

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

ANOREXIE U NÁCTILETÝCH DÍVEK

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA BĚLÁKOVÁ

Praha 2016

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

ANOREXIE U NÁCTILETÝCH DÍVEK

Bakalářská práce

KRISTÝNA BĚLÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová PhD.

Praha 2016



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

Běláková Kristýna
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

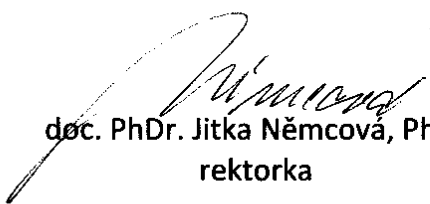
Na základě Vaší žádosti ze dne 18. 12. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Anorexie u náctiletých dívek

Anorexie bei jugendlichen Mädchen

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 18. 12. 2016

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu a poskytnutí cenných rad při jejím zpracování. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu při studiu.

ABSTRAKT

Kristýna BĚLÁKOVÁ. Anorexie u náctiletých dívek. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcové, Ph.D. Praha 2016. 64 s.

Tématem bakalářské práce je zaměření se na problematiku mentální anorexie

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme charakteristikou onemocnění, příčinami, průběhem a léčbou nemoci.

V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces u vybrané pacientky s onemocněním mentální anorexie s využitím koncepčního modelu Marjory Gordonové a k sestavení diagnóz byla použita Taxonomie II NANDA International 2012 – 2014. Cílem bakalářské práce je seznámení populace s problematikou mentální anorexie a zvýšit informovanost o této nemoci.

Klíčová slova: Dospívání, mentální anorexie, poruchy příjmu potravy

ABSTRACT

Anorexie bei jugendlichen Mädchen. Krankenpflegehochschule, o.p.s. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha 2016. 64 S.

Das Thema der Bachelorarbeit ist die Problematik der Anorexia nervosa.

Die Arbeit hat einen theoretischen und einen praktischen Teil. Im theoretischen Teil beschäftige ich mich mit der Beschreibung der Erkrankung, ihren Ursachen, dem Verlauf und der Therapie. Im praktischen Teil ist der Pflegeprozess bei einer ausgewählten Patientin mit der Anorexie-Erkrankung unter Einbeziehung des Konzeptionsmodells von Marjory Gordon erörtert.

Zur Feststellung der Diagnosen wurde die Taxonomie II NANDA International 2012 – 2014 verwendet. Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, die Problematik der Anorexia nervosa der Öffentlichkeit näherzubringen und Informationen über diese Krankheit zu gewähren.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, Essstörungen, Pubertät

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	16
1. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE	16
1.2 PREVALENCE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	18
1.3 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ JAKOŽTO RIZIKOVÁ SKUPINA	19
2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENT.ANOREXIE	22
3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE	26
3.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY.....	26.
3.2 SOCIOKULTURNÍ A PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY.....	27
4 NŠLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	30
4.1 MEDICÍNSKÉ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	30
4.2 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	31
4.3 PSYCHOLOGICKÉ DŮSLEDKY MENT.ANOREXIE.....	32
5 MOŽNOSTI PREVENCI A LÉČBY MENT.ANOREXIE.....	34
5.1 PREVENCE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	34
5.2 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	34
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXII.....	38
7 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY A JEJIC USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORID PACIENTA.....	50
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	61
ZÁVĚR.....	63

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
--	-----------

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOL

BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
D	počet dechů za minutu
Kg/ m²	měrné jednotky užívající se k měření hmotnosti
LDL	lipoprotein (cholesterol navázaný na bílkovinu)
Mg/l	měrné jednotky se užívají při měření promile v krvi
MKN-10	mezinárodní statistická klasifikace nemoci
Mmhg	jednotka hydrostatického tlaku
Mmol/l	měrné jednotky pro hladinu glukózy v krvi užívané v ČR
P	počet pulsů za minutu
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
Ukat/l	měrné jednotky pro měření katalytické aktivity enzymů
Umol/l	měrné jednotky pro měření katalytické aktivity enzymů

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alkalická fosfatáza	vázaný enzym, podporující činnost buněk
Amenorhea	ztráta menstruačního cyklu
Anémie	chudokrevnost
Anorektika	léky potlačující chuť k jídlu
Antidepresiva	psychiatrický lék užívaný ke zmírnění deprese
Bradykardie	pokles pulsu
Bradypnoe	zpomalené dýchání
C-reaktivní protein	bílkovina, ochranná funkce
Cyanóza	zmodralé zbarvení kůže
Dehydratace	nedostatečný příjem tekutin
Delikvence	činnost porušující právní i společenské normy
Deprese	dlouhotrvající psychická porucha
Diuretika	látky zvyšující diurézu
Dopamin	neuropřenašeč, pomáhá kontrolovat mozková centra
Dysregulace	porušená regulace
Edém	otok
Endokrinologie	obor zabývající se hormonálními poruchami
Endokrinopatie	onemocnění žláz s vnitřní sekrecí
Fertilizace in vitro	asistovaná reprodukce, oplodnění
Glykémie	hladina cukru v krvi
Cholecystokinin	hormon tvořený v tenkém střevě

Heterologní	pocházející z jiného živočišného druhu
Homologní	shodný
Hormonální substituce	podávání ženských pohlavních hormonů
Hypertrofie	zvětšování objemu jednotlivých buněk
Hypofýza	podvěsek mozkový
Hypotalamus část mozku	podílí se na mnoha funkcích (termoregulace, hlad)
Hypotenze	nízký krevní tlak
Cholesterol	steroidní látka v lidském těle
Infarkt myokardu	náhlé uzavření tepen srdce
Inseminace	asistovaná reprodukce
Invazivní vstup	např. periferní katetr
Izokorické zornice	stejně velké zornice
Kachexie	hubnutí
Kortikotropní hormon	hormon hypotalamu
Kreatinin	látka, informuje o funkci ledvin
Laktátdehydrogenéza	enzym, ve všech částech těla
Laxativa	léky podporující odchod stolice
Lymfatické uzliny	funkcí je obrana proti patologickým dějům
Malnutrice	výživa
Mentální anorexie	psychosomatická porucha příjmu potravy
Mentální bulimie	porucha příjmu potravy, přejídání
Neuroleptika	léčiva potlačující psychotické symptomy
Obezita	otylost

Osteoporóza	řídnutí kostí
Serotonin	aktivní látka, má vliv na naši náladu
Schizofrenie	duševní porucha, kdy dochází k poruchám chování
Srdeční arytmie	porucha srdečního rytmu
Suicidum	dobrovolné ukončení života
Tetanus	infekční onemocnění způsobené bakteriemi
Triacylglyceridy	lipid tvořený mastnými kyselinami
Trombocytopenie	snížení počtu krevních destiček v krvi
Tuberkulóza	infekční onemocnění
Urea	močovina

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Klinický obraz a průběh mentální anorexie a bulimie.....	17
Tabulka č. 2 Vitální funkce zjištěné při příjmu.....	39
Tabulka č. 3 Medikamentózní léčba.....	42

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na charakteristiku onemocnění, vznik, projevy a léčbu mentální anorexie u náctiletých dívek. Jde o psychosomatickou poruchu, kterou lze zařadit mezi problematiku poruch příjmu potravy. V posledních letech její výskyt stoupá, v populaci postihuje převážně dívky a ženy v dospívajícím věku. U 5 % dívek končí nemoc smrtí. Výjimkou nejsou ani muži, u nichž je výskyt menší. Toto onemocnění má často tendenci k opakovanému návratu.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou část a praktickou část. V teoretické části je rozebrána problematika mentální anorexie. Teoretická část je sestavena z odborné literatury. V teoretické části dochází k seznámení s onemocněním mentální anorexie.

V praktické části je sestaven ošetrovatelský proces dle modelu Majory Gordonové u vybrané pacientky. Ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny dle Taxonomie II. NANDA International 2012-2014. Praktická část bakalářské práce probíhala na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí, oddělení pro poruchy příjmu potravy. Sledování také probíhalo v domácím prostředí. Bolest u pacientky jsme hodnotili na numerické škále bolesti (0-10). V praktické části jsou rozebrány nejdůležitější problémy pacientky a jejich řešení a zhodnocení.

Cílem bakalářské práce zpracování a zhodnocení ošetrovatelské péče u pacientky s mentální anorexií.

V národní lékařské knihovně jsem zažádala o rešerši k bakalářské práci. Bylo mi poskytnutá nabídka seznamu literatury a některé z nich jsem použila

1 Klasifikace mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy patří mezi onemocnění, kterým je v posledních letech věnována velká pozornost jak laickou veřejností, tak především odborníky - hovoří se o nich v odborném tisku, na seminářích, celostátních konferencích. Tato pozornost je zcela zasloužená, neboť poruchy příjmu potravy patří mezi závažná onemocnění, jejichž diagnostika není až tak složitá, o to náročnější a komplikovanější je ovšem léčba.

Odmítání potravy je podle Němečkové (2007, s. 156) „velmi starým onemocněním, jehož výskyt byl zaznamenán již ve středověku“. Poruchu, známou dnes pod názvem mentální anorexie, popsal ve Francii v roce 1868 Ernest-Charles Lasegue (1816–1883) – ten také poprvé použil termín „anorexia nervosa“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

„V dřívějších dobách se mělo za to, že se jedná o nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Mentální anorexií měla manželka rakouského císaře Františka Josefa I. Alžběta Rakouská, známá jako Sissi, dále známá herečka Audrey Hepburnová, zpěvačka Karen Carpenterová, modelka Lesley Hornbyová, známá jako Twiggy, která stála v 60. letech minulého století u počátku nového nahlížení na ženskou krásu. K nejznámějším obětem této nemoci posledních let se stala i Isabelle Caro, která ji trpěla již od dětství. Na rozdíl od Twiggy nemoc u Isabelle vznikla v důsledku opičí lásky její matky. Isabel Caro ovšem o nemoci nemlčela, ale po několika letech si nemoc přiznávala, pojmenovávala a léčila, mimo to se také věnovala šíření osvěty a chtěla pomáhat ostatním, stejně postiženým lidem v jejich vlastním boji“ (Studená, 2013, s. 43-44).

Mentální anorexie patří (spolu s bulimií, která je rovněž obecně známá) mezi poruchy příjmu potravy, které MKN-10 řadí pod číselný kód F50. Obě varianty se mohou v klinickém obrazu objevovat střídavě, mohou přecházet jedna ve druhu a dokonce se mohou v jednom okamžiku vyskytovat příznaky obou variant současně (Němečková, 2007, s. 156). Proto je potřeba na diagnózu mentální anorexie nahlížet v kontextu druhé z poruch příjmu potravy – mentální bulimie.

Podle Krcha (2007) patří poruchy příjmu potravy mezi nejčastější a ve svém důsledku (zejména při dlouhodobém průběhu) i mezi nejzávažnější onemocnění děvčat a mladých žen. Kromě zmíněné mentální anorexie a bulimie a jejich atypických forem je mezi poruchy příjmu potravy někdy řazeno i psychogenní a noční přejídání, s nimiž je spojena obezita.

Všechny zmíněné poruchy jsou považovány za mezní, patologické polohy jídelního chování, s nimiž je spojena jednostrannost a nekritičnost postojů v problémové oblasti příjmu potravy.

Mentální anorexie se řadí k psychiatrickým onemocněním – poruchy příjmu potravy, u nichž je největší úmrtnost, ve srovnání s jinými psychiatrickými diagnózami. Jde primárně o psychickou poruchu, související s odmítáním potravy a doprovázenou poruchou výživy, která zapříčiní sekundární somatické důsledky, které mohou být dosti závažné a končit smrtí. Záludnost tohoto onemocnění tkví rovněž v tom, že pacienti si diagnózu nepřipouštějí, nebývají k této nemoci kritičtí a nemají na ni žádoucí náhled (Navrátilová, Hamrová, 2009).

