

**Univerzita Karlova v Praze**

**2. lékařská fakulta**

**Bakalářský studijní program Ošetrovatelství**

**Obor -Všeobecná sestra**

**Ošetrovatelský proces u nemocné s diagnózou**

**mentální anorexie**

**Bakalářská práce**

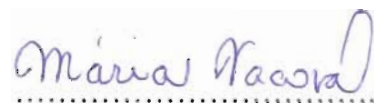
**Praha 2007**

**Vedoucí práce : Mgr. Andrea Pohlová  
Autor práce: Mária Vacová**

## Prohlášení

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

V Praze dne 20.1.2007

  
.....

## Poděkování

Ráda bych chtěla touto cestou poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Andrey Pohlové za odborné a cenné rady, připomínky a podněty.

## Abstrakt

Bakalářská práce je věnována problematice mentální anorexie (dále MA). Obsahuje část teoretickou a praktickou. V teoretické části popisují MA (příčiny, diagnostiku, komplikace a formy léčby). Praktická část je zaměřena na kladný ošetrovatelský přístup k pacientce s diagnózou mentální anorexie.

Cílem práce je podat informace o individuální ošetrovatelské péči. Sestra svým přístupem k pacientce může přispět k úspěšné léčbě. Spolupracuje s rodinou s všemi členy ošetrovatelského týmu. K vypracování práce jsem použila literaturu a osobní zkušenosti z odborné praxe.

## **Abstrakt in English**

My graduation project is about mental anorexia (anorexia nervosa). There are two sections: theoretical and practical. In theoretical part I described mental anorexia- causes, diagnostics, complications and forms of treatment. In practical part I wrote about positive way of nursing at the patient with mental anorexia.

I aimed to give informations about an individual nursing plan. The nurse can contribute with her way of caring to successful treatment. She cooperates with patient's family and all members of nursing team. I used technical literature and my experiences from practise to write this project.

# Obsah

Úvod .....	7
A. Teoretická část.....	8
1. Příběh děvčete s mentální anorexií.....	9
1.1 Poruchy příjmu potravy.....	10
1.2 Historie poruch příjmu potravy.....	12
1.3 Definice a diagnostika mentální anorexie.....	13
1.4 Etiopatogeneze, rizikové faktory.....	14
1.5 Zdravotní důsledky nedostatečné výživy.....	14
1.6 Průběh a prognóza .....	16
2. Forma léčby .....	17
2.1 Farmakoterapie .....	18
2.2 Terapie psychofarmaky.....	18
2.3 Hospitalizace.....	19
2.4 Ambulantní lékařská péče.....	20
2.5 Rodinná terapie.....	20
2.6 Arteterapie, ergoterapie, hipoterapie a další.....	21
B. Praktická část.....	22
3. Identifikační údaje o nemocné.....	23
3.1 Osobní údaje, lékařská anamnéza a diagnóza.....	23
3.2 Souhrn provedených vyšetření.....	26
3.3 Farmakoterapie.....	29
3.4 Průběh hospitalizace.....	29
3.5 Model podle M.Gordonové.....	32
3.6 Ošetrovatelské diagnózy.....	36
3.7 Osvěta a edukace.....	51
4. Závěr.....	52
5. Seznam použitých zkratk .....	54
6. Seznam použité literatury.....	55
7. Seznam příloh.....	57

## Úvod

Jídlo a příjem jídla mohou mít mnoho psychologických významů. Jídlo může být požítkem nebo také způsobem ocenění. Může být prostředkem ke snížení úzkosti, strachu nebo frustrace, ale také vyjádřením nepřátelského postoje.

Může sloužit jako prostředek k odměnění sebe sama nebo k uvolnění pocitů osamělosti a prázdnoty. Mentální anorexie je provázena patologickým strachem z tloušťky a pocitem studu za vývin sekundárních pohlavních znaků. V teoretické části věnuji pozornost charakteristice onemocnění. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský přístup k pacientce s diagnózou mentální anorexie, kde jsem použila funkční model Marjory Gordonové. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct funkčních vzorců zdraví. Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio – psycho – sociální interakce.

## **A. TEORETICKÁ ČÁST**



## 1. Příběh děvčete s mentální anorexií

Na začátku je děvče, které se snaží při výšce 158 cm a hmotnosti 39,60 kg vylepšit postavu. I když není, co vylepšovat, ani shazovat, mladá duše má svoje zvláštní zrcadlo, které se dobrovolně zatmí. Nechápe dokonce ani to, že úspěch a oblíbenost ve škole se neměří postavou. Není důležité, že o ženské kráse a postavě neví ještě vůbec nic, vždyť má jen patnáct let. Má před sebou diktát dokonalé štíhlosti. Vidinu pevného břicha, stehů, prsou.

Kdyby však blíže nahlédla do zrcadla, kdyby chtěla, viděla by, že to všechno ještě má. Pružné a pevné nohy, břicho, kterého se ještě nedotkl čas, a prsa, která rostou, aby pak nakrmila dítě. Děvče však odmítá takovou postavu, je mladá a dospívá.

Mění se na ženu. Přichází strach. A tak se mladé děvče vrací zpět. Přísně dohlíží na stravu, pětkrát do týdne cvičí, k tomu hodiny běhu pro tři kousky čokolády. Množství vody - to pomáhá. A znovu cvičení. Okolí se jí začíná všimnout, daří se jí. Hubne. Zázrak se však nekoná. Děvče nechápe, proč nikdo neuzná její pevnou vůli a co všechno dokázala. Místo pochvaly za sebekontrolu, místo uznání a obdivu se kamarádky začínají od ní obracet. „Možná proto, protože jsem ještě příliš tlustá.“ Napadne dívku a pokračuje v sebetřýznění.

Jmenuje se to anorexie. A lidé se jí podvědomě bojí. Bojí se nákazy, začnou před ní utíkat do bezpečí svého zdravého života. Mladé děvče na půl cesty svého tělesného a duševního vývoje zůstává samo. Už se neumí ani smát, už nevnímá, že venku padá sníh. Svoji mladost vymění za sebetřýznění, bolest a jediného kamaráda – hlad, který ji nikdy nezklame. Děvče už nepotřebuje nikoho. Vpadnuté oči, bledá tvář, chodící 39-kilogramová kostra.

Už neslyší šepot na ulici: „Podívej, chuděra!“

Svým mládím nerozumí dospělému světu. Neví, že zahrávat si se životem je zločin proti lidskosti. Nechce přijmout, že život je dar, za který je třeba děkovat. Chvilí tápe ve své nevědomosti a potom se vrací zpět do bezpečí svého dětství, kde nehrozí vůbec nic. Žádné ženské tvary, žádné nároky na sebe, žádné pohledy mužů. Tělo reaguje a zařadí zpátečku. Nemocné, slabé a nezralé nedokážou přežít – tvrdí přírodní zákon, který se na zachování zdravého rodu přihlásí sám. Mizí ženské tvary, chybí svalstvo, důležitá tuková rezerva, mizí menstruace.

Děvče dosáhlo, čeho chtělo!

Svět je však naruby. Nikdo ji nechápe, nikdo jí nerozumí, že je tak „prima“ štíhlá - je „super.“ „Mám pod kontrolou,“ řekne si, a v zrcadle sleduje každý kousek svého těla.

Je se sebou spokojená, dosáhla toho, co chtěla. Pozornost okolí, rodičů, spolužáček. Začíná vydírání: „ Sním lžíci rýže, až mi koupíš nové triko, učím se na výborné, tak co chceš?“

V novém tričku sedí doma, nemá ho komu ukázat a nakonec – proč aj. Všimne si jen svého vydutého břicha - to ta rýže! Abstinovat, abstinovat, zapíše si do denníku. Když si lakuje nehty, neví, že jej spolužáci tancují kdesi na diskotéce, žijí mladý, normální život. A neví ani to, že její spolužáci se nesnaží zhubnout, protože jsou štíhlé přesně tak, jak mají být. Neptá se jích, jak to dělají, že je jejich postava v pohodě. Nepotřebuje žádnou radu, ona přece všechno ví. Vždyť je „dospělá“. Vážně mluví o problémech světa, hlad a nepokoj zahání nejčastěji učením. Má rozhled, má cosi navíc než jej vrstevníci. Ač třeba ráda spolupracuje s psychologem, partnerem na rozhovor, který má úroveň. Konečně je tu někdo, kdo ji chápe a rozumí jí, tak si celé dny a noci zapisuje do deníků svoje pocity a s radostí, dává je číst každému, kdo projeví zájem.

Nejprve ji zajímává odbornice na cvičení a zdravé stravování, ochotná pomoci kterékoliv anorektičce na světě. V ordinaci chápe, co třeba spravit. Filozoficky uzná, že rady lékaře bude důsledně dodržovat. A potom sni jedno jablíčko za týden, a nic jiné. Čas běží.

Nečekaně přichází krize. Vidím děvče, kterému se všechno vymklo z rukou. Dokonalá prohra. Přísně zásady přestávají fungovat, najednou nic nepomáhá. Život se hlásí zpět, život je silnější než smrt. Život se hlásí v podobě jídla. Děvče nedokáže odolat. Obrovské dávky sladkého, čokolády, keksy, tvaroh s cukrem. Pomoc, nedá se to zastavit. /17/

## 1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy – dále jen (PPP) jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí.

Některé příznaky mentální anorexie je možné pozorovat až u 6% dívek na konci puberty. Později naopak přibývá těch, kterým se nedaří přizpůsobit se sníženému energetickému příjmu a začnou se přejídat. Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby, jak „kontrolovat“ tělesnou hmotnost, dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů.

Komplexní charakter mentální anorexie a bulimie, jejich závislost na společenských a kulturních vlivech a velmi křehká hranice mezi formou a patologií je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů.

Složitost a diferencovanost problematiky nemocných s PPP však neznamena, že jde o nesrozumitelný nebo logiku postrádající problém. Základní symptomatologie poruch má svůj logický vývoj, biologický, osobní a sociální význam.

Nevhodné jídelní postoje nemocných se často příliš neodlišují od postojů referenčního prostředí a jejich nesprávné jídelní zvyky jim v určitém směru přinášejí uspokojení. /8/

Bohužel, extrémní diety a ustavičná kontrola hmotnosti jsou v naší společnosti tak rozšířené, že se dnes už vnímají jako normálně. Štíhlost se spojuje s pozitivními vlastnostmi, např. s krásou, inteligencí, větší přitažlivostí, zdravím, mladostí, takže nás nepřekvapuje, když chce být každý dospívající člověk štíhlejší.

Pokud se štíhlost v rozvojových kulturách oceňuje, obezita se trestá. Všichni známe vtipy o tlustých lidech. Možná se nám zdají být nevinné, ale pravdou je, že negativní vtipy a komentáře o tlustých lidech jsou součástí předsudků, díky kterým nechce být nikdo tlustý.

