

Uloga medicinske sestre u poremećajima prehrane - Anoreksija i Bulimija

Poslek, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:315945>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U POREMEĆAJIMA
PREHRANE – ANOREKSIJA I BULIMIJA**

Završni rad br. 18/SES/2020

Monika Poslek

Bjelovar, srpanj 2020.

VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U POREMEĆAJIMA
PREHRANE – ANOREKSIJA I BULIMIJA**

Završni rad br. 18/SES/2020

Monika Poslek

Bjelovar, srpanj 2020.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Poslek Monika**

Datum: 08.04.2020.

Matični broj: 001490

JMBAG: C314014583

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u poremećajima prehrane - Anoreksija i Bulimija**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Pojlje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Mirna Žulec, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Ksenija Eljuga, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 18/SES/2020

Anoreksija i Bulimija su najčešći poremećaji prehrane koje karakteriziraju iskrivljena percepcija doživljaja vlastitog tijela. U liječenju navedenih poremećaja veliku ulogu ima proces zdravstvene njege i medicinska sestra koja ga provodi.

Studentica će u radu opisati etioogiju, kliničku sliku i liječenje Anoreksije i Bulimije. Posebni osvrt i značaj biti će na procesu zdravstvene njege poremećaja prehrane, ulogu medicinske sestre u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji osoba oboljelih od Anoreksije i Bulimije.

Zadatak uručen: 08.04.2020.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

Posebno se zahvaljujem mentorici Tamari Salaj, dipl. med. techn. na svim njenim korisnim savjetima, za pruženu pomoć tijekom cijelog studiranja, za podršku, razumijevanje i strpljenje.

Hvala Vam što se bili dio mog školovanja i što ste mi pomogli da shvatim da čovjek učenjem nadopunjuje sebe te da svaka kritika uvijek dobro dođe i da ju ne smatramo kao „kaznu“ već kao nagradu i usmjerenje ka nečem dobrom.

Hvala mom suprugu i dječici koji su bili uz mene, bez čije ljubavi i podrške ni ovaj moj uspjeh ne bi bio moguć. Uspješno je odradio sve izazove roditeljstva, na sve moguće načine trudio se biti i tata i mama, dok je mama učila.

Mojim divnim roditeljima veliko hvala jer su uvijek vjerovali u mene i moj uspjeh, na bezgraničnoj ljubavi i strpljenju te na davanju sebe kada god je to bilo potrebno.

Hvala svima koji su bili uz mene, koji su zajedno sa mnom prolazili sreću, veselje, suze, zabrinutost, svima koji su vjerovali u mene. Koji su pomogli na bilo koji način, bakama, djedovima, rodbini, prijateljima, kako bi došla do svoga cilja od srca hvala.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. METODE	4
4. POREMEĆAJI PREHRANE.....	5
4.1. Klasifikacija poremećaja hranjenja	6
4.2. Anoreksija nervoza i bulimija nervoza	6
4.3. Dijagnosticiranje poremećaja prehrane	11
4.4. Etiologija, epidemiologija i prevalencija.....	13
4.5. Tijek i prognoza.....	15
4.6. Prevencija poremećaja prehrane	16
4.7. Uzroci, liječenje, terapija i ishodi liječenja	19
4.8. Grupe za podršku osobama s poremećajima prehrane	25
4.9. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika s poremećajem prehrane ..	25
5. ZAKLJUČAK	45
6. LITERATURA	46
7. SAŽETAK	49
8. SUMMARY	50

1. UVOD

Razvoj ličnosti označava niz procesa koje osoba prolazi od rođenja do završetka adolescencije. Odmah nakon rođenja, dijete postaje u potpunosti ovisno o okolini, a nakon završetka adolescencije postaje zrela i odrasla osoba. Razvoj djeteta odvija se pomoću bioloških zakonitosti čije faze idu jedna za drugom te se međusobno nadopunjuju. Svatko rođenjem stječe određene genetske potencijale koji jednim dijelom utječu na daljnji život, a drugi dio ovisi o okolini osobe, odnosno o obitelji i društvenoj zajednici koja je određena ekonomskim, socijalnim, intelektualnim i kulturnim obilježjima. U današnjem svijetu svi su izloženi medijima koje za ideal predstavljaju mršavost. Time mladi koji su neizgrađeni i nesigurni u sebe nailaze na opasnosti u svojoj osobnosti. Svatko mlad ima želju težiti prema uspješnima i slavnima jer smatraju da će time biti priznati i prihvaćeni od strane vršnjaka. Današnji trend je mršavost, a glavni motiv je ljepota, a ne zdravlje (1). Obline, putenost i druge karakteristike ženskog tijela nastoje se potisnuti, a novi ideali ljepote su gubitak oblina i mršavljenje (2). Ako mršavost prijeđe granice psihičke i tjelesne izdržljivosti javljaju se problemi s mnogim organskim sustavima (1).

Jedna od osnovnih ljudskih potreba je unos tekućine i hrane. Hrana i tekućina važne su za održavanje normalne funkcije organizma. Pravilnim načinom prehrane sprječavaju se mnoge bolesti. Način života i ravnoteža prehrane utječu na pojavnost bolesti (3).

Najčešće bolesti koje spadaju u skupinu poremećaja prehrane su bulimija, anoreksija, kaheksija te ortoreksija kao najnoviji oblik poremećaja prehrane. Zbog posljedica koje nosi „binge eating“, odnosno sindrom prejedanja u kasnim noćnim satima, također se može klasificirati u neku vrstu bolesti (4).

Anoreksija i bulimija prvi put su se pojavile u klasifikaciji bolesti DSM-III 1980. godine. Pripadale su pod kategoriju poremećaja djetinjstva i adolescencije. One nose poremećaje bihevioralnog, neuro-psihološkog i fiziološkog funkcioniranja (4). Također, one predstavljaju složene poremećaje ponašanja koji su okarakterizirani pretjerano snažnom potrebom za kontroliranje tjelesne mase (5).

U novije vrijeme poznato je sve više novih poremećaja u prehrani, posebice onih gdje se povećava tjelesna masa. Do loših i nezdravih prehrambenih navika može doći zbog čestog, pretjeranog i jednoličnog unosa hrane, ali i zbog odricanja. Osobe koje imaju takve probleme

uvijek su izložene stresu i hrana postaje jedini način za kontrolu stanja i emocija (4). U hrvatskoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti u desetoj reviziji, za razliku od devete, ima puno novih detaljnijih opisa i prestrukturiranja mentalnih poremećaja i bihevioralnih sindroma povezanih s hormonalnim promjenama i psihološkim disfunkcijama, kao što su i poremećaji hranjenja (6).

Smatra se da u Hrvatskoj između 35 000 i 45 000 ljudi ima neku vrstu poremećaja prehrane, iako točni podaci o tome ne postoje (5). Neki autori navode brojku od čak 90 000 ljudi u Hrvatskoj koji imaju neki oblik poremećaja hranjenja (1). Najčešće se pojavljuju kod adolescentica (5). Iako većinu oboljelih čine žene, poremećaji hranjenja događaju se i muškarcima. 5 do 10% oboljelih čine muškarci. Smatra se da je broj možda i veći jer muškarci rijetko potraže pomoć (7).

Nepravilna prehrana koja traje duže vrijeme može uzrokovati trajna psihička ili tjelesna oštećenja, a u najgorim slučajevima čak i smrt (8).

2. CILJ RADA

Ovaj završni rad ima za cilj objasniti pojmove anoreksije i bulimije, kliničke slike tih bolesti, simptome, način dijagnosticiranja, etiologiju i epidemiologiju, tijek i prognozu, prevenciju poremećaja hranjenja, uzroke poremećaja, liječenje, terapiju i ishode poremećaja prehrane. Detaljno opisuje ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj njezi, objašnjava zadatke medicinske sestre te sestrinske dijagnoze i intervencije.

3. METODE

Metode koje su korištene tijekom pisanja završnog rada na temu „Uloga medicinske sestre u poremećajima prehrane – anoreksija i bulimija“ su pretraživanje literature iz znanstvenih časopisa, knjiga, baza podataka, repozitorija završnih i diplomskih radova te povjerljivih internetskih stranica. Pretraživana literatura objavljena je između 2004. i 2018. godine te su sve pisane hrvatskim jezikom.

4. POREMEĆAJI PREHRANE

Poremećaji prehrane mogu se definirati kao trajni poremećaji odnosa prema jelu i slici o izgledu vlastitog tijela. Kao posljedica toga javlja se poremećaj kod unosa hrane te narušavanje psihičkog i fizičkog zdravlja. Jedinostveni uzrok za razvoj poremećaja ne postoji. Uzroci mogu biti neki biološki čimbenici, ali moguće je da se pojave kao posljedica obiteljsko socijalnih ili razvojnih poremećaja. Neki faktori za nastanak su emocionalni poremećaji, obiteljski i kulturološki pritisak i poremećaji ličnosti. Genetika je također jedan od faktora za nastanak. Dob kod koje se najčešće javljaju poremećaji prehrane je od 10 do 30 godina. Češće se javlja kod ženskih osoba. Omjer žena u odnosu na muškarce je 9:1. No, danas se sve češće javlja i kod muškaraca u mlađoj dobi (5).

Danas je poznato puno poremećaja prehrane koje čekaju na svoje mjesto u klasifikaciji bolesti. Neki od tih poremećaja su bigoreksija, dijabulimija, ortoreksija, drankoreksija, „binge eating“ i ostali. Bigoreksija je poremećaj koji se javlja kod osoba koje konzumiraju sastojke za izgradnju mišićnog tkiva te uobičajeno koriste anaboličke steroide. Dijabulimija poremećaj je koji zna biti karakterističan za dijabetičare koji sami sebi uskraćuju inzulin. Ortoreksija je poremećaj kod osoba koje su preopterećene zdravom prehranom i dijetama. Drinkoreksija označava poremećaj kod osoba koje konzumiraju alkohol u tolikoj mjeri da im se smanjuje potreba za raznovrsnom prehranom. Kod takvih se osoba javljaju razne malnutricije (4).

Prema prethodno objašnjenim poremećajima prehrane, zaključno je da prejedanje, restriktivne dijetе i tvari za povećanje tjelesne mase u današnje vrijeme stvaraju ozbiljne zdravstvene probleme. Da bi se one liječile na pravi način moraju biti klasificirane i diferencirane kao bolest (4).

Dvije glavne dijagnostičke kategorije su bulimija nervoza i anoreksija nervoza. One predstavljaju najsloženiji i krajnji oblik poremećaja prehrane. Bulimija nastaje konzumiranjem pretjerane količine hrane nakon čega slijedi kompenzacija u obliku laksativa, povraćanja ili prekomjerne tjelesne aktivnosti. Anoreksija označava psihijatrijski poremećaj u kojem osoba odbija zadržati normalnu tjelesnu masu. Samo 30% oboljelih od poremećaja prehrane potraži pomoć stručnjaka (5).

4.1. Klasifikacija poremećaja hranjenja

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) anoreksija i bulimija pripadaju kategoriji Bihevioralni sindromi koji su vezani uz fizičke čimbenike i fiziološke poremećaje (9).

F50 Poremećaji hranjenja

F50.0 Anorexia nervosa

F50.1 Atipična anorexia nervosa

F50.2 Bulimia nervosa

F50.3 Atipična bulimia nervosa

F50.4 Pretjerano jedenje udruženo zajedno s drugim psihološkim poremećajima

F50.5 Povraćanje udruženo zajedno s drugim psihološkim poremećajima

F50.8 Drugi poremećaji hranjenja

F50.9 Nespecificiran poremećaj hranjenja (9).

U poremećajima hranjenja, kao i u drugim psihičkim poremećajima mogu se pronaći kategorije „drugi“, „nespecificirani“ ili „neodređeni“ što znači da ne postoji točna definicija za neke poremećaje pa tako i za poremećaje prehrane. Kod dijagnosticiranja postoje kliničke slike koje ne pripadaju u specifične dijagnostičke kategorije i potrebno ih je šifrirati (6).

4.2. Anoreksija nervoza i bulimija nervoza

Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza definira se kao poremećaj prehrane gdje osobe namjerno gube tjelesnu masu (5). Sama riječ anorexia dolazi iz grčkog jezika i znači odsutnost apetita (10). Riječ nervosa označava da je uzrok pojave emocionalne naravi (11). Poremećaj je obilježen

gubitkom na tjelesnoj masi 15% od normalne tjelesne mase, nenormalnim strahom od dobitka tjelesne mase, dijetama koje sprječavaju dobitak na masi i poremećenim doživljajem svoje tjelesne mase kao i cijele mentalne predodžbe o sebi (12). U početku bolesti, osobe nemaju problem s gubitkom apetita, nego sa strahom od debljanja (11). Kako bolest napreduje, tjelesna masa postaje sva manja, iscertavaju se kosti na tijelu, a oboljeli i dalje nisu zadovoljni sobom te se i dalje smatraju debelima (13). Najčešće se pojavljuje u 17. godini života te je vrlo rijetka nakon 40 godina. Incidencija u posljednjim desetljećima raste, a prevalencija je od 0,5 do 1% (5). Poremećaj može ugroziti život i imati trajne posljedice na psihičko zdravlje (12).

Anoreksija ima dva tipa bolesti, a to su restriktivni i prežderavajući ili purgativni tip. Restriktivni predstavlja da osoba u posljednja tri mjeseca nije imala epizode prejedanja ili pražnjenja koje su se ponavljale. U ovom obliku bolesti osoba gubi na masi zbog posta, dijeta i prekomjernog vježbanja. Prežderavajući ili purgativni tip je oblik bolesti gdje je osoba u zadnja tri mjeseca imala ponavljajuće epizode prejedanja i pražnjenja pomoću diuretika, laksativa, namjerno izazvanim povraćanjem ili sredstva za klistiranje (1).

