

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kateřina Švedová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Kateřina Švedová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S MENTÁLNÍ
ANOREXIÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Švedová Kateřina

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacientů s mentální anorexií

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

Počet stran – číslované: 72

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, bulimie, výživa, příjem potravy, ošetrovatelský proces

Souhrn:

Tématem této bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u pacientů s mentální anorexií. Teoretická část je zaměřena na rozdělení poruch příjmu potravy, charakteristiku mentální anorexie a její rizikové faktory, diagnostiku a léčbu. Dále obsahuje také závažné komplikace této nemoci a specifika ošetrovatelské péče. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u dvou vybraných respondentek s potvrzenou diagnózou mentální anorexie. Tyto pacientky byly hospitalizované na psychiatrické klinice ve FN Plzeň.

Abstract

Surname and name: Švedová Kateřina

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing process of patients with the anorexia nervosa

Consultant: MUDr. Lenka Luhanová

Number of pages – numbered: 72

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 30

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, nutrition, food intake, nursing process

Summary:

The topic of the bachelor work is Nursing process of patients with the anorexia nervosa. Theoretical part is focused on distribution of eating disorders, characteristics of anorexia nervosa and its risk factors, diagnosis and treatment. It also contains serious complications of this disease and specifics of nursing care. The practical part is focused on nursing process by two selected patients with confirmed diagnosis of anorexia nervosa. These patients were hospitalized at a psychiatric clinic in Pilsen.

Předmluva

Téma Ošetrovatelský proces u pacientů s mentální anorexií pro tuto bakalářskou práci bylo záměrně vybráno z důvodu, že různé poruchy příjmu potravy se vyskytují u mladých adolescentních dívek čím dál častěji. Jednou ze závažných poruch příjmu potravy je mentální anorexie, na jejíž problematiku je tato práce konkrétně zaměřena. Nejčastěji se toto onemocnění vyskytuje u dospívajících dívek, není však výjimkou výskyt mentální anorexie u dospělých žen. Léčba mentální anorexie je různorodá a vyžaduje především dlouhodobou spolupráci motivované pacientky, bohužel ne vždy je však terapie účinná. Mentální anorexie má řadu závažných komplikací, negativně postihuje téměř všechny orgánové soustavy a přináší fyzické i psychické následky. Přesto bývá stále častěji toto onemocnění popíráno, zlehčováno či dokonce přehlíženo. Cílem této práce je vytvořit ošetrovatelský a edukační plán u dvou pacientek s potvrzenou diagnózou mentální anorexie.

Poděkování

Děkuji MUDr. Lence Luhanové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji vybraným respondentkám za jejich ochotu se mého výzkumu zúčastnit. Také děkuji Fakultní nemocnici Plzeň – oddělení PSYCH – C za umožnění mého výzkumného šetření.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	14
1.1 Definice poruch příjmu potravy.....	14
1.2 Rozdělení PPP.....	14
1.2.1 Mentální anorexie	14
1.2.2 Mentální bulimie	15
1.2.3 Záchvatovité a noční přejídání	16
1.2.4 Ortorexie	17
1.2.5 Bigorexie	17
1.2.6 Drunkorexie	18
1.2.7 Diabulimie	18
1.2.8 Atletická anorexie.....	18
1.2.9 Pica syndrom	19
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	20
2.1 Charakteristika onemocnění	20
2.2 Rizikové faktory	21
2.2.1 Biologické faktory	21
2.2.2 Sociální a kulturní faktory	21
2.2.3 Psychologické faktory	21
2.3 Příznaky a projevy nemoci	22
2.4 Diagnostická kritéria mentální anorexie	23
2.5 Terapie mentální anorexie.....	24
2.5.1 Koordinace léčby	25
2.5.2 Ambulantní péče.....	25
2.5.3 Denní stacionář	26
2.5.4 Kognitivně behaviorální terapie	26
2.5.5 Rodinná terapie a poradenství	26
2.5.6 Farmakoterapie	26
2.5.7 Hospitalizace	27
2.5.8 Občanské sdružení Anabell	27
2.6 Zdravotní komplikace	27
2.6.1 Trávicí systém – Gastrointestinální komplikace	28

2.6.2	Kardiovaskulární komplikace.....	29
2.6.3	Renální komplikace	29
2.6.4	Ženský reprodukční systém.....	30
2.6.5	Neurologické aspekty	30
2.6.6	Kostní metabolismus	31
2.6.7	Kožní projevy	31
2.6.8	Psychické komplikace	32
2.6.9	Orální zdraví a MA.....	32
2.6.10	Refeeding syndrom.....	33
2.7	Prevence onemocnění	34
3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	35
3.1	Specifika ošetrovatelské péče ve stravování.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
4	FORMULACE PROBLÉMU	37
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	38
5.1	Hlavní cíl.....	38
5.2	Dílčí cíle.....	38
6	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	39
	Výzkumné otázky:.....	39
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
8	METODIKA PRÁCE	41
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	42
10	KAZUISTIKA Č. 1	43
10.1	Sběr informací o klientovi – anamnéza.....	43
10.2	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové.....	46
10.3	Ošetrovatelské diagnózy v den příjmu – 16. 10. 2019.....	49
10.4	Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 7. den hospitalizace	58
10.5	Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 14. den hospitalizace	59
11	KAZUISTIKA Č. 2	62
11.1	Sběr informací o klientovi – anamnéza.....	62
11.2	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové.....	65
11.3	Ošetrovatelské diagnózy v den příjmu 24. 10. 2019.....	68
11.4	Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 7. den hospitalizace	75
11.5	Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 14. den hospitalizace	77
11.6	Edukační plány.....	79
	DISKUZE.....	80
	ZÁVĚR.....	84

SEZNAM LITERATURY	85
SEZNAM PŘÍLOH	88
PŘÍLOHY	89
Příloha č. 1 – Povolení sběru informací	89
Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pacientky	90
Příloha č. 3 – Vzorové edukační plány – výstup z praxe	91

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Edukační plán 1	91
Tabulka 2 - Edukační plán 2	92

SEZNAM ZKRATEK

BMI - Body mass index

DF – dechová frekvence

DMS – V - Pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch

EKG – elektrokardiografie

EV - enterální výživa

GIT – gastrointestinální trakt

i.v. aplikace – nitrožilní aplikace

MA - Mentální anorexie

MB - Mentální bulimie

MJIP - metabolická jednotka intenzivní péče

NGS - nasogastrická sonda

NJ sonda – nasojejúální sonda

PMT - psychomotorické tempo

p.o. – pomocí ústy

PPP - poruchy příjmu potravy

PŽK – periferní žilní katétr

s.c. aplikace – aplikace pod kůži

SpO2 – saturace krve kyslíkem

TF – tepová frekvence

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, že mentální anorexie – psychické onemocnění vyskytující se především u ženského pohlaví, je diagnostikováno stále častěji, a to především u mladých dospívajících dívek. Může se však objevit dříve či později u dospělých žen. Mentální anorexie patří mezi závažné poruchy příjmu potravy. Jde o onemocnění, které spočívá v odmítání potravy, nespokojeností se svým vlastním zevnějškem, zkreslené představě o svém těle a ovlivňuje negativně téměř všechny tělesné soustavy. Tyto systémové komplikace jsou velice závažné až život ohrožující. Mentální anorexie často vzniká jako reakce na určitou událost či situaci, se kterou se daný jedinec nezvládne vypořádat. K jeho vzniku často přispívá také emoční labilita, negativní vliv reklamy, médií a sociálních sítí, šikana, problémy v rodině, perfekcionalismus, nízké sebevědomí, zaměření na úspěch, přehnané nároky, depresivní a úzkostné stavy či výskyt anorexie u matky.

Léčba mentální anorexie je náročná a složitá, pacienti běžně odmítají přijmout závažnost nemoci a nejsou ochotni na léčbu přistoupit. Existuje zde možnost ambulantní péče či neodkladné hospitalizace v závislosti na stupni závažnosti onemocnění. Spolu s psychoterapií je cílem léčby dosáhnout fyzické i psychické stability a navrácení stabilní hmotnosti pacientky.

Bakalářská práce je rozčleněna do dvou velkých částí. První část se zabývá obecně poruchami příjmu potravy, charakteristikou mentální anorexie, její léčbou a závažnými systémovými komplikacemi. Druhá část je zaměřena na ošetrovatelský proces u dvou vybraných respondentek s potvrzenou diagnózou mentální anorexie. Hlavním cílem této bakalářské práce je vytvořit ošetrovatelský a edukační plán u dvou pacientek s diagnózou mentální anorexie.

Ve své bakalářské práci jsem využila rešerší vytvořených ve Studijní vědecké knihovně Plzeňského kraje. Na jejich základě jsem si vypůjčila odbornou literaturu pro vytvoření teoretické části práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou bio-psycho-sociálním onemocněním, které vzniká nejčastěji v adolescenci, ve věku kolem 13-15 let. Onemocnění vzniká v průběhu několika měsíců a trvá v průměru šest let. V současné době se tato porucha rozvíjí častěji než v minulosti u dětí před pubertou a u starších žen (Hosák, 2015, s. 278). Snad i proto, že příčiny a projevy onemocnění jsou ve svých počátcích často podceňovány a bagatelizovány (Stránský, 2010, s. 174).

1.1 Definice poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejvíce častých a pro svůj chronický průběh, vážné somatické, psychické a společenské důsledky i jedním z nejvíce vážných onemocnění dospívajících dívek a žen. PPP zasahují do všech oblastí života. Postihují nejen emoční a mimo jiné i sexuální život nemocných, ale také profesní a sociální stránku života. Způsobují dlouhotrvající nesnáze nejen samotným pacientům, ale také jejich rodinám, přátelům a ostatním blízkým osobám. Různé formy PPP většinou přichází v období, které je důležité pro další psychosociální vývoj jedince (Procházková, 2017, s.7). Vzhledem k potenciálním i reálným rizikům jsou uvedené poruchy příjmu potravy významným problémem. Dlouhodobě nepříznivý průběh je uváděn takřka u jedné čtvrtiny nemocných (Orel, 2016, s. 203).

1.2 Rozdělení PPP

PPP jsou skupinou psychiatrických onemocnění s typickým začátkem již v adolescentním věku. Základními jednotkami jsou mentální anorexie a mentální bulimie, dále se setkáváme s jednotkami jako je např. záchvatovitě a noční přejídání, ortorexie, bigorexie, drunkorexie, diabulimie apod. (Vysvětlení v textu str. 17-18) (Nevoral, 2013, s. 570).

1.2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je spojena s vědomým a úmyslným snižováním hmotnosti a udržováním výrazné podváhy (snížení hmotnosti je o více než 15 % oproti normálu). Dané váhy je dosahováno extrémním omezením příjmu živin, navozováním zvracení, užíváním laxativ a jiných léků, zvýšenou fyzickou aktivitou. Typické je skrývání a tajení poruchy volnějším oblečením, kamuflováním apod., které je často i letité (Orel, 2016, s. 202). Objevuje se

v 90-95 % u dospívajících dívek a mladých žen, u mladých mužů a chlapců v 5-10 % (Pa-pežová, 2018, s.122).

Premorbidně bývají pacientky trpící mentální anorexií hodnoceny jako velice přizpů-sobivé, perfekcionistické, úspěšné jak v mnoha aktivitách, tak ve škole, orientované na vý-kon a velmi zodpovědné. S postupným rozvojem nemoci se však dostávají do konfliktu se svým okolím, lžou a podvádějí, aby se vyhnuly přiměřenému příjmu potravy (Svačina, 2010, s. 335).

1.2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je porucha, kterou charakterizují opakující se záchvaty pře-jídání spojené s nepřiměřenou kontrolou tělesné hmotnosti (Procházková, 2017, s. 9). Pro MB představuje typické střídání opakovaných záchvatů přejídání velkým množstvím kalorického jídla a nepřiměřené kontroly hmotnosti (Novák, 2010, s. 11). Uvádí se, že mnozí nemocní dokáží v průběhu 1-2 hodin přijmout 15 000-20 000 kcal ve formě jakéhokoliv jídla, a zase je vyzvrátí (Heinrich, 2015, s. 417). Nemocné trpící MB potřebují vždy vědět, kde přesně se nachází toalety, vyhýbají se lidem, lžou, své chování tají, trpí nutkavou potře-bou nakupovat potraviny. Jídlo je ovšem finančně nákladné, proto se uchylují i ke krádežím potravin a vyhrabávání jídla z odpadkových košů. Někdy bývá MB spojena i s jinými závis-lostmi, například na alkoholu, ten se může stát prostředníkem a pomocníkem při zvracení (Pugnerová, 2016, s.138).

Pro stanovení diagnózy musí být u jedince přítomno: neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací obrovských dávek jídla během krátké doby. Snaha potlačit kalorický účinek jídla buď vyvolaným zvracením, použitím laxa-tiv, anorektik, diuretik či střídavými obdobími hladovění. Psychopatologie spočívá v cho-robném strachu z tloušťky a jedinec si určí striktně vymezený váhový práh, nižší než pre-morbidní váha, která je dle názoru lékaře zdravá či optimální (Novák, 2010, s. 11).

Bulimie má velmi blízko k mentální anorexii. Přibližně třetina osob trpící MB měla v minulosti zkušenost s anorexií a u mnoha dalších se vyskytly některé rysy MA. Obě poru-chy mají také spoustu společných symptomů, jde zejména o určitý druh postoje k tělesné hmotnosti a tvaru těla (Cooper, 2014, s. 58).

Spouštěcí mechanismus přejídání: Záchvaty přejídání jsou obvykle vyvolány po-dobnými prožitky, proto je lze rozdělit do tří kategorií:

Jídlo, kdy jde o porušení diety, pocit plnosti po stravování, myšlenky na jídlo. **Obavy o tělesnou hmotnost a postavu** zahrnující pocit obezity, přemýšlení o postavě a váze, zjištění, že hmotnost je vyšší, než dívka předpokládala, nebo že oblečení je malé či těsné. **Negativní nálady** jako jsou deprese, špatná nálada, nervozita, pocit osamělosti, strach, úzkost, podrážděnost (Pugnerová, 2016, s. 138).

Rozlišují se dva subtypy: První typ **purgativní**, kdy si jedinec sám navozuje zvracení anebo zneužívá projímadla, diuretika nebo klystýry. A druhý typ **nepurgativní**, kdy pacient využívá jiného kompenzačního chování, např. hladovění nebo nadměrného sportování, nikoli však pravidelného zvracení, které by si sám navodil, ani nezneužívá laxativa, diuretika či klystýry (Heinrich, 2015, s. 418).

Pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DMS – V) rozděluje MB dle stupně závažnosti na základě frekvence, kde se opakuje nevhodné kompenzační chování:

MB mírná: v průměru 1–3 epizody nevhodného kompenzačního chování za týden.

MB průměrná: v průměru 4–7 epizod za týden.

MB kritická: v průměru 8–13 epizod za týden.

MB extrémní: v průměru 14 nebo více epizod za týden (Papežová, 2018, s. 123-124).

1.2.3 Záchvatovité a noční přejídání

Mnozí lidé popisují přejídání jako horečnatou a zoufalou činnost, svoji silnou touhu po jídle popisují jako zdrcující. Právě tento pocit puzení ke konzumaci jídla vedl k tomu, že se při popisu záchvatovitého přejídání začal někdy používat termín „kompulzivní přejídání“. Zoufalství, jaké nemocní prožívají, je dohání ke zcela odlišnému chování, než jaké odpovídá jejich povaze. Jsou schopni vzít jídlo svým přátelům, krást v obchodech nebo jíst jídlo, které jiní lidé vyhodili (Cooper, 2014, s. 15).

U záchvatovitého neboli psychogenního přejídání se vyskytují opakované epizody přejídání bez hladovek nebo vyvolávaného zvracení, cvičení či užití projímadel. Během jedné epizody jedinec zkonzumuje obrovské množství potravin (např. i potraviny, které mu nechutnají), přestože nepocítuje hlad ani chuť. Jídlem může zahánět zklamání, nudu, nervozitu nebo osamělost (Procházková, 2017, s. 11). Pacienti s psychogenním přejídáním se neustále zabývají jídlem, charakteristické je u nich bažení po jídle (craving), podobné touze

po drogách a záchvaty přejídání (binge eating) jako u bulimických pacientů s trýznivými pocity ztráty kontroly po jídle. Nemocní konzumují jídlo o samotě, po záchvatu přejídání obvykle trpí pocity studu, napětí, znechucení, viny či deprese. Problematická je snaha o dosažení nereálné, nižší než premorbidní hmotnosti. Epizody přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací (Papežová, 2018, s. 126).

Noční přejídání spočívá v konzumaci většiny denního jídla až po večeri a v noci. Charakteristická je pro tuto problematiku nespavost a nechutenství po ránu. Spouštěčem nemoci je zejména dodržování diety a celkové narušení stravovacího režimu, např. v období většího stresu (Papežová, 2017, s. 11).

Záchvatovitě přejídání se může objevit také v těhotenství. Až pro 7 % těhotných žen, které nikdy netrpěly žádnou poruchou příjmu potravy může být přejídání první zkušenost s PPP. Jedná se o období, kdy plod rapidně roste a vytváří na matku vysoké kalorické nároky. Ženy přehlížející potřebu zvýšených kalorických nároků dítěte, ať už kvůli nedostatku času na jídlo či proto, že se snaží vyhnout nadbytečným kilogramům v těhotenství, se často stravují ve spěchu a jakmile začnou jíst, dochází k přejídání. Záchvatovitě přejídání může také vzplanout v časném stádiu těhotenství, kdy v organismu ženy vlivem ranní nevolnosti a zvracení dochází k nedostatečnému množství energie (Abraham, 2016, s. 57).

1.2.4 Ortorexie

Jde o patologickou posedlost zdravou stravou, jedinci nejsou schopni sníst nic jiného než to, co neobsahuje žádné konzervační látky, barviva, sůl, cukr, průmyslově zpracované potraviny, bílou mouku apod. Dodržování zdravého životního stylu a přemýšlení nad složením stravy zabírá jedinci mnoho času a hraničí až s fanatismem. Strach z toho, že jídlo není zdravé, může vést až k výrazné podvaze a zúžení spektra potravin na minimum. Jedinec jí jen určité potraviny (např. speciální biopotraviny), to může vést ke společenské izolaci, jelikož takové potraviny nelze koupit všude (Procházková, 2017, s. 12). Jedinci odmítají určité pokrmy s odvoláním na potravinové alergie, které ale nemají diagnostikované. Někteří jsou bezmezně přesvědčeni, že určitá potravina nebo nějaká skupina potravin způsobuje onemocnění (McGregor, 2019, s. 40).

1.2.5 Bigorexie

Bigorexie se vyskytuje převážně u mužů (nejčastěji jsou postiženi kulturisti). Jedná se o posedlost vlastním vzhledem a snahu dosáhnout velké fyzické zdatnosti a svalové

hmoty. Jedinci se cítí stále nedostatečně vyvinutí, slabí a malí. Dochází ke zneužívání anabolických steroidů a dalších látek, které podporují růst svalové hmoty (Procházková, 2017, s. 12). Nemocní se vyhýbají situacím, kde jejich tělo může být pozorováno nebo při nichž prožívají výrazný stres a úzkost. Obvykle vynechávají sociální, pracovní a rekreační aktivity kvůli kompulzivnímu cvičení a dietnímu rozvrhu, který dodržují i přes nežádoucí fyzické či psychické následky (Papežová, 2018, s. 129).