Tlustým lidem se přisuzují vlastnosti jako ošklivost, lenivost ba dokonce i hloupost.

Tyhle předsudky pronikají do našeho života a znepríjemňují život nejen lidem trpícím nadváhou, ale i těm, kteří přesně nezapadají do definice štíhlosti.

I když je nemožné zjistit, jaký účinek má na jednotlivce odměna za štíhlost a trest za obezitu, lidé si o sobě většinou myslí, že jsou tlustší, než ve skutečnosti jsou a proto si přejí zeštíhlet.

Čím větší je rozdíl mezi reálným vnímáním své osoby a ideálem, tím větší je touha změnit svou osobnost. To má za následek zvýšený růst diet.

Je skutečností, že ženy jsou více nespokojené se svým tělem než muži, i když nespokojenost v mužské populaci postupně roste.

Nespokojenost se svým tělem se může projevit v rozličné míře. A to od pocitu, že se nikomu jeho tělo nelíbí, až po nenávist k vlastnímu tělu.

Negativní myšlenky o svém těle u adolescentů patří do vyšší rizikové kategorie. Tyhle negativní pocity mají za následek to, že jednotlivec je více zaujat vůči stravě, její kalorické hodnotě a složení. Pokouší se tak zvážit diety z hlediska obsahu proteinů, uhlovodíků, tuků a vláknin ve stravě.

Nebezpečí především spočívá v utkvělé touze přesně kontrolovat množství přijmutých kalorií, hlavně když jde o množství nižší, než je normální denní dávka.

Jestli se člověk velmi soustředí na kontrolu obsahu tuků jistých jídel a pokládá za důležité vyhnout se jím, může u něj vzniknout vážný stravovací problém.

Fakt je, že se v dnešní době klade větší důraz na zdravý způsob života a stravování. I tenhle pozitivní prvek je možné zneužít. Počet sportovních center ustavičně narůstá, a nebezpečí z tělesného přetížení je stejně velký problém jako nevhodné stravování. /12/

## 1.2 Historie poruch příjmu potravy

PPP, především anorexie nervosa a bulimie nervosa, přitahují v posledních desetiletích u nás i ve světě stále větší pozornost. Přestože případy anorexie nervosa byly popsány již Richardem Mortonem r. 1694 jako onemocnění s psychickým původem a syndrom vymezili už v r. 1868 Wiliam Gull a E. Ch. Laseque, přístup a výklad onemocnění se během 20. století měnil s vývojem teoretických trendů v psychiatrii. Ve 20. letech, kdy převládal neuropsychický pohled, byl zájem soustředěn na spojení kachexie a přední hypofýzy. V době zájmu o psychoanalýzu byly PPP vykládány jako obrana před sexualizovanými orálními fantaziemi a regrese sexuálního vývoje na orální úroveň. Dále se rozvíjely etiologické modely spojené s teoriemi objektových vztahů a rodinných teorií.

Hilda Bruchová zdůrazňovala vztah mezi matkou a dítětem, které vedou k maladaptivním vzorcům v hledání vlastní autonomie prostřednictvím kontroly vlastního těla. V posledních dvou desetiletích byl obnoven zájem o biologické mechanismy onemocnění, zvláště o úlohu diet, hladovění a stresu, a o genetické, neurohumorální a environmentální ovlivnění neurofyzologie příjmu potravy (objevy leptinu, hormonu tukové tkáně).

S narůstající prevalencí onemocnění jsou rozvíjeny metody adekvátní diferencované léčebné péče. Anorexie je označována za jedno z nejčastějších onemocnění v adolescenci.

Vede ve 25 % případu k chronickému průběhu, k závažným somatickým, psychosociálním komplikacím a zvýšené mortalitě. Ve světě jsou vynakládány značné prostředky na léčbu tohoto onemocnění i jeho následků. /15/

### 1.3 Definice a diagnostika mentální anorexie (F50.0)

Mentální anorexie (dále MA) je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti, které si pacientka způsobuje a udržuje sama. Klinické rysy syndromu se snadno poznají. Když rodina a pacientka spolupracují, diagnóza je spolehlivá.

Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny níže uvedené příznaky:

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností (ač již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Quetelův index tělesné hmotnosti (body mass index, **BMI** je hmotnost v kg dělená výškou v m<sup>2</sup>) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný přírůstek hmotnosti.
- Pacientka si způsobuje snížení hmotnosti sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
- Specifická psychopatologie spočívá v přetrvávajícím strachu z tloušťky i při výrazné podváze, zkreslené představě o vlastním těle a vtíravých, ovládacích myšlenkách na udržení nízké hmotnosti.
- Rozsáhlá endokrinní porucha je hypotalamo-pituitární-gonádové osy je u žen vyjádřena především amenorheou (výjimkou vaginálního krvácení při užití hormonální antikoncepce), u mužů ztrátou sexuálního zájmu.
- Při začátku onemocnění před pubertou jsou projevy puberty opožděné nebo zastavené (růst, vývoj prsů, primární amenorhea, dětské genitály u chlapců). Po úzdavě dochází k normálnímu dokončení puberty, i když menarche může být opožděna. /15/

## 1.4 Etiopatogeneze, rizikové faktory

Předpokládá se **multiraktoriální etiologie**. Jde o onemocnění bio-psycho-sociální. Na jeho vzniku i průběhu se podílejí individuální vývojové, psychologické, sociální i biologické procesy. Primární příčiny a vývoj onemocnění však zcela vysvětleny nebyly. Riziko onemocnění je vyšší pro dívky a mladé i muže, kteří se věnují „rizikovým aktivitám“ (např. modelky, baletky, vrcholové sportovkyně).

**Sociokulturální faktory** jsou zprostředkovány tlakem rodiny, vrstevníku i médií a dietním průmyslem k dosažení ideální štíhlosti nebo ideálních tělesných proporcí (u mužů) a ke změnám v postavení uplatnění ženy ve společnosti. V posledních letech se literatura věnuje **biologickým, především genetickým faktorům** v etiologii onemocnění. Původní představa o primárně hypotalamo-endokrinním onemocnění se nepotvrdila. Neurohumorální změny, poruchy termoregulace a chuti k jídlu mohou vznikat následkem hladovění. Stupeň vyjádření genetické predispozice záleží na **psychologických faktorech** (environmentálních faktorech, životní situaci a stresorech).

Výzkum, klinické zkušenosti potvrzují, že trauma a stres mají podíl na vzniku a průběhu onemocnění (např. sexuální zneužití, nehody) a jsou doprovázeny funkčním i strukturálními změnami mozku. Doba vzniku onemocnění a závažnost symptomů mohou být ovlivněny stupněm zralosti postiženého jedince v době působení stresu a jeho trváním. /15/

## 1.5 Zdravotní důsledky nedostatečné výživy

Diety, hladovění, ale i zvracení a užívání různých prostředků „na zhubnutí“ způsobují řadu různých obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a zhoršení kvality života postižených. Mnoho anorektiček zdůvodňuje svoje nevhodné jídelní postoje a chování škodlivostí přejídání nebo nadváhy. To, co je však mnohem nebezpečnější a čím jsou akutně ohroženy, jsou zdravotní důsledky nedostatečné výživy (diet a hladovění) a vyhublosti, mezi které patří především:

- zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení;
- suchá, zažloutlá, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, které jsou řídké, suché a lámou se.

- Mnohou se vyskytovat různé vyrážky. Nemocným se snadno dělají modřiny. Tenkou, šupinatou a suchou kůží se sníženým množstvím kolagenu má asi čtvrtina lidí trpících podvýživou;
- zvýšená kazivost zubů;
- zpomalení funkce střev – zácpa;
- chudokrevnost, pomaly puls, hypoglykémie, nízký krevní tlak a omdlévání. Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny anorektiček. Jejich závažnost vzrůstá (jako u ostatních zdravotních obtíží) s úbytkem tělesné hmoty (se stupněm vyhublosti);
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi;
- celková únavnost a svalová slabost. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a nadužívání projímadel;
- nespavost, ale i různé poruchy spánku (děsivé sny, časně probouzení apod.), přecitlivělost na světlo a zvuky;
- nepravidelná menstruace (normální menstruace závisí na udržení určitého podílu v těle, který se pohybuje okolo 20 % tělesné váhy ženy). Bylo zjištěno, že u žen vážících jen o 10 % méně, než je jejich optimální tělesná hmotnost, už dochází ke změnám menstruačního cyklu, které mohou zapříčinit neplodnost. Porucha menstruačního cyklu nějakou dobu přetrvávat i po návratu k normální tělesné hmotnosti;
- u žen i u mužů dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex;
- srdeční obtíže vyskytující se téměř u 90 % anorektiček, zejména bradykardie a arytmie. Byla prokázána souvislost mezi některými vážnými srdečními obtížemi a větším úbytkem na váze. Může dojít i k srdečnímu selhání;
- nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin (důsledkem mohou být otoky);
- až u dvou třetin anorektiček se mohou objevit poruchy funkce ledvin;
- odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké. Nemocní s časným počátkem MA bývají menší než jejich vrstevníci;
- slabý močový měchýř, častější nucení na močení;
- pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů;



- oslabení celkové obranyschopnosti organismu;
- u některých pacientek se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy;
- u mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta. /9/

## 1.6 Průběh a prognóza

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 17 let (rozmezí 14-18 let), jen vzácně po čtyřicátém roce. Často se vyskytuje v nové životní situaci, při níž se pacientka/pacient cítí nesva/nesvůj nebo není schopná/schopen se s ní vypořádat. Může jít o změny biologické (např. začátek puberty), psychologické (např. jednotlivá stadia adolescence), nebo sociální (např. nástup na střední nebo vysokou školu). Může se také objevit po narušení příbuzenských vztahů nebo po úmrtí příbuzného nebo přítele. Typicky začíná porucha u osob s normální váhou nebo mírně až středně obézních. Často předchází dieta, podporovaná přáteli, trenéry, učiteli apod. Jedinec se oceňován za hubnutí a pokračuje v hubnutí i po dosažení normální váhy, aby získával další uznání.

Pacientky se dostávají k lékaři často k vůli amenorei, „alergii na jídlo“, edémům, zácpě, nebo bolestem břicha, jen velmi vzácně kvůli úbytku váhy. Často pacienti žádají předpis diuretik nebo laxativ, a někdy končí až na jednotkách intenzivní péče pro tělesné komplikace vyvolané dehydratací a poruchami elektrolytické rovnováhy, které si způsobili častým zvracením nebo nadměrným užíváním diuretik či laxativ. Dosti často bývají přiváděni mladiství pacienti rodiči, kteří se začali obávat velkého úbytku váhy nebo podivného chování v souvislosti s jídlem. Časté je zvláštní zacházení s jídlem, jeho shromažďování (spojené někdy i s krádežemi), někdy nastupují epizody žravosti s konzumací velkého množství jídla a následným zvracením. Běžně se vyskytují obsedantně-kompulzivní rysy, úzkostné a depresivní stavy, snížený zájem o sexuální život.

