

Univerzita Karlova v Praze

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Bakalářský studijní program Ošetřovatelství

obor Všeobecná sestra

Bakalářská práce

Ošetřovatelský proces u nemocného s

mentální anorexií

Autor práce: Kateřina Hradecká

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová

Rok zpracování (odevzdání): 2008

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně UK 2. LF.

Podpis :.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Šárce Tomové a Bc. Márii Vacové. Děkuji za ochotu, profesionální rady a odborné vedení mé práce.

Podpis :.....

Abstrakt v českém jazyce:

Cílem mé bakalářské práce je seznámit laickou i odbornou veřejnost s problematikou mentální anorexie. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Část teoretická obsahuje rozdělení poruch příjmu potravy, historii, příčiny a příznaky onemocnění, dále terapii a neméně důležitou prevenci onemocnění mentální anorexie. V úvodu praktické části jsem se zabývala teorií oboru ošetrovatelství a ošetrovatelského procesu. Dále je vypracována ošetrovatelská anamnéza a hodnocení pacientky podle modelu M. Gordonové, dle kterého jsou vyhledány a stanoveny ošetrovatelské diagnózy. V závěru praktické části je stručně vypracován průběh hospitalizace pacientky. V přílohách můžete nalézt například tabulku váhových přírůstků a úbytků hmotnosti pacientky za dobu její hospitalizace, edukaci pro rodiče a další.

Abstrakt v anglickém jazyce:

The aim of my bachelor essay is to introduce lay readers as well as specialists acquainted with anorexia nervosa problems. The essay is divided into two parts - theoretical one and practical one. The theoretical part contains the division of food intake disorders, history, causations and symptoms of the ailment, therapy and no less important part about prevention of anorexia nervosa disease. In the introduction of the practical part I considered with the theory of treatment and nurse process. The anamnesis and patient's classification is elaborated by M. Gordon according to it the nursing diagnosis are sought and defined. There is brief elaboration of patient's hospitalization in the conclusion. Attached you can find for example patient's weight gain and loss table during her hospitalization, the education for parents and other.

Obsah

1. Úvod	7
2. Teoretická část	8
2.1 Poruchy příjmu potravy.....	8
2.2 Mentální anorexie – definice.....	12
2.3 Diagnostická kritéria hodnocení mentální anorexie.....	13
2.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN – 10.....	13
2.3.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV.....	14
2.4 Historie onemocnění.....	15
2.5 Příčiny onemocnění.....	17
2.6 Příznaky onemocnění.....	20
2.7 Zdravotní komplikace mentální anorexie.....	21
2.8 Terapie mentální anorexie.....	23
2.8.1. Ambulantní péče a hospitalizace.....	24
2.8.2. Muzikoterapie, Arteterapie, Kanisterapie, Ergoterapie, Hippoterapie, Autogenní trénink.....	25
2.9 Prevence mentální anorexie.....	26
3. Praktická část	27
3.1 Vymezení oboru ošetrovatelství.....	27
3.1.1 Teorie oboru – koncepční modely a teorie.....	27
3.1.2 Charakteristika ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové.....	28
3.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	31
3.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	32
3.3 Ošetrovatelská anamnéza.....	34
3.3.1 Lékařská anamnéza.....	35
3.3.2 Hodnocení pacientky dle M. Gordonové.....	37
3.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz.....	42
3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	44
3.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	53
3.5 Průběh hospitalizace.....	57

4. Závěr	59
5. Seznam použité literatury	60
6. Seznam příloh	62

1. Úvod

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala téma z řad psychiatrických diagnóz. Mentální anorexie je již v dnešní době pojmem poměrně známým, neznamená to však, že se již nemusí o problému hovořit a publikovat jej. Sdílím takový názor, že by tomu mělo být naopak, právě z těchto důvodů jsem si téma Mentální anorexie vybrala.

Osvěta laické veřejnosti a medializace problému mentální anorexie je nesmírně důležitou složkou v boji s tímto onemocněním, vzhledem k tomu, že onemocnění může mít až fatální následky a nemělo by se v žádném případě podceňovat. Moderním a efektivním řešením je působit preventivně, seznamovat veřejnost s onemocněním, jako tomu bude v mé práci. Věřím, že práce poslouží k nahlédnutí a vytvoření si určitého pohledu na onemocnění.

Práce je formálně členěna do dvou hlavních částí, teoretické a praktické.

V teoretické části se zabývám základním rozdělením poruch příjmu potravy, historií mentální anorexie, její charakteristikou, příčinami vzniku onemocnění, příznaky onemocnění, terapií mentální anorexie a prevencí.

V praktické části popisuji metodiku ošetrovatelského procesu, propracovávám kazuistiku na konkrétní pacientku. K vyhodnocení informací o nemocné jsem použila model M. Gordonové, pro jeho přehlednost a úplnost. Dále jsou zpracovány aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, cíle a plány ošetrovatelské péče, realizace a zhodnocení efektu poskytnuté péče. K dokreslení celého onemocnění podávám stručný přehled hospitalizace pacientky.

Celou bakalářskou práci shrnuje závěr, ve kterém vše hodnotím.

Práce je doplněna přílohami.

2. Teoretická část

2.1 Poruchy příjmu potravy

„Tam kde obvykle člověk nachází slast a relaxaci, jak je obvyklé v případě jídla, sexuality nebo prosté pasivity, tam dívka s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost a těmto pocitům se brání právě tím, že zesiluje svoje kontrolující a asketické chování.“ (Kocourková, 1997)

Poruchy příjmu potravy 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. /10/

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

Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM – IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem poruch příjmu potravy dva nejzřetelnější vymezené syndromy : mentální anorexií a mentální bulimii. Kritéria stanovená v DSM - IV nebo starším DSM – III – R jsou běžně užívaná ve výzkumu a v publikační činnosti, MKN- 10 je naopak standardem v klinické praxi. Vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplňují některé z diagnostických kritérií, věnují obě diagnostické klasifikace pozornost i těmto atypickým, subklinickým,

parciálním nebo jinak nespécifikovaným poruchám příjmu potravy. Diagnostická kritéria jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů. /10/

Poruchy příjmu potravy a jídelních návyků se staly v posledních desetiletích centrem zájmu nejen z hlediska psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie, ale také předmětem sociokulturní analýzy, která se snaží rozumět stylu doby, jejím hodnotám, vztahu k tělu výkonu a slasti. V pohledu na jídelní patologii můžeme vidět na jedné straně spektra zaujetí dietami, štíhlostí, fyzickou a výkonovou dokonalostí a na druhé straně spektra kachektizace, patologický strach ze ztloustnutí, poruchy percepce těla, v extrémních případech s letálním koncem. Jsme obklopeni mnoha případy z médií, kdy vychrtlé modelky usmrtí jejich hrozivá touha po štíhlosti až vyhublosti. /7/

Mentální anorexie je onemocnění biopsychosociální. Na jeho vzniku se podílejí individuální vývojové, psychologické, sociální i biologické procesy. Riziko onemocnění je vyšší pro dívky a mladé ženy i muže, kteří se věnují „rizikovým“ aktivitám např. modelky, baletky, vrcholové sportovkyně, zpěvačky. /15/

Rozdělení poruch příjmu potravy

Mentální anorexie, výskyt nejčastěji ve věku 14 – 18 let.

Je charakterizována formami jednání, které jsou cíleny na snížení tělesné hmotnosti. Základními příznaky jsou chorobný strach ze ztloustnutí, odmítání jídla, které vede postupně ke ztrátě chuti k jídlu a pocitu hladu, postupné snižování tělesné hmotnosti vyúsťují až do extrémního hubnutí, narušeného schématu vlastního těla, dále se přidružují somatické choroby. /22/ O mentální anorexii je blíže popsáno na dalších stránkách mé práce.

Mentální bulimie, výskyt u starších dívek 17 – 25 let, někdy i později

Obvykle je toto onemocnění vyvoláno větší psychosociální zátěží, průběh bývá plynulý, postupně se nemocní dostávají do stadia, kdy nemoc silně narušuje jejich život. Nedovedou se normálně najíst, pacienti hladoví nebo se přejedí, obvykle jedí tajně, stejně tajně se posléze potravy zbavují, doprovází je velký pocit studu za vše,

co dělají. Dočasnou úlevu jim přináší zbavení se sněženého jídla, avšak dále následuje pocit hanby a tím se emocionální napětí zvyšuje. /23/

Nemocní obvykle nemívají nízkou tělesnou hmotnost. Charakteristická je pro ně rychlá konzumace velkého množství jídla v malých časových intervalech. Nemocní konzumují vysokokalorickou a snadno stravitelnou potravu během záchvatu přejídání, při zakončení záchvatovitého přejídání nastává obvykle samonavození zvracení, dále bolesti břicha, spánek. Postupně obvykle dochází k přerušování sociálních kontaktů s okolím pacienta, dále opakované pokusy snížit hmotnost pomocí drastických diet, zvracením nebo užíváním projímadel či diuretik. /22/

Mezi další typy poruch příjmu potravy patří:

- Atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie
- Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami
- Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami
- Jiné poruchy příjmu potravy

Rizikové faktory poruch příjmu potravy

1. Sociokulturní

Stylem dnešní moderní doby je přílišný důraz na ženskou krásu. Ideálem je štíhlost, chápána jako synonymum ženské krásy a dokonalosti. Toto všechno nám z velké většiny přináší mediální produkce, propagující kult štíhlosti. Mediální produkce ruší hranice mezi fikcí a skutečností, udává modelky jako představitelky normy, kterou by se měly mladé dívky řídit, pokud by chtěly vypadat a být stejně úspěšné a „krásné“. /23/

2. Rodinné

V rodině se často používá jídlo jako výchovný nástroj, jídlo se tak až příliš propojuje s emocemi. Nucení k jídlu, eventuálně dojíždání i přesto, že už dítě nemá hlad. Dochází k přílišné rodičovské kontrole nad přijímáním potravy, která může vést k tomu, že se dítě nedostatečně naučí kontrolovat samo.

Obvykle zde vzniká sociální dědičnost. Velmi často matky či jiní rodinní příslušníci nemocných s poruchami příjmu potravy mají s příjmem potravy také problém, často se objevují i problémy s obezitou. Vzniká zde určitý model od rodičů, který mohou děti převzít, dítě se naučí určité vzorce chování, stravování, např. že je dieta normální apod.

Další z rizikových rodinných faktorů poruch příjmu potravy je nedostatečné vyjadřování emocí a snížená schopnost otevřeně řešit konflikty.

Nesprávná je také výchova orientovaná na výkon, hodnocení a ocenění, za něco a ne jen tak. Kontrola potom převažuje nad emoční blízkostí a podporou, to vede k přílišné závislosti na mínění druhých, k narušení sebeobrazu a křehké rovnováze.

/23/

3. Osobnostní

Z části vyplývá z rodinných rizikových faktorů. Nemocné jsou nápadné svou bezproblémovostí, konformitou, potřebou nevybočovat z normy a co nejlépe plnit veškerá sociální očekávání. Mají tendence prezentovat se požadovaným způsobem a podléhají ve zvýšené míře sociálnímu tlaku a vlivu obecně uznávaných vzorců a autorit. Charakterizují se obrovskou snahou po dosažení uznání, důraz kladou na výkon, potřebu sebeutvrzování úspěchem a pozitivním hodnocením.

Pacienti bývají svědomití až perfekcionalističtí, většinou disponují nadměrnou inteligencí a jsou úspěšní ve škole, avšak paradoxně mívají snížené sebevědomí a jsou zvýšeně sebekritičtí. Trpí nedostatkem pocitu sebejistoty, která posiluje potřebu sebekontroly.

U bulimie navíc převažuje impulsivita a neschopnost sebeovládání. Takže i když kladou důraz na sebekontrolu, nedovedou to. /23/

Jedinci trpící poruchou příjmu potravy bývají nadměrně soustředěni na jídlo, rádi vaří a sbírají recepty. Přesně odměřují potraviny, počítají kalorie, hromadí a skrývají jídlo. /20/

Škály pro hodnocení poruch příjmu potravy

Test postoje k jídlu - EAT – Eating Attitude Test - je sebehodnotící dotazník užívaný u mentální anorexie. Obsahuje celkem 40 položek popisujících obvyklé obavy a anorektické chování. Posuzuje se přítomný stav pacientek, hodnotí se míra závažnosti anorektických příznaků a dynamika vývoje příznaků během léčby.

Dotazník stravovacích poruch – EDI – Eating Disorders Inventory - Užívá se ke zhodnocení psychopatologie u mentální anorexie a bulimie. Sebeuposuzovací škála má 64 položek. Posuzuje se míra potřeby hubnout, míra bulimie, nespokojenost s vlastním tělem, neúčinnost, perfekcionismus, interpersonální stres, strach z dospívání a interoreceptivní vnímání. /17/

2.2 Mentální anorexie – definice

Mentální anorexie (dále MA) je porucha, která je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín “anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, porocím a tloušťce. /10/

Mentální anorexie tak získává pověst zákeřné, tajemné a hlavně nesrozumitelné duševní choroby. Charakteristiku onemocnění mentální anorexie je třeba vidět jako proces, jež začíná změnami psychického rázu, které nemusí okolí postihnout, nebo je může připisovat obvyklému chování dospívajících dívek. Nespokojenost se sebou, zaměření na vlastní tělo, zaujetí asketickou životní polohou s dominujícím výkonem, sebeovládáním, sebeomezováním a s tím souvisejícím zdravým a dietním jídelním

stylem, předznamenávají symptomovou formaci, ve které symptomatika jídelní patologie posiluje sama sebe tím, že snižuje úzkost a tak se stává ego-syntní charakteristikou. Tento proces pokračuje v rovině somatických změn v postupující kachektizaci, v rovině psychických změn v postupující depresivní symptomatice, úzkosti, patologickým zabýváním se váhou, jídlem a vlastním tělem a v rovině objektivních vztahů vzdalováním se skupině vrstevníků a intenzivním ambivalentním připoutáváním se k rodině, která je také pod vlivem destruktivních procesů spojených s onemocněním. Vzniká bludný kruh, z něhož nelze vystoupit vlastními silami nemocného ani jeho rodiny. /7, 9/

2.3 Diagnostická kritéria hodnocení Mentální anorexie

2.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F50.0)

Klasifikaci nemocí lze definovat jako soustavu položek, do které se zařazují nosologické jednotky podle stanovených kritérií. Obsah MKN umožňuje systematické zaznamenávání, analýzu, výklad a porovnání dat o úmrtnosti a nemocnosti, shromážděný v různých zemích nebo oblastech a v rozdílných dobách. MKN se používá k převodu diagnóz nemocí a jiných zdravotních problémů ze slovní podoby do alfanumerického kódu, což usnadňuje snadné uložení, vyhledávání a analýzu dat.