Klinička slika anoreksije

Indeks tjelesne mase (omjer mase u kilogramima i kvadrat visine u metrima) kod anoreksičnih osoba iznosi manje od 17,5 kilograma po metru kvadratnom. Tjelesna masa za oko 15% je manja nego očekivana. Anoreksične osobe izgubile su kilograme zbog prekomjernog vježbanja i izbjegavanjem kalorične hrane, ali ponekad i izbacivanjem hrane laksativima ili povraćanjem. Neadekvatna prehrana dovodi do poremećaja hormona, javlja se amenoreja. Djeca u razdoblju pretpuberteta mogu razviti psihičke poremećaje zbog neadekvatne prehrane. Poremećaj započinje vođenjem dijete koja u početku ne pokazuje nikakvu zabrinutost okoline. Kako poremećaj napreduje, tako se može primijetiti izraženije opterećivanje osobe oko tjelesne mase i načina prehrane. Oboljele osobe gotovo nikada same ne potraže stručnu pomoć, nego većinom ih na to potaknu članovi obitelji. Kod anoreksičnih osoba prisutna je socijalna izoliranost, psihički problemi i problemi u svakodnevnom životu. Klinička slika anoreksije je tipična i jasno se može dijagnosticirati bolest, no problem je taj što te osobe poriču svoj problem i ne žele započeti primjenu terapije. Zbog toga oni trebaju podršku i empatiju kako bi shvatili da ne trebaju imati strah od normalne prehrane, umjerene tjelesne aktivnosti i dobivanja na kilaži. Kod nekih osoba javlja se pretjerana ambicioznost,

preciznost, inteligencija i kompulzivnost. U početnim fazama bolesti pojavljuje se sniženo raspoloženje i anksioznost. Osobe izbjegavaju društvo, povlače se u sebe, postaju nesamostalne i počinju zanemarivati posao. Teško se upuštaju u intimne odnose i postaju ovisni o obitelji tijekom cijelog života (5). Većina njih izgleda mlađe nego što jesu (14). Gubitak na masi za njih je samodisciplina, a dobivanje mase smatraju gubitkom samokontrole. Depresija je prisutna u 63% oboljelih osoba od anoreksije (5). Gladovanjem dolazi do problema s kardiovaskularnim sustavom, anemijom, osteoporozom i oštećenja bubrega. Mlađe osobe s anoreksijom kasnije kroz život imaju povećan rizik za prijelome kostiju (5). Koža je suha i lako puca, nokti su krhki i lomljivi, a kao posljedica svega može se javiti neplodnost (14). Javljaju se razni endokrini i metabolički poremećaji. Remete se spolni hormoni i hormoni rasta. Tijek bolesti je varijabilan. Neke se osobe potpuno izliječe, kod nekih se javi kroničan oblik, a neke imaju faze gdje postižu normalnu masu nakon čega ponovno dolazi do pojave anoreksije. Smrt se može javiti kao samoubojstvo, posljedica gladi ili neravnoteže elektrolita. Bolest rijetko prijeđe u neki od ostalih poremećaja prehrane. Izgladnjivanjem može doći do promjene u ponašanju osobe zbog promjena u moždanim strukturama, promjena neurotransmitera i hormona. Također, osobe mogu promijeniti i crte ličnosti jer su stalno razdražljive, neraspoložene i potištene. Istraživanjem je potvrđeno da glad uzrokuje bijes, histeriju, depresiju i emocionalni disbalans (5). Psihički poremećaji koji se javljaju kod anoreksije su opsesivno kompulzivni poremećaji, veliki depresivni poremećaj, shizofrenija, posttraumatski stresni poremećaj i specifični poremećaj ličnosti (6). Osobe s dijagnozom anoreksije osjećaju umor, loše podnose hladnoću, osjećaju se slabašno, prisutni su kaheksija i hipertermija. U elektrolitima i tekućinama javljaju se hipokalemija, hipomagnezijemija, hipokalcemija, hipofosfatemija i hiponatrijemija, kao i dehidracija. Kod kardiovaskularnog sustava mogu se javiti problemi kao što su nepravilan EKG ritam, hipotenzija, periferni edemi, bradikardija, akrocijanoza, smanjena debljina ventrikularnog zida, perikardijalni izljevi, prolapsmitralnih zalistaka, aritmija i zastoj srca. Od respiratornih problema mogu se javiti respiratorna insuficijencija, pneumomediastinum, pneumotoraks i smanjen pulmonalni kapacitet. Od gastrointestinalnih problema mogu se javiti zatvor, pankreatitis, osjetljiv epigastrij, preuranjen osjećaj sitosti, žučni kamenci, smanjena pokretnost gastrointestinalnog trakta, zakašnjenje pražnjenja želuca i abnormalna funkcija jetre. Od endokrinoloških problema mogu se pojaviti usporen rast i razvoj, hipoglikemija, zakašnjeli pubertet, hipotalamični hipogonadizam i povišena razina kortizola. Od genitourinarnih problema može se pojaviti atrofija testisa, komplikacije u trudnoći, neplodnost, amenoreja, atrofički vaginitis, atrofija dojki, nefrogeni dijabetes insipidus i

akutno zatajenje bubrega. Od mišićno koštanih smetnji može doći do miozitisa, prijeloma i osteoporoze. Kod pokrovnog sustava javljaju se problemi sa suhom kožom, bljedoća, sporo cijeljenje rana, karotenoza, lanugo i alopecija. Kod neurološkog sustava može doći do sinkope, slabosti planiranja, oštećenja koncentracije i pažnje, atrofije kore velikog mozga, kognitivnih oštećenja i periferne neuropatije (12).

Bulimija nervoza

Pojam bulimija nervoza poremećaj je hranjenja psihološkog podrijetla (5). Sama riječ bulimia dolazi iz grčkog jezika i znači „bikova glad“ (10). Okarakterizirana je potrebom za unosom pretjerane količine visokokalorične hrane, a nakon toga slijedi namjerno izazvano povraćanje da ne bi došlo do debljanja. Prosječna dob u kojoj se javlja je 18 godina i u većini slučajeva pogađa mlađe žene. Može se pojaviti kao primarna bolest, ali može se izmjenjivati i s anoreksijom. Uzroci su nepoznati, a češća je pojava kod obitelji gdje ima osoba s prekomjernom tjelesnom masom, gdje se zloupotrebljavaju droga i alkohol i gdje je prisutna depresija (5). Bulimične osobe teže za mršavošću, no do toga nastoje doći drugačijim načinima nego anoreksične osobe (1).

Bulimija se prvi put u literaturi javila 1979. godine, iako je prejedanje i povraćanje ili čišćenje poznato još iz doba Stare Grčke, Rima, Egipta i Arabije. Nekada se smatralo da je takav oblik čišćenja dobar za zdravlje, no kroz neke izvore da se naslutiti simptomi bulimije gdje su se ljudi čistili zbog mršavljenja, a ne zbog „zdravlja“ (1).

Klinička slika bulimije

Oboljele osobe od bulimije smatraju da nisu sposobni zadovoljiti očekivanja svojih roditelja pa stoga teže savršenstvu. U 50% slučajeva oboljeli su preživjeli tjelesno ili spolno zlostavljanje (5). Anksiozni su, teško se suzdržavaju i kontroliraju, niskog su samopouzdanja i impulzivni su. Osobe s bulimijom hranu smatraju kao zamjenu za ljubav, a kao pozadina svega vrlo često su problemi u odnosima s majkom. Žalost, uznemirenost i nesigurnost oni suzbijaju jedenjem (5). Prevelika obiteljska i osobna očekivanja dovode do stresnih situacija pa osobe postaju kronično zabrinute, tjeskobne i napete. Današnje društvo ne odobrava izražavanje takvih emocija pa se one nauče potisnuti. U takvim trenucima najbolju utjehu

daju kolači, čokolade i keksi jer otklanjaju napetost i pridonose ugodi i smirenju. Djelovanje ovoga je kratkotrajno pa ubrzo dolazi žudnja za još većom količinom slatkoga (15).

Oboljeli od bulimije imaju normalnu ili malo povećanu tjelesnu masu, za razliku od anoreksičnih osoba (5). Kao posljedice redovnog prejedanja, bulimične osobe mogu biti čak i pretile. Mogu se pojaviti ozbiljni zdravstveni problemi povezani s pretilošću, a to su dijabetes, problemi u radu srca, visok krvni tlak, povišen kolesterol i respiratorni problemi (16). Često su kritični prema bolesti, ali se zbog srama ne jave liječniku odmah. Bulimične osobe jedu do te mjere dok im ne zasmeta tijelu, odnosno dok osjete bol zbog pretrpanog želuca. Kako bi se ponovno osjećali lakše, nakon prejedanja sami izazivaju povraćanje, koriste diuretike i laksative. Bulimija nije samo povraćanje, nego bilo što drugo čime bi se kompenziralo prejedanje. To može biti i prekomjerna tjelesna aktivnost. Oboljeli od bulimije imaju erozije zubne cakline, povećane žlijezde slinovnice, ozljede na šakama te se javlja ezofagitis u gastrointestinalnom sustavu (5). Imaju rane i upale u jednjaku, zubi krvare i javlja se bolest desni, grlo boli bez prestanka, gutanje je otežano, usta i koža su suhi, prisutna je anemija i ispadanje kose (14). Osobe koje uzimaju diuretike ili laksative mogu imati prisutne edeme. Upotrebom tih sredstava može doći do elektrolitskog disbalansa, hipokaliemije, hipokloremije i dehidracije. Najčešći uzrok smrti je dilatacija želuca i vrlo je rijetka. Zbog dehidracije često dolazi do konstipacije, a zbog konzumacije laksativa javlja se gubitak proteina i steatoreja. Štitna žlijezda prestaje funkcionirati normalno i poremećen je menstrualni ciklus (5). Zbog male koncentracije kalija mogu se pojaviti kardiološki problemi. Usne su ispucane, zubi su puni karijesa, javlja se glavobolja i metabolički problemi (15). Zbog povučenosti osobe, poremećene slike o vlastitom tijelu i niskog samopoštovanja poremećeni su društveni odnosi. Prevalencija poremećaja osobnosti prisutna kod bulimičnih osoba je od 21 do 77% (5). Često su prisutni opsesivno kompulzivni poremećaji. Nakon postavljene dijagnoze i valjanog tretmana nakon 2 do 10 godina 50% slučajeva postat će asimptomatsko (5). 20% slučajeva neće se izliječiti, a u 30% slučajeva izmjenjivat će se faze relapsa i remisije ili će prijeći u subklinički oblik (5). Prema studiji koja je kroz 11 godina pratila 222 oboljela od bulimije, 70% oboljelih potpuno su se ili djelomično izliječilo, a 11% nastavilo je imati simptome bolesti (5).

Zajednička obilježja bulimije i anoreksije

Zajednička obilježja bulimije i anoreksije su pretjerana zaokupljenost masom i oblikom tijela, pretjeran utjecaj izgleda na samoprocjenu i vlastitu vrijednost, kao i strah od dobivanja na tjelesnoj masi. Zajedničko obilježje je i specifično ponašanje povezano s prehranom i održavanjem tjelesne mase. Zajednički im je i način nastanka, odnosno obiteljski problemi, razvojne teškoće, nisko samopouzdanje i slično. U obje bolesti postoji strah od odrastanja, negiranje odrastanja i seksualnosti. Etiologija obje bolesti nije dovoljno razjašnjena, no za obje se smatra da je interakcija sociokulturalnih, psiholoških i bioloških čimbenika (17).

Za razliku od anoreksije, kod bulimije ne mora biti izražena niska tjelesna masa. Bulimija se može dijagnosticirati samo kada nisu zadovoljeni kriteriji za dijagnosticiranje anoreksije. Ako se zadovolje kriteriji za obje dijagnoze, dijagnosticira se anoreksija prežderavajućeg ili purgativnog tipa (6).

4.3. Dijagnosticiranje poremećaja prehrane

Liječnici primarne zdravstvene zaštite znaju prepoznati bolesti hranjenja u ranoj fazi razvoja dok se još može preventivno djelovati i uspješno spriječiti napredak bolesti. U sekundarnoj prevenciji prati se populacija koja ima predispozicije za nastanak bolesti hranjenja. U toj se skupini treba stalno pratiti indeks tjelesne mase, kontrola krvnog tlaka, kontrola urina, šećera i drugo. Ako dođe do gubitka tjelesne mase javlja se slabost, vrtoglavica, glavobolja, amenoreja, opstipacija i jače lupanje srca. Ako se uoče simptomi poput neobjašnjivog povraćanja, gubitka apetita i tjelesne mase, dijagnosticiranje svejedno nije jednostavno jer se isti simptomi mogu pojaviti i kod niza drugih bolesti. Poremećaji hranjenja često se zamjenjuju s kroničnim upalnim bolestima crijeva, bolestima štitnjače, bolestima središnjeg živčanog sustava, malignim bolestima, dijabetesom i kroničnim infekcijama. Psihijatrijske bolesti isto se često zamjenjuju s bolestima hranjenja, a neke od njih su depresija, zlouporaba narkotika, opsesivno kompulzivni poremećaj, poremećaji ličnosti, psihoza i posttraumatski stresni poremećaj. Pri dijagnosticiranju poremećaja prehrane od pomoći su podaci o tome jede li osoba uvijek sama, ima li pretjerano ograničen izbor hrane, ima li neuobičajene kombinacije hrane, koristi li uvijek istu zdjelu ili tanjur pri jelu, jede li hranu uvijek istim redoslijedom,

uzima li pretjeranu količinu tekućine i žvakaćih guma. Procjenu otežava to što oboljeli ne žele točno opisati situaciju. Suicidalne misli česte su kod onih s bolestima hranjenja (8).

Dijagnostički kriteriji za anoreksiju

Liječnici dijagnozu postavljaju temeljem pregleda i osobne anamneze oboljelog koju je dobro potkrijepiti podacima i od obitelji. Kod dijagnosticiranja anoreksije mjeri se visina i kilaža, izračunava se indeks tjelesne mase kako bi se procijenio stupanj pothranjenosti. Ostale pretrage ne služe za dijagnozu, nego za procjenu fizičkog stanja i mogućih komplikacija. U ostale pretrage spadaju rendgen, ultrazvuk, elektrokardiogram i laboratorijski testovi. Kod dijagnosticiranja pregledavaju se i moguće bolesti štitnjače, upalne bolesti crijeva i dijabetes. Postoje tri kriterija na temelju kojih se postavlja dijagnoza anoreksije, a to su odbijanje da masa bude u skladu s minimalnom težinom za visinu i dob, poremećaj kod doživljavanja vlastitog oblika tijela i kilaže te velik strah od debljanja. Kod postavljanje dijagnoze, amenoreja je uklonjena jer se ne odnosi na djevojčice za vrijeme prepuberteta, na žene u menopauzi i na one koje koriste oralne kontraceptive, kao ni na muškarce. Za postavljanje dijagnoze moraju se zadovoljiti kriteriji prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja. Neki od upitnika koji se koriste za dijagnosticiranje poremećaja prehrane su Bulimic Investigatory Test Edinburgh, SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food), Eating Disorder Diagnostic Scale i Eating Attitudes Test (5).

Dijagnostički kriteriji prema DSM-IV klasifikaciji za anoreksiju su odbijanje održavanja normalne tjelesne mase na više od 85% od očekivane; intenzivan strah od debljanja; kriva percepcija o obliku i masi tijela; kod žena koje su imale prvu mjesečnicu javlja se amenoreja barem tri mjeseca za redom (18).

Klinička slika, izgled, anamnestički i heteroanamnestički podaci, dob početka bolesti, epidemiološki podaci, neki percipirajući događaji, laboratorijski nalazi, struktura ličnosti i obitelji, tijek bolesti i somatski status važni su za dijagnosticiranje (6).

Anoreksija nervoza mora se razlikovati od bulimije nervoze, od gubitka na masi koji je prouzrokovan općim zdravstvenim stanjima (npr. endokrini ili metabolička stanja), od neuobičajenog ponašanja kod uzimanja hrane u okviru shizofrenije, od gubitka na masi zbog depresivnog poremećaja, od izbjegavanja konzumiranja hrane na javnim mjestima zbog

socijalne fobije, od kompulzije ili opsesije u vezi s hranom u sklopu opsesivno kompulzivnog poremećaja i od krivog doživljaja svog izgleda zbog poremećaja sheme vlastitog tijela (6).

Dijagnostički kriteriji za bulimiju

Za postavljanje dijagnoze uzima se anamneza i heteroanamneza od obitelji i prijatelja. Dobivaju se podaci o količini i potrebi za uzimanjem hrane. Da bi se prejedanje pa zatim povraćanje smatrao bulimičnim, potrebno je da se to dogodi najmanje jednom tjednom kroz tri mjeseca. Na prvom pregledu žale se na opstipaciju, mučninu, poremećaj menstrualnog ciklusa, umor, napuhanost i bol u trbuhu. Kliničari mogu uočiti povećane žlijezde slinovnice, posebice parotidnu žlijezdu. Ponekad se mogu i uočiti promjene na šakama zbog upotrebe ruku za izazivanje povraćanja. Elektrokardiogram koristi se da bi se uočile smetnje u srčanom provođenju koje su nastale kao posljedica elektrolitskog disbalansa. Za postavljanje dijagnoze potrebno je ispuniti kriterije Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (5).

Ako osoba ne povraća, ne mora značiti da nema bulimiju. Bulimija može biti bilo koji oblik kompenzacijskog ponašanja kojim bi nakon prejedanja osoba izgubila unesene kalorije, kao što su drastično smanjenje unosa hrane u danima nakon prejedanja, korištenje diuretika, klizme, laksativa ili pretjerano vježbanje (7).

