nazývá „Země město“.

Cíl krátkodobý: cíl byl splněn jen částečně, intervence 3, 4 jsou úspěšné.

Cíl dlouhodobý: nebyl splněn, je nutno stále pokračovat ve všech intervencích.

8.1.4 Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita a odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezená narušená množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

- změna: ve zdravotním stavu
- krize v dospívání
- ohrožení: prostředí, zdravotního stavu, vlastního sebepojetí

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka má kvalitní spánek minimálně 7 hodin (do týdne).

Cíl dlouhodobý: Pacientka má kvalitní spánek po celou dobu hospitalizace a následně i po propuštění do domácího ošetřování.

Očekávané výsledky: Sestra je seznámena s rituály, které pacientka provádí před spaním. Pacientka má dostatečnou denní aktivitu. Pacientka usíná v optimálních hodinách (22:00 hodin).

Ošetřovatelské intervence:

1. Zjistí rituály před spaním (četba, poslech hudby, sledování televize) – denně – všeobecná sestra
2. Zjistí normální dobu spánku pacientky – vždy – všeobecná sestra
3. Plánuj denní aktivity tak, aby pacientku přiměřeně unavily, ale aby ji nevysilovaly – denně - všeobecná sestra.

4. Eliminuj zvuky v průběhu noci na oddělení, na chodbě rozsvícené pouze noční světlo, které nebude rušit pacientku při spánku – denně – všeobecná sestra.
5. Konzultuj s lékařem denní režim a dbej na jeho dodržení – vždy – všeobecná sestra.
6. Před spaním vyvětrej místnost, ve které se pacientka nachází – denně – všeobecná sestra.
7. Nepodávej na večer těžká jídla – denně – všeobecná sestra.
8. Dodržuj dobu a ordinace lékaře – vždy – všeobecná sestra.
9. Kontroluj účinky léků – vždy – všeobecná sestra.

Realizace:

Zjistili jsme rituály před spaním (četba), běžná doba spánku pacientky je 7 hodin. Po konzultaci s lékařem jsme dohlíželi na dodržování terapií, kterých by se měla pacientka zúčastnit. K druhé večeři jsme pacientce zajistili lehkou, netučnou stravu (pušinka a banán). Zjistili jsme klid na oddělení, aby pacientku nerušil hluk ostatních pacientů. Dodržovali jsme ordinace lékaře, kontrolovali jsme účinky léků.

Hodnocení (po 7 hodinách):

Pacientka spala klidně celou noc. Ráno byla odpočatá a zlepšila se její výkonnost přes den.

Cíl krátkodobý: cíl byl splněn.

Cíl dlouhodobý: cíl byl splněn.

8.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

8.2.1 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028) [Riziko dehydratace]

Doména 2 : Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Riziko snížení objemu intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Týká se to rizika dehydratace, samotné ztráty vody beze změny [v koncentraci] sodíku.

Rizikové faktory:

- nedostatečné znalosti
- odchylky ovlivňující příjem tekutin
- hmotnostní extrémny

Cíl krátkodobý: Pacientka je poučena o nutnosti příjmu tekutin (do 24 hodin).

Cíl dlouhodobý: U pacientky se neprojevila dehydratace, kožní turgor je přiměřený, po celou dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky: Pacientka zná denní normu příjmu tekutin. Pacientka pravidelně pije, zná příznaky dehydratace. Pacientka je poučena o vhodnosti nápojů (voda, čaj, ovocné šťávy).

Ošetrovatelské intervence:

1. Pobízej pacientku k příjmu tekutin (1,5 – 2 litry vody, čaje, ovocné šťávy za 24 hodin) – několikrát během dne – všeobecná sestra.
2. Zapisuj bilanci tekutin – během dne - všeobecná sestra.
3. Kontroluj laboratorní výsledky – vždy – všeobecná sestra.
4. Sleduj momentální stav pacientky – několikrát denně – všeobecná sestra
5. Informuj lékaře o stavu pacientky – vždy – všeobecná sestra.
6. Sleduj fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dech, stav vědomí, saturaci) – denně – všeobecná sestra.
7. Sleduj stav sliznic, kožní turgor – denně - všeobecná sestra.
8. Pouč pacientku o pitném režimu – denně – všeobecná sestra.