Mezi hlavní rizika se řadí poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním, nevyváženou stravou a nadužíváním doplňků stravy, které mohou poškodit trávicí soustavu, ledviny, játra (Procházková, 2017, s. 12).

1.2.6 Drunkorexie

Strach z přibírání vede k úmyslné redukci příjmu potravy s cílem snížit energický příjem tak, aby se mohlo zvýšit množství vypitého kalorického alkoholu. Nemocní si neuvědomují, že bez jídla se v žaludku alkohol vstřebává rychleji a do jater se dostává za výrazně kratší dobu, což zvyšuje jeho účinek a vede k jeho vstřebávání ve výrazně vyšší dávce. Při míchání alkoholu s různými druhy energetických nápojů dochází k razantnímu zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, také dochází ke snížení schopnosti vnímat únavu.

Tento méně známý typ poruch příjmu potravy byl zaznamenán především u dospívající mládeže v USA, kde statistiky ukazují, že až 30 % dospívajících dívek vynechává jídlo proto, aby mohly pít více alkoholu (Procházková, 2017, s. 12).

1.2.7 Diabulimie

Jak už sám název napovídá, jde o komorbiditu (současný výskyt více nemocí) mentální bulimie s diabetem. Týká se především pacientů s onemocněním diabetes mellitus I. typu, kdy se jedinec stává závislým na pravidelném užívání inzulínu. Inzulín slouží primárně ke snižování hladiny cukru v krvi, jedná se však také o anabolický hormon, který má významný vliv na ukládání tuků v těle a tím i regulaci hmotnosti. Uživatelé inzulínu se proto brzy naučí manipulovat s dávkami ve snaze o snížení tělesné váhy. Takové experimentování s sebou přináší život ohrožující komplikace (Procházková, 2017, s. 12).

1.2.8 Atletická anorexie

Ačkoli se vzniku PPP účastní různé faktory, u všech má zřejmě centrální význam touha po požadované hmotnosti, resp. postavě, jakou pacient považuje za ideální. Zatímco u mentální anorexie jde o následek psychosomatické poruchy, je atletická anorexie primárně

složkou snahy o maximální sportovní výkon. Jedinec se snaží změnou vztahu k jídlu dosáhnout určitých antropometrických parametrů, příznivých pro maximální sportovní výkon. Protože u četných sportovkyň se dá výkon zvýšit snížením tělesné váhy, snižují příjem stravy. Zkušenosti ukazují, že původně účelné dietetické chování se může v určitém okamžiku osamostatnit tak, že se u sportovkyň vyvine plný obraz mentální anorexie.

1.2.9 Pica syndrom

Tento syndrom znázorňuje touhou po nenormální potravě a její následky, které se vykytují např. při určitých psychických onemocněních, ale také v průběhu těhotenství, a někdy u různých etnických a sociálních skupin. Patří sem pravidelné požívání země (geofagie), škrobu určeného ke škrobení prádla (amylofagie) a požívání jiných látek, které nejsou potravinami. Uvádí se požívání průmyslových výrobků jako je vata, papír, mýdlo aj., ale i přirozeně se vyskytujících předmětů jako např. vlasů, písku, trávy apod. Podle druhu a množství přijatých látek se vyvíjejí následné komplikace (Heinrich, 2015, s. 418-419).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

MA se v současné době stává pediatrickým problémem, protože první projevy dietování a iniciální projevy se objevují již v časném školním věku, na úplném začátku dospívání nebo i dříve (Nevoral, 2013, s. 570).

2.1 Charakteristika onemocnění

Mentální anorexie (dále jen MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné váhy. Snížení tělesné hmotnosti si nemocný vyvolává sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ nebo tím, že nadměrně cvičí, úmyslně si vyvolává zvracení, užívá projímadla nebo jiné prostředky na zhubnutí. Pacientky neodmítají jídlo z důvodu, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to občas popírají. Nechutenství nebo snížení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. Pro anorektičky je příznačné úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná stravě, vlastnímu vzhledu a hmotnosti. Nemocní se nepřetržitě zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň nepřibrat (Krch, 2010, s. 25).

MA se diferencuje na dva podtypy. Podtyp **restriktivní**, kde pacientky snižují příjem kalorií ve stravě (dietování) a excesivně cvičí, a tím dosahují váhové redukce. A podtyp **purgativní**, kde k dietování a cvičení přibývá ještě „očišťování“, tj. zvracení (spontánní nebo navozené) a abúzus léků, které mohou hmotnost snížit (laxativa, emetika, diuretika apod.) (Nevoral, 2013, s. 570).

Stupeň závažnosti nemoci lze zvýšit podle klinických symptomů, stupně funkčního poškození a potřeby dohledu nad nemocným jedincem.

MA mírná: BMI ≥ 17 kg/m²

MA průměrná: BMI 16-16,99 kg/m²

MA závažná: BMI 15-15,99 kg/m²

MA extrémní: BMI <15 kg/m² (Papežová, 2018, s. 123).

2.2 Rizikové faktory

Existuje celá řada teorií a hypotéz o možných příčinách podílejících se na vzniku tohoto onemocnění. V současnosti jsou faktory vedoucí k rozvoji mentální anorexie ve většině odborné literatury rozčleněny do tří celků, a to na biologické faktory, sociální a kulturní faktory a psychologické faktory (Procházková, 2017, s. 13).

2.2.1 Biologické faktory

Pro rozvoj onemocnění je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů ženské pohlaví. Ženy a dívky vykazují zvýšený zájem o svoji váhu a množství tuku v těle, muži a chlapci se naopak více zaměřují na svalovou hmotu. K největším rizikovým změnám dochází v pubertě a adolescenci. Na základě shrnutí poznatků různých autorů lze obecně říci, že ohroženějšími poruchami příjmu potravy jsou dívky, které jsou v době dospívání vyspělejší než jejich vrstevnice, nejsou spokojeny se svou váhou, s nelibostí prožívají nástup menstruace a s ní spojený rozvoj sekundárních pohlavních znaků. S časnější fyzickou zralostí je většinou spojen strach z dalšího přibírání hmotnosti, pocity méněcennosti a některé další depresivní příznaky (Procházková, 2017, s. 14).

2.2.2 Sociální a kulturní faktory

Móda zaměřená na extrémní štíhlost, původně přisuzovaná západním zemím, zvyšuje riziko vzniku onemocnění. Média stále častěji prezentují vyhublé modelky, herečky a tanečnice, a extrémní dietní chování jako normu pro zdravý příjem stravy u mladých dívek. Příkladem může být médii velmi rozšířená hračka panenka Barbie. Tyto příklady a postoje mohou onemocnění spouštět i udržovat (Papežová, 2017, s. 10).

Mezi tyto faktory se řadí již zmíněný tlak médií na představy a životní vzory člověka, jednostranný a zkreslený popis určitých typů, vzorů a návodů na zdraví, úspěch a krásu. Dále přílišný důraz na to, zda je jídlo zdravé či není, jestli je tučné, dobré apod. Nevhodné stravovací návyky rodičů, sourozenců nebo přátel. Přehnaná orientace na vnější vzhled a na to, jak kdo vypadá, ale taktéž i příliš velká soutěživost v rodině nebo mezi vrstevníky, kde může docházet i k šikaně kvůli vzhledu (Krch, 2010, s. 38-39).

2.2.3 Psychologické faktory

V souvislosti se vznikem a rozvojem mentální anorexie odborníci upozorňují na určité osobnostní rysy a psychické vlastnosti, které se u pacientek vyskytují již před onemocněním, a mohou být tedy pro rozvoj nemoci rizikové (Procházková, 2017, s. 14). Většinou hraje roli závažnost stresu i schopnost se s tíživou situací vyrovnat. Ta může být ovlivněna

povahou, osobností a zároveň určitou situací. Mezi tyto vlastnosti patří například perfekcionismus, zranitelnost, sebekritičnost, nestálost, impulzivita a závislost na ostatních (Papežová, 2012, s. 20). Nelze uvést, že by všechny dívky trpící MA byly povahově stejné, avšak existuje několik osobnostních rysů, na kterých se shodne více odborníků:

Konformita, bezproblémovost zahrnující snahu nevybočovat z normy, dbát daných norem a pravidel, plnit očekávání, důraz na výkon a nespokojenost se svým výkonem, zodpovědnost, svědomitost a perfekcionalismus. Mezi další rysy patří **úspěšnost ve škole** a vysoká míra aspirace pod vlivem rodiny, **vnitřní nejistota, nižší sebevědomí, pochybnosti o sobě**, kdy se vyskytuje zvýšená sebekritičnost, chybí smysl pro humor, vyhýbání se problémům, pocity viny, nezájem o nové podněty. Také **introverze a senzitivita**, kdy chybí potřeba se svěřovat, pacientky mají málo kamarádů, kritika je chápána jako projev nepřátelství, vyskytuje se tendence hlubokého prožívání emocí, potlačování emocí a je také popisován častější výskyt depresí a úzkostí (Pugnerová, 2016, s. 135).

2.3 Příznaky a projevy nemoci

Anorektičky nejprve vynechávají ze stravy sladkosti a tučná jídla. Mění se jejich jídelníček, z něhož mizí nejprve potraviny, které jsou považovány za energeticky příliš vydatné či „nezdravé“. Omezení je postupně rozšiřováno na další jídla, jako je bílé pečivo, maso, knedlíky, přílohy apod, až nakonec zůstávají jen dietních „light“ potravin či jídel, které si samy důkladně připravují. Mění se jídelní chování a tempo, jezení probíhá pomalu a obřadně. Při jídle si jídlo dlouho prohlížejí, vybírají, co nebudou jíst, potraviny rozdělují na miniaturní kousky. Přibývá výmluv a manipulací kolem jídla. Trvají na tom, že si musí jídlo „vychutnat“ nebo „jíst v klidu“. Často uvádí, že nejsou zvyklé jíst, že nemají chuť, nemají čas nebo že jsou už po večeři. Během jídla se úzkostlivě srovnávají s ostatními, trvají na tom, aby měly co nejmenší porci a jídelní změny obhajují se stále větší rafinovaností. Často se mění jejich chuť, někdy hodně solí nebo pijí kávu; někdy přehnaně pijí (zapíjejí tak hlad), jindy naopak nepijí vůbec a jsou ohroženy až dehydratací. Typické je u nich vyhýbání se jezení ve společnosti, přecitlivělé reakce na to, když je někdo sleduje u jídla nebo například mlaská. Při konzumování jídla vypadají vyděšeně, napjatě a strnule. Snadno se cítí přejedené a mluví o tom, kolik toho přes den snědly. Často o jídle mluví, nebo se naopak této tématice přehnaně vyhýbají.

Obvykle vzrůstá jejich fyzická aktivita, mají potřebu neustále něco dělat, excesivně cvičit. Dokáží například chodit pěšky několikakilometrové vzdálenosti, několik hodin posilovat. Nedokáží se uvolnit a být v klidu. S rostoucí podvýživou se zhoršuje schopnost soustředění, přichází únava, apatie a vyčerpanost.

Přehnaně se zaobírají svojí postavou a tělesnou váhou, postávají před zrcadlem a neustále se váží, nebo se naopak se strachem váze vyhýbají. Zahalují se do volných šatů, nebo naopak se oblékají tak, aby mohly předvádět svoji plochou a vyhublou postavu. Začínají se postupně vyhýbat rodině a přátelům, uzavírají se do sebe, vzrůstá jejich přecitlivělost a podrážděnost, zhoršuje se jejich nálada. Na pokus ostatních donutit je jíst, reagují anorekticky obvykle kategorickým odporem a někdy až hysterií; vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají svoje vlastní protiargumenty. Když jsou nuceny jíst, snaží se různými způsoby podvádět, aby „uklidnily“ své okolí a rodiče. Podvádění probíhá například ve formě zvracení po jídle či zneužívání projímadel a léků na odvodnění, nebo také vyplivování jídla, které měly překvapivě dlouhou dobu v ústech.

Ze zdravotních potíží se nejprve objevuje zimomřivost, zácpa a porucha menstruačního cyklu. Vypadávají jim vlasy, po těle se jim objevují jemné chloupky a zhoršuje se jim jejich pleť (Krch, 2010, s. 29-30).

2.4 Diagnostická kritéria mentální anorexie

K diagnostice onemocnění MA lze zařadit například aktivní udržování abnormálně nízké tělesné váhy – ta je udržována na nejméně 15 % pod předpokládanou hodnotou, která by měla odpovídat věku, nebo je BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Strach z tloušťky přetrvávající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost – tu si nemocný snižuje sám, tím že se vyhýbá jídlům, po kterých se přibírá, a používá k tomu vyvolané zvracení, laxativa (projímadla), anorektika (léky snižující pocit hladu), diuretika (léky podporující vylučování vody) či nadměrně cvičí (Procházková, 2017, s. 8). Objevuje se zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, neodbytná obava z dalšího přibírání hmotnosti, vyskytuje se také endokrinní porucha projevovaná u žen amenoreou (ztráta menstruace) a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.

Mohou se objevit zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu a odchylky u vylučování inzulínu (Novák, 2010, s. 9). Při vyšetření krevního obrazu z odběru krve se vyskytuje snížený počet bílých krvinek a tím zvýšené nebezpečí dalších onemocnění. Hladina hemoglobinu (červené krevní barvivo) může být u těžkých forem anorexie

snížena až na polovinu fyziologických hodnot a dochází k poklesu i krevních destiček důležitých při procesech srážení krve. Nejčastější a nejdůležitější je nízká hladina kalia v biochemických nálezech krve. Jaterní enzymy jako např. alkalická fosfatáza, mohou být vyšších hodnot. Hladina krevního cukru se může u vážných stavů snížit až natolik, že vede k smrti (Papežová, 2017, s. 41-42).

Při podezření na výskyt poruchy příjmu potravy lze použít **dotazník SCOFF** (zkratka byla vytvořena z anglických slov Sick, Control, One stone, Fat a Food). Je to empiricky validizovaný dotazník, který má vysokou senzitivitu i specifitu pro MA a MB. Dále je samozřejmě nutno provést vyšetření, která vyloučí somatickou příčinu kachexie nebo zvracení, jako je například onkologické onemocnění, hormonální poruchy, zánětlivé onemocnění gastrointestinálního traktu apod. (Hosák, 2015, s. 284).

QUETELETŮV INDEX uváděný také pod termínem Body Mass Index (BMI) se vypočítává podle vzorce $BMI = \text{tělesná váha(kg)} / \text{tělesná výška}^2 \text{ (m)}$ (Novák, 2010, s. 9). Jedná se o vzorec, jehož výpočet slouží k určení, zda má jedinec optimální váhu, podváhu, nadváhu, nebo obezitu. Výpočet je jen orientační (Procházková, 2017, s. 8).

Podle výpočtu BMI lze rozlišit stupeň závažnosti MA:

MA mírná: $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

MA průměrná: $16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$

MA závažná: $BMI 15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$

MA extrémní: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$

Stupeň závažnosti lze zvýšit dle klinických symptomů, stupně funkčního postižení a potřeby dohledu nad určitým jedincem (Papežová, 2018, s. 123).

2.5 Terapie mentální anorexie

Léčba pacientek s MA je náročná a vyžaduje práci specialisty, častá je nutnost spolupráce několika odborníků z různých oborů. Neměla by se zaměřovat jen na změny ve stravování, ale i na možné komorbidní poruchy (Látalová, 2015, s. 103). Komorbidní psychiatrické diagnózy jsou v současné klinické praxi stále častější, mohou PPP předcházet, vznikat současně nebo se plně projevit až po úpravě jídelního chování. Patří sem např. nejčastěji se vyskytující úzkostná porucha, afektivní porucha, poruchy osobnosti a spektrum závislostí.

Zařazuje se také posttraumatická stresová porucha, která se udává u 12-45 % jedinců (Papežová, 2018, s.132-133).

Nabídka různých terapeutických, zvláště pak psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii MA je široká. Nelze říci, která z terapeutických metod je obecně nejúčinnější, přístup k nemocným by měl být individuální a podle aktuálních potřeb (Procházková, 2017, s. 54-55).

Hlavním cílem terapie je změnit způsob uvažování pacientky o její postavě a hmotnosti. Taková změna je předpokladem pro její plnou a úplnou úzdravu. Léčba by měla sledovat tyto cíle:

Navození normální hmotnosti k obnovení reprodukčních funkcí jako je menstruace, fyziologická ovulace žen a obnovení normálního sexuálního citění. Také odstranění ostatních biologických a psychologických následků malnutrice, zvýšení motivace ke spolupráci při terapii, provedení psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích diet a hladovění. Dalším cílem je stanovení a dosažení zdravé hmotnosti, optimálního týdenního váhového přírůstku, změna maladaptivního myšlení, pocitů a postojů týkajících se příjmu potravy. Terapie dalších psychopatologických projevů, poruch nálady, chování a sebehodnocení, podpora rodiny a partnerů, zajištění poradenství, prevence relapsu onemocnění (Praško, 2013, s. 689).

2.5.1 Koordinace léčby

Komplexní, diferencovaná terapie mentální anorexie vyžaduje spolupráci odborníků (psychiatrů, psychologů, endokrinologů, internistů, gynekologů, stomatologů a nutričních specialistů). Lehčí formy mentální anorexie mohou být léčeny ambulantně či ve specializovaných programech denních center. Pacientky jsou při závažném průběhu hospitalizovány na pediatrických, interních nebo metabolických odděleních a specializovaných psychiatrických jednotkách (Hosák, 2015, s. 285).

2.5.2 Ambulantní péče

Pacientky by měly být nejdříve léčeny ambulantně nebo na denním stacionáři. U nemocných s hmotností pod 30% ideální váhy je vhodná tato možnost jen při dobré motivaci, kooperativní rodině a krátkém trvání nemoci. Je nezbytné časté monitorování úspěšnosti terapie i hmotnosti (jednou za týden i častěji). Nemocné s výraznou podváhou a fyziologickou nestabilitou většinou vyžadují hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení (Hosák, 2015, s. 268).

2.5.3 Denní stacionář

Pacientky navštěvují stacionář každý pracovní den a po skončení denního programu odcházejí zpět domů. Tato forma péče nabízí pacientkám s PPP režimový plán léčby bez úplného odtržení z jejich přirozeného prostředí (Petr, 2014, s. 249).

2.5.4 Kognitivně behaviorální terapie

Jako velmi účinný u této nemoci byl dokumentován kognitivně-behaviorální přístup, založený na rozpoznání problému, jeho popsání, a změně chování, která je vázána na některá přesvědčení, hodnocení a myšlenky (Papežová, 2012, s. 41). Zahrnuje různé přístupy, např. psychoterapii zaměřenou na zlepšení tělesného sebepojetí, sebedůvěry, trénink asertivity a sociálních dovedností. Zaměřuje se na identifikaci zkreslených postojů k vlastnímu tělu a hmotnosti, zapisování pocitů, chování a myšlenek. Jsou na ní založeny svépomocné manuály pro nemocné klientky i jejich rodiny (Procházková, 2017, s. 58). Tento druh terapie je doporučován jako první volba při léčbě MA (Látalová, 2015, s. 103).

