

Proces zdravstvene njege bolesnice oboljele od anoreksije nervoze

Tovunac, Saša

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:144:878430>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**Proces zdravstvene njege bolesnice oboljele od anoreksije
nervoze**

Završni rad br. 101/SES/2021

Ime i prezime studenta:
Saša Tovunac

Bjelovar, rujan 2021.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Tovunac Saša**

Datum: 20.09.2021.

Matični broj: 001939

JMBAG: 0053069638

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege bolesnice oboljele od anoreksije nervoze**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

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

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Ksenija Eljuga, mag.med.techn., predsjednik
2. Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor
3. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 101/SES/2021

Anoreksija nervoza je poremećaj u hranjenju, karakteriziran gubitkom tjelesne težine, intenzivnim osjećajem straha od pretilosti, poremećaja u percepciji tjelesnog izgleda, sekundarnim endokrinološkim i metaboličkim promjenama kao i poremećajem tjelesnih funkcija.

U procesu liječenja vrlo je bitna uloga medicinske sestre koja prati, educira, motivira i pruža podršku oboljelima od navedene bolesti.

Student će u radu opisati kliničku sliku Anoreksije nervoze, metode liječenja i rehabilitacije s posebnim osvrtom na proces zdravstvene njege bolesnica oboljelih od navedene bolesti kroz prikaz slučaja.

Zadatak uručen: 20.09.2021.

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



Zahvala

Zahvaljujem mojim roditeljima Josipu i Kseniji koji su mi svojim odricanjem omogućili ovaj studij. Puno hvala i mojoj supruzi Dariji, kćeri Elli i sinu Ivanu koji su imali puno razumijevanja prema meni tijekom studija.

Zahvaljujem svojoj mentorici, Tamari Salaj dipl. med. techn. na ukazanom povjerenju i pruženoj pomoći tijekom izrade ovog rada.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1 Klasifikacija i dijagnostički kriteriji za poremećaj hranjenja – anoreksija nervoza....	3
1.2 Uzroci	4
1.3 Znakovi i simptomi.....	5
1.4 Liječenje	6
1.5 Hospitalizacija	7
1.6 Medicinska sestra za vrijeme hospitalizacije.....	8
2. CILJ RADA	10
3. RASPRAVA - PRIKAZ SLUČAJA.....	11
3.1 Prikaz slučaja – sestrinske dijagnoze.....	15
3.1.1 Sestrinska dijagnoza: Pothranjenost.....	16
3.1.2 Sestrinska dijagnoza: Neprihvatanje bolesti.....	17
3.1.3 Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za dehidraciju.....	17
3.1.4 Sestrinska dijagnoza: Tjeskoba.....	18
3.1.5 Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za smanjeno podnošenje napora.....	19
4. ZAKLJUČAK.....	20
5. LITERATURA	21
6. OZNAKE I KRATICE	24
7. SAŽETAK	25
8. SUMMARY.....	27
9. PRILOZI.....	29

1. UVOD

Anoreksija nervoza (AN) je bolest koja rezultira ekstremnim gubitkom težine zbog intenzivnog straha od dobivanja na težini, bez ikakve veze s organskom bolešću. Većina patofizioloških komplikacija povezanih s AN su reverzibilne s poboljšanim nutritivnim statusom, međutim neke od fizičkih posljedica mogu biti opasne po život (1).

Posljednjih 25 godina poremećaji hranjenja sve su češći unutar populacije. Upitno je, je li se incidencija dramatično povećala u populaciji, ali vidljivost u zdravstvenoj službi se znatno povećala (2). Zbog povećane pozornosti, manje stigmatizacije i većeg naglaska na pravo na zdravstvenu zaštitu, sve je više ljudi koji će vjerojatno potražiti liječenje. Potrebno je naglasiti kako tek oko 30% onih koji imaju anoreksiju i manje od 6% onih koji imaju bulimiju nervosus, ikada dođe na liječenje u zdravstveni sustav (3).

Većinom slučajevi koji dolaze na bolničko liječenje su teži slučajevi. Međutim, mala skupina, najozbiljniji, često najdramatičniji i resursno intenzivniji slučajevi, ne bi trebala uzeti previše pozornosti od većine. Činjenica je da velika većina ljudi s poremećajima prehrane svakodnevno ide na posao ili u školu(4). Većina njih je normalne težine te kod njih problem na prvi pogled nije vidljiv. Procjene su kako u ovom trenutku u Hrvatskoj od poremećaja hranjenja boluje oko 35 000 - 45 000 osoba, a dok sve veći broj mlađih žena i mlađih muškaraca ima određeni oblik poteškoća u prihvaćanju izgleda svog tijela, odnosu s unosom hrane i općenito sa samopoštovanjem (5).

Mnogi ljudi nerado odlaze u bolnicu po pomoć. U prosjeku javljaju se 4-5 godina nakon prvih simptoma i to kada se pojave već veći problemi. Vrlo često je liječnik obiteljske medicine taj koji prvi saznaje za probleme pacijenta. Sram, krivnja i godine promišljanja o tome treba li potražiti pomoć čine pacijenta ranjivim. Stoga je važno da sastanak s liječnikom obiteljske medicine bude obilježen razumijevanjem, znanjem i interesom, kako bi se moglo doći do pravih dijagnoza. Nakon postavljene dijagnoze liječnik obiteljske medicine će uputiti pacijenta specijalističkoj zdravstvenoj službi radi daljnje dijagnostike i liječenja (3).

Prvi sveobuhvatni opis stanja nalik anoreksije nervose dao je Richard Morton 1689. godine, koji je nazvao nervoznom potrošnjom. Iako u davnoj povijesti postoje dokazi, obično u kontekstu vjerskih uvjerenja, kliničkih problema sličnih anoreksiji nervosi, tek 1874. godine Sir William Gull u Engleskoj i Charles Lasegue u Francuskoj daju su nazive anoreksija nervosa i anoreksija hysterica, odnosno, kako bi opisali simptome samogladovanja i preokupacije težinom povezanih s anoreksijom nervozom. U to vrijeme počele su se razvijati teorije vezane uz etiologiju i liječenje. I Gull i Lasegue sugerirali su da su obitelji vjerojatno pridonijele poremećaju, ali Jean-Martin Charcot izravno je okrivio obitelji i zagovarao potpuno odvajanje pogođenih pojedinaca od njihovih obitelji čiji je utjecaj smatrao "pogubnim" (6). Tako je liječenje anoreksije nervoze od kraja 19. stoljeća do danas često uključivalo hospitalizaciju i duga odvajanja od članova obitelji, gdje pacijente liječe isključivo profesionalci.

Psihoanalitički pristupi sugerirali su da su pogođeni pojedinci patili od niza nesvjesnih problema, uključujući strahove od trudnoće, primarni narcizam i zbunjenost između tijela i emocija. Hilde Bruch je konceptualizirala anoreksiju nervozu kao poremećaj potiskivanja i zanemarivanja u djetinjstvu, što je dovelo do odbijanja hrane i stvaranja anoreksije nervoze. Zalagala se za individualno orijentiranu psihodinamsku terapiju kako bi pacijent promicao autonomiju i neovisnost od roditelja i obitelji.

