

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Karolína Burdová

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína BURDOVÁ**

Osobní číslo: **Z10B0005P**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Mentální anorexie u dospívajících dívek**

Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační formu

Mgr. Jacek Kásová
vedoucí katedry

Doc. MUDr. Lubor Holubec, CSc.
děkan

V Plzni dne 31. ledna 2013

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- KRCH, F.D. Mentální anorexie, 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o. 2002, 240p. ISBN 80-7178-598-9
- KRCH, F.D.a kolektiv. Poruchy příjmu potravy, 2.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005, 256 p. ISBN 80-247-0840-X
- LEIBOLD, G. přeložila Běhounková L. Mentální anorexie 1. vyd. Praha: Svoboda 1995, 140p. ISBN 80-205-0499-0
- COHEN, R.M. přeložila Struková S. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi, 1. vyd. Praha: Portál s.r.o. 2002, 199p. ISBN 80-7178-497-4
- KRCH, F.D. Mentální anorexie, 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o. 2010, 264 p. ISBN 978-80-7367-807-4
- PREISS M. KUČEROVÁ H. a kolektiv. Neuropsychologie v psychiatrii, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2006, 416p. ISBN 80-247-1460-4

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jaroslava Nováková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

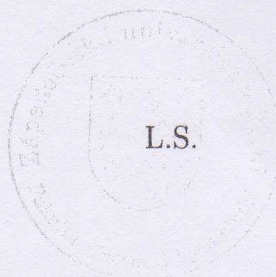
15. ledna 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2013

Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.

děkan



Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2013

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Karolína Burdová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

MENTÁLNÍ ANOREXIE U DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2013.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN Plzeň za poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Burdová Karolína

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Mentální anorexie u dospívajících dívek

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 77

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 13

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: Mentální anorexie, dieta, poruchy příjmu potravy, dospívající dívky

Souhrn: Tato bakalářská práce se zaměřuje na jednu z forem poruch příjmu potravy, a to mentální anorexii. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V první části se snažím ucelit veškeré informace spojené s mentální anorexií. Přitom se zaměřuji na dospívající dívky, jelikož právě tato věková skupina patří do nejrizikovějších. Do praktické části jsem si vybrala dvě kazuistiky. Mou snahou je obě kazuistiky porovnat a objasnit v čem se získané informace shodují či liší. Dále zjistím, do jaké míry se informace od mých pacientek shodují s odbornou literaturou, kterou jsem použila v praktické části. Získané informace použiji jako doporučení pro ošetrovatelskou praxi.

Annotation

Surname and name: Karolína Burdová

Department: Faculty of Health Care Studies

Title of thesis: Anorexia nervosa adolescence girls

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 77

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 13

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 27

Keywords: Anorexia nervosa, diet, eating disorders, adolescent girls

Summary: This thesis focus on one of the forms of eating disorders, it's anorexia nervosa. The work is divided to the theoretical part and practical part. In the first part I try summarize all the information associated with anorexia nervosa. I focus on teenage girls, because this age group is high-risk. To the practical I chose two case interpretation. My aim is to compare both case interpretation. I explained the information which are match or are different. I'll find out which information of patients are same with technical literature, which I used in practical part. I'll use these information as a recommendation for nursing practice.

Obsah

Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Vymezení pojmu porucha příjmu potravy	13
1.1 Definice mentální anorexie	13
1.2 Incidence mentální anorexie.....	14
2 Historie mentální anorexie.....	15
2.1 První popsané případy mentální anorexie	16
3 Etiologie mentální anorexie	16
3.1 Biologické faktory	16
3.1.1 Ženské pohlaví.....	16
3.1.2 Tělesná hmotnost.....	17
3.1.3 Menstruační cyklus.....	17
3.1.4 Puberta.....	17
3.2 Sociální a kulturní faktory	17
3.3 Psychické faktory a vliv osobnosti	18
3.4 Závislosti na psychoaktivních látkách.....	18
3.5 Životní události	18
3.6 Emocionální faktory	19
4 Symptomy mentální anorexie	19
4.1 Změny v jídelníčku.....	19
4.2 Zvýšená pohybová aktivita	20
4.3 Nespecifické varovné příznaky	20
5 Komplikace mentální anorexie	21
5.1 Kardiovaskulární komplikace	21
5.2 Renální komplikace	21
5.3 Gastrointestinální komplikace.....	21
5.4 Kosterní komplikace	22
5.5 Endokrinní komplikace.....	22
5.6 Hematologické komplikace.....	23
5.7 Neurologické komplikace.....	23
5.8 Metabolické komplikace.....	23
5.8.1 Refeeding syndrom	24

5.9 Dermatologické komplikace.....	24
5.10 Sexualita a plodnost	24
5.10.1 Menstruace	25
5.10.2 Plodnost	25
6 Diagnostika.....	25
6.1 Anamnéza	26
6.2 Lékařské vyšetření	26
6.3 Psychiatrické vyšetření	27
6.4 Antropometrické měření	27
6.4.1 Body Mass Index.....	27
6.4.2 Hodnocení obvodu a objemu paže.....	27
6.4.3 Hodnocení obvodu lýtka.....	27
6.4.4 Měření tloušťky kožní řasy	28
7 Léčba	28
7.1 Ambulantní lékařská léčba.....	28
7.2 Rodinná terapie	29
7.3 Farmakoterapie	29
7.4 Nutriční terapie	30
7.4.1 Sipping	30
7.4.2 Výživa nazogastickou sondou.....	31
7.4.3 Parenterální výživa.....	31
7.5 Psychoterapie	31
7.5.1 Kognitivně – Behaviorální.....	31
7.5.2 Další možnosti psychoterapie	32
7.6 Specifika ošetrovatelské péče	32
8 Ošetrovatelská péče dle modelu Johnsonové	33
8.1 Popis modelu.....	34
9 Občanské sdružení Anabell.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36
Formulace problému	36
Cíl práce	36
Vzorek respondentů	36
Metodika.....	37
Ošetrovatelský proces 1	37

Katamnéza	37
Objektivní zhodnocení klientky při příjmu 30. 1. 2007, na dětské psychiatrii FN Plzeň	38
Diagnostika	38
Osobní údaje o klientce	38
Použité škály	40
Ošetrovatelský model podle Johnsonové dne 14.2. 2007	41
Ošetrovatelské diagnózy	44
Edukace.....	46
Edukace.....	47
Plán ošetrovatelské péče	48
Ošetrovatelský proces 2.....	53
Katamnéza	53
Objektivní zhodnocení klientky při příjmu 27. 5. 2010, na dětské psychiatrii FN Plzeň	53
Diagnostika	53
Osobní údaje o klientce	53
Použité škály	55
Ošetrovatelský model podle Johnsonové 2 dne 5.6. 2010	55
Ošetrovatelské diagnózy	57
Edukace	59
Plán ošetrovatelské péče	60
10 Diskuze.....	63
Závěr	76
Seznam zdrojů	
Seznam tabulek	
Seznam použitých zkratk	
Seznam příloh	

Úvod

Mentální anorexie latinsky, anorexia nervosa, je považována za nemoc 21. století a vyskytuje se zejména v zemích, kde je potravin nadbytek. Aktuální informace udávají, že v 80. letech minulého století se na klinice FN Motol léčilo s poruchou příjmu potravy 15 dívek za rok, nyní je to 60 dívek ročně. V 5% postihuje muže, avšak stále častěji se vyskytuje u dívek a to téměř v 95%. Věk, kdy dívka onemocní mentální anorexií stále klesá a tak není výjimkou, že anorexií trpí již 8letá dívka. To je právě onen zásadní problém anorexie - věk výskytu mentální anorexie, který je nízký a výrazně zasahuje do vývoje organismu dospívající dívky. Mentální anorexie patří k nejběžnějším a nejhůře léčitelným psychiatrickým diagnózám. V posledních letech byl zaznamenán rapidní nárůst mentální anorexie zejména v západních zemích. Dle odhadů, se v dnešní době každá dívka či žena nejméně jedenkrát za život setká s problémem týkající se váhy a stravování. Mezi nejčastější příčiny této nemoci řadíme socio-kulturní faktory. Do dnešní doby ovšem nebylo prokazatelně určeno, co nemoc způsobuje. Hlavní problém, který si nemocná na počátku mnohdy neuvědomuje je smrtelnost nemoci. Celková prevalence v populaci žen je udávána v 0,5 - 3,7%. V roce 2011 bylo u nás evidováno 339 hospitalizací s poruchou příjmu potravy, z toho bylo více než 63% léčeno s diagnózou mentální anorexie. V roce 2006 tvořil podíl hospitalizovaných s mentální anorexií 59%, v roce 2010 došlo k poklesu hospitalizovaných na 54%, ovšem v roce 2011 došlo opět k nárůstu hospitalizací o 4% od nejvyššího podílu z roku 2006. Ošetrovací doba mentální anorexie činí v průměru 43,3 dne, avšak průměrná doba trvání mentální anorexie je 5-6 let. Většinu, tedy 80% léčených pro mentální anorexií, tvoří skupina dětí, studujících a nepracujících. Do rizikové skupiny pro vznik mentální anorexie patří populace dívek a mladých žen. Úmrtnost mentální anorexie je všeobecně 5%, ale v akutní fázi se zvyšuje až na 10-15%. Smrtelně končí úplné hladovění po 50 až 70 dnech a po ztrátě více než 1/3 proteinových zásob. Suicidiální pokusy se vyskytly u 3-20% nemocných dívek a jsou 200krát vyšší než u jiných psychických poruch. Průměrná délka života mentální anorektičky je 33let. Vidíme rozdíl mezi zeměmi evropskými a muslimskými. U nás je štíhlá žena atraktivní, úspěšná a krásná, kdežto v muslimských zemích sklízí úspěch ženy plnějších tvarů, jakožto nositelky plodnosti a bohatství. Ráda bych se zaměřila na mentální anorexií díky tomu, že mám vlastní mnoholetou zkušenost. Z mého pohledu i zkušeností je mentální anorexie velmi

podceňována, jak ve smyslu léčby, tak i informovanosti široké veřejnosti. Drtivá většina populace nemá informace o mentální anorexii a už téměř nikdo netuší, že je nemoc smrtelná. (22)

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmu porucha příjmu potravy

Americká psychiatrická asociace zahrnují pod pojmem poruch příjmu potravy tyto syndromy. F 50.0 Mentální anorexie, F 50.1 Atypická mentální anorexie, F 50.2 Mentální bulimie, F 50.3 Atypická mentální bulimie, F 50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, F 50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami. Přes zdánlivou odlišnost je mentální anorexie a mentální bulimie velmi podobná. (1)

Porucha příjmu potravy je identifikovatelná strachem z tloušťky i přesto, že jsou dívky vyhublé na kost a nadměrnou pozorností věnované vlastnímu tělu i hmotnosti. Jedná se o poruchu myšlení a jednání ve vztahu k jídlu. U poruchy se často vyskytuje velmi nízké sebevědomí, sociální problémy a somatické obtíže. Dívky se obtížně vyrovnávají se změnami, které se týkají dospívání, jako je růst prsou a ukládání tuku v místech typických pro ženu. (7, 8)

1.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nemocné velmi přemýšlí nad jídlem, rády vaří pro ostatní a sbírají recepty, což je pro ně způsob nasycení. Vyskytuje se také častá změna chutí např. zvýšená chuť na sladké. (7, 8, 9)

Diagnostická kritéria mentální anorexie lze shrnout do tří základních znaků:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (BMI nižší než 17,5)
- strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
- u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.

Anorektičky neodmítají jídlo jen proto, že by neměly chuť, ale proto že nechtějí jíst, i když to často popírají. Nemocné často tvrdí, že jedí zdravě jen, aby nemusely říct, že drží dietu. Nemocné se doslova zabíjí vlastním hladem. (6, 7)

Existují dvě formy mentální anorexie a dva specifické typy mentální anorexie.

Formy se rozdělují na:

Akutní – postihuje děvčata v pubertě. Jedná se o velmi rychlé snížení tělesné hmotnosti až na úplné minimum, ale přesto si dívky připadají tlusté.

Chronická – často pochází z akutní fáze, ale rozdíl je v tom, že si nemocné uvědomují potřebu jídla, ale snižují dávky potravy na co nejmenší porce. Díky tomu si udržují nízkou váhu.

Specifické typy MA:

Nebulimický typ – Během epizody mentální anorexie nedochází u pacientky k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický typ – během epizody mentální anorexie u pacientky dochází k opakovaným záchvatům přejídání. (7)

Způsoby, kterými pacientky s mentální anorexií snižují svou tělesnou hmotnost jsou velmi různé. Asi polovina se věnuje intenzivnímu cvičení a omezování příjmu potravy. Ostatní zvrací, užívají projímavé prostředky a různé dietní preparáty. MA může trvat 5 let i více a odolávat jakýmkoliv snahám postiženým pomoci, proto je nutná profesionální pomoc. V případě, že MA přetrvává i po propuštění z nemocničního zařízení a somatické stabilizaci, hovoříme o chronické fázi MA. Často dochází k naprostému rozvratu metabolismu. Podle aktuálních čísel u 5% postižených končí mentální anorexie smrtí, podvýživou nebo dehydratací. (19, 7)

1.2 Incidence mentální anorexie

Rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set. Dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit. Od šedesátých let přibývá zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie. Lze předpokládat, že s vyšší popularitou poruchy vzrůstá počet registrovaných případů mentální anorexie. Hoek v r. 1993 získal důkazy, že incidence mentální anorexie ve věkové skupině 15 až 24letých žen za posledních padesát let vzrostla. Následné studie z let osmdesátých toto tvrzení potvrzují, jelikož výskyt i nadále vzrůstal. Za posledních 25 let pak její roční incidence vzrostla o 800%. Rostoucí výskyt mentální anorexie byl v posledních letech zaznamenán i mezi černochoy a hispánci v USA, mezi japonskými adolescenty nebo v některých zemích Jižní Ameriky. (7, 9, 14)

Na základě dvanácti kumulativních studií uvádějí Pawluck a Gorey průměrnou incidenci mentální anorexie v obecné populaci 19 případů za rok na 100 000 žen. Nejvyšší incidence byla zjištěna u dívek mezi 13 až 19 lety. Můžeme předpokládat, že v ekonomicky rozvinutých zemích světa ročně přibývá 12 až 20 nových případů

mentální anorexie na 100 000 žen. Od padesátých let se incidence mentální anorexie nejméně zdvojnásobila a je pravděpodobné, že se bude ještě zvyšovat. (4, 7, 12)

V roce 2008 byla při léčení poruch příjmu potravy průměrná ošetrovací doba 43,3 dne. Nejdelší průměrnou ošetrovací dobu vyžadovala mentální anorexie. Typickým pacientem s PPP je svobodná, studující dívka ve věku 13 – 19 let. (7, 8, 6, 22)

2 Historie mentální anorexie

V historii se přístupy k anorexii postupně měnily. Richardu Mortonovi se obvykle přičítá první lékařský popis mentální anorexie v roce 1694. Poukázal na případy záměrného hubnutí u dívky a chlapce. V 19. století William Gull a Charles Laseque upozornili na další případy podobné minulým a vlastně i nynějším případům. Vždy se jednalo o extrémní vyhublou postavu a nadměrnou aktivitu. V české literatuře popsal první případ mentální anorexie Vratislav Jonáš v roce 1941 a Otakar Janota v roce 1946. Nynější pacienti se od dřívějších odlišují přehnaným strachem z tloušťky, odmítáním stravy, touhou být úspěšný a ideálně krásný. (7, 9, 14)

Dodnes i nadále platí základní znaky mentální anorexie, které popsal Laseque a Gull: výrazný hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a absence jakýchkoliv známek organické patologie. (8)

Je možné, že jednou z příčin mentální anorexie může být trend štíhlosti v módních časopisech, to je ovšem pouhá domněnka. Tato verze se začala potvrzovat již v roce 1908, kdy P. Poiret, pařížský módní návrhář, představil na své módní přehlídce dosud neznámý trend, a to že ženské tělo prosvítalo pod šaty. Od té doby byl zaznamenán razantní nárůst nízkosacharidových a nízkotučných diet vedoucí k zeštíhlení. V roce 1967 se objevila dosud známá modelka Twiggy, která zaplnila titulní strany světoznámého časopisu Vogue na výšku 170cm vážila pouhých 41kg. V té době vyhrávaly Miss Amerika stále štíhlejší dívky a samozřejmě se tento trend dostal velmi rychle i k nám do Evropy. V roce 1987 byla mentální anorexie a mentální bulimie prohlášeny WHO za zásadní problém světové populace a následně tři roky poté začaly fungovat preventivní programy pro PPP. (7, 8, 9, 11, 14)

