

Sestrinska skrb za oboljele od anoreksije i bulimije nervoze

Vandija, Anita

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:144:844479>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-16**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied
Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**SESTRINSKA SKRB ZA OBOLJELE OD ANOREKSIJE I
BULIMIJE NERVOZE**

Završni rad br. 121/SES/2022

Anita Vandija

Bjelovar, rujan 2023.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Anita Vandija**

JMBAG: 0314022587

Naslov rada (tema): **Sestrinska skrb za oboljele od anoreksije i bulimije nervoze**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Daliborka Vukmanić, mag. med. techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Đurđica Grabovac, dipl. med. techn., predsjednik**
2. **Daliborka Vukmanić, mag. med. techn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag. med. tehn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 121/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. istražiti literaturu vezanu uz poremećaje prehrane, anoreksiju i bulimiju nervozu
2. definirati pojmove anoreksije i bulimije nervoze
3. prikazati etiologiju i epidemiologiju anoreksije i bulimije nervoze
4. opisati procese zdravstvene skrbi specifične za oboljele od anoreksije i bulimije nervoze
5. kritički objasniti važnost timskog rada u liječenju osoba oboljelih od anoreksije i bulimije nervoze
6. objasniti ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj skrbi za oboljele od anoreksije i bulimije nervoze

Datum: 06.12.2022. godine

Mentor: **Daliborka Vukmanić, mag. med. techn.**



Zahvala

Zahvaljujem svojoj mentorici Daliborki Vukmanić, mag.med.techn. na podršci, korisnim savjetima te pomoći tijekom pisanja završnog rada. Veliko hvala kolegama na poslu koji su me mijenjali kad god je bilo potrebno i uvelike olakšali moje studentske dane. Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji bez koje sve ovo ne bi bilo moguće. Hvala im na svakoj riječi podrške, razumijevanju i bezuvjetnoj ljubavi!

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA.....	2
3. METODE	3
4. SESTRINSKA SKRB ZA OBOLJELE OD ANOREKSIJE I BULIMIJE NERVOZE	4
4.1. Etiologija i epidemiologija	6
4.2. Anoreksija nervoza	8
4.2.1. Simptomi.....	11
4.2.2. Klinička slika	12
4.2.3. Liječenje.....	14
4.3. Bulimija nervoza.....	16
4.3.1. Simptomi.....	18
4.3.2. Klinička slika	19
4.3.3. Liječenje.....	19
4.4. Zdravstvena njega oboljelih od anoreksije i bulimije nervoze	21
4.4.1. Sestrinske dijagnoze.....	21
5. ZAKLJUČAK	30
6. LITERATURA.....	31
7. OZNAKE I KRATICE.....	34
8. SAŽETAK.....	35
9. SUMMARY	36
10. PRILOZI.....	37

1. UVOD

Poremećaji prehrane ubrajaju se u skupinu kroničnih psihičkih bolesti, a ujedno su vodeći javnozdravstveni problem kojeg prate mnogi komorbiditeti, psihološke tegobe i medicinske komplikacije [1]. Osim što su značajan problem 21. stoljeća, ubrajaju se u psihičke poremećaje čija stopa smrtnosti seže do 20 %. Prema DSM-V poremećaji prehrane obuhvaćaju anoreksiju i bulimiju nervozu, sindrom kompulzivnog prejedanja te ostale specifične ili nespecifične poremećaje hranjenja. Kao najpoznatiji poremećaji u prehrani ističu se *anoreksija nervoza* i *bulimija nervoza* [2]. Ove bolesti praćene su samoinicijativnim izgladnjivanjem ili prejedanjem, što uzrokuje iskrivljena slika vlastitog tijela, kao i vrlo niska razina samopoštovanja. Prvi znakovi pojavljuju se u mlađoj životnoj dobi i adolescenciji kada se prepoznaje strah od debljanja, poremećen odnos prema hrani, niska razina samopoštovanja i negativno razmišljanje o vlastitom izgledu [1]. Kod djevojčica je vrhunac pojavljivanja anoreksije zabilježen između 12. i 18. godine života, a bulimija se javlja u krajnjem razdoblju adolescencije i u mlađoj odrasloj dobi. Bulimija se kod dječaka javlja češće u odnosu na anoreksiju [1,3].

Točan uzrok razvoja ovih poremećaja nije u potpunosti poznat, ali je pretpostavka da su rezultat različitih socijalnih, psiholoških, obiteljskih i bioloških čimbenika. Socijalni čimbenici podrazumijevaju utjecaj medija, vršnjaka, obitelji te socijalni pritisak na ideale ljepote u vidu radikalnog mršavljenja, što doprinosi razvoju negativne slike o tjelesnoj težini i hrani, osobito kod djevojčica u adolescenciji [2]. Psihološki čimbenici u negativnom kontekstu označavaju prisustvo psihičkih smetnji i poremećaja, npr. depresija, težnja ka savršenstvu (perfekcionističke crte ličnosti), nisko samopoštovanje, nezadovoljstvo fizičkim izgledom. Biološki čimbenici obuhvaćaju spol, dob, tjelesnu težinu, životno razdoblje i razne životne traume [3].

Iako se manifestiraju različito, zajedničko svim poremećajima prehrane je činjenica da zahtijevaju stručnu pomoć i adekvatno liječenje. Oboljela osoba nalazi se u “začaranom krugu” prejedanja i gladovanja jer hrana bogata ugljikohidratima oslobađa serotonin koji izaziva osjećaj smirenosti, sreće i ugone, ali ubrzo ponovno nastupa osjećaj krivnje i strah od povećanja tjelesne mase, pa se koriste kompenzatorni mehanizmi kako bi se organizam “očistio” od unesenih kalorija [2]. O poremećajima prehrane nerijetko se izbjegava pričati zbog osjećaja krivnje oboljele osobe te straha od nerazumijevanja od strane neutralnih promatrača. U Republici Hrvatskoj (RH) procijenjeno je da od poremećaja u prehrani boluje 35.000 - 45.000 mladih osoba ženskog spola, a sve više i mladih osoba muškog spola [4].

2. CILJ RADA

Cilj završnog rada je opisati pojmove anoreksiju i bulimiju nervozu kroz dostupnu i relevantnu literaturu povezanu s poremećajima u prehrani, istaknuti važnost poznavanja etiologije i epidemiologije navedenih bolesti, komorbiditete kojima pogoduju te načinu liječenja uz poseban osvrt na proces zdravstvene njege s naglaskom na sestrinske dijagnoze, intervencije i edukaciju bolesnika s anoreksijom i bulimijom.

3. METODE

Prilikom pisanja završnog rada istraženi su dostupni literaturni izvori poput knjiga, znanstvenih časopisa, stručnih internetskih članaka i stručnih radova sa znanstvenih skupova povezanih uz temu poremećaja u prehrani. Neke od korištenih platformi su Google Scholar, Science Direct, PubMed, Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa - Hrčak i druge dostupne platforme na hrvatskom i engleskom jeziku. Raspon godina u korištenoj literaturi je 2005. - 2022. godina. Ključne riječi za pretraživanje literaturnih izvora su: prehrana, poremećaji prehrane, anoreksija, bulimija, medicinska sestra/tehničar, proces zdravstvene njege.

4. SESTRINSKA SKRB ZA OBOLJELE OD ANOREKSIJE I BULIMIJE NERVOZE

Poremećaji prehrane su psihičke bolesti praćene nizom fizičkih i emocionalnih simptoma. Okarakterizirane su pretjeranom brigom zbog vlastitog tjelesnog izgleda, kontrolom unosa kalorija i gubitkom tjelesne mase, što u konačnici rezultira nedostatnim unosom nutrijenata i razvoj bolesti [1-3]. Kao najpoznatiji i najučestaliji iz ove skupine poremećaja izdvajaju se anoreksija nervoza, bulimija nervoza i kompulzivno prejedanje. Postoje i nespecifični poremećaji prehrane gdje spadaju oboljele osobe koje ne zadovoljavaju kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije nervoze [5]. Poremećaji prehrane predstavljaju veliki društveni problem na globalnoj razini, posebice u današnje vrijeme kada su radikalne dijetе bez prethodnog savjetovanja sa stručnjacima uobičajena pojava, a zabrinutost oko izgleda, prehrane i tjelesne mase kod mladih žena svakodnevna aktualna tema. Postoje i odgovarajući kratki upitnici, prikladni za svakodnevnu upotrebu, kako bi se utvrdila dijagnoza nekog od poremećaja prehrane [6]. SCOFF (eng. Sick, Control, One stone, Fat, Food) je pogodan za utvrđivanje dijagnoze kod osoba s neobjašnjenim gubitkom na tjelesnoj masi. Osmislio ga je J. Morgan, a sastoji se od pet pitanja. U pravilu nije dijagnostički test, ali rezultat od 2 i > pobuđuje sumnju na prisustvo poremećaja prehrane te se na temelju toga osoba šalje na daljnju obradu [6]. Provođenje znanstvenih istraživanja na ovom području doprinosi boljem razumijevanju uzročno-posljedičnih veza kod poremećaja prehrane te podiže svijest o važnosti očuvanja vlastitog zdravlja.

Potreba za hranom jedna je od osnovnih fizioloških potreba svakog pojedinca. Prema hijerarhiji potreba Abrahama Maslowa (Slika 4.1) [7], hrana je smještena u dnu piramide, što znači da je esencijalna i neophodna za preživljavanje, kao i sve ostale fiziološke potrebe [5]. Maslowljeva teorija objašnjava prelazak s niže na višu razinu piramide na način da je prvotno potrebno zadovoljiti nižu razinu. Ukoliko čovjek ne zadovolji potrebu za hranom, vodom, disanjem i slično, ne može si osigurati potrebu za sigurnošću, ljubavlju, pripadanjem, poštovanjem niti samoaktualizacijom. Prema tome treba ozbiljno shvatiti “osnovne“ ljudske potrebe u svrhu održavanja kvalitete života [6].