Další aspekt problematiky, který může přinášet problémy z hlediska rozpoznání a vnímání problému u jedince, zdůrazňuje také Krch (2010, s. 13), který uvádí, že někdy „je obtížné rozhodnout, kde končí dieta a kde začíná mentální anorexie, zvláště když dietu zaměníme za zdravou výživu, nebo když podobně jedí i lidé okolo nás.“ V dnešní době existuje mnoho alternativních způsobů stravování, které jsou společností často přijímány jako „normální“. Je nutné zdůraznit, že problematika výživy se neustále vyvíjí a standardy platné před deseti lety mohou být zcela odlišné od těch současných. To může vyvolávat u některých jedinců problémy s orientací v tom, co je například nezdravý trend a co je opravdu zdravá výživa.

Jak konstatuje Weiss a kol.(2010, s. 429) základem definice poruch příjmu potravy je „abnormální chování, týkající se příjmu potravy, které vede k medicínským, sociálním a psychologickým důsledkům“. Rozlišit lze tzv. restriktivní typ mentální anorexie, kdy se nevyskytují záchvaty přejídání, nebo provokovaného vypuzování potravy (vyvolání zvracení, průjmu), a purgativní typ mentální anorexie, kdy jsou záchvaty přejídání a následné zneužívání laxativ, diuretik a klyzmat přítomny. Krch (2007, s. 420) dodává, že „restriktivní typ mentální anorexie se označuje také jako nebulimický, purgativní typ pak jako bulimický“.

Srovnání sledované mentální anorexie s druhou nejznámější poruchou příjmu potravy, mentální bulimií, předkládá Krch v následující tabulce, kde porovnává klinický obraz a průběh obou typů poruch.

Tabulka 1: Klinický obraz a průběh mentální anorexie a bulimie

Sledovaný faktor	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný, případně zastavení váhového přírůstku u dětí.	Mírný pokles, nebo naopak zvýšení, časté je kolísání.
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pití	Rychlé jídelní tempo, větší sousta, „patlání“ jídla, obvykle

		hodně pítí
Navozené zvracení	15 – 30 %	75 – 90 %
Úmrtnost	2 – 8 %	0 – 2 %
Deprese	10 – 60 %	20 – 90 %
Užívání alkoholu	Výjimečně	Často
Motivace k léčbě	Z donucení obtížemi, nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání

Zdroj: KRCH, František. 2007, 4 (10) [online]

1.1 Prevalence mentální anorexie

Podle nejnovějších kritérií DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) se prevalence mentální anorexie (podíl postižených jedinců na celkové populaci) pohybuje okolo 4 %. Konstatují to alespoň Látalová, Kamarádová a Praško a dodávají, že v posledních desetiletích výskyt těchto nemocí stoupal - je to způsobeno tím, že na vzhled mladých lidí (mužů a především žen) je kladen nadměrný nárok, přitom pro většinu lidí s nadměrným somatotypem je dosažení „dokonalých“ rozměrů prakticky nemožné. Žijí proto v neustálém strachu a zklamání (2015). Závažnost onemocnění mentální anorexií potvrzuje i portál Anorexia – podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky onemocní anorexií (jen v České republice) každý rok kolem pěti set žen, přičemž nejohroženější skupinou jsou dívky ve věku 12 až 18 let (www.Anorexia.cz).

Poruchy přijímání potravy jsou rozšířeny v zemích s nadbytkem potravy a s její snadnou dostupností (Machová, 2015, s. 198). Mentální anorexie je charakterizována záměrným odmítáním potravy, případně i jiným patologickým chováním, jako je hyperaktivita, excesivní cvičení, cílené zvracení, užívání anorektik, projímadel a diuretik, to vše s cílem snížit tělesnou hmotnost. U mladých žen a dívek patří mentální anorexie mezi nejčastější psychiatrická onemocnění – Rokyta (2015) uvádí prevalenci 0,5–2,2 %. Vališová a Kasíková (2011, s. 410) dodávají, že přestože se lze s mentální anorexií (a obecně i s jinými poruchami potravy) nejčastěji setkat u výkonově orientovaných děvčat, objevuje se i u dospělých žen, vzácně pak u holčiček v prepubertálním období, nebo u chlapců a mladých mužů (autorky hovoří např. o tanečnicích, žokejích, mužích v modelingu apod.). Podobně i Mahrová a Venglářová (2008, s. 82) konstatují, že „porucha se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen“ Rovněž Papežová (2010, s. 37) potvrzuje, že poruchou příjmu potravy jsou mnohem více ohroženy ženy, než muži, přičemž své konstatování opírá o výsledky klinických studií - v případě mentální anorexie je u žen 10x větší riziko, než u mužů (pohlaví je proto označováno za silný rizikový faktor).

Na řadu studií se odvolává i Nielsen-Sobotková (2014) a zaměřuje se na prevalenci poruch příjmu potravy u adolescentů. Bylo podle ní prokázáno, že ve stravovacím chování chlapců a dívek existují zásadní rozdíly. Ovšem nejen zde pouze o stravování, ale také o vztah k vlastnímu tělu a o tendenci redukovat hmotnost. Téměř 77 % dívek (oproti „pouze“ 35 % chlapců) není spokojeno se svým tělem – zatímco dívky chtějí zhubnout, chlapci by si přáli naopak přibrat. Dále bylo zjištěno, že 7,4 % dívek a 1,6 % chlapců je ohroženo poruchou příjmu potravy – dávají přednost vegetariánské stravě, úporně cvičí, hladoví a zvracejí, používají projímadla a diuretika. Tito adolescenti neustále srovnávají, zda jedí více, nebo méně, než ostatní, jsou nespokojeni se svým tělem. U řady českých dívek pak strach z nadváhy ovlivňuje, nebo přímo ovládá postoje, prožívání i každodenní život. Děvčata často nechodí do jídelny, upřednostňují light potraviny, častěji jedí ovoce a zeleninu, vyhýbají se uzeninám a jídlu z fast foodu. Bohužel jen 37 % dívek a 45 % chlapců pak pravidelně jí se svými rodiči. Mladé dívky jsou tedy potenciálně rizikovou populací pro případný rozvoj mentální anorexie. Nejrizikovější jsou přitom krasobruslačky, vrcholové gymnastky, 5 nejnižší BMI mívají i modelky. Ve vyšším procentu se zvracení, kontrola váhy a strach z nadváhy objevují např. také u studentek kosmetických škol, jako nejméně rizikové se jeví studentky gymnázia, lékařských fakult, či zdravotnických škol.

Vzhledem k výše uvedenému i k zaměření této práce budou pro účely následujícího textu považována za typické pacienty s mentální anorexií náctiletá děvčata, tedy dívky v pubertálním věku. Z hlediska vývojové psychologie zahrnuje tato věková skupina vývojové období dospívání, které bude blíže charakterizováno v následující samostatné dílčí kapitole.

1.2 Období dospívání jakožto riziková skupina

Období dospívání je velmi dynamickou životní fází, která modifikuje všechny složky osobnosti člověka. Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011, s. 80) konstatují, že období dospívání je jakýmsi „druhým zrodem člověka, biologickým i psychosociálním“.

Období dospívání lze rozdělit do tří vývojových stádií. V první pubertální fázi, tzv. pubescenci (přibližně 11 – 15 let) se objevují první známky pohlavního dospívání (sekundární pohlavní znaky), u dívek se dostavuje menstruace, u chlapců je vývoj analogický (objevuje se noční poluce). Doba vlastní puberty trvá až do dosažení reprodukční schopnosti. Třetím vývojovým stádiem je pak adolescence (15 – 22 let) (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 99). Zemanová a Dolejš pojímají členění období dospívání odlišným způsobem. Nazývají jej „obdobím adolescence“ a popisují jako druhou dekádu života, tedy jako určitý „mezičas“

mezi dětstvím a dospělostí. Odvolávají se pak na členění Macka, který období dospívání vnitřně diferencuje do tří fází: časná adolescence (10 – 13 let), střední adolescence (14 – 16 let) a pozdní adolescence (17 – 20 let). Ať již je období dospívání vymezeno z hlediska věkového rámce jakkoliv, zůstává skutečností, že se jedná o vývojové období, ve kterém je rychlost a rozsah emocionálního intelektuálního růstu největší, lze jej srovnat pouze s rychlostí vývoje dítěte do dvou let věku (Macek, 2015, s. 21).

Rovněž Vágnerová (2012, s. 367) označuje období dospívání „za přechodnou fázi mezi dětstvím a dospělostí“ a zahrnuje podle ní jednu dekádu života od 10 do 20 let. V tomto období dochází podle autorky u člověka (doposud dítěte) ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech - somatické, psychologické i sociální. Některé změny jsou podmíněny biologicky, jiné ovlivňují psychické a sociální faktory. Průběh dospívání je navíc závislý i na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, které jsou zdrojem očekávání a požadavků ve vztahu k dospívajícímu jedinci. Období dospívání je podle Vágnerové obdobím „hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity“.

Během dospívání dochází ke „komplexní fyzické, morální a psychické proměně“. V tomto období se vyvíjí a mění kvalita a výkonnost duševní činnosti, dále postoje, sebeuvědomění, hodnoty, aspirace i zájmy jedince – formuje se celá osobnost. Všechny 6 dosavadní jistoty dítěte jsou nyní opět zpochybněny, dospívající se potýkají s doposud nepředstavitelnými problémy, musejí se přizpůsobovat svému okolí, reagovat na sociální změny, zároveň se snaží uchovat si vlastní identitu. Dramaticky se zvyšuje psychický stres dítěte, spojený s depresivitou, úzkostností, hostilitou (agresivitou a nepřátelstvím vůči lidem), výjimečné nejsou konflikty s rodiči, náladovost, psychický zmatek a bohužel ani zapojení se do různých rizikových forem chování. Protože i zevnějšek je součástí identity jedince (v tomto případě mladých děvčat), mohou být tělesné změny dospívajícími velmi silně prožívány (Zemanová, Dolejš, 2015).

O tom, že rizikové chování (a dokonce i chování zdraví a život ohrožující) je bohužel do jisté míry považováno za normativní součást vývoje v období dospívání, se zmiňují i Nielsen Sobotková a kol. (2014). Autoři svůj názor opírají o skutečnost, „že až 50 % dospívajících (adolescentů) se během dospívání zapojí do některé z forem rizikového chování, přičemž dodávají, že po dosažení dospělosti toto rizikové chování v převážné většině případů samo

odezní“. Do oblasti rizikového chování pak lze zahrnout vše, co je společensky, nebo kulturně nepřijatelné, či zakázané (abnormální a agresivní chování, asociální a antisociální chování, sociálně patologické jevy a disociální chování, delikvence a kriminální chování, návykové, či nepřizpůsobivé chování), přičemž mezi typy rizikového chování lze kromě nezdravých stravovacích návyků zařadit i závislostní chování, záškoláctví, lhaní, agresivní chování, šikanu, vandalismus, krádeže apod.

V rámci daného období dospívání se mentální anorexie může objevit prakticky kdykoliv, nejčastěji však bývá začátek onemocnění zaregistrován až ve věku kolem 17 let, nicméně vyskytnout se samozřejmě může i u dívek mladších (Němečková, 2007, s. 156). Jak uvádí Machová (2015, s. 198) „mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 12-18 let, obvykle po začátku vývoje prsů, i když její příznaky byly zaznamenány již u dětí mladších 10 let.“ Mentální bulimie má pak (pro porovnání) pozdější nástup – objevuje se nejčastěji mezi 16 a 25 rokem života – tedy ve stadiu pozdní adolescence a mladé dospělosti. (Machová, 2015, s. 198). Za důležitý faktor se považují právě fyzické změny, které se v období dospívání objevují. Jak uvádí Helus (2011, s. 294), „jedna z největších zátěží, provázejících pubescenci, tkví v rozpacích, které vyvolává vlastní tělo a vůbec vzhled. Tělesné proměny mohou pubescenta zaskočit natolik, že je v rozpacích, jak vlastně vypadá, jestli vůbec dobře vypadá, zdali se svému okolí nejeví jako „nemožný“ ... Tyto rozpaky, obavy a úzkosti umocňují třeba disharmonické koordinace pohybů, vyrážky ve tváři, přibývání na váze atd. může vzniknout jev zvaný pubescentní dismorfofobie – strach z podoby, z tvaru, jak pubescent vypadá.“

S popsány fyzickými změnami může souviset i strach z dospělosti. I ten bývá někdy uváděn jako etiologický faktor mentální anorexie. (Kelnarová, 2009, s. 78).