2.1 První popsané případy mentální anorexie

První známky o mentální anorexii jsou v historických záznamech z roku 895, kdy se nevolnici Frideradě znechutilo jídlo po zvracení způsobené přejedením natolik, že začala držet přísný půst. (6, 7)

Historické prameny popisují chování podobné anorektickému již ve starém Egyptě a Babyloně, kde se dalo identifikovat ve formě hladovění spojených s postěním. Přehnaný půst měl závažnou roli v životě mnoha hluboce věřících žen. Ačkoli moderní historie pojmu anorexia nervosa přiřazuje počátky od sedmdesátých let 19. století nelze vyloučit, že tato porucha existovala již dříve. Ovšem první nesporně popsaný případ je právě z druhé poloviny 19. století, kdy hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky popsal v roce 1859 takzvanou sitiomanii, což bylo v tehdejší době vykládáno jako chorobné nechutenství, především u dívek pocházejících z vyšších kruhů. Poté trvalo více než desítku let, dokud se chorobné sebe hladovění stalo zvláštní klinickou kategorií uznávanou lékařským světem. (4, 7, 8, 9, 11)

3 Etiologie mentální anorexie

Anorexia nervosa přináší do rodiny zmatek. Stává se určitou formou protestu, nespokojenosti a projevem neštěstí. Celá rodina je ze situace, ve které se dívka nachází, zmatena. Sama dívka neví, jak se svojí nemocí naložit. (4, 8, 14)

Co se týká otázky etiologie mentální anorexie, tak to je i nadále výklad mnoha hypotéz. Příčina mentální anorexie je dána interakcí mnoha faktorů jako genetických, psychologických, vývojových, biologických, sociálních a rizikových. Příčiny mentální anorexie jsou rozčleněny do následujících šesti celků. (7, 8, 9)

3.1 Biologické faktory

3.1.1 Ženské pohlaví

Všeobecně jedním z velmi rizikových faktorů mentální anorexie je právě ženské pohlaví. Je to dáno hlavně tím, že ženskému tělu je věnována daleko větší pozornost a často se setkáváme s názory, že úspěšná a krásná žena je hlavně štíhlá. U dospívajících dívek vzroste v období mezi 8. – 16. rokem BMI z 16 na 19 a bohužel některé dívky se s tak razantní změnou velmi špatně vypořádávají. (6, 7, 8, 9)

3.1.2 Tělesná hmotnost

Je známo, že sebevědomí zásadně souvisí s tělesnou hmotností ženy i dívky. V dospívání se cítí lépe, když jsou štíhlé. PPP jsou zásadně spojovány se strachem z tloušťky. Řetězec, kdy dívka dospívá, váha se celkem rychle zvyšuje způsobí, že dívky drží diety, které se mohou zvrhnout v nekontrolovatelné hubnutí. (4, 8, 13)

3.1.3 Menstruační cyklus

Existují studie, které tvrdí, že mentální anorexii předchází nepravidelný menstruační cyklus, ale tato myšlenka je opravdu hypotetická a nebyla prokázána. (7, 14)

3.1.4 Puberta

Počátek puberty je dán adaptací na hormonální změny, postupně si dospívající jedinec začíná uvědomovat vlastní JÁ, dochází k uvědomování si vlastního těla a nastávají menší či větší obavy z vlastní existence. Dívky se obávají, že nedojde k zástavě nárůstu hmotnosti, což je vede k držení razantních diet. Výrazné změny hmotnosti spolu se sklonem k psychické labilitě, jsou dány hlavně výraznými hormonálními změnami, proto mají dospívající nižší sebevědomí a nižší úctu k vlastnímu tělu. Pokud nemocná razantně zhubne dojde k zastavení růstu, oddálení nebo zastavení menstruace a celkovému zpomalení fyzického růstu, tím jsou pozastaveny obávané projevy dospívání. (6, 7, 8, 9, 14, 20)

3.2 Sociální a kulturní faktory

PPP se neobjevují ve všech kulturách a dobách. Posedlost štíhlostí je znakem kultur s nadbytkem potravy. V zemích s nedostatkem potravy je ideálem zaoblená ženská postava. Ze zjištění plyne, že se ideály přiklání vždy k podobám, kterých je obtížné dosáhnout. V takové situaci lze považovat společnost, která žije v nadbytku za rizikový faktor MA. Výrazný problém je, že nynější společnost staví krásu a štíhlost na stejnou pozici. (7, 12)

Řada autorů předpokládá, že jádrem problému PPP je stále rostoucí tlak kultury na štíhlou postavu a zdravý životní styl. Větší pozornost je věnována lidem s labilnější formou psychiky, kteří nátlaku módního ideálu zřídka odolají. Lidé s nadváhou jsou často diskriminováni, stávají se centrem posměchu. Společnost je stále předpojatější vůči obézním jedincům, které vidí jako ošklivé. Sociální a kulturní tlaky se dostávají stále více do rozporu s biologickou přirozeností. (8, 20, 25)

3.3 Psychické faktory a vliv osobnosti

Jedním z možných faktorů PPP může být až přílišná impulzivita osobnosti. Za další rizikový faktor je považován perfekcionismus. Většina dívek s mentální anorexií měla na sebe samu přehnané nároky a snažila se být nejlepší a samozřejmě nejhubenější ze všech. Riziko mentální anorexie vzrůstá tam, kde se k již zmiňovanému perfekcionismu přidá nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem. Obsedantně-kompulzivní porucha a separační úzkost byla zaznamenána také u mnoha dívek s mentální anorexií, odpírání jídla a devastace těla by se dala považovat za jednu z forem sebepoškozování. Rizikovým faktorem může být i negativní emocionalita, kdy z negativní nálady pochází nechutenství. (17, 20, 23, 25)

3.4 Závislosti na psychoaktivních látkách

Mentální anorexie je velmi často spojována se závislostí, v tomto případě se jedná o závislost na odpírání si jídla ale i pití. Všechny závislosti mají společný pocit neschopnosti přerušit návyk. Jinak abúzus alkoholu a drog předchází především u bulimických dívek než anorektických, už jen díky uvědomování si energetické hodnoty alkoholu. (7, 8, 14, 17)

3.5 Životní události

Velmi často se vyskytují případy, kdy byla žena zneužívána v dětství a v dospělosti trpěla mentální anorexií nebo bulimií. Právě sexuální zneužívání přispívá ke vzniku mentální anorexie. U těchto dívek byly zjištěny pocity méněcennosti, studu a deprese, a proto se mentální anorexií snaží tyto pocity zastřít za jiné utrpení. (7, 8)

Dalším, velmi častým faktorem vzniku mentální anorexie je separace od rodičů. Jedná se o zvláštní formu MM zvaná anorexia sympatica, vyskytující se u dívek s infantilní fixací na matčinu osobu. Nastává v situacích, kdy dcera opouští rodinu a je nucena se starat sama o sebe. Mezi následující faktory můžeme počítat i rizikové prostředí, což se týká povolání, kde je štíhlá postava prostředkem obživy např. modelky a baletky. Zde nalézáme další rizikový faktor pro vznik mentální anorexie. (8,14)

Zajímavostí je, že většina dívek s mentální anorexií udává problém ke vztahu k rodičům či vrstevníkům. (7, 8, 9, 14, 20)

3.6 Emocionální faktory

Hlavním zjištěným typickým příznakem u mentální anorexie se stává úzkost a deprese. Existují zjištění, která označují mentální anorexii jako primární depresivní poruchu. Převaha depresí a úzkostí vyplývá z obav o svou postavu a tělesnou hmotnost. V roce 1986 byla zjištěna návaznost mentální anorexie na obsedantní osobnost. Anorektická dívka je v mnoha literaturách popisována jako nezávislá dívka, perfekcionistka, zatížená negativním sebehodnocením zaměřená na úspěch a výhru.

Hilda Bruch v roce 1973 uvedla tři základní rysy mentální anorexie: narušené uvědomování si vnitřních pocitů, narušení tělesného schématu a pocit vnitřní neefektivnosti. (7, 9, 20, 23)

4 Symptomy mentální anorexie

Na pohled se zdají dívky jako velmi rozumné a ochotné ke spolupráci, ale to je pouhá maska, pod kterou se skrývá dychtivá mentální anorektička, která míří za svým cílem stůj co stůj. Příjemné jednání je pouhou pomůckou, jak nejrychleji opustit okovy nemocničního zařízení a pokračovat v klidu ve svém hubnutí. Dívky jsou skvělé manipulátorky, které výtečně zvládají jakoukoliv lež, jen aby mohly pokračovat v dalším snižování své váhy. Veškeré informace, zjištěné při rozhovoru jsou téměř lživé a zavádějící. (7, 8, 9)

4.1 Změny v jídelníčku

První příznak, kterého si celá rodina zajisté všimne, je změna ve stravovacím režimu. Aby měly dívky klid od neustálých výčitek rodiny, že se málo stravují, dochází k častým výmluvám, že dané jídlo nejedí, nejedí maso, mají střevní potíže nebo jedly před chvílí. Dívky se často vyhýbají společným jídlům a jedí o samotě. Ve snaze jíst co nejdietněji, kupují výrobky s označením „light“ nebo bio. Svou dietu se snaží schovat za zdravé stravování. U jídla často sedí dlouho a doslova se v jídle šťourají. Všechny potraviny se zaujetím studují a prakticky znají veškeré kalorické tabulky té které potraviny. Je možné se setkat s dívkou, která nemůže mít v lednici na stejné polici své jídlo a jídlo druhých, které je samozřejmě tučné. (2, 4, 6, 7, 13, 14)

4.2 Zvýšená pohybová aktivita

Pro mentální anorektičku se stává pohyb prostředkem pro likvidaci kalorií a snížení váhy. Pro dívky je obtížné regulovat cvičení a znát mez fanatického cvičení. Dívky jsou přesvědčené o přímé úměře mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem. Typická je železná vůle k cvičení i přes výrazný úpadek sil. Rodina se často diví, kde může brát nemocná tolik sil, aby mohla provozovat tak aktivní život, ale neuvědomují si, že ta síla pochází pouze z vůle. Pokud nedojde k včasnému zásahu a omezení pohybu nemocné může nastat situace, kdy nemocná doslova sebe samu doslova energeticky „spálí“ a dojde k zhroucení celého organismu. (4, 9, 11, 13, 14, 19, 20)

4.3 Nespecifické varovné příznaky

Další příznak, který je pro mentální anorexii typický, je záliba ve vaření pro ostatní členy rodiny. Častá je sociální izolace, dívky nemají tolik přátel, co měly dříve. Odmítají jakákoliv pozvání do společnosti, natož na jídlo či kafe, jelikož tam jsou si vědomy kalorického příjmu. Anorektická dívka je svou nemocí naprosto pohlcena a nedokáže se soustředit na nic jiného než jen na hubnutí. Den je přesně naplánován a jakákoliv odchylka od plánu je pro dívku znepokojující. (7, 14)

Často si s oblibou čtou kuchařky nebo se rády dívají na pořady o vaření. Při rozhovoru odvádějí téma na jídlo a vaření. Prakticky by se dalo říct, že jedí tím, že na jídlo myslí. (2, 14)

Doma jedí minimálně a často si jídlo balí se slovy, že si jídlo snědí později nebo jdou jíst do svého pokoje, aby mohly jídlo vyhodit.

Znakem mentální anorexie je také psychická nepohoda, která je vyvolána nespokojeností s vlastním tělem. Dívky se vidí často tlusté až „odporné“.

Co se týče partnerského života dívky nastávají zde problémy, které vyústí v rozchod s partnerem, pokud dívka partnera měla. Pokud partner nebyl, tak tato situace pokračuje i nadále, dívka nemá zájem o opačné pohlaví a po partnerovi naprosto netouží. Dívky jsou zaměřené na hubnutí do takové míry, že partnerský, společenský i sexuální život končí pro hladovění. (2, 4, 16, 20)

5 Komplikace mentální anorexie

MA má řadu komplikací a může končit fatálně. Na počátku onemocnění je nemocná dívka zdánlivě plná energie bez žádných zdravotních problémů. Postupně však dochází ke zhoršování stavu, dehydrataci až k smrti. Komplikace MA může nemocnou poškodit trvale. (6, 7, 8)

5.1 Kardiovaskulární komplikace

Převážná část úmrtí na mentální anorexii souvisí s kardiovaskulárními komplikacemi. Hypovolémie má za následek postupné ochabování srdečního svalu. Klientky mají nízký srdeční výdej. Nemocné postihuje nejčastěji hypotenze. V důsledku výrazného poklesu draslíku, ale i selenu a hořčíku (důležité pro srdce) může dojít ke k srdečním arytmiím, což má za následek srdeční zástavu a již zmíněnou smrt. Po prudké změně polohy se vyskytuje ortostatická hypotenze, která zvyšuje riziko pádu. Proto je nutné klientku poučit o nutnosti pomalé změny polohy. (6, 7, 8, 12, 13)

5.2 Renální komplikace

Jelikož dívky přijímají často ve stravě hojně bílkovin, může dojít k vysokému podílu urey v krvi. Renální funkce úzce souvisí s elektrolytovou rovnováhou, proto na jakoukoliv odchylku reagují velmi intenzivně. Nejčastěji se jedná o hypokalemii, hyponatremii, hypercholesterolémií, jako reakcí organismu na dlouhodobé hladovění. U velké části anorektiček zjišťujeme hypomagnezemii doprovázenou hypokalémií, která vyžaduje substituci. Dívky, které ke svému hubnutí užívají projímadla či diuretika, častěji trpí otoky dolních končetin. To zvyšuje riziko hypovolemického šoku, a s tím související ledvinové selhání. (4, 6, 7, 13, 14)

Do dalších ovšem méně závažných komplikací lze počítat vyšší výskyt zánětlivých onemocnění močového měchýře a močových cest v důsledku snížené imunity. (4, 13, 14)

5.3 Gastrointestinální komplikace

V dutině ústní je možný průběh eroze zubní skloviny a zuboviny a to v důsledku časté konzumace citrusových plodů, který vede ke zvýšené citlivosti zubů na teplo či chlad. Jsou zaznamenány případy, kdy při pokusu o realimentaci došlo k dilataci

žaludku u velmi vážně podvyživených anorektiček. V chronické fáze MA jsou stále častěji popsány případy výskytu žaludečních vředů jako následek dlouhodobého stresu. Zpomalený proces vyprazdňování žaludku a motility může vést k pocitu tloustnutí a znepokojení. (8,9,16)

Hlavním problémem se stává obstipace v důsledku zpomalené motility tlustého střeva, hypotyreózy a dehydratace. Vznikají často pocity přesycenosti, nadýmání a bolesti břicha. To má za následek nechutenství. U podvýživy, kde je nedostatek bílkovin, dochází ke zhoršení funkce jater, čímž hrozí riziko trvalého poškození jater. Hypoglykémie se vyskytuje v souvislosti s nedostatečnou zásobou jaterního glykogenu. (4, 7, 8, 9, 14)

5.4 Kosterní komplikace

V období mentální anorexie dochází ke zpomalení vývoje kostí až k jeho zastavení. Osteomalacie se vyskytuje u všech dívek, které odmítají mléčné výrobky potřebné pro vitamin D. U mentálních anorektiček je ovšem nejčastější osteoporóza. Dochází k demineralizaci kostní tkáně, což podstatně snižuje pevnost kostí. Ukazatelem závažnosti kosterních komplikací je délka trvání amenorey v důsledku sníženého množství estrogenů. K úpravě minerální denzity dojde většinou po návratu k normální tělesné hmotnosti a menstruace. Je pravidlo, že přiměřené cvičení má pozitivní vliv na mineralizaci kostí, to je ale sporné u mentálních anorektiček, jelikož u nich převládá riziko patologických zlomenin v důsledku podvýživy. Podle studie z Dánska je osoba, u které byla diagnostikována anorexie nervosa i po letech ohrožena zlomeninou kosti dvakrát více než lidé, kteří touto nemocí nikdy neprošli. (7, 8, 9, 13, 20)

5.5 Endokrinní komplikace

Řadíme mezi základní charakteristické změny potvrzující diagnózu mentální anorexie. Hlavním a zásadním problémem se stává amenorea tedy ztráta menstruace v období pohlavní zralosti. Z krevních testů je patrná nízká hladina estrogenů, která velmi citlivě reaguje na tělesnou hmotnost jako všechny pohlavní hormony.

