OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ANOREKSJĄ

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ANOREXIA

Karolina Tomczyk[1*], Grzegorz Kobelski[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Symulacji Medycznej, Instytut Nauk Medycznych, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

[2]Instytut Nauk Medycznych, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

https://doi.org/10.29316/9788368103397_3

Streszczenie

Anoreksja jest poważnym zaburzeniem odżywiania o podłożu psychicznym, prowadzącym do celowej utraty masy ciała oraz licznych powikłań somatycznych i psychicznych. Choroba wymaga kompleksowego leczenia oraz wielospecjalistycznego podejścia terapeutycznego, w którym istotną rolę odgrywa pielęgniarka sprawująca bezpośrednią opiekę nad pacjentem. Celem rozdziału była analiza problemów zdrowotnych pacjentki z anoreksją oraz opracowanie i ocena skuteczności indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej. W rozdziale zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku. Materiał badawczy stanowiła 19-letnia pacjentka hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Dane zebrano na podstawie wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów podstawowych parametrów życiowych. Na podstawie zidentyfikowanych problemów zdrowotnych opracowano diagnozy pielęgniarskie oraz indywidualny plan opieki. U pacjentki rozpoznano liczne problemy pielęgnacyjne, w tym niedożywienie, odwodnienie, lęk przed przyrostem masy ciała, zaburzony obraz własnego ciała, bezsenność, nadmierną aktywność fizyczną, myśli samobójcze oraz deficyt wiedzy dotyczący choroby. Zastosowane działania pielęgniarskie obejmowały monitorowanie stanu somatycznego, nadzór nad realizacją zaleceń żywieniowych, edukację zdrowotną, wsparcie emocjonalne, działania profilaktyczne oraz współpracę z zespołem terapeutycznym i rodziną pacjentki. W trakcie hospitalizacji uzyskano poprawę stanu zdrowia chorej, wzrost masy ciała z 45 kg do 51 kg (BMI z 16,53 do 18,73 kg/m²), normalizację gospodarki wodno-elektrolitowej i parametrów

* e-mail: 95k.tomczyk@gmail.com

życiowych, zmniejszenie lęku, poprawę jakości snu oraz ograniczenie myśli samobójczych. Zaobserwowano również poprawę samooceny, higieny osobistej i motywacji do leczenia. Opieka nad pacjentem z anoreksją wymaga indywidualnego, holistycznego podejścia oraz ścisłej współpracy zespołu interdyscyplinarnego. Prawidłowo zaplanowane i konsekwentnie realizowane działania pielęgniarskie mają istotny wpływ na poprawę stanu fizycznego i psychicznego pacjenta oraz zwiększają skuteczność procesu terapeutycznego. Kluczowe znaczenie w leczeniu mają edukacja zdrowotna, wsparcie psychiczne oraz aktywne zaangażowanie rodziny.

Słowa kluczowe: anoreksja, jadłowstręt psychiczny, opieka pielęgniarska, studium przypadku, diagnoza pielęgniarska, leczenie interdyscyplinarne

Abstract

Anorexia is a serious psychogenic eating disorder that leads to intentional weight loss and numerous physical and psychological complications. The disease requires comprehensive treatment and a multidisciplinary therapeutic approach, in which the nurse providing direct patient care plays a significant role. The aim of this chapter was to analyze the health problems of a patient with anorexia and to develop and evaluate the effectiveness of an individualized nursing care plan. The study employed the individual case study method. The study subject was a 19-year-old female patient hospitalized in a psychiatric ward with a diagnosis of anorexia nervosa. Data were collected through interviews, observations, analysis of medical records, and measurements of basic vital signs. Based on the identified health problems, nursing diagnoses and an individualized care plan were developed. The patient was diagnosed with numerous nursing problems, including malnutrition, dehydration, fear of weight gain, a distorted body image, insomnia, excessive physical activity, suicidal thoughts, and a lack of knowledge about the illness. The nursing interventions included monitoring of the patient's physical condition, supervision of dietary recommendations, health education, emotional support, preventive measures, and collaboration with the treatment team and the patient's family. During hospitalization, the patient's health improved, with body weight increasing from 45 kg to 51 kg (BMI from 16.53 to 18.73 kg/m²), normalization of fluid and electrolyte balance and vital signs, reduced anxiety, improved sleep quality, and a decrease in suicidal thoughts. Improvements were also observed in self-esteem, personal hygiene, and motivation for treatment. Caring for a patient with anorexia requires an individualized, holistic approach and close collaboration among an interdisciplinary team. Properly planned and consistently implemented nursing interventions have a significant impact on improving the patient's physical and mental condition and enhance the effectiveness of the therapeutic process. Health education, psychological support, and active family involvement are of key importance in treatment.