Slika 4.1. Hijerarhijska piramida potreba Abrahama Maslowa [7]

Pravovremeno prepoznavanje simptoma ključno je za prevenciju poremećaja prehrane. Najčešći znakovi upozorenja su sljedeći:

- niska razina samopoštovanja,
- izbjegavanje konzumiranja hrane u društvu,
- opterećenost prehranom (npr. Kada osoba pridaje preveliku pažnju tome što, gdje i kada će jesti),
- strogo pridržavanje restriktivnih dijeta (bez kršenja određenih pravila),
- strah od debljine,
- podjela hrane na “dozvoljenu“, “zabranjenu“, “dobru“ i “lošu“,
- iskrivljena percepcija vlastitog izgleda (osoba se vidi kao doblju nego što uistinu jest),
- osoba je sklona depresiji ili naglim promjenama raspoloženja,
- osoba je sklona pretjeranoj kontroli osjećaja,
- prekomjerna fizička aktivnost s ciljem gubitka kilograma (neovisno o eventualnim ozljedama ili osjećaju nemoći),
- učestalo vaganje,
- učestalo započinjanje i ukidanje dijeta,

- svaki neuspjeh osoba pripisuje tjelesnoj masi,
- socijalna izolacija,
- iskazivanje nezadovoljstva dijelom tijela/cijelim tijelom,
- konzumiranje preobilnih obroka,
- iskazivanje snažnog osjećaja krivnje ukoliko se propusti fizička aktivnost,
- učestalo prakticiranje posta,
- konzumiranje hrane u tajnosti,
- konzumiranje laksativa s ciljem gubitka tjelesne mase,
- perfekcionizam,
- stalno brojanje kalorija,
- učestali odlasci u toalet neposredno nakon konzumiranja hrane,
- razmišljanje o povraćanju ili povremeno povraćanje nakon obroka,
- osjećaj gubitka kontrole pri konzumiranju hrane (posebice kada osoba jede namirnice koje obično smatra zabranjenom) [5].

4.1. Etiologija i epidemiologija

U nastanku poremećaja prehrane dolazi do interakcije socijalnih, psiholoških i bioloških čimbenika. Restriktivna dijeta kod mladih osoba može biti uvod razvoja poremećaja hranjenja ukoliko je blisko povezana s niskom razinom samopouzdanja, poremećenim self-imageom te kada u obitelji postoje osobe s poremećajem hranjenja ili afekata [8]. Preostali čimbenici rizika za nastanak poremećaja prehrane su potreba za povećanom kontrolom osjećaja, osjećaj neučinkovitosti ili kod bulimije nedostatak kontrole impulsa i afekata. Značajan utjecaj ima i društvo, odnosno okolina koja promovira mršavost i ljepotu kao ideal [6]. Najveći utjecaj imaju psihološki čimbenici, a posebno se naglašava odnos s majkom. Odnos kćeri i majke može se objasniti psihološkim i genskim obiteljskim prijenosom. Problem se nadovezuje na anksioznost kod majke i sklonost percipiranja djetetovih potreba kao vlastitih. Bliska povezanost s anksioznom majkom stvara nesigurno i nedovoljno samopouzdanje djeteta. Doba adolescencije kritično je za razvoj anoreksije nervoze [8].

Znanstveno je dokazano da su poremećaji prehrane povezani s introverzijom i depresijom. Oboljela osoba odbija tražiti pomoć, razgovarati o svom problemu čak i s najbližima. Zbog niskog samopoštovanja nije zadovoljna sobom u cijelosti. Anoreksija nervoza često se povezivala sa

strahom od seksualnog sazrijevanja [9]. Opsesivno-kompulzivne crte ličnosti i perfekcionizam predispozicija su za razvoj poremećaja u prehrani. Strah od procesa odrastanja stvara emocionalno nestabilnu osobu te je kod takvih bolesnika ishod liječenja znatno lošiji. Disfunkcionalne obitelji utječu na razvijanje nezadovoljstva pojedinca samim sobom [8]. Kod osoba oboljelih od bulimije obitelji su impulzivne, kaotične, ekstravagantne i znatiželjne, uz jednako nisko samopoštovanje. Oboljeli od anoreksije pretežito su pesimistični, prestrašeni, skloni perfekcionizmu, uporni, ambiciozni, povučeni, niskog samopoštovanja i nesigurne privrženosti. Bulimična osoba na neznatne probleme reagira prejedanjem koje posljedično izaziva osjećaj krivnje i srama, a nakon “čišćenja“ javlja se kratkotrajno ushićenje [6,9].

Prevalencija anoreksije nervoze iznosi 0,4 - 3,7 %, a bulimije 1,2 - 4,2 %. Posljednjih godina u RH evidentiran je porast slučajeva anoreksije kod djevojaka mlađih od 12 godina. Istraživanja provedena prije 40 godina dokazala su učestalost pojave anoreksije unutar viših društvenih slojeva. Danas se ekstremna mršavost povezuje s profesijama poput manekenstva i baleta [10].

Poznati su takozvani “modeli“ nastanka poremećaja prehrane; psihodinamski, obiteljski, sociokulturološki i psihodinamski model. *Psihodinamski model* označava neprihvatanje hrane niti slike o sebi. *Obiteljski model* obuhvaća pogrešna uvjerenja i neprihvatanje razdvajanja djece tijekom razdoblja adolescencije. *Sociokulturološki model* temelji se na kulturnim uvjerenjima, a *kognitivno-bihevioralni* govori o neprirodnim mišljenjima i idejama koje osoba koristi kako bi smanjila tjelesnu masu [11].

4.2. Anoreksija nervoza

Termin “anoreksija“ potječe iz grčkog jezika (anorexia), što znači gubitak apetita, a termin “nervoza“ je psihološke naravi; ovisnost o navici, ponašanju ili naravi. Ovaj poremećaj prvi put je detaljnije opisao engleski liječnik R. Morton još u 17. stoljeću [12]. Puni naziv anoreksija nervoza prvi je upotrijebio W.W. Gull, također engleski liječnik u 19. stoljeću. Koristio je opis žene koja je bolovala od anoreksije. Anoreksija se smatra starom bolešću koja je kroz povijest mijenjala ime. U Rimu, Grčkoj i drevnim istočnjačkim religijama se također spominju različiti oblici samoizgladnjivanja. Asketizam se opisuje kao način života u kojem se osoba samo izgladnjivanjem opire tjelesnim strastima. Tako se izražavala pokora u vidu odricanja i tjelesnog mučenja [10].

U srednjem vijeku ova bolest je bila uobičajena, posebno među osobama proglašenim kao opsjednutima, vješticama i svetima. U to vrijeme se smatralo kako je izvor grijeha upravo tijelo, stoga je srednjovjekovno kršćanstvo tumačilo o bičevanju, izgladnjivanju te izlaganju hladnoći. Cilj je bio izložiti ljudsko tijelo najvećim poniženjima, a kao znak predanosti i poslušnosti Bogu isticalo se izgladnjivanje. Tijelo se, dakle, smatralo potpuno bezvrijednim u srednjem vijeku.

Većinski dio povjesničara moderne medicine smatra kako je R. Morton prvi koji je klinički opisao anoreksiju nervozu, iako neki talijanski autori ističu S. Portea kao liječnika koji je prvi opisao bolest u 16. stoljeću. Morton je opisao dva slučaja anoreksije nervoze iz 1689. godine. U prvom slučaju opisani su simptomi amenoreje, gubitka tjelesne mase i pretjerane tjelesne aktivnosti, iz čega su očigledni simptomi koji su u današnje vrijeme osnova kliničke slike anoreksije [12].

Nakon što je Morton opisao anoreksiju nervozu prošlo je 184 godine do njezinog detaljnog opisa u medicinskoj literaturi, kojeg su objavili Sir W. Gull, engleski liječnik i E. C. Lasegue, francuski liječnik. W. Gull je na godišnjem sastanku Britanske medicinske udruge u Oxfordu u svom izlaganju 1868. godine spomenuo stanje koje je kasnije nazvano anoreksija nervoza. E. C. Lasegue je 1873. godine objavio članak “O histeričnoj anoreksiji“, u kojem detaljno opisuje osam slučajeva. Smatrao je kako bolest uzrokuje neuobičajeno psihičko stanje poteklo od emocionalnog poremećaja kojeg su osobe prikrivale ili priznavale. Objasnio je i tri stupnja bolesti. U prvom dolazi do probavnih smetnji, značajne hiperaktivnosti i smanjenog unosa hrane. Drugi podrazumijeva teško mentalno stanje koje dodatno otežava tjeskoba unutar obitelji, a povezana je

sa stanjem oboljele osobe i njezinom patološkom potrebom za mršavljenjem. Treći stupanj bolesti obuhvaća kaheksiju, amenoreju, blijedu kožu, gubitak elastičnosti, ekstremnu depresiju i opstipaciju. Francuski liječnik naglašava psihičku i obiteljsku dimenziju bolesti te bolest objašnjava u 19. stoljeću upravo onako kakva je opisana danas [13].

Engleski liječnik W. Gull je 1873. godine predstavio svoj rad "Anorexiahysterica", koji je kasnije nazvan "Anorexianervosa". Spomenuo je kako je ranije, 1868. godine opisao neuobičajenu bolest, karakteriziranu ekstremnim gubitkom tjelesne mase, koja se javlja kod mladih žena, a do tada se zvala mezentrička bolest ili latentna tuberkuloza. Rekao je i kako od ove bolesti najviše obolijevaju osobe ženskog spola u dobi od 16 - 23 godine, ali se zna javiti i kod muškaraca [11].

Činjenica je da su Lasegue i Gull donijeli iste zaključke istovremeno te su oboje zaslužni za općeprihvaćeni naziv ove bolesti. Lasegue je u većoj mjeri bio psihološki orijentiran na bolest, dok je Gull zagovarao medicinski pristup u poimanju i liječenju anoreksije [10]. Gull je također želio izolirati anoreksiju kao zasebnu dijagnozu, dok je Lasegue tada smatrao bolest kao popularnu dijagnozu histerije koja je obuhvaćala mentalne poteškoće kod žena. Lasegue je kao osnovni uzrok bolesti izdvajao psihološke i obiteljske karakteristike te disfunkcionalne obiteljske odnose s kojima je oboljela osoba suočavala tijekom svog odrastanja. Takvo mišljenje je imao na temelju vlastitog iskustva u klinici u Parizu, kroz susrete sa buržoaskim obiteljima i njihovim kćerima oboljelima od anoreksije [12].