Dijagnostički kriteriji prema DSM-IV klasifikaciji za bulimiju su ponavljane epizode prejedanja; ponavljana ponašanja kojima je cilj sprječavanje dobitka na tjelesnoj masi; epizode prejedanja i kompenzacijskog ponašanja koje se javljaju najmanje dva puta tjedno kroz tri mjeseca; nerealna samoprocjena pod utjecajem tjelesne mase i oblika tijela te da se smetnje ne javljaju samo za vrijeme anoreksije (18).

4.4. Etiologija, epidemiologija i prevalencija

Teorije koje govore o nastanku anoreksije nisu potkrijepljene dovoljnom količinom dokaza pa uzrok nastanka i dalje nije poznat, ali najvjerojatnije je riječ o interakciji psiholoških, bioloških i socijalnih faktora (12). Dijeta u mlađoj životnoj dobi može postati uvod u poremećaje prehrane ako se udruži s lošom slikom o sebi i svome tijelu, niskim

samopoštovanjem i ako u obitelji postoji netko s poremećajem prehrane ili afekata. Drugi čimbenici za razvoj poremećaja su pretjerana kontrola osjećaja, nemogućnost kontrole impulsa i afekata (kod bulimije) te osjećaj neučinkovitosti. Okolina predstavlja veliki utjecaj sa svojom predodžbom o ljepoti i mršavosti kao ideala. Kod nastanka poremećaja ipak najveću ulogu igraju psihološki čimbenici i odnosi s majkom. Način funkcioniranja obitelji može znatno utjecati na razvoj nezadovoljstva sobom i svojim tijelom. Ako je majka anksiozna, isto se prenosi i na dijete. Javlja se osjećaj nesigurnosti i nižeg samopouzdanja. Istraživanja su pokazala da su anoreksične majke i njihove kćeri sklone idealiziranju i teško procesuiraju emocije. Adolescentno doba je najkritičnije za pojavu anoreksije. Introverzija i depresija povezane su s poremećajima prehrane. Anoreksija se znala povezivati sa strahom od sazrijevanja u seksualnom smislu. Predisponirajući čimbenici za nastanak poremećaja prehrane su opsesivno kompulzivne crte ličnosti kao i perfekcionizam. Ako osoba strahuje od odrastanja, javljaju se emocionalni problemi i otežava se liječenje. Zadnjih godina raste prevalencija anoreksije kod djevojaka mlađih od 12 godina (5). Prije 40 godina istraživanja su pokazala da je anoreksija češća u višem društvenom sloju, dok novija istraživanja pokazuju da je češća kod osoba koje se bave zanimanjima koja zahtijevaju mršavost kao npr. balet ili manekenstvo (5). Rizik da će žena prije oboljeti od muškarca od anoreksije je 12:1 (5). U dobnoj skupini od 10 do 19 godina u 2000. godini anoreksija se javljala u 34,6 slučajeva na 100 000 stanovnika (5). Anoreksija se najčešće pojavljuje u adolescentnoj dobi, ali može se javiti i u doba djetinjstva ili u starijoj dobi. 80% oboljelih od anoreksije dobi je od 13 do 20 godina (12). Incidencija bolesti veća je u industrijski razvijenijim zemljama (12). Rizik za nastanak bulimije između žena i muškaraca je 18:1 (5). 2000. godine bulimija među djevojkama od 10 do 19 godina pojavljivala se u 35,8 slučajeva na 100 000 ljudi (5). Prevalencija bulimije kod djevojaka je 1%, a anoreksije je 0,3% (5). 40% svih slučajeva anoreksije javi se u dobi od 15 do 19 godina (5). Za nastanak bulimije kritično je razdoblje od 20 do 24 godine (5).

Podaci o prevalenciji za bolesti hranjenja dostupni su samo za razvijene zemlje (8). Ispitivanje prevalencije teško je provesti zbog toga što osobe s poremećajima prehrane često prikrivaju simptome i često ne ispunjavaju sve potrebne kriterije za neki poremećaj prehrane (16). Najčešća bolest hranjenja je prekomjerna tjelesna masa, dok anoreksija zauzima treće mjesto kao kronična bolest kod adolescentica i mladih žena. Prevalencija anoreksije kod adolescenata i mladih žena je od 0,2% do 0,5%, bulimije nervoze 0,9%, a nekritičko prejedanje 1,6% (8). Prema blažim kriterijima od 8 do 15% adolescentica ima nepotpuno izraženu anoreksiju ili

bulimiju, a od 40 do 45% želi smršaviti (8). Podaci o poremećajima hranjenja kod muških osoba jako su oskudni, ali zna se da većina njih teži povećanju mišićne mase, a smanjenju masnih naslaga. Sveukupno, od 15 do 20% mladih trudi se biti mršavije nego što jesu (8). U klinički razvijenim bolestima hranjenja omjer između ženskih i muških osoba je 9:1 (8). Bolesti hranjenja predstavljaju javnozdravstveni problem zbog visoke smrtnosti. Mortalitet uzrokovan suicidom, gladovanjem ili kardijalnim arestom pripada najviše bolestima hranjenja u odnosu na sve psihijatrijske bolesti. Žene oboljele od anoreksije umiru od 5 do 12 puta češće nego ostale žene isto dobi (8).

Istraživanja iz 2009. godine pokazuju da je 89% Hrvatica održavalo neku vrstu dijete u zadnjih pet godina pet ili više puta (1). Najčešće za izvor informacija koristile su časopise (30%), televiziju (20%) i Internet (38%), dok je samo 13% pomoć potražilo od liječnika (1). Stručnjaci smatraju da 95% osoba koje su smršavile nakon jedne do pet godina vrate na prvobitnu tjelesnu masu (1).

4.5. Tijek i prognoza

Tijek anoreksije može biti fluktuirajući, epizodičan i deteriorirajući. Kod fluktuirajućeg izmjenjuju se periodi dobivanja na masi i ponovne pojave simptoma bolesti. Epizodični tijek može predstavljati dolazak spontanog oporavka ili oporavka nakon primijenjene terapije. Kod deteriorirajućeg tijeka bolesti postoji visok rizik za letalan ishod i on je najrizičnija vrsta tijeka (12).

Što se bolest ranije prepozna i što prije krene početak liječenja, prognoza je bolja. Poremećaji hranjenja koji su klinički značajni imaju utjecaj na cjelokupni život osobe, kao i na život njihove obitelji i prijatelja. Liječenje je skupo, teško i dugo zbog neizvjesnog konačnog ishoda, mortaliteta i komorbiditeta. Oko pola slučajeva uspije se izliječiti od anoreksije, trećina nastavi s manjim smetnjama dok se 20% nikada ne oporavi (8). Trebalo bi se ulagati dodatnog vremena i sredstava u preventivne programe kako se ovi oblici poremećaja ne bi nastavljali širiti sve više (8). Prognoza anoreksije ovisi o indeksu tjelesne mase, o nastupu bolesti, o trajanju simptoma, o odnosima u obitelji i o trajanju bolničkog liječenja. Lošiju prognozu imaju oni bolesnici koji imaju izrazito nizak indeks tjelesne mase, afektivne poremećaje, konzumiraju alkohol i imaju komorbidne poremećaje kao što je suicidalno

ponašanje. Četvrtina bolesnika i dalje ostaje mršava, petina se osjeća iscrpljeno, a 10% oboljelih dobije prekomjernu tjelesnu masu ili umre od gladovanja (12).

4.6. Prevencija poremećaja prehrane

Zbog nezadovoljstva tijelom kod adolescenata i nepravilnog načina prehrane, sve više se provode preventivni programi koji traže kontinuiranu evaluaciju i implementaciju. Prepoznavanje rizičnih osoba, kao i rana prevencija mogu spriječiti razvoj bolesti hranjenja dok je u procesu nastajanja. Prevencija bolesti hranjenja je u povojima. Ima mnogih pristupa, a učinkovitost je raznolika zbog čega ju treba stalno usavršavati i pratiti. Kod manjih ozbiljnih stanja poremećaja prehrane prevencija se provodi bez bolničkog liječenja. Kratkotrajne aktivnosti nisu učinkovite jer se poremećaji hranjenja razvijaju godinama. Jedno održano predavanje s adolescentima neće promijeniti sliku o svome tijelu i način prehrane. Na taj se način jedino može ukazati na opasnosti do kojih dovode bolesti hranjenja i dati upute gdje tražiti pomoć. Programi koji su opsežni i dugotrajni više prodiru u bit problema te stvaraju kvalitetnije i bolje promjene prema izgledu vlastitog tijela i načinu hranjenja. Prevencija se dijeli na primarnu, sekundarnu i tercijarnu. Primarna i sekundarna prevencija su u razvoju, a o tercijarnoj postoji više podataka. Primarnom prevencijom nastoji se smanjiti broj novooboljelih unaprjeđenjem zaštitnih čimbenika ili umanjivanjem rizika. Preventivne mjere mogu se provoditi na većoj ili manjoj skupini stanovništva. Sekundarnom se prevencijom ciljano djeluje na pojedince kod kojih postoji rizik za razvoj bolesti hranjenja. Sekundarna prevencija uključuje rano prepoznavanje i aktivnosti za sprječavanje potpunog razvoja bolesti. Tercijarnom se prevencijom nastoje minimalizirati štete koje su nastale djelovanjem poremećaja te omogućiti rehabilitaciju kada se bolest u potpunosti razvije (8).

Primarna prevencija

Primarna prevencija predstavlja pokušaj da se smanji pojavnost novih slučajeva bolesti ili poremećaja djelujući na vrlo široku skupinu ljudi. Primarna prevencija naziva se i javnozdravstvena ili univerzalna prevencija. Njome se nastoje promijeniti stavovi u društvu. Primarna se prevencija uglavnom provodi kroz školske preventivne programe. To je vrlo praktično zbog djelovanja na ciljnu skupinu. Ako se jedna aktivnost primarne prevencije radi

kroz grupni rad adolescenata, kojima je vršnjačko mišljenje vrlo bitno, zajedno će upoznati zdrave načine ophođenja prema prehrani i vlastitom tijelu. Tako prevencija djeluje i na pojedince i na skupinu. Ako se adolescentima objasni da trebaju razgovarati o tjelesnoj masi, može doći do smanjenja anksioznosti koju imaju osobe s poremećajima hranjenja. Učenicima je potrebno objasniti da se suzdržavaju od izravnih komentara i zadirkivanja o tjelesnoj masi. Većina njih nije ni svjesna kako ti razgovori stvaraju pritisak, posebice na one s povećanom tjelesnom masom. Vršnjački utjecaj može imati pozitivan utjecaj na bolju sliku o sebi i smanjenje ili prestanak štetnih prehrambenih navika. Prijatelji i vršnjaci mogu hrabriti osobu za prestanak dijete i za početak zdravog načina hranjenja. Također mogu utjecati na jačanje samopouzdanja i podržavanje slike tijela. Zdravstvena struka mora raditi na edukaciji, sistematskim pregledima i praćenju ritma rasta i razvoja djece kako bi na vrijeme prepoznali odstupanja od normalnog mjerenja (8).

Sekundarna prevencija

Ciljevi sekundarne prevencije su rano prepoznavanje bolesti, početak liječenja zdravstvenih tegoba prije nego se bolest potpuno razvije, skraćivanje trajanja bolesti i promjena loših zdravstvenih navika. U sekundarnoj prevenciji mogu sudjelovati roditelji, rodbina, nastavnici, prijatelji, braća i zdravstveno osoblje. Uloga roditelja i prijatelja nema zamjenu. Oni uglavnom prvi primijete promjene u konzumaciji hrane, o tjelesnoj masi ili u tijelu. Daju korisne informacije koje mogu poslužiti u planiranju liječenja. Nastavnici s djecom i adolescentima provode puno vremena i temeljem iskustva primjećuju promjene u navikama i ponašanju. Ako se posumnja na razvoj bolesti, u periodu od mjesec dana potrebno je obaviti još jedan dodatan pregled. Ako liječnik utvrdi normalnu tjelesnu masu u početku bolesti, bolesnici će imati osjećaj da su pobijedili i da nema potrebe za daljim pretragama (8).

Tercijarna prevencija

Tercijarnom prevencijom i njenim aktivnostima nastoji se što duže održati razdoblje remisije bolesti (8).

Tercijarna prevencija anoreksije

Nakon što se dijagnosticira bolest, potrebno je napraviti plan liječenja. Problemi koji se javljaju pri tome su pružanje otpora bolesnika zbog straha od debljine i otpori roditelja bolesnika zbog mogućnosti od pogoršanja stanja. Cilj liječenja je reguliranje tjelesne mase do te mjere da osoba više nije tjelesno ugrožena bez obzira provodi li se liječenje u bolnici ili ambulantno. Ostali ciljevi liječenja su socijalna integracija i promjena u psihičkim stanju. Da bi došlo do tjelesnog oporavka potrebno je jesti od 4 do 6 obroka dnevno. Time oboljeli dobiju oko 200 grama dnevno na tjelesnoj masi. Hranjenje mora biti pod nadzorom jednog od člana tima, mora se redovno mjeriti tjelesna masa i o tome obavještavati oboljelog. U najtežim slučajevima koristi se nazogastrična sonda pod strogo kontroliranim uvjetima. Nužno potrebno je uspostavljanje pravilnog načina hranjenja i promijeniti težnju za mršavosti. U pola slučajeva nakon godinu dana izlaska iz bolnice javlja se recidiv bolesti, a uklanjanjem tjelesnih komplikacija i psihičkih simptoma to je moguće spriječiti. U liječenju zdravstveno osoblje ne smije kritizirati bolesnika, nego pokazati empatiju i razumijevanje. Najčešći bolesnici su adolescentice koje su u ovisnim odnosima s roditeljima pa je najbolje odabrati obiteljsku psihoterapiju. Što se tiče farmakološke terapije psihofarmaci su se pokazali neučinkovitima. Veća je primjena atipičnih antipsihotika i antidepresiva. Oboljeli često odbijaju lijekove jer po njihovom mišljenju debljaju. Liječenje traje oko 3 do 4 godine. Tjelesni oporavak postiže se brže nego napuštanje anoreksičnog mišljenja (8).

Tercijarna prevencija bulimije

Bolničko liječenje bulimije potrebno je samo u 8 do 10% slučajeva i to kod multiimpulzivnih bulimičarki, odnosno kod onih koje koriste sredstva za ovisnosti i sklone su samoozljeđivanju. U pola slučajeva dolazi do prijema u bolnicu zbog naglašene komorbidne psihopatologije te zbog ekscesivnog prejedanja i povraćanja. Ponekad u bolnicu dođu i same, ali krivnju uvijek prebacuju na nekog drugog. U liječenju se koriste interpersonalna, suportivna ili psihoanalitička, kognitivno-analitička i kognitivno-bihevioralna psihoterapija. Zajedno sa psihoterapijom koriste se psihofarmaci, odnosno selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina. U psihoterapiji radi se na odnosu između djeteta i majke jer majčinom nedovoljnom emocionalnom raspoloživosti u ranom djetinjstvu djeca kasnije izjednačavaju s uzimanjem hrane. U terapiji se javlja poremećaj privrženosti, obrana, sadomazohistički tip odnosa i projektivna identifikacija. Dominacija je graničnih poremećaja osobnosti nad

poremećajem jedenja. Sporo se smiruje kaotično ponašanje, sporo se mijenja samopouzdanje i promjene u tijelu. Česti su problemi u obitelji što otežava liječenje (8).

4.7. Uzroci, liječenje, terapija i ishodi liječenja

Do poremećaja hranjenja dolazi spletom psiholoških, bioloških i sociokulturalnih faktora.