Pacijenti su često liječeni u psihijatrijskim bolnicama stambenih programa liječenja. Pionirski rad Salvadora Minuchina u strukturnoj obiteljskoj terapiji sa psihosomatskim poremećajima sugerirao je da bi obitelji mogle biti važne u liječenju, unatoč prethodnim praksama. Nakon toga, istraživači s Instituta za psihijatriju i bolnice Maudsley u Londonu razvili su oblik obiteljske terapije koja je posebno dizajnirana za korištenje roditeljskih vještina kako bi se poremetilo održavanje ponašanja AN.

Tijekom proteklih 10 godina postalo je značajno uključivanje obitelji u liječenju adolescenata s AN (2).

1.1 Klasifikacija i dijagnostički kriteriji za poremećaj hranjenja – anoreksija nervoza

Sam pojam anoreksija definira se kao teži gubitak apetita, dok naziv nervosa upućuje da je razlog gubitka apetita emocionalne naravi. Prema tom navodu može se zaključiti kako taj naziv nije potpuno precizan, jer mnogi oboljeli na samom početku bolesti ne pate od gubitka apetita, već je kod njih prisutan straha od debljanja. Poremećaji hranjenja spadaju u kronične psihijatrijske bolesti sa značajnim medicinskim komplikacijama, psihološkim stresom i psihijatrijskim komorbiditetom.

DSM-5 daje kriterije za dijagnozu tri specifična poremećaja hranjenja, a to su: anoreksija nervoza (AN), bulimija nervoza (BN) i poremećaj nekontrolirane prehrane. Ostali poremećaji hranjenja svrstani su u dvije kategorije: drugi specificirani poremećaji hranjenja (Other Specified Feeding or Eating Disorder – OSFED) u koje se najčešće ubrajaju atipični oblici specifičnih poremećaja, odnosno slučajevi u kojima nisu zadovoljeni kriteriji učestalosti javljanja pojedinih simptoma te kategoriju nespecificirani poremećaji hranjenja (Unspecified Feeding or Eating Disorder – UFED) (7).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze prema DSM-5 su:

1. Ograničen unos energije u odnosu na potrebe koji dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i fizičko zdravlje. Značajno niska tjelesna težina za odrasle definirana je kao težina manja od one minimalno normalne, a za djecu i adolescente kao težina manja od minimalno očekivane.
2. Intenzivan strah od dobivanja na težini ili debljanja, ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, čak i uz postojeću značajno nisku težinu.
3. Poremećen doživljaj vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neprimjeren utjecaj tjelesnog oblika ili težine na samoevaluaciju ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti postojeće niske tjelesne težine.

Nadalje, prema klasifikaciji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM 5), postoje četiri tipa AN ovisno o vrijednosti BMI: blaga ($BMI > 17 \text{ kg/m}^2$), umjeren ($BMI 16,0\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$), teški ($BMI 15,0\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$), te ekstremne ($BMI < 15,0 \text{ kg/m}^2$) (7).

Kriteriji za dijagnozu anoreksije nervoze prema MKB-10 su: namjerno izbjegavanje hrane koja deblja, gubitak na težini, strah od debljanja i amenoreja.

Razlikuju se dva tipa anoreksije nervoze. Restriktivni tip karakteriziran je izgladnjivanjem i ekstremnim vježbanjem, u kojem nije uključeno ponašanje prejedanja ili pražnjenja. Drugi tip je prežderavajući ili purgativni kod kojeg osoba nakon izgladnjivanja pojede nešto veće količine hrane i zbog prisutnog straha od debljanja izaziva namjerno povraćanje i čišćenje. Čišćenje se odnosi na izbacivanje tek pojedene hrane samoizazvanim povraćanjem, zloupotrebom diuretika, laksativ i sredstava za klistiranje. Prežderavajući ili purgativni tip anoreksije sličan je bulimiji, a razlika između njih je ta što su osobe s prežderavajućim/purgativnim tipom uključene u epizode prejedanja i čišćenja najmanje jednom tjedno, dok su osobe s bulimijom uključene u ovakva ponašanja najmanje dva puta tjedno (8).

1.2 Uzroci

Sama etiologija anoreksije nervoze nije potpuno razjašnjena. Poremećaji hranjenja kao što je AN uzrokovani su kombinacijama bihevioralnih, bioloških, genetskih, psiholoških i ekoloških ili kulturnih utjecaja.

Biološki čimbenici uključuju:

- ženski spol
- član obitelji s dijagnozom poremećaja prehrane i/ili poremećaja mentalnog zdravlja
- povijest dijeta.

Psihološki čimbenici uključuju:

- opsesivno-kompulzivni poremećaj i nefleksibilnost u ponašanju
- perfekcionizam
- nezadovoljstvo slikom tijela
- anksioznosti i/ili depresije.

Okolišni ili kulturni čimbenici uključuju:

- uranjanje u kulturu koja cijeni mršavost
- sudjelovanje u modeliranju, baletu, hrvanju, gimnastici ili drugim aktivnostima koje potiču mršavost

- zadirkivanje i maltretiranje
- ograničenu društvenu mrežu (9)

1.3 Znakovi i simptomi

Pacijenti s poremećajima hranjenja često sebe vide pretilima ili im se ne sviđa njihov oblik tijela. Poremećaje hranjenja u početku je teško prepoznati. Ponekad se čini kao da je osoba na malo strožoj dijeti ili samo osoba voli puno jesti. Gubitak težine s anoreksijom nervosa može proći nezapaženo neko vrijeme, osobito kada pacijenti nose vrećastu odjeću ili se oblače u više slojeva. Pacijenti s anoreksijom nervosa obično ograničavaju svoju prehranu na povrće, voće i prehrambene proizvode s manjom kalorijskom vrijednosti, a često i preskoče obroke. Razvijaju rituale obroka, kao što su rezanje hrane na sitne komadiće, tapkanje tekućine ubrusima ili izdvajanje hrane. Iako je anoreksija nervosa povezana s nekim kognitivnim deficitima, mnogi pacijenti održavaju dobre kognitivne funkcije i verbalnu komunikaciju čak i kada su pothranjeni (9).

Pacijenti s poremećajima hranjenja često se bave prekomjernim vježbanjem do iznemoglosti unatoč lošem vremenu, bolesti ili ozljedama. Od svih hospitaliziranih zbog anoreksije jedna trećina pacijenata navodi u anamnezi prekomjerno vježbanje tijekom tri mjeseca prije prijema (11).

Kako kaheksija napreduje, pacijenti s anoreksijom gube snagu i izdržljivost, kreću se sporije i pokazuju smanjene performanse u sportu. Mogu se pojaviti prekomjerne ozljede i prijelomi. Bradikardija, ortostatska hipotenzija i lupanje srca mogu napredovati do potencijalno fatalnih aritmija. Epigastrična bol i osjećaj nadutosti su česti. Pretjeranom uporabom laksativa javljaju se hemoroidi i rektalni prolaps. Kod dužeg gladovanja dolazi do teške hipoglikemije koja može rezultirati gubitkom svijesti. Rane slabo zacjeljuju. Endokrini simptomi u anoreksiji uključuju hipotermiju (osjećaj hladnoće), odgođeni početak menstruacije ili sekundarne amenoreje i osteopeniju koja napreduje do osteoporoze (12).

