

UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W KOMPLEKSOWYM LECZENIU JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO

The participation of a nurse in a complex treatment of anorexia in hospitalised patient

KATARZYNA GAWŁOWSKI ^{1, B, D, E, F *} ¹ Absolwentka Instytutu Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu
* Praca napisana pod kierunkiem dr n.med. Donaty Kurpas

A - przygotowanie projektu badania (study design), **B** - zbieranie danych (data collection), **C** - analiza statystyczna (statistical analysis), **D** - interpretacja danych (data interpretation), **E** - przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), **F** - opracowanie piśmiennictwa (literature search), **G** - pozyskanie funduszy (funds collection)

Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) to chorobliwe i celowe dążenie do utraty wagi ciała, związane z lękiem przed otyłością i utratą zgrabnej sylwetki, pomimo ewidentnej niedowagi. Dążenie do szczupłości przybiera często postać idei nadwartościowej, a ograniczenia ilości przyjmowanych pokarmów, łączą się ze stosowaniem niskokalorycznej diety, intensywnymi ćwiczeniami fizycznymi, prowokowaniem wymiotów, stosowaniem środków przeczyszczających i diuretycznych. Choroba zaczyna się zwykle w okresie dojrzewania, między 13 a 15 rokiem życia, rzadziej pomiędzy 17 a 25 rokiem życia. W miarę postępu medycyny, nadal nie w pełni poznano etiologię i patogenezę anoreksji a co za tym idzie skuteczną terapię, natomiast wiele faktów świadczy o tym, że składają się na nią powiązane ze sobą czynniki społeczno-kulturowe i biologiczne, jak również mechanizmy psychologiczne oraz pewne cechy osobowości, nie pomijając znaczącego wpływu czynników rodzinnych. Ze względu na swoją złożoną patogenezę, postępowanie w leczeniu będzie kompleksowe i wieloetapowe, niejednokrotnie jest to współpraca wielu specjalistów. Leczenie musi obejmować somatyczne aspekty choroby oraz w dłuższej mierze aspekty psychologiczne.

Współczesna psychiatria, bazując na holistycznej koncepcji człowieka i realizując ideę kompleksowego leczenia, stwarza dziś nowe obszary zadań dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego, dlatego też niezbędny stał się udział pielęgniarki jako: partnera w relacji z chorym i jego rodziną, członka zespołu terapeutycznego, członka społeczności terapeutycznej, profesjonalistki w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych w różnych środowiskach. Zadania pielęgniarki sprawującej opiekę nad osobami z zaburzeniami odżywiania sprowadzają się przede wszystkim do poznania istoty choroby, zmotywowania do współdziałania w procesie naprawczym, eliminowania lęku przed wzrostem wagi ciała, uzyskania racjonalnej oceny własnej wagi i kształtu ciała oraz zmiany zachowań. Dzięki swojej bezpośredniej i uczestniczącej obserwacji, skoncentrowanej na codziennych zajęciach chorego, zgłasza postępy i trudności w leczeniu a także wspólnie z zespołem podejmuje decyzje o dalszych działaniach pielęgnacyjnych i terapeutycznych, włączając się jednocześnie w jednolitą strategię zespołu wobec chorej.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, jadłowstręt psychiczny, członek zespołu terapeutycznego, edukacja zdrowotna

Summary:

Eating disorders in children and teenagers, particularly, psychiatric anorexia, have a complex pathogenesis, thus, the treatment ought to be multistage. Contemporary psychiatry, basing on a holistic concept of a human and realizing the idea of complex treatment, creates new areas of tasks for all therapeutic team members. Therefore, the participation of a nurse has become indispensable as a partner in the relation with a patient and his/her family, as a member of a therapeutic community, and finally, as a professional in the mental health promotion and prophylaxis of mental disorders in various environments.

The tasks of a nurse responsible for patients with eating disorders concentrate mainly on discovering the problem, motivating the patient to cooperate in the treatment, eliminating the fear of gaining weight, achieving rational assessment of personal body weight and shape and, ultimately, changing the behavior. Moreover, the nurse has the knowledge of a complex anorexia treatment which include biological methods and sociotherapy, and she cooperates with the health team as its member. Thanks to her direct observation concentrated on patient's every day routine she is able to report on difficulties and progress in treatment. Together with the team she makes decisions about further nursing and therapeutic works, taking part in the uniform team strategy towards the patient.