Keywords: anorexia, anorexia nervosa, nursing care, case study, nursing diagnosis, interdisciplinary treatment

Wstęp

Anoreksja (jadłowstręt psychiczny) jest zaburzeniem psychicznym zaliczanym do grupy zaburzeń odżywiania polegającym na celowej utracie i podtrzymywaniu niskiej wagi ciała, która odbiega od przeciętnych norm dla wieku i wzrostu. Jest to lęk przed otyłością i utratą zgrabnej sylwetki. Anoreksja charakteryzuję się odmawianiem posiłków, stosowaniem niskokalorycznej diety, prowokowaniem wymiotów, stosowaniem środków przeczyszczających, diuretycznych i wymiotnych oraz nadmiernym wykonywaniem ćwiczeń fizycznych. Jest to zaburzony obraz własnego ciała. Anoreksja to choroba, na którą cierpi coraz więcej osób. Wśród chorych dominuje płeć żeńska, około 90% przypadków dotyczy kobiet. Występuję ona zwykle w okresie dojrzewania, między 14 a 18 rokiem życia. 75% przypadków występuję przed 25 rokiem życia (Patejuk-Mazurek, 2014).

Decyzja o przestrzeganiu diety dla uzyskania szczuplejszej sylwetki może być spowodowana przez różnorodne czynniki, w zależności od osobowości danej osoby i okoliczności, w jakich ona się znajduje. Często początkiem anoreksji szczególnie u młodych dziewczyn jest brak akceptacji własnej sylwetki. Przyczyn występowania anoreksji jest wiele, do których możemy zaliczyć m.in. brak akceptacji ze strony rówieśników, tendencja do bycia perfekcyjnym, niskie poczucie własnej wartości, zaburzenie relacji rodzinnych, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków oraz depresja. Warto również wymienić wydarzenia, które stanowią obciążenia dla danej osoby, takie jak zerwanie z chłopakiem/dziewczyną, pierwszy stosunek płciowy, niechciana ciąża, małżeństwo, ważny egzamin, przeprowadzka, zmiana szkoły/pracy, wyjazd do innego miasta z dala od środowiska rodzinnego. Trudne sytuacje, takie jak separacja, rozwód rodziców, śmierć lub przewlekła choroba bliskiej osoby, a także doświadczenie trudnych, traumatycznych sytuacji życiowych, w tym molestowanie seksualne, również mogą prowadzić do rozwoju anoreksji. Dodatkowo wpływ mediów społecznościowych oraz presja wywołana przez niektóre środowiska (np. wśród tancerzy baletowych, modelek czy sportowców) do posiadania szczupłej sylwetki również stanowią czynnik ryzyka rozwoju tej choroby (Abraham, Llewellyn-Jones, 2001; Wąsik, 2009). U osoby chorej na anoreksje może dochodzić do wielu zaburzeń biochemicznych, psychicznych, fizycznych oraz hormonalny. Podstawowym zaburzeniem biochemicznym jest odwodnienie oraz zmiany w poziomach elektrolitów w surowicy krwi. Do zaburzeń psychicznych zalicza się: bezsenność, zachowania obsesyjno-kompulsywne, zwłaszcza w odniesieniu do jedzenia,

nastrój depresyjny (niska samoocena, poczucie winy i beznadziejności), drażliwość, dezorientacja i zakłopotanie. Zmiany fizyczne to m.in. niskie ciśnienie tętnicze krwi, bradykardia, wyniszczenie organizmu oraz zaparcia i wzdęcia. Często pojawiają się obrzęk stóp i dłoni, zawroty głowy oraz omdlenia. W wyniku niedożywania dochodzi do anemii, suchość i łuszczenia się skóry, wypadania włosów, pojawienia się owłosienia na twarzy. Anoreksja może prowadzić do osłabienia siły mięśniowej, problemów z kośćmi (w tym zwiększone ryzyko wystąpienia osteoporozy), uszkodzenia wątroby, zaburzeń funkcji nerek i jelit, a także do rozwoju guzów tarczycy. U niektórych osób chorych na anoreksję pojawiają się problemy z zębami, szczególnie u tych, które prowokują wymioty. Głównym problemem jest zniszczenie szkliwa poprzez działanie na zęby kwaśnej treści żołądkowej, dodatkowo mogą one kruszyć się i stawać się bardziej podatne na próchnice. U kobiet najbardziej oczywistą zmianą hormonalną jest zanik miesiączki lub niewystąpienie pierwszej miesiączki, natomiast u mężczyzn dochodzi do obniżenia libido. W przebiegu anoreksji występują także inne zaburzenia hormonalne, stężenie większości hormonów we krwi jest obniżone, dochodzi do rozwoju niedoczynności tarczycy, mogą wystąpić niepoprawne wartości hormonu wzrostu i insuliny (Abraham, Llewellyn-Jones, 2001; Wąsik, 2009).