Više od polovice bolesnika s poremećajima hranjenja zadovoljava kriterije za trenutnu ili prošlu epizodu velike depresije te je zbog toga anoreksija nervosa povezana je s povećanim rizikom od samoubojstva.

Ostali povezani psihijatrijski poremećaji uključuju opsesivno-kompulzivni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti, socijalnu fobiju, anksiozne poremećaje, poremećaje uporabe tvari i poremećaje osobnosti. Psihološki simptomi uključuju pojačano emocionalno uzbuđenje, smanjenu toleranciju stresa, emocionalnu disregulaciju, društveno povlačenje i samokritične perfekcionističke osobine (13).

1.4 Liječenje

Liječenje anoreksije nervoze općenito se obavlja timskim pristupom, koji uključuje liječnike, psihologe, psihijatre, dijetetičare i medicinske sestre, a sve s iskustvom rada sa oboljelima od poremećaja hranjenja. Liječenje anoreksije nervoze je težak i dugotrajni proces zbog mogućih somatskih komplikacija i psihološke prirode nastanka.

Psihoterapija je jedan od glavnih oblika pomoći koja se pruža oboljelima od poremećaja hranjenja. Psihoterapeuti pružaju psihološku pomoć oboljelima u njihovu odnosu s drugima, borbi s prikrivenim problemima, načinu na koji doživljavaju svoje tijelo i specifičnim oblicima ponašanja koji se javljaju kod oboljelih od anoreksije nervoze. Psihoterapijski susreti mogu biti jednom tjedno ili po potrebi više puta tjedno, a njihovo trajanje može biti od 45 min do 1 h ili ako psihoterapeut zaključi da je potrebno i dulje. Rad sa psihoterapeutom može biti individualan, grupni ili obiteljski, a postoje i mnogi različiti psihoterapijski pravci koji na određene načine pristupaju liječenju oboljelih od poremećaja hranjenja.

Uz psihoterapiju nekada je potrebno i procijeniti psihičko stanje i ako je potrebno propisati lijekove od strane nadležnog psihijatra. Sami lijekovi za uspješno liječenje nisu dovoljni, ali jedna su od važnijih faktora u liječenju, posebno u slučaju kada je prisutan komorbiditet kao što je depresija. Uz navedene psihoterapeute i psihijatre, bitna je i suradnja sa psiholozima, bolničkim nutricionistima, liječnicima koji prate zdravstveno stanje oboljele osobe te drugim stručnjacima za mentalno zdravlje (14).

Kao pomoć oboljelima od anoreksije nervoze koriste se i neki drugi oblici rada, a to su: grupe samopomoći i grupe podrške, terapija glazbom, psihoedukativne radionice, sportske aktivnost, kreativne radionice te terapija pokretom i terapije opuštanja (15).

Načini na koje se provodi liječenje oboljelih od poremećaja hranjenja su:

1. Vanjsko liječenje (psihoterapija jedanput tjedno)
2. Dnevna bolnica (dio dana u ustanovi za pružanje pomoći)

3. Rezidencijsko liječenje (najčešće tri mjeseca)
4. Hospitalizacija zbog akutnog somatskog stanja (stanja koja ugrožavaju život).

Liječenje u Hrvatskoj ne provodi se kroz sve navedene oblike te oboljele osobe mogu koristiti samo određene usluge, jer se tek postavlja temelj sustavnog liječenja poremećaja hranjenja (5).

1.5 Hospitalizacija

Liječenje treba individualizirati na temelju težine simptoma, tijeka bolesti, psihijatrijskog komorbiditeta, dostupnosti psihosocijalne/obiteljske podrške, motivacije pacijenta za liječenje, regionalne dostupnosti specijaliziranih programa liječenja i medicinske stabilnosti. Indikacije za hospitalizaciju uključuju značajne abnormalnosti elektrolita, aritmije ili teške bradikardije, brzo trajno mršavljenje unatoč ambulantnoj terapiji i ozbiljna komorbidna medicinska ili psihijatrijska stanja, uključujući suicidalne ideje (13).

Fokus početnog liječenja za pacijente koji imaju anoreksiju nervosa s kaheksijom je vraćanje nutritivnog zdravlja, s povećanjem tjelesne težine. Nazogastrične sonde kao pomoć kod hranjenja mogu biti potrebne u teškim slučajevima kada pacijent ima visoku odbojnost prema jelu ili je potrebna dodatna dohrana prilikom noći. Sindrom refeedinga može se pojaviti kod pothranjenog pojedinca kada brzo povećanje unosa hrane rezultira dramatičnim promjenama tekućine i elektrolita, a potencijalno je smrtonosno te u takvim slučajevima količina hrane se uvodi postepeno. Hospitalizaciju treba razmotriti za liječenje bilo kojeg ozbiljno pothranjenog pacijenta kako bi se omogućilo svakodnevno praćenje ključnih faktora kao što su težina, otkucaji srca, temperatura, hidratacija i razina fosfora u serumu(15).

Prehrambene smjernice usmjerene su na unos zdrave hrane i povrat energije potrebne za nastavak aktivnosti. Iako je brojanje kalorija zdravstvenim djelatnicima važno, općenito se ne smije raspravljati o tome pred pacijentom. Dnevni jelovnici trebaju uključivati tri puna obroka i strukturirani raspored grickalica koje prati medicinska sestra za vrijeme hospitalizacije ili roditelji kod kuće. Preporučuje se unos vitamin D3 i dodaci kalcija (16).

Psihoterapija je temelj uspješnog liječenja poremećaja hranjenja, a započinje za vrijeme hospitalizacije i nastavlja se odlaskom kući. Ciljevi psihoterapije uključuju smanjenje iskrivljene slike tijela i disfunkcionalnih prehrambenih navika, povratak društvenom angažmanu i nastavak punih fizičkih aktivnosti. Članovi obitelji trebaju podršku i pomoć u

učenju kako se brinuti za pacijenta. Istraživanja su pokazala samo ograničenu korist lijekova u liječenju anoreksije nervoze. Antidepresivi, uključujući selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina, mogu pomoći ublažiti simptome depresije i suicidalnih ideja u bolesnika s anoreksijom nervozom. Međutim, nisu se pokazali korisnima u olakšavanju obnove težine ili sprečavanju recidiva. Antipsihotik kao što je olanzapin, pokazao se korisnim u liječenju anoreksije nervoze, ali pacijenta se treba pomno pratiti i nadzirati od strane psihijatra ili stručnjaka za poremećaj hranjenja(17).

Važno je napomenuti kako se uz sav trud zdravstvenih stručnjaka samo otprilike polovica bolesnika s anoreksijom potpuno oporavi, oko 30% postiže samo djelomičan oporavak, a 20% ostaje kronično bolesno (18).

