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

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Bakalářská práce

DOMINIKA DUDOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D.

Praha 2019

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

DUDOVÁ Dominika

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s poruchou příjmu potravy

Nursing Process of Patient with Eating Disorder

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25.4. 2019

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Ivaně Stehlíkové, Ph.D. za podporu a odborné vedení bakalářské práce. Poděkování patří také Mgr. Haně Tošnarové Ph.D. za pravidelné konzultace, ochotu a cenné rady.

ABSTRAKT

DUDOVÁ, Dominika. *Ošetřovatelská péče u pacienta s poruchou příjmu potravy*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Ivana Stehlíková Ph.D. Praha. 2019.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části této práce je popis nejčastějších poruch příjmu potravy, jejich příznaky, průběh, následky, léčba a také historie. Jsou zde zmíněny základní informace o poruchách, doprovázejících poruchy příjmu potravy. Praktická část je popis ošetřovatelské péče u vybrané pacientky trpící poruchou příjmu potravy. V této části práce jsou rozpracovány jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu, který je zpracován podle modelu D. Johnsonové.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, Anorexie, Bulimie, Hospitalizace, Ošetřovatelský proces

ABSTRACT

Abstract DUDOVÁ, Dominika. *Nursing care for patients with eating disorders*. Medical College of Nursing, o.p.s. Classification: Bachelor (Bc.). Supervisor of the thesis: Mgr. Ivana Stehlíková Ph.D. Prague. 2019.

This bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The first one deals with the description of the most common eating disorders, their symptoms, progression, consequences, cure and history as well. There are also mentioned basic information about disorders that accompanies these eating disorders. The practical part contains description of the medical care on the one specific patient who suffers from eating disorder. Also, there are precisely described individual phases of the medical care, which are based on the D. Johnson model.

Keywords

Eating disorders, Anorexia, Bulimia, Hospitalization, Nursing process

OBSAH

ÚVOD 9
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY 12
1.1 HISTORIE DIAGNÓZY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 13
1.2 OBVYKLÝ PRŮBĚH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 14
1.3 PŘÍSTUPY K LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 17
1.3.1 Psychoanalytický přístup 17
1.3.2 Terapie orientovaná na tělo 17
1.3.3 Farmakoterapie 18
1.3.4 Kognitivně - behaviorální přístup 18
1.4 PŘIDRUŽENÉ PORUCHY 19
1.4.1 Úzkost 19
1.4.2 Obsedantně kompulzivní porucha 20
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE 22
2.1 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE 23
2.2 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE 25
3 MENTÁLNÍ BULIMIE 27
3.1 LÉČBA MENTÁLNÍ BULIMIE 29
3.2 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE 30
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 32
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY 35
5.1 MODEL JOHNSONOVÉ 38
6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT 43
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 50
ZÁVĚR 51

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 52
PŘÍLOHY

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy řadíme dnes mezi psychiatrická onemocnění, spojená s nezanedbatelnými zdravotními následky. Jsou to velmi vážná onemocnění, u kterých člověk postupem času ztrácí kontrolu nad svým jídelním režimem a později i nad svým životem. Nejčastěji jsou lidé, trpící těmito poruchami, perfekcionističtí, s vysokými nároky na sebe i na své okolí. Záleží ale na tom, o jakou poruchu se konkrétně jedná, neboť tyto příznaky se mohou lišit.

Tento negativní postoj k životu, jímž se každá porucha příjmu potravy vyznačuje, a který si postižení sami vytváří ve své hlavě, se postupně odráží nejen na duševním a tělesném stavu, ale i na jejich společenském životě. Mezi nejčastější případy patří ztráta partnera, přátel, konflikty s rodinou, ztráta nebo odchod ze zaměstnání.

Velký vliv mohou mít média, vyzdvihování kultu štíhlosti, modelingové agentury, módní časopisy, příliš štíhlé herečky, velmi malé konfekce oblečení a mnoho podobných prvků. Nejčastěji se tento tlak projeví na dívkách v pubescentním věku, protože nejsou dostatečně vyspělé na to, aby si uvědomovaly a byly schopny ocenit vlastní osobnost. Často nejsou schopny ztotožnit se se svojí identitou takovou, jaká je. Není ale výjimkou, když přijde do ordinace pacient nebo pacientka s mentální bulimií nebo anorexií ve vyšším i nižším věku.

Velmi často jsou tito pacienti v pozdějším stadiu nemoci nerespektováni okolím. Protože oni nedokázali být štíhlí a úspěšní, jak je to dnes módní, ale skončili nemocní, vyhublí a smutní za zdmi psychiatrických léčeben a klinik.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vysvětlit termín poruchy příjmu potravy a pojmy s ním spojené, poukázat na historii, možné příčiny, důsledky a léčbu.

Cíl 2: Popsat specifika ošetřovatelské péče u pacienta s poruchami příjmu potravy.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat ošetřovatelský proces u pacientky s poruchou příjmu potravy.

Cíl 2: Rozpracovat přehled ošetřovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II.

Vstupní literatura

COOPER, Peter J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál-. ISBN 978-80-262-0706-1.

KRCH, František David, 2008. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.

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

ZAPLETALOVÁ, Anna, 2013. Poruchy příjmu potravy - aneb když je jídlo jed i lék. *Florence,* 9(5), 11-13. ISSN 1801-464X.

Popis rešeršní strategie

Vyhledání odborných knih a publikací, které byly následně použity do bakalářské práce s názvem Ošetřovatelská péče u pacienta s poruchou příjmu potravy, proběhlo v časovém období listopad 2017 až únor 2018.

Základem rešerše bylo vyhledání klíčových slov v jazyce českém, anglickém a slovenském. Tato rešerše byla zpracována na Vysoké škole zdravotnické v Praze.

Použita byla databáze Medvik – tj. katalog Národní lékařské knihovny, dále databáze kvalifikačních prací (www.thesis.cz), Jednotná informační brána (www.jib.cz), Discovery systém summon (www.nlk.cz) a Souborný katalog ČR (http://sigma.nkp.cz) a to v časovém omezení od roku 2008 po současnost. Jako druh dokumentů byly vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku.

Klíčová slova v českém jazyce byla: poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie, hospitalizace, ošetřovatelský proces.

Klíčová slova v anglickém jazyce byla: eating disorders, anorexia, bulimia, hospitalization, nursing process.

Pomocí této rešeršní strategie bylo vyhledáno 39 záznamů.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, když člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým problémům pomocí změny stravování. Zprostředkovatelem uspokojení při obtížných životních situacích nebo při nepříjemných pocitech je tedy jídlo a vlastní tělo. Právě tělo se stává terčem drastických metod nemoci (KRCH, 2010).

Pro všechny poruchy příjmu potravy je naprosto typické, že se osoby jimi trpící snaží jejich přítomnost utajit a to co nejdelší dobu. Mnohdy nepřiznají svoji nemoc ani sami sobě a předstírají, že žijí naprosto normálním životem. Po určitou dobu se jim to daří, dokud není jejich onemocnění viditelné, v tu chvíli už ale nemoc bývá v pokročilém stadiu (PAPEŽOVÁ, 2010), (ZAPLETALOVÁ, 2013).

Postupem času se vlivem nevyváženého poměru potravy a také zkresleným vnímáním sebe samé mění i celkový náhled na vlastní tělo. Mění se takzvaný vlastní schematický tělesný obraz, kdy si nemocní připadají příliš tlustí, přestože mají normální váhu nebo podváhu. Tahle fáze je velmi zásadní, protože v tuto chvíli se postižený stává skutečně duševně nemocným a ve většině případů nedokáže sám z této situace najít cestu ven. V posledních letech se posouvá hranice trpících PPP k nižšímu věku, protože již v dětství je výživa, rozvoj fyzické aktivity, psychomotorické funkce a formování vlastní osobnosti indikátorem k onemocnění, nebo naopak prevencí. Obzvláště výživa má totiž u dětí nezastupitelný význam ve vývoji, růstu a budování imunitní funkce (PAVLÍČKOVÁ, 2012).

Nesmíme však opomíjet psychickou stránku člověka, neboť ta odehrává v poruchách příjmu potravy klíčovou roli. V pokročilém stadiu je již nevyhnutelná ambulantní léčba u psychologa či psychiatra, nebo hospitalizace v psychiatrickém ústavu. Poruchy příjmu potravy jsou tedy nemocněním biopsychosociálním (PAPEŽOVÁ, 2010).

U dětí se ale onemocnění mnohem hůře diagnostikuje vzhledem k dětské konstituci těla a k jednomu z nejdůležitějších znaků amenoree (vynechání menstruace), protože někteří dětští pacienti ještě menstruačního cyklu ani ve svém věku nedosáhli. Proto platí, že s dětstvím neodmyslitelná prevence spočívá nejen v pozornosti vůči chování

a prožívání dětí, ale také v pravidelných preventivních prohlídkách u lékaře, aby bylo možné zjistit a poznat, zda se dítě správně a zdravě vyvíjí, či nikoli.

Pokud se onemocnění projeví již v dětském věku, je zde mnohonásobně vyšší riziko trvalých následků ať už fyzických či psychických. Zpravidla ale platí, že čím dříve se onemocnění rozpozná a začne se léčit, tím větší je naděje na úplné uzdravení.

Pacienti trpící mentální bulimií jídlo často zvrací, a tím jsou velmi odtrženi od norem klasického stolování. Mají například problémy posedět s přáteli u oběda po dojezení jídla, nebo si dát zákusek, aniž by museli běžet to, co požili, vyzvrátit. Podobně jsou na tom mentální anorektici, kteří se společnému stravování raději rovnou vyhýbají, a tak postupně omezují setkávání s přáteli. Mají tedy často problémy se zařazením se do společnosti, protože jídlo je společenskou událostí, kterou oni pojali dle obrazu svého (ZAPLETALOVÁ, 2013).

Dále je obvyklé, že se k příznakům poruch příjmu potravy řadí například sebepoškozování, alkoholismus a jiné závislosti nebo kriminalita.

Postupně si totiž nemocní uvědomují, že se nedá žít s PPP a přitom vycházet s okolím, které se o ně zajímá a dělá si starosti. Většinou jim ani pozornost okolí totiž nepřipadá dostatečná a obavy svých blízkých velmi bagatelizují a zpravidla jim okolí přestává rozumět. Často nemocné odsuzují, že si za svoje problémy mohou sami a neváží si jídla. Pro běžnou společnost je těžké pochopit, že poruchy příjmu potravy jsou opravdu vážná onemocnění. Je to „hlad duše“.

To je často příčina toho, že v dospělém věku v tom zůstanou sami a takzvaně od sebe všechny blízké odeženou (PAPEŽOVÁ, 2010).

1.1 HISTORIE DIAGNÓZY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jako první se o poruchách příjmu potravy zmínil již v 5. století před naším letopočtem řecký lékař Hippokrates a označil je pojmem asithia. Ve druhém století našeho letopočtu pak řecký filozof a lékař Galén jako vůbec první použil termín „anorexie“.