2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE

Jak vyplývá z předchozí kapitoly, jsou důležitou kapitolou rizikového chování v období dospívání nezdravé stravovací návyky, přičemž v oblasti tělesného zdraví jsou nejvýraznějším rizikovým chováním poruchy příjmu potravy – nejčastěji bulimie a mentální anorexie, která je předmětem tohoto textu. Protože se jedná o skutečně až život ohrožující poruchu, je její přesná diagnostika velmi důležitá.

Pokud přichází k ambulantnímu lékaři pacientka s podezřením na diagnózu mentální anorexie, jsou za základní vyšetření somatického stavu považována následující: „komplexní

krevní obraz, biochemické vyšetření (ionty, urea, kreatin), tyreoidální funkce a vyšetření moče“. Při výrazné vyhublosti a současně dlouhodobém zneužívání laxativ a opakovaném zvracení je pak nutné biochemické vyšetření (P, Ca, Mg, CB a cholesterol), jaterní testy a EKG. Pokud tělesná hmotnost nemocného klesne pod 75 % přiměřené váhy, je nutná hospitalizace, stejně jako při metabolickém rozvratu, extrémní dehydrataci, těžší bradykardii, nebo při hlubších depresích (Krch, 2007, s. 420).

Gulášová a kol. (2014, s. 30) pak zmiňuje sekundární projevy mentální anorexie, kterými mohou být poruchy metabolismu - „nižší hladina draslíku, edémy, metabolická alkalóza“. Dále je možné zaznamenat i poruchy gastrointestinálního traktu jako je hypertrofie příušních žláz, pomalejší vyprazdňování žaludku, zácpy, záněty slinivky břišní. Výjimkou nejsou ani poruchy kardiovaskulárního systému, jako například bradykardie, hypotenze, srdeční arytmie. Postižené dívky mohou mít i hematologické problémy jako je anemie, trombocytopenie, hypercholesterolemie. Zaznamenat lze taktéž kožní a plicní problémy, pro příklad to může být suchá, praskající kůže, záněty plic (vdechnutí zvratků). Je možné zmínit také poruchy CNS, od atrofie mozku, poruch paměti, neurologických problémů jako např. křeče, svalovou slabost, reprodukční komplikace prostřednictvím amenorey, infertilitu.

Rokyta (2015, s. 294) obecně uvádí, že postižené osoby mají „nekompletní rozvoj osobnostní identity a zkreslené vnímání vlastního těla, vykazují sebepoškozující chování se sníženou percepcí bolesti, dominuje u nich perfekcionista přístup, výrazné zaměření na výkon a dokonalý zevněšek“ – veškeré toto chování je přitom podmíněno strachem ze ztloustnutí. Jak autor dodává, vyznačují se pacientky s mentální anorexií základní trojicí symptomů – úbytkem tělesné hmotnosti ($BMI \leq 17,5$), změnami chování a amenoreou. Portál Anorexia.cz konkretizuje, že u žen, které jsou ve fertilním věku, je jedním z diagnostických kritérií anorexie nepřítomnost alespoň tří menstruačních cyklů po sobě (www.Anorexia.cz).

O strachu z tloušťky se zmiňuje i Hainer (2011, s. 373). „Ať už je tento strach opodstatněný, nebo nikoliv, ovlivňuje významným způsobem kvalitu života daného člověka. Pro nemocného mentální anorexií není měřítkem pouze míra skutečné nadváhy, ale i vnitřní prožitky a úsilí, které je kontrole tělesné hmotnosti a příjmu potravy věnováno. Strach z tloušťky, který je jedním z diagnostických kritérií mentální anorexie, pak má obdobné emocionální, kognitivní a behaviorální konsekvence, jako skutečná obezita.“ Termín anorexie (který v přesném významu znamená „snížení chuti k jídlu“) přitom může být podle Hainera zavádějící, neboť nechutenství, či oslabení chuti k jídlu je spíše „sekundárním důsledkem

dlouhodobého hladovění, které se u všech nemocných nemusí vyskytovat“. U některých pacientů je naopak omezování se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o stravování (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří), někdy i zvýšenou, či změněnou chutí, např. pouze na sladké. Jak Hainer vysvětluje, jedná se pravděpodobně o „přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění“. Hainer pak svůj výklad uzavírá s tím, že „anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst“

Navrátilová a Hamrová (2009) rovněž mentální anorexii vymezují „skrze postupné ubývání na váze, které je záměrně vyvolané a udržované. Také se objevuje specifická psychopatologie – strach z tloušťky. Tento strach má povahu ovládaté až nutkavé myšlenky. Pacientky se samy snaží o nízkou váhu. Poté následuje podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny a oslabení tělesných funkcí. Nízké váhy dosahují odlišně, tj. buď nejběžněji hladověním (restriktivní typ), případně požitím menšího množství jídla s jeho vypuzením (kombinovaný restriktivní typ s vypuzovací – s vyprovokovaným zvracením). Mentální anorexii může také provázet zneužíváním nejrůznějších látek, které podporují vyprazdňování, hlavně laxativ, diuretik a klysmat.“

Mentální anorexie je provázena řadou projevů – základním je podvýživa různého stupně s následnými endokrinními a metabolickými změnami, běžné jsou i poruchy tělesných funkcí (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 82). Dušek a Večeřová-Procházková řadí mezi diagnostická kritéria mentální anorexie následující znaky:

- tělesná hmotnost je udržována, nebo snížena minimálně o 15 % oproti normálu (tedy proti hmotnosti, kterou by měla daná osoba mít vzhledem ke svému věku a výšce),
- ztrátu hmotnosti si pacient způsobuje sám, např. se vyhýbá kaloricky vydatnému jídlu, zvrací, používá projímadla apod.,
- u dotyčné osoby stále převládá strach z tloušťky,
- jedinec má o svém vlastním těle vtíravé zkreslené představy, které jej ovládají,
- charakteristická je rozsáhlá endokrinní porucha (u žen amenorea, u mužů porucha potence),

- pokud se mentální anorexie objeví před pubertou, jsou pubertální projevy opožděné, nebo zcela zastavené (u dívek se nevyvíjejí prsa, u chlapců zůstává dětský genitál) (2015, s. 266).

Krch (2007, s. 420) s takto stanovenými diagnostickými kritérii mentální anorexie zcela souhlasí, pouze dodává, „že co se týče endokrinní poruchy, bývá zřejmou výjimkou přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu“. Autor také zdůrazňuje, že při stanovení diagnózy mentální anorexie je potřeba vyloučit přítomnost některé somatické, či duševní poruchy, jež by mohly nechutenství, poruchy v jídlu a nízkou tělesnou hmotnost vyvolávat – ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje zejména u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy, či endokrinopatie, u depresivních poruch a vybraných typů závislostí. Ovšem i lidem, kteří nenaplní všechna diagnostická kritéria mentální anorexie, ale „pouze“ vykazují problematické postoje ke svému tělu a jídlu, je podle Krcha důležité věnovat zvýšenou pozornost. I ti totiž často trpí podobně závažnými psychickými problémy, jako nemocní mentální anorexií a u nich může během let dojít k rozvoji kompletních příznaků choroby. Zvláštní pozornost je potřeba věnovat zejména ženám, které jsou obézní a opakovaně se neúspěšně snaží zhubnout. Autor vysvětluje, že stejně, jako je různorodá skupina nemocných mentální anorexií, je velmi různorodý i průběh poruchy.

Na Krcha v jistém smyslu navazuje Hainer (2011), který dodává, „že s anorektickými rysy se lze setkat i u některých toxikomanů, kteří obvykle trpí nechutenstvím, jsou vyhublí, přičemž jejich vyhublost je může navíc uspokojovat“. Autor se pak zabývá specifickou skupinou nemocných mentální anorexií – nejmenšími dětmi. U nich je potřeba při 9 posuzování tělesné hmotnosti potřeba vždy přihlídnout k danému věku a výšce, nicméně v dětství může být podle autora každý úbytek hmotnosti důvodem k opožděnému tělesnému růstu, nebo pozdějšímu nástupu puberty a zpravidla není nikdy přirozený. U této skupiny je riziko mentální anorexie nejvážnější, neboť podvýživa v dětství, ať už je jakékoliv etiologie, mívá vážné a trvalé následky.

Diagnostika mentální anorexie se pro dětský věk jeví mnohdy jako omezující. Klasická diagnostika trvá na jasně definovaném syndromu a těžko například postihuje začátek poruchy. Pro děti či mladistvé pak bývá někdy typické popírání úmyslného hubnutí a stížnosti na různé somatické problémy související s příjmem potravy (problémy s polykáním, bolesti břicha,

potíže s vyměšováním). Ke komplikacím patří také častá disimulace obtíží, například v případě, kdy se vybírá způsob léčby, kterou dítě nechce (např. hospitalizace). Z toho důvodu je tak někdy těžké se spoléhat i na výsledky sebeposuzujících dotazníků orientovaných na jídelní chování a postoje k hmotnosti (např. verze Eating Attitude testu pro školní děti). Diagnostickou rozvahu současně může komplikovat častá psychiatrická komorbidita (Kocourková a Koutek, 2006).

3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

Přestože základní příčiny mentální anorexie nejsou zcela jasné, je stále zřejmější, že k vyvolání nemoci přispívá vzájemné působení biologických a sociokulturních faktorů, jakož i psychologické mechanismy, či zranitelná osobnost daného jedince (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 82). Dušek a Večeřová-Procházková (2015, s. 266), dodávají, že „z etiologického hlediska jsou zdůrazňovány zejména neurotické a psychosomatické poruchy, u nemocných jsou časté i hysterické rysy“.

Krch (2007, s. 420) pak vysvětluje, že „v posledních dvaceti letech se mezi odborníky ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti poruch příjmu potravy“. K rozvoji mentální anorexie tak podle autora dochází tehdy, když je více, či méně disponovaný jedinec vystaven vliv faktorů, které mohou vést k držení diet a současně některým dalším, jež jsou nebezpečné z hlediska rozvoje duševních poruch.

Zmíněné skupiny, tedy biologické, sociokulturní a psychologické příčiny budou podrobněji charakterizovány v rámci následujících samostatných kapitol

3.1 Biologické faktory

Vedle výše popsaných diagnostických kritérií mentální anorexie se u daného jedince vyskytují i další změny „v endokrinních a metabolických drahách“, které se nijak zásadně neliší od adaptačních mechanismů v případě prostého hladovění. Jak však vysvětluje Rokyta (2015, s. 294), je obtížné určit, zda je endokrinní odchylka primární příčinou onemocnění mentální anorexií, nebo se jedná o sekundární odpověď na hladovění. Řada abnormalit může být u pacientek zapříčiněna i nadměrnou fyzickou aktivitou, či užíváním léků. Z biologického hlediska patří podle Rokyty k nejčastějším odchylkám u mentální anorexie „zvýšená aktivita osy hypotalamus – hypofýza – nadledviny“, přičemž se usuzuje, že právě stresová reakce

hraje v rozvoji tohoto onemocnění zásadní roli. Spouštěcím faktorem anorektické odpovědi je přitom kortikotropní hormon (CRH), „který inhibuje tvorbu orexigenně působícího NPY v hypotalamu“. Dalším faktorem, který by mohl etiopatogenezi mentální anorexie vysvětlovat, je serotonin (látka, která snižuje chuť k jídlu). Dysregulace serotoninergního systému v mozku byla popsána jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie, přičemž vzhledem k tomu, že aerobní cvičení obrátí serotoninu v mediobazálním hypotalamu zvyšuje, je značně pravděpodobné, že hyperaktivita může u pacientek s mentální anorexií hladinu serotoninu zvyšovat a tím následně snižovat jejich chuť k jídlu. V souvislosti s biologickými příčinami mentální anorexie zmiňuje Rokyta ještě zvýšenou aktivitu dopaminergního systému v hypotalamu, či zvýšenou hladinu anorexigenně působícího hormonu cholecystokininu.