Keywords: eating disorders, anorexia, therapeutic team member, health education.

W wyniku wychudzenia, które prowadzi do groźnych dla życia stanów odwodnienia, zaburzenia równowagi elektrolitowej i wiąże się z pojawieniem wielu powikłań, istnieje potrzeba rozpoczęcia leczenia w szpitalu [1]. Podstawowym zadaniem hospitalizacji jest poprawa stanu somatycznego zagrażającego życiu i doprowadzenie stanu chorego do możliwości prowadzenia leczenia ambulatoryjnego, przede wszystkim: wyrównanie zaburzeń elektrolitowych, realimentacja, psychoterapia i farmakoterapia (w przypadku występowania dodatkowych zaburzeń psychicznych) [2].

Zadaniem pielęgniarki przyjmującej pacjenta na oddział jest:

- nawiązanie komunikacji nie tylko z pacjentem, co bywa nierzadko trudne, ze względu na jego nieufną i agresywną postawę, ale i z rodziną;
- zapoznanie z regulaminem i programem leczenia (ważenie, czas trwania posiłków, przepustki, odwiedziny, udział w zajęciach terapeutycznych);
- przegląd rzeczy osobistych (posiadanie leków przeciwszczepających, odwadniających);
- pomiar parametrów życiowych (RR, tętno, temperatura ciała, wzrost i masa ciała- waży się w bieliźnie osobistej);
- określenie hierarchii problemów pielęgnacyjnych;
- w porozumieniu z dietetykiem ustalenie diety w zależności od stanu somatycznego chorego;
- prowadzenie dokumentacji [2].

Należy jednak pamiętać, że priorytetowym zadaniem pielęgniarki przyjmującej pacjenta na oddział jest zapobieganie zagrożeniu życia, które jest następstwem głodzenia. Dlatego też w takiej sytuacji na zlecenie lekarza:

- podaje zlecone płyny dożylnie w celu wyrównania gospodarki wodno- elektrolitowej i zapobiega odwodnieniu- bilans płynów;
- prowadzi karty obserwacyjne kontroli parametrów życiowych, oblicza wskaźnik masy ciała BMI (poniżej 15 świadczy o wyniszczeniu);
- obserwuje i dokumentuje ilość spożywanych pokarmów;
- w sytuacjach odmowy przyjmowania pokarmów (przez dwa dni) lub płynów (24 godziny) na zlecenie lekarza zakłada zgłębnik żołądkowy, przez który podaje pokarm lub mieszanki odżywcze;
- dokonuje całościowej obserwacji pacjenta, tzn. stanu somatycznego, psychicznego (stany lękowe, zmiany nastroju, sen) oraz funkcjonowania społecznego [2].

Pielęgniarka poprzez wykorzystanie wiedzy z zakresu psychiatrii, psychologii, socjologii i pedagogiki, w połączeniu z baczną ukierunkowaną obserwacją aktywności życiowych pacjenta, określa jego problemy, ustalając jednocześnie cele, do których będzie dążyć wraz z nim, z zespołem terapeutycznym i rodziną. Opracowuje plan interwencji, czas i metody oceny ich skuteczności, dokonuje oceny efektu końcowego i w razie potrzeby modyfikuje plan postępowania [3].

Duża rola i odpowiedzialność spoczywa na personelu pielęgniarskim w leczeniu żywieniowym, którego zadaniem jest wprowadzenie ustalonej diety, obser-

wacja i kontrola zachowań pacjentów, zwłaszcza w trakcie spożywania posiłków (dotyczy czasu trwania posiłku, ilości przyjmowanych produktów, obserwację zachowania, np. chowanie jedzenia, zrzucanie ze stołu, podrzucanie innym) i bezpośrednio po nich (prowokowanie wymiotów, wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych, regularne ważenie). W przypadku odmowy przyjmowania posiłków, podjęcie działań zapobiegających odwodnieniu i pogorszeniu stanu zdrowia. Należy pamiętać, że poprzez odmowę jedzenia osoba chora wyraża protest skierowany przeciw rodzicom, terapeutom, pielęgniarkom lub innym osobom, a jego celem jest zwrócenie na siebie uwagi, wymuszenie zainteresowania i opieki albo usiłowanie zdobycia niezależności.