Psihološki faktori za nastanak poremećaja hranjenja su:

- emocionalna nestabilnost,
- anksioznost,
- perfekcionizam,
- poremećaji u obitelji,
- depresivnost,
- nisko samopoštovanje,
- neuspješno ugađanje zahtjevima okoline,
- želja za ugađanje drugima,
- zlostavljanje za vrijeme djetinjstva.

Neki od bioloških faktora su:

- depresija u obitelji,
- povijest poremećaja hranjenja u obitelji,
- fiziološka i neurološka odstupanja,
- sklonost debljanju.

Sociokulturalni faktori za nastanak poremećaja prehrane su:

- neprihvatanje prirodnog tijela,
- mršavost kao imperativ,
- veća očekivanja od žena,
- farmaceutska i prehrambena industrija – „industrija ljepote“ (7).

Glavni oblik liječenja poremećaja hranjenja je psihoterapija. Psihoterapeuti pružaju psihološku pomoć osobama koje skrivaju svoje probleme, pomažu da oboljeli prihvate svoje

tijelo i bave se ostalim specifičnim oblicima ponašanja kod oboljelih od poremećaja prehrane. Susret oboljelog i psihoterapeuta najčešće se događa jednom tjedno kroz 45 do 60 minuta. Rad psihoterapeuta s bolesnicima može biti grupni, individualni ili obiteljski kroz više načina liječenja. Ponekad je potrebno da psihijatri propišu terapiju lijekovima. Lijekovi nisu dovoljni za izlječenje, ali važni su posebice kod komorbiditeta. Uz psihoterapeute i psihijatre, važnu ulogu u liječenju imaju nutricionisti, psiholozi i liječnici. Pomoć oboljelima mogu pružiti i grupe samopomoći i podrške, terapija pokretom, glazbom, opuštanje, sport, kreativne i psiho edukativne radionice (7).

Način liječenja može biti u obliku vanjskog liječenja (odlazak na psihoterapiju jednom kroz tjedan), u dnevnoj bolnici (svakodnevno se radi neki oblik terapije), kroz rezidencijalno liječenje (duže vrijeme u ustanovi za liječenje) i kao hospitalizacija kod akutnog somatskog stanja (smještaj u bolnicu zbog ugroženosti života). Ponekad je dovoljno da se bolesnik izliječi vanjskim načinom liječenja, no u nekim slučajevima neophodno je liječenje u dnevnoj bolnici ili rezidencijalno. Neki oboljeli imaju toliko narušeno zdravlje da dođe do hitne hospitalizacije kako bi se stanje stabiliziralo. U Hrvatskoj se postavljaju temelji sustavnog liječenja kod poremećaja hranjenja (7).

Kod procjene anoreksije, kao pokazatelj rizika nikada se ne smije uzimati samo indeks tjelesne mase. Potrebno je imati podatke i o objektivnim fizičkim znakovima, stopi mršavljenja i laboratorijskim testovima. Psihologa ili psihijatra može se uvesti u plan terapije samo ako osoba to prihvaća. Od psihoterapija provode se psihodinamske, interpersonalne, kognitivno-analitičke i kognitivno-bihevioralne. Tim se vrstama terapija može postići psihički i tjelesni oporavak, steći zdrave prehrambene navike i potaknuti porast tjelesne mase. Psihološko se liječenje provodi ambulantno barem pola godine. Ako se ne vidi pomak ili dođe do pogoršanja stanja može se prijeći na dnevnu bolnicu ili stacionarno liječenje (5).

Na Klinici za psihijatriju na Rebru postoji Specijalistički zavod za poremećaje u prehrani. Stručni tim koji tamo radi dogovara način liječenja prema stadiju bolesti. Zavod ima dnevno-bolničku, bolničku i ambulantnu službu. Tim čine pedijatri, psiholozi, psihijatri, nutricionisti, internisti, liječnici obiteljske medicine i farmaceuti. U Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu djeluje Dnevna bolnica za poremećaje prehrane. Oni ne omogućuju bolničko ležanje nego rade s tjelesno i radno kompetentnim osobama. Tim koji tamo djeluje uključuje prvostupnicu sestinstva, psihologa, psihoterapeuta, kuhara i radnog terapeuta. Ta bolnica radi s punoljetnim osobama s dijagnozama nespecifičnog poremećaja hranjenja,

anoreksije ili bulimije. Da bi se moglo raditi s bolesnikom on mora imati indeks tjelesne mase manji ili jednak 15 kilograma po kvadratnom metru. Program traje dva mjeseca, svaki radni dan po 6 sati kroz radionice i radne grupe. Program se radi na psihodinamskoj i kognitivno-bihevioralnoj razini uz edukaciju nutricionista. Nakon provedenog programa, jednom u pola godine pacijenti dolaze na sastanke (5).

Liječenje osoba s poremećajem prehrane je složeno, zahtjevno i interdisciplinarno. Kada se hospitaliziraju, moraju imati simptomatsku terapiju i psihološku podršku kako bi povećale tjelesnu masu. Nakon liječenja u bolnici moraju terapiju nastaviti provoditi i kod kuće barem godinu dana kako bi se pravilno okrenuli navikama zdravog ponašanja prema hranjenju, imali normalnu tjelesnu masu i pratili rizik tjelesnog i mentalnog zdravlja (5).

Za hospitalizirane pacijente cilj je porast mase 0,5 do 1 kilograma tjedno, a za pacijente koji se liječe ambulantno 0,5 kilograma tjedno. To zahtjeva velik broj unosa dodatnih kalorija što oboljelima stvara otpor prema liječenju i veću anksioznost. Tjelesnu masu treba povećavati postupno kako bi se ona trajnije zadržala. Kod pacijenata s velikim rizikom za zdravlje treba uključiti konzultanta specijalista. Hraniti osobu protiv njene volje veoma je složen postupak koji se smije primijeniti samo u krajnjoj nuždi. Hospitalizaciju treba provesti samo na osobama kojima je zdravlje jako ili umjereno ugroženo (5).

Prvi korak liječenja osobe s bulimijom je program samopomoći. To se provodi u centrima za poremećaje hranjenja gdje se pomoć pruža oboljelima i njihovim obiteljima. Također, oni provode preventivne mjere i educiraju javnost. Odraslima se nudi i kognitivno-bihevioralna terapija tijekom četiri do pet mjeseci uz 16 do 20 tretmana. Jedan od oblika terapije je i interpersonalna terapija koja se provodi od 8 do 12 mjeseci. Razne grupe koje služe kao nadopuna psihoterapiji rade na izražavanju iskustava, emocija i jačanju samopoštovanja (5).

Jedan segment u sklopu liječenja je farmakoterapija (19). S uporabom lijekova treba biti oprezan. Posebice s lijekovima koji ima štetan utjecaj na rad srca, kao što su triciklički antidepresivi, antipsihotici i neki antihistaminici. Osobama s bulimijom u program liječenja mogu se prepisati antidepresivi. Prepisuje ga liječnik obiteljske medicine, a lijek je selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (SSRI). Najčešće je to fluoksetin, doza je 60 mg dnevno. Taj je lijek u toj namjeni odobrila Američka agencija za hranu i lijekove. Njime se postiže velik učinak u akutnoj fazi, a u prevenciji recidiva ima umjeren učinak. Antidepresivi djeluju tako da smanjuju pojavu prejedanja i povraćanja. Važno je provjeriti vrijednosti elektrolita kod osoba koje često izbacuju hranu. Ako je potrebno nadoknaditi elektrolite

savjetuje se to napraviti oralnim uzimanjem osim u slučaju ako nije narušena gastrointestinalna apsorpcija. Većina pacijenata bi se trebala liječiti u dnevnoj bolnici ili ambulantno, a hospitalizirati bi se trebali samo oni koji mogu imati rizik od samoozljeđivanja ili samoubojstva (5). Liječenje je najučinkovitije ako se započne odmah pri pojavi bolesti ili u adolescenciji, a sve je teže kada prijede u kronični oblik bolesti (19).

U programu psihoterapije nezaobilazna je obitelj. U Maudsley bolnici 1980. godine u Londonu prvi je put primijenjen Maudsley model. S vremenom taj se oblik terapije poboljšao kroz rad brojnih stručnjaka. U toj terapiji u početku roditelji kontroliraju prehranu djeteta i dobivanje na tjelesnoj masi, a postepeno djetetu prepuštaju odgovornost prema prehrani dok djeca u potpunosti ne budu odgovorna prema sebi i svojim prehranbenim navikama. Grupne obiteljske terapije omogućuju razmjenu iskustava čime međusobno otkrivaju što može dovesti do oporavka. Tim se sastancima prekida izolacija u koju takve obitelji često dolaze. Kroz program psihodinamike bolesnici se preispituju pitanjima o vlastitim granicama i identitetu te se standardiziranim dijagnostičkim intervjuom nalaze relevantna psihodinamska žarišta. Nakon toga radi se liječenje kroz tri faze. Fokus prve faze je terapijsko zajedništvo, egosintonična uvjerenja i samopoštovanje te proanoreksična ponašanja. Fokus druge faze je na interpersonalnim odnosima i ponašanjima koja su povezana s hranom. Fokus treće faze je prijenos interakcija između bolesnika i psihijatra na svakidašnje situacije te na iščekivanje kraja liječenja i razdvajanje. Interpersonalnom psihoterapijom nastoji se uspostaviti ponovna kontrola vlastitog raspoloženja i funkcioniranja koja je ograničena vremenom i koristi se kod anoreksije s prejedanjem i čišćenjem. Ovo je novi oblik terapije, a nekoliko istraživanja pokazalo je kod samo 30% oboljelih značajno poboljšanje (12).

U bolničkom liječenju nutricionisti imaju važnu ulogu u timu. Oni moraju pravilno procijeniti kakvoću unosa tekućina i hrane te dokumentirati te podatke uz tjelesnu masu prije početka terapije. Uz to, potrebno je i dokumentirati tijek bolesnikova mršavljenja. Prema dobivenim podacima, dobi bolesnika, somatskom komorbiditetu i odnosu prema mršavljenju, nutricionisti rade plan regulacije prehrane. Prema međunarodnim smjernicama odrasli bolesnici bi trebali započeti s unosom od 6000 kJ na dan što je oko 1430 kcal. Svaki treći dan treba povećati unos za 2000 kJ na dan što je oko 480 kcal pa tako sve dok se ne dosegne bolesnikova potreba za hranom s obzorom na stanje bolesti. Obavezna je regulacija elektrolita. Bolesnici bi trebali dva puta na dan uzimati 500 mg fosfata i jednom dnevno 100 mg vitamina B1 barem prvih tjedan dana. Osim toga, koriste se i visokokalorični napitci raznih vrsta (12).

Ponekad je potrebno oboljele ostaviti na bolničkom liječenju već na prvom pregledu. Indikacije za ostanak oboljelih u bolnici su odbijanje hrane, sistolički tlak niži os 90 mm Hg, zastoj razvoja i rasta, akutni psihijatrijski poremećaji, puls danju manji od 50 otkucaja u minuti, a noću manji od 45, akutne komplikacije pothranjenosti, hipokalemija, dehidracija, poremećaji srčanog ritma, hipofosfatemija, bubrežni, srčani ili jetreni poremećaji, tjelesna temperatura niža od 36 Celzijevih stupnjeva, dalji gubitak tjelesne mase unatoč liječenju, manje od 75% normalne tjelesne mase, ortostatske promjene krvnog tlaka ili pulsa te ako postoje pridružene dijagnoze poremećajima hranjenja (opsesivno kompulzivne smetnje ili teška depresija) (8).

Uzimanjem anamneze započinje upoznavanje i otkrivanje bolesti. Prije početka uzimanja podataka, potrebno je predstaviti se bolesniku, objasniti da će se postaviti nekoliko pitanja vezanim za navike i potražiti dozvolu za to. Potrebno je pobrinuti se da se osoba osjeća ugodno te ako ne postoje već podaci, pitati za ime, zanimanje i dob. Kod anamneze poremećaja hranjenja potrebno je odrediti masu i percepciju mase od strane bolesnika. Određuje se trenutna visina i masa, koja je količina tjelesne mase izgubljena i u kojem periodu, je li izgubljena masa izgubljena svjesno i namjerno, smatra li da još uvijek ima previše kila, koliko često se važe ili gleda u ogledalo. Potrebno je uzeti podatke o kompenzacijskim ponašanjima i dijete kroz pitanja o količini i vrsti hrane koju osoba unosi, o povraćanju i prejedanju, o tjelesnim aktivnostima, korištenju laksativa, diuretika, purgativa, stimulansa i potiskivača apetita. Ostale informacije koje je potrebno ispitati vezane su uz menstrualni ciklus, o društvenim odnosima, o medicinskim i psihijatrijskim komplikacijama, o obiteljskoj anamnezi te o korištenju droga i lijekova. Nakon što je ispitivanje završeno, potrebno je pitati bolesnika ima li dodatnih pitanja, utvrditi stupanj njenog uvida u problem, dati povratnu informaciju, predložiti sljedeći korak i zahvaliti na suradnji (18).

Nakon dijagnosticiranja poremećaja prehrane potrebno je obaviti pažljiv razgovor s obitelji, a zatim i s oboljelom osobom. Oboljele osobe često prikrivaju smetnje i negiraju bolest (8).

Bolesniku s postavljenom dijagnozom kroz tjedan dana mora započeti liječenje i ne treba čekati da se osoba suoči s problemom, nego ga odmah rješavati. Da bi liječenje bilo uspješno u timskom radu moraju surađivati pedijatar ili internist, psihijatar, psiholog i dijetetičar što je ponekad teško provesti zbog manjka stručnog kadra (8).

Kod bolničkog liječenja anoreksije postoji osam bitnih ciljeva, a to je dobivanje na tjelesnoj masi uz obiteljsku i individualnu terapiju kako oboljeli ne bi smatrali da je jedini cilj

povećanje mase; uspostavljanje odnosa povjerenja između tima i oboljele osobe što će dobivanje mase činiti kontroliranim; umanjiti strah od dobitka na masi kroz male i česte obroke; bolesnik mora jesti uz medicinsko osoblje koje ga ohrabruje; vaganje mora biti u pravilnim intervalima kako bi se kontrolirao pad ili dobitak mase; davati i pozitivna i negativna potkrjepljenja kako bi osoba shvatila da može kontrolirati svoje ponašanje i posljedice ponašanja; kontroliranje i sučeljavanje s povraćanjem i čišćenjem te da se disfunkcionalni konflikti unutar obitelji u vezi s prejedanjem ne smiju javljati u bolnici (1).

Kod bolničkog liječenja bulimije potrebno je držati se određenog programa koji se sastoji od jutarnjeg vaganja odmah nakon mokrenja; praćenja dnevnog unosa i eliminacije tekućine; praćenja elektrolita ako bolesnik povraća; nakon obroka dva sata ne smije na toalet zbog prevencije povraćanja; praćenja opstipacije koja prestaje nakon normalnog hranjenja; praćenje pojave dijareje koja se može javiti zbog upotrebe laksativa i davanje hrane kroz šest jednakih obroka (1).

Ishodi liječenja se razlikuju ovisno o dobnoj skupini i vrsti poremećaja hranjenja. Inozemna istraživanja pokazuju da se 30 do 40% oboljelih od anoreksije uspije potpuno izliječiti, isti postotak ih se periodički liječi i ima dobar ishod, 20 do 30% završi lošim ishodom (7). 50% oboljelih od bulimije potpuno se izliječi, 30% ima poboljšanje uz zadržavanje simptoma, a 20% zadrži loše navike i zadovoljava dijagnostičke kriterije (7). Rana intervencija i traženje pomoći odmah pri pojavi simptoma povećava uspješnost liječenja (7).