U nemocných můžeme pozorovat zvýšenou citlivost k inzulinu a při nízkých zásobách glykogenu lze vyzorovat vznik postprandiálních hypoglykemií. Dále

nastává pokles hladiny růstového hormonu, který naznačuje nesprávnou funkci hypothalamu. Jestliže trpí dívka mentální anorexií v období časného dospívání, kdy růst neustále probíhá, může nastat úplné zastavení růstu. Typická je snížená funkce štítné žlázy, která nastává téměř u všech mentálních anorektiček. U dlouho a výrazně podvyživených anorektiček může dojít k obranné reakci organismu ve smyslu infertility a snížení bazálního metabolismu. (7, 8, 9, 16, 19)

5.6 Hematologické komplikace

V hematologickém rozboru dochází k změnám krevního obrazu a kostní dřeně.

Vzniká anemie jako následek útlumu červené a bílé krevní řady a prudkého snížení železa v krvi. Trombocytopenie je odpovědí na dlouhodobé hladovění

V kostní dřeni dochází k hypoplazii. Vlivem destrukce neutrofilů a zhoršené imunity hrozí závažné infekce. (6, 13, 19)

5.7 Neurologické komplikace

Nadužívání projímadel a diuretik může vyvolat neurologické potíže ve smyslu tonicko - klonických křečí vlivem razantního snížení elektrolytů. Na záznamu EEG jsou patrné abnormality charakteristické difúzním zpomalením. Méně časté, avšak evidované, jsou bolesti hlavy, křeče, ztráta vědomí nebo poruchy hybnosti. Na CT vyšetření nalézáme atrofii mozku v důsledku dlouhodobého hladovění a spánkové deprivace. (7, 8, 9, 16, 20)

5.8 Metabolické komplikace

Porucha termoregulace úzce souvisí s poklesem tukové tkáně. Jako adaptační mechanismus na trvale sníženou teplotu těla lze považovat výskyt atypického ochlupení – lanuga. Nemocné jsou typicky zimomřivé, vyhledávají blízkost topení a často chodí velmi teple oblékané.

Deficit hypothalamu způsobí, že 50% nemocných má sníženou hladinu růstového hormonu. Dlouhodobé hladovění doprovází pokles hladiny glukózy v krvi a zvýšená citlivost na inzulín.

Výrazným a také velmi častým jevem je zpomalení bazálního metabolismu, který se adaptuje na nižší příjem energie ve stravě. (7, 8, 11, 16, 20)

5.8.1 Refeeding syndrom

Realimentační syndrom můžeme charakterizovat jako nepřiměřenou reakci na náhle zvýšený příjem potravy. Významným rizikovým faktorem syndromu je mentální anorexie. Syndrom byl popsán počátkem 70. let v souvislosti s rozvojem umělé výživy. Prevalence syndromu je odhadována na 0,8% hospitalizovaných pacientů. Projevy refeeding syndromu jsou, zhoršené dýchání, retence tekutin, parestezie jak končetin tak i v oblasti úst, což souvisí s poruchou chuti, útlum až delirantní stavy a v nejhorším případě maligní arytmie. Tyto klinické symptomy jsou spojeny s hypofosforemií. Pokles fosforu je spojena s rychlým přesunem tohoto iontu do buněk. Při prudkém zvýšení energetického příjmu dochází k rychlému přesunu fosforu uvnitř buňky a následnému poklesu v séru, což má za následek zmiňované symptomy. Refeeding syndrom tedy vzniká u nemocných, které jsou po předchozím stavu kachexie živeny výživou neobohacenou o fosfor. (24, 18)

5.9 Dermatologické komplikace

Kožní problémy lze zaznamenat téměř u většiny nemocných dívek a to zejména ve formě suché a šupinaté kůže. Dalším typickým rysem mentální anorexie, který postihuje kůži je lanugo, zejména v oblasti zad a obličeje. Diuretika a projímadla mohou způsobovat kožní vyrážky. Nemocné přichází o kvalitní vlasy, jelikož se tělo snaží nechávat energii a živiny na udržení základních životních funkcí. Okrajové části jako jsou vlasy a nehty nevyživuje. Není žádnou výjimkou, že dívky mají vlasy křehké, suché, lámavé a řídké. To samé platí pro nehty, které jsou lámavé se sklonem k třepení. Na kůži mohou být petechie - tečkovité krevní výrony a hematomy vlivem trombocytopenie. Velmi častá je také hyperkarotenemi jako odpověď na nadměrnou konzumaci zeleniny. Dívky nadměrnou konzumací karotenu mají žlutavou barvu kůže. (2, 6, 7, 8, 19)

5.10 Sexualita a plodnost

Vztah mentální anorexie a sexuální život je úzce spjat. V období mentální anorexie dochází k sexuální dysfunkci. Většina dívek s mentální anorexií projevují asexuálnost v důsledku vyhladovění.

V akútní fázi jsou nemocné neplodné. Neplodnost je spojena s hormonálními změnami a amenoreou. (7, 8)

5.10.1 Menstruace

Amenorea se často vyskytuje u dívek a žen jejichž záliba či povolání vyžadují specifický dietní režim, proto je tedy amenorea spojována s hmotnostním úbytkem. Jako amenoreu považujeme stav, kdy byly vynechány tři po sobě jdoucí menstruace. Pokud nastane amenorea před první menstruací, hrozí porušení menstruačního cyklu, ale i poruchu vývoje sekundárních pohlavních znaků. (8, 9 , 22)

Menstruace souvisí s osou hypotalamo-hypofyzární-ovarialní, kterou narušuje energetická nerovnováha, která je u mentální anorexie výrazná. Sami nemocné necítí vynechání menstruace jako závažný problém a cítí se být osvobozeny od nepříjemných starostí. V případě plné rekonvalescence dochází k návratu menstruace do normy. (7, 19, 23)

5.10.2 Plodnost

Velká část žen v populaci se obává těhotenství z důvodu nárůstu tělesné hmotnosti a výrazných tělesných změn. Plodnost dívek po uzdravení je stejná jako u všech zdravých žen. Ovšem 1/3 uzdravených anorektiček plánuje život bez těhotenství, jelikož se obávají právě těch tělesných změn a váhového nárůstu, který v tomto období nastává. Existují ale případy, kdy dívka s mentální anorexií otěhotněla i přes amenoreu. (4, 7, 23),

6 Diagnostika

Mentální anorexii lze usoudit téměř na první pohled ovšem jsou zapotřebí podrobnější vyšetření. Mezi naprosto nejdůležitější vyšetření řadíme anamnézu, která nám dokáže vypovědět mnoho informací. Ale dívku bereme jako celek bio-psycho-sociální, tudíž zjišťujeme nejen duševní stav a anamnézu, ale i somatický stav včetně všech specializovaných vyšetření. Co se týče psychiatrického vyšetření narážíme na velký problém, jelikož dívky často odmítají jakýkoliv rozhovor s lékařem či jinou osobou. Somatické potíže sdělí jen v krajních případech. Proto progresi a celkový stav nemocné dívky posuzujeme především z laboratorních výsledků. i přes extrémní kachexii jsou nemocné dívky v dobrém fyzickém stavu, který skrývá vážnost onemocnění. (7, 11)

6.1 Anamnéza

Od dívky zjišťujeme rodinnou anamnézu, ve které se ptáme na profesi otce či matky, kde lze usoudit výši socioekonomické třídy, která má na vznik anorexie značný vliv. Dále informace, zda je matka obézní už z toho důvodu, že by mohla být pro dívku odstrašující případ, či naopak u velmi štíhlých matek, lze najít problém v tom, že matka vyžaduje štíhlost i po dceři. Vysoké očekávání rodičů a vysoké nároky na dívku jsou dalším rizikovým faktorem, proto zjišťujeme jak moc jsou rodiče na dívku nároční. s tím souvisí i konflikty především mezi rodiči a dívkou, které vyústí v jakýsi blok, kdy dívka neví, aby upozornila na svou nespokojenost. V neposlední řadě je třeba myslet na ztrátu rodičů a výskyt mentální anorexie v rodině. (2, 7, 16)

V osobní anamnéze zjišťujeme studijní prospěch dívky. Ptáme se na jaké škole studuje a jak studium a stres s ním spojený zvládá. Dívka může mít i rizikové zájmové kroužky jako je balet, kde jsou kladeny vysoké nároky na štíhlost. Ptáme se na psychické nemoci jako jsou sklony k sebepoškozování, které jsou v anamnéze často zaznamenány. (16)

Zjišťujeme nadužívání léku jako jsou amfetaminy předepsané na hubnutí, diuretika nebo laxativa.

Další významnou informací je charakteristika osobnosti dívky, ptáme se na soutěživost, pedantství, nadměrnou sebekontrolu či abúzus návykových látek.

Význam přikládáme sexuální anamnéze, která bývá velmi zásadní. Zjišťujeme počátek menstruace pokud vůbec byla a dále počet sexuálních partnerů pokud ovšem také byli. (2, 3, 16)

6.2 Lékařské vyšetření

Mezi lékařská vyšetření řadíme fyzikální vyšetření a to hlavně vyšetření pohledem, kde zpozorujeme přílišnou vyhublost a celkovou sešlost dívky. Lze zpozorovat potíže při zvedání se ze dřepu, akrocyanózu, lanugo.

Z hmotnosti a výšky vypočteme BMI.

Zjišťujeme hodnoty TK a P.

Provedou se krevní odběry, kde si můžeme dávat pozor především na anémii, hypercholesterolemii, hyperkarotenomii, sníženou hladinu mědi, zinku a hořčíku. Důležité jsou jaterní testy a speciální krevní testy zjišťující osteoporózu.

Důležitá je pravidelná monitorace EKG, pro včasný záchyt patologických změn.

Nesmí chybět ani prohlídka u stomatologa, gynekologa, který provede USG vaječníků a neurologické vyšetření spolu s EEG. (1, 3, 8, 16, 23)

6.3 Psychiatrické vyšetření

Psychiatrické vyšetření je pouze v roli psychiatra a je mezi dívkou a jím. K rozhovoru je zapotřebí nutná dávka trpělivosti, klidné prostředí a dostatek času. Psychiatr si při příchodu nemocné dívky všímá především oblečení, které je většinou volné a kolikrát zakrývá stopy po sebepoškozování a vyhublosti. Během rozhovoru se často vyskytují záchvaty hněvu, pláče a vzteku. Dívky nemoc před lékaři zapírají a často se s nimi snaží manipulovat, což je velmi častý až známý pokus. Dívky odmítají spolupracovat na léčbě a s lékaři se většinou odmítají bavit.

Je na lékaři vést rozhovor a snažit se získat co nejvíce informací o tom, co nemocnou k tak razantnímu kroku jako je anorexie vedlo. (8, 9, 17, 23)

6.4 Antropometrické měření

6.4.1 Body Mass Index

BMI je ukazatelem tělesné hmotnosti, který se vypočítá pomocí vzorce: $BMI = \text{hmotnost}/\text{výška}^2$. Slouží pro zhodnocení tělesné hmotnosti. Tabulka BMI viz. příloha 1. strana. (18)

6.4.2 Hodnocení obvodu a objemu paže

Tato metoda je velmi jednoduchá, ale přináší nám cenné informace o stavu svalové hmoty. Lze pozorovat její úbytek či nárůst. Toto měření je hodnoceno zvláště pro muže a ženy. Závisí i na věkové kategorii. Stanovujeme obvod paže a kožní řasy nad tricepsem. Hodnoty viz. příloha 2. strana .

V případě, že je obvod paže pod 190 mm hodnotíme tuto hodnotu jako rizikový faktor svědčící pro malnutrici. (18)

6.4.3 Hodnocení obvodu lýtka

Tyto hodnoty měříme při nataženém lýtku v nejširší části obvodu lýtka. Opět sledujeme rozdílnost mezi muži, ženami a věkem. Viz. příloha 2 strana .

Obvod lýtka pod 310mm je opět hodnocen jako jeden z rizikových faktorů vypovídajících pro podvýživu. (18)

6.4.4 Měření tloušťky kožní řasy

Metoda je zaměřena na získání informací o stavu podkožního tuku v těle. Pravidlem je, že se měří na nedominantní polovině těla. Nejjednodušší metodou je měření tloušťky kožní řasy nad tricepsem. Uvedené hodnoty jsou fyziologické pro dané věkové skupiny. Viz. příloha 2. strana .

Přesnost vyšetření lze zefektivnit opakovaným sledováním. Měření je vhodné jak do ambulancí, tak do dietních laboratoří. (18)

7 Léčba

Léčba by v tak mladém věku měla být velmi šetrná a hlavně je zapotřebí řádně respektovat soukromí a intimitu pacientek. Pacientky se mohou léčit ambulantně nebo jsou hospitalizovány. Je třeba brát v úvahu veškeré potřeby bio-psycho-sociální. Péče by se neměla zaměřovat pouze na váhový přírůstek, ale i na péči o emoční potřeby. Strava se stává nejen základní biologickou potřebou, ale i lékem. Důležité je nezapomínat na péči o rodinu, která je zmatená a často si klade otázku, co udělali špatně, že to tak dopadlo. V neposlední řadě nesmíme zapomenout na vzdělávání pacientky, které je s léčebným programem velmi obtížné zkombinovat. Proto v případě hospitalizace myslí školy na individuální programy a není již výjimkou, že na oddělení dochází pedagogický pracovník, který přizpůsobuje učivo věku dětem. Onemocnění bylo a je smrtelné a stává se to tak u 5 – 6% pacientek většinou vlivem dlouhodobého hladovění i přesto, že se pacientky vlivem adaptace cítí být vitální bez větších komplikací. (3, 8, 21)

7.1 Ambulantní lékařská léčba

Léčba je vhodná spíše pro chronické pacientky, které si jsou vědomi, že jim jakákoliv péče nepomáhá a psychoterapie má velmi malou šanci na úspěch. Tato péče nemá za účel vyléčení PPP, ale slouží k udržení somatické a psychické stability. Lze ji provádět individuálně pomocí rozhovoru mezi pacientkou a lékařem. Lékař pravidelně dohlíží na tělesnou hmotnost a provádí kontroly pomocí antropometrických měření. Ambulantní léčbu lze provést ve skupině podobně nemocných dívek, které si mohou předávat své zkušenosti a rady, jak si pomoci. Ovšem pozor u některých skupin lze zaznamenat soupeření o nižší tělesnou hmotnost! V takovéto situaci musí lékař včas zareagovat a skupinu zrušit, jelikož ztrácí svůj účel. (3, 6, 18)

7.2 Rodinná terapie

Terapie pomocí rodiny probíhá často při hromadném setkání více rodin, které zápasí s MA. Skupiny mají za účel, aby si rodiny předaly navzájem své zkušenosti popřípadě rady, které pomáhají, či pomohly v léčbě MA. Rodiče si zde dodávají odvahu a potřebnou sílu, která je k léčbě důležitá. V této terapii je prostor pro nemocné dívky a jejich rodiče, aby si vyjasnili postoj k jídlu a roli, kterou budou rodiče hrát ve vztahu k jídlu, ale i v jejich životě. Důležité je, že rodina získá víru v překonání choroby i za cenu, že to bude chvíli trvat. Skupinová setkání jsou prospěšná v tom, že dívky sami nedokáží říct, co cítí a jak si vše představují, ale když jsou ve skupině získají sílu, aby dokázaly vše říci a mluvit o problému, tak jak to je. V případě, že jsou sami je komunikace s rodinou obtížná a ve většině případech bezcenná. Na dívku není dobré přímo tlačit a naléhat, nejlepší je najít střední zlatou střední cestu a postupně, pomalu dívku vytlačit na svou kolej. Je dobré mít na paměti, že tvrdohlavost a radikálnost nemocné dívky nezastavíte mocí, ale postupným vyjednáváním. (6, 7, 18, 27)

Cílem rodinné terapie je také získat, co možná nejvíce informací o nemoci a snaha alespoň trochu nastínit uvažování a obavy nemocné o jídle a z jídla. (6, 23)

7.3 Farmakoterapie

U MA se nejčastěji ordinují antidepresiva. Léčba pomocí antidepresiv má především za účel regulaci příjmu jídla, jelikož antidepresiva mají za následek zvýšenou chuť k jídlu. Dále zmírňují projevy deprese, které jsou významným činitelem mentální anorexie. Ordinují se prokinetika gastrointestinálního traktu, která urychlují vyprazdňování žaludku. Nemocným dívkám pomáhá od pocitu plného žaludku. Ovšem psychofarmaka naprosto neřeší svízelnou situaci s mentální anorexií je spíše podpůrná léčba v akutním stavu mentální anorexie, kde je zapotřebí dostat dívku do psychické pohody, odstranit strach z tloušťky a zvýšit chuť k jídlu. Po stabilizaci je hlavní myslet na multifaktoriálnost tohoto onemocnění a soustředit se především na psychoterapie. Nejlepší léčba je, když psychoterapie převažuje nad farmakoterapií a farmakoterapie je ordinována jen na nezbytně nutnou dobu, poněvadž neřeší jádro problému mentální anorexie. (7, 8, 18)

