

Poremećaji prehrane

Pranić, Nikolina; Žigić Forić, Aleksandra; Pokec, Ivan; Puharić, Zrinka

Source / Izvornik: **Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku, 2023, 12, 84 - 89**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:348603>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-22**



Repository / Repozitorij:

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

POREMEĆAJI PREHRANE

Nikolina Pranić, Aleksandra Žigić Forić, Ivan Pokec, Zrinka Puharić*

Veleučilište u Bjelovaru, Trg Eugena Kvaternika 4, 43000 Bjelovar, Hrvatska

stručni rad

Sažetak

Poremećaji prehrane podrazumijevaju trajno narušen odnos prema vlastitom tijelu i hrani, što uzrokuje destrukciju mentalnog i fizičkog zdravlja pojedinca, kao i disfunkcionalne društvene i obiteljske odnose. Anoreksija i bulimija nervoze su najzastupljeniji poremećaji prehrane. Njihov kronični oblik je ujedno i najteži oblik bolesti. Obilježja anoreksije nervoze su izgladnjivanje, obojnost prema vlastitom izgledu i zadržavanju normalne tjelesne mase, a obilježja bulimije nervoze su unos prevelike količine hrane u kombinaciji s kompenzatornim mehanizmima, kao što su povraćanje, prekomjerno vježbanje i primjena laksativa. Kompulzivno prejedanje je ozbiljan i iscrpljujuć poremećaj kada osoba unosi enormne količine hrane u kratkom vremenskom periodu, uz prisutan osjećaj gubitka kontrole. Točan uzrok nastanka nije u potpunosti poznat, iako se o poremećajima prehrane govori i istražuje još iz povijesnih vremena. Smatra se da nastaju kao spoj psiholoških, socijalnih i bioloških faktora. To uključuje emocionalnu nestabilnost, genetiku, poremećaje ličnosti, društveni i obiteljski pritisak. Unatoč tome što je uglavnom zahvaćen ženski spol (10-30 godina), bolesti su sve češće zastupljene i u muškoj populaciji. Poznato je kako samo se u samo 30 % slučajeva oboljeli odluče potražiti stručnu pomoć. U radu s oboljelima od poremećaja prehrane potrebno je teorijsko i praktično znanje, terapijska komunikacija i kontinuirana edukacija u svrhu poboljšanja zdravstvenog statusa, promjene negativnih zdravstvenih ponašanja i povećanja kvalitete života oboljele osobe te uključenost multidisciplinarnog tima (liječnik, medicinska sestra, psiholog, nutricionist, psihijatar, fizioterapeut, radni terapeut).

Ključne riječi: poremećaji u prehrani, anoreksija, bulimija, kompulzivno prejedanje, nutricionist, medicinska sestra

Uvod

Uravnotežena i pravilna prehrana je esencijalna za optimalan razvoj i rast čovjeka. To podrazumijeva osiguranje optimalnog unosa i omjera hranjivih tvari (bjelancevina, ugljikohidrata, masti, vitamina i minerala) i tekućine. Uravnoteženost prehrane iznimno utječe na razvoj imunološkog sustava, raspoloženje, fizičko stanje, dostatnost sna, prevenciju različitih bolesti te stjecanje zdravih prehrambenih navika (Božić i Macuka, 2017). Znanost o prehrani je veoma dinamična, stoga stručnjaci neprestano pronalaze nove spoznaje na temelju kojih grade mišljenja i daju odgovarajuće smjernice. Pravilna prehrana podrazumijeva raznolik i balansirani unos nutrijenata sukladno spolu, životnoj dobi, građi osobe, radnoj okolini i klimatskim uvjetima (Božić i Macuka, 2017). Zdrave prehrambene navike se usvajaju već u ranom djetinjstvu, stoga je vrlo važno da roditelji i odgajatelji aktivno rade na razvijanju kvalitetnih prehrambenih navika koje se po uzoru na djetinjstvo nastavlja i u odrasloj dobi. U suprotnom se javljaju poremećaji u prehrani, koji u današnje vrijeme predstavljaju sve veći javnozdravstveni problem (Božić i Macuka, 2017; Duarte i sur., 2014). Poremećaji prehrane su kompleksni poremećaji ponašanja okarakterizirani snažnom potrebom za kontrolom nad tjelesnom težinom i hranom, a nastaju kao posljedica obiteljsko-socijalnih, razvojnih poremećaja ili su uzrokovani određenim biološkim čimbenicima (Duarte i sur., 2014). U Republici Hrvatskoj procjenjuje se da od poremećaja prehrane

