

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DĚTÍ S PORUCHOU
PŘÍJMU POTRAVY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HANA SVAČINOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DĚTÍ S PORUCHOU
PŘÍJMU POTRAVY**

Bakalářská práce

Hana Svačinová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2019



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

SVAČINOVÁ Hana

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u dětí s poruchou příjmu potravy

Nursing Process of Children with Eat Disorder

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. července 2019

doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 13. 12. 2019

Podpis.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za cenné rady, vstřícný přístup, komunikaci a spolupráci, při tvorbě a opravě mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala rodině, přátelům a spolupracovníkům, kteří mě podporovali.

ABSTRAKT

Svačinová, Hana. *Ošetrovatelský proces u dětí s poruchou příjmu potravy*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D., Praha 2019.

Cíl práce je popsat a analyzovat ošetrovatelskou péči o 14letou pacientku s mentální anorexií. Pro získání informací o pacientce byly využity techniky rozhovoru a pozorování, dále studium zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Specifickými cíli bakalářské práce jsou zlepšení výživy a reálná představa o pacientčině těle. Péče u pacientky je dlouhodobou záležitostí, práce je zaměřena na přibližně 14 denní dobu hospitalizace. Během hospitalizace byly u pacientky stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Hlavními ošetrovatelskými diagnózami jsou: Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu, narušený obraz těla a zácpa. Péče o pacientku byla poskytnuta individuálně dle věku, jejích potřeb a na základě standardů oddělení. V průběhu vypracování práce nedošlo k propuštění pacientky ale ke zlepšení jejího stavu. Pacientka zlepšila svůj příjem potravy a začínala reálně poznávat své tělo. Výstupem práce jsou doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Dítě. Kazuistika. Mentální anorexie. Mentální bulimie. Ošetrovatelský proces. Poruchy příjmu potravy.

ABSTRACT

Svačinová, Hana. Nursing Process of Children with Eat Disorder. University of Nursing, Degree of Qualification: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D., Prague 2019.

The aim of this work is to describe and analyze nursing care of 14-year-old patient with anorexia nervosa. Interview and observation techniques were used to obtain information about the patient, as well as medical and nursing documentation. Specific objectives of this thesis are to improve nutrition and a real idea of patients body. The care of the patient was long-term issue, the work is focused on approximately 14 days of hospitalization. During hospitalization, the patient was diagnosed with nursing diagnoses. The main nursing diagnoses are: Unbalanced nutrition: less than the need for the body, disturbed body image and constipation. Patient care was provided individually according to age, her needs and departmental standards. During the elaboration of the work, the patient was not discharged but her condition improved. The patient improved her food intake and started to realize her body. The output of this work are recommendations for practice.

Key words

Eating disorders. Mental bulimia. Mental anorexia. Nurisng proces. Child.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 8 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ..... | 9 |
| SEZNAM TABULEK | 11 |
| ÚVOD..... | 14 |
| 1 Historie poruch příjmu potravy | 17 |
| 2 Poruchy příjmu potravy..... | 19 |
| 2.1 Mentální anorexie..... | 19 |
| 2.2 Mentální bulimie..... | 21 |
| 3 Výskyt nemoci | 23 |
| 4 Prevence poruch příjmu potravy u dětí | 24 |
| 4.1 Primární prevence | 24 |
| 4.2 Sekundární prevence..... | 25 |
| 4.3 Terciální prevence | 25 |
| 5 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy u dětí..... | 27 |
| 6 Rizikové faktory poruch příjmu potravy | 30 |
| 7 Příznaky - projevy poruch příjmu potravy..... | 31 |
| 7.1 Příznaky - projevy mentální anorexie u dětí | 31 |
| 7.2 Příznaky - projevy mentální bulimie u dětí | 33 |
| 7.3 Fyzické potíže spojené s poruchami příjmu potravy | 34 |
| 8 Diagnostika poruch příjmu potravy u dětí..... | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 8.1 Diagnostika mentální anorexie..... | 36 |
| 8.2 Diagnostika mentální bulimie..... | 38 |
| 9 Léčba poruch příjmu potravy u dětí..... | 39 |
| 9.1 Nemocniční léčba poruch příjmu potravy | 40 |
| 9.2 Ambulantní léčba poruch příjmu potravy..... | 41 |
| 10 Specifika ošetrovatelské péče u dětí s poruchou příjmu potravy | 43 |
| 11 Nedobrovolná hospitalizace | 45 |
| 12 Ošetrovatelský proces | 46 |
| 12.1 Pacientka s mentální anorexií | 47 |
| 12.2 Identifikační údaje..... | 48 |
| 12.3 Anamnéza | 49 |
| 12.4 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu..... | 50 |
| 12.5 Základní fyzikální vyšetření | 51 |
| 12.6 Utřídění informací dle NANDA domén..... | 54 |
| 12.7 Medicínský management | 58 |
| 12.8 Konzervativní terapie..... | 59 |
| 12.9 Situační anamnéza ze dne 22. 11. 2018..... | 59 |
| 12.10 Stanovení ošetrovatelských diagnóz | 61 |
| 12.11 Rozpracované ošetrovatelské diagnózy | 61 |
| 12.12 Zhodnocení ošetrovatelské péče k 3. 12. 2018..... | 68 |
| 13 Doporučení pro praxi | 71 |
| ZÁVĚR | 73 |

| | |
|---------------------|-----------|
| ZDROJE | 74 |
|---------------------|-----------|

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

EDE – Eating Disorder Examination (vyšetření poruchy příjmu potravy)

EEG - elektroencefalografie

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

PPP – poruchy příjmu potravy (VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ambivalentní – dvojstraný, rozpolcený

Amenorhea – nedostavení prvního menstruačního cyklus

Anorektika – léky na hubnutí

Anorexiamirabilis – zastaralý název mentální anorexie

Anxyolytika – léky proti úzkosti

Bigorexie – psychická porucha, nadměrná fyzická aktivita

Bulimia emetica – zvracení po jídle

Bulimia nervosa – psychická porucha, opakující se záchvaty přejídání a zvracení

Bulimia syncopalis – kolabování z hladu

Bullimia hellonum – velký hlad

Drunkorexie – psychická porucha, snížený příjem kalorií v jídle a zvýšený příjem kalorií v alkoholu

Dysmorfofobický blud – chorobné přesvědčení

Euforie – pocit přehnané radosti

Frustrace – zklamání

Homeopatika – alternativní / přírodní léčebná metoda

Hypochondrické delirium – intenzivní / přehnaná obluzenost vědomí

Hypotalamo-hypofýzo-gonádová osa – osa spojující nervový a endokrinní systém

Infantilní mentální anorexie – nechutenství v kojeneckém nebo batolecím období

Mentální anorexie – nechutenství, odpor k jídlu

Mentální bulimie – proces přejídání a zvracení

Ortoxie – posedlost zdravou výživou

Purgativní mentální bulimie – mentální bulimie se zneužíváním léků

Restriktivní forma – bez zvracení (VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|-----------|
| Tabulka 1 Sledování váhy a výšky | 58 |
| Tabulka 2 Sledování příjmu a výdeje potravy (21. 11. 2018) | 58 |

ÚVOD

Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma ošetrovatelský proces u dětí s poruchou příjmu potravy. Téma jsme zvolili, protože máme o téma dlouhodobě zájem. O poruchy příjmu potravy jsme získali zájem již na střední škole, kdy touto poruchou trpělo několik našich známých. V případě bakalářské práce jsme se rozhodli navázat na absolventskou práci. Naše absolventská práce byla na téma Ošetrovatelský proces u dítěte s mentální anorexií (SVAČINOVÁ, 2018). V bakalářské práci jsme se rozhodli více rozpracovat poruchy příjmu potravy. Bakalářská práce je oproti absolventské práci zaměřena v teoretické části více i na jiné poruchy příjmu potravy. V bakalářské práci je praktická část více podrobnější a je použita NANDA taxonomie oproti absolventské práci.

Problematika poruch příjmu potravy je vnímána jako patologie až od druhé poloviny 19. století. Dnes je tato nemoc rozšířena hlavně mezi mladými ženami. S poruchou příjmu potravy je každý rok v České republice léčeno až 3.800 pacientů, z toho 90 % mladých žen. (NECHANSKÁ, 2018)

Porucha příjmu potravy je závažné duševní onemocnění, které bez léčení vede ke smrti na somatické příznaky. Při léčbě je zapotřebí hlavně psychiatrická pomoc.

Pomocí včasného odhalování nemoci je úmrtnost nižší. Hlavními problémy u nemoci jsou somatické obtíže. Pokud k nim dojde, je zapotřebí spolupráce lékařů (například gynekolog, obezitolog, internista, praktický lékař a hlavně psychiatr, nebo psycholog). Včasné odhalení nemoci významně pomáhá při léčbě a proti recidivě nemoci. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Práce je koncipována do dvou částí. První část je teoretická, zde jsou popsány poruchy příjmu potravy. Nachází se zde rozdělení poruch příjmu potravy, jejich historie, statistiky, příčiny, rizikové faktory, příznaky, diagnostika, léčba, problematika nedobrovolné hospitalizace, fyzické projevy, prevence a specifika ošetrovatelské péče u dětí s poruchou příjmu potravy. V teoretické části tedy popíšeme hlavně rozdělení a vymezení termínů, jako například psychogenní přejídání, mentální anorexie

a mentální bulimie. Vysvětlíme zde i průběh nemoci od začínajících příznaků, až po kritický stav. Dále také rozdíly u hospitalizovaných dětí na psychiatrickém oddělení v rámci všeobecných nemocnic a psychiatrických nemocnic.

Druhá část práce je praktická. Zde se zaměřujeme na ošetrovatelský proces u pacientky s poruchou příjmu potravy. Tato část je rozdělena do několika bodů. V této části popisujeme ošetrovatelský proces, informace o pacientce – identifikační údaje, například pracovní jméno pacientky, její váhu a výšku. Zaměříme se na anamnézu, kde nás bude zajímat vše o zdravotním stavu současném i minulém. Dále zde stanovíme aktuální ošetrovatelské diagnózy podle NANDA a seřadíme je dle priorit. Tři z těchto ošetrovatelských diagnóz nadále rozpracujeme. U rozpracovaných ošetrovatelských diagnóz bude definice, určující faktory, související faktory, krátkodobý a dlouhodobý cíl, priorita, očekávaný výsledek, plán ošetrovatelské péče, její realizace a zhodnocení.

Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

V teoretické části shrnout informace o poruchách příjmu potravy na základě rešerše literatury.

V teoretické části popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s poruchami příjmu potravy na základě rešerše literatury.

V praktické části popsat a analyzovat ošetrovatelskou péči o 14letou pacientku s mentální anorexií.

Vstupní literatura

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

KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ, 2013. *Příručka pro zdravotníky*. Brno: občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-5-2.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2013. *Začarovaný kruh: anorexie, bulimie a psychogenní přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.

FRAŇKOVÁ, Slávka, Eva MALICHOVÁ a Jana PAŘÍZKOVÁ, 2013. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2247-7

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kolektiv, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 5. Doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00. ISBN 978-80-88249-02-3

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity k tvorbě bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u dětí s poruchou příjmu potravy. Rešerše byla využívána po celou dobu vypracovávání bakalářské práce a pro vyhledávání bylo použito elektronické databáze Medvik, knihy, Theses (národní registr závěrečných prací) a Internet. Klíčová slova jsou: dítě, kazuistika, mentální anorexie, mentální bulimie, ošetrovatelský proces, poruchy příjmu potravy. Rešeršní období bylo stanoveno od roku 2009 do současnosti.

1 Historie poruch příjmu potravy

O poruchách příjmu potravy nalezneme zmínky již v minulosti. Do první poloviny 19. století se nejednalo o patologii, jak ji studujeme dnes. Přesto, že v této době se o nemoc, či patologii nejednalo, dnes bychom mohli dohledat případy, kdy by se o nemoci hovořit dalo. Ve středověku můžeme dohledat zmínky o přejídání, obžerství, nechutenství či odmítání potravy. (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

Zmínky o nechutenství či odmítání jídla najdeme již ve středověku. Lidé odmítali potravu, aby trestali sami sebe, z důvodu obrácení proti víře, nebo z pochybení k ní. Ve středověku lidé věřili, že žijí bez potravy, nebo z velice malého množství jen díky Bohu, který je udržuje ve zdraví a vnitřní pohodě. V novověku se odmítání jídla rozšířilo u mladých dívek. V této době si lékaři i lidé začali klást otázku, zda jde o zázrak či podvod. Lidé věřili, že jde o Boží poselství. Již v této době se začínalo hovořit o „anorexiamirabilis“. (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

O prvním případě mentální anorexie jako takové, hovoříme již v roce 1859. V tomto roce americký lékař W. S. Chipley popsal první případ MA. Jednalo se o mladou dívku, která odmítala potravu. Rozhodl se s jejím přesvědčením bojovat a studovat ji. Dívka byla léčena v ústavu pro duševně nemocné v Kentucky. Bohužel jeho pokus o vyléčení byl neúspěšný. W. S. Chipley byl první lékař, který diagnostikoval a začal léčit MA. (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

Dalším lékařem, který popisoval nechutenství či bolestivé trávení byl francouzský lékař L. V. Marcé. Tento lékař popisoval stav nazvaný „hypocondrická deliria“. (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

V odborných literaturách byla MA přesně popsána přibližně ve 20. století. V této době se pohled světa na tuto problematiku rozdělil na dvě skupiny. První skupina začala s odmítáním potravy bojovat. Druhá skupina, ve které byly i vyspělé země jako Německo, Itálie či Spojené státy americké, zastávali názor, že odmítání potravy špatné není a je na lidech zda budou jíst. (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

Dříve byla MA považována za záležitost spíše bohatší skupiny obyvatel, dnes je již nemoc rozšířena napříč všemi sociálními vrstvami. (NECHANSKÁ, 2018)

Na rozdíl od MA se mentální bulimie nevyskytuje v tak dávnejší historii. O prvních případech procesu zvracení potravy po jejím nadměrném příjmu, hovoříme na přelomu 20. a 21. století. Nalezneme zde i případy snižování váhy pomocí projímavých přípravků či léků na odvodnění. Mezi odborné pojmy byla MB zařazena v roce 1987. (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

V minulosti lidé rozlišovali až sedm druhů MB. Hlavní rozdělení bylo na symptomatické druhy a primární idiopatické druhy. Symptomatické byly čtyři, které provázely průjmy a křeče. Primární idiopatickou skupinu tvořila bulimia hellonum (velký hlad), bulimia syncopalis (kolabování z nadměrného hladu) a bulimia emtica (zvracení po jídle). (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

Jeden z prvních názvů dnešní MB byla „bulimia nervosa“ tento termín pochází od britského psychiatra Geralda Russela z roku 1979. Poruchu popsal jako neuspokojivé přejídání spojené se zvracením. Z důvodu neukojeného hladu se pacienti přejídali, ale strachem ze ztloustnutí vyvolávali zvracení, nebo užívali prostředky na pročištění (například projímadla). Gerald Russel popsal bulimii nervosa, avšak zastával názor, že jde jen o jinou formu MA. Termín bulimia nervosa je používán i dnes. (ŠTĚPÁNOVÁ, 2015)

2 Poruchy příjmu potravy

Poruch příjmu potravy je mnoho, v této kapitole si několik z nich podrobněji představíme. Hlavními PPP jsou, psychogenní přejídání a samozřejmě MA a MB. Poruchu můžeme najít napříč věkem, pohlavím i kulturou. Pacienty s PPP jsou spíše ženy.