Realizace:

Zapisovali jsme bilanci tekutin, sledovali jsme stav sliznic. Měřili a zapisovali jsme do dokumentace fyziologické hodnoty pacientky. Sledovali jsme stav pacientky, kontrolovali jsme laboratorní výsledky. Poučili jsme pacientku o pitném režimu.

Hodnocení (po 24 hodinách):

U pacientky nedošlo ke vzniku dehydratace. Pacientka se snaží dodržovat pitný režim.

Cíl krátkodobý: cíl byl splněn.

Cíl dlouhodobý: cíl byl splněn.

8.2.2 Riziko násilí vůči sobě (00140)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 3: Násilí

Definice: Riziko chování, při kterém jedinec dává najevo, že dokáže fyzicky, emocionálně anebo sexuálně ublížit sám sobě.

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka neprojevuje agresi vůči sobě samé.

Cíl dlouhodobý: Pacientka přijme sebe samou i s problémy, které její zdravotní stav přináší.

Očekávané výsledky: U pacientky se neprojeví známky sebepoškozování po celou dobu hospitalizace. Pacientka mluví o svých negativních emocích – vždy. Pacientka ví, že může kdykoliv vyhledat pomoc všeobecné sestry, či jiného odborníka.

Ošetřovatelské intervence:

1. Posuď, zda pacientka vykazuje nepružnost a nepřizpůsobivost v rámci poruchy osobnosti/charakteru – denně – všeobecná sestra.
2. Sleduj laboratorní výsledky – vždy – všeobecná sestra.
3. Uprav prostředí tak, aby bylo pro pacientku bezpečné – denně – všeobecná sestra.
4. Pomoz pacientce rozpoznat pocity a chování, které předchází touze po sebepoškození – vždy – všeobecná sestra.
5. Dbej, aby byla pacientka pod neustálým dohledem personálu a prováděj speciální kontroly zaměřené na bezpečnost – denně – všeobecná sestra.
6. Pobízej pacientku k zapojení do přípravy plánu péče – několikrát denně – všeobecná sestra.
7. Podporuj zdravé způsoby chování a naznač dopady současných činů – vždy – všeobecná sestra.
8. Zajisti pokračování skupinové terapie – denně – všeobecná sestra.
9. Pouč nemocnou, jak užívat léky, riziko předávkování antidepresivy – denně – všeobecná sestra.
- 10.

Realizace:

Sledujeme výsledky laboratorních hodnot. Pobízíme pacientku k zapojování do terapií. Dohlížíme, aby pacientka byla pod neustálým dohledem personálu. Podporujeme zdravé způsoby chování. Dohlížíme na pokračování skupinové terapie. Poučili jsme pacientku, jak užívat léky.

Hodnocení:

U pacientky nebyly zaznamenány žádné pokusy sebepoškozování.

Cíl krátkodobý: cíl byl splněn.

Cíl dlouhodobý: cíl byl splněn.

8.3 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka s poruchou příjmu potravy hospitalizovaná na dětské psychiatrické klinice FN Motol, u které je ošetrovatelský proces prováděn, nyní spolupracuje. Její váhový přírůstek je přiměřený, snaží se dodržovat pravidelnost stravy i režim oddělení. V oblasti vnímání sebe sama má pacientka stále zkreslené představy a nadále je třeba s touto diagnózou pracovat, stejně jako s diagnózou úzkosti, kdy byl cíl rovněž naplněn pouze částečně. Další aktuální ošetrovatelskou diagnózou byl narušený vzorec spánku, který se díky spolupráci s pacientkou podařilo splnit, pacientka má uspokojivý spánek a cítí se odpočata.

V oblasti realizace ošetrovatelského procesu u potencionálních diagnóz se podařilo zamezit jejich projevům. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace řádně hydratovaná a nejevily se žádné známky sebepoškození.

S pacientkou je však nadále důležité plně spolupracovat, zajistit dostatečně denní aktivity a naplnit ošetrovatelský proces.