7.4 Nutriční terapie

Nepostradatelným členem terapeutického týmu pro nemocné mentální anorexií je i nutriční terapeutka, která poskytuje poradenství v oblasti výživy nemocné. Dietní sestra je profesionál v oblasti výživy a dokáže poradit, na co je důležité se zaměřit ve stravě a co vlastně dívka postrádá. Hlavně přizpůsobí nový dietní režim věku nemocné, jelikož v dospívání je strava nejdůležitější faktor, který ovlivňuje celkový, jak fyzický, tak psychický vývoj. Perorální příjem je pokud možno preferován už jen díky tomu, že příjem per os vyvolává celou řadu reflexů, které podporují lepší trávení a vstřebávání. Výživu pak musíme přizpůsobit každé nemocné individuálně dle krevních výsledků. Stravu lze pak obohacovat o různé složky bohaté na energii. Ve stravě nesmíme opomenout na tuky, které zvyšují energetickou hodnotu jídel, sacharidy jenž nezatěžují gastrointestinální trakt a přitom také zvyšují energetickou hodnotu jídel, bílkoviny jejíž podíl by měl ve stravě tvořit 1,5 – 2g / kg a upřednostňujeme kvalitní maso, vejce a dostatek mléčných produktů. Stravování by mělo probíhat 6x denně a nesmí dojít k vyhladovění. Pokud k vyhladovění dochází je třeba zvýšit množství stravy. V jídelníčku by se nemělo nikdy opomenout na vitaminy a minerály, kterých je v období malnutrice jen malé množství. Na začátku je třeba myslet na oslabený zažívací trakt, a proto se s jídlem začíná pomalu a až třetí den podáváme všechny složky potravy. (3, 7, 8)

Pozornost bychom měli věnovat i chování při jídle. Není dobré nemocnou nechávat samotnou, jelikož je na svou úzkost sama a může dojít ke sníženému sebeovládání, které vede k negativní manipulaci s jídlem. (3, 18, 23)

7.4.1 Sipping

Sipping neboli popíjení je speciální formou perorální výživy, který podporuje zvýšený příjem energie v případě, že množství energie, které nemocná přijme v podobě potravy nestačí. Přípravky vyrábí řada farmaceutických společností a jsou k dostání nejen v lékárnách, ale i v prodejnách zaměřující se na výživu. Výrobky mají přesně definované množství energie a mohou zastoupit i polovinu hlavního jídla. u nemocné s mentální anorexií jsou popíjeny mezi hlavními jídly. Nyní je k dostání několikero příchutí nutridrinků, ze kterých může nemocná volit a novinkou je i nutridrink ve formě džusu, což výrazně zlepšilo chuť jinak ne moc chutného nápoje. Tato léčba je preferována v období realimentace, kdy organismus spotřebuje velké množství energie na regeneraci. (1, 18)

7.4.2 Výživa nazogastrickou sondou

V případě, že pacientka nespolupracuje v procesu realimentace či na váze i nadále ubírá, je třeba přistoupit k radikálnějšímu kroku a to zavedení sondy do žaludku nebo tenkého střeva. V tomto případě je zapotřebí neustále kontrolovat vnitřní prostředí organismu především hospodaření s minerály. (1, 18)

7.4.3 Parenterální výživa

Tato péče je poskytována na oddělení metabolické intenzivní péče u podvyživené dívky, kde hrozí orgánové selhání a je nutno doplnit výrazně snížení množství elektrolytů, které vede k elektrolytové dysbalanci. Nemocné se zavádí centrální žilní katétr. Složky nutriční výživy podáváme do cévního řečiště z vaku all in one, který obsahuje cukry, tuky, bílkoviny a lze ho doplnit i o elektrolyty a minerální látky. (1, 7, 18)

7.5 Psychoterapie

Psychoterapie je obecně indikována až po zvládnutí kritického stavu malnutrice, jelikož je v akutním stavu neúčinná a často zbytečná. Zde narážíme na problém, který nastává při neuváženém a brzkém zařazení nemocné do skupinové terapie, který spíše než pozitivní dopad na léčbu nemocné má negativní následky. Můžeme pozorovat soupeření ve skupině o větší štihlou a místo rad, jak s nemocí bojovat převažují rady, jak si předstírat nárůst váhy. Lehčí formy mentální anorexie lze léčit ambulantně, ale v každém případě je zapotřebí komplexní spolupráce všech odborníků. Psychoterapii lze provádět ve formě psychoedukace, kde poskytujeme informace o rizicích diet a možnostech léčby. Motivační terapie, jenž lze naučit i rodinu a je velmi rychlá během 4 sezení. Interpersonální terapie, se stává součástí KBT a nezaměřuje se přímo na PPP, ale na otázky problémů, které k nemoci a vedli a jenž ji udržují ve 2. fázi dívka s terapeutem uzavře terapeutickou smlouvu o řešení interpersonálních vztahů a ve 3. fázi dochází k vyřešení vyústěných interpersonálních vztahů. Zvlášť je třeba se věnovat pouze kognitivně behaviorální psychoterapii, jelikož tvoří jakousi základnu všech psychoterpií. (3, 18, 19, 21)

7.5.1 Kognitivně – Behaviorální

Kognitivně behaviorální terapie tvoří základnu pro léčbu mentální anorexie. Sestra může být terapeutkou po boku psychologa. Během terapie P hovoří o svých problémech. Často se užívá pro léčbu dívek, u kterých není možné z jakýchkoliv

důvodů provést rodinnou terapii. Cílem je změnit pacientčino přesvědčení, že štíhlost je klíč k úspěchu a připravit pacientky na nárůst tělesné hmotnosti. KBT je nutno pro léčbu mentální anorexie trochu pozměnit ve smyslu prodloužení doby při sezení, zaměření se spíše na boj s vnitřní úzkostí než na edukaci a často je do KBT zapojena interpersonální terapie. Probíhá ve 20 individuálních sezeních po dobu 5ti měsíců. Terapie je považována za neúspěšnou v případě, že je pacientka do určité míry přesvědčena o nesprávnosti nízké hmotnosti, ovšem její chování tomu tak nenasvědčuje a váha zůstává i nadále nízká. (6, 7, 8, 18)

7.5.2 Další možnosti psychoterapie

Interpersonální terapie – základem terapie je identifikace problémů, které vedly k rozvoji potíží s jídlem.

Rodinná terapie – převážně u mladších pacientek, které žijí v primární rodině.

Motivační terapie – vhodná pro pacientky u nichž ostatní způsoby léčby selhávají a jsou nedostatečně motivované.

Terapie orientovaná na tělo – zahrnuje všechny typy psychoterapie, které jsou účelně zaměřené na tělo.

Jídelní skupiny – slouží jednak edukačně a dále jako nácvik zvládnutí postojů a chování spojených s jídlem.

Skupiny pro rodinné příslušníky – slouží k zvládnutí emocí a problémů vzniklých vlivem MA. (7, 18, 23)

7.6 Specifika ošetrovatelské péče

Realimentace a celková péče u hluboce podvyživených dívek by měla být prováděna na specializovaných odděleních, která jsou připraveny takto nemocnou dívku ošetřovat. Je zapotřebí komplexní tým odborníků (dětský lékař, psychiatr, psycholog, nutriční terapeut, možno i rehabilitační pracovník a další odborníci podle přidružených komplikací). Péče se zaměřuje na specifické celky:

Monitorace fyziologických funkcí - u N dívek monitorujeme každý den TK, P, D a jednou do měsíce EKG. (5,7)

Péče o výživu - tvoří nejdůležitější část ošetrovatelského procesu. Nemocná dívka je pravidelně vážena, vždy ráno po vymočení. Dívka by měla být kontrolována, jelikož je zde riziko, že bude mít na toaletě připravenou láhev vody a před vážením se napije a tím zvýší svou tělesnou hmotnost. V akutní fázi je důležité monitorovat

stav vnitřního prostředí. Je důležité myslet na riziko vzniku refeeding syndromu hlavně v případě, kdy jsou podávány glycidové přípravky. Příjem energie je v počátku realimentace poloviční a postupně se zvyšuje. Je nutné myslet i na příjem vitamínů a minerálů. V současné době se pro parenterální výživu využívají vaky all in one, do kterých se mohou doplňovat potřebné látky.

Péče o kůži - Pokožce věnuje pečlivou pozornost, jelikož pokožka mentálních anorektiček je suchá a šupinatá. Kůži je potřeba pravidelně promašťovat a také kontrolovat vznik dekubitů. Riziko dekubitu je v období mentální anorexie velmi vysoké protože dívky mají všude kostní výčnělky, které způsobují výrazný tlak na již oslabenou pokožku. (1,7,9)

Péče o hydrataci - v období akutní fáze dehydratace je příjem tekutin zajištěn pomocí infúzí. Po zlepšení stavu je pacientka převedena na příjem tekutin per os a v této chvíli nastává pravidelná kontrola pitného režimu dívky. Je opravdu velice důležité dívku kontrolovat, aby pila a to před personálem. Dívky totiž často z obavy, že přiberou, nechtějí pít, což je výrazný problém. Proto musíme sledovat stolici, jelikož ta úzce souvisí s hydratací pacientky.

V případě, že se dívka stravuje již per os je třeba kontroly po každém jídle. Určitě je vhodné si s dívkou povídat o pocitech po najezení. Jedním z dalších důvodů navázání kontaktu po jídle je riziko, že dívka bude po jídle zvracet, jelikož je to častý pokus anorektičky, jak snížit váhu, když už musí jíst. (1, 5, 18)

8 Ošetřovatelská péče dle modelu Johnsonové

Model lze chápat jako předlohu, vzor či ideál. D. E. Johnsonová definuje ošetřovatelství jako profesi mající za úkol péči o blaho společnosti, udržování zdraví a přístup ke každému jedinci jako k osobě s individuálními potřebami. Model byl v definitivní podobě představen v roce 1980 a byl považován za systémový model behaviorální.

Metaparadigma dle Johnsonové: Osoba je celek se systémy biologickými a behaviorálními, behaviorální systém vidíme na chování jedince. Prostředí = dělíme na vnější a vnitřní prostředí, chování člověka je ovlivňováno mnoha faktory z prostředí, z nichž nejvýznamnější determinant je kultura. Zdraví = vnímá jako nestálý stav a cílem jedince je udržení stability tohoto stavu psychologickými, fyzickými a sociálními reakcemi. Ošetřovatelství = je věda, která čerpá z přírodních

i sociálních věd. Jejím cílem je udržet stabilitu především v systému behaviorálním a chránit jedince od vnějších stresorů. (20)

8.1 Popis modelu

V padesátých letech studovala Johnsonová vliv bio-psycho-sociální odpovědi jedince na stres. Součástí celého systému jsou subsystemy, které sestra chápe jako vzájemně propojené celky. Do subsystemu řadíme: Subsystem sdužování a příslušnosti, subsystem závislosti, subsystem přijímání potravy, subsystem vylučování, subsystem sexuality, subsystem výkonu/úspěchu, subsystem agresivně-ochranný a subsystem odpočinku. Tyto subsystemy přímo závisí na sobě a jakákoliv změna v jednom z nich ovlivní následně ostatní. Každá nerovnováha v těchto subsystemech může porušit zdraví a cílem sestry je redukovat stresory a instabilitu. Subsystemy hodnotíme jak z objektivního hlediska, tedy co vidíme, tak i ze subjektivního pocitu, který nám sdělí klient. Model aplikujeme u klientu, kde je potřeba změny chování. Cílem ošetrovatelské péče dle modelu Johnsonové je dosažení rovnováhy v chování jedince a včas detekovat změny v chování klienta. K posouzení je zapotřebí pravidelné sledování klienta a posuzování rizik stresorů. Aby byl klient považován za vyléčeného z ošetrovatelského hlediska musí splňovat všechny subsystemy tyto tři kritéria a to: Ochranu – před vnějšími nepříznivými vlivy, podporu – a to z vnějšího prostředí a v neposlední řadě stimulaci pro permanentní rozvoj a zabránění stagnace. (20)

9 Občanské sdružení Anabell

Anabell je sdružení, které své činnosti zaměřuje na podporu a léčbu poruch příjmu potravy. Vzniklo v roce 2002 v Brně jako nezisková organizace. Cílem není jen pomoc, ale i velice důležitá osvěta veřejnosti v oblasti mentální anorexie. Anabell spolupracuje s odborníky v zahraničí a ze získaných poznatků usiluje o pomoc a léčbu nemocných u nás. V současné době poskytují pomoc v kontaktních centrech v Brně, Praze, Ostravě, Olomouci a Zlíně. Plzeň poskytuje pouze přednáškové činnosti nikoliv konzultace.

Centra poskytují celistvou péči jako je psychoterapie (skupinová, individuální, arteterapie), nutriční poradenství, poradnu pro poruchy příjmu potravy a v neposlední řadě programy primární preventivní péče. Co se týče poradenství je tato služba zcela

bezplatná. Skupinová setkání se ovšem hradí stejně tak semináře o PPP. Anabell provozuje telefonní krizovou linku od pondělí do pátku, kde je možno získat radu či intervenci se situací, ve které se dotyčná nachází. Krizová linka je zcela anonymní a je možno získat kontakt na odbornou pomoc v oblasti odkud klientka pochází. Nejvíce informací lze získat na internetové stránce www.anabell.cz, kde jsou veškeré informace o sdružení a potřebná telefonní čísla. V provozu je i internetová poradna, kam může klientka zasílat případné dotazy. Sdružení Anabell je jediné takového rázu v ČR poskytující záchytnou pomoc v případě výskytu mentální anorexie nejen pro nemocné, ale i pro blízkou rodinu.

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Hlavním problémem MA je stále zvyšující se počet nemocných. Incidence úmrtnosti na MA zaznamenává stejně jako výskyt MA rapidní nárůst. Trend extrémní štíhlosti postihuje stále mladší dívky. V okolí dochází k rapidnímu nárůstu rizikových faktorů, jako je propagace štíhlosti v médiích. Prevence je minimálně podporována. Z toho plyne, že informovanost veřejnosti je velmi nízká. Sami zdravotničtí pracovníci nevědí, jak s nemocnou pracovat a jakým způsobem k její nemoci přistupovat. MA patří mezi nejméně pochopitelné nemoci, které lze jen obtížně léčit.

Cíl práce

- 1) Shromáždit stěžejní informace týkající se mentální anorexie.
- 2) Z kazuistik zjistit, co mají dospívající mentální anorektičky společného.
- 3) Zjistit zda se získané informace shodují s literaturou zabývající se problematikou mentální anorexie.
- 4) Vytvořit návrhy edukačních plánů.
- 5) Zmapovat nejčastější ošetrovatelské problémy.

Vzorek respondentů

Do své kazuistiky jsem si vybrala dvě dívky ve věku 16 let s diagnózou mentální anorexie. V jednotlivých případech lze vidět, jak může být průběh nemoci u každé dívky individuální, ač je diagnóza stejná. Obě dívky jsou ve stejném věku žijící v primární rodině. Nemocné projevují spoustu odlišných, ale i společných příznaků. Je velice zajímavé, jak si každá nemocná dívka počíná se svojí nemocí jinak.

Jako první kazuistiku jsem si vybrala mou zkušenost s MA, která byla velmi komplikovaná. Druhá kazuistika je dívka, která mne požádala před čtyřmi lety o pomoc v boji s MA. Do dnešní doby se jí snažím pomoci nemoc překonat. S oběma případy jsem podrobně seznámena. Právě proto nemohl být můj výběr jiný a své zkušenosti beru jako určitou divizi, která může být přínosem pro ošetrovatelskou praxi.

Metodika

Pro svou práci jsem si vybrala metodu kvalitativního výzkumu. Výzkum je založen na sběru informací o klientkách. Veškeré informace jsem čerpala z ošetřovatelské a zároveň i lékařské dokumentace, o které jsem řádně zažádala ve FN Plzeň, kde byly obě dívky hospitalizované. Se souhlasem obou klientek jsem dále použila lékařské zprávy, které obě klientky obdržely při propuštění z nemocničního zařízení. Na základě rozhovoru (viz příloha 3,4) a získaných informací jsem vyhotovila ošetřovatelský model podle Johnsonové, který užíváme v případě, kdy se snažíme o změnu chování klienta. V rozhovoru se záměrně soustřeďuji na oblast týkající se jídla, vztahu, školy, přátel a vnímání. Tyto informace mi pomohly k vypracování ošetřovatelského modelu dle Johnsonové. Dále jsem určila zásadní ošetřovatelské diagnózy. Pro své klientky jsem vyhotovila návrh edukačního plánu, který by mohl být pomůckou k řešení jednoho z mnoha problémů, který nemoc doprovází. Součástí výzkumného šetření je i plán ošetřovatelské péče a závěrem zhodnocení průběhu hospitalizace.