1.6 Medicinska sestra za vrijeme hospitalizacije

Nakon prijema pacijentice na odjel medicinska sestra uzima sestrinsku anamnezu putem intervjua pacijentice i njene obitelji. Također od velike pomoći je i prateća medicinska dokumentacija. Dobro uzeta sestrinska anamneza važna je za dalje planiranje zdravstvene njege. Planiranje zdravstvene njege za pacijente s poremećajima hranjenja - anoreksije nervoze bazira se na nekoliko zadataka, a to su najčešće: uspostavljanje adekvatnog unosa hrane i hranjivih tvari, ispravljanje neravnoteže elektrolita i tekućine te pružanje potrebne pomoći pacijentu u razvijanju realne slike svoga tijela i kako bi poboljšao svoje samopoštovanje.

Kod samog dolaska na odjel liječnik ordinira potrebne pretrage krvi i urina koje se standardno rade kod prijema na odjel.

Svakog dana boravka na odjelu ujutro kada se pacijentica pomokri kontrolira joj se tjelesna težina, tako da je okrenuta leđima prema vagi kako ne bi vidjela koliko kilograma teži. Strogo je zabranjeno reći pacijentima trenutnu tjelesnu težinu jer to kod nekih može imati kontra efekt koji djeluje kao gubitak motiviranosti.

Potrebno je u suradnji s bolničkom kuhinjom za svakoga pacijenta individualno napraviti plan prehrane. Tijekom svakoga obroka medicinska sestra je uz pacijenticu i ostaje s njom još sat vremena kako pacijentica ne bi namjerno izazivala povraćanje. Potrebno je evidentirati količinu pojedene obroka kako bi se iz dana u dan vidio napredak. Kod pacijentica koje uzimaju polimeričke pripravke nikako pripravak ostavljati kod njih, nego napisati ime i prezime na

pripravak te kada pacijentica smatra da može popiti dio pripravka dođe u ambulantu i može tražiti od medicinske sestre te popiti pripravak pred njom. Razlog takvog postupanja je mogućnost bacanja pripravka od strane pacijentice i lažno prikazivanje da je pripravak popijen(19).

Potrebno je voditi i evidenciju o unosu tekućine te i samu diurezu. Evidentirati svaku stolicu i moguće primjese u njoj.

Kada pacijentica uzima terapiju medicinska sestra treba biti uz nju dok ne popije te nakon toga još provjeriti da li je uistinu uzela terapiju. Kod nekih pacijentica potrebno je uvesti i nazogastričnu sondu za hranjenje noću pomoću pumpe za enteralnu prehranu. Takav način hranjenja se obično uvodi kod pacijentica koje tijekom dana ne unose dovoljno hrane određene kalorijske vrijednosti, uz obavezan pisani pristanak roditelja.

O svakoj promjeni ponašanja pacijentice potrebno je obavijestiti liječnika . Od velike je važnost uspostaviti povjerenje s pacijenticom poštujući njenu jedinstvenost, dostojanstvo i privatnost (19).

2. CILJ RADA

Cilj rada je opisati anoreksiju nervozu putem prikaza slučaja bolesnice koja boluje od anoreksije nervoze. Kroz rad će biti prikazane i najčešće sestrinske dijagnoze s kojima se susreću medicinske sestre u radu s oboljelima od anoreksije nervoze te upoznavanja sa simptomima i načinom liječenja.

3. RASPRAVA - PRIKAZ SLUČAJA

Pacijentica N.N. u dobi od 17 godina i 3 mjeseca po prvi put hospitalizirana na Klinici za pedijatriju, nakon što je prije 3 mjeseca obrađivana u Općoj bolnici na pedijatriji. Tada pregledana od strane ginekologa, koji preporučuje didrogesteron zbog amenoreje, ali kako ne dolazi do menstruacije prestaje ga koristiti. Također psihijatar opće bolnice uvodi u terapiju polimerički pripravak 2x1 koji je kratko koristila, zbog komentara okoline kako to njoj nije potrebno. Kako nije došlo do poboljšanja u stanju i tjelesnoj masi, obiteljski liječnik u konzultaciji s pacijenticom i njenom obitelji dogovorio je prijem na Pedijatrijski odjel za gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane .

Do pada na tjelesnoj težini došlo je unazad 6 mjeseci, maksimalna težina iznosila je 55 kg, a prilikom prijema bila je 40,5 kg. Menstruaciju je zadnji put imala prije 5 mjeseci pri težini od 47 kg.

Pacijentica navodi kako je bila potaknuta na mršavljenje primjerom prijateljice koja je nastojala smršaviti i zdravo se hraniti. Na početku je jela samo bananu ujutro i navečer, dok za ručak ništa. Ponekad bi pojela cijeli obrok na nagovor majke. Izbacila je slatkiše, kruh i sve ostale ugljikohidrate iz svoje prehrane. Od tekućine je pila samo vodu , sokove je odbijala. Puno je vježbala, rolala ujutro i navečer po sat i pol, a između preskakala vijaču .

Kod prijema na odjel pacijentica je izvagana, izmjerena, uzeta je krv i urin za analizu, napravljen Ekg te su dogovoreni termini za UZV srca, UZV abdomena, ginekolog, endokrinolog, dermatolog, EEG, MR mozga, UZV bubrega i mokraćnog mjehura i klinički psiholog.

Po prijemu je kratkotrajno parenteralno rehidrirana odgovarajućom glukozno-elektrolitskom otopinom. Potom je nastavljena uobičajena prehrana uz dodatnu enteralnu prehranu polimeričkim pripravkom u postupno povišujućim volumenima i koncentracijama do ukupno 400 ml (800 kcal/dan). S obzirom na to kako je pacijentica bila motivirana nije bilo potrebe za nazogastričnom sondom te je sva hrana unošena peroralnim putem.

Tijekom hospitalizacije kalorijski unos bio je zadovoljavajući. Medicinske sestre za vrijeme hospitalizacije nisu evidentirale manipulaciju hranom, povraćanje ili prekomjernu fizičku aktivnost.

Cijelo vrijeme boravka bila je dobrog općeg stanja, afebrilna, urednih vitalnih funkcija, suradljiva te se pri otpustu bilježi povoljan prirast na tjelesnoj masi sa 40,5 na 42 kg.

Pacijentica nakon hospitalizacije u trajanju od 14 dana otpušta se kući s dijagnozama: anoreksija nervoza - restriktivni tip, netireoidna bolest štitnjače, perikardijalni izljev, manjak vitamina D3 i sekundarne amenoreje.

Kod otpusta preporučuje se nastavak uobičajene prehrane za dob uz dodatnu enteralnu prehranu polimeričkim pripravkom 2x1. Potrebno je uzimati vitamin D3 kapi te koristiti neutralne kreme sa 10% ureje. Prema mjestu stanovanja kontinuirano psihologijsko savjetovanje je obavezno. Dogovorena daljnja kontrola u dnevnoj bolnici pedijatrijske gastroenterologije.

Pacijentica se uredno javlja u dnevnu bolnicu u pratnji majke na prvu kontrolu nakon hospitalizacije od koje je proteklo dva mjeseca. TM 42 kg. U tome trenutku se prema anamnestičkim podacima, kliničkom statusu i učinjenim obradama bilježi manje poboljšanje, majka navodi da se djevojka trudi. Navodi kako se od zadnjeg boravka osjeća bolje, motivirana za oporavak. Majka je zadovoljna njenim napretkom, jede 3 glavna obroka i 2 međuobroka. Ne bavi se fizičkom aktivnošću. Još bez menstruacije. Preporuka nastaviti dosadašnju terapiju i u slučaju pogoršanja odmah se javiti na odjel. Obavezno strogo mirovanje te ponovna kontrola za dva mjeseca.

