

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ANOREKSJĄ – STUDIUM PRZYPADKU

Nursing care for a patient with anorexia – case study

Natalia Solich¹, Ewelina Kolarczyk²

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu (studentka)

² Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu

adres do korespondencji: natalia.solich@op.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Anoreksja, jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN) jest zaburzeniem psychicznym zaliczanym do grupy zaburzeń odżywiania, charakteryzującej się celową utratą wagi ciała przez odmawianie posiłków oraz nadmierne ćwiczenia fizyczne.

Cel pracy. Określenie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentki z anoreksją, przebywającej w Oddziale Psychiatrii.

Materiał i metody. Materiał do badań stanowił indywidualny przypadek 16-letniej pacjentki ze zdiagnozowanym jadłowstrętem psychicznym hospitalizowanej w trybie nagłym w Oddziale Psychiatrycznym. Dane dotyczące stanu zdrowia fizycznego oraz psychicznego pacjentki pochodzą z analizy dokumentacji medycznej, obserwacji oraz przeprowadzonego wywiadu z pacjentką.

Wyniki. W trakcie hospitalizacji pacjentki na oddziale psychiatrycznym udało się uzyskać docelową masę ciała wynoszącą 41 kg oraz nie dopuszczono do powikłań somatycznych anoreksji.

Wnioski. 1. W opiece nad pacjentem z anoreksją pielęgniarka powinna uwzględniać potrzeby biopsychosocjalne pacjenta. 2. W leczeniu anoreksji podstawową formą leczenia jest psychoterapia, natomiast farmakoterapia odgrywa najmniejszą rolę. 3. Ważne jest zaangażowanie rodziny w proces leczenia oraz wyedukowanie w przypadku wystąpienia nawrotu choroby.

Słowa kluczowe: anoreksja, zaburzenia odżywiania, opieka pielęgniarska.

SUMMARY

Background. Anorexia (*anorexia nervosa*, AN) is a mental disorder classified as an eating disorder, characterized by intentional weight loss through food denial and excessive exercise.

Objectives. To show nursing problems occurring in a patient with anorexia, staying in a psychiatric ward.

Material and methods. The work describes the individual case of a 16-year-old patient diagnosed with anorexia nervosa hospitalized in emergency in the Psychiatric Department. The data concerning the patient's physical and mental health were obtained from the analysis of medical records, observations and interview with the patient.

Results. During the hospitalization of the patient at the psychiatric ward a target body weight of 41 kg was achieved and somatic complications of anorexia were prevented.

Conclusions. 1. In the care of a patient with anorexia the nurse should take into account the biopsychosocial needs of the patient. (2) In anorexia treatment the basic form of treatment is psychotherapy, while pharmacotherapy plays the smallest role. It is important to involve the family in the treatment process and to educate them in case of relapse.

Key words: anorexia, eating disorders, nursing care.

WSTĘP

Termin anoreksja (jadłowstręt psychiczny) jest połączeniem dwóch greckich słów *an*, oznaczający – brak oraz słowa *orexis*, który oznacza – apetyt. Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem odżywiania, które charakteryzuje się celową utratą wagi ciała wywołaną i/lub podtrzymywaną przez pacjenta [1, 2]. Rozpowszechnienie anoreksji ocenia się na od 0,2% do 0,8% osób dorosłych oraz od 0,5% do 1% u dzieci. Występowanie anoreksji wśród mężczyzn jest rzadkie i stanowi około 10% wszystkich przypadków [3]. Pomimo, że jadłowstręt psychiczny jest coraz częściej poruszany tematem w mediach, to nie przekłada się on do świadomości społeczeństwa w zakresie wiedzy o anoreksji. Istotnym problemem wydaje się zbyt późne postawienie diagnozy. Początek anoreksji nie ma widocznych objawów, a osoby bliskie pacjenta zbyt późno dostrzegają pierwsze objawy choroby ponieważ dlatego, że chorzy często nie identyfikują się z chorobą oraz ukrywają swoje nawyki żywieniowe. Aktualne wyniki badań nie pozwalają na ustalenie jednoznacznego czynnika, który predysponuje do powstania anoreksji, dlatego niemożliwe jest podjęcie leczenia przyczynowego. Anoreksja jest zaburzeniem odżywiania o złożonej oraz wieloczynnikowej etiologii, która wymaga zaangażowania wielu specjalistów. Za podstawową oraz najskuteczniejszą formę leczenia anoreksji jest terapia rodzinna oraz terapia poznawczo-behawioralna, której głównym celem jest praca nad zmianą dysfunkcyjnych wzorców oraz przekonań podtrzymujących problemy, jak i wzrost samooceny, akceptacji swojego ciała, po-