boluje 35.000-45.000 osoba (Smink i sur., 2012). Pojedini faktori koji mogu utjecati na nastanak ovih bolesti su poremećaji osobnosti, emocionalni faktori, te obiteljski i kulturološki pritisak. Smatra se da je najugroženija dob od 10-30. godine života. U poremećaje prehrane ubrajamo čitav niz klasificiranih bolesti, od kojih kao glavne dijagnostičke skupine izdvajamo anoreksiju nervosus i bulimiju nervosus (Duarte i sur., 2014). Poremećaji prehrane prema DSM-V obuhvaćaju anoreksiju nervosus, bulimiju nervosus, poremećaj s prejedanjem i druge specificirane ili nespecificirane poremećaje hranjenja (Božić i Macuka, 2017). Sindrom kompulzivnog prejedanja, tzv. binge eating disorder, jedan je od nespecificiranih poremećaja prehrane, zbog toga što nema karakteristične kriterije za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze ili bulimije nervoze (Duarte i sur., 2014). Unatoč tome što se različito manifestiraju, zajedničko svim navedenim poremećajima je činjenica da zahtijevaju stručnu pomoć, nadzor i liječenje. O poremećajima prehrane ne govori se često zbog srama, straha od nerazumijevanja i osjećaja krivnje oboljele osobe (Božić i Macuka, 2017; Duarte i sur., 2014).

Metode

Rad je pisan uz pomoć dostupnih domaćih i stranih literaturnih izvora s odgovarajućih platformi, kao što su Google Scholar, Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa Hrčak, PubMed te korištenjem knjiga, doktorskih disertacija, članaka preuzetih ih

znanstvenih časopisa koji uključuju provedena znanstvena istraživanja. Ključne riječi za pretraživanje literature bile su: prehrana, poremećaji prehrane, anoreksija, bulimija i kompulzivno prejedanje.

Rezultati i rasprava

a) *Pravilna prehrana*

Pravilna i uravnotežena prehrana predstavlja neizostavni dio u životu svakog čovjeka. Povoljno utječe na zdravlje i smanjuje mogućnost razvoja kroničnih (kardiovaskularne bolesti, dijabetes) i malignih bolesti, te pojavu pretilosti, anoreksije i bulimije (Anestis i sur., 2009). Prehrana bogata hranjivim tvarima doprinosi boljem fizičkom stanju, manjem izlaganju stresu, boljem raspoloženju i očuvanju zdravlja. Prema podrijetlu hrana se dijeli na onu životinjskog i biljnog porijekla te soli koje spadaju u zasebnu skupinu. Nutrijenti mogu biti esencijalni i neesencijalni (Duarte i sur., 2014). U esencijalne nutrijente se ubrajaju aminokiseline, minerali, vitamini, neki ugljikohidrati i masne kiseline. Ljudski organizam nije sposoban sintetizirati esencijalne nutrijente, pa se oni osiguravaju ishranom. Neesencijalne nutrijente organizam proizvodi sam (Anestis i sur., 2009). Makronutrijenti se definiraju kao hranjive tvari koje razgradnjom omogućuju dotok energije u organizam (Božić i Macuka, 2017). Oni obuhvaćaju bjelančevine, masti, masne kiseline, prehrambena vlakna, ugljikohidrate i kolesterol. Zdrava odrasla osoba bi trebala unositi 45-65 % ugljikohidrata, 20-35 % masti i 10-35 % bjelančevina na dnevnoj bazi putem hrane (Anestis i sur., 2009). Voda je esencijalna supstanca za život. Bez dovoljnog unosa vode ne može se osigurati normalna probava, kao ni transport nutrijenata (eliminacija otpadnih tvari). Dnevni unos vode ovisi o dobi, tjelesnoj aktivnosti i tjelesnoj masi čovjeka (Dunkley i Grilo, 2007).