Mnogi stručnjaci smatraju da je potrebno razvijati nove oblike liječenja kako bi došlo do bolje prognoze i konačnog rezultata liječenja posebice kod odraslih bolesnika. Nedovoljno istraženim i novorazvijenim načinima liječenja nastoji se ciljati na specifične mehanizme nastanka bolesti. Kod psihobioloških načina liječenja najbolja je terapija kognitivne sanacije koja pokazuje značajno poboljšanje kvalitete života nakon kraja terapije. Kod neurobioloških oblika liječenja najbolje su repetitivna transkranijalna strujna stimulacija, duboka cerebralne stimulacija i transkranijana izravna strujna stimulacija. Ovi oblici liječenja pokazali su se dobri za poboljšanje simptoma anoreksije i komorbidnih stanja anoreksije kao što su depresija i obuzeto prisilni poremećaji (12).

Put ka oporavku kreće kada si osoba prizna da ima problem. Postoji mogućnost potpunog izlječenja od poremećaja hranjenja. Do izlječenja nije lako doći. U procesu oporavka znaju se javiti i privremena pogoršanja, no to ne znači da nije došlo do pomaka. Važno je motivirati oboljele da budu uporni i da ne odustaju od odluke da se izliječe (7).

4.8. Grupe za podršku osobama s poremećajima prehrane

U listopadu 2002. godine u Zagrebu je osnovana Udruga Nada – nevladina, neprofitna udruga za pomoć osobama oboljelim od poremećaja prehrane. Tim čini 10 liječnika, među kojima ima psihijataru, endokrinologa, gastroenterologa, dijetetičara, psihologa, internista i pedijataru. Osim njih, u udruzi ima još 290 oboljelih i njihove obitelji. Ciljevi udruge su preventivno djelovanje, poboljšano liječenje, informiranje javnosti, briga o izobrazbi i osposobljavanju, pomoć oboljelima i njihovim obiteljima, senzibilizacija javnosti i destigmatizacija bolesti. Oni žele unaprijediti kvalitetu života osoba koje su oboljele od poremećaja prehrane (20).

U srpnju 2012. godine u Zagrebu je osnovan Centar za poremećaje hranjenja BEA (B – bulimija, E – ednos, nespecifični poremećaj hranjenja i A - anoreksija) kako bi se pružila podrška osobama oboljelima od poremećaja hranjenja, kao i njihovim obiteljima. BEA je provodila preventivne programe i educirala javnost o poremećajima prehrane. Također, povezali su stručnjake iz Hrvatske i inozemnih zemalja kako bi zajednički stvarali što kvalitetniji sustav liječenja i prevencije oboljelih od bulimije, anoreksije i nespecifičnih poremećaja hranjenja. Stručnjaci s oboljelima održavaju savjetovanja, grupe podrške, provode preventivne programe i izrađuju Strategijske smjernice za unaprjeđenje liječenja i prevencije poremećaja prehrane u Hrvatskoj (21).

4.9. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika s poremećajem prehrane

Medicinske sestre ili medicinski tehničari imaju veliku ulogu u liječenju poremećaja prehrane. Oni, kao članovi tima, provode najviše vremena s bolesnicima. Donose odluke za liječenje te prate stanje i promjene kod oboljelih. Svakodnevno pokazuju razumijevanje, podršku i daju osjećaj sigurnosti. Svakodnevnim intervencijama osobama s poremećajem prehrane nastoje olakšati situaciju i suočiti ih s problemima koje ti poremećaji nose. Medicinska sestra/tehničar mora imati veliku dozu strpljenja i empatije jer je ličnost oboljelih naglo promjenjiva. Oni nadziru bolesnika 24 sata u danu (22). Medicinska sestra mora imati potrebna znanja o piramidi pravilne prehrane, o dijetetici, obrocima, prehrambenim tvarima, kalorijama, mora

biti upoznata s poremećajima prehrane, kliničkom slikom i načinima liječenja. Osim toga, mora imati razvijene vještine procjene, komunikacijske vještine, pregovaranje, savjetovanje, emocionalnu njegu, pružanje informacija i uvjeravanje. Vještine se uče i stječu iskustvom, one nisu urođene (1).

Kod poremećaja prehrane pozornost moraju pridavati vaganju koje je potrebno provoditi svaki dan, ali zbog psihičkog stanja oboljelog pomno treba znati odabrati trenutak. Moraju nadzirati hranjenje i procijeniti energetske i nutritivne potrebe kako bi se stanje normaliziralo (22).

Oboljeli od poremećaja prehrane za srž liječenja smatraju kvalitetan suradnički odnos između njih i medicinskog osoblja. Dakle, ishod liječenja uvelike ovisi o empatiji, razumijevanju i povjerenju. Dobar odnos između bolesnika i medicinske sestre rezultira dobivanjem na samopouzdanju bolesnika. Bolesnik se za vrijeme liječenja suočava sa svojim najbolnijim, najdubljim i najtraumatičnijim osjećajima i mislima što može biti veoma emocionalno iscrpljujuće za medicinsku sestru posebice za vrijeme depresivnih stanja i obuzeto prisilnih poremećaja. Da bi odnos bio kvalitetniji, medicinskim sestrama koje rade s takvim bolesnicima savjetuje se da prođu program dodatnog usavršavanja koji je usmjeren na edukaciju za rad s takvom grupom bolesnika. Učenje motivacijskih intervju tehnika može pomoći sestri da izabere pravilan pristup za razgovor o osjetljivim temama, kao što su tjelesna masa i način prehrane. Kroz iskustvo, medicinske sestre mogu kroz razgovor neprimjetno i suptilno usmjeravati bolesnika na donošenje pravih odluka o liječenju. Bolesnik će smatrati da je on sam bez ičije pomoći došao do odluke za izlječenje (12).

Sestrinske dijagnoze i intervencije

Sestrinske su dijagnoze klinička prosudba onoga što su pojedinac, zajednica ili obitelj pružili kao odgovor na potencijalne ili aktualne zdravstvene probleme ili životne procese. One su osnova za intervencije kojima će se postići zadani cilj. Sestrinske dijagnoze su ključne za uspješnu, profesionalnu i na dokazima provedenu zdravstvenu njegu kojima se učinkovito zadovoljavaju potrebe bolesnika (23).

Neprihvaćanje vlastitog tjelesnog izgleda

Neprihvaćanje vlastitog tjelesnog izgleda predstavlja promjene u poimanju vlastitog izgleda (24).

Medicinska sestra prikuplja podatke o bolestima i stanjima, o tjelesnim promjenama, o promjenama u ponašanju, o načinima kako se bolesnik suočava sa stresnim situacijama, o odnosima u krugu obitelji, o socijalnom funkcioniranju, o obrascu spavanja i o prehranbenim navikama (24).

Čimbenici za nastanak su maligne bolesti, kronične bolesti, promjena ili gubitak dijela tijela, završni stadij bolesti, politrauma, psihičke bolesti, gubitak neke funkcije tijela, poremećaji prehrane, kemoterapije, kirurški zahvati, nepokretnost, radijacija, zlostavljanje, dugotrajan boravak u bolnici, silovanje, negiranje promjena u izgledu ili funkciji tijela, trudnoća, izbjegavanje dodirivanja i gledanja dijela tijela, izbjegavanje socijalnih kontakata, skrivanje ili pretjerano gledanje u promijenjen dio tijela, gubitak psihičke snage, gubitak nade, zaokupljenost gubitka dijela tijela ili funkcije ili izgleda tijela, autodestruktivna ponašanja, isticanje prijašnjih mogućnosti i postignuća te osjećaj ranjivosti i neprihvaćanje promjene (24).

Mogući ciljevi mogu biti da će bolesnik pokazati prihvaćanje novonastalih promjena u funkciji ili izgledu tijela, bolesnik moći se gledati i dodirivati promijenjeni dio, moći će se brinuti o tom dijelu tijela bez neugodnosti i nelagode, obnovit će funkcije i socijalni život (24).

Intervencije medicinske sestre su ohrabrivanje bolesnika da izrazi osjećaje koji ga povezuju s viđenjem vlastitog tijela, aktivno slušanje bolesnika i poticanje na postavljanje pitanja o svom zdravstvenom stanju, u suradnji s bolesnikom odabrati način za prilagodbu novom izgledu (npr. perika), u suradnji s bolesnikom naći izlaz iz novonastale situacije, omogućiti mu dolazak posjeta, poticati odnose s obitelji i prijateljima, omogućiti mu razmjenu iskustava s osobama koje su se našle u sličnoj situaciji, osigurati mu protezu i naučiti ju koristiti, ohrabriti ga za primjenu ortopedskih pomagala, poticati ga da gleda i dodiruje promijenjeni dio tijela, poticati obitelj i prijatelje da se suoče sa situacijom i izraze svoje emocije, poticati bolesnika da aktivno sudjeluje u zdravstvenoj njezi, osigurati mu privatnost, educirati i njega i obitelj o postupanju s kirurškom ranom, educirati ga o pravilnoj prehrani, o zdravim navikama spavanja, o mogućim fiziološkim promjenama koje utječu na spolnost te komplikacijama i situacijama u kojima se potrebno obratiti liječniku. Osigurati mu edukativne brošure o stanju

ili bolesti, uključiti osobe drugih specijalnosti u zdravstvenu skrb, omogućiti mu razgovor sa psihologom ako ima problem sa suočavanjem s novom situacijom, omogućiti mu kontakt s udrugama i grupama u zajednici (24).

Mogući ishodi intervencija su da bolesnik prihvaća novonastalu promjenu u funkciji ili izgledu tijela, da gleda i dodiruje taj dio, da njeguje taj dio tijela bez nelagode te da obnovi društveni život (24).

Smanjen unos hrane

Pothranjenost predstavlja stanje u kojem je smanjena tjelesna masa zbog neadekvatnog unosa potrebnih nutrijenata u organizam (23).

Medicinska sestra mora prikupiti podatke o tjelesnoj masi, prehranbenim navikama, uporabi lijekova, stanjima i bolestima, mentalnom statusu, stupnju samostalnosti, laboratorijskim nalazima, samopercepciji vlastitog tijela, životnom stilu i interesima, obiteljskoj potpori, socijalnim, emocionalnim i genetskim čimbenicima, procijeniti turgor kože, stanje sluznica i zubala te izračunati indeks tjelesne mase (23).

Čimbenici za nastanak su bolesti probavnog sustava, nemogućnost žvakanja, disfagija, smanjen apetit, netolerancija pojedine hrane, proljevi i povraćanje, psihičke bolesti, smanjena pokretljivost, nisko samopouzdanje, tuga, lijekovi i terapijski postupci, usamljenost, napetost, neznanje o zdravoj hrani, zlouporaba droge i alkohola, socijalna izolacija, stil života, kronični umor i socioekonomska situacija (23).

Osnovna obilježja pothranjenosti su tjelesna masa smanjena za 20% ili više od normalne, indeks tjelesne mase manji od 18.9 kod žena i manji od 20.0 kod muškaraca, dokumentiran nedovoljan unos kalorija, blijede sluznice i konjunktive, osjetljivost mišića i slabost, dokumentiran promijenjen osjet mirisa i okusa, mentalna razdražljivost ili smetenost, upaljena sluznica u usnoj šupljini, sniženi albumini u serumu te smanjen interes za unosom hrane (23).

Ciljevi intervencija su da bolesnik više neće gubiti na tjelesnoj masi, postupno je povećavati tjelesnu masu, prihvatit će promjenu u načinu života, pokazivat će interes za uzimanje hrane, zadovoljavat će nutritivne potrebe, prepoznat će čimbenike koje su dovele do pothranjenosti (23).

Intervencije medicinske sestre su vaganje bolesnika nakon svakog obroka te više puta tijekom tjedna, objasniti mu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti, zajedno s nutricionistom napraviti plan prehrane, osigurati psihološku potporu, poticati bolesnika na provedbu oralne higijene prije i nakon jela, poticati ga da jede među ljudima, nadzirati unos i iznos tekućine, poticati unos manjih i češćih obroka, osigurati dovoljnu količinu vremena za obrok, dokumentirati pojedenu količinu nakon svakog obroka, osigurati namirnice koje bolesnik voli, osigurati hranu koju bolesnik može sažvakati, poticati ga da vodi dnevnik prehrane, pomoći mu pri hranjenju ako nije sposoban sam, postaviti nazogastričnu sondu, osigurati venski put i primjenjivati ordiniranu parenteralnu prehranu (23).

Mogući ishodi su da bolesnik više ne gubi na masi, postupno povećava tjelesnu masu, prihvaća promjenu načina života, pokazuje interes za konzumaciju hrane, zadovoljava nutritivne potrebe i prepoznaje čimbenike koje su dovele do pothranjenosti (23).

Visok rizik za dehidraciju

Visok rizik za dehidraciju može se pojaviti zbog deficita volumena tekućine (23).

Medicinska sestra mora prikupiti podatke o unosu i izlazu tekućina, o vitalnim funkcijama, o stupnju samostalnosti, o mentalnom statusu, o bolestima, o upotrebi laksativa i diuretika, o prehrambenim navikama i mora procijeniti stanje sluznice i turgor kože (23).

Čimbenici za nastanak dehidracije su pothranjenost ili pretilost, životna dob, proljev, povraćanje, gubitak tekućine drenažom, pojačano mokrenje, poremećaj svijesti, smanjena mogućnost brige o sebi, dijeta, tjelovježba, prekomjerno uzimanje alkohola, čaja ili kave, vrućina, beskućnici, manjak znanja, nekontrolirano uzimanje laksativa ili diuretika i medicinske dijagnoze (23).

Ciljevi intervencija su da bolesnik razumije uzroke problema i način na koji mu se nastoji pomoći. Bolesnik neće biti pod dehidracijom. Bolesnik će pokazivati interes za unosom tekućine. Bolesnik će povećati unos tekućine. Specifična masa urina bit će u granicama normale. Bolesnik će imati vlažan jezik, sluznice i dobar turgor kože (23).

Intervencije medicinske sestre su sljedeće. Objašnjavanje bolesniku o važnosti unosa dovoljne količine tekućine. Podučavanje bolesnika o čimbenicima rizika. Objašnjavanje bolesniku da

žeđ nije jedini razlog za uzimanje tekućine. Osiguravanje tekućine na nadohvat ruke bolesnika. Pomoć bolesniku pri konzumaciji tekućine. Upućivanje bolesnika da sokovi, čaj i kava imaju diuretski učinak. Praćenje unosa i iznosa tekućine. Mjerenje vitalnih funkcija. Uočavanje znakova promjena mentalnog statusa. Praćenje laboratorijskih nalaza. Poticanje bolesnika o provođenju oralne higijene. Obavješćavanje liječnika o promjenama. Primjena ordinirane terapije. Kontrola turgora kože. Kontrola sluznice. Dokumentiranje (23).

Mogući ishodi su da je bolesnik hidriran, da razumije koji su uzroci problema i načine kojima mu se nastoji pomoći, da pokazuje interes za uzimanje tekućine, da unosi propisanu količinu tekućine, da je specifična masa urina u granicama normale da ima dobar turgor kože, kao i vlažan jezik i sluznice (23).

Povraćanje

Povraćanje predstavlja stanje gdje dolazi do snažnog refleksnog izbacivanja sadržaja želuca kroz usnu šupljinu, a ponekad i nos (23).

Medicinska sestra mora prikupiti podatke o izgledu povraćenog sadržaja, o patološkim primjesama u sadržaju, o učestalosti povraćanja, o vitalnim funkcijama, o prehranbenim navikama, o unosu hrane u zadnja 24 sata, o turgoru kože, o unosu i iznosu tekućina, o sluznici u usnoj šupljini, o stupnju samostalnosti, o tjelesnoj aktivnosti ili nedavnim ekstremnim naporima, o stanju svijesti, o alergijama, o mogućim nuspojavama lijekova, o konzumaciji alkohola i psihoaktivnih tvari, o postojećim bolestima, o laboratorijskim nalazima, o mogućnosti trudnoće, o emocionalnom stanju i o boli (23).