Psychogenní přejídání neboli patologické přejídání. Člověk s tímto onemocněním přijímá nadměrné množství jídla, přičemž může jít o jakýkoliv druh potravy. Avšak ve většině případů se začíná zvýšeným příjmem cukrů. Nejčastěji způsobí tento stav stres, ten může být jakéhokoliv druhu, například stres doma, v práci, ve škole, tlak na výsledky od přátel, rodiny, vysoké nároky na sebe. Dlouhodobý, nadměrný stres může být jedním ze spouštěčů onemocnění a je zapotřebí s ním začít bojovat před nástupem fyzických obtíží spojených s nadváhou či obezitou. (PAPEŽOVÁ, 2018)

V dnešní době, se již hovoří i o nově vzniklých problémech v oblasti stravování. Mezi PPP můžeme zařadit ortorexii, bigorexii a drunkorexii. Pojem ortorexie můžeme vysvětlit jako patologickou posedlost zdravou výživou. Pod pojmem bigorexie se ukrývá nadměrná sebekritika v oblasti vzhledu, tělesných proporcí a fyzické síly. Pacient s drunkorexii má nízký příjem kalorií v jídle, aby mohl pít více alkoholu. (PAPEŽOVÁ, 2018)

2.1 Mentální anorexie

Nejjednodušší vysvětlení pojmu mentální anorexie je nechutenství či odmítání potravy. MA je psychická nemoc či patologie, kdy se člověk snaží snížit tělesnou hmotnost. Jde o psychický stav, kdy si člověk vsugeruje představu o tom, že je tlustý či obézní, i když tomu tak není. Člověk s takovouto myšlenkou má obvykle normální váhu, ale v mysli sám sebe vidí jako obézního. (KRCH, 2016)

Lidé s MA začínají postupně držet různé diety. Začnou vynechávat určitý druh potravin a nápojů ze svého jídelníčku, například sladké nápoje, jídlo obsahující mnoho cukru, bílé pečivo a postupem času přestanou jíst jakékoliv pečivo a přílohy. Dojdou,

až do stavu, kdy hlídají kalorie všech potravin, které by měli sníst a pokud mají kalorií více, odmítnou je. Po čase přestanou jíst většinu potravin, až začnou odmítat jíst cokoli. (PROCHÁZKOVÁ a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017)

Z počátku, pomocí vynechávání potravin, hubnou, z čehož mají radost. Nadchne je úbytek váhy, avšak pocit euforie brzy mizí. Po pár týdnech, kdy vynechávají určité potraviny, se jim začne zdát, že již nehubnou. V tomto momentu jde již o vážný problém z důvodu možné kachexie, kdy pacient sám sebe vidí tlustého. Myšlenka vysoké váhy ho ovládá a on přestane jíst většinu potravin, až nebude jíst vůbec nic. Člověk trpící MA je velice vynalézavý v zakrývání skutečnosti, že nejí. (KRCH, 2016)

MA můžeme rozdělit na několik druhů. MA známe v akutní i chronické podobě. Dále známe striktní odmítání potravy a občasné stavy přejídání s vyvolaným zvracením. Velkou skupinou druhů MA, je atypická MA. O atypické MA hovoříme, pokud nesplňuje pacient všechna kritéria nemoci, ale klinický obraz odpovídá. Atypická MA je dělena dle klinických projevů do několika skupin: (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

První skupinou jsou subklinické příznaky PPP. Jedná se o velmi širokou oblast. Pacienti mají obtíže v některých, či ve všech diagnostických kritériích nemoci s různou intenzitou příznaků. Člověk v této skupině trpí strachem z nadváhy i jídla a má hraniční hodnoty BMI. Ze strachu drží různé diety, ale nevzniká u nich podvýživa. Typickými pacientkami jsou baletky, gymnastky či modelky. Do této skupiny můžeme zařadit i lidi s vyhraněným jídelníčkem, například vegetariány, vegany či makrobiotiky. (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

Druhou skupinu tvoří pacienti s psychopatologickým syndromem. U těchto lidí jsou zesílené pohnutky myšlení. Spadají sem hlavně syndromy deprese a obsedantně kompulsivní syndrom. (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

Ve třetí skupině nalezneme lidi s těžkou kachexií, kteří však nesplňují diagnostická kritéria nemoci. Jejich obtíže však dosahují klinické hloubky nemoci v jednom nebo několika bodech. (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

Do čtvrté skupiny řadíme pacienty se somatickým onemocněním, kde je vedlejší projev nechutenství s úbytkem váhy. Po vyléčení však nechutenství neodezní, ale přetrvává. (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

Pátá skupina souvisí s pacienty s vyléčeným somatickým onemocněním. Jedná se o pacienty, kteří trpěli nechutenstvím z důvodu jiné nemoci a plynule přechází do atypické MA. Rozvine se u nich strach z tloušťky a popírají aktivní podíl na úbytku váhy. Strach z tloušťky je charakterizován jako dysmorfofobický blud. (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

Šestá skupina je nejobtížněji diagnostikovatelnou ze všech. Jde o PPP atypické MA, kde se nalézá komorbidita se somatickým onemocněním, nejběžněji v gastrointestinálním traktu. (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

Infantilní mentální anorexie

Tento druh MA je popsán u malých dětí (kojenci, batolata). Jedná se o extrémní vybíravost či úplné odmítání jídla vedoucí ke kachexii. Příčinou této nemoci může být deprese z narušených sociálních vztahů dítěte. Než se diagnostikuje infantilní MA, musí dojít k vyloučení somatických poruch. Tato nemoc narušuje vztahy v rodině, nejvíce vztah rodiče s dítětem. (KRCH, 2017)

2.2 Mentální bulimie

MB velmi úzce souvisí s MA, kdy spojitost těchto dvou onemocnění nalezneme přibližně v 70 % případů. Pod pojmem mentální bulimie si můžeme představit přejídání s pozdějším zvracením, kromě zvracení se jedná o užívání laxativ, diuretik či extrémní fyzické aktivitě. MB je psychická porucha týkající se příjmu potravy. Pacient s touto diagnózou má strach z tloušťky. Stejně jako u MA, člověka ovládá myšlenka, že je tlustý. Pro nás je to myšlenka, ale pro pacienta s touto diagnózou jde o reálnou představu. (NECHANSKÁ, 2018)

MB se velice těžko odhaluje stejně jako jiné PPP. Pacient si nechce připustit, že je něco špatně. Má vsugerovanou představu o tom, že je tlustý. U lidí s diagnózou MB se střídají stavy diet, přejídání a hladovky. Pokud se jedná o stav přejídání,

tak po nadměrném i normálním příjmu potravy člověk cítí své selhání a vyvolá si zvracení. Užívá dlouhodobě laxativa, diuretika i různé léky na hubnutí. U těchto pacientů je velice často zvýšená fyzická aktivita až do extrémních hodnot. (PAPEŽOVÁ, 2013)

Člověk zpočátku normálně jí a pouze zvyšuje svou fyzickou aktivitu. Tím hubne, což se mu líbí. Fyzickou zátěž stále zvyšuje, až dojde do stádia, kdy cvičí každou volnou chvíli a to i 6 hodin denně. Po pár týdnech hubnutí však v jeho reálné představě hubnout přestane. Člověk dál hubne, ale pomaleji a pacient s MB si myslí, že již hubnout přestal. Proto začne vynechávat ze svého jídelníčku některé potraviny a nápoje, začne používat různé léky (laxativa, diuretika či léky na hubnutí). Po čase přestane ubývat na váze, ale pacient stále spokojený není a má hlad. Občas ho přepadne záchvat přejídání, ale z důvodu strachu z tloušťky a výčitek si vyvolá zvracení. Po nějaké době již zvracení po jídle začne být součástí „jídla“. (PAPEŽOVÁ, 2013)

Velmi často se střídají stavy, kdy pacient drží hladovku, ve které „selže“ a nají se, aby však nepřibral, jde a vše vyzvrací. Užívání léku se stane součástí denního režimu stejně jako cvičení, zvracení či vynechání jídla úplně. (PAPEŽOVÁ, 2013)

Podobně jako u MA i zde můžeme najít rozdělení. MB rozlišujeme do dvou typů. Prvním je purgativní MB a druhým nepurgativní typ. Pod pojmem purgativní MB rozumíme zvracení a užívání léků (laxativa, diuretika). Nepurgativní formu MB můžeme vysvětlit jako úpravu váhy pomocí přísných diet, hladovění (střídané přejídáním) a nadměrnou fyzickou aktivitou. (PAPEŽOVÁ, 2013)

3 Výskyt nemoci

Dle statistik z roku 2017 můžeme vyčíst, že:

V roce 2017 bylo v ČR léčeno s PPP 3.731 pacientů z toho 90 % žen. 37 % těchto pacientů bylo léčeno s PPP poprvé. 12 % pacientů ve věku 0 - 14 let, ve věku 15 – 19 nalezneme 32 % pacientů a 56 % pacientů bylo ve věku starším než 20 let. Nejvíce pacientů bylo léčeno v Praze. (NECHANSKÁ, 2018)

454 pacientů bylo hospitalizováno na psychiatrických odděleních. 65 % těchto pacientů bylo přijato s diagnózou MA. Přibližně 13 % s diagnózou MB a 13 % pacientů s atypickou formou MA. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientů se jednalo o muže v 10 %. Průměrný čas hospitalizace pacientů se pohybovala okolo 42 dnů. (NECHANSKÁ, 2018)

Z těchto informací můžeme vyčíst, že onemocnění PPP je běžnější u žen než mužů. Dále zde můžeme vidět, že nejvíce hospitalizovaní pacienti jsou s diagnózou MA. (NECHANSKÁ, 2018)

4 Prevence poruch příjmu potravy u dětí

Prevence PPP je základ pro předcházení těmto poruchám. Ve světě jsou tato onemocnění čím dál rozšířenější a je proto důležité zaměřit se na prevenci v ohroženém věku. Nejčastějšími pacienty s PPP jsou dívky na začátku puberty.

Základ prevence spočívá v rodině, která by měla vést dítě ke zdravému sebevědomí, poskytovat mu vzory, oporu a dávat mu lásku. Rodina by měla vést dítě ke zdravému stravování. Z tohoto důvodu není příliš vhodné používat jídlo jako odměnu. Děti by neměly spojovat jídlo s negativními emocemi. Rodina by měla věřit dětskému úsudku v pocitech hladu a sytosti, avšak neustupovat pokud nesní dostatečné množství. Dítě by mělo mít pozitivní vztah k jídlu, ale nepoužívat ho jako prostředek k řešení jakékoliv problému. Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální. (MIDDLETON A SMITH,2013)

4.1 Primární prevence

Do primární prevence u dětí je zapojena rodina a škola. Z té hlavně pedagog, který zná své žáky. Primární prevence se snaží předcházet rozvoji nemoci. V rámci primární prevence u PPP je edukace žáků na základních školách, či gymnáziích, kde společnosti zaměřující se na PPP mohou předcházet vzniku těchto poruch vysvětlením rizik redukčních diet a nadměrného příjmu potravy. Odborníci nechtějí děti zbytečně děsit, proto edukace probíhá spíše v duchu varovném. (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013)

Primární prevence od rodiny

Rodina tvoří v dítěti zdravé jídelní návyky, posiluje jeho zdravé sebevědomí, respektuje a podporuje dítě, chrání dítě před nežádoucím vlivem médií. Dále umožňuje dítěti se rozhodnout a nést za své rozhodnutí následky, neměla by podporovat rizikové aktivity. Naopak by měla pomoci dítěti učit se zvládat stres, dodržovat zásady správné výživy, nahrazovat negativní myšlenky a věnovat se přiměřené fyzické aktivitě. (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013)

Primární prevence od školy a pedagoga

Škola by měla respektovat potřebu jídla tím, že na jídlo dá dostatek času a zajistí kulturu stravování. Pedagog, výchovný poradce či školní psycholog by měl mít dostatek informací o PPP. Informovat děti o tělesných a psychických změnách, které je v dospívání čekají. Poučít je o různosti těla a rozdílech mezi lidmi. Měl by potlačovat předsudky vůči odlišnostem, neboli naučit dítě mít rádo samo sebe. Pěstovat v dítěti správné jídelní návyky a varovat před rizikovým kontrolováním váhy. V dětech bychom měli podporovat pozitivní vztahy, aby dítě s nadváhou nebylo obětí šikany. Věnovat pozornost prevenci obezity a nevhodných stravovacích návyků. Upevňovat v dětech přiměřené asertivní chování, sociální dovednosti a umění zdravého prosazení. Vysvětlit dítěti, jak správně zvládat stres, neúspěch a přijmout kritiku. V dětech podporovat skupinové aktivity a sebepoznávání. (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013)

4.2 Sekundární prevence

Pod pojmem sekundární prevence rozumíme předcházení vzniklé nemoci, potlačení rozvoje a úplného propuknutí nemoci. U PPP jde o prevenci již vzniklé poruchy, avšak u pacienta se neobjevují somatické obtíže. O sekundární prevenci se starají zejména pediatři, rodina a učitel. Lékař zná svého pacienta a může zavčas rozpoznat možný vznik problému. Pediatři, rodina a učitelé mohou u dítěte s rozvíjející se PPP pozorovat změny chování, změnu váhy, zanedbávání vzhledu a vyhýbání se jídlu, nebo nadměrný příjem potravy. (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013)

Sekundární prevencí bychom dítě měli vést ke zdravému stravování. Rodina by měla věnovat pozornost dítěti během jídla. Je žádoucí, aby rodina jedla pospolu alespoň jednou denně. Pomoci nám může plánování jídla, zapisování aktivit a jídla během dne a pomáhat dítěti nalézt krásu v tom jaké je. Můžeme mu pomoci vidět své tělo jinak a snížit vlastní nároky. (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013)

4.3 Terciální prevence

V terciální prevenci se zaměřujeme na předcházení již plně rozvinuté nemoci. Prevencí budeme předcházet dalšímu rozvoji nemoci, dalších souvisejících onemocnění

či trvalým zdravotním obtížím. U PPP tedy předcházíme rozvoji somatických projevů. V terciální prevenci nám pomáhá psychoterapie. (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013)

Terciální prevencí budeme zlepšovat a vést pacienta ke správnému (zdravému) stravování, k napravení jídelních návyků, omezení poruchy a zmírnění změn tělesné hmotnosti. U MA a MB se budeme snažit zabránit dalšímu úbytku váhy a u psychogenního přejídání se naopak snažíme zamezit zvyšování hmotnosti. Cílem terciální prevence je zabránění dalším obtížím a snaha naučit pacienta mít rád sám sebe, takový jaký je. Pacienta se snažíme vést k většímu sebevědomí a pozitivnímu hodnocení své postavy. (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013)

5 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy u dětí

Příčin stejně jako PPP je mnoho a nedá se konkretizovat, která příčina souvisí s určitou nemocí. Podle literatury můžeme dohledat některé možné příčiny avšak vznik nemoci je velmi individuální.

Hlavními možnými příčinami jsou psychický stav, tělesné proporce, společenské faktory a zdravotní příčiny. Tyto příčiny jsou popsány níže. (PAPEŽOVÁ, 2013)

Psychický stav

Jeden ze zásadních důvodů vzniku MA u dětí jsou vztahy v rodině. Dítě obvykle nedává najevo, že ho trápí hádky rodičů, že má problém s chováním sourozence, nebo že z něj má strach. Děti vnímají okolní svět různými způsoby. Velmi dobře cítí z rodičů nevyrovnanost a odrazí se to na jejich psychickém stavu. V rodině může vnímat dominanci jednoho z rodičů, ať už otce, kdy se matka podvolí, nebo matky, kdy se podvolí otec. Pokud mluvíme o sourozencích, či nejbližší rodině, může mít dítě samotné jako jediné nadváhu. Postupem času může být ve stresu, že si nemůže půjčit oblečení od staršího sourozence. Pokud je dítě jedináček, můžeme najít i spojitost s nadměrnou pečlivostí rodičů. (PROCHÁZKOVÁ a SLÁDKOVÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017, PAPEŽOVÁ, 2017)

Nemusí se jednat jen o vztahy v rodině, ale i ve škole. Dítě může procházet lehkou formou šikany. Všimne si ve škole při tělesné výchově, že ho jeho tělesná struktura omezuje a ostatní děti na něj koukají skrz prsty, nebo se mu smějí. Děti, které se budou smát jeho propozicím, můžeme najít i mimo školní aktivity. Například, pokud dítě navštěvuje nějaký sportovní kroužek. (PROCHÁZKOVÁ a SLÁDKOVÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017)

Do psychických příčin můžeme zařadit i úmrtí či traumatický zážitek z útlého věku. Pokud bylo dítě na zemřelého člověka upnuté, méně či více, velmi to s ním otřese a bude hledat únikovou cestu. (PROCHÁZKOVÁ a SLÁDKOVÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017)

Tělesné proporce

Pokud dítě má nadváhu, nebo je obézní, může samo dospět k tomu, že jeho váha má vliv na jeho sportovní aktivity, a že chce zhubnout. K tomuto stavu však nepřispívá rodina, ani spolužáci posměchem, ale jen ono samo se rozhodne, že mu vadí jeho struktura těla. (PROCHÁZKOVÁ a SLÁDKOVÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017)

Společenské faktory

Velký podíl na lidském myšlení má společnost, která nás ovlivňuje, ať více či méně. Na děti má společnost velký vliv. Chtějí se ztotožnit se slavnými, s ideálem krásy, nebo s bohatstvím. Mladé dívky mají sny o modelingu. Modelky jsou přece krásné, úspěšné, cestují po světě a vydělávají hodně peněz. Velký podíl na ovlivňování společnosti mají média, jako třeba televize, rádia, noviny a časopisy. Na internetu, sociálních sítích i ostatních mediích se často vyskytují reklamy s léky na hubnutí, různé diety či zdravé recepty. Na sociálních sítích jsou děti nejvíce ohroženy, mohou se tam vyskytovat skupiny podporující zvracení po jídle či nechutenství. (NOVÁK, 2010)