První zmínka o dívce, která skutečně dobrovolně trpěla hlady, pochází ze 14. století. Šlo o sv. Kateřinu ze Sienny. Její příběh byl ale založen spíše na víře než na mentální

poruše. Od svých šestnácti let žila o vodě, chlebu a čerstvé zelenině. Pokud někdy snědla něco navíc, udává se, že jedla kořínky, aby si spolehlivě vyvolala zvracení.

První opravdové klinické příznaky, které odpovídají diagnóze dnešní mentální anorexie, jsou zaznamenány až v 17. století. Nejdokonaleji anorexii popisuje anglický lékař Richard Morton v díle Phthisiologia, kde popisuje nervové opotřebení. Morton je tedy uváděn jako první portrétista mentální anorexie.

V 19. století byl již termín anorexie všeobecně přijat, byl jím označen chorobný stav, který se ale symptomatologicky poněkud lišil.

O bulimických syndromech se historie zmiňuje pouze sporadicky. Udává se, že ve starověkém Římě se ve vyšších vrstvách přejídání považovalo za obecný jev. Nebylo ani výjimkou, když lidé jídlo cíleně zvraceli. Již v roce 65 našeho letopočtu napsal římský filozof a dramatik Seneca, že: „Lidé jedí, aby zvraceli a zvrací, aby jedli“.

V roce 1979 užil poprvé termín „bulimia nervosa“ anglický psychiatr Gerard Russel. Tuto poruchu specifikoval jako opakované nutkavé přejídání s chorobným strachem ze ztloustnutí, provázené „pročišťovacími metodami“ (PAPEŽOVÁ, 2010).

1.2 OBVYKLÝ PRŮBĚH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

U dospívajících chlapců i dívek se může mentální anorexie projevit naprosto nevinnými pokusy o změnu životního stylu, o snahu se o sebe více starat, více sportovat, vyzkoušet různé styly stravování a podobně. U některých se tyto pokusy velmi brzy omrzí a pubescent dále zdravě prospívá. Pokud ale snaha o změnu jídelníčku přesáhne určitou mez, není příliš složité to zpozorovat právě při stolování. Postižení jsou totiž až přespříliš zaujatí jídlem a vším, co je s ním spojené. Velmi často například kladou otázky, z čeho je jídlo připraveno, kolik obsahuje tuků nebo sacharidů či jakou má energetickou hodnotu (VYTEJČKOVÁ, 2013).

Časté jsou také manipulace s jídlem, jako je například záměna energeticky hodnotné potraviny za méně hodnotnou s výmluvou, že jimi vybraná potravina je tělu prospěšnější a podobné „fígle“. Pokud ještě není pacient tělesně zcela postižen touto nemocí, dlouho nemusí ani příbuzní, přátelé nebo partneři nic zásadního vnímat. Zlom nastane ve chvíli, kdy se ke „zvláštnímu“ jídelníčku přiřadí i podváha. Pacienti jsou

podráždění, impulzivní, emočně labilní až depresivní, vyhýbají se společnému stolování a chtějí si jídlo chystat výhradně sami (ZAPLETALOVÁ, 2013).

U dětí se velmi často projevují nápadné změny chuti, přestanou jíst čokoládu se slovy, že jim již více chutná jablko a podobně. U dospívajících se mohou často objevit také tendence jídlo schovávat, často okolí přesvědčují, že už jedli, ale nikoli. Lidé trpící mentální anorexií mohou také začít více solit, nebo naopak přestat solit úplně, začít se přepíjet, nebo naopak nepijí téměř vůbec. Vše záleží na tom, jak jim to nemoc v nastaví a jakými kritérii jsou pohlceni. Důležité je zmínit, že pacienti jsou velmi vynalézaví.

U mentální bulimie se průběh onemocnění poněkud liší. Prvním varovným signálem pro rodiče a blízké okolí pacienta mohou být například velké ztráty jídla z ledničky, náhlé a rychlé výkyvy váhy, neustálé zaobírání se jídlem, nebo neustálé vážení se a lpění na samostatném stravování jako u anorexie. Bulimici si často nakupují potraviny za velké finanční částky a naráz všechno sní a následně vyzvrací. To má vliv i na finance nemocných, kdy začne peněz nápadně ubývat. Pokud je pacientem dospělá osoba, pracující a samostatně žijící ve svém bytě, je velice problematické tuto poruchu odhalit. V těchto případech může opravdu dojít až ke smrti (KRCH, 2008).

Ze druhé stránky jsou i velmi často případy dětí a mladistvých bulimiků, kteří žijí s rodiči. Své kapesné utratí za jídlo, rodiče nemají ponětí, kam se jídlo z lednice tak rychle ztrácí, není neobvyklé, že dospívající peníze i kradou.

Rodiče vidí dítě u stolu, kde sní velké množství surovin, často i nevhodně zkombinovaných, ale brzy místnost opustí a zůstává stále štíhlá/ý, nebo hubne.

Nejčastěji svoje „záchvaty“ bulimik dostává, když je sám doma, má tak „čistý vzduch“ a může se nerušeně přejídat a zvracet. Je třeba doplnit, že tato porucha příjmu potravy je pro nemocného i pro okolí mnohem méně pohodlná než mentální anorexie. Zatímco anorektik se celý den stará o to, aby nesnědl o pár kalorií navíc, než mu nemoc „povolila“, a cvičil na co nejvyšší možnou úroveň, bulimik celý den stráví hledáním jídla, jezením a zvracením. Když už je situace opravdu vážná, bulimici často ztratí kontakt s okolím, protože nejsou schopni dojít ani do školy, či do práce. Ať už z vyčerpání fyzického či psychického (COOPER, 2014).

Pro mentální bulimii není narozdíl od mentální anorexie obvyklé, že postižení ztrácí sociální kontakty a vyhýbají se společnosti. Naopak není výjimkou, že povaha anorektiků a bulimiků se nejvíce liší temperamentem a někdy přehnanou otevřeností u bulimických pacientů. Zatímco mentální anorektici se společnosti spíše vyhýbají, mentální bulimici jsou, velmi dlouhou dobu, často extroverti se smyslem pro zmatek, sklony k promiskuitě, pořádání večírků, což souvisí ruku v ruce se sklonem k alkoholismu a drogám (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Ze začátku jsou bulimici často nadšeni z toho, co dokáží. Mohou sníst vše a nepřiberou, stačí „jen“ umět zvracet. Nejdříve se zdá být vše v pořádku, postupem času se ale začnou projevovat negativní dopady velmi rozhozeného stravovacího režimu a celého životního stylu. Nejčastějším prvním varováním pro bulimické pacienty může být kazení zubů, až jejich vypadání, či padání vlasů. Neustále se opakující epizody přejídaní, zvracení a nejezení způsobují někdy až nadměrné kolísání váhy z důvodu nerovnovážné bilance elektrolytů v těle. Tělo bulimiků zadržuje velké množství vody, což vyvolává váhové výkyvy. Tělesná hmotnost se tak může během jednoho týdne pohnout i o několik kilogramů. Takto postižení pacienti jsou z toho často vyděšení, zmatení a úzkostní. Vzhledem k tomu, že již nejsou schopni sami vyjít z bludného kruhu, je jejich jediným řešením další epizoda bulimického záchvatu.

Pokud mentální bulimii nezpozoruje okolí, se kterým dotyčný žije a nikomu se nesvěří, je jednou z možností, jak se nemoc odhalí kolaps a následné lékařské vyšetření na metabolické jednotce (MIDLETTON a SMITH, 2013).

Anorektičtí pacienti, podobně jako psychosomatičtí pacienti v užším slova smyslu, mají potřebu převést vše neuchopitelné, unikající, nejasné – jako emoce či mezilidskou vztahovost – v konktrétní, viditelné, neboť tím je možné lépe manipulovat, nebo se od toho distancovat. Něco mít, vlastnit, něco dělat či něčeho dosáhnout je pro ně snažší než něčím být, než se spolehnout na sebe sám. Dokonce i chaotické pojídání a zvracení je pro ně lepší alternativou než chaotické prožívání, než zabývání se vlastními nezvládnutými potřebami a city (PAPEŽOVÁ, 2012).

1.3 PŘÍSTUPY K LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

1.3.1 Psychoanalytický přístup

Psychoanalytické teorie se shodují v tom, že nejčastější kořeny patologie leží v raném dětství. Jsou podmíněny vztahy s nejbližšími, nejvíce s matkou a projevují se jako patologická osobnostní organizace. Tento přístup je zaměřen na vlastní osobnost pacienta. Pokouší se o porozumění hlubších příčin onemocnění, včetně nevědomých souvislostí.

Psychoanalytický přístup považuje anorektické a bulimické projevy za obrácenou stranu téže mince. Zatímco anorektici mají obsedantní rysy spojené s rigidním superegem, bulimici mají projevy vysoké impulzivity a málo kontrolující superego.

Fakt, že ze spousty pacientů s mentální anorexií se postupem času stali bulimici vede k úvaze o tom, že základem stravovací patologie je primární intenzita hladu a chtivosti, nejdříve ovládaná obrannými mechanismy, které postupně selhávají.

U mentální bulimie se uvažuje o přítomnosti intenzivní nevědomé agrese vůči rodičům. Tato agrese, ikdyž nevědomá, vede právě k patologickému přístupu k jídlu a jeho znehodnocování (BEWERTON a DENNIS, 2014).

1.3.2 Terapie orientovaná na tělo

Porucha vnímání vlastního tělesného schématu lze rozdělit do tří základních komponent.

1. Smyslové, percentuální, objektivní – Nakolik je pacient schopen vnímat skutečné rozměry svého těla a reálný obraz a tím jak vnímá sám sebe subjektivně.
2. Introreceptivní poruchy, neschopnost identifikovat vnitřní pocity, jako je hlad nasycení a afektivní stavy.
3. Paralyzující pocit vlastní neschopnosti.

Terapie orientovaná na tělo může mít více druhů. Velmi často se využívá pohybových cvičení, tance, her, sportu, relaxačních technik. Vztah mezi cvičením a jeho cílem by měl být pacientovi vždy předem objasněn (PAPEŽOVÁ, 2010).

Hlavní cíle této terapie jsou:

1. Obnovit realistický obraz sám sebe
2. Utlumit hyperaktivitu
3. Obnovit společenské dovednosti
4. Naučit se mít rád vlastní tělo

Doporučení, jak objevit pozitivní přístup ke svému tělu, pro ženy léčící se s poruchami příjmu potravy:

- *Pomáhá, když se zorientujete v tématu vývoje ideálu ženské krásy. Pozorováním obrazů, soch a jiných forem umění, zobrazujících ženskou krásu.*
- *Můžete také sledovat, co všechno ovlivňuje vzhled žen, které se vám líbí a přitom nevypadají jako modelky.*
- *Zvolte si na svém těle místo, na které jste schopna nanést krém nebo olej a masírovat ho tak, aby to bylo příjemné. Postupně takto objevujte další místa na svém těle* (PAPEŽOVÁ, 2012).