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxantiv, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu /optimální nebo cílové váhy/.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha zahrnující hypotalamo – hypofýzo – gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna. /1/

2.3.2. Diagnostická kritéria podle DSM – IV

Pracovníci klinického úseku ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací přeložili Diagnostický a statistický manuál duševních poruch americké psychiatrické společnosti. (Zdroj: American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, vydána v roce 1994).

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pod danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- B. Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.

- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru). /10/

2.4 Historie onemocnění Mentální anorexie

Historie onemocnění mentální anorexie je velice zajímavá a rozsáhlá, ve své práci nejprve uvedu některé aspekty ze současnosti, dále se zaměřím na chápání anorexie v minulosti.

Mentální anorexie bývá považována za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Svou roli v tom jistě sehrály některé známé osobnosti, jako například manželka rakouského císaře Františka Josefa Alžběta Rakouská, známá jako Sisi, herečka Audrey Hepburnová nebo zpěvačka Karen Carpenterová, francouzská herečka a modelka Isabelle Carová a mnoho dalších významných a známých lidí, modelky nevyjímaje. Dieta je přepych, a tak není divu, že jejími prvními oběťmi byly dívky z vyšších sociálních vrstev. Svět se ale změnil a tělesná vyhublost se stala významnou hodnotou i pro nižší socioekonomické vrstvy, jiné rasy a kultury. Vzrostl výskyt poruch příjmu potravy např. v izraelských kibucech, v Japonsku i v chudinských čtvrtích západní Evropy a USA. Na druhé straně stále platí některé rasové a sociální rozdíly, pokud jde o tělesnou hmotnost. Podle několika populačních studií jsou dívky s bílou barvou pleti a z rodin s vyššími příjmy v průměru na počátku dospívání silnější, ale koncem dospívání štíhlejší než dívky z rodin s nižšími příjmy nebo s tmavou barvou pleti. /9/

Protože nadváha, redukční diety, módní vlivy a poruchy příjmu potravy spolu vzájemně souvisí, jsou dnes silnější dívky z rodin s nižšími příjmy a s nižším vzděláním vystaveny stejnému nebo vyššímu riziku než jejich vrstevnice. /9/

Odmítání potravy patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu staletí však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev.

Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání jídla, pokud ho nedoprovázely symptomy známých chorob, například tuberkulózy, spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo vlivu ďábla. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly být posléze pokládány za známku duševní poruchy. Termín mentální anorexie (anorexia nervosa) implikuje, že porucha pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. Tyto termíny lze najít již ve starověkých lékařských pramenech. V antických dobách označoval termín anorexie stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy, apatie. Galén, jedna z nejvýznamějších postav medicíny té doby, používal tento termín v užším smyslu jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Stejně jako Hippokrates, i Galén obvykle užíval pojem „asitia“, když popisoval odmítání potravy. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám.

Jak jsem již zmínila, onemocnění mentální anorexie sahá až do hluboké historie, zajímavé jsou také poznatky z doby pozdního středověku. Jednalo se především o věřící ženy, které dodržovaly přehnaný půst, jenž měl důležitou roli v jejich životě. Tyto svaté ženy tvrdily, že je při životě bez potravy nebo jen s velmi omezeným příjmem udržuje boží pomoc. Římskokatolická církev od počátku novověku značně omezila množství svatých, kteří byli kanonizováni, a s tím postupně začal klesat i počet těchto postících se světic. Kromě toho bylo čím dál obtížnější připisovat vysvětlení nepochopitelných jevů nadpřirozeným silám. V této době se začaly objevovat „zázračné panny“, tedy postící se mladé, adolescentní dívky, které se již výslovně neodvolávaly na boží inspiraci. Přesto se jim dostávalo značné místní a někdy celonárodní pozornosti, protože tvrdily, že přijímají pouze minimální množství potravy nebo že nejedí vůbec. V některých případech se za zázračnými dívkami vydávaly tisíce poutníků, včetně králů a dalších hodnostářů, kteří jim přinášeli dary.

Tyto případy vyvolávaly ostré diskuse a od lékařů se očekávala odpověď na otázku, zda jde o podvod, nebo o zázrak. Řada lékařů byla tehdy ještě přesvědčena, že dlouhodobá abstinence potravy je zázrak, způsobený božím přičiněním. S postupem času a doby byly tyto metafyzické představy nahrazovány teoriemi více pozemského rázu. V průběhu 19. století však lékaři začali nahlížet na problém odmítání jídla jako na patologický jev, až konečně většina lékařů začala pokládat déletrvající odmítání jídla za zjevnou známku choroby nebo jednoduše za nemožné. Rovněž veřejnost začala zázračné postíci se panny vidět spíše jako hysterické osobnosti, které se snaží upoutat pozornost a zároveň mají sklony k podvádění. Tento názor přetrvával zpočátku i v době, kdy již byla popsána a známa klinická diagnóza mentální anorexie. /10/

Příklady anorexie nervosa byly popsány Richardem Mortonem r. 1694 jako onemocnění s psychickým původem a syndrom vymezili už v r. 1868 William Gull a E. Ch. Laséque, přístup a výklad onemocnění se během 20. století měnil s vývojem teoretických trendů v psychiatrii. Ve 20. letech kdy převládal neuropsychiatrický pohled, byl zájem soustředěn na spojení kachexie a přední hypofýzy. V době zájmu o psychoanalýzu byly poruchy příjmu potravy 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 vztahy mezi matkou a dítětem, které vedou k maladaptivním vzorcům v hledání vlastní autonomie prostřednictvím kontroly vlastního těla. /15/

2.5 Příčiny onemocnění Mentální anorexie

Mentální anorexie nemá jednu přesně určenou příčinu, rozvíjí se jako důsledek komplexního působení biologických, psychických i sociálních faktorů, v rámci interakce určitých dispozic se zátěžovými vlivy. Tyto zátěže nemusejí být příliš specifické, může se s nimi setkat i mnoho dalších lidí, kteří na ně budou reagovat jinak než poruchou příjmu potravy. /9/

Genetická dispozice může být jedním z faktorů zvyšující riziko vzniku této poruchy. Byl zjištěn její častější familiární výskyt. Genetické studie rovněž prokázaly určitou vazbu dispozice ke vzniku mentální anorexie a afektivní poruchy, především deprese. /20/

Biologické dispozice, tím jsou myšleny změny funkce hypotalamu, který je důležitý pro regulaci příjmu potravy. Tato dysfunkce se může významnějším způsobem projevit teprve v podmínkách zvýšeného stresu. Ke vzniku uvedených potíží může přispět narušení neurohumorálních a neurotransmiterových systémů regulujících pocit hladu a sytosti. Na této regulaci se podílejí různé skupiny neurotransmiterů (noradrenalin, serotonin a dopamin). Aktivace serotoninových drah vede ke snížení množství i intervalů jídla. Noradrenalin má pravděpodobně zcela opačný efekt, stimuluje chuť k jídlu. Určitý význam má rovněž způsob fungování opioidního systému – může přispět k narušení příjmu potravy i tělového schématu. Uvedené odchylky ovšem mohou být nejen příčinou, ale také důsledkem uvedených poruch, mnohdy je obtížné to odlišit. /20/

Vývojově podmíněné specifické zátěže spojené s dospíváním mohou přispět i ke vzniku poruch jídla. Může jít o biologické i psychické změny dané dospíváním, ale i o změny sociálně podmíněné např. přestup na jinou školu. Dospívání přináší biologické změny, které mohou jedince zatěžovat, rozvoj vlastní identity a přijetí ženské role, včetně sexuality. Pro některé dívky je dospívání příliš náročné a nedovedou se s ním vyrovnat. Mentální anorexii lze chápat jako projev akcentovaně asketického postoje. /20/

Odmítání ženské role, kdy anorektické dívky nepovažují ženskou roli za žádoucí, vyvolává v nich strach a odpor, a proto se jí snaží vyhnout. Nápadné vyhubnutí vede ke ztrátě sekundárních pohlavních znaků, jejich postava nevypadá jako ženská, mizí menstruace. Je zajímavé, že dívky často uvádějí jako ideální hmotnost tu, kterou měli před nástupem puberty. Určitý posilující vliv na rozvoj této poruchy mívají matky,

kteří jsou se svým ženským údělem nespokojeny, a proto nefungují jako přijatelný model. /20/

Dysfunkční rodinné vztahy – sociální vlivy jsou považovány za významné spouštěcí i posilující faktory. V těchto rodinách bývají příliš rigidní vztahy mezi jednotlivými členy, s tendencí k hyperprotektivě a vzájemné manipulaci, bez možnosti jasně vymezení pozice každého jedince. Typická je neschopnost řešit konflikt, věcně komunikovat a přijímat rozhodnutí. Převažuje strategie popírání problémů a potlačování emocí. Taková rodina se bojí jakékoliv změny, potřebuje udržet daný stav, který představuje určitou rovnováhu a navenek se prezentovat jako bezproblémová. Aby tohoto cíle dosáhla, musí regulovat život všech svých členů, zejména těch, kteří jsou nejvíce závislí. Často jde o rodiny silně zaměřené na výkon a úspěch, který vyžadují i od dětí. Za těchto okolností je pro dospívajícího problém se osamostatnit, protože rodina na jakýkoliv podobný pokus reaguje úzkostí a chováním, jehož cílem je zachování současného stavu. Dítě pomáhá rodině udržovat rovnováhu, kterou nedovede dosáhnout jinak. MA by bylo možné interpretovat jako projev pasivní vzpoury omezené na oblast jídla, protože jiný způsob je nedostupný.

Velice důležitý je v této problematice také vztah mezi matkou a dcerou. Matky anorektických dívek jsou většinou charakterizovány jako málo empatické, perfekcionistické, zdůrazňující dodržování pravidel a dosahování dobrého výkonu, k dcerám jsou často příliš kritické a zároveň hyperprotektivní. Jsou to matky, které se většinou příliš angažují a činí tak omezujícím a manipulujícím způsobem. Zdroj problémů je podle této teorie v neschopnosti dívky odpoutat se od této vazby. /20/

Sociokulturní faktory - rovněž mohou přispět ke vzniku onemocnění. Podle teorie učení jsou tyto poruchy považovány za nepřiměřenou reakci na aktuální sociokulturní normu. Může jít o důsledek vlivu mediálně prezentovaných vzorů, zdůrazňující štíhlost jako ideál krásy a předpoklad sociálního úspěchu. Dále také mediálně prezentovaný postoj k jídlu, s důrazem na diety a cvičení. Velmi nepříznivě může působit názor, že lze svou tělesnou hmotnost i proporce vlastního těla téměř

libovolně ovlivňovat. Nadváha je proto chápána jako důkaz vlastní neschopnosti a nedostatku vůle. /20/

Životní události - jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory. Nejčastěji jsou zmiňovány různé slovní narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny. /10/

Emocionální faktory - u pacientek se často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Skutečnost, že ani těžká kachexie a nebezpečí smrti nevedou u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky a změně jídelního chování, vedla už dříve některé autory k tomu, že pohlíželi na mentální anorexii jako na formu sebevražedného chování. /10/

Z dostupných materiálů vyplývá, že mentální anorexii může předurčovat tato shoda rizikových faktorů:

- ženské pohlaví – dívky dospívající 12- 20 let, i ženy ve věku 20 – 30 let
- zmatek a nejistota v dospívání
- snížené sebevědomí
- špatné mínění o svém těle
- otec pacientky alkoholik nebo se sklony k hypochondrii
- matka držící diety
- sestra léčená pro MA
- spolužačky, partner, přítel motivující k hubnutí

2.6 Příznaky onemocnění mentální anorexie

„Zapadlé, unavené oči, suchá pokožka napjatá přes vystouplé kosti, příliš jemné, řídké vlasy, 35, 40 nebo 45 kilogramů tělesné váhy na 165, 170 nebo 175 centimetrů tělesné výšky. Tak mohou vypadat první alarmující signály značící poruchy příjmu potravy.“ /9/

Jeden z hlavních příznaků, který už by měl silně alarmovat, že něco není v pořádku je úbytek hmotnosti pod 15% normální tělesné hmotnosti nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Dle mého názoru by si této, možná mnohdy první, změny měli všimnout především rodiče dítěte a co nejdříve navštívit obvodního lékaře, který určí, jak dále postupovat.

Mezi další příznaky onemocnění se řadí změny v chování ve vztahu k jídlu. Nemocný odmítá společná jídla, používá různé výmluvy k odůvodnění své absence u společného stolování. Pacient obvykle projevuje nadměrný strach z tloušťky, má velice zkreslenou představu o svém těle, vidí se jako tlustý nebo dokonce obézní, je však objektivně hubený. Běžně se vyskytují obsedantně – konvulzivní rysy, úzkostné a depresivní stavy, snížený zájem o sexuální život.

Často dívky užívají projímadla, diuretika – což jsou léky na odvodnění, anorektika – léky snižující chuť k jídlu, vyvíjí nadměrnou fyzickou aktivitu, hodně cvičí, sportují. Zastavuje se růst, pubertální projevy bývají opožděny nebo se vůbec nevyvíjí. Jelikož jsou častěji postiženy mentální anorexií dívky, nevyvíjí se jim často prsa, dochází ke ztrátám menstruace nebo poruchám cyklu. Nyní, v moderní době, kdy už je velice rozšířena hormonální antikoncepce, mohou díky ní i takto postižené dívky menstruat, mnohdy je tím však zkreslen klinický obraz. Dochází k psychickým změnám, nemocní bývají depresivní, plačtiví, podráždění, nesoustředění, uzavírají se do sebe, ztrácí zájem o okolí, kamarády, spolužáky. Jejich pozornost se výhradně zužuje na jídlo a vše kolem stravy.