2.5.5 Rodinná terapie a poradenství

Rodinná terapie je indikována především u mladších adolescentních dívek a dětí. Tento druh léčby je účinný u většiny pacientek trpících mentální anorexií v dospívání. Dle literatury pouze 10–20 % nemocných vyžaduje intenzivnější péči a hospitalizaci, protože na standartní rodinnou terapii příznivě neodpovídají. Nový přístup v péči o dospívající pacientky přinesly „vícerodinné programy“, které spočívají v intenzivní psychoterapeutické práci se skupinou několika rodin s jedincem trpícím mentální anorexií. Tato práce spočívá v celodenních setkáních rozdělených do několika měsíců. V léčebných doporučeních je tato metoda uváděna jako nejúčinnější intervence pro nemocné s mentální anorexií ověřená v randomizovaných kontrolovaných studiích (Hosák, 2015, s. 288).

2.5.6 Farmakoterapie

Při léčbě MA neexistuje žádný specifický lék, který by tuto nemoc vyléčil, farmakoterapie není tedy příčinnou léčbou, ale léčbou podpůrnou – mírní doprovodné příznaky jako je úzkost, impulzivita, nutkavé myšlenky a deprese. Jsou podávána antidepresiva a anxiolytika, případně antipsychotika (Procházková, 2017, s. 57).

Důvod preskripce antidepresiv může být častá komorbidita s depresí nebo úzkostnými poruchami. V takových případech je užití této skupiny léků na místě, neboť právě přítomnost komorbidního onemocnění zvyšuje suicidalitu (sebevražedné jednání). Antidepresiva však nemají žádný vliv na úpravu stravovacích návyků pacientky, naopak ztráta chuti k jídlu, žaludeční nevolnosti a průjemy jsou udávány jako jedny z nejčastějších nežádoucích

účinků antidepresiv ze skupiny selektivních inhibitorů vychytávání serotoninu (Látalová, 2015, s. 103).

2.5.7 Hospitalizace

Důvodem hospitalizace do nemocničního zařízení je potřeba lékařské stabilizace pacientky na jednotkách intenzivní péče, jindy hospitalizace probíhá zpravidla na psychiatrických odděleních s cílem zlepšit somatický a psychický stav. Využívá se léčba prostředím, režimová léčba, skupinová terapie, individuální plán, podpůrné terapie: arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie. Existují určitá kritéria pro hospitalizaci:

Velký váhový úbytek, rychlost váhového úbytku. Deprese, sebepoškozování a riziko sebevraždy. Vztahové problémy v rodině a pokud ambulantní péče po dvou měsících nepřináší žádoucí výsledky (Procházková, 2017, s. 58-59).

Taková hospitalizace se doporučuje u nemocných se sebevražednými tendencemi, při komorbidním abúzu drog či alkoholu, ale také při život ohrožujících somatických komplikacích. Je vhodná také u pacientek, u nichž je stravovací režim zcela mimo kontrolu a během adekvátní ambulantní léčby se nijak nelepší (Hosák, 2015, s. 286).

2.5.8 Občanské sdružení Anabell

Činnost centra Anabell je zaměřena na odbornou podporu lidem s poruchami příjmu potravy, jejich blízkým i ostatním lidem. Zejména těm, kterým nejsou lhostejné psychické problémy související s nedostatečným či neplnohodnotným stravováním druhých lidí. Centrum obsahuje tým lékařů, psychologů, sociálních pracovníků, nutričních specialistů a dalších odborníků. Nabízí jak individuální, tak skupinovou pomoc a podporu. Služby mohou být jak ambulantní, tak terénní. Nabízí také internetové poradenství a telefonickou krizovou pomoc. Centrum Anabell také poskytuje odborné informace, literaturu i osvětové materiály (Anabell, c2002-2020).

2.6 Zdravotní komplikace

Mortalita pacientek s mentální anorexií je jednou z nejvyšších u psychiatrických onemocnění, je až 30x vyšší oproti zdravým ženám stejného věku. Vedle sebevraždy je jednou z nejčastějších příčin úmrtí primární srdeční arytmie a malnutrice (Papežová, 2018, s. 181). Negativních somatických důsledků podvýživy existuje celá řada. Například již zmíněná závažná amenorea (absence menstruace), měnící se kvalita kůže, poškození vnitřních orgánů (Orel, 2016, s. 203).

Diety, hladovění, ale i zvracení a užívání různých prostředků na hubnutí způsobují řadu nejrůznějších obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a zhoršují kvalitu života postižených. Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou váhou nemocné. Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s fyzickým i psychickým utrpením a mohou končit až smrtí (Krch, 2010, s. 44-45).

2.6.1 Trávicí systém – Gastrointestinální komplikace

PPP doprovází téměř v každém případě pestrá gastrointestinální symptomatologie. V popředí gastrointestinálních obtíží nemocných dominují především příznaky zácpy, průjmy (mohou být způsobeny laxativy), polymorfní bolesti břicha, zvracení, nevolnosti, nadýmání, plynatost, změny chuti v jídle a řada dalších.

Vyskytuje se především hypomobilita celého GIT se zpomalením pasáže. Současné poznatky prokazují u nemocných již abnormální motilitu jícnu a lehké zánětlivé změny na jeho sliznici jsou pozorovány u více než pětiny pacientek. V oblasti žaludku převažuje opožděné vyprazdňování s následným zvýšením pocitu plnosti a sytosti, častá je ztráta dávičího reflexu, spontánní gastroezofageální reflux, někdy až těžkého stupně. Nemocné mají také prodloužený „transit time“ tenkým a tlustým střevem, který je charakterizovaný chybným migrujících motorických komplexů. Porucha motility tlustého střeva se podílí i na progresi obstipace, která má svůj podíl i na samostatném dlouhodobém hladovění, hormonální a minerálové dysbalanci.

Další komplikací je syndrom komprese duodena horní mezenterickou arterií. Ten vzniká změnou anatomických poměrů v oblasti odstupů horní mezenterické arterie při rychlém, významném úbytku na váze. Uváděný syndrom může přispívat k chronickým gastrointestinálním potížím charakteru bolestí břicha, tlaků a nadýmání, zejména po jídle, s pocitem plnosti i zvracením natráveného obsahu.

Závažnou komplikací je vzácná akutní dilatace žaludku, zejména při náhlém nárůstu množství přijímané potravy po dlouhodobém hladovění. Proto je zcela nezbytné při obnově přísunu jídla postupovat formou postupně se zvyšujících dávek v průběhu několika dní. K úpravě motility dochází většinou do dvou týdnů od postupného navyšování množství jídla (Papežová, 2018, s. 270-272).

2.6.1.1 Laxativa

U pacientek s MA se velmi často objevuje abúzus laxativ, který obecně zahrnuje několik skupin nemocných. První skupinou jsou jedinci s příznaky chronické zácpy, kteří nadužívají laxativa, aby zmírnila její příznaky. Druhá skupina užívá laxativa jako prostředek k udržení či rychlejšímu snížení váhy. Třetí skupina se rekrutuje z nemocných s MA a MB, kde abúzus laxativ je prostředkem regulace váhy i příznaků chronické zácpy.

Mimostřevní komplikace zahrnují dehydrataci při ztrátě tekutin střevem, elektrolytové abnormality (hypokalemie, hypokalcemie, hypomagnezemie), alergické reakce, otoky. Užívání laxativ může také snižovat vstřebávání současně užívaných léků (Papežová, 2010, s. 230-231).

2.6.2 Kardiovaskulární komplikace

U pacientek s MA jsou kardiální abnormality přítomné až v 86 % a zahrnují bradykardii, hypotenzi, arytmie, EKG a echokardiografické abnormality. Kardiovaskulární onemocnění při rozvoji maligní arytmie či akutního srdečního selhání zodpovídá za jednu třetinu úmrtí pacientek s MA. Známým vlivem hladovění na srdce je snížení hmoty myokardu, zvýšení tonu parasympatiku, abnormality diastolické a systolické funkce, změny variability tepové frekvence, snížení maximální spotřeby kyslíku a EKG změny v průběhu fyzické zátěže (Papežová, 2018, s. 181). Hypometabolický a hypotermický stav vede k výrazné inhibici kardiovaskulárních funkcí, kdy bradykardie dosahuje často hodnot kolem 40/min a systémová hypotenze často způsobuje ortostatické obtíže. Vliv na kardiovaskulární systém mívají i další metabolické a iontové změny. Například hypokalemie může ohrozit život přechodem do maligní tachyarytmie (Nevoral, 2013, s. 577).

2.6.3 Renální komplikace

Nemocní s PPP mohou trpět celou řadou somatických komplikací, kdy metabolické abnormality a postižení ledvin patří k těm nejvíce závažným. Metabolické odchylky u nemocných jedinců souvisí nejen s nedostatečným příjmem iontů ve stravě, ale především s opakovaným zvracením a dlouhotrvajícím abúzem diuretik a laxativ. Mezi nejběžnější změny patří hypokalemie, metabolická alkalóza při zvracení a abúzu laxativ a diuretik, ale také další:

Příčinou *hypokalemie* jsou ztráty stolicí vlivem laxativ, močí vlivem diuretik, ale také metabolická alkalóza při zvracení. Nejčastěji se vyskytují hodnoty sérového kalía mezi 2,5 - 3,5mmol/l. Dále *hypofosfatemie*, vyskytující se především u stavů, kdy nemocní

začnou přijímat potravu a dochází k anabolismu, může být však způsobena i pokračujícím abúzem laxativ a diuretik. Relativně častá bývá **hyponatremie**, jejíž příčinou může být nadměrný příjem vody, chronický abúzus diuretik či chronická a těžká energetická deprivace. Vlivem hypokalemie a chronické dehydratace dochází k **chronickému onemocnění ledvin**, které může vyústit až do rozvoje terminálního selhání ledvin (Papežová, 2018, s. 348-353).

2.6.4 Ženský reprodukční systém

MA představuje riziko ve třech oblastech ženských reprodukčních funkcí: menstruační cyklus, fertilita a průběh těhotenství, průběh poporodní (zahrnuje zdraví matky i plodu) i doba kojení. Dochází přitom k poruchám menstruačního cyklu, poruchám sexuality, poruchám fertility (rizikový či patologický průběh těhotenství), narušení porodní činnosti a poporodního chování ženy (Papežová, 2010, s. 211).

Jedním z nejspolehlivějších příznaků mentální anorexie u žen je amenorea. Amenorea je definována jako chybění tří po sobě jdoucích menstruací u postmenarchálních žen. Reprodukční orgány se zmenšují svoji velikostí i strukturu na úroveň před pubertou. Bez hormonální produkce spojené s pohlavní zralostí klesá zájem o pohlavní styk, který může být až bolestivý (Papežová, 2012, s. 64).

Normalizace tělesné váhy je základním předpokladem pro obnovení menstruačního cyklu postižené ženy. Pro toto tvrzení svědčí fakt, že u méně pokročilé MA prostá realimentace způsobí opětovné nastartování menstruačního cyklu. Rychlost opětovného nastoupení menstruačního cyklu však závisí na hloubce rozvratu endokrinního systému (Papežová, 2018, s. 233).

2.6.5 Neurologické aspekty

Osoby s PPP navštěvují somatické lékaře pro různé potíže častěji než psychiatry. Neurologická pracoviště jsou jedním z nejnavštěvovanějších. Obvykle jde o různé bolestivé syndromy, poruchy vize, čítí, rovnováhy, únava, svalová slabost, dysfagie, poruchy spánku a bdění, křečové stavy a poruchy vědomí. Spektrum somatických příznaků je někdy velmi pestré až bizarní, často modifikované emocemi a poruchami osobnosti. V některých případech je i pro zkušeného lékaře obtížné rozpoznat, zda jde o komplikaci při PPP nebo jde o onemocnění nezávislé na PPP. Některé pacientky jsou proto opakovaně a často alibisticky vyšetřovány, a i přes všechna vyšetření odmítají souvislost s PPP. Mezi nejčastější a nejzávažnější neurologické poruchy se řadí:

Bolesti hlavy, jako například *migréna* doprovázená nevolností a zvracením, *tenzní bolesti hlavy* v oblasti čela a ve spáncích svíravého nebo tlakového charakteru. Vyskytuje se také *chronická denní bolest hlavy* trvající déle než 15 dní v měsíci se čtyřhodinovými epizodami. Vlivem postižení vnitřních orgánů bývá popisována *přenesená bolest trupu* a *bolesti svalů* (myalgie) způsobené většinou nadměrnou fyzickou aktivitou. **Vertebrogenní syndromy**, mezi které patří *akutní segmentové syndromy* vyprovokované náhlou či nadměrnou zátěží páteře, *radikulární syndromy* projevující se typickou kombinací lokální bolesti páteře s projekcí do končetin. Mezi další neurologické poruchy se řadí **poruchy polykání** (dysfagie) někdy i s bolestí, **poruchy vědomí, kolapsové a prekolapsové stavy**, které se objevují při extrémní únavě a fyzické zátěži, dehydrataci, hypoglykémii či minerálové dysbalanci. Další uváděnou komplikací jsou **neurologické syndromy a syndromy způsobené poruchami metabolismu a výživy**, například výše zmiňovaná hypokalemie, polyneuropatie, osteoporóza, parestezie, hypomagnezemie, hyponatremie a těžká hypoglykemie (Papežová, 2018, s. 254-265).

2.6.6 Kostní metabolismus

Dlouhotrvající kalorická restrikce vede k rychle vznikající sekundární osteoporóze. Tento projev je tím závažnější, že rozvoj PPP bývá často v dospívání, kdy má fyziologicky nejvíce nabývat minerální a organická kostní hmota. Podílí se jak nedostatečné množství kalcia a vitamínu D, ale rozhodující je sdružená sekundární endokrinopatie, kdy při sníženém množství pohlavních hormonů působí současně zvýšení hormonů kůry nadledvin jako reakce na zátěž. U rostoucího organismu vede hladovění ke zpomalení nebo zástavě růstu (Nevoral, 2013, s. 576). Jedním z důsledků proteino-kalorické malnutrice u pacientek s mentální anorexií je ztráta svalové a kostní hmoty, které přináší zvýšené riziko zlomenin (Papežová, 2018, s. 279).

2.6.7 Kožní projevy

Kožní komplikace u MA se objevují zejména při poklesu BMI pod hodnotu 16 kg/m². Objevují se **změny kůže**, například *xerosis cutis* projevující se suchou šupící kůží zejména na pažích a zádech, *chronická iritační dermatitida* vznikající při nutkavém jednání (zejména častém mytí), projevující se suchostí, svěděním, erytematózním a praskajícím charakterem. Spousta pacientek udává *pruritus* (svědění), který je spjatý s nízkou tělesnou hmotností, ale i s jinými poruchami (ledvin, jater, štítné žlázy), *akné* v souvislosti s poruchou metabolismu pohlavních hormonů, *Carotenoderma* představující žlutooranžové zbarvení kůže, patrné nejvíce na dlaních a ploskách nohou (výsledek příjmu potravin s vysokým obsahem

betakarotenu). Často bývají popisovány také *pocity zimomvřivosti a akrocyanóza*, vyznačující se chladnou, fialově zabarvenou kůží na rukou a nohou; *dermatitis seborrhoica* projevující se lupy ve kštici a *purpura* v podobě tečkovitých petechií v oblasti očí. Typickým „vůdčím“ příznakem je *russelovo znamení*. Jeho příčinou je dlouhodobé navozování zvracení vedoucí k dráždění a zraňování kůže na rukou a prstech předními zuby. Dochází ke vzniku okrsků reaktivní hyperkeratózy kůže na hřbetu rukou. Mezi další kožní komplikace patří **změny ochlupení**, kdy se jedná o *zvýšené lanuginózní ochlupení* s jemnými krátkými chmýřovitými stvoly, které jsou patrně zejména na zádech, břichu a obličeji. Poměrně častá je také *alopecie* představující difuzní prořidnutí kštice. Jsou pozorovány i **změny na nehtech** ve formě lámavých, křehkých nehtů (*Onychodystrofie*) (Papežová, 2018, s. 304-309).

2.6.8 Psychické komplikace

Psychické problémy se manifestují pokleslou náladou až depresivní náladou, úzkostí, podrážděností, sebenenávistí s možností až suicidálních pokusů. Kognitivní funkce jsou omezeny, vyskytuje se nesoustředěnost a zhoršení paměti. Sociální vztahy jsou narušeny kvůli častým konfliktům (s rodiči či přáteli). Popisuje se ztráta zájmu o okolí a neustálé myšlenky na jídlo a svoji hmotnost (Hřivnová, 2014, s. 81-82). Nemocné jsou ochotné vzdát se svých předešlých aktivit a přátel, ztrácí zájem o studium či práci, nejsou schopny se soustředit. V jejich chování se objevuje hostilita a agresivita ke každému, kdo jim tvrdí opak jejich přesvědčení. Často se u pacientek vyskytují střídavé pocity deprese a euforie, podrážděnost, labilita, panika, paranoia, úzkost, výčitky svědomí, pocity selhání, viny, hanby a také suicidální pokusy (Roľková, 2017, s. 35). Sebepoškozování zahrnují lineární jizvy či řezné rány, hyperpigmentace, spáleniny, acne excoriata aj. Jizvy z důsledku sebepoškozování jsou pozorovány až u 30 % dětí či dospívajících s diagnózou MA (Papežová, 2018, s. 309).

2.6.9 Orální zdraví a MA

Poruchy příjmu potravy poškozují orální zdraví několika způsoby a mohou způsobit dlouhotrvající či dokonce trvalé poškození chrupu, dutiny ústní a čelistního kloubu. Uvádí se různé příznaky PPP:

Nejčastějším příznakem v dutině ústní je **eroze**. Představuje narušení, postupné ubývání, až úplné vymizení zubní skloviny, způsobené častým působením kyseliny chlorovodíkové, která je součástí zvrácené stravy, a také působením erozivní kyseliny obsažené ve stravě a nápojích (kyselé ovoce, džusy, ocet aj.). Závažné eroze zvyšují citlivost a kazivost zubů, může dojít až k jejich odumření. S erozí postižených zubů úzce souvisí **citlivost erodovaného chrupu** provázená nepříjemnými pocity v dutině ústní. Vlivem eroze dochází

k úbytku až ztrátě zubní skloviny, dojde k obnažení cementu a takto obnažený zub je enormně citlivý až bolestivý na studené, sladké, kyselé potraviny, na dotek či dokonce na vzduch. Po zvracení s následnou dehydratací, při podvýživě a při pústech vzniká **suchý pocit v ústech**, tzv. *xerostomie*. Sucho v ústní dutině způsobuje *foetor ex ore* neboli zápach z úst, který celkově ztěžuje mluvení, polykání a je velmi nepříjemný. Jedinci s PPP bývají často postiženi **zvýšenou kazivostí zubů**. Četnost kazu záleží na kvalitě orální hygieny, četnosti fluoridace, způsobu prevence a kvalitě profesionální zubní péče. Hlavně sníženou salivací v kombinaci s malnutricí jsou způsobeny **záněty dásní a sliznice** v dutině ústní. Sucho v ústech podporuje tvorbu zubního plaku, ten chemicky a mechanicky dráždí dásně a následně způsobí *gingivitidu* neboli zánět dásní. Dásně pak bývá rudá, nateklá, citlivá a snadno krvácí. Další komplikací je **deficit vitamínů a minerálů ve stravě**. Deficit železa ve stravě způsobuje v ústech řadu zánětů, nejčastěji se jedná o *cheilitis angularis* neboli zánět ústních koutků. Nedostatek kalia, fosforu a jiných minerálů podporuje vznik zubního kazu a onemocnění dásní. Deficit vitamínu B3 podporuje vznik lokálních aft v dutině ústní. Také slinné žlázy začnou nepříjemně otékat při častém zvracení. **Otok průšních žláz** nebývá bolestivý, je však viditelný i při běžném pohledu. U pacientek se vyskytuje i **degenerativní artritida**, při které se vyskytuje bolest v temporomandibulárním kloubu při otevírání a zavírání úst, objevují se žvýkací problémy, bolesti hlavy a uvolňování zubů (Papežová, 2018, s. 321-323).