Bardzo często osoby chore na jadłowstręt psychiczny obsesyjnie myślą o jedzeniu, zbierają i czytają książki oraz artykuły prasowe dotyczące jedzenia i stosowania diet. Czytają znacznie więcej na temat żywienia niż przeciętni ludzie. Często również gotują dla rodzinny, co pozwala im kontrolować ilość przyjmowanego pokarmu. Pacjenci z anoreksją, gdy przestrzegają diety, aby obniżyć wagę ciała, ograniczają spożycie wszystkich składników pokarmowych, nie tylko węglowodanów (Abraham, Llewellyn-Jones, 2001). Najczęściej po kilkumiesięcznym ograniczaniu jedzenia, dochodzi do wychudzenia, które może sięgać 40%, a w skrajnych sytuacjach nawet 60% należnej masy ciała. Osoby chore wraz z postępującym ubytkiem masy ciała odsuwają się od rodziny i znajomych. Mają tendencję do planowania każdego dnia. Odstępstwo od tego planu może powodować u nich frustrację i zdenerwowanie. Początkowa euforia związana z kontrolowaniem swojego ciała może przerodzić się w strach związany z poczuciem utraty panowania nad nim, apatię, depresję, a nawet myśli samobójcze (Józefik, Pilecki, 1999). Celem rozdziału była analiza złożonych problemów pacjentki z anoreksją oraz opracowanie planu opieki pielęgniarskiej przy użyciu odpowiednich diagnoz i interwencji pielęgniarskich.

Materiały i metody

W rozdziale zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku. Do zebrania danych na temat stanu zdrowia pacjentki wykorzystano następujące techniki badawcze: obserwacja pacjentki, wywiad, analiza dokumentacji medycznej, pomiary podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, częstość oddechów, temperatura ciała). Na podstawie zebranych informacji postawiono diagnozy pielęgniarskie oraz przygotowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej.

Opis przypadku

Pacjentka lat 19, urodzona w Lublinie, studentka, niepracująca. Mieszka z mamą, rodzice pacjentki są w separacji, na co dzień nie wykazują zainteresowania córką oraz nie udzielają jej niezbędnego wsparcia. Przyjęta na oddział psychiatryczny z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Podczas przyjęcia do oddziału kontakt z pacjentką prawidłowy, nastrój obniżony, przygnębiony. U pacjentki występuje skłonność do omdleń, zawroty głowy oraz brak miesiączki. W wyniku zaparć przyjmowała środki przeczyszczające. Pacjentka jest odwodniona. Wykonuje intensywne ćwiczenia fizyczne na siłowni oraz w domu 6 razy w tygodniu. Odczuwa lęk i niepokój przed wzrostem masy ciała. Miewa myśli samobójcze. Wykazuję niechęć do dbałości o higienę osobistą. Cierpi na bezsenność. U pacjentki stwierdzono deficyt wiedzy na temat choroby i samoopieki. Parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 99/59 mm Hg, temperatura ciała 35,8°C, oddechy 18/min, masa ciała 45 kg, wzrost 165 cm, BMI: 16.53.

Problemy pielęgnacyjne

Diagnoza pielęgniarska 1. Niedożywienie spowodowane odchudzaniem się.

Cel opieki: Przywrócenie masy ciała do normy.
Działania pielęgniarskie:

- regularne przejmowanie posiłków;
- zapewnienie prawidłowego/dodatniego dobowego bilansu kalorycznego spożywanych posiłków;
- nadzór nad pacjentką w godzinach posiłków i po posiłkach;
- prowadzenie dokumentacji spożywanych posiłków i płynów;

- regularna kontrola masy ciała (codziennie rano na czczo, w bieliźnie osobistej);
- stosowanie diety zgodnej z ustaleniami dietetyka oraz lekarza;
- zapewnienie odpowiednich warunków na spożycie posiłku, np. przewietrzenie sali;
- skorygowanie niewłaściwych poglądów dotyczących żywności i przestrzegania diety;
- edukacja pacjentki oraz omówienie konsekwencji zdrowotnych z powodu odmowy przyjmowania pokarmów.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Zwiększenie masy ciała.