Porucha může probíhat jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo s chronicitou, ale také ve formě opakujících se epizod po mnoho let. Jak jediná epizoda, tak periodický průběh mohou progredovat až k letálnímu konci (vyhladovění, sebevraždy, elektrolytová dysbalance).



Podle většiny současných údajů se asi 40 % pacientů uzdraví úplně a 30 % se zlepší. Přibližně 20 % zůstává nezlepšeno nebo se zhoršuje. 2-5 % chronických případů končí suicidem.

**Indikátory dobré prognózy jsou:** dobrá premorbidní úroveň psychosociálního přizpůsobení, začátek v časném věku, méně extrémní úbytek váhy a menší odmítání připustit si svůj stav jako onemocnění.

**Špatnými prognostickými faktory jsou:** špatná premorbidní přizpůsobivost, nízký socioekonomický status, extrémní úbytek váhy, zásadní odmítání eventuality nemoci a přítomnost bulimie, zvracení a abúzus laxativ. Všechny tyto indikátory jsou pouze relativní a žádný jednotlivý rys nebo soubor faktorů nemůže spolehlivě předikovat prognózu u postiženého jedince. /16/

## 2. Forma léčby

Bezprostředním cílem je především nutriční rehabilitace a navození normálního jídelního režimu s odstraněním biologických a psychologických následků malnutrice. Stanovení cílové hmotnosti a týdenního nárůstu hmotnosti je velmi důležité, někdy se s pacientkami uzavírá písemný kontakt o léčbě. Dlouhodobé cíle spočívají i v řešení psychologických problémů (vztahové problémy, nízké sebevědomí) k prevenci relapsu.

Nutný je kvalitní terapeutický vztah pracující s motivací pacientka a komplexní multidimenzionální vyšetření, které lze doplnit semistrukturovanými dotazníky. Protože jsou PPP medicínsky, psychopatologicky a interpersonálně komplexním onemocněním, vyžadují i komplexní terapii a kvalitní spolupráci odborníků (psychiatrů, psychologů, internistů, endokrinologů, gynekologů i stomatologů a specialistů v nutričním poradenství). Důležité je nalézt adekvátní léčbu podle somatického i psychického stavu, stupně osobnosti zralosti pacientky a někdy i sociálních podmínek.

U většiny pacientek s výraznou podváhou a fyziologickou nestabilitou, dětí a adolescentů je hospitalizace na psychiatrickém, interním nebo pediatrickém oddělení nutná. V Anglii a USA narůstají denní **programy parciální hospitalizace** pro motivované pacientky. Při propuštění je nutno zajistit adekvátní následnou péči. **Psychosociální léčba** během akutní realimentační fáze spočívá v poučení pacientky o charakteru nemoci a vztahu hladovění a jejích symptomů (psychoedukace).

Později lze tyto informace použít při dalších verbálních i nonverbálních terapiích. V posledních letech jsou zdůrazňovány pozitivní výsledky kognitivně - behaviorální terapie a užívání **svépomocných manuálů**.

Pacientky s hraniční osobností, traumatizací v anamnéze a posttraumatickou stresovou poruchou vyžadují někdy delší léčbu a jiné terapeutické přístupy (interpersonální terapie, psychodynamické přístupy). /15/

## 2.1 Farmakoterapie

Medikamentózní terapie je důležitou součástí léčby mentální anorexie a mentální bulimie. Velké části pacientů je ordinováno během ambulantní nebo lůžkové léčby některé z jarmak, pouze menší část je léčena zcela bez medikace. Když se uvažuje o farmakoterapii, musíme zdůraznit, že kauzální lék pro léčbu PPP neexistuje. Stávající možnosti medikace jsou pouze symptomatické nemoci. Podle příznaku, na který lék působí, můžeme tedy uvažovat o terapii psychofarmaky, dále o léčivech používaných k nutriční podpoře, např. vitamíny, konečně důležitá je medikace gynekologická vzhledem k symptomu amenorhey.

Při rozhodování o léčbě medikamenty je nutné uvědomit si, že většina nemocných nemá v počátku léčby náhled na chorobnost příznaků, může medikaci odmítat, často v mylné představě, že jde o léky, které přímo působí na zvýšení hmotnosti. Je vhodné nemocným účinek léků vysvětlit. /4/

## 2.2 Terapie psychofarmaky

Tato medikace ovlivňuje příznaky psychické, z nichž nejčastější a nejdůležitější je depresivní syndrom. Z tohoto důvodu největší význam při léčbě Mentální anorexie a mentální bulimie mají antidepresíva. Z antidepresív 1. generace lze jako lék první volby doporučit jak z důvodu dobrého účinku, tak i z důvodů ekonomických dosulepin (Prothiaden). U stavů spojených s anxiétou je možno použít Amitriptylin, u něhož je vyšší tlumivý účinek. U pacientů, u nichž jsou více vyjádřené nutkavé projevy, např. nutkavá tělesná aktivita, je vhodným lékem klomipramin (Anafranil, Hydiphen).

Z tymoleptyk 2. generace má svůj význam např. maprotilin (Ludiomil, Maprotilin), zejména u stavů spojených se somatickými obtížemi, např. žaludečními. Stále větší

význam získávají při léčbě PPP antidepresíva 3. generace, tedy léky selektivně inhibující zpětně vychytávání serotoninu (SSRI). Z antidepresív typu RIMA je možné uvést moklobemid (Auroxin). V léčbě MA se uplatňují zejména fluvoxamin (Fevarin), u nichž je popisováno snížení chuti k jídlu.

Další oblastí psychofarmak, avšak s menším významem, jsou neuroleptika. Zde je možno vyzkoušet některé preparáty, zejména v případech obzvláště úporných, spojených s výrazným napětím, neklidem, nutkavostí a negativismem. V úvahu přichází jistě celá škála léků, nejčastěji je používán (Thioridazin, Melleril), chlórpromazin (Chlorpromazin, Plegomazin), levopromazin (Tisercin). Ještě menší význam mají incisivní neuroleptika, která by přicházela v úvahu při významném neklidu a nutkavých projevech, zde se např. někdy zkouší perfenazin (Perfenazin). Téměř nepoužívána zůstávají v této oblasti psychofarmak anxiolytika, zejména vzhledem k možnosti vzniku návyku při dlouhodobějším užívání. /4/

### 2.3 Hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci nemocných s PPP je často potřeb jejich lékařské stabilizace. Nemocniční léčba je v těchto případech z lékařského hlediska nezbytná a nemusí proto nutně vyžadovat závazek pacienta, že se vyléčí z poruchy příjmu potravy. Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen na fyzické stránky nemoci. Soustřeďuje se i na psychické problémy, které PPP udržují nebo s nimi nějak souvisejí. Získat pacienta k aktivní spolupráci si vyžaduje velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu.

Při rozhodování o potřebě hospitalizace pacientů s PPP existuje několik obecných vodítek. Patří k nim:

- 1) nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů;
- 2) přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případech, že jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo když představují vážné zdravotní ohrožení;
- 3) zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží;
- 4) léčba některých přidružených stavů jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je za předpokladu optimální spolupráce

při léčebném programu kolem jednoho až jednoho a půl kilogramu týdně.

Tento postup je časově náročný a drahý, ale vyplácí se, pokud vede k uzdravení, protože chronické případy PPP jsou finančně i emočně ještě dražší. /1/

Výsledky léčby jsou lepší u pacientů motivovaných k léčbě proto se dává přednost právě jim. Pacient trpící PPP potřebuje pomoc v několika směrech: změnit vztah k jídlu, vyřešit emocionální problémy a často změnit svůj vztah k rodině. Cílem léčebné a ošetrovatelské péče je naučit pacienta správným stravovacím návykům dodržování jídelního režimu. Systém péče je založený na režimové léčbě a vychází z bio-psycho-sociálního chápání duševní poruchy. /11/

## **2.4 Ambulantní lékařská péče**

Existují někteří chroničtí nebo nepoddajní pacienti, kteří prošli několika let různými formami léčby a nakonec dospěli k bodu, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch. V těchto případech se může uvažovat o „lékařské péči“, která má cíl velmi odlišný od psychoterapie. Tato lékařská péče se zaměřuje na „překonání PPP“, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické psychické stability. Může být prováděná individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. V některých případech mohou tyto skupiny vyvolat novou snahu aktivně se zabývat symptomy PPP. /8/ Na psychiatrické klinice VFN v Praze, kde probíhá léčba PPP, existuje ojedinělé pracoviště pro léčbu PPP- denní stacionář pro PPP. Před zahájením léčby v denním stacionáři je obvykle nutné interní vyšetření pacienta. Denní stacionář navštěvují klienti v pracovní dny denně. Stacionář nabízí svým klientům režimový plán léčby. Pacient se vrací po skončení programu domů, není tedy vytržen ze svého přirozeného prostředí.

## **2.5 Rodinná terapie**

Rodinná terapie je léčbou první volby u mladých pacientů a některých pacientů žijících se svojí rodinou. V případech, kde jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být odivná terapie považována, za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientek. I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může

být podrobné rodinné vyšetření velmi důležité pro porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro práci s nimi.

K doporučení rodinné terapie u mladých pacientek existují praktické i teoretické důvody. Z vyloženě praktického hlediska pacient sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky, kteří mají odpovědnost za jeho pohodu i zdraví. Rodiče mají kapacitu výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Bez ohledu na teoretickou orientaci léčby potřebují členové rodiny pomoc při zacházení s mladým pacientem trpícím PPP. /8/

## 2.6 Arteterapie, ergoterapie, hipoterapie a další

Při léčbě PPP je možno využít různorodé terapeutické metody.

**Arteterapie** je výborná věc, hodí se snad pro všechny duševní i tělesné nemoci a ledakdy by prospěla i "normálním" lidem. Při arteterapii se většinou maluje nebo kreslí vodovkami, temperkami nebo pastelkami - pomůcky se volí tak, aby s nimi účastníci terapie nemuseli zápasit a mohli se soustředit na vlastní práci. Maluje se buď na zadané téma ("mé pocity", "jak si představuji sama sebe" atd.) nebo jen tak a na talent samozřejmě vůbec nezáleží.

**Ergoterapie** (pracovní terapie) probíhá podobně - lze při ní vyrábět papírové skládanky stejně jako přesazovat kytky. Manuální činnost a možnost soustředit se na chvíli na něco jiného než na jídlo má blahodárné účinky.