2.6.10 Refeeding syndrom

Refeeding syndrom představuje potenciálně život ohrožující komplikaci při realimentaci malnutrických pacientek a zahrnuje soubor klinických nálezů. Mezi ně patří laboratorní abnormality, hypoglykémie objevující se po jídle, otoky a Wernickeův-Korsakovův syndrom. Hypofosfatemie je obvykle pozorována jako kardiální komplikace a objevuje se nejčastěji u těžce hladovějících pacientek s BMI menším než 14 kg/m².

Tomuto syndromu se lze vyhnout pomalým a postupným zvyšováním kalorického příjmu při realimentaci. Vzhledem ke zvýšeným omezením při dlouhodobé hospitalizaci je kladen důraz na optimální nárůst hmotnosti, obnovení správné výživy a na potřebu dlouhodobých výsledků. Díky těmto výsledkům lze nastavovat rychlejší či pomalejší tempo realimentace (Brownell, 2017, s. 326).

2.7 Prevence onemocnění

Téma primární prevence se stalo jedním z nejdůležitějších témat výzkumu PPP, a to proto, že jde o závažné onemocnění s vysokou mortalitou. Jejich léčba je zdlouhavá, náročná a v některých případech bohužel neúčinná. Preventivní programy se liší v zaměření, struktuře a cílové skupině, orientují se také na změny chování a postojů. K hlavním cílům v oblasti prevence patří zdravé stravování, minimalizování rizikových diet, posílení sociálního statusu ženy, eliminování vlivu médií a kulturních stereotypů s ohledem na fyzický vzhled a tělesnou hmotnost (Rořková, 2017, s. 49).

V preventivních programech je nutné nemluvit o hmotnosti, ale o zdraví a zdravém životním stylu, nestigmatizovat. Je důležité pracovat s přiměřenou tělesnou aktivitou, zdravým sebevědomím, zdravým přístupem ke svému tělu i k jídlu a pití. Programy se mají týkat pouze chování, které je možné ovlivnit (čas u televize, slazené nápoje). Předpokládané cíle mají být reálné a dosažitelné, nedosažitelné úkony mohou mít opačný efekt. Je také důležité nepodporovat přehnané přemýšlení o stravování a učit žáky ve škole počítat kalorie (Papežová, 2018, s. 361-362).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Příjem nemocných s poruchami příjmu potravy má svá určitá specifika. Kromě odběru podrobné anamnézy, včetně ošetrovatelské anamnézy, standartních odběrů a EKG, je nezbytně nutné přesné zjištění aktuální hmotnosti, výšky a následný výpočet hodnoty BMI. Tato hodnota je klíčová pro sestavení jídelníčku, programu na oddělení a vycházek nemocných (Petr, 2014, s. 248). Dle stavu výživy se zhodnotí ve spolupráci s nutričním specialistou vhodný kalorický příjem nemocné. Příliš velké požadavky na kalorický příjem mohou mít za následek vyšší metabolický obrat, ale také zvracení, vyhazování potravin, zvýšenou utajovanou fyzickou aktivitu, excesivní cvičení a motorický neklid nemocné (Hosák, 2015, s. 286-287). Při přijímání pacientky je nutné se zaměřit také na soběstačnost a míru tělesné aktivity (excesivní cvičení), sledovat známky dehydratace, která má za následek suchost sliznic a snížený kožní turgor. Dále je důležité sledovat zvracení, průjmy, poruchy menstruačního cyklu a možné užívání laxativ či diuretik. Zjišťujeme také případné poruchy spánku, postoj pacientky k vlastnímu tělu, schopnost komunikace, problémy v rodině a různé projevy poruchy myšlení.

Sestra je důležitou součástí v oblasti terapie a péče o nemocné s PPP. V ošetrovatelském přístupu je důležité zachování neutrality a pozitivní postoj k pacientce s vírou, že je schopna dělat vlastní rozhodnutí a změnit vzorec svého jídelního chování. Sestra posiluje odpovědnost a svobodnou volbu pacientky, což snižuje její odpor k léčbě. Důležitým úkolem sestry je také nabízet různé alternativy řešení problémů a konzultovat chyby či selhání. Sestra netrestá únikové tendence pacientky a zároveň respektuje hranice jejich možností a srozumitelně ji nabádá ke změně. Také se snaží poskytnout dostatek informací o následné péči nejen pacientce, ale i partnerům či rodinným příslušníkům. V průběhu léčby pomáhá sestra klientkám stanovit si individuální krátkodobé a dlouhodobé cíle. Ke **krátkodobým cílům** patří zvýšení motivace ke spolupráci, stanovení a dosažení týdenního nárůstu tělesné hmotnosti, rozšíření jídelníčku o běžné kategorie jídel, zahrnující maso, tuky i sladkosti. K těmto cílům také patří redukce přejídání a zvracení, pravidelný jídelní režim a akceptace větších porcí, volba adekvátní zátěže a kontrola vlastních emocí a agresivity. Mezi **dlouhodobé cíle** patří odstranění biologických i psychologických následků podvýživy, udržení biologicky přiměřené tělesné hmotnosti, změna sebehodnocení zaměřeného pouze na hmotnost a proporce jídla, změna dysfunkčního myšlení a postojů, léčba poruch nálad a chování, podpora rodiny či partnerů, prevence relapsu a následná péče (Petr, 2014, s. 247-248).

3.1 Specifika ošetrovatelské péče ve stravování

Při příjmu potravy je v první řadě preferován příjem stravy per os, pokud není kontraindikován. Pokud lékař naordinuje podávání nutriční podpory, podává se nutriční výživa enterální cestou pomocí NGS či NJ sondy, při kontraindikaci je zavedena parenterální výživa. Během zavedené NGS nebo NJ sondy se sestra musí náležitě starat o její čistotu, průchodnost, udržení sondy v požadované hloubce a pravidelně měnit polohu a fixaci sondy na nosním chřípí (prevence dekubitů) (Meissnerová, 2013, s. 266-268). Při nutriční podpoře je nutné postupovat velice opatrně a obezřetně kvůli možnému výskytu závažné komplikace v podobě refeeding syndromu. U enterální výživy jsou často využívány perorální nutriční doplňky tzv. sipping, sleduje se i možný výskyt deficitu minerálů, který je nutné upravovat dle mineralogramu. Při ordinované parenterální výživě je nejčastěji využíván vak all in one – vše v jednom. Vak obsahuje živiny (tuky, cukry, aminokyseliny), stopové prvky, minerály a vitaminy. Je zde také nutná důkladná aseptická péče o permanentní žilní katétr, aby se předcházelo jakékoliv místní či celkové infekci (Papežová, 2010, 161-166).

Hlavním pravidlem terapie při stravování je šest základních denních pokrmů, kdy skladba a množství jídla závisí na výši BMI určitého jedince. Nemocné se stravují společně u jednoho stolu za přítomnosti a dohledu sestry. Hlavní jídlo by mělo být sněдено za 30, max. 45 minut. V rámci předcházení zvracení nesmí pacientky minimálně půl hodiny po jídle na toaletu. Sestra vede nemocné k tomu, aby se nevyjadřovali k množství, chuti či vzhledu jídla. Sestra sleduje také pitný režim. Některé pacientky mají tendenci se přepíjet, což má za následek otoky, rychlý nárůst hmotnosti a manipulaci s váhou. Nutná je samozřejmě kontrola hmotnosti. U pacientek je proto veden deník jídla pro celodenní monitoraci přijímané stravy, ale i tekutin. Sestra také sleduje, zda pacientka stravu odmítá, zvrací nebo schovává. Pokud pacientku přistihne při takovém porušení režimu, netrestá ji. Měla by být v takových situacích chápající a trpělivě, empaticky s ní toto selhání prodiskutovat.

Skladba potravin v jídelníčku by měla být různorodá, měla by obsahovat i potraviny, kterým se pacientky záměrně vyhýbají. Je respektována jen lékařsky potvrzená dieta. Pro nemocné je velmi důležité znovu získat reálný náhled na velikost klasické porce, jejich úsudek o běžné porci bývá totiž často zkreslený. Za optimální se považuje týdenní váhový přírůstek 0,5 – 1,5kg, při nepřiměřeně malém nárůstu hmotnosti lze předepisovat i nutriční nápoje (Petr, 2014, s. 248-251).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Přes obrovský vědecký pokrok v současné medicíně, kdy se setkáváme s řadou nových diagnostických, vyšetřovacích a léčebných metod, mentální anorexie stále zůstává velmi závažným onemocněním. Nejrizikovější skupinou tohoto onemocnění jsou mladé dospívající dívky, vyskytuje se však i u starších žen.

Léčba nemocného s mentální anorexií je velmi náročná a vyžaduje specifickou ošetrovatelskou péči. Důležitá je aktivní spolupráce nemocného při léčbě i po skončení léčby v nemocničním zařízení.

Lze popsat sjednocené řešení pro nemocné různých věkových skupin?

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Hlavní cíl této bakalářské práce je vytvořit ošetrovatelský a edukační plán u dvou pacientů s diagnózou mentální anorexie.

5.2 Dílčí cíle

1. Zpracovat dvě kazuistiky u nemocných s diagnózou mentální anorexie
2. Porovnat body v ošetrovatelském plánu obou pacientek
3. Identifikovat shodné oblasti v ošetrovatelském plánu obou pacientek
4. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o nemocné s mentální anorexií

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Výzkumné otázky:

- 1) Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u nemocných s mentální anorexií?
- 2) Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy při léčbě mentální anorexie?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Respondentky byly záměrně vybrány vzhledem k problematice, kterou jsem se ve své bakalářské práci zabývala. Základním kritériem pro výběr dvou respondentek byla potvrzená diagnóza mentální anorexie. Dalším kritériem byl jejich odlišný věk a stejné pohlaví. Obě pacientky byly hospitalizovány na akutním psychiatrickém oddělení ve FN Plzeň.

Pacientka H. G., ročník 1998, byla přijata na MJIP pro výraznou malnutrici. Pacientka přichází s anamnézou dlouholeté těžké mentální anorexie, se kterou se léčí již od r. 2013, poté přeložena na oddělení PSYCH-C. Pacientka byla sledována po dobu 4 týdnů.

Pacientka L. G., ročník 1989, přeložena na oddělení PSYCH-C z Interní kliniky, kde byla přijata pro mentální anorexii, dekompenzaci stavu. Pacientka byla opakovaně léčena na různých psychiatrických klinikách, na PSYCH-C byla sledována po dobu 3 týdnů.

8 METODIKA PRÁCE

Ke sběru informací pro mou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum představuje výzkum založený na získávání dat v interakcích výzkumníka se zkoumaným respondentem v jeho přirozeném prostředí, kladoucí důraz na vyjadřování a komplexnost popisu zkoumaného jevu (Průcha, 2013, s. 178).

Tento druh výzkumu uvádí zjištění ve slovní (nečíselné) podobě. Jedná se o popis, který je výstižný a podrobný. Výzkumník v kvalitativním výzkumu usiluje o sblížení se zkoumanými osobami a o co nejhlubší proniknutí do situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může porozumět a je schopen je popsat. Kvalitativní výzkum používá hlavně metody, které umožňují být s respondenty tváří v tvář: jedná se zejména o rozhovor a participační pozorování. Jeho cílem je porozumět člověku, tedy především chápat, jak on vidí a posuzuje jednání. Zajímá ho spíše konkrétní případ a odhaluje jeho nové skutečnosti, ze kterých vytváří nové hypotézy. Dle zákona kvalitativního výzkumu je každý jedinec anebo skupina lidí jedinečná a má vlastnosti, kterými se výrazně liší od jiných jedinců či skupin (Gavora, 2010, s. 31-32).

Data byla sbírána prostřednictvím participačního pozorování pacientek při jejich hospitalizaci na psychiatrickém oddělení, analýzou zdravotnické dokumentace a polostrukturovanými rozhovory s respondentkami.

Informace od respondentek byly zaznamenávány na diktafon a poté zpracovávány dle koncepčního modelu Marjory Gordonové – takzvaný Model funkčních vzorců zdraví.

Vybrané respondentky byly osloveny a informovány o průběhu výzkumu, o vybrané metodě sběru dat a podepsaly informovaný souhlas s výzkumem (Příloha č. 2). Pacientky byly informovány, že mohou účast ve výzkumu kdykoliv ukončit.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal během mé odborné praxe v zimním semestru od 14. 10. 2019 do 8. 11. 2019 ve Fakultní nemocnici v Plzni na akutním oddělení Psychiatrie C, a to za souhlasu manažerky pro vzdělání a výuku NELZP Mgr. Chabrové (Příloha č. 1). Rozhovor s první respondentkou (kazuistika č. 1) probíhal na oddělení ve společenské místnosti po dobu přibližně 90 minut, a to s půlhodinovým přerušením na přání pacientky. Rozhovor s druhou respondentkou trval přibližně jednu hodinu a probíhal na společné jídelně, bez přítomnosti ostatních dalších pacientů z oddělení.

10 KAZUISTIKA Č. 1

10.1 Sběr informací o klientovi – anamnéza

Sběr informací a údajů o pacientce proběhl pomocí polostrukturovaného rozhovoru, fyzikálního vyšetření, pozorováním a analýzou ošetrovatelské dokumentace. Rozhovor s pacientkou trval přibližně 90 minut s přihlédnutím na 30minutovou pauzu na přání pacientky.

Osobní údaje

Pohlaví: žena

Věk: 19

Osobní anamnéza

Pacientka se s ničím somatickým neléčí. V roce 2008 prodělala zánět slinivky. Žádné úrazy či operace doposud neprodělala.

Rodinná anamnéza

Rodiče i sestra jsou dle pacientky zdraví. Otec 49 let pracuje v ovocné školce, matka 44 let pracuje na úradě. Neuropsychologickou zátěž v rodině neguje.

Alergologická anamnéza

Pacientka udává alergii na mák a rajčata.

Sociální anamnéza

Chodí na Gymnázium v Rokycanech, je momentálně ve 4. ročníku. Bydlí s rodiči a mladší sestrou. Udává, že v poslední době jsou v rodině vztahy špatné „kvůli jídlu“.

Psychiatrická anamnéza

Pacientka se léčí pro mentální anorexii od roku 2013, v roce 2013 a 2014 byla na Psychiatrické klinice FN Motol a v PN Dobruška. Nyní dochází do psychiatrické ambulance Dr. Boříkové Vojtkové, kde několik měsíců nebyla a medikaci neužívá.

Nynější onemocnění

Pacientka je ochotná k rozhovoru, ze začátku působí odtažitě a nejistě, posléze váže dobrý kontakt. Kladeny otázky ohledně toho, jak se cítí, potvrzuje, že se psychicky necítí dobře, bez somatických stesků, zcela bez náhledu na svůj somatický stav. Hovoří o tom, že by nerada byla hospitalizována tak jako v předchozích letech v Motole a PNVd, chtěla by domů, zároveň připouští, že jí po poslední hospitalizaci v Praze bylo lépe. Nyní zde s hospitalizací nesouhlasí, přijde jí, že zvládala vše dobře, jen toho na ni bylo trochu víc ve škole. V noci se budí, špatně spí, s usínáním potíže nemá. Chtěla by jít domů, konfrontována s tím, že její aktuální psychický stav není dobrý. Bojí se, jak zvládne učení, že zamešká. U ambulantní psychiatricky nebyla dle svých slov několik měsíců, léky tedy asi poslední měsíce neužívá žádné. Doma se neváží. *„Asi mi to teď šlo trochu hůř než předtím, protože jsem víc nervózní, asi se bojím, že to všechno nezvládnou... ve škole a taky se tam necítím dobře mezi těmi lidmi, teď toho bylo prostě hrozně moc na mě. Já to prosím vás nedělám schválně“* sděluje. Vztahy doma jsou zhoršené kvůli jídlu. Během rozhovoru připouští, že jí není dobře psychicky, dotazována, zda souhlasí s farmakoterapií. Pacientka přikyvuje, že nad možnostmi přemýšlí.

Současný duševní stav

Vigilní, lucidní, orientovaná všemi kvalitami, spolupracuje, kontakt váže, PMT pomalejší, řeč tichá, nejistá, odpovědi logické, přiléhavé, s mírnou latencí. Emotivita je labilní, patrně obavné prožívání, je depresivní, neodklonitelná, zkreslené vnímání vlastního těla, bez jiných poruch myšlení či vnímání. Vzhledem k postoji pacientky vůči vlastnímu tělu a nemoci zvýšené riziko autoagresivního jednání. U pacientky je hrubě narušené tělesné schéma.

Farmakologická anamnéza

Pacientka v minulosti užívala Trazodon, Sertralin – subjektivně bez výrazného efektu. Klientka má užívat nějaký lék od PA, název však neví a několik měsíců ho již neužívá. Somatické léky neužívá žádné.

Poslední medikace na MJIP

P.O.: Zyprexa 2,5mg 1-0-1, Lactulosa 10ml 1-1-1, Magnosolv 1 sáček 0-1-0.

Per rectum: Glycerinový čípek dle potřeby

NGS: Nutrison Protison 40ml/hod

S.C.: Clexane 0,2 ml 0-0-1

I.V.: Ředit do FR, minimálně! Thiamin 100mg 1-0-1

Infúze: G10% 500ml + 1 amp Addaven + 1 amp Cernevit + 20ml KHP 13,6 %.... 60ml/hod denně

Katamnéza

19 – letá nespádová pacientka s anamnézou dlouholeté anorexie, dle dokumentace opakovaně hospitalizována na PK FN Motol (2013) a PN Dobřany (2014), poslední měsíce bez dispenzární péče, léky neužívá. Pacientka udává, že byla nedobrovolně přivezena z domova RZP s PČR. Nestojí o hospitalizaci, dožaduje se dimise, vše zvládne doma. Údajně jí žádný lékař, s kterým dnes přišla do kontaktu nevysvětlil situaci, nikdo se s ní nebavil, zdravotně se necítí špatně, je jí dobře. Neví, co tady dělá. Cca přes rok nemenstruje. Bez infekční symptomatologie, stenokardií, palpací, dušnosti. Pacientka s navrhou hospitalizací nesouhlasí. Nemá náhled na své stonání.

MJIP: Vstupně zahájena enterální nutrice s postupným navyšováním dávky (43kcal/kg), vzhledem k riziku rozvoje refeeding syndromu souběžně zahájena parenterální substituce fosforu – při substituci nadále v mezích normofosfátémie, nicméně s patrným poklesem hodnot, perorálně hrazena mírná hypomagnesémie. Zahájena psychiatrická medikace Olanzapinem s postupnou titrací dávky. V předchorobí i v průběhu hospitalizace přetrvávají problémy s obstipací – podávána laxativa. Pacientka po celou dobu hospitalizace bez náhledu na své onemocnění, depresivně laděná, nicméně klidná. Po dohodě s konziliářem překlad na uzavřené psychiatrické oddělení k pokračování léčby.