b) *Poremećaji prehrane*

Poremećaji prehrane su kronične psihijatrijske bolesti, praćene različitim psihološkim, medicinskim i psihijatrijskim komorbiditetima. Oboljela osoba svakodnevno primjenjuje samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje koje primarno uzrokuje iskrivljena slika vlastitog tijela te niska razina samopoštovanja (Anestis i sur., 2009). Poremećaji u prehrani predstavljaju vodeći javnozdravstveni problem današnjice, ali i skupinu psihičkih poremećaja sa izrazito visokom stopom smrtnosti (do 20 %). Najčešće se javlja kod osoba ženskog spola (90 %), što je očekivano s obzirom na to da su djevojke i

žene u većoj mjeri okupirane tjelesnom masom i izgledom te su sklone provođenju strogih dijeta koje uključuju izgladnjivanje (Dunkley i Grilo, 2007). Zastupljenost poremećaja se procjenjuje na 5 % unutar opće populacije. Najučestalije i najpoznatije dijagnoze iz ove skupine poremećaja su anoreksija nervoza, bulimija nervoza te kompulzivno prejedanje. Prevalencija anoreksije nervoze procjenjuje se na oko 1 % a bulimije nervoze 1-3 % (Smink i sur., 2012). Početni znakovi poremećaja prehrane pojavljuju se u mlađoj životnoj dobi i adolescenciji. Oboljela osoba nema zdrav pristup prema hrani, anksiozna je zbog mogućeg povećanja tjelesne mase, ima isključivo negativno mišljenje o vlastitom izgledu, kao i nisku razinu samopoštovanja. U dobi od 12-18 godina života kod djevojčica javlja se vrhunac anoreksije. Bulimija se u odnosu na anoreksiju češće javlja kod muškog spola, u završnoj fazi adolescencije i mlađoj odrasloj dobi (Dunkley i Grilo, 2007). U liječenju poremećaja prehrane ne sudjeluje samo bolesnik, već i njegova obitelj i njemu važne osobe. Važno je uspostaviti odnos povjerenja sa članovima obitelji te ih educirati o važnosti suradnje u terapijskom procesu. Multidisciplinarni tim mora posjedovati potrebno teorijsko i praktično znanje o poremećajima prehrane, kao i dobre komunikacijske vještine u svrhu zadovoljavanja svih bolesnikovih potreba, uklanjanja/smanjenja simptoma bolesti te povećanja kvalitete života (Anestis i sur., 2009; Harvard school of public health, 2008). Posljednjih desetljeća sve je više dostupnih informacija o poremećajima prehrane, kako u znanstvenim krugovima, tako i u općoj populaciji. Također je sve više studija koje potvrđuju povećanje broja oboljelih. Iako nema podataka o preciznoj etiologiji, opće je prihvaćeno da su poremećaji prehrane multifaktorijalan problem, što znači da je za njihov razvoj potreba interakcije psiholoških, socijalnih i bioloških faktora (Kelly i Carter, 2013).

c) *Psihološki faktori*

Psihološki faktori imaju veoma važnu ulogu u etiologiji poremećaja prehrane. Najčešći psihološki faktori su anksioznost, depresija, poremećaji ličnosti, perfekcionizam i niska razina samopoštovanja. Nisko vrednovanje samog sebe znači da je osoba nesigurna u sve aspekte svog života, posebice u svoj fizički izgled. Nezadovoljstvo vlastitim izgledom je povod za "samokažnjavanje" koristeći se metodama mršavljenja u svrhu postizanja ljepote i zadovoljstva. Nisko samopoštovanje izrazito narušava mentalno zdravlje, budući da su osobe često tjeskobne, depresivne i nesretne (Kelly i Carter, 2013). Kod osoba s utvrđenom dijagnozom poremećaja prehrane