2.7 Zdravotní komplikace mentální anorexie

Ze všech onemocnění léčených na psychiatrických pracovištích, je právě u pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií nejtěsněji vyjádřen vztah mezi základní nemocí a jejími somatickými projevy. /7/

MA způsobuje řadu zdravotních komplikací, které výrazně přispívají k úmrtnosti pacientů s tímto onemocněním. Nejobvyklejší a nejzávažnější jsou kardiovaskulární a metabolické komplikace. Ty také v souvislosti s narušením elektrolytové rovnováhy u pacientek, které zvracejí, nadužívají projímadla nebo diuretika,

nejčastěji přispívají k fatálnímu zakončení poruchy. Častým důsledkem výrazného váhového úbytku je osteoporóza. Zdravotní problémy spojené s MA se podobají obtížím vyvolaným nekomplikovaným hladověním a při návratu k normální zdravé výživě a tělesné hmotnosti jsou reverzibilní. Důležité rozdíly však vznikají podle toho, které základní složky v potravě chybějí. Při MA je obvykle výrazně snížen příjem kalorií z karbohydrátů – cukrů a tuků, zatímco příjem bílkovin a vitamínů může být dostatečný. Při syndromech způsobených podvýživou a hladověním chybí v potravě i bílkoviny a vitamíny.

Kardiovaskulárními komplikacemi trpí téměř 90 % postižených v průběhu onemocnění. Nejčastější z nich jsou *sinusové bradykardie* s frekvencí méně než 60 úderů za minutu, způsobené snížením metabolismu a vagovou hyperaktivitou. Dále vzniká *hypotenze* – 90/60 mmHg, způsobená chronickým snížením objemu tělesných tekutin a ortostatickými změnami, které mohou vést až ke stavům závratí a náhlé ztrátě vědomí. Nadužívání diuretik nebo projímadel může vést k *narušení elektrolytové rovnováhy* a tím vyvolávat *srdeční arytmie*, která může vést až k *srdeční zástavě*. Elektrokardiograficky bývá obvykle zjištěna sinusová bradykardie, nízká amplituda vlny P a QRS komplexu, což odpovídá snížené velikosti srdce, nespecifické změny ST úseku a vlny T a někdy i vlny U, vyvolané *hypokalémií* a *hypomagnezemií*. Možné jsou i řady jiných změn EKG, které jsou však reverzibilní a většinou rychle mizí při úpravě elektrolytové rovnováhy, doplněním tekutin a živin. /10/

Mezi akutní metabolické komplikace řadíme sekundární následky nutričního strádání, indikovaného zvracení, abúzu laxantiv a diuretik. Prvním projevem porušení vnitřního prostředí bývá *dehydratace*. Snížená perfuze ledvin při dehydrataci aktivuje renin-angiotenzin-aldosteronový systém a vyvolává sekundární *hyperaldosteronismus*. /7/

Mezi další komplikace MA patří:

- zvýšená kazivost zubů
- suchá, nažloutlá, praskající plet', šupinatá kůže
- zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, vyrážky, vysoká a snadná tvořivost modřin

- zpomalení funkce střev – časté zácpy
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- celková unavenost a svalová slabost, křeče
- nespavost a různé poruchy spánku (časté probouzení, děsivé sny)
- přecitlivělost na světlo a zvuky
- nepravidelná menstruace až amenorea, dochází k změnám menstruačního cyklu, které mohou zapříčinit neplodnost
- v důsledku vyhublosti dochází ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex
- nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopná vyrábět dostatek tělesných bílkovin a tím pádem mohou vznikat otoky
- zvýšená citlivost na chlad a podchlazení
- dochází k odvápnění kostí – osteoporóza, kosti jsou tenké a křehké, zvýšená lámavost kostí, nemocní často bývají menší než jejich vrstevníci
- slabý močový měchýř a častější nucení na močení
- pocity nevolnosti, vznik žaludečních vředů
- oslabení celkové obranyschopnosti organismu
- u některých pacientek se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy
- zpomalení růstu a opožděná puberta

2.8 Terapie mentální anorexie

Cíle terapie:

Bezprostředním cílem je především nutriční rehabilitace a navození normálního jídelního režimu s odstraněním biologických a psychologických následků malnutrice.

Dlouhodobým cílem je diagnostika a řešení psychologických problémů prevence relapsu. Psychologické problémy byly formulovány na základě teorie psychoanalytické, psychodynamické, kognitivní, rodinné, sociokulturní i feministické, teorie učení či modelů vycházejících z několika forem výkladových schémat. /14/

2.8.1 Ambulantní péče a hospitalizace

Pacienti se mohou léčit ambulantně nebo jsou hospitalizováni, obvykle po neúčinné ambulantní léčbě, na psychiatrických odděleních. /11/

Pacientka s mentální anorexií i s hmotností pod 30 % ideální hmotnosti může být léčena ambulantně, ale pouze při vysoké motivaci, kooperativní rodině a krátkém trvání symptomů. Ambulantní léčba vyžaduje časté monitorování léčebného účinku i hmotnosti. Většina pacientů s výraznou podváhou a fyziologickou nestabilitou, děti a adolescenti vyžadují často hospitalizaci. /14/

Hospitalizace adolescentních pacientek s jídelní patologií probíhá nejčastěji na psychiatrickém oddělení a je nutné počítat s několikaměsíčním trváním pobytu. Pacientka je dlouhodobě odloučena od své rodiny, vrstevníků a má absenci ve škole. Proto zejména u dívek s touto diagnózou je režim oddělení důležitým pozadím dalších specifických terapií. Terapeutické prostředí musí být přijímací a akceptující, zároveň ale dobře strukturované a důsledné v přístupu k pacientce. Důležité je začlenění do terapeutické komunity, jasné podmínky pro vzestup a kontrolu váhy a jídelního chování, účast ve škole, která by měla při takovém oddělení v základní míře fungovat. Je třeba, aby domluva ohledně návštěv rodičů a propustek byla srozumitelná pacientce samotné i rodičům.

Z psychoterapeutických metod se užívá individuální a skupinová psychoterapie, rodinná psychoterapie, léčba prostředím s režimovými a rekreačními prvky, vývoj já produkujícími aktivitami. Farmakoterapie nebývá považována za kauzální léčbu, ale často bývá indikována zejména v případech s depresivní symptomatikou. /7/

Nejčastěji užívanými psychoterapeutickými přístupy k mentální anorexii je *behaviorální a kognitivní terapie, psychodynamická psychoterapie, rodinná a skupinová terapie.* /7/

Strava je při léčbě příjmu potravy považována za základní biologickou potřebu pacienta i za lék. Výběr jídel a jejich objem je v kompetenci zdravotnického týmu (psychiatr, psycholog, nutriční terapeut a další). Bez výslovného souhlasu nesmí mít pacient u sebe žádné jídlo. Pacient dostává jídlo obvykle šestkrát denně – snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, druhá večeře. Součástí léčby je psychoedukace, která se týká správného stravování. Na psychoedukaci se podílí sestra speciálně

vyškolená pro tuto činnost. Pacienti jsou seznamováni s biologickými i psychologickými důsledky hladovění. Sestra dohlíží na každé jídlo, které má pacient pozřít. /1/ Existují také svépomocné skupiny např. Klub mentální anorexie, Klub pro rodiče pacientů s MA. Skupiny poskytují informace, provádějí poradenství, umožňují svým členům uvědomit si, že nejsou na problém sami a pomáhají je naučit se uvažovat o jídle, svých trápeních a vztazích jiným způsobem.

Další vhodnou formou léčení pacientů s MA jsou denní stacionáře. Léčí se tam formou specializovaného programu, poskytují pevnou strukturu, pokud jde o jídelní režim a umožňují intenzivní terapii bez ztráty kontaktů s rodinou a dalším sociálním okolím. Zásadní léčbou je psychoterapie, v případě hospitalizace i režimová terapie.

2.8.2 *Muzikoterapie, Arteterapie, Kanisterapie, Ergoterapie, Hipoterapie, Autogenní trénink*

Muzikoterapie – léčba hudbou – jde tedy o použití zvuku a hudby – rytmu, melodie, harmonie – kvalifikovaným muzikoterapeutem pro jednotlivce nebo skupinu. Využívá se zde umění, jakožto edukačního prostředku primárně k terapeutickému cíli. To následně vede k uspokojení emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb lidí, kterým se muzikoterapie dostává.

Arteterapie – léčba uměním – pomocí vnímání uměleckých děl, vlastní aktivní tvorbou. Umožňuje vyjádření emocí, které nemůžeme nebo nedovedeme vyjádřit jiným způsobem, přináší pocit uvolnění, očištění. Zároveň se tvůrčí činností dostáváme do kontaktu se svým skutečným „já“ a postupně se učíme lépe porozumět tomu, co se v nás děje, integrovat se do své osobnosti, duše a být více sami sebou, zdravější, spokojenějšími, kreativnějšími, komunikativnějšími.

Kanisterapie – léčebný kontakt psa a člověka - rozvíjí hrubou a jemnou motoriku, podněcuje verbální i neverbální komunikaci, rozvíjí orientaci v prostoru a čase, pomáhá při nácvičku koncentrace a paměti, rozvíjí sociální citění, poznávání a složku citovou. Působí také v rovině rozvoje motoriky s atributy rehabilitační práce, v polohování a v relaxaci. Na druhou stranu ale tam, kde je to třeba, psi podněcují ke hře a k pohybu, zároveň mají velký vliv na psychiku a přispívají k duševní rovnováze a motivaci.

Ergoterapie – léčba prací – zaměřuje se především na nácvik jemné a hrubé motoriky, nácvik soběstačnosti, nácvik kognitivních funkcí v rámci denních aktivit, využívá kreativní techniky – korálkování, drátování, modelování, skládání z papíru, barvení na hedvábí, kreslení. Vede k nácviku soběstačnosti.

Hippoterapie – léčba koňmi – simuluje a stimuluje fyziologický pohybový vzorec, podobný lidské chůzi, umožňuje chůzový trénink trupu ve vzpřímeném postavení, působí v rytmu, čímž ovlivňuje svalový tonus a zmenšuje únavu, usnadňuje vzpřímené držení těla a schopnost zpracovávat podněty z vnějšího a vnitřního prostředí. Trénuje kardiovaskulární a respirační systém, tělesnou koordinaci a rovnováhu, vyladuje celkovou neurovegetativní rovnováhu. Prožívané emoce mají silný motivační efekt, umožňují zpracovat agresi, dochází k uvolnění úzkosti a zábran.

Autogenní trénink – je jedna z nejvíce používaných metod v psychoterapii. Hlavními principy jsou relaxace a koncentrace. Jde tedy o stav plného soustředění při maximálním uvolnění. Autogenní trénink je systematický nácvik zaměřený na rozvoj schopnosti navodit si pomocí soustředění na určité formulky stav příjemného, hlubokého klidu a uvolnění, který má zotavující účinek na celý organismus, na jeho duševní i tělesný stav. /6/

2.9 Prevence mentální anorexie

Primární prevence by se měla realizovat prostřednictvím důsledné osvěty zaměřené na výchovu ke správnému přístupu vůči jídlu a hodnocení vzhledu a hmotnosti vlastního těla prováděné mezi mladými lidmi, hlavně školní mládeží.

Sekundární prevence by měla spočívat ve vyhledávání nemocných s těmito poruchami a zahájení léčby v co nejranějším období chorobného stavu. /22/

Neméně důležitá a mnohdy stěžejní je edukace pro rodiče.

Ve své práci bych ráda uvedla některé z důležitých bodů prevence předcházení poruch příjmu potravy, edukaci pro rodiče, viz. příloha č. 2.

3. Praktická část

3.1 Vymezení oboru ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatný zdravotnický obor. Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.

Hlavní cíle ošetřovatelství:

- pomáhat jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím
- podpořit jejich pozitivní zdraví, to znamená zapojit člověka do péče o vlastní zdraví
- maximalizovat lidský potenciál v péči sama o sebe, o vlastní zdraví, o životní prostředí, najít správný životní styl
- zaměřit se na prevenci onemocnění
- spolehlivě zajišťovat ordinace lékaře
- snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka, předcházet komplikacím, zapojovat celou rodinu do péče o jejího člena
- nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených, lidí s nevyhlášeným onemocněním /19, 18/

3.1.1 Teorie oboru – koncepční modely a teorie

Koncepční model poskytuje specifický rámec, ukazuje, co pozorovat, čeho si všimnout, o čem přemýšlet, jak se dívat na svět a která hlediska brát v úvahu, a tak pomáhá zkvalitnit práci sester. Koncepční model soustředí pozornost na některé oblasti, které autor považuje za důležité a jiné, méně důležité, vylučuje. (např. jeden koncepční model se zaměřuje na pomoc člověku adaptovat se na stresy a jiný

schopnost sebezpeče tohoto člověka). Koncepční modely ošetřovatelství obohacují teoretickou základnu ošetřovatelství jako vědní disciplínu a v ošetřovatelské praxi řídí myšlení a jednání sester v konkrétních situacích. /13/

Teoretické modely ošetřovatelství charakterizují vztahy mezi čtyřmi základními komponentami ošetřovatelství – mezi zdravím prostředím, člověkem (nemocným) a ošetřovatelskou péčí (sestrou). Jsou to takové abstraktní rámce, které pomáhají sestram shromažďovat informace a ošetřovatelskou anamnézu, plánovat ošetřovatelskou péči, zjišťovat problémy, vztahující se ke klinické praxi a studovat výsledky ošetřovatelských činností a zásahů. Používání koncepčního modelu usnadňuje komunikaci mezi sestrami a poskytuje systematický přístup k ošetřovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.

Pro mou práci a zpracování kauistiky pacientky jsem si vybrala model M. Gordonové pro jeho přehlednost a zastoupení všech důležitých bodů v péči o pacientku.

3.1.2 Charakteristika ošetřovatelského modelu Majorie Gordonové

Ošetřovatelskou část této práce jsem zpracovala metodikou ošetřovatelského procesu. Při hodnocení nemocné vycházím z modelu M. Gordonové.

Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio – psycho – sociální interakce. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct „funkčních vzorců zdraví“. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční. /13/

Obecná charakteristika jednotlivých oblastí:

1. Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

Tato oblast zahrnuje, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a také jakým způsobem o své zdraví pečuje. Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným aktivitám a plánům do budoucna. Obsahuje také informace o tom, jak si pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví.