Čimbenici za nastanak mogu biti bol, maligne bolesti, infekcije, bolesti probavnog sustava, bolesti središnjeg živčanog sustava, akutno trovanje, metaboličke bolesti, bulimija, anoreksija, podražajni okusi, mirisi i zvukovi, sindrom loše prilagodbe na pokret, nuspojave lijekova, poslijeoperacijski period, radioterapija, kemoterapija, trudnoća te zloupotreba psihoaktivnih tvari i alkohola (23).

Neka od vodećih obilježja su podrigivanje, stezanje trbušnih mišića, akt povraćanja, slabost, umor, vrtoglavica, smetenost, letargija, oslabljen turgor kože, dehidracija, znojna i blijeda koža, bol u želudcu i poremećene vitalne funkcije (23).

Mogući ciljevi intervencija su da bolesnik neće povraćati, obavijestit će o smanjenoj učestalosti povraćanja, prepoznati će i izvijestiti o simptomima povraćanja, neće pokazivati znakove dehidracije (23).

Intervencije medicinske sestre su da bolesnika bez svijesti stavi u bočni položaj, bolesnika koji ima svijest postaviti u sjedeći položaj s glavom nagnutom prema naprijed, zdjela za povraćanje i staničevina moraju biti nadohvat ruke, moker i hladan oblog na čelo i vrat bolesnika, osigurati njegu usne šupljine nakon svakog povraćanja, pranje zubi i čišćenje usne šupljine, omogućiti optimalne mikroklimatske uvjete u prostoriji, uočiti koje su primjese u povraćenom sadržaju i izvijestiti o tome, ukloniti sadržaj, prozračiti prostor, objasniti bolesniku koji je uzrok povraćanja, prije obroka ne raditi pretrage i bolne postupke, osigurati odmor prije jela, ukloniti miris kuhanja hrane ako je moguće, ukloniti neugodne prizore i mirise iz prostorije gdje se jede, za vrijeme jela bolesnika postaviti u sjedeći položaj, a nakon jela u ordinirani položaj, primjenjivati dijetu ako su propisane, osigurati dovoljno obroka u danu, objasniti bolesniku da mora dobro sažvakati hranu i jesti polako, izbjegavati jako začinjenu i slatku hranu, izbjegavati gazirano, ako je ordinirano poslati uzorak povraćenog sadržaja na analizu, primjenjivati ordinirani antiemetik, dokumentiranje učestalosti povraćanja, trajanje povraćanja, količinu i izgled sadržaja te educirati bolesnika o načinu prehrane i hidracije (23).

Mogući ishodi su da bolesnik više ne povraća, da povraća rjeđe i u manjim količinama, da prepoznaje što dovodi do povraćanja i izbjegava to, da je bolesnik iscrpljen od čestog povraćanja (23).

Proljev

Proljev se može definirati kao često pražnjenje tekuće ili polutekuće stolice duže od tri dana te je karakterizirano stalnom i jakom peristaltikom zbog čega sadržaj brzo prolazi crijevima (25).

Medicinska sestra prikuplja podatke o učestalosti pojave proljeva kroz jedan dan, o konzistenciji stolice, patološkim primjesama u stolici, o postojećim dijagnozama, o grčevima u crijevima, o općoj slabosti zbog manjka elektrolita i tekućine, o znakovima dehidriranosti, o prisutnosti podražaja na defekaciju, o upotrebi laksativa, o utjecaju lijekova, o prehranbenim

navikama, o pojedenoj hrani u posljednjih 24 sata, o mogućim infekcijama u okolini gdje bolesnik boravi (25).

Kritični čimbenici za pojavu proljeva su infekcija, visoka razina tjeskobe i stresa, paraziti, endokrini i metabolički poremećaji, radijacija, nuspojave lijekova, karcinomi, zloupotreba laksativa, zarazne bolesti, nutritivni poremećaji i malapsorpcija, dumping sindrom, zloupotreba alkohola, konzumiranje zaražene ili stare hrane te hranjenje putem nazogastrične sonde (25).

Vodeća obilježja kod proljeva su najmanje tri tekuće ili polutekuće stolice u danu, hitnost odlazaka na toalet, pojačana peristaltika crijeva, bol i grčevi u trbuhu, malaksalost i opća slabost, dehidracija, hipotenzija i febrilitet (25).

Mogući ciljevi sestričkih intervencija su da bolesnik razumije uzroke i problem proljeva, da razumije način na koji mu se pomaže te da mu neće biti neugodno, da sudjeluje u provedbi i planiranju intervencija sukladno prema svojim sposobnostima, da će bolesnikove nutritivne i prehrambene navike biti zadovoljene, da bolesnik izvještava o manjem broju proljeva, da zna opisati patološke promjene u stolici i konzistenciju (25).

Intervencije medicinske sestre su da procjeni koji faktori dovode do proljeva (npr. hranjenje preko nazogastrične sonde), da procjenu kvalitetu konzumiranih namirnica, da se bolesnik pravilno hrani preko nazogastrične sonde, da zabrani unos hrane preko posjeta bolesniku, da odredi koja je količina tekućine potreba bolesniku za jedan dan, da vodi evidenciju o ulazu i izlazu tekućine, da potiče bolesnika da pije tekućinu prema uputama liječnika, da uputi bolesnika da pije običnu vodu, otopine pripravaka za rehidraciju i čaj, da nadomjesti elektrolite i tekućinu, da bolesniku osigura adekvatnu prehranu, da primjenjuje hranu prema algoritmu (riža kuhana u posoljenoj vodi, nemasni keksi, jogurt, dvopek, juha od mrkve, tvrdo kuhano jaje, slani štapići, hrana bogata natrijem i kalijem...), da bolesniku osigura učestale i male obroke, da primjenjuje antidijaretik prema uputi liječnika, da ispituje bolesnika o primjesama u stolici, da osigura blizinu toaleta, da osigura sani kolica, da osigura noćnu posudu, da objasni bolesniku utjecaj proljeva na hidraciju organizma i važnost prevencije prijenosa infekcije (kod pripreme hrane i pranje ruku), da nadzire provodi li bolesnik preventivne mjere, da uoči znakove i simptome dehidracija, da ih zabilježi i izvijesti, da dokumentira broj tekućih i polutekućih stolica, da održava higijenu perianalne regije i primijeti oštećenje kože, da mjeri i bilježi tjelesnu masu na dnevnoj bazi te da evidentira i mjeri vitalne znakove (25).

Mogući ishodi sestrinskih intervencija su da bolesnik razumije koji su uzroci i problemi proljeva, da razumije način na koji mu se nastoji pomoći i da se osjeća ugodno, da sudjeluje u provedbi i planiranju intervencija, da obavještava o manjem broju proljeva i konzistenciji stolice, da ne prepoznaje patološke primjese u stolici i da nije sposoban izvijestiti o broju stolica kroz jedan dan (25).

Inkontinencija stolice

Inkontinencija stolice može se definirati kao trajna ili povremena nemogućnost zadržavanja stolice (23).

Medicinska sestra skuplja podatke o dobi bolesnika, o eliminaciji stolice, o mogućnostima i navikama, o dijagnostičkim i operativnim postupcima, o dijagnozama, o stanju kože perianalnog područja, o prehrani, o mogućnostima samozbrinjavanja, o lijekovima (23).

Kritični čimbenici za nastanak inkontinencije stolice su bolesti probavnog trakta, bolesti središnjeg živčanog sustava, depresija, komplikacije kod operativnih zahvata, dugotrajna uporaba laksativa, kognitivni deficit i bolesti mišićnog sustava (23).

Vodeća obilježja inkontinencije stolice su izostanak podražaja za stolicu i nekontrolirano istjecanje stolice (23).

Mogući ciljevi sestrinskih intervencija su da je bolesnik suh i da mu je udobno, da je koža oko perianalne regije neoštećena, da bolesnik razumije problem, koji su uzroci problema i koje su mogućnosti rješavanja problema, da bolesnik aktivno sudjeluje u provedbi i planiranju intervencija i da očuva samopouzdanje (23).

Intervencije medicinske sestre su da podučava bolesnika o inkontinenciji stolice, o uzrocima nastanka i o mogućnostima za rješavanje tog problema, da bolesniku osigura privatnost, da mu postavi pelenu odgovarajuće veličine, da održava higijenu perianalnog područja i spolovila, savjetuje ga da nosi odjeću koja se lako skine, osigura mu rezervnu odjeću, ostavi zvono nadohvat ruke, dogovori s bolesnikom kada će prazniti crijeva, postavlja ga u prikladan položaj za defekaciju, govori mu vježbe sfinktera, osigurava mu noćnu posudu i sani kolica, osigurava mu toaletni prostor koji je uredan. Izrađuje plan unosa tekućine i hrane, osigurava mu česte i male obroke, osigurava mu namirnice bogate vlaknima, pomaže mu da smanji unos pića i hrane navečer, potiče ga na tjelesnu aktivnost i pohvaljuje napredak (23).

Mogući ishodi sestrinskih intervencija su da je bolesnik suh i da mu je udobno, da je koža oko perianalnog područja neoštećena, da razumije problem inkontinencije stolice, zna koji su uzroci i koje su mogućnosti rješavanja problema, sudjeluje u provedbi i planiranju intervencija, pozitivno misli o sebi i prihvaća vlastitu situaciju te da je koža u perianalnom području oštećena (23).

Visok rizik za opstipaciju

Opstipacija se može definirati kao rizik za smanjenje učestalosti ili izostanak stolice koje je popraćeno nepotpunim ili otežanim pražnjenjem crijeva (25).

Medicinska sestra prikuplja podatke o posljednjoj defekaciji i karakteristikama stolice, o redovnim navikama uz defekaciju, o upotrebi laksativa i lijekova, o unosu tekućine i prehrambenim navikama, o razini pokretljivosti, o mogućim neurološkim bolestima te o stanju perianalne regije (25).

Kritični čimbenici za nastanak opstipacije su promjena okoline, bolnička sredina, zatumljivanje osjećaja za defekaciju, neadekvatan unos tekućine i hrane, smanjena privatnost, smanjena tjelesna aktivnost, odsutnost privatnosti, dehidracija, primjena određenih lijekova, smanjen motilitet probavnog trakta, psihički čimbenici, bolesti debelog crijeva, trudnoća, zloupotreba laksativa, hemoroidi, disbalans elektrolita, smanjen unos prehrambenih vlakana, slabost abdominalne muskulature te osjećaj nelagode ili boli za vrijeme defekacije (25).

Ciljevi sestrinskih intervencija su da bolesnik neće biti opstipiran za vrijeme hospitalizacije, da će imati redovnu eliminaciju, formirane i meke stolice barem svaka tri dana, da će znati prepoznati koji su uzroci nastanka opstipacije, da će znati primijeniti mjere za sprječavanje opstipacije i da neće osjećati bol u trbuhu, punoću crijeva i nelagodu pri defekaciji (25).

Intervencije medicinske sestre su da procijeni bolesnika kako bi utvrdila prijašnje znakove opstipacije, da potiče bolesnika da dnevno unosi 1500 do 2000 ml tekućine ako nije kontraindicirano, da poštuje želje bolesnika oko uzimanja tekućine u skladu s njegovim mogućnostima, da mu nudi topli napitak uz doručak ako nije kontraindicirano, da mu omogući tekućinu u blizini, da ga potiče na unošenje barem 20 mg vlakana dnevno, barem 5 do 9 voća dnevno, da uvaži želje bolesnika o izboru povrća i voća ako nije kontraindicirano, da ga potiče na redovnu tjelesnu aktivnost barem 15 do 20 minuta u danu, da mu savjetuje konzumaciju hrane i napitaka koji potiču defekaciju, da ga potiče na dizanje iz kreveta, da

provodi vježbe u skladu s mogućnostima, da ga potiče na šetnju, na vježbanje u krevetu, na promjene položaja u krevetu, na duboko disanje s uvlačenjem trbuha, da postupno povećava količinu napora, da mu pokaže mjesto toaleta i potiče ga na uporabu, da osigura uredan i čist toalet, da ga potiče na defekaciju te da ne potišće podražaj za defekaciju, da mu osigura zvono nadohvat ruke, da omogući bolesniku odlazak na toalet 15 do 20 minuta nakon obroka, posebno nakon doručka, da mu ponudi sani kolica i noćnu posudu, da koristi ugrijanu noćnu posudu, da ga postavi u visoki Fowlerov položaj gdje su noge savijene u koljenima za vrijeme defekacije u krevetu, da mu osigura privatnost, da prozračuje sobu i omogući pranje ruku nakon defekacije, da mu opere ruke ako ne može sam, da nakon svake defekacije to dokumentira i opiše karakteristike stolice (25).

Mogući ishodi sestrinskih intervencija su da se bolesnik ima eliminaciju stolice, da nije opstipiran, da ima formirane stolice barem tri puta tjedno, da bolesnik prepoznaje i zna primijeniti i nabrojati mjere kojima bi mogao spriječiti opstipaciju, da bolesnik ne osjeća bol u trbuhu, nema punoću crijeva i nelagodu za vrijeme defekacije ili da nema defekaciju nekoliko dana (25).

Visok rizik za oštećenje sluznice u usnoj šupljini

Ovo stanje predstavlja mogućnost nastanka oštećenja sluznice u usnoj šupljini (23).

Medicinska sestra mora prikupiti podatke o higijeni usne šupljine, o unosu tekućine, o prehrani, o mogućnosti brige o sebi – higijena, o konzumaciji alkohola, o pušenju, o lijekovima, o nošenju zubne proteze i procijeniti izgled usana, sluznice i jezika (23).

Čimbenici za nastanak mogu biti bolesti usne šupljine ili unutarnjih organa, operacije u usnoj šupljini, infekcije, mehaničke ozljede, dugotrajna uporaba lijekova, radioterapija vrata ili glave, smanjena salivacija, endotrahealna intubacija, pothranjenost, kemijski sadržaji, disanje kroz usta, dehidracija, starija životna dob i neadekvatna higijena usta i usne šupljine (23).

Mogući ciljevi intervencija su da bolesnikova sluznica u usnoj šupljini bude očuvana te da će bolesnik redovno provoditi higijenu usne šupljine (23).

Intervencije medicinske sestre su upućivanje bolesnika o važnosti svakodnevne higijene usne šupljine, podučavanje bolesnika o ispravnom provođenju higijene usne šupljine, vađenje i čišćenje proteze nakon svakog obroka, svakodnevno čišćenje zubi pomoću zubnog konca,

pranje zubi nakon svakog obroka, provođenje higijene usne šupljine bolesnika koji su bez svijesti svakih nekoliko sati, podučavanje bolesnika o izbjegavanju ispiranja usta tekućinama koje sadrže limun ili visok udio alkohola, podučavanje bolesnika o izbjegavanju sokova od agruma, izbjegavati konzumirati pre začinjenu hranu, izbjegavati pre vruću ili pre hladnu hranu, upućivanje bolesnika da koristi sredstva koja razrjeđuju gustu i žilavu sluz, primjenjivati lubrikant na usne prema potrebi, podučavanje bolesnika o pravilnom ispiranju usta, osigurati mu dovoljnu količinu tekućine, podučiti ga o čimbenicima koji dovode do oštećenja sluznice i podučiti ga o potrebi stomatoloških pregleda (23).