prawego samopoczucia oraz wypracowania strategii radzenia sobie z problemami. Poza psychoterapią wyróżnić można leczenie żywieniowe (ocena sposobu żywienia oraz stanu odżywiania, badania biochemiczne). Farmakologia odgrywa rolę głównie w leczeniu objawów psychopatologicznych, które towarzyszą anoreksji. Długotrwałe okresy głodówek niosą za sobą poważne konsekwencje, mogą prowadzić do zmian w funkcjonowaniu wielu układów, a nawet do zaniku organów wewnętrznych. Do konsekwencji anoreksji zaliczyć można m. in. brak owulacji, bradykardię, obniżone ciśnienie tętnicze krwi objawiające się zawrotami głowy oraz omdleniami, zanik mięśnia sercowego, anemię, chroniczny ból brzucha, osteoporozę i wiele innych. Obecnie nauka o zaburzeniach odżywiania jest jedną z najintensywniej rozwijających się dziedzin w psychiatrii [4–6].

CEL PRACY

Celem pracy było zdiagnozowanie podstawowych problemów pielęgnacyjnych u pacjentki z rozpoznaniem anoreksji, hospitalizowanej na Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego.

MATERIAŁ I METODY

W pracy zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Do zebrania informacji na temat stanu zdrowia pacjentki wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad (przeprowadzony został po uprzednim uzyskaniu zgody w środowisku domowym pacjentki wraz z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza

wywiadu, notatki były sporządzane w trakcie przeprowadzania wywiadu), rozmowa, analiza dokumentacji medycznej, obserwacja pielęgniarstwa oraz pomiary parametrów życiowych (puls, ciśnienie tętnicze, częstość oddechu, temperatura ciała). Jako narzędzia badawcze wykorzystano m.in.: skróconą wersję ankiety oceniającą jakość życia WHOQoL-BREF, kwestionariusz społeczno-kulturowych postaw wobec własnego ciała SATAQ3, skalę Oceny Ciała (*Body Esteem Scale*), skalę Samooceny SES M. Rosenberga oraz skalę depresji Becka.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka 16-letnia, z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, pozostająca pod opieką matki oraz jej partnera, została przyjęta po raz trzeci na oddział psychiatryczny w trybie nagłym (z dokumentacji medycznej wynika, że poprzednie hospitalizacje były planowe), po konsultacji na Izbie Przyjęć, gdzie zgłosiła się wraz z matką oraz skierowaniem od lekarza pediatrii z powodu wyniszczenia wynikającego z niedoboru masy ciała, która przy przyjęciu wynosiła 33 kg przy wzroście 155 cm (BMI = 13,7). Przy przyjęciu pacjentka była w pełnej orientacji oraz obojętnym nastroju, potwierdzała także okresowo występujące myśli samobójcze. Pacjentka przyznała, iż po ostatniej hospitalizacji powróciła do nasilonych restrykcji pokarmowych oraz wyczerpujących ćwiczeń fizycznych. Pacjentka neguje stosowanie innych strategii kompensacyjnych w postaci prowokowania wymiotów lub zażywania środków przeczyszczających. Z powodu utrzymującej się niskiej masy ciała pacjentki oraz ryzykiem powstania powikłań somatycznych włączono żywienie dietą przemysłową przez sondę, którą zakończono po osiągnięciu wagi 34,3 kg. Wśród innych problemów pielęgnacyjnych zaobserwowano u pacjentki: niską samoocenę, lęk przed przybraniem na wadze oraz obniżony nastrój. U pacjentki obserwowano dalszą utratę masy ciała oraz brak akceptacji choroby i w związku z tym zdecydowano o ponownym zastosowaniu podaży pokarmu przez sondę, którą zakończono po osiągnięciu 36 kg. W ciągu kilku dni od zakończenia żywienia przez zgłębnik stan pacjentki poprawił się, uzyskano stabilny przyrost masy ciała, któremu towarzyszyła zauważalna poprawa nastroju oraz stopniowe uzyskiwanie akceptacji choroby. Pacjentka została wypisana do domu planowo w 84. dobie pod opieką matki po uzyskaniu docelowej wagi wynoszącej 41 kg (BMI = 17,06).