Děti se nechají ovlivnit ostatními dětmi. Jinak řečeno, dítě (s nadváhou) ve třídě nebude chtít vyčnívat jako jediné. Člověk, ne jen mladý, se nechá ovlivnit i svým blízkým okolím. Pokud hovoříme o dětech, tak dítě s nadváhou bude velmi špatně snášet kritiku oblečení. Hůře pak dívky, které se chtějí líbit. Pokud od rodiny, nebo kamarádů, uslyší věty typu: „Tenhle model už radši nenos.“, „Nepřibrala jsi?“, „V těch šatech vypadáš na sto padesát kilo.“, „Tuhle sukni vyhod', je na tvou postavu příliš krátká.“ Nebo „Tyhle kalhoty si vážně nekupuj, máš v nich velký zadek.“. Okolí si neuvědomí, že by se podobné věty mohly dotyčného člověka dotknout. Děti si mohou tyto věty vzít k srdci a nechat se takto ovlivnit k extrémním dietám. (NOVÁK, 2010)

Zdravotní příčiny

Spojení duševní poruchy s fyzickou diagnózou nebyly doposud specifikovány. Vědci se domnívali, že existuje propojení PPP s hormony, či nedostatkem živin v mozku. Tato souvislost však nebyla nikdy potvrzena. S rozvojem nemoci

by však mohla souviset i genetická informace, ale toto tvrzení zatím není podloženo.
(PAPEŽOVÁ, 2004)

MA se může vyvinout z některých symptomatických onemocnění v gastrointestinálním traktu. Hovoříme o nemoci, při které dochází k nechutenství, které pokračuje i po vyléčení. (PAPEŽOVÁ, 2004)

6 Rizikové faktory poruch příjmu potravy

Vzhledem k nepodloženým genetickým předpokladům k PPP, není možné stanovit přesné rizikové faktory. PPP jsou duševní onemocnění, u kterého se dají předpokládat spojitosti s některými podmínkami. Pacienti trpící některou z PPP jsou velmi kritičtí ke své postavě. Většina pacientů je v psychické nevyrovnanosti a trpí jinou psychickou poruchou. U takovýchto dětí se vyskytuje emoční nestabilita až labilita, mohou mít perfekcionistické sklony a hlavně je ovlivňuje již zmíněná představa o tloušťce. Děti s PPP bývají úspěšné ve škole a bývají velmi inteligentní. (NOVÁK, 2010)

Hlavním rizikem vzniku nemoci je dospívání, psychika a sociální vlivy. Na těchto několika bodech bychom měli být obezřetní:

- Kult štíhlosti – představa ideálu krásy sociální skupiny.
- Přehnaná sebekontrola – ve společnosti najdeme skupiny lidí, které uznávají vyhublost/ kachexii jako chválu sebekontroly. Většina sociálních skupin nepokládá za důležité, jak dojdeme k přehnané štíhlosti, ale že takové jsme.
- Touha po zdraví – pacienti s MA či MB si udržují myšlenku toho, že vyhublost je prevence některých onemocnění spojené s nadváhou, či obezitou. Například prevence kardiovaskulárních onemocnění.
- Strach z jídla – nejde o strach z jídla jako takový, ale o strach z nežádoucích látek v jídle. Pacienti se bojí pesticidů v zelenině, steroidů nebo hormonů v mase a rybách, nebo nežádoucích látek v jogurtech. Pokud se objeví kauza o závadných potravinách, nechávají se ovládat myšlenkou „Lepší nejíst vůbec, než jíst tohle“.
- Povahové rysy – pacienti mají sklony k perfekcionismu. Jsou emočně labilní, impulzivní, sebekritičtí a mohou trpět závislostmi.
- Hlídaní váhy – děti i dospělí s MA nebo MB přehnaně hlídají svou váhu. Váhu si kontrolují minimálně jednou denně, spíše vícekrát.
- Deprese – propadání se do pesimistických myšlenek, vysílenost z maličností.
- Stres – napětí. Tlak na nároky v zaměstnání či rodině.
- Recidiva u vyléčených pacientů. (NOVÁK, 2010)

7 Příznaky - projevy poruch příjmu potravy

Příznaky PPP se liší dle konkrétního onemocnění. Pokud budeme mluvit o patologickým přejídání, je jedním z hlavních příznaků časté jezení a přibírání na váze. U nočního přejídání je jasný příznak přibírání na váze, a pokud s někým sdílíme lednici, určitě si všimne, že je velmi často ráno prázdná. (GAJDÁCSOVÁ, 2010)

Poruchy jako ortorexie, bigorexie, drunkorexie se odhalují obtížněji. U pacienta s ortorexií pozorujeme výběr potravin, výběr obchodů či „přednášky“ o tom, co bychom měli jíst. Bigorexie se projeví postupným zvyšováním času stráveným fyzickou aktivitou. Pokud budeme takového člověka sledovat, zjistíme, že v každé volné chvíli cvičí. Drunkoleptik málo jí a hodně pije, což můžeme pozorovat. Tento pacient bude hlídat příjem kalorií, aby mohl pít více alkoholu. (PAPEŽOVÁ, 2013)

7.1 Příznaky - projevy mentální anorexie u dětí

Jeden z nejviditelnějších a nejrychlejších příznaků je hubnutí, rychlé a nápadné. Nejblíže rodina a lidé, se kterými dítě tráví čas, si začnou všimnout úbytku váhy. Dalším příznakem je vynechávání sladkých nápojů, jako například Coca-Cola, džusy, šťávy a přestane používat cukr do čaje. V jídlu bude ze začátku vybíravější a bude jíst mnohem méně. Postupem času bude vyškrtávat ze svého jídelníčku více a více potravin. Z konkrétních potravin začne vynechávat sladké „dobroty“ (bonbóny, koláče, sušenky). Bude odmítat jíst smažená jídla a bílé pečivo. Bílé pečivo nahradí celozrnné, či tmavé, ale i to bude po čase nahrazeno jinými potravinami. Dítě se stane odborníkem na kalorické hodnoty jídel, které chceme, aby jedlo. Bude si přehnaně hlídat denní příjem potravy, a pokud bude za tolerovanou hranicí, bude doma jídlo odmítat. Kvůli jídlu začne docházet ke konfliktům v rodině. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Z prvních dnů odmítání jídla a držení hladovky mohou nastat chvíle, kdy dítě má veliký hlad a má záchvat přejídání. Výčitky mu budou tak moc ležet v hlavě, že půjde a zkusí jídlo vyzvracet. Pokud je to až po delší chvíli, jeho výčitky ho donutí začít cvičit i v noci. Bude velmi vynalézavé, aby se nemuselo zúčastnit jakékoliv

společenské akce spojené s jídlem. Doma budou typické výmluvy na jídlo, typu: „Tohle nejím.“, „Vážně myslíš, že by tohle někdo pozřel?“, „Jedla jsem ve škole.“ Nebo „Najím se později.“. Svačiny do školy, nebo jakékoliv jiné jídlo, které dostane s sebou, vyhodí, někomu daruje, nebo schová. (PAPEŽOVÁ, 2010)

První dny, kdy dítě začne vynechávat potraviny, bude jeho váha ubývat. Dítěti se ubývání váhy líbí a chce v tom pokračovat. Po několika dnech i týdnech hubnout přestane a proto se rozhodne jíst ještě méně a začít více cvičit. Po pár týdnech přestane hubnout, což se mu nelíbí, jelikož dle svého úsudku, je jeho hmotnost stále vysoká. Proto se snaží svůj denní příjem potravy snížit na minimum, až přestane jíst úplně. Dítě bez potravy bude na první pohled vyhublé a ztratí veškerý podkožní tuk. Pacient se velmi často váží a hlídá si váhu. U dítěte můžeme pozorovat změnu v oblékání. Jeho oblečení bude volné z důvodu myšlenky toho, že je tlusté a nechce, aby to okolí vidělo. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Dítě je ve velmi těžkém boji samo se sebou, snaží se potlačit chuť k jídlu a hlavně hlad. Z počátku ho hlad ovládá více než by chtělo, a dokonce jej i může ovládnout. Myšlenka nadváhy ho ovládá, a i když je vyhublé, říká před rodinou a kamarády, že je tlusté. Okolí mu chce myšlenku vyvrátit, ale dítě je akorát pobouřené, podrážděné, až našťvané, či nepřičetné. Nenechá si myšlenku nadváhy vymluvit. Pacienti trpící MA jsou ke svému vzhledu a váze velmi kritičtí. Pokud se někdo bude ptát, jestli je v pořádku, bude dítě nejspíše jednat v afektu. (PROCHÁZKOVÁ a SLADKÁ-ŠEFČÍKOVÁ, 2017)

Pacient s MA se bude jevit jako kachektický člověk. Bude velmi unavený z důvodu nepřijímání potřebných živin. Dítě může být podrážděné, vztahovačné, výbušné a může se u něj vyskytovat deprese. Naučí se velmi věrohodně lhát samo sobě, i svému okolí. Změní se jeho přístup k okolí, bude se více uzavírat do sebe. Začne vynechávat společenské akce, bude se vyhýbat i společnosti nejbližších kamarádů a rodiny. Má strach z rozhovorů o jídle. (LUCKÁ, 2009)

7.2 Příznaky - projevy mentální bulimie u dětí

MB se zřejmě odhaluje nejhůře. Pacient může hubnout, ale nemusí. Přijímá potravu a nemá problém sníst cokoli, v jakémkoliv množství. Dokonce naopak, dítě je schopné sníst neuvěřitelné množství jídla. U pacientů s MB je pocit přejedení velmi relativní. Člověk s touto nemocí má velký hlad v podstatě nepřetržitě a je na něm, jak s ním je schopen bojovat. I dítě s MB ovládá myšlenka štíhlosti. I ono si přehnaně kontroluje váhu, stejně jako u MA. (PROCHÁZKOVÁ a SLADKÁ-ŠEFČÍKOVÁ, 2017)

Charakteristickým příznakem MB jsou opakované záchvaty přejídání se zvracením, střídající drastické diety a odmítání potravy. Děti jsou velmi kreativní a nedělá jim potíže sehnat si laxativa, diuretika či léky na hubnutí, které pravidelně užívají. Nemocní nadměrně cvičí, aby odčinili „selhání“ v jídle. Většina pacientů s MB mají normální průměrnou váhu s občasnými výchyly. Je možné u nich pozorovat výkyvy tělesné hmotnosti. (PROCHÁZKOVÁ a SLADKÁ-ŠEFČÍKOVÁ, 2017)

Dítě s MB má tedy obvykle normální váhu. Jí normálně, někdy spíše přehnaně, ale po skončení jídla se nechá přemoci myšlenkou „selhání“ a jde vše vyzvracet. Většina pacientů s MB zneužívá léky na hubnutí, odvodnění a projímadla. Mají přehnanou fyzickou aktivitu, aby vypotili příjem kalorií. Nejčastěji je příjem nižší než pacient vypotí. Pacienti se nechávají ovládat nepřetržitou obavou z nadměrného příjmu potravy. Mají velký strach, že nebudou schopni přestat jíst, jelikož jsou velmi hladoví. Ovládá je obava z nepročištěného těla, proto zvrací, zneužívají léky i nadměrně cvičí. Velký vliv na ně má strach ze ztráty kontroly či sebeovládání v oblasti jídla. Velmi často mají deprese a pocit viny a odsuzují se po záchvatu přejídání. (PROCHÁZKOVÁ a SLADKÁ-ŠEFČÍKOVÁ, 2017)

Pacient velmi často střídá období diet, hladovění a záchvaty přejídání. MB se může prolínat s MA, kdy dítě nevydrží hladovění a nají se. Poté ho doženou výčitky a on vše vyzvrací. Nadměrná fyzická aktivita vede k únavě spojené i s nedostatečným příjmem potravy. (PROCHÁZKOVÁ a SLADKÁ-ŠEFČÍKOVÁ, 2017)

Pokud dojde k projevům výše uvedeným, je zapotřebí vyhledat odbornou pomoc. Odbornou pomoc můžeme vyhledat pediatra, který nám doporučí další možnosti. Kromě pediatra můžeme odbornou pomoc u psychiatra či psychologa vyhledat sami. Pomoci nám může i internet ve vyhledání informací. Stránky pomoci v PPP psané odborníky jsou například <https://www.idealni.cz/>, <http://www.healthyandfree.cz/>, <http://www.prevence-praha.cz/>, nebo <http://www.anabell.cz/>. Konkrétně můžeme vyhledat psychiatra v nemocnicích po celé ČR.

Odbornou pomoc nabízí například v centru pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy na psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Toto centrum nabízí specializované lůžkové oddělení, denní stacionáře pro tyto pacienty, ambulantní péči, internetové poradenství, kluby pro rodiče, příbuzné, partnery a pacienty a dále doléčovací skupiny. Odbornou pomoc nabízí i centrum Anabell, která má poradny v Praze, Brně a Ostravě. (<https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>, <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/poradenstvi>)

7.3 Fyzické potíže spojené s poruchami příjmu potravy

PPP ovlivňují pacienta v mnoha směrech. Mění pacientův zdravotní stav v několika oblastech, například kardiovaskulární systém, gastrointestinální ústrojí, imunitní systém. Dále najdeme změny v krvi, na kůži, a hladinách hormonů a renální potíže. (MEISNEROVÁ, 2013)

Na pacientovi s diagnózou psychogenní přejídání můžeme pozorovat obezitu a poruchy pohybového aparátu. Tito pacienti jsou náchylnější k infarktu myokardu a cévní mozkové mrtvici. U pacientů se běžně vyskytuje Diabetes Melitus II. typu, srdeční obtíže, hypertenze a ateroskleróza. (PAPEŽOVÁ, 2018)

Pacient s MA je vyhublý, bledý, podrážděný, často prochladlý, má suchou kůži a lámavé nehty s vypadáváním vlasů. Pacienti obvykle trpí závratí, depresí, sníženou citlivostí v rukou, hypotenzí, bradykardií, dehydratací, hypotermií a mohou se u nich vyskytovat zácpy. Na vyhublých dětech můžeme často pozorovat tvorbu hematomů. Často u takových pacientů můžeme pozorovat únavu a nesoustředěnost. Pacienti jsou ohroženi kardiovaskulárním selháním, renálním selháním, podvýživou a poruchou

menstruačního cyklu. Pacienti jsou ohroženi vznikem osteoporózy. (PAPEŽOVÁ, 2018 a MEISNEROVÁ, 2013)

Na pacientovi s MB můžeme pozorovat oteklé tváře, ochablé svaly, oteklé klouby, suchou kůži, žluté kazivé zuby, lámání nehtů a vypadávání vlasů, poruchy spánku, celkovou únavu, kolísání váhy a kožní vyrážku. Pacient obvykle trpí svalovými křečemi, bolestí břicha, zácpou či průjmem, poruchou menstruace, či její ztrátou a anémií. Z hlediska vnitřních změn můžeme nalézt srdeční arytmie, záněty slinných žláz, narušenou sliznici jícnu, hrdla a žaludku, dušnost, hypotenzi, tachykardii, osteoporózu, dehydrataci a rozvrat minerálů. Pacienti jsou ohroženi osteoporózou, kardiovaskulárním selháním, z nedostatku draslíku vylučovaným zvratky, renálním selháním, vředovou chorobou žaludku nebo perforací stěny žaludku či jícnu. (PAPEŽOVÁ, 2018)

8 Diagnostika poruch příjmu potravy u dětí

Včasná diagnostika je velmi důležitá. Pacienti s diagnózou MA umírají na podvýživu a pacienti s MB většinou na kardiovaskulární selhání. Člověk trpící PPP odmítá připustit, že se jedná o nemoc. U dětí se PPP diagnostikuje velmi složitě, jelikož děti obtížně vyjadřují nespokojenost se svým vzhledem. Je zde i možnost, že dítě samo neví o nespokojenosti. Základem diagnostiky je stejně jako u všech onemocnění, anamnéza, fyzikální vyšetření, zobrazovací metody a laboratorní testy. (PAPEŽOVÁ, 2018)

8.1 Diagnostika mentální anorexie

Pokud začínáme uvažovat o diagnóze MA z důvodu úbytku váhy, je velmi důležité vyloučit fyzická onemocnění, která by mohla váhu snižovat taktéž. Musíme si uvědomit, že děti budou příznaky zatajovat a odmítat fakt, že jsou nemocné. Úbytek váhy a nechutenství mohou souviset s depresemi. (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015)