**Hipoterapie** ("koňská" terapie; jsou i jiné zvířecí terapie, např. canisterapie, která využívá psů) je další možnou doplňkovou terapií - její účinky a působení jsou podobné jako u těch předchozích. Významnou roli zde hraje fakt, že vztah člověka a zvířete je jiný, než vztah dvou lidí, zvířeti je vzhled člověka, se kterým si hraje, úplně ukradený a to je pro pacienta s PPP příjemně uklidňující. /23/

## **B. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3. Identifikační údaje o nemocné

**Jméno:** Sára

**Příjmení:** XY

**Rodné číslo:** známo

**Věk:** 16 let

**Povolání:** studentka

**Národnost:** česká

**Stav:** svobodná

**Vyznání:** ateista

**Telefon:** mobil

**Kontaktní osoba:** matka

**Oslovení:** Sára

**Bydlení:** v rodinném domě

**Důvod přijetí:** mentální anorexie

**Číselní diagnóza:** F 50.0

**Hospitalizace:** 12.6.2006 do 26.8.2006

#### 3.1 Osobní údaje, lékařská anamnéza a diagnóza

Pacientka přijatá dne 12.6.2006 v 10:30 pro nekontrolovatelný úbytek tělesné váhy na diagnostické oddělení Dětské psychiatrické kliniky.

**RA:** Matka – ročník 1966, učitelka na ZŠ, učí ve škole, kam chodí Sára, zdravá. Otec – ročník 1960, technik v autoservisu, SŠ, zdravý, štíhlý. Manželství je funkční, trvající 18 let. Sourozence Sára nemá.

**OA:** Z 1. fyziologické gravidity, spontánní porod záhlaví, PH 2850g/49cm, nekříšena. Kojená 4 měsíce, jedla pěkně, málo spala, v noci často plakala. Do 3 let téměř v péči matky. Sára překonala běžné dětské infekční nemoci, vážnější nemocná nebyla.

**Operace:** 0

**Úrazy:** 0

**Křeče:** 0

**Bezvědomí:** 0

**Transfuze:** 0

**Návykové látky:** 0

**Bolest:** neguje

**Očkování:** řádně dle harmonogramu

**AA:** srst zvířat

**GA:** Menarche ve 12 letech, pravidelně, nebolestivé, od 6/2005 sledována gynekologický pro nepravidelnosti cyklu, sekundární amenorheu, od 12/2005 medikace: Provera, Estrogen, nyní na hormonální substituci, menses 28/3-4 dni, slabé. Poslední menses 24.-28.6.2006. Vita sex – dosud ne.

**Psych.A:** V rodině bez zátěže, od 11/2005 psychiatrická ambulance – pro MA.

**FA:** Estrogen, Provera,

**Poslední medikace:** bez psychiatrické medikace, hormony dle rozpisu

**SA:** Kolektivní zařízení od 3 let, škola od 7 let. Nyní v 9. třídě, přijata na gymnázium, kam se těší, prospěch výborný. Mezi vrstevníky oblíbená, kamarádská, aktivní, předsedkyně třídy, organizátorka. Od počátku obtíží PPP spíše uzavřená, tichá, s nejistým projevem, dle otce bez názoru. Má blízkou kamarádku Lauru, spolužačku, se kterou se stále srovnává v prospěchu, sportu i vzhledu. Laura je Miss školy, vysoká, pěkná dívka s dlouhýma nohama. Mezi je zájmy patří sport, turistický oddíl, hraje na kytaru, píše příběhy, básně. Ráda by se stala psycholožkou. Dle matky je hodná, ambiciózní, důsledná, „jedničkářka“, než začaly problémy s jídlem zcela bezproblémová. Nyní ustrašená, tichá, velmi uzavřená.

**NO:** Na jaře 2005 se připravovala na závody - běh 800m, hodně trénovala, několikrát denně, chtěla vyhrát, ze sportu měla radost. O prázdninách 2005 byla týden s kamarádkou Laurou na chatě, ta jí řekla, že ubrala 2kg tím, že nejí sladkosti. Dle matky šlo o impuls, který vedl Sárú k úvahám o vlastní váze. Od 9/2005 radikálně snížila příjem stravy, hodně běhala, několikrát denně v parku za domem, ještě cvičila i doma, cvičila spíše z nutnosti, než že by ji to vadilo. 10/2005 opakovaně vyhazovala jídlo. Vážila 48kg při výšce 158cm. Chtěla zhubnou, být štíhlejší, ubrala asi 2-3 kg, překvapilo ji, jak snadno to šlo dál. Nejnižší váha nyní, 39,60kg. Chtěla by přibrat, optimální váhu udává 46kg.

Zpočátku si rodiče ničeho nevšimli, hodně běhala brzy ráno, ještě před školou, matka to přisuzovala zájmu o sport, přihlásila ji na orientační běh.



Pila hodně čaj. Váhového úbytku a změny chování si všimly nejprve matčiny kolegyně, učitelky.

11/2005 váhový úbytek 5kg, rodiči odeslána na psychiatrickou ambulanci, kde byl zaveden režim, antidepressiva odmítla. Přechodně trochu přibrala, ale před odjezdem do Alp v zimě vážila 41kg. Odjezd byl podmíněn dodržováním režimu a váhou 43kg, což nedodržela, přesto matka povolila, aby odjela s její přítelkyní, která na sebe brala odpovědnost za váhu Sáry během pobytu. Otec s odjezdem nesouhlasil, dali jasná pravidla, která nedodržela. Rodiče nejednotní. Sára zhubla proto, že věděla, že matčina kamarádka „ji bude cpát“. Během pobytu neubrala, ale po návratu nastal další pokles váhy. Rodiče jí zakázali sport, je slabá, zimomřivá, unavená, má stále studené ruce a nohy.

Od Vánoc je dle matky Sára často podrážděná, dochází ke střídání nálad, smutku, depresím, plačtivosti. Jí maximálně pětkrát denně, dohled je pouze nad snídaní a večeří, obědvá sama, jídlo jí matka vaří, přechodně ohřívala ve škole, jedla ve třídě. Přiznala se, že občas bez dozoru jídlo vyhodila. O víkendech jí rodina společně. Zvracení či laxativa nejuje.

## Stav při přijetí

Lucidní, orientovaná osobou, místem, časem, spolupracuje snaživě, na otázky odpovídá přilehavě, obsahově přiměřeně, pozitivně nastavená (chce přibrat na původní váhu, ví že je hubená), normoforická, myšlení koherentní, vnímání intaktní, osobnost pubertální.

## Změřené fyziologické funkce

**TK:** 105/65 Torr

**P:** 64/min.

**D:** 16/min.

**TT:** 36,6°C

**Výška:** 158cm

**Váha:** 39,60 kg

### 3.2 Souhrn provedených vyšetření

#### 1) Laboratorní vyšetření ze dne: 13.6.2006 13:10

Název	Výsledek	Referenční interval
FW	3/6	8/10
KO		
LEUKOCYTY	4.1	4.0 – 10.0
ERYTROCYTY	4.10	4.20 - 5.40
HEMOGLOBIN	138 g/l	120 – 160
HEMATOKRIT	0.395 jednotek	0.370 – 0.460
MCV	96.4	82.0 – 92.0
MCH	33.7	27.0 – 33.0
MCHC	34.9	32.0 – 36.0
RDW	12.6	11.6 - 13.7
PLT	191	140 – 440
MPV	8.8	7.8 – 11.0
PCT	0.168	0.109 – 0.484
PDW	16.0	15.0 – 17.2
LYMFOCYTY	0.340	0.250 – 0.330
MONOCYTY	0.053	0.030 – 0.100
NEUTRIFILY	0.598	0.570 – 0.680
EOZINOFILY	0.003	0.000 – 0.050
BAZOFILY	0.006	0.000 – 0.025

#### Moč chemický + sediment ze dne: 13.06.2006 13:10

SPEC. HMOTNOST	1,020	kg/l
pH	5,5	
LEUKOCYTY	1	
NITRITY	-	
BÍLKOVINA	2	
GLUKÓZA	NORMAL	
KETOLÁTKY	+ -	

UROBILINOGEN	1	
BILIRUBIN	1	
KREV	1	

### Výsledky biochemického vyšetření ze dne: 13.6.2006 13:10

SODNÍ KATION	142	137 - 146
DRASELNÝ KATION	3,8	3,8 - 5,0
CHLORIDY	103	97 - 108
CA CELKOVY	2,53	2,05 - 2,54
ŽELEZO	17,0	9,0 - 28,0
ALK. FOSFATÁZA	0,65	0,66 - 2,20
AST	0,31	0,16 - 0,72
ALT	0,24	0,17 - 0,78
GMT	0,28	0,14 - 0,68
BILIR. CELKOVÝ	8,4	2,0 - 17,0
BILIR. PŘÍMÝ	3,3	0,0 - 5,1
MOČOVINA	4,4	2,0 - 6,7
KRETININ	116	44 - 97

### Elementy v moči

ERYTROCYTY	5 částic/l	0 - 10
LEUKOCYTY	23 částic/l	0 - 20
HYALINNÍ VÁLCE	1 částic/l	
DLAŽDICOVÉ EPIT.	21 částic/l	0 - 15
KULATÉ EPITELIE	1 částic/l	
URÁTY	četně	

### 2) EKG v normě

### 3) Provedené vyšetření:

#### Psychologické vyšetření ze dne: 14.06.2006 15:00

##### Z rozhovoru a pozorování:

V individuálním kontaktu vstřícná, spolupracující, stojí o kontakt a podporu. Vzhledem k věku dívky dobré verbalizační schopnosti a schopnost náhledu.

Sáru trápí její velká tendence se srovnávat se s druhými. Sára se srovnává se svoji kamarádkou ze školy / v běhu, výsledky ve škole/. Když je kamarádka Laura lepší než ona „cítí pocit nenávisti, zlosti na sebe a smutku, lítosti“. Zpětně ji mrzí a šťve, že se takhle porovnává. Má pocit, že je to silnější než ona, nemůže si pomoci.

##### Testově:

**Kresby:** Kresba rodiny: Táta, máma a Sára o prázdninách stanují. Kresby začarované rodiny: Táta vlk, máma klokan s kapsou pro klokaně, ona malý šnek s ulitou. Kresba Erbu, který ji charakterizuje: Strom, na něm červené jablko, k němu vede žebřík, s polámanými příčkami. „Když něco chci, jdu za tím přes překážky“.

**Nedokončené věty:** Odráží závislost dívky na hodnocení okolí, strach z odmítnutí, značné výkonové tendence, orientaci na sport, pocity zklamání rodičů tím, že onemocněla MA.

