

ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΟΜΙΛΗΤΗ Σαζού Μυροφόρα
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΙΣΗΓΗΤΗ Σύκα Ανδρια
Φοιτήτριες Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου

ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Σύμφωνα με τη Γιαννόπουλου, η ψυχογενής ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή, όπου ο πάσχοντας ελαττώνει με τη θέληση του την πρόσληψη τροφής. Βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο κανονικό βάρος σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το ύψος και τη σωματική του διάπλαση, καθώς και ο έντονος φόβος μήπως παχύνει, ακόμα και όταν το βάρος του είναι λιγότερο από το φυσιολογικό.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι συνηθέστερη σε ηλικία έναρξης στο μέσο της εφηβείας, αλλά υπάρχει και ένα ποσοστό ανορεξικών, το οποίο φτάνει μέχρι και το 5% , όπου τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3^{ης} δεκαετίας (20-25 έτη). Υπολογίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξίας εμφανίζεται στο 0,5 με 1% των εφήβων κοριτσιών. Εμφανίζεται 10-20 φορές συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Ένα ποσοστό 90-95% των ασθενών με διαγνωσμένες διατροφικές διαταραχές είναι γυναίκες. Το υπόλοιπο 5-10% πρόκειται για άνδρες στους οποίους έχει διαγνωστεί είτε με ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία. Δεδομένου ότι στους άνδρες απουσιάζει ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της ανορεξίας , αμηνόρροια, συχνά εξαιρούνται των ερευνών. Αυτό είναι αρνητικό αντίκτυπο στο ποσοστό ανίχνευσης της ανορεξίας μεταξύ των ανδρών.

Η Ψυχογενής Ανορεξία ήταν ανέκαθεν πιο διαδεδομένη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις παρά στις κατώτερες και μεταξύ εργατών. Σήμερα οι γνώμες δίστανται, κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτήν την αντίληψη ενώ άλλες δε δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Επίσης, η ανάπτυξη και η διάδοση των Δ.Π.Τ. είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στις αγροτικές περιοχές δεν εμφανίζεται το πρόβλημα. Μάλιστα, ο κίνδυνος για Δ.Π.Τ. στις αγροτικές περιοχές είναι αυξημένος συγκριτικά με ότι ίσχυε στο παρελθόν.

Η ενασχόληση με συγκεκριμένα επαγγέλματα και δραστηριότητες, όπως χορός, μόντελινγκ και αθλήματα που απαιτούν ισχύτητα (π.χ. δρόμοι μεγάλων αποστάσεων, κολύμβηση, ρυθμική ή ενόργανη γυμναστική) συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά διάδοσης Δ.Π.Τ. και στα δύο φύλα.

η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται πως έχει μεγαλύτερη συχνότητα διάδοσης μεταξύ ατόμων τις Καυκάσιας φυλής έναντι των Αφρικανών, των Ασιατών και των Ισπανοφώνων (Λατίνων).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV

Η πολυπλοκότητα και η πολλαπλότητα των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας, οδήγησε στην ανάγκη να προταθούν ακριβή κριτήρια για την διάγνωση της νόσου.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό του βάρος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, οδηγώντας σε σωματικό βάρος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).

B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτο-αξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Προσδιορίστε τον τύπο :

Περιοριστικός τύπος (Restricting type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων)

Επεισόδια πολυφαγίας / καθαρτικός τύπος (Binge-Eating / Purging type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών ή ενεμάτων).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επιστημονική αντιμετώπιση των αναγκών για την επίλυση των προβλημάτων που προσαρμόζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας και αξιολόγηση της φροντίδας. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική διεργασία, η πρώτη μας ευθύνη είναι η αξιολόγηση του πάσχοντα. Κατά την αξιολόγηση του πάσχοντα δε πρέπει να ξεχνάμε ότι η πάθηση αυτή μπορεί να οφείλεται σε σωματικούς παράγοντες. Υπάρχουν ασθένειες που θα πρέπει αν αποκλειστούν πριν γίνει η διάγνωση της διατροφικής αυτής διαταραχής. Κάποιες από τις ασθένειες αυτές είναι

A) προχωρημένος καρκίνος

B) φυματίωση

Γ) AIDS

Δ) υπερθυρεοειδισμός

E) πυλωρική απόφραξη

ΣΤ) κατάχρηση φαρμάκων

Το καλό ιστορικό και οι σωματικές εξετάσεις συχνά χρειάζονται για να προσφέρουμε τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να αποκλεισθεί η πιθανότητα να έχει φυσιολογική βάση η μείωση του βάρους.

Στην νοσηλευτική εκτίμηση διεξάγεται έλεγχος στα σημεία και συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής. Κάνουμε μια πλήρη εκτίμηση των υποκειμενικών και αντικειμενικών στοιχείων.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A) θεωρούνε τον εαυτό τους υπέρβαρο, ανεξάρτητα από το πόσο λεπτοί είναι, όσο λεπτοί και αν είναι θα βρίσκουν κάτι παχύ πάνω τους.

B) συλλέγουνε βιβλία μαγειρικής και μαγειρεύουνε σε άλλους, αλλά οι ίδιοι δεν τρώνε τίποτα.

Γ) αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα βάρους. Επιμένουν ότι ποτέ τους δεν ένιωθαν καλύτερα

Δ) νιώθουν δυνατοί, ισχυροί και ωραίοι κάτι που είναι ένδειξη άρνησης,

Ε) όταν τρώνε νιώθουν ενοχές και αδυναμία.