Izuzev Laseguea i Gulla potrebno je istaknuti i L. V. Marcea, pariškog liječnika koji je 1959. godine objavio rad "Zapažanja o nekim oblicima hipohondrijskog delirija kao posljedica dispepsije karakterizirane odbijanjem hrane", gdje opisuje kliničku sliku anoreksije i upozorava na želučane probleme kod mnogih žena. Tvrdio je kako oboljele osobe odbijaju hranu zbog delirantnih ideja, odnosno duševnih poremećaja te kako ih je potrebno izolirati iz obiteljskog okruženja i prisilno hraniti [12].

Francuski liječnik Huchard je 1883. godine predložio naziv "anorexiementale", koji se od tada i upotrebljavao. Huchard je razlikovao gastričnu od mentalne anoreksije. Za gastričnu anoreksiju je smatrao kako je usko povezana sa histerijom i probavnim poremećajima, kao i neodgovarajućom crijevnom apsorpcijom. Mentalnu anoreksiju je objašnjavao kao psihijatrijsku bolest koja je u najmanjoj mjeri probavni problem. Anoreksija nervoza je krajem 19. stoljeća prihvaćena kao psihijatrijska bolest. Stručnjaci su smatrali da odbijanje hrane dovodi do teških, a

ponekad i smrtonosnih ishoda ove bolesti. Uspješno liječenje se postizalo izolacijom oboljele osobe i hranjenjem kroz metodu uvjeravanja [11].

Anoreksiju kao smrtonosnu kaheksiju uzrokovanu atrofijom prednjeg režnja hipofize objašnjava M. Simmonds, pa se termin "anorexianervosa" više nije koristio. Liječenje je uključivalo primjenu ekstrakta hipofize jer je tada zastupano mišljenje da je u pozadini ove bolesti endokrinološki poremećaj. U prošlosti se izbjegavalo pripisivanje psiholoških uzroka i motiva dijagnozi anoreksije. Pierre Janeta, francuski psihijatar, prvi je 1903. godine opisao mentalnu anoreksiju kroz slučaj oboljele osobe koja iskazuje odbojnost prema vlastitom tijelu [10].

Anoreksija je, dakle, još iz povijesnih vremena prepoznata kao psihički poremećaj u kojem je osoba samoinicijativno podvrgnuta strogom režimu prehrane koji rezultira gubitkom tjelesne mase [13]. Razlog takvog ponašanja je iskrivljena slika o vlastitom tijelu, strah od debljanja, ali nerijetko se javlja i kao posljedica depresije ili drugih prisutnih psihičkih poremećaja. Oboljele osobe mišljenja su kako je njihova tjelesna masa prekomjerna, iako je normalna ili čak na granici s pothranjenosti. Preopterećenost mršavljenjem dodatno izaziva tjeskobu, smanjuje samopouzdanje i pogoršava zdravstveno stanje. Osobe samostalno odlučuju doći do "idealne" težine, maksimalno ograničavajući unos hrane, prekomjernom tjelesnom aktivnošću ili gladovanjem [12]. Pojavljuje se niz iskrivljenih ponašajnih obrazaca kao direktna posljedica izgladnjivanja, što često dovodi do razvoja kronične bolesti. Bolesnici osjećaju glad te često pate radi tog osjećaja, ali osjećaj mogućnosti kontroliranja snažnog osjećaja gladi prevladava. Cilj uspostave kontrole takve kontrole je preuzeti vlast nad sobom. Anoreksija, dakle, pripada u grupu iznimno teških psihijatrijskih poremećaja s teškim posljedicama i visokom stopom smrtnosti [8,12].

Razlikuju se dva tipa anoreksije:

- *restriktivni* - podrazumijeva redukcijsku dijetu
- *purgativni/prežderavajući* - uz dijetu se ponekad kombinira prejedanje i izbacivanje hrane iz tijela povraćanjem ili laksativima [12].

Postoji i takozvani *izmjenjujući* tip kod kojeg se prethodno objašnjena dva tipa izmjenjuju. Purgativni tip anoreksije razlikuje se od bulimije tako što epizode prejedanja i pražnjenja događaju rjeđe. Oboljeli od anoreksije nervoze čak i nakon višemjesečne psihoterapije često smatraju kako im liječenje nije potrebno [12].

Dijagnoza anoreksije nervoze postavlja se na temelju prikupljenih anamnestičkih podataka dobivenih od strane obitelji i najbližih osoba oboljelog. Fizikalnim pregledom, izračunom ITM-a, mjerenjem težine i visine vrši se procjena stupnja pothranjenosti. Druge dijagnostičke metode nemaju preveliku ulogu kod samog utvrđivanja dijagnoze anoreksije, ali su bitni za procjenu fizičkog stanja oboljelog i kod eventualnih komplikacija. To podrazumijeva elektrokardiogram (EKG), radiološke pretrage (RTG, UZV), laboratorijske i mikrobiološke pretrage [14]. Prema DSV-V tri su kriterija za postavljanje ove dijagnoze:

- odbijanje održavanja tjelesne mase na minimalnoj odgovarajućoj za visinu i dob,
- izuzetan strah od povećanja tjelesne mase,
- poremećaj percepcije vlastitog tijela [12].

4.2.1. Simptomi

Simptomi anoreksije nervoze osciliraju od postupnog mršavljenja do prekomjerne tjeskobe i nervoze. Najprije se provodi dijeta s ciljem izbjegavanja hrane, što uzrokuje nervozu [12]. Tjelesni simptomi su suhoća kože, suhoća sluznice usne šupljine, krhkoća kose, oštećenje zubne cakline, slabija prokrvljenost kože, izostanak rasta dlaka. Nerijetko se javlja opstipacija, meteorizam i bol. Oboljela osoba ima hormonalni disbalans i bradikardiju [13]. U stanju pothranjenosti tijelo više ne može normalno funkcionirati, poremećen je rad svih organa i žlijezda. Osoba je u stanju dehidracije, konzumira diuretike i laksative, a u konačnici može doći do smrtnog ishoda. Kod oboljelih od anoreksije apetit je prisutan sve do stanja velikog gubitka mišićne i tjelesne mase (kaheksija). Oboljeli su i dalje skloni pojačanoj tjelesnoj aktivnosti, a dobitak na tjelesnoj masi smatraju razočaranjem i neuspjehom [10-13].

4.2.2. Klinička slika

Anoreksija nervoza je poremećaj prehrane okarakteriziran namjernim gubitkom na tjelesnoj masi. U prosjeku zahvaća mlade osobe od 17. godine života, iako u posljednje vrijeme oboljevaju mlađi od 15 godina, češće kod osoba ženskog spola, a nakon 40. godine života se u pravilu ne javlja [15]. Indeks tjelesne mase (ITM, eng. Body mass indeks ili BMI) oboljele osobe je 15% ispod očekivanog. ITM se definira kao omjer mase izražene u kilogramima i kvadrata visine izražene u metrima. Normalan ITM iznosi 18,5 - 24,99 kg/m² (tablica 5.1) [16]. Kod anoreksije nervoze iznosi 17,5 kg/m² [15].

Tablica 5.1. Prikaz kategorija ITM [16]

Kategorija	ITM raspon - kg/m ²
Pothranjenost	< 16
Umjerena mršavost	16-17
Blaga mršavost	17-18.5
Zdrava težina	18.5-25
Pretilost	25-30
Pretilost prvog stupnja	30-35
Pretilost drugog stupnja	35-40
Pretilost trećeg stupnja	>40

Oboljeli gube na tjelesnoj masi koristeći se metodama izbjegavanja kalorične hrane, prekomjernom tjelesnom aktivnošću, a ponekad i primjenom laksativa ili izbacivanjem hrane iz tijela povraćanjem [15]. Radi nedostatnog unosa potrebnih nutrijenata dolazi do hormonalnog poremećaja, što uzrokuje amenoreju, odnosno izostanak menstruacije kod žena, a kod adolescenata uzrokuje psihičke poremećaje i zaostajanje u rastu. Anoreksija najčešće započinje dijetom koja ne izaziva pretjeranu zabrinutost, iako je opterećenje tjelesnom masom i prehranom sve izraženije. Nadalje, pojavljuju se psihički problemi, osoba je društveno izolirana i ne može normalno funkcionirati u svakodnevnom životu [13]. Oboljele osobe izrazito rijetko traže pomoć od strane stručnjaka. Manipulativni su i skloni prikrivanju istine. Liječenje obično potenciraju zabrinuti

članovi obitelji ili liječnici obiteljske medicine. Svojom tipičnom kliničkom slikom anoreksija se rano može očitovati kod starijih adolescenata i kod odraslih [15]. Ključna prepreka u definiranju dijagnoze i započinjanju terapijskog procesa je nedostatak suradnje jer oboljela osoba kontinuirano poriče poremećaj. Utjeha, empatija i razgovor s bolesnikom imaju glavnu ulogu u ohrabrivanju i motiviranju bolesnika da se oslobodi straha od prevelike tjelesne mase i hranjenja. Sekundarna amenoreja i ostali znakovi gubitka na tjelesnoj masi upozorenje su za mogućnost prisustva poremećaja prehrane. Amenoreja kod žena generativne dobi kao jedan od kriterija je uklonjen, budući da se ne odnosi na djevojčice u fazi pretpuberteta, žene koje konzumiraju oralnu kontracepciju, žene u menopauzi i na muškarce [17]. Pojedinci kod kojih se bolest razvija mogu biti pretjerano kompulzivni, ambiciozni, precizni i inteligentni. Početna faza prepoznaje se po lošem raspoloženju i anksioznosti. Razvojem bolesti simptomi postaju sve izraženiji. Oboljela osoba je u sve većoj mjeri asocialna, nesamostalna, zanemaruje posao i svakodnevne obaveze, obitelj i prijatelje [15]. Kasnije u životu često ovisi o članovima obitelji i rijetko se upušta u intimne odnose s drugim ljudima. Gubitak na tjelesnoj masi smatra se znakom samodiscipline, a dobitak se doživljava kao gubitak samokontrole. Provedena istraživanja dokazuju da je depresija prisutna kod 63 % oboljelih od anoreksije [18]. Gladovanjem se postiže poremećaj općeg zdravstvenog stanja: anemija, kardiovaskularne tegobe, oštećenje bubrežne funkcije, osteoporoza. Kod mladih žena koje boluju od anoreksije naročito je prisutan visok rizik od osteoporoze.