**Závěr:** Dívka s velmi malou sebedůvěrou a značnou vnitřní nejistotou, která však na první pohled není vidět. Významná rodinná problematika. Komplikovaný vztah s otcem. Matka dohodově plní mezi otcem a dcerou roli prostředníka a tlumočnicka. Mentální anorexie, porucha tělesného schématu.

### 4) Gynekologické vyšetření ze dne: 15.06.2006 09:00

Závěr vyšetření: Sekundární amenorhea, cytologie: těžce hypoestrická.

Doporučení: Estrogen 2mg denně a Provera 10mg ob den dle menstruačního krvácení.

### 3.3 Farmakoterapie

Název léku	Skupina	Popis	Vedlejší účinky
Estrogen 2mg 1-0-0	hormon	Preventivní léčba osteoporózy	žilní tromboembolie
Provera 5m	hormon	syndrom anorexie	
Lactulosa sirup 1odměrka 1-0-0	laxativum	Usnadnění pohybu střev	Bolest břicha, plynatost
Hypnogen	hypnotikum	nespavost	obstrukční spánková apnoe

#### Terapie:

Psychoterapie individuální a skupinová, rodinná terapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, autogenní trénink, režim MA.

### 3.4 Průběh hospitalizace

**1. den hospitalizace:** U pacientky to byl první pobyt a dětské psychiatrii. Hned po příchodu na oddělení jsem pacientku obeznámila s domácím řádem. Poučila jsem ji, že u sebe nemůže mít žádné ostré předměty, že návštěvy jsou tady povolené jen v návštěvních dnech a hodinách a také, že telefonování je tady dovoleno jen dvakrát týdně na jednu hodinu. V průběhu celého dne Sára absolvovala fyzikální vyšetření, sepsala jsem s ní ošetřovatelskou anamnézu. Adaptace probíhala pomalu, pacientka se jevila vystrašené, smutné, litostivé děvče. Mezi děti se nechtěla vůbec zapojit. Zdržovala se pouze na pokoji. Na otázky odpovídala vážně a vstřícně.

**2. den hospitalizace:** Pacientce jsem hned ráno odebrala materiál na laboratorní vyšetření. Sára se mi svěřila, že nemohla usnout a že v noci se asi dvakrát zbudila. Vše jsem pečlivě zaznamenala do dokumentace nemocné.

Ošetřující lékař pacientce naordinoval při nespavosti hypnotika – Hypnogen 1tabl. S trpělivostí jsem pacientce vysvětlovala, co se od ní očekává ohledně režimu MA – to znamená, že jídlo by měla zvládat v stanovených limitech, od stolu by neměla vstávat s plnou pusou, po obědě a večeři by měla půl hodiny ležet natažená v klidu. Kontrola krevního tlaku: 110/ 60 Torr. Dle ordinace lékaře měla pacientka zatím stanovené jen poloviční porce, které se snažila zvládnout.

**3. den hospitalizace:** Pacientka mi sdělila, že tabletu, kterou dostala na spaní úspěšně zabrala. Pacientka se osmělila a dnes se po prvně zapojila mezi děti. Společně se s dětmi dívala na televizi a věnovala se kreativním terapiím . Dnes se účastnila komunity, kde se představovala všem dětem, které jsou na daném oddělení. Jídlo zvládá, manipulace nebyla zachycená.

**4. den hospitalizace:** Z domova je pacientka zvyklá chodit ven, setkávat se s přáteli. Podle váhového programu zatím ještě nemůže opustit oddělení. Dnes byla při svačině zpozorována manipulace s jídlem. Sama říká, že “měla tu potřebu“, to máslo schovat. Byla poučená, že tímto si škodí jen sama sobě a že schováním jídla nic nevyřeší.

**5. den hospitalizace:** Pacientka se od rána cítí v dobré náladě. Těší se na odpoledne, kdy má dorazit kamarádka a rodiče. Pitný režim dodržuje, jídlo zvládá. Se sestrou spolupracuje.

**6. den hospitalizace:** Pacientka uvádí, že už 5. den nebyla na defekaci. S pacientkou sem nacvičovala defekační režim a dle ordinace lékaře jsem pacientce podala Laktulosu - 1 polévkovou lžící 3krát denně. Měření krevního tlaku: 115/70 Torr.

**7. den hospitalizace:** Pacientka od příjmové váhy přibrala 60dkg. Dnes byla pacientka na stolici. Příjem tekutin za dnešní den činí 2500ML/24hodin. Výdej 2100ml. Příjem tekutin dostatečný, močí bez problémů.

## Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péči. Je také cyklický, protože všechny jeho kroky jsou ve vzájemném vztahu. Cílem ošetrovatelského procesu je zjistit pacientovo skutečné anebo potenciální potřeby v péči o zdraví, vypracovat plán na uspokojení těchto potřeb a poskytnout a vyhodnotit specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojení těchto cílů. Základními součástmi ošetrovatelského procesu jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Ošetrovatelský proces lze aplikovat na jednotlivci, rodině či společnosti.

**Posuzovat** znamená sbírat, ověřovat a třídit údaje o zdravotním stavu pacienta.

**Diagnostikovat** znamená uplatnit klinický úsudek o pacientových potenciálních anebo skutečných zdravotních problémech, které je sestra licenci oprávněná a schopná léčit.

**Plánování** zahrnuje stanovení priorit, napsání cílů a zhotovení písemního plánu ošetrovatelských zásahů na prevenci, vyřešení anebo identifikaci problémů anebo možných těžkostí.

**Realizace** je uplatněním ošetrovatelských zásahů anebo pověření jimi někoho jiného. Zahrnuje všechny činnosti vykonávané sestrou anebo pod jejím dohledem s cílem upevnění zdraví, prevence komplikací, léčby existujících problémů a na ulehčení pacientů vyrovnat se s chronickým postižením.

**Vyhodnocení** sestra spolu s pacientem určí, jestli se jeho cíle anebo předurčené výsledky péče dosáhly, stanoví faktory, které ulehčovaly, resp. brzdily jejich dosažení, a ukončí anebo modifikuje plán ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský proces je zaměřený na cíle. Ulehčuje komunikaci pacientových cílů a individualizuje péči, aby se mohlo cíle dosáhnout. Ošetrovatelský proces poskytuje rámec pro zákonnou zodpovědnost sester . /5/

### **3.5 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení podle modelu Marjory Gordonové**

Údaje sestra zaznamenala do ošetřovatelské anamnézy. Informaci získala ze zdravotní dokumentace pacientky, z rozhovoru s nemocnou, její rodinou, vlastním pozorováním a dále od ostatních členů ošetřovatelského týmu. /5/ Ošetřovatelská anamnéza odebraná při přijetí pacientky na oddělení.

#### **Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon obsahuje**

- 3.5.1 Vnímaní zdraví
- 3.5.2 Výživa, metabolismus
- 3.5.3 Vylučování
- 3.5.4 Aktivita, cvičení
- 3.5.5 Spánek, odpočinek
- 3.5.6 Vnímání – poznávání
- 3.5.7 Sebepojetí, sebeúcta
- 3.5.8 Role – mezilidské vztahy
- 3.5.9 Sexualita, reprodukční schopnost
- 3.5.10 Stres (zátěžové situace) – zvládání, tolerance
- 3.5.11 Víra (přesvědčení) – životní hodnoty
- 3.5.12 Jiné

#### **3.5.1 Vnímaní zdraví**

Pacientka byla vždy v dobrém zdravotním stavu, nikdy nebyla vážněji nemocná, v dětství prodělala pouze běžné dětské nemoci. V posledním roce nepřekonala žádné nachlazení a neměla ani žádné absence v škole. Pro udržení svého zdraví pacientka zejména sportuje – aktivně se věnuje běhu a ráda chodí na procházky. Nekouří, alkohol, drogy neužívá, černou kávu pije jedenkrát za den. Toto je její první hospitalizace, neprodělala žádnou operaci ani gynekologickou. Psychické potíže začaly v jejích 15 letech, kdy po rodinných neshodách (viz dále) onemocněla mentální anorexií. Od pobytu na Dětské psychiatrické klinice si slibuje, že se



“začne mít ráda“ a naučí se pravidelně a zdravě stravovat, k čemuž jí prý dopomohou sestry, lékaři.

### 3.5.2 Výživa, metabolismus

Pacientka je nyní zvyklá jíst 3-4krát denně v malých dávkách. Její oblíbené jídlo jsou mléčné výrobky, cereálie, ovoce a zelenina. Nejí vnitřnosti a vepřové maso, nechutná jí. Pocit žízně má. Za den vypije 4 i více litrů tekutin. Pije zejména nesyčené neochucené vody a bylinné čaje. Nyní váží 39,6 kg při 158 cm. BMI: 15,8. Chuť k jídlu má sníženou, sama řekla, že se už více jak rok dietně omezuje. Vyhýbá se sladkostem, tuku, knedlíkům. Má hydratovanou kůži a rány se dle jejího vlastního vyjádření hojí docela dobře. Zuby má na první pohled zdravé, má pouze několik zaplombovaných kazů. Zubního lékaře navštěvuje pravidelně 1-2 ročně. Nehty se jí nelámou, sníženou kvalitu zaznamenává pouze v zimním období. Vlasy má upravené, zdravé. Během anorektických obtíží její váha kolísá až o 6 kg. Je zvyklá snídat doma s rodiči. Obědvá v škole a večeří doma s rodiči.

### 3.5.3 Vylučování

Pacientka má potíže se vyprazdňováním. Trpí zácpou, stolice je nepravidelná. Frekvence 2/týdne. Močí podle denního příjmu tekutin, problémy s pravidelností, kvalitou močí neudává. Nadměrně se potí pouze při sportu, v klidu nikdy nebo jen v létě v závislosti na venkovní teplotě. V tuto chvíli se též nepotí. Není cítit zápach potu.

### 3.5.4 Aktivita, cvičení

Při provedeném fyzikálním vyšetření vykazovala pacientka následující hodnoty: TK: 105/65 Torr, P: 64, D: 16, TT: 36,6 °C. Pacientka je zvyklá trávit svůj volný čas aktivně, věnuje se hlavně běhu a míčovým hrám. Sportuje pravidelně během celého roku, má pocit dostatečné síly a životní energie. Svůj volný čas tráví sportem nebo si ráda přečte nějakou zajímavou knihu a také ráda poslouchá hudbu.

Je plně soběstačná a v rámci oddělení vykonává veškeré denní aktivity samostatně bez pomoci.

### **3.5.5 Spánek, odpočinek**

Pacientka má potíže s usínáním, povídá, že “stále přemýšlí“, a proto nemůže usnout. Usnout se jí prý podaří vždycky až kolem půlnoci. V průběhu noci se obvykle 1-2krát zbudí, vzápětí se jí ale opět podaří usnout. Noční děsy nemá, pouze výjimečně má nepříjemné sny. Po probuzení se Sára cítí být odpočinuta a připravena k denním aktivitám. Pravidelně spí cca 6-7 hodin denně. Léky na spání žádné neužívá. Dříve během dne nebyla zvyklá odpočívat, v úzkostném období však poslední dobu spala cca 1 hodinu po příchodu ze školy.