1.3.3 Farmakoterapie

Tato metoda není metodou první volby při poruchách příjmu potravy, přesto se ale velmi často využívá. Zkoumána byla účinnost řady psychotropních látek, jako jsou antidepresiva, konvenční a atypická antipsychotika, látky stimulující chuť k jídlu a další.

Nejčastěji předepisována jsou ale antidepresiva a to především při výskytu depresivní, anxiozní a obsedantní symptomaticity a při neúspěchu psychoterapie. U multiimpulsivních, komorbidních forem (závislost na psychoaktivních látkách včetně alkoholu, sebepoškozování, kleptomanie, sexuální desinhibice a obsedantně kompulzivní poruchy) je současně s farmakoterapií nutný komplexní specializovaný program (PAVLÍČKOVÁ, 2012).

1.3.4 Kognitivně - behaviorální přístup

Umožňuje identifikaci a změnu patologických myšlenkových a postojových schémat. Principů tohoto přístupu léčby je často využíváno v psychoterapii a hlouběji se tomuto principu věnuje PhDr. Krch.

Mezi hospitalizační léčbu patří denní režim, psychoterapie, farmakoterapie a ve vážných stavech také doplnění nutrice enterálně, či parenterálně.

1.4 PŘIDRUŽENÉ PORUCHY

1.4.1 Úzkost

Úzkost a strach jsou emoce, které prožívá každý člověk a do jisté míry jsou to emoce užitečné, protože připravují organismus na nebezpečí a pomáhají se mu vyhnout.

Pokud tyto pocity přícházejí ve vyšší míře a nečekaně, nepředvídatelně a dlouhodobě, jde o patologické úzkosti.

Úzkost je definována jako takzvaná neurčítá vnitřní tíseň, na rozdíl od strachu, který je spojen s konkrétním definovatelným nebezpečím. Projevuje se somaticky, emocionálně i kognitivně. Může se objevit jako základní charakteristika nemoci nebo jako osobnostní rys, ale také jako symptom provázející jiné psychické poruchy. Příkladem jsou právě poruchy příjmu potravy (PROCHÁZKOVÁ a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017).

Za patologickou úzkost se považuje nadměrné a přetrvávající úzkostné prožívání, které vede k narušení psychosociální adaptace při některých životních činnostech. Vznik patologické úzkosti souvisí nejen s přidruženým onemocněním, ale zejména s osobností pacienta, věkem, pohlavím, či s životními okolnostmi. Úzkostné poruchy nejčastěji začínají v mladším věku a třikrát častěji se objevují u žen, než u mužů.

Úzkost a strach jsou provázeny podobnými pocity a proto jsou často zaměňovány. Intenzita úzkosti se může pohybovat mezi fází snesitelného neklidu až po stav vnitřní paniky. Objevit se může zcela nečekaně a nekontrolovatelně, a nebo jako reakce na stresující podnět. Existuje také takzvaná anticipační úzkost, která je reakcí na podnět objektivně indiferentní, neboli situace, která je objektivně bezvýznamná (ROĽKOVÁ, 2017).

Nejčastější psychické projevy úzkosti:

- intenzivní pocit hrůzy
- strach

- nervozita
- pocit ohrožení
- obava ze ztráty kontroly
- katastrofické myšlenky, kterým se člověk ztěží brání
- problémy se spánkem a koncentrací

Nejčastější somatické projevy úzkosti:

- bušení srdce
- nevolnosti
- pocení, návaly horka, zima
- ztížené dýchání
- ztuhlost končetin
- závratě, motání hlavy

Úzkostná porucha se léčí různými způsoby, například farmakologicky anebo psychoterapií. V nejlepším případě se tyto možnosti kombinují. Z farmakologické léčby se využívají nejčastěji anxiolytika, u kterých ale hrozí riziko vzniku závislosti, proto se doporučují pouze pro akutní krátkodobé užívání. Pro dlouhodobější terapii se využívají také antidepresiva, které riziko vzniku závislosti nepředstavují.

Psychoterapie, ať už individuální nebo skupinová, je žádoucím doplňkem farmakologické léčby úzkosti. Psychoterapie nabízí více postupů a technik, které pacientovi pomáhají zorientovat se ve svém problému a mohou pomoci odhalit konkrétní příčinu vyvolávající úzkost, naučit se těmto situacím předcházet a efektivně je řešit. Zásadní při léčbě úzkosti je také úprava životního stylu a spánkového režimu (ROĽKOVÁ, 2017).

1.4.2 Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha se velmi často objevuje u pacientů s poruchami příjmu potravy. Je popisována nutkavými myšlenkami, kterým se odborně říká obsese. Jsou to vtíravé a obtěžující myšlenky zcela nezávislé na vůli nemocného. Následkem těchto myšlenek vzniká psychická tíseň, která je tlumena formami nutkavého jednání, neboli kompulzemi.

Obsedantní myšlenky (obsese) jsou nápady, impulzy, myšlenky, které se opakují ve stereotypní podobě. Mohou být podloženy precizností, náboženstvím, sexuální nebo filozofickou stránkou a podobně. Podstatou je, že tyto myšlenky pacienta obtěžují.

Kompulzivní činy (kompulze) představují opakované stereotypní jednání. Navazují na obsese a slouží k jejich neutralizaci a snížení nepohody – při obsesivní myšlence a obavě ze znečištění se objevuje opakované mytí a čištění. Při obsesi preciznosti se rozvíjí opakované kontroly, odříkávání slov, modliteb a podobně (KRCH, 2010).

Obsese a impulze se postupem času rozvíjejí a rozšiřují, nakonec tedy zabírají většinu času a výrazně omezují běžné činnosti pacienta. Postižený si uvědomuje, že jsou to jen nápady a že nic takového se pravděpodobně nestane, ale sám fakt, že ho to napadlo, ho silně znejišťuje. Čím více se snaží myšlenku potlačit, tím více se objevuje. Tyto myšlenky, neboli obsese zvyšují napětí a ty jsou neutralizovány kompulzemi (TÓTHOVÁ, 2014).

Nejúčinější léčba obsedantně kompulzivní poruchy je, stejně jako úzkost, kombinací psychoterapie a farmakoterapie. Úspěšná je také kognitivně – behaviorální terapie, při které je pacient poučen o fungování příznaků a možnosti změny. Tato změna spočívá ve vystavení se ohrožujícím podnětům a následném zabránění kompulze (ROĽKOVÁ, 2017).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je nejčastější z poruch příjmu potravy, která se týká především dívek v pubescentním věku, ale výjimkou nejsou ani starší a mladší ženy i muži. Vyznačuje se především velmi radikálním postojem ke své váze a hubnutí, postižený má jasnou představu o tom, jak vypadá jeho tělo a že tak je to špatně. Proto se různými metodami snaží svoji váhu snižovat odmítáním jídla, nadměrným cvičením či užíváním laxativ a diuretik. Často se u takto nemocných projevují úzkostné stavy až deprese, nemocní mají stále pocit, že nejsou dokonale štíhlí a jejich vnímání vlastního těla je naprosto mylné a zkreslené. Anorexie se také objevuje často u dívek s infantilní fixací na matku, nebo na rodinné prostředí, ve kterém vyrůstala a musela je z nějakého důvodu opustit. Tomuto typu mentální anorexie se říká anorexia sympatica.

Anorektici vždy trpí podváhou, někdy velmi nápadnou, ale sami si ji většinou neuvědomují, nebo až ve velmi pozdní fázi nemoci. Často ale umírají s tím, že jsou tlustí (KRCH, 2010).

Příčiny mentální anorexie nejsou vždy zcela jasné a někdy se nemusí zjistit vůbec. Je ale pravděpodobné, že kořeny onemocnění jsou již v útlém věku a poté záleží na mnoha faktorech, zda se nemoc projeví, nebo ne. Nejčastěji se udává, že onemocní pacienti ženského pohlaví a nejvíce v adolescentním věku. Ale není to pravidlem. Onemocnění propadají i muži, děti, ale i lidé ve středním a pokročilém věku.

Z dosavadních zkušeností s mentální anorexií je zřejmé, že největší vliv na psychiku člověka v raném věku a tím v neposlední řadě i na stravovací návyky má rodina, respektive rodiče. Ti formují osobnost dítěte od narození. Nejtypičtějším faktorem pro rozvoj mentální anorexie je přehnaná péče rodičů a tím nátlak na dítě, kdy rodiče chtějí, aby jejich dítě bylo ve všem nejlepší a často se přes něj vrací ke svým vlastním nenaplněným touhám. Tímto způsobem se vyvíjený nátlak na mladého člověka formuje na extrémní perfekcionismus a pokud má pacient v povaze ctižádost, je pravděpodobné, že se může porucha příjmu potravy u pacienta skutečně rozvinout. Jakmile je člověk pod tlakem a začíná mít pocit, že nezvládá vše tak, jak by chtěl, nebo jak by chtěli jeho rodiče, začne být ve stresu. Pak většinou stačí jedna špatně mířená poznámka a to nejčastěji na vzhled pacienta nebo pacientky.

U dospělých pacientů jsou příčiny podobné. S rozdílem, že si nátlak na sebe začali tvořit často sami ať už v zaměstnání, ve vztazích a osobním rozvoji, nebo převzali životní styl od rodičů. Je ale zřejmé, že lidská psychika se formuje od dětství (KRCH, 2010).

2.1 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE

Způsobů léčby mentální anorexie je řada, od ambulantní terapeutické péče u psychologa přes farmakologickou léčbu až k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Důležité však je, aby odborník-psychiatr zhodnotil opravdový stav nemocného a jaký typ léčby je pro něj nejvhodnější.

Pokud je pacient v dětském, či dospívajícím věku, nejprve se často vlivem rodičů ocitne u praktického lékaře, který by mu měl doporučit návštěvu psychologa. Ten zváží, zda u pacienta postačí pouze pravidelné docházení na psychoterapii, případně doporučí návštěvu nutričního terapeuta a pošle pacienta na kontrolu k psychiatrovi. Lékař zhodnotí, jaká farmakologická léčba bude pro daného pacienta nejúčinnější a zda je nutná hospitalizace. O tom nejčastěji rozhoduje tělesná hmotnost a celkový fyzický stav nemocného.

V případě, že se pacient s psychiatrem domluví na ambulantní léčbě v kombinaci s farmakologickou, je možné pacientovi také doporučit navštěvovat různá zařízení, zaměřená právě na problematiku poruch příjmu potravy (ARLETHOVÁ, 2010), (KRCH, 2010).

