

Uloga medicinske sestre u liječenju osoba s poremećajima prehrane

Kozić, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:531497>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ZAVRŠNI RAD br. 70/SES/2020

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LIJEČENJU OSOBA S
POREMEĆAJIMA PREHRANE**

Ana Kozić

Bjelovar, rujan 2020.

VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ZAVRŠNI RAD br. XY/SES/2020

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LIJEČENJU OSOBA S
POREMEĆAJIMA PREHRANE**

Ana Kozić

Bjelovar, rujan 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Kozić Ana**

Datum: 24.08.2020.

Matični broj: 001731

JMBAG: 0314017099

Kolegij: **JAVNO ZDRAVSTVO**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u liječenju osoba s poremećajima prehrane**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Javno zdravstvo i zdravstvena zaštita**

Grana: **Javno zdravstvo**

Mentor: **doc.dr.sc. Zrinka Puharić**

zvanje: **profesor visoke škole**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **mr.sc. Tatjana Badrov, predsjednik**
2. **doc.dr.sc. Zrinka Puharić, mentor**
3. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 70/SES/2020

Cilj završnog rada je opisati najčešće poremećaje prehrane te prikazati ulogu medicinske sestre u liječenju osoba s poremećajima prehrane. Studentica će opisati dva najčešća poremećaja prehrane, etiologiju i epidemiologiju te dijagnostičke postupke kao i liječenje oboljelih. Posebnu pažnju posvetiti će osjetljivom odnosu na relaciji medicinska sestra-pacijent i obradi sestrinskih dijagnoza.

Zadatak uručen: 24.08.2020.

Mentor: **doc.dr.sc. Zrinka Puharić**



Zahvala

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. ANOREKSIJA NERVOZA (<i>ANOREXIA NERVOSA</i>)	2
1.1.1. Epidemiologija anoreksije nervoze	3
1.1.2. Etiologija anoreksije nervoze	3
1.1.2.1. Biološki čimbenici anoreksije nervoze.....	4
1.1.2.2. Psihološki čimbenici anoreksije nervoze.....	5
1.1.2.3. Sociokulturni čimbenici anoreksije nervoze.....	5
1.1.3. Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze	6
1.1.4. Klinička slika anoreksije nervoze.....	8
1.1.5. Liječenje anoreksije nervoze	9
1.2. BULIMIJA NERVOZA (<i>BULIMIA NERVOSA</i>)	10
1.2.1. Epidemiologija bulimije nervoze	11
1.2.2. Etiologija bulimije nervoze	11
1.2.2.1. Biološki čimbenici bulimije nervoze.....	11
1.2.2.2. Psihološki čimbenici bulimije nervoze.....	12
1.2.2.3. Sociokulturni čimbenici anoreksije nervoze.....	13
1.2.3. Dijagnostički kriteriji bulimije nervoze.....	13
1.2.4. Klinička slika bulimije nervoze.....	14
1.2.5. Liječenje bulimije nervoze	14
2. CILJ RADA.....	16
3. METODE	17
4. REZULTATI.....	18

4.1. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LIJEČENJU OSOBA S POREMEĆAJIMA PREHRANE	18
4.1.1. Odnos medicinska sestra – pacijent.....	18
4.1.2. Uloga obitelji u liječenju osoba s poremećajima prehrane.....	19
4.1.3. Plan zdravstvene njege u liječenju osoba s poremećajima prehrane	20
4.1.4. Sestrinske dijagnoze	22
4.1.4.1. Pothranjenost.....	24
4.1.4.2. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda	25
4.1.4.3. Nisko samopoštovanje.....	26
4.1.4.4. Anksioznost.....	27
4.1.4.5. Dehidracija	27
4.1.4.6. Opstipacija.....	28
4.1.4.7. Visok rizik za samoozljeđivanje i/ili samoubojstvo	29
5. RASPRAVA.....	30
6. ZAKLJUČAK	31
7. LITERATURA.....	32
8. SAŽETAK.....	36
9. ABSTRACT	37
10. PRIVITAK	38

1. UVOD

Jedna od osnovnih ljudskih potreba odnosi se na unos hrane i tekućine u organizam. Nepravilna prehrana i nekvalitetan stil života mogu utjecati na pojavu raznih bolesti, a neuravnotežen, odnosno manjkav unos hrane dovode do poremećaja prehrane (1).

Poremećaji prehrane uvrštavaju se u kronične psihijatrijske bolesti koje prate brojne medicinske komplikacije, psihološke tegobe i psihijatrijski komorbiditeti (2). Prisutno je samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje uzrokovano iskrivljenom slikom vlastitog tijela i niskom razinom samopoštovanja (3). Stopa zastupljenosti poremećaja procjenjuje se na 5% u općoj populaciji, najčešće u mlađih žena (oko 90%) (4). Osim što su poremećaji prehrane veliki javnozdravstveni problem 21. stoljeća, također se ubrajaju u psihičke poremećaje s najvećom stopom smrtnosti, čak i do 20% (5).

Poremećaji prehrane prema DSM – V obuhvaćaju anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaj s prejedanjem te druge specificirane ili nespecificirane poremećaje hranjenja ili jedenja (6). Jedan od nespecificiranih poremećaja prehrane, odnosno onih koji ne pokazuju karakteristične kriterije za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze ili bulimije nervoze, je i sindrom kompulzivnog prejedanja, tzv. *binge eating disorder* (7). Prevalencija anoreksije procjenjuje se na oko 1%, a bulimije 1 do 3% (8).

Prvi znakovi poremećaja prehrane javljaju se u mlađoj životnoj dobi i adolescenciji. Uočava se poremećen odnos prema hrani, strah od debljanja, negativno mišljenje o svoj fizičkom izgledu te niska razina samopoštovanja (9). Vrhunac pojavljivanja anoreksije javlja se kod djevojčica između 12. i 18. godine, dok se bulimija javlja u završnom razdoblju adolescencije i mlađoj odrasloj dobi te se kod dječaka pojavljuje češće nego anoreksija (4, 8).

O poremećajima prehrane ne govori se često zbog srama, straha od nerazumijevanja i osjećaja krivnje oboljele osobe. Procjenjuje se da je trenutno u Hrvatskoj od poremećaja prehrane oboljelo 35000 do 45000 mladih žena i sve više mladih muškaraca (9).

Točni uzroci poremećajima prehrane i dalje se ne znaju, no pretpostavlja se da su poremećaji prehrane rezultat utjecaja različitih bioloških, psiholoških, socijalnih i obiteljskih čimbenika. Biološki čimbenici odnose se na dob, spol, životno razdoblje, tjelesnu težinu, različite traume i slično. U psihološke čimbenike ubrajaju se prisutne psihičke teškoće i

poremećaji, npr. depresija, nisko samopoštovanje, nezadovoljstvo fizičkim izgledom te težnja ka savršenstvu, odnosno perfekcionistačke crte ličnosti. Socijalni pritisak, utjecaj medija, obitelji i vršnjaka na ideale ljepote i mršavosti uvelike pridonose razvoju negativne slike o hrani i tjelesnoj težini, osobito kod djevojčica u pubertetu (4, 9).

Iako se različito manifestiraju, svim poremećajima je zajedničko to da zahtijevaju stručnu pomoć i liječenje. Osoba se nalazi u začaranom krugu gladovanja i prejedanja (8). Hrana bogata ugljikohidratima oslobađa serotonin koji dovodi do osjećaja ugone, sreće i smirenosti, no ubrzo dolazi do osjećaja krivnje i strah od dobivanja kilograma pa se pribjegava kompenzatornim mehanizmima da bi se organizam „očistio“ od unesenih kalorija (9).

Osobe oboljele od bulimije nervoze sklone su konzumaciji alkohola, opojnih droga i promiskuitetnom ponašanju, dok osobe oboljele od anoreksije nervoze odbijaju hranu, izazivaju povraćanje poslije jela te pronalaze druge načine izbacivanja hrane iz tijela (10).

1.1. ANOREKSIIJA NERVOZA (*ANOREXIA NERVOSA*)

Anoreksija nervoza (*anorexia nervosa*; AN) predstavlja teški psihički poremećaj čiji naziv u grčkom jeziku označava osobu bez želje za hranom, odnosno bez apetita (11).