Mogući ishodi su da je bolesnikova sluznica u usnoj šupljini očuvana, bolesnik redovito provodi higijenu usne šupljine i bolesnikova sluznica ostaje oštećena (23).

Nisko samopouzdanje

Nisko samopouzdanje predstavlja stanje gdje osoba ima negativnu predodžbu sebe i svojih mogućnosti (24).

Medicinska sestra prikuplja podatke o mentalnom statusu, osobnom zadovoljstvu, raspoloženju, razini energije, o nedavnim događajima, o boli, o odnosima s obitelji, o dijagnozama ili stanjima u skladu s kritičnim čimbenicima, o samostalnosti, o lijekovima i vrsti liječenja, o socijalnom ponašanju, o izvorima stresa, o prijašnjim hospitalizacijama, o korištenju alkohola ili droga i o prijašnjim tjelesnim ili psihičkim zlostavljanjima (24).

Kritični čimbenici za nastanak niskog samopouzdanja su bolesti neurološkog sustava, endokrinološke bolesti, maligne bolesti, psihogeni poremećaji, gubitak funkcije ili dijela tijela, socijalna izolacija, operativni zahvati, povijest traumatskih iskustava, financijski problemi, gubitak bliske osobe, socijalna obilježnost, rastava ili problemi u braku, zlouporaba droge ili alkohola, nezaposlenost ili gubitak posla, oscilacije tjelesne mase, ograničenost socijalnih vještina, kriva predodžba samoga sebe, tjeskoba, depresija, krivnja, umor, stalne negativne povratne informacije od roditelja, odvojenost od roditelja, umirovljenje, menopauza i gubitak partnera (24).

Vodeća obilježja niskog samopouzdanja su da bolesnik pokazuje krivnju ili sram, ima negativnu sliku o samome sebi, pokazuje znakove depresije, ne zna postaviti ciljeve, neodlučan je, ima loše držanje tijela, vizualni kontakt ili pokrete tijela, negira probleme koje uočavaju druge osobe i sklon je samoozljeđivanju (24).

Mogući ciljevi intervencija su da bolesnik razmišlja pozitivno o sebi i izražava osjećaje, identificira uzroke koji su doveli do problema i sudjeluje u socijalnoj interakciji (24).

Intervencije medicinske sestre su da omogući bolesniku izražavanje emocije, da mu osigura privatnost i primjeren prostor za razgovor, da ga sluša, pokazuje razumijevanje i interes za rješavanje problema, određuje granice ako dođe do rizičnog ponašanja, primjećuje promjene u mentalnom statusu, primjećuje prisutnost suicidalnih misli ili namjera, zajedno s bolesnikom izrađuje plan dnevnih aktivnosti, potiče bolesnika na tjelesnu aktivnost ako je moguće, potiče ga na druženje s drugima, uključuje ga u donošenje odluka, pruža mu pozitivnu povratnu informaciju i ohrabruje ga, razgovorom utvrđuje prednosti i snagu, omogućuje mu razgovor sa psihologom, uključuje ga zajedno s obitelji u grupnu terapiju (24).

Mogući ishodi intervencija su da je bolesnik zadovoljan sam sa sobom, da zna identificirati koji su uzroci doveli do problema, da i dalje ne prihvaća stanje i nije u mogućnosti vratiti samopoštovanje te da ne sudjeluje u intervencijama (24).

Anksioznost

Anksioznost predstavlja nejasan osjećaj neugode ili straha koji prati tjeskoba, panika i napetost zbog gubitka sigurnosti i kontrole ili prijeteće opasnosti s kojom se osoba nije u stanju suočiti (25).

Medicinska sestra mora procijeniti stupanj anksioznosti, metode s kojima se bolesnik suočava sa stresom i anksioznosti, mora naći što dovodi do pojave anksioznosti te radi fizikalni pregled gdje uočava ima li naznaka samoozljeđivanja (25).

Kritični čimbenici za pojavu anksioznosti su promjena rutine i okoline, strah od smrti, promjena uloga, medicinski i dijagnostički postupci i metode, osjećaj izoliranosti, prijetnja emocionalnoj i tjelesnoj cjelovitosti, interpersonalni konflikti, smanjena mogućnost kontrole okoline, nepostojanje razloga za anksioznost – nepoznati čimbenici i prijetnja socioekonomskom statusu (25).

Vodeći pokazatelji anksioznosti su umor, glavobolja, tahipneja, tahikardija ili hipertenzija, smanjena komunikativnost, pojačano znojenje, plačljivost, razdražljivost, mučnina, proljev, vrtoglavica, učestalo mokrenje, osjećaj bespomoćnosti, otežan san, otežana koncentracija, verbalizacija napetosti i straha, sklonost ozljeđivanju i otežano suočavanje s problemima (25).

Mogući ciljevi sestrinskih intervencija su da je bolesnik u mogućnosti nabrojiti i prepoznati čimbenike i znakove rizika za pojavu anksioznosti, da se pozitivno suočava s anksioznosti, da zna opisati smanjenu razinu anksioznosti te da neće ozlijediti druge ili sebe (25).

Intervencije medicinske sestre su da stvori profesionalan empatijski odnos s bolesnikom, da mu pokaže razumijevanje, da stvori osjećaj sigurnosti, da je uz njega kada ju treba, da opazi neverbalne pokazatelje anksioznosti te da izvijesti o njima, da stvori osjećaj povjerenja i pokazuje stručnost, da ga upozna s aktivnostima, okolinom, osobljem i drugim bolesnicima, da ga redovno informira o postupcima i tretmanu liječenja, da se dogovori s bolesnikom koje informacije i kome smije reći, da ga se poučava o procedurama i postupcima koje se provode, da koristi jednostavan i bolesniku razumljiv jezik za vrijeme poučavanja i informiranja, da održava red i ima predvidljivost u svakodnevnim aktivnostima, da bolesniku osigura tihu i mirnu okolinu, da mu omogućuje sudjelovanje u donošenju odluka, da poštuje i prihvaća kulturološke razlike bolesnika kod zadovoljavanja potreba, da potakne bolesnika da potraži pomoć kada osjeti nastup anksioznosti, da ga potiče da prepozna situacije i osobe koje potiču anksioznost, potiče ga da izrazi osjećaje, mora izbjegavati žaljenje i površnu potporu. Podučava i pomaže bolesniku pri vođenju postupaka kojima se nastoji smanjiti anksioznost, a to su vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije, vođena imaginacija ili vizualizacija ugodnih trenutaka, humor, okupacijska terapija poput likovne terapije ili terapije glazbom, terapijska masaža i dodir. Podučava bolesnika o pravilnom uzimanju anksiolitika, nadzire i kontrolira uzimanje terapije, predlaže psihijatrijski tretman i procjenu ako su simptomi anksioznosti i dalje prisutni te stvara sigurnu okolinu za bolesnika (25).

Mogući ishodi sestrinskih intervencija su da bolesnik sam prepoznaje znakove anksioznosti te ih verbalizira, da se pozitivno ili negativno suočava s anksioznosti, da opisuje smanjenu ili povećanu razinu anksioznosti, da za vrijeme boravka u bolnici nije došlo do pokušaja ozljeđivanja ili da je došlo do ozljeda (25).

Socijalna izolacija

Socijalna izolacija se može definirati kao stanje gdje pojedinac ima subjektivan osjećaj usamljenosti i izražava želju i potrebu za većom povezanosti s drugim ljudima, ali je nesposoban ili nema mogućnost uspostavljanja kontakta (23).

Medicinska sestra prikuplja podatke o bračnom i obiteljskom statusu, o dijagnozama, o svakodnevnim aktivnostima, o odnosima u obitelji i s bliskim osobama, o samopouzdanju, motivaciji, očekivanjima, o mentalnom statusu, o stresu, o promjenama u životu, o psihosocijalnim odnosima i o kognitivnim sposobnostima (23).

Kritični čimbenici za nastanak socijalne izolacije su tjelesni hendikep, zarazna bolest, popratne pojave liječenja, psihički poremećaji, bolničko liječenje, dugotrajan stres, neizlječiva bolest, ovisnosti, odsustvo obitelji ili prijatelja, ekonomski problemi (23).

Vodeća obilježja socijalne izolacije su izražavanje osobe da se osjeća usamljeno, nesigurna je u socijalnim situacijama, opisuje nedostatak kvalitetnih ljudskih odnosa, izražava potrebu za društvom, osjeća dosadu i tugu, ima nezrele ili neprimjerene aktivnosti i interese za svoju dob, nekomunikativnost, povlačenje u sebe, izbjegava kontakte očima, zaokupljen je svojim mislima, neprijateljski stav u ponašanju i glasu, verbalizira osjećaje nelagode u socijalnim situacijama, izražava osjećaj odbačenosti, ima neprihvatljivo društveno ponašanje, ima osjećaj neispunjenosti života, osjeća se drugačije od drugih, smatra da ne može ispuniti očekivanja drugih te izražava vrijednosti koje su neprihvatljive za okolinu (23).

Mogući ciljevi sestrinskih intervencija su da bolesnik zna identificirati razloge koje dovode do osjećaja usamljenosti, da razvija suradljivost, da razvija pozitivne odnose s drugima, da aktivno provodi vrijeme s ostalim bolesnicima za vrijeme hospitalizacije (23).

Intervencije medicinske sestre su da provodi vrijeme s bolesnikom, da uspostavljaju suradnički odnos, da potiče bolesnika na izražavanje emocija, na uspostavu međuljudskih odnosa i na razmjenu iskustva s ostalim bolesnicima. Podučava ga o asertivnom ponašanju, pohvaljuje i ohrabruje ga pri svakom napretku, osigurava mu vrijeme za posjete, osigurava mu pomoć od strane ostalih članova tima, upoznaje ga sa suportivnim grupama, uključuje ga u grupnu terapiju i u radno okupacijsku terapiju (23).

Mogući ishodi sestrinskih intervencija su da bolesnik navodi razloge koje dovode do osjećaja usamljenosti, da je razvio suradnički odnos, da se povlači u sebe i da se za vrijeme hospitalizacije aktivno druži s ostalim bolesnicima (23).

Smanjena socijalna interakcija

Smanjena socijalna interakcija može se definirati kao stanje nezadovoljavajućeg ili nedovoljnog odnosa s okolinom (24).

Medicinska sestra prikuplja podatke o stresu, životnim navikama, emotivnom stanju, obiteljskim odnosima, socioekonomskom statusu, životnim događajima, obrascima socijalne interakcije, samopouzdanju, mogućnosti brige o sebi i procjenjuje koji su znakovi društvene izolacije (24).

Kritični čimbenici za smanjenju socijalnu interakciju su završni stadij bolesti, dijaliza, kronične bolesti, gubitak tjelesne funkcije, psihijatrijski poremećaji, ovisnosti, kirurški ožiljci, nuspojave lijekova, gubitak dijela tijela, intelektualne poteškoće, jezične barijere, socioekonomski čimbenici, zarazna bolest, anksioznost, boravak u bolnici, smrt bliske osobe (24).

Vodeća obilježja smanjenje socijalne interakcije su beznade, nemogućnost koncentracije, tuga, osjećaj odbačenosti, halucinacije, iluzije, manjak motivacije, društvena izolacija, smanjena samokontrola, izbjegavanje kontakta očima, nekomunikativnost, nelagoda u društvenoj okolini, anksioznost, neorganiziran tijek misli, manjak samopoštovanja, nemogućnost uspostavljanja stabilnih odnosa, usamljenost, manjak brige o sebi, neprihvatljivo društveno ponašanje i usamljenost (24).

Mogući ciljevi sestrinskih intervencija su da bolesnik zna identificirati ponašanje koje mu sprječava socijalnu interakciju, da neprimjereno ponašanje zamjenjuje socijalno primjerenim, da razvija odnos s okolinom, da obitelj sudjeluje u unaprjeđenju socijalne interakcije bolesnika (24).

Intervencije medicinske sestre su da uspostavi odnos povjerenja, pruža podršku, podučava bolesnika tehnikama kako se nositi sa stresom, potiče ga za rad u grupnoj terapiji, ima nadzor nad uzimanjem lijekova, pokazuje asertivnost prema pasivnim bolesnicima, ukazuje bolesniku na njegovo neprihvatljivo ponašanje, podučava ga o komunikacijskim vještinama i o socijalno prihvatljivom ponašanju. Kod poučavanja koristi vježbe i demonstracije, potiče ga na pozitivno mišljenje o interakciji u društvu, dogovara se s bolesnikom o svakodnevnim socijalnim aktivnostima, osigurava mu obiteljsku terapiju, potiče obitelj da pruži podršku svom članu, potiče bolesnika da izražava emocije, omogućava mu sudjelovanje pri donošenju

odluka, pohvaljuje svaki njegov napredak, osigurava mu rad s radnim terapeutom i s multidisciplinarnim timom (24).

Mogući ishodi sestrinskih intervencija su da bolesnik zna prepoznati ponašanje koje mu je onemogućavalo socijalnu interakciju, da se ponaša socijalno prihvatljivo, da surađuje, da obitelj bolesnika sudjeluje u unapređenju bolesnikove socijalne interakcije (24).

Prekomjerman unos hrane

Pretilost se može definirati kao stanje gdje je povišena tjelesna masa zbog pretjeranog unosa nutrijenata u organizam (23).

Medicinska sestra mora prikupiti podatke o tjelesnoj masi, o prehranbenim navikama, o mentalnom statusu, o tjelesnoj aktivnosti, o stanjima i bolestima, o uporabi lijekova, o vrijednostima laboratorijskih nalaza, o stupnju samostalnosti, o samopercepciji tijela, o životnom stilu i interesima, o obiteljskoj potpori, o genetskim, socijalnim i emocionalnim čimbenicima, mora izračunati indeks tjelesne mase i procijeniti stanje zubala, potkožnog masnog tkiva i sluznica (23).

Kritični čimbenici za prekomjerman unos hrane i pretilost su bolesti probavnog trakta, endokrinološke bolesti, dosada, tuga, napetost, psihičke bolesti, stres, smanjena tjelesna aktivnost, usamljenost, ljutnja, loše prehranbene navike, nisko samopouzdanje, životni stil, manjak znanja o zdravoj prehrani, terapijski postupci, lijekovi i socijalna izolacija (23).

Vodeća obilježja prekomjernog unosa hrane su indeks tjelesne mase veći od 25.0, tjelesna masa veća za 20% ili više od normalne, izjave oboljelog da je gladan te dokumentirano pretjerano unošenje napitaka i hrane (23).

Mogući ciljevi sestrinskih intervencija su da bolesniku neće rasti tjelesna masa, da će postupno opadati tjelesna masa, da će shvatiti koji su uzroci problema i način na koji mu se nastoji pomoći, da će pokazati interes za kvalitetniji i manji unos hrane, da će zadovoljiti energetske unos hrane, da će redovno provoditi tjelesnu aktivnost, da će znati prepoznati koji su čimbenici pridonosili pretilosti (23).

Intervencije medicinske sestre su da važe bolesnika nekoliko puta tjedno, da mu objasni koja je važnost unosa propisane količine hrane i kojih kalorijskih vrijednosti, da zajednički s nutricionistom izradi plan prehrane, da bolesniku osigura psihološku potporu, da ga potiče na

vođenje oralne higijene, da napravi dnevni plan tjelesnih aktivnosti, da potiče bolesnika da vodi bilješke o prehrani i tjelesnoj aktivnosti, da osigura mir za vrijeme jela, savjetuje je mu da uvijek jede na istom mjestu, da koristi manje tanjure, da žvače polako, da izbjegava pića sa šećerom, pomoći mu oko hranjenja ako je bolesnik u tome ograničen, dati mu pismene upute o zdravoj prehrani, educira ga o pravilnoj prehrani, potiče ga da izradi jelovnik (23).

