

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TEREZA MALINOVÁ, DiS.

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ**

Bakalářská práce

TEREZA MALINOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2019



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

MALINOVÁ Tereza

3VSV

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s mentální anorexií

Nursing Process in a Patient with Anorexia Nervosa

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

V Praze dne 15. listopadu 2018



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 31. 5. 2019

podpis

ABSTRAKT

MALINOVÁ, Tereza. *Ošetrovatelský proces u pacienta s mentální anorexií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová PhD. Praha. 2019. 60 s.

Bakalářská práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacienta s mentální anorexií* se zabývá poruchami příjmu potravy se specifikací na mentální anorexií. V této práci je přiblížena komplexní ošetrovatelská péče o dítě s mentální anorexií. Práce se dělí na dvě části.

Úvod této práce je obecně zaměřen na poruchy příjmu potravy, definici mentální anorexie, její příznaky, diagnostiku a léčbu.

Hlavní částí této práce je individualita ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces, kde na základě vyhodnocení potřeb u určitého pacienta, byly stanoveny sesterské diagnózy dle priorit a tak, aby pacientovi byly vráceny jeho potřeby.

Klíčová slova

Anorexie. Ošetrovatelská péče. Pacient. Poruchy příjmu potravy. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

MALINOVÁ, Tereza. *Nursing Process in a Patient with Anorexia Nervosa*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová PhD. Prague. 2019. 60 pages.

Bachelor thesis entitled Nursing proces in a patient with anorexia nervosa deals with eating disorders are anorexia nervosa to specifications. In this text, a comprehensive nursing care of a child with anorexia nervosa is approached. The text is divided into two parts.

Introduction to this bachelor thesis is generally focused on eating disorders, definition of anorexia nervosa, its symptoms, diagnosis and treatment.

The main part of this thesis is the individuality of nursing care and nursing process where, based on the needs assessment of a particular patient, nurse diagnoses were determined according to priorities and so that the patient's needs were returned.

Keywords

Anorexia. Eating disorders. General nurse. Nursing care. Patient.

PŘEDMLUVA

Pracuji jako všeobecná diplomovaná sestra na dětském oddělení ve Vsetínské nemocnici a.s. a stále častěji se setkávám s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy, kde převládá mentální anorexie. Již díky předchozímu studiu jsem měla možnost zkusit si ošetrovatelskou péči přímo v psychiatrických zařízeních zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy. Toto staronové onemocnění je dnešní uspěchanou dobou ještě více podrženo, a tak si myslím, že je nutno klást zřetel na jeho prevenci a léčbu nepodceňovat.

I přes mnoho nových poruch příjmu potravy jako je například ortorexie, při níž se postižený zabývá zdravou stravou a konzumací pouze zdravé stravy, je stále mentální anorexie na prvním místě. Toto velmi zádrné onemocnění postihující nejen tělo, ale i psychiku pacienta, je nebezpečné hlavně v době kdy se dívky mění z děvčátek na ženy, tudíž v pubertě. Nízké sebevědomí, snaha po dokonalosti provázená kultem štíhlosti, jenž na nás srší nejen ze všech časopisů a plakátů velmi často vede právě k mentální anorexii. Mentální anorexie je stav, kdy pacient již neovládá dietu, ale dieta ovládá jeho, až ho nakonec úplně pohltí.

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce PhDr. Haně Belejové, PhD., za odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat náměstkovi pro ošetrovatelskou péči Vsetínské nemocnice a.s. panu Mgr. Pavlu Šupkovi, DiS., za povolené zpracování mé bakalářské práce právě ve Vsetínské nemocnici. Velký dík také patří mé rodině a příteli za velkou trpělivost a podporu, jenž mi při studiu dodávali.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat Abbey za poskytnutí jejích osobních fotografií do mé bakalářské práce a popřát jí, aby svůj boj s mentální anorexií brzy vyhrála.

„Nežijeme, abychom jedli, ale jíme, abychom žili.“

Sókratés

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	15
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	18
1.1 DEFINICE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	19
1.2 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	19
1.3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA A HODNOCENÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE	20
1.4 ETIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ	21
1.5 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE	22
1.5.1 Kardiovaskulární komplikace	22
1.5.2 Gastrointestinální komplikace.....	23
1.5.3 Renální komplikace	23
1.5.4 Endokrinní komplikace.....	24
1.5.5 Kosterní komplikace.....	24
1.5.6 Hematologické komplikace	24
1.5.7 Neurologické komplikace	24
1.5.8 Psychiatrické komplikace.....	25
1.5.9 Dermatologické komplikace.....	25
1.6 TERAPIE	26
1.7 PREVENCE	31
1.8 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	32
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	32
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ	34
4.1. Doporučení pro praxi.....	56
ZÁVĚR	58

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
PŘÍLOHY	I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body mass index
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EKG	Elektrokardiografické vyšetření
GIT	Gastrointestinální trakt
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
Kg	Kilogram
m²	Metr čtverečný
MA	Mentální anorexie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemoci
mmHg	Torr - milimetr rtuťového sloupce
PPP	Poruchy příjmu potravy
WHO	World Health Organization

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amenorea - vynechání menstruace.

Anorektika – látky potlačující chuť k jídlu, snižující pocit hladu.

Apepsie – porucha trávení žaludku.

Arytmie – porucha rytmu.

Bradykardie - zpomalení srdeční frekvence.

Dehydratace - odstranění vody z objektu, látky či prostoru.

Diuretika - je léčivo nebo rostlinná droga navozující zvýšené vylučování vody a elektrolytů v moči.

Hyperprotektivita – přehnaně intenzivní, zvýšená péče např. o děti a nemocné.

Hypokalémie – stav snížené hladiny draslíku v krvi.

Hypomagnezémie – stav snížení hladiny hořčíku.

Hypotalamus - část mozku ležící pod 3. mozkovou komorou.

Hypotenze - nízký tlak krve v tepnách.

Kachexie - silná celková sešlost, chátrání a hubnutí, spojené s výraznou slabostí.

Laxativa - projímadlo je léčivo nebo rostlinná droga podporující pohyby střev a jejich vyprazdňování.

Menarche - první menstruace a prvotní začátek menstruačního cyklu u dívek.

Nauzea - pocit nevolnosti a nepohodlí v žaludku a hlavě, s nutkáním ke zvracení.

Obsedantně – kompulzivní porucha - je zvláštní porucha chování. Člověka, který trpí touto poruchou, trápí nepříjemné myšlenky. Úlevu od nich nalézá tak, že se neustále ujišťuje a opakovaně provádí nějakou činnost.

Osteoporóza - metabolická kostní choroba, která se projevuje řídnutím kostní tkáně.

Regurgitace - návrat polknuté potravy zpět do hltanu a úst.

Sitiomanie – chorobná touha po jídlu.

Suicidální jednání – sebevražedné chování.

Tuberkulóza - je celosvětově rozšířené onemocnění, jehož původcem u lidí je *Mycobacterium tuberculosis* (VOKURKA, 2015).

ÚVOD

Mentální anorexie je v dnešní době velmi známou poruchou příjmu potravy postihující nejen tělesnou, ale i psychickou stránku. Zasahuje především ženy či dívky, které právě dospívají a mění se jejich tělesné křivky. Avšak postihuje i muže, nejen zaměřující se na cvičení a rýsování postavy. Stále častěji můžeme mentální anorexii vidět i u dětí raného školního věku, kdy začíná první větší tlak na dítě, které svůj nezdar řeší právě hladověním.

I když toto psychiatrické onemocnění patří mezi od pradávna známé a popisované poruchy příjmu potravy je stále nutná osvěta laické veřejnosti. Edukace a medializace problému je důležitá pro boj s tímto onemocněním, jelikož toto onemocnění mívá mnohdy až fatální následky, které by se neměly podceňovat. Právě mentální anorexie vede mezi ostatními poruchami příjmu potravy v počtu úmrtí. Až 20 % nemocných umírá buď na zdravotní komplikace, které mentální anorexie přináší, anebo končí život sebevraždou.

Bakalářská práce má dvě části. První se zaměřuje na poruchy příjmu potravy jako celek, dále obsahuje definici mentální anorexie, její historické aspekty, příčinu, léčbu a terapii onemocnění.

Praktická část bakalářské práce se blíže zaměřuje na ošetrovatelský proces u dětského pacienta s mentální anorexií, a je hlavní částí práce. Věnuje se nejen ošetrovatelskému procesu, ale i potřebám pacienta, plánům a zhodnocením individuální ošetrovatelské péče, edukace pacienta i rodiny. Závěr práce se zabývá zhodnocením ošetrovatelské péče. Jako součást bakalářské práce jsou i doporučení pro praxi u pacienta s mentální anorexií, nejen v nemocničním zařízení, ale i v domácí péči, pro samotného pacienta, jeho rodinné příslušníky a všeobecné sestry.

Na základě získaných informací od pacientky, jejích rodinných příslušníků a od členů ošetrovatelského týmu, jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie a vypracovala plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny.

Výstupním materiálem této bakalářské práce je edukační materiál pro pacienty i jejich rodiče.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku mentální anorexie na základě odborné literatury z provedené literární rešerše

Cíl 2: Popsat poruchy příjmu potravy na základě odborné literatury z provedené literární rešerše.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat ošetrovatelský proces u pediatrického pacienta s mentální anorexií.

Cíl 2: Navrhnout doporučení pro praxi u pacienta, rodiče a všeobecné sestry.

Popis rešeršní strategie

Vyhledání odborných publikací bylo zpracováno pomocí Masarykovy veřejné knihovny Vsetín. Publikace byly využity ke zpracování bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s mentální anorexií. Toto zpracování proběhlo v časovém období říjen 2018 až únor 2019. Klíčová slova byla zvolena v české jazyce a to: ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, pediatrie, děti, mladiství. V anglickém jazyce byla zvolena následovně: nursing, nursing process, nurse, mental anorexia, eating disorders, paediatrics, pediatrics, children, adolescent, young adult. Celkem bylo vyhledáno čtyřicet dva zdrojů, z toho pět akademických prací, dvacet osm článků a elektronických článků a dvanáct monografií.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou závažné primární duševní nemoci s důsledky na psychické, somatické, ale také sociální stránce, které svým vleklým průběhem ohrožují život zejména dospívajícím dívkám a ženám. I když v posledních letech můžeme stále častěji zaregistrovat problematiku příjmu potravy i u mladých mužů. Tyto onemocnění působí nepříznivě nejen na postižené, ale i na jejich okolí. Touha po extrémně štíhlé postavě, provázená strachem z tloušťky, nelibostí svého těla, špatnými stravovacími návyky a kontrolou své hmotnosti vede ke komplexnímu postižení nemocného. Obě poruchy jsou doprovázeny také nízkým sebevědomím, sociálními problémy a díky neustálé kontrole tělesné hmotnosti i somatickými obtížemi. Zásadním rozdílem mezi těmito poruchami je tělesná hmotnost (HORT a kol. 2000), (KRCH a kol. 2005), (PROCHÁZKOVÁ 2017).

V roce 1987 WHO, prohlásila poruchy příjmu potravy mezi jedny z prioritních problémů světové populace. Například v roce 2017 bylo v České republice, v ambulantních sférách léčeno 3 731 pacientů a v lůžkových psychiatrických zařízeních bylo hospitalizováno 454 nemocných s poruchou příjmu potravy. I přes velkou pozornost této problematiky v posledních desetiletích, zůstává mnoho nejasností a domněnek, nejspíše i pro vzájemné působení několika rozmanitých faktorů (PROCHÁZKOVÁ 2017), (ÚZIS, 2018).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí zařazujeme do poruch příjmu potravy dvě nejhlavnější formy a to restriktérskou neboli mentální anorexii a formu bulimickou, což je mentální bulimie. Tyto dvě formy se velmi často prolínají, až u 50% anorektiček přejde mentální anorexie na mentální bulimii. A naopak většina pacientek s mentální bulimií udává, že trpěla i mentální anorexií. Nejrizikovějším obdobím u anorexie je 14 až 18 rok života, avšak bulimie začíná až v pozdějším věku. Můžeme se setkat i s celou řadou dalších poruch, které však nespádají pod Mezinárodní klasifikaci nemocí. Avšak mohou doprovázet jak mentální anorexii, tak mentální bulimii. Často se setkáváme, že se jimi anorexie i bulimie zakrývají. I přesto, že nejsou tolik významné, mohou být pro dospívající nebezpečné (HORT a kol. 2000), (KRCH a kol. 2005), (PROCHÁZKOVÁ, 2017).

Poruchy příjmu potravin se netýkají jen u dospívajících a mladých dospělých, můžeme se s nimi shledat i u dětí. Nástup poruchy v dětském věku, to znamená před nástupem puberty, nese řadu problémů. Děti vnímají své tělo jinak, a tak je velmi nesnadné onemocnění diagnostikovat. U dětí se více než BMI používají percentilové grafy, které slouží k vyhodnocení vývoje dítěte. Při začátku poruchy před pubertou se mohou pubertální projevy opozdit či úplně zastavit. Po uzdravení se opět puberta projeví, avšak menarche je opožděna. Jak je již psáno výše, diagnostika v prepubertálním věku je velmi složitá. U dívek nelze použít amenorea jako příznak, také se nemusí vyskytovat úbytek váhy, nedostatečná výživa se projevuje jako zpomalení či zástava somatického vývoje, například jako stagnace váhy a růstu. Dále nelze lehce u dětí zjistit jejich emoční stav, jelikož i zdravé dítě velmi nesnadně emoce popisuje a identifikuje. Děti velmi častěji než dospělí popisují somatické potíže a více se snaží příznaky popírat, proto se u nich nelze spolehnout na hodnotící škály a dotazníky. Velmi vzácné jsou PPP u dětí předškolního věku a mladšího školního věku. Poruchy příjmu potravy jsou v dětství doprovázeny dalšími psychiatrickými komorbiditami, mezi nejčastější patří afektivní poruchy a úzkostné poruchy. Také je časté sebepoškozování, jenž je často skrývané a u starších adolescentů se může projevit úzus návykových látek a osobnostní poruchy (NICHOLLS, LASK, 2005), (UHLÍKOVÁ, 2018).