Enterální výživa

Neodmyslitelnou součástí léčby mentální anorexie je také nutriční podpora, kam zařazujeme enterální i parenterální výživu, která by měla doplnit složky, chybějící ve stravě. Při těžké podvýživě, kdy pacient není sám schopen začít jíst dostatečné množství potravy pro zlepšení tělesného stavu, je potřeba doplnit nutrici různými přípravky.

Příkladem enterální výživy mohou být přípravky upravené farmakologickými firmami tak, aby obsahovaly co největší množství požadovaných složek výživy, jako jsou bílkoviny, sacharidy, tuky, vitaminy, minerály a další důležité látky. A to tak, aby bylo možné tyto přípravky pacientovi podat jinou formou, než tuhou stravou.

Nejčastějším příkladem enterální výživy jsou takzvané sippingy, které jsou vhodné jako doplněk stravy pro pacienty, kteří trpí podvýživou, ale jsou schopni jíst. Sippingem pouze doplní energetickou hodnotu a další výživové složky. Příkladem sippingu může být například nejznámější nutridrink, fresubin, ressource, dále je možné tento přípravek vybírat pro konkrétního pacienta individuálně podle jeho aktuálního stavu. Například s vyšším podílem bílkovin, nebo speciálně upravený pro diabetiky. Výhodou je, že sipping je malé množství tekutiny, pacient tak nemá pocit přesycení ale zároveň obsahuje vleké množství živin. Je také velkou výhodou, že téměř všechny firmy nabízí od každého přípravku několik variant chuti, kterou si pacient může vybrat. Zásadou sippingu je popíjení po doušcích. Výhodou také je, že se vyrábí již i v podobě pudingu či kaše (VYTEJČKOVÁ, 2013).

Pokud ale není možné pacientovi podat výživový doplněk perorální cestou ze zdravotních důvodů, nebo pacient jídlo stále odmítá, je nutné přistoupit k jiné formě podání těchto produktů. Jsou to přípravky s podobným, či stejným složením jako u sippingu, ale speciálně upravené na jinou formu podání. Nejčastější forma podání přes trávící trakt mimo cestu perorální je přes nasogastrickou sondu. Kdy je tekutý výživový přípravek podáván do žaludku. Existuje například i nasojejunální sonda, sonda o něco menšího průměru, která je vedena až do jejuna. Na této výživě je možné pacienta nějakou dobu udržet, než bude schopen znovu začít jíst, maximálně ale po dobu 6 týdnů. Nejčastěji jde o pacienty ve velmi vážném stavu, psychickém nebo fyzickém. Většinou s velkou podváhou. Výživa do sondy potom kape kontinuálně přes enterální pumpu na množství za hodinu, které si určí sám lékař, stejně jako druh přípravku a délku doby enterální výživy.

Nasogastrickou sondu je nutné pravidelně proplachovat, a to speciální Janettovou stříkačkou. Při každém podávání do sondy by měl pacient být vsedě, nebo polosedě, je li to možné. Péče o nasogastrickou sondu provádí sestry a pravidelně kontrolují její průchodnost. Je důležité také kontrolovat pravidelně hloubku zavedení sondy a možnou dislokaci. I s nasogastrickou a nasojejunální sondou je možné normálně jíst, pokud to zdravotní stav dovoluje (VYTEJČKOVÁ, 2013).

Enterální výživa ale může mít samozřejmě i své komplikace. Mezi komplikace enterální výživy patří například chybně spočítaná dávka výživy a potřeby pacienta, čímž může vzniknout hyperalimentace. Projevuje se například průjmy, bolestmi břicha,

závratěmi, u pacientů dlouhodobě hladovějících je riziko realimentačního syndromu. Je tedy třeba dbát na přesné podávání enterální stravy, neboť riziko realimentace může vést až ke smrti (VYTEJČKOVÁ, 2013).

Parenterální výživa

Parenterální výživou se rozumí nutriční podpora podávaná jinou cestou, než přes trávící trakt. Nejčastějšími důvody jsou zdravotní stav pacienta, gastroenterologické potíže a nebo speciální složení parenterálního přípravku, které je nutné pacientovi podat.

Parenterální výživa je vedena intravenozní cestou a je stejně jako výživa enterální nastavena kontinuálně přes pumpu. Většinou je vedena přes centrální žilní kanyly, v některých případech i přes perfierní. Periferní kanyla ale není vhodná pro dlouhodobé zavedění parenterální výživy tak, jako u centrální žíly (VYTEJČKOVÁ, 2011).

Jestliže je možné pacientovi zavést centralní žilní katetr je tato varianta pro pacienta nejvýhodnější. Je ale důležité o katetr pečovat a pravidelně dělat opatření, aby nedošlo k sepsi. U periferního vstupu je zase riziko flebitidy a je to varianta méně pohodlná pro pacienta a méně výhodná pro ošetřující personál.

Dávku, délku a druh parenterální výživy ordinuje a řídí vždy lékař. Druhů parenterální výživy je nespočet, základní dělení je na totální, doplňkovou a speciálně orgánově specifickou. Totální výživou se rozumí úplné nahrazení všech složek potravy, jako jsou bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, vitaminy, stopové prvky. Příkladem totální parenterální výživy jsou vaky all in one, které obsahují všechny již zmíněné důležité složky. Dále doplňková parenterální výživa není vhodná pro celodenní nahrazení výživy. Je ale vhodným doplňkem určitých výživových složek. Orgánově specifická je výživa, která obsahuje kromě složek výživových i složky farmakologické.

U všech pacientů na nutriční podpoře je důležitá pravidelná laboratorní kontrola vnitřního prostředí (VYTEJČKOVÁ, 2011).

2.2 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE

Jako každé onemocnění může mít i mentální anorexie své specifické následky, kterými jsou nejčastěji následky psychické. U vyléčených pacientů s mentální anorexií se ještě roky po vyléčení mohou projevovat depresivní epizody, úzkosti, zvýšená

citlivost vůči okolí. Není výjimkou ani vztahovačnost a nespokojenost sám se sebou. Tyhle potíže se řeší stejně jako u mentální bulimie, farmakologickou léčbou a návštěvami psychologa a psychiatra.

Z fyzických následků se může nejčastěji projevit úplná ztráta menstruačního cyklu, nejvíce u dospívajících dívek, trpících mentální anorexií delší dobu. Dlouhodobě nevyvážená strava může také poškodit další orgány a způsobit řadu chronických onemocnění, například diabetes mellitus II. stupně nebo problémy se štítnou žlázou. V některých případech může mentální anorexie způsobit i celoživotní neplodnost, to hlavně u mladých pacientek (NOVOTNÁ a JANÍČEK, 2012).

3 MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie patří vedle mentální anorexie neméně rozšířenou formu poruch příjmu potravy. A také neméně nebezpečnou. Je to onemocnění, charakterizované opakovanými procesy přejídání se a následovným nutkáním se snědeného jídla zbavit, ať už zvracením, projímadly nebo jinými metodami. Bulimii často předchází mentální anorexie, kdy je dívka natolik vyčerpaná a unavená hubnutím a nejezením, že se začne přejídat, ale následné výčitky z přijatých kalorií ji donutí jídlo z těla zlikvidovat. Bulimici mají často normální váhu nebo nadváhu, méně často i podváhu, záleží na mnoha faktorech. Stejně jako mentální anorektici mají i bulimici zkreslené schéma vnímání vlastního těla a jsou stejně tak velice zaujatí jídlem a svojí váhou (HLUBOCKÁ, 2016), (ŠIMŮNKOVÁ a BARTOVÁ, 2011).

Největším problémem je, že bulimie je mnohem hůře rozpoznatelná než mentální anorexie. Zatím, co mentálního anorektika si většinou všimnete na první, někdy na druhý pohled, u bulimičky nemusíte mít nikdy jasno. Dívka/chlapec může vypadat zcela normálně, ani jeho chování ve společnosti nemusí vykazovat přílišné odlišnosti. Vše je dáno povahou člověka. Kdy si ale zaručeně máte šanci všimnout mentálního bulimika, tak u stolování. Mentální bulimií trpící pacient se dokáže málokdy normálně najíst a vydržet sedět určitou dobu u stolu. Většinou po jídle odbíhá na záchod, nebo provádí jinou metodu, jak se jídla zbavit (COOPER, 2014).

Právě z toho důvodu, že se mentální bulimie těžko diagnostikuje, může nemoc dostát až takových následků, jako je padání vlasů, kažení a vypadávání zubů, slábnutí svalů, řídnutí kostí a někdy až zástavu srdce z důvodu úplného rozvratu metabolismu.

Mentální bulimie je stejně jako mentální anorexie porucha psychická, proto takto postižení lidé často trpí depresemi, pocity samoty, bezmoci. Není tedy vyloučeno, že porucha příjmu potravy může vyústit až v pokus o sebevraždu (KRCH, 2008).

Bulimie má většinou zárodek již v dětství, kdy jsou na dívku či chlapce kladeny vysoké nároky ze strany rodičů. Je velmi možné, že mentální bulimici v dětství necítili od rodiny tolik lásky, kolik by potřebovali. Je pravdou, že nejčastěji jsou rodiče mentálních bulimiků velmi zaměstnaní svými problémy a problémy svého dítěte nevědomě přesouvají do pozadí, aniž by se o něj přestali pečlivě starat. Zkrátka

nedokáží odhadnout, co všechno jejich dítě potřebuje. Dítě, nebo dospívající člověk se snaží rodičům většinou práci nepřidělávat. Když tedy vidí, že u rodičů se podpory,

uznání či vyslechnutí nedočká, pokouší se vše zvládnout sám. Potlačuje své úzkosti a potřeby, které většinou vyústí v přejezení a následné „pročištění se“ (KRCH, 2008).

Mentální bulimici jsou většinou velmi přecitlivělí, nad spoustou věcí dlouho přemýšlí. Jsou schopni se trápit několik dní jednou kritickou poznámkou učitelky nebo si týdny vyčítat hádku s partnerem. I když jsou bulimici ze svého stravování většinou nešťastní, je to pro ně nejpřijatelnější forma řešení frustrace a zoufalství, které ve skutečnosti uvnitř sebe prožívají (NOVÁK, 2010).