Diagnoza pielęgniarska 2. Odwodnienie organizmu z powodu stosowania środków przeczyszczających.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowej gospodarki wodno-elektrolitowej.
Działania pielęgniarskie:

- ocena stanu nawodnienia poprzez prowadzenie bilansu płynów, diurezy;
- wytłumaczenie pacjentce konsekwencji stosowania środków przeczyszczających;
- zachcenie pacjentki do picia 1,5-2 l wody dziennie;
- nadzór nad pacjentką w kierunku posiadania oraz zażywania środków przeczyszczających.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Gospodarka wodno-elektrolitowa została przywrócona do prawidłowego poziomu.

Diagnoza pielęgniarska 3. Lęk i niepokój przed wzrostem masy ciała.

Cel opieki: Zmniejszenie leku i niepokoju przed wzrostem masy ciała.
Działania pielęgniarskie:

- nawiązanie kontaktu z pacjentką i stworzenie przyjaznej atmosfery;
- zapewnienie bezpieczeństwa oraz odpowiedniego komfortu;
- okazanie zrozumienia oraz aktywne słuchanie pacjentki;
- zapoznanie pacjentki z całym personelem medycznym;
- regularna kontrola parametrów życiowych;
- edukacja chorej na temat konsekwencji niedożywienia;
- zapewnienie obecności rodziny przy pacjencie;
- przekonanie pacjentki do rozmowy z psychologiem;
- podaż leków uspokajających na pisemne zlecenie lekarskie.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Lęk i niepokój uległ zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska 4. Zaburzony obraz postrzegania własnej osoby.

Cel opieki: Uzyskanie normatywnego oceniania własnej wagi i kształtu ciała.
Działania pielęgniarskie:

- przekonanie pacjentki do rozmowy z psychologiem/psychoterapeutą;
- nakłanianie pacjentki do udziału w zajęciach terapeutycznych;
- wzmacnianie poczucia własnej wartości;
- edukacja pacjentki na temat prawidłowego obrazu ciała.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Ocena postrzegania własnej osoby uległa poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 5. Obniżona temperatura ciała.

Cel opieki: Utrzymanie temperatury ciała w granicach normy 36,6 °C.
Działania pielęgniarskie:

- zachęcenie chorej do spożywania posiłków i ciepłych napojów;
- noszenie ubrań odpowiednio do panujących warunków atmosferycznych na oddziale oraz w sali.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Temperatura ciała utrzymuje się w granicach normy.

Diagnoza pielęgniarska 6. Omdlenia i zawroty głowy spowodowane niskim ciśnieniem tętniczym krwi.

Cel opieki: Normalizacja ciśnienia tętniczego krwi oraz zmniejszenie ryzyka omdleń i zawrotów głowy.
Działania pielęgniarskie:

- regularna kontra ciśnienia tętniczego krwi;
- regularna obserwacja pacjentki;
- ocena stanu nawodnienia oraz zachęcenie do spożycia większej ilości płynów;
- stopniowe zwiększenie masy ciała, wprowadzenie do diety witamin i minerałów;
- unikanie nagłych zmian pozycji ciała;
- podawanie leków według zlecenia lekarskiego;
- towarzyszenie chorej przy spacerach;
- edukacja pacjentki i rodziny w ramach postępowania przy zawrotach głowy.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Ciśnienie tętnicze krwi zostało przywrócone do normy, zmniejszenie się częstotliwości omdleń i zawrotów głowy.

Diagnoza pielęgniarska 7. Niewydolność w zakresie czynności higienicznych.

Cel opieki: Zapewnienie odpowiedniego poziomu higieny.
Działania pielęgniarskie:

- regularne sprawdzanie stanu czystości skóry;
- stosowanie preparatów nawilżających skórę;
- zachęcenie do dbania o swój wygląd zewnętrzny;
- higiena jamy ustnej 2 razy dziennie;
- pomoc w czynnościach higienicznych;
- codzienna zmiana bielizny pościelowej i osobistej;
- zapewnienie intymności.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Wydolność w zakresie higieny ciała uległa poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 8. Utrata masy ciała i osłabienie organizmu w wyniku nadmiernej aktywności fizycznej.