Ošetřovatelský proces 1

Katamnéza

Od března roku 2006 dodržuje klientka dietu, kvůli narážkám na nadměrné stravování ze strany rodičů a spolužáků. Než začala držet dietu byla klientčina váha v normě 65kg/179cm. Zpočátku pacientka krátila porce a začala cvičit. Později si začala ubírat na jídle a nadměrně cvičit – 3h/denně. Dle slov matky se začala klientka velmi učit, aby splnila přijímací řízení na střední školu. Od září roku 2006 nastoupila klientka na střední školu do Plzně. Podle matky se z průměrné žákyně stala „jedničkářka“, což se rodičům líbilo. Přes týden žila na internátní škole, kde jedla jedno jablko týdně. O víkendech se stravovala s rodiči standardně. Velký problém byl, že klientka chtěla žít doma s rodiči. Když se začala matka obávat dceřiny smrti, začala s K navštěvovat psychologa, který klientce doporučil skupinovou terapii. Dle klientčina dojmu byla terapie bezvýznamná, ba naopak její stav zhoršovala. Po Vánocích přestala jíst naprosto a za den vypila 200ml vody. Matka zažádala o individuální program ve škole, který byl schválen do března 2007. Pokoušela se dceři pomoci sama, ale veškeré snahy byly marné.

16ti letá dívka doporučena pro podezření na diagnózu mentální anorexie z endokrinologické ambulance.

Objektivní zhodnocení klientky při příjmu 30. 1. 2007, na dětské psychiatrii FN Plzeň

TK - 80/60, P-70, VÁHA - 35,9kg, VÝŠKA - 179cm.

Klientka hospitalizována proti své vůli se souhlasem matky. Matka zpočátku váhala, zda souhlas podepsat. Matce jsme s psychologem vysvětlili, že kvůli dceřině extrémně nízké váze bychom byli nuceni kontaktovat sociální pracovníky za zanedbání péče. Při příjmu klientka křičí a naléhá na matku, aby nepodepisovala souhlas s hospitalizací. Potřebné dokumenty trhá a slibuje, že bude jíst.

Kontakt odmítá, nespolupracuje. Ve vzdoru stojí u okna a domáhá se propuštění. Na druhý kontakt je klientka přístupnější.

Psychický stav: Klientka je v psychicky nekompenzovaném stavu. Záchvaty hysterického pláče. Orientována časem, místem a prostorem. Zcela soběstačná K.

Kůže/habitus: Kůže je suchá, bledá a studená. Vlasy K vypadávají. Dehydratovaná. Kachektická postava.

Alergie neudává. Problémy se spaním ve smyslu častého buzení. Doma bydlí s rodiči v rodinném domě. Nosí brýle. K odmítá jíst. Týdně sní 1 jablko. Stolice týden není. Je nepravidelná. K užívala doma glycerinové čípky na podporu peristaltiky. Bolest není. Problémy s dýcháním neudává.

Diagnostika

Osobní údaje o klientce

Iniciály: KB

Datum přijetí: 30.1. 2007

Datum narození: 24.11.1990

Pojišťovna: 201 - VOZP

Osobní anamnéza:

Kouření: 1-2 cigarety za měsíc

Hmotnost: 36 kg

Výška: 179 cm

BMI: 11,2

Věk: 16

Dieta: 11 - výživná

Soběstačnost: nezávislá

Spánek: porucha usínání, časté buzení v noci

Reakce v komunikaci: přiměřená, klientka orientována časem, místem a prostorem

Dosažené vzdělání: základní

Alergie: neudává

Rodinná anamnéza

Sourozenci: nevlastní bratr z otcovy strany, s rodinou nežije. Hypertonik, obezita 2. stupně.

Matka 1965: státní zaměstnanec na finančním úřadě, v minulosti žlučňíkové kameny, nyní zdráva

Otec 1956: taxikář, hypertonik, DM 2. typu na PAD

Onemocnění v rodině: dědeček – dědičná porucha srážlivosti krve, babička – DM 2. typu na insulinu

Pracovní anamnéza

Povolání: studentka 1. ročníku Střední zdravotnické školy, v individuálním programu

Sociální anamnéza

Klientka žije v rodinném domě s matkou a otcem, nyní studuje v Plzni, proto o víkendech doma a v pracovních dnech na internátní škole

Zájmy: učení, poslech hudby, vaření

Gynekologická anamnéza

Menstruace: sekundární amenorhea

Porod: 0

Farmakologická anamnéza

Remeron 30 mg 0-0-0-1

Aktuální lékařská diagnóza

F 50.0 poruchy příjmu potravy charakteru mentální anorexie

N 91.1 sekundární amenorhea

Vitální funkce

TK: 70/48

P: 52

D: 15

TT: 35,9 °C

Močení: 600ml / 24h.

Vědomí: plné - orientována časem, místem prostorem

Vyšetření

Anamnéza

Fyzikální vyšetření (břicha, krku, hlavy)

Laboratorní vyšetření:

Krev – krevní obraz, biochemie, speciální biochemické vyšetření, lipidogram, kreatinová clearance, vyšetření trombofilních stavů

Moč - biochemie, speciální vyšetření moče, hormony

Oční vyšetření: myopie

Neurologické vyšetření: normální nález

Magnetická rezonance mozku: na mozku normální nález, na spodině neurohypofýzy nalezen v časné fázi mikroadenom. 5x3 mm v neaktivní fázi.

USG štítné žlázy: normální nález

USG břicha: játra, slezina v normě, stejně tak žlučník a žlučové cesty, pankreas objemnější, ledviny bez nálezu, v pánvi mezi střevnímu kličkami volná tekutina – množství odhadem 150 - 200ml.

Endokrinologické vyšetření: endokrinologická porucha jako příčina extrémně nízké hmotnosti vyloučena

Gynekologické vyšetření: USG trans abdominální sonografie – normální nález

Použité škály

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Klientka získala 30 bodů, což odpovídá pro těžkou depresi.

Zhodnocení rizika sebevražděného jednání

Součet bodů je 10. Tedy vysoké riziko sebevražděného jednání.

Základní nutriční screening při přijetí dětského pacienta

5 bodů, vysoké riziko malnutrice s nutností zařazení minimálně sippingu. Dále sledování vývoje nutričního stavu.

Ošetrovatelský model podle Johnsonové dne 14.2. 2007

1) Subsystem sdužování a příslušnosti

Subjektivně: „ Matka mě zavřela do blázince, aby se mě zbavila. Všichni mě nenávidí. Nemám žádné kamarádky, raději bych umřela, to pak všichni uvidí“

Objektivně: Klientka má velmi úzký vztah s matkou. Klientce často matka volá a pravidelně ji navštěvuje. Otec klientku nechce vidět z důvodu nevhodného chování klientky. Klientka často vulgárně matku napadá. Mimo matky klientku navštěvují téměř každý den spolužáci ze školy. V kolektivu je oblíbená se spolu pacienty si velice rozumí. Našla si zde kamarádku se kterou tráví veškerý čas.

2) Subsystem závislosti

Subjektivně: „Nic nemůžu dělat. Jen se tady flákám a tloustnu.“

Objektivně: Klientka je plně soběstačná, při vědomí. Evidentní je závislost klientky na kontaktu s matkou, která se snaží své dceři ve všem vyhovět.

3) Subsystem přijímání potravy

Subjektivně: „Jídlo mám ráda, ale tady se to nedá jíst. Nemůžu si ani vyměnit sýr za máslo, i když mi máslo nechutná. Raději bych si dala něco sladkého než ty hnusný nutridrinky. Vůbec mi nedávají na výběr z jídel. Každý den je neustále to samé jídlo banány a rohlíky s másel.“

Objektivně: Klientka se brání každému jídlu a všude něco najde, jí sama jídlo dostává z jídelny. Jídlo přebírá a rozebírá na malé kousky. Nutridrinky se snaží dávat vypít ostatním pacientům na oddělení. V jídlu je vybíravá. Porce jí celé, dle OL, ale často se snaží jídlo schovávat. Přídavky si sama od sebe nedá. Pije velice málo. Váha je momentálně 40kg, výška 179cm. BMI 12,5. Klientku pravidelně každý den vážíme v ranních hodinách.

4) Subsystem vylučování

Subjektivně: „Už 3 dny jsem nebyla na záchodě. Všechno to jídlo se ve mně hromadí a za chvíli prasknu. To mam z toho jak mě krmí. Už mě z toho bolí břicho. Močení mám v pořádku.“

Objektivně: Při příjmu měla klientka téměř vyhaslou peristaltiku střev. Po několika měsíčním půstu začala jíst na oddělení pravidelně s nepravidelným vyprazdňováním, což je v normě. Stolice je po 3-5 dnech. Klientka trpí často zácpou, kterou řešíme úspěšně čípky. Zácpa souvisí s nedostatečným pitím, které už hlídáme, ale klientce se to nelíbí. Klientka má s vyprazdňováním potíže, ale vzhledem k somatickému stavu je vše adekvátní.

5) Subsystem sexuality

Subjektivně: „Takové hlouposti odmítám řešit. To je moje starost.“

Objektivně: Klientka se kromě toho, co jí vadí o ničem nechce bavit. Z pohledu matky byla dcera před onemocněním jako každá jiná dívka a zažívala „dětské lásky.“ Menarche začala ve 14 letech. Od 16ti let sekundární amenorea. Bez gynekologických záznamů.

6) Subsystem výkonu/úspěchu

Subjektivně: „Na základní škole jsem byla úplně hloupá a proto mě rodiče nemají rádi. Raději by měli někoho chytrého, kdo by jim nepřidělával starosti. Zasloužila bych si umřít za to jaká na ně jsem. Všude jim dělám ostudu protože jsem odporná anorektička, která se neučí.“

Objektivně: Klientka je velmi inteligentní. Volné chvíle tráví učením do školy, jelikož byla přijata na Střední zdravotnickou školu a momentálně studuje v prvním ročníku. Dle slov matky se dívka od doby kdy začala hubnout obrátila z naprostého lenošení do aktivní, cílevědomé a neustále se učící dívky. Rodina nikdy nevěřila, že by se mohla dívka dostat na střední školu. Před onemocněním dívka trávila volný čas se svojí partou a velkou zálibou byl tanec. Dle slov matky a přátel byla v kolektivu velmi oblíbená a vůdčí osoba.

7) Subsystem agresivně-ochranný

Subjektivně: „Všichni se na mě vykašlali, všechny nenávidím. Máma se mě chtěla zbavit a taky se jí to povedlo. Až mě pustí, tak jí uteču. s nimi už žít nebudu. Budu bydlet s babičkou. Setry jsou tady krávy, nutí mě sbírat body za úklid jsem tu zavřená s blázný, ale já blázen nejsem. Tady se opravdu zblázním. Přesně jak to chtěj ostatní.“

Objektivně: Klientka kladla při příjmu velký odpor. Hospitalizována je se souhlasem matky. Na matku často vulgárně křičí a vyhazuje ji z oddělení. Na personál je arogantní a s nikým se nechce bavit. Lékaři z důvodu nemluvnosti nemohou provádět vyšetření. Klientka sama s hospitalizací nesouhlasí. Ostatní pacienty se snaží dostat na svou stranu a poštvat je proti zdravotnickým pracovníkům. Na tlumení deprese a lepší spánek dostává dívka Ráno a večer Mirtazapin.

8) Subsystem odpočinku

Subjektivně: „Ráno mě budí strašně brzy, aby mne zvažili. Potom usnu, ale budíček je stejně v 7h na rozcvičku, kterou nemůžu absolvovat. Nevím proč mě budí, když tady nemám co dělat. Celý den se tady flákám a ležím. Už mě to tu nebaví.“

Objektivně: Klientka by velice ráda chodila na ranní rozcvičku a usiluje o zařazení do ranního cvičení. Od samého rána chodí po oddělení nebo jezdí na koloběžce i několik hodin, aby zvýšila svůj energetický výdej. Často se zavírá na pokoj, kde se snaží cvičit. Je neklidná a jakýkoliv odpočinek klientka odmítá.

Ošetřovatelské diagnózy

Tabulka 1 Ošetřovatelské diagnózy k první kazuistice

Diagnóza	Projevující se	Očekávaný výsledek	Realizace	Hodnocení
00002 Nevyvážená výživa, méně než je potřeba organismu související se základním onemocněním	Objektivně - odporem k jídlu a úbytkem hmotnosti Subjektivně - strachem z tloušťky	- zvyšování tělesné hmotnosti - nejsou příznaky malnutrice - stabilizace laboratorních výsledků - změna pohledu na své tělo - dodržování stravovacích návyků a pitného režimu.	- snaž se u P změnit přístup k jídlu - sleduj příjem stravy po celý den - sleduj vývoj tělesné hmotnosti a výsledky zaznamenávej do dokumentace.	Klientky váha se za dobu hospitalizace zvýšila přibližně o 6kg. Tělesná hmotnost se ustálila na 41-42kg. K se snaží o největší energetický výdej, z tohoto důvodu je obtížný další váhový přírůstek. Klientky myšlení a strach z jídla nebyl odstraněn. Klientka nechce nadále jíst. Snaha o hubnutí nelze odvrátit.

Diagnóza	Projevující se	Očekávaný výsledek	Realizace	Hodnocení
00118 Narušený obraz těla související s psychologickou poruchou	Objektivně - sdělováním pocitů méněcennosti Subjektivně - pocity nespokojenosti s vlastním tělem	Pacientka respektuje své tělo a potřeby	- komunikuj s P o jejích pocitech - zařaď P do psychoterapie - respektuj P - zjisti jak se P vnímá - všímej si změn psychického stavu.	Klientka si je vědoma extrémní vyhublosti. Nárůstu váhy se brání.
00052 Zhoršená sociální interakce související s narušenými myšlenkovými procesy	Objektivně - dysfunkční interakcí s jinými Subjektivně - pocitem nespravedlnosti	P dosahuje pozitivních změn ve společenském chování a interpersonálních vztazích.	- pozoruj P v interpersonálních vztazích - podporuj P v sociální interakci - zapoj P do skupinové psychoterapie - podporuj kontakt s rodinou - doporuč podpůrné svépomocné skupiny.	Od 3 dne hospitalizace se K chování postupně lepší. Nyní komunikuje se svým okolím a přístupná rozhovorům. Na oddělení se spřátelila se spolupacientkami.

Diagnóza	Projevující se	Očekávaný výsledek	Realizace	Hodnocení
00120 Situačně snížená sebeúcta související s narušeným obrazem těla	Objektivně - sebenegujícím vyjadřováním Subjektivně - pocitem méněcennosti	Pacientka vyjadřuje pozitivní sebeocení.	- povzbuzuj P k vyjadřování pocitů - zapoj P do psychoterapie - aktivně P naslouchej - podporuj motivační jednání - naplánuj cíle.	Při arteterapii K maluje pesimistické obrazy, převážně v černých barvách. Snížená sebeúcta souvisí s K stavem. Nutno vyléčit MA, následně lze pracovat na zvýšení sebeúcty.
00139 Riziko sebepoškození související s nízkou sebeúctou		P neprojevuje sklony k suicidiálnímu chování	- zapoj P do psychoterapie - rozpozněj včas varovné náznaky - komunikuj s P o jejích pocitech - zajisti bezpečnost P.	Po dobu hospitalizace K úmysl sebevraždy odvrácen. Sebevraždu používá spíše jako vyhrůžování, když je nespokojená.

Zdroj: vlastní

Edukace

Účel: Seznámení klientky se zásadami správné životosprávy

Cíl: V následující 1 hodině vysvětlím klientce zásady správné životosprávy

Pomůcky: Příručky, výživové tabulky

Tabulka 2 edukace v oblasti správné životosprávy

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení:
Kognitivní	K vysvětlí důležitost pravidelného stravování	K vysvětlím zásady a naléhavost pravidelné stravy	20 minut	K správně popsala důležitost pravidelného stravování
Kognitivní	K sdělí jaké množství tekutin by měla denně vypít	K popíši jak správně dodržovat pitný režim	5 minut	K správně odpověděla kolik tekutin denně by měla vypít
Kognitivní	K určí 3 nevhodné potravin pro postupnou normalizaci tělesné váhy	K vyjmenuji nejméně 5 nevhodných potravin pro mentální anorexii	5 minut	K správně určila 3 nevhodné potraviny pro léčbu mentální anorexie
Kognitivní	K určí nejméně 20 potravin, které jsou vhodné při léčbě mentální anorexie	K doporučím nejméně 30 potravin vhodných při léčbě mentální anorexie	20 minut	K správně určila 20 potravin, které jsou vhodné pro léčbu

Afektivní	K vyjádří obavy z neschopnosti dodržovat pravidelnou životosprávu	K uklidní a psychicky podpořím	10 minut	Obavy klientky se zmírnila, ale klientka se cítí stále nejistě
-----------	---	--------------------------------	----------	--

Zdroj: vlastní

Plán ošetřovatelské péče

30.1. - hospitalizace proti vůli klientky. Při příjmu K křičí a odporuje. Nevalidní spolupráce i kontakt. Pro nespolečenskou blíže psychiatricky nevyšetřitelná. Od dne příjmu volné stravování dle K uvážení. Klientka je zavřená na pokoji a brečí.