Mentální bulimie se řadí mezi biopsychosociální onemocnění, s čímž souvisí i její pravděpodobné příčiny. Podobně jako u mentální anorexie mohou být příčiny mentální bulimie již v dětství a důležitým faktorem je jistě výchova a osobnost každého pacienta. U mentální bulimie je ale pravděpodobnější výskyt v o něco pozdějším věku, než u mentální anorexie. Důvodem může být i dostupnost k potravinám, například děti stravující se ve školních jídelnách mají nižší pravděpodobnost rozvoje mentální bulimie než starší a pracující lidé, kteří mají k jídlu mnohem snadnější přístup. Také zde hraje roli mentalita a vynalézavost, která se mění nejčastěji vlivem mentální anorexie. Takže není výjimkou, když se mentální anorexie přemění v mentální bulimii. Často se tak stane v průběhu léčby, kdy se pacient trpící mentální anorexií snaží držet stravovacího plánu a je tedy nucen pravidelně jíst přesně dané porce, se kterými samozřejmě v danou chvíli nesouhlasí a má pocit, že porce, které je nucen jíst na začátku léčby jsou nepřiměřeně velké. To mohou způsobovat, zvláště v počátku léčby, úzkosti a stres. Následně také zvyšování váhy, které je pro léčbu mentální anorexie nezbytné, způsobuje pacientům strach a úzkosti. Pak se tedy může stát, že pacient sklouzne znovu k omezování stravy a nebo naopak začne jíst víc a příjde na to, že jídlo může vyzvracet. A to nejčastěji v případech, kdy musí dodržovat režim s výrazně omezenou sportovní aktivitou, což mu mnohdy způsobuje větší úzkost, než jídlo samotné (HLUBOCKÁ, 2016).

Často se tedy pacient posune do druhého extrému a vlivem stresu a tlaku okolí, které ho podporuje v jídle a přibírání, ztratí nad novým režimem kontrolu a začne se přejídat a jídlo zvracet, nebo užívat látky jako jsou například projímadla pro zbavení se

nechtěné potravy. Tento přístup vede ke snížení stresu a úzkosti pacienta a postupně se stává zlozvykem až závislostí.

Příčina mentální bulimie ale může vzniknout i v případě, kdy pacient netrpěl mentální anorexií, ale není jednoduché pro něj dodržovat režim zdravého stravování, kdy chce například zhubnout. Takže si najde variantu, která je pro něj pohodlná a nikdo většinou zpočátku nemusí nic poznat. Protože se nadále stravuje s přáteli, kolegy i s rodinou.

Ve všech případech ale tkví primární příčina extrémních výkyvů ve stravování v psychice člověka (PAPEŽOVÁ a HANUSOVÁ, 2012).

3.1 LÉČBA MENTÁLNÍ BULIMIE

Léčba mentální bulimie je velmi obdobná jako u mentální anorexie s tím rozdílem, že diagnostika mentální bulimie je pro rodiče a okolí o dost náročnější, protože dívka nebo chlapec nemusí trpět podváhou. Může se stát i to, že mentální bulimie vyjde na povrch až ve chvíli, kdy postižený leží v nemocnici s rozvratem metabolismu nebo dehydratací. Jakmile praktický lékař nebo rodina nemoc odhalí, dívka je doporučena na konzultaci k psychiatrovi, kde se rozhodne o tom, jaká bude další léčba (KEBLEROVÁ, 2017).

Vzhledem k tomu, že léčba poruch příjmu potravy je zdlouhavá a často se i vrací, tak se dlouhodobě trpícím pacientům doporučuje několikatýdenní či měsíční hospitalizace. Hospitalizace jim poskytují v denním režimu pravidelné psychoterapie a konzultace s lékařem a psychologem. Pobyt na klinice nebo v nemocnici zajišťuje samozřejmě také pravidelný a vyvážený stravovací režim (KRCH, 2008).

Neexistuje žádná zaručená metoda, jak vydržet nutkání zvracet. Jediné, co pomáhá, je začít hned a vydržet to. Svoje zlozvyky se dokážete odnaučit, ale nejde to bezbolestně. Uvědomte si, že zvracení vede k přejídání a je pro vás nebezpečné. Jestliže dodržujete jídelní plán a jídlo je povolené, není žádný důvod se jídla zbavovat.

Nezvracejte ale ani jídla, která sníte mimo jídelní plán. Jídlo se snažte udržet co nejdéle v sobě a oddálit zvracení. Choďte pravidelně na toaletu jen před jídlem. Když

nepůjdete zvracet, samozřejmě to zvýší vaši úzkost a tenzi. Vydržte to. (KRCH, 2008, s. 92)

3.2 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE

Následky mentální bulimie a mentální anorexie jsou velmi podobné, co se týká psychiky člověka a jeho vnímání okolí a sebe samotného.

Deprese, úzkosti, zvýšená citlivost. Sociální život není ze začátku jednoduchý. Často se mohou trápit i paranoidními myšlenkami, že je někdo sleduje, pomlouvá a že na něj lidi pohlíží s despektem, z důvodu sníženého sebevědomí. A to ještě dlouho po vyléčení (COOPER, 2014).

Postupně se pomocí farmakoterapie a psychoterapie tyhle pocity a stavy dají odbourat, ale u někoho to může trvat i roky. Což může také vést ke zvýšené tenzi vrátit se zpět k původnímu životnímu stylu a znovu vstoupit do bludného kruhu. Psychické následky jsou poměrně výrazné u poruch příjmu potravy obecně. Proto je velmi kladen důraz na dodržení léčby stanovené psychiatrem a v nejlepším případě pravidelných návštěvách psychologa, tak jako u mentální anorexie, a to někdy i do konce života (KRCH, 2008).

Druhým, ale neméně závažným následkem mentální bulimie je tělesná zdravotní stránka. U pacientů s mentální bulimií jsou zdravotní rizika chronických onemocnění o něco větši než u mentální anorexie, kde se spousta věcí může změnou stravování zlepšit. U mentální bulimie je podstatné, jak dlouho a v jaké intenzitě byly stravovací výkyvy. Jak a jakým způsobem se pacient přejídal a jakým způsobem se jídla zbavoval (ČERNÁ, 2008).

U masivního zvracení dochází k úplnému rozvratu metabolismu, který se dá pomocí vyvážené stravy a případně infuzní terapie napravit. Někdy ale mohou být následky vážnější v podobě onemocnění jako je například Diabetes mellitus II. typu, poranění jícnu, žaludeční vředy až prekanceroza. Následkem alkoholových excesů, které se u bulimika mohou projevit a opakovat může dojít také k akutní a chronické pankreatitidě a problémům s játry. Často se také pacienti, kteří trpí nebo trpěli mentální bulimií potýkají s problémy se zuby.

Za zmínku u psychických následků poruch příjmu potravy také stojí obsedantně kompulzivní porucha, jedna z nejčastějších psychických chorob, která je s poruchami příjmu potravy úzce protkaná a ve společnosti se samostatně také objevuje čím dál častěji (COOPER, 2014).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Ošetřovatelská péče u pacientů s poruchami příjmu potravy má svoje specifická pravidla, která jsou striktně dodržována a plněna. Na lůžkovém oddělení se od těchto pravidel odráží celý průběh hospitalizace a ošetřovatelský personál je povinen dohlížet na stoprocentní splnění všech postupů.

Prvním příkladem pravidel, patřících mezi specifika ošetřovatelské péče u pacienta s poruchou příjmu potravy je pravidelné dodržování stravovacího režimu a monitorace stravy, kdy mají pacienti rozdělený denní příjem potravy do 5-6 porcí. Pověřený zdravotnický personál – sestry jsou povinny dodržovat tento režim, stejně jako časové rozmezí mezi jídly a délku trvání jídla. Dále jsou také pověřeny kontrolovat množství porcí, zkonzumované nemocnými. Každý pacient má svůj individuální léčebný plán, který má jasně daný a domluvený s lékařem, který o něm dopodrobna obeznámí sestru. Pacient tedy přesně ví, kdy, kolik a za jakých okolností bude jíst a má dopředu daný jídelníček na týden. Každý pacient má hned při příjmu právo na to nahlásit dvě potraviny, které nemá rád a které nechce nikdy konzumovat. V tomto ohledu je mu vyhověno. Ví také, že si může u oběda vybrat ze dvou jídel. Takže byl předem upozorněn, že pokud jím odmítané jídlo bude obsahovat jeden z obědů, je možnost si objednat druhou variantu. Pakliže se pacient pokouší manipulovat a záměrně si objednává jídla, obsahující jím zvolenou nechtěnou potravinu, je obeznámen s tím, že nebude na jeho požadavek brán ohled. Dále je nutné aby pacienti v jídelně seděli přesně tak jak jsou stolky a židle přichystané a aby sestry na každého pacienta mohly vidět a nedošlo k manipulacím a podvádění**.**

Toto jsou základní pravidla, o kterých je každý pacient předem informován a je na ně připraven. Je také srozuměn s případem, kdy by nechtěl spolupracovat, nebo z jeho strany nebyla plněna pravidla. V tomto případě je předem domluven s lékařem, který mu následně neumožní společnou vycházku nebo návštěvu.

Dalším z pravidel je vážení, které má jasně stanovené dny v týdnu. Pacienti tedy ví, že bude ráno probíhat vážení v přesně stanovené dny. Ale je taky ze začátku obeznámen s tím, že mohou nastat situace, kdy bude probíhat vážení namátkově. To může být kterýkoli jiný den, v jakýkoli čas. Všechny informace o monitoraci stravy a váhy se

dokumentují a jsou následně předloženy lékaři. Průběh vážení si organizuje sestra tak, aby měl každý pacient soukromí a přesnou váhu neviděl nikdo jiný než ona. Pacient má také možnost zažádat o nesdělování aktuální váhy pro snížení stresu. Tento požadavek je respektován. Sestra si tedy váhu zapíše do dokumentace a pacient odchází.

Tato domluva funguje ale pouze v případě, kdy pacient radikálně nehubne, nebo nepřibírá. V opačném případě by musel lékař zasáhnout do stravovacího režimu a pacientovi změnit dietu nebo omezit denní aktivity.

V neposlední řadě také platí pravidlo váhového plánu, který musí dodržovat nejen pacient, ale i sestry a lékař, a tím je přesně daný váhový plán.

Podle příjmové váhy pacienta a dalších nezbytných vyšetření se lékař rozhodne na jakou nejnižší propouštěcí váhu je nutné pacienta dostat. Tohle číslo potom pacientovi oznámí a společně vytvoří váhový plán. Odvíjí se od míry podváhy. Pokud pacienta čeká přibírání například 15 kilogramů, domluví se s lékařem na přiměřeném nárůstu hmotnosti za týden o například 0,5-1,5 kilogramu. Pokud bude probíhat vše podle dohody a bez komplikací, domluví se po prvních nabraných kilogramech na první procházce, po dalších kilogramech to může být celodenní výlet a později i víkendová propustka domů.

Sestry musí respektovat rozhodnutí lékaře a pokud pacient nedosáhne požadované váhy podle plánu na venkovní aktivitu, nemůže toto rozhodnutí sestra změnit za žádných okolností.

Již výše zmíněné celodenní a víkendové propustky jsou velmi zásadní pro průběh léčby a jsou také dalším z předem domluvených pravidel hospitalizace. Před úplným propuštěním pacienta z léčení je nutné, aby si alespoň třikrát vyzkoušel víkendový pobyt v domácím prostředí. Který by ale měl proběhnout bez větších excesů, váhových výkyvů a stresových situací. Po tomto víkendu se většinou lékař s rodiči domluví na rodinné terapii, kde společně zkonzultují průběh víkendu, jejich názor na změnu chování pacienta před začátkem hospitalizace a nyní. V neposlední řadě lékař probírá s pacientem jeho pocity a názor na prožitý víkend.