U kliničkoj slici izraženi su brojni endokrini i metabolički poremećaji. Prisutan je poremećaj spolnih hormona (FSH i LH su sniženi), zatim supresija TSH, povišena je razina kortizola i rezistencija tkiva na hormon rasta [17]. Tijek bolesti može biti jako varijabilan. Kod nekih osoba postiže se potpuni oporavak, kod pojedinih dolazi do fluktuacije tjelesne mase s povremenim relapsom, dok se kod drugih tijekom godina razvija kroničan oblik bolesti. Smrtni ishod posljedica je neravnoteže elektrolita, gladovanja ili suicida. Stopa mortaliteta sve je veća kod osoba manje tjelesne mase tijekom bolesti te u dobnoj skupini od 20 - 29 godina [19]. Bolest rijetko prelazi u drugi oblik poremećaja prehrane (bulimiju). Izgladnjivanje rezultira promjenama u moždanim strukturama, mijenja se razina svih neurotransmitera i hormona, pa shodno tome dolazi i do promjena u ponašanju kod oboljele osobe. Osjećaj gladi uzrokuje neraspoloženje, potištenost, i razdražljivost. U takvom stanju javlja se pad koncentracije, depresija i histerija, pa je vrlo teško kontrolirati emocije [12,15].

4.2.3. Liječenje

Prilikom donošenja odluke liječnika o liječenju anoreksije nervoze, u obzir treba uzeti želje bolesnika. Postoji nekoliko različitih vrsta psihoterapije: psihodinamska, interpersonalna, kognitivno-analitička, kognitivno-bihevioralna [20]. Cilj psihoterapije je poticanje porasta tjelesne mase, stjecanja navika zdrave i uravnotežene prehrane i olakšanje psihičkog i fizičkog oporavka. Psihološko liječenje se provodi ambulantno minimalno šest mjeseci. Ukoliko se stanje bolesnika pogorša ili duže vrijeme nema zabilježenog pomaka, razmatra se stacionarno liječenje ili liječenje u dnevnoj bolnici [20]. U RH se postupak liječenja može provoditi u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb, na Specijalističkom Zavodu za poremećaje prehrane i u Dnevnoj bolnici za poremećaje prehrane u sklopu Psihijatrijske bolnice "sveti Ivan" u Zagrebu, u kojoj se liječe osobe starije od 18 godina. Zdravstveni tim stručnjaka kolektivno dogovara vrstu liječenja sukladno stanju bolesnika. Na Zavodu za poremećaje prehrane koji je osnovan 2012. godine, pruža se strukturirana pomoć stručnjaka u vidu bolničke, dnevno-bolničke i ambulantne službe [21].

Program rada s oboljelom osobom je psihoterapijski i izvodi se na nekoliko razina: psihodinamska i kognitivno-bihevioralna uz neizostavnu nutricionističku edukaciju. Nakon intenzivnog programa koji traje 2 mjeseca, svaki radni rad u obliku grupa i radionica, jednom tjedno idućih šest mjeseci se održavaju sastanci. Ovaj proces je vrlo složen i težak, a zahtjeva cjelovit (holistički) i interdisciplinarni pristup [21]. Grupna/individualna psihoterapija je neizostavan čimbenik u liječenju poremećaja prehrane. Psihoterapija ima snažan učinak na poboljšanje kliničkog stanja bolesnika, eliminiranje simptoma bolesti, promjenu ponašanja i raspoloženja, kao i na poticaj osobnog psihosocijalnog rasta. Terapijski čimbenici potiču proces "preobrazbe" koji vodi ka ostvarenju cilja terapije [21].

Bolesnicima koji su hospitalizirani potrebno je omogućiti simptomatsku terapiju kako bi napredovala na tjelesnoj masi, uz kontinuiranu psihološku potporu. Liječenje poremećaja prehrane je uglavnom dugotrajno, s različitim ishodima. Po završetku bolničkog liječenja nastavlja se s izvanbolničkim psihološkim oblikom liječenja minimalno godinu dana. U tom periodu nastoji se fokusirati na pozitivan stav prema tjelesnoj masi, ponašanju prilikom hranjenja i prati se rizik za fizičko i mentalno zdravlje [22]. Pri konzumiranju lijekova treba biti posebno oprezan jer mogu imati štetan učinak na rad srca (triciklički antidepresivi, antipsihotici, antihistaminici). Željeni porast tjelesne mase na tjednoj bazi je 0,5 - 1 kg za oboljele koji su na bolničkom liječenju te 0,5

kg za oboljele koji se liječe ambulantno. To iznosi 3500 - 7000 dodatnog kalorijskog unosa tjedno [20]. Zbog povećanog unosa kalorija bolesnici su anksiozni i pružaju otpor prema liječenju. Jedino rješenje je postupno podizati tjelesnu masu. Hraniti osobu protiv njezine volje vrlo je složen postupak, a primjenjuje se isključivo kada su sve prethodne metode neuspješne. Hospitaliziraju se samo bolesnici koji su životno ugroženi [20-22].

4.3. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je poremećaj koji se pojavio s početkom sedamdesetih godina 20. stoljeća, a prvi koji je opisao ovu bolest je G. Russel 1979. godine. Do današnjeg suvremenog doba provedena su mnoga znanstvena istraživanja o uzrocima i posljedicama ovog popularnog javnozdravstvenog problema. Epizode prejedanja i čišćenja poznate su još iz prošlosti u Rimu, Grčkoj i Egiptu. Razmatralo se je li primjerice kompenzatorno ponašanje kao rezultat hedonističkog načina života u Rimu oblik današnje bulimije. Neki liječnici su povraćanje, odnosno “čišćenje“ smatrali potrebnim za očuvanje zdravlja.

Bulimija nervoza definira se kao psihološki poremećaj hranjenja, a karakterizira ga potreba za unosom ogromnih količina visokokalorične hrane, nakon čega slijedi namjerno izazivanje povraćanja radi straha od debljanja. Javlja se uglavnom unutar mlađe populacije (prosječno 18 godina), češće kod osoba ženskog spola [23]. Može se razviti samostalno ili u kombinaciji s anoreksijom. Konkretni uzroci nastanka ovog poremećaja nisu u potpunosti utemeljeni, ali se češće javlja u obiteljima gdje postoje osobe s prekomjernom tjelesnom masom, gdje je prisutna depresija i zloupotreba droge, alkohola i drugih supstanca [23].

Termin bulimija također potiče iz grčkog jezika, što označava glad. Istoimeni poremećaj prvi je opisao G. Russel 1979. godine, kao uznemirujuću varijantu anoreksije nervoze. Ovaj poremećaj može godinama ostati nezamijećen, s obzirom da su oboljele osobe normalne/povećane tjelesne mase. bulimija se može opisati i kao poremećaj nastao skupom svih dimenzija ličnosti (duhovna, emocionalna i mentalna s prelaskom na tjelesnu) [24].

Postoje dvije vrste bulimije nervoze:

- purgativni tip - oboljela osoba primjenjuje povraćanje, zloupotrebljava diuretike ili laksative u svrhu “čišćenja“ organizma od unesene hrane,
- nepurgativni tip - podrazumijeva prekomjernu tjelesnu aktivnost radi uklanjanja nervoze i tjeskobe [23].

Veliki dio oboljelih navodi neugodno iskustvo nekog oblika zlostavljanja, fizičkog ili psihičkog u prošlosti, nisu imali potrebnu podršku i ljubav od strane roditelja, pa im osjećaj neuspješnog zadovoljavanja roditeljskih očekivanja ruši samopouzdanje i teže ka savršenstvu [25]. Uglavnom su impulzivni, anksiozni, teško se kontroliraju. Prema nekim istraživanjima dokazano

je da bulimične osobe hranu doživljavaju kao simboličnu zamjenu za uskraćenu ljubav, a u pozadini poremećaja je problematičan odnos s majkom. Osjećaj uznemirenosti, žalosti i nesigurnosti su za njih nepodnošljivi i trenutno se suzbijaju unošenjem hrane u organizam [24]. Oboljeli su obično normalne ili povećane tjelesne mase, za razliku od anoreksije kod koje su osobe uglavnom pothranjene. Bulimična osoba je kritičnija prema svojoj bolesti i ima potrebu za promjenom, ali se zbog osjećaja srama ne obrati liječniku pravovremeno. Za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze u obzir se uzimaju anamnestički i heteroanamnestički podaci, dobiveni od strane roditelja i bliskih prijatelja [24,25].

Osoba prestaje unositi hranu tek kada se javi osjećaj boli radi prepunog želuca. U svrhu kompenzacije pribjegava namjernom povraćanju, upotrebi diuretika i laksativa, nakon čega se javlja kratkotrajni osjećaj olakšanja i zaštićenosti od okoline [26]. Ovakve epizode moraju se ponavljati minimalno jednom tjedno tijekom tri mjeseca da bi se smatrale bulimijom. Poremećaj ne podrazumijeva isključivo povraćanje i primjenu sredstava za "čišćenje" organizma, već i druga neprikladna ponašanja, kao što je prekomjerna tjelovježba. Povraćanje smanjuje anksioznost koju uzrokuje pomisao na povećanje tjelesne mase, kao i fizičku nelagodu zbog prekomjerne unosa hrane [24].