Provedeny krevní odběry a objednána na oční vyšetření.

TK - 80/60 P-70, VÁHA - 35,9kg, VÝŠKA - 179cm

Oběhově stabilní, bez známek dezorientace

31.1. - druhý den K přístupnější kontaktu. Z počátku se baví jen o propuštění, později hovoří i o svém stavu. Plačtivá, emocionálně rozhozená.

K je seznámena s chodem oddělení a poučena o režimu.

Během odpoledne objednána na oční vyšetření.

Stále zavedený režim volného stravování. Přes den K vypije odhadem 0,5l vody. Ale nepřipouští chybu. Na personál je agresivní, nepříjemná. Odmítá spolupracovat.

1.2. - komunikuje se spolupacienty. Má problémy s chutí oběda. Přes den si často volá s matkou. Při večeři pokusy o manipulaci s jídlem. Vymlouvá se, že máslo nejí a snaží se o výměnu jídla s jinými P. Nutná kontrola příjmu tekutin, protože klientka nepije a je dehydratovaná. V noci spí K klidně.

2.2. - před víkendem lékař seznámil K s režimem dělené stravy. V rámci režimu kontrolován i příjem tekutin. Strava 6x denně, 2l tekutin. Sledován P+V tekutin a příjem stravy. Každé ráno KO hmotnosti.

Bez vycházek. S lékařem domluvena, že při váze 43kg bude moci na vycházky.

Režim oddělení a pokusy o zapojení do společných skupin K bojkotuje. Odmítá společné aktivity.

3. - 4.2.- 38,2 kg,

O víkendu K bojuje se stravou. Musí sníst celou porci. Nadměrné řešení chuti jídla. Smlouvání s ošetřujícím personálem. Při jídle evidentní strach. Neustále volá matce a stěžuje si.

4.2. návštěva matky, která se s K pohádala. Celý víkend tráví chůzí po oddělení.

5.2. - 39,1 kg, TK 65/50 P 56

Ranní odběry krve biochemie, KO. Objednat na SONO břicha.

K je nespokojená, protože se nemůže zúčastnit ranní rozcvičky. Den tráví chozením po oddělení. Nyní se přátelí s pacientkou na pokoji, která byla přijata o víkendu. Klientka je zimomřivá požádala o druhou deku na noc.

6.2. - 39,3 kg

Od samého rána chodí po oddělení. Při snídani rozebírá rohlíky na malé kousky. Během dopoledne návštěva učitelky ze střední školy. Odpoledne K navštívili spolužáci, kteří K donesli učivo.

7.2. - 39,2 kg

K po probuzení chodí po oddělení a učí se. Říká, že při chůzi se učí nejlépe. V 8h SONO břicha.

Při obědě pokus o manipulace s jídlem. Snaží se házet zbytky pod víko talíře. Dnes volala matka a zjišťovala informace o K stravě. Po konzultaci s lékařem je povolena záměna rohlíků za chleba.

K je na ošetřující personál arogantní. Ranní směně se svěřila, že má pocit nenávisti od ostatních sester.

8.2. - 39,4kg

Při ranním vážení K přistižena, při podvodu. Na WC schovává láhev vody, kterou vždy vypije než jde na váhu. Nutná KO při ranním močení!!!! K jezdí celý den po oddělení na koloběžce. Zítra objednána na MR mozku.

Dnes konzultace s ošetřujícím lékařem. Z důvodu pokleslé nálady nasazeny antidepressiva první tři dny 15mg Remeron na noc. Odpoledne měla K návštěvu, po odchodu návštěvy, až do večere jezdila na koloběžce. Večer odmítá KO polykání léků.

9.2. - 39,7kg

K jí celé porce. V 11h objednána na MR mozku. K neodklonitelná od chození po oddělení. V neustálém telefonickém kontaktu s matkou, což nahrává nadměrnému

řešení chuti jídla a s kým je K na pokoji. Říká, jak chce přibrat, ale veškerý energetický příjem vychodí po oddělení.

Dnes odpoledne vyšetření s psychologem. Stále si stěžuje, na zimu,

10 - 11.2. - 40,1kg

Při ranním vážení protestuje, že ji budíme. Neustále nespokojená, nadává a pomlouvá personál, před ostatními P. Štve ostatní P proti ošetřujícímu personálu.

10.2. - návštěva rodičů, přivezli K čisté prádlo. K odmítá kontakt s rodinou.

12.2. - 40,3kg, TK 70/50 P58

Od samého rána jezdí K po oddělení na koloběžce. Při obědě konflikt, ohledně tlustého masa, které K odmítá jíst. Dále nespokojena s banány, které jsou každý den na svačinu. Dnes večer chtěla dobrovolně uvařit vodu na instantní horkou čokoládu Milka. Pro dobrou toleranci na noc Remeron 30mg.

13.2. - 40,3kg

Na snídani chválila chleba, který dostává místo rohlíků. Zjišťuje, kde se kupuje. Dnes v dobré náladě. Zajímá se o dnešní vyšetření.

11.20h odvedena na MR. Dnes obědvala déle. Možnost přesunout večeři na 20h odmítla. Na MR menší nález. K zbytek den znepokojená z výsledků vyšetření. Vše se musí vysvětlit matce.

14.2. - 41kg

Dopoledne psychiatrické konzilium. Lékař naznačil váhový nárůst. Lékař se snažil pacientku motivovat.

Při obědě se zdá K zakřiknutá, pozoruje ostatní. Celé odpoledne jezdí na koloběžce. Večer nechce uvařit vodu na čokoládový nápoj. Neustále se snaží zjistit kolik kilogramů váží.

15.2. - 40,9kg

16.2. - 41kg

17.2. - 41,1kg

K stav je bez změn. Tělesná hmotnost 4den téměř neměnná. K se stále snaží o energetický výdej i přes naši edukaci. Odpoledne arteterapie. K maluje převážně tmavými barvami. Neurčité, ale pesimistické obrazce. Z kresby je patrná závažná deprese.

18.2. - 41kg

19.2. - 41,2kg

Váha zůstává už 6 den kolem 41kg. K je přes den neustále v pohybu. Často odbíhá na pokoj. Lékař naordinoval 1 nutridrink/denně. K dopoledne vypila 200ml nutridrinku. Hádá se poté záchvat breku, že to pít nebude. Prosí mě, ať ji do toho nenutím. Volá matce a naléhá na ni, aby ji vzala domů. Dnes odpoledne přistižena na pokoji, jak cvičí. Brání se jídlu. Je hysterická. Vyhrožuje sebevraždou.

20.2. - 41,4kg

K stále nedosahuje limitu pro vycházky a přesvědčuje okolí, že „nemůže“ přibrat. Dnes konflikt se spolupacientkou, která ji krade věci z pokoje. Stále chodí po oddělení, čímž provokuje druhou P. Při dopolední svačině snaha dát vypít svůj nutridrink spolupacientce.

21.2. - 41,6kg

Podezření na provokaci druhé pacientky, která je psychicky nemocná. Snaží se tím zvýšit nátlak na matku, aby vzala klientku domů na reverz.

22.2. - 42kg

23.2. - 41,8kg

24.2. - 41,8kg

Konflikty se spolupacientkou se stupňují. Dnes ji P plivla do obličeje. K opět přesvědčuje svou matku o podpisu reverzu. K stále častěji konfrontována při manipulacích s jídle. Matku jsme spolu s lékařem edukovali o nutnosti hospitalizace. Obavy zmírněny.

25.2. - 42kg

26.2. - 41,9kg, 90/45, P 56

Dopoledne arteterapie. K měla za úkol napsat 3 přání. Přála si: „mít přítele, být zdravá, dostudovat“. Dnes při arteterapii veselá. Terapie ji bavila. Aktivně se zapojila. Po večeři fyzicky napadena spolupacientkou. Dostala několik ran pěstí do břicha, poté přiběhli zřízenci. Psychicky se zhroutila. Okamžitě volá matce a vyžaduje podepsání reverzu. Vyhrožuje, že se zabije. Na noc dostala vyšší dávku Mirtazapinu. V noci spí v klidu.

27.2. - 41,6

Hned ráno návštěva matky, která si žádá vysvětlení včerejšího napadení. Po konzultaci s lékařem domluveni na podepsání reverzu. Propuštění plánováno na 2.3. Matka je v kontaktu s FN Motol a v případě potřeby K umístí na psychiatrické oddělení ve FN Motol. Od dnešního dne má K dietu výběr. Byla seznámena

s propuštěním. Celý den usměvavá a plná sebevědomí. Říká, že když bude doma začne konečně jíst sama, a co chce.

28.2. - 41,7kg

1.3. - 41,9kg

2.3. - 42,1kg

Pro K si matka přijela ráno. Matka edukována a upozorněna na riziko selhání organismu v případě dalšího snižování váhy. Předána propouštěcí zpráva a během dopoledne propuštěna proti podpisu reverzu.

Souhrn průběhu hospitalizace:

Pacientka přijata pro PPP. Stav odpovídá MA. Při příjmu pacientka v odporu, odmítá kontakt. Během 5 dnů tyto postoje upraveny. Terapie v prvních dnech vedena dle uvážení pacientky. Následně režim pravidelného stravování, celé porce, minimálně 2l tekutin denně a sledování P+V. V průběhu hospitalizace vyplouvá na povrch konfliktní a příliš těsný vztah s matkou, se kterou je P v kontaktu telefonicky i několikrát denně. Tato konstelace nahrává nadměrnému „řešení“ zástupných problémů – s kým je P na pokoji, kvalita a chuť jídla, konflikty s ostatními P. Po prvotním přírůstku cca 4kg váhová stagnace v rozmezí 41 - 42kg, i přes postupně navyšovaný kalorický příjem – pacientka neodklonitelná od chození po oddělení, čímž dosahuje kalorického výdeje. Zároveň tím nedosahuje limitu pro vycházky a přesvědčuje okolí o tom, že „nemůže“ přibrat. Matka povětšinou na tyto manipulace po edukaci nepřistupuje k hospitalizaci, ale celkově přistupuje spíše s pochybnostmi. Zahájena medikace Mirtazapinem první 3 dny 15mg, pro dobrou toleranci zvýšeno na 30mg. V druhé polovině hospitalizace má P konflikty se spolupacientkou, což se stalo podkladem dalšího tlaku na matku směřujícího k dimisi. Konflikty přechodně zmírněny poté, co matka tomuto tlaku odolala. Během hospitalizace několikrát konfrontována s manipulacemi s porcemi. K závěru hospitalizace napadena spolupacientkou. Po tomto konfliktu již matka od propuštění neodklonitelná. P propuštěna proti podpisu reverzu v psychicky a somaticky subkompenzovaném stavu.

Ošetrovatelský proces 2

Katamnéza

Pacientka přijata pro hmotnostní úbytek, který je pozvolný a nyní je 13kg (původní hmotnost 52kg). Před dvěma lety počátek obtíží, začala držet dietu (zdravá strava), jako jeden z důvodů udává strach z karcinomu zažívacího traktu pro rodinnou zátěž. Poslední rok již amenorea (od 4/2009). Rovněž udává zvýšené padání vlasů, cca 1 rok. Sama poukazuje na špatné hojení ran, zvýšenou nemocnost a zimomřivost. Denně se váží. Pacientka si uvědomuje svou hubenost, chce přibrat, ale nejde to. Klientka nejí cukry, tuky a nesolí.

Objektivní zhodnocení klientky při příjmu 27. 5. 2010, na dětské psychiatrii FN Plzeň

TK - 90/52, P- 72, VÁHA- 39 kg, VÝŠKA - 163cm.

Psychický stav: Lucidní, plně orientovaná, spolupracuje. Kontakt hodnotný. Psychomotorické tempo v normě, tempo řeči rovněž, odpovědi logické, bez latence. Emotivita přiměřená situaci. Bez poruchy myšlení, vnímání, paměti a pozornosti. Inteligence orientačně v normě. Autoagresivní myšlenky neguje.

Kůže/habitus: Astenický habitus, kůže suchá. Vlasy prořídle, bez lesku.

Klientka se snaží o spolupráci.

Diagnostika

Osobní údaje o klientce

Iniciály: SE

Datum přijetí: 27.5.2010

Datum narození: 14. 5. 1993

Pojišťovna: 111 - VZP

Osobní anamnéza

Kouření: ne

Hmotnost: 39kg

Výška: 163cm

BMI: 14,7

Věk: 16

Dieta: 11 - výživná

Soběstačnost: nezávislá

Spánek: časté buzení, brzké probuzení

Reakce v komunikaci: přiměřená, klientka orientována časem, místem a prostorem

Dosažené vzdělání: základní

Alergie: prach, pyl

Rodinná anamnéza

Sourozenci: bratr 1986 - zdrav

Matka 1961: prodavačka textilu

Plánovaná hysterektomie, zdráva.

Otec 1956: s rodinou nežije od 3 let věku dívky, s otcem se vídá sporadicky, povoláním zedník, zdrav

Onemocnění v rodině: polypoza střeva v rodině matky - matka matky kolorectální karcinom + 2 bratři matky také + 3. bratr po operaci tlustého střeva.

Pracovní anamnéza

Povolání: studentka 1. ročníku Střední zdravotnické školy

Sociální anamnéza

Klientka žije v bytě 2 KK se strašim bratrem a matkou

Zájmy: sport, zájem o zdravé stravování, vaření

Gynekologická anamnéza gynekologické vyšetření neproběhlo

Menstruace: sekundární amenorea

Porod: 0

Farmakologická anamnéza

Mirtazapin 10mg 0-0-0-1

Aktuální lékařská diagnóza

F 50.0 Poruchy příjmu potravy charakteru mentální anorexie

N 91.1 sekundární amenorea

Vitální funkce

TK: 90/40

P: 62

D: 18

TT: 36,7 °C

Močení: 1400ml / 24h.

Vědomí: plné - orientována časem, místem prostorem

Vyšetření

Anamnéza

Fyzikální vyšetření (břicha, krku, hlavy)

Laboratorní vyšetření: Krev- krevní obraz, biochemické, krevní srážlivost, lipidogram, sedimentace

Moč - biochemie, speciální vyšetření moče, hormony

Magnetická rezonance: patologické změny nejsou patrné

Neurologické vyšetření: normální nález

Psychologické vyšetření: progrese symptomatiky mentální anorexie

Použité škály

Beckova sebesuzovací stupnice deprese

21 bodů - lehká až střední deprese

Zhodnocení rizika sebevražedného jednání

Součet je 6bodů - reálné riziko sebavražedného jednání

Základní nutriční screening při přijetí dětského pacienta

5 bodů, vysoké riziko malnutrice s nutností zařazení minimálně sippingu. Dále sledování vývoje nutričního stavu.

Ošetřovatelský model podle Johnsonové 2 dne 5.6. 2010

1) Subsystem sduřování a příslušnosti

Subjektivně: „Mrzí mě, že jsem ztratila všechny svoje přátele. Ráda bych byla zase jako dřív. Chci se bavit a žít jako všechny mladé holky.“

Objektivně: K projevuje velkou lítost nad ztrátou přátel. Kolektiv ji obtížně přijímá, protože je plačtivá a uzavřená sama do sebe.

2) Subsystem závislosti

Subjektivně: „Nesnáším tady ty nezdravá jídla. Nejhorší pocit mám, když si musím namazat vánočku máslem a na to ještě marmeládu. Chci jíst zdravě a né tučně.“

Objektivně: K velice lpí na zdravých potravinách. Preferuje vše bez cukru a pouze „bio“.

3) Subsystem přijímání potravy

Subjektivně: „Já jím ráda. Mám ráda těstoviny a saláty. Lehce stravitelné jídlo, jelikož mám velice zpomalený metabolismus. Když sním něco tučného, tak trávím celý den a nemůžu už víc jíst.“

Objektivně: K se odměřují 2/3 porce. Nikdy nesní víc než musí. Snaží se o záměnu bílých rohlíků za celozrnné. Evidentně je znepokojená z obyčejné stravy.

4) Subsystem vylučování

Subjektivně: „Mám problémy se stolicí. Často trpím zácpou a cítím se přesyčená.“

Objektivně: K má stolicí 1x za dva dny. Močení je v normě.