9. DISKUZE

Problematika mentální anorexie je rozsáhlá a každý autor se zaměřuje na určitou oblast, podle osobního zájmu nebo aktuálnosti. Naše poznatky o daném onemocnění byly porovnány s těmito publikacemi.

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou jedním z nejčastějších pro svůj chronický průběh a závažností somatických, psychických a sociálních důsledků, nejzávažnějším onemocněním dospívajících dívek a mladých žen. V publikaci (KRCH, F. D., 2005) je záměrem zmapování složité a diferencované problematiky nemocných s poruchami příjmu potravy a posouzení možnosti intervence, včetně zhodnocení její účinnosti. Předmětem jsou základní problémy a specifika PPP, přehled léčby, terapeutických přístupů a nové požadavky na terapii. Cílem je seznámit odborníky s komplexní problematikou PPP, s klinicky ověřenými postupy, se standardy léčby a dalšími možnostmi a úskalími v každodenní praxi.

Další publikace se zaměřujeme na nově zaváděné terapeutické přístupy a technologie v léčbě i prevenci, na využití nových technologií ke zmírnění společného tlaku na štíhlost a vytvoření podpůrných programů pro pacienty i jejich rodinné příslušníky. (Papežová, H., 2012) klade důraz při PPP v příslušném oboru (gynekologii, somatologii, neurologii, atd.). Tato publikace je určena odborné veřejnosti, psychiatrům, psychologům, obezitologům, pediatrům, gynekologům, praktickým lékařům, stomatologům, ale také pedagogům, sociologům a studentům těchto oborů a v neposlední řadě i laikům z řad veřejnosti.

Práce s rodinami a nemocným členem a zamýšlení se nad indikacemi k rodinné terapii psychosomatických poruch (TRAPKOVÁ, L. a V. CHÁLA, 2009). Psychosomatický symptom chápou jako somatizaci intrapsychických konfliktů a obtíže ve vztazích v průběhu proměn triády matka – dítě – otec od početí dítěte až po jeho dospělost. Rodinnou terapii především uplatňují v týmu spolupracovníků, kde jsou zastoupeny další psychoterapeutické školy. Považují za samozřejmé, aby rodinný terapeut spolupracoval při léčbě psychosomatických poruch se somatickým lékařem.

Velký důraz je kladen na každodenní srovnávání se v dnešní společnosti. Čtrnáctiletá pacientka byla v našem případě vystavena každodennímu pocitu méněcennosti a

posměchu, jak vypadá. Její obrannou reakcí se stalo uzavření se společností vrstevníku a následkem i dobrovolné odmítání potravy.

Nárůst případů mentální anorexie a bulimie, forem PPP potvrzuje hypotézu ve své knize o prokázání nemoci s kulturně-společenským vývojem. PPP rozšířené v dnešní západní kultuře, kde je kladen důraz na individualitu, výkon, komunikaci, nerealistické očekávání, image nebo kult mládí, krásy a štíhlosti. (NOVÁK, M., 2010) se zabývá problematikou psychogenních PPP s ohledem na sociokulturní determinanty, s částečným přihlédnutím k determinantám vývojevým, osobnostním a rodinným.

Dle zjištěných poznatků se odborníky shodujeme na etiologii mentální anorexie, zároveň se shodujeme na způsobu léčby, terapie a možných komplikací.

9.1 Doporučení pro praxi

Po dokončení ošetrovatelského procesu, který byl prováděn u pacientky s mentální anorexií, uvádíme tato doporučení pro praxi.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Být dostatečně empatická, trpělivá a získat pacientovu důvěru,
- Zajistit dostatek soukromí pro pacienta,
- Vyhradit si na pacienta dostatek času, umět mu naslouchat,
- Dostatečně komunikovat s rodinou a zapojit je do ošetrovatelského procesu,
- Zaměřit se na zájmové aktivity pacienta,
- Nepodceňovat sebemenší příznaky recidivy.

Doporučení pro rodinu:

- Neklást přehnané nároky na nemocného,
- Trávit dostatek času s nemocným,
- Nepodceňovat závažnost a příznaky recidivy,
- Komunikovat s odborníky v této oblasti,
- Nebát se požádat o pomoc,
- Odborný kontakt: Centrum Anabell - www.anabell.cz

Doporučení pro veřejnost:

- Znat průvodní příznaky mentální anorexie,
- Včas vyhledat odbornou pomoc.