Janků (2005) blíže vysvětluje souvislost s nadměrnou aktivitou v systému dopaminových receptorů D2/D3. „Zvýšený vazebný potenciál může být způsoben buď nižší koncentrací intrasynaptického dopaminu, případně zvýšením hustoty či afinity D2/D3 receptorů v této oblasti. Zvyšování aktivity dopaminových receptorů se děje na dvou místech bazálních ganglií – anteroventrální striatum a dorzální caudatus. První z nich souvisí s modulací mechanismů odměny, učení a závislostí, druhá zase ovlivňuje adekvátní reakce na ohrožení. Přílišné vázání dopaminu v mozku je zřejmě příčinou psychických změn, které souvisí s mentální anorexií. Mentální anorexie zapříčiňuje ztrátu schopnosti vnímat útěchu či potěšení z toho, co takové emoce přináší většině lidí. Pochopitelně se to týká i jídla. Pacientky ignorují zpětnou vazbu od rodiny i přátel, kteří je upozorňují na jejich zhoršující se zdraví. Extrémní askezi pak doprovází i překvapivá činorodost a produktivita, což také může být důsledkem zvýšené aktivity dopaminových receptorů“.

3.2 Sociokulturní a psychologické faktory

Poruchy příjmu potravy (tedy včetně mentální anorexie) se obvykle váží k chybnému sebepojetí. Ze skupiny sociokulturních faktorů poukazují odborníci zejména na módní vlivy, utvrzované dívčími časopisy, obsahem televizní produkce, či reklamy (vyhublé modelky a filmové hvězdy, prezentující vzor fyzického vzhledu), ale i na celkový styl života v západní společnosti (orientace na špičkový pracovní výkon, perfektní vzhled a společenský úspěch). Mentální anorexie pak bývá často zapříčiněna strachem z obezity a touhou dobře vypadat, tedy mít štíhlou postavu a podávat skvělé výsledky. Za mentální anorexií často stojí nejasněné vztahy k vlastnímu ženství, nedořešené konflikty s matkou, či neschopnost

navazovat uspokojivé vztahy s vrstevníky (Vališová, Kasíková, 2011, s. 410). O konfliktech mezi dcerou a matkou se zmiňují i Dušek a Večeřová-Procházková (2015, s. 266) s tím, že „vztah mezi pacientkou a její matkou má často rivalitní charakter, z pohledu dcery pak jde i o protest vůči autoritě“.

Krch (2007) uvádí, že „vlastně stačí být ženou a riziko vzniku mentální anorexie se mnohonásobně zvyšuje. Zastoupení mužů mezi pacienty s poruchami příjmu potravy pohybuje mezi 0 až 15 %. Mužů se mentální anorexie týká hlavně proto, že tolik jako ženy nedrží diety se záměrem kontrolovat svoji tělesnou hmotnost. Tloušťka jim překáží méně, neboť v pubertě oproti dívkám méně přibývají na tuku a spíše jim rostou svaly, což je vnímáno kladně. Zatímco pro chlapce znamená fyzické dospívání přibližování maskulinnímu ideálu krásy, pro dívku jde o vývoj směrem od toho, co se pokládá za krásné. Odlišnosti ovšem netkví pouze ve fyzickém vývoji. Zdá se, že dívky jsou na rozdíl od chlapců nejistější, více se bojí o to, jestli jsou nebo nejsou oblíbené, mívají menší úctu ke svému tělu a menší sebevědomí“.

S ženským pohlavím je spojen faktor disponovanosti pro diety, který souvisí „s předčasnou, nebo opožděnou fyzickou zralostí, nevhodnou distribucí tělesného tuku, dietním a jídelním chováním referenčního prostředí, přílišným důrazem na výkon, úspěch a vzhled, reálností nebezpečí nadváhy a některými zájmovými, nebo profesními aktivitami“, konstatuje Krch (2007, s. 420). Rizikové jsou podle autora i další rodinné, osobní, či sociální charakteristiky, které posilují, či naopak nevhodně oslabují zájem o tělo, příjem potravy a sebekontrolu.

Rovněž strach z nadváhy již v souvislosti s etiologií mentální anorexie Vališová a Kasíková zmínily. Podobné účinky mají nejen obavy z tloušťky, ale i reálná obezita - diety, které si dívky ordinují za účelem zhubnutí, společně s pocitem ztráty kontroly nad jídlem při nedodržení příliš ambiciózních dietních předsevzetí mohou zvyšovat riziko následného přejídání, nevhodných redukčních diet a nadváhy. Mnohé obézní ženy, které podobnými redukčními dietami prošly, měly období, kdy se pohybovaly na hranici mentální anorexie, případně období, kdy zkoušely zvracet, užívat laxativa, či diuretika (Hanier, 2011, s. 373).

Jak dodává Krch (2007, s. 420), „poruchy příjmu potravy se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, nebývá snadné je diagnostikovat, či rozpoznat jejich primární příčinu. K tomu, že si často dlouhou dobu nikdo nevšimne stravovacích návyků nemocné dívky, přispívá i to, že

se její chování ztratí v nevhodných jídelních návycích jejích vrstevníků a často i nejbližší rodiny“.

Navrátilová a Hamrová (2009) pak doplňují, že „interakce v rodinách, v nichž se mentální anorexie vyskytuje, bývají mnohdy dysfunkční“. Psychoanalytici se také přiklání k vyhýbání se sexualitě a svůj význam zde může mít také neschopnost odpoutat se od matky. Mezi rodiči a dcerou mnohdy dochází navíc před propuknutím nemoci k prudkým střetům a hádkám, na nich se podílí i vlivy sociální – tlak na mladou dívku být štíhlá. Typický syndrom se poté týká nevyzrálé osobnostní struktury. Vnitřní problém může tkvět v samotném procesu dospívání, v dosažení dospělosti a sexuální zralosti. Mentální anorexie se pak objevuje často také u dívek, v jejichž rodinách se ve větší míře mluví o příjmu potravy, o tělesných proporcích – postavě. Na začátku dobře míněná doporučení k omezení příjmu potravy ze strany dívky poté pozvolna vyplynou až do stavů vyhubnutí s amenorheou (ztrátou pravidelného menstruačního cyklu), nebo se dívka zatím nachází ještě v prepubertální fázi (menarche se tak nedostaví vůbec) a pacientky se sexuálně nevyvíjí, resp. jejich vývoj je zastaven. Co se týče osobnostních rysů mentálních anorektiček, je možné se setkat mnohdy s impulzivitou, zlostí, emoční labilitou, suicidálními pokusy, abúzem alkoholu či drobnými krádežemi (vesměs potravin)

4 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE

Podle MKN-10 je pro mentální anorexii charakteristické, že ubývání na váze je úmyslné a udržované pacientem. Postižení tedy záměrně usilují o nízkou tělesnou hmotnost, kdy následkem je až podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny, či narušení tělesných funkcí (již zmíněná amenorea neboli absence menstruace) (Weiss, 2010, s. 429). Následky mentální anorexie se však neomezují jen na medicínské důsledky, mohou být i sociální, psychologické aj., přičemž výskyt, či závažnost veškerých zdravotních i psychických problémů obvykle přímo souvisí s mírou podvýživy a s intenzitou užívaných hubnoucích metod (Krch, 2007, s. 420). V rámci jednotlivých kategorií budou následky mentální anorexie blíže popsány v rámci následujících dílčích kapitol.

4.1 Medicínské dšsledky mentální anorexie

Nízkokalorické diety, hladovky a náročné cvičení, jimiž se snaží dívky dosáhnout zdraví a krásy, vedou z medicínského hlediska k vyčerpání organismu a extrémní vychrtlosti. Postižené dívky se dostávají až do stádia, kdy nejsou schopny se najíst, protože u nich zcela vymizela chuť k jídlu a uměle vyvolávané zvracení se po nějakém čase podmíněně fixovalo (vše, co dívka poté sní, vyzvrací, byť nyní už neúmyslně). Zubní sklovina bývá po mnohočetném opakovaném zvracení narušena kyselinou solnou, dlouhodobým nedostatkem bílkovin, tuků a celkově nevhodným složením potravy dochází k tělesnému chátrání a poškození vnitřních orgánů, např. k odvápnění kostí, které jsou pak snadno lomivé, k poškození ledvin a srdečního svaly, zcela rozvrácen bývá hormonální systém. V nejvážnějších případech jsou následky mentální anorexie smrtelné (Vališová, Kasíková, 2011, s. 410).

Co se týče průběhu nemoci, hovoří Němečková (2007, s. 157) o tom, že porucha může probíhat buď jako „jediná epizoda s remisí, nebo chronifikací, může probíhat ve formě opakujících se epizod a probíhat po dobu několika let“. Průměrně trvá onemocnění mentální anorexií 5 let. Podle současných údajů dosáhne remise (úplného uzdravení) 44 % pacientů, 28 % pacientů dosáhne neúplné remise a pro 24 % pacientů má onemocnění nepříznivou prognózu - pro lepší prognózu hovoří to, když dojde k začátku onemocnění v nižším věku, když je úbytek váhy spíše menší a když je u pacienta dobrá premorbidní úroveň psychosociálního přizpůsobení. Němečková dále hovoří o tom, že „průběh nemoci může být komplikován vznikem depresivního syndromu s možným rizikem suicidální aktivity (autorka hovoří o 2 – 5 % dokonáných sebevražd), letální ukončení nemoci (tzn., že dojde k úmrtí) může být dáno i somatickými komplikacemi (např. selhání srdce, kachexie, elektrolytová dysbalance). Co se týče mortality, v časném stadiu je na úrovni 5 %, s prodlouženou délkou pozorování však vzrůstá až na 20 %“.

Jak ovšem zdůrazňují Látalová, Kamarádová a Praško (2015, s. 402), „pokud už pacientka zemře, bývá to pravděpodobněji následkem spáchání suicidia, než v důsledku přímých následků mentální anorexie. Riziko suicidia se přitom u dívek značně podceňuje - nejen laikům, ale i odborníkům často připadá, že pacientka se snaží dosáhnout svého životního cíle, má jasný plán (snížit tělesnou hmotnost) a nemá tedy důvod páchat sebevraždu. Autoři ovšem dokládají konkrétní statistické údaje, podle kterých se sebevražedné jednání vyskytuje asi u 3 – 20 % pacientů s mentální anorexií (a dokonce až u 25 – 35 % pacientů s mentální bulimií)“.

Problémem, který se s mentální anorexií často pojí, je již zmíněná amenorea a z ní vyplývající neplodnost – s těmito problémy se pacientky obvykle na své gynekology, kteří někdy (ne zcela erudovaně) zahájí hormonální substituci, či homologní, nebo heterologní inseminaci a fertilizaci in vitro. Bez předchozí léčby základního onemocnění, tedy léčby mentální anorexie, je tím ovšem ohroženo zdraví pacientky i jejího plodu (Weiss, 2010, s. 429).

Další medicínské následky mentální anorexie zmiňuje Krch (2007, s. 420) – mezi zdravotní komplikace, způsobené touto poruchou, podle autora patří „kardiální potíže (způsobené snížením metabolismu, nebo vlivem narušení elektrolytové rovnováhy u pacientek, které zvrací), častým důsledkem snížení tělesné hmotnosti je i zácpa, citlivost na chlad, rychlá únavnost, oslabený krevní oběh, či osteoporóza. Užívání laxativ a diuretik zvyšuje riziko srdeční arytmie, vzniká nebezpečí dehydratace a podvýživy“.

Pro diagnózu mentální anorexie mnohdy hovoří i vzhled pacientek – na první pohled jsou nápadné svou vyhublostí. Některé se sice snaží skrývat pod volnějším oblečením, jiným jejich vyhublost naopak vyhovuje, pyšní se jí a nosí těsné oblečení, které jejich stav ještě podtrhuje. Pokud pacientka delší dobu zvrací, mívá ke svému drobnému, dětsky vypadajícímu tělu kontrastující větší hlavu, což bývá způsobeno otokem slinných žláz. Dívky mívají suchou kůži, mnohdy popraskanou, na kloubech zhrubělou, mívají krátké nekvalitní nehty a řada z nich i poškozený kariézní chrup (Němečková, 2007, s. 157).