Bulimija nervoza znatno je povezana s anoreksijom nervozom. Najprije u percepciji fizičkog izgleda, to jest u patološkom nezadovoljstvu zbog tjelesne mase i straha od debljanja. Tjelesna masa je kao i kod anoreksije mjerilo vrednovanja samog sebe [26]. Razlika u odnosu na anoreksiju je činjenica da bulimične osobe gube kontrolu kada je u pitanju hrana. Kada je prisutan strah od debljanja, osobe su sklone pridržavanju dijeta. Bolest rjeđe prelazi u anoreksiju, ali u gotovo 20 % prelazi u kompulzivno prejedanje i nespecifične poremećaje u prehrani [24]. Osobe koje konstantno iniciraju povraćanje već nakon nekog vremena mogu ga izazvati automatski, bez upotrebe ruku ili drugih sredstava (čak do 90 %). Kao i kod anoreksije nervoze, liječenje je dugotrajno, a bez pravovremenog početka terapije, poremećaj može uzrokovati teškim smetnjama u interpersonalnim odnosima na poslu, kod kuće i u društvu općenito [27].

4.3.1. Simptomi

Simptomi bulimije nervoze mogu se uočiti ranije u odnosu na anoreksiju nervozu jer osoba ima sve češću potrebu za povraćanjem (Russelov znak) [28]. Izazivanje povraćanja uzrokuje probleme s jednjakom, usnom šupljinom, žlijezdama, želucem ili gušteračom. Također se remeti rad srca, može doći do spazma mišića, na koncu i do smrti. Osobe mogu imati poremećaj kontrole nagona (kleptomanija) te se ponašaju promiskuitetno (sklone su čestoj izmjeni seksualnih partnera) [27]. Javljaju se nemir, strah i depresija. Epizode prejedanja najčešće su uzrokovane stresnim situacijama, a javljaju se i do nekoliko puta na dan. Oboljeli uglavnom imaju normalnu tjelesnu masu. Izražena je frustracija, uznemirenost i razočaranje vlastitim fizičkim izgledom. Bulimija se u odnosu na anoreksiju razlikuje prema stupnju svjesnosti vlastitog problema. Oboljeli od bulimije svjesnije su poremećaja i osjećaju krivnju zbog toga, međutim rijetko traže pomoć. Često su anksiozni i skloni društveno neprihvatljivom ponašanju [27].

Erozija zubi nastaje kao rezultat kroničnog, bezbolnog i lokaliziranog gubitka tvrdog zubnog tkiva, kemijski otopljenom kiselinom ili kelacijom bez bakterijskog djelovanja. Erozijski defekt ističe se kao specifičan simptom kod bolesnika s bulimijom zbog pražnjenja povraćanjem nakon epizode prejedanja [28]. Kod klinički dijagnosticirane erozije uzrokovane dijetnim režimom preporuka je:

- izbjegavati čestu konzumaciju gaziranih pića i kisele hrane,
- u slučaju povremene konzumacije gaziranih pića, potrebno ih je ispiti brže,
- nakon konzumacije kiselog, usnu šupljinu treba isprati vodom,
- poželjno je završiti obrok s neutralnim namirnicama (npr. mlijeko, sir),
- oralna higijena se ne provodi neposredno nakon konzumiranja kiselih pića ili hrane,
- ne konzumirati žvakaće gume sa šećerima,
- za oralnu higijenu koristiti srednje tvrde ili meke četkice, nisko abrazivne pase s fluoridima i bikarbonatima [28].

4.3.2. Klinička slika

Tijekom prvog pregleda osobe se žale na umor, nadutost, mučninu, opstipaciju, bol na području abdomena i poremećaj menstrualnog ciklusa kod žena. Prisutna je erozija zubne cakline zbog prečestog povraćanja [29]. Zamjećuju se povećane žlijezde slinovnice, naročito parotidna žlijezda. Pronalaze se i ozljede na šakama, uzrokovane uporabom ruku kako bi se izazvao refleks povraćanja. Mogu biti prisutni i edemi kod oboljelih koji su upotrebljavali diuretike ili laksative. Njihovom upotrebom lako dolazi do dehidracije, hipokalijemije, hipokloremije i elektrolitskog disbalansa [30]. Javlja se ezofagitis u gastrointestinalnom sustavu. Dilatacija želuca može uzrokovati rupturu i smrt. Rijetka je pojava, ali jedan od vodećih uzroka smrti kod bulimije nervoze. Opstipacija ili zatvor je veoma česta pojava koja nastaje kao posljedica dehidracije, a zbog primjene laksativa dolazi do gubitka proteina i steatoreje [30]. EKG-om se evidentiraju srčane smetnje kao posljedica elektrolitskog disbalansa. Niska razina samopouzdanja, anksioznost i iskrivljena slika vlastitog izgleda utječu negativno na uspostavu i održavanje socijalnih veza. Vrlo često je prisutan i opsivno-kompulzivni poremećaj [31].

Za postavljanje dijagnoze bulimije moraju se zadovoljiti kriteriji prema DSM-V [2,23]. Liječnici obiteljske medicine preuzimaju odgovornost za vršenje početne procjene bolesti i koordinaciju skrbi za bolesnika. Ciljana skupina za ispitivanje poremećaja u okviru primarne zdravstvene zaštite su mlade žene s poremećajem hormona, menstrualnog ciklusa, s amenorejom, niskim ITM-om, tjelesnim znakovima gladovanja i učestalog povraćanja te djeca zaostala u razvoju [30]. Liječnik postavlja pitanja o problemima s prehranom, tjelesnoj masi, utvrđuje je li prisutan strah, anksioznost tijekom razgovora. Ponekad je teško razlučiti jesu li oboljeli iskreni tijekom razgovora jer uglavnom daju socijalno prihvatljive odgovore na postavljena pitanja [31].

4.3.3. Liječenje

Prvi korak u liječenju bulimije je uputiti oboljelu osobu na program samopomoći koji se može provoditi u centrima za liječenje poremećaja prehrane, gdje se osim stručne pomoći oboljeloj osobi pruža potpora i članovima obitelji [32]. Istovremeno se kroz preventivne programe educira šira javnost. Izbor liječenja za odrasle osobe oboljele od bulimije je kognitivno-bihevioralna

terapija u vremenskom periodu od približno pet mjeseci uz 16 - 20 tretmana. Kognitivno-bihevioralni pristup pokazao se najučinkovitijim u liječenju bulimije. Pozitivno utječe na promjenu iskrivljene percepcije vlastitog tijela, shvaćanja i mišljenja [12,33]. Primjenjuje se i interpersonalna terapija koja se provodi od 8 - 12 mjeseci. Kao dopuna psihoterapiji postoje i grupe potpore gdje se s oboljelima radi na jačanju samopouzdanja, izražavanju vlastitih iskustava i verbaliziranju emocija. Kod odraslih osoba u terapiju se mogu uključiti antidepresivi. Lijek izbora je SSRI - selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina, obično fluoksetin (60 mg/dan) [33]. Primjenom ovog lijeka postiže se povoljan učinak u akutnoj fazi bolesti, a u prevenciji recidiva ima umjereni učinak. Cikluse prejedanja i čišćenja nije moguće jednostavno zaustaviti, ali uz pomoć antidepresiva i drugih adekvatnih terapijskih oblika moguće je smanjiti učestalost epizoda. U početku se nadzire svaki obrok, što znači da bolesnik ne bi smio jesti bez nadzora, s obzirom na to da se očekuje nekontrolirani unos hrane. Takav proces traje u prosjeku 4 - 6 mjeseci. Bolesnik dobiva do tri obroka na dan, nadzire se dnevni unos hrane, prati se mentalni status bolesnika te potreba za izbacivanjem hrane iz organizma. Provjerava se vrijednost elektrolita, posebice kod osoba koje su uzimale velike količine laksativa ili često povraćaju [24]. Kod disbalansa elektrolita i potrebe na nadoknadom istih, preporuka je oralna primjena, ukoliko nije oštećena gastrointestinalna apsorpcija. Većina bolesnika liječi se u dnevnoj bolnici ili ambulantno. Hospitaliziraju se osobe kod koji postoji visok rizik za samoozljeđivanje ili suicid [32,34].

Princip dijetoterapije sličan je kod liječenja bulimije i anoreksije. Hrana se unosi parenteralno isključivo kod životno ugroženih bolesnika. Općenito se izbjegavaju namirnice koje nadražuju oštećeni jednjak koje se teže probavljaju. Poželjno je reducirati masnu hranu te rafinirane šećere i ugljikohidrate. Obavezno se prati i nadoknađuje izgubljena tekućina. Kod bolesnika s bulimijom često dolazi do erozije zubne cakline, pa se preporučuje usitnjena i mekša hrana. Bolesnici moraju biti pravilno educirani o odgovarajućoj i zdravoj prehrani. Također je poželjno savjetovati se s nutricionistom koji može pomoći u izradi individualnog plana prehrane, tjednog ili mjesečnog, sukladno bolesnikovim nutritivnim potrebama i željama. Uz pravilnu prehranu potrebno je održavati i redovitu tjelesnu aktivnost .

4.4. Zdravstvena njega oboljelih od anoreksije i bulimije nervoze

Sestrinske dijagnoze definiraju se kao klinička prosudba onoga što pojedinac, obitelj ili zajednica pružaju kao odgovor na potencijalne ili aktualne životne procese, odnosno zdravstvene probleme [36]. Prilikom postavljanja odgovarajuće dijagnoze medicinska sestra prikuplja anamnestičke podatke o bolesniku, detaljno razgovara s članovima obitelji i drugim bliskim osobama koje mogu realno i istinito objasniti bolesnikov život, navike i problem. Potom se utvrđuju potrebe za zdravstvenom njegom, utvrđuju se potencijalni i aktualni problemi, to jest sestrinske dijagnoze [36]. Temeljem sestrinskih dijagnoza definiraju se ciljevi koji moraju biti realni, vremenski uvjetovani i realni. Potom se planiraju intervencije pomoću kojih se ostvaruju željeni ciljevi. Intervencije provodi medicinska sestra u suradnji s bolesnikom te sa ostalim članovima tima. Svaki postupak u zdravstvenoj njezi bolesnika provodi se planski, pod nadzorom, u svrhu poboljšanja zdravstvenoj stanja oboljele osobe i uz holistički pristup [37]. U konačnici se plan zdravstvene njege evaluira, što znači da utvrđuje trajna procjena procesa zdravstvene njege. Evaluira se plan i ciljevi u zdravstvenoj njezi. Prilikom evaluacije ciljeva provjerava se stanje oboljele osobe te uspoređuje s predviđenim ciljem, dok se u evaluaciji plana zdravstvene njege izvršava provjera cjelokupnog plana. To podrazumijeva i mogućnost mijenjanja istog ako se utvrdi potreba. Najčešće sestrinske dijagnoze kod poremećaja prehrane su [37,38]:

4.4.1. Sestrinske dijagnoze

Socijalna izolacija u/s osnovnom bolesti što se očituje nezainteresiranošću, depresijom, umorom i povlačenjem u samoću

Cilj: oboljela osoba će pokazati interes za ostvarivanjem socijalnih odnosa s medicinskim osobljem i drugima u okolini

Socijalna izolacija predstavlja stanje u kojem oboljela osoba iskazuje subjektivan osjećaj usamljenosti i povlačenja u sebe te pokazuje potrebu ili želju za povezanosti s okolinom, ali nije sposobna uspostaviti kontakt. Vodeća obilježja su nesigurnost u sebe, ali i druge oko sebe, nedostatak interakcije, okupiranost vlastitim mislima, tuga, osjećaj dosade. Medicinska sestra prikuplja podatke o bolesniku, njegovim životnim navikama, obiteljskim odnosima, razini stresa,

stanju svijesti, socioekonomskom statusu te kroz razgovor spoznaje razloge socijalne izolacije.