Mentální bulimie

Mentální bulimie je popisována již v 2. století. Je charakterizována opakujícími se záchvaty přejídání a chorobnou kontrolou tělesné váhy. Pacient trpící mentální bulimií má silnou a nepotlačitelnou touhu přejídat se, strach z tloustnutí řeší následným zvracením či používáním laxativa či kombinací obou procesů. Dále může držet přísné diety nebo hladovky a intenzivně cvičit. Na rozdíl od mentální anorexie si pacientka uvědomuje své onemocnění a mívá snahu se těchto zvyklostí zbavit. Mentální bulimie je více častá než mentální anorexie, je to i tím, že nástup onemocnění přichází až v pozdějším věku. Záchvaty přejídání se také můžou nazývat vlčím hladem, kdy pacientka je schopná sníst nadměrné množství jídla. Pacientka většinou přes den hladoví, toto nutkání nastává večer, a poté následují depresivní stavy a výčitky, díky nimž vyvolá zvracení. Zvracení je zpočátku nesnadné, poté se může stát i spontánním. Velmi častá je i emoční labilita, deprese, jenž mohou vést až k suicidálnímu jednání.

Tato porucha je především velmi ekonomicky náročná (KOUTEK, 2000), (KRCH, 2005).

Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání je specifické nadměrnou konzumací jídla bez hladovek, vyvolávání zvracení či nadměrného cvičení. Postižený řeší jídlem například deprese, nudu, zklamání, či osamělost (PROCHÁZKOVÁ, 2017).

Noční přejídání

Noční přejídání je specifické pro konzumaci denního jídla až po večeři a v noci. Doprovází ho nespavost a ranní nechut' k jídlu. Toto onemocnění může vyvolat například stres, narušení denního režimu nebo držení diety (PROCHÁZKOVÁ, 2017).

Ortorexie

S ortorexií se v dnešní době můžeme setkat velmi často. Zde je až patologická posedlost zdravou výživou. Člověk není schopen sníst nic jiného než potraviny v biokvalitě, tím si zužuje spektrum potravin na minimum. Strach z nezdravého jídla, dodržování zdravého životního stylu a stálé myšlení na zdravou stravu vede až k fanatismu (PROCHÁZKOVÁ, 2017).

Drunkorexie

Drunkorexie je stav kdy postižený redukuje potravu a tím se snaží snížit energetickou hodnotu, aby mohl vypít více alkoholu, který je kalorický (PROCHÁZKOVÁ, 2017).

Bigorexie

Bigorexie je jedna z mála poruch příjmu potravin týkající se spíše mužů, a to nejčastěji kulturistů. Postižený se zabývá svým vzhledem a snaží se dosáhnout nejen pomocí anabolických steroidů a jiných látek k lepší fyzické výkonnosti a růstu svalové hmoty. Což komplexně zatěžuje tělo postiženého (PROCHÁZKOVÁ, 2017).

Pregorexie

Pregorexie je také v poslední době velmi zaznamenanou poruchou. Jedná se o anorexii, která se objevuje v těhotenství. Toto onemocnění má fatální následky jako poškození či úmrtí plodu nedostatečnou výživou což také ohrožuje život budoucí rodičky (PROCHÁZKOVÁ, 2017).

Ruminace

Ruminace je poruchou příjmu potravy, kterou můžeme nalézt u dětí. Je spojená s opakovanou regurgitací bez přítomnosti nauzei. Nalezneme nejčastěji u kojenců, ale i batolat a strašících dětí, které mohou mít mentální retardaci. Při této poruše se musí nejprve vyvrátit porušení GIT. Dítě nejvíe známky jakéhokoliv diskomfortu, porucha se může projevit až snížením či stagnací hmotnosti, dehydrataci a vede ke kachexii až ohrožení života. Spouštěč toho onemocnění je většinou depresivní prostředí a špatný harmonický stav v rodině, proto se léčba zaměřuje na celou rodinu, převážně matku (KOUTEK, 2000).

Pika

Poruchu příjmu potravy kdy dítě pojídá nestravitelné látky, které nejsou ke konzumaci, nazýváme pika. Jedná se o PPP kdy dítě v raném věku jí například hlínu, textilie, polystyrén, vlasy atd. Příčinou je řada duševních poruch, mentální retardace, také vzniká například jako reakce dítěte při rozvratu manželství jeho rodičů či týrání. Toto onemocnění je život ohrožující, jelikož může způsobovat otravy a vznik ilea (KOUTEK, 2000).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je psychiatrická porucha charakterizovaná abnormálně nízkou tělesnou hmotností, odmítáním udržovat zdravou tělesnou hmotnost, strachem z jejího získání a zkresleného vnímání hmotnosti. „*Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných.*“ (KRCH, 2005, str.16). MA se někdy může projevat i zvýšeným zájmem o jídlo nebo změnou chutí, nejspíše se jedná o reakci organismu, nápodobně jako ztráty

chuti po dlouhém hladovění. Averse k jídlu není podmíněná nechutí, ale protože jíst nechtějí, což je projevem jejich narušeného postoje k tělesné hmotnosti (BREWERTON, 2014), (MAYO CLINIC, 2019), (KRCH, 2005).

Příznaky MA byly již zaregistrovány i u dětí mladších 10 let, rizikovou skupinou jsou však dívky okolo 14 roku života. Zde je nutno co nejrychleji vyhledat odbornou pomoc, což zabrání k nástupu mnohým dopadům nedostatečné výživy. Jako jsou například dehydratace a zastavení tělesného růstu (PROCHÁZKOVÁ, 2017). Blíže o mentální anorexii je popsáno na dalších stránkách mé práce.

1.1 DEFINICE MENTÁLNÍ ANOREXIE

„Mentální anorexie (dále MA) je porucha charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají a uvádějí různé důvody proč jíst „nemohou“. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.“ (KRCH, 2005, str. 16).

1.2 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

Zmínky o odmítání potravy můžeme zpozorovat již ve starověku. Už Hippokrates popisuje známky PPP a nazývá je jako asithia. Dále ve 2. století Galén jako první používá označení anorexie. *„Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů.“* (DETH, VANDEREYCKEN, 2005, str. 27). Radikální dodržování půstů mělo původně spíše spirituální kontext, kdy se dotyční sebetrestali či si odříkávali jídlo. Později bylo dlouhodobé odmítání jídla bráno za posedlost ďáblem či nadpřirozené síly, poté se však začaly brát jako známky duševních chorob (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2018).

I přes mnoho zachovalých popisů mentální anorexie, první důvěryhodné případy se začínají objevovat až ve druhé polovině 19. století. V roce 1859 v Kentucky popisuje lékař William Strout Chipley takzvanou sitiomani. Rok poté ve francii publikuje nezávisle článek lékař Louis-Victor Marcé článek o hypochondrickém deliriu, kdy při pozorování dospívajících dívek s nechutí k jídlu poprvé popsal příznaky mentální anorexie. Avšak tyto poznatky neměly žádné odezvy v lékařských kruzích. Až v druhé polovině 19. století Sir William Whitey Cull přednáší o hysterické apepsii, kdy dospívající dívky hubnou, aniž by trpěli žádnou z dosud známých chorob, jako je tuberkulóza. A varuje před omyly, že by toto onemocnění mělo pouze somatické příčiny (Příloha A). V té samé době popsal toto onemocnění i Ernest – Charles Lasègue. Oba lékaři popisovali tuto poruchu jako psychogenní chorobu objevující se především u mladých dívek a žen. Základní příznaky, jenž popsalí platí do dnes, a to velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost jakýkoliv známek organické etiologie (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2018).

1.3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA A HODNOCENÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE

„Mentální anorexie je charakterizována snižováním váhy, které si pacientka úmyslně způsobuje a udržuje sama. Vyskytuje se v 90 – 95 % u dospívajících dívek a mladých žen, u mladých chlapců a mužů v 5 – 10 %, nyní častěji u dětí před pubertou a starších žen.“ (PAPEŽOVÁ a kol., 2018, str. 122).

Prvotní kontakt s nemocí, který může ulehčit včasnou diagnostiku má lékař, pediatr nebo gynekolog. Jejich role je velmi důležitá v diagnostice a motivaci pacienta v léčbě. Druhým krokem v léčbě MA je návštěva psychologicko-psychiatrického zařízení, kterým se řada pacientů vyhýbá. K diagnostice v klinické praxi se používá MKN – 10 a k doplnění diagnostiky se používají diagnostická kritéria v DSM – 5 (PAPEŽOVÁ a kol., 2018).

Dělení diagnostických kritérií pro MA dle MKN – 10:

- Tělesná hmotnost je přinejmenším o 15% nižší pod předpokládanou vahou, či BMI má hodnotu 17,5 a méně.

- Pacient dosahuje sám snižování váhy pomocí diet, laxativ, diuretik, anorektik, usilovným cvičením nebo vydrážděním zvracením.
- Přetrvávající strach z tloušťky i přes velmi nízkou váhu, zkreslený obraz o vlastním těle a vtíravá obava o tloustnutí.
- Endokrinní poruchy. U žen amenorea u mužů ztráta sexuálního zájmu.
- MA začínající v prepubertě, opožděje nebo zastavuje růst. U dívek zastavuje vývoj prsou a vyskytuje se primární amenorea, u chlapců přetrvává dětský genitál. Po vyléčení dochází k dokončení puberty, avšak menarche je opožděná (PAPEŽOVÁ a kol., 2018).

DSM – 5 rozděluje mentální anorexii na restriktivní (nebulimický) typ a purgativní (bulimický) typ. Kdy u bulimického pacient zvrací a má i další patologické purgativní mechanismy snižování váhy. Dále specifikuje i současnou závažnost onemocnění, dle BMI, klinických symptomů, stupně funkčního postižení a potřeby dohledu nad jedincem (PAPEŽOVÁ a kol., 2018).

- MA mírná – BMI ≥ 17 kg/m²
- MA průměrná – BMI 16 – 16,99 kg/m²
- MA závažná – BMI 15 – 15,99 kg/m²
- MA extrémní – BMI < 15 kg/m²

1.4 ETIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Mentální anorexie je nejspíše multifaktoriálním onemocněním. Často vznikne v době, kdy dítě prochází těžkými životními situacemi a své emoce skrývá za myšlenkou na hubnutí a ideálem vlastního těla. V pozadí tohoto onemocnění můžeme vidět vlivy sociokulturní, psychologické, rodinné a biologické. Jinak řečeno za příčinu mentální anorexie mohou individuálně-psychologické aspekty a kombinace genetických, neuroendokrinních a fyziologických vlivů. Děti postižené touto chorobou mívají většinou stejné charakteristické rysy. Bývají velmi citlivé, nápadně přizpůsobivé s perfekcionistickými rysy a také oplývají nadprůměrnou inteligencí s velkými ambicemi. MA se velmi často projevuje v období adolescence, kdy na dítě

začínají být kladeny zvýšené nároky. Často se můžeme dočíst, že MA je zapříčiněná strachem z dospělosti a obavou přijetí dospělé mateřské role, jenž adolescentní období přináší (CENTRUM PRO ROZVOJ DUŠEVNÍ PÉČE, 2017), (KOUTEK, 2000), (PAPEŽOVÁ, 2012).

Pravděpodobně nejdůležitější roli hrají genetické faktory. Především primární hypotalamická dysfunkce neznámé příčiny, která se projevuje na hypotalamo-pituitární-gonádové ose, je jedna z nejznámějších biologických hypotéz. Rodinné zatížení také prokázaly studie dvojčat. Sourozenci mají vyšší riziko a to až 6% onemocnění. S častějším výskytem u jednovaječných dvojčat oproti dvouvaječným dvojčatům. Vliv má též alkoholismus a afektivní poruchy v rodině. Dalším souborem příčin a mechanismu onemocnění je samo hladovění. Toto potvrdil takzvaný minnesotský pokus z roku 1944 v USA, vedený odborníkem na výživu dr. Ancel Bejamin Keysem. Bylo vybráno třicet šest dobrovolníků, jenž začali držet hladovku a v průběhu experimentu ztratili až 25% své hmotnosti (Příloha B). U některých jedinců se začaly projevovat některé symptomy MA. Začali se více zabývat jídlem, byli více podráždění a ztratili své zájmy (CENTRUM PRO ROZVOJ DUŠEVNÍ PÉČE, 2017), (KOUTEK, 2000), (PALBA.CZ, 2016).

„Jedna z nejtěžších věcí při anorexii je, že proniká do všech částí našeho já. Nedostatek jídla oslabuje tělo, mysl i citění. Může umlčet vaše opravdové já. S anorexií, se kterou původně chtěli někteří vyniknout, ukázat úspěšnou sebekontrolu, se stávají naopak podobní ostatním nemocným. Jedinečnost osobnosti se postupně s trváním poruchy ztrácí“ (PAPEŽOVÁ, 2012, str. 56).

1.5 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

Jak je již uvedeno výše, mentální anorexie je psychosomatickým onemocněním, které se významně promítá do tělesného stavu. Všechny PPP vedou k zdravotním komplikacím a také významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti. Mentální anorexie je nejčastější příčinou úmrtí ze všech psychických poruch (KOUTEK, 2000), (KRCH a kol., 2005).