Doporučení pro pacienta:

- Dodržovat zásady léčby a pokyny lékaře,
- Komunikovat s rodinou, přáteli a odbornou veřejností,
- Nepodceňovat možné příznaky recidivy onemocnění,
- Znat nutriční hodnoty vyvážené stravy,
- Nebát se mluvit o svých pocitech,
- Dodržovat denní režim a pravidelně se stravovat v určitých časových intervalech,
- Nestravovat se potravinami s označením DIA, LIGHT.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo seznámení s aktuálností tohoto poměrně častého psychiatrického onemocnění mentální anorexie a s její léčbou.

V teoretické části jsme se dozvěděli o charakteristice onemocnění, historii, etiologii, diagnostice, klinickém obrazu, komplikacích mentální anorexie, diagnostice a o léčbě tohoto onemocnění.

Při vypracování praktické části bylo postupováno podle modelu ošetrovatelské dokumentace M. Gordonové, kterou jsme vypracovali za pomoci zjištěných údajů odběrem anamnézy a fyzikálního vyšetření pacientky. Dále byly stanoveny a rozpracovány aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Naplánovány cíle, intervence a následně realizace s konečným hodnocením cílů, které jsme se snažili splnit. Realizace ošetrovatelského plánu u psychiatrických diagnóz vyžaduje hodně trpělivosti při navozování přátelského kontaktu s pacienty, je důležité získat si jejich důvěru, vcítit se do jejich pocitů a snažit se je co nejvíce pochopit a umět jim naslouchat.

Na závěr lze říci, jak důležitá jsou doporučení pro praxi o daném onemocnění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- CORRINA, J., T. PAUL a A. THIEL, 2006. *Poruchy příjmu potravy, pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavatelstvo F. ISBN 80-88952-35-2.
- FIALOVÁ, L. a KRCH, F. D., 2013. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.
- HAVELKOVÁ, I., 2008. *Blízko smrti*. Brno: Anabell. ISBN 978-80-7326-157-3.
- HŘIVNOVÁ, M., 2014. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4034-7.
- INTERNATIONAL, NANDA., 2013. *Ošetrovateľské diagnózy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- KAŇKOVÁ, K., 2005. *Poruchy metabolismu a výživy*. Brno: Masarykova univerzita Brno. ISBN 80-210-3670-2.
- KRCH, F. D. a kolektiv, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, F. D., 2010. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- LADISH, L. C., 2006. *Strach z jídla*. Rožomberok: EPOS. ISBN 80-89191-53-3.
- LANGMEIER, J. a P. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- MARÁDOVÁ, E., 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- NĚMCOVÁ, J., a kolektiv, 2015. *Vysokoškolská skripta – text k předmětům Výzkum v ošetrovateľství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 3. Doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

- NOVÁK, M., 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, H. (ed.), 2010. *Spektrum poruchy příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6-
- PAPEŽOVÁ, H., 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.
- PAPEŽOVÁ, H. a J. HANUSOVÁ, 2012. *Poruchy příjmu potravy: Příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga. ISBN 978-80-87258-9.
- ŘÍČAN, P. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Psyché. ISBN 978-80-247-1049-5.
- TRAPKOVÁ, L. a V. CHÁLA, 2009. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-561-5.
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie v dětství a dospívání*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-246-2153-1.
- VOKURKA, M. a J. HUGO a kolektiv, 2008. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-116-0.
- VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.

Internetové zdroje:

Anorexie. [online]. Dostupný z: <http://hubnuti.napady.net/rubriky/anorexie-priciny>

Centrum Anabell. [online]. Dostupný z: <http://www.anabell.cz/>

Hmotnost k výšce, dívky 14 ,5 – 18.r. [online]. Dostupný z: <http://ciselniky.dasta.mzcr.cz/CD/hypertext/HKAAD.htm>

PAPEŽOVÁ, H., 2010. [online]. Dostupný z: https://books.google.cz/books?id=QZXH6EidyHoC&pg=PA161&dq=pape%C5%BEov%C3%A1+h.2010&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwiK97HZzNTKAhWhvHIKHdH_A6gQ6AEIKTAC#v=onepage&q=pape%C5%BEov%C3%A1%20h.2010&f=false