Kritični čimbenici za ovu dijagnozu su:

- psihijatrijske bolesti,
- nuspojave lijekova,
- intelektualne poteškoće,
- gubitak tjelesne funkcije,
- hospitalizacija,
- kronične bolesti,
- gubitak bliske osobe,
- završni stadij bolesti,
- anksioznost,
- zarazna bolest,
- dijaliza,
- kirurški ožiljci,
- gubitak dijela tijela,
- jezične barijere,
- ovisnosti,
- socioekonomski čimbenici [37].

S obzirom na to da oboljeli od poremećaja prehrane odbijaju prihvatiti problem, jasno je da ga ne mogu/ne žele podijeliti s drugima. Zapravo je teško ostvariti odnos povjerenja s takvim osobama, jer su poremećaji psihijatrijske naravi i bolesnik svaku osobu smatra prijateljom i neprijateljem. Jasno je vidljiva anksioznost, nedostatak motivacije, brige o sebi, tijek misli je neorganiziran, bolesnik u okolini osjeća nelagodu te izbjegava kontakt očima [33]. Samokontrola je smanjena, što izaziva frustraciju, pogotovo kod oboljelih od anoreksije. Prije svakog postupka medicinska sestra mora osigurati sigurnu okolinu za sebe i oboljelog. Ako se bolesnik osjeća sigurno, lakše je uspostaviti suradnju. Pristup mora biti pun razumijevanja i empatije kako bi bolesnik verbalizirao svoje misli, osjećaje i strahove [31]. U suradnji s medicinskom sestrom planira terapijski proces u kojem aktivno sudjeluje i drži se dogovora. Kroz grupnu terapiju bolesnici izmjenjuju svoja iskustva, podižu samopouzdanje i lakše se suočavaju sa vlastitim problemom. U procesu liječenja uključeni su psihijatar, psiholog i socijalni radnik, psihoterapeut, radni terapeut, nutricionist, liječnik, medicinska sestra, kao i članovi obitelji oboljelih. Bolesniku

je potrebno omogućiti dovoljno vremena za odmor. Navedene intervencije se provode s ciljem ostvarivanja socijalnog odnosa sa zdravstvenim djelatnicima i drugim bolesnicima [37].

Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane što se očituje gubitkom apetita, averzijom prema hrani i prekomjernom tjelesnom aktivnošću

Cilj: osoba će unositi dostatan broj kalorija dnevno te imati odgovarajuć ITM

Smanjeni unos hrane u jednom trenutku dovodi do stanja pothranjenosti, što podrazumijeva smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa hranjivih tvari u organizam. Vodeća obilježja su: osjetljivost i slabost mišića, upala sluznice usne šupljine, nedovoljan kalorijski unos, ITM < 18,9 kod žena i < 20,0 kod muškaraca, tjelesna masa za 20 % ili više manja od normalne, smanjen apetit, snižena koncentracija albumina u serumu. Kritični čimbenici su:

- socijalna izolacija,
- napetost,
- nisko samopoštovanje,
- disfagija,
- smanjen apetit,
- kroničan umor,
- socioekonomski status,
- životni stil,
- smanjen stupanj pokretljivosti,
- proljev i povraćanje,
- tuga i drugo [37].

Medicinska sestra prikuplja podatke o prehrambenim navikama bolesnika, tjelesnoj masi, ITM, redovito važe bolesnika, dokumentira uporabu lijekova, stanje svijesti, vitalne znakove, unos/iznos tekućine i prisutne komorbiditete. Zbog osnovne bolesti i svih popratnih simptoma, bolesnici uglavnom odbijaju jesti, pa je potrebno uključiti nutricionista u plan zdravstvene njege kako bi bolesnik bio adekvatno educiran [36]. Zajedno s timom stručnjaka izrađuje plan zdrave i raznovrsne prehrane koji uključuje namirnice koje bolesnik voli. Hrana se poslužuje češće u manjim količinama, lijepo servirana. Ako bolesnik preferira kašastu hranu zbog lakšeg gutanja ili

jednostavno voli kašasto, obroci će mu se na taj način pripremiti. Potrebno je jako puno strpljenja dok se evidentira poboljšanje jer su oboljeli predugo vremena imali averziju prema hrani i unosu kalorija. Ukoliko se bolesnik ne može hraniti oralno, provodi se propisana parenteralna prehrana [37].

Dehidracija u/s učestalim epizodama povraćanja što se očituje suhoćom i oštećenjem sluznica i kože, slabošću, umorom, gubitkom elektrolita

Cilj: osoba će biti hidrirana, turgor kože bit će očuvan, a sluznice i jezik bit će vlažni

Dehidracija je stanje deficita intravaskularnog, intracelularnog ili intersticijalnog volumena tekućine. Vodeća obilježja su: umor, slabost, oslabljen/ubrzan puls, porast tjelesne temperature, smanjena punjenost vena, pad krvnog tlaka. Prilikom utvrđivanja dijagnoze dehidracije, medicinska sestra prikuplja podatke o vitalnim znakovima, tjelesnoj masi, visini, ITM, prehrambenim navikama i unosu i izlučivanju tekućine [37]. Potom vrši provodi fizikalni pregled uz posebnu pažnju usmjerenu na turgor kože i stanje sluznica, lučenje urina, tjelesnu temperaturu. Bolesnika je potrebno poticati na unos hrane i tekućine, jer se time sprječava mogućnost dehidracije. S obzirom na to da su kod poremećaja prehrane u poodmaklom stadiju bolesti simptomi teške dehidracije već prisutni, oboljeli nerijetko odbijaju jesti i piti tekućinu zbog straha od debljanja [27]. Medicinska sestra pristupa bolesniku utješno, s empatijom i spremnošću na kompromis, u smislu da ponudi bolesniku ono što voli piti (npr. čaj) te educira bolesnika o važnosti unošenja tekućine u organizam i preveniranja dehidracije. Čaša vode ili neka druga tekućina treba uvijek biti na dohvata ruke bolesniku. Kritični čimbenici za dehidraciju su:

- medicinska stanja/bolesti,
- okolinski/osobni čimbenici,
- lijekovi,
- psihička stanja/bolesti,
- novorođenčad/djeca,
- starija populacija [37].

Kako bi se organizam ponovno vratio u stanje balansa volumena tekućine, potrebno je objasniti bolesniku važnost uzimanja propisane količine tekućine tijekom 24h, osigurati mu tekućinu nadohvat ruke, uputiti bolesnika da napitci poput kave, čaja i citrusnih sokova imaju diuretski učinak, opažati znakove hipovolemije (nemir, slabost, grčevi u mišićima, ortostatska hipotenzija, abdominalna bol, cijanotična hladna i vlažna koža), pratiti promet tekućine, diurezu, specifičnu težinu, boju i miris urina, mjeriti tjelesnu težinu pacijenta ujutro prije doručka te po potrebi tijekom dana, kod stabilnih pacijenata mjeriti vitalne funkcije svaka 4 sata i dokumentirati promjene, uočavati znakove promijenjenog mentalnog statusa, informirati bolesnika o nadziranju hidracije putem boje urina [36].

Visok rizik za samoubojstvo

Cilj: osoba neće iskazivati želju za nasiljem usmjerenom prema sebi ili drugima

Visok rizik za samoubojstvo definira se kao stanje prilikom kojeg bolesnik ukazuje na znakove mogućeg samoozljeđivanja uz željeni smrtni ishod. Vodeća obilježja su tjeskoba, poremećaj svijesti, tahipneja, tahikardija, nedostatak zraka, gušenje, poremećaj svijesti i drugo. Najčešći oblici samoozljeđivanja su bodenje, rezanje, udaranje glavom, anoreksično/bulimično ponašanje, čupanje kose, konzumacija većih količina opojnih supstanci. Kritični čimbenici za pokušaj izvođenja samoubojstva su:

- psihoorganski sindrom,
- depresija,
- napadi srdžbe i ljutnje,
- psihoza,
- panika,
- suicidalni nagon,
- zlostavljanje,
- manija [38].

Medicinska sestra u razgovoru s bolesnikom provjerava jesu li prisutne autodestruktivne ideje ili suicidalne misli. Ispituje unaprijed isplanirana precizna pitanja na koja dobiva odgovor o prethodnim pokušajima samoubojstva, planiranju istog, osjećajima i nagonima. Bolesnici ponekad sami prijete da će počinuti suicid u stanju neobjašnjive euforije ili tjeskobe [36,38]. Ovo je jedna

od najčešćih psihijatrijskih dijagnoza, a radi prevencija pokušaja bolesnikova okolina mora uvijek biti sigurna. To znači da je potrebno ukloniti sve opasne predmete iz okoline, kao i umanjiti/ukloniti čimbenike stresa. U stanju socijalne izolacije ili agitacije, bolesnika treba smiriti, kontrolirati, omogućiti mu dovoljno odmora i sna, obavijestiti članove obitelji o stanju bolesnika te ih educirati o znakovima samoozljeđivanja. Cilj provedbe intervencija je sprječavanje želje za nasiljem prema drugima ili sebi te otkrivanje pozitivnih stvari u životu bolesnika [38].