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Diagnoza pielęgniarstwa 1. Występowanie myśli samobójczych.

Cel opieki: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz zwiększenie motywacji i chęci do życia.

Działania pielęgniarstwa:

- zapewnienie bezpiecznego otoczenia (przez ograniczenie dostępu do niebezpiecznych przedmiotów, ograniczenie liczby i natężenia bodźców, zapewnienie sali umożliwiającej ścisłą obserwację chorego);
- akceptacja oraz okazanie empatii przez pielęgniarkę;
- ocena stanu psychicznego pacjentki (przez codzienną obserwację, zastosowanie skali depresji Becka);
- dopilnowanie zażywania leków przez pacjentkę (sertralina, aripiprazol), podawanych zgodnie z indywidualną kartą zleceń w celu niedopuszczenia do ich gromadzenia;
- zaproponowanie rozmowy z psychologiem;
- częsta obserwacja pacjentki oraz obecność przy chorej szczególnie w okresie nasilenia objawów związanych z nasileniem tendencji samobójczych (nagła zmiana nastroju, niepokój psychoruchowy, bezsenność, silne poczucie lęku oraz poczucie beznadziejności i winy);
- zastosowanie odpowiedniej farmakoterapii zgodnie z indywidualną kartą zleceń oraz upewnienie się przez pielęgniarkę, że pacjentka przyjmuje leki (kontrola pacjentki podczas zażywania leków i sprawdzenie jamy ustnej po zażyciu przez nią leków) [7–9].

Diagnoza pielęgniarstwa 2. Niechęć przyjmowania pokarmów oraz spadek masy ciała w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

Cel opieki: zapobieganie dalszemu spadkowi masy ciała.

Działania pielęgniarstwa:

- zyskanie zaufania u pacjentki przez okazywanie empatii i zrozumienia;
- rozmowa oraz zachęcenie chorej do spożywania posiłków;
- stosowanie diety zgodnej z ustaleniami dietetyka oraz lekarza;
- prowadzenie ścisłej obserwacji chorej podczas spożywania pokarmów oraz prowadzenie dokumentacji spożywanych posiłków (dieta powinna być urozmaicona, posiłki podawane często w małych ilościach, a kaloryczność posiłków w początkowym okresie powinny wynosić 1200–1500 kcal/dzień, a docelowo 3500 kcal/dzień);
- eliminacja niewłaściwych zachowań żywieniowych;
- w celu uniknięcia ewentualnych zachowań kompensacyjnych, ścisła, jawna obserwacja pacjentki przez około 1 godzinę po spożyciu posiłku;
- kontrola masy ciała według ustalonych zasad (najczęściej codziennie rano na czczo po pierwszym wypróżnieniu) oraz dokumentacja ilości przyjmowanych płynów;
- stosowanie pozytywnych wzmocnień związanych z odżywianiem, np. w postaci pochwały;
- zastosowanie sondy żołądkowej w przypadku, gdy pacjentka odmawia przyjęcia posiłku dłużej niż 48 godzin [4, 7].

Diagnoza pielęgniarstwa 3. Ryzyko powikłań somatycznych spowodowane wyniszczeniem wynikającym z niedoboru masy ciała.

Cel opieki: zapobieganie powikłaniom somatycznym anoreksji.

Działania pielęgniarstwa:

- nawiązanie terapeutycznego kontaktu z pacjentką;
- obserwacja stanu zdrowia pacjentki dotycząca występowania powikłań somatycznych;
- kontrola masy ciała (codziennie rano na czczo), parametrów życiowych oraz ich dokumentacja;
- prowadzenie bilansu płynów w celu niedopuszczenia do odwodnienia i zaburzeń gospodarki elektrolitowej oraz kontrola wypróżnień;
- edukacja pacjentki oraz omówienie konsekwencji zdrowotnych z powodu odmowy przyjmowania pokarmów;
- realizacja zleconej diety (wysokokalorycznej, urozmaiconej oraz uzupełnienie niedoborów pokarmowych);
- podaż płynów drogą dożylną na zlecenie lekarza [8].

Diagnoza pielęgniarstwa 4. Lęk przed przybraniem masy ciała w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

Cel opieki: zmniejszenie natężenia lęku.