4.2 Sociální důsledky mentální anorexie

Mezi sociální důsledky mentální anorexie patří problémy v mezilidských i sexuálních vztazích. Jak vysvětluje Weiss (2010, s. 429), mají „pacientky často problémy s navazováním partnerských vztahů, bývají svobodné a bezdětné. Jejich sexuální aktivita a reaktivita jsou sníženy (bez ohledu na kvalitu partnerského vztahu), část pacientek dokonce zůstává zcela bez koitální zkušenosti“ – jak však autor dodává, „jiné pacientky s touto diagnózou mají běžné heterosexuální a po všech stránkách uspokojivé vztahy, takže v tomto ohledu není možné paušalizovat. U starších dívek a žen je popisován jako jeden z důsledků mentální anorexie i narušený vztah k sexualitě a (již výše zmíněná) neschopnost přijmout roli dospělé ženy - hladovění je pak interpretováno jako odmítání těhotenství. Weiss (2010, s. 429) však zdůrazňuje, že tyto teorie nebyly dosavadními 14 studiemi zcela potvrzeny. Ani snížený

zájem o sex a chudší sexuální život nebývá u pacientek s mentální anorexií považován za klasickou sexuální dysfunkci, ale spíše o důsledek nespokojeného obživného pudu (kdy se stupněm vyhladovění klesá i zájem o sex), chudých sociálních vztahů (nadměrné zabývání se jídlem a kontrola jeho kalorického obsahu zabírá většinu času pacientek), či zhoršující se kvality života“

4.3 Psychologické důsledky mentální anorexie

Vzhledem k tomu, že mentální anorexie nejčastěji postihuje děvčata v období dospívání, zasahují následky této poruchy příjmu potravy i do formování osobnosti nemocné a významně ovlivňují její pracovní a sociální dovednosti (Krch, 2007, s. 420).

Děvčata, postižená mentální anorexií, se snaží za každou cenu dosáhnout žádoucího (štíhlého) vzezření – obvykle střídají, či kombinují náročné cvičení a omezování příjmu kaloricky vydatnější stravy, případně i zvrací. Postižené se neustále sledují v zrcadle, kontrolují svou hmotnost, měří si různé obvody těla – jejich nespokojenost s vlastním tělem a přesvědčení o tloušťce může mít až charakter bludu (Vališová, Kasíková, 2011, 410).

Nielsen Sobotková a kol. (2014, s. 46) upozorňují, že „velké nebezpečí mentální anorexie spočívá i v tom, že toto rizikové chování je často spojeno s dalším rizikovým chováním, jako je sebepoškozování, sebevraždnost, abúzus drog a alkoholu, nebo depresivita. Mentální anorexii v současné době provázejí a podporují i další rizika ve formě „pro ana“ webů a blogů, kde se děvčata, trpící poruchami příjmu potravy, ve svém snažení podporují, zveřejňují své jídelníčky, či nabízejí rady a podrobné návody, jak klamat své okolí“. Častým heslem těchto blogů je přitom „Budu raději mrtvá, než tlustá“. Tento postoj se objevuje i při snaze anorexii léčit. Jak je uvedeno v knize Petry Dvořákové (2009, s. 91) „začít se léčit z anorexie, zabít anorexii pro mě znamenalo zabít samu sebe“.

Studená (2013) doplňuje, že „psychický stav mentálních anorektiček má mnohdy vztah k hmotnosti a stupni sebekontroly. Převažuje sebestřednost, sebelítost, nejistota a úzkostné prožitky. Hlavně u žen bývá přítomna nutková potřeba nejen nadměrného cvičení, ale třeba i častého uklízení, případně mytí nádobí. Mohou se objevit tendence „vykrmovat“ zbylé členy domácnosti. Anorektičky hodně rády vaří, protože se „nají očima“. Pokud na ně okolí tlačí

ohledně změny, reagují často přecitlivěle až hystericky. Objevuje se u nich ztráta orientace ve svých vnitřních pocitech, omezuje se koncentrace pozornosti, snižuje se rovněž intelektová výkonnost nebo schopnost řešit problémy (černobílé vidění světa). Klesá také zájem o okolí a o vše, co se vyloženě netýká jídla. Dochází k adaptaci na roli nemocných, chronických nebo duševně nemocných (recidivy, rehospitalizace)“.

5 MOŽNOSTI PREVENCE A LÉČBY MENTÁLNÍ ANOREXIE

5.1 Prevence mentální anorexie

Prevence mentální anorexie je stále obtížnější – přispívá k tomu nárůst mediálního vlivu na mladou generaci a rostoucí dopady nových technologií (hlavně internetu). Jak vysvětluje Papežová (2010, s. 311), má „primární prevence za úkol snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy, nicméně jak vyplývá z výzkumů a studií, citovaných v předchozích kapitolách, prevalence anorexie neustále roste“.

Podle Plevové a kol. (2011, s. 173) lze „poruchám příjmu potravy předcházet zejména v rizikovém období dospívání a to vhodným výchovným působením. Základ prevence samozřejmě spočívá v rodině, kde se může typ výchovy významně podílet na sebepojetí daného jedince. Preventivními programy může k snižování incidence onemocnění mentální anorexií přispívat i škola“.

5.2 Léčba mentální anorexie

Náprava (léčba) pacientek s diagnózou mentální anorexie je vždy náročná, vyžaduje komplexní léčbu, při které je nutná spolupráce několika odborníků z různých oborů. Podle Plevové a kol. (2011, s. 173) by měla léčba mentální anorexie sledovat tři následující cíle:

- léčbu dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží, způsobených opakovaným zvracením a zneužíváním projímadel,
- psychoterapii, která by nemocným přinesla pochopení příčin onemocnění, a zejména úlohy, jakou mentální anorexie plní v jeho současném životě,

- psychoterapii, zaměřenou pragmaticky na změnu „špatných“ stravovacích návyků, případně nevhodného životního stylu pacientky.

Léčba je ztížena i obtížným rozpoznáním existence poruchy u daného jedince. Podle Látalové (2015, s. 102) „pacienti s poruchou příjmu potravy často odbornou pomoc nevyhledávají, protože si sami nepřipadají nemocní. Naopak se jim zdá, že dělají vše pro to, aby měli „ideální“ postavu.“ V případě dospívající mládeže je úloha rozpoznání poruchy zejména na rodičích, popřípadě pediatrovi.

„Pakliže ještě mentální anorexie nedospěla až moc daleko, je možné pacientku s tímto onemocněním léčit ambulantně, u těžších případů je ovšem vždy nezbytná hospitalizace. Poté se uskutečňují laboratorní a další vyšetření přímo v nemocničním zařízení. Po překonání krize metabolického rozvratu je možné znovu přejít u pacientky na příjem potravy ústy, který je ovšem nezbytné kontrolovat“ (Gulášová a kol., 2014, s. 30).

Podle Hainera a kol. (2011, s. 380) je prvořadým úkolem léčby mentální anorexie „změnit jídelní chování pacienta, oslabovat jeho nevhodná očekávání a v případě vyhublosti upravit stav výživy a zvýšit jeho tělesnou hmotnost“. Těmto cílům odpovídá podle autora nedramatický, vstřícný a partnerský vztah mezi lékařem a pacientem, ve kterém hraje nemocný aktivní roli – postupně se učí neustupovat strachu z tloušťky, vydržet nepříjemné pocity, spojené s přijímáním potravy a relativizovat nepřiměřené ambice ohledně sebekontroly a tělesných proporcí. Řešení, která lékař nabízí, by měla být konkrétní a vycházet z bezprostřední situace pacienta. Ten obvykle všechny dílčí 16 kroků (např. změnu jídelního režimu, změnu obsahu jídelníčku apod.) vnímá jako nepříjemné a doufá v méně „bolestivé“ řešení. Ovšem je potřeba mít na paměti, že podobně jako u změny jakýchkoliv návyků je i v tomto případě každý odklad jen prodlužováním strádání pacienta.

Látalová, Kamarádová a Praško (2015) zdůrazňují, že „nelze opominout ani spolupráci specialisty na psychoterapii. Problémem však je, že pacienti s poruchou příjmu potravy odbornou pomoc nevyhledávají sami od sebe – jednoduše si nepřipadají nemocní. Na rozdíl od pacientek s mentální anorexií je tento problém ještě závažnější u diagnózy mentální bulimie, neboť zde je hmotnost dívek často zcela normální a tak nevzbudí ani pozornost lékaře“. V případě mentální anorexie jsou možnosti léčby mentální anorexie podle Látalové, Kamarádové a Praška následující:

- **klinické vedení** – cílem léčby pacientky s mentální anorexií není jen náprava stravovacích návyků, ale i změna postojů dívky k sobě samé, k vlastnímu tělu. Nezbytné je obvykle i posílení sebevědomí. Při klinickém vedení pacientky a zejména při léčbě pomocí psychoterapie je přítom zcela zásadní, aby pacientka spolupracovala – to je však obvykle největším problémem, neboť řada postižených děvčat nemá na svou nemoc žádný náhled, nebo se k ní staví ambivalentně (rozpolceně, má protichůdné názory).
- **farmakoterapie** – farmakologické možnosti léčby mentální anorexie jsou velmi omezené. Řada lékařů používá antidepresiva - důvodem jejich preskripce může být častá komorbidita (současný výskyt více nemocí najednou) s depresí, nebo úzkostnými poruchami – v těchto případech je užití antidepresiv skutečně na místě, neboť působí jako prevence sebevražedných pokusů. Antidepresiva však nemají žádnou léčebnou účinnost na úpravu stravovacích návyků, právě naopak – jejich užívání je spojeno se ztrátou chuti k jídlu, žaludečními nevolnostmi, či průjmy. Zámečnicková a Hrdlička (2007, s. 263-266) však upozorňují, že „při použití různých léků bývá složité předpovídat, kdo bude na jakou léčbu pozitivně reagovat a jaký přínos mu zajistí. Pro možné vážné vedlejší účinky medikace psychofarmaky je ale vždy zapotřebí pečlivě zvážit jejich nasazení zejména u kachektických pacientek“.
- **psychoterapie** – jako terapie první volby je doporučována kognitivně-behaviorální terapie, k dispozici jsou i terapie rodinné, interpersonální, krátké, zaměřené na strategie, svépomocně řízené, skupinové i individuální, osobní i internetové (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 102). Němečková (2007, s. 157) dodává, že „z farmakologické léčby bývají kromě antidepresiv podávána i neuroleptika a to pro možnost ovlivnění poruch vnímání vlastního tělesného schématu. Vhodnější jsou atypická neuroleptika, která mají méně vedlejších účinků. Byť v souvislosti s jejich podáváním dochází někdy ke zvýšení tělesné hmotnosti, nejsou neuroleptika podávána s tímto cílem“.

Gulášová a kol. (2014, s. 30) pak doplňuje, že „existuje také síť dobře vybavených středisek tzv. komplexní terapie, ve kterých je odborníky úzkého zaměření poskytován rozsáhlý záběr psychoterapeutických metod včetně méně obvyklých medicínských postupů, jako je např. akupunktura, akupresura, relaxace, baňkování, autogenní trénink, léčení světlem, magnetická léčba, regresní terapie, výuka správné meditace a jiné. Léčí se rovněž hudbou, což se nazývá muzikoterapie, ale třeba i arteterapií – léčba malováním, kreslením. V některých případech je možné se přiklonit i k hypnóze, která ovšem pokaždé musí být v rukou zkušeného psychiatra“.

Krch (2007, s. 420) pak zobecňuje, že „léčba mentální anorexie musí respektovat nejen konkrétní situaci daného nemocného jedince, tak i základní symptomatologii poruchy – nesmí tedy spočívat pouze v pátrání po možné příčině“. Nelze opominout skutečnost, že lékař

většinou pracuje s nemotivovanou, nebo ambivalentní (vnitřně rozpolcenou) pacientkou, která jej navštívila až po tlaku svého okolí, vlivem nevládnutelných obtíží, nebo kvůli neudržitelné zdravotní, či osobní situaci. I Krch pak zdůrazňuje nezbytnost komplexnosti řešení, nestačí se podle něj zaměřit pouze na ty aspekty, které pacientku nejvíce trápí, nebo které je ochotna řešit (zdravotní potíže, fertilitu apod.).