često se javljaju psihijatrijski komorbiditeti. Znanstveno je dokazano da oboljeli od anoreksije i bulimije boluju od još neke bolesti psihičke naravi (Harvard school of public health, 2008). Obično je to opsesivno-kompulzivni poremećaj ili depresija. Članovi obitelji oboljele osobe imaju veći rizik za razvoj depresije (Kelly i Carter, 2013). Ishod bolesti ponekad može biti fatalan (Sović i sur., 2013).

d) Socijalni faktori

Okolina ima veliki utjecaj na razvoj čovjeka i njegovo poimanje svjetovnog. Međutim, često nameće ideale i norme koje čovjek promatra i primjenjuje u vlastitom životu. Mišljenja društva, posebno vršnjaka je od velike važnosti u razdoblju adolescencije, kada dječaci i djevojčice nemaju u potpunosti razvijena stajališta. Tada je izrazito prisutan i nedostatak samopouzdanja, pa je normalno da socijalna sredina ima najveći utjecaj (Kelly i Carter, 2013; Sović i sur., 2013). Obitelj oblikuje pojedinca već od ranog djetinjstva. Stručnjaci smatraju da su poremećaji prehrane usko povezani sa specifičnim obiteljskim situacijama, odgojem i traumama iz djetinjstva (Sović i sur., 2013). Zbog toga je tijekom utvrđivanja dijagnoze poremećaja prehrane važno uključiti i članove obitelji bolesnika. Nedostatak emocionalne topline i pretjerana kontrola od strane roditelja povećavaju rizik za nastanak poremećaja prehrane. Neka istraživanja navode da bliskost s nesigurnom i anksioznom majkom uzrokuje nedostatak samopoštovanja i nesigurnost. Prihvatanje i ljubav koju obitelj pruža od rođenja doista utječe na izgradnju ličnosti i ponašanje u odrasloj dobi. Narušeni obiteljski odnosi ruše samopouzdanje i potencijalni su faktori za nastanak poremećaja prehrane (Repovečki i sur., 2020). Tijekom puberteta se ostvaruju nova iskustva i uspostavljaju nova prijateljstva. Svaki adolescent želi pripadati društvu i biti prihvaćen, pa fizički izgled ima bitnu ulogu u tome. Predstavlja zlatni standard za vrednovanje drugih i samovrednovanje u tom razdoblju. U stvaranju negativne slike o sebi intenzivno utječe vršnjačko zadirkivanje (Repovečki i sur., 2020). Kao društveno biće, čovjek ima potrebu za pripadnošću i interakcijom s drugim ljudima u zajednici, što je glavni razlog popularnosti društvenih mreža. Društvene mreže imaju brojne prednosti, ali ponekad još brojnije nedostatke. Imaju ogroman utjecaj na mentalno zdravlje korisnika, posebno mladih osoba koja se već osjeća nesigurno i nezaštićeno u svojoj okolini (Kelly i Carter, 2013; Obeid i sur., 2018). Normativ za osobe ženskog spola u virtualnom svijetu je mršavost i privlačnost. Osobe muškog spola u tom istom svijetu trebaju biti visoki, s velikim udjelom mišićne mase (Obeid i sur., 2018). Korisnici

društvenih mreža svakodnevno su zatrpáni savjetima kako smanjiti tjelesnu masu i postati atraktivan ljudima. Brojne obrađene fotografije cirkuliraju internetom, s uvjerenjem da su realne. Sve je više osoba koje se uspoređuju s modelima na društvenim mrežama, a to dodatno spušta samopouzdanje. Istraživanja su dokazala da je izloženost ljudi, posebice adolescenata medijima i raznim popularnim časopisima povećala zabrinutost oko vlastitog izgleda i broj oboljelih od poremećaja prehrane (Repovečki i sur., 2020).