Jakmile se všechny strany shodnou, že vše proběhlo podle stanovených pravidel, je pacientovi povoleno vyzkoušet si víkend v domácím prostředí znovu. Nesmí se ale

do této doby změnit režim v nemocnici ani žádný váhový výkyv. Pacient má tedy určený přesný den a přesnou hodinu propustky a přesný den a hodinu pro návrat z propustky. Sestra dohlíží na dodržování tohoto času a pečlivě zaznamenává změny v chování před nebo po propustce, které následně oznámí lékaři. Je to důležité zejména pro zkoumání příčiny onemocnění a extrémního chování, do jaké míry se na stavu pacienta podílí rodina a domácí prostředí a do jaké míry je schopen se s tímto stresem srovnat. Všechny tyto okolnosti ovlivňují další průběh hospitalizace a také termín možného propuštění.

Obvyklým pravidlem na oddělení nejen dětské psychiatrie je pravidelná večerka a budíček. Pacienti znají přesný čas večerky a pravidla pro noční klid. Ví v kolik hodin je ráno budíček a mají i dostatek času na ranní hygienu. Sestra tyto časy dodržuje a nemanipuluje s nimi ve prospěch ani jedné strany.

Pro pacienty je zejména ze začátku adaptace na nové prostředí velice psychicky náročná. Proto je důležitá role nejen lékaře a psychoterapeuta, ale i sestry a jejího přístupu k pacientovi. Vzhledem k tomu, že sestra vidí pacienta téměř celý den, ať už u jídla, při podávání léků, ve volném čase a podobně, očekává se od ní lidský přístup, trpělivost a pochopení, ale zároveň důslednost a nesmlouvavost.

Velmi často se ale sestry setkávají s pacienty, kteří nechtějí spolupracovat, manipulují a nedodržují režim. Sestra je pak povinna vše zaznamenat a neprodleně hlásit lékaři. Není možné aby sama podávala jakoukoli medikaci bez souhlasu lékaře, ani nijak zasahovala do léčebného plánu.

Nejdůležitějším bodem na tomto pracovišti je otevřenost a vzájemná komunikace. Pacient musí vědět, že se vše dopředu dozví, že ví na co má být připraven a že mu tedy nebude v budoucnu umožněno manipulovat s předem sjednanými pravidly. Při nežádoucí události, kdy pacient poruší režim nebo manipuluje, mu bude udělen předem domluvený trest v podobě například neumožnění telefonátu s rodinou nebo zrušení domluvené vycházky (PETR a MARKOVÁ, 2014).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Ošetřovatelský proces jsme realizovali u 16leté pacientky hospitalizované na psychiatrické klinice s diagnózou mentální bulimie. Pacientka byla hospitalizována od 25. října 2017 do 20. prosince 2017. Ošetřovatelská péče byla vykonávána ve dnech od 27. října 2017 do 15. prosince 2017. Na základě zdravotnické dokumentace, rozhovoru s pacientkou a pozorování jsme zhodnotili zdravotní stav pacientky a sestavili ošetřovatelskou anamnézu. Z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno pacientčino jméno, příjmení, rodné číslo. Cílem práce bylo vytvořit individuální ošetřovatelský plán, stanovit základní ošetřovatelské diagnózy s využitím NANDA taxonomie 2015 - 2017 a realizace ošetřovatelského plánu v rámci ošetřovatelského procesu.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: E.S.
Pohlaví: žena
Rok narození: 2001 Věk: 16
Adresa trvalého bydliště: Brno RČ: 0000
Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111
Datum přijetí: 25. 10. 2017
Vzdělání: základní
Zaměstnání: studentka gymnnázia
Stav: svobodná
Státní příslušnost: ČR
Kontaktní osoby k podávání informací: matka, otec
Typ přijetí: plánované
Oddělení: dětská psychiatrie

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Rodiče chtěli, abych se vyléčila, ale já jsem věděla, že to sama nedokážu. Tak mě doktorka poslala na psychiatrii.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Mentální bulimie

Hodnoty zjištěné při příjmu

Tlak krevní: 110/65 mmHg

Výška: 164 cm

Puls: 80

Hmotnost: 45 kg

Dechová frekvence: 15

BMI: 16,7

Tělesná teplota: 36,7

Pohyblivost: Úplná

Stav vědomí: Lucidní, orientovaná všemi směry

ANAMNÉZA:

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: *léčena na MOÚ s karcinomem prsu 11/2016 - 6/2017, st.p. hysterektomii, dlouhodobě sledována na psychiatrické klinice pro úzkostnou poruchu*

Otec: *bez závažného onemocnění*

Babička: *dlouhodobě sledována na psychiatrické klinice pro úzkostnou poruchu*

Sourozenci: sestra: *revmatoidní artritida od tří let věku*

Děti: *0*

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: *běžná dětská onemocnění*

Hospitalizace a operace: *tonzilektomie v 7 letech, 4/2008*

Úrazy: *0*

Transfúze: *0*

Očkování: *běžná dětská očkování*

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: *neguje*

Potraviny: *neguje*

Chemické látky: *neguje*

Jiné: *0*

ABÚZY

Alkohol: *ne*

Kouření: *kuřák*

Káva: *4x denně*

Léky: *0*

Jiné návykové látky: *0*

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: *od 12 let*

Cyklus: v současnosti sekundární amenorhea

Trvání: -

PM: *27. 2. 2013*

Antikoncepce: *neužívá*

Poslední gynekologická prohlídka: *září 2017*

PORODNICKÁ ANAMNÉZA

Předchozí těhotenství: *0*

Porody celkem: *0*

UPT: *0*

Aborty: *0*

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: *svobodná*

Bytové podmínky: *rodinný dům*

Vztahy, role a interakce: *pacientka žije v rodinném domě s rodiči a sestrou*

Záliby: *věnuje se aktivně studiu na gymnáziu, zdravá výživa*

Volnočasové aktivity: *sport*

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: *základní*

Pracovní zařazení: *studentka*

Vztahy na ve škole: *špatné*

Ekonomické podmínky: *v normě*

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiozní praktiky: *0*

5.1 MODEL JOHNSONOVÉ

U vybrané pacientky jsme použili model Johnsonové, protože je vhodný pro pacienty, u kterých je žádoucí změna chování, přístupu k léčbě a spolupráce. Tento model se využívá u pacientů například s abúzem psychoaktivních látek, u pacientů s poruchou osobnosti nebo právě u pacientů s poruchou příjmu potravy.

Johnsonová vytvořila systémově-behaviorální model, ve kterém představila jedince jako medicínsko-behaviorální systém, s cílem podpořit u něho účelné chování, a to v době nemoci a prevence.

Behaviorální systém tvoří tyto subsystémy:

I. **Subsystém sdružování a příslušnosti** je zaměřený na sociální vztahy.
II. **Subsystém závislosti** zahrnuje oblast podpory.
III. **Subsystém přijímání potravy** je zaměřený na udržení integrity organismu.
IV. **Subsystém vylučování** se soustřeďuje na vylučování biologického odpadu.
V. **Subsystém sexuality** je zaměřený na sexuální uspokojení a zájem o jiné osoby.
VI. **Subsystém výkonu/úspěchu** je soustředěný na kontrolu nad sebou a chováním.
VII. **Subsystém agresivně-ochranný** zahrnuje ochranu sebe sama a sebeprosazování.
VIII. **Subsystém odpočinku** je zaměřený na odstranění únavy a dosažení rovnováhy.

I. Subsystém sdružování a příslušnosti

Subjektivně: *Rodiče mě dali do nemocnice, protože chtěli abych se vyléčila, ale já to sama nedokážu. Zklamala jsem je a nechtěli už vedle mě žít. Proč taky, když jsem jim způsobila tolik bolesti. Myslím si, že za mnou nebudou chtít ani chodit, moc bych si přála abych se nikdy nenarodila.*

Objektivně: Pacientka byla přijata na psychiatrické oddělení, specializované na poruchy příjmu potravy z důvodu neúspěchu v ambulantní péči. Pacientce bylo opakovaně vysvětleno zdravotní riziko jejího chování a byla opakovaně přesvědčována o nutnosti odborné péče a hospitalizace, kterou odmítala. Bojí se, že rodiče zklamala a že ji odsoudili.

Ošetřovatelský problém: Chronicky nízká sebeúcta.

II . Subsystém závislosti

Subjektivně: *Neustále za mnou chodí sestra, nebo někdo z personálu a sleduje každý můj krok, nemohu si sama ani nalít čaj a dokonce se mnou někdy chodí i na záchod. Připadám si tu jako ve vězení a jako neschopný chudák.*

Objektivně: Pacientka byla zařazena do běžného léčebného režimu se zvýšenou kontrolou nad denní aktivitou a způsobem stravování. Není zatím schopna smířit se s nutností dodržet všechna pravidla hospitalizace pro uzdravení, přesto se velmi snaží. Občas má námitky vůči porcím jídla.

Ošetřovatelský problém: Snaha zlepšit duchovní well – being.

III . Subsystém příjmu potravy

Subjektivně: *Musím tu sníst celé porce, když nesním vše, tak žalují doktorovi a ten mi potom může zakázat vycházku. Když sním vše, tak přede mnou zamykají záchod. Připadám si jako blázen. Jídlo tu není dobré ani výživné a zdravé. Málo ovoce a zeleniny. Jsou tu zbytečně velké porce a jídla jsou špatně stravitelná a příliš tučná. Přesto se snažím jíst skoro všechno, abych neměla problémy a mohla domů.*

Objektivně: Pacientka dostává klasickou nemocniční dietu, jež odpovídá jejímu body mass index, který je nutno zvýšit s ohledem na její onemocnění. Nepřipouští si zatím fakt, že má podváhu a musí přibrat. Chce jíst, ale ne tolik, myslí si, že porce v nemocnici jsou velké a nepřiměřené. S personálem zatím trochu bojuje, ale není agresivní. Většinou se snaží sníst celou porci, která jí ale způsobuje nadměrnou úzkost.

Ošetřovatelský problém: Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu.

IV. Subsystém vylučování

Subjektivně: *Snažím se pít přiměřeně, ale jen vodu, nebo hořký čaj. Chodím myslím normálně močit, ale mám problémy se vyprázdnit. Od té doby, co jsem tady mám pocit, že jsem se strašně nafoukla a mám břicho jako balon.*

Objektivně: Pacientka vypije přimeřené množství tekutin a močí na záchod, má potíže se stolicí, vzhledem k tomu, že nebyla dlouho zvyklá na normální stravu, kterou nezvracela a také doma pravděpodobně užívala nejakou dobu laxativa.

Ošetřovatelský problém: Vnímaná zácpa.