Cel opieki: Poprawa stanu zdrowia poprzez zmniejszenie i dobór odpowiednich ćwiczeń fizycznych.
Działania pielęgniarskie:

- regularne monitorowanie masy ciała i stanu ogólnego pacjentki, kontrolowanie poziomu zmęczenia oraz objawów osłabienia organizmu;
- zmniejszenie ilości ćwiczeń fizycznych i ustalenie odpowiedniego zestawu ćwiczeń fizycznych, który będzie bezpieczny dla pacjentki;
- zachęcenie pacjentki do współpracy z trenerem od aktywności fizycznej/ fizjoterapeutom;
- edukacja pacjentki w zakresie odpowiedniego odpoczynku i regeneracji;
- edukacja pacjentki w zakresie objawów i konsekwencji wykonywania nadmiernych ćwiczeń fizycznych.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Stan zdrowia uległ poprawie, poziom zmęczenia i objawy osłabienia organizmu zostały zredukowane.

Diagnoza pielęgniarska 9. Bezsenność spowodowana lękiem i stresem objawiająca się trudnościami w zasypianiu, częstymi przebodzeniami oraz zmęczeniem w ciągu dnia.

Cel opieki: Poprawa komfortu snu.
Działania pielęgniarskie:

- monitorowanie poziomu stresu i lęku poprzez regularne rozmowy;
- identyfikacja czynników wywołujących lęk i stres;
- wsparcie psychologiczne;
- przewietrzenie sali przed snem;
- kontrola temperatury w sali, przykręcenie grzejników;
- zgaszenie oświetlenia na sali;
- zamkniecie drzwi w sali, w celu ograniczenia hałasu;
- wymiany bielizny pościelowej;
- edukacja pacjentki w zakresie higieny osobistej przed snem (ciepła kąpiel, zmiana bielizny osobistej);
- unikanie co najmniej 2 godz. przed snem oglądania TV i słuchania muzyki;
- wypracowanie nawyku kładzenia się do łóżka o stałej porze;
- zastosowanie udogodnienie poprzez poduszki terapeutyczne;
- podaż leków nasennych według zleceń lekarza.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Komfort snu uległ znacznej poprawie, brak trudności w zasypianiu i przebudzaniu się.

Diagnoza pielęgniarska 10. Występowanie myśli samobójczych.

Cel opieki: Zwiększenie motywacji i chęci do życia.
Działania pielęgniarskie:

- okazanie empatii oraz zrozumienia;
- zyskanie zaufania chorej;
- ścisła obserwacja pacjentki;
- ocena stanu psychicznego pacjentki poprzez codzienną obserwację;
- zachęcenie do rozmowy z psychologiem;
- podaż leków na pisemne zlecenie lekarskie;
- zachęcenie pacjentki do wspólnego omówienia myśli i emocji;
- kontrola pacjentki podczas zażywania leków i sprawdzanie jamy ustnej po zażyciu leków;
- zapewnienie bezpiecznego otoczenia poprzez ograniczenie dostępu do niebezpiecznych przedmiotów;
- kontrola rzeczy osobistych pacjentki, eliminacja przedmiotów mogących stanowić zagrożenie dla życia (przedmioty ostre, paski, sznurki, przewody);

- prowadzenie nadzoru nad pacjentki podczas dyżuru nocnego.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Motywacja i chęć do życia uległa zwiększeniu.

Diagnoza pielęgniarska 11. Deficyt wiedzy na temat choroby i samoopieki.

Cel opieki: Uzupełnienie deficytu wiedzy.

Działania pielęgniarskie:

- zachęcenie pacjentki do zamiany stylu życia (regularne spożywanie posiłków, stosowanie diety zaleconej przez dietetyka, edukacja w zakresie radzenia sobie z problemami, dbałość o higienę);
- edukacja pacjentki i rodzinny w zakresie przyczyn, objawów i następstw anoreksji;
- edukacja rodzinny pacjentki o konieczności pomocy w czynnościach, które sprawiają jej trudność.

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Deficytu wiedzy został uzupełniony.

Wyniki

W trakcie hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym pacjentka dzięki kompleksowej opiece oraz realizacji zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnęła znaczną poprawę zarówno w zakresie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Początkowo pacjentka wykazywała opór i brak motywacji do współpracy, co znacząco utrudniało proces jej leczenia. Jednak dzięki systematycznemu monitorowaniu posiłków, zapewnieniu odpowiedniego bilansu kalorycznego oraz edukacji żywieniowej udało się zwiększyć masę ciała pacjentki do 51 kg (BMI: 18.73). Ważnym elementem leczenia było zachęcenie pacjentki do regularnego picia odpowiedniej ilości płynów oraz eliminacja środków przeczyszczających, co pozwoliło przywrócić gospodarkę wodno-elektrolitową do normy. Wsparcie emocjonalne oraz regularne rozmowy z pacjentką pozwoliły znacznie zmniejszyć jej lęk i niepokój związany ze wzrostem masy ciała, a samoocena uległa wyraźnej poprawie. Dzięki poprawieniu relacji i zaangażowaniu rodziny, pacjentka uzyskała poczucie bezpieczeństwa, ale także większą motywację do walki z chorobą. Regularna kontrola ciśnienia tętniczego, monitorowanie stanu nawodnienia oraz stopniowe zwiększanie masy ciała pomogły przywrócić ciśnienie tętnicze krwi do normy, zmniejszając tym samym częstotliwość omdleń i zawrotów głowy. Pacjentka zaczęła bardziej dbać o swoje ciało i higienę osobistą, a zmniejszenie