e) Biološki faktori

Biološki faktori također utječu na razvoj poremećaja u prehrani. Primjerice, anoreksija nervoza se u rijetkim slučajevima javlja prije razdoblja adolescencije ili kod žena starijih od 40 godina (Obeid i sur., 2018). Prosječna dob za pojavu anoreksije je 17 godina, dok je za pojavu bulimije prosječna dob 20 godina. Kod osoba ženskog spola specifično je povećanje udjela masnog tkiva u tijelu u adolescenciji, što rezultira i povećanjem tjelesne mase. Jedan od kritičnih bioloških faktora za nastanak poremećaja u prehrani, a posebice bulimije je pojava menstruacije u u dobi ranijoj od prosječne (Kelly i Carter, 2013; Marčinko i sur., 2013). Adolescencija je kritični faktor za razvoj ovih poremećaja zbog promjena u endokrinološkom sustavu. Istraživanja pokazuju da 40 % djevojaka i 25 % dječaka tijekom adolescencije započne neku vrstu dijete (Obeid i sur., 2018). Bitnu ulogu u razvoju poremećaja prehrane ima i spol. Žensko tijelo je biološki sklonije nakupljanju masnog tkiva u odnosu na muškarce. Ženski razvoj u pubertetu mnogo je kompleksniji od muškog, a to u kombinaciji s drugim rizičnim faktorima potencijalno predstavlja element ranjivosti (Marčinko i sur., 2013). Vaganje je najčešće korišten način utvrđivanja tjelesne mase. Neka istraživanja pokazuju kako vaganje ima niz negativnih učinaka na samopoštovanje i raspoloženje. Kada je osoba nezadovoljna svojom tjelesnom težinom, sklona je pokušajima raznih dijetnih režima te stječe nezdrave navike koje su zapravo temelj razvoja ozbiljnih poremećaja u prehrani. U posljednjih nekoliko godina znanost se u sve većoj mjeri okreće genetici i njezinoj ulozi u etiologiji psihičkih poremećaja. U medijima je zastupljen i stav koji uvijek naglašava osobe ženskog spola kada se govori o tjelesnoj masi, estetskim zahvatima i dijetama (Sambol i Cikač, 2015). Novija istraživanja tvrde da crijevna mikroflora može utjecati na nastanak ovih poremećaja jer ima bitnu ulogu u regulaciji metabolizma i tjelesne mase, ali je i povezana s depresijom i anksioznošću. Gastrointestinalne tegobe, dijabetes tipa 1, porođajne traume, prijevremeni porodi i perinatalne

komplikacije se također navode kao kritični biološki faktori za razvoj poremećaja prehrane (Gerard, 2016).

f) Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza pripada skupini najčešćih kroničnih poremećaja prehrane kod adolescenata. Češće se javlja kod ženskog spola, ali je zastupljena i u muškoj populaciji. Predstavlja životno ugrožavajuće stanje, čija je stopa smrtnosti vrlo visoka. Liječenje je teško i dugotrajno, a može biti i cjeloživotno (Schmidt, 2005). Oboljeli iskrivljeno percipiraju vlastito tijelo, odnosno smatraju da imaju prekomjernu tjelesnu težinu, iako je u potpunosti suprotno. Opsjednuti su odnosom hrane i tjelesnog izgleda, a radi izrazitog straha od debljanja prate radikalne dijeta i do iznemoglosti vježbaju (Schmidt, 2005). Kao posljedica izgladnjivanja javljaju se različite komplikacije, kao na primjer amenoreja (izostanak menstruacije), nesvjestica, vrtoglavice, dehidracija i lanugo dlačice (Mathisen i sur., 2018). Poremećena je cirkulacija, pa se često primjećuju plavičasti i hladni ekstremiteti. Osim toga, zna se javiti i akrocijanoza (plavičasto obojenje distalnih dijelova nosa i ušiju), koja nastaje kao rezultat hipotermije zbog toga što se krv iz distalnih dijelova premješta u središnji kako bi se očuvali organi koji su vitalni za život. Nerijetko su prisutne gastrointestinalne tegobe, posebice kod namjernog povraćanja (bol u želucu, žgaravica, erozija zubne cakline) (Dell Osso i sur., 2016). Zbog usporavanja bazalnog metabolizma dolazi do hipotermije. Smanjen je i srednji arterijski tlak, minutni volumen srca te je prisutna bradikardija. Poremećaj elektrolita i cirkulatorni kolaps hitna su stanja koja zahtijevaju hospitalizaciju (Mathisen i sur., 2018).