V. Subsystém sexuality

Subjektivně: *Nikdo se nemusí zajímat o to, s kým se bavím. Moji rodiče si myslí že jsem špína, ale tak to není. Jen se ráda bavím.*

Objektivně: Pacientka udává, že má ve svém okolí kamarády opačného pohlaví a že se ráda pobaví. Neguje ale tvrzení rodičů, kteří si myslí, že se někdy chová až příliš vyzývavě.

Ošetřovatelský problém: 0

VI. Subsystém výkonu/úspěchu

Subjektivně: *Nechtěla jsem už zůstat dál na základce, docela jsem se těšila na změnu a nové lidi, jsem ráda, že jsem už na gymplu. Musím se víc učit, ale to mi nevadí. Horší jsou nekteří lidé, hlavně holky, které si o mně myslí věci, co nejsou pravda*

a já nemám šanci jim dokázat, že je to jinak. Proto jsem vděčná za pár přátel, které mám.

Objektivně: Pacientka odešla po 7. třídě základní školy na gymnázium, kde již studuje 3. ročník. Cítí se tam dobře, ale trápí jí někteří spolužáci a hlavně spolužačky, kteří jí nerozumí a má pocit, že se kvůli své nemoci od nich hodně odlišuje. Tak se raději vídá s kluky.

Ošetřovatelský problém: Zhoršená sociální interakce.

VII . Subsystém agresivity

Subjektivně: *Všechno je špatně. Neměla jsem se ani narodit. Nikdo mě nemá rád, proto co se ze mě stalo. Každý si myslí, že to dělám schválně, ale já už to opravdu nechci*

Objektivně: Pacientka je velmi sebekritická, onemocnění dává za vinu hlavně sobě a má pocit, že ji už nikdo nemá rád a nechápe. Užívá antidepresiva.

Ošetřovatelský problém: Riziko oslabení lidské důstojnosti.

VIII . Subsystém odpočinku

Subjektivně: *Snažím se tu zaspat úplně všechno, nesnáším povinné skupiny. Cítím se tu hrozně a vždycky po jídle je mi tak těžko od žaludku a mám strašnou chuť jít všechno vyzvracet. Mám hrozný strach, že mi stejně mi nepomůžou.*

Objektivně: Pacientka má v programu určité terapeutické skupiny, na které nechce chodit, ale snaží se nehádat. Program bere tak, že musí plnit, ale bojí se, že léčení jí nic nedává a že jí už nic nepomůže.

Ošetřovatelský problém: Neefektivní popírání.

Stres:

Největším stresem je pro pacientku skutečnost, že musí plnit pravidla, která jsou v zařízení pro všechny stejně daná, ale i přes veškerou snahu a sebezapření po dvou

dnech necítí velkou změnu k lepšímu. Odmítá fakt, že léčba bude zdlouhavá a že se jí snaží personál pomoct. Nejvíce ji trápí to, že bude přibírat.

Regulační mechanismy:

K odbourání stresu má pacientka zapotřebí kontakt s přáteli a rodinou, o kterých se bojí, že ji zradí a nechají v tom samotnou. Pravidelné návštěvy a telefonáty ji vždycky trochu povzbudí. Dále pacientka musí brát antidepresiva a chodit pravidelně na psychoterapii se zdejším psychologem.

Zdraví:

Pacientka je mobilní, kontinentní, plně soběstačná.

Společnost:

Pacientku pravidelně navštěvuje rodina a přátelé, je v úzkém kontaktu se svými nejbližšími, ale přesto má pocit, že ji všichni opustí. Na oddělení se zatím příliš neprojevuje a je často plačtivá.

6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I TAXONOMIE II 2015 – 2017. Ošetřovatelské problémy byly seřazeny dle priorit. Z deseti stanovených ošetřovatelských diagnoz byly dvě vybrány k rozpracování.

Úzkost 00164
Strach 00148
Nevyvážená výživa – méně než je potřeba organismu 00002
Neefektivní popírání 00072
Chronicky nízká sebeúcta 00119
Vnímaná zácpa 00012
Narušený obraz těla 00118
Zhoršená sociální interakce 00052
Snaha zlepšit duchovní well – being 00068
Riziko oslabení lidské důstojnosti 00174

Ošetřovatelská diagnóza 3

Nevyvážená výživa z důvodu dlouhodobého hladovění střídajícího se s masivním přejídáním a zvracením.

Název, kód: Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu - 00002
Doména 2: Výživa.
Třída 1: Příjem potravy.
Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující příznaky:

- bolesti břicha
- tělesná hmotnost je snížená o 20%, než je ideální stav
- nadměrná ztráta vlasů
- příjem potravin je menší, než je doporučená denní dávka
- chabý svalový tonus

Související faktory: psychogenní faktory

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka bude schopna přijímat vyšší množství potravy tak, aby se zvýšila výživová a energetická hodnota do normálního rozmezí a zároveň se zvyšovala hmotnost dle váhového plánu navrhnutého lékařem. A to po dobu dosažení cílové váhy, spočítané podle antropometrického vyšetření a body mass indexu.

Dlouhodobý: Pacientka bude schopna alespoň dva týdny před dimisí sama dodržovat pravidelný stravovací režim a porce, aby nedocházelo k nežádoucí dysbalanci živin a poklesu váhy. Tělesná hmotnost pacientky bude dva týdny před a při propuštění udržována v rozmezí dle body mass indexu a výsledku antropometrického vyšetření.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe důvody pro zvýšení energetického příjmu a zvyšování hmotnosti do doby dosažení domluvené cílové váhy.
- Pacientka aktivně spolupracuje s nutričním specialistou, aby si byla doma schopna sestavovat vyvážený jídelníček zcela samostatně.
- Pacientka dodržuje po každém jídle půlhodinový klid na lůžku.
- Pacientka je srozuměna s cílovou váhou a je schopná si ji udržet.

Plán intervencí:

1. Pravidelně zaznamenávej váhu pacientky, všeobecná sestra.
2. Kontroluj pacientku u každého jídla a zaznamenávej reálné množství snězené porce, všeobecná sestra - pravidelně.
3. Hlídej pacientku, aby neschovávala a nevyhazovala jídlo, všeobecná sestra – pravidelně.
4. Důsledně dodržuj pohybový režim pacientky a kontroluj, jestli necvičí víc, než má povoleno, všeobecná sestra – průběžně.
5. Povzbuzuj pacientku při jejích pochybnostech po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.

Realizace ke dni 1. 12. 2017:

1. 5:30 – Probíhá vážení. Pacientka chce vědět svoji aktuální hmotnost, která je o jeden koligram vyšší, než před dvěma dny. Přiznává, že cítí úzkost a vrací se zpět do lůžka, aby ji zaspala.
2. 7:30 – Pacientka snídá v pravidelný čas, porci má předem připravenou, ví kolik má sníst a jaké jsou následky při případném odmítání nebo zvracení. Po snězení celé porce pacientka pociťuje úzkost. Dodržuje ale režim a odchází na lůžko.
3. 10:00 – Svačiny jsou pro pacientku nejmenší problém, cítí se uvolněně po autogenní terapii a baví se s novými přáteli u stolu.
4. 12:30 – Oběd má pacientka, podobně jako snídani, připravený z nemocniční jídelny včetně polévky a zákusku. Pokouší se smlouvat o porci, která je podle ní zbytečně velká. Přes krátkodobé smlouvání nakonec sní celou porci a s brekem jde do postele. Pohybový režim dodržuje dle doporučení lékaře. Necvičí. Tvrdí, že ví, že to bude těžké. Ale nadměrná úzkost je silnější a nedokáže udržet emoce.
5. 16:00 – Pacientka se cítí trochu lépe od oběda a těší se na večerní rozhovor po telefonu s rodinou. Odpolední svačinu bere jako přípravu na „zbytečně velkou“ večeři. Pocit úzkosti ale zatím nemá.
6. 18:30 – Při večeři pacientka zmiňuje, že je přejezená z celého dne, ale přesto sní celou porci a cítí se na sebe hrdá. Dodržuje povinný odpočinek na lůžku, ale cítí napětí a chtěla by cvičit.
7. 20:00 – Druhou večeři pacientka uznává lehkou, tak s ní nemá větší problém, ale stále mluví o strachu z velkého zvýšení váhy. Zmiňuje, že zná svoji minimální doporučenou hmotnost a myslí si, že je schopna ji tolerovat a udržet.

Hodnocení:

Hodnocení bylo provedeno v den realizace po 21. hodině.

Pacientka je schopna sníst celou porci, s menšími či většími potížemi. Spolupracuje a neschovává ani nevyhazuje jídlo, tajně necvičí, ani se jiným způsobem nepokouší jídlo z těla vyloučit. Pacientka zatím ale nemá náhled na přiměřenou porci, proto je třeba pokračovat v intervenci číslo 1.

Tělesná hmotnost pacientky se zatím zvýšila o 4 kilogramy, což souhlasí s váhovým plánem navrhnutým lékařem. Pacientka se chce léčit a přála by si, aby jí hospitalizace pomohla.

Podařilo se splnit krátkodobý cíl. Pro splnění dlouhodobého cíle je potřeba nadále pokračovat v intervencích číslo: 1, 4 a 5.

Ošetřovatelská diagnóza 4

Neefektivní popírání (Neefektivní popírání skutečnosti).

Název, kód: Neefektivní popírání - 00072
Doména 9: Výživa.
Třída 2: Reakce na zvládání zátěže.
Definice: Vědomý nebo nevědomý pokus popřít znalost či význam události za účelem snížení úzkosti a/nebo strachu, vedoucí ke zhoršení zdraví.

Určující příznaky:

- popírá strach ze smrti
- není schopna přiznat si dopad onemocnění na život
- nevnímá relevantnost nebezpečí
- minimalizuje symptomy
- používá zlehčující komentáře, když hovoří o stresujících událostech
- odmítá zdravotní péči

Související faktory:

- úzkost
- nadměrný stres
- nedostatek emoční podpory
- hrozba nepříjemné reality

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka si po dobu hospitalizace bude schopna uvědomovat riziko onemocnění poruchy příjmu potravy a bude se aktivně začleňovat do psychoterapie.

Dlouhodobý: Pacientka bude minimálně dva týdny před dimisí přesvědčena o nutnosti léčby a pravidelné psychoterapie, kterou bude dobrovolně podstupovat. Dobrovolně se přihlásí na psychoterapii a pravidelné nutriční kontroly v ambulantní péči, o které bude sama projevovat zájem.

Očekávané výsledky:

- Pacientka souhlasí s hospitalizací a uvědomuje si, že je nemocná, během hospitalizace.
- Pacientka aktivně a dobrovolně spolupracuje s psychoterapeutem a psychiatrem, který uzná pacientku schopnou ambulantní péče.
- Pacientka přiznává snížení stresu a úzkosti, v průběhu hospitalizace.
- Pacientka má reálný pohled na své onemocnění, důvěřuje v přínos hospitalizace a je ochotna se dobrovolně léčit i po propuštění z nemocnice, alespoň dva týdny před dimisí.