intensywności ćwiczeń fizycznych i współpraca z fizjoterapeutą przyczyniły się do poprawy jej stanu zdrowia. Dzięki optymalnym warunkom w sali (przewietrzenie sali, odpowiednia temperatura, unikanie hałasu), edukacji na temat higieny snu oraz wsparcia psychicznego, komfort snu i odpoczynku pacjentki uległ znacznej poprawie. Z czasem zaczęła ona zasypiać bez trudności i nie doświadczała przebodzeń w trakcie nocy. W wyniku działań pielęgniarskich takich jak okazanie empatii, regularne obserwowanie stanu psychicznego pacjentki, współprace z psychologiem, psychiatrą oraz zastosowanie odpowiedniej farmakologii pozwoliły na zmniejszenie myśli samobójczych i zwiększenie motywacji do życia. Ponadto edukacja pacjentki oraz jej rodziny na temat anoreksji pozwoliła na lepsze zrozumienie choroby i poprawę umiejętności samoopieki.

Dyskusja

Leczenie anoreksji, jak pokazuje przypadek 19-letniej pacjentki z Lublina, jest procesem złożonym i długotrwałym wymagającym indywidualnego podejścia oraz zaangażowania wielu specjalistów. Szczególnie ważną rolę w procesie leczenia pełni pielęgniarka, ponieważ to ona ma najczęstszy kontakt z pacjentką podczas jej hospitalizacji. Głównym jej zadaniem jest nawiązanie kontaktu z pacjentką, zdobycie jej zaufania i pomoc jej w zaadaptowaniu się na oddziale. Na pielęgniarce spoczywa ciężar wprowadzenia ustalonej diety dla pacjentki, co wymaga ścisłej kontroli zachowani chorej, głównie w porze posiłków i po posiłkach. Ponadto pielęgniarka regularnie kontroluje masę ciała chorej, podaje leki zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza, ale także podejmuje działania edukacyjne w stosunku do pacjentki, jak i jej rodzinny. Poprzez działania edukacyjne pielęgniarka przekazuje wiedzę na temat istoty choroby, przyczyn i jej skutków, edukuje w zakresie higieny i pielęgnacji ciała, wyjaśnia znaczenie spożywania poszczególnych posiłków i składników oraz podejmuje działania ograniczające lub likwidujące lęk i stres (Grochowska, Twardowska, 2002). Pielęgniarka poprzez rozmowy terapeutyczne ułatwiła akceptację choroby oraz wypracowuje sposoby radzenia sobie z nią w życiu codziennym. W trakcie leczenia pielęgniarka wykorzystuje wiedzę nie tylko z zakresu medycyny, ale również z zakresu psychiatrii, psychologii, pedagogiki i socjologii, ponieważ określa ona problemy pacjenta oraz cele, do których będzie dążyć wraz z chorą, zespołem terapeutycznym oraz rodziną (Czyżowicz, 2007). Oprócz udziału pielęgniarki, w terapii pacjentki istotna była współpraca zespołu specjalistów, złożonego z:

dietetyka, psychologia, endokrynologa, psychiatry, terapeuty rodzinnego oraz fizjoterapeuty. Zespołowe podejście pozwalało na monitorowanie stanu zdrowia pacjentki z różnych perspektyw oraz na dostosowanie metod leczenia do jej aktualnych potrzeb. Systematyczne narady terapeutyczne zapobiegały ewentualnym nieporozumieniom i zapewniały spójność działań podejmowanych w celu poprawy stanu pacjentki (Bator i in., 2011; Gordon, 2009).