### **3.5.6 Vnímání – poznávání**

Pacientka nemá žádné potíže se sluchem ani se zrakem, sluchadla ani jiné kompenzační pomůcky nenosí. Řeč je plynulá. V poslední době nepocítuje žádnou změnu v paměti, zhoršení neudává. Nemá ani žádné problémy se zapamatováváním a vybavováním, netrpí výpadky paměti. Sára se dle svých slov rozhoduje v zásadních věcech snadno, někdy impulzivně. Větší problémy má rozhodnout se o malichernostech, jako např. co si vzít na sebe apod. Novou věc se nejnanejlehčí naučí tak, že si učivo přečte, poté chodí a nahlas si opakuje. S učením obecně potíže nemá, učí se na samé výborné. Domácí řád oddělení pochopila snadno a nedělá jí potíže je dodržovat. V současné době nepocítuje žádnou bolest. Když ji něco doma bolí, snaží se bolest vydržet, léky si nebere a lékaře nevyhledává.

### **3.5.7 Sebepojetí, sebeúcta**

Sára je zvyklá se na sebe v běžných záležitostech spoléhat, ale má nízkou sebedůvěru, má pocit, že je “tlustá“. Působí sebejistě a extrovertně, ale tvrdí, že je to pouze iluze jejího okolí. Mínění o sobě má špatné, „nesnáší se“. Není spokojená sama se sebou. V pohledu na sebe sama a na své tělo vidí osobu, která bojuje s MA. Samu sebe vnímá jako „napjatou, vzepřenou a jako velkou poctivku“. Úzkost

a stres v ní vyvolává nedůvěra v podporu okolí, nejasnost situací. Pomáhá jí když relaxuje a při tom poslouchá hudbu.

### **3.5.8 Role – mezilidské vztahy**

Pacientka bydlí s rodiči, rodina je úplná. Bydlí v rodinném domě 3+kk. Je jedinaček, ale vždy snila o sestře, i když ví, že je to už nereálné. V místě bydliště má mnoho přátel, ale v poslední době se s němá nestýká a občas se cítí osaměle. Ve škole je celkově spokojená, občas chodí i na brigádu. Toto léto ale nikde nebyla. Peníze dostává, když je na něco potřebuje, proto si o ně řekne matce. Poslední dobou vážne vztah s otcem, kterého má moc ráda, ale obtížně s ním komunikuje, je-li s ním ponechána o samotě, situaci dobře zvládne, pak říká, že „to bylo fajn“. Často spolu komunikují „přes matku“. Dle matky má otec Sáru rád, ale málo ji chválí. Sára má pocit, že ho zklamala. Rodiče podle ní prožívají nemoc a hospitalizaci jako něco nevyhnutné.

### **3.5.9 Sexualita, reprodukční schopnost**

Pacientka se mi svěřila, že má za sebou jeden krásný platonický vztah. Pohlavně ještě nežije. Momentálně nemá žádný vztah. Menstruovat začala ve 12 letech, později u ní kvůli anorexii došlo k amenorhee. Po kompenzaci stavu začala opět menstruovat, poslední menstruace 24.-28.6.2006. Problémy nemá, analgetika neužívá. Na preventivní gynekologické prohlídky se dostavuje pravidelně.

### **3.5.10 Stres (zátěžové situace) -- zvládání, tolerance**

V posledních dvou letech došlo v pacientčině životě k mnoha změnám - mentální anorexie. Když jí něco trápí může se vždy spolehnout na svoji dobrou kamarádku, která bydlí poblíž, nebo také ke snížení napětí jí pomůže poslech hudby a dobrá relaxace. Dlouhodobé napětí a řešení krizových záležitosti konzultuje se svojí psychologkou, která je jí vždy k dispozici. Léky, alkohol a drogy však ke snížení napětí neužívá.

### **3.5.11 Víra (přesvědčení) – životní hodnoty**

Pacientka je ateistka, ale jako hnací motor jí dává sílu víra v sebe sama a její rodinu. Z tohoto důvodu pro ni pobyt v nemocnici nepředstavuje žádná náboženská omezení. Je ambiciózní a má mnoho plánů do budoucna. Rada by se stala psycholožkou .

### **3.5.12 Jiné**

Ráda by si ujasnila vztah k otci a má přání, aby se vše dobře vyřešilo a měli se všichni rádi. Nejdůležitější je pro ni, aby zvítězila nad MA. Sára nemá další problémy, které by sdělila ošetřovatelskému týmu.

## **Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny do 24 hodin po příchodu pacientky na DPK. Nejprve uvádím přehled ošetřovatelských diagnóz, které nejvíc tížili nemocnou a potom si podrobně rozpracovávám krátkodobé a dlouhodobé cíle.

## **3.6 Ošetřovatelské diagnózy**

3.6.1 Bezmocnost z důvodu základního onemocnění, projevující se uzavřeností a pocitem ztráty nad současnou situací

3.6.2 Strach z léčby z důvodu nedostatku informací, projevující se dotazy nemocné, odmítáním spolupráce, úzkosti

3.6.3 Obraz těla porušený z důvodu základního onemocnění, projevující se verbalizací nespokojnosti s vlastním tělem, narušeným chápáním a zveličováním

- 3.6.4 Společenská izolace z důvodu hospitalizace, projevující se osamocností, považovanou za vynucenou jako škodlivou nebo ohrožující
- 3.6.5 Výživa porušená, nedostatečná z důvodu základního onemocnění, projevující se váhovým úbytkem
- 3.6.6 Porucha spánku z důvodu změny prostředí, projevující se zhoršeným usínáním
- 3.6.7 Zácpa z důvodu změny v příjmu a složení potravy, projevující se nadýmavostí a obtížnou defekací

### **3.6.1 Bezmocnost z důvodu základního onemocnění, projevující se uzavřeností a pocitem ztráty kontroly nad současnou situací**

#### **Cíl:**

krátkodobý

- pacientka je informována o své nemoci a léčebném režimu do 12 hodin

dlouhodobý

- pacientka uznává hodnoty a smysl života, formuluje realistické cíle a nachází řešení své situace do přepuštění
- pacientka se necítí osaměla

#### **Plán:**

- zjistit příčiny a přispívající faktory bezmocnosti
- vytvořit terapeutický vztah s pacientem
- dosažení kontroly nad současnou situací i dalším vývojem chorobného stavu a odstranění bezmocnosti
- povzbuzovat pacienta k vyjádření svých pocitů, dojmů
- zajistit kontakt s psychologem, psychiatrem
- zapojit pacienta do plánování rozvrhu péče
- informovat pacienta o jeho nemoci, plánovaných výkonech
- naučit pacienta stanovovat krátkodobé cíle a činnosti, které mu přinesou radost
- podporovat dosažení pacientových cílů

#### **Realizace:**

Pacientku jsem vedla k produktivnímu a pozitivnímu myšlení. Věnovala jsem jí dostatek času. Dohlédla jsem, aby se aktivně účastnila terapií, které jí dopomohly vyjádřit svoje pocity, dojmy nejen verbálně, ale i prostřednictvím hudby, kresbou. Pacientku jsem obeznámila s domácím řádem a režimem mentální anorexie. U Sáry jsem udržovala naději dle hesla „Naděje umírá poslední“.

**Hodnocení:**

Mezi námi se podařilo vytvořit důvěrný vztah. Pacientka si uvědomila, které faktory v ní vyvolávají pocity bezmocnosti, a tak jim může předem předcházet. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn.

### 3.6.2 Strach z léčby z důvodu nedostatku informací, projevující se dotazy nemocné, odmítáním spolupráce, úzkosti

#### Cíl:

krátkodobý

- pacientka je dostatečně informovaná o problému nemoci a o režimu mentální anorexie do 12 hodin
- pacientka pocítuje přiměřené obavy situaci do druhého dne

dlouhodobý

- pacientka zvládá strach do 6 dnů

#### Plán:

- edukce pacientky
- citlivě se jí věnuj
- vnímej obavy, nezlehčuj situaci
- buď empatická
- sleduj vitální funkce nemocného
- podej informace rodině
- pomoz pacientce zvládnout strach
- dle vhodnosti vysvětli vztah mezi nemocí a příznaky
- snaž se získat důvěru pacientky
- snaž se odhadnout vnitřní i zevní podpůrné mechanismy
- respektuj rozhodnutí a přání pacientky

#### Realizace:

S pacientkou se jednalo empaticky. Lékař i já jsme pacientce poskytovaly dostatečné informace a trpělivě odpovíděly na její dotazy a připomínky. S rodinou se nadvázala spolupráce. Pacientce jsem aktivně naslouchala jejím obavám. V pravidelných intervalech jsem sledovala fyziologické funkce.



**Hodnocení:**

Dobrá spolupráce s pacientkou i s rodinou. Pacientka se zaujímá o svou nemoc a má pocit, že je dostatečně informována. Edukací pacientky se podařilo zmírnit její strach. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn.

### **3.6.3 Obraz těla porušený z důvodu základního onemocnění, projevující se verbalizací nespokojnosti s vlastním tělem, narušeným chápáním a zveličováním**

#### **Cíl:**

krátkodobý

- pacientka má přiměřený náhled do 1 týdne

dlouhodobý

- pacientka uznává vlastní odpovědnosti za sebe samou a pochopení tělesných změn

#### **Plán:**

- všimněte si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy
- vybídnete pacienta, aby popsal sám sebe včetně svých pozitivních a negativních stránek
- pozoruj interakci mezi pacientem a jeho rodinou
- nemocného často navštěvuj a chovej se k němu vždy jako k někomu, koho si vážíš
- vytvořit terapeutický vztah mezi pacientkou a sestrou naplněný starostlivou péčí a vzájemnou důvěrou
- snaž se zapojit nemocného do léčebného režimu
- pohovoř si s pacientem o všem co ho tíží, pěstuj v něm pocity sebedůvěry
- ved' pacienta k názoru, že krása člověka nespočívá v jeho vzhledu

#### **Realizace:**

Sáru jsem aktivně zapojila do léčebného programu. Poskytla sem ji literaturu a různé brožurky o příběhů dívek s poruchou příjmu potravy. Společně s rodiči absolvovala rodinné terapie.

**Hodnocení:**

Pacientka pozitivně změnila uvažování o svém vlastním těle, uvědomila si, že její dosavadní subjektivní pocit z vlastního těla nekoresponduje s objektivním vzhledem. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn.