Plán intervencí:

1. Dohlížej na dodržování každodenní účasti pacientky na psychoterapeutických skupinách, všeobecná sestra.
2. Dbej na pravidelné užívání léků, předepsaných lékařem, všeobecná sestra.
3. Průběžně pozoruj reakci pacientky na psychoterapii, všeobecná sestra.
4. Pozoruj denní aktivitu pacientky a všímej si zájmu o kontakt s psychiatrem nebo nutričním specialistou, všeobecná sestra - průběžně.
5. Důsledně dohlížej na dodržování pravidel a denního režimu v nemocnici, průběžně - všeobecná sestra.

Realizace ke dni 13. 12. – 14. 12. 2017:

13. 12. 2017

1. 8:00 – Pacientka byla obeznámena s harmonogramem daného dne, který obsahuje tři skupinové terapie, lékařskou vizitu a rozhovor s psychoterapeutem.
2. 8:15 – Pacientka aktivně čeká na sestru, která každé ráno podává léky.
3. 8:30 – Pacientka se aktivně začlenila do psychoterapeutické skupiny.
4. 10:00 – Pacientka přišla ze skupiny veselá, baví se s novými přáteli, které za dobu hospitalizace poznala a přiznává, že se cítí mnohem lépe a na společné skupiny chodí ráda.

5. 11:00 – Pacientka na lékařské vizitě udává pocit úlevy a tvrdí, že po měsíci hospitalizace začíná mít strach o své zdraví vlivem dlouhodobě špatného životního stylu.

14. 12. 2017

1. 10:00 – Pacientka žádá o možnost neplánovaného sezení s nutričním specialistou.
2. 11:00 – Pacientka se zajímá o možnosti psychoterapie po propuštění v místě jejího bydliště.
3. 16:00 – Pacientka se dobrovolně účastní nepovinných společenských her s psychoterapeutem ve společenské místnosti.

Hodnocení:

Hodnocení bylo provedeno jeden den po realizaci, 15. prosince 2017.

Pacientka si uvědomuje závažnost onemocnění a jeho možné následky. Zcela dobrovolně a se zájmem se připojuje do společenských psychoterapeutických skupin a tvrdí, že má pocit, že jí hospitalizace prospívá. Cítí se méně ve stresu a věří, že se jednou úplně uzdraví. Chce dobrovolně docházet k nutričnímu specialistovi a na pravidelnou psychoterapii po propuštění v místě svého bydliště.

Podařilo se splnit krátkodobý i dlouhodobý cíl.

Celkové zhodnocení péče:

Pacientka E.S. byla na oddělení dětské psychiatrie přijata pro mentální bulimii, se kterou se již léčila ambulantně. Pro hospitalizaci se rozhodli rodiče pacientky po dlouhém zvažování přístupu pacientky k léčbě a neúspěchu ambulantního léčení. Pacientka spolupracovala, ale byla velmi úzkostná a nejistá. Byla zklamaná, že ji rodiče poslali do nemocnice. Při příjmu bylo identifikováno deset ošetřovatelských problémů. Úzkost, Strach, Nevyvážená výživa, Neefektivní popírání, Chronicky nízká sebeúcta, Vnímaná zácpa, Narušený obraz těla, Zhoršená sociální interakce, Snaha zlepšít duchovní well – being a Riziko oslabení lidské důstojnosti. Byly stanoveny ošetřovatelské diagnozy, cíle, očekávané výsledky a intervence. Realizace probíhala podle plánu péče. Hodnocení bylo prováděno po týdnu hospitalizace a týden před propuštěním. Efekt z velké časti splněn. Pacientka se zbavila nadměrné úzkosti a stresu při jídle a změny životního stylu. Musí ale dál pokračovat v ambulantní psychoterapii a farmakoterapii, se kterou je seznámena a kterou respektuje.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta: V případě, že jste se opravdu rozhodli bojovat, ať už trpíte jakoukoli z poruch příjmu potravy, počítejte s tím, že vás čeká dlouhá a nelehká cesta. Nevzdávejte to. Důvěřujte zdravotnickému personálu i své rodině, všechno co dělají je pro vás a vaši budoucnost. Zkuste se soustředit na to, jak se váš život změní když to dokážete. Pravidelně docházejte na psychoterapii. Dodržujte režim, doporučený psychiatrem a nepodvádějte. Myslete na to, kolik cesty už máte za sebou a že každý krok vedle má svoji daň a může vás stáhnout zpět na začátek.

Doporučení pro rodinu: Nesnažte se pochopit nemoc vašeho blízkého, pravděpodobně se vám to nepovede. Pokuste se ho brát, jaký právě je a nehodnoťte ho. Dejte mu najevo zájem a lásku. Podpořte ho na náročné cestě k vyléčení, kterou si zvolil a dejte mu pocit útěchy při jeho pochybnostech. Snažte se s ním normálně komunikovat, nedávejte mu najevo, že se liší od zbytku rodiny. Pokuste se s pacientem trávit co nejvíce času a vymyslet mu co nejvíce fyzicky nenáročných aktivit. Pokud bude mít zájem a bude to ve vašich možnostech, doprovázejte ho na lékařské kontroly. Vaše přítomnost mu může výrazně snížit stres a úzkost. Pokuste se v pacientovi vybudovat důvěru vůči vám a nikdy mu nelžete.

Doporučení pro zdravotnický personál: Dodržujte striktně všechna předem daná pravidla. Podpořte pacienta při léčení, buďte trpěliví a pozitivní. Nedávejte mu najevo zklamání, když udělá chybu. Pokuste se v něm budovat naději a víru sám v sebe. Vystupujte před pacientem bez předsudků, nesuďte ho, nikdy nehodnoťte jeho jídelníček ani hmotnost. Mluvte s ním vždy otevřeně. Vůči rodině buďte vstřícní a umožněte přímý kontakt s pacientem i lékařem. V případě problémů s dodržením režimu, nebo komplikacemi vždy informujte lékaře. Nedělejte výjimky ani rozdíly mezi pacienty (KRCH, 2008), (PAPEŽOVÁ, 2010), (PAVLÍČKOVÁ, 2012), (ČERNÁ, 2008).

ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy jsou závažná psychická onemocnění, která mohou být v nejhorších případech, obzvlášť u neléčených pacientů, celoživotní anebo smrtelná. Poruchami příjmu potravy trpí muži i ženy různých věkových kategorií.

Průběh poruch příjmu potravy je specifický a u většiny pacientů velmi obdobný. Léčba těchto onemocnění je zdlouhavá a velmi individuální. Je několik způsobů léčby a pro zdravotnické pracovníky je důležité udržet profesionální přístup, nesoudit pacienta, ani nedávat pacientovi plané naděje. Důležitá je důslednost a podpora zdravotníků i příbuzných pacienta.

Cílem práce bylo zpracování problematiky poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie. Dále krátké seznámení s poruchami, které poruchy příjmu potravy často doprovází, jako jsou úzkost a obsedantně kompulzivní porucha. Tento cíl byl splněn. Teoretická část byla zaměřena na seznámení s onemocněním, příznaky, průběh, příčiny a možnosti léčby. Praktická část byla zaměřena na ošetřovatelskou péči u pacientky s poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální bulimií, která byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení. Ošetřovatelský proces byl zpracován dle modelu Johnsonové. Cíl části teoretické i praktické byl splněn.

Bakalářská práce obsahuje také doporučení pro praxi, ať už pro pacienty trpící poruchou příjmu potravy, tak i pro jejich příbuzné a pro zdravotnické pracovníky. Tahle bakalářská práce je tedy určena pro odbornou veřejnost, příbuzné a pacienty, kterým mohou být zde podrobně popsané informace a zkušenosti velkým přínosem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARLETHOVÁ, Patricie, 2010. Psychoterapie klientů s poruchami příjmu potravy. *Diagnóza v ošetřovatelství,* **6**(5), 30-31. ISSN 1801-1349.

BREWERTON, Timothy D.(ed.) and Amy Baker DENNIS (ed.), 2014. *Eating disorders, addictions and substance use disorders: research, clinical and treatment perspectives.* Heidelberg: Springer. ISBN 978-3-642-45377-9.

COOPER, Peter J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál-. ISBN 978-80-262-0706-1.

ČERNÁ, Ria, 2008. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery.* Praha: Anabell.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

HLUBOCKÁ, Šárka, 2016. *Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění* [online]. Brno [cit. 2018-01-08]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/43iv81/>.

KEBERLOVÁ, Natalie, 2017. *Ošetřovatelská péče u dětí s poruchami příjmu potravy* [online]. Olomouc [cit. 2018-01-08]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <http://theses.cz/id/97nkiw/>.

KRCH, František David, 2008. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH, 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy.* Uhřice: Doron. ISBN 978-80-7297-115-2.

NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy.* Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.

NOVOTNÁ, Lenka a Luděk JANÍČEK, 2012. Pacientka s diagnózou mentální anorexie. *Sestra*, **22**(6), (Tematický sešit 345 - Výživa), 55-56. ISSN 1210-0404.

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

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

PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.

PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava, 2012. Mentální anorexie - poruchy příjmu potravy. *Diagnóza v ošetřovatelství*, **8**(3), 34-35. ISSN 1801-1349.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat.* [Libčice nad Vltavou]: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.

ROĽKOVÁ, Henrieta, 2017. *Sociálnopatologické javy.* Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-662-0.

ŠIMŮNKOVÁ, Hana a Kateřina BARTOVÁ, 2011. Práce specializované sestry na lůžkovém oddělení pro poruchy příjmu potravy. *Florence*, **7**(2), 10-11. ISSN 1801-464X.

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

TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZAPLETALOVÁ, Anna, 2013. Poruchy příjmu potravy - aneb když je jídlo jed i lék. *Florence*, **9**(5), 11-13. ISSN 1801-464X.

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů..... I

Příloha B – Rešeršní protokol II

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů..... I

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetřovatelská péče pacienta s poruchou příjmu potravy v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 25. 4. 2019

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha B – Rešeršní protokol II

Ošetřovatelský proces u pacienta s poruchou příjmu potravy

Klíčová slova:

poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie, hospitalizace, ošetřovatelský proces
eating disorders, anorexia, bulimia, hospitalization, nursing process

Rešerše č. 3/2018

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	**celkem 39 záznamů**
	(vysokoškolské práce – 3, knihy – 20, články a sborníky – 16)
Časové omezení:	od roku 2008
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	8. 1. 2018

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (**www.medvik.cz**)
- databáze kvalifikačních prací (**www.thesis.cz**)
- Jednotná informační brána (**www.jib.cz**)
- Souborný katalog ČR (**http://sigma.nkp.cz**)
- Discovery systém Summon (**www.nlk.cz**)