Każdy z pacjentów cierpiących na anoreksje to indywidualny przypadek. Osoby te mają inne problemy, inne potrzeby oraz znajdują się w różnych stadiach choroby. Często osoby cierpiące na jadłowstręt psychiczny odmawiają współpracy, mają obniżony nastrój i brak im motywacji do walki z chorobą. Pacjenci podczas hospitalizacji potrzebują osoby, która okaże im zrozumienie, empatie, współczucie. Przykład 19-letniej pacjentki, która zmaga się z anoreksją, pokazuje, jak istotne jest nawiązanie relacji opartej na zaufaniu, zrozumieniu oraz empatii. Mimo bezpośredniego zagrożenia życia początkowo pacjentka odmawiała jedzenia. Zmotywowanie jej do działania wymagało dużej cierpliwości oraz zindywidualizowanego podejścia. Pielęgniarka oprócz monitorowania jej stanu fizycznego, starała się nawiązać rozmowę na temat emocji i obaw, pomagając jej przełamać stres i lęki związane z jedzeniem i własnym ciałem. Zdaniem K. Gawlowski, odmowa jedzenia przez osobę chorą na jadłowstręt psychiczny może mieć na celu zwrócenie na siebie uwagi, wymuszenie większego zainteresowania i opieki lub chęć uzyskania większej niezależności (Gawlowski, 2021). Do wystąpienia u pacjentki choroby mogła przyczynić się trudna sytuacja rodzina związana z separacją rodziców. Utrata znacznej ilości masy ciała mogła być sposobem na zwrócenie uwagi rodziców i wzbudzenie ich zainteresowania. Bardzo ważne w procesie leczenia jest angażowanie się rodziny chorego, podobnie uważa B. Witkowska, w badaniu z 2013 r., stwierdziła, iż pacjentki z anoreksją mogą rozwijać pozytywną samoocenę, gdy postrzegają swoich rodziców jako osoby okazujące ciepłe uczucia, akceptujące, poświęcające im dużo uwagi, starające się zrozumieć ich problemy oraz wspierające w dążeniu do uzyskania niezależności (Witkowska, 2013). Bliscy pacjentki, choć także obciążeni stresem, odgrywali istotną rolę wspierającą, co przyczyniło się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa i samooceny oraz motywacji pacjentki do leczenia. Warto zaznaczyć, iż dzięki zachęceniu pacjentki do dbania o swoją higien osobistą, poczucie własnej wartości wzrosło, takie samo zdanie ma K. Ciechanowska i K. Krajewska, w badaniu przeprowadzonym w 2020 r. (Ciechanowska i Krajewska, 2020).

Ważnym aspektem była redukcja nadmiernych ćwiczeń fizycznych pacjentki, w celu poprawienia jej stanu zdrowia, w jej przypadku ćwiczenia wynosiły ok. 540 minut tygodniowo (codziennie po 90 minut, 6 razy w tygodniu). Zgodnie z wytyczymy Światowej Organizacja Zdrowia (WHO) z 2020 r., osoby dorosłe powinny tygodniowo ćwiczyć z umiarkowaną intensywnością przez 150-300 minut lub z dużą intensywnością przez 75-150 minut.

W wielu przypadkach osoby chore i ich rodziny decydują się na leczenie domowe, co nie daję odpowiednich rezultatów, a nawet pogarsza stan chorego. Anoreksja wśród wszystkich zaburzeń psychicznych cechuje się wysoką śmiertelnością. Wskaźnik śmiertelności dla anoreksji jest wyższy niż w przypadku innych chorób. Z roku na rok wzrasta liczba osób cierpiących na anoreksję, w związku z tym niebezpieczeństwo śmierci także wzrasta, dlatego bardzo ważne jest szybkie zdiagnozowanie pacjenta oraz rozpoczęcie hospitalizacji. Najczęstszymi przyczynami śmierci są: wyniszczenie organizmu, samobójstwo oraz zaburzenia elektrolitowe prowadzące do niewydolności mięśnia sercowego (Wąsik, 2009). Zgodnie z badaniami naukowymi samobójstwo jest drugą w kolejności przyczyną śmierci w anoreksji, zaraz po wyniszczeniu organizmu (Starzomska, 2009). Warto zaznaczyć, iż leki nie odgrywają znaczącej roli w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. Czasem podaje się pacjentkom środki przeciwdepresyjne, ponieważ u niektórych pacjentek chorujących na anoreksję obserwuje się także objawy wskazujące na depresje. Jeśli u pacjentki nie stwierdzono ciężkiej postaci depresji, nie należy stosować antydepresantów, ponieważ osoby wyniszczone dużo słabiej reagują na leki. Osoby chore na jadłowstręt psychiczny są także bardziej narażone na uboczne efekty działania leku niż osoby o prawidłowej wadze, efekty te mogą okazać się groźne dla zdrowia i życia pacjentki (Abraham, Llewellyn-Jones, 2001). W przypadku pacjentki z Lublina farmakoterapia i podawanie środków antydepresyjnych było konieczne, ponieważ występowała u niej silna depresja przejawiająca się myślami samobójczymi oraz wykazywała ogromną niechęć do życia.