Kod sljedeće kontrole, treće nakon hospitalizacije, pacijentica iznosi kako se osjeća bolje, energičnije, motivirano za oporavak. Unazad 2 mjeseca ima jako dobar apetit. Navodi kako i dalje broji kalorije, ali nema više grižnju savjesti nakon kalorijama bogatog obroka. Majka navodi kako su uklonili vagu iz kuće. Od posljednje kontrole jednom je završila na hitnoj zbog bolova u abdomenu jer se prejela. Navodi kako je taj dan pojela oko 5000 kalorija i to slatkiša, krafne, sendviče, pahuljice i sladoled. Sada jede tri obilnija obroka jer joj to više odgovara nego pet. Ne uzima polimeričke pripravke, jer joj ne odgovara okus, radije uzme konkretan obrok. Ne vježba. Menstruacija zadnja prije dva tjedna, u trajanju od 2 dana. TM 44,5 kg. Uzima redovito D3 i B vitamin, ne uzima diuretike i laksative. Kontrolira se po psihologu dva puta mjesečno i ima terapiju alprazolam 0,5 mg 0,0,1, fluvoksaminmaleat 100 mg 1/2.,0,1/2 i flurazepam 0,0,1. U ovom periodu dolazi do odličnog pokazatelja oporavka, a to je povratak menstrualnog ciklusa.

U kardiološkom statusu bilježi se postupna regresija perikardijalnog izljeva te se još uvijek vježbanje ne preporučuje kao i zabrana pohađanja nastave tjelesne kulture. Potrebna kontrola za dva mjeseca u dnevnoj bolnici te terapija kao i do sada.

Pacijentica dolazi na kontrolu u dnevnu bolnicu u pratnji majke. Liječnica bilježi kako se od zadnjeg oporavka pacijentica osjeća dobro i motivirano. Nema grižnju savjesti nakon visokokalorijskog obroka. Jede redovito i raznovrsno. Jede tri glavna obroka, bez međuobroka. Sada jede bez nadzora majke. Sada povremeno rola i pliva. Negira pretjerano vježbanje, manipulaciju hranom, povraćanje uzimanje diuretika i laksativa. TM 48 kg, stolica svaki dan, mokrenje uredno. Ne uzima polimeričke pripravke dok ostalu terapiju uzima redovito. Kontrolira se po psihologu redovito te uzima psihijatrijsku terapiju. Pacijentica ponovno naručena u dnevnu bolnicu za dva mjeseca i savjet uzimanja terapije kao do sada.

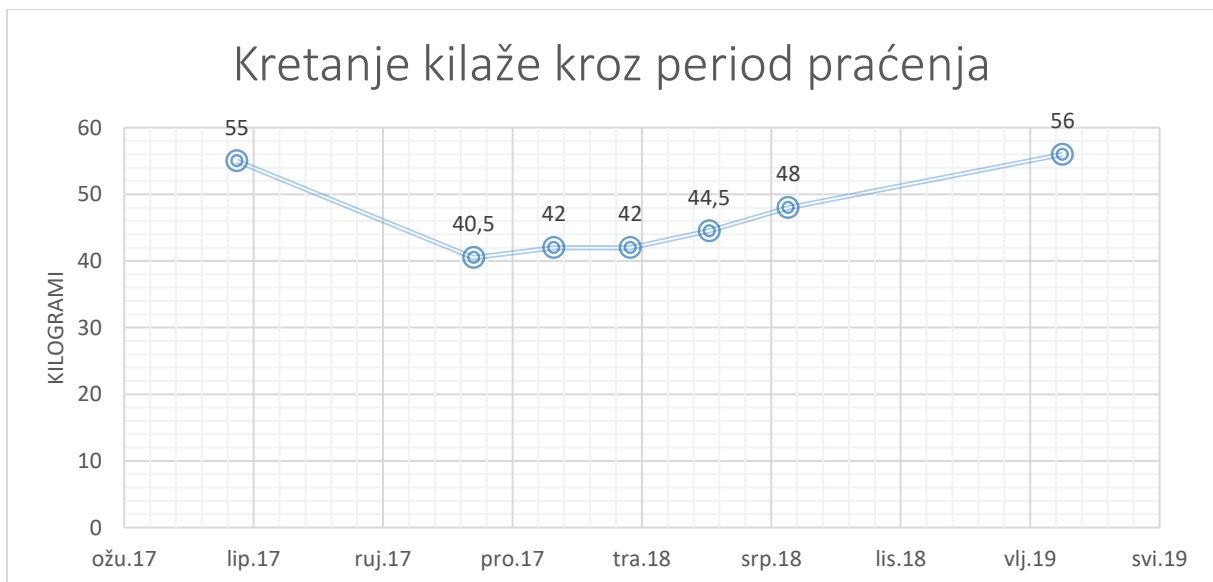
Pacijentica nakon te kontrole ipak više nije odlazila na kontrole na kliniku već se svaki mjesec javljala svome obiteljskom liječniku. Obiteljski liječnik bi ju pri svakom posjetu izvagao i bilježio njen napredak vezan uz tjelesnu težinu. Ako bi postojao kakav problem rješavao bi se uz konzultaciju s majkom pacijentice. Redovno je odlazila jednom mjesečno na psihologijsko savjetovanje, uz redovito uzimanje terapije.

Pacijentica je sada u dobi od 21 godine i redoviti je student. Od terapije uzima još povremeno samo alprazolami i flurazepam. Sada TM 56 KG, TV 160 cm. Studira, putuje, uživa u životu i hrani.



Slika 1. Prikaz fizičkog stanja za vrijeme liječenja i nakon oporavka

Izvor: Privatna arhiva M.Č.



Graf 1 Kretanje kilaže

3.1 Prikaz slučaja – sestrinske dijagnoze

U prikazu slučaja bile su prisutne sestrinske dijagnoze: podhranjenost , visok rizik za dehidraciju, neprihvatanje bolesti, tjeskoba i visok rizik za smanjeno podnošenje napora.

Podhranjenost je bila rezultat smanjenog unosa hranjivih tvari i ekstremnog vježbanja. Tijekom hospitalizacije pacijentica je uzimala redovite manje, ali češće obroke i tokom dva tjedna hospitalizacije dobila na težini 1,5 kilograma.

Visok rizik za dehidraciju u prikazu slučaja je bio na početku hospitalizacije zbog smanjenog unosa tekućine , ali kako je liječenje napredovalo pacijentica je shvatila važnost dovoljnog unosa tekućine te do dehidracije nije došlo.

Neprihvatanje bolesti kao sestrinska dijagnoza u prikazu slučaja bila je prisutna na početku bolesti dok je pacijentica svoj način života smatrala zdravim. Pacijentica je svoj način prehrane i puno vježbanja smatrala dobrim za svoje zdravlje. Nakon edukacije na odjelu pacijentica je promjenila ponašanje i prihvatila svoju bolest.