### **3.6.4 Společenská izolace z důvodu hospitalizace, projevující se osamoceností, považovanou za vynucenou ostatními a pociťovanou jako škodlivou nebo ohrožující**

#### **Cíl:**

krátkodobý

- pacientka se účastní aktivit svých schopností do 24 hodin

dlouhodobý

- pacientka je si vědomá vlastní ceny
- pacientka nepociťuje osamělost do 1 týdne

#### **Plán:**

- rozpoznat důvody, pro které se pacientka uchyluje do izolace
- zapojit jí do programů, jejichž účelem je prevence izolace a samoty
- naučit pacientku dovednostem – sebeúctě, způsobům řešení problémů
- vytvořit co nejlepšího léčebného - ošetrovatelského vztahu k nemocné
- vyslechněte poznámky pacienta o smyslu izolace
- vyhradit čas pacientky na návštěvy
- umožňuj pacientce účast na kreativních terapiích a komunitách

#### **Realizace:**

Pacientce jsem seznámila s domácím řadem, který je tady stanoven. Pacientce jsem umožnila aktivní účast na kreativních terapiích a postupně zapojování do komunit s dětmi, které trpí poruchou příjmu potravy. Umožnila jsem jí kontakt s rodinou.

#### **Hodnocení:**

Pacientka se zapojovala mezi děti a aktivně se účastnila na terapiích a společenských programech. Pacientka dosáhla pocit vyššího sebehodnocení. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn.

### 3.6.5 Výživa porušená, nedostatečná z důvodu základního onemocnění, projevující se váhovým úbytkem

#### Cíl:

krátkodobý

- pacientka dosahuje požadovaný přírůstek na váze o 0,5 - 1,0 kg za týden

dlouhodobý

- pacientka má po přepuštění fyziologický příjem stravy a tělesnou váhu
- pacientka si osvojí chování a změnu životního stylu, umožňující přibrat na váze a udržet si přiměřenou tělesnou hmotnost i po propuštění domů

#### Plán:

- věnuj pozornost psychologickému stavu, zejména pacientovu obrazu těla a jeho souladu s jeho skutečností
- posuď hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku
- zavádí návykové programy nutriční léčby s dodržováním nejen časového programu přijímání jídla, ale i určité délky stolování
- dohlížej na dostatečný přívod tekutin
- zachyť případné manipulace s jídlem
- sleduj u nemocného celkový denní příjem potravy a tekutin
- seznam se s laboratorními výsledky
- dohlížej na úpravu i dodržování režimů
- snaž se u pacientky změnit její vztah k jídlu a chovej se k ní se zvýšenými ohledy a s láskyplnou péčí

#### Realizace:

Pacientce sem vyhradila dostatečný čas a trpělivě jsem jí odpovídala na její dotazy. Podrobně jsem jí vysvětlila zásady správného stravování a také i důsledky biologického i psychologického hladovění. Důraz jsem kladla na to, že základním lékem pro její nemoc je jídlo. S pacientkou jsem vytvořila behaviorální program léčby. Stravu jsem jí rozdělila do šesti porcí denně (snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, druhá večeře).

Pacientku jsem pobízela k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin. V pravidelných intervalech, a to třikrát týdně, jsem sledovala její tělesnou hmotnost. Asistovala jsem při úpravě základních příčinných faktorů, zdůrazňovala jsem význam dobře vyvážené výživné stravy. Pacientce a její rodině jsem poskytla informace o individuálních nutričních potřebách a způsobech.

### **Hodnocení:**

U pacientky došlo postupně k zvýšení tělesné hmotnosti. Sára se postupem času naučila správným stravovacím návykům. U pacientky jsem stanovila krátkodobý cíl, který byl splněn a dlouhodobý cíl, který byl částečně splněn.

### 3.6.6 Porucha spánku z důvodu změny prostředí, projevující se zhoršeným usínáním

#### Cíl:

krátkodobý

- pacientka bude spát 6 hodin bez přerušení
- pacientka se bude po probuzení cítit odpočatá

dlouhodobý

- pacientka má fyziologický spánek do 1 týdne

#### Plán:

- zjistit příčiny způsobující poruchy spánku
- sledovat průměrnou délkou spánku pacientky
- zajisti čerstvý vzduch před usínáním
- dbej na to, aby se před spaním omezil příjem černé kávy, čokolády
- udržovat klidné a tiché prostředí
- minimalizovat rušivé prostředí
- aktivizuj pacienta přes den
- sledovat známky únavy
- zajisti intimitu pacientky
- dle ordinace lékaře podávej hypnotika

#### Realizace:

Léčebně – ošetrovatelskou péčí jsem se snažila rozvrhnout tak, abych nenarušila odpočinek a zvláště noční spánek pacientky. Sáru jsem poučila, aby před spaním nepila kofeinové nápoje a těsně před spaním omezila příjem tekutin. Před spaním jsem jednorázově vyvětrala pokoj a upravila lůžko. Podle ordinace lékaře jsem podala hypnotika – Hypnogen 1tbl per os před spaním po dobu 4 dnů. Postarala jsem se, aby pacientka mohla usínat v klidném prostředí.

**Hodnocení:**

Kvalita spánku se podařila zlepšit. Pacientka spí 6 hodin a po probuzení se cítí svěží a odpočatá. Pacientka aktivně dodržovala doporučení, které jsem jí stanovila. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn.



### **3.6.7 Zácpa z důvodů změny v příjmu a složení potravy, projevující se nadýmavostí a obtížnou defekací**

#### **Cíl:**

krátkodobý

- pacientka se účastní na defekačním programu
- pacientka pochopí etiologii a vhodné řešení individuální situace

dlouhodobý

- pacientka má fyziologické vyprazdňování do 1 týdne

#### **Plán:**

- zhodnot' současný způsob defekace i všechny vlivy, které na ni nepříznivě působí
- zhodnot' vliv současného příjmu potravy a tekutin na funkci střev
- zjistit dobu trvání obtíží, kdy byla poslední stolice – provést záznam
- zajistit intimitu při vyprazdňování
- obnovit defekační reflex
- sledovat P+V tekutin
- denně vypije 2 – 3 litry tekutin
- jídelníček obohatit o vlákninu
- naučit a provádět s pacientem rehabilitační cvičení
- sledovat pravidelnost stolice v době hospitalizace
- poskytni podporu pomocí aktivního naslouchání a mluvy s pacientkou o jejích obavách
- urči frekvenci, barvu, konzistenci a množství stolice
- při dlouhodobé nemožnosti pacienta vyprázdnit se a neefektivnosti předchozích kroků informuj lékaře

**Realizace:**

Pacientka byla poučena o fyziologii vyprazdňování i o jejích možných odchylkách. Snažila jsem se s pacientkou vytvořit individuální program pro obnovení defekačního reflexu. Při vyprazdňování jsem pacientce zajistila soukromí a vhodný způsob vyprazdňování. Intenzivně jsem sledovala příjem a výdej tekutin za 24 hodin a plnila ordinace lékaře, který ordinoval Lactulosu – jednu polévkovou lžici na lačný žaludek.

**Hodnocení:**

Pacientka pokračuje v doporučeném defekačním režimu. U pacientky docházelo k pravidelné defekaci. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn.

### 3.7 Osvěta a edukace

Pacientky s MA většinou tvrdí, že mají informace o oblasti výživy rozsáhlé, a své teorie, přesvědčení a praktiky týkající se výživy si neústupně brání. Jejich znalosti jsou však velice výběrové, pocházejí z pochybných zdrojů (jako například z populárních časopisů a dietních rádců), často jsou extrémní a většinou nesprávné. Jejich chybná přesvědčení je třeba uvést na pravou míru a poskytnout jim přesné informace o potřebné výživě a energetickém příjmu. Tyto otázky by měl dietolog s pacientkami probírat po celou dobu léčby buď individuálně, nebo ve skupině.

Pozornost by měla být věnována těmto tématům: fyzické a psychické následky přehnaného dodržování diet, hladovění a špatné výživy; výživný obsah potravin; měnící se požadavky na dietu s rostoucí hmotností; dynamika energetického příjmu, aktivity a kontroly hmotnosti; požadavky na výživu nutné k dobrému zdraví a udržení hmotnosti; u starších pacientek praktické rady k nakupování a vaření.

Předsvědčení a postoje pacientek s MA se nezmění automaticky s váhovým přírůstkem. Nejúčinnější prostředky k dosažení změny jsou: porozumění na základě správných informací; osobní zkušenost, že návrat k normální tělesné hmotnosti a výživě příznivě ovlivňuje zdraví a energii; stálá podpora a posilování. /1/

#### **Edukace pacientky a rodinných příslušníků**

- Dostatečný denní příjem

Je třeba si opakovat, že chci se vyléčit, musím přibrat, a chci – li přibrat, musím toho sníst více než dosud. Orientační hodnota denního energetického příjmu při léčbě mentální anorexie je asi 3500 k Cal. Znamená to jíst šestkrát denně – hlavní jídla, svačiny, druhá večeře. Také je nutné omezit aktivní pohyb (sport, cvičení) na minimum. Pak lze dosáhnout přírůstku hmotnosti mezi 0,5 až 1 kg za týden. Škodlivé je přesné počítání kalorií, většinou to zvyšuje úzkost a potřebu kontroly příjmu potravy. Nevhodné je zařazení nízkotučných a nízkokalorických výrobků,

kteřé zaplňují žaludek a nemají dostatečnou energetickou výživnou hodnotu. Naprosto nevhodné je cvičit po jídle a vyhověť tak výčitkám. Vypěstuje se tím špatný návyk, a zpomalí (tedy i prodlouží) se tak doba potřebná k dosažení optimální váhy.

- Pravidelná strava

Je vhodné po dobu, než se stane stravování normální součástí každého dne, vytvořit si časový plán, v kolik hodin budu snídat, svačit, atd. Pomůže to jednak zmírnit úzkost před jídlem, odpadá totiž velmi nepříjemné rozhodování jestli jíst hned, nebo to odložit a často pak vynechat.

- Postupné rozšiřování výběru jídla

Jídelníček lidí, trpících mentální anorexií bývá často velmi chudý a stereotypní. Cílem je postupně jídelníček rozšiřovat, aby byl pestřejší a vyváženější. Je velmi dobré vypsát jídla či jednotlivé potraviny, které jsou pro dotyčnou osobu zakázané – kterých se bojí a vyhýbá, pak je seřadit podle obtížnosti. Pak vybrat jídla, která jsou vhodná do jídelníčku vrátit a postupovat od těch méně obtížných.

- Maso v jídelníčku?

Maso dodává tělu řadu důležitých látek, některé z nich nelze jinak adekvátně získat, navíc je energeticky vydatné. Proto zařadit do jídelníčku se doporučuje, nemusí však být každý den (alespoň však pětkrát týdně). Je vhodné střídat druh masa (ryby, drůbež, hovězí, vepřové a další) i úpravu.