AN smatra se vrlo starom bolešću. Iako se ne spominje u starim grčkim i rimskim zapisima, smatra se da su već Hipokrat i Galen pratili pojavu namjernog izgladnjivanja, dok je u srednjem vijeku AN bila uobičajena pojava među vješticama (12). Većina povjesničara medicine smatra da je u 17. stoljeću prvi klinički opis anoreksije nervoze dao Richard Morton, iako su službeno u 19. stoljeću za prvi detaljan opis AN u medicinskoj literaturi zaslužni francuski liječnik Ernest Charles Lasègue i engleski liječnik Sir William Gull (4, 12).

Anoreksija nervoza je poremećaj znakovit po iskrivljenoj slici tijela, prekomjernom strahu od debljine te odbijanju hrane (13). Najčešće se javlja kod adolescentica i mladih žena, u omjeru 10:1 u odnosu na muškarce te često pojavi AN prethodi određeno vrijeme pojačane tjelesne aktivnosti i pridržavanja striktnih dijeta (6).

Dva su oblika anoreksije nervoze. Prvi oblik je restriktivni oblik koji se prepoznaje na temelju pridržavanja strogih dijeta i nekontroliranog intenzivnog vježbanja, bez pojave prejedanja ili izbacivanja hrane nakon jela (14).

Drugi oblik je prežderavajući ili purgativni oblik koji uključuje izgladnjivanje, jedenje nešto veće količine hrane te izazivanje „čišćenja“ nakon uzimanja hrane zbog straha od debljanja. Čišćenje se odnosi na izbacivanje hrane izazivanjem povraćanja, zloupotrebom laksativa i diuretika. Prežderavajući ili purgativni tip AN sličan je bulimiji, a razlika je u tome se epizode čišćenja kod bulimije javljaju češće nego kod ovakvog oblika AN (14).

1.1.1. Epidemiologija anoreksije nervoze

Anoreksija nervoza javlja se u oko 0.5 do 4% opće populacije, najviše u djevojčica adolescentne dobi (15). Početak bolesti može se javiti u djetinjstvu kao zabilježeno jedenje nehranjivih tvari (16). Vrhunac bolesti očituje se oko 17. godine, a rijetko se poremećaji javljaju nakon 40. godine. Prevalencija kod žena u kasnijoj adolescentnoj i ranoj odrasloj dobi iznosi između 0.5 do 1% (6).

AN se češće dijagnosticira u razvijenim zemljama gdje postoji težnja za mršavijim izgledom, a rizik za pojavu bolesti veći je u profesijama u kojima se štuje mršavost, poput baleta, manekenstva, glume i slično (15, 17).

1.1.2. Etiologija anoreksije nervoze

Etiologija anoreksije nervoze još uvijek nije sasvim razjašnjena. Smatra se kako na pojavu bolesti utječu brojni biološki, psihološki i okolišni čimbenici te predisponirajući, precipitirajući i podržavajući čimbenici navedeni u tablici 1.1. (16).

Tablica 1.1. Čimbenici nastanka anoreksije nervoze (16)

Predisponirajući čimbenici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individualni- odnos prema tijelu 2. Obiteljski - doživljaj mjesta u obitelji, odnos majka-kćer, otac-kćer 3. Sociokulturni - ono što je moderno u određenoj kulturi
Precipitirajući čimbenici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stresori tijekom odrastanja
Podržavajući čimbenici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Razne dijete 2. Stalna potreba za smanjenjem tjelesne mase 3. Okolina koja podržava vitkost 4. Svjesnost mladih djevojaka da izgube na masi

1.1.2.1. Biološki čimbenici anoreksije nervoze

Brojna istraživanja pokazuju kako kombinacija više bioloških čimbenika povećava rizik za nastanak AN. Povećan rizik bilježi se kod bliskih krvnih srodnika i jednojajčanih blizanaca, kao i kod osoba čiji članovi uže obitelji pate od depresije i bolesti ovisnosti te diabetesa mellitusa tipa 2 (18).

Veliki utjecaj na pojavu AN ima spol. Učestalost poremećaja prehrane deset je puta veća u žena nego u muškaraca (12). Anoreksija nervoza se kod žena javlja ranije nego kod muškaraca te ima karakteristične simptome izgladnjivanja i odbijanja hrane, dok se kod muškaraca AN manifestira u pretjeranom vježbanju (18).

Jednu od ključnih uloga u regulaciji raspoloženja i apetita ima serotonin. Neadekvatno lučenje serotonina povezano je s povećanom anksioznošću, agresivnošću i samoozljeđivanjem (19). Promjene u razini serotonina javljaju se kao posljedica restriktivnog unosa hrane i pretjerane fizičke aktivnosti kod osoba oboljelih od AN. Iako se još uvijek ne zna točan utjecaj serotonina na pojavu anoreksije nervoze, može se zaključiti da je smanjena razina serotonina

povezana s prisutnom anksioznošću, perfekcionizmom i opsesivnim ponašanjem nakon oporavka od anoreksije nervoze (19, 20).

1.1.2.2. Psihološki čimbenici anoreksije nervoze

Najčešći psihološki čimbenici povezani s nastankom anoreksije nervoze su depresija, anksioznost, nisko samopoštovanje, iskrivljena slika vlastitog tijela i zaokupljenost fizičkim izgledom, perfekcionizam i određeni poremećaji ličnosti (21). Nisko samopoštovanje povezano je s poremećajima ličnosti, depresijom i perfekcionizmom koji se javljaju zajedno s AN (22).

Od anksioznih poremećaja najčešći su opsesivno – kompulzivni poremećaj i socijalna fobija koja podrazumijeva strah od jedenja pred drugim ljudima, a depresija je zastupljena u čak 91% žena oboljelih od AN (18, 22). Opsesivno – kompulzivna obilježja kod oboljelih od anoreksije nervoze odnose se na zaokupljenost hranom, gomilanjem hrane u zalihama ili pretjerano uživanje u spremanju hrane bez konzumacije (22).

1.1.2.3. Sociokulturni čimbenici anoreksije nervoze

Obitelj kao primarni socijalni čimbenik u nastanku anoreksije nervoze ima značajan utjecaj u procesu socijalizacije i određivanja vrijednosti u adolescenata. Roditelji svojim ponašanjem utječu na doživljaj tijela kod djece. Djeca majki koje su se pridržavale strogih dijeta i bile zaokupljene fizičkim izgledom imaju veće šanse za pojavu poremećaja prehrane (23). Ženska djeca su češće procijenjena pretilima nego što su to muška djeca iako nemaju indeks tjelesne mase u granicama pretilosti (24).

Zapadnjačko društvo sve više nameće norme i ideale ljepote te se ideal mršavosti smatra predispozicijom uspjeha u životu (21). Važnu ulogu u promicanju ideala mršavosti imaju mediji koji potiču nerealnu sliku ženskog tijela. Djevojčice su sklone usporedbi svojih tijela naspram onih u modnim časopisima, što dovodi do početka razvoja AN (23). Za djevojčice se kao ideal

ljepote promiče ekstremna mršavost, dok bi idealan muškarac trebao imati mišićavo tijelo široka ramena, ravan trbuh, te uski struk i bokove (24).

Adolescencija je razdoblje života u kojem jača potreba za pripadanjem i prihvaćanjem, stoga prijatelji i vršnjaci predstavljaju još jedan socijalni čimbenik nastanka AN (25). Fizički izgled adolescenticama postaje važna odrednica ponašanja. Vršnjaci su skloni zadirkivanju težih djevojaka, što kod djevojaka povećava svjesnost o vlastitom izgledu, negativno utječe na mišljenje i samopoštovanje te dovodi do primjena različitih dijeta i oblika vježbanja kako bi smanjile svoju težinu i izbjegle zadirkivanje (24).

Adolescenti su skloni usporedbama s pojedincima koje idealiziraju, često razgovaraju o prehrani, vježbanju i idealima ljepote. Takvi razgovori mogu doprinijeti povećanju nezadovoljstva vlastitim izgledom te razvoju anoreksije nervoze (23).

1.1.3. Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze

Dijagnoza AN postavlja se na temelju anamneze i heteroanamneze te fizičke i psihičke procjene. Negiranje postojanja poremećaja prehrane glavna je prepreka u postavljanju dijagnoze i započinjanju liječenja (15).

Prema DSM – V, kriteriji za postavljanje dijagnoze AN su:

- ograničen unos energije u odnosu na potrebe organizma, što dovodi do niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i fizičko zdravlje pojedinca,
- intenzivan strah od debljanja ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, čak i uz nisku tjelesnu težinu,
- poremećen doživljaj vlastite tjelesne težine ili oblika tijela ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti postojeće niske tjelesne težine (6)

S druge strane, kriteriji za dijagnozu anoreksije nervoze prema MKB – 10 su:

- gubitak na tjelesnoj težini,

- izbjegavanje visokokalorične hrane,
- strah od povećanja tjelesne težine,
- izostanak menstruacije (amenoreja),
- izostanak nagona za prejedanjem (5)

Fizikalnim pregledom potrebno je utvrditi tjelesnu visinu i težinu, indeks tjelesne mase, promjene u težini, dijetalne obrasce i tjelesnu aktivnost (17).