g) Bulimija nervoza

To je kronični psihički poremećaj kojeg prate epizode prejedanja, obično visokokalorične, nezdrave hrane u kratkom vremenu, nakon čega slijede epizode "čišćenja" povraćanjem ili upotrebom lijekova. Osoba koja duže vrijeme pati od bulimije s vremenom bez dodatnih podražaja nauči voljno povraćati. Čišćenje se može izvršiti i zloupotrebom laksativa i diuretika, iako se većina oboljelih odluči na povraćanje (Livazović, 2017). Oboljeli su normalne ili prekomjerne tjelesne mase, što otežava pravovremeno prepoznavanje bolesti. Specifični simptomi su: suhoća sluznice usne šupljine, grlobolja, erozija zubne cakline, natečeni obrazi, neugodan zadah, upala ždrijela, natečene žlijezde slinovnice na vratu i oko čeljusti, bolni i osjetljivi zubi, crvenilo očiju, to jest pucanje očnih kapilara zbog naprezanja uslijed čestog

povraćanja, disfagija, gastroezofagealni refluks, poremećaj elektrolita, hipotenzija i tahikardija (Castillo i Weiselberg, 2017).

h) Dijagnostika poremećaja prehrane

Utvrđivanje dijagnoze poremećaja u prehrani je vrlo težak posao, budući da većina oboljelih ne priznaje svoj problem. U početku odbijaju razgovor i bilo kakvu mogućnost liječenja. Prilikom sumnje na neki od poremećaja prehrane potrebno je obaviti razgovor sa članovima obitelji oboljele osobe, posebice ako je u pitanju maloljetna osoba (Vidović, 2009). Zatim je potrebno izvršiti određene pretrage kako bi se isključile neke organske bolesti (npr. Chronova bolest, anemija, celijakija, hipertireoza i slično). Ponašajni znakovi koji ukazuju na poremećaje prehrane mogu biti: paranoično brojanje kalorijskih vrijednosti hrane, provođenje restriktivnih dijeta, često vaganje, jedenje u samoći, skrivanje hrane, pretjerana fizička aktivnost. Psihološki znakovi koji ukazuju na poremećaje prehrane su: manjak samopouzdanja, perfekcionizam, depresija, anksioznost, suicidalnost, socijalna izolacija, manjak koncentracije, opsesivno-kompulzivni poremećaj. Fizički znakovi su: lomljivi nokti, pretjerana osjetljivost na hladnoću, amenoreja, gastrointestinalne tegobe, suhoća kože, problemi sa zubima (Tuerk i sur., 2018). Potrebno je napraviti laboratorijske pretrage koje obuhvaćaju kompletnu krvnu sliku, pretrage urina, radiološke pretrage (UZV i RTG), elektrokardiogram (EKG) radi utvrđivanja poremećaja u radu srca. Ako postoje opravdane sumnje na neki od poremećaja u prehrani, potrebno je napraviti fizički pregled osobe koji uključuje mjerenje visine i težine, provjeru vitalnih funkcija, stanje zubi i kože (Tuerk i sur., 2018).