Pro diagnostiku podvýživy můžeme spočítat Body Mass Index (BMI). Ten nás na ni může upozornit. BMI vypočítáme vydělením tělesné hmotnosti v kilogramech s výškou v metrech na druhou. U pacientů je zapotřebí zhodnotit celkový vzhled a zaměřit se na možný metabolický rozvrat. Metabolický rozvrat je stav ohrožující život, k jeho odhalení použijeme laboratorní testy. U MA se velmi často vyskytuje anémie, z tohoto důvodu je dobré začít laboratorním vyšetřením. Vzorčky odebereme na krevní obraz, elektrolyty včetně fosfátů, urea kreatinin a hormony štítné žlázy, jaterní testy, minerály, celkový protein a glykémie. Pro stanovení stavu dětského pacienta, máme BMI tabulky s hodnotami výsledků. Například:

- Podváha – méně než 5 percentil,
- ideální váha – 5,1 - 85 percentil,
- nadváha – 86 - 95 percentil,
- obezita - 96 percentil a více. (FRANĀKOVÁ, MALICOVÁ a PAŘÍZKOVÁ, 2013)

Jedna z možností jak diagnostikovat MA je dotazníkem. Dotazník se vyplňuje v psychiatrické poradně a může nám pomoci v odhalení. Jeden z příkladů je dotazník EDE (Eating Disorder Examination). Abychom mohli hovořit o MA, je zapotřebí, aby pacient splnil všechna kritéria dle mezinárodní klasifikace nemocí. (PAPEŽOVÁ, 2011)

MKN je schválená mezinárodní organizace pro kritéria nemocí. Organizaci schválila a uznává světová zdravotnická organizace. Její význam je v kodifikačním systému označení nemocí, poruch a zdravotních obtíží. (BARTÁKOVÁ, 2010)

Diagnostická kritéria podle MKN – 10. MA má klasifikační číslo F50.0. Pro diagnózu MA je zapotřebí splnit tyto kritéria:

- Tělesná hmotnost je nižší, nebo udržována pod 15 % běžné váhy. Není třeba rozlišovat, zda hmotnost klesla, nebo jí nikdy nebylo dosaženo. BMI dosahuje maximálně 17,5. Děti nedosahují předpokládaných hodnot váhy dle věku a výšky.
- O snížení váhy pacient usiluje sám, pomocí vyhýbání se jídlu, užíváním léků jako laxativa, diuretika či anorektika, nebo přehnaným cvičením, či vyvolaným zvracením.
- U pacientů je přítomna psychopatologie, kdy je pacient ovládán strachem z tloušťky a zkreslenou představou o svém těle. Pacient požaduje sám po sobě, aby měl nízkou váhu.
- Pacienti mají endokrinní poruchu, související s hypothalamo-hypofýzo-gonadovou osou. Tato souvislost má za následek amenorheu u žen a ztrátu sexuálního zájmu u mužů, může nastat i impotence. Ženy užívající hormonální antikoncepci amenorheou netrpí.
- U dětí, kde dojde k propuknutí nemoci před pubertou, můžeme pozorovat několik změn. Jednou takovou změnou je opožděný nástup puberty, její zastavení nebo se nedostaví. U mladých dívek nemusí dojít k menarche.

Pokud pacient jeden z bodů nespĺňuje, nejedná se o MA, ale o její atypickou formu. (BARTÁKOVÁ, 2010)

8.2 Diagnostika mentální bulimie

Diagnostika MB není vůbec jednoduchá. Na pacientech s MB není viditelná vyhublost, tudíž spočítání BMI nám nepomůže. Děti však bývají oteklé, tvoří se jim více slin, jsou dehydratované po častém zvracení a vznikají u nich poruchy gastrointestinálního traktu. Můžeme od nich slyšet i stížnosti na bolesti břicha. Vzhledem k užívání léků na odvodnění může docházet k onemocnění ledvin, které bývá provázeno kolikovitou bolestí. (PAPEŽOVÁ, 2018)

Diagnostikovat MB lze pomocí laboratorních vyšetření, například hematologické vyšetření, biochemie. Konkrétněji budeme chtít krevní obraz, kostní dřev, hladiny hormonů v séru, minerály, enzymy, jaterní funkce, amylázy, celkový protein, glykémii, metabolity, ledvinové funkce a urea kreatinin. Pokud dochází k arytmiím, nebo jiným srdečním obtížím, provede se EKG, nebo ECHO. U pacientů užívající diuretika a laxativa je vhodné sonografické vyšetření. Pokud dojde ke zdravotním obtížím v jícnu, nebo žaludku, je vhodné provést gastrokopii. Dalšími vyšetřeními jsou CT, MR, EEG. (MEISNEROVÁ, 2013)

Již zmiňovaná MKN - 10 má také kritéria pro MB, kterou nalezneme v klasifikaci pod označením F50.2. Pro diagnózu MB musí splnit pacient následující body:

- Opakující se záchvaty přejídání, alespoň dvakrát týdně po dobu tří měsíců. Jde o stav, kdy pacient pozře velké množství jídla za krátký čas.
- Člověk má intenzivní touhu zabývat se jídlem, touha ho neopouští a je velmi silná. Nedokáže touhu po jídle ze své mysli vytěsnit.
- Nemocní chtějí potlačit příbytek váhy některou z následujících možností: vyvolané zvracení, zneužívání léků (diuretika, anorektika, laxativa) a střídáním fází hladovění. U pacientů s DM je možné zpozorovat vynechání inzulínové léčby.
- Neodbytná obava z tloušťky, pocity nadváhy a nedokonalého vzhledu.

Pokud pacient jeden z bodů nespĺňuje, nejedná se o MB ale o její atypickou formu. Pacient s MB má ve většině případů v anamnéze MA či omezování se v jídle. (PAPEŽOVÁ, 2011)

9 Léčba poruch příjmu potravy u dětí

Pacienti jsou ohroženi jak po psychické stránce, tak i somaticky. Je velice důležité rozpoznat nemoc co nejdříve a vyhledat pomoc lékaře. Základním úkolem lékaře je odhalit, zda jde o duševní poruchu, nebo je nemoc spojena se somatickým problémem. Prvním lékařem, ke kterému se dítě dostane do péče, bývá pediatr. Ten může doporučit návštěvu specialisty. Odborným lékařem může být psychiatr, neurolog, či chirurg (k odhalení gastrointestinálních obtíží). Pokud se u pacienta neprokáže spojitost s jiným onemocněním, začne lékař zjišťovat, o kterou z PPP se jedná. PPP u konkrétního pacienta stanovují nejčastěji psychiatři lékaři. Do léčby je zapotřebí zapojit, kromě pacienta samotného, i rodinu a celý tým lékařů. Lékaři jsou z mnoha oborů, velkými pomocníky jsou:

- Pediatr – přichází jako první do kontaktu s nemocným a posuzuje, zda by se o PPP mohlo jednat, případně doporučí vyšetření dalším odborným lékařem.
- Psycholog, či psychiatr – rozhoduje, o kterou z PPP se jedná a zjišťuje možnou příčinu vzniku u konkrétního nemocného.
- Gynekolog – pomůže dívkám srovnat hladiny hormonů, pokud neodpovídají fyziologickým hodnotám a řeší amenorheu.
- Internista – léčí celkový rozvrat metabolismu.
- Nutriční terapeut – učí dítě mít rádo jídlo, snaží se mu pomoci v nalezení jeho oblíbených potravin, vysvětluje důležitost jídla, a pokud je zapotřebí, sestaví jídelníček.
- Endokrinolog – pomoc ve srovnání hladiny hormonů, pokud selže gynekolog u dívek.

U dětí je velmi žádoucí informování učitelů ve škole o tomto problému, aby na dítě více dohlíželi. Ve škole může být dítě obětí šikany. (KOUTEK, 2015)

U léčby PPP můžeme nalézt několik kritérií, které je ovlivňují, z nichž nejdůležitější jsou délka nemoci před léčbou, věk pacienta, a hlavně spolupráce nemocného. (KOUTEK, 2015)

Léčba PPP může být nemocniční i ambulantní.

9.1 Nemocniční léčba poruch příjmu potravy

Do nemocnice se pacient může dostat ve dvou fázích. Buď plánovaně po selhání ambulantní péče, nebo akutně, kdy pacient zkolabuje.

Pokud pacient zkolabuje a bude převezen do nemocnice, budeme řešit důvod kolapsu. Pacient bude zřejmě podvyživený, na hraně metabolického rozvratu. Ke kolapsu dochází z vyčerpání organismu a nedostatku výživy. Při přijetí pacienta je zapotřebí zhotovit laboratorní testy, v případě srdečních obtíží bude provedeno vyšetření EKG. Při potvrzení metabolického rozvratu bude pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Pokud se u pacienta potvrdí pouze podvýživa, bude hospitalizován na standardním lůžkovém oddělení pro doplnění nezbytných živin. (MEISNEROVÁ, 2013)

Plánovaná hospitalizace proběhne na psychiatrickém oddělení. Dochází k ní, pokud je podezření na spojení PPP se závislostí na lécích, nebezpečím ohrožení života nebo v případech, kdy ambulantní návštěvy jsou nedostatečné. Pacienti s PPP jsou přijímáni na specializovaná pracoviště. V rámci nemocnic to jsou psychiatrická oddělení a v rámci psychiatrických nemocnic mohou být zřízena specializovaná oddělení. Pacientům je v takovémto případě věnována nepřetržitá odborná pomoc. Hospitalizace může trvat několik dnů, až měsíců. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014)

V případě PPP může být přistoupeno k nedobrovolné hospitalizaci. K té dochází pouze ve výjimečných případech, kdy je pacient v kritickém ohrožení života. U dětí může dojít k situaci, kdy rodič s hospitalizací souhlasí, ale dítě ne. V takovém případě leží odpovědnost rozhodnutí na rodičích. (MACH, Jan, Aleš BURIÁNEK, Dagmar ZÁLESKÁ, Miloš Máca a Barbora VRÁBLOVÁ, 2018)

9.2 Ambulantní léčba poruch příjmu potravy

Ambulantní péče navazuje vždy po hospitalizaci, ať již plánované, či akutní. Ve spojitosti s PPP se přistupuje k ambulantní péči vždy. Léčba probíhá ve specializovaných ambulancích nebo u pediatra.

Pediatr by měl při léčbě pacienta s PPP přistupovat individuálně, s ohledem k jeho situaci. Není třeba se zabývat, proč nemoc vznikla, ale řešit její symptomy. Je důležité nezapomínat na skutečnost, že tito pacienti jsou nemotivovaní, či ambivalentní a přicházejí pod nátlakem. Nátlak může být od rodiny nebo je spojen se zdravotními obtížemi. Je důležité vzít v úvahu fakt, že některé z PPP mohly pacientům přinášet úlevu a uspokojení. Dítě musíme léčit komplexně, ne jen v oblastech, ve kterých je s námi ochotné spolupracovat, nebo jej nejvíce trápí. (WIRTHOVÁ a kol., 2013)

Pokud dítě, nebo rodina nechtějí, nemůže je lékař nutit k návštěvě jiných odborníků. Například, pokud odmítnou návštěvu psychiatra nebo psychologa, je na pediatrovi, snažit se s problémem pomoci, dle předem nastavených pravidel. V případě pediatra je důležité informovat pacienta o nemoci. Je velmi důležité přizpůsobit informace k věku a vyspělosti dítěte. Informace může poskytnout pomocí edukativní literatury či internetových stránek. Lékař by měl upozornit pacienta i rodinu, aby se vyhnuli zvěsti a příběhům lidí s PPP. Tyto příběhy mohou být příliš dramatické. V určité míře se pediatr snaží dítě i rodinu motivovat a vést nemocného k nutným změnám ve stravovacích návycích. Pokud nedojde ke změně, je nezbytná spolupráce s psychiatrem i jinými odborníky. (WIRTHOVÁ a kol., 2013)

Psychiatr pomáhá pacientovi nalézt podstatu nutnosti jídla. Snaží se v pacientovi potlačit jeho mylnou myšlenku o jeho vzhledu. Lékař podá dostatek informací a snaží se pozitivně motivovat ke změně návyků. Pomáhá pacientovi ne jen v oblasti pozitivního myšlení k jídlu, ale také s ním řeší všechny jeho starosti. Pokud má psychiatr podezření k úzkostným stavům a depresi, může přistoupit k podání antidepressiv. Je-li důvodné podezření k sebepoškozování, či sklonům k sebevraždě, je tato léčba nezbytná. Lékař může pacientovi doporučit skupinové terapie, i jiné vhodné aktivity. Měli bychom pacientovi vysvětlit, že nadměrné cvičení, užívání léků

bez konzultace s lékařem a zvracení po jídle není příliš vhodné, naopak je pro něj nebezpečné. U dětských pacientů není vhodné začínat léčbu výhružkami a zastrašováním, ale postupně vysvětlovat nevhodnost jejich dosavadního chování. (PAPEŽOVÁ, 2009)

Psychiatr s pacientem probírá jeho problémy i úspěchy. Pro lékaře je velmi důležité získat důvěru dítěte, aby se mu svěřílo a mohli společnými silami s jeho nemocí bojovat. (PAPEŽOVÁ, 2009)

10 Specifika ošetrovatelské péče u dětí s poruchou příjmu potravy

K pacientovi a především k dětskému pacientovi s PPP musíme přistupovat opatrně. Většina hospitalizovaných dětských pacientů s PPP trpí některou z forem MA. Dětské pacienti velmi často trpí depresemi a jsou hospitalizováni proti své vůli. Nepřipouští si, že jsou nemocní a myslí si, že jejich patologické chování je normální. Jsou velmi nedůvěřiví a přesvědčiví lháři. Všeobecná sestra, která s takovými dětmi pracuje, musí respektovat individualitu dítěte a jeho věk. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014)

Po příchodu dítěte na oddělení mu všeobecná sestra ukáže, kde si nechá své věci, kde bude mít pokoj, a která postel bude jeho. Vysvětlí mu denní režim a řád oddělení, dále ho seznámí s chodem oddělení. (NESRSTOVÁ, 2012)

Specifika na těchto odděleních můžeme rozdělit podle druhu nemocnic. Pokud máme oddělení, které je zaměřené pouze na léčbu pacientů s PPP, je jejich léčba ucelenější, než na odděleních s různými psychiatrickými diagnózami. (NESRSTOVÁ, 2012)

Na oddělení s více druhy psychiatrických onemocnění je složitější ohlídat jídelní návyky dětí s MA. Pacienty s MA vážíme každý den a je zapotřebí dohlédnout, zda si alternativně nezvyšují váhu. Alternativními způsoby myslíme například vypití většího množství vody, vydržet co nejdéle bez vyprázdnění, nebo mít po kapsách schované těžké předměty (hračky, nebo nasbírané kameny). Během jídla hlídáme, kolik snědí a zda se ho nesnaží schovat nebo darovat jiným pacientům. Po jídle je nutné dát pozor, aby pacienti nezvraceli. Pacientům je zapotřebí zkontrolovat po návratu z vycházek věci, zda si nedonesli do léčebny nežádoucí léky (diuretika, laxativa). (PAPEŽOVÁ, 2009)

Pokud bude dítě hospitalizováno na specializovaném oddělení pro PPP, péče se bude v několika bodech lišit. I na specializovaném oddělení se bude hlídat jeho příjem potravy, avšak po jídle budou toalety zamknuty, z důvodu eliminace

zvracení. Toalety budou před budíčkem procházeny, zda zde nejsou schované předměty pro zvýšení hmotnosti. Před vážením budou pacienti hlídáni, zda nepijí přílišné množství tekutin a zda se vyprázdnili. (PAPEŽOVÁ, 2009)

Vážení probíhá ráno po probuzení a pacient je požádán, aby se vyprázdnil. Po jídle jsou všichni ve společenské místnosti a mají volnočasovou aktivitu. U pacientů je hlídán příjem potravy a fyzická aktivita. I na těchto odděleních je zapotřebí dohlédnout, zda se pacienti nepokusili proklouznout na oddělení s nežádoucími léky. (PAPEŽOVÁ, 2009)

Děti na obou odděleních mají terapie s povinnou účastí. Terapie jsou dvojího typu, skupinové a individuální s terapeutem. Kromě jiných aktivit chodí do školy, hrají si s dětmi a mají smysluplné vyžití. U těchto pacientů dbáme, aby nedocházelo k nadměrné fyzické zátěži. (PAPEŽOVÁ, 2009)

11 Nedobrovolná hospitalizace

Nedobrovolná hospitalizace je možná podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. V zákoně jsou uvedené možnosti, kdy je možné hospitalizovat pacienta i proti jeho vůli. (MACH, Jan, Aleš BURIÁNEK, Dagmar ZÁLESKÁ, Miloš MÁCA a Barbora VRÁBLOVÁ, 2018)

Hospitalizace proti vůli může být v případě rozhodnutí soudu o ochranné léčbě formou hospitalizace, karanténě, izolaci, z důvodu ohrožení okolí, nebo sám sebe. Nedobrovolná hospitalizace může nastat při akutním ohrožení života, kdy nelze od pacienta získat souhlas. (MACH, Jan, Aleš BURIÁNEK, Dagmar ZÁLESKÁ, Miloš Máca a Barbora VRÁBLOVÁ, 2018)

Je to závažný zásah do svobod a práv člověka. V případě nedobrovolné hospitalizace není možné podepsat negativní revers. Pokud dojde k nedobrovolné hospitalizaci, je institut povinen do 24 hodin obeznámit příslušný soud, který rozhodne do 7 dnů o propuštění. Pokud soud rozhodne o další hospitalizaci proti vůli pacienta, je každé 3 měsíce provedeno nové soudní jednání. Každý člověk má právo na právního zástupce, který zastupuje i pacienta ve věci nedobrovolné hospitalizace u soudu. (MACH, Jan, Aleš BURIÁNEK, Dagmar ZÁLESKÁ, Miloš Máca a Barbora VRÁBLOVÁ, 2018)

U dětí a nesvéprávných lidí rozhoduje o hospitalizaci zákonný zástupce, či opatrovník. Pokud opatrovník, nebo zákonný zástupce s hospitalizací souhlasí, bude pacient hospitalizován i přes svůj nesouhlas. Pokud dítě či nesvéprávný člověk, bude trvat na neoprávněné hospitalizaci, je možné kontaktovat příslušného sociálního pracovníka, který bude hájit nejlepší zájem klienta. (MACH, Jan, Aleš BURIÁNEK, Dagmar ZÁLESKÁ, Miloš Máca a Barbora VRÁBLOVÁ, 2018)

12 Ošetřovatelský proces

Naším cílem je v ošetřovatelském procesu analyzování a popsání ošetřovatelské péče o 14letou pacientku s mentální anorexií. Ošetřovatelská péče bude poskytnuta individuálně. Budeme vyhodnocovat problém, stanovovat cíle, sestavovat plán realizace, seznamovat se s průběhem onemocnění a shrneme naši péči o pacientku.