2. *Výživa a metabolismus*

Zde se popisuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Zahrnuje i různé typy projevů, které svědčí o způsobu lokálního zásobení živnými látkami. Dále zahrnuje i individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, zvláštní preference určitého druhu jídla, užívání náhradních výživných látek a vitamínových doplňků. U malých dětí kojení a způsob krmení kojenců. Také zde patří zhodnocení stavu kůže, přítomnost kožních defektů, poranění, celková schopnost hojení ran, stav vlasů, nehtů, slizničních membrán, chrupu a tělesná teplota, hmotnost, výška.

3. *Vylučování*

Do této oblasti patří informace o způsobu vylučování stolice, moče i potu. Zahrnuje individuálně vnímanou pravidelnost ve vylučování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování či používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita, a kvalita exkretů.

4. *Aktivita, cvičení*

Zahrnuje základní životní denní aktivity – sebepéči, soběstačnost pacienta v běžných denních aktivitách. Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci. Patří sem i způsob trávení volného času a činnosti, které v něm člověk vykonává.

5. *Spánek, odpočinek*

Popisuje způsob spánku, odpočinku, relaxace. Jaká je doba spánku během noci i dne. Zahrnuje individuální vnímání kvality a kvantity spánku a odpočinku, vnímání úrovně životní energie získané odpočinkem. Zjišťujeme také způsob navození spánku, usínání, přerušování doby spánku, činnosti před spaním, používání farmakologických prostředků na spaní.

6. Vnímání, poznávání

Tato oblast obsahuje informace o smyslovém vnímání a poznávání, o přiměřenosti smyslového vnímání jako je například sluch, chuť, zrak, hmat, čich, používání kompenzačních pomůcek či protéz. Dále se popisuje úroveň vědomí a mentálních funkcí, zjišťuje se, zda pacient netrpí bolestí, když ano jak je bolest tlumena. Hodnotí se kognitivní (poznávací) schopnosti jako je schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování, schopnost komunikace a jiné.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Popisuje emocionální ladění a vnímání sama sebe – tělesný vzhled. Zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu, celkového vzhledu, vlastní identity, celkového pocitu vlastní hodnoty, způsob emocionální reakce. Zahrnuje objektivní pozorování neverbálních projevů pacienta jako je držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Do této oblasti spadá popisování způsobu přijetí a plnění životních rolí a úrovně mezilidských vztahů. Zahrnuje také individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti. Rozvážnost a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci. Soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, společnosti, plnění povinností ve vztahu k rolím.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Popisuje uspokojení či neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Poruchy nebo potíže člověka v této oblasti, reprodukční období ženy – menstruační cyklus, porody, potraty, klimakterium a problémy s tím související. U mužů pohlavní choroby, potíže s prostatou.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Nejdůležitější změny v posledních dvou letech. Popisuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací, individuální rezervy či kapacitu ve zvládnání narušování

vlastní integrity, způsoby zvládnání stresu, podpora rodiny a jejich podpůrných systémů. Vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Zde se popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry, které jednotlivce vedou či ovlivňují jeho volbu a rozhodování. Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité – kvalita života, víra, očekávání, konflikty.

12. Jiné

Do této oblasti se zařazují další důležité informace nebo problémy, které se týkají zdravotního stavu nebo životních událostí a nelze je zařadit do předcházejících oblastí

3.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je definován jako série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individuální ošetrovatelské péči. /18/

Hlavní smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi podílet se na péči. /19/

Termín ošetrovatelský proces byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Nyní je součástí koncepce všech učebních osnov i právní definice ošetřování ve většině států. Ošetrovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. /3/

Tento proces tedy vyžaduje od sestry znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a důvěru ve vztahy k práci a schopnosti pro vedení kolektivu, umění zacházet s lidmi, technické dovednosti a neméně důležitá je schopnost včas a dobře rozhodnout. Aktivní činnost sestry spočívá také v tom, že rozpozná potřeby nemocného, který nám je nemůže sdělit, není toho schopen pro svůj těžký zdravotní

stav, nebo pro to, že je signalizovat neumí nebo z různých důvodů nemůže či nechce.
/18, 3/

Sestra nesmí zapomínat na tyto body:

- pacient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností
- základní lidské potřeby musí být vždy plněny, a nejsou – li, vzniká problém, který vyžaduje pomoc od jiné osoby, dokud nemocný není schopen znovu o sebe samostatně pečovat
- pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetrovatelskou péči, poskytovanou se zájmem, soucitem a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemocí
- důležitou součástí procesu je terapeutický vztah mezi zdravotní sestrou a pacientem

3.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je tedy systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Probíhá v několika navzájem na sebe navazujících fázích, jednotlivé fáze se v průběhu celého cyklu mohou prolínat, opakovat nebo vracet.

1. Posuzování, zhodnocení nemocného – „ Kdo je můj nemocný?“

- ošetrovatelská anamnéza
- zhodnocení nemocného pomocí rozhovoru
- pozorování
- testování
- měření

2. Stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz – „Co ho trápí?“

- ošetrovatelské problémy stanovené sestrou
- problémy pociťované nemocným
- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

3. Plánování ošetrovatelské péče – „Co pro něj mohu udělat?“

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení
- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

4. Realizace (aktivní individuální péče)

- uplatnění plánovaných ošetrovatelských zásahů na pomoc pacientovi při dosahování jeho cílů

5. Vyhodnocení efektu poskytnuté péče – „Pomohla jsem mu?“

- objektivní změření účinku péče
- zhodnocení psychického i fyzického komfortu nemocného
- úprava ošetrovatelského plánu

Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, tzv. „holistický přístup k nemocnému“. Všechny kroky ošetrovatelského procesu se navzájem ovlivňují, úzce spolu souvisí.

3.3 Ošetrovatelská anamnéza

*Základní údaje o nemocné, sběr informací 1. den ošetřování pacientky
– 7.12.2007*

Důvod hospitalizace : přijata pro nekontrolovaný úbytek na váze
Iniciály pacientky : J. J.
Věk : 14 let
Pohlaví : žena
Stav : svobodná
Sociální situace : pacientka má jednu sestru, rozvedené rodiče, žije s nevlastním otcem
Hmotnost : 42,60 kilogramů
Výška : 157 centimetrů
Tělesná teplota : 36,5 °C
Tělesný tlak a puls : 110/70 torr, 80 úderů/min.
Dech : 18 dechů za minutu
Datum přijetí : 7.12.2007 – překlad z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze - Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK
Diagnóza při přijetí : Mentální anorexie – restrictivní typ, F 50.0
Kanyly intavenozní : 0
Močový katetr : 0
Orientace : zachována
Hlas a způsob řeči : klidný
Oční kontakt : udržuje
Nervozita : klidná
Rozumí otázkám : ano
Úroveň slovní zásoby : dobrá
Rozsah pozornosti : lehce nesoustředěná
Pacientka se sama nají, vykoupe, dojde si na toaletu, oblékne se.

3.3.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: Matka pacientky zdráva, sestra matky Leidenská mutace, tromboflebitida, otec matky plicní embolie. Pacientka se se svým biologickým otcem nestýká, s matkou nebyli sezdáni, s pacientkou byl do půl roku jejího věku, nemají o něm informace, alimenty neplatí. Nevlastní otec zdrav. Sestra pacientky zdráva. *V rodině ze strany matky nadváha - sestra matky zhubla ze 110 kg na 80 kg, matka opakovaně drží diety (dělená strava apod.)*

Osobní anamnéza: Pacientka z prvního fyziologického těhotenství, porod v termínu, záhlavím. Porodní hmotnost: 2 610 g, 48 cm., nekříšena, poporodní adaptace v normě. Prodělala běžné dětské nemoci. Operovaná ani hospitalizovaná dosud nebyla.

Alergická anamnéza: Pacientka je sledována na alergologii. Zatím s žádným výsledkem konkrétní alergie.

Farmakologická anamnéza: Bez medikace.

Gynekologická anamnéza: Menarché poprvé ve 12 ti letech, dále každý měsíc pravidelně. Nyní s nástupem onemocnění MA poslední menstruace srpen 2007, v září 2007 už jen špinění.

Sociální anamnéza: Pacientka dochází do 9. třídy základní školy. Prospívá velice dobře, má samé jedničky. Láká jí práce právničky, má velké ambice. Zájmy – čtení, keramika, cvičení. Nepije, nekouří, drogy nebere.

Nynější onemocnění: Za poslední rok před začátkem hubnutí přibrala minimálně 5 kg. Již dříve pokusy o hubnutí cvičením, ale z nedostatku času, z důvodu učení hubnutí odložila. Před hlavními prázdninami 2007 vážila 65 kilogramů, měřila 157 centimetrů /BMI = 26,4 – zvýšená váha/, rozhodla se zhubnout, omezila kalorie,

zcela změnila jídelníček, netoleruje pečivo, většinu mléčných výrobků, nesvačí, oběd teplý, ale malé porce. Večeře studená, poslední jídlo v 17 : 00 hod. Každý den intenzivně 1 – 2 hodiny cvičí přesné série cviků. Cvičením se zbaví jídla, představa navrácení původní váhy jí velice znepokojuje. Musí se vážit, pokud by jí to nebylo umožněno, nesní nic, pokud nebude moci cvičit, nebude jíst. Má stanovená velmi pevná pravidla. Zhubla z 65 kg na 48 – 49 kg během 2 měsíců prázdnin. Hmotnost jde stále dolů, nyní, v den přijetí pacientky (7.12.2007) 42,6 kg, 157 cm. Nezvrací, projímadla neužívá. Není extrémní asthenie, ale alarmující patologické myšlení ve vztahu k jídlu. Pacientka přeložena z VFN v Praze, kde byla hospitalizována pro podezření na MA. Byla stanovena cílová hmotnost pro nejbližší období 45 kg.

Objektivní nález : 7.12.2007 : Hmotnost : 42,60kg, Výška : 157 cm., BMI : 17,2 – nízká tělesná hmotnost, TK : 110/70 Torr, P : 80/min , TT : 36,5 °C. Pacientka bez celkové alterace, kůže sušší, turgor v normě. Pacientka bez cyanózy, bez ikteru. Hlava nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé. Zornice izokorické, reagují na osvit. Oči, uši, nos bez sekrece, hrdlo klidné, jazyk vlhký. Chrup kazivý, sanován. Šíje volná, dýchání sklípkovité. Břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, bez patologických rezistencí. Dolní končetiny bez otoků, bez známek bolesti.

Psychiatrická stránka: Pacientka plačtivá. Udává, že je vystavována stresu, nervozita. Pacientka lucidní, orientovaná, obratně a bohatě verbalizující. Nyní již s částečným náhledem na problematiku MA. Normoforická, spánek narušený, občasné špatné sny o přibírání na váze apod. Myšlení koherentní, hubnutí bylo dlouho ze strany okolí podporováno (premorbidně nadváha), po návratu do školy v září pozitivní pozornost spolužáků, vnímání pacientky itaktní. Explorovány typické anorektické jídelní i pohybové postoje s nutkavými rysy.

3.3.2 Hodnocení pacientky dle M. Gordonové

Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Pacientka vnímá úroveň svého zdraví jako dobrou, nikdy vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci. V poslední době závažněji neonemocněla, nachlazená nebyla, pacientka udává, že pouze prodělala v létě – červenec 2007 - běžnou střevní chřipku, při které zhubla 5 kg, což se pacientce dle jejích slov zalíbilo a motivovalo dále hubnout a ubývat na váze. Pacientka ráda cvičí, utvořila si svou sestavu cviků (leh – sed apod.), které pravidelně 1 – 2 hodiny denně cvičí. Nekouří, drogy ani alkohol neužívá. Pacientka byla přeložena z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze do Fakultní nemocnice v Motole, na Psychiatrické oddělení pro podezření z mentální anorexie. Ze strany matky nadváha, sestra matky zhubla o 30 kilogramů na 80 kilogramů váhy, matka opakovaně držela diety, hlavně dříve například dělená strava apod. U nemocné velká snaha a motivace zhubnout a “nebýt jako ostatní z rodiny“. Diagnostikována Mentální anorexie – restriktivní typ, pacientka se již aktivně podílí na svém uzdravení, uvědomila si závažnost onemocnění, jímž trpí a chce leckteré věci změnit, hlavně náhled na své tělo a hmotnost.

Výživa – metabolismus

Pacientka je nyní na oddělení zvyklá jíst 6 krát denně v dávkách daných dietou č.11, kterou má pacientka naordinovanou. Mezi její oblíbená jídla patří zelenina, rýže, špagety, ovoce. Pacientka popisuje velký odpor k tučným jídlům, masu, knedlíkům a nemá ráda sladké pečivo a sušenky. Pije výhradně neperlivou neochucenou vodu a občas ráno k snídani neslazený ovocný čaj, denně vypije až 3 litry tekutin, pocit žízně neudává. Pacientka z původní váhy 65 kilogramů zhubla až na 42 kilogramů, nyní váha postupně narůstá, nyní – 42,60 kilogramů při 157 centimetrech výšky, BMI : 17,3 – podváha. Pacientka úmyslně držela diety za cílem co nejvíce zhubnout. Vyhýbá se určitým jídlům, které odmítá sníst (knedlíky, maso, sladkosti apod.), chuť k jídlu je změněna je nižší. Doma pacientka nesnídala, ve školní jídelně trochu obědvala (poloviční porce oběda) a doma večerela pouze zeleninu a to nejpozději v 17 : 00 hodin odpoledne, pitný režim – 3 l za 24 hodin.

Kůži má sušší, pravidelně se promazává hydratačním krémem, poranění a jiné defekty na kůži nemá. Nehty v pořádku, ráda si je zdobí a lakuje, pečuje o ně. Vlasy mají nezdravý vzhled, jsou výrazně suché, pacientka udává, že se jí často lámou a jsou slabé. Zuby kariézního typu, sanace chrupu, zubního lékaře navštěvuje jedenkrát do roka nebo dle potřeby.