PSYCH: Podáván pro depresivní a úzkostné symptomy Mirtazapin 7,5mg na noc a Olanzapin 5mg, pro velkou únavu snížena dávka na 2,5mg. Na oddělení je zavedena režimová terapie (deník jídla, vážení, nutriční kontroly, kontrola jídla a pitného režimu, sezení po jídle 45minut na jídelně/sesterně). Indikovány náběry výživových parametrů, minimálně 1x týdně kontrola mineralogramu (ionty, Ca, P, Mg). Pravidelné kontroly hmotnosti každý den namátkově na váze na dětském oddělení PSYCH-A ve spodním prádle. Pokračováno v enterální nutrici tenkou NGS. Cíl EV je podávání menšího objemu do žaludku a možnost zvýšení per os příjmu. V plánu nejlépe zvýšit hmotnost o 0,5-1,5kg za týden. S nutričním terapeutem domluvena výběrová strava. Péče o stolicí – použitím laxativ. V plánu tento týden konzilium nutriční a diabetologické ambulance. Konzultace internisty (riziko refeeding

syndromu při zahájené nutrici). Zařazena do čekací listiny do specializovaného centra pro PPP do Prahy.

Lékařské diagnózy

E43 Malnutrice

E640 Refeeding syndrom při zahájení EV

F50.0 Mentální anorexie, restriktivní typ

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

Fyzikální vyšetření sestrou při příjmu dne 16. 10. 2019

TK: 100/66 mmHg

SpO₂: 100%

TF: 62 /min

Výška: 160 cm

TT: 37 °C

Hmotnost: 28 kg

DF: 21/min

BMI: 10,94

Farmakologická léčba 1. den hospitalizace na PSYCH

Mirtazapin 7,5mg 0-0-1, Olanzapin 5mg, Lactulosa 10ml 1-1-1, Clexane 0,2 ml 0-0-1

10.2 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové

Ke zhodnocení potřeb, zdravotního stavu a pro odhalení ošetrovatelských problémů respondentek byl v bakalářské práci využit model Marjory Gordonové.

Základní strukturu modelu M. Gordonové představuje celkem jedenáct oblastí zdraví, z nichž každá může zobrazovat funkční nebo dysfunkční oblast zdravotního stavu jedince. Každá z oblastí tohoto modelu je charakterizována složkou subjektivní a objektivní.

Marjory Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisejí s jejich kvalitou života, jejich zdravím, s dosažením plného lidského potenciálu a s rozvojem jejich schopností. Stav zdraví vyjadřuje bio-psycho-sociální integritu jedince. Porucha v jedné oblasti narušuje zdraví a rovnováhu celého organismu (Mastiliaková, 2014, s. 64-65).

Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Subjektivně: Pacientka se léčí u psychiatra již několik let, v minulosti již několikrát musela být hospitalizována. Udává, že na pravidelné lékařské prohlídky k praktickému lékaři nedochází již pár let, u stomatologa nebyla 3 roky, u své psychiatricky nebyla několik měsíců a léky od ní také neužívala už nějakou dobu. Měla pocit, že je zbytečné k ní chodit a užívat psychiatrické léky. Říká, že nechápe, proč byla přijata na psychiatrické oddělení, protože doma vše zvládala sama. Později přiznává, že nejspíš jí stravování nejde tak dobře, jako dřív.

Objektivně: Při rozhovoru nevychází najevo, že by pacientka přijala svou diagnózu a byla si vědoma nutnosti hospitalizace. Není si vědoma závažnosti nemoci a jejích následků. Nedodržuje postupy, které jí byly před lety doporučeny a zanedbává pravidelnost ve stravování. Přiznává, že jí po poslední psychiatrické péči bylo lépe, ale chtěla by domů.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Před lety snížila svou hmotnost o několik kg (přesněji neudává) vlivem sportu a všichni jí říkali, jak jí to sluší. Úmyslně hubnout dál nechtěla, váha šla sama dolů. Neměla spíše moc čas jíst, tak jedla občas jen večer. Jindy celý den ani nepocit'uje hlad či chuť k jídlu. Rodiče jí často nutili do jídla, ale i přesto toho moc nesnědla. Udává, že jí poslední dobou hodně padají vlasy a pocit'uje bolest v okolí nehtů.

Objektivně: Pacientka často zmiňuje, že se doma snažila jíst hlavně zdravě, ale neměla však pocit, že by jedla málo. Na pohled je očividná vážná malnutrice pacientky, je slabá, malátná, má sníženou svalovou sílu. Při zmínění její velmi nízké hmotnosti je nejistá, tichá, nedůvěřivá, vyhýbá se očnímu kontaktu a říká, že se neváží. Má nepřiměřenou představu o tom, jak vypadá normální porce jídla. Dále je přítomna zkreslená představa o vlastním těle. Zavedena EV výživa. Při hospitalizaci je veden deník jídla, kontrola příjmu tekutin a konzumace jídla. To ji obtěžuje.

Vylučování

Subjektivně: Doma se nepravidelně vyprazdňuje, má spíše zácpu, občas měla bolesti břicha, proto užila nějaké projímadlo. Nebylo to však často. S močením problémy nemá.

Objektivně: Stolice je nepravidelná (cca 1x za 4-5 dní), je podávána Lactulosa, Glycer. Supp a jednorázově Guttalax. Vylučování stolice i moče se pravidelně sleduje. Denní množství moče je cca 1500ml.

Aktivita a cvičení

Subjektivně: Vždy ráda sportovala, hodně se věnovala hlavně atletice. Často cvičila i doma (4-5 x týdně), běhala delší trasy venku dlouhé 8-10 km, nebo cvičila v posilovně. Poslední dobou byla ale dost unavená a neměla na aktivity tolik síly, jako by chtěla. Při hospitalizaci je přes den velmi vyčerpaná a nudí se.

Objektivně: Pacientka je na první pohled malnutrická, je vyhublé postavy, dominuje výrazně viditelná linie svalů a kostí. Na oddělení je viditelně unavená, bez zájmu o aktivity a kolektivu se spíše straní.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: V noci se často budí, udává, že špatně spí, s usínáním však problémy nemá. Spí přibližně 6-7 hodin denně, ráno se ale vždy cítí nevyspalá a unavená. Říká, že vždy když vstává z postele, tak se jí zatočí hlava. Léky na spaní sama nikdy neužila.

Objektivně: Pacientka se přes den zdržuje hlavně na pokoji, polehává v posteli či pospává. Udává, že je v nemocnici více unavená, než byla doma. Večer usíná bez problémů. Ráno při vstávání je viditelná slabost a točení hlavy, tlak krve má nízký. Zajištěna asistence při vstávání jako prevence pádu.

Vnímání a poznání

Subjektivně: Pacientka neudává žádné problémy s vnímáním svého okolí s výjimkou používání brýlí. Hospitalizaci však vnímá velmi negativně a je přesvědčená o zbytečnosti svého pobytu v nemocnici.

Objektivně: U pacientky je přítomna porucha vnímání vlastního těla a nedostatečný náhled na vážnost onemocnění. Je přítomné zpomalené psychomotorické tempo. Orientace časem, osobou a prostorem je bez problémů.

Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Pacientka popisuje sama sebe jako chytrou a sportovně nadanou ženu. Její postava se za poslední roky dost měnila, teď je s ní ovšem spokojená. Poslední dobou má problémy ve škole a bojí se, že kvůli hospitalizaci hodně učiva zamešká. Přemýšlí o budoucnosti, není si jistá, co ji čeká. Je ochotná znovu pravidelně brát léky od své psychiatričky, protože nechce trávit svůj čas v nemocnicích.

Objektivně: Při rozhovoru pacientka působí nedůvěřivě a úzkostně, má strach z budoucnosti. Odpovědi na nějaké otázky delší dobu promýšlí, je nervózní a požádala, abychom rozhovor na pár minut přerušili. Poté se omlouvá a zmiňuje, že je ráda, že s ní někdo v nemocnici takto mluví.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Subjektivně: Pacientka studuje v posledním ročníku na gymnáziu, bydlí s rodiči a se svou mladší sestrou. S rodiči má poslední měsíce velmi špatné vztahy kvůli jídlu a neuzívání léků.

Objektivně: Na oddělení se kolektivu spíše straní a s ostatními pacienty nekomunikuje. Několikrát jí navštívili rodiče se sestrou i dvě kamarádky ze školy. S jinými spolužáky si moc nerozumí.

Sexualita a reprodukční schopnost

Subjektivně: Pacientka nikdy žádný vážnější vztah neměla a v současné době přítele také nemá. Zmiňuje problémy s menstruací.

Objektivně: Pacientka cca přes rok nemenstruuje a přítele momentálně ani nechce.

Stres a zvládání zátěžových situací, tolerance

Subjektivně: Pacientka těžce zvládá situaci v rodině a hádky s rodiči. Po hádce je vždy depresivní, úzkostná a uzavřená do sebe ještě několik následujících dní. Myslí si, že je to zapříčiněno vysazením léků od psychiatricky. Jindy zvládala stresové situace dobře.

Objektivně: Při hospitalizaci spolupracuje, snaží se vyhýbat nepříjemným rozhovorům s personálem. Během rozhovoru je patrný projev nervozity.

Víra a životní hodnoty

Subjektivně: Pacientka sděluje, že její rodina není věřící, tudíž ani ona. Nijak ovšem víru neodsuzuje. Důležité je pro ni, aby zvládala svoji situaci, mohla se vrátit domů a do školy.

Objektivně: Není hodnoceno.

10.3 Ošetřovatelské diagnózy v den příjmu – 16. 10. 2019

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

00011 Zácpa

00045 Poškozená sliznice ústní

00198 Narušený vzorec spánku

00093 Únava

00072 Neefektivní popírání

00146 Úzkost

00120 Situačně snížená sebeúcta

00069 Neefektivní zvládnání zátěže

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

00139 Riziko sebepoškození

00155 Riziko pádů

00004 Riziko infekce

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu související s nedostatkem výživy a aktuálním onemocněním projevující se:

Subjektivně: celkovou slabostí a nedostatkem energie pacientky

Objektivně: viditelnou malnutricí, nízkým BMI (10, 94) a nízkou tělesnou hmotností

Očekávané výsledky: Pacientka dosáhne optimálního požadovaného přírůstku na váze, vymizí u ní známky malnutrice

Ošetřovatelské intervence:

- posuď, zda pacientka chápe nutriční potřeby organismu
- zjistí, zda je přítomna porucha schopnosti žvýkat, polykat
- prodiskutuj stravovací návyky včetně preferovaných jídel
- zjistí, zda není přítomna absence chuti k jídlu, popřípadě zajisti dietu Výběr
- pečlivě ved' deník jídla a tekutin pacientky, během dne pobízej k jídlu a pití, kontroluj pravdivost informací

- zajišťuj enterální výživu pomocí nasogastrické sondy dle ordinace lékaře
- monitoruj hmotnost v intervalech dle ordinace lékaře a sleduj vývoj tělesné hmotnosti, kterou poctivě zaznamenávej do dokumentace

Realizace: S pacientkou byly důkladně prodiskutovány její stravovací návyky a preferované potraviny, byla zjištěna nechuť k jídlu a zajištěna dieta Výběr pro komfortnost pacientky. Také byla zajištěna enterální výživa dle ordinace lékaře pomocí NGS sondy a zaveden deník jídla pro důkladnou kontrolu denního příjmu potravin a tekutin. Hmotnost pacientky byla namátkově kontrolována na váze na dětském oddělení A, pečlivě zaznamenávána do dokumentace.

00011 Zácpa související s nedostatečným příjmem tekutin a vlákniny projevující se:

Subjektivně: obtížným a nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé stolice

Objektivně: nepravidelností stolice

Očekávané výsledky: Pacientka se pravidelně vyprazdňuje, frekvence a konzistence stolice je v mezích normy

Ošetřovatelské intervence:

- zjistí příčiny zácpy a poruch ve vylučování stolice
- věnuj pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství stolice
- věnuj pozornost frekvenci vyprazdňování stolice a zaznamenávej do dokumentace
- dbej na dostatek soukromí při defekaci
- podávej medikaci na podporu vyprázdnění dle ordinace lékaře
- vysvětlí význam dostatečné konzumace vlákniny, ovocných šťáv
- pouč o důležitosti dostatečného pitného režimu okolo 2,5l za den

Realizace: Při konzultaci bylo zjištěno, že příčina zácpy je následek nedostatku přijímaných živin a tekutin. Pacientka byla poučena o důležitosti pitného režimu a dostatečné konzumace vlákniny. Každý den byla monitorována frekvence a charakter stolice, podávána medikace dle ordinace lékaře na podporu vyprazdňování.

00045 Poškozená sliznice ústní související s malnutricí, nedostatečným příjmem potravy projevující se:

Subjektivně: nepříjemnými pocity v ústech

Objektivně: zápachem z úst, viditelně povleklým jazykem

Očekávané výsledky: Pacientka si je vědoma způsobů na podporu zdravé ústní sliznice, dojde k ústupu příznaků

Ošetřovatelské intervence:

- určí stav výživy a příjmu tekutin
- posud' užívání léků a případné vedlejší účinky, které postihují stav ústní dutiny
- posud' schopnost pacientky náležitě o sebe pečovat a dostupnost potřebných pomůcek
- zdůrazní přiměřený příjem tekutin, aby nedocházelo k dehydrataci
- podávej adekvátní výživu s přihlédnutím na malnutrici pacientky
- doporuč speciální čistící prostředky pro zlepšení ústní hygieny
- doporuč pravidelné kontroly u stomatologa

Realizace: Pacientka byla poučena o dostatečném příjmu tekutin a byly jí doporučeny čistící prostředky pro zlepšení ústní hygieny. Také byly doporučeny pravidelné kontroly u stomatologa.

00198 Narušený vzorec spánku související s častým nočním buzením projevující se:

Subjektivně: nedostatečným odpočinkem po spánku

Objektivně: stěžováním pacientky na nekvalitní spánek a časté probouzení během noci

Očekávané výsledky: U pacientky dojde ke zlepšení spánku a odpočinku

Ošetřovatelské intervence:

- posud' související faktory poruchy spánku a možné příčiny

- dokumentuj délku a kvalitu spánku
- pomoz pacientce dosáhnout optimálního spánku zvýšením aktivity během dne
- zajisti pacientce možnost provedení spánkových rituálů
- starej se o přípravu prostředí ke spánku

Realizace: Pacientce bylo umožněno provedení jejích spánkových rituálů v podobě pozdního čtení či sledování televize. V pokoji pacientky bylo každý večer otevřené okno pro zajištění čistého vzduchu před spaním. Ráno po probuzení byla monitorována délka a kvalita spánku.

00093 Únava související s narušeným vzorcem spánku a malnutricí projevující se:

Subjektivně: slovním vyjádřením pocitu únavy a ospalosti

Objektivně: nezájmem o okolí a viditelnou spavostí během dne

Očekávané výsledky: Pacientka se cítí více odpočatá, má více energie a aktivně se účastní denních aktivit

Ošetřovatelské intervence:

- vyslechni pacientku, jak sama vnímá příčiny únavy
- zamysli se spolu s pacientkou, které faktory jí napomáhají v odstraňování únavy
- zajímej se o celkový stav pacientky s přihlédnutím na stav výživy a hydratace
- zaměř se na zlepšení kvality spánku
- povzbuzuj pacientku k činnostem, které jsou v jejích silách
- posuď medikaci pacientky a její možný vliv na únavu

Realizace: Pacientce byly navrženy vhodné aktivity během dne, provedeny úkony pro zlepšení spánku. Také byla posouzena podávaná medikace a možný vliv na únavu.

00072 Neefektivní popírání související se strachem z následků onemocnění projevující se:

Subjektivně: neschopností přijmout diagnózu, připustit si dopad nemoci na způsob života

Objektivně: nepřipouštění si osobního významu příznaků a nebezpečí onemocnění

Očekávané výsledky: Pacientka uzná realitu situace, ve které se nachází, přijme svoji diagnózu

Ošetřovatelské intervence:

- zjistí stádium a stupeň popření
- poskytni pacientce potřebné informace dle svých kompetencí
- pobízej pacientku k vyjádření jejích pocitů
- vytvoř důvěryhodný vztah mezi sestrou a pacientkou
- zapoj členy rodiny do dlouhodobého plánování individuálních potřeb pacientky
- zapoj pacientku do skupinových sezení

Realizace: Pacientce byly v rámci kompetencí zodpovězeny všechny její dotazy a bylo jí umožněno vyjádření jejích pocitů, obav. Pacientka byla zapojována do skupinových sezení a byla vyvíjena snaha o důvěryhodný vztah.

00146 Úzkost související s aktuální změnou zdravotního stavu projevující se:

Subjektivně: obavami z budoucnosti, na stupnici 1-5 udává stupeň 5

Objektivně: slovním vyjádřením obav, neschopností se soustředit a nespavostí

Očekávané výsledky: Pacientka je dostatečně informována, je klidná a umí vyjádřit své pocity úzkosti

Ošetřovatelské intervence:

- zjistí stupeň úzkosti a sleduj její projevy
- komunikuj klidným tempem, beze spěchu
- naslouchej pacientce se zájmem, úctou a respektem
- umožni pacientce popsat její pocity

- zapojuj pacientku do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému
- informuj pacientku dle svých kompetencí o léčebném postupu a o nutnosti její spolupráce

Realizace: Byl zjištěn stupeň úzkosti, na stupnici 1-5 udávala stupeň 5, s pacientkou probíhala komunikace klidným tempem, se zájmem a respektem. Pacientka byla zapojována do denních aktivit a byly jí poskytnuty všechny požadované informace o jejím léčebném postupu.

00120 Situačně snížená sebeúcta související s pociťovanou ztrátou kontroly nad svým zdravím a problémy se vztahy projevující se:

Subjektivně: hodnocením sebe sama jako neschopné zvládat dlouhodobě různé situace

Objektivně: slovním vyjádřením negativního sebehodnocení

Očekávané výsledky: Pacientka vyjadřuje pozitivní sebehodnocení

Ošetřovatelské intervence:

- povzbuzuj pacientku k vyjádření úzkosti a jejích pocitů
- aktivně naslouchej obavám a negativním vyjádřením pacientky
- ved' pacientku dle možností k účasti na rozhodování týkajícím se péče
- dej pacientce najevo, že věříš v její schopnost zvládnout současnou situaci
- posiluj pozitivní přístupy, schopnosti a pohled pacientky na sebe samotnou

Realizace: Byly vyslechnuty pacientky obavy, pocity a obtíže. Byl podporován její pozitivní pohled na sebe samou a aktuální situaci.

00069 Neefektivní zvládnání zátěže související s nejistotou a nepřiměřenou mírou důvěry ve vlastní schopnosti projevující se:

Subjektivně: pociťováním vlastní neschopnosti zvládat různé situace, řešit problémy či požádat o pomoc

Objektivně: nedostatkem cílevědomého chování

Očekávané výsledky: Pacientka dokáže přesně posoudit současnou situaci, uvědomí si vlastní schopnosti a možnosti

Ošetřovatelské intervence:

- posuď, jak dobře pacientka rozumí současnou situaci a jejímu dopadu
- zhodnoť schopnost rozhodování pacientky
- pečuj o pacientku s laskavostí a s respektem
- podávej pacientce aktuální potřebné informace
- pobízej k rozptýlení, různým aktivitám a relaxačním technikám
- podporuj komunikaci se členy rodiny a blízkými osobami

Realizace: Pacientce byly podávány potřebné informace a byla zapojována do různých aktivit během dne. S pacientkou byly prodiskutovány a doporučeny dostupné relaxační techniky. Pacientka aktivně komunikovala s rodinou i blízkými.