1.5.1 Kardiovaskulární komplikace

Kardiovaskulární onemocnění se vyskytuje až u 90% nemocných s MA. Nejčastěji se můžeme setkat s bradykardií a hypotenzí, jenž vedou k závratím a

náhlým ztrátám vědomí. Hypotenze je většinou způsobena sníženou srdeční hmotou. Můžeme se také setkat s arytmiemi a změnami srdeční frekvence. Arytmie vzniká při užívání diuretik nebo projímadel ve velkém množství což vede k rozvratu elektrolytové rovnováhy. Tyto komplikace směřují k smrtelné srdeční zástavě. Známé a mnohdy klinicky významné srdeční onemocnění způsobené MA jsou poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a zhoršení výkonosti srdečního svalu či perikardiální výpotek. Mezi další příznaky kardiovaskulárních komplikací jsou bolesti hlav, mdloba a snížená tělesná aktivita (CAMPBELL A PEEBLES, 2014), (KRCH a kol., 2005).

1.5.2 Gastrointestinální komplikace

Komplikace postihující GIT se vyskytují sekundárně v důsledku podvýživy, zvracení nebo přejídání. Příznaky zasažení GIT zahrnují zpožděné vyprazdňování žaludku, zácpu, dyslipidemii a mírnou transaminitidu. Také je přítomný reflux, hematéméza, nadýmání, plynatost, nevolnost nebo otok parotických slinných žláz. Edém parotických slinných žláz se objevuje až u 25 a 50% pacientů s MA. U zvracejících anorektiček si můžeme, povšimnou porušené zubní skloviny. Zvracení má za následek také vznik zánětu jícnu, jícnové eroze a vředy. Velmi vzácnou komplikací je dilatace žaludku. Tenké střevo je postiženo zhoršenou motilitou. Pomocí rentgenu jde zjistit dilataci duodena či dočasnou dilataci jejunu. Občas může být příčinou realimentační pankreatitida, jenž může zapříčinit gastrointestinální ileus. Tlusté střevo postihuje již zmíněná zácpa nebo syndrom maloabsorpce, steatoreu či enteropatii (CAMPBELL A PEEBLES, 2014), (KRCH a kol., 2005).

1.5.3 Renální komplikace

Omezením tekutin nebo zvracením se u pacientů s MA může rozvinout renální insuficienci a dehydratace ta má za následek hypokalemii, hyponatremii, hypochloremii a hypochlorní metabolickou alkalózu. Mezi další komplikace patří renální abnormality zahrnující pyurii, proteinurii a hematurii. U pacientů s mentální anorexií je také častý vznik močových kamenů, který je následkem dehydratace a nízkého výdeje moči. Mohou se objevit i otoky dolních končetin, jenž vznikají jako důsledek nadměrného užívání laxantiv, což vede k hypoproteinemii až hypovolemickému šoku, ledvinovým infarktům a kardiovaskulárnímu selhání, jenž je život ohrožující (CAMPBELL A PEEBLES, 2014), (KRCH a kol., 2005).

1.5.4 Endokrinní komplikace

Jako typické rysy mentální anorexie můžeme nazvat endokrinní komplikace. Pacienti s MA mívají velmi nízkou hladinu gonadotropinu, což se také nazývá hypogonadismus, také nízkou hladinu pohlavních hormonů, luteinizačního a folikuly stimulujícího hormonu. Endokrinní abnormality se mohou u dívek i chlapců projevit zpomaleným lineárním růstem, zpožděním či regresí puberty a u dívek můžeme pozorovat amenoreu. Pokud je podvýživa velká může dojít až k infertilitě dívky. Hormony štítné žlázy, tyroxin a trijodthyronin jsou sníženy, avšak jejich nahrazení je kontraindikováno. Snížení hladiny hormonů štítné žlázy je totiž nutno považovat za obranný mechanismus lidského těla (CAMPBELL A PEEBLES, 2014), (KRCH a kol., 2005).

1.5.5 Kosterní komplikace

Pacienti s mentální anorexií v dětském věku bývají většinou menšího vzrůstu než jejich vrstevníci. Důvodem je zpomalení vývoje růstu kostí, jenž se může až zcela zastavit. Nejčastější kosterní komplikací je však osteoporóza. V dospělém věku může vzniknout také osteomalacie, ta je zapříčiněná nedostatkem vitamínu D. Velmi časté u pacientů s MA jsou také patologické zlomeniny, které můžou dotyčného i připoutat na invalidní vozík (Příloha C), (KRCH a kol., 2005).

1.5.6 Hematologické komplikace

Hematologické komplikace jako změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u převážné většiny pacientů s mentální anorexií. Čím více je nemoc vážnější, tím i více roste klinická závažnost. Díky hypoplazii kostní dřeně vzniká především leukopenie, anémie a sporadicky i trombocytopenie. Sníženou imunitu mají za následek abnormality zahrnující dysfunkci neutrofilů. Důležité je také si pohlídat hladinu železa a vitamínu B12 u anemických pacientů (CAMPBELL A PEEBLES, 2014), (KRCH a kol., 2005).

1.5.7 Neurologické komplikace

„Akutní porucha elektrolytové rovnováhy způsobená zvracením, klystýry, nadužíváním projímadel a diuretik může vyvolat řadu neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie,

svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku“ (Krch a kol., 2005, str. 99).

Podvýživa významně ovlivňuje mozek u dětí a dospívajících z důvodů dynamických změn, které vznikají v kognitivním a strukturálním vývoji mozku během tohoto období. Snížený objem mozkové tkáně a zhoršené neurologické funkce byly prokázány u některých pacientů s MA. Také může dojít k přetrvávajícímu deficitu šedé a bílé hmoty a zvýšené hladině mozkomíšního moku u pacientů s již obnovenou hmotností (CAMPBELL A PEEBLES, 2014), (KRCH a kol., 2005).

1.5.8 Psychiatrické komplikace

Psychiatrické komplikace mohou být přítomny i po uzdravení. Velmi časté jsou deprese, úzkost, obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, poruchy osobnosti, poruchy užívání návykových látek a sebepoškozování. U mentální anorexie je celoživotní převládání deprese a úzkostných poruch 50% až 68% (CAMPBELL A PEEBLES, 2014).

1.5.9 Dermatologické komplikace

Původem kožních obtíží u pacientů s mentální anorexií může být několik, přes nedostatečnou výživu až po užívání laxativ, diuretik, emetik či anorektik. Nejčastější změnou na kůži, kterou má až čtvrtina postižených je xerosis cutis neboli tenká, suchá a šupinatá kůže se sníženým množstvím kolagenu. Vykytuje se zejména na pažích a zádech. Další kožní komplikací je akné, jenž postrádá primární projevy jako například komedony. Toto akné si pacient přivodí obsedantně-kompulzivním mačkáním a škrábáním pomyslných projevů akné. Obvyklé je také žlutooranžové zabarvení kůže vyskytující se nejčastěji na dlaních, chodidlech, obličeji a v axilách (Příloha D). U nemocných s MA si můžeme také všimnout purpury, jenž se představuje jako tečkovité petechie kolem očí či úst nebo spojivkách. Jelikož až 30% dětí či dospívajících s MA se sebepoškozují, můžeme na kůži pozorovat i jiné artefakty jako modřiny, spáleniny či řezné rány (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Často se také můžeme setkat s příznakem zvaným lanuginózní ochlupením. Toto ochlupení je velmi jemné a objevuje se zejména na obličeji, zádech, končetinách a trupu. Další změnou ochlupení je alopecie neboli prořídnutí vlasů, či vypadávání vlasů

(Příloha E). Ta vzniká z důsledku poškození vlasového folikulu. Všimnout si můžeme také roztrpených, křehkých a lomivých nehtů. V důsledku častého zvracení bývají také poškozena ústa. Vyskytují se bolestivé červené, praskající koutky, na sliznici můžeme vidět afty či gingivity. Zuby jsou často zkažené, sklovina je naleptána žaludečními šťávami, může dojít i k jejich ztrátě. Nebolestivé zbytnění slinných žláz počítaje i příušní slinné žlázy jsou dopadem častého zvracení, zvýšeného slinění při pocitu hladu a užívání žvýkaček (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

1.6 TERAPIE

Léčba mentální anorexie má dva cíle, prvním cílem je léčba malnutrice. Druhým, dlouhodobým je celková diagnostika a řešení psychických problémů a zamezení relapsu. Dále je nutné rozhodnout, zda lze MA léčit ambulantní cestou nebo je nutná hospitalizace. K hospitalizace vede váhový úbytek více než 25%, těžké somatické komplikace, deprese, užívání diuretik a laxativ (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Jako základ léčby se považuje včasná a správná diagnostika, jenž zhodnotí nejen stupeň psychického, somatického, ale i sexuálního vývoje dítěte. Léčba všech PPP nejen mentální anorexie je multifaktoriální a musí být komplexní, rozdílná pro každé dítě a hlavně individuální. Léčba dítěte je složitější a náročnější, na rozdíl od léčby dospělých, jelikož jeho vyzrállost, ještě není tak velká, aby dítě chápalo a bralo léčbu jako něco podstatného pro jeho zdraví. Proto je velmi důležité spolupracovat s rodinou a okolím dítěte. Mnohdy dochází i k tomu, že se dítě či dospívající léčbě brání. Jelikož léčba přináší velkou úzkost, kterou dítě nechápe. V léčbě je důležité hlavně nastavit přísná pravidla a je důležité dodržovat je a nepolevit, což vede v některých rodinách ke konfliktům, nejen s nemocným, ale také mezi samotnými rodiči (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Ambulantní péče

Prvním krokem k léčbě by měla být právě ambulantní péče nebo denní stacionář. Avšak v České republice dosud tyto denní centra chybí, jsou však běžná ve světě a tak u nás zbývá pouze ambulantní péče. Do ambulantní péče jsou zahrnutí pacienti, jenž nemají drastický úbytek na váze, onemocnění trvá teprve krátkou dobu, chtějí a mají motivaci k léčbě a je u nich také možná spolupráce s rodinou. Ambulantní péče nevede k vyléčení pacienta, ale k jeho navrácení do somatické i psychické rovnováhy. Péče je

poskytována buďto individuální formou nebo skupinově, kdy nemocný dochází do ordinace lékaře na konzultace jednou týdně nebo častěji dle potřeby. Skupinová forma péče má výhodu ve sdílení zkušeností a podporou od ostatních stejně nemocných pacientů. I v průběhu ambulantní péče je nutné sledovat úspěchy léčby v podobě příbytku tělesné hmotnosti, udává se, že denní nárůst by se měl pohybovat kolem 0,5 kilogramů (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Hospitalizace

Účinnost hospitalizace a usměrňujícího režimu je osvědčena tím víc, čím je pacient mladší. Nejen vytržení z domácího prostředí, kde dochází mnohdy k nedodržování léčby jak pacientem, tak benevolentností rodičů, jenž nezvládají jak stravovací návyky, tak své emoce, komunikaci a zodpovědnost je hospitalizaci výhodou. Při hospitalizaci je nutné počítat s několikaměsíčním pobytem zejména na psychiatrickém oddělení. Tím dochází k vytržení dítěte ze svého obvyklého prostředí, od svých vrstevníků, odloučení od rodiny a velkou absencí ve škole (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Léčba je zahájena značně pozvolna, nejprve dochází k obnovení výživy, dále se vytváří či znovu nachází nové jídelní návyky. Pacient má také sníženou fyzickou aktivitu a omezené zacházení s jídlem. Nemocný s PPP dostává jídlo šestkrát denně a to snídaní, přesnídávku, oběd, svačinu, večeři a druhou večeři, tudíž ani nemá potřebu zacházet s vlastním jídlem. Každý pacient musí striktně dodržovat režim daného oddělení, v rámci režimové terapie. Vede k tomu přesně strukturovaný čas, dané pravidla, dodržování školní docházky, jenž psychiatrická klinika zařizuje, účast na psychoterapeutických aktivitách, dodržování spánkového a jídelního režimu, návštěv a používání mobilních telefonů. Konzultacemi s nutričním terapeutem, postupným upravováním jídelního režimu, získává pacient odpovídající hmotnost. Postupnou pílí, dodržováním režimu a učením se přebírat zodpovědnost z dospělých na sebe, dítě dochází k požadovaným výsledkům (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Mezi hlavní psychoterapeutické metody patří zejména kognitivně behaviorální terapie, rodinná a individuální psychoterapie, nutriční poradenství a psychoedukace jak nemocných tak i jejich rodinných příslušníků. Od farmakoterapie se ve většině případů upouští, je důležitá pouze u pacientů, jenž jejich stav ohrožuje život, nebo u pacientů,

jenž trpí některou z komorbidních poruch jako jsou například poruchy nálad (PAPEŽOVÁ a kol. 2010).