Zejména u mladších pacientek je pak při léčbě mentální anorexie důležitá spolupráce s rodinou. Hainer (Hainer a kol., 2011, s. 380) upozorňuje, že „rodičům je potřeba připomenout, že výskyt mentální anorexie v rodině je vždy přirozeně spojen s nejistotou, obavami a pocity viny, ovšem nyní je potřeba, aby se obviňovat přestali, aktuální problémy svého dítěte pochopili a při jejich řešení byli potomkovi aktivní podporou. Vždy musí věřit v pozitivní změnu. Svépomoc je pak vhodná spíše u lehčích případů mentální bulimie, nikoliv u diagnózy mentální anorexie. Jakkoliv je při léčbě mentální anorexie důležitý již zmíněný partnerský a věcný přístup, i ten má svá omezení a není vhodný zejména tehdy, když je pacientkou příliš vyhublá, na životě ohrožená, nebo navíc nespolupracující anorektička. Pokud je váhový úbytek skutečně výrazný, pacientka má řadu doprovodných zdravotních obtíží (např. dehydrataci, oběhové selhávání apod.), nebo má těžké deprese, či znaky suicidálního chování, je hospitalizace naprosto nezbytná“.

..

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXII

Anorexie u náctiletých dívek

Praktická část bakalářské práce bude formou kazuistiky, vypracovaná dle modelu Majory Gordonové. Práce je zaměřena na určitou pacientku s problematikou mentální anorexie, sledování projevů nemoci, chování pacientky..

Sledování pacientky proběhlo na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, na oddělení pro poruchy příjmu potravy. Sledování pacientky probíhalo také v domácím prostředí.

Informace o pacientce byly získány pomocí osobního rozhovoru, možností nahlédnutí do sesterské a lékařské dokumentace a sledováním chováním pacientky.

Iniciály o pacientce jsou fiktivní, z důvodu zachování anonymity.

Kazuistika

Pacientka byla přijata 14. 9. 2015 plánovaně a opakovaně na Psychiatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí, pro mentální anorexii. Ošetrovatelská péče byla poskytována na oddělení č. 3, zaměřené na poruchy příjmu potravy. Ošetrovatelská péče probíhala od 14. 9. - 29. 1. 2016. Veškeré informace byly získány ze sesterské a lékařské dokumentace, měřením fyziologických funkcí, sledováním v nemocničním a domácím prostředí a rozhovoru s pacientkou. Ke zpracování veškerých informací u pacientky byl použit ošetrovatelský model dle Majory Gordonové.

Jméno: X.Y.

Státní příslušnost: česká

Datum narození: *1995

Pojišťovna: 111

Pohlaví: žena

Typ přijetí: plánované

Oddělení: Psychiatrická klinika 1. LF a UK

Stav: svobodná

Bydliště: Humpolec

Datum přijetí: 14. 9. 2015

Důvod přijetí udáváním pacientem:

Zhoršení zdravotního stavu

Medicínská diagnóza hlavní:

Mentální anorexie (první příznaky hubnutí se projevily 8/2013)

Medicínská diagnóza vedlejší:

Úzkostné stavy

Tabulka č.2 Vitální hodnoty zjištěné při příjmu dne 14. 9. 2015

TK: 100/65 Hypotenze	Orientace: orientovaná
D: 15/min bradypnoe	Stav vědomí: bdělá
P: 56/min bradykardie	Pohyblivost: neomezená
Výška: 174 cm	BMI: 10, 41 kg/ m ²
Váha: 31,52 kg	
TT: 36,2 °C	

Zdroj: AUTOR

Nynější onemocnění

Pacientka byla 14. 9. 2015 opakovaně a plánovaně přijata na Psychiatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Po ukončení hospitalizace (29. 1. 2016) začala pacientka navštěvovat denní stacionář pro poruchy příjmu potravy, jako ambulantní léčbu na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice. Pacientka navštěvuje stacionář každý pracovní den v dopoledních a odpoledních hodinách. Během dne na stacionáři pacientka prodělává různé terapie a komunitní sezení s psychiatrem. Snaží se zdravě a pravidelně stravovat. Udržuje si stálou hmotnost získanou během hospitalizace.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: trpí schizofrenií

Otec: + 56 letech na infarkt myokardu

Sourozenci: 2 sestry, zdravý

Osobní anamnéza

Úrazy: neprodělala žádné větší úrazy

Očkování: pravidelné

Onemocnění: pacientka se s ničím neléčí

Alergologická anamnéza

Léky: neudává

Chemické látky: neudává

Potraviny: neudává

Jiné: neudává

Abúzy

Kouření: nekuřačka

Léky: neudává

Alkohol: příležitostně

Káva: 5-6 denně

Gynekologická anamnéza

Menarche: od 14 let

Trvání: 5–6 dní **Cyklus:** 28 – 30 dní

Intenzita, bolest: bez obtíží, normální

Menopauza: 0

Poslední menses: 4/2015, došlo k zeslabení menstruace, až k úplné ztrátě

Antikoncepce: 0 **Gynekologické vyšetření:** poslední 8/ 2015

Samovyšetření prsou: provádí, ale nepravidelně

Sociální anamnéza

Stav: svobodná

Bytové podmínky: žije v dětském domově (od 4 let), kde má s dětmi i vychovatelky dobrý vztah.

Role a vztahy v rodině: s rodinou má velmi dobré vztahy, časté návštěvy se sestrami. Má v rodině velkou podporu v léčbě.

Volnočasové aktivity: dříve sport, zpěv, tanec, procházky a nyní po zhoršení zdravotního stavu vyhledává četbu.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: pacientka odmaturovala na pedagogické škole a po uzdravení plánuje nástup na vysokoškolské vzdělávání.

Spirituální anamnéza: Pacientka žádnou víru neuznává

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 15. 9. 2015

Ordinovaná vyšetření

Biochemická laboratoř:

Glykémie (↑ 6,42 mmol/l), cholesterol (↑ 6,73 mmol/l), LDL (↑ 3,90 mmol/l), S- Železo 10,8 ukat/l, S- Urea 6,58 mmol/l, S- Kreatinin 71 umol/l, S- ALT 0,20 ukat/l, S- AST 0,37 ukat/l, S- Alkalická fosfatáza 0,89 ukat/l, S- Laktátdehydrogenasa 2,88 ukat/l, S- Triacylglyceroly 1,64 mmol/l, S-C- reaktivní protein 1,6 mg/l

Hematologická laboratoř:

Krevní obraz a diferenciál jsou v normě

Tabulka č. 3 Medikamentozní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Zolafren	tbl.	5 mg	0-0-0-1	antipsychotika
Mirtazapin Mylan	Tbl.	30 mg	0-0-0-1	antidepresiva

Zdroj: AUTOR

Terapie

Arteterapie- jedná se kreslení, kdy bylo pacientce zadané téma, které má nakreslit a poté vysvětlit, proč tento obrázek vybrala.

Ergoterapie- ruční práce (koláže, papírová přání, výroba mýdla)

Remediace- pro pacientky s↓ BMI, jak 16 kg/m². Pacientka si zde procvičovala paměť a myšlení.

Komunity s psychologem- skupinové sezení s psychologem o duševním stavu pacientky, o zvládání stravování a stresu

POSOUZENÍ STAVU ZE DNE 15. 9. 2015

Hlava, krk

Subjektivně: „Bez bolestí hlavy, problémy s polykáním nemám, často mám angíny.“

Objektivně: Hlava nebolestivá, bez deformit, bez traumatologického nálezu, nos a oči bez obtíží, bez výtoku, zornice jsou izokorické, jazyk není suchý, růžové barvy, plazí se středem. Rty bez známek dehydratace, chrup vlastní. Štítná žláza je nezvětšená, lymfatické uzliny jsou nebolestivé a nehmatné.

Hrudník a dýchací systém

Subjektivně: „Pomalé dýchání, při větším příjmu tekutin jsem měla zhoršené dýchání (špatný nádech).“

Objektivně: Bradypnoe (15 / min), hrudník bez deformit, poklep nebolestivý. Poslechové dýchání bez obtíží, čisté. Pacientka nepotřebuje kyslíkovou terapii. Cyanóza nepřítomna.

Srdečně cévní systém

Subjektivně: „mívám nízký tlak, jinak bez problémů.“

Objektivně: Pacientka se nikdy se srdcem neléčila, má dlouhodobě hypotenzi (105/65 mmHg), srdeční akce zachována, bez zánětu, pulzace bez obtíží. Prsa symetrická.

Břicho a gastrointestinální trakt

Subjektivně: „Bolest celého břicha, zácpa, plyny odchází, dlouhodobé nechutenství.“

Objektivně: Břicho měkké, je palpačně nebolestivé, lehce slyšící peristaltika střev, plyny odchází, už delší dobu nebyla na stolici (datum poslední stolice si nepamatuje), stolice nepravidelná. Bez nauzey a zvracení. Občasné nechutenství.

Močový a pohlavní systém

Subjektivně: „časté močení, jinak bez obtíží.“

Objektivně: Močení bez obtíží a bolesti, moč je čirá bez příměsí. Pacientka nemá zavedený permanentní močový katetr. Genitál ženský, bez infekce a výtoku. Bez menarche.

Kosterní a svalový systém

Subjektivně: „bolest celého těla, nejvíc zad.“

Objektivně: Kosti a klouby jsou volně pohyblivé. Bez otoků, páteř symetrická. Pacientka si stěžuje na bolesti kloubů, intenzita bolesti č. 2 (numerická škála bolesti 0-10). Pacientka nikdy neužívala žádné analgetika. Pohyblivost pacientky je volný, neomezený. Svalový tonus je snížený. Kosterní aparát bez deformit.

Nervový systém a smysly

Subjektivně: „nemám žádné smyslové problémy, vidím a slyším dobře.“

Objektivně: Pacientka nemá žádné smyslové problémy, orientovaná místem, časem a prostorem. Spolupracuje, klidná. Dlouhodobá a krátkodobá paměť bez problémů. Reflexy zachovány.

Endokrinní systém

Subjektivně: „nikdy jsem se neléčila v endokrinologii.“

Objektivně: Bez obtíží, štítná žláza není zvětšená.

Imunologický systém

Subjektivně: „bez alergie, bez obtíží.“

Objektivně: Vzhledem ke své tělesné hmotnosti, má pacientka velmi dobrý imunitní systém. Očkování pravidelné, uzliny nezvětšeny, Bez alergie. TT je 36,2 °C.

Kůže a její adnexa

Subjektivně: „, suchá, popraskaná, krvácející kůže, pálení kůže s menší bolesti.“

Objektivně: Kůže bez otoků, suchá, bledá a popraskaná kůže s krvácejícími projevy, místy strupy. V oblasti prstů na rukou. Bez ikteru, cyanózy a otoků. Vypadávání vlasů. Bez invazivních vstupů. Nehty upravené a čisté.

Utřídění informací dle NANDA, taxonomie II ze dne 15. 9. 2015

Doména 1: Podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav, jako dobrý. Její váha jí přijde normální, nepřipouští si, že by to byl problém. Pacientka dřív navštěvovala psychologa, bez úspěchu. Odmítala veškerou pomoc. Pravidelně navštěvuje obvodního lékaře. Dříve se hodně věnovala sportu, ale po snížení váhy ztratila zájem, fyzickou a svalovou sílu. Příležitostně alkohol, nikdy nekouřila. Pacientka je v mírném stresu, chtěla by studovat, ale její zdravotní stav jí to nedovolí, občas až agresivní. Během hospitalizace navštěvují pacientku starší sestry a přátelé, z návštěvy má vždy a zároveň pociťuje smutek.