V praktické části byl ke sběru informací zvolen model funkčních vzorců zdraví M. Gordon. Model byl zvolen na základě standardů oddělení. Model M. Gordon obsahuje 12 oblastí. Jednotlivé oblasti jsou: vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání, poznávání, sebepojetí a sebeúcta, role, sexualita, stres, víra, jiné. Informace získané v modelu byly utříděny dle NANDA domén.

NANDA domény nám pomáhají ke stanovení ošetřovatelských diagnóz. NANDA domén je oproti modelu funkčních vzorců zdraví M. Gordon 13. Domény jsou: Podpora zdraví, Výživa, Výměna a vylučování, Aktivita – odpočinek, Percepce/kognice, Seberecepce, Vztahy mezi rolemi, Sexualita, Zvládání/tolerance zátěže, Životní principy, Bezpečnost/ochrana, Komfort a Růst/vývoj. Z utříděných informací stanovujeme: použité měřicí techniky, ošetřovatelské problémy a jejich prioritu. Dbáme na subjektivní pocity pacientky a na náš objektivní pohled. (HERDMAN a KAMITSURU, 2015)

Časová data a identifikační údaje pacientky byly změněny z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy, vztahující se k ochraně osobních údajů. Z těchto důvodů jsme pacientce dali pracovní jméno Simona.

Informace byly shromážděny na základě souhlasů pacientky (zákonného zástupce) a organizace, ti však chtějí zůstat v anonymitě a z tohoto důvodu nebyl ani jeden písemný souhlas vložen do bakalářské práce a originál obou těchto formulářů má autorka práce. Sběr informací proběhl pomocí rozhovorů, pozorováním a nahlédnutím do zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace pacientky.

12.1 Pacientka s mentální anorexií

Simona je 14letá studentka s diagnózou mentální anorexie. Na oddělení byla přijata pro nezvládnutí vyššího příjmu potravy v ambulantní péči na doporučení lékaře. Na ambulanci docházela přibližně měsíc před hospitalizací. Hospitalizaci doporučil psychiatr, ke kterému docházela většinou v doprovodu matky, výjimečně i v doprovodu otce. Simona nechtěla být zavřená v nemocnici, ale matka se rozhodla dát na doporučení lékaře a souhlas podepsala. U Simony se problémy s jídlem projevovaly již delší dobu (přibližně 3 měsíce). Její rodina si ničeho nevšimla, dokud nebyla upozorněna pediatrem. K pediatrovi se Simona s matkou vypravila kvůli nachlazení. Pediatr upozornil matku Simony na nižší váhu, než by měla mít a požádal matku, aby Simonu hlídala v jídelničce. Při kontrole u pediatra musela matka konstatovat, že Simona jí velmi málo spíše vůbec. Lékař ji sdělil své obavy a možné následky a společně se Simoně snažili pomoci, aby jedla. Simona již v tu dobu 1,5 měsíce hubla, jedla velmi málo spíše nic, kontrolovala kalorie, hlídala, kolik sní jídla a když ji někdo nutil, tak ho snědla „aby měla klid“ a pak vyzvracela. Simona byla nadšená z úbytku váhy a chtěla pokračovat, proto začala více a více cvičit, vymýšlela čím dál lépe jak jídlo schovat, vyhodit nebo darovat. Byla čím dál hubenější ale podle svých slov ne dost. Vysnila si, kolik chce vážit a nekompromisně šla za svým snem. Ze začátku se vyhýbala jen některým potravinám a všem ochuceným nápojům. Učila se pít potají kávu, aby získala energii, kterou neměla z jídla. Po vynechání bílého pečiva, sladkých jídel a nápojů, spojené se cvičením začala její váha ubývat. Podle jejího názoru však ne dost rychle. Proto začala občasně užívat laxativa. Začala vynechávat více potravin, pila jen vodu a černou kávu, více a více cvičila, až se dostala na cca 4 - 6 hodin cvičení denně. Spánku věnovala tak 6 - 8 hodin maximálně, protože dle svých slov nemohla usnout. Většinou se jí před spaním honily v hlavě myšlenky na to, co snědla, jestli vypotila dost a zda nebyl její příjem vyšší než výdej. Simona hubnutím nejprve získala pár nových kamarádů, kteří ji obdivovali za její vůli, později je ale začala ztrácet, jelikož jí nerozuměli a záviděli, jakou má postavu. Z nedostatku jídla byla dost podrážděná, takže se hádala více doma, ve společnosti docházelo ke konfliktům, ať kvůli jídlu tak pro její postavu, nebo názory. Simona se v průběhu rozvoje nemoci začala více uzavírat do sebe a častými konflikty od sebe odehnala přátele. Rodiče začali změny vnímat až po upozornění pediatra. Ve škole se Simona zlepšovala a byla pilnější, doma dělala více domácích prací a úkolů, takzvaně splnila, co měla a byla ve svém

pokoji. Jenže v pokoji se po přípravě do školy věnovala cvičení, aby nevypadla z kondice. Vyhýbala se společnému jídlu, když mohla. Pokud byla donucena k jedení s ostatními, snědla minimum a hned jak mohla, odcházela na záchod zvracet a vzít si laxativa. Simona žije v rodinném domě s rodiči nedaleko Prahy. Chodí na základní školu.

Ze začátku léčby si Simona odmítala připustit, že je nemocná. Tento postoj měla i při příjmu do nemocnice. První den hospitalizace jí sanitářka ukázala oddělení (pokoj, koupelnu, sesternu apod.), popsala jeho chod, dále Simonu seznámila s řádem oddělení, povinnostmi a právy pacienta. Proběhlo základní vyšetření lékařem, odběr anamnézy za přítomnosti matky, která informace doplnila. Dále lékař provedl fyzikální vyšetření společně se sestrou, Simoně a její matce byl vysvětlen léčebný postup. Lékař zhodnotil celkový stav pacientky. Sestra založila ošetrovatelskou dokumentaci a zhodnotila ošetrovatelské problémy.

První dny hospitalizace byla dle zdravotního personálu Simona uzavřená do sebe. Odmítala spolupracovat hlavně u jídla. Zvykala si na režim oddělení a na děti kolem sebe. Nechtěla se s nikým přátelit a měla celkově negativní postoj.

Se Simonou jsme se poprvé potkali týden po jejím přijetí na oddělení. Tento den byla Simona v lepší náladě podle zdravotnického personálu. Simona byla ochotná odpovídat na naše otázky a rozhovor probíhal v dobrém duchu po většinu času.

12.2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: Simona ----

Věk: 14 let

Pohlaví: žena

Vzdělání: nedokončené základní

Zaměstnání: studentka

Státní příslušnost: ČR

Stav: svobodná

Datum a čas příjmu: 15. 11. 2018 v 9:00

Oddělení: dětská psychiatrie

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Nejsem nemocná. Nevím, proč mě sem matka zavřela.“

12.3 Anamnéza

Anamnézu jsme odebrali na základě rozhovorů s pacientkou, její rodinou a ze zdravotní a ošetrovatelské dokumentace.

Osobní anamnéza

Simona prodělala běžná dětská onemocnění. Nemá žádná chronická onemocnění, se kterými by se léčila. Hospitalizována nikdy předtím nebyla a žádná operace u ní doposud neproběhla. Pacientka si kromě zlomené ruky, před cca 4 lety na nic nevzpomíná. Rodiče o jiném vážném úrazu také neví. Transfuzi prozatím nepotřebovala a očkování probíhá dle očkovacího kalendáře.

Psychologická anamnéza

Pacientka si stále nechce připustit, že je nemocná. Rodina se jí snaží pomáhat, aby nebyla na jídlo a problémy sama. Pacientka je pobouřená a přijde jí zbytečné zabírat místo v nemocnici. Celkově je pacientka uzavřenější, negativní a má odmítavý postoj.

Rodinná anamnéza

Matka i otec zdraví. Rodiče matky: matka má křečové žíly a hypertenzi, otec má DM II. typu. Matka otce zdravá. Otec otce má hypertenzi a prodělal trombózu. Pacientka má staršího bratra, který je zdravý.

Farmakologická anamnéza

Dívka dlouhodobě neužívá žádné léky. Na jaře z důvodu alergie na pyl užívá Zodac. (při potížích 1 tbl. 10 mg, 1/den)

Sociální a pracovní anamnéza

Dívka bydlí s rodiči na okraji Prahy, kde mají domek. V domě má vlastní pokoj. Ve škole se jí daří, domů přinese výjimečně trojku. Pacientka je uzavřená do sebe a proto nemá moc kamarádů. Při rozvoji nemoci neměla o kontakt s lidmi zájem. Simona byla zvyklá cvičit až 6 hodin denně, minimálně 4 hodiny. Cvičení jí zabírá hodně času, a proto již nemá jiné koníčky. Dříve ráda malovala.

Alergologická anamnéza

Pacientka má alergii pouze na pyl.

Gynekologická anamnéza

Pacientka dostala svou první menstruaci ve 12 letech. Byla bolestivá, nepravidelná a dlouhá. Dnes je již obvykle pravidelná, ale stále bolestivá s kratším intervalem. Pacientka je, dle slov matky na antikoncepci příliš mladá. U gynekologa prozatím nebyla.

Abúzus

Pacientka není plnoletá a z tohoto důvodu jí rodiče striktně drží od alkoholu i cigaret. Pacientka v soukromí sdělila, že alkohol nepije a cigaretu si výjimečně dá. Kávu pije tajně, aby nebyla tak unavená. Také přiznala občasné zneužívání laxativ, která se dají běžně koupit v lékárně.

Nynější onemocnění

Dívka nemá pocit bolesti ani jiných obtíží. Z tohoto důvodu nevnímá nemoc. Simona trpí nechutenstvím a po větším příjmu potravy dle svých slov zvrací.

12.4 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu

TK: 95 / 65 mm Hg

P: 74 / min

D: 14 / min

TT: 36,0 °C

SpO2: 98 %

Stav vědomí a orientace místem, časem, osobou: Pacientka je orientovaná časem, místem i osobou a je při plném vědomí.

Výška: 163 cm

Hmotnost: 42,3 kg

BMI: 15.8

Pohyblivost: Dívka nemá žádná omezení v pohybu.

Řeč, jazyk: Dívka mluví plynule česky bez jakéhokoliv problému.

Krevní skupina: A +

Z výše uvedených hodnot můžeme konstatovat, že pacientka měla hypotenzi a je podvyživená. Hypotenze se vzhledem k věku dívky pohybuje pod hodnoty 100 / 70 mm / Hg. Optimální tělesná hmotnost vzhledem k výšce a věku by měla být v rozmezí 52 - 64 kg.

První den hospitalizace byla odebrána od pacientky anamnéza. Ta byla doplněna na základě informací od matky. Dále bylo provedeno fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou a lékařem a zhodnocení celkového zdravotního stavu.

Hlavní lékařská diagnóza: Mentální anorexie F50.0

Pacientka přijata na oddělení pro psychiatrickou diagnózu MA k plánované hospitalizaci.

Vedlejší lékařské diagnózy: hypotenze a podvýživa

12.5 Základní fyzikální vyšetření

Simona byla přijata 15. 11. 2018. Společně jsme se setkali během hospitalizace několikrát. Poprvé 22. 11. 2018, týden po jejím přijetí. Při posouzení stavu jsme využívali techniky rozhovoru, pozorování a studia zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace.

Celkový vzhled pacientky – Subjektivně: pacientka se cítí v pořádku. Objektivně: dívka je na první pohled vyhublá, průměrně vysoká a bledá.

Hlava – Subjektivně: nebolestivá. Objektivně: hlava normocefalická. Na pohmat a poklep nebolestivá, bez známek defektů. Výstupy trigeminu nebolestivé a inervace facialis správná bez poruch čítí.

Oči - Subjektivně: pacientka nemá problémy se zrakem a nepoužívá brýle. Objektivně: poměrně husté obočí, víčka v normě, oči ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé a zornice izokorické.

Uši a nos - Subjektivně: pacientka nezaznamenala žádné problémy. Objektivně: bez známek patologií či sekretu.

Rty - Subjektivně: „*V zimě popraskané, ale nyní nemám žádné obtíže.*“ Objektivně: rty symetrické, dostatečně prokrvené, bez známek cyanózy. Zbarvení běžně červené.

Dásně, sliznice dutiny břišní, chrup - Subjektivně: „*Se zuby problém nemám, chodím na prohlídky a kromě pár kazů nic. Dásně a sliznice bez obtíží. Občas mě bolí polykat.*“ Objektivně: dásně ani sliznice v ústech bez známek poškození nebo krvácení, sliznice narůžovělá bez povlaků. Objektivní patologie pro bolestivé polykání nenalezena.

Jazyk - Subjektivně: „*bez problémů.*“ Objektivně: jazyk fyziologicky velký, růžový bez známek poranění a tvorby povlaků.

Tonzily - Subjektivně: „*bez obtíží.*“ Objektivně: není známka zvětšení ani potíží s mluvením.

Krk - Subjektivně: „*Žádné potíže nevnímám, se štítnou žlázou se neléčím.*“ Objektivně: krk štíhlý, úměrně dlouhý, pohyb nebolestivý, bez známek otoků. Štítná žláza a uzliny nehmatné. Pulzace karotid hmatatelná, pravidelná, symetrická. Náplň krčních žil fyziologická.

Hrudník - Subjektivně: pacientka nepocítuje bolesti na hrudi. Objektivně: hrudník symetrický, pevný, lineární, při nádechu se rovnoměrně rozvíjí. Prsy symetrické, vyvinuté fyziologicky podle věku.

Plíce - Subjektivně: problémy s dýcháním pacientka neudává. Objektivně: poklep jasný čistý, poslech čistý bez šelestů. Dech je pravidelný, sklípkový.

Srdce - Subjektivně: pacientka udává, že se srdcem nikdy problémy neměla, nepocituje bolest ani bušení. Objektivně: srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, nehmatný. Údery jsou ohraničené a srdeční akce je pravidelná. Nejsou slyšitelné žádné patologie.

Břicho - Subjektivně: „*Bolesti břicha nemívám, velmi často nějakou dobu nejím, buď, že nemám hlad, nebo nemám na nic chuť. Po větším příjmu jídla zvracím. Mívám často zácpu.*“ Objektivně: břicho fyziologicky uloženo do hrudníku. Na pohmat měkké, prohmatatelné, nebolestivé. Bez jizev a hernií. Peristaltika slyšitelná, plyny odchází. Játra, slezina a slinivka břišní jsou na pohmat nebolestivé, nezvětšené a bez jiných známek patologií.