5) Subsystem sexuality

Subjektivně: „Ještě jsem s nikým nikdy nic neměla.“

Objektivně: K neměla pohlavní styk. s přítelem se rozešli kvůli nízké váze. Sekundární amenorea.

6) Subsystem výkonu/úspěchu

Subjektivně: „Jsem cílevědomá a perfekcionistka. Často se učím a chci mít dobré známky.“

Objektivně: K má do života mnoho plánů. Je chytrá. V nemocnici si čte knihy a zajímá se odborné články.

7) Subsystem agresivně-ochranný

Subjektivně: „Jednou jsem se snažila utéct z domova. S mamkou jsme se pohádaly a já nevěděla jak já. Teď už je vše v pořádku.“

Objektivně: K sama souhlasila s hospitalizací a uznala, že má problém se kterým potřebuje pomoci. Vůči okolí není vulgární ani agresivní.

8) Subsystem odpočinku

Subjektivně: „Cítím se strašně unavená. Odpoledne po jídle si jdu vždy lehnout protože už nemůžu ani chodit. Bolí mě klouby a celý člověk.“

Objektivně: K tráví den odpočinkem. Je zesláblá a nemá energii. Chodí spát kolem 20h a spí až do rána.

Ošetrovateľské diagnózy

Tabulka 3 Ošetrovateľské diagnózy k druhej kazuistice

Diagnóza	Projevujúci se	Očakávaný výsledok	Realizace	Hodnocení
00163 Snaha zlepšiť výživu súvisiacu se základným ochorením	Objektívne - spolupráci na stravovacom režime Subjektívne - uvědomování si chybného stravování	Pacientka projevuje snahu zlepšiť výživu	- podporuj P ve vyjádření pocitů, - aktivně naslouchej - zapoj P do psychoterapie	Klientka si uvědomila, že má problém ve vztahu k jídlu. Spolupracuje při léčbě, ale stále jsou patrné pochybnosti.
00167 Snaha zlepšiť sebepojetí súvisiacu s uvědomováním si MA	Objektívne - vyjadřováním uspokojivých myšlenek o sobě samé Subjektívne - pocitem kladného uvažování	Pacientka vyjadřuje zvýšení sebeúcty	- podporuj P ve vyjádření pocitů - aktivně naslouchej - zapoj P do psychoterapie	Klientka se snaží zlepšiť postoj k jídlu a celkově ke svému stylu života. Začíná uvažovat o budoucnosti. Při hospitalizaci došlo ke snížení srdečních enzymů, ale do konce hospitalizace se tyto hodnoty upravily do normy.

Diagnóza	Projevující se	Očekávaný výsledek	Realizace	Hodnocení
00093 Únava související s depresí	Objektivně - nezájmem o okolí, poleháváním přes den Subjektivně - pocitem apatie	P se zajímá o své okolí	- zapoj K do psychoterapie - postarej se K o denní režim	S navýšeným příjmem energie došlo k vzestupu tělesných sil a nálady. K komunikuje se svým okolím. Během dne cítí více energie.
00004 Riziko infekce související s malnutricí		Během hospitalizace nedojde ke vzniku infekce	- kontroluj pravidelně K kůži - zajisti bezpečné prostředí - při poranění zajisti sterilní krytí - zajisti vhodnou stravu podporující hojení ran	V průběhu hospitalizace nedošlo k infekčnímu procesu.

Diagnóza		Očekávaný výsledek	Realizace	Hodnocení
00195 Riziko dysbalance elektrolytů související se změnou vnitřního prostředí		Po dobu hospitalizace budou elektrolyty v rovnováze	- prováděj pravidelné krevní odběry - plň ordinace lékaře - sleduj výsledky krevních testů - zajisti doplňování minerálů - sleduj příjem stravy	Při hospitalizaci došlo ke snížení srdečních enzymu, ale do konce hospitalizace se tyto hodnoty upravily do normy.

Zdroj: vlastní

Edukace

Účel: Seznámení klientky se zásadami prevence stresu

Cíl: V následujících 40minutách seznámím klientku s příčinami a prevencí stresu

Pomůcky: příručky, knihy

Tabulka 4. edukace v oblasti prevence stresu

Druh cíle:	Specifické cíle:	Hlavní body plánu:	Časová dotace:	Hodnocení:
Kognitivní	K sdělí nejméně 5 situací, které by mohli způsobit depresi	K vysvětlím v jakých situacích dochází nejčastěji k depresi	5 minut	K mi sdělila 5 situací, které způsobují její deprese
Kognitivní	K vyjmenuje nejméně 5 aktivit, které ji pomůžou odbourat depresi	K nalezneme nejméně 15 aktivit, které by ji mohli zlepšit náladu	10 minut	K správně vyjmenovala 5 aktivit, které ji pomáhají k lepší náladě
Kognitivní	K mi předvede nejméně jednu formu relaxace a meditace	K předvedu několik forem relaxace a meditace	15 minut	K správně provedla meditaci a relaxaci
Afektivní	K vyjádří obavy z nezvládnutí depresivních nálad	K uklidním a podpořím její odhodlání odstranit deprese	10 minut	K obavy jsem úspěšně zmírnila

Zdroj: vlastní

Plán ošetřovatelské péče

27. 5. - TK- 39kg, TK- 90/52, P - 72

Dnes klientka přijata na oddělení. Provedena po oddělení a seznámena s vnitřním řádem. Klientka klidná. Objektivně spolupracuje. Zajímá se o denní režim.

Od prvního dne zaveden anorektický režim- 6x denně strava, k odpolední svačině Nutridrink 200ml, 2l tekutin denně. Jíst nejméně 2/3 porce. Kontrola + zápis do dokumentace. Zatím bez vycházek. Vážení tělesné hmotnosti každý den ráno.

Večer klientka propadla panice říká, že to s „blázný“ na oddělení nezvládne.

28. 5. - 39,1kg

Dnes při snídani snědla 2/3 porce. Se svačinou a obědem má problém. Odpoledne se klientka kouká na televizi. Snaží se o navázání komunikaci s ošetřujícím personálem.

29.5. - 30.5. - 39kg

Na oddělení dobře adaptovaná. Zapojuje se do kolektivu. V sobotu návštěva matky s bratrem. Klientce přinesli „zdravou výživu“. V neděli vymyslela zábavu pro ostatní pacienty, hráli společenskou hru.

31.5. - TK- 85/50, P- 90 , VÁHA - 39,5 kg

Dnes ráno krevní odběry a vyšetření moče. Klientka objednána na MR mozku. Jí určené množství porce. Odpoledne pohovor s lékařem.

V případě, že klientka přibere na 42 kg má povolené vycházky. Pozor! Klientka nesmí vědět při jaké váze může na vycházku.

1.6. - 39, 6kg

2.6. - 39, 6kg

K snídani byla vánočka. Klientka byla během snídane podrážděná. Snídala dlouhou dobu. Během dne si stěžuje, že je plná. Odpoledne jsem se snažila zjistit, co se děje. Sdělila mi, že nechce jíst bílé pečivo, vánočku, kterou si musí ještě mazat máslem. Chtěla by dostávat zdravou výživu a mít prostor pro pohyb. Odpoledne návštěva matky a spolužáků ze střední školy.

3.6. - 39, 4kg

Pozitivně naladěna. Během dne žádné problémy. Spíše unavená. Často polehává.

4.6. - 39,8kg

Ráno klientka odvedena na MR mozku. Vyšetření bez nálezu. Odpoledne jsme relaxovali. Klientka si stěžuje na únavu a padání vlasů. Klientka verbalizuje snahu přibrat a uvědomuje si problém se stravou. Za optimální hmotnost považuje 45kg a to maximálně. Při hovoru o stravování a hmotnosti postupně narůstá u dívky napětí. Nadále však patrná zvýšená sebekontrola a kultivovanost projevu. Klientka se snaží být vstřícná, spolupráce je však pouze formální. Dívka má tendence problémy bagatelizovat. Zjevná je porucha vnímání tělesného schématu.

5.6. - 40,1kg

6.6. - 40kg

7.6. - 40kg

Klientky stav bez změn. Odpoledne byl Schultzův autogenní trénink. Klientka se po něm cítila unavena a nebyla spokojena.

8.6. - 40,3kg

Dnes na snídani opět vánočka. Klientka je rozčilená a odmítá ji jíst. Nadává, že jenom kyne a nemůže se zpevňovat. Necítí se ve své kůži dobře. Přistižena, jak se snaží cvičit. Po domluvě s lékařem byl naordinován Mirtazapin 10mg na noc.

9.6. - 40,5kg

10.6. - 40,8kg

11.6. - 40,6kg

Klientka by ráda chodila ven na procházky. Mrzí ji, že nemůže jít ven, když je slunečné počasí. Chce požádat lékaře o vycházky.

12.6. - 13.6. - 41kg

V sobotu jsme během dopoledne malovali. Klientka maluje veselé, barevné obrázky. Celé odpoledne strávila s matkou, která přišla na návštěvu. V neděli lehce znuděná. Ráda by šla domů.

14.6. - 41,2kg TK - 95/60, P-68

Klientka vypráví, jak se těší domů, až bude moci jíst svoje zdravá jídla. Odpoledne psychologické vyšetření a skupinová terapie.

15.6. - 41,3kg

16.6. - 41,5kg

17.6. - 41,5kg

18.6. - 41,6kg

19.6. - 20.6. - 42kg

Od sobotního dne má klientka dovolené vycházky. Je spokojená. V lepší náladě. Snaží se zjistit kolik kilogramů přibrala.

21.6. - 42,3kg, TK- 95/60, P-68

Na dopoledne má ošetřující lékař domluvenou konzultaci s matkou. Po domluvě lékaře s matkou bude klientka tento víkend propuštěna domů.

22.6. - 42,3kg

23.6. - 43kg

24.6. - 42,8kg

25.6. - 43,1kg

Dnes klientka propuštěna na víkend po domluvě s lékařem. Matka seznámena, že v případě problému má dceru okamžitě přivést.

26.6. - 27.6. - Klientka na propustce doma.

28.6. - 43,8kg TK - 100/50, P-72

Od samého rána klientka v dobré náladě. Vypráví, jaké to bylo doma a co dělala. Na odpoledne má domluvené sezení s ošetřujícím lékařem. Zítra pozvána matka na domluvu ohledně plánovaného propuštění.

29.6. - 43,9kg

Ráno přišla matka, která s dcerou a lékařem konzultovala víkendovou propustku. Víkend proběhl v pořádku. I když klientka vyžadovala lehce stravitelnou stravu. Po domluvě s lékařem a psychologem bude klientka 2.7. propuštěna. Do té doby je plánována konzultace s psychologem.

30.6. - 44kg

1.7. - 44kg

2.7. - 44,5kg

Souhrn průběhu hospitalizace:

17-ti letá byla přijata pro poruchu příjmu potravy charakteru mentální anorexie na oddělení dětské psychiatrie pro doporučení pedagoga ze střední školy a dětské ošetřující lékařky. Na oddělení se dívka celkem dobře adaptovala. Od prvního dne byla klientka seznámena s anorektickým režimem. Zpočátku tendence zaměňovat jídla či žádosti o zdravější formu stravování. Od počátku hospitalizace nárůst hmotnosti z 39kg na 44,5kg. To znamená nárůst o 5,5 kg. Během hospitalizace provedena MR mozku bez patologie. Pacientka celkově projasněná, pozitivně naladěná, sama udává, že se cítí lépe. Psychický stav ověřen propustkou domů na víkend. V den propuštění se objevilo menstruační krvácení. Pacientka propuštěna v psychicky a somaticky kompenzovaném stavu do ambulantní péče.

10 Diskuze

V následující kapitole se budu snažit o dosažení stanovených cílů na začátku praktické části práce. Veškeré informace uvedu do tabulky pro jejich přehlednost. Jeden z mých cílů a to sepsání stěžejních informací o mentální anorexii byl dosažen, již v teoretické části. Nyní se budu věnovat druhému cíli a to porovnávání zjištěných informací od mých klientek. Údaje budou sumarizovány do několika základních celků.

Tabulka 5 porovnání informací získaných od obou klientek

Oblast srovnávání	Kazuistka 1	Kasuistika 2
1) Premorbidní osobnost	Veselá, vůdčí osobnost. Psychicky odolná. Měla radost ze života.	„Pohodářka“. Nikdy se moc neučila. Sebevědomá.
2) Společenský život nyní, partnerství	Touha po přátelích. Se závistí hovoří o svých „šťastných“ kamarádkách. Bez partnera. Zaměřená pouze na hubnutí.	S partnerem se rozešla jakmile začala hubnout. Ztráta veškerých přátel. Do společnosti nechodí protože nemá sílu.
3) Počátek nemoci	Před 16tým rokem. Plíživý začátek. Hospitalizace ve FN Plzeň.	Před 16tým rokem. Plíživý začátek. Hospitalizace ve FN Plzeň.
4) Vztah k nemoci	K si uvědomuje problém, ale říká, že nemůže přibrat. Má strach, že se jí přibírání vymkne z rukou. Nárůst váhy oddaluje na další dny.	K sama požádala o pomoc. Ví, že není v pořádku, ale nárůstu váhy se brání.
5) Vztah k jídlu	K nikdy nesní víc než by měla. Každé jídlo rozebírá na malé kousky a jí velice dlouho. Smlouvá o záměnu jídla. Preferuje dietní pokrmy. Sama tvrdí, že má jídlo ráda a chutná jí.	K má panickou hrůzu z „nezdravých“ potravin. Chce jíst pouze nedoslazovaná a neslaná jídla. Především „bio“. Vybírá si jídla pouze lehce stravitelná a netučná.

6) Zdravotní komplikace	<ul style="list-style-type: none"> - sekundární amenorea - padání vlasů, suchá kůže, lanugo - hypotenze - problémy se spánkem ve smyslu problémy s usínáním, mělký spánek, časně buzení - obstipace - únava - hypercholesterolemie - zimomřivost - snížená imunita - únava 	<ul style="list-style-type: none"> - sekundární amenorea - padání vlasů, suchá kůže, lanugo - hypotenze - problémy se spánkem ve smyslu problémy s usínáním, mělký spánek, časně buzení - obstipace - únava - hypercholesterolemie - zimomřivost - snížená imunita - únava
7) Výkon, úspěch	<p>K je zaměřena především na perfektní výkon ve škole. Chce být nejlepší. Taktéž to má s dietou. Chce ukázat svým rodičům, že si umí jít za svým cílem. Denně se učí několik hodin. Inteligentní a perfekcionistka.</p>	<p>K se také učí několik hodin denně. Dietu vnímá jako prostředek jejího největšího úspěchu. Velice inteligentní.</p>
8) Zájmy	<p>Vaření, učení a sport. Klientka studuje kuchařky a vaří pro své okolí.</p>	<p>Vaření, sport a zdravá výživa.</p>

9) Vztahy v rodině	Klientka žije s rodiči v rodinném domě. Jako malá měla kladný vztah k otci. Když už nebyla dítě začala K vnímat, jak se ji otec straní. Začala si více rozumět s matkou, ale nikdy nesouhlasila s jejími názory. Rodina preferuje štíhlost. Od puberty problémy v rodině. Neučila se a rodiče. Často hádky, které jsou i nyní, ale teď kvůli K hubenosti.	Klientka žije s matkou a bratrem. Matka se hodně zajímá o zdravou životosprávu. Od malička vyrůstá ve zdravé výživě. V rodině odsuzují obezitu. S matkou napjaté vztahy. Klientka tvrdí, že ji matka nikdy nerozuměla.
10) Vztah k sobě samé	Klientka nenávidí sebe samu. Říká, že spáchá sebevraždu, protože ji nikdo nemá rád. Je nespokojená se svým vzhledem. Chápe, že trápí všechny kolem sebe, ale nedokáže s tím nic dělat.	Klientka vnímá problém s jídlem, ale se svou štíhlostí je celkem spokojená. Říká, že jsou i horší případy. Ráda se fotí a chtěla by být modelkou.
11) Osobnost nyní	Klientčin psychický stav je velmi labilní. Sklony k hysterii. Střídání nálad. Tvrdohlavá. Sklon k sebevraždě.	Klientka je plačtivá. Lituje sebe samu. Introvertka.

Zdroj: vlastní

Porovnání výsledků:

- 1) Obě klientky byly veselé extrovertky, které do doby nemoci žily jako každá jiná dívka v jejich věku. Osobnost před onemocněním byla v obou případech téměř stejná.