Indeks tjelesne mase (engl. *body mass index* – BMI) računa se kao omjer mase izražene u kilogramima i visine izražene u metrima kvadratnim, tj. $BMI = \text{težina (kg)} / \text{visina (m}^2\text{)}$. prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji vrijednosti preporučenog BMI-a jednake su za djevojke kao i za dječake te se kreću u rasponu od 18.5 do 24.9 kg/m². BMI manji od 17.5 kg/m², odnosno vrijednosti mase 15 % ispod prosječne za spol, dob i fazu razvoja pojedinca, označavaju prisutnost anoreksije nervoze (15).

Osim smanjenog indeksa tjelesne mase, izražene su fizičke promjene poput suhe kože, atrofije grudi uz hormonalne promjene koje dovode do sekundarne amenoreje. Promjene u vitalnim znakovima očituju se niskim krvnim tlakom, bradikardijom i hipotermijom (17).

Primjenom nekih dijagnostičkih metoda poput rendgena, ultrazvuka i slično, vidljive su unutarnje promjene kao posljedica anoreksije nervoze (17).

Za dijagnozu bolesti također je važna psihička procjena oboljele osobe. Procjena psihičkog stanja, osim u postavljanju dijagnoze i prisutnih komorbidnih stanja, značajna je u procjeni pacijentove motivacije za promjenom ponašanja kao i mogućnostima liječenja. Najčešći psihički poremećaji u komorbiditetu s AN su distimija i veliki depresivni poremećaj. Također se javljaju depresija, anksiozni poremećaji, osobito opsesivno – kompulzivni poremećaj te poremećaji ličnosti na nekoliko dimenzija ličnosti (5)

1.1.4. Klinička slika anoreksije nervoze

Anoreksija nervoza započinje izbjegavanjem visokokaloričnih namirnica te pridržavanjem striktnih dijeta koje uključuju samo određenu vrstu namirnica. Kasnije dolazi do sve većeg izgladnjivanja i izbacivanja gotovo svih vrsta namirnica, osim onih koje imaju iznimno nisku kalorijsku vrijednost te prisutno pretjerano vježbanje (16).

Najočigledniji simptomi AN su mršavost i amenoreja. Ostali tjelesni simptomi su suha i ispucala koža, smanjena prokrvljenost kože, tanka i lomljiva kosa, suha sluznica usta, jezik obložen naslagama, a zubna caklina je oštećena zbog čestih epizoda povraćanja. Mogu se javiti opstipacija, abdominalna bol i nadutost. Zbog sniženog bazalnog metabolizma, osobe oboljele od AN osjetljive su na hladnoću i prisutna je hipotermija. Bradikardija se javlja zbog sniženih vrijednosti krvnog tlaka, poremećene su vrijednosti hormona uz pojavu amenoreje (5).

Osobita promjena kod AN je gubitak potkožnog masnog tkiva te prsa, bokovi i bedra gube svoj oblik. Javljaju se lanugo dlačice po cijelom tijelu, osobito na leđima, uz istovremeno gubljenje dlaka u područja pazuha i spolnih organa. Povećana količina vitamina A u namirnicama koje uzimaju osobe oboljele od anoreksije nervoze dovodi do žućkaste boje kože (12).

Na dorzalnoj strani šaka i zglobovima prstiju javlja se tzv. Russelov znak, odnosno vidljiva oštećenja uzrokovana izazivanjem povraćanja. Uznapredovanjem bolesti Russelov znak više nije vidljiv jer povraćanje postaje refleksno. Za vrijeme povraćanja povećava se tlak u prsnom košu koji dovodi do točkastih krvarenja na licu i pucanja krvnih žilica u oku. Kod osoba oboljelih od AN smanjuje se razina trombocita, koža postaje izrazito osjetljiva na dodir ili udarce te su vidljivi brojni hematomi (12).

Također postoje promjene u laboratorijskim nalazima u vidu leukopenije, anemije, smanjene razine vitamina B₁₂ i željeza, a zbog stalnog povraćanja i uzimanja laksativa snižena je razina kalija koja se očituje subjektivnim osjećajem slabosti, mučnine i palpitacija (12).

Kod dijagnosticirane AN prisutne su spomenute brojne psihičke poteškoće poput depresije, anksioznog poremećaja i poremećaja ličnosti (5).

1.1.5. Liječenje anoreksije nervoze

Liječenje AN dugotrajno je i komplicirano zbog prisutnih komorbiditeta i mogućih komplikacija. Glavni preduvjet liječenja je rano otkrivanje bolesti, postavljanje dijagnoze i adekvatan početak liječenja koje se može provoditi na nekoliko načina:

- ambulantno liječenje jednom tjedno,
- boravak u dnevnoj bolnici određeni dio dana,
- rezidencijsko liječenje na duže vrijeme u psihijatrijskoj ustanovi,
- hospitalizacija uslijed akutnog somatskog stanja (9).

Uspješnost pojedinog oblika liječenja ovisi o težini bolesti, motiviranosti oboljele osobe za liječenje, crtama ličnosti i slično (3).

Hospitalizacija je nužna u slučajevima gdje je BMI manji od 17, odnosno 25% ispod razine normalne tjelesne težine. Provodi se u svrhu oporavka općeg zdravstvenog stanja oboljele osobe, regulacije prehrane te oporavka obiteljskih i drugih pacijentu važnih međuljudskih odnosa (26). Glavni ciljevi liječenja usmjereni su na postupno dobivanje tjelesne mase (200 grama dnevno), uspostavljanje povjerenja između pacijenta i zdravstvenog osoblja, motiviranje i ohrabrivanje pacijenta, davanje povratnih informacija o napretku liječenja te pružanje potrebne psihološke podrške (12).

Farmakološko liječenje AN uglavnom uključuje antidepresive i antipsihotike koji pozitivno utječu na podizanje tjelesne mase, npr. olanzapin (12), dok nefarmakološko liječenje uključuje psihoterapiju i obiteljsku terapiju koje se mogu provoditi ambulantno ili u sklopu dnevne bolnice. Cilj psihoterapije je naučiti pacijenta zdravim prehrambenim navikama i motivirati ga za daljnje fizičko i psihičko liječenje (15).

1.2. BULIMIJA NERVOZA (*BULIMIA NERVOSA*)

Bulimija nervoza (*bulimia nervosa*; BN) opisuje se kao sindrom prežderavanja i pražnjenja kod osoba normalne ili prekomjerne tjelesne težine. Riječ *bulimija* dolazi iz grčkog jezika i označava „bikovu glad“ (27). U osoba oboljelih od BN izmjenjuju se epizode velikog prejedanja, odnosno unošenja velikih količina hrane u organizam u kratkom vremenskom periodu, nakon čega slijedi izazvano povraćanje, zlouporaba laksativa ili prekomjerna tjelesna aktivnost kako bi se iz tijela izbacila sva pojedena hrana (2).

Učestalost jedenja i kompenzacijskih epizoda u prosjeku je najmanje jednom tjedno u trajanju od 3 mjeseca ili više (2). Hrana koju osoba oboljela od BN konzumira je visokokalorična i nezdrava, masna ili slatka te ona hrana koja je dovoljno vlažna da se ne mora žvakati, već ju osoba samo proguta. Kalorijska vrijednost unesene hrane u jednom danu često iznosi i do 5000 kalorija (27).

Nakon epizoda prejedanja slijedi faza čišćenja, tj. primjene različitih načina izbacivanja hrane iz organizma, poput povraćanja, uzimanja diuretika i emetika ili se osoba odluči na višednevno gladovanje (26).

Dva su tipa bulimije nervoze, purgativni i nepurgativni tip (27). Kod purgativnog tipa osoba zbog prisutnog neizmjernog straha od debljanja pribjegava samoizazvanom povraćanju ili zloupotrebi sredstava za čišćenje (14).

Nepurgativni tip BN obilježen je drugim kompenzacijskim mehanizmima poput pretjeranog vježbanja ili izgladnjivanja danima. Najčešće se prije prejedanja javlja osjećaj disforičnog ponašanja, a prejedanje može biti posljedica stresne situacije, osjećaja gladi nakon izgladnjivanja ili negativnim mislima o vlastitoj tjelesnoj težini. Nakon prejedanja slijedi osjećaj srama, krivnje te se javlja depresivna epizoda (14).