Tjeskoba kao sestrinska dijagnoza se pojavila kada je pacijentica počela shvaćati posljedice svoga ponašanja. Pacijentica je tijekom hospitalizacije naučila smanjiti svoju tjeskobu i napretkom u liječenju tjeskoba je bila sve manje prisutna.

Visok rizik za podnošenje napora u prikazu slučaja javio se kao posljedica perikardijalnog izljeva te je zbog toga pacijentica morala više mirovati jer se brzo umarala. Tijekom hospitalizacije pacijentica poticana da što više odmara i smanji fizičku aktivnost. Upozorena je kako više ne smije vježbati nakon otpusta te kako je oslobođena predmeta Tjelesne i zdravstvene kulture. Kako se perikardijalni izjev povukao mogla je postepeno povećavati fizičku aktivnost.

3.1.1 Sestrinska dijagnoza: Pothranjenost

Sestrinska dijagnoza: Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane što se očituje ITM 15,8.

Pothranjenost se definira kao stanje smanjene tjelesne težine zbog nedovoljnog unosa u organizam potrebnih nutrijenata (20).

Cilj u procesu zdravstvene njege: Pacijentica će zadovoljiti svoje nutritivne potrebe od 2000 kcal kroz 5 dnevnih obroka tijekom boravka na odjelu. Pacijentica će dobiti 0.5 kg u 2 tjedna.

Sestrinske intervencije:

1. U suradnji s bolničkom kuhinjom izraditi individualni plan prehrane.
2. Objasniti pacijentici važnost dovoljnog unosa hranjivih tvari putem hrane.
3. Mjeriti svakodnevno tjelesnu masu pacijentice ujutro, prije samog obroka.
4. Poticati pacijenticu na konzumaciju češćih manjih obroka.
5. Bilježiti količinu svakog pojednog obroka.
6. Ne požurivati pacijenticu prilikom obroka, osigurati dovoljno vremena za svaki obrok.
7. Poticati pacijenticu na uzimanje dovoljno tekućine (2 l dnevno), ali opet ne prevelike količine.
8. Poticati pacijenticu na redovito provođenje oralne higijene prije i nakon obroka.
9. Ostati s pacijenticom nakon svakog obroka 1 h.
10. Nadzirati unos/iznos tekućine tokom 24 sata
11. Osigurati psihološku potporu.
12. Evidentirati svaki obrok i tekućinu u sestrinsku listu (20)

Evaluacija: Cilj postignut, pacijentica je zadovoljila svoje nutritivne potrebe od 2000 kcal dnevno kroz 5 dnevnih obroka tjekom boravka na odjelu , pacijentica je nakon 2 tjedna dobila 1.5 kg.

3.1.2 Sestrinska dijagnoza: Neprihvatanje bolesti

Sestrinska dijagnoza: Neprihvatanje bolesti u/s osnovnom bolešću što se očituje izjavom: "Ja nisam bolesna, to je moj stil života."

Neprihvatanje bolesti tako da pacijenti opravdavaju svoje zdravstveno stanje izjavom kao što je: "Ja nisam bolestan, to je moj stil života". Tako pokušavaju svoje ponašanje i izgled pripisati stilu života(21).

Cilj u procesu zdravstvene njege: Pacijentica će prihvatiti bolest tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Educirati pacijenticu što je to poremećaj prehrane.
2. Omogućiti pacijentici pristup brošurama o poremećajima prehrane.
3. Poticati pacijenticu na izražavanje svojih osjećaja i strahova.
4. Osigurati dovoljno vremena za razgovor.
5. Ohrabrivati pacijenticu.
6. Omogućiti oboljelima od istog poremećaja razmjenu iskustva na odjelu.
7. Poticati pacijenticu i njenu obitelj na uključivanje u grupnu terapiju .
8. Evidentirati sve učinjeno.

Evaluacija: Cilj postignut, pacijentica je prihvatila svoju bolest (21).

3.1.3 Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za dehidraciju

Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za dehidraciju u/s smanjenim unosom tekućine

Visok rizik za dehidraciju definira se kao stanje mogućeg rizika za deficit volumena tekućine, odnosno manjak tjelesne vode i elektrolita.

Cilj u procesu zdravstvene njege: Pacijentica tijekom hospitalizacije neće biti dehidrirana.

Sestrinske intervencije:

1. Objasniti pacijentici važnost redovitog uzimanjadovoljne količine tekućine (2 l dnevno).

2. Objasniti pacijentici kako žeđ nije indikator za unos tekućine.
3. Osigurati dovoljne količine tekućine.
4. Postaviti tekućinu nadohvat ruke.
5. Bilježiti unos tekućine na sestrinskoj listi.
6. U suradnji s bolničkom kuhinjom osigurati adekvatnu prehranu.
7. Poticati pacijenticu na redovito svakodnevno provođenje oralne higijene .
8. Pratiti iznos tekućine.
9. Evidentirati sve učinjeno.

Evaluacija: Cilj postignut, pacijentica tokom hospitalizacije nije dehidrirala (20).

3.1.4 Sestrinska dijagnoza: Tjeskoba

Sestrinska dijagnoza: Tjeskoba u/s nezadovoljstvom vlastitim izgledom što se očituje izjavom: "Ne osjećam se ugodno u svojoj koži."

Tjeskoba nastala nezadovoljstvom vlastitim izgledom je sestrinska dijagnoza koja je prisutna tijekom cijelog perioda liječenja anoreksije nervoze.

Cilj u procesu zdravstvene njege: Pacijentica će znati kako verbalizirati svoju tjeskobu i smanjit će njenu razinu tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Uspostaviti odnos povjerenja s pacijenticom.
2. Educirati pacijenticu o mogućim ishodima bolesti.
3. Opažati neverbalne znakove tjeskobe prisutne kod pacijentice kao što je smanjena komunikativnost.
4. Poticati pacijenticu da verbalizira tjeskobu.
5. Poticati pacijenticu da potraži pomoć medicinske sestre kad osjeti tjeskobu.
6. Osigurati dovoljno vremena za komunikaciju s pacijenticom.
7. Poticati pacijenticu na socijalizaciju s ostalim pacijentima na odjelu.
8. Poticati pacijenticu i obitelj na uključivanje u grupnu terapiju.
9. Evidentirati sve učinjeno.

Evaluacija: Cilj postignut, pacijentica je naučila kako verbalizirati tjeskobu te je smanjila razinu tjeskobe tijekom hospitalizacije(21).

3.1.5 Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za smanjeno podnošenje napora

Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za smanjeno podnošenje napora u/s pothranjenosti

Smanjeno podnošenje napora se definira kao stanje nedovoljne fiziološke ili psihološke snage da pojedinac izdrži ili dovrši potrebne ili željene dnevne aktivnosti(20).