Mogući ishodi sestrinskih intervencija su da bolesnik ne povisuje razinu tjelesne mase, da postepeno gubi na masi, da zna koji su uzroci problema i razumije načine na koje mu se nastoji pomoći, pokazuje interes za kvalitetniji i manji unos hrane, da zadovoljava nutritivne potrebe, da redovno provodi tjelesnu aktivnost te da prepoznaje čimbenike koji su doprinijeli pretilosti (23).

Visok rizik za samoozljeđivanje

Visok rizik za samoozljeđivanje predstavlja stanje gdje pojedinac pokazuje naznake da će se namjerno ozlijediti (24).

Samoozljeđivanje često se događa bodenjem, rezanjem, paljenjem kože, udaranjem, gutanjem predmeta, udaranjem glavom, šamaranjem, grebanjem, uzimanjem većih doza droga ili lijekova, čupanjem kose, bulimičnim ili anoreksičnim ponašanjem i namjernim nepridržavanjem propisane terapije (24).

Medicinska sestra kroz razgovor prikuplja podatke o izloženosti stresu, o trenutnim osjećajima, o želji da naudi sam sebi, ako da, koji su razlozi za to, o želji za smrću. Utvrditi koji je bio plan samoozljeđivanja i koja je opasnost te metode. Prikuplja podatke o ovisnostima, o psihijatrijskim poremećajima ili bolestima, o emotivnom statusu, o boli, o kroničnim bolestima, o stresu. Procjenjuje obrazac spavanja i hranjenja. Prikuplja podatke o socijalnoj podršci i utvrđuje postojanost želje za ponovnim samoozljeđivanjem (24).

Kritični čimbenici za pokušaj samoozljeđivanja su bol, psihoorganski poremećaji, invalidnost, završni stadij bolesti, kronična bolest, gubitak bliske osobe, ovisnosti, rastava braka, medicinski postupci, socijalna izolacija, nezadovoljstvo ishodom liječenja i psihijatrijske bolesti (24).

Mogući ciljevi intervencija su da se bolesnik više neće ozljeđivati (24).

Intervencije medicinske sestre su da osigura odnos povjerenja, potiče bolesnika da izrazi osjećaje, obrazloži svaki postupak i intervenciju, pokaže mu prihvaćanje i razumijevanje bez osuđivanja, uključi ga u grupe za podršku, osvijesti bolesnikovu pojačanu osjetljivost, potiče ga za korištenje metoda opuštanja, pruža mu osjećaj sigurnosti, zajednički s njim izrađuje plan aktivnosti, osigurava mu vrijeme za odmor, uklanja čimbenike koji mogu izazivati strah, reagira na znakove uzbuđenosti, poučava bolesnika kako se suočiti s poteškoćama. Metodom igranja uloga uči kako se suočiti s odnosima s drugima, podučava obitelj o znakovima pokušaja samoozljeđivanja i o intervencijama ako dođe do samoozljeđivanja (24).

Mogući ishodi intervencija su da bolesnik prepozna nagone koje dovode do samoozljeđivanja i sam ih prijavi medicinskoj sestri, da bolesnik negira nagone koji navode na samoozljeđivanje te da se namjerno ozljeđuje (24).

Visok rizik za samoubojstvo

Visok rizik za samoubojstvo predstavlja ponašanje gdje se pojedinac samoozljeđuje čime želi dobiti smrtni ishod (24).

Medicinska sestra prikuplja podatke kroz razgovor gdje nastoji otkriti postoji li autodestruktivnih ili suicidalnih misli ili ideja pomoću pitanja je li si bolesnik ikada pokušao nauditi, je li se ikada pokušao ubiti, osjeća li želju za smrću, ima li plan za samoubojstvo, smatra li da ima mogućnost kontrole nad osjećajima, mislima i nagonima. Prikuplja podatke o postojanju faktora rizika za samoubojstvo, kao što su prethodni pokušaji, prijatnje samoubojstvom ili neobjašnjena euforija (24).

Kritični čimbenici za pokušaj ubojstva su psihoza, depresija, suicidalni nagoni, panika, manija, napadi srdžbe ili ljutnje, psihoorganski sindrom i zlostavljanje (24).

Mogući ciljevi su da bolesnik verbalizira suicidalne osjećaje i misli, potpisuje ugovor kako bi se riješio suicidalnih ponašanja, sudjeluje u tretmanu liječenja i traži pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone (24).

Intervencije medicinske sestre su da osigura siguran okoliš bolesnika tako da makne opasne stvari kao što su oštri uređaji i predmeti, stakleni predmeti, elektronički uređaji, lijekovi, remeni i užad. Učestalo mora imati kontrolu nad ormarićima i prostoru gdje bolesnik boravi. Educirati obitelj da ne nosi nikakve predmete koji bi mogli biti opasne za bolesnika. Mora mu

osigurati nadzor sukladan za rizik počinjenja samoubojstva i uočiti stanja disimulacije bolesti. Dužna je osigurati povjeren odnos koji se temelji na aktivnom slušanju i empatiji. Nastojati biti uz bolesnika kada god je to moguće te koristiti načela terapijske komunikacije bez kritiziranja, naređivanja, sugeriranja i moraliziranja. Trebala bi poticati komunikaciju gdje će bolesnik moći izraziti negativne osjećaje i emocije te mu za komunikaciji osigurati dovoljno vremena. Poticati ga da otkrije vlastite sposobnosti i snagu. Zajednički s bolesnikom napisati i potpisati ugovor gdje bolesnik izjavljuje da neće djelovati autodestruktivno. Organizirati svakodnevne aktivnosti u skladu s mogućnostima i sposobnostima bolesnika. Poticati bolesnika da si postavi kratkoročne ciljeve koji su ostvarivi te da se usredotoči na neke aktivnosti. Nastoji spriječiti otuđivanje bolesnika i izolaciju. Mora imati pod kontrolom uzimanje terapije te odjelnu terapiju uvijek držati zaključanu. Nastoji obitelj uključiti u zdravstvenu skrb bolesnika te ih potiče da imaju iskren odnos prema bolesniku bez obzira na njegove namjere, ideje, ponašanje ili misli. Ako dođe do pogoršanja stanja, dužna je kontaktirati psihijatra (24).

Mogući ishodi intervencija su da bolesnik verbalizira suicidalne osjećaje i misli, da potpiše terapijski ugovor, da aktivno sudjeluje u provođenju terapije, da potraži pomoć ako dođe do autodestruktivnih nagona, da odbija pomoć i ne sudjeluje u tretmanu liječenja, da se otuđuje i komunikacijski izolira, da disimulira poboljšanje zdravstvenog stanja ili da pokušava izvršiti čin samoubojstva (24).

5. ZAKLJUČAK

Zbog utjecaja medija i društvenih mreža mladi, posebice djevojke, stalno teže biti mršaviji. Gube percepciju o vlastitom tijelu i nikada nisu dovoljno zadovoljni svojim izgledom. Osim što osobe oboljele od poremećaja prehrane imaju zdravstvene probleme povezane s mršavošću, izgladnjivanjem i slabosti, imaju i psihičke probleme koji mogu ostaviti trajne posljedice tijekom cijelog života. Psihički problemi puno se teže liječe nego tjelesni pa stoga poremećaji prehrane predstavljaju izazov u liječenju. Od iznimne je važnosti preventivno djelovati u školama kako bi razgovor o anoreksiji i bulimiji prestao biti tabu tema. Kroz razne programe od djetinjstva djecu se treba učiti o zdravim prehranbenim navikama i smanjiti utjecaj medija gdje je danas pretjerana mršavost čisti perfekcionizam. Svaka nesavršenost na ljudskom tijelu može biti posebnost, a osobama koje se s time ne slažu, potrebno je jačanje samopouzdanja. Ako bolesnik sebi ne priznaje da ima problem, a okolina to kasno primijeti može doći do hospitalizacije. U liječenju poremećaja prehrane medicinska sestra jedan je od glavnih članova u timu jer s oboljelima provodi najviše vremena. Ona sa svojim vještinama može motivirati bolesnika, pomoći mu da prihvati svoje tijelo i ohrabrivati ga pri liječenju bolesti. Do tjelesnog oporavka puno se lakše dolazi, nego do psihičkog. Ako bolesnik sebi prizna svoj problem i aktivno sudjeluje u terapijskim postupcima, doći će do poboljšanja i na psihičkoj bazi što je ključno za potpuno izlječenje od bolesti ili poremećaja prehrane. Poremećaji prehrane još uvijek nisu dovoljni poznati, ponekad ih je teško dijagnosticirati, kako u Hrvatskoj, tako i u ostatku svijeta te je potrebno ulagati dodatna sredstva kako bi se unaprijedila prevencija poremećaja i mogućnosti liječenja.

6. LITERATURA

1. Pozaić A. Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever: 2018.
2. Mačković S. Prevencija poremećaja prehrane u Hrvatskoj (diplomski rad). Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet: 2017.
3. Horvat P. Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja – Anoreksija nervoza (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever: 2016.
4. Jašić M, Salihefendić N, Zildžić M, Šubarić D, Šabanović M. Poremećaji u prehrani. Hrana u zdravlju i bolesti [Elektronički časopis]. 2018; Specijalno izdanje (10. Štamparovi dani):41-42. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/218624> (28.01.2020.)
5. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. Medicus [Elektronički časopis]. 2015;24(2):165-171. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/148323> (29.01.2020.)
6. Folnegović-Šmalc, V. Anoreksija - komorbiditet i diferencijalna dijagnoza. Medix [Elektronički časopis]. 2004;10(52):48-49. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20242>. (02.02.2020.)
7. Meštović A. Poremećaji hranjenja: Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“: 2014. Dostupno na: <https://www.centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf> (25.02.2020.)
8. Palčevski G, Dekanić KB. Prevencija poremećaja hranjenja. PaediatricaCroatica [Elektronički časopis]. 2016; 60 (1): 183-192. Dostupno na: <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2016/PDF/Dok%2037.pdf> (15.02.2020.)
9. Svjetska zdravstvena organizacija: MKB-10 Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema [Elektronička knjiga]. Drugo hrvatsko izdanje. Zagreb: Medicinska naklada: 2012. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44081/1/9789241547666_hrv.pdf(30.01.2020.)
10. Mandić, K. Psihodinamika anoreksije nervoze (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet: 2016.

11. Asančaić S. Poremećaji hranjenja- anoreksija i bulimija (završni rad). Osijek: Filozofski fakultet: 2015.
12. Kovačić M. mišljenje studenata sestrištva o pacijentima s anoreksijom nervozom (završni rad). Osijek: Medicinski fakultet Osijek: 2017.
13. Colić M. Učestalost i odrednice provođenja dijeta kod adolescenata (diplomski rad). Zadar: Odjel za psihologiju: 2013.
14. Kolarić B. Poremećaji hranjenja: anoreksija i bulimija (završni rad). Osijek: Prehrambeno-tehnološki fakultet: 2015.
15. Horvat N. Zdravstvena njega oboljelih od Bulimije nervoze (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever: 2016.
16. Mudrinić I. Poremećaji u prehrani adolescenata (diplomski rad). Osijek: Filozofski fakultet: 2016.
17. Radić T. Perfekcionizam i poremećaji hranjenja (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet: 2017.
18. Včev A, Burton N. Objektivno strukturirano kliničko ispitivanje: Psihijatrija. 1. hrvatsko izdanje. Osijek: Medicinski fakultet; 2015.
19. Bendelja I. Anoreksija i imunost (završni rad). Zagreb: Prehrambeno-biotehnološki fakultet: 2015.
20. Udruga Nada. Pomoć oboljelima od poremećaja u prehrani. [Internetska stranica]. Dostupno na: <https://preporuka.hr/grad/zagreb/udruga-nada-pomoc-oboljelima-od-poremecaja-u-prehrani/> (15.03.2020.)
21. BEA. Centar za poremećaje hranjenja. [Internetska stranica]. Dostupno na: <http://www.centarbea.hr/>(15.03.2020.)
22. Alagić K. Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever: 2018.
23. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara: 2013. Dostupno na: https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf (02.03.2020.)
24. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, Vico M. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara: 2015. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf. (02.03.2020.)

25. Šepec S, Munko T, Vico M, Abcu Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara: 2011. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf. (03.02.2020.)

7. SAŽETAK

Najčešće poremećaje hranjenja predstavljaju anoreksija i bulimija. Kod oba poremećaja bolesnici imaju krivi doživljaj sebe i vlastitog tijela. Zabrinuti su zbog svoje debljine i nikada neće biti dovoljno mršavi da bi bili zadovoljni sami sobom. Anoreksične osobe uvijek su mršave, dok bulimične mogu imati normalnu ili povišenu tjelesnu masu sve do pretilosti. Najčešće se javljaju u adolescenciji, poznate su od davnina i svakim danom sve su češće. Anoreksija je karakterizirana pretjeranom tjelesnom aktivnosti i izgladnjivanjem, a bulimija prejedanjem i kompenzacijskim ponašanjima kojima bi se izbacila pojedena hrana. Uzroci pojave anoreksije i bulimije su kombinacija socijalnih, bioloških i psiholoških faktora. Ako se poremećaji kasno prepoznaju ili ne liječe mogu se javiti posljedice pogubne za život. U liječenju je od iznimne važnosti zdravstvena njega bolesnika uz medicinsku sestru. Sve sestrinske intervencije moraju biti profesionalne i temeljene na dokazima. Zdravstvena njega bolesnika s poremećajima prehrane specifična je jer medicinska sestra osim opće zdravstvene njege provodi i specijalnu koja se odnosi na mijenjanje obrazaca ponašanja pacijentica. Tjelesne posljedice bolesti puno brže se izliječe nego psihičke. Sve dok ne dođe do izlječenja psihičkog stanja oboljelog, bolest i dalje postoji. Stoga medicinske sestre rade i sa psihološkim problemima bolesnika, kao što su socijalna izolacija, smanjena društvena interakcija, anksioznost, nisko samopouzdanje i neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, anoreksija, bulimija, zdravstvena njega, sestrinske dijagnoze i intervencije

8. SUMMARY

The most common eating disorders are represented by anorexia and bulimia. In both disorders patients have wrong experience of themselves and their own bodies. They are concerned about their weight and they will never be skinny enough to be satisfied with themselves. Anorexic people are always skinny, while bulimic ones can have a normal or high body weight up to obesity. They occur most often in adolescence, have been known since ancient times and are becoming more common every day. Anorexia is characterized by excessive physical activity and starvation, and bulimia by overeating and compensatory behaviors to eliminate eaten food. The causes of anorexia and bulimia are a combination of social, biological and psychological factors. If the disorders are recognized late or left untreated, life-threatening consequences can occur. In the treatment, it is of the utmost importance that the health care of the patient is accompanied by a nurse. All nursing interventions must be professional and evidence-based. Nursing care for patients with eating disorders is specific because the nurse, in addition to general health care, also conducts special care that changes the patient's behavior patterns. The physical consequences are cured much faster than the psychological ones. Until the patient's mental state is cured, the disease persists. Therefore, nurses also deal with patients' psychological problems, such as social isolation, decreased social interaction, anxiety, low self-esteem and rejection of their physical appearance.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, health care, nurse diagnoses and interventions

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod svojim odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila citiranja i pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su prazni i citirani dijelovi i parafrazirani dijelovi prikladno označeni.

Mjesto i datum:	Ime i prezime student/ice	Potpis student/ice
Z. Hreljovica, 13. 04. 2020.	MONIKA POSLEK	Monika Poslek

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

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitariju.

Monika Paslek

ime i prezime studentice

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

Svojim potpisom potvrđujem ispravnost teksta i elektroničke inačice završnog rada.

© Bjelovar, 13. 07. 2020.

Monika Paslek

potpis studentice