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie nebo zkráceně KBT, je diferencovanou, srozumitelnou metodou, zaměřující se na konkrétní, pozorovatelné a přesně definované problémy pacienta. Pomocí poznatků teorie učení, kognitivní psychologie a výbornou znalostí problematiky PPP a prací s takto postiženým pacientem, vede pacienta k aktivní, otevřené spolupráci. Díky této metodě pacient potlačuje faktory udržující onemocnění a také se snaží přerušit špatné návyky pacienta. Toto vyšetření bývá součástí většiny sezení pacienta s terapeutem, kdy se oba zaměřují na nové problémy a rozebírají jídelní záznamy, jenž si pacient vede o každém jídle. V těchto jídelních záznamech pacient uvádí čas a místo kde jedl, množství snědených potravin, vyvarovat by se měl energetickým hodnotám, a v neposlední řadě pocity, které při a po jídle měl. Do jídelních zápisů by si pacient měl psát i zda kvůli jídlu užil nějaké diuretika, laxativa či vyvolal zvracení. Toto všechno je velmi důležitou částí léčby a pacient se ke svým zápisům v průběhu léčby vrací. KBT je také nedílnou součástí psychoedukace. Pacienti si vytváří své cíle a získávají poučení o stravě. Terapeut by měl být vždy připraven zodpovědět dítěti jakoukoliv otázku týkající se nejen jídla a jídelních návyků, ale také otázky týkající se například zvracení nebo nemoci samotné. V dnešní době KBT představuje většinou dvacet sezení během pěti měsíců (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Rodinná terapie

Rodinná terapie bývá především u dětí a dospívajících jednou ze zásadnějších. Účinné jsou právě u většiny pacientek s mentální anorexií. I když ji nelze brát jako základ léčby, může terapie celé rodiny vést k porozumění různých problémů, které se v rodině vyskytují. Často dojde i ke konci, že dítě začalo mít problémy právě kvůli problémům a konfliktům v rodině. Rodinná terapie je velmi účinná i v oblasti, kdy některou z PPP trpí matka a dítě její patologické jídelní chování přebírá (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

V posledních letech se začala využívat také vícerodinná terapie mentální anorexií. Tato terapie kombinuje prvky více terapeutických směrů a zakládá se na

sdílení poznatků, zkušeností a podporou více rodin, kde jejich dítě trpí mentální anorexií. Tato vícerodinná terapie má čtyři fáze, kterými rodiny společně a postupně prochází. A to od vytváření terapeutické vztahu a atmosféry, přes fázi kde se rodiny zaměřují na symptomy nemoci a tím i na psychoedukaci, fázi orientovanou na vztahy v rodinně, až po konečnou fázi orientovanou na budoucnost a nové perspektivy. Ve všech čtyřech fázích je nutná podpora a individualita každého člena rodiny, důraz je také na jeho práva a osobní problémy. Nutná je především u sourozenců, jelikož bylo mnoho případů, kdy sourozenec přejímá stejné stravovací návyky od nemocného ať už ze zvědavosti nebo touze získat pozornost od rodičů, která se momentálně dostává dítěti s MA (KRCH a kol., 2005), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Fyzioterapie

Jelikož nedostatek živin přináší také osteoporózu a vertebrogenní bolesti, velký význam má fyzioterapie zaměřená na uvolnění svalového napětí a rehabilitační cvičení ať už na vyrovnání vadného držení těla nebo svalovou dysbalanci. Pomocí skupinových cvičení, se pacienti učí vnímat a hospodařit s vlastní energií, nejen své, ale i ostatních ze skupiny (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Relaxační cvičení

Relaxační cvičení jsou pro pacienty s PPP také velmi důležitá, pacient se na chvíli odreaguje od svých problémů a přispívá k získání kontroly nad vlastním tělem. „*Relaxace se provádí na židli s oporou pro záda, s chodidly po celé ploše opřenými o podložku a s rukama v klíně, nebo vleže na zádech, se zavřenýma očima, s doprovodem relaxační hudbou*“ (PAPEŽOVÁ a kol., 2010, str. 362).

Nejznámější a nejrozšířenější formou je **Schultzův autogenní trénink**. Vychází ze tří faktorů, které na sebe vzájemně působí a to psychická tenze, funkční stav vegetativní nervové soustavy a napětí svalstva. Tyto fáze dohromady navodí relaxaci. K uvolnění dochází k postupným pocitům tíže a tepla v končetinách, doprovázených pravidelným tepem a dýchání. Autogenní trénink vypracoval berlínský neurolog a psychiatr Johannes Heinrich Schultz, jenž vedle analytických přístupů kladl důraz na aktivně klinické metody, což je hypnóza, sugesce, relaxace a trénink. Výsledek autogenního tréninku byl opakovaně výzkumem prokázán jako jedna z nejlepších metod

pro zvládání stresu, prožitek relaxace, zlepšení koncentrace a učení (AUTOGENNÍ TRÉNINK, 2018).

Dechová cvičení

Pro pacienty s mentální anorexií je dechové cvičení významné. Využívají hrudní typ dýchání, při dýchání do břicha se břicho nápadně vydouvá, a dochází k takzvanému velkému břichu, jenž se postiženým MA nelíbí. Toto cvičení může probíhat buď bez kontaktně například použitím knihy nebo s kontaktem, kdy terapeut přikládá na břicho ruku. Pacient pozvolna dýchá do břicha. V terapii se může využít i skupinové práce kdy si pacienti předávají takzvanou dechovou vlnu (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Muzikoterapie

Muzikoterapie neboli léčba hudbou je mezi dětmi a převážně dospívajícími jednou z nejoblíbenějších metod. Pomocí zvuku a hudby, tudíž melodií, rytmů a harmonií uvolňujeme napětí v různých částech lidského těla, nebo jej stimulujeme. Dále zde zapojujeme zpěv, jenž můžeme brát jako dechové cvičení. Hudba může mít účinky relaxační, dráždivé, anebo naopak může pacientovi přidat energii (JOBÁNKOVÁ, 2003).

Canisterapie

Canisterapie je metodou psychosociálního a fyziorehabilitačního působení, prostřednictvím speciálně vycvičeného psa. Nejlépe účinná je na lidi trpící psychickými poruchami či depresí. Kontakt psa a člověka vede k rozvíjení hrubé a jemné motoriky. Dále navádí k verbální i neverbální komunikaci, pomáhá v nácviku koncentrace, rozvíjí sociální citění, poznávání a složku citovou. Také nabádá ke hře a zároveň je významná pro psychiku a přispívá k duševní harmonii (JOBÁNKOVÁ, 2003).

Ergoterapie

Léčba prací neboli ergoterapie je především nácvikem soběstačnosti v rámci denních aktivit a využití kreativity. Jsou zde zahrnuty kreativní techniky, kognitivní trénink a mnoho dalších sociálních dovedností. Ergoterapie vede k posílení motivace a změně návyku, také se pomocí ní pacient učí řešit problémy či utužovat vlastní nadání, čímž je pro něj snadnější vrátit se do normálního života a studiu (JOBÁNKOVÁ, 2003), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Arteterapie

Léčba uměním neboli arteterapie je metodou, jež pomáhá nemocnému prostřednictvím uměleckých děl či jeho vlastní tvorbou. Díky této metodě, může pacient vyjádřit jinak potlačované emoce a zároveň pocítit úlevu. Také se díky této metodě dostáváme ke svému skutečnému já a učíme se mu lépe rozumět. Arteterapie jako prostředek k sebereflexi pomáhá odrážet změny stavu pacienta během hospitalizace. Konec hospitalizace většinou doprovází obavy z návratu domů či do školy. Ve většině případů jsou obrázky chladné, pesimistické, laděné do tmavších barev a agresivních odstínů (JOBÁNKOVÁ, 2003), (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Mezi časté využívané metody jsou například koláže. Velmi často se na začátku hospitalizace dává dívkám s mentální anorexií papír s vytištěným prázdným talířem a ony pomocí různých obrázků z časopisů nebo pomocí pastelek, kreslí či lepí potraviny buďto do talíře nebo kolem něj. Potraviny kolem talíře jsou ty, jež přijdou pacientce odporné, do talíře naopak kreslí jídlo, jež má ráda. To samé se udělá i na konci hospitalizace a pacientce dají oba talíře porovnat (Příloha F). Dítě s mentální anorexií také svou nemoc mnohdy vykreslí jako pohádkovou bytost, převážně zápornou (Příloha G).

1.7 PREVENCE

Nejdůležitější prevencí u mentální anorexie, ale i u dalších poruch příjmu potravy je především edukace. Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence má kořeny ve výchově dítěte ať už rodiči nebo jeho zákonnými zástupci. Dále zde patří vliv společenských vlivů a návyků ve stravování. Velké přičinění zde mají média a vštěpovaný kult krásy (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

Detekce a ovlivnění ohrožených skupin, což jsou například léčené děti pro obezitu, je sekundární prevencí. Zde se zaměřujeme na děti, jež jejich život provází dieta většinou z důvodů somatického onemocnění. Mohou zde také patřit děti, které jejich zájmové aktivity vedou ke kontrole váhy a vzhledu, jako například modeling, tanec nebo gymnastika. Důležité je v těchto komunitách děti s poruchou vyhledat a zahájit léčbu v co nejranějším období chorobného stavu (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

V terciální prevenci se zabýváme především předcházení relapsu a obnovení plného zdraví. V neposlední řadě nemůže zapomínat na zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci (PAPEŽOVÁ a kol., 2010).

1.8 RIZIKOVÉ FAKTORY

Pacienti trpící poruchami příjmu potravy často udávají, že jejich rodiče se o ně zajímají jen zřídka. Otcové jsou většinou odtažití a citově chladní, matky naopak jsou urputné ve výchově a převládá u nich perfekcionalismus. Mnohdy i matky samotné trpěly, nebo stále trpí některou s poruch příjmů potravy. Rodiče si často přejí, aby dítě bylo co nejdříve samostatné a nezávislé, čímž je na dítě vyvíjen nátlak. Pokud dítě tuto roli nezvládá, může si připadat méněcenné a začíná se trestat v podobě odmítání nebo nadměrného konzumování stravy. Poruchami příjmu potravy trpí také děti, jenž byly nějakou formou traumatizovány, například sexuálně zneužívány, či jim byl vštěpován společenský postoj k štíhlosti (PAPEŽOVÁ a kol., 2010), (ŠIMOVCOVÁ, 2015).

Časté problémy s rozpoznáním vlastních emocí jsou dalšími faktory, jenž si můžeme u postižených s poruchami příjmu potravy všimnout. Pacienti jsou bez zájmu, apatičtí, tiší nebo naopak u nich dochází k nenadálým výbuchům pláče. Poruchy příjmu potravy se také dostavují současně při užívání návykových látek, depresí, úzkostnými stavy či poruchami osobnosti (PAPEŽOVÁ a kol., 2010), (ŠIMOVCOVÁ, 2015).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

„Ošetřovatelství je láska k lidem, moudrost a pomoc. I když prošlo během svého vývoje velkými změnami, stále si zachovalo svůj osobitý charakter.“ (PLEVOVÁ, 2011, str. 13)

Ošetřovatelství jako samostatná vědní disciplína, staví na samostatnosti sestry v její péči, práci a rozhodování se, ve spolupráci s lékařem a jinými zdravotnickými odborníky. Ošetřovatelský proces je metoda zabývající se poskytováním ošetřovatelské péče jednotlivci, jeho rodině i komunitě. Pomocí ošetřovatelského procesu můžeme zhodnotit zdravotní stav, vyřešit současné problémy jeho zdravotního stavu a zachytit potencionální překážky. Dále také stanovuje plán a poskytovanou ošetřovatelskou péči k uspokojování potřeb pacienta (FARKAŠOVÁ, 2006), (PLEVOVÁ, 2011), (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Ošetrovatelský proces využíváme samozřejmě také v pediatrii, kde se zaměřuje na individuální přístup zdravotnického personálu k pediatrickému pacientovi a jeho zákonným zástupcům, kteří do celého procesu vstupují. Všeobecná sestra musí mít velmi dobrou znalost vývoje dítěte, nejen psychologickou, ale i anatomickou. Zásluhou splynutí přístupu k dítěti i rodičům můžeme ideálně poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte, nejen s pomocí ošetrovatelských intervencí (FARKAŠOVÁ, 2006), (PLEVOVÁ, 2011), (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Ošetrovatelský proces je vytvořen z pěti fází.

Posouzení je prvním z pěti fází. Velmi důležité je již prvotní setkání s dítětem a jeho rodiči, kdy musí sestra sbírat anamnestická data, ověřovat a třídit údaje o zdravotním stavu pacienta. Také se musí zaměřit na pacientovu rodinu a prostředí, v kterém žije. Zdrojem údajů je s ohledem na věk samotné dítě, osoby pečující o dítě, další zdravotničtí pracovníci, kteří přišli do styku s pacientem, zdravotní záznamy a jeho výsledky vyšetření. Údaje také můžeme získat pozorováním dítěte například při hraní si, rozhovorem s ním nebo s rodiči a samozřejmě také fyzikálním vyšetřením (FARKAŠOVÁ, 2006), (PLEVOVÁ, 2011), (SEDLÁŘOVÁ, 2008)

Diagnostika je analyticko – syntetický proces, při kterém získané informace nejprve analyzujeme a následně s pomocí syntézy vytvoříme ošetrovatelské diagnózy. Dále se musí rozlišit aktuální a potencionální problémy, které nezahrnují jen oblast zdravotní, ale také sociální a psychickou (FARKAŠOVÁ, 2006), (PLEVOVÁ, 2011), (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Třetí fází ošetrovatelské péče je **plánování**. V plánování stanovujeme priority cíle a měřitelná kritéria v péči o dětského pacienta. V průběhu léčby se mění i priority. Důležité také je, aby ošetrovatelský plán byl shodný s ordinovanými postupy lékaře (FARKAŠOVÁ, 2006), (PLEVOVÁ, 2011), (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Realizace je fází, v které naplánované intervence započínáme. Zde v této fázi klademe důraz na skloubení plánu ošetrovatelské péče s realizací. Ošetrovatelská činnost musí být naplánována tak, aby bylo docíleno očekávaných výsledků. Podstatné je také naplánování postupu při provádění ošetrovatelské péče a četnost prováděných intervencí (FARKAŠOVÁ, 2006), (PLEVOVÁ, 2011), (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Poslední a to konečnou fází je **hodnocení**. Při hodnocení již provedené ošetrovatelské péče dochází k porovnání ošetrovatelského plánu s jeho realizací. Čímž zjistíme, zda jsme dosáhli určeného cíle. Hodnocení je velmi důležité, jelikož můžeme posoudit, zda je naše ošetrovatelská péče úspěšná a můžeme v ní pokračovat, či nevede k požadovaným výsledkům a můžeme jí změnit či ukončit úplně (FARKAŠOVÁ, 2006), (PLEVOVÁ, 2011), (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Ošetrovatelský proces je vypracován u dětské pacientky hospitalizované na dětském oddělení ve Vsetínské nemocnici a.s. Dívka byla hospitalizována pro mentální anorexii v lednu 2019. Z důvodů ochrany osobních údajů nejsou v anamnéze uváděny jména, příjmení, rodná čísla, data a telefonní kontakty. Ke sběru dat byla použita lékařská a ošetrovatelská dokumentace, nemocniční informační systém, rozhovor s pacientkou a jejím otcem a také vlastní pozorování.