Poruchy příjmu potravy. [online]. Dostupný z: <http://www.idealni.cz/nasledky-mentalni-anorexie-a-bulimie/>

PŘÍLOHY

Příloha A - Režim pro mentální anorexii na DPO FN Motol	II
Příloha B – Hodnocení BMI.....	IV
Příloha C – Nežádoucí účinky léku.....	V
Příloha D – Farmakoterapie	VII
Příloha E – Obraz - Mentální anorexie	VIII
Příloha F – Percentily.....	IX
Příloha G – Diagnostická kritéria	X
Příloha H – Obraz - Tělesné potíže při mentální anorexii	XI
Příloha CH – Čestné prohlášení	XII
Příloha I – Rešerše	XIII

Příloha A – Režim pro mentální anorexii na DPO (Dětském psychiatrickém oddělení) FN Motol.

Režim se odvíjí od stanovení váhového plánu lékařem, ten může vycházet z antropometrického vyšetření, nebo z provedeného percentilového grafu (případně následné korekce antropometrickým vyšetřením).

V plánu jsou jasně určeny hmotnosti, kdy má pacient nárok na krátké vycházky, dlouhé vycházky, návštěvy na celý den o víkendu v Praze, pobyty doma (délka pobytu jeden den, až prodloužený víkend). Na začátku hospitalizace by měl být pobyt na zahradě zvážen individuálně dle somatického stavu.

Pokud má pacient krátkou vycházku, může s návštěvou po areálu nemocnice. Zvážit individuálně návrat na svačinu.

Pokud má pacient dlouhou vycházku, může s návštěvou mimo areál nemocnice. Dostane svačinu s sebou nebo ji rodiče zajistí.

Strava: dieta č. 11 – 6x denně (ke konci hospitalizace možno zvážit dietu č. 13).

Časové limity:

Snídaně 15 minut (7:00 hod.)

Svačina 10 minut (10:00 hod.)

Oběd 25 minut (12:00 hod.)

Svačina 10 minut (15:00 hod.)

Večeře 15 minut (18:00 hod.)

II. večeře 10 minut (20:00 hod.)

Klidový režim:

30 minut po hlavním jídle.

Škola:

Lékař zapíše, kdy může pacient začít chodit do školy.

Vážení:

3x týdně (ráno před snídaní – pondělí, středa, pátek), individuálně kdykoli, středěční váha je rozhodující pro plán na víkend.

Psychoterapie:

Individuální, skupina mentální anorexie, rodičovská skupina (vždy při příjmu, jinak každý pátek v 15:00 hodin), skupinová terapie, autogenní trénink, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, rodinná terapie.

Zdroj: DPO FN Motol.

Příloha B1 - Hodnocení BMI

Tabulka 5 – Hodnocení BMI

Klasifikace:	BMI
Podváha	< 18,5
Normální váha	18,5 – 24,9
Zvýšená váha	25
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: DPO FN Motol.

B2 – Hodnoty BMI pro chlapce i dívky

Věk

Hodnota BMI (kg/m²)

(roky)	chlapci	dívky
11	16 - 19	16 - 19
12	16,5 – 19,5	17 – 20,5
13	17 - 20	18 - 21
14	18 - 21	18 ,5 - 22
15	19 -21	19 -22
16	19,5 - 22	19,5 - 23
17	20 - 23	20 - 23

Zdroj: MARÁDOVÁ, E., 2007, s. 26

Příloha C – Nežádoucí účinky léků.

Zoloft 50 mg – (Psychoanaleptika) Bolest v krku, nechutenství, zvýšená chuť k jídlu, deprese, zvláštní pocity, noční můry, úzkost, vzrušenost, nervozita, pokles sexuální touhy, skřípání zubů, otupělost a brnění, třes, svalové napětí, neobvyklé chutě, nedostatek pozornosti, poruchy zraku, zvonění v uších, bušení srdce, návaly horka, zívání, bolest břicha, zvracení, zácpa, zkažený žaludek, plynatost, vyrážka, zvýšené pocení, bolest svalů, sexuální dysfunkce, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi. Nejčastější nežádoucí účinky u dětí a dospívajících bývají bolesti hlavy, nespavost, průjem a pocit na zvracení.