BN je učestaliji poremećaj od AN, iako neka istraživanja pokazuju da oni često dolaze u kombinaciji, odnosno da je većina osoba oboljelih od bulimije nervoze u svojoj povijesti bolesti bolovala od anoreksije nervoze (28).

1.2.1. Epidemiologija bulimije nervoze

Bulimija nervoza obično započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi, oko 20. godine (27). Procjenjuje se da je prevalencija BN u općoj populaciji 3 do 10% i to više žena nego muškaraca. Bolest se javlja u 10 do 15% muškaraca i to muškaraca homoseksualne orijentacije, kod pretilih dječaka u adolescenciji te onih s manjom sposobnosti samokontrole (19, 21).

1.2.2. Etiologija bulimije nervoze

Kao i kod anoreksije nervoze, za nastanak bulimije nervoze zaslužni su brojni biološki, psihološki i sociokulturni čimbenici.

1.2.2.1. Biološki čimbenici bulimije nervoze

Povećan rizik za razvijanje bulimije nervoze zabilježen je kod jednojajčanih blizanaca i osoba čiji bliski članovi obitelji također boluju od BN. Pokazuje se kako je BN četiri puta češća u obiteljima u kojima majka ili sestra boluju ili su bolovale od bolesti (29).

Određeni hormonalni disbalans, promjene u razini serotonina i noradrenalina te abnormalna aktivnost hipotalamusa, također povećavaju rizik od nastanka BN. Istraživanjem je dokazano da se u mozgu, tj. hipotalamusu koji je glavni centar za regulaciju hranjenja, kod osoba oboljelih od bulimije nervoze ne može izazvati osjećaj potpune sitosti. Prekomjerna konzumacija ugljikohidrata dovodi do svojevrstne ovisnosti. Osoba s vremenom gubi kontrolu, ne može prestati jesti te joj je za zadovoljstvo potrebna sve veća količina ugljikohidrata kako bi se ostvario početni osjećaj ugone u prejedanju (30).

Rizični faktor za bulimiju nervozu u djevojčica može biti i ranije dobivanje prve menstruacije što izaziva povećanje tjelesne težine te nezadovoljstvo tjelesnim promjenama što donosi pubertet (31).

1.2.2.2. Psihološki čimbenici bulimije nervoze

Više psiholoških čimbenika utječe na nastanak bulimije nervoze. Primarno obilježje BN je patološka zaokupljenost tjelesnom težinom i nezadovoljstvo svojim oblikom tijela (12). Dodatno obilježje poremećaja je to što oboljele osobe koriste svoj izgled i tjelesnu težinu kao odgovor na unutarnje probleme s vlastitim identitetom, samopoštovanjem, samokontrolom te regulacijom negativnih afektivnih stanja (29).

Glavnim uzrokom BN smatra se jaki emocionalni stres, tj. bolna psihološka rana kao posljedica poremećenom nekog njima važnog međuljudskog odnosa ili traume iz djetinjstva (30, 31).

U akutnoj fazi bolesti karakteristični su poremećaji raspoloženja u kojima se izmjenjuju faze prejedanja i pražnjenja. Najčešći komorbiditet s BN ima depresija, socijalna anksioznost i opsesivno – kompulzivnog poremećaj kao i kod AN. Socijalna anksioznost se kod oboljelih osoba izražava kroz perfekcionistačko ponašanje u samoprocjeni svog fizičkog izgleda (33).

Poremećaji ličnosti, u prvom redu narcizam, također su povezani s BN. Obilježja narcizma su grandioznost, osjećaj većih prava od drugih, nedostatak empatije, osjećaj neranjivosti i izraženo nisko samopoštovanje koje se kompenzira težnjom ka idealnoj tjelesnoj težini i obliku tijela. Niska razina samokontrole očituje se u nemogućnosti pružanja otpora i zaustavljanja u prejedanju (31).

Bulimija nervozna povezana je s bolestima ovisnosti. Niska razina samokontrole, emocionalna nestabilnost, samoozljeđivanje, anksioznost te granični i antisocijalni poremećaji ličnosti javljaju se češće ako oboljela osoba konzumira i dodatne psihoaktivne tvari (34).

1.2.2.3. Sociokulturni čimbenici anoreksije nervoze

Velik utjecaj na razvoj bulimije nervoze imaju kultura, mediji i obitelj. Žene od ranog djetinjstva uče kako izgleda privlačno tijelo i kakve su one u usporedbi s idealom ljepote. U skladu s idealom mršavosti koji je svakodnevno prikazan u brojnim modnim časopisima i na televiziji, žene koje imalo odstupaju od takve slike, smatraju se debljima nego što to zaista jesu (21, 29).

S druge strane, nesigurni stil privrženosti s roditeljima, posebno ocem, povećava rizik od BN. Problematičan odnos s ocem rezultira i produženom depresijom te anksioznošću koja traje duže što je taj odnos više neadekvatan (31).

Sociokulturna očekivanja od muškaraca su se promijenila. Današnje poimanje idealnog muškarca u odnosu na ranija razdoblja su da on bude znatno mišićaviji. Takva slika idealnog muškoga tijela može pridonijeti poremećajima slike tijela kod adolescentnih dječaka (21).

1.2.3. Dijagnostički kriteriji bulimije nervoze

Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze prema DSM – V su:

- ponavljajuće epizode prejedanja sa sljedećim obilježjima:
 - a) jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata) količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima
 - b) osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem
- ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci poput izazvanog povraćanja i zloupotrebe laksativa kako bi se spriječilo dobivanje na težini,
- prejedanje i kompenzatorno ponašanje koje traje najmanje jednom tjedno kroz tri mjeseca
- samoprocjena pod utjecajem tjelesnog oblika i težine (6)

1.2.4. Klinička slika bulimije nervoze

Bulimiju nervozu teže je prepoznati nego anoreksiju nervozu jer oboljele osobe najčešće imaju normalnu tjelesnu težinu, dok je kod AN težina oboljele osobe uvijek ispodprosječna. Iako je tjelesna težina najčešće unutar normalnih granica, oboljele osobe znaju biti i anoreksične i pretile, što ovisi o izmjeni faza prejedanja i pražnjenja (18).

Simptomi bulimije nervoze slični su kao kod osoba koje boluju od anoreksije nervoze. Opće zdravstveno stanje oboljele osobe ovisi o trajanju bolesti i učestalosti epizoda prejedanja i pražnjenja. Kao posljedica takvih epizoda javljaju se upala jednjaka i žlijezda slinovnica, povećanje i blaža upala želuca i gušterače, krvarenje i bolesti desni. Kao i kod AN, javlja se Russelov znak, oštećenja kože na šakama i prstima. Učestalim epizodama pražnjenja troši se voda i kalij iz organizma što uzrokuje poremećen rad srca, grčenje mišića, čak i smrt u težim slučajevima BN (5, 8, 26).

Kod bulimije nervoze prisutno je također pretjerano vježbanje i okupiranost hranom i kalorijskim vrijednostima. Udaljavaju se od obitelji i prijatelja kako bi pažnju potpuno usmjerili na prehranu (10).

Osim svih komorbiditeta prisutnih u anoreksiji nervozu, kod bulimije nervoze češći su komorbiditet ovisnosti (5, 8, 26). Za razliku od AN u kojoj je rani početak bolesti povezan s boljim ishodom, rani početak BN povezan je s lošijim ishodom, češćim samoozljeđivanjem i zapostavljanjem od obitelji i društva (30, 34).

1.2.5. Liječenje bulimije nervoze

Liječenje bulimije nervoze, kao i anoreksije nervoze, uključuje oporavak općeg zdravstvenog stanja i prehrane kroz psihoterapijsko i obiteljsko liječenje. Jedna od najučinkovitijih metoda u liječenju BN je kognitivno – bihevioralna terapija (32).

Kognitivno – bihevioralna terapija je primarno usmjerena na razumijevanje uzroka prejedanja, ispravljanje negativnih kognitivnih procesa u oboljele osobe i otkrivanje uzročnika za posljedične oblike ponašanja. Temelji se na uspostavljanju obrasca pravilnog hranjenja i

uzimanja redovitih i zdravih obroka te pomoći kod poteškoća i negativnih misli s kojima se osoba oboljela od bulimije nervoze susreće tijekom liječenja (12, 32).