#### 4. Závěr

O pacientčin zdravotní stav jsem se nadále zajímala. Po ukončení dvou měsíců od prvního dne hospitalizace byla pacientka po domluvě s matkou propuštěna před ukončením váhového plánu (doporučená hmotnost 48kg) do domácího léčení. Posledních 14 dní kolísá hmotnost mezi 46,10 – 46,90 kg. V prvním týdnu hospitalizace se pacientka jevila jako tichá, nenápadná, apatická osoba. Nálada byla spíše smutná, výraz tváře skleslý. Po adaptaci na oddělení a po edukačním plánu, se pacientka aktivně podílela na kreativních terapiích a snažila se také dodržovat režim stanovený lékařem. Se sestrou spolupracovala. Pacientka propuštěna bez psychofarmakologické medikace a předaná do péče praktického lékaře.

## Doporučení po propuštění

- pacientka by měla pravidelně navštěvovat psychiatrickou ambulantní péči v místě bydliště
- měla by dodržovat pravidelný stravovací režim jak byl zaveden
- pravidelně kontrolovat hmotnost v ambulanci
- pokračovat v gynekologické ambulantní péči v místě bydliště - 1. kontrola po menstruaci.
- rozpis hormonální léčby dle menstruačního kalendáře

*Motto: „Tvá výživa bude tvým lékem.“*

*(Hippokrates)*

## 5. Seznam použitých zkratek

AA	Alergická anamnéza
atd.	A tak dále
BMI	Body mass index
D	Dechová frekvence
DPKD	Dětská psychiatrická klinika
FA	Farmakologická anamnéza
FW	Sedimentace erytrocytů
GA	Gynekologická anamnéza
KCAL	Kalcia
KO	Krevní obraz
KPa	Kilopascal
MA	Mentální anorexie
mmol	Milimol na litr
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NO	Nynější onemocnění
Např.	Například
OA	Osobní anamnéza
P	Puls
PPP	Poruchy příjmu potravy
pH	Míra kyselosti-zásaditosti
PH	Porodní hmotnost
PER OS	Přes ústa
PSYCH	Psychiatrická anamnéza
P+V	Příjem a výdej
resp.	Respektive
RO	Rodinná anamnéza
SA	Sociální anamnéza
SŠ	Střední škola
TK	Tlak krevní
TT	Tělesná teplota
VFN	Vojenská fakultní nemocnice

## 6. Seznam použité literatury

1. Baštecká, B., Goldmann P.: Základy klinické psychiatrie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
2. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
3. Frunauf, P. A kol.: Fyziologie a patofyziologie dětské výživy. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0069-2.
4. Kocourková, J. et al.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galen, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
5. Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R.: Ošetrovatelstvo 1. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
6. Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R.: Ošetrovatelstvo 2. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
7. Kratochvíl, S.: Psychoterapie. Praha: Avicenum, 1987.
8. Krch, D. F. a kol.: Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada 1999. ISBN 80-7169-627-7.
9. Krch, D. F. a kol.: Mentální anorexie. Praha: Portal. ISBN 80-724-354-6.
10. Marečková, J.: Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách. Praha: Grada Avicenum, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
11. Marková, E. Venglářová, M., Babiakova, M.: Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha. Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
12. Moore-Groarková, G., Thompsonová, S.: Keď sa jedlo stane vašim nepriateľom. Slovenský spisovateľ a.s., 1998. ISBN 80-220-0913-3.
13. Nevoral, J. a kol.: Výživa v dětském věku. Nakladatelství H-H, 2003. ISBN 80-86-022-93-5.
14. Plante, S. T.: Současná klinická psychologie. Praha: Grada, 200. ISBN 80-7169-963-2.
15. Raboch, J., Zvlolský, P. et. al.: Psychiatrie. Praha: Galén, 2001.
16. Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf s.r. o, 1996. ISBN 80-85800-33-0.
17. Sipeky, E.: Moje báječné ženy. Bratislava: Ikar a.s., 2004. ISBN 80-551-0854-4.

18. Staňková, M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelství. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
19. Staňková, M.: Základy teorie ošetrování. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-243-5.
20. Trachytová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X.
21. Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178—802-3.
22. Vomastek, P.: Z deníku anorekika. Praha: Příbram PB. ISBN 80-8606-10-3.
23. Jiné zdroje - internetové stránky 10.10.2005  
<http://www.anorexie.wz.cz/rodice3.htm>



## 7. Seznam příloh

1. Příloha č. 1. – Ošetřovatelská dokumentace 1
2. Příloha č. 2. - Ošetřovatelská dokumentace 2
3. Příloha č. 3. - Obrázek dívky při pohledu do zrcadla

## Ošetrovatelská dokumentace

JMÉNO: <u>MARIA</u> PŘÍJMENÍ: <u>VACOVA</u>							
ROČNÍK: <u>3</u>							
AK. ROK: <u>2006-2007</u>							
Souhlas klienta se získáváním informací ke studijním účelům <u>ANO</u> Podpis.....							
Iniciály nemocného: <u>SARA XY</u>	Oddělení: <u>DĚTSKÁ PSYCHIATRICKÁ</u> <u>KLINIKA</u>						
Pohlaví: <u>ŽENA</u>	Datum přijetí: <u>12.6.2006</u>						
Věk: <u>16 LET</u>	Den hospitalizace: <u>001</u>						
Stav: <u>SVOBODNA</u>							
Vzdělání:							
Povolání: <u>STUDENTKA</u>							
Kontaktní osoba: <u>MATKA</u>							
HL. DŮVOD PŘIJETÍ (použít slova pacienta) <u>PROTŘE ŽHUBLA</u>							
LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY Hlavní: <u>NEKONTROLOVATELNÝ ÚBYTEK TĚLESNÉ VÁHY</u>							
Ostatní:							
CHRONICKÁ TERAPIE Nemocný má u sebe tyto léky: Je poučen o užívání: <u>ANO - NE</u>							
ALERGICKÁ ANAMNÉZA Léky: _____ Potraviny: _____ Ostatní: <u>SRST ZVÍŘAT</u>							
RIZIKA Alkohol: <u>ANO</u> kolik:..... <u>NE</u> Kouření: <u>ANO</u> kolik:..... <u>NE</u> Ostatní drogy: <u>ANO</u> kolik:..... <u>NE</u> Jiná rizika:							
FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ							
Orientace: <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> prostorem	Stav dutiny ústní:						
Puls: <u>64</u>	Sliznice: <u>VLHKA</u>						
Dech: <u>16</u>	Chrup: <u>VLASTNÍ</u>						
Tělesná teplota: <u>36,5 C</u> TK: <u>105/65 Torr</u>	Nos:						
Stav výživy: Výška: <u>158 cm</u> Váha: <u>59,60 kg</u> BMI: <u>15,3</u>	Průchodnost:						
Stav kůže:	Sekrece: <u>BEZ SEKRECE</u>						
Barva: <u>RUŽOVÁ</u>	Sluchové omezení: <u>Ano - Ne</u>						
Turgor: <u>norma</u> zvýšený : snížený	Kompenzační pomůcky:						
Jizvy: <u>Ne - Ano (lokalizace):</u>	Zrakové omezení: <u>Ano - Ne</u>						
Jiné kožní defekty: _____	Kompenzační pomůcky:						
Riziko vzniku dekubitů - (Norton score):	Chuťové omezení: <u>Ne - Ano</u> slaná, siadká, hořká, kyselá						
Dekubitus: <u>Ne - Ano (lokalizace):</u>	Chůze: <u>jistá</u> nejistá - (opora) ležící						
INVAZIVNÍ VSTUPY							DIETA: <u>M</u>
	Zilní katétr	Močový katétr	Drén	Sonda	Stomie	Jiné	Jiná omezení:
Datum							
Lokalizace							
Typ							







Sebepečjetí	<p>Vnímáte nějaké změny svého tělesného vzhledu? <u>ANO, VÍŠI SE TROUŠTĚ</u></p> <p>Pocítíte nějaké změny ve Vašem psychickém stavu? <u>ANO, STRACH</u></p> <p>Existuje něco, co Vás zneklidňuje? <u>JIŠLO</u></p> <p>Prožíváte často: <input checked="" type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkost</p> <p><input type="checkbox"/> vztek <input type="checkbox"/> smutek <input type="checkbox"/> stres <input type="checkbox"/> radost</p> <p>Co je vyvolalo?.....</p> <p>Co Vám pomáhá?.....</p>	<p>08.08. Strach z léčby z důvodu nedostatečné informací, projevuje se dotazy nemocné odmítáním spolupráce, úzkostí</p> <p>Cíl krátkodobý: pacientka je dostatečně informována o polímnu nemocí a o režimu léčby</p> <p>analýza do 12 hodin, pacientka přijímá přinejmenším dva signály do druhého dne</p> <p>Krátkodobý: pacientka volala lékař do odně KAL TĚČE: zdravotce pacientky, ačkoliv se již nemá vinný olem, nelehký situaci, před emulsií, sledy, nic dělat, jinde nemocného; poskytnout informace rodině; pomoci pacientce zvládnout strach, má se zítel aivem pacientky; respektuj vztahy a práci pacientky</p>	
Role - mezilidské vztahy	<p>Bydlíte: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s rodiči</p> <p><input type="checkbox"/> s vlastní rodinou</p> <p>Jaký je Váš pocit ze vztahů <input type="checkbox"/> s partnerem.....</p> <p>..... <input type="checkbox"/> s rodiči..... <input type="checkbox"/> s dětmi.....</p> <p>Je na Vás rodina závislá? Ne - Ano (jak).....</p> <p>Jste spokojen ve svém zaměstnání? Ano - Ne</p> <p>Máte domácí zvíře? Ne - Ano (jaké).....</p> <p>Kdo o něj pečuje v současnosti?.....</p>		
Sexualita-reprod.sch.	<p>Menstruace: od kolika let: <u>12</u></p> <p>Klimakterium:.....</p> <p>Prevence: <input checked="" type="checkbox"/> samovyšetření prsu</p> <p><input type="checkbox"/> preventivní gyn. prohlídky <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Jiné obtíže?.....</p> <p>Muž: onemocnění urogenit. traktu?.....</p> <p>Operace?.....</p>		
Věra - životní hodnoty	<p>Jste věřící? <u>Ne</u> - Ano (jaké vyznání).....</p> <p>Přejete si zprostředkovat kontakt s: knězem . pastorem . jinou osobou</p> <p>Věříte v něco jiného? Ne - <u>Ano</u> (v co?).....</p> <p><u>SÍLU JÍ DAVÁ VĚRA V SEBE SANA A JEJÍ RODINU</u></p>		