Cilj u procesu zdravstvene njege: Pacijentica će obavljati svoje svakodnevne aktivnosti bez vidljivih znakova napora

Sestrinske intervencije:

1. Planirati s pacijenticom aktivnosti i odmor.
2. Osigurati dovoljno vremena za izvođenje aktivnosti.
3. Osigurati hranu i dovoljno tekućine sukladno pacijentovim potrebama.
4. Poticati pacijenta na češće manje dnevne obroke.
5. Osigurati hranu koja je lako probavljiva i koja se lakše žvače.
6. Poticati pacijenta na verbalizaciju svojih emocija u svezi zdravstvenog stanja.
7. Objasniti pacijentu kako određeni stresori utječu na podnošenje napora.
8. Evidentirati sve učinjeno.

Evaluacija: Cilj postignut, pacijentica obavlja svoje svakodnevne aktivnosti bez vidljivih znakova napora (21).

4. ZAKLJUČAK

Današnjim načinom života, kada smo svi pod pritiskom medija kako „moramo biti lijepi i mršavi“, pojavljuje se sve više onih osoba koje razvijaju poremećaje hranjenja, kao što je anoreksija nervoza. Sve krene nekom restriktivnom prehranom i velikom količinom vježbanja i neke se osobe izgube u tome svemu i naštete svome zdravlju. Bitno je pravovremeno uočiti takve osobe koje pretjeruju u tome i uputiti ih da potraže stručnu pomoć.

Rad na odjelima s oboljelima od poremećaja hranjenja ima svoje specifičnosti, potrebno je imati puno razumijevanja i biti im potpora, bez osuđivanja jer tada je rad s oboljelima ugodniji i uspješniji. Potrebno je puno razgovarati, poticati na izražavanje strahova i uvjerenja te ih educirati i promijeniti „krive“ stavove i uvjerenja.

Medicinske sestre/ tehničari su prvi kojima će se pacijent povjeriti i prvi koji će zamijetiti neki problem i stoga je potrebno da budu educirani kako bi znali pravilno reagirati u tome trenutku.

S obzirom na sve veći broj osoba s poremećajem hranjenja, smatram kako se u školovanju medicinskih sestara ne govori dovoljno o toj temi i onda kada se dođe u situaciju rada s takvim pacijentom ne reagiraju svi pravilno.

Na prikazu ovoga slučaja je vidljivo kako se anoreksija nervoza može i izliječiti samo se mora pravovremeno reagirati i potražiti pomoć kako bi oboljela osoba postala svjesna ozbiljnosti svoga zdravstvenog stanja u koje se dovela svojim načinom života. U ovome liječenju veliku ulogu ima i potpora obitelji bez koje se ne može zamisliti uspješno liječenje. Obitelj je ta koja nakon odlaska iz ustanove mora pružiti maksimalnu podršku oboljelima. U ovome slučaju majka je bila velika podrška kćeri i sigurno bez njene podrške ovo liječenje ne bi bilo ovako uspješno. Uz sve navedeno u ovom slučaju pozitivna je stvar bila i to što je pacijentica bila jako motivirana izlječenju. Danas je pacijentica odlična studentica i obožava putovanja.

5. LITERATURA

1. Kawai K, Yamashita S, Komaki G, Shimizu M, Nakashima M, Etou S, et al. The outcome of treatment for anorexia nervosa in patients who required urgent hospitalization. *Biopsychosoc Med*. 2014 Sep 3;8:20. doi: 10.1186/1751-0759-8-20. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163679> (08.09.2021.)
2. Lock J, La Via MC, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(5):412–425. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25901778/> (09.09.2021.)
3. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR, Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714–723. Dostupno na: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107211> (09.09.2021.)
4. Hotujac Lj. i sur. 2006. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 219-223.
5. Meštrović A, 2014. Poremećaj hranjanja - Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar". Dostupno na: <http://centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20brošura.pdf> (09.09.2021.)
6. Saraf M, Holy anorexia and anorexia nervosa: society and concept of disease. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 1998 Fall;61(4):2-4. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9884606/> (09.09.2021.)
7. Becker AE, Eddy KT, Perloe A, Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009; 42:611–619 Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.20723> (08.09.2021.)
8. Janca A, Ustün TB, Early TS, Sartorius N, The ICD-10 symptom checklist: a companion to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993 Oct;28(5):239-42. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8284737/> (09.09.2021.)
9. Frančičković T, Moro Lj, i sur. 2009. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 289-292

10. Stedal K, Rose M, Frampton I, Landrø NI, Lask B, The neuropsychological profile of children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa. *Arch Clin Neuropsychol*. 2012;27(3):329–337. Dostupno na: <https://academic.oup.com/acn/article/27/3/329/5119> (09.09.2021.)
11. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, et al.; American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2006. Dostupno na: https://www.psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf (09.09.2021.)
12. Rosen DS, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010;126(6):1240–1253. Dostupno na: [peds2010_2821_full.pdf \(ucsd.edu\)](https://pediatrics.aappublications.org/lookup/suppl/doi:10.1542/peds.2010.2821.full/-/DCSupplemental) (10.09.2021.)
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. Dostupno na: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5/updates-to-dsm-5-criteria-text> (10.09.2021.)
14. Sažeti referentni vodič za poremećaje hranjenja. Temeljne intervencije u liječenju i upravljanju anoreksijom, bulimijom i srodnim poremećajima hranjenja. Zagreb: Centar za poremećaje hranjenja BEA; 2013. Dostupno na: http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Sa%C5%BEeti%20referentni%20vodi%C4%8D_HR_0.pdf (10.09.2021.)
15. Balabanić-Mavrović J, Liječenje poremećaja hranjenja. 2nd ed. Zagreb;2012. Dostupno na: http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Lijecenje_poremecaja_hranjenja.pdf (10.09.2021.)
16. Golden NH, Keane-Miller C, Sainani KL, Kapphahn CJ., Higher caloric intake in hospitalized adolescents with anorexia nervosa is associated with reduced length of stay and no increased rate of refeeding syndrome [published correction appears in *J Adolesc Health*. 2014;54(1):116]. *J Adolesc Health*. 2013;53(5):573–578. Dostupno na: <https://www.aafp.org/afp/2015/0101/p46.html> (10.09.2021.)

17. Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR, Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1998;155(4):548–551. Dostupno na: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.155.4.548> (10.09.2021.)
18. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S, Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–731. Dostupno na: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107207> (10.09.2021.)
19. Vitale E, Maglie RB, The role of a psychiatric nurse in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. *Prof Infirm*. 2007 Oct-Dec;60(4):221-9. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/5563650_The_role_of_a_psychiatric_nurse_in_the_treatment_of_anorexia_and_bulimia_nervosa (10.09.2021)
20. Kadović M, Abcu Aldan D, Turina A, 2013. *Sestrinske dijagnoze 2*. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara.
Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783634.Sestrinske_dijagnoze_2.pdf (08.09.2021.)
21. Abcu Aldan D, Babić D, Turina A, 2015. *Sestrinske dijagnoze 3*. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara.
Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf (08.09.2021.)