U liječenju BN koriste se i antidepresivi koji u kombinaciji sa psihoterapijom daju povoljne rezultate (32).

2. CILJ RADA

Cilj završnog rada je opisati najčešće poremećaje prehrane te prikazati ulogu medicinske sestre u liječenju osoba s poremećajima prehrane.

3. METODE

U izradi završnog rada koristili su se podaci iz znanstvene literature, relevantnih stručnih članaka i internetskih stranica iz područja psihijatrije i nutricionizma. Metode korištene u radu su metoda analize i sinteze.

4. REZULTATI

4.1. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LIJEČENJU OSOBA S POREMEĆAJIMA PREHRANE

Cilj zdravstvene njege osoba s poremećajem prehrane je pomoći u osamostaljenju i zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba s naglaskom na uspostavljanje adekvatnih prehrambenih navika. Skrb je usmjerena na ublažavanje simptoma bolesti i pružanje psihološke pomoći pacijentu i obitelji (10, 27).

4.1.1. Odnos medicinska sestra – pacijent

Osnovna uloga medicinske sestre je uspostaviti odnos povjerenja s pacijentom koji se postiže razgovorom te iskazivanjem empatije i podrške oboljeloj osobi (21, 26). Terapijski odnos između medicinske sestre i pacijenta uključuje međusobno partnerstvo, usredotočenost na pacijenta i jačanje njegovih dobrih strana i potencijala. Razvoju terapijskog odnosa doprinose empatija, poštovanje, prihvaćanje, suosjećanje, povjerenje, nada i izostanak osuđivanja i predrasuda. Dobar terapijski odnos može značajno utjecati na rezultate liječenja. Na uspješnost odnosa utječe nekoliko čimbenika, uključujući iskustva, stavove i percepcije medicinske sestre i pacijenta (2, 27).

Medicinske sestre, kao i pacijenti, žive u društvu koje je često opsjednuto hranom, veličinom tijela i njegovim oblikom. Ponekad se i one same nose s osjećajem srama u vezi svoje tjelesne težine. To može pridonijeti prevelikom identificiranju s pacijentom i minimiziranju pacijentovog patološkog ponašanja. Teško stanje izgladnjenosti nekih anoreksičnih pacijenata može biti šokantno za medicinske sestre, stoga nije neuobičajeno da se ponekad medicinska sestra osjeća zbunjeno i frustrirano jer to može dovesti u pitanje njene temeljne vrijednosti (2).

Ozbiljnost i težina bolesti može biti podcijenjena od strane medicinskog osoblja zbog visoke intelektualne razine pacijenata i njegovu privlačnu osobnost. Na zahtjevnijim bolničkim odjelima, odnosno onima u kojima boravi više teže bolesnih pacijenata, postoji rizik da potrebe

pacijenata s poremećajima prehrane budu na drugom mjestu jer se pogrešno smatra kako su takvi pacijenti manje bolesni od onih npr. s prisutnim brojnim komorbiditetima. Imajući u vidu značajni psihijatrijski komorbiditet, komplikacije i pridruženu stopu smrtnosti od poremećaja prehrane, ključno je da medicinske sestre nemaju takva pogrešna tumačenja koja mogu ugroziti pacijentov život (2, 27).

Ono što može negativno utjecati na terapijski odnos između medicinske sestre i pacijenta je hospitalizacija. Zdravstveno stanje, težina komorbiditeta ili utjecaj roditelja, voljene osobe ili terapeuta često dovode do prisilne hospitalizacije. To se obično ne događa kao rezultat shvaćanja samog pacijenta jer takvi pacijenti obično poriču ozbiljnost vlastitog stanja što stvara otpor prema liječenju i stvaranju terapijskog odnosa. Pacijenti koji su hospitalizirani protiv svoje volje mogu izraziti potpuno poricanje bolesti i osjećaj da nemaju kontrolu nad trenutnom situacijom jer već imaju slabu kontrolu nad većinom aspekata vlastitog života što dovodi do problema s povjerenjem u medicinsku sestru (2).

Ciljevi liječenja često su u izravnoj suprotnosti s pacijentovim željama. Hospitalizacija pojačava strah od debljanja, a za pacijente s poremećajem prehrane upravo je to ono što su htjeli izbjeći. Kontrola se često izražava krutošću, što je vjerojatno pokušaj održavanja osjećaja vlastite učinkovitosti i samokontrole. Važno je biti pažljiv s osjećajem kontrole nad situacijom jer može dovesti do borbe oko moći između pacijenta i medicinske sestre. Poremećaj prehrane može biti duboko utkan u identitet pacijenta, a pomisao da ga više nema može izazvati iznimnu tjeskobu i strah (2).

4.1.2. Uloga obitelji u liječenju osoba s poremećajima prehrane

U liječenju poremećaja prehrane ne sudjeluje samo pacijent, već i njegova obitelj i njemu važne osobe. Važno je uspostaviti odnos povjerenja sa članovima obitelji te educirati ih o važnosti liječenja poremećaja prehrane. Medicinska sestra trebala bi imati potrebno teorijsko i praktično znanje o poremećajima prehrane, kao i dobre komunikacijske vještine kojima će to znanje moći prenesti pacijentu i obitelji (35).

Kako bi liječenje oboljele osobe bio što uspješniji, velika je uloga medicinske sestre u motiviranju pacijenta i njegove obitelji na suradnju. Potrebno je educirati pacijenta i obitelj o bolesti i posljedicama poremećaja prehrane na opće zdravstveno stanje te pohvaliti svaki napredak (10).

Medicinska sestra trebala bi pružiti podršku obitelji i prepoznati na koji način ona može pružiti pomoć oboljelom članu u liječenju. Potrebno je redovito pratiti dinamiku i odnose u obitelji, posebno roditelja prema djeci koja pate od poremećaja prehrane. Kod obitelji u kojima postoji zdrava komunikacija, medicinska sestra lako može ukazati na probleme unutar obitelji koji su potencijalno doveli do pogoršanja bolesti, dok se u obiteljima s neadekvatnom komunikacijom taj problem teško može riješiti bez pomoći liječnika ili psihoterapeuta (35).

Pristup pacijentu s poremećajem prehrane je individualan i holistički uz puno empatije i podrške. Medicinska sestra treba prepoznati pacijentove dobre i loše strane te raditi na razvoju onih dobri kako bi pacijent održao motivaciju za liječenjem i što prije ozdravio (10, 35).

Kod ozbiljno oboljelih pacijenata koji se ne mogu samostalno hraniti, zadaća je medicinske sestre pomoći pacijentu u samozbrinjavanju i zadovoljenju osnovnih ljudskih potreba. Ona provodi i nadzire sam proces hranjenja, a ukoliko postoji ordinirana parenteralna prehrane, bitno je održavati sustave za hranjenje (npr. CVK i nazogastrična sonda) prohodnim i čistim. Kod CVK potrebno se pridržavati pravila aseptičnog načina rada, dok je kod nazogastrične sonde bitno provjeriti prije svakog hranjenja nalazi li se ona u želucu pacijenta kako ne bi došlo do aspiracije sadržaja (10).

4.1.3. Plan zdravstvene njege u liječenju osoba s poremećajima prehrane

Medicinska anamneza, uz podatke dobivene fizikalnim pregledom, važna je za procjenu prijašnjih bolesti, medicinskih komplikacija i stupnja neuhranjenosti koji su posljedica poremećaja prehrane, i drugih potencijalnih zdravstvenih i psihijatrijskih stanja koja mogu biti osnovni uzrok simptoma (2).

Povijest psihijatrijskog liječenja uključuje trenutnu i prošlu ambulantnu terapiju, sudjelovanje u dnevnim programima i hospitalizacije. Bilježe se datumi, trajanje, terapeut,

lokacija, dijagnoza, modalitet liječenja i odgovor na liječenje. Povijest farmakoloških intervencija je korisna (npr. naziv lijeka, doza, trajanje, odgovor i učinkovitost). Korištenje, učinkovitost i pridržavanje prilagođenih terapija, uključujući prehrambene savjete, grupne terapije i grupe podrške, pružaju informacije o raspoloživim resursima, preprekama i primjeni različitih načina intervencije (2).

Procjena obrazaca prehrane uključuje učestalost, vrstu i mjesto unosa hrane. Mnogi pacijenti s anoreksijom nervozom navode da se ograničavaju na manje od 1000 kcal dnevno. Ovo ograničenje je značajno jer dnevne potrebe za kalorijama za mlade žene su 2000 do 2400 kcal (1, 2).