Anksioznost u/s osnovnom bolesti što se očituje strahom od debljanja, gubitkom kontrole i prisohomotoričkom napetošću

Cilj: oboljela osoba će pokazati manju razinu anksioznosti i pozitivno se sučeljavati sa svojim problemom

Anksioznost je nedefinirani osjećaj straha i/ili neugode kojeg prati panika, tjeskoba i psihomotorička napetost. Obično je uzrokovan gubitkom kontrole i sigurnosti te prijetećom opasnosti, s kojom se bolesnik ne može suočiti; idealan primjer kod oboljelih od anoreksije nervoze. Vodeća obilježja su: umor, razdražljivost, hipertenzija, tahikardija, tahipneja, glavobolja, učestalo mokrenje, otežan san, pojačano znojenje, osjećaj bespomoćnosti, proljev i mučnina. Kritični čimbenici za anksioznost su:

- strah od smrti,
- smanjena mogućnost kontrole,
- osjećaj izolacije,
- promjena rutine i okoline,
- prijetnja emocionalnoj i fizičkoj učinkovitosti,
- medicinski/dijagnostički postupci,
- interpersonalni konflikt [37].

Medicinska sestra stvara profesionalni empatijski odnos s bolesnikom i pokazuje mu razumijevanje njegovog stanja i osjećaja. Osigurava sigurnu okolinu i uklanja sve čimbenike stresa koji osobu čine anksioznom. Bolesnika je potrebno upoznati s okolinom, osobljem, redovito ga informirati o provedenim i planiranim postupcima, koristiti se razumljivim vokabularom prilikom educiranja [36]. Medicinska sestra potiče i motivira bolesnika da razgovara o svojim problemima te da traži pomoć kada mu je potrebna. Površnu potporu i tješjenje treba izbjegavati. Ukoliko su

simptomi anksioznosti duže vremena prisutni, o tome treba obavijestiti nadležnog liječnika. Bolesniku ponekad odgovara umirujuća glazba ili mir i tišina, stoga mu treba ponuditi odabir načina relaksacije. Veoma je bitno omogućiti bolesniku da sudjeluje u donošenju odluka jer na taj način raste samopouzdanje i osjećaj kontrole nad vlastitim životom [37].

Nisko samopoštovanje u/s poremećenim self image-om što se očituje iskazivanjem krivnje, srama, depresijom i neodlučnošću

Cilj: osoba će izraziti svoje osjećaje i stvoriti pozitivnu sliku o sebi

Nisko samopoštovanje je opisuje se kao stanje pri kojem negativno percipira sebe i/ili vlastite mogućnosti. Vodeća obilježja su: neodlučnost, samoozljeđivanje, znakovi depresije, iskazivanje krivnje ili srama, negativna slika o sebi, negiranje problema koji su jasno vidljivi drugima. Kritični čimbenici za nisko samopoštovanje su:

- socioekonomski status,
- socijalna izolacija,
- endokrini poremećaji,
- psihogeni poremećaji,
- maligne bolesti,
- prethodne životne traume,
- ozljede ili gubitak funkcije/dijela tijela,
- medicinska stanja [38].

Medicinska sestra procjenjuje mentalno stanje bolesnika, stupanj samostalnosti, socijalno ponašanje. U razgovoru s bolesnikom provjerava njegovo osobno zadovoljstvo, raspoloženje i raznu energije. Prikuplja podatke o lijekovima koje bolesnik konzumira, istražuje izvor stresa. Potrebno je osigurati adekvatan i siguran prostor za razgovor te pratiti verbalne i neverbalne znakove tijekom interakcije [33]. Agitirano stanje je rizično i može se javiti kada bolesnik odbija bilo koji oblik liječenja, kada smatra da je primoran na razgovor i promjenu životnog stila ili osjeća strah od nepoznatog. Potrebno je pružiti bolesniku pozitivnu povratnu informaciju i ohrabrivati ga na poboljšanje kvalitete života. Uključivanjem bolesnika u planiranje postupaka i donošenje odluka, razina samopoštovanja raste i pozitivno utječe na konačan ishod [36,38].

Promijenjeni procesi shvaćanja, mišljenja i razumijevanja u/s kognitivnim deficitom što se očituje iskrivljenom percepcijom sebe i okoline, nemogućnošću donošenja vlastitih odluka i shvaćanja, nesanicom

Cilj: osoba će tijekom komunikacije pokazati odsutnost obmana, realno će interpretirati sebe i okolinu

Poremećaj misaonog procesa je stanje nemogućnosti/smanjene mogućnosti precizne i točne obrade misli. Prisutna je dezintegracija procesa mišljenja i shvaćanja, iskrivljena prosudba, psihološki konflikt, konfuzno stanje, poremećaj spavanja, ambivalencija i prateća ovisnost, poremećaj sposobnosti donošenja odluka i pogrešno interpretiranje okoline [38]. Kritični čimbenici su:

- mentalne bolesti,
- demencija,
- Alzheimerova bolest,
- nesanica,
- trauma glave,
- intrakranijalne lezije,
- zloupotreba alkohola i/ili droga,
- bolesti jetre,
- cerebralna hipoksija,
- socijalna izolacija,
- emocionalna trauma,
- infekcija CNS-a,
- bolesti štitnjače,
- Huntingtonova bolest,
- starenje,
- zlostavljanje
- multipla skleroza,
- epilepsija [38].

Kod oboljele osobe prisutna je smanjena sposobnost poimanja bilo kakvih pojmova, nemogućnost/smanjena mogućnost fokusiranja i praćenja zadanih uputa, dezorijentiranost u

vremenu i prostoru, promjene u pamćenju, obrascu spavanja, nemogućnost samostalnog donošenja racionalnih odluka, nemogućnost prepoznavanja ljudi i okoline, prisutne su halucinacije, fobije, deluzije, misaoni proces je izrazito ograničen, ponašanje nije prikladno i društveno je neprihvatljivo [34]. U svrhu poboljšanja bolesnikovog stanja medicinska sestra provodi terapijsku komunikaciju, uz poseban oprez na pristup bolesniku zbog iskrivljenog shvaćanja i razmišljanja [30]. Potrebno je osigurati sigurno ozračje u emocionalnom smislu, što podrazumijeva sigurnu okolinu koja utječe na smanjenje otuđivanja i pruža mogućnost interpersonalne interakcije. Medicinska sestra pokazuje interes za shvaćanjem bolesnikovog razmišljanja, stavova; pažljivo sluša bolesnika te ukoliko je potrebno, regulira slijed misli. Odbija svađe, diskusije i rasprave, kao i slaganje s dezintegriranim mišljenjem i shvaćanjem [27].

5. ZAKLJUČAK

Poremećaji prehrane kronične su bolesti psihijatrijske naravi s kliničkom slikom samoinicijativnog prejedanja ili izgladnjivanja. Javljaju se kao rezultat različitih sociokulturnih, psiholoških i bioloških čimbenika, primarno zbog niske razine samopoštovanja te iskrivljene slike vlastitog tijela. Najpoznatiji i najzastupljeniji poremećaji prehrane u današnje vrijeme su anoreksija i bulimija nervoza.

Anoreksija nervoza je poremećaj prehrane prepoznatljiv po prekomjernom strahu od debljanja, iskrivljenoj slici vlastitog tijela i odbijanju konzumiranja hrane. Kod bulimije nervoze izmjenjuju se ciklusi prejedanja i pražnjenja kod osoba prekomjerne ili normalne tjelesne mase. Nakon definiranja dijagnoze nekog od poremećaja prehrane važno je izvršiti procjenu spremnosti oboljele osobe na promjene negativnih zdravstvenih ponašanja.

Uloga medicinskih sestara, kao i svih ostalih članova multidisciplinarnog tima vrlo je zahtjevna i odgovorna jer je osobama s poremećajima prehrane prvenstveno teško pristupiti, posebice u kasnijem stadiju razvoja bolesti. Oboljele osobe izrazito se boje konzumiranja hrane, unošenja kalorija i povećanja tjelesne mase. U terapijskom procesu sudjeluju i članovi obitelji koji mogu znatno utjecati na poboljšanje zdravstvenog stanja oboljele osobe. U početku je najvažnije ostvariti odnos povjerenja s bolesnikom. To doprinosi ranom otkrivanju simptoma poremećaja, jednostavnijem i efikasnijem liječenju te pozitivnom ozračju u suradnji s bolesnikom i njegovom obitelji. Pravovremenim otkrivanjem bolesti prevenira se razvoj kroničnog oblika i nastanka mnogih drugih komplikacija. Primarna zdravstvena zaštita (ambulante obiteljske medicine) ima najbitniju ulogu u prevenciji poremećaja prehrane, iako je za uspješan ishod i očuvanje zdravlja uvijek potrebna suradnja i potpora ostalih stručnjaka koji čine multidisciplinarni tim.

Najčešće sestrinske dijagnoze povezane s poremećajima prehrane su anksioznost, pothranjenost, visok rizik za dehidraciju/dehidracija, visok rizik za opstipaciju/opstipacija, visok rizik za suicid, smanjeno podnošenje napora, umor, nisko samopoštovanje, socijalna izolacija, visok rizik za infekciju, visok rizik za oštećenje integriteta kože, hipotermija, povraćanje. Medicinska sestra najprije prikuplja sve relevantne anamnestičke podatke od bolesnika i članova obitelji, vrši fizikalni pregled, utvrđuje sestrinske dijagnoze te izrađuje individualan plan zdravstvene njege u s ciljem povećanja kvalitete života bolesnika i stvaranja pozitivnih zdravstvenih navika.