Vylučování

Zaznamenávám problém s vyprazdňováním, pacientka trpí zácpou, stolice nepravidelná. Frekvence vyprazdňování stolice 2 – 3 krát týdně. Močení bez obtíží, pravidelně dle příjmu tekutin, pálení, řezání při močení pacientka neudává. Nadměrné nebo nezvykle velké pocení neudává. Při zvýšené fyzické aktivitě se pacientka přirozeně potí, zápach neudává. Jiné problémy v této oblasti nejsou.

Aktivita a cvičení

Pacientka má dle jejích slov dostatečné množství životní energie a síly pro vypořádání se s jejím onemocněním. Ráda poctivě cvičí své natrénované cvičební sestavy, zabírá jí to hodně z jejího volného času, dále si ráda čte a vyrábí z keramiky. Pacientka je samostatná a soběstačná ve všech denních aktivitách. Vykonává veškeré naplánované a naordinované aktivity v rámci režimu oddělení.

Spánek a odpočinek

Po probuzení se pacientka ne vždy cítí odpočatá a připravená k denním aktivitám, má občasné potíže s usínáním, v noci se budí. Pacientka usíná okolo 23:00 hod večerní a spí přibližně 6 – 8 hodin denně. Ranní probuzení je dle režimu oddělení v 7.00 hodin. Přes den má v rámci pobytu na psychiatrii povinný odpočinek, jinak se necítí unavená a vyčerpaná. Léky na spaní zatím neužívá.

Vnímání, poznávání

Sluch i zrak má pacientka v pořádku, sluchadla, brýle ani jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. K očnímu lékaři nedochází, dle jejích slov potíže se zrakem nemá. Nepocituje během posledního životního období žádné negativní změny

ve smyslu poruch paměti, zapamatování si, výpadky paměti apod. Pacientka uvádí, že má občas problémy se rozhodnout a je nesoustředěná, mívá problém najít vhodnou variantu v řešení složitější životní situace, ale jinak je dle jejích slov vše v pořádku a normě. Potíže s učením nemá, nyní je pacientka v 9. třídě Základní školy, hodně se prospěchově zlepšila, udává, že kvůli budoucnosti a možnosti vybrat si co nejlepší školu. Pacientka je pozorná, mluví plynule rodným českým jazykem. V současné době nepociťuje žádné bolesti či jiné nepříjemné pocity. Léky na bolest neužívá.

Sebekoncepce, sebeúcta

Sama sebe hodnotí pacientka jako introvertku, osobu uzavřenou, která má ráda svou rodinu a baví jí učení. Pacientka nebyla sama se sebou spokojená, kvůli její nadváze, cítila se “špatně“ ve svém vlastním těle, zažívala pocity studu a téměř nenávisti ke svému tělu. Samu sebe by dřív dle jejích slov popsala jako tlustou ošklivou holku. S postupným ubýváním hmotnosti se dívka zvedalo sebevědomí, rodina i spolužáci hodnotili úbytek na váze velice kladně, což zvyšovalo pacientčinu motivaci a cítila se lépe než dřív, chtěla co nejvíce zhubnout a “líbit se.“ Myslela si, že když sní pouhé jedno normální jídlo denně, musí zákonitě přibrat na svou původní hmotnost. Nyní si pacientka uvědomuje chorobnost svého myšlení, chápe již podstatu onemocnění, jímž trpí. Pacientka mívá pocity úzkosti a strachu ze znovuoobnovení původní hmotnosti, že bude vše tak “špatně“ jako bylo původně. Pomáhá jí komunikace s personálem a edukace o mentální anorexii. Depresivní není.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s rodinou v třígeneračním rodinném domě, v prvním patře. Má jednoho sourozence, mladší sestru – (8 let), se kterou žije, dále bydlí s nevlastním otcem a matkou. Vlastní otec pacientky rodinu opustil půl roku po jejím narození, nevidají se, byl soudně trestán, víc o něm pacientka neví ani nechce, za vlastního otce považuje toho, se kterým žije, má ho ráda a žádné problémy neudává. Vztahy v rodině dobré. Matka pacientky je dámská krejčová a nevlastní otec automechanik. Děti mít pacientka do budoucnosti vůbec nechce, odůvodňuje to

tím, že byla přítomna u výchovy své mladší sestry a sestřenice, to jí odradilo. Rodina pacientku maximálně podporuje, pravidelně navštěvuje a mají radost z každého, byť malého pokroku, jsou jí velkou a nezastupitelnou oporou. Pacientka se stýká se svými kamarády pouze v rámci školy, nechodí s nimi ven, na procházky, do kina, nejraději je doma a cvičí nebo se učí.

Sexualita, reprodukční schopnost

Sexuálním životem pacientka nežije. Připadá si dostatečně poučena o sexu, antikoncepci, pohlavně přenosných nemocech. S žádným chlapcem se nestýká, ani po tom netouží, láska jí v tomto směru zatím nechybí, nijak nestrádá. U gynekologa na vyšetření byla, až poté, kdy došlo ke ztrátě menstruace, antikoncepci neužívá. První menstruace ve 12 ti letech, poté téměř pravidelně každý měsíc. Poslední menstruace srpen 2007, září 2007 pouze špinění, pacientka se ztrátou menstruace příliš nezabývá, netíží jí to. Porody, potraty, jiné gynekologické onemocnění neprodělala.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientka udává, že je ve stresu hlavně poslední půl rok života, snaží se si to nepřipouštět a relaxovat. Nervozitu ani napětí nepozoruje. Pokud má nějaký problém, obrátí se s ním na maminku a situace se řeší, mnohdy vyřeší. Za důležitou změnu ve svém životě považuje vylepšení si prospěchu ve škole, zbavení se mnohaletého zlovyku ("kousání nehtů") a hlavně zhubnutí. Vše si pacientka dlouho plánovala, chtěla být dle jejích slov "lepším člověkem" a to se jí povedlo, je na sebe pyšná a tento stav si chce v mezích normy udržet.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Životním cílem pacientky do budoucnosti je vystudovat práva, být skvělá a žádaná ve svém oboru, je ochotna pro to udělat vše co bude zapotřebí. Nyní se chce především vyléčit a být zdravá. Pacientka si uvědomila, že zdraví je velice důležité a pochopitelně podstatné pro její další existenci a působení. Přehodnotila si svůj žebříček životních hodnot, kde v tomto okamžiku vyzdvihuje důležitost fyzického

i psychického zdraví člověka a rodinu. Pacientka neuznává žádné náboženské vyznání, není věřící. Věří však v sílu člověka, v to, že pokud člověk opravdu něco výrazně moc chce a dá do toho maximum svého úsilí, obvykle to dokáže.

Jiné

Vše bylo popsáno v předchozích kapitolách.

3.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy stanovené 2. den ošetrování pacientky – 8.12.2007

1. Sebeúcta situačně snížena z důvodu ztráty zdraví projevující se slovním vyjádřením negativních pocitů nad sebou
2. Duševní tíseň z důvodu tělesné/duševní nemoci, nízké sebeúcty projevující se poruchami nálad, pláčem, izolováním se
3. Výživa nedostatečná z důvodu základního onemocnění projevující se odporem k jídlu, poruchami chuti, nedostatečným zájmem o jídlo, cíleným snižováním hmotnosti
4. Obraz těla porušený z důvodu základní nemoci projevující se negativními pocity nad vlastním tělem, soustředěním se na fyzický vzhled, slovním vyjádřením pocitů, odrážejícím narušený obraz vzhledu
5. Osamělost z důvodu sociální izolace projevující se negativním slovním vyjádřením pacientky
6. Myšlení porušené z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem, malnutrice projevující se slovním vyjádřením problému, poruchami soustředění
7. Zácpa z důvodu změn běžných potravních a jídelních zvyklostí projevující se vážnutím pasáže stolice, snížením frekvence a menším objemem stolice, namáhavou defekací
8. Spánek porušený z důvodu náhlé životní změny, oddělením od blízkých osob projevující se obtížným usínáním pacientky, probouzením se během noci

3.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce z důvodu chronického onemocnění, podvýživy
2. Riziko poruchy růstu, vývoje z důvodu malnutrice, maladaptivního příjmu potravy
3. Riziko porušení tkáňové integrity z důvodu nedostatečné výživy, metabolické dysfunkce
4. Riziko postižení sliznice dutiny ústní, chrupu, z důvodu malnutrice nebo karence vitamínů

3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. *Sebeúcta situačně snížena z důvodu ztráty zdraví projevující se slovním vyjádřením negativních pocitů nad sebou*

Cíl:

krátkodobý - pacientka je vedena k pozitivnímu myšlení
- pacientka změní své sebehodnocení do 3 dnů

dlouhodobý - pacientka si je vědoma své vlastní ceny

Plán:

- povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů a úzkostí
- vyzdvihuj její dosavadní píli a úspěchy
- aktivně naslouchej obavám pacientky
- dávej pacientce najevo, že věříš, že je schopna zvládnout současnou situaci
- mobilizuj dostupnou podporu
- poskytni zpětnou vazbu pacientčiným sebenegujícím poznámkám
- poskytni informace, které pacientka potřebuje k uskutečnění žádoucích změn
- zapojuj do léčebného plánu rodinu, blízké osoby

Realizace:

Pacientka je schopná sama vyjadřovat své pocity a úzkosti. Do terapie byla zahrnuta rodina ve formě rodinné terapie. Naslouchala jsem pacientce, jejím obavám. Pacientku jsem důkladně informovala o tom co se s ní děje a bude dít, co potřebuje k uskutečnění žádoucích změn. Pacientka ví, že jí věřím, v tom, že dokáže zvládnout současnou situaci a připomněla jsem jí její dosavadní úspěchy.

Hodnocení:

U pacientky je vidět snaha o zlepšení sebehodnocení. Pacientka se dokáže sama pochválit a její přístup se zpozitivnil. Pochopila mnohé faktory, které způsobují její současnou situaci, chtěla by je změnit a aktivně se účastní naordinovaných terapií.

2. *Duševní tíseň z důvodu tělesné/duševní nemoci, nízké sebeúcty projevující se poruchami nálad, pláčem, izolováním se*

Cíl:

krátkodobý - pacientka bude schopna diskutovat o svých problémech

- pacientka se bude aktivně účastnit terapeutických činností spolu s ostatními

- pacientka bude schopna dokázat schopnost sama si pomoci

dlouhodobý - pacientka bude schopna slovně vyjádřit zvýšený smysl pro sebepojetí a naději do budoucna

Plán:

- rozpozněj pocity marnosti, bezmocnosti, bezradnosti, chybění motivace pomoci si sám
- zaznamenej slovní projevy duševní tísně
- všímej si poruch chování pacientky
- vytvoř terapeutický vztah mezi zdravotní sestrou a pacientkou
- vytvoř prostředí podporující otevřené vyjadřování pocitů a obav
- nauč pacientku dovednostem, jak řešit problémy a vyrovnání se se stresovými účinky nemoci (např. autogenní trénink apod.)
- veď jí k obrácení se na její blízké a další lidi, kteří jí mohou být oporou

Realizace:

Pozorovala jsem pacientku a její chování, vedla jsem s ní dlouhé diskuze o tom jak si pomoci sám v nemoci, jak mohou pomoci jiní. Vytvořil se mezi námi kvalitní terapeutický vztah. Naučila se dovednostem jak řešit problémy a stres, byla seznámena s tím co je autogenní trénink, edukována v čem jí může pomoci. Pacientka se účastnila dalších naordinovaných terapeutických programů, arteterapie, kanisterapie, pejsky si pacientka obzvláště oblíbila.

Hodnocení:

Pacientka diskutuje o svých problémech, dle jejích slov cítí jistou úlevu. Chce dále pokračovat a aktivně se účastnit terapeutického plánu. Její přístup je pozitivnější.

3. *Výživa nedostatečná z důvodu základního onemocnění projevující se odporem k jídlu, poruchami chuti, nedostatečným zájmem o jídlo, cíleným snižováním hmotnosti*

Cíl:

- krátkodobý - pacientka dovede slovně vyjádřit pochopení příčin
- pacientka si uvědomí svůj problém, nemoc a potřebu intervencí
 - pacientka zvýší svou tělesnou hmotnost o 0,5 – 1 kg za týden

- dlouhodobý - dosažení požadovaného přírůstku na váze
- osvojení si chování a změny životního stylu, umožňující přibrat na váze a udržet si přiměřenou tělesnou hmotnost

Plán:

- věnuj pozornost psychickému stavu pacientky, jejímu obrazu těla a souladu se skutečností
- seznam se s laboratorními výsledky
- zdůrazňuj pacientce význam dobře vyvážené výživné stravy
- edukuj pacientku o jejím onemocnění a důležitosti včasné léčby
- k pacientce přistupuj laskavě a pobízej jí ke spolupráci
- pravidelně pacientku važ
- stanov si s pacientkou rozumné a splnitelné cíle
- podávej léky dle indikace lékaře

Realizace:

U pacientky jsem zkontrolovala její laboratorní výsledky. Pacientka byla dostatečně edukována o svém onemocnění, na nesrozumitelnosti se ihned optala, všechny dotazy jsem pacientce zodpověděla. Zdůraznila jsem pacientce význam dobře vyvážené stravy a potřeby přehodnotit svůj dosavadní přístup a postoj k jídlu. Pacientka je pravidelně vážena.

Hodnocení:

Pacientka pochopila příčiny svého onemocnění, uvědomila si závažnost svého onemocnění. Pacientka se chce dále aktivně podílet na svém uzdravení, snaží se přehodnotit své dosavadní postoje k jídlu. Pacientka přibrala 0,9 kilogramů za týden.

4. *Obraz těla porušený z důvodu základní nemoci projevující se negativními pocity nad vlastním tělem, soustředěním se na fyzický vzhled, slovním vyjádřením pocitů, odrážejícím narušený obraz vzhledu*

Cíl:

krátkodobý - pacientka akceptuje sama sebe, hmotnost vlastního těla

- pacientka se začne aktivně podílet na překonání svého problému

dlouhodobý - pacientka bude informována o své nemoci a bude mít přiměřený náhled na nemoc

Plán:

- posuď pacientčinu znalost situace a míru úzkosti
- informuj pacientku o její nemoci
- všímej si emočních změn
- všímej si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy
- pomáhej pacientce zvládnout základní problém
- zajisti časné poradenství a léčebné postupy
- oceňuj a podporuj pozitivní snahu zlepšit přístup a postoj k vlastnímu tělu

Realizace:

Pacientka je informována o své nemoci. Pomohla jsem částečně pacientce zvládat základní problém, oznámila jsem jí možnosti léčby, podala jsem pacientce potřebné edukační materiály a brožurky o mentální anorexii. Zahájila jsem poradenství, plnila léčebné postupy, dle ordinace lékaře. Ocenila jsem a podpořila snahu zlepšovat postoj k vlastnímu tělu. Dlouze jsem si s pacientkou povídala a zodpovědně odpovídala na její dotazy.