Opsežna procjena osobe oboljele od nekog poremećaja prehrane uključuje procjenu glavnih razloga hospitalizacije, mentalnog statusa i povijesti socijalne, razvojne, obiteljske, medicinske i psihijatrijske obrade. Razlog hospitalizacije pruža informacije o primarnim problemima, problemima pridržavanja liječenja i motivaciji. Motivacija za liječenjem i oporavkom predviđa ishode liječenja; oni manje motivirani pacijenti vjerojatnije će prerano napustiti liječenje (2).

Procjena mentalnog statusa vrši se prilikom prijema. Pored standardnih područja, posebna se pažnja pridaje raspoloženju pacijenta obzirom na visoke stope komorbiditeta. Potrebna je temeljita procjena suicidalnih ideja, planova i pokušaja. Psihomotorna funkcija, izgled i govor također mogu pružiti informacije o prisutnosti depresivnih simptoma. Rasuđivanje, pouzdanost i shvaćanje zdravstvenog stanja vjerojatno će biti pogoršani tijekom akutne faze bolesti (2).

Faze razvoja (npr. individualnost, separacija, identitet) i socijalna povijest (npr. akademski napredak, zanimanje, odnosi s vršnjacima, traumatični događaji, upotreba droga ili alkohola) mogu biti korisne informacije prilikom procjene povezanosti događaja sa simptomima (2).

Pacijenti često opisuju društvene utjecaje koji utječu na njihovu želju za promjenom oblika tijela ili težine, poput zadirivanja u djetinjstvu zbog tjelesne težine ili ograničavanja izvannastavnih aktivnosti kao što su balet, gimnastika ili borilački sportovi. Vrijeme provedeno preokupirano oblikom tijela i težinom i slična kompenzatorna ponašanja mogu dovesti do socijalne izolacije oboljele osobe. Pojedinci s izraženom željom za mršavosti, razvijenim

nezadovoljstvom vlastitim tijelom i prisutnim simptomima koji se mogu pripisati bulimiji nervozi, mogu izbjegavati jesti s drugima zbog socijalne anksioznosti i straha od negativnog mišljenja okoline (2).

Upotreba alkohola i droga često započinje u društvenom kontekstu. Zbog učestalosti zlouporabe alkohola i droga, potrebno je procijeniti količinu, učestalost i trajanje. Neke droge (npr. stimulansi, kofein, tablete za dijetu) mogu se zloupotrijebiti zbog njihovih učinaka na metabolizam i gubitak kilograma (2).

Obitelj je važan izvor informacija za razumijevanje njenog potencijalnog utjecaja na pacijenta i značenje poremećaja. Obiteljske norme vezane uz prehranu, percepciju tjelesne težine i oblika tijela, kulturne vrijednosti, povijest pretilosti ili poremećaja prehrane i druge psihopatologije područja su koja treba istražiti. Procjenom povijesti i odnosa među članovima obitelji mogu se dobiti podaci o konfliktnim, distanciranim, ranjivim i harmoničnim odnosima. Crtanje obiteljskih događaja na vremenskoj skali (npr. rođenja, smrti, razvodi) pruža mogućnost za procjenu povezanosti obiteljskih događaja s težinom simptoma povezanih s prehranom (2, 34).

4.1.4. Sestrinske dijagnoze

Prije postavljanja sestrinskih dijagnoza i provedbe plana zdravstvene njege, zadaća medicinske sestre je prikupiti podatke od pacijenta, anamnezu, i podatke o pacijentu od obitelji, heteroanamnezu. Potrebno je učiniti fizički pregled koji uključuje provjeru vitalnih znakova i različita obilježja zdravstvenog stanja koja mogu ukazivati na postojeći ili potencijalni problem (1, 2, 10). Neke od najčešćih sestrinskih dijagnoza koje se javljaju kod osoba s poremećajima prehrane su (37, 38, 39):

- pothranjenost
- neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda
- nisko samopoštovanje
- anksioznost

- dehidracija ili visok rizik za dehidraciju
- opstipacija ili visok rizik za opstipaciju
- hipotermija ili visok rizik za poremećaj termoregulacije (hipotermiju)
- povraćanje
- oštećenje sluznice usne šupljine
- umor
- smanjeno podnošenje napora
- socijalna izolacija
- strah
- visok rizik za samoozljeđivanje
- visok rizik za samoubojstvo
- visok rizik za oštećenje integriteta kože
- visok rizik za infekciju (ukoliko pacijent ima postavljen CVK)

Sestrinske intervencije koje se provode u skladu s postavljenom sestrinskom dijagnozom, mogu se općenito podijeliti u četiri kategorije: monitoriranje/praćenje i poučavanje, poticanje i motiviranje, podrška i razumijevanje te edukacija (36).

Monitoriranje se kod osoba oboljelih od poremećaja prehrane očituje u strukturiranom praćenju pacijenta za vrijeme obroka. Medicinske sestre svoja zapažanja uglavnom provode neprimjetno, no dopuštene su intervencije u situacijama kada se pacijent ne pridržava novih pravila. Također je potrebno kontinuirano poučavanje o normalnim prehrambenim navikama, kao i o ponašanju za vrijeme obroka (36).

Osobe oboljele od poremećaja prehrane potrebno je stalno poticati na započinjanje i nastavljanje hranjenja. U motiviranju pacijenta od velike je uloge i obitelj ili druge pacijentu važne osobe (36).

Medicinska sestra, osim što uspostavlja odnos povjerenja s pacijentom, također treba pružiti podršku i svakodnevno pohvaliti napredak tijekom hranjenja. Također je potrebno stvoriti empatičan odnos, suosjećati, razumijevati i poticati na razgovor o emocijama i prisutnim problemima tijekom liječenja (35, 36).

Od velike je važnosti i edukacija koju medicinska sestra pruža pacijentu prije, za vrijeme i nakon hranjenja, kao i edukacija članova obitelji kako bi što bolje razumjeli bolest i pružili podršku u liječenju. Edukacija se odnosi na pružanje informacija o pravilnoj prehrani, o specifičnosti postojećeg poremećaja prehrane i posljedicama na fizičko i psihičko zdravlje oboljele osobe (36).

4.1.4.1. Pothranjenost

Pothranjenost označava stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa hranjivih tvari u organizam te glavnu sestrinsku dijagnozu kod anoreksije nervoze. Uloga je medicinske sestre prikupiti podatke o prehranbenim navikama pacijenta, podatke o tjelesnoj težini i pacijentovom mišljenju o vlastitom tijelu, izračunati BMI, zabilježiti upotrebu lijekova, mentalni statusu i prisutne komorbiditete, odnose u obitelji te mogućim biološkim, psihološkim i sociokulturnim čimbenicima uzroka pothranjenosti. Pothranjenost se definira u slučajevima kada je tjelesna težina manja za 25% od normalne težine obzirom na spol, dob i fazu razvoja organizma, ako je BMI manji od 17 kod žena i manji od 20 kod muškaraca te ako je već prisutna dijagnoza poremećaja prehrane (15, 38).

Kod pothranjenosti je važno da medicinska sestra (38):

- važe pacijenta poslije svakog obroka
- objasni pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti

- u suradnji s nutricionistom izradi plan prehrane
- osigura pacijentu psihološku potporu
- nadzire promet tekućine
- potiče konzumaciju manjih i češćih obroka
- dokumentira pojedenu količinu svakog obroka
- osigura pacijentu namirnice koje voli
- potiče pacijenta na vođenje dnevnika prehrane
- ukoliko je stanje bolesti takvo da oboljela osoba se ne može samostalno hraniti, potrebno je postaviti nazogastričnu sondu ili osigurati venski put (npr. CVK) za primjenu ordinirane parenteralne prehrane

4.1.4.2. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda

Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda, odnosno iskrivljena slika svog tijela, jedna je od glavnih dijagnoza svih poremećaja prehrane. Kako bi se dijagnosticirala, potrebno je prikupiti podatke od tjelesnim promjenama, promjenama u ponašanju osobe, odnosima u obitelji i drugim važnim međuljudskim odnosima, obrascu spavanja i prehrambenim navikama. Vodeća obilježja koja mogu ukazati na problem izmijenjene percepcije tijela su autodestruktivna ponašanja poput izbjegavanja gledanja i dodirivanja vlastitog tijela, izbjegavanja socijalnih kontakata, gubitak nade i želje za životom te preokupiranost fizičkim izgledom, vježbanjem i hranom (39).