Použitá měřící technika: 0

Ošetřovatelský problém: stres

Doména 2: Výživa

Pacientka není zvyklá přijímat stravu. Během 6 měsíců zhubla přes 28 kg. Před hospitalizací jedla jednou denně, malé porce, naopak nadbytečně přijímala tekutiny, vypila více, jak 4 litry tekutin za den. Hledala neustále výmluvy, aby nemusela jíst. Nadbytek pohybové aktivity. Nemá problémy s polykáním. Dieta č.3. Nyní během hospitalizace přijímá pravidelnou stravu, stěžuje si na bolesti břicha, velké porce stravy. Příjem tekutin byl snížen, na 2,5 litru denně. Pacientka pije převážně kávu, minerální vody.

Použitá měřicí technika: body mass index- 10,41 kg/m²

Ošetrovatelský problém: malnutrice

Doména 3: Vylučování a výměna

Pacientka před hospitalizací trpěla zácpou. Po přijetí do nemocnice a pravidelným stravováním odezněli problémy s vyprazdňováním. Stolice je nepravidelná (2x týdně), 26 formovaná, bez příměsí. Močení je spontánní, bez potíží, bez příměsí. Pocení je přiměřené, bez zápachu. Použitá měřicí technika: sledování vyprazdňování Ošetrovatelský problém: zácpa Doména 4: Aktivita a odpočinek Pacientka dříve sportovala, současný zdravotní stav jí to nedovolí. Neustále vyhledává pohyb. Přes den pociťuje únavu. Pacientka má v nemocnici problémy se spánkem, způsobené mírným stresem a bolestmi břicha. Ve 22:00 hodin dostává prášky na spaní, ale bez účinku, pacientka spí denně přibližně 5 hodin. Přes den neusne. Pacientka je v riziku pádu, při své váze a medikaci. Během volného času v nemocnici vyhledává aktivitu luštěním křížovek, skládáním puzzlí, kreslením.

Použitá měřicí technika: měření bolesti- numerická škála bolesti- č. 2

Ošetrovatelský problém: porušený spánek, riziko pádu, chronická bolest

Doména 5: Percepce a kognice

Pacientka je orientovaná, při vědomí. Se sluchem a zrakem nemá problémy. Trénování paměti pomocí křížovek a učení cizího jazyka. Má občas problémy se soustředěním.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 6: Sebepercepce

Pacientka má kolísavou náladu, převažuje spíš negativní nálada. Myslí si, že je na obtíž a vyloučená z rodinného kruhu

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: sociální izolace, nižší sebeúcta

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Pacientka vyrůstá už od dětství v dětském domově, kde je spokojená. S rodinou je v kontaktu, s dobrými vztahy. Každý den jí navštěvují sestry, které jí jsou největší rodinou. Návštěva ji vždy potěší a zlepší jí náladu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 8: Sexualita

Pacientka je bezdětná. Nyní bez menstruace, kvůli snížené hmotnosti. Neprodělala žádnou gynekologickou operaci, bez obtíží.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský proces: 0

Doména 9: Zvládání a tolerance zátěže

Pacientka má obavy z léčby, strach z příbytku na váze. Ve stresových situacích vyhledává pomoc lékaře, sester a rodiny. Během hospitalizace podstupuje terapie na zvládání stresu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: strach

Doména 10: Životní princip

Pacientce nejvíc záleží na rodině a vzdělání, chtěla by dále studovat na vysoké škole. Pacientka není věřící. Má plány do budoucna.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Doména 11: Bezpečnost a ochrana

Pacientka se cítí bezpečně. Myslí si, že léčbu zvládne s úspěchem. Pacientka má suchou, popraskanou kůži, občas krvácející. Časté svědění.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: riziko vzniku infekce z důvodu porušené integrity kůže

Doména 12: Komfort

Pacientka si stěžuje na bolesti zad a kloubů. Bolest způsobuje špatnou náladu, nespavost, způsobuje stres.

Použitá měřicí technika: numerická škála bolesti (0-10), č. 2

Ošetřovatelský problém: chronická bolest, stres

Doména 13: Růst a vývoj

Pacientka neměla žádné problémy v dětství s růstem a vývojem.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Situační analýza ze dne 21. 9. 2015

Pacientka přijata dne 14. 9. 2015 na Psychiatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze pro mentální anorexii. Hmotnost při příjmu byla 31, 52 kg. Po přijetí na oddělení byla pacientka uložena do lůžka, byly změřené fyziologické funkce- TK - 100/65, P- 56 / min, D -15 / min, TT – 36, 2°C.

Nyní je pacientka týden hospitalizovaná. Pacientka pociťuje únavu, slabost. Při vědomí, orientovaná, klidná. Stěžuje si na slabé bolesti v oblasti zad a kloubů. Na numerologické tabulce bolesti 0-10 (10 je nesnesitelná) označuje svojí bolest číslem 2. Pohyblivost je neomezená, hygienu a stravování vykoná sama. Pacientka dostává pravidelnou stravu s přídatky (druhá večeře). Po jídle si pacientka stěžuje na bolesti břicha, nevolnosti a slabost. Chronická bolest zad v sakrální oblasti a bolest břicha po jídle narušují spánek a zhoršují náladu pacientky. Pacientka dostává kolem 22 hodiny večer prášky na spaní (Zolafren, Mirtazapin Mylan). Stolice je nepravidelná, močení spontánní, bez obtíží. Celkově se zdravotní stav pacientky nepatrně zlepšil. Každý den jí navštěvují starší sestry, podporující v léčbě. 29

7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELKÝCH DIAGNÓZ DLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy jsou určeny z NANDA II. Taxonomie

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Nevyvážená strava: méně než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení metabolismu

Chronická bolest (00133)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsáný pomocí termínu pro takové poškození, náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované, bez očekávaného nebo předvídatelného konce s trváním delším než 6 měsíců.

Porušený spánek (00095)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 1: Aktivita/ spánek

Definice: Narušení množství a kvalitu spánku poškozující fungování organismu

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/ tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

Zácpa (00011)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: funkce gastrointestinálního traktu

Definice: Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřené, tuhé a suché stolice.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Riziko pádu (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída2: Riziko poškození

Sociální izolace (00053)

Doména 12: Komfort

Třída3: Sociální izolace

Riziko vzniku infekce, z důvodu porušené integrity kůže (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 1: Riziko infekce

Ošetřovatelská diagnóza č. 1: Nevyvážená strava: méně než je potřeba organismu (0002)

Doména č. 2: Výživa

Třída č. 1: Příjem potravy

Určující znaky:

- Snížená hmotnost o 20 %, což není s ohledem na výšku a typ pacientky ideální, slabost žvýkacích a polykacích svalů

Související znaky:

- Neschopnost požití nebo strávit stravu

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka bude mít zájem přibrat na tělesné hmotnosti do 7 dnů

Dlouhodobý cíl: Pacientka přibere na váze, dle požadavků lékaře do konce hospitalizace

Očekávané výsledky:

- Pacientka navyšuje svoji váhu 1 kg/ týdně – neustále během hospitalizace
- Pacientka bude v lepší duševní pohodě- do 3 dnů
- Pacientka bude mít zájem podílet se na léčbě- do 1 týdne

Plán intervencí:

1. Sleduj u pacientky tělesnou hmotnost, aktivitu, svalovou sílu – průběžně (všeobecná sestra, lékař)
2. Promluv si s pacientkou o problémech spojené s nemocí a sleduj její verbální i neverbální projevy – průběžně (všeobecná sestra)
3. Zajisti pacientce vhodnou aktivitu, podporující léčbu – průběžně (všeobecná sestra)
4. Vysvětli možné komplikace, pokud nedojde k léčbě – do 1 hodiny (všeobecná sestra, lékař)

Realizace 21. 9. 2015

Pacientka byla opakovaně přijata na Psychiatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pro mentální anorexii. Pacientka vážila 31,52 kg. V prvních dnech pacientka pociťovala mírné deprese, chtěla z nemocnice odejít.

Po pár týdnech došlo ke zlepšení, pacientka začala postupně přibírat na tělesné hmotnosti, přibližně 0,5 kg / týden. Pacientka dochází na skupinové terapie a komunity, které zlepšují pacientky duševní pohodu, bez stresu a strachu. Byla seznámena s možnými komplikacemi, pokud se nebude pravidelně a zdravě stravovat.

Každý týden dochází k měření tělesné hmotnosti a svalové síly. Již po 1 týdnu hospitalizace je vidět zlepšení duševního a zdravotního stavu.

Hodnocení 23. 9. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka má zájem na zlepšení své tělesné hmotnosti. Dlouhodobý cíl je plněný částečně, pacientka přibrala 0,5 kg za týden. Cíl trvá.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2: Chronická bolest (00133)

Doména č. 12: komfort

Třída č. 1: tělesný komfort

Určující faktory:

- Snížená interakce s lidmi, omezena schopnost vykonávat předchozí činnosti, anorexie, vyčerpání

Související faktory:

- Chronická tělesná/ psychosociální nezpůsobilost

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka se učí mírnit bolest o jeden stupeň do 7 dnů

Dlouhodobý cíl: U pacientky dojde ke zmírnění chronické bolesti do konce hospitalizace

Očekávané výsledky:

- Pacientka se učí metody, kterými lze zmírnit bolest – do 2 dnů
- Pacientka dokáže svou bolest vyjádřit verbálně a neverbálně - do 3 dnů
- Pacientka rozumí hodnotící numerické škále bolesti (0-10) – do 1 hodiny
- U pacientky došlo ke zmírnění chronické bolesti – neustále během hospitalizace

Plán intervencí:

1. Vysvětlí pacientce úlevové polohy – do 3 hodin (všeobecná sestra)
2. Seznam pacientku se záznamem bolesti (numerické hodnocení bolesti) – do 30 minut (všeobecná sestra)
3. Komunikuj s pacientkou o bolesti a sleduj její neverbální projevy – neustále během hospitalizace (všeobecná sestra)
4. Sleduj fyziologické funkce (TK, P, TT, D) – 3x denně (všeobecná sestra)
5. Odstaň veškeré faktory, které způsobují bolest – do 2 dnů (všeobecná sestra)

Realizace 21. – 23. 9. 2015

Pacientka si při příjmu stěžovala na chronické bolesti zad v sakrální oblasti. Lékařem byla vysvětlena příčina bolesti (úbytek váhy). Při příjmu udává bolest na numerické tabulce bolesti číslo 6. Pacientka byla seznámena s úlevovými polohami a lékařkou byla poučena, aby měnila často polohy. Pacientka dokázala popsat svoji bolest a mluvit o ní. Během hospitalizace bolest částečně vymizela, pacientka udává na numerické tabulce bolesti č. 2. Pravidelné sledování fyziologických funkcí.

Hodnocení 23. 9. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka si umí vyhledat úlevovou polohu. Dlouhodobý cíl byl splněn, došlo ke zmírnění chronické bolesti zad.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3: Porušený spánek (00095)

Doména č. 4: aktivita/ odpočinek

Třída č. 1: spánek/ odpočinek

Určující faktory:

- změna normálního vzorce spánku, nespokojenost se spánkem, udávání stavu bdělosti, neuvádí pocit dostatečného odpočinku, udává potíže s usínáním, snížená schopnost fungovat

Související faktory:

- množství přijaté stravy, deprese, oddělení od blízkých osob, únava, úzkost, přemýšlení o domově

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka se adaptuje na daném oddělení a dojde ke zlepšení spánku do 7 dnů

Dlouhodobý cíl: Pacientka spí nepřerušovaně a klidně do konce hospitalizace

Očekávané výsledky:

- Pacientka ví, že přes den by neměla spát, aby v noci mohla usnout – do 1 hodiny
- Pacientka zná zásady pro dobré usínání (vyvětraný pokoj, upravené lůžko) – do 30 minut
- Pacientka zná důvody, které způsobují nespavost – do 2 hodin
- Pacientka je v lepší duševní pohodě – neustále během hospitalizace

Plán intervencí:

1. Zjistí problém, který způsobuje poruchu spánku – do 3 dnů (všeobecná sestra, lékař)
2. Seznam pacientku se zásadami před usínáním – do 1 hodiny (všeobecná sestra)
3. Podej léky na spaní dle ordinace lékaře – dle ordinace lékaře (všeobecná sestra)
4. Zajisti, dostatek aktivity přes den – neustále během hospitalizace (všeobecná sestra)

Realizace 21. – 23. 9.2015

Pacientka si po dvou dnech hospitalizace stěžovala na nespavost. Pacientka spí přes den, proto jí byla zajištěna aktivita během dne. Narušený spánek způsobovala chronická bolest a nitrobršišní tlak po jídle. Před spaním byl vyvětrán pokoj a ustlané lůžko. Spánek se poté zlepšil, občasné problouzení v noci. Pacientka dostává léky na spaní (Zolafren, Mirtazapin Mylan).