Genitál – Subjektivně: „*U gynekologa jsem nebyla a žádné problémy nepocituji.*“ Objektivně: genitál ženský, normálně vyvinutý, bez známek bolesti nebo výtoků.

Uzliny – Subjektivně: pacientka nemá obtíže. Objektivně: nehmatatelné, nebolestivé.

Páteř – Subjektivně: „*Pociťuji bolest zad při dlouhém nošení batohu s učením, jinak ne.*“ Objektivně: páteř fyziologicky zakřivená, bez známek výrůstků, hybnost neomezena. Pohmatově a pokleповě nebolestivá.

Končetiny – Subjektivně: pacientka dle svých slov, nepocituje bolesti kloubů, svalů, nemá problémy s pohybem a žádné jiné obtíže jí nenapadají. Varixy nemá. Objektivně: klouby viditelné, ušlechtilých tvarů. Pohyblivost aktivní i pasivní je fyziologická, nebolestivá. Končetiny jsou symetrické, bez otoků s hmatným pulzem. Šlachové reflexy jsou fyziologické, na otázky reaguje reflexně, avšak klidně, přiměřeně. Palpace lýtek nebolestivá. Varixy nepřítomny, dolní končetiny jsou dobře prokrvené.

Kůže – Subjektivně: Pacientka si kromě pár modřin myslí, že na těle vyrážku, ani nic podobného nemá. Objektivně: Na pacientce je vidět několik podlitin a má bledou barvu kůže. Není vidět poranění, ikterus, cyanóza, či nepřiměřená suchost. Kožní turgor neměřitelný pro bolest. Vlasy dívky jsou hnědé, poměrně dlouhé, lámavé a vypadávají. Nehty má lámavé, ale bez onemocnění.

12.6 Utrřídění informací dle NANDA domén

1. doména: Podpora zdraví

Pacientka si stále nemoc neuvědomuje. Z tohoto důvodu si myslí, že je naprosto zdravá. Podle svých slov jí nic nebolí, ani jiné projevy nemoci nemá. Cvičení 6 hodin denně je normální a zdravé.

Během prvních dnů hospitalizace se cítí bez cvičení méně unavená.

Ošetrovatelské problémy: neefektivní udržování zdraví, neefektivní popírání, narušený obraz těla

Priorita: vysoká

2. doména: Výživa

Nyní má pacientka dietu č. 11 (výživová dieta). Simona trpí stále nechutenstvím, odporem k jídlu a po větším příjmu pocitem na zvracení. Pacientka udává bolestivost při polykání.

V běžném režimu doma byla pacientka zvyklá jíst maximálně dvakrát denně a velmi málo. Udává, že nepocituje hlad ani chuť k jídlu a jídlo, které sní, jí stačí. Ráno většinou snídá nízkotučný jogurt, přes den nic nejí, nebo si dá například jablko. Pokud přes den něco sní, již nevečeří, pokud však ano, dá si ovoce, nebo například zeleninový salát. Pacientka vynecháváním jídla zhubla již 12 kg za přibližně 3 měsíce. BMI pacientky při příjmu bylo 15,8, což odpovídá podvýživě. Simona je zvyklá pít 1,5 - 2,5 litru čisté vody denně. Sladkému jídlu i pití se zásadně vyhýbá, pokud si dá čaj, nebo kávu, nesladí.

Změřením BMI jsme zhodnotili nutriční stav pacientky, který není vyhovující, a pokud pacientka nezmění své jídelní návyky, stane se život ohrožujícím.

Použitá měřicí techniky: BMI, nutriční screening

Ošetrovatelské problémy: nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu, nauzea, riziko sníženého objemu tekutin, nechutenství, odpor k jídlu, bolest při polykání

Priorita: vysoká

3. doména: Výměna a vylučování

Pacientka dle svých slov močí méně, než ostatní, odhadem 4 - 6 za den. Obtíže typu pálení, řezání, nebo jiné bolesti, neudává. Moč je fyziologické barvy, bez příměsí, nebo nezvyklého zápachu. S vyprazdňováním stolice má pacientka obtíže, trpí velmi

často zácpami a na toaletu chodí nepravidelně jednou za 4 – 6 dnů. Stolice je formovaná, občas jasně červená krev. Naposledy byla asi před týdnem, ale přesně si den nevybavuje. Simona byla informována o možnosti podání léků proti zácpě. Pacientka se subjektivně potí velmi málo, ani při cvičení se skoro nepotila. Objektivně není vidět ani cítit pot. Otoky končetin pacientka nemá.

Ošetrovatelský problém: zácpa

Priorita: střední

4. doména: Aktivita - odpočinek

Před hospitalizací pacientka spala 6 - 8 hodin, jelikož nemohla usnout. Obvykle měla před spánkem myšlenky na to, co snědla, jestli toho nebylo moc a jestli dostatečně cvičila a vypočila. V nemocnici spí kolem 6 hodin. Před hospitalizací byla zvyklá cvičit minimálně 4 hodiny spíše 6. V nemocnici jí tento režim není dovolován tak si přijde „nevybitá“. Na oddělení má pacientka volný pohybový režim s ostatními dětmi. V nemocnici si zvyká na klidnější režim, zákaz nadměrného cvičení a na denní režim po všech stránkách. Základní Barthelové test splnila Simona na plný počet bodů, tudíž je plně samostatná.

Použitá měřicí technika: Barthelové test

5. doména: Percepce/kognice

Simona je orientovaná časem, osobou, místem a situací. Nemá žádnou vadu řeči, tedy komunikuje plynule a srozumitelně. Poruchy sluchu, nebo korekci zraku nemá. Glasgow Coma Scale je 4 – 6 – 5 = 15.

Použitá měřicí technika: Glasgow Coma Scale

6. doména: Seberecepce

Slova pacientky jsou: „*Cítím se naprosto zdravá, přijde mi nesprávné od rodičů zavřít mě do „cvokárny“ jen proto, že se jim nelíbí, jak se stravuju. Místo, aby mě doma podpořili, že jsem se sebou začala něco dělat, mě akorát odsuzují. Mé chování mi přijde naprosto v pořádku. Nejsem spokojená se svým vzhledem, a tak jsem začala hubnout, cvičit a jinak jíst. Všichni se mě snaží přesvědčit, že jsem moc hubená, ale já vím, že nejsem a chci dosáhnout svého uspokojení ve váze. Můj váhový cíl je 35 kg. Po dosažení svého cíle budu zase šťastná. V době, kdy jsem si uvědomila, že jsem tlustá, jsem začala vnímat svět a sebe jinak, více negativně.*“

Ošetřovatelské problémy: narušený obraz těla

Priorita: vysoká

7. doména: Vztahy mezi rolemi

Pacientka žije v rodinném domě s rodiči a starším bratrem. V domě má vlastní pokoj, který si chce nechat předělat. S rodiči má dle svých slov dobrý vztah, i když přiznává, že byl lepší. *„Momentálně se všichni zajímají jen o mého bratra, jak rodiče, tak i babička s dědou. Bratr se rozhoduje, na kterou půjde střední školu a zda bude pokračovat ve fotbale. Doma se teďka pořád řeší, jestli bude ekonom, nebo lékař a zda mu střední škola dovolí dál vrcholově hrát fotbal.“* Trochu jí to mrzí.

V době, kdy začala hubnout, přišla o kamarádky, jelikož jí záviděli její vůli. Odmítala s nimi chodit do cukrárny a nakupovat. Simona chodí na základní školu, kde je premiantkou. *„Občas mi to nevyjde, tak dostanu trojku, ale tu si opravím.“* Ve škole si jí spolužáci nevšímají a ona jich taky ne.

Ošetřovatelský problém: uzavřenost

8. doména: Sexualita

V této oblasti je pacientka velmi stydlivá. Vyjádřila se pouze, že na toto téma je mladá a nechce se o něm bavit.

Od rodičů víme, že antikoncepci nebere a u gynekologa nebyla. Menstruaci má od 12 let, dnes už celkem pravidelně a je bolestivá.

Její přání bylo respektováno.

9. doména: Zvládání/tolerance zátěže

Simona opět poukazuje na zbytečnost její hospitalizace, ale říká, že pro ni není až tak stresující hospitalizace, jakožto fakt, že ji nutí do jídla. Závažnost svého onemocnění si nepřipouští. Stresové situace prý zvládá dobře. *„Nebývám ve stresu, ani ve škole, ani v soukromí.“* Nucení do jídla ji stresuje a vyvolává v ní strach z nadváhy. Pokud se něco děje, snaží se zvládnout situaci co nejlépe a radí se s kamarádkami (které teď nemá), nebo s rodinou (matka, babička). Bývala optimistkou, ale po uvědomění si své tloušťky začala mít více a více negativních myšlenek k sobě i okolí.

Ošetřovatelské problémy: strach z jídla a nadváhy

Priorita: vysoká

10. doména: Životní principy

Simona, ani její rodina, nejsou věřící. Dívka si sestavila první tři body v žebříčku hodnot. Na prvním místě je váha, na druhém vzhled a o třetí místo se dělí rodina a zdraví. Jejím snem je nízká váha, kterou si dala i za cíl. Její další životní cíl je, stát se právníčkou a cestovat po světě.

Ošetrovatelský problém: nevhodně sestavený žebříček hodnot

11. doména: Bezpečnost/ochrana

Pacientka nemá poškozenou kožní integritu. Neprodělala žádné vážné infekční onemocnění, naposledy byla vážněji nemocná asi před dvěma lety. U pacientky není riziko vzniku dekubitů, riziko vzniku imobilizačního syndromu nebo riziko vzniku infekce. Simona vyvrátila šikanu ve škole a nejsou žádné známky domácího násilí. Pacientka neuvádí strach z prostředí, kde žije.

12. doména: Komfort

Simona při příjmu neuváděla bolest. Přiznala, že jí vadí pocit zimy a chladu. Prostředí oddělení se jí líbí a zatím byla nekonfliktní s ostatními dětmi. S personálem dochází ke konfliktu v oblasti jídla. Byla srozuměna s možností dostat léky na bolest, či projímadlo, pokud bude mít zácpu příliš dlouho.

Se sociálním komfortem doma je částečně spokojena. „*Už nejsem malá holka, tak si chci nechat předělat pokoj.*“ Bydlí s rodiči a bratrem v rodinném domě na okraji Prahy.

Ošetrovatelské problémy: riziko nerovnováhy tělesné teploty

Priorita: střední

13. doména: Růst/vývoj

Dívka je vývojově v pořádku. Roste přiměřeně věku. Na hmotnosti přibírala průměrně. Před přibližně 4 měsíci se rozhodla zhubnout. Momentálně dívka měří 163 cm a váží 42,7 kg. Její BMI má hodnotu 15,8 – podvýživa.

Použitá měřicí technika: BMI

12.7 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: vážit 1x denně, měření výšky 1x týdně, kontrola příjmu a výdeje potravy, odběr krve dle standardů oddělení – 29. 11. 2018.

Výsledky:

Tabulka 1 Sledování váhy a výšky

| Datum | Váha | výška |
|--------------|---------|--------|
| 16. 11. 2018 | 42,3 kg | 163 cm |
| 17. 11. 2018 | 42,4 kg | 163 cm |
| 18. 11. 2018 | 42,3 kg | 163 cm |
| 19. 11. 2018 | 42,4 kg | 163 cm |
| 20. 11. 2018 | 42,4 kg | 163 cm |
| 21. 11. 2018 | 42,5 kg | 164 cm |
| 22. 11. 2018 | 42,5 kg | 164 cm |

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2018

V tabulce můžeme vidět kolísání váhy a snahy o její zvýšení. Dále z tabulky vyčteme, že měřením výšky jednou za týden můžeme konstatovat stálý růst pacientky. Vážení probíhá každé ráno před jídlem a po vyprázdnění.

Tabulka 2 Sledování příjmu a výdeje potravy (21. 11. 2018)

| Datum | Druh jídla | Příjem | Výdej | |
|--------------|--------------|----------------------|-------------------|---------|
| --- | --- | --- | Zvratky | Stolice |
| 21. 11. 2018 | snídaně | ¼ porce | - | - |
| 21. 11. 2018 | svačina | sušenka | - | - |
| 21. 11. 2018 | oběd | 1 polévka + ¼ porce | pocit na zvracení | - |
| 21. 11. 2018 | svačina | 2 kousnutí do jablka | - | - |
| 21. 11. 2018 | večeře | ¼ porce | - | - |
| 21. 11. 2018 | druhá večeře | malé rajče | - | - |

Zdroj: Zdravotnická dokumentace, 2018

Z výše uvedené tabulky můžeme vyčíst, že pacientka málo jí, ale snaží se. Pacientka se u každého jídla vymlouvá na zvracení, ale 21. 11. 2018 nezvracela po žádném jídle. Na stolici byla 19. 11. 2018.

Odběry krve ze dne 29. 11. 2018 – Do přesných hodnot jsme přístup nedostali, ale dle slov lékaře nebyly zjištěny žádné patologie a všechny výsledky jsou fyziologické dle věku pacientky. Výsledky jsou na oddělení pouze v elektronické podobě, z tohoto důvodu nám nebyly zpřístupněny.

12.8 Konzervativní terapie

U slečny Simony došlo k nedostatečné kompenzaci onemocnění v ambulantní péči, proto byla přijata na psychiatrické oddělení.

Má indikovanou dietu č. 11 neboli výživnou. S jídlem se velmi pere, ale snaha je vidět. Se sestrami už méně diskutuje o tom, že jíst nebude. Výživu přijímá per os. Simona nemá žádné alergie na jídlo a tak není v jídlu omezována.

Pohybový režim je volný po oddělení a po zvýšení váhy a příjmu potravy bude moci na víkend domů. Prozatím jsou omezeny návštěvy.

Fyzioterapie není třeba, pacientka má duševní poruchu a její pohybový systém není omezen.

Medikamentózní léčba není u pacientky zapotřebí. Pokud má nějaké obtíže, je seznámena s tím, že o lék si může říci a bude tato možnost konzultována s ošetřujícím lékařem. Pokud ji bude bolet například hlava, nebo bude mít problém s vyprázdněním. Chirurgická léčba - v případě pacientky není třeba žádná operace.

12.9 Situační anamnéza ze dne 22. 11. 2018

Simona je 14 letá dívka, přijatá plánovaně k léčení mentální anorexie. Pacientka byla přijata dne 15. 11. 2018 v 9:00 na oddělení dětské psychiatrie. Hospitalizována je po nedostatečné kompenzaci nemoci v ambulantní péči.

Dnes (22. 11. 2018) je pacientka v lepším psychickém stavu než v den přijetí. Pacientka je dle slov zdravotnického personálu oproti předchozím dnům usměvavější a více sdílá. Slečna Simona je na oddělení týden. Na oddělení si přivykla bez větších obtíží. Pacientka je plně orientovaná časem, místem, osobou a situací. U pacientky je sledován příjem a výdej potravy. Je indikováno každodenní vážení, před snídaní po vyprázdnění. Jednou týdně je u pacientky změřena výška. U pacientky je zapotřebí před vážením zkontrolovat, zda nemá v kapsách nebo jinde nějaké předměty pro zvýšení váhy, zda byla na toaletě a zda nevybila přílišné množství tekutin. Je hlídána

v množství snědeného jídla, a zda po jídle nechodí zvracet. Simona dnes snědla půl suchého rohlíku k snídani, ke svačině si dala pomeranč. K obědu dnes byla čočková polévka, té snědla pět lžic, a filé s bramborovou kaší. Druhého jídla snědla tak 1/3 porce. K druhé svačině dostala jahodový jogurt, který snědla. K večeři byl chleba se šunkou, z něj pacientka snědla necelou polovinu a k druhé večeři dostala 1/4 salátové okurky, kterou nesnědla celou. Pacientka je po psychické stránce lepší než při příjmu, více se usmívá. Stále však odmítá fakt, že je nemocná. Celkově je negativistická, ale našla si zde kamarádku. Začíná být otevřenější a snaží se více jíst. Na pohled je pacientka stále bledá, vyhublá a často si stěžuje na zimu. Pacientka neudává bolesti, jen občas bolestivost při polykání. Během jídla a po něm si stěžuje na pocit na zvracení. Pacientka dnes během dne vypila přibližně 2,5 litru tekutin. Moč odchází přirozeně, bez bolesti a nejsou patrné žádné příměsi. Na stolicí dnes nebyla, poslední stolice 19. 11. 2018. V noci se jí spalo dobře a naspala přibližně 8 hodin. Před spaním se cítila unavená. Pacientka je v oblasti hygieny samostatná.