Estrofem 2 mg – (Pohlavní hormony a modulátory genitálního systému) Nejčastěji citlivost/ bolest prsou, nauzea, zvracení, bolesti břicha, otoky, bolesti hlavy. Může se vyskytnout nepravidelné krvácení, špinění, nervozita, deprese, podrážděnost, křeče v břiše, meteorismus, změny vaginální sekrece, váhový přírůstek, retence tekutin s edémy, pocity těžkých nohou, migréna, závratě, zvýšení krevního tlaku (TK), poruchy jaterních funkcí, porucha glukózové tolerance, změny libida, alergické reakce, zhoršení epilepsie, možnost zvětšení děložních myomů, oční iritace při používání očních čoček, tromboembolické komplikace, zvýšení rizika karcinomu prsu.

Mirtazapin 30 mg – (Psychoanaleptika) Zvýšená chuť k jídlu a přírůstek tělesné hmotnosti, ospalost, která může zhoršovat pozornost, závratě, bolesti hlavy, generalizovaný, nebo lokální edém provázený přírůstkem tělesné hmotnosti.

Neoromultivit – (Vitamíny) Nausea, bolesti hlavy, závratě, hypersenzitivní reakce po podání vitamínu B¹ nebo B¹², projevující se hlavně na kůži.

Lactulosa – (Laxancia) Meteorismus (nadýmání) a flatulence (plynatost), zejména na počátku léčby, většinou v dalším průběhu léčby mizí. Při podávání vyšších dávek se může objevit průjem, bolesti břicha.

Prothasin – (Antihistaminika) Mohou se vyskytnout poruchy krve (snížený tělesný tlak), bušení srdce a zrychlení srdeční frekvence, zácpa, pocity sucha v ústech, rozmazané vidění, zvýšená teplota, polykací obtíže spojené s kopřivkou (angioedém) a potíže při močení. Poruchy rovnováhy, závratě, poruchy paměti a pozornosti, porucha

koordinace, třes, podráždění, neklid, křeče – zejména u epileptiků, poruchy nálady, zmatenost, halucinace a nervozita. Zarudnutí kůže, ekzém a otok, kopřivka, nadměrné, či snížené pocení.

Atarax 25 mg – (Psycholeptika, anxiolytikum) Sedace, ospalost, závratě, suchost v ústech, močová retence, při užití vysokých dávek se mohou vyskytovat mimovolní pohyby, poruchy motorické koordinace, třes a křeče.

Zdroj: Příbalové letáky zmíněných léků.

Příloha D – Farmakoterapie

Akutní stádium:

Udržovací léčba:

Preparát	Doporučená dávka v (mg)	Preparát	Doporučená dávka v (mg)
-----------------	--------------------------------	-----------------	--------------------------------

Antidepresiva:

Fluoxetin	20 – 40	Fluoxetin	10 – 30
Klomipramin	100 – 200	Klomipramin	50 – 100
Amitriptylin	100 – 200	Amitriptylin	50 – 75
Imipramin	100 – 300		
Desipramin	75 – 150		
Cyproheptadin	8 – 20	Cyproheptadin	4 – 8

Antidopaminergika:

Chlorpromazin	100 – 300
Pimozid	2 – 6
Prochlorperazin	20 – 40
Metoklopramid	20 – 30
Cisaprid	15 – 20

Anxiolytika:

Aprazolam	1 - 4
-----------	-------

Zdroj: KRCH, F. D. a kol., 2005, s. 153

Příloha E - Obraz mentální anorexie

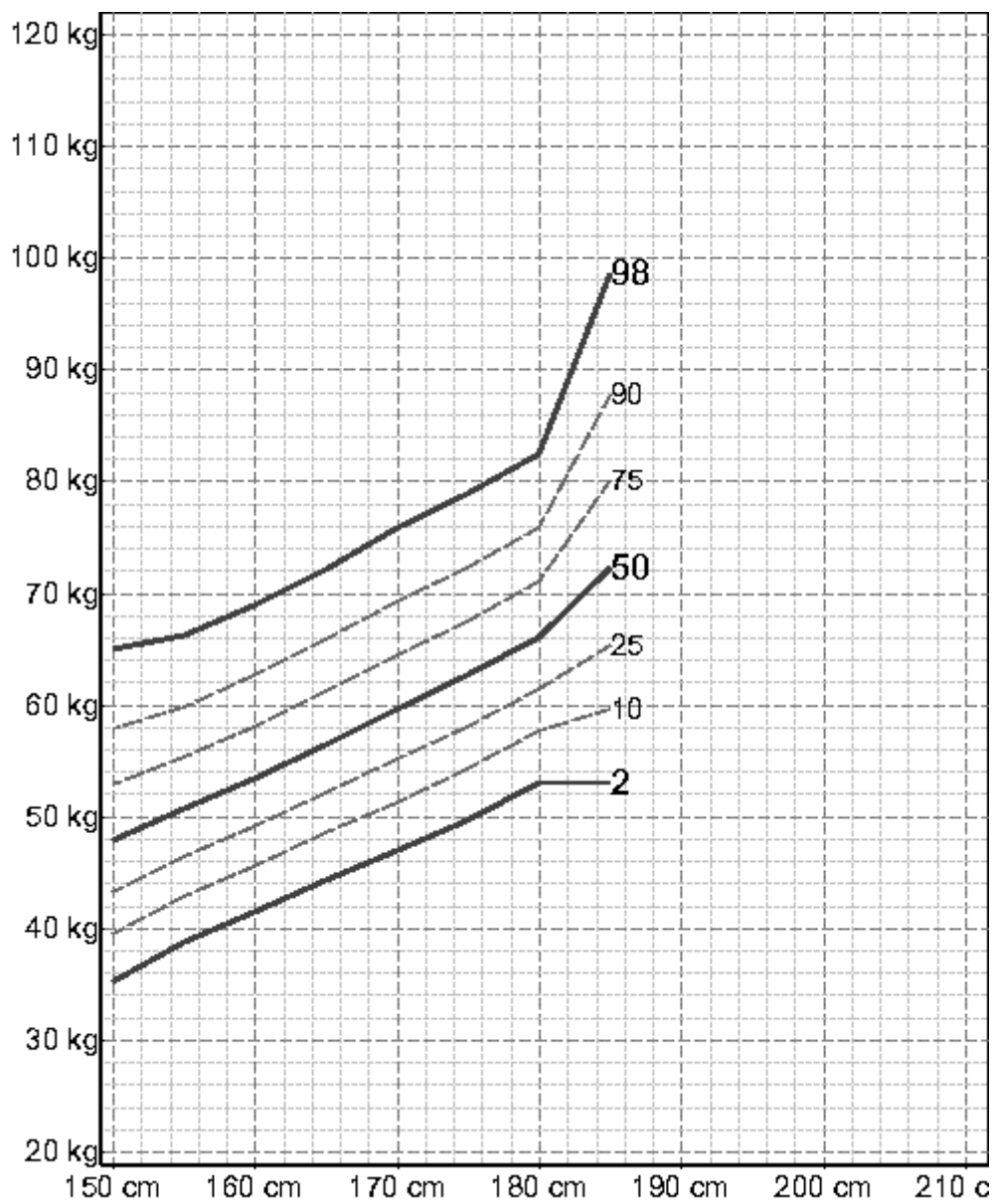
Obrázek 1 Mentální anorexie



Zdroj: <http://hubnuti.napady.net/rubriky/anorexie-priciny>

Příloha F – Hmotnost k výšce dívky 14,5 – 18 r.

Graf 1 Hmotnost k výšce dívky 15,5 – 18 r.