Παρόλα αυτά αρνούνται να υποβληθούν σε θεραπεία, αν και νιώθουν απομονωμένοι, μόνιμοι και εξαντλημένοι από την προσπάθεια τους που καταβάλλουν να πετύχουν την τελειότητα.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο σωματικό τομέα ο πάσχοντας παρουσιάζει σημάδια υποσιτισμού. Παρατηρούνται αλλοιώσεις του δέρματος (π.χ. ξηρό, λεπιδώδες και γκριζωπό δέρμα, ρυτίδες) και των νυχιών (εύθραστα και ραβδωτά). Η διακοπή της έμμηνης ρύσης, μπορεί να εμφανιστεί και πριν ακόμα ελαττωθεί σημαντικά το βάρος και η επανεμφάνιση της μπορεί να καθυστερήσει ακόμα και αν η πάσχοντας έχει επαναποκτήσει το φυσιολογικό βάρος. Η τριχόπτωση είναι εμφανής, τα μαλλιά της πάσχουσας γίνονται μαλακά και αδύναμα. Εμφανίζεται τριχόπτωση του τύπου LANUGO με μορφή παιδικού χνουδιού, σε άτριχα μέρη του σώματος, διατηρείται όμως το φυσιολογικό τρίχωμα στη μασχάλη. Είναι υπερκινητικές, ατίθασες, δουλεύει πολλές ώρες μελετά πολύ επίσης.

Κάνουμε αξιολόγηση των προτύπων διατροφής

Α) πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο πάσχοντας

Β) ποιες τροφές καταναλώνει

Γ) συναισθήματα γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες

Δ) επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες

Στ) επίπεδο ελέγχου σε άλλες περιοχές όπως χρήση φαρμάκων, ναρκωτικών, ψευδολογίας και κλοπής.

Στην συνέχεια εκτιμούμε το επίπεδο δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Αλλά γίνεται και εκτίμηση της οικογένειας στις

Α) λειτουργικές ικανότητες και ικανότητα επίλυσης του προβλήματος

Β) οικογενειακά πρότυπα γύρω από τις διατροφικές συνήθειες.

Γ) συγκρούσεις των γονέων στο γάμο

Δ) ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων

Ε) αντιδράσεις στη διατροφική συμπεριφορά και το βάρος του ασθενή

Μόλις ολοκληρωθεί η διαδικασία αξιολόγησης, ορίζεται η κατάλληλη νοσηλευτική διάγνωση σύμφωνα με τη NANDA.

Α) Διαφοροποιημένη διατροφή: λιγότερη από τις ανάγκες του σώματος που οφείλεται στο φόβο της παχυσαρκίας. Αναμενόμενο Αποτέλεσμα = θα παρουσιάζουν βελτιωμένη πρόσληψη τροφής όπως φαίνεται από την εβδομαδιαία ανάκτηση βάρους από 250γραμμάρια έως 1 κιλό. Παρεμβάσεις α) δώστε μια ισορροπημένη διατροφή πλούσια σε θερμίδες. Αιτιολόγηση = χρειάζονται δίαιτα πλούσια σε θερμίδες για να αντιστραφούν τα φυσικά αποτελέσματα της διαταραχής και να εξασφαλιστεί η αύξηση του βάρους. Όχι όμως πρόσληψη πάνω από 3000 θερμίδες επειδή μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανακοπή. Παρέμβαση α) Ζυγίστε το πάσχοντα καθημερινά χωρίς να του αποκαλύπτετε την αύξηση βάρους. Αιτιολόγηση = το καθημερινό ζύγισμα επιτρέπει την εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του εφήβου. Κρατώντας μυστικό από τους πάσχοντες το πραγματικό βάρος. Παρέμβαση = Καθορίστε μια γραπτή συμφωνία που περιγράφει τις ευθύνες του πάσχοντα. Αιτιολόγηση = μια γραπτή συμφωνία δίνει όρια.

Β) Διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις που οφείλονται στη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αιτιολόγηση= ο πάσχοντας επιδεικνύει βελτιωμένες κοινωνικές σχέσεις όπως φαίνεται από την αποτελεσματική επικοινωνία με τους γονείς και διάφορους

άλλους. Παρέμβαση = ενθαρρύνουμε το πάσχοντα να εκφράζει τις ανάγκες του και τα αισθήματα του. Αιτιολόγηση = παρακινώντας το πάσχοντα να μιλήσει για τον εαυτό του διευκολύνεται η επικοινωνία και τον αναγκάζετε να κατανοήσει τα αισθήματα και τις ανάγκες του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην Κύπρο δεν έχουν γίνει έρευνες που να καταγράφουν τις διαστάσεις του προβλήματος. Για αυτό το λόγο προτείνεται η διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας σε παγκύπρια κλίμακα για τον εντοπισμό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος προτείνεται η ίδρυση κέντρων για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφών τα οποία θα ασχολούνται τόσο με την ενημέρωση – πρόληψη-διάγνωση-αντιμετώπιση όσο και στην έρευνα της ψυχικής ανορεξίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΒΙΒΛΙΑ

- Andersen AE, Bowers W, Evans K. Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 327-353
- Andersen AE. Eating Disorders in Males. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 188-192
- Beumont PJV, Beumont CC, Touyz SW, Williams H. Nutritional Counseling and Supervised Exercise. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 178-187
- Beumont PJV. Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 162-170
- Bryant-Waugh R, Lask B. Childhood-Onset Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 210-214
- Bulik CM. Anxiety, Depression, and Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 193-198
- Carol Ren Kneist, Holly and Trigoboff, Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Ίων, 2009: 511-525
- Kathleen Morgan Speer, Παιδιατρική νοσηλευτική, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, 285-289

Πηγές internet

- www.brianmac.demon.co.uk/articles/scni10a3.htm
- www.eatingdisordersonline.com
- www.myfit.com
- www.nationaleatingdisorders.org
- www.pamf.org/teen/life/bodyimage/orthorexia.html
- www.something-fishy.org