Działania pielęgniarstwa:

- nawiązanie kontaktu z pacjentem;
- stworzenie przyjaznej atmosfery;
- okazanie zrozumienia wobec zachowania pacjentki;
- edukacja chorej na temat konsekwencji niedożywienia;
- zachęcanie pacjentki do uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych;
- zastosowanie leków uspokajających (relanium w dawce nieprzekraczającej 4 mg) według indywidualnej karty zleceń [7, 8, 10].

Diagnoza pielęgniarstwa 5. Niska samoocena u pacjentki z anoreksją.

Cel opieki: poprawa obrazu własnego ciała, uzyskanie akceptacji ciała.

Działania pielęgniarstwa:

- nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentką;
- rozpoznanie czynników wpływających na niską samoocenę;

- akceptacja negatywizmu pacjentki względem swojego wyglądu;
- zachęcenie pacjentki do wspólnego omówienia myśli, emocji i zachowań związanych z niską samooceną;
- podwyższenie samooceny chorej przez okazywanie jej dużego zainteresowania;
- wzmacnianie pozytywnych oczekiwanych zachowań pacjentki związanych z zaburzoną percepcją swojego ciała;
- odwracanie uwagi chorej od koncentrowania się na swoim ciele przez zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, angażowanie pacjentki w życie oddziału [7–10].

Diagnoza pielęgniarska 6. Zaprzeczanie chorobie oraz brak współpracy.

Cel opieki: pomoc w uzyskaniu przez pacjentkę prawidłowego obrazu własnej choroby.

Działania pielęgniarskie:

- nawiązanie i utrzymanie terapeutycznego kontaktu z pacjentką;
- zyskanie zaufania chorej;
- okazanie empatii oraz zrozumienia;
- aktywne słuchanie oraz częsta obserwacja chorej;
- rozmowa z pacjentką na temat niezwiązany z jedzeniem;
- nawiązanie współpracy z zespołem terapeutycznym;
- edukacja pacjentki w zakresie konsekwencji zdrowotnych w przypadku odmowy leczenia;
- zachęcenie pacjentki do zażywania leków;
- motywacja pacjentki przez wskazanie postępów w leczeniu innych pacjentów w oddziale przygotowujących się do wypisu [8, 9].

Diagnoza pielęgniarska 7. Obniżony nastrój z powodu włączenia żywienia diety przemysłowej przez sondę.

Cel opieki: zmniejszenie objawów depresyjnych, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Działania pielęgniarskie:

- nawiązywanie częstego kontaktu z pacjentką;
- zrozumienie aktualnej sytuacji chorej;
- wyjaśnienie chorej konieczności włączenia żywienia przez zgłębnik;
- wspieranie pacjentki oraz angażowanie w proces leczenia;
- aktywne słuchanie oraz zachęcanie do opisu własnych przeżyć;
- zaproponowanie rozmowy pacjentki z psychologiem, zachęcenie do udziału w zajęciach terapeutycznych;
- dostrzeganie pozytywnych zmian w nastroju;
- zastosowanie farmakoterapii (sertraliny w dawce maksymalnej 50 mg) według indywidualnej karty zleceń [7–9].

WYNIKI

U pacjentki w trakcie hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym w wyniku zaplanowanych działań pielęgniarskich i ich realizacji uzyskano następujące cele: w problemie pielęgnacyjnym, jakim było występowanie myśli samobójczych w wyniku podjętych działań, zwiększono motywację i chęci do życia oraz zapewniono pacjentce poczucie bezpieczeństwa. W problemie, jakim była niechęć przyjmowania pokarmów oraz spadek masy ciała, przez zastosowane interwencje pielęgniarskie, udało się uzyskać docelowo 41 kg. U pacjentki z powodu wyniszczenia

wynikającego z niedoboru masy ciała i związanym z tym ryzykiem powikłań somatycznych, przez zastosowanie omówionych działań, nie dopuszczono do powstania powikłań somatycznych. Wysoki poziom lęku pacjentki przed przybraniem masy ciała zredukowano przez okresowe zastosowanie relanium w maksymalnej dawce 4 mg. U pacjentki występował problem, jakim była niska samoocena, jednakże pomimo podjętych działań nie uzyskano poprawy obrazu własnego ciała. W związku z brakiem akceptacji choroby przez pacjentkę zastosowano odpowiednie działania pielęgniarskie, co pozwoliło na uzyskanie prawidłowego obrazu własnej choroby, natomiast poprawę nastroju uzyskano w wyniku podaży sertraliny w dawce nieprzekraczającej 50 mg.