Kod osoba s poremećajem prehrane koje se bore s prihvaćanjem svog fizičkog izgleda, važno je da medicinska sestra (39):

- ohrabruje pacijenta na izražavanje osjećaja povezanih sa percepcijom svog tijela
- aktivno sluša pacijenta i potiče na razgovor o zdravstvenom stanju

- poticati kontakte sa članovima obitelji i prijateljima koji mogu biti velika podrška u procesu liječenja
- educira pacijenta i obitelj o važnosti pridržavanja pravilne prehrane
- educira pacijenta i obitelj o mogućim posljedicama iskrivljene slike svog tijela na fizičko i psihičko zdravlje
- surađuje sa stručnim osobama drugih specijalnosti (npr. nutricionistom, psihijatrom, psihologom)

4.1.4.3. Nisko samopoštovanje

Nisko samopoštovanje jedan je od glavnih uzroka poremećaja prehrane koji se očituje negativnom slikom o sebi i svojim mogućnostima te osjećajem srama i krivnje zbog svog fizičkog izgleda i obrascima prejedanja i pražnjenja.

Zadaće su medicinske sestre (39):

- omogućiti pacijentu sigurno okruženje za razgovor i izražavanje emocija
- pokazati razumijevanje i interes za problem
- pružiti pacijentu podršku i pozitivnu povratnu informaciju
- uočavati promjene u mentalnom statusu i prisutnost suicidalnih misli i namjera
- u dogovoru s pacijentom izraditi plan dnevnih aktivnosti
- uključiti pacijenta u donošenje odluka
- poticati pacijenta na socijalne kontakte s drugima
- omogućiti razgovor pacijenta i obitelji sa psihologom

4.1.4.4. Anksioznost

Anksioznost je definirana kao nejasan osjećaj nelagode i/ili straha koji je najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti te gubitkom kontrole i sigurnosti. Prije postavljanja sestrinske dijagnoze anksioznosti, medicinska sestra prikuplja potrebne podatke o pacijentu, obavlja fizikalni pregled te procjenjuje stupanj anksioznosti kod osobe oboljele od poremećaja prehrane i primijenjene metode suočavanja s anksioznosti. Kako bi se anksioznost kontrolirala i smanjila potrebno je provesti sljedeće intervencije (37):

- stvoriti profesionalan empatijski odnos
- osigurati privatnost i sigurnost
- opažati neverbalne izraze anksioznosti i izvijestiti o njima
- upoznati pacijenta s okolinom, aktivnostima i zdravstvenim osobljem na odjelu
- informirati pacijenta o planiranim postupcima tijekom liječenja
- educirati pacijenta o prisutnoj bolesti i posljedicama na fizičko i psihičko zdravlje
- uključivati pacijenta u donošenje odluka
- potaknuti pacijenta na razgovor i izražavanje osjećaja
- pomoći i podučiti pacijenta o metodama suočavanja s anksioznosti (npr. vježbe dubokog disanja, radna terapija, masaža, vođena imaginacija i sl.)
- poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika ukoliko je ordinirano od strane nadležnog liječnika

4.1.4.5. Dehidracija

Pri postavljanju dijagnoze dehidracije, medicinska sestra prikuplja podatke o vitalnim znakovima, prehrambenim navikama i unosu i izlučivanju tekućine te provodi fizikalni pregled s

posebnom pažnjom usmjerenom na turgor kože, stanje sluznica i punjenost vratnih vena. Bolesti kao što su anoreksija nervoza i bulimija nervoza često dovode do stanja deficita volumena tekućine u organizmu zbog epizoda „čišćenja“ tijela uzrokovanih povraćanjem, uzimanjem laksativnih sredstava, apstinencijom od hrane i sličnim metodama (16, 37).

Kako bi se organizam ponovno vratio u stanje balansa volumena tekućine, potrebno je da medicinska sestra (37):

- objasni važnost uzimanja propisane količine tekućine tijekom 24h
- osigura tekućinu nadohvat ruke
- uputi pacijenta da napitci poput kave, čaja i citrusnih sokova imaju diuretski učinak
- opaža rane i kasne znakove hipovolemije (nemir, slabost, grčevi u mišićima, ortostatska hipotenzija, abdominalna bol, cijanotična hladna i vlažna koža)
- prati promet tekućina, diurezu, specifičnu težinu, boju i miris urina
- mjeri tjelesnu težinu pacijenta ujutro prije doručka te po potrebi tijekom dana
- kod stabilnih pacijenata mjeri vitalne funkcije svaka 4 sata i bilježi promjene
- uočava znakove promijenjenog mentalnog statusa
- informira pacijenta o nadziranju hidracije putem boje urina

4.1.4.6. Opstipacija

Opstipacija je karakterizirana neredovitim, nepotpunim i bolnim pražnjenjem crijeva. Medicinska sestra prikuplja podatke o posljednjoj defekaciji i karakteristikama stolice te prehrambenim i navikama vezanim uz eliminaciju. Intervencije koje se provode kod ove dijagnoze su (37):

- osigurati privatnost
- procijeniti prisutnost boli koja može utjecati na defekaciju

- primijeniti ordinirane lijekove za lakše pražnjenje crijeva
- poticati pacijenta na unos 1500 do 2000 ml tekućine dnevno
- pacijentu dati napitke i namirnice koji potiču defekaciju
- objasniti važnost konzumiranja namirnica bogatih vlaknima
- poticati pacijenta na laganu fizičku aktivnost

4.1.4.7. Visok rizik za samoozljeđivanje i/ili samoubojstvo

Zadaće medicinske sestre pri postavljanju dijagnoze visokog rizika za samoozljeđivanje i/ili samoubojstvo odnose se na provjeru prisutnih autodestruktivnih i suicidalnih misli te bilježenje prijašnjih pokušaja suicida ili autodestruktivnih ponašanja (34, 39). Pri dijagnosticiranju takvih ponašanja, intervencije medicinske sestre odnose se na (39):

- uspostavljanje odnosa povjerenja temeljenog na empatiji i aktivnom slušanju
- primjenjivanje načela terapijske komunikacije
- osiguravanje sigurne okoline i često provjeravanje prostorija u kojima pacijent boravi
- osiguravanje nadzora nad pacijentom obzirom na rizik za samoozljeđivanje i samoubojstvo
- poticanje na razgovor i izražavanje emocija
- uključivanje pacijenta u svakodnevne aktivnosti
- kontroliranje uzimanja ordinirane terapije
- poticanje članova obitelji na održavanje dobrog odnosa s oboljelim
- pozivanje psihijatra pri pogoršanju stanja pacijenta

5. RASPRAVA

Svi zdravstveni radnici uključeni u skrb osoba oboljelih od poremećaja prehrane, a posebno medicinske sestre, imaju značajnu ulogu u pomaganju pacijentima u učenju pravilnih prehrambenih obrazaca. Važno je za medicinsku sestru uspostaviti odnos povjerenja kako bi proces liječenja bio što uspješniji. U liječenju poremećaja prehrane sudjeluje i njegova obitelj i njemu važne osobe stoga je od iznimne važnosti edukacija pacijenta i obitelji te pružanje međusobne podrške.

Glavni temelj terapijskog odnosa kojeg medicinska sestra uspostavlja na početku liječenja je povjerenje. Terapijski odnos uključuje holistički pristup, individualni pristup, empatiju, poštovanje i bezuvjetno prihvaćanje. Dobar terapijski odnos može značajno utjecati na rezultate liječenja.

Važan dio bolničkog liječenja osoba oboljelih od poremećaja prehrane je vraćanje adekvatnog ponašanja u prehrani koje se postiže primjenom različitih intervencija koje se mogu podijeliti u četiri kategorije: nadgledanje i podučavanje, poticanje i motiviranje, podrška i razumijevanje te edukacija. Prvo se mijenjaju prehrambeni obrasci, a zatim i psihosocijalno ponašanje.

Da bi se postigli dobri rezultati, pacijentima je potreban terapijski odnos povjerenja s medicinskom sestrom i obitelji. Od medicinske sestre se očekuje da bude uporna i ne odustaje od pacijenta, da se usredotoči na svaki detalj ponašanja pacijenta u prehrani, da ponavlja upute tijekom obroka i opominje neprimjerna ponašanja.

6. ZAKLJUČAK

Poremećaji prehrane kronične su psihijatrijske bolesti s kliničkom slikom samoinicijativnog izgladnjivanja ili prejedanja. Nastaju kao rezultat brojnih bioloških, psiholoških i sociokulturnih čimbenika, u prvom redu niskog samopoštovanja i razvijenom negativnom slikom vlastitog tijela. Prema DSM – V, poremećaji prehrane obuhvaćaju anoreksiju nervozu (AN), bulimiju nervozu (BN) i poremećaj s prejedanjem.