Popis případu:

Tato třináctiletá dívka byla již po dřívějších léčbách, které také podstoupila i v psychiatrické léčebně Motol, zaslána svým praktickým lékařem k hospitalizaci pro rapidní úbytek hmotnosti. Dívka po propuštění z léčebny vážila 48,2 kilogramů, nyní je její váha 35,4 kilogramy a měří 164 centimetrů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Iniciály	I.K.
Pohlaví	žena
Datum narození	00.00.2005
Věk	13 let
Národnost	česká
Jméno příbuzného	P.K.
Typ přijetí	akutní
Účel příjmu	terapeutický

Oddělení	Dětské oddělení
Ošetřující lékař	MUDr. V.Ž
Praktický lékař	MUDr. K.Z.

Hlavní medicínská diagnóza:

Mentální anorexie.

Důvod příjmu udávaný pacientkou:

„Poslední dobou jsem více cvičila, než mi bylo povoleno. Jídlo doma mi nechutná, babička vaří pouze tučná, nezdravá jídla, mé zdravé jídlo mi vyhazuje a křičí po mě. Při kontrole u pana doktora zjistili, že jsem opět zhubla a proto musím jít do nemocnice, aby mě pohlídali.“

Vitální funkce při příjmu

FUNKCE	HODNOTA	REFERENČNÍ MEZ	HODNOCENÍ
Puls:	71/min	65 – 110 /min	Normokardie
Dech:	18/min	18 - 30	Normopnoe
Teplota:	36,1 °C	36,0 – 37,5 °C	Normotermie
SpO ₂ :	98 %	90 – 100 %	----
Krevní tlak:	108/70	97-112/57-71	Normotenze
Výška:	164 cm	----	----
Váha:	35,4 kg	----	----
BMI:	13,01	18,5 - 25	Těžká podvýživa

Nynější onemocnění:

Od srpna 2018 po úmrtí matky si začal otec všimnout sníženého příjmu potravy, postupně začala odmítat sladkosti a pečivo, začala více cvičit. Postupně začala hubnout. V listopadu 2018 začala navštěvovat psychologickou ambulanci. Následně doporučena hospitalizace ve FN Motol od prosince 2018, odtud otec dívku bere na negativní revers před ukončením léčby. Doma se stav i nadále zhoršoval. Dívka odmítala jídlo. Po

dohodě s praktickým lékařem pro děti a dorost domluvena hospitalizace na dětském oddělení ve Vsetínské nemocnici. Sama není schopná bez dozoru cokoliv sníst. Nezvrací, zkoušela to, ale je jí to nepříjemné. Často se jí motá hlava, cítí se velmi unavená, prospí až 16 hodin denně.

Informační zdroje:

Pacientka, otec, zdravotnická dokumentace, fyzikální vyšetření a nemocniční informační systém.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 47 letech na karcinom pankreatu

Otec: hypertenze

Bratr (2003 - nevlastní): zdrav

Sestra (2014): zdráva

Matka matky: Diabetes mellitus 2. typu na dietě

Otec matky: zemřel v 57 letech na karcinom prostaty

Matka otce: hypertenze

Otec otce: zemřel v 57 letech na infarkt myokardu

Osobní anamnéza:

Z I. rizikové gravidity (nízce nasedající placenta), porod proběhl v termínu, narodila se spontánně záhlavím. Vážila 3100 gramů, postnatální adaptace bez poruch, kojena deset měsíců. Prodělala běžné dětské onemocnění. Očkována je řádně bez komplikací, navíc má pneumokoka. Menstruaci měla od 11 let, nyní již pět měsíců amenorea. Dříve byla hospitalizována pro apendektomii.

Farmakologická anamnéza:

NÁZEV LÉKU	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
Calcium pantothenicum	mast	50 mg/g	Dle potřeby	Dermatologika
Fantomalt	Prášek pro roztok	400 g	20 x denně 1 odměrka na 2 dcl vody	Diaetetica
Imunoglucan	cps.	100 mg	1 – 0 - 1	Diaetetica
MoliCare skin	mast	pH 4,5 – 5,5	Dle potřeby	Dermatologika
Prosulpin	tbl.	50 mg	0 – 0,5 – 0,5	Psychofarmakum
Protifar	Perorální roztok	1x225g	1 – 0 - 1	Diaetetica
Selzink Plus	tbl.	50 mg	0 – 1 - 0	Diaetetica
Sertralin Actavis	tbl.	50 mg	1-0-1	Psychofarmakum

Alergická anamnéza: negativní

Sociální anamnéze:

Bydlí na statku s otcem, babičkou, nevlastním bratrem a mladší sestrou. Chodí do sedmé třídy základní školy, s vyznamenáním. Doma mají zemědělská zvířata a psa. Matka jí před nedávnem umřela, dívka musí zastupovat její roli v momentě kdy je otec v práci a babička je unavená. Dívka tuto situaci nese velmi špatně.

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ:**Celkový stav:**

Pohublá dívka bez celkového poškození. Je afebrilní, eupnoická, pobledlá, stěžuje si na únavu. Je dobře prokrvená a hydratovaná. Orientační neurologické vyšetření s normálním nálezem, bez meningeálních, ložiskových či cerebelárních symptomů. Svalový tonus je normální, kůže je mírně suchá.

Hlava:

Retroaurikulární krajiny jsou klidné, oči, uši a nos bez patologických výtoků. Skléry jsou bílé, spojivky růžové, zornice izokorické a reagující na osvit. Hrdlo je klidné, tonsily nezvětšené, sliznice dutiny ústní je vlhká, čistá a růžová. Dívka má suché popraskané rty a ragády koutků. Má také alopecii.

Krk:

Štítná žláza nehmatná, lymfatické uzliny nejsou zvětšené.

Hrudník:

Hrudník je symetrický. Dýchání volném sklípkovité, bez vedlejších fenoménů. Akce srdeční je pravidelná, ozvy zvučné, ohraničené, periferní puls dobře plněný.

Břicho:

Břicho je pod úrovní hrudníku, dechová vlna symetricky k symfýze, měkké, dobře prohmatné, palpačně nebolestivém bez patologických rezistencí. Peristaltika je klidná, játra nezvětšená, slezina nehmatná, tapotement bilaterálně negativní.

Genitál:

Dívčí. Tanner III.

Končetiny:

Bez otoků a deformit. Hybnost kloubů bez patologických omezení.

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ:

KREVNÍ OBRAZ	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZE
Erytrocyty	$4,08 \times 10^{12}/l$	$4,0 - 5,8 \times 10^{12}/l$
Leukocyty	$6,6 \times 10^9/l$	$4 - 10 \times 10^9/l$
Hemoglobin	113 g/l	135 – 175 g/l
Hematokrit	0,357	0,40 – 0,50
Trombocyty	$178 \times 10^9/l$	$150 - 400 \times 10^9/l$

BIOCHEMIE	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZE
Na	137,5 mmol/l	136 – 144 mmol/l
K	3,83 mmol/l	3,5 – 5,1 mmol/l
Cl	105,5 mmol/l	95 – 110 mmol/l
Urea	5,3 mmol/l	2,8 – 8,0 mmol/l
Kreatinin	48 µmol/l	64 – 104 µmol/l
ALT	0,16 µkat/l	0,17 – 0,6 µkat/l
AST	0,28 µkat/l	0,17 – 0,6 µkat/l
Glukóza	4,8 mmol/l	3,9 – 5,5 mmol/l
Celková bílkovina	71 g/l	64 – 83 g/l
Albumin	44,3 g/l	35 – 52 g/l
CRP	1,0 mg/l	0 -3 mg/l
Mg	0,87 mmol/l	0,78 – 1,0 mmol/l
Ca	3,32 mmol/l	2,10 – 2,55 mmol/l

Situační analýza ze dne přijetí

Třináctiletá dívka zaslána praktickým lékařem pro děti a dorost k hospitalizaci pro hmotnostní úbytek. Orientována místem, časem a osobou. Dívka je smutná, uzavřená do sebe, neustále zamyšlená. Ztrácí zájem o dění kolem sebe. Vypadávají ji vlasy, ztráta menstruace. Při ležení na zádech si stěžuje na tlacení páteře. Má výčitky kvůli jídlu, okusuje si nehty. Zvracení nebylo doma pozorováno, není vyloučeno během výuky. V noci se často budí, ráno se cítí vyčerpaná a unavená. Je zimomřivá, cítí se unaveně. Oční kontakt navazuje, hlas tichý.

Ošetrovatelské posouzení dle Virginie A. Henderson

První dáma ošetrovatelství a nejspíše nejvýznamnější sestra 20. století byla právě Virginie Avenel Henderson. Ta svým humanistickým modelem teorie základní ošetrovatelské péče změnila koncept ošetrovatelství, jaký byl do 20. století znám. Pacient se stává aktivním účastníkem ošetrovatelské péče a bere se jako bio-psycho-sociální bytost s duchovními potřebami. Všeobecná sestra v tomto modelu funguje pouze jako jakýsi asistent, péči plně do svých rukou přebírá pouze v případech, kdy je

pacient zcela závislý na pomoci druhého (FARKAŠOVÁ, 2006), (PAVLÍKOVÁ, 2006), (WIKIPEDIA, 2019).

Velmi často se ve zdravotnických zařízeních setkáváme s modelem Marjory Gordon, ale pro zjišťování a uspokojování potřeb dítěte je přijatelnější model Hendersonové. Model Hendersonové je inspirován psychologem Abrahamem Maslowem a jeho teorií potřeb, Hendersonová vybrala čtrnáct principů ošetřovatelství, které by všeobecná sestra měla zahrnout do individualizované ošetřovatelské péče (FARKAŠOVÁ, 2006), (PAVLÍKOVÁ, 2006), (WIKIPEDIA, 2019).

Těchto 14 základních složek zní:

1. Normální dýchání
2. Adekvátní příjem vody a potravy
3. Vylučování tělesných výměšků
4. Pohyb a udržování žádané polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Výběr vhodného oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování tělesné teploty v normálním rozmezí
8. Udržování tělesné čistoty a ochrana celistvosti těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých (nákazy, úrazy, násilí)
10. Komunikace s jinými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace
14. Učení, obnovování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Hodnocení pacienta podle Hendersonové

1. Normální dýchání

Pacientka dýchá eupnoicky. Dýchání je volné, čisté a sklípkovité. Saturace se pohybuje kolem 98 % po celou dobu hospitalizace.

2. Adekvátní příjem stravy

Dívka je zvyklá snídat müsli s mlékem, svačiny vynechává, k obědu preferuje salát nebo pohanku, občas oběd vynechá. Odpolední svačinu taktéž vynechává, večeří jen někdy a to žitný chléb se sýrem. Má velký odpor k jídlu, musí nad jídlem stále přemýšlet. Přijde jí, že už nemůže myslet na nic jiného.

Od nutričního terapeuta má připsány doplňky stravy jako například Fantomalt a Protifar, ty obzvláště nemá ráda, jelikož jsou podle pacientky velmi kalorické a nemají dobrou chuť.

Během hospitalizace pacientka nejprve odmítá jídlo proto je zavedena nasogastrická sonda do které je pomocí pumpy podávám Nutrison, rychlostí 80 mililitrů za hodinu. Poté jí postupně polovinu až tři čtvrtě porce. K snídani preferuje jogurt, ke svačině ovoce, nejčastěji jablka, během odpoledne musí zvládnout vypít jeden 200 mililitrový Fresubin, k obědu preferuje rýži, maso jí s odporem. Odpolední svačinku představuje rýžový chlebiček a opět popíjí Fresubin. Večeře se skládá ze zeleniny, žitného pečiva a uvítá i vejce.

Pacientka má velký odpor k tučným jídlům, vyhýbá se také knedlíkům, sladkostím a tradičním českým jídlům. Omezuje jídlo, které obsahuje máslo, či plnotučné sýry. Jediné jídlo, jenž jí nedělá problém je bílý jogurt a rýže, zbytek pod dozorem sní, ale s obtížemi. K pití vyhledává pouze čistou vodu.

3. Vylučování tělesných výměšků

Močí pravidelně, bez jakýkoliv potíží. Nadměrné pocení neudává, při zvýšené aktivitě se potí, přirozeně. Má problémy s vyprazdňováním, trpí zácpou, frekvence vyprazdňování je jedenkrát za týden. Plyny odcházejí.

4. Pohyb a udržování žádané polohy

Pacientka má nastavený klidový režim. Musí omezit aktivní cvičení. Po jídle nemůže hodinu opustit lůžko a navštěvovat toaletu z důvodu vyloučení zvracení. Pacientce je nutno připomínat polohování, z důvodů zabránění dekubitu.

5. Spánek a odpočinek

Dívka usíná kolem 22 hodiny, dle pacientky se v noci často budí, ráno se cítí nevyspale. Ranní probuzení je dle režimu oddělení v 7.00 hodin. Často pospává i během dne, cítí se unavená a vyčerpaná. Léky na spaní neužívá. V noci při vstupu všeobecné sestry na pokoj se nebudí.