Zdroj:

<http://ciselniky.dasta.mzcr.cz/CD/hypertext/HKAAD.htm>

Příloha G – Diagnostická kritéria MKN – 10 pro anorexia nervosa (MKN 10, 2006)

Tabulka 6 - Diagnostická kritéria pro mentální anorexii

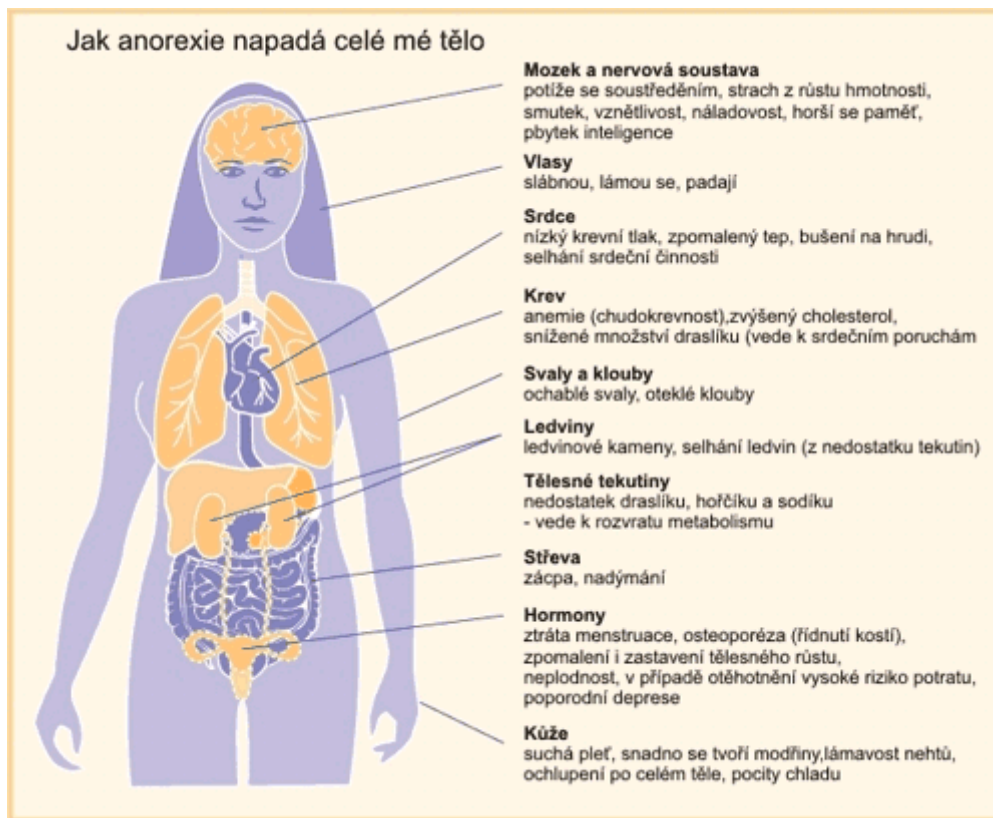
A. Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena, nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Quetelův index hmoty těla (body mass index): BMI váha(kg)/výška (m) ² je 17,5 nebo méně. Pubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
B. Pacientka si snižuje váhu sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
C. Specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládané myšlenky na udržení podváhy.
D. Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
E. Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k normálnímu růstu.

Zdroj:

https://books.google.cz/books?id=QZXH6EidyHoC&pg=PA161&dq=pape%C5%BEov%C3%A1+h.2010&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwiK97HZzNTKAhWhvHIKHdH_A6gQ6AEIKTAC#v=onepage&q=pape%C5%BEov%C3%A1%20h.2010&f=false

Příloha H – Tělesné potíže při mentální anorexii

Obrázek 2 Tělesné postižení při mentální anorexii



Zdroj: <http://www.idealni.cz/nasledky-mentalni-anorexie-a-bulimie/>

Příloha CH – Čestné prohlášení

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem zpracovala údaje a podklady pro praktickou část bakalářské práce u nemocného s mentální anorexií v rámci odborné praxe realizované při studiu na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha I – Rešerše

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY,
MENTÁLNÍ ANOREXIE.**

Petra Želivská, Dis.

Jazykové vymezení: čeština, němčina, angličtina.

Klíčová slova: Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, psychosomatické poruchy, nechutenství, životní styl.

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 203 (absolventské práce: 7, knihy:98, články a příspěvky ve sborníku: 90, elektronické zdroje 8)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

Jednotná informační brána (www.jib.cz)

- [Bibliographia medica Čechoslovaca](#) - články

- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

- Ovid Medline