Po zakończeniu hospitalizacji pacjentka powinna mieć regularnie wykonywane pomiary masy ciała, kontynuować farmakoterapie, terapie u psychologa lub psychiatry, poprzez wsparcie rodziny zaadoptować się w środowisku domowym. W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjentki, rodzina powinna niezwłocznie udać się do Izby Przyjęć.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania, wnikliwej analizy stanu zdrowia pacjentki oraz dotychczas zgromadzonej wiedzy na temat opieki nad pacjentem z anoreksją, można wyprowadzić następujące wnioski:

1. Leczenie anoreksji to długotrwały oraz skomplikowany proces, w którym bierze udział zespół interdyscyplinarny złożony z przedstawicieli różnych zawodów.
2. Prawidłowo opracowany plan opieki pielęgniarskiej jest ważnym elementem, który umożliwia profesjonalną opiekę nad pacjentem oraz monitorowanie postępów leczenia.
3. Leczenie jadłowstrętu psychicznego wymaga holistycznej opieki nad osobą chorą oraz indywidualnego podejścia uwzględniając stan zdrowia fizyczny i psychiczny, potrzeby oraz poziom motywacji i nastawienia do procesu leczenia.
4. Kluczowym elementem w procesie leczenia jest wsparcie rodziny i zaangażowanie jej w cały program leczenia.
5. Poważnym zagrożeniem dla życia osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny mogą być nadmierne ćwiczenia fizyczne prowadzące do wyniszczenia organizmu.
6. Jednym z najpoważniejszych skutków anoreksji jest występowanie myśli samobójczych. W przypadku występowania myśli samobójczych bardzo ważna jest stała obserwacja, wsparcie psychologiczne oraz zastosowanie odpowiedniej farmakoterapii.
7. Podstawowymi i najważniejszymi etapami leczenia jest: powolny przyrost masy ciała, leczenie powikłań ogólnoustrojowych, edukowanie dotyczące odżywiania, zachęcanie do walki z chorobą, poprawa postrzegania swojej osoby, poprawa relacji rodzinnych, jeśli są zaburzone oraz niedopuszczenie do nawrotów choroby.

Literatura

1. Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (2001). *Bulimia i Anoreksja*. Wydawnictwo Prószyński i S-ka.
2. Bator, E., Bronkowska, M., Ślepecki, D., Biernat, J. (2011). Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lekarskie, 80*(3), 184-191.

3. Ciechanowska, K., Krajewska, K. (2020). *Opieka pielęgniarska nad pacjentką w przebiegu anoreksji z wykorzystaniem ICNP*. Wydawnictwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku.
4. Czyżowicz, K., Skorupska, A. (2007). Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu – podsumowanie. W: E. Wilczek-Rużyczki (red.), *Podstawy Pielęgniarstwa Psychiatrycznego*. Wydawnictwo Czelej.
5. Gawlowski, K. (2021). Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu jadłowstrętu psychicznego pacjenta hospitalizowanego. *Puls Uczleni, 4*, 17-21.
6. Gordon, R. A. (2009). Ocena medyczna zaburzeń odżywania się. W: M. Maine, B. Hartman McGilley, D. W. Bunnell (red.), *Leczenie zaburzeń odżywania. Pomost między nauką, a praktyką*. Edra Urban & Partner.
7. Grochowska, D., Twardowska, M. (2002). *Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym*. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.
8. Józefik, B., Pilecki, M. (1999). Obraz kliniczny zaburzeń odżywania się. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
9. Patejuk-Mazurek, I. (2014). Zespoły behawioralne. W: B. Łozy, R. Markiewicz, A. Szulc, I. Wrońska (red.), *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. Wydawnictwo Ars Nova.
10. Starzomska, M. (2009). Spektrum postaw wobec śmierci u osób z anoreksją. *Kultura i Społeczeństwo, 53*(1), 185-202.
11. Wąski, M. (2009). *Anoreksja, bulimia…Jak rozpoznać zaburzenia odżywiania u nastolatków*. Wydawnictwo AA.
12. Witkowska, B. (2013). Percepcja postaw rodzicielskich a poziom samooceny dziewcząt z anoreksją psychiczną. *Psychiatria Polska, 47*(3), 397-407.