OMÓWIENIE

W pracy omówione zostały problemy pielęgnacyjne oraz zaproponowane interwencje pielęgniarskie, które wystąpiły u 16-letniej pacjentki z anoreksją. Prawidłowo opracowany proces pielęgnowania umożliwia prowadzenie profesjonalnej opieki nad chorym oraz monitorowanie postępów leczenia. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z anoreksją wymaga interdyscyplinarnego podejścia, który uwzględnia elementy: medyczne, żywieniowe, społeczne oraz psychologiczne, a leczenie anoreksji ze względu na to, iż jest to proces długotrwały oraz skomplikowany, wymaga współpracy wielu specjalistów. Należy pamiętać, iż anoreksja wśród wszystkich zaburzeń psychicznych cechuje się najwyższą śmiertelnością, która wynosi nawet 10%, dlatego tak ważne jest szybkie zdiagnozowanie pacjenta oraz rozpoczęcie leczenia [5]. W związku z ryzykiem nawrotu choroby po zakończeniu hospitalizacji pacjentka powinna mieć regularne wykonywane pomiary masy ciała, powinna kontynuować psychoterapię oraz farmakoterapię. Wskazówką dla praktyki pielęgnarskiej jest nawiązanie terapeutycznej relacji z pacjentem, pielęgniarka powinna pomóc pacjentowi w zaadaptowaniu się na oddziale psychiatrycznym, regularnie kontrolować masę ciała pacjenta oraz ilość spożywanych przez niego pokarmów, powinna również podejmować działania edukacyjne w stosunku do chorego, jak i jego rodziny. Po zakończeniu hospitalizacji rodzina pacjenta powinna pomóc w zaadaptowaniu się chorego w środowisku domowym, okazać mu wsparcie oraz motywować do kontynuowania psychoterapii oraz farmakoterapii. Ważna jest również dalsza kontrola masy ciała pacjenta, stała kontrola stanu somatycznego w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz w przypadku pogorszenia stanu zdrowia rodzina powinna pilnie skonsultować się w Izbie przyjęć. Proces leczenia opisywanego przypadku badań był długotrwały. U pacjentki wystąpił nawrót choroby, pacjentka nie odczuwała wsparcia ze strony rodziny, a przyrost masy ciała w okresie ostatniej hospitalizacji trwającej około 3 miesiące wynosił 8 kg.

WNIOSKI

1. W opiece nad pacjentem z anoreksją ważne jest holistyczne oraz interdyscyplinarne podejście, które uwzględnia jego potrzeby biopsychospołeczne.
2. Prawidłowo opracowany plan opieki jest ważnym elementem, który umożliwia profesjonalną opiekę nad pacjentem oraz monitorowanie postępów leczenia.
3. Pielęgniarka odgrywa ważną rolę w edukacji pacjenta oraz jego rodziny w kwestii sposobów radzenia sobie z objawami choroby oraz konsekwencjami przerwania leczenia.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.
Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Bartosiewicz A, Strzelecki D. „Trzecia fala” terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń odżywiania. *Psychiatr Psychol Klin* 2019; 19(2): 204–209.
2. Woźniak I. Jadłowstręt psychiczny. *Nasze Sprawy* 2018; 5(279): 29–31.
3. Skowrońska A, Sójta K, Strzelecki D. Zespół realimentacyjny jako powikłanie leczenia jadłowstrętu psychicznego. *Psychiatr Pol* 2018; 110: 1–11.
4. Jarema M. *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
5. Bator E, Bronkowska M, Ślepecki D, i wsp. Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. *Now Lek* 2011; 80(3): 184–191.
6. Szarżała D. Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki. *Kwart Nauk* 2017; 4(32): 296–311.
7. Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.

8. Wilczek-Rużyczka E. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019.
9. Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M, red. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009.
10. Kózka M, Płaszewska-Żywko L. *Diagnozy i interwencje pielęgniar-skie. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnic-two Lekarskie PZWL; 2008.

Adres do korespondencji:

Natalia Solich
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu
ul. J. Słowackiego 55
47-400 Racibórz
Tel.: 531 991-201
E-mail: natalia.solich@op.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.09.2021 r.

Po recenzji: 18.09.2021 r.

Zaakceptowano do druku: 15.10.2021 r.