Hodnocení:

Pacientka je informovaná o své nemoci, ví, že když jí nebude něco jasné, může se na mě kdykoliv obrátit. Aktivně se podílí na svém vyléčení, přesto stále u pacientky přetrvává strach a špatný pocit z přibývání na váze.

5. *Osamělost z důvodu sociální izolace projevující se negativní slovním vyjádřením pacientky*

Cíl:

krátkodobý - pacientka se zapojí do společných aktivit a do domácího režimu na oddělení do 2 dnů

dlouhodobý - pěstování interakcí a vztahů, které pacientka považuje za smysluplné
- pacientka se nebude cítit osamělá a izolovaná od okolního světa

Plán:

- vytvoř takový vztah mezi pacientkou a zdravotní sestrou, aby byla pacientka schopna hovořit o svých pocitech
- diskutuj s pacientkou o jejích obavách a pocitech osamělosti
- informuj rodinné příslušníky o pacientčích pocitech osamělosti a povzbuzuj je k častějším návštěvám
- po poradě s lékařem možnost propustky na víkend domů
- pobízej pacientku k účasti na skupinových aktivitách
- akceptuj jí prožívanou osamělost

Realizace:

S pacientkou byl vytvořen dobrý pracovní vztah. Pacientka často vyprávěla o svých pocitech a obavách, diskutovali jsme o již zmíněné problematice. Pacientka se zúčastňovala společných aktivit, docházela do školy v rámci hospitalizace na psychiatrii. Pravidelně jí navštěvuje její rodina. Byla o víkendu na propustce doma.

Hodnocení:

Pacientka se aktivně zapojila do společných aktivit, v rámci oddělení chodila do školy a byla spokojená v rámci daných možností. Je ráda za časté návštěvy rodiny a víkendovou propustku domů, moc se těší.

6. Myšlení porušené z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem, malnutrice projevující se slovním vyjádřením problému, poruchami soustředění

Cíl:

- krátkodobý - pacientka se naučí a porozumí problémům, které jí tíží
- pacientka rozpozná změny myšlení, chování
 - pacientka se bude lépe soustředit na činnosti
 - pacientka projeví zvýšený zájem o problematiku, začne hledat informace a klást otázky
- dlouhodobý - pacientka chápe svůj zdravotní stav, nemoc a její léčbu
- pacientka zahájí potřebné změny životního stylu a bude se aktivně účastnit léčby

Plán:

- zjistí úroveň znalostí pacientky a určí její schopnost učit se
- nalezni individuální motivační faktory pacientky
- udržuj vlídné prostředí a klidný přístup v pomalejším tempu
- používej jednoduché příkazy, stručně a jednoduše formulované
- naslouchej pacientce a jednej s ní tak, aby pocítila zájem a ocenění z vaší strany
- urči co je z hlediska pacientky nejnaléhavější a tím začněte
- diskutuj s pacientkou, co vnímá jako podstatné
- pouč, vysvětli a edukuj pacientku o všem co chce a potřebuje vědět
- posuď, jak pacientka přistupuje k informacím
- poskytni pacientce písemné materiály, k nimž se dle potřeby může vracet
- zvol prostředí tak, aby napomáhalo edukaci
- začni v edukaci tím, co pacientka zná a postupně přecházej k informacím novým
- poskytni informace o dalších zdrojích poznání (literatura apod.)

Realizace:

Zjistila jsem úroveň pacientčinych znalostí a schopností učit se o daném problému. Zhodnotila jsem pacientčin duševní stav, poruchu myšlení, schopnost udržení pozornosti. Motivovala jsem pacientku. Podrobně jsem edukovala pacientku

ve věcech, které potřebovala objasnit a zjistit o nich více informací, jako edukační místnost jsem zvolila klidný, příjemný pokoj, kde nás nikdo nevyrušoval. Pacientce jsem poskytla příslušné písemné materiály a informace o dalších odkazech o problematice daného onemocnění.

Hodnocení:

Pacientka je spokojená, cítí se být dostatečně poučena, materiály si průběžně pročítá. Začíná chápat problémy, které jí tížily. Pacientka na sobě rozpoznala jisté změny v soustředění. Pacientka by si přála, aby problém vymizel, plní dané ordinace a aktivně se účastní na léčbě svého základního problému.

7. *Zácpa z důvodu změn běžných potravních a jídelních zvyklostí, projevující se vážnutím pasáže stolice, snížením frekvence a menším objemem, namáhavou defekací*

Cíl:

krátkodobý - pacientka pochopí příčiny zácpy a defekačního reflexu

dlouhodobý - pacientce se obnoví normální fungování a vyprazdňování střev

- pacientka změní své chování a navyklý způsob stravování

Plán:

- prober s pacientkou její obvyklý stravovací režim
- zjisti, zda užívá laxantiva apod.
- prober obvyklý způsob vyprazdňování a problémy, jimiž je doprovázeno
- zaznamenej barvu, zápach, konzistenci, množství a frekvenci stolice
- edukuj pacientku o správné stravě s dostatečným množstvím vlákniny
- navrhni léčbu základní příčiny
- dbej na dostatečné soukromí a pravidelnou dobu defekace
- informuj lékaře o problému zácpy
- dle ordinace lékaře podávej např. laxantiva, klyzma, lubrikanty
- doporuč pacientce pravidelně zaznamenávat datum a hodinu, kdy byl na stolici

Realizace:

S pacientkou jsem probrala její obvyklý stravovací režim. Zjistila jsem, zda užívá léky na podporu činnosti trávicího traktu, neužívá. Prodiskutovala jsem s ní způsob jejího vyprazdňování a problémy s ním. Edukovala jsem ji o vhodné stravě a bylo zahájeno léčení základního problému pacientky (léčení mentální anorexie, kdy zácpa je již její komplikací). Pacientka má při defekaci soukromí, zaznamenává si četnost defekace. Dle ordinace lékaře podávány medikamenty Laktulóza 3krát denně jedna lžice před jídlem. Pravidelně zaznamenávám, zda stolice byla či nikoliv, dnes byla pacientka na stolici.

Hodnocení:

Pacientka pochopila příčinu problémů se zácpou. Začala s pravidelným defekačním režimem (po ránu vypít sklenici vlažné vody, dostatek vlákniny atd.). Pravidelně užívá předepsanou medikaci. Cíl péče byl splněn.

8. *Spánek porušený z důvodu náhlé životní změny, oddělením od blízkých osob projevující se obtížným usínáním, probouzením se během noci*

Cíl:

krátkodobý - pacientka bude schopna pochopit a poté slovně vyjádřit možnou příčinu poruch spánku

dlouhodobý - u pacientky dojde se zlepšení spánku, pocitu celkové pohody a odpočinku

Plán:

- posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním
- sleduj anebo zjisti od pacientky/jejích blízkých, kdy obvykle pacientka chodí spát, běžné návyky před spaním apod.
- vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku
- zeptej se na okolnosti, které ruší spánek, jak často se vyskytují
- uspořádej péči tak, aby měla pacientka k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek
- před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort
- vyzkoušej způsoby, jak zlepšit spaní - teplá koupel, vyvětraná místnost apod.
- informuj o daném problému lékaře
- podávej medikaci dle ordinace lékaře

Realizace:

Posoudila jsem souvislost mezi poruchami spánku a základním onemocněním, žádná není. Zjistila jsem pacientčiny běžné domácí návyky spojené s usínáním a spaním, je zvyklá si číst, což je jí umožněno. Vyslechla jsem její stížnosti na kvalitu spánku. Nyní má k dispozici nepřerušované období pro odpočinek, před spaním se vždy důkladně vyvětrá pokoj a zajistí se v rámci možností klidné prostředí. Dle ordinace lékaře podávány medikamenty Hypnogen 0-0-21 hodin večer 1 tableta.

Hodnocení:

Pacientka je schopna slovně vyjádřit, proč má poruchy spánku. Dle jejích slov se problémy s usínáním zlepšují, léky pomáhají. Ráno po probuzení se cítí odpočatá a schopna plnit naordinované terapie a sesterské intervence.

3.4.2 *Potencionální ošetrovatelské diagnózy:*

1. *Riziko vzniku infekce z důvodu chronického onemocnění, podvýživy*

Cíl:

krátkodobý - pacientka pochopí rizikové faktory možnosti vzniku infekce

dlouhodobý - naučit a změnit navyklé způsoby, tak aby byla odstraněna rizika

- usilovat o včasné zhojení ran, energicky léčit hnisající defekty a zdroje zvýšené teploty

Plán:

- aktivně pátrej po místních známkách infekce v místě vstupu kanyl, sutur, ran
- všem poskytovatelům péče připomeň, jak důležité je řádné mytí rukou mezi jednotlivými zákroky a pacienty
- u všech invazivních postupů pečlivě dodržuj sterilní techniky
- denně očišťuj incize a místa vstupu vhodným roztokem
- vysvětli pacientce, co je pro ni potřebné z hlediska výživy
- pouč pacientku o způsobech, jak chránit kůži, pečovat o rány (pokud nějaké má) a bránit rozšíření infekce

Realizace:

Kontrolovala jsem predilekční místa možnosti vstupu infekce. Všem poskytovatelům péče o pacientku jsem zdůraznila, že jí hrozí riziko vzniku infekce a poučila o vhodném preventivním zacházení. Pacientka nemá žádné invazivní vstupy. Pacientka je poučena o důležitosti vhodné výživy, edukována o jejím onemocnění. Pacientka poučena o způsobech, jak chránit kůži, pečovat o rány a bránit rozšíření infekce, pokud by nějaká vznikla.

Hodnocení:

Za dobu mého ošetřování u pacientky nevznikla infekce. Pacientka i personál byli poučeni o postupech jak předcházet vzniku infekce.

2. *Riziko poruchy růstu, vývoje z důvodu malnutrice, maladaptivního příjmu potravy*

Cíl:

krátkodobý - pacientka poučena o rizikových faktorech, které způsobují opoždění vývoje

- naplánovat prevenci poruchy růstu a vývoje

dlouhodobý - pacientka nemá žádné známky poruchy vývoje a růstu

Plán:

- rozpoznaj stavy, okolnosti, které mohou přispívat k deviaci vývoje
- zaznamenej rozsah a závažnost situace
- pacientku edukuj o jeho základním onemocnění, které by až druhotně mohlo vyvolat poruchy růstu a vývoje
- pomáhej s léčením a vyléčením základního problému (MA)
- poznamenej si biologický věk pacientky, aby bylo možné určit vývojová očekávání
- dle potřeby podej poučení o normálním vývoji včetně vhodných doporučených materiálů

Realizace:

Rozpoznala jsem okolnost, která může vést k poruchám vývoje, je jí základní onemocnění pacientky – Mentální anorexie. Zaznamenala jsem rozsah a závažnost situace, která je zatím v normě. Pacientku jsem edukovala o jejím onemocnění (MA), nechala jsem prostor pro dotazy a poskytla vhodné materiály o nemoci. Pomáhám s léčením základního problému u klientky. Podala jsem poučení o normálním přirozeném vývoji, podala doporučené edukační materiály, nechala jsem prostor na pacientčiny dotazy a připomínky, které jsem následně zodpověděla.

Hodnocení:

Pacientka je poučena o rizikových faktorech možnosti vzniku poruchy vývoje, porozuměla tomu a předložené materiály si přečetla.

3. *Riziko porušení tkáňové integrity z důvodu nedostatečné výživy, metabolické dysfunkce*

Cíl:

krátkodobý - pacientka pochopí léčbu, příčiny a terapeutický režim

dlouhodobý - pacientka si osvojí návyky, chování a techniky s preventivním účinkem na porušení integrity kůže

Plán:

- povšimni si celkového oslabení, snížené motility, změny na kůži, špatné výživy a chronické onemocnění
- edukuj pacientku o základním onemocnění, porucha integrity je pouze možnou komplikací
- asistuj u léčby základního onemocnění
- pečuj striktně o hygienu kůže, používej jemná mýdla, důkladně kůži osušuj, promazávej, popřípadě promasíruj
- udržuj lůžko suché a čisté
- kontroluj pravidelně povrch kůže a tlakové body
- pátrej po začervenalých nebo bledších okrscích, případně ihned zahajuj léčbu
- upozorni pacientku na význam pravidelné péče o kůži pro prevenci problémů

Realizace:

Pacientku jsem dostatečně poučila o jejím základním onemocnění a asistovala v jeho léčbě. Každý den je prováděna důkladná hygienická péče s celkovým promazáním těla pacientky. Lůžko pacientky udržuji v čistotě a suchu. Pravidelně kontroluji povrch kůže a tlakové body. Aktivně kontroluji celkový povrch kůže, začervenaní apod. Pacientka poučena o významu pravidelné péče o kůži a prevenci problémů.

Hodnocení:

Pacientka pochopila léčbu a nutnost terapeutického režimu. V době mého ošetřování jsem nezaznamenala žádné porušení kožní integrity a jiné kožní deformity.