i) Liječenje poremećaja prehrane

Postoje različiti oblici liječenja poremećaja prehrane. Bitno je da se svakom bolesniku pristupa holistički, odnosno cjelovito i individualno. Svaka osoba drugačije reagira na situacije, dijagnozu, lijekove, okolinu i intervencije koje se provode. Timski rad stručnjaka zahtijeva suradnju i kvalitetnu interakciju. Tim se sastoji od psihologa, psihijatra, nutricionista, liječnika, fizioterapeuta, radnog terapeuta i medicinske sestre. Liječenje poremećaja prehrane je kompleksno i dugotrajno uz česte relapse. Bitno je da se započne što je ranije moguće. Primarni cilj liječenja je poboljšanje općeg stanja, povratak na normalnu prehranu, kontroliranje neprirodnih obrazaca hranjenja i ponašanja, sprječavanje relapsa i sposobnost izražavanja vlastitih emocija (Tuerk i sur., 2018). Liječenje se obično provodi ambulantno ili u

sklopu dnevne bolnice, a u akutnom stanju potrebna je hospitalizacija. Ambulantno liječenje traje najmanje 6 mjeseci. U dnevnim bolnicama liječe se osobe koje su stabilnije i ne treba im strogi nadzor. Tu se odvijaju različiti programi unutar grupnih terapija kroz 1-3 mjeseca, 8-10 sati dnevno (Vidović, 2008).

Zaključak

Važnost pravilne i uravnotežene prehrane neophodna je u svim životnim razdobljima. Poremećaji prehrane jedan su od vodećih javnozdravstvenih problema u 21. stoljeću, zbog različitih bioloških, psiholoških i socioekonomskih faktora. Zajedničko svim poremećajima u prehrani je nužnost stručne pomoći, hitno i adekvatno liječenje. U procesu liječenja ovih bolesti nerijetko se javljaju faze privremenih pogoršanja uz destruktivne misli i radnje. Pravovremeno otkrivanje poremećaja u prehrani od ključne je važnosti radi sprječavanja komplikacija i razvoja kroničnog oblika bolesti. Bolesnici uglavnom odbijaju potražiti pomoć jer su svakodnevno izgledniji, prejedanje i prekomjerna tjelesna aktivnost njihovi ukorijenjeni obrasci ponašanja. Teško im je pristupiti jer se često depresivni, asocialni i nezainteresirani za okolinu te preferiraju samoću. Budući da se radi o kroničnim psihičkim poremećajima, liječenje je vrlo kompleksno, najčešće dugotrajno, a ponekad i cjeloživotno. Ranim otkrivanjem bolesti moguće je prevenirati razvoj kroničnog oblika i pratećih komplikacija. Multidisciplinarni tim (liječnik, medicinska sestra, psiholog, nutricionist, psihijatar, fizioterapeut, radni terapeut) ima značajnu ulogu u liječenju, ali i prevenciji populacije pod rizikom.