Dnešní den probíhal s pacientkou klidně. Ráno byla zvážena, dostala snídani a šla na dopolední vyučování, dopolední vyučování bylo zkráceno k založení ošetrovatelské dokumentace k našim účelům. Během rozhovoru dostala Simona svačinu a od 10:45 měla individuální terapii s lékařem. Poté se vrátila na oběd, po obědě měla ještě vyučování. Na druhou svačinu byla zpět a po ní se šly děti projít ven. Po návratu dostaly volný čas na úkoly do školy, nebo aby si mohly hrát. Před druhou večeří šla Simona do sprchy a po druhé večeři spát.

Během vypracovávání ošetrovatelské dokumentace byly u pacientky stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Z důvodu přetrvávajícího nechutenství a pocitům na zvracení s možností zvracení, byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy: **nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu, nauzea, riziko sníženého objemu tekutin** a ošetrovatelské problémy: **nechutenství, odpor k jídlu a bolest při polykání** s vysokou prioritou. Situace nechutenství a nucení do jídla jinými lidmi v pacientce vyvolává pocit strachu ze zvracení a přibírání, proto jsme u pacientky stanovili ošetrovatelskou diagnózu **strach z jídla a nadváhy**. Z důvodu popírání nemoci a zkresleného vnímání svého těla byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy: **neefektivní popírání, neefektivní udržování zdraví a narušený obraz těla**. Na toaletě byla Simona naposledy 19. 11. 2018, z čehož byla stanovena ošetrovatelská diagnóza **zácpa**, se kterou pacientka dlouhodobě bojuje. Pacientka připouští, že jí bývá často zima, proto byla stanovena ošetrovatelská diagnóza **riziko nerovnováhy tělesné teploty**. Pacientka

si sestavila žebříček hodnot, ze kterého jsme stanovili ošetřovatelský problém: **nevhodně sestavený žebříček hodnot**. V doméně vztahy mezi rolemi můžeme nalézt ošetřovatelský problém: **uzavřenost**.

12.10 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy byly staveny dle NANDA I. Stanoveny jsou všechny diagnózy, které pacientka má i ty, které jsou rizikové. Diagnózy byly stanoveny k datu 22. 11. 2018, tedy týden po přijetí pacientky k hospitalizaci.

1. Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu – 00002
2. Zácpa – 00011
3. Narušený obraz těla – 00118
4. Riziko nerovnováhy tělesné teploty - 00005
5. Riziko sníženého objemu tekutin - 00028
6. Nausea – 00134
7. Strach – 00148
8. Neefektivní udržování zdraví – 00099
9. Neefektivní popírání – 00072

Aktuální ošetřovatelské diagnózy jsou: Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu, Zácpa, Nausea, Strach, Narušený obraz těla, Neefektivní udržování zdraví a Neefektivní popírání. Rizikové diagnózy jsou: Riziko nerovnováhy tělesné teploty a Riziko sníženého objemu tekutin.

12.11 Rozpracované ošetřovatelské diagnózy

Z výše uvedených ošetřovatelských diagnóz jsou v této kapitole tři podrobně rozpracovány. Ošetřovatelské diagnózy byly vybrány podle nejpravděpodobnější akutnosti v komfortu pacientky.

Ošetrovatelská diagnóza 1.

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu - 00002

Doména 2. Výživa

Třída 1. Příjem potravy

Definice: „Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.“ (HERDMAN a KAMITSURU, 2015 s. 140).

Určující znaky: změněná chuť, nechutenství, nezájem o jídlo, odpor k jídlu, nízký příjem potravy, vnímána neschopnost příjmu potravy, dezinformace, nízká tělesná hmotnost, zácpa, nadměrná ztráta vlasů, lámavost nehtů, bolestivost polykání, hubnutí.

Související faktory: odmítání jídla, duševní porucha, zkreslený obraz těla.

Cíl krátkodobý (23. 11. 2018): Pacientka zvýšila svůj denní příjem potravy.

Cíl dlouhodobý (29. 11. 2018): Pacientka zvýšila svou hmotnost. Zástava hubnutí.
Běžný příjem denní dávky potravy.

Priorita: Vysoká

Očekávané výsledky:

Pacientka bude chápat nutnost jídla, do 29. 11. 2018.

Pacientka bude seznámena s důsledky svého jednání, do 23. 11. 2018.

Pacientka je schopna sledovat svůj příjem potravy, do 23. 11. 2018.

Pacientka bude jíst, neprodleně.

Pacientka bude schopna určit svůj denní příjem potravy, do 29. 11. 2018.

Pacientka je informována o nutnosti potravy, neprodleně.

Pacientka nemá zkreslený pohled na své tělo, do propuštění.

Pacientka bude umět rozpoznat potíže a požádat o pomoc, do propuštění.

Pacientka se nebude za své onemocnění stydět, do propuštění.

Pacientka si přizná nemoc, do propuštění.

Pacientka je poučena o nevhodnosti nadměrné fyzické aktivity, neprodleně.

Plán ošetrovatelské intervence prováděný všeobecnou sestrou:

Zhodnot' výživovou hodnotu pacienta/denně, provede všeobecná sestra nebo nutriční terapeut.

Nauč pacientku vnímat své tělo, všeobecná sestra/denně.

Nauč pacientku hovořit o svých obtížích, všeobecná sestra, každý den.

Informuj pacientku o následcích odmítání jídla, všeobecná sestra / denně.

Vysvětlí pacientce nutnost potravy, všeobecná sestra/nutriční terapeut, denně.
Zhodnot' denní příjem potravy, všeobecná sestra, po každém jídle.
Uprav informace k věku pacientky, zdravotnický personál.
Umožni pacientce rozhovor s nutričním terapeutem, všeobecná sestra, denně.
Umožni pacientce klid u jídla, zdravotnický personál, vždy.
Zajisti pacientce dostatek času na jídlo, zdravotnický personál, vždy.
Zamez pacientce v nesprávném chování, zdravotnický personál, vždy.
Dbej na dostatečný příjem potravy pacientky, zdravotnický personál / u každého jídla.
Prováděj záznam jídla pacientky do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, vždy po jídle.
Informuj lékaře o denním příjmu pacientky, všeobecná sestra/denně.

Realizace provedena všeobecnou sestrou:

Edukace pacientky o nemoci, důležitosti potravy, o následcích odmítání potravy a o zdravém denním příjmu kalorií. Pacientka zná důležitost potravy, zná důsledky svého chování. Pacientce je poskytnuta psychická podpora. Pacientce je poskytnuta pomoc v objevení svého reálného fyzického vzhledu. Pacientka je nucena do jídla. Pacientka je schopna večer říci, co za den snědla, co jí ráda a kolik vypila tekutin. Nutriční terapeut společně s pacientkou sestaví jídelníček. Pacientka má přiměřenou aktivitu. Má dostatek času na jídlo a u jídla klid. Pacientce není umožněno odejít od jídla bez snědení minimálně $\frac{1}{4}$ porce. Pacientka se přestala přehnaně vymlouvat a snaží se jíst. Pacientce zabráňujeme ve vyvolání zvracení po jídle. Pacientka přestává pociťovat nechutenství.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl (23. 11. 2018) byl splněn částečně. Pacientka se snaží zvýšit svůj denní příjem. U pacientky je viditelná snaha o snědení jídla. Prozatím se nedaří zvýšit příjem na normální hodnoty. Pacientka zvládne sníst maximálně $\frac{1}{2}$ jídla. Po této dávce jídla je dle svých slov přejezená a pokud sní více, bude zvracet. Z důvodu eliminace zvracení není nucena sníst více jak polovinu porce prozatím. Pacientka se subjektivně cítí lépe. Objektivně snědla více jídla. Nadále se budeme snažit o zvýšení příjmu potravy na normální hodnoty.

Dlouhodobý cíl (29. 11. 2018) byl splněn částečně. Pacientka přestala hubnout, zvyšuje se jí váha, ale zvládnutí denního příjmu potravy dle doporučení prozatím

nedosáhla. Pacientka dle svých slov jí více a nárůstek váhy jí nevadí. Váha se za 2 týdny po přijetí zvedla o 1 kilogram. Nadále se budeme snažit o zvyšování příjmu jídla.

Ošetrovatelská diagnóza 2.

Zácpa - 00011

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída 2. Funkce gastrointestinálního systému

Definice: „Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.“ (HERDMAN a KAMITSURU, 2015, s. 168).

Určující znaky: Tlak v rektu, bolest při vyprazdňování, občasná jasně červená krev ve stolici, dlouhé intervaly mezi stolicemi, námaha při defekaci, vzedmuté břicho, prodloužený čas defekace.

Související faktory: nedostatečné vyživování, obvykle nižší příjem tekutin, nedostatečné defekační návyky a dřívější zneužívání laxativ.

Cíl krátkodobý (23. 11. 2018): Pacientka se vyprázdní.

Cíl dlouhodobý (29. 11. 2018): Pacientka má pravidelnou stolici. Pacientka nemá zácpu.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

Pacientka má zájem o nácvik defekačních návyků, do 29. 11. 2018.

Pacientka bude chodit na toaletu pravidelně, 29. 11. 2018.

Pacientka nebude pociťovat bolest při vyprazdňování, do 29. 11. 2018.

Pacientka je informována o možnosti podání léků na vyprázdnění, po konzultaci s lékařem, do 23. 11. 2018.

Pacientka se nebude stydět sdělit obtíže, 23. 11. 2018.

Pacientka bude pociťovat úlevu od tlaku v konečníku, od vyprázdnění.

Pacientka bude schopna rychlejší defekace, 29. 11. 2018.

Pacientka bude pociťovat úlevu, od vyprázdnění.

Plán ošetrovatelské intervence prováděný všeobecnou sestrou:

Zhodnot' frekvenci vyprazdňování, všeobecná sestra / denně.

Zhodnot' stolici, všeobecná sestra / po každé stolici.
Zhodnot' defekační návyky pacientky, všeobecná sestra / denně.
Nauč pacientku defekačním návykům, všeobecná sestra / denně.
Informuj pacientku o možnosti podání léků, všeobecná sestra / jednorázově.
Sleduj efektivitu léků, všeobecná sestra / po podání.
Nauč pacientu odbourat stud k požádání o léky, všeobecná sestra / denně.
Vysvětli pacientce důležitost tekutin ke zlepšení formy stolice, všeobecná sestra / denně.
Informuj pacientku o důležitosti pravidelné defekace, všeobecná sestra / jednorázově.
Zajisti klidné prostředí k defekaci, zdravotnický personál / vždy.
Umožni pacientce dostatek času k defekaci, zdravotnický personál / vždy.
Informuj pacientku o důležitosti dostatečného příjmu vlákniny, všeobecná sestra / nutriční terapeut, jednorázově.
Sleduj fyziologické funkce dle ordinace lékaře, všeobecná sestra / dle ordinace lékaře (každý den).
Prováděj záznam defekace do zdravotní dokumentace pacientky, všeobecná sestra / denně.
Proveď záznam o edukaci, všeobecná sestra / dle edukace.
Informuj lékaře o změnách zdravotního stavu, všeobecná sestra / denně.

Realizace provedena všeobecnou sestrou:

Pacientka edukována o nutnosti defekace. Edukována o důležitosti tekutin. Pacientka byla poučena o možnosti podání léků. Pacientce bylo vysvětleno, aby se nestyděla informovat zdravotnický personál o problému zácpy. Pacientka byla edukována o několika návycích defekace, které by jí s tímto problémem mohly pomoci. Pacientce byla podána laxativa dle ordinace lékaře (Hylac forte, 1ml před jídlem). Sledování defekace po podání léku.

22. 11. 2018 byla pacientce podána laxativa v 11:30 a v 17:00.

23. 11. 2018 se v 7:30 pacientka vyprázdnila.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl (23. 11. 2018) byl splněn. Pacientka se vyprázdnila po podání laxativ. Pacientce byly vysvětleny a ukázány defekační návyky, se kterými je srozuměna. V případě dalších obtíží s defekací se nebude bát požádat o pomoc.

Pacientka zvýšila příjem tekutin a snaží se jíst více vlákniny. Po vyprázdnění se cítí lépe a chce s problémem aktivně bojovat. Pacientka respektuje informace o nutnosti defekace a vítá pomoc s defekačními návyky. Pacientka hodnotí svůj stav dobře.

Dlouhodobý cíl (29. 11. 2018) byl splněn. Pacientka udává častější frekvenci defekace.

Na toaletu chodí pravidelněji a nepocit'uje obtíže s vyprázdněním. Defekační návyky si zařadila do denních činností a říká, že jí pomáhají a cítí se lépe. Na toaletě tráví více času, ale nepocit'uje bolest a stolice je měkčí.

Ošetrovatelská diagnóza 3.

Narušený obraz těla 00118

Doména 6. Seberecepce

Třída 3. Obraz těla

Definice: „Zmatek v mentálním obraze fyzického já.“ (HERDMAN a KAMITSURU, 2015, s. 247).

Určující znaky: Změněný pohled na své tělo, vyhýbání se dotekům vlastního těla, zakrývání těla, sociální změny, vyhýbání se pohledu na své tělo.

Související faktory: změna váhy, změna chování, psychická porucha.

Cíl krátkodobý (23. 11. 2018): Pacientka má reálný pohled na své tělo.

Cíl dlouhodobý (29. 11. 2018): Pacientka má reálný pohled na své tělo a nepocit'uje stud.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

Pacientka bude znát reálně své tělo, do 29. 11. 2018.

Pacientka nebude mít zkreslený pohled na své tělo, do 29. 11. 2018.

Pacientka bude mít dostatek informací o svém těle, do 23. 11. 2018.

Pacientka nebude mít strach z upnutého oblečení, do 29. 11. 2018.

Pacientka se nebude bát podívat na své reálné tělesné proporce, do 29. 11. 2018.

Pacientka si uvědomí krásu svého těla, do 29. 11. 2018.

Plán ošetrovatelské intervence prováděný všeobecnou sestrou:

Zhodnot' reálný vzhled pacientky a její představu o vzhledu, všeobecná sestra / denně.

Vysvětlí pacientce, jak jí vidí okolí, všeobecná sestra / denně.

Umožni pacientce soukromí pro seznámení se svým reálným vzhledem, zdravotnický personál / vždy.

Edukuj pacientku o možnostech poznávání svého těla, všeobecná sestra / jednorázově.

Ukaž pacientce její reálný vzhled, všeobecná sestra / denně.

Nauč pacientku vnímat krásu svého těla, všeobecná sestra / denně.

Nauč pacientku, jak reálně vnímat své tělo, všeobecná sestra / jednou týdně.

Informuj lékaře o změnách pacientky pohledu sama na sebe, všeobecná sestra / vždy při změně.

Proveď záznam o edukaci do zdravotnické dokumentace pacientky, všeobecná sestra / vždy po edukaci.

Realizace provedena všeobecnou sestrou:

Informování pacientky o reálném vzhledu. Ukázat pacientce jak může vnímat svůj skutečný vzhled. Informovat pacientku o faktu, že není třeba se stydět za to, jak vypadá. Najít si na pacientku dostatek času a v soukromí si s ní promluvit. Vysvětlit jí techniky masáže aby poznala tělo hmatem. Pomoci pacientce objevit krásu ve vlastním vzhledu. Umožnit pacientce soukromí v koupelně. Názorně ukázat pacientce její představu o vzhledu a reálný stav.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl (23. 11. 2018) nebyl splněn. Pacientka s určitostí nedokáže říct, jaký má reálný vzhled. V její představě se skutečnost projevuje jinak. Pacientčina představa je změněna. Uvědomuje si, že není tlustá, ale svůj skutečný stav zatím nevidí.

Dlouhodobý cíl (29.11. 2018) byl splněn částečně. Pacientka nemá reálnou představu o svém těle, ale nepocituje stud. Změnila se pacientčina představa o tom, že je tlustá a přestala se za své tělo stydět. Bohužel nevidí vyhublost svého těla, ale myslí si, že má normální hmotnost.

Krátkodobý ani dlouhodobý cíl nebyl úplně splněn, můžeme však konstatovat pokrok. Pacientka nemá sice reálný pohled na své tělo, ale už ví, že není tlustá. Pacientka došla k názoru, že již hubnout nechce, za své tělo se nemusí stydět a chce se začít lépe stravovat. V reálném poznávání těla budeme nadále pokračovat.