00139 Riziko sebepoškození související s neschopností poradit si se zvýšenou psychickou tenzí

Očekávané výsledky: Pacientka si osvojí alternativní metody ke zvládnutí pocitů či osobitých problémů

Ošetřovatelské intervence:

- zajisti pozitivní, věcnou, otevřenou komunikaci
- podporuj posun příznivým směrem
- pobízej pacientku k přípravě plánu péče
- prováděj speciální kontroly zaměřené na bezpečnost pacientky
- sleduj aktuální psychický stav pacientky

Realizace: Byla zajištěna bezpečnost pacientky, zaveden režim pro kontrolu jejích aktivit během dne a tím byl pravidelně sledován i její stav.

00155 Riziko pádů související s ortostatickou hypotenzí při ranním vstávání z lůžka a celkovou slabostí

Očekávané výsledky: Činnosti a chování pacientky přispívají k prevenci pádu, pacientka není ohrožena zraněním při pádu.

Ošetřovatelské intervence:

- zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky a jejího lůžka
- zjisti, zda si je pacientka vědoma bezpečnostních opatření ke snížení rizika pádu
- informuj pacientku o nebezpečí a prevenci pádu při vstávání
- věnuj pozornost při vstávání, popřípadě dopomoz
- při vzniklém pádu vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace

Realizace: Bylo zajištěno bezpečné prostředí na pokoji v okolí lůžka, asistence u ranního vstávání z lůžka. Pacientka byla poučena o aktivitách pro prevenci pádu.

00004 Riziko infekce související se zavedeným periferním žilním katétrem-PŽK

Očekávané výsledky: Pacientka nebude ohrožena žádnou infekcí, nevyskytnou se žádné známky celkové či místní infekce.

Ošetřovatelské intervence:

- denně asepticky pečuj o invazivní vstup dle platných standardů
- pečlivě kontroluj polohu a průchodnost i. v. katétru
- sleduj případné známky místní či celkové infekce
- při zjištění známek celkové infekce či při dosažení 2. stupně dle Maddona, okamžitě odstraň PŽK
- při funkčnosti katétru bez známek infekce prováděj výměnu á 3 dny, delší ponechání katétru je možné pouze se souhlasem lékaře
- dbej na podrobný záznam do dokumentace

Realizace: Permanentní žilní katétr byl asepticky ošetřován a kontrolován dle standardů oddělení. Během prvního týdne byl odstraněn, a to bez známek celkové či místní infekce.

10.4 Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 7. den hospitalizace

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

Hodnocení: Pacientka se snaží vybírat si stravu dle chuti, má danou dietu Výběr. Je podávána enterální výživa. Váhový přírůstek po týdnu hospitalizace odpovídá ordinaci lékaře.

00011 Zácpa

Hodnocení: Jsou podávány laxativa dle ordinace lékaře, stolice odchází, frekvence ale stále není v mezích normy.

00045 Poškozená sliznice ústní

Hodnocení: Pacientka sama popisuje mírné zlepšení v dutině ústní. Nepříjemné pocity v ústech podle jejích slov ustupují. Dentální hygienu se snaží pravidelně dodržovat.

00198 Narušený vzorec spánku

Hodnocení: Pacientka stále udává nekvalitní spánek a spavost během dne, léky na spaní však nevyžaduje.

00093 Únava

Hodnocení: Pacientka během dne pospává, zdržuje se na lůžku či v křesle, komunikuje pouze s jednou spolu pacientkou. Stále pociťuje únavu a je na ní viditelný deficit spánku. Svoji únavu připisuje účinkům podávané medikace.

00072 Neefektivní popírání

Hodnocení: Pacientka přemýšlí nad variantou špatného jídelního chování v poslední době, srovnává svůj denní příjem v nemocnici s příjmem doma. Slovně již neodmítá tvrzení lékařů a zajímá se o svůj zdravotní stav.

00146 Úzkost

Hodnocení: Pacientka má hodně otázek ohledně svého stavu a hospitalizace, všechny otázky byly zodpovězeny zdravotnickým personálem a lékaři. Pacientka je viditelně klidnější, velkou podporou jí je docházející rodina. Na stupnici 1-5 udává stupeň 3.

00120 Situačně snižená sebeúcta

Hodnocení: Pacientka je schopná vyjadřovat své pozitivní i negativní emoce. Přemýšlí nad sebe samou, její rodina je jí velkou podporou.

00069 Neefektivní zvládnání zátěže

Hodnocení: Pacientka se snaží porozumět aktuální situaci a jejímu zdravotnímu stavu. Její aktivita během dne není dostatečná, hodně času však tráví s rodinou.

00139 Riziko sebepoškození

Hodnocení: Pacientka je napjatá, ale více otevřenější a komunikativní. Je hospitalizována na pokoji pod přímým dohledem personálu.

00155 Riziko pádů

Hodnocení: Pacientka přizpůsobila své jednání a chování při vstávání z lůžka, aby předešla pádu. Nedošlo k žádnému pádu pacientky.

00004 Riziko infekce

Hodnocení: Během zavedení periferního žilního katétru se neprojeví žádné známky celkové či místní infekce. Katétr byl asepticky ošetřován a dle ordinace lékaře pro neúčinnost odstraněn.

10.5 Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 14. den hospitalizace

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

Hodnocení: Pacientce vybíraná strava chutná, snaží se sníst per os co nejvíce jídla. Stále je podávána enterální výživa dle ordinace lékaře a týdenní hmotnostní přírůstek odpovídá požadavkům lékaře.

00011 Zácpa

Hodnocení: Laxativa jsou podávána jen občas, frekvence a charakter stolice je v mezích normy. Pacientka se cítí fyzicky lépe.

00045 Poškozená sliznice ústní

Hodnocení: Pacientka udává značný ústup nepříjemných pocitů v ústech. Snaží se navyšovat svůj příjem tekutin v podobě čisté vody. Zápach z úst již výrazně ustoupil.

00198 Narušený vzorec spánku

Hodnocení: Prostředí v pokoji pacientky bylo přizpůsobeno jejím požadavkům. Pacientka sděluje, že přes den necítí tak silnou ospalost jako dříve, po spánku se cítí odpočatě a v noci spí klidněji.

00093 Únava

Hodnocení: Spánek pacientky zlepšil svůj charakter natolik, že se pacientka přes den zúčastňuje denních aktivit nebo si čte knihy. Na pokoji již nespává a většinu času během dne tráví na společné jídelně.

00072 Neefektivní popírání

Hodnocení: Pacientka si je vlivem lékařů a její rodiny vědoma, že má určité špatné stravovací návyky, a že její nynější hospitalizace je oprávněná. Je ochotná k jejich změně a spolupracuje se všemi zdravotnickými odborníky.

00146 Úzkost

Hodnocení: Pacientka je již dostatečně informována o svém zdravotním stavu a důvodu hospitalizace. Neklade již žádné otázky a ochotně spolupracuje. Úzkost je viditelně snížena. Na stupnici 1-5 udává stupeň 2.

00120 Situačně snižená sebeúcta

Hodnocení: Pacientka začíná mít na sebe samou pozitivnější pohled. Věří ve své schopnosti zvládnout a vypořádat se s danou situací.

00069 Neefektivní zvládnání zátěže

Hodnocení: Pacientka rozumí důvodu hospitalizace, ujišťuje se o svém zdravotním stavu. Během dne vykonává činnosti, které jí pomáhají relaxovat, jako je například čtení knih nebo poslouchání hudby. Je si vědoma toho, že je schopná tuto situaci zvládnout a vrátit se co nejdříve do školy.

00139 Riziko sebepoškození

Hodnocení: Pacientka popírá jakékoliv myšlenky na sebepoškození, je klidnější a vztahy v rodině se zlepšují. Hospitalizace na pokoji pod přímým dohledem již není nutná. K pokusu o sebepoškození nedošlo.

00155 Riziko pádů

Hodnocení: Pacientka si je vědoma určitých opatření k předcházení pádu a úspěšně je dodržuje. K pádu pacientky během její hospitalizace nedošlo.

00004 Riziko infekce

Hodnocení: Periferní žilní katétr byl průběhu prvního týdne odstraněn.

11 KAZUISTIKA Č. 2

11.1 Sběr informací o klientovi – anamnéza

Sběr informací a údajů o pacientce proběhl pomocí polostrukturovaného rozhovoru, fyzikálního vyšetření pacientky, pozorováním a podrobnou analýzou ošetrovatelské dokumentace. Rozhovor s pacientkou trval přibližně 60 minut.

Osobní údaje

Pohlaví: žena

Věk: 29 let

Osobní anamnéza

29 – letá pacientka, podobné problémy s trávením měla již v prvním roce života, kdy často zvracela mléko, byla léčena dlouho antibiotiky. Udává, že často odmítala stravu, bylo jí po jídle špatně.

Rodinná anamnéza

Matka-sociální fobie, deprese. Považuje ji za odtažitou, vnímá sebe jako nechtěnou. Bratr byl vždy matkou preferován, což pacientka považuje za ještě větší nevýhodu, protože převzala od matky její úzkostlivé reakce. Otec vitiligo. S matkou a otcem mají komplikované vztahy, nikdy si moc nerozuměli. Chovají se k sobě slušně, ale blízko k sobě nemají. Bratr zdrav – s tím má dobré vztahy. Jako svoji rodinu vnímá pacientka vzdálenější tetu a sestřenicu.

Sociální anamnéza

Vdaná, nyní však s manželem žijí odděleně, rozešli se kvůli nemoci. Pacientka popisuje jejich vztah jako dlouhodobě dobrý. Minulý rok se vzali, již předtím přemýšleli o dítěti. Pacientka chápe, že už s ní manžel nechtěl být, když byla dlouhodobě nemohoucí. Při rozhovoru o manželovi jsou patrné ochranné tendence, bez známky negativních pocitů z rozchodu.

Alergologická anamnéza

Pacientka uvádí alergii na prach, kasein a latex.

Pracovní anamnéza

Pacientka vystudovala VŠ biologickou, je pedagog volného času, projektový manažer. Pracovala také ráda s dětmi, měla vlastní výtvarné projekty. Své zaměstnání vnímá jako svobodné.

Nynější onemocnění

Pacientka uvádí, že má málo energie k pohybu, cítí i málo energie v zažívacím traktu, není si jistá, zda její tělo dokáže vstřebat potravu z nasojejunální sondy, nechce se vzdát příjmu energie parenterální formou. Dále uvádí atypické útvary ve stolici, které se tam nemohly nějak dostat, není si jistá, zda je tělesně dostatečně vyšetřena. Vidí příčinu v onemocnění boreliózou, které proběhlo před rokem a v důsledku toho začala hubnout. Bludy má neustále, nechce hubnout a sděluje, že její tělo nemá sílu potravu zpracovávat. Během hospitalizace v Českých Budějovicích byla medikována Zyprexou, ta jí podle jejích slov ještě více ubrala energii z trávicího traktu a pak se jí už ani nedařilo vyprazdňovat. Stále by ráda situaci řešila se svým imunologem, staví se odmítavě k zavedení psychofarmak.

Katamnéza

NÁVŠTĚNA AMBULANCE: Pacientka se dostavila na centrální příjem z I. Interní kliniky, kde hospitalizována pro mentální anorexii, dekompenzaci stavu. Pacientka opakovaně léčena pro dg. mentální anorexie na psychiatriích, naposledy v Českých Budějovicích, kde měla zavedenou NG sondu, poté údajně přibrala a byla dimitována. Následně odmítla léky i jídlo a stav se opakuje. Aktuálně na parenterální výživě, laboratorně únosná, nyní aktuálně bezprostředně není v ohrožení života, pokud bude živena.

PSYCH: Pacientka přijata překladem z I. Interní kliniky, v posledním roce opakovaná hospitalizace pro neprospívání, udává, že její střevo není schopno trávit, omezuje výživu, vyžaduje i. v. nutrice. Na I. Interní klinice zahájena nutrice enterální nasojejunální sondou, neshledána somatická příčina potíží (stejně jako při ostatních hospitalizacích), přeložena na psychiatrickou kliniku pro ozřejnění etiologie, dovyšetření psychického stavu. Zde si určuje způsob léčby, žádá navrácení výživy i. v., nastavena antipsychotická a antidepressivní medicína zvyšující chuť k jídlu. Vzhledem k nespolupráci (schovává tablety) kontrolováno užívání medicíny. Stěžuje si na přílišný sedativní účinek Mirtazapinu, žádá vysazení i další

medikace. Stravu per os téměř nepřijímá (pouze bujón, trocha zeleniny, přestala jíst i přes-nídávku). Doporučuji pravidelné kontroly hmotnosti na odd. PSYCH-A ve spodním prádle, optimální týdenní váhový přírůstek 0,5-1,5kg. Pacientka trvá na tom, že její střevo netráví, ve stolici údajně potrava není strávena, stolici by neměla dle svých slov vůbec mít, vzhledem k bezezbytkové stravě. Má narušené vztahy s rodinou, především s matkou, označuje ji za rigidní, nedokáže jí projevit city, žádné k ní nemá. Nemoc propukla po infekci borelió-zou asi 2 měsíce po svatbě. S manželem přerušila kontakt, údajně jej nechce zatěžovat, chce se nyní věnovat sobě, není to pro ni prioritní, nemá na to sílu, s rodiči též kontakt přerušen. V kontaktu je pacientka s tetou, která ji podporuje. Vysvětluje, že má potíže se střevem a potřebuje zjistit příčinu. Pacientka je velmi inteligentní, perfekcionistická, v kontaktu do-minantní, manipulativní, zároveň bezradná ve své situaci. Bez motivu zhubnout, potíže jdou spíše na vrub nevědomého psychosomatického prožívání vzdoru, pasivní agrese, odstřížení od vztahové roviny.

Lékařské diagnózy

F50.0 Mentální anorexie

F22.0 Porucha s bludy, diff. dg. schizotypální porucha

F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy

Mikroadenom hypofýzy, hormonálně neaktivní

Atopická dermatitida v mládí

St. p. EBV 1997

St. p. bronchopneumonii 1990, 2012

St. p. lymeské borelióze 2018

Fyzikální vyšetření sestrou při příjmu dne 24. 10. 2019

TK: 90/60mmHg

SpO2: 97%

TF: 60/min

Výška: 170 cm

TT: 36,9 °C

Hmotnost: 37,1 kg

DF: 20/min

BMI: 12,83

Farmakologická léčba 1. den hospitalizace

Zyprexa 5mg 0-0-0-1, Velotab na jazyk či rozdrtit do sondy, Mirtazapin 15mg dtto 0-0-0-1,5, Lactulosa 10ml 1-1-1.

11.2 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové

Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Subjektivně: Pacientka zmiňuje, že k lékaři vždy chodila pouze, když měla nějaký problém. Na pravidelné prohlídky nikdy nechodila. Byla již několikrát hospitalizována na různých psychiatriích. V průběhu posledních několika měsíců absolvovala různá vyšetření, nikdy jí ale nediagnosticskovali žádné somatické onemocnění. Je přesvědčená, že její zdravotní stav se odvíjí od fyzického problému, který začal po onemocnění boreliózou, nýbrž od psychického problému.

Objektivně: Pacientka je upnutá na svůj názor ohledně jejího zdravotního stavu. Zajímá se o další možná doplňující vyšetření a možnosti léčby. Nepřijímá svojí určenou psychiatrickou diagnózu a z následků onemocnění obavy nemá, protože podle jejího přesvědčení se jí tyto následky netýkají. Je bezradná vůči svojí situaci a postojům lékařů.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Pacientka sděluje, že problémy s trávením měla již od mala, často zvracela mléko a bylo jí po jídle špatně. Nynější problémy s jídlem a hmotností jsou podle ní zapříčiněny prodělanou boreliózou, sama hubnout nechtěla. Má dlouhodobé problémy s vylučováním, proto několik posledních měsíců zkoušela držet různé bezsezbytkové diety, a nakonec i omezovala příjem energie, aby údajně nemocné střevo nezatěžovala. Chuť k jídlu spíše nemá, momentálně je živena NJ sondou, neustále však vyžaduje parenterální výživu kvůli neschopnosti trávicího traktu zpracovat potravu.

Objektivně: Poměrně vysoká pacientka je výrazně nedostatečně živená, malnutrická, slabá. Enterální výživu NJ sondou si sama bez souhlasu personálu zastavuje, za den požije per os jeden vaječný žloutek, bujón a pár lžic vařené zeleniny, občas sní i přesnídávkou. Další potraviny odmítá. Pitný režim je také nedostatečný. Většinu jejího denního příjmu energie tedy pokrývá EV. Vlasy jsou výrazně vypadané a řídké.

Vylučování

Subjektivně: Pacientka udává, že trpí zácpou a nedaří se jí vylučovat stolici. Sděluje, že když se stolice vyskytne, nachází v ní atypické útvary. Trvá na tom, že je to zapříčiněno tím, že její střevo není schopno cokoliv strávit. Při hospitalizaci si stěžuje, že by žádnou stolici ani mít neměla, když má mít bezrezbytkovou EV. Stále proto vyžaduje i. v. výživu a další vyšetření trávicího traktu.

Objektivně: Stolice je nepravidelná, cca 1x za 3-4 dny. Při požadavku na monitoraci stolice personál nezavolá, nebo sestra žádné atypické útvary nenachází. Pacientka se vyhýbá jídlu, nespolupracuje při podávání enterální výživy. Je ordinována Lactulosa 3x denně. Denní diuréza je nízká (1200ml), je potřeba zvýšit příjem tekutin.

Aktivita a cvičení

Subjektivně: Pacientka nikdy nebyla sportovní typ, 2x týdně cvičí doma, ale není to pravidelně. Je hodně pracovně vytížená, takže jí moc volného času nezůstává. Ráda čte, poslední dobou se však nemůže na čtení soustředit. Udává, že v nemocnici je vlivem podávaných léků hodně unavená.

Objektivně: Pacientka tráví většinu času na pokoji, vychází jen pro léky a jídlo. Je viditelně unavená a apatická.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Popisuje, že doma spí většinou dobře, občas slyší různé hlasy, které jí nenechají spát. Je zvyklá si před spaním čist a vstávat brzo ráno. V nemocnici ji při spánku ruší ostatní pacientky na pokoji. Po spánku se cítí odpočatá, rychle se však unaví. Rychlou únavu přisuzuje velkému energetickému příjmu enterální výživou.

Objektivně: Pacientka svůj den tráví v křesle nebo na lůžku, je viditelné, že má nedostatek spánku. Neustále pracuje na počítači a je zaneprázdněná. Léky na spaní večer však nevyžaduje.

Vnímání a poznání

Subjektivně: Přiznává, že má problémy se zrakem, brýle ovšem odmítá nosit, protože jí překáží při práci. Současnou hospitalizaci vnímá velmi negativně a zmiňuje, že jí NJ sonda nedělá dobře. Popisuje také problémy se soustředěním při práci na počítači.

Objektivně: Pacientka je orientovaná osobou, místem i časem. Je komunikativní a vyjadřuje se velmi spisovně. Psychomotorické tempo je zpomalené.

Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Sama sebe popisuje jako úspěšnou, pracovitou a ambiciózní osobu. Stále slychává různé hlasy, ale s psychiatrickými léky se cítí lépe. Má obavy o zdraví svého trávicího traktu, to je pro ni aktuálně nejdůležitější. Cítí se bezradná a přiznává, že je poslední dobou více podrážděná.

Objektivně: Pacientka je velmi inteligentní, manipulativní a perfekcionistická. Při rozhovoru je pozorná, váže oční kontakt, je patrná úzkost a nejistota z budoucnosti. Uvědomuje si, že má nízkou tělesnou hmotnost, nemá však reálný náhled na své onemocnění. Diagnózu popírá, a proto nepřistupuje k vážnosti nemoci adekvátně.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Subjektivně: Je asi rok vdaná, s manželem však žijí odděleně, opustil ji kvůli nemoci. Tvrdí, že ji to netrápí a chápe, že odešel, když byla nemocná a soustředila se jen na své vyléčení. Jejich současný vztah pro ni není důležitý, chce se soustředit hlavně na své zdraví. S rodiči má špatný vztah, cítí se nechtěná a její bratr byl vždy upřednostňován. S ním má ale dobré vztahy. Říká, že psychiku zdědila po matce.

Objektivně: Pacientka s ostatními pacienty nekomunikuje, straní se kolektivu a zůstává na pokoji. S personálem komunikuje dominantně a vyžaduje vyšetření od ostatních lékařů. Její nejbližší rodinou je momentálně její teta, která ji v nemocnici často navštěvuje.

Sexualita a reprodukční schopnost

Subjektivně: Od onemocnění boreliózou, které přišlo 2 měsíce po svatbě s manželem, sexuálním životem vlastně nežije. Nelákalo ji to.

Objektivně: Není hodnoceno.

Stres a zvládání, tolerance

Subjektivně: Pacientka zmiňuje charakter svého zaměstnání, kdy dobré zvládání stresu je součástí jejích povinností. S těžkostmi v osobním životě se vypořádává sama, někdy jí je podporou její teta. Považuje se za vcelku klidnou osobnost, situaci s nemocným střevem

a její váhou však zvládá poměrně špatně. Je zoufalá z toho, že jí žádný lékař i přes veškerá vyšetření nezvládne určit její diagnózu. Několikrát určenou psychiatrickou diagnózu popírá a pobyt na psychiatrii považuje za ztrátu jejího času, to ji ještě více frustruje.

Objektivně: Pacientka je při hospitalizaci nespolupracující, při rozhovoru si stojí za svým názorem. Říká, že psychickou stránku zvládá sama, potřebuje jen pomoc s vyšetřením střeva. Se stresem doma jí pomáhá čtení oblíbených knih.

Víra a životní hodnoty

Subjektivně: Pacientka uvádí, že v Boha nikdy nevěřila. V momentální době je pro ni důležité zdraví trávicího traktu.

Objektivně: Není hodnoceno.

11.3 Ošetrovatelské diagnózy v den příjmu 24. 10. 2019

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

00011 Zácpa

00101 Neprospívání dospělé osoby

00093 Únava

00124 Beznaděj

00118 Porušený obraz těla

00198 Narušený vzorec spánku

00146 Úzkost

00072 Neefektivní popírání

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

00155 Riziko pádů

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu související s aktuální diagnózou a nedostatečným zájmem o jídlo projevující se:

Subjektivně: odmítáním stravy a odporem k jídlu

Objektivně: nízkou tělesnou hmotností, nízkým BMI (12, 83) a viditelným neprospíváním

Očekávané výsledky: Pacientka pochopí důležitost intervencí, dosáhne optimálního hmotnostního přírůstku na váze

Ošetřovatelské intervence:

- posuď, zda si je pacientka vědoma nutričních potřeb organismu
- zjisti, zda je postižena schopnost strávit potravu či vstřebat živiny
- pohovoř s pacientkou o jejích stravovacích návycích včetně preferovaných jídel
- prováděj kontrolu stravy při každém jídle a veď pečlivě deník jídla pacientky
- umožni pacientce výběr jídla dle její chuti pomocí diety Výběr
- přistupuj k pacientce ohleduplně a laskavě, pobízej ji ke spolupráci
- pravidelně kontroluj hmotnost dle ordinace lékaře, zaznamenávej vývoj hmotnosti do dokumentace
- zajišťuj enterální výživu pomocí NJ sondy dle ordinace lékaře

Realizace: S pacientkou byly prokonzultovány její stravovací návyky a preferované potraviny, vzhledem k požadavkům pacientky byla zajištěna dieta Výběr. Byl zaveden deník jídla pro pečlivou denní monitoraci příjmu potravy a tekutin, zajištěna enterální výživa pomocí zavedené NJ sondy. Hmotnost byla namátkově monitorována na váze na dětském oddělení A ve spodním prádle, důkladně zaznamenávána do dokumentace.

00011 Zácpa související s nedostatečným příjmem tekutin a živin projevující se:

Subjektivně: snížením frekvence vyprazdňování stolice, slovním popisem atypických útvarů ve stolici

Objektivně: nepravidelností stolice

Očekávané výsledky: Pacientka chápe příčiny zácpy, pravidelně se vyprazdňuje

Ošetrovatelské intervence:

- zhodnot' současný způsob vyprazdňování a všechny vlivy, které na něj nepříznivě působí
- sleduj barvu, zápach, konzistenci, množství, frekvenci a pacientkou zmíněné atypické útvary ve stolici
- věnuj pozornost užívané medikaci, její možné interakce a vedlejší účinky
- podávej laxativa dle nutnosti a přesné ordinace lékaře
- pouč pacientku o důležitosti dostatečného příjmu tekutin a vlákniny
- dbej na dostatek soukromí při defekaci

Realizace: Každý den byla monitorována frekvence stolice a podávána medikace dle ordinace lékaře na podporu vyprazdňování. Byl sledován charakter a pacientkou udávané atypické útvary ve stolici, které nebyly nalezeny. Pacientka byla také poučena o důležitosti dostatečného pitného režimu a příjmu vlákniny.

00101 Neprospívání dospělé osoby související s celkovou vyčerpaností a apatií projevující se:

Subjektivně: vyjadřováním nezájmu o okolí, pocity ztráty chuti k jídlu

Objektivně: nepřiměřeným příjmem potravy vůči nutriční potřebě organismu

Očekávané výsledky: U pacientky je zajištěn a udržován nutriční příjem dle tělesné potřeby

Ošetrovatelské intervence:

- posud' obtíže pacientky a prodiskutuj s ní příčiny, které vedly k jejímu současnému zdravotnímu stavu
- aktivizuj pacientku dle jejích možností, ved' ji k přiměřenému pohybu
- umožni pacientce dostatek potřebného spánku a odpočinku

- věnuj pozornost fyzickým změnám a pečlivě pacientku ošetřuj, všechny změny zaznamenávej do dokumentace
- podporuj sociální kontakty pacientky, příležitosti ke komunikaci

Realizace: Pacientka byla začleněna do denních pohybových aktivit, které byly v jejích silách. Také jí byl umožněn dostatečný odpočinek během dne. Byl doporučován kontakt s blízkými či ostatními pacienty na oddělení.

00093 Únava související s aktuálním onemocněním a výraznou malnutricí projevující se:

Subjektivně: pocitem únavy a ospalosti

Objektivně: nezájmem o okolí a denní spavostí

Očekávané výsledky: Pacientka se cítí odpočatě, má více energie a není spavá

Ošetřovatelské intervence:

- posud' medikaci pacientky a její vliv na možnou únavu
- sleduj celkový stav pacientky s přihlédnutím na výživu a hydrataci
- povzbuzuj pacientku k činnostem, které jsou v jejích silách
- naplánuj s pacientkou realistické činnosti, které může vykonávat přes den
- zamysli se s pacientkou, které faktory jí napomáhají v odstraňování únavy

Realizace: Stav pacientky byl pravidelně monitorován a byla pobízena k činnostem během dne. Pacientka se naučila relaxovat a vyvíjela snahu za účelem zmírnění únavy.

00124 Beznaděj související se zhoršením fyzického stavu projevující se:

Subjektivně: slovním vyjádřením pocitu beznaděje

Objektivně: nedostatkem zájmu o blízké osoby, celkovou pasivitou a výbuchy hněvu

Očekávané výsledky: Pacientka formuluje realistické cíle a nachází řešení své situace, projevuje zvýšený zájem o okolí

Ošetrovatelské intervence:

- všímej si projevů beznaděje v jednání pacientky
- vysvětlí pacientce všechna vyšetření, zodpověz všechny otázky
- povzbuzuj pacientku k vyjádření jejích pocitů a dojmů, ať už pozitivních či pasivních
- pomoz pacientce najít pozitivní stránky situace a buď jí oporou
- snaž se předejít situacím, které by mohly vést k pocitům izolace pacientky

Realizace: Pacientce byly zodpovězeny všechny její dotazy ohledně dalších vyšetření. Byla povzbuzována k vyjádření jejích pocitů, obav a dojmů, byla začleňována do aktivit s ostatními pacienty na oddělení.

00118 Porušený obraz těla související s prožíváním aktuálního onemocnění projevující se:

Subjektivně: negativními pocity a neustálými myšlenkami nad svým tělem

Objektivně: změnou schopnosti odhadnout prostorový vztah těla k prostředí

Očekávané výsledky: Pacientka akceptuje onemocnění a je si vědoma jeho závažnosti

Ošetrovatelské intervence:

- všímej si chování pacientky, které ukazuje na znepokojení s jejím tělem a jeho procesy
- pobízej pacientku, aby popsala sama sebe včetně svých pozitivních i negativních vlastností
- vytvoř terapeutický vztah se vzájemnou důvěrou
- akceptuj pacientky pocity závislosti, smutku či nepřátelství
- vyslechni všechny obavy a otázky pacientky, pohovoř s ní o všem, co jí zajímá a tíží

Realizace: Byla vyvinuta snaha o vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientkou, byly vyslechnuty její obavy a obtíže. Z pozorování pacientky bylo zřejmé, že není spokojena se svým tělem a tím, jak na ni nahlízejí ostatní.

00198 Narušený vzorec spánku související se změnou prostředí projevující se:

Subjektivně: nedostatečným, nekvalitním spánkem

Objektivně: stěžováním pacientky na nekvalitní spánek a neklid na pokoji

Očekávané výsledky: U pacientky dojde ke zlepšení spánku a odpočinku

Ošetřovatelské intervence:

- posuď související faktory poruchy spánku a možné příčiny
- monitoruj kvalitu a délku spánku
- pomoz pacientce dosáhnout optimálního spánku zvýšením aktivity během dne
- zajisti pacientce možnost provedení spánkových rituálů
- starej se o přípravu prostředí ke spánku

Realizace: Pacientce bylo umožněno provedení jejích spánkových rituálů v čtení před spaním. Na požadavek pacientky bylo její lůžko přesunuto blíže k oknu. Ráno po probuzení byla monitorována délka a kvalita spánku.

00146 Úzkost související s prožíváním změny zdravotního stavu projevující se:

Subjektivně: výrazným znepokojením, na stupnici 1-5 udává stupeň 4.

Objektivně: slovním vyjádřením obav z budoucnosti, neklidem

Očekávané výsledky: U pacientky je úzkost snížena, má dostatek informací a je klidná

Ošetřovatelské intervence:

- zjistí informace ohledně stupně úzkosti
- naslouchej a mluv s pacientkou se zájmem, respektem a úctou
- informuj dle svých kompetencí pacientku o léčebném postupu a nutnosti její spolupráce
- umožni pacientce popsat její pocity, vyjádřit emoce v klidném a bezpečném prostředí
- podávej medikaci podle ordinace lékaře a sleduj její vedlejší účinky

- zapojuj pacientku do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému

Realizace: Byl zjištěn stupeň úzkosti pacientky, na stupnici 1-5 udávala stupeň 4, komunikace probíhala s respektem, zájmem a úctou. Pacientce byly zodpovězeny její dotazy ohledně léčby, byla zapojována do různých denních aktivit se snahou odvést pozornost od jejích obtíží. Byla také podávána medikace dle ordinace lékaře.

00072 Neefektivní popírání související se strachem z následků změny zdravotního stavu projevující se:

Subjektivně: neschopností připustit si následky nemoci na způsob života

Objektivně: odmítáním způsobů léčby určeného onemocnění

Očekávané výsledky: Pacientka uzná realitu situace, ve které se nachází a vyjádří realistické obavy

Ošetřovatelské intervence:

- urči stádium a stupeň popření situace
- poskytni pacientce vlídné a bezpečné prostředí
- pobízej pacientku k vyjádření jejích pocitů
- poskytni pacientce dle jejího stavu a svých kompetencí dostatek informací
- porovnej pacientky popis příznaků s jejím reálným klinickým obrazem

Realizace: Pacientce bylo poskytnuto bezpečné, příjemné prostředí a byla pobízena k vyjádření jejích emocí. Dle kompetencí sestry bylo pacientce podáno dostatek informací o jejím zdravotním stavu.

00155 Riziko pádů související s celkovou slabostí vlivem malnutrice

Očekávané výsledky: U pacientky nedojde k pádu, chování a jednání pacientky přispívá k předcházení pádu

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky zahrnující správné osvětlení, protiskluzové pomůcky apod.
- informuj pacientku o bezpečnostních opatřeních, které jsou nutné pro předcházení pádu
- zajisti bezpečnost pacientky při všech ošetrovatelských a léčebných výkonech
- pravidelně kontroluj stav a fyziologické funkce pacientky

Realizace: Na pokoji pacientky bylo zajištěno bezpečné prostředí v rámci prevence pádu. Pacientka byla také informována o bezpečnostních opatřeních. Pravidelně byly kontrolovány fyziologické funkce a psychický stav pacientky.

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin související se snížením příjmem tekutin

Očekávané výsledky: U pacientky nedojde k dehydrataci, splňuje optimální příjem tekutin

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti dostatečný pitný režim (min. 1,5-2 l/den), pečlivě sleduj diurézu a vše zaznamenávej do dokumentace
- sleduj kožní turgor, stav sliznic a základní vitální funkce pacientky
- pravidelně sleduj a zaznamenávej tělesnou hmotnost

Realizace: Pacientka byla pobízena k častému pití, byla monitorována její denní diuréza a hmotnost. Kožní turgor a fyziologické funkce pacientky byly denně sledovány.

11.4 Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 7. den hospitalizace

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

Hodnocení: Pacientka občas odmítá stravu a samovolně si zastavuje enterální výživu. Snaží se vybírat si pokrmy, na které má chuť, má přidělenou dietu Výběr. Týdenní váhový přírůstek přesně nesplňuje požadavky lékaře.

00011 Zácpa

Hodnocení: Pacientce jsou podávány laxativa dle ordinace lékaře, stolice dle slov pacientky neodchází pravidelně. Shledává ve stolici atypické útvary.

00101 Neprospívání dospělé osoby

Hodnocení: Během prvního týdne hospitalizace pacientka nespolupracuje a zastavuje si enterální výživu. Týdenní váhový přírůstek proto není optimální (dle ordinace 0,5-1,5 kg/týden). Výživa je zajišťována pomocí NJ sondy.

00093 Únava

Hodnocení: Pacientka se vyskytuje často na lůžku, udává velkou únavu zapříčiněnou enterální výživou. Její aktivita během dne spočívá v hledání doplňujících vyšetření na internetu.

00124 Beznaděj

Hodnocení: Pacientka stále nenachází řešení její situace, klade otázky na možnosti alternativní léčby. Při zmínění její psychiatrické diagnózy všechna tvrzení odmítá a je na ní patrný hněv. Snaží se však hledat realistické cíle.

00118 Porušený obraz těla

Hodnocení: Pacientka stále není ochotná přijmout určenou psychiatrickou diagnózu, odmítá proto psychiatrické léky. Vyšetření s psychologem však ochotně podstupuje. Je si vědoma své nízké hmotnosti, její příčinu ale odmítá.

00198 Narušený vzorec spánku

Hodnocení: Pacientky spánek stále není kvalitní a pospává během dne. Stěžuje si na ostatní pacientky na pokoji, které ji nenechají spát.

00146 Úzkost

Hodnocení: Pacientka stále úzkostlivě popisuje své obtíže a vyžaduje další vyšetření. Udává, že není spokojená s léčbou a hledá vlastní alternativy terapie. Stále přetrvává nezájem o jakýkoliv kontakt s rodinou či známými. Na stupnici 1-5 udává stupeň 2.

00072 Neefektivní popírání

Hodnocení: Pacientka stále slovně odmítá tvrzení lékařů, vyžaduje další různá vyšetření a léčbu své určené diagnózy odmítá. Její spolupráce není efektivní.

00155 Riziko pádu

Hodnocení: Pacientka přizpůsobila své chování tomu, aby předcházela pádu. Bylo zajištěno bezpečné prostředí kolem lůžka pacientky. Pádu se předcházelo úspěšně.

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin

Hodnocení: Pacientka byla poučena o důležitosti pitného režimu a negativních vlivech jeho nedodržování. Snaží se zvýšit svůj příjem tekutin na min. 1500ml v podobě čisté vody.

11.5 Hodnocení ošetrovatelských diagnóz 14. den hospitalizace

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

Hodnocení: Pacientka spolupracuje, neodmítá jídlo a enterální výživu nezastavuje. Snaží se jíst větší množství stravy než doposud, alespoň půl běžné porce. Hmotnostní přírůstek po týdenním převážení odpovídá požadavkům lékaře.

00011 Zácpa

Hodnocení: Jsou podávány laxativa maximálně 1x týdně, frekvence stolice se nachází v mezích normy. Při kontrole stolice nebyly objeveny žádné atypické útvary a pacientka od této kontroly přestala tuto informaci udávat.

00101 Neprospívání dospělé osoby

Hodnocení: Pacientka spolupracuje, enterální výživu si nezastavuje a snaží se sníst několik potravin per os. Váhový přírůstek po týdenním převážení je již optimální. Výživa pomocí NJ sondy nadále pokračuje a tím jsou pokryty nutriční potřeby organismu.

00093 Únava

Hodnocení: Pacientka se zapojuje do denních aktivit na společenské místnosti. Vyžádala si přesun jejího lůžka blíže k oknu, aby se jí lépe spalo. O zhoršeném spánku se již přes den nezmiňuje a na první pohled je více odpočatá.

00124 Beznaděj

Hodnocení: Pacientce byly zodpovězeny všechny kladené otázky a její hněv již není patrný. Snaží se osvojit si řešení léčby, nachází proto realistické cíle své terapie. Dodržuje jídelní režim a spolupracuje s personálem. Při rozhovorech s lékaři vyžaduje další vyšetření trávicího traktu.

00118 Porušený obraz těla

Hodnocení: Pacientka při opakovaném sdělování diagnózy je viditelně zamyšlená a občas tuto možnost připouští. Jiné dny však toto tvrzení stále odmítá. Chápe závažnost nízké hmotnosti a sděluje snahu a ochotu přibrat na váze.

00198 Narušený vzorec spánku

Hodnocení: Pacientky lůžko bylo přesunuto k oknu, to jí pomáhá lépe spát. Udává, že spánek je kvalitnější a přes den se cítí méně ospalá. Spánek pacientky se viditelně zlepšil.

00146 Úzkost

Hodnocení: Pacientka již vyhledává kontakty s její nejbližší rodinou, je více komunikativní a spolupracující. Všechny její doplňující otázky byly zodpovězeny lékaři, to ji viditelně uklidnilo. Úzkost pacientky byla zmírněna. Na stupnici 1-5 udává stupeň 1.