6. Výběr vhodného oblečení, oblékání a svlékání

Oblečení dívka nosí dle vlastního uvážení a pohodlí. Většinou vybírá teplejší oblečení, jelikož stále cítí chlad.

7. Udržování tělesné teploty v normálním rozmezí

Pacientka má tělesnou teplotu v normě proto není nutno použít zahřívání. Dívka je zimomřivá, avšak pokud cítí chlad, stačí ji teplejší oblečení.

8. Udržování tělesné čistoty a ochrana celistvosti těla

Dodržování denní hygieny zvládá pacientka sama bez potíží. Suchou kůži promazává mastí Calcium Pantothenicum, na predilekční místa používá mast MoliCare skin.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškozování sebe i druhých (nákazy, úrazy, násilí)

Pacientka nejeví známky sebepoškozování. Je uložena na antidekubitní podložku z důvodu možného vzniku dekubitů. Nutný je také aseptický postup u zacházení s nasogastrickou sondou. Dívka je také poučena o hygienickém režimu oddělení, včetně dezinfekce rukou, zamezení rozvoji nozokomiálních infekcí.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů

Dívka je tichá, spíše introvertní s ostatními pacienty komunikuje jen zřídka. Snáze se jí komunikuje s pedagogem, který navštěvuje dětské oddělení, také s mladšími sestrami či lékaři.

Pacientka vyjádřila obavu z další hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Nelíbí se jí odloučení od rodiny. Vsetínskou nemocnici má její rodina blízko tudíž jí

pravidelně mohou navštěvovat, což v psychiatrické klinice nebylo možné jak z důvodu finančních tak i časových.

Dále má názor, že porce jídla, jenž musí konzumovat jsou zbytečně velké a kalorické. Svačinky a Fresubin by klidně vynechala. Stále se cítí obézně, jako svoji ideální váhu si představuje 30 kilogramů.

11. Význam vlastní víry

Dívka je vedená k římskokatolické víře. Dříve navštěvovali bohoslužby pravidelně. Víra ji pomáhala po úmrtí matky, která ji nesmírně chybí. Díky víře má naději, že jednou se s maminkou opět shledá. Nyní kvůli hospitalizaci bohoslužby nenavštěvuje, a proto se alespoň modlí.

12. Smysluplná práce

Soběstačnost u pacientky je adekvátní věku. Úkony, které má zvládat, zvládá bez potíží. Pomocť s běžnými denními činnostmi je jen minimální.

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace

Během dne se I.K. věnuje různým aktivitám arteterapie. Ráda maluje a vyrábí nejrůznější výrobky. Má svou krabici nápadů, kde na každý den má jeden úkol co má vyrobit. S otcem hraje různé karetní a deskové hry.

14. Učení, obnovování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Pacientka je velmi bystrá, učí se s chutí. Má ráda matiku a češtinu. Snaživě plní příklady zadané pedagogem. Ve volných chvílích si čte knihy a časopisy, v televizi sleduje vědomostní pořady. Zajímá se o dění ve světě.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Nedostatečná výživa (00002)

Snížený příjem potravy z důvodu základního onemocnění, projevující se odporem k jídlu, poruchami chuti a cíleným snižováním hmotnosti.

2. Zácpa (00011)

Z důvodů změny stravovacích návyků, vynechávání některých potravin a zpomalení mobility střev vzniká zácpa. Projevující se sníženou frekvencí a menším objemem stolice, spolu s namáhavou defekací.

3. Porušený tělesný obraz (00118)

Porušený tělesný obraz způsobený zkresleným hodnocením pacientčích tělesných tvarů, projevující se nedostatečným příjmem potravy

4. Porušený spánek (00095)

Porušený spánek v souvislosti s náhlou životní změnou, ztráta blízké osoby a momentální oddělení od blízkých osob, projevující se častým probouzením pacientky.

5. Deficit tělesných tekutin (00027)

Deficit tekutin v souvislosti s nepřiměřeně nízkým příjmem tekutin a projevující se malátností.

6. Únava (00093)

Únava v souvislosti s nedostatkem živin pro organismus, projevující se častým pospáváním během dne.

7. Přerušovaný život rodiny (00063)

Přerušovaný život rodiny způsobený ztrátou matky a odloučení pacientky od svých blízkých, projevující se dívčinou úzkostí a neplnění funkcí rodinných příslušníků.

8. Úzkost (00146)

Úzkost související s odloučením od rodiny, projevující se pacientčíným vyjádřením o nejasném chodu rodiny.

9. Duchovní nouze (00066)

Duchovní nouze v souvislosti s hospitalizací, projevující se přerušáním náboženských vazeb.

Potencionální diagnózy:

1. Riziko infekce (00004)

Riziko infekce z důvodů zavedení nasogastrické sondy.

2. Riziko situačně snížené sebeúcty (00153)

Riziko situačně snížené sebeúcty z důvodu negativního sebehodnocení.

3. Riziko porušení kožní integrity (00047)

Riziko porušení kožní integrity z důvodů možného vzniku dekubitů, zapříčiněného podvýživou.

4. Riziko sebepoškození (00139)

Riziko sebepoškození pacientky z důvodů jejich psychických problémů.

Realizace ze dne přijetí

10:00	Pacientka přijata na dětské oddělení, vyhotovení ošetřovatelského posouzení a vyplnění informovaných souhlasů s otcem.	T.M.
10:10	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 108/70, P -71/min., D -18/min., SpO ₂ – 98 %, TT – 36,1°C)	T.M.
10:20	Změření tělesné váhy a výšky pacientky, vypočítání BMI (Váha – 35,4 kg, výška – 164 cm, BMI -13,01)	T.M.
10:30	Vyšetření pacientky lékařem	V.Ž.
10:50	Odběr krve a moči	
10:55	Uložení pacientky na lůžku a seznámení s provozem oddělení	T.M.
11:15	Dozor nad pacientkou u jídla, následná edukace o klidovém režimu po konzumaci jídla.	T.M.
11:40	Zápis stravy	T.M.

	(3 lžíce vývaru, 1 brambor, ¼ kuřecího masa)	
12:00	Připomenutí pacientce o dodržování klidového režimu.	T.M.
12:40	Ukončení klidového režimu, doprovod pacientky na toaletu.	T.M.
13:00	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 110/70, P - 69/min., D -18/min., SpO ₂ – 99 %, TT – 36,2°C)	T.M.
13:05	Podání léků dle ordinace lékaře. (Prosulpin 50 mg 0,5 tbl., Selzink plus 50mg 1 tbl.)	T.M.
13:10	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
13:20	Péče o kůži dle ordinace lékaře.	T.M.
14:00	Nabídnutí kreativní činnosti.	T.M.
14:20	Nabídnutí Fresubinu	T.M.
14:40	Dohled nad pacientkou u svačiny, následný klidový režim.	T.M.
15:00	Zápis stravy (2 čajové lžičky bílého jogurtu)	T.M.
15:30	Konec klidového režimu	T.M.
15:40	Zápis tekutin (100 ml čisté vody, 200 ml Fresubin, 200 ml Fantomalt)	T.M.
15:45	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	
16:00	Rozhovor s pacientkou.	T.M.
16:40	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
17:00	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 110/70, P - 70/min., D -18/min., SpO ₂ – 99 %, TT – 36,2°C)	T.M.
17:10	Dohled nad pacientkou u večeře, následné poučení o klidovém režimu.	T.M.
17:20	Zápis stravy (1x cherry rajče, 1 plátek salátové okurky)	
17:30	Zápis hlášení do ošetrovatelské dokumentace.	T.M.
18:00	Předání hlášení	T.M.

Realizace z druhého dne hospitalizace

6:00	Převzetí hlášení	T.M.
7:00	Probuzení pacientky	T.M.
7:03	Podání léků dle ordinace lékaře. (Imunoglucan 100mg 1 cps., Sertralin Actavis 50mg 1 tbl., Protifar 1 odměrka do 2 dcl vody)	T.M.
7:10	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 90/70, P - 59/min., D -17/min., SpO ₂ – 97 %, TT – 36,5°C)	T.M.
7:20	Ranní hygiena a péče o kůži dle ordinace lékaře	T.M.
7:30	Snídaně (pacientka snídani odmítá)	T.M.
7:40	Donesení Fresubinu	T.M.

	(pacientka následně celý nápoj vylívá do umyvadla)	
8:00	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
8:20	Vážení pacientky (zjištěn váhový úbytek na 34 kg)	T.M.
8:30	Asistence u vizity	T.M.
9:00	Asistence u zavedení nasogastrické sondy	T.M.
9:20	Instalace pumpy k nasogastrické sondě, nařízení roztoku Nutrison na 80 ml/h	T.M.
9:25	Edukace pacientky o chování pacienta se zavedenou nasogastrickou sondou	T.M.
9:30	Podání svačiny (pacientka svačinu odmítá)	
9:50	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
9:55	Zápis tekutin (50 ml čisté vody, 400 ml Fantomalt)	T.M.
10:30	Pacientka přistižena při vypouštění Nutrisonu z vaku do umyvadla	T.M.
10:35	Rozhovor s pacientkou (Pacientka je málomluvná, dnes špatně naladěná)	T.M.
10:45	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
11:00	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 100/70, P - 60/min., D -18/min., SpO ₂ – 99 %, TT – 36,2°C)	T.M.
11:15	Dozor nad pacientku u jídla, následná edukace o klidovém režimu po konzumaci jídla.	T.M.
11:40	Zápis stravy (2 lžíce polévky, 3 lžíce rýže)	T.M.
12:10	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
12:40	Ukončení klidového režimu.	T.M.
13:00	Podání léků dle ordinace lékaře. (Prosulpin 50 mg 0,5 tbl., Selzink plus 50mg 1 tbl.)	T.M.
13:05	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
13:15	Zápis tekutin (600 ml Fantomalt)	T.M.
14:10	Dohled nad pacientkou u svačiny, následný klidový režim.	T.M.
14:30	Zápis stravy (3 piškoty, 1 lžíce bílého jogurtu)	T.M.
15:00	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 110/75, P - 72/min., D -19/min., SpO ₂ – 99 %, TT – 36,6°C)	T.M.
15:10	Péče o kůži dle ordinace lékaře	T.M.
15:15	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	
15:30	Nabídnutí kreativního tvoření	T.M.

	(pacientka odmítá, následně usíná)	
16:00	Návštěva otce	T.M.
16:10	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
16:20	Zápis tekutin (400 ml Fantomalt)	T.M.
17:00	Dohled nad pacientkou u večeře, následný klidový režim.	T.M.
17:20	Zápis stravy (1/4 žitného chleba)	T.M.
17:30	Zápis hlášení do ošetrovatelské dokumentace.	T.M.
18:00	Předání hlášení	T.M.

Realizace z osmého dne hospitalizace

6:00	Převzetí hlášení	T.M.
7:00	Probuzení pacientky	T.M.
7:03	Podání léků dle ordinace lékaře. (Imunoglucan 100mg 1 cps., Sertralin Actavis 50mg 1 tbl., Protifar 1 odměrka do 2 dcl vody)	T.M.
7:10	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 110/80, P - 62/min., D -18/min., SpO ₂ – 99 %, TT – 36,6°C)	T.M.
7:20	Ranní hygiena a péče o kůži dle ordinace lékaře	T.M.
7:30	Dohled nad pacientkou u snídaně, příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
7:50	Zápis stravy a tekutin (3/4 bílého jogurtu, 1 krajíc žitného chleba, 200 ml Fantomalt, 100 ml neslazeného čaje)	T.M.
8:00	Na vyžádání pacientky donesen Fresubin s příchutí lesní ovoce	T.M.
8:50	Ukončení klidového režimu	T.M.
8:55	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
9:00	Rozhovor s pacientkou (komunikativní, dobře naladěná, popisuje svůj deník o jídle)	T.M.
9:10	Nabídnutí kreativního tvoření (výroba výzdoby dětského oddělení)	T.M.
9:40	Vážení pacientky (pacientka nyní váží 39,5 kg)	T.M.
9:45	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
9:50	Podání svačinky	T.M.
10:00	Zápis stravy a tekutin (1 celý banán, 200 ml Fresubin, 400 ml Fantomalt)	T.M.
11:00	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 110/80, P - 60/min., D -18/min., SpO ₂ – 99 %, TT – 36,5°C)	T.M.
11:30	Dozor nad pacientkou u jídla, a zahájení klidového režimu po konzumaci jídla.	T.M.

12:00	Zápis stravy a tekutin ($\frac{3}{4}$ porce polévky, $\frac{1}{2}$ vepřového masa, celá porce rýže, 50 ml vody)	T.M.
13:00	Ukončení klidového režimu	T.M.
13:03	Podání léků dle ordinace lékaře. (Prosulpin 50 mg 0,5 tbl., Selzink plus 50mg 1 tbl.)	T.M.
13:05	Péče o kůži dle ordinace lékaře,	T.M.
13:10	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
14:00	Podání Fresubinu, dále příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
14:20	Dohled nad pacientkou u svačiny, následný klidový režim.	T.M.
14:30	Zápis stravy a tekutin ($\frac{1}{2}$ bílého jogurty, 200 ml Fresubin, 400 ml Fantomalt, 50 ml neslazeného čaje)	T.M.
15:00	Měření a zápis fyziologických funkcí (TK – 110/80, P - 66/min., D -18/min., SpO ₂ – 99 %, TT – 36,6°C)	T.M.
15:30	Ukončení klidového režimu	T.M.
16:00	Návštěva příbuzných	T.M.
16:30	Příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
17:00	Dohled nad pacientkou u večeře, příprava a podání roztoku Fantomalt do 2 dcl. vody, následný dohled nad konzumací.	T.M.
17:20	Zápis stravy a tekutin (1 vejce, 1 krajíc žitného chleba, 400 ml Fantomalt)	T.M.
17:30	Zápis hlášení do ošetrovatelské dokumentace.	T.M.
18:00	Předání hlášení	T.M.