4. *Riziko postižení sliznice dutiny ústní, chrupu z důvodu malnutrice nebo karence vitamínů*

Cíl:

krátkodobý - pacientka pochopí příčinné faktory možnosti vzniku postižení sliznice dutiny ústní

dlouhodobý - nalezneme způsoby, postupy vedoucí k podpoře zdravé ústní sliznice

Plán:

- určí stav výživy a příjmu tekutin
- doporuč pacientce pravidelnou kontrolu dutiny ústní
- pouč pacientku o důležitosti pravidelné a důkladné hygieny dutiny ústní
- používej měkké zubní kartáčky
- přesvědč se o stavu hygieny dutiny ústní a porad' pacientce, jak o ústa pečovat
- doporuč speciální čisticí prostředky pro lepší hygienu úst a předved' pacientce jejich správné používání
- doporuč pravidelné kontroly u stomatologa, edukuj o základním onemocnění
- motivuj v léčení základního onemocnění
- prohlédni zběžně dutinu ústní na přítomnost bolestivých defektů, lézí, krvácení

Realizace:

U pacientky jsem určila její stav výživy, který je vzhledem k základní diagnóze velice snížený a nepřiměřený. Edukovala jsem ji o jejím základním onemocnění a důležitosti léčení, motivovala jsem pacientku. Prohlédla jsem zběžně stav dutiny ústní a doporučila pravidelnou kontrolu pro včasný záchyt případných obtíží. Poučila jsem pacientku o důležitosti pravidelné a důkladné hygieny dutiny ústní, používání měkkých zubních kartáčků a doporučila speciální čisticí prostředky určené k hygieně dutiny ústní, předvedla jsem názorně pacientce správné používání, doporučila pravidelné kontroly u stomatologa.

Hodnocení:

Pacientka pochopila příčinné faktory možnosti vzniku defektů v oblasti dutiny ústní, na čištění zubů používá měkký zubní kartáček. Pacientka bez postižení sliznice dutiny ústní.

3.5 Průběh hospitalizace

7.12.2007, 1. den hospitalizace – Pacientka přijata překladem z KDDL pro MA – restrictivní typ, trvající cca půl roku. Výrazně poslední 4 měsíce. Zhubla z nadváhy přes 20 kilogramů. Zatím dobrá spolupráce, objednané antropometrické vyšetření. Plán péče – stanovení váhového plánu po antropometrickém vyšetření, navyšování jídelních porcí, psychoterapie, zatím bez medikace.

9.12.2007, 3. den hospitalizace – S pacientkou dobrá spolupráce. Z antropometrie stanovena optimální hmotnost 48 kg. Váhový plán vysloveně nevypracováván, protože pacientka přibývá na váze velmi dobře a premorbidně byla nadváha. Manipulace s jídlem zaznamenána nebyla. Na zácpu dle ordinace lékaře podávána Lactulóza. Povoleno cvičení, plný program, D č. 11. Povoleny vycházky.

11.12.2007, 5. den hospitalizace – D č. 11. S pacientkou dobrá spolupráce, emočně stabilizovaná. Bez váhového plánu, terapie režimem. Pacientka se aktivně účastní všech naordinovaných terapií, skupin. Na poruchy spánku dle ordinace lékaře podáván hypnogen.

13.12.2007, 7. den hospitalizace – U pacientky stále dieta č. 11, spolupráce dobrá, emočně stabilizovaná, po lécích dle slov pacientky lepší spánek. Tento týden dvou denní propustka. Rodina pacientky velmi spokojená, pravidelně pacientku navštěvuje a chválí její zlepšování ve stravování, pacientka má v rodině velkou oporu a motivaci k uzdravení. Pacientka se aktivně účastní všech naordinovaných terapií.

15.1.2007, 9.den hospitalizace –Váha pacientky optimálně vzrůstá, rodina i pacientka spojená. Dívka pozitivní. Dnes byla pacientka na stolici. Pokračuje se v terapiích a režimech oddělení.

17.12.2007, 11.den hospitalizace – Váha pacientky vzrůstá, pacientka stabilizovaná, plní vše co je naordinované bez problémů, s pacientkou výborná spolupráce, rodina spokojená, velice si chválí pozitivní výsledky své dcery.

Dále jsem se od zdravotnického personálu informovala o průběhu hospitalizace a zdravotním stavu pacientky, který byl v pořádku a pacientka byla po dobu vánočních prázdnin na propustce doma. Dále stanovena optimální váha 48 kilogramů, když si jí pacientka udrží 2 týdny dimise domů. Pacientka propuštěna domů 5.2 2008 s optimální váhou 48 kilogramů.

Farmakoterapie u dané pacientky

<i>Medikace</i>	<i>Indikace</i>
Lactulosa - Laxativa	1 – 1 – 1 lžíce před jídlem
Hypnogen - Hypnotika	0 – 0 – 21 hodin večer 1 tableta

Laxativa – jsou léčiva, která podporují vyprazdňování střevního obsahu a používají se u zácpy – obstipace

Nežádoucí účinky: možné bolesti břicha, plynatost, nevolnost, zvracení, průjem s porušením rovnováhy elektrolytů

Dlouhodobé užívání vyvolává časté uvolňování stolice většinou doprovázené poruchou rovnováhy tekutin a elektrolytů.

Hypnotika – jsou léky, které se užívají k odstranění nespavosti

Nežádoucí účinky: amnézie, psychiatrické reakce ve formě neklidu, nespavosti, podrážděnosti, závislosti, deprese. Dále točení hlavy, bolest hlavy, průjem, nausea, kožní reakce, svalová reakce.

4. Závěr

Závěrem mé bakalářské práce bych chtěla poznamenat, že jsem velice ráda, že jsem se s onemocněním mentální anorexie více seznámila. Práce mě o mnoho v tomto směru obohatila a posunula dále ve vědomostech v dané problematice.

Chtěla bych zdůraznit, jak je nebezpečné toto onemocnění podceňovat, s čímž jsem se také po dobu vypracovávání mé práce setkala. Lidé mívají tendenci problém zlehčovat, anorektičky mnohdy nazývají marnivými a rozmazlenými, které si nedokáží vážít něčeho tak cenného, jako je jídlo, které v některých zemích není. Lidé a hlavně děti trpí hladu a ony či oni jim dokáží opovrhovat a odmítat jej. Veřejnost si však neuvědomuje danou závažnost tohoto onemocnění, není to jen momentální výmysl rozmazlené holky, ale závažné psychiatrické onemocnění.

Velmi mě potěšilo, že mohu shrnout praktickou část mé práce jako úspěšnou ve smyslu vyléčení mé pacientky. Pacientka J.J. byla téměř příkladným typem pacientky, která se aktivně léčila a měla obrovskou snahu problém vyléčit a zpět se začlenit do normálního životního standardu, což se jí povedlo a mě to velice motivovalo. Léčení a mnohdy vyléčení velice závisí na lidech, na jejich povaze, motivaci, snaze a víře.

Pacientka byla propuštěna 5.2.2008 s optimální váhou 48 kilogramů.

Na nadarmo se kdysi používalo a stále používá staré, leč pravdivé přísloví:

„Víra tvá Tě uzdraví.“

5. Seznam použité literatury

1. Baštecký J. : Psychiatrie právo a společnost. Praha: Galen 2007. ISBN:80-85824-45-0
2. Beran J., Chaloupková L, Tumpachová N. : Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví. Praha: Karolinum 2002. ISBN: 80-246-0463-9
3. Doenges M.E. , Moorhouse M.F. : Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha : Grada 2001. ISBN: 80-247-0242-8
4. Hainer V. : Tajemství ideální váhy. Praha: Grada 1996 ISBN: 80-7169-128-3
5. Hort V. : Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál 2000. ISBN: 80-7178-472-9
6. Jobánková M. : Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2003. ISBN: 80-7013-310-2
7. Kocurková J. et al. : Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galen 1997. ISBN: 80-85824-51-5
8. Krch F.D. : Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada 2007. ISBN: 80-247-0527-3
9. Krch D.F. : Mentální anorexie. Praha: Portál 2002. ISBN : 80-7178-598-9
10. Krch D.F. a kol. : Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie. Praha: Grada 1999. ISBN: 80-7169-627-7
11. Marková E., Venglářová M. Babiaková M. : Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada 2006. ISBN : 80-247-1151-6
12. Padraig L.Darby, Paul E. Garfinkel, David M. Garner, Donald V. Coscina : Anorexia nervosa Recent Development in Research. New York: Alan R. Liss 1983. ISBN : 0-8451-2702-0
13. Pavlíková S. : Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada 2006. ISBN: 80-247-1211-3
14. Psychiatrie, doporučené postupy. Praha: Portál 1999. ISBN:80-7262-013-4
15. Raboch J., Zvolský P. et al. : Psychiatrie. Praha : Galen. ISBN: 80-7262-140-8

16. Shuster H.P., Kleinberger G., et al. : Infusní terapie a léčebná výživa ve vnitřním lékařství, neurologii a psychiatrii. Praha 1989. ISBN: 08-075-89
17. Smolík P. : Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf s.r.o. 1996. ISBN: 80-85800-33-0
18. Staňková M., Neuwirth J., Mellanová A., Chloubová H., Pavlíková P., Nerudová I. : Základy ošetřování nemocných. Praha : Karolinum 2005. ISBN: 80-246-0845-6
19. Šamánková M., Hušková M., Matušovič K. : Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult. Praha : Karolinum 2002. ISBN: 80-246-0477-9
20. Vágnerová M. : Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál 2004. ISBN: 80-7178-802-3
21. Vomastek P. : Z deníku anorektika. Praha: Příbram PB. ISBN: 80-8606-10-3
22. Zvolský P. a kol. : Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum 2001. ISBN: 80-7184-203-6
23. Internetové stránky : http://www.ped.muni.cz/whealthedu_stazeni/PPP.htm

6. Seznam příloh

Příloha č. 1 : Tabulka hmotnosti

Příloha č. 2 : Edukace pro rodiče

Příloha č. 3 : BMI

Příloha č. 4 : Seznam center pomoci nemocným s poruchami příjmu potravy

Příloha č. 5 : Seznam filmů s tématikou poruch příjmu potravy

Příloha č. 6 : Restaurace pro nemocné s poruchami příjmu potravy

Příloha č. 7 : Ošetřovatelská dokumentace

Príloha č. 1 : Tabulka hmotnosti

Tabulka váhových prírústkú či úbytkú pacientky za dobu hospitalizace ve Fakultní nemocnici Motol.

Datum vážení pacientky	Hmotnost pacientky
7.12.07	42,60 kg
12.12.07	43,90 kg
14.12.07	45,0 kg
16.12.07	44,7 kg
17.12.07	45,1 kg
21.12.07	45,9 kg
27.12.07	46,2 kg
29.12.07	46,20 kg
30.12.07	46,60 kg
2.1.08	46,50 kg
5.1.08	46,60 kg
7.1.08	46,70 kg

Příloha č. 2 : Edukace pro rodiče

- Zamyslete se nad tím, jak tělesná hmotnost ovlivňuje Vaše sebevědomí a vztah k vlastnímu tělu. Poučte své děti o základních sexuálních rozdílech, fyzickém vývoji a různých tělesných typech a také o tom, jak škodlivé může být vytváření předsudků vůči určitému typu lidí (obézních apod.)
- Zamyslete se nad svými cíli a požadavky, které kladete na blízké. Jak velký důraz přikládáte fyzické kráse.
- Promlouvejte se svými dětmi o tom, jak je důležité nedržet nebezpečné diety, jíst pestrou a vyváženou stravu, v pravidelných denních dávkách, že stravou se do těla dostávají velmi důležité a nezbytné vitamíny a minerály.
- Vyhýbejte se rozdělování jídel na dobrá a bezpečná (netučná a nízkokalorická) a špatná a nebezpečná (tučná nebo vysokokalorická). Snažte se být dobrým vzorem pro své dítě v oblasti stravování, cvičení a hlavně přijímání sebe sama.
- Cvičení berte jako činnost, kterou děláte pro radost a pro udržení dobré kondice a ne jako způsob redukce hmotnosti nebo kompenzace spořádaných kalorií.
- Nevyhýbejte se aktivitám přitahujícím pozornost k Vašemu tělu, jako je plavání, opalování či tancování. Zbavte se oblečení, které je Vám nepohodlné a zdůrazňuje nedostatky Vaší postavy.
- Pomozte svým dětem bránit se vlivu médií, propagující tělesnou krásu spojenou s vyhublostí a nadměrnou štíhlostí. Nejen štíhlé tělo je krásné a přitažlivé.
- Snažte se zvyšovat sebedůvěru svých dětí i v jiných oblastech než je fyzický vzhled- škola, sport, kultura, koníčky, vztahy. Dávejte stejnou šanci, možnosti a povzbuzení dětem obou pohlaví. Kladné přijímání sebe sama je nejlepším lékem proti nesmyslným dietám a špatným stravovacím návykům.

Příloha č.3 : BMI

Queteletův Index tělesné hmoty (Body Mass Index, BMI). BMI je odhad tělesné hmotnosti, uznávaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Vychází se z poměru hmotnosti a druhé mocniny výšky, výsledek se porovná se statistickými tabulkami pro daný věk a pohlaví.

Zjistěte si svůj BMI:

Jak vypočítat body mass index?

$$\text{BMI} = \frac{\text{Tělesná hmotnost (kg)}}{\text{Tělesná výška}^2 \text{ (m)}}$$

1. BMI méně než 17,5 – velká podváha
2. BMI 17,5 – 18,5 – podváha
3. BMI 18,5 - 24.9 – normální rozmezí
4. BMI 25.0 - 29.9 – mírná obezita
5. BMI 30.0 - 39.9 – obezita
6. BMI 40 a více – těžká obezita

Příloha č. 4 : Seznam center pomoci nemocným s poruchami příjmu potravy

1. Středisko psychosociálních ambulantních služeb Praha
 2. Psychoterapeutická skupina pro klienty s poruchami příjmu potravy, Praha
 3. Krizové centrum RIAPS, Chelčice
 4. Dětská psychiatrická klinika FN Motol
 5. Psychiatrická klinika Ke Karlovu, Praha
 6. Denní sanatorium Horní Palata, Praha
 7. Poradna pro osobní rozvoj, Praha
 8. Dietologické centrum Praha
 9. Dietologické centrum Tábor
 10. Dietologické centrum Brno
 11. PhDr. Bernardeta Bechyňová, Praha
 12. DPC – Dejvické psychoterapeutické centrum, Praha
 13. Poradna podpory zdraví, Brno
 14. Anabell – Občanské sdružení , Brno
 15. Ambulance pro zdravou výživu, Brno
 16. NUTRIVIA s.r.o., Brno
 17. Psychiatrická klinika FN Brno – Bohunice
 18. Nemocnice Bohunice
 19. Modrá linka
 20. LETOKRUH, Brno
 21. Psychologická poradna v Olomouci
 22. Svépomocná skupina v Pardubicích
 23. Svépomocné skupina v Plzni
 24. Poradna klinické psychologie v Kroměříži
- a další

Příloha č. 5 : Seznam filmů s tematikou poruch příjmu potravy

Filmy:

Když přátelství zabíjí

Režie : James A. Contner

Produkce : Libra Pictures

Stopáž filmu : cca 1 hodina 30 minut

Příběh jednoho velkého přátelství a také jedné anorexie a jedné bulimie.