12.12 Zhodnocení ošetrovatelské péče k 3. 12. 2018

Pacientka byla přijata 15. 11. 2018. Hospitalizace byla plánovaná přes její určitý nesouhlas. Přijata byla na základě doporučení lékaře a se souhlasem zákonného zástupce, jelikož se jedná o nezletilou 14 letou Simonu. Přijata byla z důvodu nedostatečného pokroku léčby MA v ambulantní péči. V den příjmu byla pacientka negativně naladěná a prohlašovala „*Nevidím důvod, proč bych měla být zavřena na psychiatrii, když mi nic není.*“ K oddělení zprvu přistupovala negativně, ale po zjištění, že nemá na výběr, se smířila s hospitalizací.

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny týden po Simonině přijetí (22. 11. 2018). Podle NANDA jsme stanovili 9 aktuálních ošetrovatelských diagnóz a 3 z nich rozpracovali. Byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy: Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu, Zácpa, Riziko sníženého objemu tekutin, Nauzea, Strach, Neefektivní udržování zdraví, Narušený obraz těla, Neefektivní popírání a Riziko nerovnováhy tělesné teploty.

Pacientka po přijetí faktu, že se z oddělení nedostane, začala spolupracovat a zvykat si na denní režim oddělení. Každý den měla terapii s psychiatrem, ať již skupinovou nebo individuální. Na skupinové terapii si našla kamarádku. 22. 11. 2018 pacientka stále nepřipouštěla, že je nemocná. Tento den jsme s pacientkou pracovali nejvíce. Dosáhli jsme společně několika krátkodobých cílů a posunuli se v pomoci poznání sama sebe. Simona se rozhodla začít s údajnou nemocí bojovat, i když si nebyla s určitostí vědoma, že má poruchu příjmu potravy.

23. 11. 2018 jsme společně se Simonou zhodnotili krátkodobé cíle rozpracovaných ošetrovatelských diagnóz. První rozpracovaná diagnóza je nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu. Pacientka byla ještě tentýž den edukována o potřebě jídla. U této diagnózy byl krátkodobý cíl splněn částečně. Pacientka se snažila sníst více jídla ale u více jak ½ porce se projevuje nauzea. Druhou ošetrovatelskou diagnózou je zácpa. Pacientka byla edukována o možnostech léků a proběhl nácvik defekačních návyků. Po dohodě s lékařem, byla pacientce podána laxativa a došlo k vyprázdnění stolice. Krátkodobým cílem u této diagnózy bylo vyprázdnění, který byl splněn. Třetí ošetrovatelská diagnóza je narušený obraz těla, krátkodobý cíl je: Pacientka má reálný

pohled na své tělo. Krátkodobý cíl nebyl splněn. Pacientka byla edukována jak poznávat své reálné tělo, snaha ukázat pacientce vlastní tělesné proporce. U pacientky došlo k pokroku, ale svůj reálný vzhled stále nevidí.

29. 11. 2018 proběhlo hodnocení dlouhodobých cílů. Dlouhodobých cílů u Nevyvážené výživy: méně než je potřeba organismu, jsme stanovili více. Dlouhodobé cíle nebyly splněny všechny, tudíž došlo k částečnému splnění. Pacientka neubývá na váze, naopak její váha se zvedá, normálního příjmu jídla dle doporučení zatím nedosáhla. U ošetrovatelské diagnózy narušený obraz těla byl stanoven dlouhodobý cíl, a to: „Pacientka má reálný pohled na své tělo a nepocituje stud“ byl splněn částečně. Simona stále nezná reálně své tělo, ale přestala se za svůj vzhled stydět.

Pacientku jsem na oddělení navštívila za dalších několik dní, konkrétně 3. 12. 2018. Pacientka se v léčbě posunula o mnoho kroků dopředu. Od zdravotnického personálu, rodiny, lékaře a Simony samotné jsme dostali informace o jejím pokroku. Simona si přiznala nemoc, našla si kamarády, byla více pozitivní, nebyla již tak bledá a přibírala na váze. Simona se velice těšila na víkend. Ošetřující lékař jí slíbil, že může na celý den opustit oddělení s rodiči. Simony jsme se ptali na problémy, se kterými jsme bojovali. Zácpu již nemívá tak často, ale trvalo, než se naučila všechny potřebné kroky k lepšímu vyprazdňování. Snaží se jíst více, a pokud jí jídlo chutná, chlubí se snědením celé porce. Od všeobecných sester a Simony jsme také dostali informace o reálném poznávání Simonina těla, ale se stále zkreslenými myšlenkami.

Z těchto informací můžeme vydedukovat, že ošetrovatelská péče se Simonou byla efektivní i přes nesplněné cíle v ošetrovatelských diagnózách.

Srovnání teoretických znalostí s praxí na oddělení

Z teorie víme, že léčba má probíhat komplexně a je důležité se kromě symptomů zabývat psychikou pacienta.

Na oddělení, kde byla Simona hospitalizována, probíhá terapie zaměřená převážně na psychickou stránku. Pacientka netrpěla přidruženými závažnými nemocemi, tudíž

nebyla potřeba jiná terapie. Simona měla individuální sezení s lékaři a skupinovou terapii.

V teorii jsme se dočetli, o důležitosti vysvětlení optimálního příjmu potravy a o to jsme se snažili i v praxi. Jak my všeobecné sestry tak nutriční terapeuti a lékaři. Také můžeme konstatovat vynalézavost ve zvyšování váhy. Simona tento krok v rámci hospitalizace nezkoušela a byla hlídána jako ostatní. (KOUTEK, 2015)

U Simony se mentální anorexie odhalila poměrně brzy a to pediatrem při kontrole. Většinu těchto nemocí u dětí odhalí právě pediatr. Můžeme konstatovat, že Simona je průměrný pacient s mentální anorexií.

V praxi jsme se přesvědčili o rozdílnosti chování pacientů s poruchou příjmu potravy. Na oddělení byla kromě Simony ještě jedna pacientka (řekněme ji Tereza pro lepší přehlednost) se stejnou diagnózou. Tereza byla starší o dva roky, s nemocí bojovala již rok a jednalo se o její druhou hospitalizaci. Pokud srovnáme snahu těchto dívek na vyléčení, je Simona v mnoha ohledech na tom lépe. Tereza bojuje s nemocí déle, žije pouze s matkou, která pracuje až 10 hodin denně a bohužel nemá čas dceru hlídat v jídle. Simona žije s oběma rodiči a bratrem, ti jsou s nemocí seznámeni a slibují dohlížení na jídelníček. Rodina se snaží Simonu motivovat v jídle. V teorii jsme nastudovali, že je lepší prognóza v případě podpory rodiny a včasného odhalení nemoci.

U rozpracovaných ošetrovatelských diagnóz jsme si stanovili krátkodobé cíle (do druhého dne) a dlouhodobé cíle (po týdnu). Krátkodobé cíle jsme společně se Simonou splnili 1, nesplnili 1 a 1 částečně splnili. Dlouhodobé cíle jsme 1 splnili a 2 splnili částečně. Nesplněný krátkodobý cíl byl „Pacientka má reálný pohled na své tělo“. Do druhého dne pacientka nezískala reálný pohled, ale snažili jsme se jí ho ukázat.

13 Doporučení pro praxi

Léčba PPP je velmi náročná a onemocnění samotné je nebezpečné. Léčba vyžaduje hodně času a individuální přístup k pacientce. Mezi pacienty a lékařem je velmi důležitý důvěrný vztah. Pacient nesmí mít obavy se na jakéhokoliv lékaře obrátit, ať mluvíme o praktikovi, psychologovi či psychiatrovi. Zásadou je nepodcenit závažnost nemoci, a co nejdříve pacientovi pomoci s poruchou bojovat. Nemoc většinou propuká v období puberty a častěji trpí PPP dívky. Proto by měli být rodiče, pedagogové a děti srozuměni s příznaky a riziky nemoci. Na základě informací z odborné literatury, znalostí z praxe a informací od lékařů jsme určili doporučení pro praxi.

Doporučení pro zdravotnický personál

Podávání srozumitelných informací pacientům, přiměřené věku a zdravotnímu stavu.

Individuální přístup k nemocnému a v rámci možností podporovat jeho potřeby.

Doprovázet pacienty na skupinové terapie.

Poučit pacienty jak předcházet návratu nemoci a jak ji zachytit v čas.

Spolupráce s nejbližšími lidmi pacienta a informovat i je o rizicích a prevenci nemoci.

Seznámit pacienta s vyhledáním pomoci i mimo psychiatra.

Podpořit pacienta ve víře zajištěním kontaktu s duchovním.

Je důležité přistupovat k pacientům dle věku, individuálností, s empatií a vlídností.

Dát pacientovi dostatek času na co potřebuje (jídlo, vstřebání informací).

Sledovat psychický i fyzický stav pacienta a u zhoršení ihned kontaktovat lékaře.

Doporučení pro pacienty

Stanovit si jídelníček a hlídat si příjem.

Docházet na ambulantní léčbu, psychoterapii a skupinovou léčbu.

Nevěnovat přílišnou pozornost váze a svému vzhledu.

Nenechat se ovlivňovat médii.

Nepřehánět to se cvičením, ale nebýt pecivál.

Umět se radovat z jídla.

Naučit se nebojovat s pocitem chuti ale bojovat s pocitem nechuti.

Masírovat své tělo, abychom si uvědomovali, jaké je.

Nebát se své váhy.

Nebát se mluvit s blízkými o svých problémech.

Pokud by měl pacient jakékoliv pochybnosti obrátit se na lékaře.

Doporučení pro rodinu/blízké pacienta

Podporovat pacienta v jídle.

Sledovat jeho návyky a snažit se ho podporovat ve všech oblastech.

Nedovolovat pacientovi vynechání jídla nebo nadměrnou fyzickou zátěž.

Naslouchat pacientovi a poradit.

Při jakémkoliv náznačce vracení nemoci kontaktovat lékaře a snažit se pacientovi pomoci.

Věnovat se prevenci nemoci.

Doporučení pro pedagogy na základních a středních školách

Rozpoznat onemocnění u ostatních.

Pokusit se jim pomoci společně s rodiči, a pokud selžeme přesvědčit nemocného a rodiče, aby vyhledali odbornou pomoc.

U lidí v rizikové skupině hlídat příjem potravy.

Poučit děti aby se nenechávaly ovlivnit médii.

Doporučení pro zdravou populaci

Hlídat si jídelníček.

Nevěnovat se příliš své váze.

Nevyhýbat se jídlu a udělat si na něj čas.

Mít své koníčky, zájmy, přátele a neuzavírat se zbytečně do sebe.

Být aktivní ale nepřehánět to.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je na téma ošetrovatelský proces u dětí s poruchou příjmu potravy.

V teoretické části jsme stanovili dva cíle a to shrnutí informací o poruchách příjmu potravy na základě rešerše literatury. Cíl byl splněn studiem knih a odborných článků z tématu poruch příjmu potravy. Druhý stanovený cíl byl popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s poruchami příjmu potravy na základě rešerše literatury. Cíl jsme splnili studiem odborných knih a článků.

V teoretické části jsme se studiem dozvěděli, že nemoc se šíří v mladé populaci. Dozvěděli jsme se, že věk nemocných mající problémy s jídlem se snižuje. Nejrizikovější skupinou jsou dívky od 13let. Nejčastější diagnóza je mentální anorexie a průměrná doba hospitalizace je 42 dnů. (NECHANSKÁ, 2018)

V praktické části jsme si zvolili za cíl popis a analyzování ošetrovatelské péče o 14letou pacientku s mentální anorexií. Cíl jsme splnili na základě rozhovorů, pozorování a čtení ve zdravotnické a ošetrovatelské dokumentaci. Rozhovory probíhaly se Simonou, rodinou a zdravotnickým personálem. Pozorovali jsme chování pacientky a její návyky. Rozhovorem s pacientkou byl vypracován ošetrovatelský proces za pomoci modelu M. Gordon a NANDA domén.

Některé stanovené ošetrovatelské diagnózy jsme rozpracovali. U pacientky probíhala edukace, nauka o poznávání vlastního těla a byli jí podány potřebné informace pro efektivnější zdraví. Cíle jednotlivých ošetrovatelských diagnóz byly splněny úplně, částečně a některé jsme nesplnili.

Celkově však můžeme konstatovat zlepšení u pacientky. Simona se začala po našich sezeních více snažit. Přestala si stěžovat na pocit zimy, začala více jíst, snažila se poznat své reálné tělo, ale strachu se jí zbavit úplně nepodařilo.

ZDROJE

1. BARTÁKOVÁ, Michaela, 2010. Poruchy příjmu potravy. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, **6**(2), 24-25. ISSN 1801-1349.
2. ČEŠKOVÁ, Eva a Ivana PALČÍKOVÁ, 2007. Farmakoterapie mentální anorexie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2007, **103**(6), 280-284. ISSN 1212-0383.
3. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2 přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.
4. FRAŇKOVÁ, Slávka, Eva MALICHOVÁ, a Jana PAŘÍZKOVÁ, 2013. Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2247-7
5. GAJDÁCSOVÁ, Julie., 2010 Poruchy příjmu potravy. *Sestra (Praha)*[online]. 2010, **20**(4), 73-74 [cit. 2019-02-10]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/poruchy-prijmu-potravy-450968>
6. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy* [online]. 10 vydání. Praha: Grada, 2015 [cit. 2019-01-10]. ISBN 978-80-271-9009-6.
7. KOUTEK, Jiří, 2015. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2015, **16**(1), 11-13 [cit. 2019-03-05]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/archiv.php>
8. KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ, 2013. Příručka pro zdravotníky. Brno: občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-5-2.
9. KRCH, František David, 2016. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, **17**(4), 238-239 [cit. 2019-02-03]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>
10. KRCH, František David, 2017. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2017, **18**(88), 10-13 [cit. 2019-03-10]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/archiv.php>
11. LUCKÁ, Kateřina, 2009. Poruchy příjmu potravy. *Homeopatické listy*. 2009, **10**(1-2), 13-14. ISSN 1213-8894.

12. MACH, Jan, Aleš BURIÁNEK, Dagmar ZÁLESKÁ, Miloš Máca a Barbora VRÁBLOVÁ, 2018. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (č. 372/2011 Sb.). Praktický komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7598-103-5.
13. MEISNEROVÁ, Eva, 2013. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2013, **15**(8-9), 266-268 [cit. 2019-03-07]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>
14. MIDDLETON, Kate a Jane SMITH, 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetěves: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.
15. NECHANSKÁ, Blanka, 2018. A08/18 - Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017 [online]. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/poruchy-prijmu-potravy>
16. NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 5. Doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00. ISBN 978-80-88249-02-3
17. NESRSTOVÁ, Marie, 2012. Mentální anorexie a mentální bulimie – naše poznatky z praxe. *LKS (Praha)*. 2012, **22**(5), 113-117. ISSN 1210-3381.
18. NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
19. PAPEŽOVÁ, Hana, 2004. *Poruchy příjmu potravy - etika a ekonomika*. Praha: Galen. ISBN 80-7262-273-0.
20. PAPEŽOVÁ, Hana, 2009. Poruchy příjmu potravy v primární péči u nás. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2009, **19**(1), 35-43. ISSN 1212-6152.
21. PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.
22. PAPEŽOVÁ, Hana, 2011. Poruchy příjmu potravy a obezita - rozvoj nových diagnostických a terapeutických přístupů. *Postgraduální medicína*. 2011, **13**(2), 187-192. ISSN 1212-4184.
23. PAPEŽOVÁ, Hana, 2013. Začarovaný kruh: anorexie, bulimie a psychogenní přejídání a cesty ven?!. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.

24. PAPEŽOVÁ, Hana, 2017. Poruchy příjmu potravy může spustit jakákoli dieta - rozhovor. *Medical tribune (Praha)* [online]. 2017, **13**(17), 24-36 [cit. 2019-03-05]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/tituly/mtr>
25. PAPEŽOVÁ, Hana, 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.
26. PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a KOLEKTIV, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
27. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy*. Libčice nad Vltavou: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.
28. SVAČINOVÁ, Hana, 2018. Absolventská práce Ošetrovatelský proces u dítěte s mentální anorexií. Praha: Soukromá vyšší odborná škola zdravotnická MEDEA, s. r. o., Na Chodovci 2700/54 Praha 4, Záběhlice.
29. ŠTĚPÁNOVÁ, Tereza, 2015. Poruchy příjmu potravy v historii [online]. Praha [cit. 2019-11-18]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/historie>
30. VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
31. WIRTHOVÁ, Vlasta a KOLEKTIV, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

Čestné prohlášení

Čestné prohlášení studentky k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelský proces u dětí s poruchou příjmu potravy* v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a to vše se souhlasem pacientky a zákonných zástupců.

V Praze dne 13. 12. 2019

.....

Jméno a příjmení studentky