Literatura

- Anestis, M., Smith, A., Fink, E., Joiner. T. (2009): Dysregulated eating and distress: Examining the specific role of negative urgency in a clinical sample, *Cognitive Therapy and Research* 33(4), 390-97.
- Božić, D., Macuka, I. (2017): Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 53(2), 1-16.
- Castillo, M., Weiselberg, E. (2017): Bulimia Nervosa/Purging Disorder, *Current Problems in Pediatrics and Adolescent Health Care* 47(4), 85-94.
- Dell Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S. i sur. (2016): Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum, *Neuropsychiatric Disorder Treatment* 12, 1651-60.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. (2014): Escaping from body image shame and harsh self criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating, *Eating Behaviors* 15, 638-43.
- Dunkley, DM., Grilo, CM. (2007): Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and overevaluation of shape and weight in binge eating disorder patients, *Behaviour Research and Therapy* 45, 139-49.
- Gerard, P. (2016): Gut microbiota and obesity, *Cellular and Molecular Life Sciences* 73(1), 147-62.
- Harvard school of public health. Department of Nutrition 2008. Dostupno na: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/2008/> (16.06.2023).
- Kelly, AC., Carter, JC. (2013): Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediation role of shame, *British Journal of Clinical Psychology* 52, 148-61.
- Livazović, G. (2017): Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i ponašanja povezana s poremećajima u prehrani u adolescenata, *Kriminologija i socijalna integracija* 25(1), 71-73.
- Mathisen, T., Bratland-Sanda, S., Rosenvinge, J., Friborg, O., Pettersen, G., Vrabel, K., Sundgot-Borgen, J. (2018): Treatment effects on compulsive exercise and physical activity in eating disorders, *Journal of Eating Disorders* 6(1), 43-52.
- Marčinko, D. i sur. (2013): Poremećaji hranjenja od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.
- Obeid, N., Carlucci, S., Brugnera, A., Compare, A. i sur. (2018): Reciprocal influence of distress and group therapeutic factors in day treatment for eating disorders: A progress and process monitoring study, *Psychotherapy* 55(2), 170-78.
- Repovečki, S., Štrkalj Ivezić S., Bilić, V. (2020): Terapijski čimbenici u grupnoj psihoterapiji, *Psihoterapija* 34(2), 224-62.
- Sambol, K., Cikač, T. (2015): Anoreksija i bulimija nervoza-rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, *Medicus* 24(2), 165-71.
- Schmidt, U. (2005): Epidemiology and aetiology of eating disorders, *Psychiatry* 4(4), 5-9.
- Smink, FRE., Van Hoeken, D., Hoek, HW. (2012): Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates, *Current Psychiatry Report* 14, 406-414.
- Sović, J., Starčević, I., Katunarić, M. (2013): Erozivne promjene na tvrdim zubnim tkivima u osobe s poremećajem hranjenja-prikaz slučaja, *Medix* 14(104/105), 268-270.
- Tuerk, PW., Keller, SM., Acierno, R. (2018): Treatment for anxiety and depression via clinical videoconferencing: evidence base and barriers to expanded access in practice, *Focus (Madison)* 16(4), 363-369.
- Vidović, V., Majić, G., Begovac, I. (2008): Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze, *Petiadrlica Croatica* 52(1), 106-110.
- Vidović, V. (2009): Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji, *Medicus* 18(2), 185-191.

EATING DISORDERS

Nikolina Pranić, Aleksandra Žigić Forić, Ivan Pokec, Zrinka Puharić

Bjelovar University of Applied Sciences, Trg Eugena Kvaternika 4, 43000 Bjelovar, Croatia

professional paper

Summary

Eating disorders imply a permanently disturbed relationship to body and food, which causes the destruction of an individual's mental and physical health, as well as dysfunctional social and family relationships. Anorexia and bulimia nervosa are the most common eating disorders. Their chronic form is also the most severe form of the disease. The hallmarks of anorexia nervosa are starvation, aversion to one's own appearance and maintaining a normal body weight, and the hallmarks of bulimia nervosa are the intake of excessive amounts of food combined with compensatory mechanisms, such as vomiting, excessive exercise, and the use of laxatives. Compulsive overeating is a serious and debilitating disorder when a person consumes enormous amounts of food in a short period of time, accompanied by a sense of loss of control. The exact cause of its occurrence is not fully known, although eating disorders have been discussed and researched since historical times. It is considered that they arise as a combination of psychological, social and biological factors. These include emotional instability, genetics, personality disorders, social and family pressure. Despite the fact that the female sex (ages 10-30) is mostly affected, the diseases are increasingly present in the male population as well. It is known that in only 30% of cases, sufferers decide to seek professional help. The process of patient health care includes the approach of discovering and solving the patient's problems in the field of health care. Working with patients with eating disorders requires theoretical and practical knowledge, therapeutic communication and continuous education in order to improve health status, change negative health behaviors and increase the quality of life of the affected person which include multidisciplinary team (doctors, nurses, nutricionists, psychologist, psychiatrist, physiotherapist, occupational therapist).

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, compulsive overeating, nurse/technician, nutricionists