Dokonalost za každou cenu

Vyrobila : Mark Sennet Productions

Stopáž filmu : cca 117 minut

Pro lásku k Nancy

Vyrobilo : Vin di Bona C. Corporation, 1994

Režie : Paul Schneider

Perfektní tělo

Režie : Souhlas Barr

Ani gram aneb Droga jako štíhlost

Autor scénáře a režie : Petra Cyrus

Dokumentární snímek společnosti ZDF 2003

Anorexie

Autor scénáře : Deborah Amelon

Kamera : Pierre Letarde

Režie : Joan Micklin Silver

(zdroj <http://www.anabell.cz>)

Příloha č. 6 : Restaurace pro nemocné s poruchami příjmu potravy

V květnu roku 2005 vznikla v Berlíně světová rarita. Jako první na světě zde byla otevřena restaurace speciálně zaměřená na hosty s poruchou příjmu potravy.

Majitelkou je Katja Eichbaum, která sama trpěla 15 let bulimií. Během léčby v sanatoriu pro pacienty s touto problematikou dostala nápad vytvořit místo, kde se budou moci nemocní lidé nejen najíst, ale postupně se vrátit zpět do každodenního života.

Restaurace nese název Sehnsucht – touha. Jídelní lístek nabízí originální názvy jak například „Něco více“ či „Něco méně“, „Velký hlad“ nebo „Duše“, jde ovšem o normální jídla – vařená vejce či různé zákusky.

(zdroj : www.idealni.cz)

Príloha č. 7 : Ošetrovateľská dokumentace

Ošetrovateľská dokumentace					UK 2. LF Ústav ošetrovateľství	
JMÉNO: <i>KATEŘINA</i> PŘÍJMENÍ: <i>HRADECKÁ</i> ROČNÍK: <i>3. ročník</i> AK. ROK: <i>2007/2008</i>						
Souhlas klienta se získáváním informací ke studijním účelům						Podpis: <i>[Signature]</i>
Iniciály nemocného: <i>J.J.</i> Pohlaví: <i>žena</i> Věk: <i>14 let</i> Stav: <i>svobodná</i> Vzdělání: <i>28^r</i> Povolání: <i>-</i> Kontaktní osoba: <i>matka</i>			Oddělení: <i>Dětská psychiatrie FNM</i> Datum přijetí: <i>4. 12. 2007</i> Den hospitalizace: <i>1.</i>			
HL. DŮVOD PŘIJETÍ (použit slova pacienta) <i>vyhublost</i>						
LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY Hlavní: <i>F50.0 MENTÁLNÍ ANOREXIE</i> Ostatní:						
CHRONICKÁ TERAPIE Nemocný má u sebe tyto léky: <i>/</i> Je poučen o užívání: <i>ANO - NE</i>						
ALERGICKÁ ANAMNÉZA Léky: <i>/</i> Potraviny: <i>/</i> Ostatní: <i>/</i>						
RIZIKA Alkohol: ANO kolik..... <i>NE</i> Kouření: ANO kolik..... <i>NE</i> Ostatní drogy: ANO kolik..... <i>NE</i> Jiná rizika: <i>/</i>						
FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ						
Orientace: <i>X</i> místem <i>X</i> časem <i>X</i> prostorem Puls: <i>80 /min</i> Dech: <i>18 /min</i> Tělesná teplota: <i>36,5°C</i> TK: <i>110/40 Torr</i>			Stav dutiny ústní: <i>norma</i> Sliznice: <i>norma</i> Chrup: <i>sanová'n</i> Nos: <i>norma</i> Průchodnost: <i>ano</i> Sekrece: <i>ne</i>			
Stav výživy: Výška: <i>154cm</i> Váha: <i>42,6 kg</i> BMI: <i>19,2</i> Stav kůže: <i>sušší, pravidelně se promazává</i> Barva: <i>norma</i> Turgor: <i>norma</i> zvýšený <i>-</i> snížený Jizvy: <i>Ne - Ano (lokalizace):</i> Jiné kožní defekty: <i>/</i>			Sluchové omezení: <i>Ano - Ne</i> Kompenzační pomůcky: <i>/</i> Zrakové omezení: <i>Ano - Ne</i> Kompenzační pomůcky: <i>/</i> Chuťové omezení: <i>Ne - Ano</i> slaná, sladká, hořká, kyselá Chůze: <i>jistá</i> nejistá - (opora) ležící			
Riziko vzniku dekubitů - (Norton score): <i>bez rizika</i> Dekubitus: <i>Ne - Ano (lokalizace):</i>						
INVAZIVNÍ VSTUPY - <i>pacientka nemá</i>						DIETA: <i>č. 11</i>
	Žilní katétr	Močový katétr	Drén	Sonda	Stomie	Jiné
Datum						
Lokalizace						
Typ						
						Jiná omezení: <i>kontrola jídla, manipulace s jídlem</i>

Vnímání zdraví	Jaká je úroveň Vašeho zdraví? <input type="checkbox"/> dobrá <input checked="" type="checkbox"/> narušená: špatná Jak si udržujete zdraví? <input checked="" type="checkbox"/> pohyb <input checked="" type="checkbox"/> strava <input checked="" type="checkbox"/> preventivní prohlídky <input type="checkbox"/> jiné..... Prodělané nemoci nebo úrazy za poslední rok? <i>Nysem 07. střevní chřipka</i> Lékařská doporučení: <input checked="" type="checkbox"/> dodržujete <input type="checkbox"/> nedodržujete-důvod: Cítíte se dostatečně poučen (o zdrav. stavu, vyšetřeních, léčbě, právech pacientů) Ano - Ne (v čem) <i>žádná neúplnost info.</i> Porozuměl jste dostatečně podaným informacím? Ano - Ne	Oš.dg.: <i>Obraz těla porušený z důvodu</i> Eti: <i>základní nemoci projevující se</i> Plán-péče: <i>negativními postoji nad vlastním</i> <i>tělem, soustředění se na fyzický</i> <i>vzhled, slovním vyjádření m počtu,</i> <i>odrážejícím narušený obraz z hledu</i> Oš.dg.: <i>Neznalost (potřeba poučení)</i> <i>z důvodu nedostatku zkušeností,</i> <i>s daným problémem projevují a</i> <i>se slovním vyjádření m problému</i>	
Výživa - metabolismus	Jaký je Váš denní příjem stravy? (typ a počet jídel) <i>nyní - hospitalizace - 6x denně</i> Změnila se Vaše hmotnost za poslední rok? Ne - Ano (o kolik). <i>Sníženo... 9.23kg</i> Dietní omezení? Ne-Ano (jaká) <i>poc. odmítat jídlo - maso, knedlíky, sladkosti</i> Příjem stravy: <input checked="" type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> jiný..... Potíže při příjmu stravy: <input type="checkbox"/> s polykáním <input type="checkbox"/> s kousáním <input type="checkbox"/> jiné..... Chuť k jídlu: <input type="checkbox"/> nezměněna <input checked="" type="checkbox"/> změněna (jak) <i>sníženo</i> Denní příjem tekutin: <i>0,5 litra / 24hod</i> Preferované tekutiny: <i>reperlivá neochucená voda</i> Pocit žízně: Ano - Ne Zvláštnosti, zvyky, přání:	Oš.dg.: <i>Kyživa porušená, nedostatečná</i> <i>z důvodu základního onemocnění</i> <i>projevující se odporem k jídlu,</i> <i>poruchami chuti, nedostatečným zájmem</i> <i>o jídlo, dle snížení hmotnosti</i>	
Hygienická péče	Hygienickou péči provádíte: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomoci (v čem konkrétně): Způsob a frekvence: <i>1-2x / denně</i> <input checked="" type="checkbox"/> sprcha <input type="checkbox"/> koupel Stav pokožky: <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vyživená <i>sušší</i> <input type="checkbox"/> defekty <input type="checkbox"/> otoky (lokalizace, velikost cm)..... Specifická péče o kůži: <i>promazávání</i>		
Vylučování	Způsob močení: <input checked="" type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> podložní mísa <input type="checkbox"/> močová láhev <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky Frekvence: <i>6</i> /24hod. Množství:...../24hod <input type="checkbox"/> obtíže..... <input type="checkbox"/> barva..... příměsi..... Inkontinence moče: <input checked="" type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná typ..... Způsob defekace: <input checked="" type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> podložní mísa <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky Frekvence: <i>1</i> /24hod. Pravidelnost Ano-Ne konzistence..... příměsi..... obtíže: <i>obstipace</i> léky..... Odchod plynů: <u>Ano</u> - Ne	Oš.dg.: <i>žalopn z důvodu změn běžných</i> <i>potravních a jídelních zvyklostí</i> <i>projevující se významným posáze</i> <i>stolice, snížením frekvence</i> <i>a menším objemem stolice,</i> <i>namáhavou defekací</i>	

Vylučování	Inkontinence stolice: <input checked="" type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná Stomie: <u>Ne</u> – Ano (lokalizace)..... Zvracení: <u>Ne</u> – Ano <input type="checkbox"/> frekvence..... <input type="checkbox"/> množství..... Pocení: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné	
Aktivita-cvičení	Cvičíte pravidelně? <u>Ne</u> – <u>Ano</u> (typ cvičení) <i>Cviče bni sestavy (např. sed-leh)</i> Jak trávíte volný čas? <input type="checkbox"/> pasivně <input checked="" type="checkbox"/> aktivně Faktory bránící aktivitě..... Zájmy, záliby: <u>čtení, keramika</u> Míra soběstačnosti (Barthel score)..... <u>b.1</u> <i>pacientka plně soběstačná</i>	
Spánek-odpočinek	Spánek: <input type="checkbox"/> nepřerušovaný <input checked="" type="checkbox"/> přerušovaný <u>12</u> za noc <input checked="" type="checkbox"/> potíže s usínáním <u>Ne</u> – <u>Ano</u> (hod.)..... <input type="checkbox"/> jiné..... <input type="checkbox"/> léky..... Pocity po probuzení: <u>dobrá, jak kdy</u> Faktory ovlivňující usínání a spánek..... <i>negativně: náhle životní změny, strach, osamělost</i>	<i>Os.dg.: Spánek porušený z důvodu náhle životní změny, oddělením od blízkých osob projevující se obtížným usínáním pacientky, probouzením se během noci</i>
Vnímání – poznávání	Pociťujete v poslední době nějaké změny paměti? <u>Ne</u> – Ano (jaké)..... Hodnocení psych. stavu a paměti: — <input type="checkbox"/> MMSTscore.....bodů <input checked="" type="checkbox"/> slovní zhodnocení (orientace): <u>dobrá</u> Paměť porušená: <u>Ne</u> – Ano <input type="checkbox"/> krátkodobá <input type="checkbox"/> dlouhodobá <input type="checkbox"/> výbavnost Pozornost: <input type="checkbox"/> udrží <input checked="" type="checkbox"/> neudrží <i>poruchy soustředění</i> Faktory ovlivňující pozornost..... <i>onemocnění pacientky</i> Řeč: <input checked="" type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> přerušovaná <input type="checkbox"/> jiná..... nonverbální projevy.....	<i>Os.dg.: Mýšlení porušené z důvodu malnutrice projevující se poruchami soustředění pacientky</i>
Vnímání bolesti	Charakter: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> křečovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná Lokalizace..... Intenzita (škála 0 – 10)..... Typ: <input type="checkbox"/> akutní (od kdy)..... <input type="checkbox"/> chronická (od kdy)..... Kdy se projevuje: během dne <input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> v klidu <input type="checkbox"/> při pohybu Faktory ovlivňující bolest..... <i>pacientka bez bolesti</i>	

Sebepečetí	<p>Vnímáte nějaké změny svého tělesného vzhledu? <u>ano, kladně</u></p> <p>Pocítíte nějaké změny ve Vašem psychickém stavu? <u>ano, rozčekanost, poruchy nálady, pláčivost, samota</u></p> <p>Existuje něco, co Vás zneklidňuje? <u>obavy z přibírání na váze</u></p> <p>Prožíváte často: <input checked="" type="checkbox"/> strach <input checked="" type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> vztek <input checked="" type="checkbox"/> smutek <input type="checkbox"/> stres <input type="checkbox"/> radost</p> <p>Co je vyvolalo? <u>hospitalizace, onemocnění</u></p> <p>Co Vám pomáhá? <u>komunikace s rodinou, personalem</u></p>	<p>Oš. dg.: <u>Sebeúcta situace snížena z důvodu ztráty zdrojů projevující se slovním vyjádřením negativních pocitů nad sebou</u></p> <p>Oš. dg.: <u>Dušerní tíseň z důvodu tělesné dušerní nemoci, nízké sebeúcty projevující se poruchami nálady, pláčem, izolováním se</u></p> <p>Oš. dg.: <u>Osamělost z důvodu sociální izolace projevující se negativním slovním vyjádřením pacientky</u></p>	
Role - mezilidské vztahy	<p>Bydlíte: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s rodiči <input checked="" type="checkbox"/> s vlastní rodinou</p> <p>Jaký je Váš pocit ze vztahů <input type="checkbox"/> s partnerem.... <input checked="" type="checkbox"/> s rodiči <u>dobry</u> <input type="checkbox"/> s dětmi.....</p> <p>Je na Vás rodina závislá? <u>Ne</u> - Ano (jak).....</p> <p>Jste spokojen ve svém zaměstnání? <u>Ano</u> - Ne <u>ve škole</u></p> <p>Máte domácí zvíře? <u>Ne</u> - Ano (jaké).....</p> <p>Kdo o něj pečuje v současnosti?.....</p>		
Sexualita-reprod.sch.	<p>Menstruace: od kolika let: <u>od 12,5 let</u></p> <p>Klimakterium:.....</p> <p>Prevence: <input type="checkbox"/> samovyšetření prsu <input type="checkbox"/> preventivní gyn. prohlídky <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Jiné obtíže? <u>žlutá menstruace srpen 07</u></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? <u>Ne</u> - Ano (v co?)..... <u>v sílu člověka</u></p>		