00072 Neefektivní popírání

Hodnocení: Pacientka již slovně neodmítá tvrzení lékařů, další vyšetření však stále vyžaduje. Pacientka většinu dnů ochotně spolupracuje při léčbě, vyskytují se však dny, kdy spolupráci i medikaci odmítá.

00155 Riziko pádů

Hodnocení: Pacientka udržuje pořádek kolem svého lůžka. Během dne i během noci přispůsobuje své chování a jednání prevenci pádu. Za hospitalizace nedošlo k žádnému pádu pacientky.

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin

Hodnocení: Pacientka si je vědoma, jak důležité je dodržovat dostatečný příjem tekutin. Zvýšila svůj denní příjem tekutin na cca 1600ml a po dobu hospitalizace nedošlo k dehydrataci pacientky.

11.6 Edukační plány

Na základě zmapovaných ošetřovatelských diagnóz u obou vybraných kazuistik jsem vytvořila dva vzorové edukační plány. První, v oblasti zdravé výživy a optimálního stravování s cílem změnit stravovací návyky pacientky se zaměřením na normální velikost porce jídla. Druhý, s edukací v oblasti dostatečného příjmu tekutin s cílem zvýšit příjem tekutin pacientky a zajistit dodržování správného pitného režimu. Tyto dva vzorové edukační plány by mohly být užitečné pro sestry při péči o pacientky s touto diagnózou. Uvádím v příloze č. 3 – Vzorové edukační plány jako výstup z praxe.

DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo vytvořit ošetrovatelský a edukační plán u dvou pacientů s mentální anorexií. K dosažení tohoto cíle jsem si stanovila několik dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo **zpracovat dvě kazuistiky u nemocných s diagnózou mentální anorexie**. Ke sběru informací, které byly nutné k vytvoření kazuistik jsem si zvolila model M. Gordonové. Potřebná data k vytvoření ošetrovatelského plánu jsem získala pozorováním pacientek, pomocí rozhovorů a poskytnuté dokumentace.

V rámci hospitalizace bylo u první kazuistiky stanoveno celkem 12 ošetrovatelských diagnóz: 9 aktuálních a 3 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Diagnózy se týkaly jak fyzického, tak psychického stavu pacientky. Jako nejzávažnější diagnózy jsem u pacientky stanovila nevyváženou výživu; méně, než je potřeba organismu, zácpu, úzkost a neefektivní popírání. Na tyto ošetrovatelské diagnózy následně nasedala 00045 Poškozená sliznice ústní, 00198 Narušený vzorec spánku, 00093 Únava, 00120 Situačně snížená sebeúcta a 00069 Neefektivní zvládání zátěže. Jako potenciální ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila 00139 Riziko sebepoškození, 00155 Riziko pádů a 00004 Riziko infekce. U potencionálních diagnóz během hospitalizace nedošlo k rozvoji problémů.

U druhé kazuistiky bylo stanoveno celkem 11 ošetrovatelských diagnóz: 9 aktuálních a 2 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Jako nejzávažnější jsem u pacientky stanovila také nevyváženou výživu; méně, než je potřeba organismu, zácpu, únavu a porušený obraz těla. Na tyto ošetrovatelské diagnózy nasedaly 00011 Zácpa, 00101 Neprospívání dospělé osoby, 00124 Beznaděj, 00198 Narušený vzorec spánku a 00146 Úzkost. Mezi potencionální diagnózy jsem zařadila 00155 Riziko pádů a 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin. U potencionálních diagnóz během hospitalizace nedošlo k rozvoji problémů.

Druhý dílčí cíl spočíval v **porovnání bodů v ošetrovatelském plánu obou pacientek**, třetí dílčí cíl zahrnoval **identifikaci shodných oblastí v ošetrovatelského plánu obou pacientek**. Rozhodla jsem se tyto dva splněné cíle popsat najednou. Získané informace byly u obou pacientek zpracovány dle koncepčního modelu Majory Gordonové, takzvaného Modelu funkčních vzorců zdraví. Rozborem jednotlivých složek byly vyhodnoceny oblasti s deficitem a stanoveny ošetrovatelské diagnózy, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Při zmapování obtíží obou pacientek bylo zjištěno, že vzhledem ke stejné diagnóze a charakteristice problémů byly ošetrovatelské diagnózy velice podobné. Každá pacientka

však obtíže prožívala více či méně intenzivněji. Pro zodpovězení výzkumné otázky „Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy při léčbě mentální anorexie?“ jsem jako shodné ošetrovatelské diagnózy určila:

První shodnou závažnou diagnózou byla **00002 Nevyvážená výživa; méně, než je potřeba organismu**. První pacientka ve svých 19 letech vážila 28 kg a její BMI bylo 10,94. Druhá pacientka byla starší o 10 let, vážila 37,1 kg a její BMI bylo 12,83. Obě pacientky byly na první pohled výrazně malnutrické s nízkou tělesnou váhou. Objektivně měly obě sníženou svalovou sílu a výrazné lící kosti. Odmítaly jíst běžné porce jídla, a proto byla při ošetrovatelské péči zavedena u obou pacientek enterální výživa. První pacientce byla zavedena NGS sonda a zcela s ní spolupracovala. Spolupráce s druhou pacientkou byla o něco těžší. Pacientce byla zavedena NJ sonda, enterální výživu však odmítala, zpochybňovala a sama bez vyzvání personálu zastavovala. U obou pacientek byla vyžadována důkladná kontrola konzumace jídla, proto byl zaveden deník jídla pro denní monitoraci per os příjmu. Také byla prováděna namátková kontrola hmotnosti. Požadovaný týdenní váhový přírůstek 0,5-1,5kg byl u první pacientky splněn již po prvním týdnu hospitalizace. U druhé pacientky byl vlivem její zhoršené spolupráce váhový přírůstek splněn až po druhém týdnu hospitalizace.

Vlivem nedostatku živin, vlákniny a tekutin jsem určila shodnou diagnózu **00011 Zácpa**. Obě pacientky měly problémy s vyprazdňováním stolice, frekvence nebyla pravidelná, proto byla podávána medikace dle ordinace lékaře na podporu vyprazdňování. Druhá pacientka po začátku hospitalizace upozorňovala na atypické útvary ve stolici, ty však nebyly personálem shledány. Poté se již pacientka ke vzhledu stolice nevyjadřovala.

U obou pacientek byla patrná diagnóza **00146 Úzkost**, kterou ve své práci popisuje také Šárka Hlubocká (2016) i Denisa Fiedlerová (2019). Obě pacientky vyjadřovaly obavy z budoucnosti a nejistotu ohledně jejich zdravotního stavu. První pacientka na začátku hospitalizace udávala na stupnici 1-5, stupeň úzkosti 5. Vlivem vstřícného personálu, aktivní spolupráce při denních činnostech a její aktivní komunikace s rodinou se její úzkost snížila na stupeň 2. Druhá pacientka při přijetí popisovala na stupnici 1-5, stupeň úzkosti 4. S rodinou, přáteli a ostatními pacienty nejdříve odmítala úplně komunikovat, postupně však začala navazovat kontakty, spolupracovat při léčbě, ptát se personálu na potřebné informace, a její úzkost se po dvou týdnech snížila na stupeň 1.

Další shodnou ošetrovatelskou diagnózou u vybraných pacientek, ale i u pacientek v práci Šárky Hlubocké (2016) byla diagnóza **00198 Narušený vzorec spánku**. První pacientka udávala problémy s častým nočním buzením a nedostatkem odpočinku po spánku. Při hospitalizaci nevyžadovala léky na spaní, její spánek se však zlepšil až po 14 dnech. Její spánek byl klidnější a kvalitnější. Druhá pacientka si stěžovala na noční neklid ostatních pacientek. Po záměně pacientek na pokoji a přesunutí lůžka pacientky blíže k oknu došlo k viditelnému zlepšení spánku. Pacientka popisovala sníženou únavu a ospalost během dne.

S narušeným spánkem u obou pacientek také souvisela ošetrovatelská diagnóza **00093 Únava**, kterou pociťovaly také pacientky v práci Šárky Hlubocké (2016) i Denisy Fiedlerové (2019). Obě pacientky ospávaly během dne, trávily den převážně na lůžku, neprojevovaly zájem o okolí a popisovaly nedostatek spánku. První pacientka vnímala únavu jako účinky podávaných léků. Druhá pacientka naopak udávala, že její únava je zapříčiněná zavedenou NJ sondou a enterální výživou. Toto tvrzení jí bylo však lékaři vyvráceno. Během hospitalizace se u obou pacientek hlavně vlivem zkvalitněného spánku podařilo únavu zmírnit. Zmírněna byla natolik, že pacientky přestaly během dne ospávat a zapojovaly se do různých aktivit během dne.

Jako poslední shodnou diagnózu jsem určila **00155 Riziko pádů**. První pacientka pociťovala ortostatickou hypotenzi při ranním vstávání z lůžka. Bylo zajištěno bezpečné prostředí v okolí lůžka pacientky a asistence při vstávání, aby nedošlo k pádu. Druhá pacientka byla při chůzi viditelně oslabená a malátná. Byla proto poučena o bezpečnostních opatřeních, snažila se přizpůsobit své chování k předcházení pádu, a byly jí pravidelně měřeny fyziologické funkce. Ani u jedné pacientky během hospitalizace k pádu nedošlo. Riziko pádů ve své práci popisuje i Šárka Hlubocká (2016).

Na základě mého výzkumu se i několik dalších diagnóz jako například výše uvedená **poškozená sliznice ústní, porušený obraz těla, neefektivní popírání, beznaděj a situačně snížená sebeúcta** shodovalo s popisem obtíží pacientek v práci Šárky Hlubocké (2016) a Denisy Fiedlerové (2019). Důvodem bylo, že stanovené ošetrovatelské diagnózy byly ovlivněny záměrným výběrem pacientek a jejich zdravotním stavem během hospitalizace.

Čtvrtým dílčím cílem bylo **zmapovat specifika ošetrovatelské péče o nemocné s mentální anorexií**. K dosažení tohoto cíle jsem použila výzkumnou otázku „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u nemocných s mentální anorexií?“. Při ošetrovatelské péči o nemocné s mentální anorexií je nejdůležitější:

Zajištění stabilní optimální tělesné hmotnosti, pravidelných kontrol hmotnosti a jejich důkladný záznam do dokumentace. Zajištění enterální výživy pomocí NGS či NJ sondy a pravidelná péče o sondu. Zajištění kontroly příjmu živin per os a její monitorace pomocí vedeného deníku jídla a tekutin. Sledování příznaků dehydratace, která může mít za následek například snížený kožní turgor. Monitorace zvracení, vyprazdňování, frekvence a charakteru stolice. Zjištění možnosti užívání laxativ či diuretik. Podávání medikace dle ordinace lékaře na podporu vyprazdňování. Monitorace poruch menstruačního cyklu. Zachování neutrality a pozitivního postoje. Sledování psychického stavu pacientky. Zajištění podpory, komunikace s úctou a respektem. Zjištění případných poruch spánku a péče o kvalitu spánku. Monitorace postojů pacientky k vlastnímu tělu, různých poruch myšlení. Zjištění problémů v rodině a komunikace s rodinnými příslušníky. Zajištění péče pro prevenci relapsu onemocnění po propuštění ze zdravotnického zařízení.

Poslední kladenou otázkou během mého výzkumu byla otázka: „Lze popsat sjednocené řešení pro nemocné různých věkových skupin?“. Vzhledem k podobnosti problémů a příznaků u nemocných s mentální anorexií, bez ohledu na věk, lze sdělit toto tvrzení: Péče o každou pacientku s onemocněním mentální anorexie je velice specifická a individuální vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Každou pacientku tíží obtíže spojené s nemocí více či méně. Každé pacientce vyhovuje jiný druh terapie a nelze určit jeden nejvíce účinný. Naopak u všech pacientek je shodná **potřeba motivace** k léčbě jejich onemocnění.

ZÁVĚR

Mentální anorexie je jednou z nejzávažnějších poruch příjmu potravy, která vzniká především u mladých, dospívajících dívek. Není však výjimkou, že tato nemoc postihuje i dívky, které mentální anorexie provází až do jejich dospělosti. Toto onemocnění významně zasahuje do života nemocných po fyzické, ale i psychické stránce. Následky mentální anorexie bývají pro organismus závažné až život ohrožující. Její komplikace vážně postihují téměř všechny orgánové soustavy, v některých případech bohužel končí i smrtí.

Při léčbě mentální anorexie je nutné se zaměřit na navrácení běžných stravovacích návyků, navození a udržení zdravé tělesné hmotnosti, obnovení fyziologických reprodukčních funkcí. Hlavním cílem terapie je změnit způsob uvažování pacientky o její hmotnosti a postavě, změnit pocity a postoje, které se týkají příjmu potravy. Léčba je však náročná, dlouhodobá, vyžaduje motivaci pacientky ke spolupráci a aktivní zapojení rodiny.

Tématem mé bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacientů s mentální anorexií. V teoretické části jsem se zabývala poruchami příjmu potravy, podrobnou charakteristikou mentální anorexie, jejími příznaky, léčbou a závažnými systémovými komplikacemi. Také jsem uvedla určitá specifika ošetrovatelské péče u pacientek s mentální anorexií.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo vytvořit ošetrovatelský a edukační plán u dvou pacientek s potvrzenou diagnózou mentální anorexie. Dále byly stanoveny čtyři další cíle. Zpracovat dvě kazuistiky u nemocných s diagnózou mentální anorexie. Porovnat body v ošetrovatelském plánu obou pacientek. Identifikovat shodné oblasti v ošetrovatelském plánu obou pacientek. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o nemocné s mentální anorexií.

Všechny stanovené cíle byly splněny. Na základě získaných informací byly u obou pacientek stanoveny ošetrovatelské diagnózy a vytvořeny vzorové edukační plány. Jako výstup z mé bakalářské práce jsem zvolila vytvoření vzorových edukačních plánů v oblasti výživy a pitného režimu. Tyto edukační plány by mohly být užitečné pro sestry ošetřující pacientky s mentální anorexií.

SEZNAM LITERATURY

1. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4
2. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
3. PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
4. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 2. přepracované vydání. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017. 68 s. ISBN 978-80-87142-34-9.
5. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Vydání první. [Praha]: Pasparta, [2017], ©2017. 97 s. ISBN 978-80-88163-46-6.
6. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8..
7. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
8. HŘIVNOVÁ, Michaela. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4034-7.
9. ROJKOVÁ, Henrieta. *Sociálnopatologické javy*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2017. Učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 978-80-7380-662-0.
10. NEVORAL, Jiří. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2863-9.

11. COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1
12. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
13. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
14. KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.
15. ANABELL, Centrum Anabell. : *O nás. Anabell* [online]. Brno, c2002-2020 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <http://www.centrum-anabell.cz/>
16. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
17. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
18. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
19. STRÁNSKÝ, Miroslav a Lydie PECHAN. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-241-0.
20. SVAČINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-676-2.
21. PRŮCHA, Jan a Soňa KOŤÁTKOVÁ. *Předškolní pedagogika: učebnice pro střední a vyšší odborné školy*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0495-4.
22. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

23. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
24. BROWNELL, Kelly D. a B. Timothy WALSH. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Third edition. New York: The Guilford Press, [2017]. ISBN 1462529062.
25. ABRAHAM, Suzanne. *Eating disorders: The facts. Seventh edition*. Oxford, England: Oxford University Press, 2016. ISBN 9780191024894 0191024899.
26. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
27. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010.
28. MEISNEROVÁ, Eva. 2013. *Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. Interní medicína pro praxi*. 15(8-9), 266-268. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>
29. HLUBOCKÁ, Šárka. *Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění* [online]. Brno, 2016 [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/tl8i0/> . Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA, Pedagogická fakulta.
30. FIEDLEROVÁ, Denisa. *Dívky s poruchou příjmu potravy, které byly hospitalizovány v psychiatrické léčebně* [online]. Brno, 2020 [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/s27i4/> . Diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA. Pedagogická fakulta.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Povolení sběru informací
- Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pacientky
- Příloha č. 3 – Vzorové edukační plány – výstup z praxe

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Povolení sběru informací



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
ICO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Kateřina Švedová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Psychiatrické kliniky (PSYCH)* FN Plzeň. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u pacientů s mentální anorexií*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době Vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Egermajerové Marie, Bc., staniční sestry PSYCH FN Plzeň. Před zveřejněním údajů z FN Plzeň ve Vaší bakalářské práci budete tyto informace konzultovat s paní Topinkovou Alenou, Bc., vrchní sestrou PSYCH FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

22. 8. 2019

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pacientky

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha č. 3 – Vzorové edukační plány – výstup z praxe

Tabulka 1 - Edukační plán 1

Edukační plán				
Účel	Edukace pacientky v oblasti zdravé výživy, optimálního stravování			
Cíl	Změnit stravovací návyky, pohled na velikost normální porce jídla			
Pomůcky			Výukové metody	
Brožury, letáky, časopisy			Diskuse, rozhovor	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní bod plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Pacientka pochopí podstatu dodržování zdravé stravy.	Poskytni dostatečné množství informací o zdravé výživě.	15 min.	Pacientka pochopila podstatu dodržování zdravé výživy.
Kognitivní	Pacientka dokáže posoudit normální velikost porce.	Ukaž pacientce několik případů optimálních porcí jídla.	10 min.	Pacientka dokázala určit normální porci jídla.
Afektivní	Pacientka si uvědomí důležitost dodržování běžných porcí jídla.	Vysvětli pacientce důležitost dostatečného množství jídla a upozorni na následky tohoto deficitu.	10 min.	Pacientka je dostatečně informována a chce dodržovat velikosti běžných porcí jídla.
Afektivní	Pacientka pochopí dopady nedostatku živin na organismus.	Diskutuj o nepříznivých dopadech malnutrice na život pacientky.	15 min	Pacientka si je dostatečně vědoma nepříznivých dopadů malnutrice na její organismus.

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 - Edukační plán 2

Edukační plán				
Účel	Edukace pacientky v oblasti dostatečného příjmu tekutin			
Cíl	Zvýšit příjem tekutin, zajistit dodržování správného pitného režimu			
Pomůcky			Výukové metody	
Brožury, letáky, časopisy			Diskuse, rozhovor	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní bod plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Pacientka pochopí důležitost dodržování pitného režimu.	Poskytni pacientce dostatek informací o důležitosti pitného režimu.	10 min.	Pacientka pochopila důležitost dodržování pitného režimu.
Kognitivní	Pacientka dokáže vybrat vhodné nápoje ke konzumaci.	Ukaž pacientce několik vhodných a nevhodných nápojů ke konzumaci.	10 min.	Pacientka dokázala vyjmenovat několik vhodných nápojů ke konzumaci.
Afektivní	Pacientka si uvědomí důležitost dodržování dostatečného příjmu tekutin.	Vysvětli pacientce důležité body ohledně dodržování dostatečného příjmu tekutin.	15 min.	Pacientka má dostatek informací a chce dodržovat dostatečný příjem tekutin.
Afektivní	Pacientka pochopí následky nedostatečného pitného režimu.	Vysvětli nepříznivé následky deficitu tekutin na organismus.	15 min	Pacientka pochopila možné následky nedostatečného příjmu tekutin.

Zdroj: vlastní