6. OZNAKE I KRATICE

Popis korištenih kratica:

TM – tjelesna masa

TV – tjelesna visina

ITM - indeks tjelesne mase

SaO₂- saturacija kisikom

c/p – puls

FD- udisaja u minuti

T – tjelesna temperatura

RR – krvni tlak

mmHg - milimetara žive

kg – kilograma

OB - opća bolnica

UZV – ultrazvuk

MR – magnetna rezonanca

EKG – elektrokardiografija

EEG – elektroencefalograf

Tbl - tableta

Mg - miligrama

AN - anoreksija nervoza

BN - bulimija nervoza

DSM - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

MKB - Međunarodna klasifikacija bolesti

7. SAŽETAK

Procjene su kako u ovom trenutku u Hrvatskoj od poremećaja hranjenja boluje oko 35 000 - 45 000 osoba, a dok sve veći broj mlađih žena i mlađih muškaraca ima određeni oblik poteškoća u prihvaćanju izgleda svog tijela, odnosu s unosom hrane i općenito sa samopoštovanjem .

Sam pojam anoreksija definira se kao teži gubitak apetita, dok naziv nervosa upućuje da je razlog gubitka apetita emocionalne naravi. Prema tom navodu može se zaključiti kako taj naziv nije potpuno precizan, jer mnogi oboljeli na samom početku bolesti ne pate od gubitka apetita, već je kod njih prisutan straha od debljanja. Poremećaji hranjenja spadaju u kronične psihijatrijske bolesti sa značajnim medicinskim komplikacijama, psihološkim stresom i psihijatrijskim komorbiditetom.

Razlikuju se dva tipa anoreksije nervoze. Restriktivni tip karakteriziran je izgladnjivanjem i ekstremnim vježbanjem, u kojem nije uključeno ponašanje prejedanja ili pražnjenja. Drugi tip je prežderavajući ili purgativni kod kojeg osoba nakon izgladnjivanja pojede nešto veće količine hrane i zbog prisutnog straha od debljanja izaziva namjerno povraćanje i čišćenje. Čišćenje se odnosi na izbacivanje tek pojedene hrane samoizazvanim povraćanjem, zloupotrebom diuretika, laksativ i sredstava za klistiranje.

Pacijenti s poremećajima prehrane često sebe vide pretilima ili im se ne sviđa njihov oblik tijela. Poremećaje hranjenja u početku je teško prepoznati. Čini se da je osoba samo na malo drastičnijoj dijeti ili samo voli puno jesti. Gubitak težine s anoreksijom nervosa može proći nezapaženo neko vrijeme, osobito kada pacijenti nose vrećastu odjeću ili se oblače u više slojeva. Pacijenti s anoreksijom nervosa obično ograničavaju svoju prehranu na povrće, voće i prehrambene proizvode s manjom kalorijskom vrijednosti, a često i preskoče obroke. Razvijaju rituale obroka, kao što su rezanje hrane na sitne komadiće, tapkanje tekućine ubrusima ili izdvajanje hrane.

Planiranje zdravstvene njege za pacijente s poremećajima hranjenja - anoreksije nervoze bazira se na nekoliko zadaća, a to su najčešće: uspostavljanju adekvatnog unosa hrane i hranjivih tvari, ispravljanje neravnoteže tekućine i elektrolita te potrebna pomoć pacijentu da razvije realnu sliku svoga tijela i poboljša svoje samopoštovanje. Tako se dolazi do najčešćih sestrinskih dijagnoza : pothranjenost, neprihvaćanje bolesti, visok rizik za dehidraciju, tjeskoba i visok rizik za smanjeno podnošenje napora.

Liječenje anoreksije općenito se obavlja timskim pristupom, koji uključuje liječnike, psihologe, psihijatre, dijetetičare i medicinske sestre, a sve s iskustvom rada s oboljelima od poremećaja hranjenja. Liječenje anoreksije nervoze je težak i dugotrajan proces zbog mogućih somatskih komplikacija i psihološke prirode nastanka.

Ključne riječi: poremećaj hranjenja, anoreksija nervoza, restriktivni, purgativni, gubitak težine

8. SUMMARY

It is estimated that currently in Croatia about 35,000 - 45,000 people suffer from eating disorders, and while an increasing number of younger women and younger men have some form of difficulty in accepting the appearance of their body, relationship with food intake and self-esteem in general.

The very term anorexia is defined as a severe loss of appetite, while the name nervosa suggests that the reason for the loss of appetite is of an emotional nature. According to this statement, it can be concluded that this name is not completely accurate, because many patients at the very beginning of the disease do not suffer from loss of appetite, but they have a fear of gaining weight. Eating disorders are chronic psychiatric illnesses with significant medical complications, psychological stress, and psychiatric comorbidity.

There are two types of anorexia nervosa. The restrictive type is characterized by starvation and extreme exercise, which does not involve overeating or emptying behavior. The second type is overeating or purgative, in which a person eats slightly larger amounts of food after starvation and, due to the present fear of gaining weight, causes intentional vomiting and cleansing. Cleansing refers to the expulsion of freshly eaten food by self-induced vomiting, abuse of diuretics, laxatives and enemas.

Patients with eating disorders often see themselves as obese or dislike their body shape. Eating disorders are difficult to recognize at first. The person seems to be only on a slightly more drastic diet or just likes to eat a lot. Weight loss with anorexia nervosa can go unnoticed for some time, especially when patients wear baggy clothes or dress in multiple layers. Patients with anorexia nervosa usually limit their diet to vegetables, fruits, and low-calorie foods, and often skip meals. They develop meal rituals, such as cutting food into small pieces, tapping liquid with napkins, or separating food.

Health care planning for patients with eating disorders - anorexia nervosa is based on several tasks, the most common of which are: establishing adequate food and nutrient intake, correcting fluid and electrolyte imbalance, and helping the patient develop a realistic picture of his body and improve self-esteem. This leads to the most common nursing diagnoses: malnutrition, rejection of the disease, high risk of dehydration, anxiety, and high risk of reduced endurance.

Treatment of anorexia is generally done through a team approach, which includes physicians, psychologists, psychiatrists, dieticians, and nurses, all with experience of working with patients with eating disorders. Treatment of anorexia nervosa is a difficult and time-consuming process due to possible somatic complications and the psychological nature of its occurrence.

Key words: eating disorder, anorexia nervosa, restrictive, purgative, weight loss

9. PRILOZI

Slika 1 Prikaz fizičkog stanja za vrijeme liječenja i nakon oporavka 14

Graf 1 Kretanje kilaže 14

IZJAVA

o suglasnosti za korištenje medicinskih podataka pacijenta u svrhu završnog rada s prikazom slučaja

(PRIVOLA)

Kojom ja

Muharana Čičić

Potpisom ove izjave dajem svoju izričitu suglasnost da se moji medicinski podatci prikupljaju, koriste i analiziraju u svrhu izrade završnog rada s prikazom slučaja.

Sukladno navedenom, slobodnom voljom izražavam izričitu suglasnost-privolu za korištenje spomenutih medicinskih podataka od strane osoba koje imaju dozvolu za prikupljanje, obradu, korištenje i arhiviranje podataka.

Mjesto i datum:

9.7.2021. Hrvatska Kostajnica

Potpis:

Muharana Čičić

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

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

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>10.09.2021</u>	SASA TOVUNAC	<i>Sasa</i>

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

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


SASA TOVUNAC

ime i prezime studenta/ice

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

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 10.09.2011.


potpis studenta/ice