Anoreksija nervoza je poremećaj znakovit po iskrivljenoj slici tijela, prekomjernom strahu od debljine te odbijanju hrane, dok bulimija nervoza označava sindrom prežderavanja i pražnjenja kod osoba normalne ili prekomjerne tjelesne težine.

Kako bi medicinska sestra započela potrebnu zdravstvenu skrb, potrebno je prikupiti sve potrebne podatke od pacijenta i obitelji, učiniti fizikalni i psihički pregled te postaviti sestrinske dijagnoze na kojima se temelji plan zdravstvene njege.

Neke od najčešćih sestrinskih dijagnoza s kojima se medicinske sestre susreću su pothranjenost, neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda, nisko samopoštovanje, anksioznost, dehidracija ili visok rizik za dehidraciju, opstipacija ili visok rizik za opstipaciju, hipotermija ili visok rizik za poremećaj termoregulacije, povraćanje, oštećenje sluznice usne šupljine, umor, smanjeno podnošenje napora, socijalna izolacija, strah, visok rizik za samoozljeđivanje, visok rizik za samoubojstvo, visok rizik za oštećenje integriteta kože te visok rizik za infekciju.

7. LITERATURA

1. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
2. Wolfe B E, Dunne J P. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *Nursing Clinics of North America*. 2016; 51(2): 213-235. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646516000074?via%3Dihub> (7.7.2020.)
3. Fairburn C G. Evidence – based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2005; 37: 26-30. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20112> (7.7.2020.)
4. Abbate-Daga G i sur. A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2016; 21(4): 553-580. Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-016-0265-9> (7.7.2020.)
5. Marčinko D i sur. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja hranjenja. Zagreb: Naklada Slap; 2004.
8. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
9. Meštrović A. Poremećaj hranjenja – Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar; 2014.
10. Tirić Z. Poremećaji hranjenja u dječjoj i predadolescentnoj dobi (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2017.
11. Peršić M, Palčevski G. Organski uzroci anoreksije (Anoreksija kao simptom). *Paediatrica Croatica*. 2008; 52(1): 102-105. Dostupno na: <http://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2008/pdf/dok17.pdf> (7.7.2020.)

12. Vidović V. Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*. 2004; 10(52): 69-74. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20253> (7.7.2020.)
13. Medicinski priručnik dijagnostike i terapije. Anoreksija nervoza (Online). 2014. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-prehrane/anoreksija-nervoza> (7.7.2020.)
14. Davison G C, Neale J M. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jasterbarsko: Naklada Slap; 1999.
15. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus*. 2015; 24(2): 165-171. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/148323> (7.7.2020.)
16. Frančišković T, Moro Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
17. Filaković P i sur. Psihijatrija. Osijek: Medicinski fakultet; 2014.
18. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self- Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*. 2020; 136(6): 581-596. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/10955544_Body_Image_Dissatisfaction_Gender_Differences_in_Eating_Attitudes_Self-Esteem_and_Reasons_for_Exercise (7.7.2020.)
19. Rikani A A i sur. A critique of the literature on etiology od eating disorders. *Annals of Neuroscience*. 2013; 20(4): 157-161. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117136/> (7.7.2020.)
20. Sheldon P. Pressure To Be Perfect: Influences on College Students' Body Esteem. *Southern Communication Journal*. 2010; 75(3): 277-298. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/233230549_Pressure_To_Be_Perfect_Influences_on_College_Students'_Body_Esteem (7.7.2020.)
21. Aronson E, Wilson T D, Akert R M. Socijalna psihologija. Zagreb: Mate; 2005.
22. Halvorsen I, Heyerdahl S. Girls with Anorexia Nervosa and Young Adults: Personality, Self-Esteem and Life Satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*. 2006; 39(4): 285-293. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16523471/> (7.7.2020.)

23. Field A E i sur. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*. 2001; 107(1): 54-60. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11134434/> (7.7.2020.)
24. Pokrajac-Bulian A, Mohorić T, Đurović D. Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijeta kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*. 2007; 16(1): 27-46. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20507> (7.7.2020.)
25. Berk L. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
26. Hotujac Lj i sur. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
27. Bradaš Z, Božičević M, Marčinko D. *Poremećaji hranjenja u psihijatriji*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2013.
28. Vulić-Prtorić A, Cifrek-Kolarić M. *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2011.
29. Wade T D i sur. An examination of the overlap between genetic and environmental risk factors for intentional weight loss and overeating. *International Journal of Eating Disorders*. 2009; 42 (6): 492-497. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2753484/> (8.7.2020.)
30. Škoro T. *Tajna bulimije: život pod maskama*. Pula: Vanis; 2009.
31. Lehoux P M, Howe N. Perceived non-shared environment, personality traits, family factors and developmental experiences in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*. 2007; 46(1): 47-66. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17472201/> (8.7.2020.)
32. Fairburn C G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders (Online)*. New York: Guilford Press; 2008.
33. Hughes E K i sur. Eating disorders with and without comorbid depression and anxiety: similarities and differences in a clinical sample of children and adolescents. *European Eating Disorders Review*. 2013; 21(5): 386-394. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23681932/> (8.7.2020.)

34. Stein D i sur. Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2004; 45(6): 447-451. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X04000914?via%3Dihub> (8.7.2020.)
35. Gísladóttir M, Svavarsdóttir E K. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18: 122-130. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x> (8.7.2020.)
36. Beukers L i sur. Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental health Nursing*. 2015; 24(6); str. 519-526. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26223764/> (8.7.2020.)
37. Šepec i sur. *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
38. Kadović i sur. *Sestrinske dijagnoze 2*. Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
39. Aldan D A i sur. *Sestrinske dijagnoze 3*. Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.

8. SAŽETAK

Poremećaji prehrane psihičke su bolesti koje prate brojne medicinske komplikacije, psihološke tegobe i psihijatrijski komorbiditeti. Nastaju kao rezultat utjecaja različitih bioloških, psiholoških, socijalnih i obiteljskih čimbenika. Prema DSM – V klasificiraju se na anoreksiju nervozu (AN), bulimiju nervozu (BN), poremećaj s prejedanjem (engl. *binge eating disorder*) te druge specificirane ili nespecificirane poremećaje hranjenja.

Glavne karakteristike anoreksije nervoze i bulimije nervoze su samoinicijativno izgladnjivanje (kod AN) ili prejedanje (kod BN) koje je uzrokovano iskrivljenom slikom vlastitog tijela, niskim samopoštovanjem te drugim psihičkim teškoćama.

Cilj zdravstvene njege osoba s poremećajem prehrane je pomoći pacijentu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba s naglaskom na uspostavljanje adekvatnih prehrambenih navika, ublažavanje simptoma bolesti te pružanje psihološke pomoći pacijentu i obitelji, u čemu medicinska sestra ima glavnu ulogu.

Glavne sestrinske dijagnoze u liječenju osoba s poremećajima prehrane su pothranjenost, neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda, nisko samopoštovanje, anksioznost, dehidracija ili visok rizik za dehidraciju, opstipacija ili visok rizik za opstipaciju te visok rizik za samoozljeđivanje i/ili samoubojstvo.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, liječenje, uloga medicinske sestre

9. ABSTRACT

Eating disorders are mental illnesses that have numerous medical complications, psychological ailments and psychiatric comorbidities. They are caused by various biological, psychological, social and family factors. According to the DSM – V, they are classified into anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder.

The main characteristics of anorexia nervosa and bulimia nervosa are self-initiated starvation (in AN) or overeating (in BN) caused by a distorted image of one's own body, low self-esteem and other mental difficulties.

The goal of health care for people with eating disorders is to help the patient to establish adequate eating habits, relieve the symptoms of the disease and provide psychological assistance to the patient and family, in which nurses play a major role.

The main nursing diagnoses in the treatment of people with eating disorders are malnutrition, rejection of their own physical appearance, low self-esteem, anxiety, dehydration or high risk of dehydration, constipation or high risk of constipation, and high risk of self-harm and/or suicide.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, treatment, the role of the nurse

10. PRIVITAK

Tablica 1.1. Čimbenici nastanka anoreksije nervoze (16)	4
---	---

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

ANA KOZIC

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 18.9.2020.

Ana Kozic
potpis studenta/ice

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>18.9. 2020.</u>	ANA KOZIC	Ana Kozic