Výběr z aktuálních ošetrovatelských diagnóz:

1. Nedostatečná výživa (00002)

Snížený příjem potravy z důvodu základního onemocnění, projevující se odporem k jídlu, poruchami chuti a cíleným snižováním hmotnosti.

Doména: 2. Výživa

Třída: Přijímání potravy

Definice: Situace, kdy příjem živin není adekvátní, aby pokryl metabolické potřeby organismu.

Určující znaky:

- Odpor k jídlu

- Změněné chuťové pocity
- Nižší tělesná hmotnost než je ideální hmotnost dle BMI

Související faktor:

- Mentální anorexie

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka nebude odmítat celkově stravu – do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude přijímat polovinu porce jídla – do 4 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka pochopí potřebné intervence – do 1 dne.

Pacientka dosáhne požadovaného přírůstku na váze (1 kg) - do 4 dnů.

Pacientka jí s chutí, alespoň jednu polovinu porce – do 4 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

1. Dej pacientce prostor na vyjádření pocitů - (všeobecná sestra).
2. Vysvětli ji důležitost přijímání potravy – (všeobecná sestra).
3. Sleduj a zaznamenávej příjem potravy – (všeobecná sestra).
4. Domluv pacientce schůzku s nutričním terapeutem – (všeobecná sestra).
5. Vyhodnoť BMI – (všeobecná sestra).
6. Sleduj a zaznamenávej celkový příjem tekutin – (všeobecná sestra).
7. Sleduj tělesnou hmotnost a zaznamenávej ji do dokumentace – (všeobecná sestra).
8. Odstraň faktory, které tlumí chuť k jídlu – (všeobecná sestra).
9. Požádej pacientku o vedení deníku o příjmu potravy a pocitech, jenž u jídla měla – (všeobecná sestra).

10. Přistupuj k pacientce ohleduplně a laskavě, nabádej ji ke spolupráci – (všeobecná sestra).

Hodnocení krátkodobého cíle:

- Pacientka si druhý den hospitalizace po zavedení nasogastrické sondy uvědomuje nutnost přijímat, alespoň částečně stravu.

Krátkodobý cíl byl splněn.

Hodnocení dlouhodobého cíle:

- Pacientka je velmi bystrá proto téměř hned pochopí požadované intervence.
- Čtvrtý den hospitalizace pacientka váží 36,5 kg.
- Pacientka snáší sníst polovinu porce až pátý den hospitalizace.

Dlouhodobého cíle bylo dosaženo částečně.

2. Zácpa (00011)

Z důvodů změny stravovacích návyků, vynechávání některých potravin a zpomalení mobility střev vzniká zácpa. Projevující se sníženou frekvencí a menším objemem stolice, spolu s namáhavou defekací.

Doména: 3. Vylučování a výměna

Třída: Gastrointestinální funkce

Definice: Méně častá a obtížná defekace malého množství tuhé a suché stolice.

Určující znaky:

- Snížení frekvence vyprazdňování stolice
- Tvrdá, suchá a formovaná stolice
- Namáhavá defekace

Související faktor:

- Nedostatečná výživa

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe nutnost pravidelného vyprazdňování. – do 1 hodiny.

Cíl dlouhodobý: Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat bez použití laxativ – do 2 týdnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka pochopí příčiny zácpy – do 1 hodiny.

Pacientka se pravidelně vyprazdňuje bez použití laxativ – do 2 týdnů.

Pacientka vypije denně 1 500 až 2000 ml tekutin – do 3 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zjistí příčiny zácpy - (všeobecná sestra).
2. Zhodnot' současný způsob defekace a všechny nepříznivě působící vlivy - (všeobecná sestra).
3. Zjistí příjem tekutin a obvyklý stravovací režim - (všeobecná sestra).
4. Posuď míru aktivity a způsobu pohybu - (všeobecná sestra).
5. Urči stupeň a dobu trvání současného problému - (všeobecná sestra).
6. Dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci - (všeobecná sestra).
7. Zjišťuj zdali defekaci doprovází bolest, jenž může být způsobena kožními defekty nebo fisurami - (všeobecná sestra).

Hodnocení krátkodobého cíle:

- Pacientka ihned po edukaci chápe a prokazuje znalost o nutnosti pravidelného vyprazdňování.

Krátkodobý cíl byl splněn.

Hodnocení dlouhodobého cíle:

- Dívka vypije 2 000 ml tekutin denně již 3 den hospitalizace
- Pacientka se po devíti dnech hospitalizace začala pravidelně vyprazdňovat bez užití laxativ.

Dlouhodobého cíle bylo dosaženo.

3. Porušený tělesný obraz (00118)

Porušený tělesný obraz způsobený zkresleným hodnocením pacientčiných tělesných tvarů, projevující se nedostatečným příjmem potravy

Doména: 6. Vnímání sebe sama

Třída: Tělesný obraz

Definice: Poškození duševního obrazu vlastního těla

Určující znaky:

- Slovní vyjádření pocitů, zrcadlící narušený obraz stavby těla
- Soustředění se na vzhled jedince
- Negativní pocity nad vlastním tělem
- Aktuální změna stavby těla

Související faktor:

- Mentální anorexie

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka se aktivně zapojí do překonávání svého problému.

Cíl dlouhodobý: Pacientka akceptuje sebe sama, svoji hmotnost a svůj vzhled.

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe a zná svou nemoc.

Pacientka se aktivně zapojuje do léčby své nemoci

Pacientka je pravidelně informována o své nemoci a pokrocích, které dělá při jejím překonávání.

Ošetrovatelské intervence:

1. Povzbuzuj pacientku a pozitivně ji nalad' při každé možné příležitosti - (všeobecná sestra).
2. Podporuj ji ve vyjadřování jejích pocitů - (všeobecná sestra).

3. Zajisti pravidelný stravovací režim ve spolupráci s nutričním terapeutem - (všeobecná sestra).
4. Oceňuj a podporuj pozitivní snažení pacientky - (všeobecná sestra).
5. Všiměj si známk smutku či deprese - (všeobecná sestra).
6. Posuď pacientčinu znalost o její nemoci – (všeobecná sestra).
7. Zajisti časté poradenství nejen s nutričním terapeutem – (všeobecná sestra).

Hodnocení krátkodobého cíle:

Pacientka se snaží zapojovat do léčby svého onemocnění, je velmi aktivní zejména v arteterapii.

Krátkodobý cíl byl dosažen.

Hodnocení dlouhodobého cíle:

Pacientka je informována o svém onemocnění ví, že kdykoliv bude mít nějaké otázky, může se na všeobecnou sestru obrátit. Aktivně se podílí na své léčbě, avšak stále ji trápí výčitky a strach z každého přibraného kila.

Dlouhodobý cíl byl splněn částečně.

Výběr z potencionálních diagnóz:

1. Riziko infekce (00004)

Riziko infekce z důvodů zavedení nasogastrické sondy.

Doména: 11. Bezpečnost – ochrana

Třída: Infekce

Rizikový faktor: Zavedena nasogastrická sonda

Priorita: nízká

Cíl krátkodobý: Pacientka má zavedenou asepticky nasogastrickou sondou.

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná a akceptuje použití nasogastrické sondy

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe a akceptuje význam léčby nasogastrickou sondou.

Pacientka nijak nezasahuje do nasogastrické sondy.

Ošetrovatelské intervence:

1. Vysvětlí pacientce význam léčby nasogastrickou sondou – (všeobecná sestra).

2. Při manipulaci s nasogastrickou sondou postupuj asepticky – (všeobecná sestra).
3. Pravidelně polohuj nasogastrickou sondu – (všeobecná sestra).
4. Pátrej po známkách infekce – (všeobecná sestra).
5. Používej hypoalergenní náplasti – (všeobecná sestra).

Hodnocení krátkodobého cíle:

Pacientka po celou dobu léčby nasogastrickou sondou nejevila žádné příznaky infekce, jež by mohly vzniknout zavedením sondy.

Krátkodobého cíle bylo dosaženo.

Hodnocení dlouhodobého cíle:

Pacientka akceptuje léčbu nasogastrickou sondou a nijak s ní nemanipuluje.

Dlouhodobý cíl byl splněn

Celkové zhodnocení pacientky:

Třináctiletá dívka zaslána praktickým lékařem pro děti a dorost k hospitalizaci pro opakovaný hmotnostní úbytek. Již dříve byla léčena na psychiatrické klinice fakultní nemocnice Motol, kde ale otec léčbu přerušil. Nyní je pod dohledem svého praktického lékaře a pravidelně navštěvuje pedopsychiatra. Při příjmu je orientována místem, časem a osobou. Dívka je smutná, uzavřená do sebe, neustále zamyšlená. Ztrácí zájem o dění kolem sebe. Vypadávají ji vlasy, ztráta menstruace. Při ležení na zádech si stěžuje na tlačení páteře. Má výčítky kvůli jídlu, okusuje si nehty. Zvracení nebylo doma pozorováno, není vyloučeno během výuky. V noci se často budí, ráno se cítí vyčerpaná a unavená. Je zimomřivá, cítí se unaveně. Oční kontakt navazuje, hlas tichý. Při příjmu je afebrilní 36,1 °C, dýchá volně 18/minutu, saturace činí 98 %, puls je naměřen také v normě 71/min a tlak činí 108/70 což je normotenze.

V následujících dnech dívka nespolupracuje, je depresivní, odmítá jídlo. Dochází k váhovému úbytku, proto je nutné zavést nasogastrickou sondu. S tou dívka zpočátku bojuje, nelíbí se jí, že musí přijímat nedobrovolně tolik kalorií a živin. Díky své inteligenci přichází i na to jak s pumpou, jež reguluje dávkování Nutrisonu, manipulovat. Postupem hospitalizace si uvědomuje, že pokud bude pravidelně jíst přiměřené porce jídla, nasogastrická sonda bude vytažena. Tak se také stává šestý den po zavedení sondy.

Dívka si během hospitalizace zvykla na režim stravování a snaží se postupně jíst větší a větší porce, i když má stále výčitky a bojí se každodenního vážení. Vážení je účelně pokaždé v jinou dobu a tak se dívka nemůže připravit například tím, že vypije velké množství vody. I.K. se v průběhu stává více komunikativnější, veselejší a váhově přibývá i přesto je po třech týdnech hospitalizace na dětském oddělení Vsetínské nemocnice, přeložena k dalšímu léčení na dětské psychiatrické klinice fakultní nemocnice Brno.

4.1. Doporučení pro praxi

Pro dnešní zdravotnictví je velmi důležitá komplexní spolupráce všech zdravotnických pracovníků, také rodiny pacienta a samozřejmě samotného pacienta. Pomocí propojení těchto složek dochází k lepší péči o pacienta, jeho psychickou pohodu a dřívější rekonvalescenci.

Doporučení pro pacientku:

Postupem hospitalizace, i přes prvotní nelibost, si pacientka osvojuje nastavený režim a snaží se jej dodržovat. Postupně navyšuje porce jídla, které zvládá bez problémů požit. I přes přetrvávající výčitky ohledně své váhy se snaží. Ví, že s každým svým problémem či myšlenkou, který ji vede k pochybení, se může kdykoliv svěřit všeobecné sestře. Doporučení do domácí péče, ale i do jiného zařízení je vytrvat a nepovolovat ve svých návycích. Snažit se své zvyklosti prokonzultovat s odborným personálem a najít společnou cestu jak je vykonávat co nejlépe.

Doporučení pro rodinné příslušníky:

Důležitý je hlavně zájem a podpora dívky. Také zájem o výživu dívky, mnohdy dochází ke změně životosprávy celé rodiny, kdy začnou ze svých jídelníčků vylučovat příliš tučné jídlo. Dívka také potřebuje vědět, že se kdykoliv může na své rodinné příslušníky obrátit a bude ji udělen čas a prostor pro její nápady, připomínky či svěřením se se svými problémy.

Doporučení pro všeobecné sestry:

Péče o pacienta s mentální anorexií je pro všeobecnou sestru náročná hlavně psychicky. Musí být neustále ve střehu a nenechat se zaslepit mnohdy velmi

promyšlenými scénáři, které si pacient vymýšlí, aby mu bylo uleveno ze stravy. Naopak musí také rozpoznat náhlé změny nálad a zkoušet pacienta povzbuzovat. Avšak nikdy nesmí lhát či bagatelizovat některé z příznaků nemoci.

Všeobecná sestra se musí neustále vzdělávat nejen, co se týče praktických dovedností, ale také nových poznatků ve zdravotnictví. Měla by být empatická s pozitivním přístupem nejen k pacientovi, ale také k jeho rodině. Zároveň by jim měla poskytnout edukaci o mentální anorexii a jejich příčinách a následcích. Také by měla být spojkou mezi pacientem, jeho rodinnou a lékařem.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacientky s diagnózou mentální anorexie. Toto onemocnění patří mezi poruchy příjmu potravy a v dnešní době je velmi časté nejen u mladých, dospívajících dívek. K pacientce s touto diagnózou se musí přistupovat komplexně a s ohledem na její bio – psycho – sociální – spirituální potřeby, které jsou důležité pro její pohodu a uzdravení.

Cílem mé práce bylo seznámit laickou veřejnost a ošetrovatelský personál s péčí o pacienta s mentální anorexií, jeho specifikami a potřebami, které vznikají v průběhu ošetrovatelské péče. Dále poukázat na stav pacientky a určit, které potřeby jsou v dané situaci akutní, a které vedlejší.

Jsem velmi ráda, že i já sama jsem si mohla díky této práci přiblížit svět mentální anorexie.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FARKAŠOVÁ, D., *Ošetřovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006, ISBN: 80-8063-227-8.