Hodnocení 23. 9. 2015

Spánek se u pacientky zlepšil, krátkodobý cíl se splnil. Pacientka má stále problémy se spánkem, tak dlouhodobý cíl trvá

Ošetřovatelská diagnóza č. 4: Strach (00148)

Doména č. 9: Zvládání tolerance zátěže

Třída č. 2: Reakce na zvládání zátěže

Určující faktory:

- Cítí sníženou sebejistotu, často bývá rozrušená, nechutenství, zvýšené pocení

Související faktory:

- Přirozené (např. bolest, ztráta fyzické podpory)

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Naučit se projevit strach do 2 dnů

Dlouhodobý cíl: Zbavení a zvládání strachu u pacientky do konce hospitalizace

Očekávané výsledky:

- Pacientka dokáže mluvit o strachu – do 2 dnů
- Pacientka umí zvládat strach bez větších problémů – do konce hospitalizace
- Pacientka je v lepší psychické pohodě – do 5 dnů 35
- Dostatečná informovanost pacientky o veškerých výkonech – do 2 hodin

Plán intervencí:

1. Zjistí, co způsobuje pacientce strach – do 2 dnů (všeobecná sestra, lékař)
2. Promluví si s pacientkou, slovní rozmluva – neustále během hospitalizace (všeobecná sestra)
3. Informuj pacientku o všech možnostech zvládnání strachu (dechová cvičení) – do 30 minut (všeobecná sestra)
4. Informuj pacientku, o všech postupech v léčbě během hospitalizace – neustále během hospitalizace (všeobecná sestra, lékař)
5. Podávání léků dle ordinace lékaře a sledování jejich účinků – dle ordinací lékaře (všeobecná sestra)
6. Zapisuj veškeré informace do ošetrovatelské dokumentace (chování pacienta, aplikace léčiva jejich účinky) – neustále během hospitalizace (všeobecná sestra)
7. Nabídní pacientce pomoc psychologa – dle ordinace lékaře (všeobecná sestra, lékař)

Realizace 21. 9. – 23. 9.2015

Hovořili jsme s pacientkou o problémech a strachu, které způsobují obavy. Strach, že ne nevyлéčí a z vyšetření, které jí čekají. Pacientka promluvila o svých problémech. Pacientce byla vysvětlena veškeré postupy v léčbě a průběh terapii, které ji čekají. Byla seznámena s chodem oddělení. Pacientka navštívila psychologa (lékař z oddělení), kterého přijala. Sledujeme psychický stav pacientky a její reakce a vše zapisujeme do ošetrovatelské dokumentace. Pacientce jsou podávány antidepresiva a antipsychotika, sledování účinků a informování sestry o možných problémech.

Hodnocení 23. 9.2015

Pacientka promluvila o strachu. Nejvíce jí pomáhá přítomnost psychologa, rodiny. Krátkodobý cíl byl splněn. Po návštěvě psychologa došlo u pacientky ke zlepšení psychické pohody. Pacientka psychologa navštěvuje 3krát týdně. Dlouhodobý cíl trvá.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5: Zácpa (00011)

Doména č. 3: Vylučování a výměna

Třída č. 2: Funkce gastrointestinálního traktu

Určující faktory:

- Změna v běžné vyprazdňování střeva, má anorexii, zvýšený nitrobřišní tlak, oslabené nebo hlasité střevní zvuky, vzedmuté břicho, není schopna se vyprázdnit, pociťuje abdominální bolest. 36

Související faktory:

- Nedostatečná tělesná aktivita, deprese, nedostatečný příjem vlákniny, nevhodný příjem potravy, nevhodné zvyklosti při stravování.

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka se vyprázdní do 5 dnů

Dlouhodobý cíl: Pacientka se naučí sestavit jídelníček, aby došlo k pravidelnému vyprazdňování, bez obtíží do konce hospitalizace

Očekávané výsledky:

- Pacientka se dostatečně vyprázdní – do 5 dnů
- Dojde ke zlepšení psychického a zdravotního stavu pacientky – do 3 dnů
- Pacientka má zájem na zlepšení jídelníčku a pravidelné stravy – do 1 týdne

Plán intervencí:

1. Zhodnot' datum poslední stolice – ihned (všeobecná sestra, lékař)
2. Zajistit vhodnou stravu a tekutiny – do 1 hodiny (všeobecná sestra)
3. Pouč pacientku o problémech s dlouhodobou zácpou – do 2 dnů (všeobecná sestra)

Realizace 21. – 23. 9.2015

Při příjmu u pacientky nebylo zjištěné datum poslední stolice, nepamatuje. Po třech dnech hospitalizace s pravidelnou a zdravou stravou byla u pacientky objevena menší náznak stolice. Pacientka byla seznámena s problémy při dlouhodobé zácpě. Chce se podílet na léčbě a naučit se sestavit zdravý a pravidelný jídelníček. Neustále sledování stravování a vyprazdňování u pacientky. Došlo ke zlepšení duševní pohody u pacientky. Menší nitrobřišní tlak po menším vyprázdnění.

Hodnocení 23. 9.2015

U pacientky došlo k menšímu vyprázdnění po pravidelné a zdravé stravě a krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl stále trvá.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ

Pacientka byla přijata opakovaně a plánovaně přijata na Psychiatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, na oddělení poruch příjmu potravy. Při příjmu byla pacientka klidná, orientovaná, soběstačná, seznámena chodem a řádem oddělení.

První dny pociťovala pacientka velkou úzkost, smutek, stesk, byla uzavřená do sebe. Stěžovala si na bolesti zad a bolesti břicha po každém jídle. Pacientce byla doporučena úlevová poloha a jiná doporučení. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace bez invazí. Sledování fyziologických funkcí, chování pacientky. Pacientka vypila více, jak 3 l tekutin denně, převážně kávu.

Po pár týdnech se začal stav pacientky zlepšovat, začala přibírat na váze, zlepšení psychické pohody, omezení příjmu tekutin. Pacientka začala vyhledávat kontakt s ostatními pacientkami a zdravotnickým personálem.

Nyní dochází pacientka do denního stacionáře na Psychiatrické klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde pokračuje v léčbě. Snaží si udržet současnou váhu.

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Téma mentální anorexie je velmi zajímavé téma, které může postihnout všechny věkové kategorie. Na základě načtené odborné literatury a získaných informací v nemocničním prostředí jsme sestavili několik doporučení pro praxi, pro pacientku, zdravotnický personál a rodinu.

Doporučení pro pacientku

- Dbát na veškeré lékařské a sesterské rady
- Snažit si udržet momentální váhu
- Správné a pravidelné stravování
- Snažit se být v dobré duševní a fyzické pohodě
- Snažit se komunikovat s lidmi o svých problémech

Doporučení pro zdravotnický personál

- Vybudovat si u pacienta určitou důvěru
- Sdělovat pacientce veškeré informace o zdravotním stavu a veškerých vyšetření • Sledovat a odhadovat chování pacientky
- Zajistit dostatečnou léčebnou a ošetrovatelskou péči
- Empatický přístup
- Informovat pacientku o onemocnění, projevech a možných komplikacích

Doporučení pro rodinu:

- Podpora pacientky v léčbě (vyslechnout pacientku a mluvit s ní o problémech)
- Sledovat chování pacientky, projevy nemoci
- Hledat informace o léčbě (nové informace o nemoci)
- Trpělivost s pacientkou
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem a dbát na jejich pokyny
- Navázat psychiatrickou pomoc

ZÁVĚR

Mentální anorexie je vážné onemocnění, které je řazeno do skupiny poruch příjmu potravy. Toto onemocnění je velmi zajímavé a v lidské populaci má vzestupný výskyt.

Bakalářská práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část, kde jsme se zaměřili na určitou pacientku s mentální anorexií.

V teoretické části jsme rozebrali charakteristiku onemocnění, její projevy, příčiny a léčbu.

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl vybrán koncepční model M. Gordonové. Pacientka byla sledována na Psychiatrické klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici na Karlově náměstí. Spolupracovala, byla ochotná komunikovat i při špatné náladě. Veškeré informace byly získány z lékařské a sesterské dokumentace, sledováním pacientky a rozhovorem s pacientkou. Následně jsme stanovili ošetřovatelské diagnózy dle NANDA, Taxonomie II, kde jsme sestavili plán ošetřovatelské péče, realizace a zhodnocení.

Cílem bakalářské práce byla informovanost o příčinách, projevech a léčbě mentální anorexie. Tento cíl se podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knižní zdroje

DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9854-7

DVOŘÁKOVÁ, Petra. Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši. Brno: Host, 2009. ISBN 978-80-7294-318-0.

HAINER, Vojtěch a kol. 2011. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.

HELUS, Zdeněk. Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

KELNAROVÁ, Jana., MATĚJKOVÁ, Eva. 2010. *Psychologie 1. díl*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2831-5.

KRCH, František David, 2008 Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatria pre prax.*, č. 1, ISBN č. 80-7262-420-2.

KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-807-3678-074.

KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4721-309.

LÁTALOVÁ, Klára, KAMARÁDOVÁ, Dana, PRAŠKO, Ján. 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-6644-7.

NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kol. 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.

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

PLEVOVÁ, Ilona, a kol. 2011. *Ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7103-8.

ROKYTA, Richard a kol. 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9902-5.

VALIŠOVÁ, Alena, KASÍKOVÁ, Hana. 2011. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1. 41

WEISS, Petr, a kol. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZEMANOVÁ, Vanda, Dolejš, Martin. 2015, *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4492-5.

Internetové zdroje

Anorexia.cz. Mentální anorexie [online] [cit. 16-03-2016]. Dostupné z <http://www.anorexia.cz/>

JANKŮ, Michal. Mentální anorexie je provázána abnormální aktivitou dopaminových receptorů. Profesní aktuality. 2005.[online]. [cit. 29-08-2016] Dostupný z <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/mentalni-anorexie-je-provazena-abnormalni-aktivitou-dopaminovych-167837>.

KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. Medicína pro praxi. [online] 2007, 4 (10) [cit. 20-03-2016]. Dostupné z <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. Psychiatria pre prax.[online] 2007, 4 [cit. 21-03-2016]. Dostupné z <http://www.solen.sk/pdf/0b0b99006ff15289715e3e15a4208f6e.pdf>

Časopisecké zdroje

GULÁŠOVÁ, Ivica, GÖRNEROVÁ, Lenka, CETLOVÁ, Lada, DVOŘÁKOVÁ, Vlasta, 2014 Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie. Zdravotnictví a medicína. 2014. ISSN č. 16, s. 30..

KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří, 2006 Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. Pediatrie pro praxi. č. 3, ISSN 1534-7796.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, HAMROVÁ, Michaela. 2009. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. New EU Magazine of Medicine. č. 1-2, ISSN 1802-1298

STUDENÁ, Radka. 2013. Mentální anorexie. Sestra, č. 07-08. s. 43-44.

ZÁMEČNÍKOVÁ, Renata, HRDLIČKA, Michal. 2007 Farmakoterapie u mentální anorexie. Psychiatrie pro praxi, č. 6, ISSN s. 263-266.

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení

Příloha B - Rešerše

A – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem, „Anorexie u náctiletých dívek” v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Příloha B – Rešerše

Anorexie u náctiletých dívek

Kristýna Běláková

Jazykové vymezení: Český jazyk, německý jazyk

Klíčová slova: Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, dospívání

Klíčová slova v německém jazyce: Anorexia nervosa, Pubertät, Essstörungen

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: Knihy, články, vysokoškolské práce, elektronické zdroje

Počet záznamů: 261 (knihy: 94, články: 148, elektronické zdroje: 19)

Použití citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

– Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

– Databáze vysokoškolských prací (www.these.cz)