- 2) Ačkoliv jedna z klientek partnera měla, kvůli K dietě došlo k rozchodu. Obě K touží po přátelích, ale do společnosti odmítají chodit. Dle mého názoru je to kvůli svému studu za štíhlou postavu, ale také kvůli vědomí kalorického příjmu z alkoholových a jiných nápojů.
- 3) Začátek nemoci u obou K ve stejném věku a to před 16. rokem.
- 4) Obě klientky touží po uzdravení. Vědí, že je problém. Nejsou schopné tento problém vyřešit. Svou nemoc nenávidí. Uznávají chybu a spolupracují. Snaží se interpretovat racionální uvažování. Svou inteligenci a dychtivost po štíhlosti dokáží skvěle využít pro manipulaci se svým okolím.
- 5) Obě klientky i přes svou nízkou váhu jedí dietně. Brání se tedy nárůstu tělesné hmotnosti.
- 6) Veškeré zdravotní komplikace jsou pro obě nemocné shodné.
- 7) Obě klientky se extrémně věnují učení. Touží být ve všem nejlepší. Jsou cílevědomé.
- 8) Zájem o vaření a učení je pro obě K shodný.
- 9) Obě klientky vnímají napjatou situaci ve vztahu s matkou. Otec jedné K s rodinou nežije. Druhá K žije s oběma rodiči, ale vztah s otcem je od klientčiny puberty chladný.
- 10) Ve vztahu k sobě samé jsem zjistila rozdílné informace. Klientka z první kazuistiky nenávidí sebe samu a je nespokojená se svým vzhledem. Klientka pro druhou kazuistiku je ráda za svou štíhlost a se vzhledem je spokojená.
- 11) Co se týče osobnosti došlo k výrazné změně a to na naprostý opak t původních osobnostních znaků. Klientky, které byly veselé, komunikativní a šťastné, jsou nyní naprostý opak. Introverty, samotářky bez přátel a vlastně i bez života.

Jelikož jsem velice intenzivně studovala veškerou literaturu zabývající se problematikou MA a oba případy, které jsou v této práci znám s velkou přesností, troufla bych si upřesnit diagnózu obou klientek.

Klientka z první kazuistiky trpí zvláštní formou mentální anorexie a to: mentální anorexie sympatica. Jedná se o zvláštní druh MA, který nastává v okamžiku separace od rodičů.

Klientka pro druhou kazuistiku nyní opravdu trpí mentální anorexií, ale na počátku celé problematiky stála Ortorexia nervosa. Jedná se o poměrně novou problematiku,

kdy nemocná trpí chorobným strachem z nezdravých potravin. Na jejím konci nemocná odmítá veškeré jídlo až na ovoce a zeleninu.

Nemoc je pro obě dívky forma protestu a ukázka nespokojenosti. Nespokojenost nedokáže přesně definovat. Proto je léčba obou klientek tak komplikovaná.

Následující text bude sloužit k porovnání informací z předchozí tabulky s odbornou literaturou. Na konci této tabulky zjistíme, do jaké míry se shodují mé informace s odbornou literaturou.

Tabulka 6 porovnání informací od klientky 1 s odbornou literaturou

Oblast	Klientka 1	Literatura	Shodné?
Věk výskytu	Před 16tým rokem	Nejčastěji mezi 8 - 16 rokem života.	ANO
Dívky X Muži	Klientka je žena.	V 95% u žen.	ANO
Ideál krásy	Klientka i její rodina preferuje štíhlost. Inteligentní, štíhlá a krásná dívka je pro ni ideálem.	Literatura píše, že nemocné vidí ideál v štíhlosti.	ANO
Problémy v rodině	Klientka v rozhovoru přiznala, že s rodiči má problém už od puberty. Cítí nenávisť ze strany otce. Hádky od dětství. Začalo to špatným učením nyní kvůli štíhlosti.	Výskyt v rodinách, kde jsou nevyřešené problémy	ANO
Sourozenci	Klientka má nevlastního bratra z otcovi strany. Bratr s rodinou nežije a navštěvuje je málokdy.	Literatura píše, že nemoc postihuje z větší části nemocné, které jsou vychovávány jako jedináčkové.	ANO

Výkon	Klientka chce dokázat svým rodičům, že se dokáže učit. Usiluje o podání nejlepšího výkonu a tím potěšit rodiče .	Zejména u dívek zaměřených na výkon. Snaží se docílit perfekcionismu ve všech oblastech.	ANO
Sebevědomí	Klientka trpí velmi nízkým sebevědomím. Je nespokojená se svým vzhledem. Celkově se podceňuje a nevěří si.	U dívek s velmi nízkým sebevědomím.	ANO
Spolupráce	Klientka odmítá spoluprací, ale snaží se hovořit s náhledem na situaci. Říká, jak si je vědoma svého problému. O své nemoci podává racionální úvahy. Jde ovšem o pouhou manipulaci.	Píše se, že nemocné jsou ochotné spolupracovat a hovoří velmi inteligentně. To vede k převedení pozornosti od jejich štíhlosti.	ANO
Jídlo	Klientka smlouvá o množství snědeného jídla. Lékaře přemlouvá, aby ji změnil druh stravování. Během hospitalizace přistižena, jak vyhazuje jídlo do talíře k ostatním P.	Dívky se snaží jíst, co nejméně. Vybírají si méně kalorická jídla. Vymlouvají se, že to nejedí. Snaží se jídlu vyhýbat.	ANO

Sport	Klientka neustále chodí nebo jezdí na koloběžce po oddělení pro snížení energetického příjmu. V průběhu hubnutí cvičila několik hodin denně. Snaží se cvičit i na pokoji.	Extrémní sportování s cílem snížení energetického příjmu.	ANO
Společenský život	Ztráta veškerých přátel, ale zároveň touha po běžném životě dospívající dívky.	Nemocné se uzavírají sami do sebe. Společnosti se vyhýbají. Bez přátel. Naprostý konec společenského života.	ANO
Zájmy	Klientka má zájem pouze o vaření, učení a sport.	Literatura informuje o zájmu ve vaření. Nemocné vaří pro ostatní, o jídle často mluví. Sportují, často do úplného vyčerpání.	ANO
Sexualita	Nezájem o opačné pohlaví.	Asexuálnost.	ANO

Komplikace	<p>Hypotenze = kardiovaskulární komplikace</p> <p>Hypercholesterolémie = renální komplikace</p> <p>Špatné hojení ran, zvýšená nemocnost a zimomřivost = hematologické komplikace</p> <p>Obstipace = gastrointestinální komplikace</p> <p>Únava</p> <p>Amenorea = komplikace v oblasti plodnosti</p> <p>Lanugo = dermatologické komplikace</p>	<p>Nastávají komplikace v oblastech: Kardiovaskulárních, renálních, gastrointestinálních, kosterních, hematologických, metabolických a v oblasti plodnosti.</p>	ANO
Osobnost	<p>V osobnosti nastala výrazná změna. Klientka je uzavřená sama do sebe. Nezajímá se o své okolí. Je pesimistická a smutná. Sklon k suicidiálnímu chování</p>	<p>U dívek s nízkým sebevědomím. Záměrná devastace jako druh sebepoškození. Perfekcionistky, které mají vše naplánováno.</p>	ANO

Zdroj: vlastní

Tabulka 7 porovnání informací od klientky 2 s odbornou literaturou

Oblast	Klientka 2	Literatura	Shodné?
Věk výskytu	Počátek onemocnění před 16 věkem života.	Nejčastěji mezi 8 – 16 rokem života.	ANO
Dívky X Muži	Jedná se o ženu.	V 95% u žen.	ANO
Ideál krásy	Matka shledává krásu ve štíhlé postavě a úspěšnosti. Klientka přebírá matčino přesvědčení.	Literatura píše, že nemocné vidí ideál v štíhlosti.	ANO
Problémy v rodině	Klientka si stěžuje, že ji matka nikdy nerozuměla a nikdy nevěřila v její úspěch. Tyto problémy bych spíše považovala za „typické“ pro období dospívání.	Výskyt v rodinách, kde jsou nevyřešené problémy	NE
Sourozenci	Klientka má staršího bratra, který nadále žije s rodinou v jedné domácnosti.	Literatura píše, že nemoc postihuje z větší části nemocné, které jsou vychovávány jako jedináčkové.	NE
Výkon	Klientka je perfekcionistka. Ve všem se snaží být dokonalá. Zaměřená na výborný výkon ve škole.	Zejména u dívek zaměřených na výkon. Snaží se docílit perfekcionismu ve všech oblastech.	ANO
Sebevědomí	Ačkoli klientka tvrdí, že se jí štíhlost nelíbí, stále ji považuje za svoji přednost. V komunikaci působí sebevědomě	U dívek s velmi nízkým sebevědomím.	NE

Spolupráce	Klientka pohlíží na svou nemoc rozumně. Svůj problém chce řešit a snaží se přesvědčit své okolí o své touze se uzdravit. Nadále se však brání nárůstu tělesné hmotnosti. Její spolupráce je spíše manipulací.	Píše se, že nemocné jsou ochotné spolupracovat a hovoří velmi inteligentně. To vede k převedení pozornosti od jejich štíhlosti.	ANO
Jídlo	V průběhu léčby klientka bojuje s přídávky stravy. Vymlouvá se na nesprávně ochucené jídlo. Vyžaduje svoji zdravou výživu a bio stravu.	Dívky se snaží jíst, co nejméně. Vybírají si méně kalorická jídla. Vymlouvají se, že to nejedí. Snaží se jídlu vyhýbat.	ANO
Sport	Klientka žije aktivní život. Snaží se být neustále v pohybu. Během hospitalizace je nespokojená s nedostatkem pohybových aktivit.	Extrémní sportování s cílem snížení energetického příjmu.	ANO
Společenský život	Během hubnutí klientka ztratila veškeré přátele. Společnosti se spíše vyhýbá. Přátele by si přála, ale nic pro to nedělá.	Nemocné se uzavírají sami do sebe. Společnosti se vyhýbají. Bez přátel. Naprostý konec společenského života.	ANO

Zájmy	Pouze vaření, sport a učení.	Literatura informuje o zájmu ve vaření. Nemocné vaří pro ostatní, o jídle často mluví. Sportují, často do úplného vyčerpání.	ANO
Sexualita	Klientka nejeví zájem o druhé pohlaví.	Asexuálnost.	ANO
Komplikace	Hypotenze = kardiovaskulární komplikace Hypercholesterolémie = renální komplikace Špatné hojení ran, zvýšená nemocnost a zimomřivost = hematologické komplikace Obstipace = gastrointestinální komplikace Osteoporóza = kosterní komplikace Únava Amenorea = komplikace v oblasti plodnosti Lanugo = dermatologické komplikace	Nastávají komplikace v oblastech: Kardiovaskulárních, renálních, gastrointestinálních, kosterních, hematologických, metabolických a v oblasti plodnosti.	

Osobnost	Ačkoli je dívka stále sebevědomá, změna osobnosti nastala. Dívka je introvertka, plačtivá. Přehnaná perfekcionistka, vyhýbá se společnosti.	U dívek s nízkým sebevědomím. Záměrná devastace jako druh sebepoškození. Perfekcionistky, které mají vše naplánováno.	ANO
----------	---	---	-----

Zdroj: vlastní

Po srovnání předchozích informací zjišťuji, že veškerá literatura podává převážně shodné a dle mého názoru pravdivé informace o mentální anorexii. Literatury zabývající se touto problematikou je značné množství. V každé literatuře si můžete přečíst podobné informace, se kterými po provedeném výzkumu souhlasím. Zatím, však stále žádná nepřišla na léčbu mentální anorexie. Po mém zjištění soudím, že odborné knihy jsou vhodným zdrojem pro získání informací o této nemoci.

Na závěr bych ráda poskytla několik doporučení v péči o nemocnou dívku. Tyto informace jsem získala během pozorování a ošetřování svých klientek. Další pomůckou mi byla odborná literatura a v neposlední řadě má zkušenost s nemocí, která mi dovolila poznat tajemství těchto nemocných dívek.

V komunikaci: nikdy neinformovat klientku o přírůstku váhy. Nechválit, jak nemocná vypadá lépe, když přibrala. Pozor na příliš dominantní vystupování, ale buďte chytří a obezřetní..

V kolektivu: pozorně sledujte, zda ve skupině mentálních anorektiček nevzniká rivalita o nižší váhu. Nemocné mají sklony soupeřit o to, která bude štíhlejší.

Podvody: Nemocné dívky jsou velmi vynalézavé. Před vážením tělesné hmotnosti dokáží vypít několik litrů tekutin, aby byla jejich hmotnost vyšší. Při vážení musí být klientka svlečená. Pokud není je možné, že si dá do kapes těžké předměty. Při jídle je nutno sledování, protože dívky i v malém okamžiku dokáží jídlo schovat, či přehodit do jiného talíře. Snažte se je během dne často kontrolovat a to i v noci. Dokáží totiž cvičit i v situaci, kdy všichni spí. Všechno jídlo musí jíst před vámi, jinak vše vyhodí. A nezapomínejte na riziko přechodu MA do mentální bulimie. Pomyslná mez mezi těmito poruchami je velmi nízká, proto se snažte nemocnou dívku kontrolovat po najezení. Je zde riziko, že se mentální anorektička začne zbavovat jídla zvracením. Pozornost je nutné věnovat pitnému režimu nemocné dívky. V akutní

fázi MA dochází k odmítání nejen stravy, ale i tekutin ze strachu nárůstu tělesné hmotnosti.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo poskytnutí komplexních informací o mentální anorexii, které jsou obsaženy v první části práce, tedy teoretické. V praktické části jsem pomocí dvou kazuistik objasnila společné znaky mých klientek, které bychom mohli považovat za rizikové faktory mentální anorexie. Informace jsem od svých klientek získávala formou rozhovoru, pozorováním a analýzou dat z dokumentace. Společné znaky obou klientek jsem porovnávala s odbornou literaturou, která je ve stručnosti použita v praktické části. Při interpretaci výsledků jsem zjistila, že většina informací obou klientek je téměř shodná a následně potvrzuji, že zjištěné údaje jsou v 88,5% shodné s odbornou literaturou, která se touto problematikou zabývá.

Mou snahou bylo pro klientky vytvořit edukační plán a stanovit významné ošetrovatelské diagnózy. Z několikaleté zkušenosti s onemocněním a zároveň studiem již sedmým rokem programu ošetrovatelství jsem shromáždila několik doporučení a varování v péči o klientku s mentální anorexií.

Výskyt mentální anorexie zaznamenává v posledních letech rapidní nárůst. Závažnost choroby je velmi podceňována a v zásadě se málo ví, jak fatální konec může nastat v případě, že se nemocné dívky neléčí. Jedním ze zásadních problémů mentální anorexie považuji to, že jde o nemoc, která postihuje především dospívající dívky, které se stále ještě vyvíjí a potřebují dostatek energie. Věk výskytu nemoci se stále posouvá do nižších věkových skupin. Mentální anorexie však nezasahuje pouze do života samotné dívky, ale i do dění v celé rodině. Blízcí, si až v situaci, kdy lékař vysloví diagnózu mentální anorexie, zjišťují, co vlastně nemoc znamená. Právě protože sama vím, kolik mé okolí vědělo o mentální anorexii, navrhovala bych, aby se o nemoci stále více psalo a mluvilo. Dalším důležitým principem, jak předejít vzniku mentální anorexie je z mého pohledu prevence. Preventivních programů, které by veřejnost seznámily s onemocněním je pouhá hrstka a často dochází k jejich zániku z nedostatku finančních prostředků. Mentální anorexie patří mezi nejzáhadnější nemoci. Dodnes jsme nebyli schopni identifikovat reálnou příčinu nemoci a tudíž léčba je minimální. Jediná pomoc, která se nemocným během hospitalizace dostane je formou „výkrmu“, který ovšem neřeší jádro problému

mentální anorexie. Naše republika patří mezi odstrašující případ v oblasti léčby mentální anorexie. Takto nemocné klientky jsou převážně léčeny na odděleních pro psychiatrické pacienty. Právě, takto stresující prostředí nahrává zhoršenému průběhu léčby. Stačí se poohlédnout kousek za hranice. Úroveň léčby v Německu je daleko kvalitnější. Existují zde kliniky přímo pro léčbu mentální anorexie, které zaznamenaly ohromné pokroky při léčbě této nemoci. Možná, že právě proto, zde není, tak vysoký nárůst incidence jako u nás. Jako další problém vnímám média, která popularizují stále štíhlejší modelky a módní svět velí doslova vychrtlé postavy.

Mohlo by se zdát, že má práce je subjektivní. Ale já vím, že tomu tak není. Měla jsem možnost poznat stránku, jak postiženého jedince, tak i zdravotnického pracovníka, který takto nemocné dívky ošetřuje a komunikuje s nimi. Své poznatky jsem se snažila uplatnit v této práci a doufám, že má práce bude dobrou pomůckou nejen pro zdravotnické pracovníky a studenty programu ošetřovatelství, ale i pro širokou veřejnost a blízké osoby takto nemocných dívek.