HORT, Vladimír a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-310-2.

KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním: Jak bojovat s přejídáním*. 2. vydání. Praha: GRADA, 2007. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: GRADA, 2006. ISBN 8024711516.

PAPEŽOVÁ, Hana et. al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta a.s, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAPEŽOVÁ, Hana (ed). *SPEKTRUM PORUCH PŘÍJMU POTRAVY: Interdisciplinární přístup*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-247-7369-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha 8 - Bohnice: Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Mladá fronta a.s, 2018. ISBN 978-80-88163-46-6.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kolektiv. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

ŠIMOVCOVÁ, Darina. *Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia*. UTB Zlín a Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně: ŠEVT, 2015. ISBN 978-80-7454-515-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VOKURKA, M. et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. 11. akt. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

Elektronické dokumenty

AUTOGENNÍ TRÉNINK, *Autogenní trénink* [online]. Copyright © 2018 [cit. 14.03.2019]. Dostupné z: <http://www.autogennitrenink.cz/o-metode/>

BREWERTON, Timothy D. a Amy Baker DENNIS. *Eating disorders, addictions and substance use disorders: research, clinical and treatment perspectives*. New York: Springer, [2014]. ISBN 978-3-642-45377-9. Náhled dostupný z: <https://books.google.cz/books?id=ggG6BQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Eating+disorders,+addictions+and+substance+use+disorders:+research,+clinical+and+treatment+perspectives&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwiGzc3pvJffAhXBaVAKHUNQAcQQ6AEIKTAA#v=onepage&q&f=false>

CAMPBELL, Kenisha a Rebecka PEEBLES, *Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review*. *PEDIATRICS* [online]. Copyright © 2014 [cit. 02.01.2019]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-0194>

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, *Příčiny vzniku mentální anorexie* [online]. Copyright © 2017 [cit. 14.02.2019]. Dostupné z: <http://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/poruchy-prijmu-potravy/priciny-vzniku-mentalni-anorexie/>

Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP. *Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP* [online]. Copyright ©2018 Česká psychiatrická společnost, z.s. [cit. 19.02.2019]. Dostupné z <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/>

MAYO CLINIC, *Anorexia nervosa – Symptoms and causes*. Mayo Clinic – Mayo Clinic [online]. Copyright © 1998 [cit. 21.01.2019]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>

PALBA.CZ, *Minnesotský hladovějící experiment* [online]. Copyright © 2016 [cit. 18.02.2019]. Dostupné z: <http://www.palba.cz/viewtopic.php?t=7060&f=50>

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, *Ošetřovatelství I.* [online]. Copyright © 2011 Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=hmG82RJoFiUC&pg=PA3&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

WIKIPEDIA, *Henderson Virginia* [online]. Copyright © 2019 Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson

PŘÍLOHY

Příloha A – Kazuistika pacientky s anorexia nervosa – W. Gull	II
Příloha B - Vyhublý účastník Minnesotského experimentu.....	III
Příloha C - Pacientka upoutaná na invalidní vozík.....	IV
Příloha D - Žluto-oranžové zbarvení kůže.....	V
Příloha E - Pacientka s alopecíí.....	VI
Příloha F - Talířek pacientky před zahájením a v průběhu léčby	VII
Příloha G - Kresba dívky, vyjádření své nemoci	VIII
Příloha H - Edukační materiál	IX
Příloha CH - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce ...	X
Příloha I - Čestné prohlášení	XI

Příloha A – Kazuistika pacientky s anorexia nervosa – W. Gull

Endocrine

MEDICAL GRAND ROUNDS

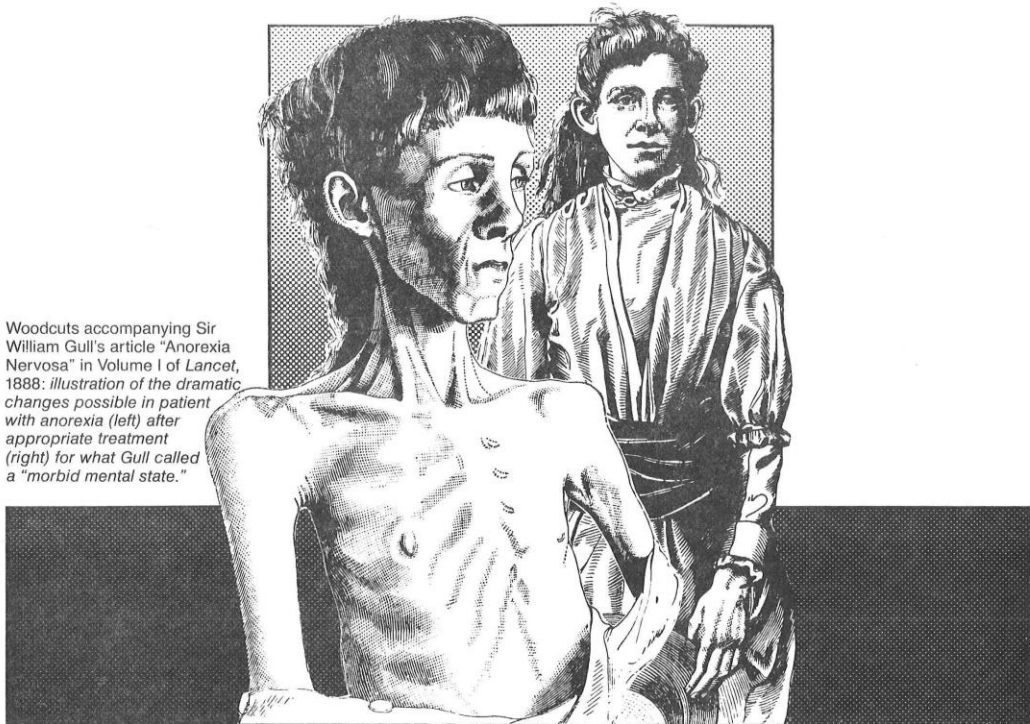
THE UNIVERSITY OF TEXAS HEALTH SCIENCE CENTER

May 22, 1980

ANOREXIA NERVOSA

Celso E. Gomez-Sanchez, M.D.

Woodcuts accompanying Sir William Gull's article "Anorexia Nervosa" in Volume I of *Lancet*, 1888: illustration of the dramatic changes possible in patient with anorexia (left) after appropriate treatment (right) for what Gull called a "morbid mental state."



Zdroj: Hana Papežová

Příloha B - Vyhublý účastník Minnesotského experimentu



Zdroj: PALBA.CZ

Příloha C - Pacientka upoutaná na invalidní vozík



Zdroj: S laskavým svolením Abbey – vlastní archiv

Příloha D - Žluto-oranžové zabarvení kůže



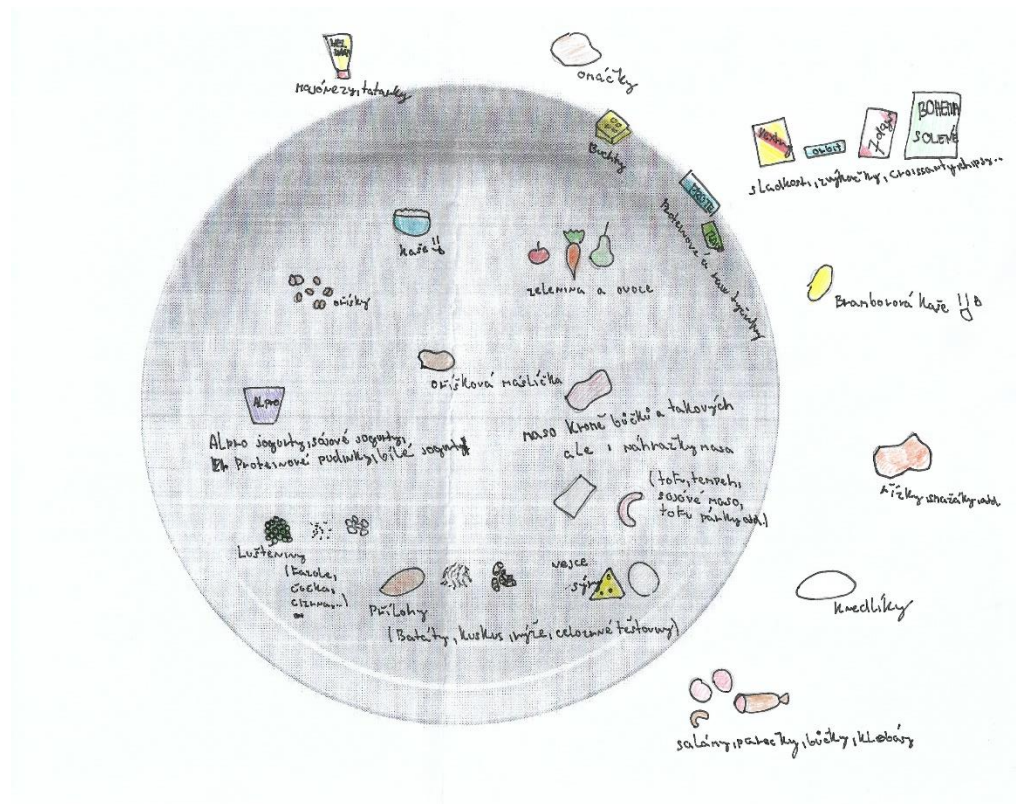
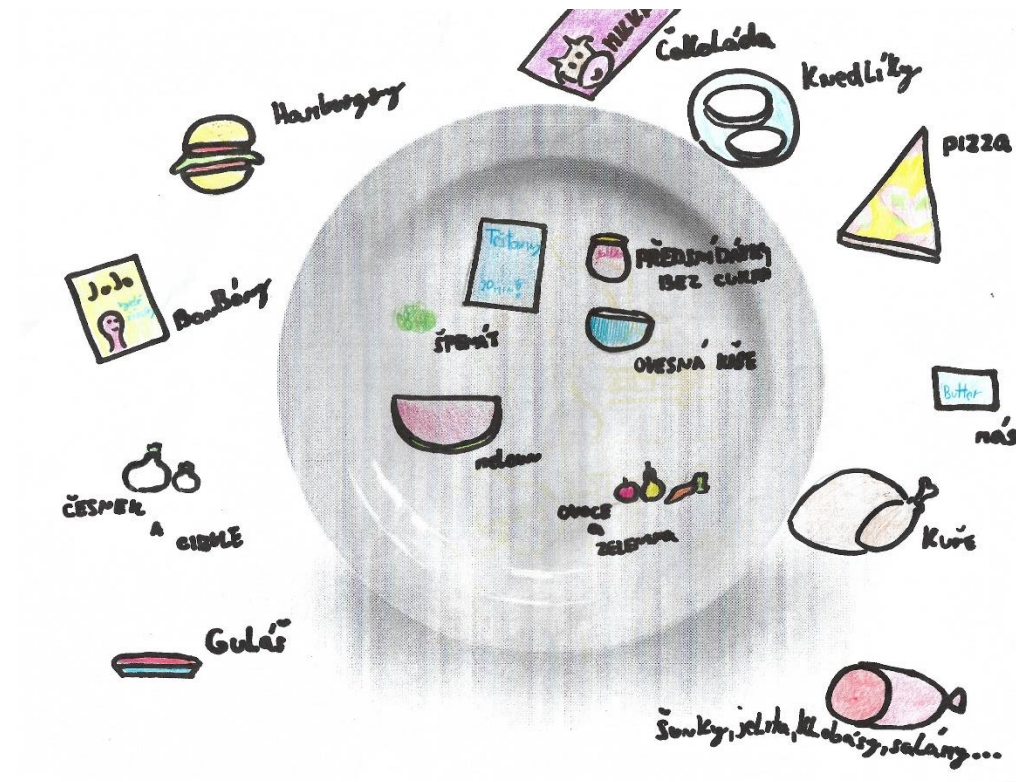
Zdroj: link.springer.com

Příloha E - Pacientka s alopecií



Zdroj: S laskavým svolením Abbey – vlastní archiv

Příloha F - Talířek pacientky před zahájením a v průběhu léčby



Zdroj: Vlastní archiv

Příloha G - Kresba dívky, vyjádření své nemoci



Zdroj: Vlastní archiv

CO JE TŘEBA VĚDĚT O MENTÁLNÍ ANOREXII

Příznaky

- odmítání jídla, hubnutí
- nespokojenost se sebou
- lámavé nehty a vlasy
- studené končetiny
- zpomalený tep, nízký krevní tlak
- nepřítomnost menstruace
- apatie, deprese, únava
- podvýživa, zvracení



Zdroj: https://cdn.pixabay.com/photo/2019/03/11/22/26/bulimia-4049661_960_720.png

Linka Anabell

- Telefonní číslo: 774 467 293
- Web: <http://www.anabell.cz/>
- Pracovnice jsou sociální pracovnice, psycholožky nebo terapeutky
 - Ctí anonymitu
 - Zachovávají
 - Respektují vás
 - Hledají s vámi řešení
 - Chrání váš život



Zdroj: <http://www.slimandlite.se/media/4454/sep7.png>

Příloha CH - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Malinová Tereza	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s mentální anorexií	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Dětské oddělení, Vsetínská nemocnice a.s.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Hana Belejová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu	Ošetrovatelský proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <i>Belejová</i> <input type="checkbox"/> nesouhlasím _____ podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <i>Mar. Pavla Šumilová</i> <input type="checkbox"/> nesouhlasím _____ podpis	

Vsetínská nemocnice a.s.
Nemocniční 955, 755 01 Vsetín
IČ: 26871068 DIČ: CZ 26871068
57 818 101

Ve VSETÍNĚ dne 4.3.2019

Malinová
podpis studenta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s mentální anorexií v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7. Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2019

.....

Jméno a příjmení studenta