Pielęgniarka uczestniczy w planowaniu postępowania terapeutycznego, mającego na celu zmianę nieprawidłowego obrazu ciała i poprawę jego funkcjonowania w wymiarze psychospołecznym, przy zachowaniu indywidualizacji w pielęgnowaniu i postępowaniu terapeutycznym. Poprzez psychoedukację i psychoterapie podtrzymującą oraz prowadzone rozmowy z pacjentem dąży do zmiany postawy względem jedzenia i stara się go motywować do współdziałania z zespołem terapeutycznym. Przekazuje wiedzę na temat istoty zaburzenia, jego przyczyn i powikłań, wyjaśnia znaczenie spożywania poszczególnych składników, edukuje w zakresie higieny ciała i właściwej pielęgnacji a poprzez stosowanie zajęć relaksacyjnych dąży do ograniczenia lub zniesienia lęku [2].

W kompleksowym planie opieki pielęgniarka nie może pominąć udziału rodziny, która ze względu na swoje poczucie bezradności i niekompetencji, jest narażona na stres i negatywne emocje związane z chorobą swojej bliskiej osoby. Ważne jest, aby rozpoznała sytuację rodzinną, reakcje emocjonalne, problemy związane ze zmienionym zachowaniem i dokonała oceny możliwości naturalnego wsparcia pomiędzy członkami rodziny. W rozmowach terapeutycznych, poprzez swoje partnerstwo z rodziną, udziela rzetelnych informacji, wyjaśniając istotę choroby i jej objawów, i tym sposobem stara się ułatwić akceptację choroby oraz próbuje wypracować kilka konstruktywnych sposobów radzenia sobie z nią w życiu codziennym, jednocześnie umożliwia rodzinie swobodne wyrażanie swoich uczuć i obaw. Ważne jest, aby rodzina dokonała zmiany poprzez zaniechanie nacisku i kontroli, a także zaangażowała się w program leczenia i współpracy z całym zespołem terapeutycznym [3].

Leczenie jadłowstrętu psychicznego jest zadaniem trudnym i stwarzającym wiele problemów pielęgniarkom ale i całemu zespołowi terapeutycznemu, wynika to z braku poczucia choroby i motywacji do leczenia osób z zaburzeniami jedzenia, z reguły odmawiają współpracy, są drażliwe, w obniżonym nastroju. Niejednokrotnie w początkowym okresie leczenia ujawniają wrogi stosunek do personelu, mają tendencje do manipulowania otoczeniem. Każda chora wymaga indywidualnego podejścia, uwzględniając cechy jadłowstrętu psychicznego i towarzyszącego mu objawu wyniszczenia, współ-

istniejących zaburzeń metabolicznych i patofizjologicznych. W przypadku wczesnej interwencji, wyboru właściwej psychoterapii, kompleksowej opieki oraz leczenia dietetycznego, powikłania jadłowstrętu psychicznego mogą być odwracalne, chociaż następstwa przewlekłego niedożywienia mogą utrzymywać się jeszcze przez wiele lat, nawet po uzyskaniu prawidłowej masy ciała, gdzie $BMI > 18,5 \text{ kg/m}^2$ i spontanicznego powrotu miesiączek. Rzeczywiste dane liczbowe rozpowszechnienia i śmiertelności dotyczące anoreksji nie są znane, ponieważ wiele lekkich przypadków o słabym nasileniu nie trafia do leczenia [1-3].

Piśmiennictwo:

1. Aleksandrowicz J.W. *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10): psychopatologia, diagnostyka, leczenie*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1997: 87-88.
2. Grochowska D, Twardowska M. Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z jadłowstrętem psychicznym. W: *Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym*; Warszawa: Wydawnictwo Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 2002: 45-49.
3. Czyżowicz K, Skorupska A: Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu- podsumowanie. W: Wilczek-Rużyczki E, red. *Podstawy Pielęgniarstwa Psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 220-223;

Adres do korespondencji:

Katarzyna Gawłowski
VIA ALDO MACCONI 56
52014 PONTE A POPPI (AR)
Włochy
Tel. +39 3281784010
e-mail: kat345@wp.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 18.06.2012r.

Po recenzji: 23.07.2012r.

Zaakceptowana do druku: 10.09.2012r.