6. LITERATURA

1. Jašić Midhat, Salihefendić N, Zildžić M, Šubarić D, Šabanović M. Poremećaji u prehrani. Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku. 2018;10:41-42.
2. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza - rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. Medicus. 2015;24(2):165-171.
3. Livazović G, Mudrinić I. Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i ponašanja povezana s poremećajima u prehrani adolescenata. Kriminologija i socijalna integracija. 2017;25(1):71-89.
4. Vidović V. Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. Medicus. 2009;18(2):185-191.
5. Ćuk M, Rožman J. Prevencija poremećaja prehrane. Sestrinski glasnik. 2021;26:50-56.
6. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Current Psychiatry Report. 2012;14:406-414.
7. Psihogram. Hijerarhija potreba (Online). Dostupno na: <https://psihogram.hr/2023/02/03/grampsihoedukacije-hijerarhija-potreba/> (19.06.2023)
8. Attia E, Walsh T. Anorexia nervosa. The American journal of Psychiatry. 2007;164(12):1805-1810.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Repovečki S, Štrkalj Ivezić S. Terapijski čimbenici u grupnoj psihoterapiji. Psihoterapija. 2020;34(2):224-262.
13. Peršić M, Palčevski G. Organski uzroci anoreksije (Anoreksija kao simptom). Paediatrica Croatica. 2008;52(1):102-105.

14. Fairburn C G. Evidence - based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37:26-30.
15. Wolfe B E, Dunne JP. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *Nursing Clinics of North America*. 2016;51(2):213-235.
16. Light Fork. Što je to BMI indeks i BMI kalkulator? (Online). 2022. Dostupno na: <https://www.lightfork.hr/blog/sto-je-to-bmi-indeks-i-bmi-kalkulator/> (10.06.2023)
17. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724-731.
18. Meštrović A. Poremećaji hranjenja. Vodič za otkrivanje, razumije- vanje i traženje pomoći. Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štam- par“ (Online). 2014. Dostupno na: <https://www.centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20brošura.pdf>
19. Perlmutter D, Loberg K. Inteligentna prehrana (ur): Prehranom do zdravog mozga, Mozaik knjiga, Zagreb, 2018. str. 207-212.
20. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*. 2006;53:226-240.
21. Balabanić Mavrović J i sur. Liječenje poremećaja hranjenja (Online). 2012. Dostupno na: http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Lijecenje_poremecaja_hranjenja.pdf
22. Harvard School of Public Health. Department of Nutrition (Online). 2008. Dostupno na: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/2008/>
23. Bongers P. Van der Akker K, Havermans R, Jansen, A. Emotional eating and Pavlovian learning: does negative mood facilitate appetitive conditioning? *Appetite*. 2015;89:226-236.
24. Pačić-Turk Lj, Tomašić B, Divčić B. Povezanost demografskih, socijalnih i zdravstvenih čimbenika, neuroticizma i obilježja emocionalnosti s poremećajima hranjenja. *Klinička psihologija*. 2013;6:5-26.
25. Škoro Petranović V, Žaja O, Banjari I. Pokazatelji uhranjenosti i nutritivna potpora adolescentica oboljelih od anoreksije nervoze. *Hrana u zdravlju i bolesti: znanstvenostručni časopis za nutricionizam i dijetetiku*. 2014;3(2):63-70.
26. Rikani A A i sur. A critique of the literature on etiology od eating disorders. *Annals of Neuroscience*. 2013; 20(4): 157-161.
27. Perše B, Crnković Ćuk M, Žaja O. Atipična anoreksija nervoza - bitno je oku nevidljivo. *Liječnički vjesnik*. 2022;144(1):115-120.

28. Sović J, Starčević I, Katunarić M. Erozivne promjene na tvrdim zubnim tkivima u osobe s poremećajem hranjenja - prikaz skučaja. *Medix*. 2013;12(104/105):268-270.
29. Mitchell JE, Steffen K, Ertelt T, Marino J. Bulimia nervosa. *Encyclopedia of Human Behavior* (Online). 2012. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00076-8>
30. 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.
31. National Library of Medicine. DSM-5 changes: Implications for child serious eating disorders (Online). 2016. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t15/> (10.06.2023)
32. Vuillier L, May L, Greville-Harris M, Surman R, Moseley RL. The impact of the COVID-19 pandemic of the individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of eating disorders*. 2021;9(10):2-17.
33. Tuerk PW, Keller SM, Acierno R. Treatment for anxiety and depression via clinical videoconferencing: evidence base and barriers to expanded access in practice. *Focus* (Madison). 2018;16(4):363-369.
34. Forbush K, Heatherton TF, Keel PK. Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(1):37-41.
35. 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.
36. Schmidt U. Epidemiology and aetiology of eating disorders. *Psychiatry*. 2005;4(4):5-9.
37. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M et al. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze [Online]. 2011. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf (25.04.2023)
38. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B et al. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 3 (Online). 2015. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf (28.04.2023)

7. OZNAKE I KRATICE

DSM-V - dijagnostički i statički priručnik za mentalne poremećaje

EKG - elektrokardiogram

FSH - folikulostimulirajući hormon

ITM - indeks tjelesne mase (eng. BMI - Body mass indeks)

LH - luteinski hormon

RH - Republika Hrvatska

RTG - rentgen

SCOFF - upitnik za otkrivanje poremećaja prehrane

SSRI - selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina

UZV - ultrazvuk

8. SAŽETAK

Poremećaji prehrane definiraju se kao trajno poremećen odnos prema hrani i izgledu vlastitog tijela, što rezultira značajnim oštećenjem fizičkog i mentalnog zdravlja te disfunkcionalnim obiteljskim i društvenim odnosima. Procijenjeno je da u RH boluje 35.000 - 45.000 osoba od poremećaja prehrane, većinskim dijelom adolescenata. Još uvijek nije poznat jedinstven uzrok nastanka ovakvih bolesti, ali se smatra da se javljaju kao rezultat socijalnih, psiholoških i bioloških čimbenika. Tu se ubrajaju obiteljski i društveni pritisak, emocionalna nestabilnost i poremećaji ličnosti. Najčešće je zahvaćen ženski spol u dobi od 10 - 30 godina, iako je s vremenom sve zastupljeniji i muški spol. Vjerojatno najznačajniju ulogu imaju mediji koji danas predstavljaju bijeg i utočište za mlade ljude. U virtualnom svijetu pronalaze svoje idole i odgovore na životne probleme, koji uglavnom nisu ispravni niti znanstveno utemeljeni. Pristup internetu, stres, ubrzan život i nedostatak znanja otežali su odgoj, promijenili obrasce ponašanje u negativnom kontekstu i napunili bolničke odjele djecom i odraslima s poremećajima u prehrani.

Anoreksija i bulimija nervoza glavne su dijagnostičke kategorije poremećaja u prehrani. Njihov puni klinički oblik ujedno je i kronični, odnosno najteži oblik bolesti. Za anoreksiju nervozu karakteristično je odbijanje zadržavanja normalne tjelesne mase, a bulimija nervoza očituje se prekomjernom konzumacijom enormnih količina hrane u kombinaciji s kompenzacijskim ponašanjem, što uključuje povraćanje, prekomjernu tjelesnu aktivnost te primjenu laksativa. Prema podacima provedenih znanstvenih istraživanja, samo je 30 % osoba koje se odvažuje potražiti profesionalnu pomoć.

Zdravstvena njega osoba s bulimijom i anoreksijom nervozom izrazito je zahtjevna. Bolesnici nerijetko odbijaju suradnju, što se i očekuje u početnoj fazi liječenja. Često se isprepliću faze napretka i nazadovanja. Psihijatrijski poremećaji iziskuju dugotrajno, a ponekad i cjeloživotno liječenje i praćenje. Stoga je važno provoditi kontinuiranu edukaciju o zdravlju i očuvanju istog, ravnomjernoj prehrani te prevenciji nastanka ovih bolesti u okviru primarne zdravstvene zaštite. Potrebno je reagirati već pri pojavi prvih simptoma i uz stručnu pomoć izbalansirati prehranu i životne navike.

Ključne riječi: prehrana, poremećaji prehrane, anoreksija, bulimija, medicinska sestra/tehničar, proces zdravstvene njege

9. SUMMARY

Eating disorders are defined as a permanently disturbed attitude towards food and the appearance of body, which results in significant damage to physical and mental health and dysfunctional family and social relationships. It is estimated that 35,000 - 45,000 people in the Republic of Croatia suffer from eating disorders, mostly adolescents. The unique cause of the occurrence of such diseases is still unknown, but it is believed that they occur as a result of social, psychological and biological factors. This includes family and social pressure, emotional instability and personality disorders. Females between the ages of 10 and 30 are most often affected, although over time the male gender is also more prevalent. Probably the most significant role is played by the media, which today represent an escape and refuge for young people. In the virtual world, they find their role models and answers to life's problems, which are mostly not correct or scientifically based. Internet access, stress, fast-paced life and lack of knowledge have made education difficult, changed behavior patterns in a negative context and filled hospital wards with children and adults with eating disorders.

Anorexia and bulimia nervosa are the main diagnostic categories of eating disorders. Their full clinical form is also the chronic, that is, the most severe form of the disease. Anorexia nervosa is characterized by a refusal to maintain a normal body weight, and bulimia nervosa is manifested by the excessive consumption of enormous amounts of food in combination with compensatory behavior, which includes vomiting, excessive physical activity and the use of laxatives. According to data from scientific research, only 30% of people dare to seek professional help.

Health care for people with bulimia and anorexia nervosa is extremely demanding. Patients often refuse to cooperate, which is expected in the beginning. Phases of progress and regression are often intertwined. Psychiatric disorders require long-term and sometimes lifelong treatment and monitoring. Therefore, it is important to carry out continuous education about health and its preservation, a balanced diet and the prevention of the occurrence of these diseases within the framework of primary health care. It is necessary to react as soon as the first symptoms appear and, with professional help, balance diet and lifestyle habits.

Key words: nutrition, eating disorders, anorexia, bulimia, nurse/technician, health care process

10. PRILOZI

Popis slika

Slika 4.1. Hijerarhijska piramida potreba Abrahama Maslowa

Popis tablica

Tablica 5.1. Prikaz kategorija ITM

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>30.08.2023</u>	ANITA VANDIJA	Anita Vandija

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

ANITA VANDIJA
ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponudenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon 30.08.2023 (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 30.08.2023

Anita Vandija
potpis studenta/ice