

"Poremećaji prehrane"

Doko, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:342316>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-05**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Nikolina Doko

POREMEĆAJI PREHRANE

ZAVRŠNI RAD

Dubrovnik, 2020.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

POREMEĆAJI PREHRANE

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT:

Nikolina Doko

MENTOR:

Doc. dr. sc. Ljubica Matijević Mašić

Dubrovnik, 2020.

SADRŽAJ

1. Uvod.....	2
2. Epidemiološka obilježja poremećaja prehrane.....	4
3. Etiološki faktori.....	4
3.1. Biološki faktori.....	5
3.2. Dob.....	5
3.3. Spol.....	6
3.4. Tjelesna težina.....	7
3.5. Psihološki faktori.....	8
3.6. Socijalni faktori.....	8
3.6.1. Obitelj.....	9
3.6.2. Vršnjaci.....	10
3.6.3. Mediji.....	11
4. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji za poremećaje prehrane	12
5. Klinička slika.....	13
5.1. Anoreksija nervoza.....	13
5.2. Bulimija nervoza.....	16
5.3. Poremećaj hranjenja, neodređen.....	17
6. Terapijski pristup.....	18
7. Prevencija.....	20
7.1. Primarna prevencija.....	21
7.2. Sekundarna prevencija.....	21
7.3. Tercijarna prevencija.....	22
8. Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja prehrane	24
9. Sestrinske dijagnoze kod osoba s poremećajem prehrane	26
9.1. Pothranjenost u/s osnovnom bolešću.....	26
9.2. Visok rizik za dehidraciju.....	27
9.3. Visok rizik za samoozljeđivanje.....	27
9.4. Socijalna izolacija.....	28
10. Zaključak.....	30
11. Literatura.....	32

SAŽETAK

Poremećaji prehrane uključuju stanja uzrokovana povećanim i smanjenim unosom nutrijenata. Ti poremećaji prepoznati su odavno i u stalnom su porastu. Pretilost je stanje organizma u kojem se višak masnog tkiva nakuplja u tolikoj mjeri da ugrožava zdravlje. Uzrok prekomjernoj tjelesnoj težini i gojaznosti je kompleksan jer najčešće sudjeluje više čimbenika. Pretilost predstavlja veliki svjetski zdravstveni problem današnjice.

Pothranjenost je naziv za kronični nedostatak ili neravnotežu hranjivih tvari u ljudskoj redovnoj prehrani. Klinička definicija opisuje pothranjenost kao stanje energetske, proteinske ili nutritivne deficita koje uzrokuje mjerljivu promjenu tjelesnih funkcija.

Glavni predstavnici poremećaja prehrane u adolescenciji i mlađoj dobi su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Anoreksiju nervozu karakterizira samoizgladnjivanje i pretjerana fizička aktivnost, dok bulimiju nervozu obilježava prejedanje nakon kojeg slijedi samoizazvano povraćanje ili neki drugi način izbacivanja hrane. Kao uzrok tih poremećaja prehrane navodi se multifaktorsko djelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Poremećaji prehrane utječu na psihološko, tjelesno te socijalno funkcioniranje oboljele osobe i u konačnici mogu dovesti do ireverzibilnih tjelesnih oštećenja i smrti. Zdravstvena njega kao i liječenje oboljelih vrlo je kompleksno, zahtijeva multidisciplinarni pristup, uz stalnu edukaciju osoblja.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, anoreksija, bulimija, prevencija, zdravstvena njega

ABSTRACT

Eating disorders include conditions caused by increased and decreased nutrient intake.

These disorders have been recognized for a long time and are on the rise. Obesity is a condition of the body in which excess fat accumulates to such an extent that it endangers health. The cause of overweight and obesity is complex, as multiple factors are most often involved. Obesity is a major global health problem today

Malnutrition is the name for a chronic lack or imbalance of nutrients in the human regular diet. The clinical definition describes malnutrition as a condition of energy, protein, or nutritional deficiency that causes a measurable change in bodily functions.

The main representatives of eating disorders in adolescence and young age are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Anorexia nervosa is characterized by self-starvation and excessive physical activity while bulimia nervosa is characterized by overeating followed by self-induced vomiting or some other way of expelling food. The cause of these eating disorders is the multifactorial action of biological, psychological and social factors. Eating disorders affect the psychological, physical and social functioning of a sick person and can ultimately lead to irreversible bodily harm and death. Health care as well as the treatment of patients is very complex, requiring a multidisciplinary approach, with constant education of staff.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, prevention, health care

1. UVOD

Poremećaji prehrane uključuju povećan i smanjen unos nutrijenata. tj. stanja pretilosti (gojaznosti) i pothranjenosti.

Pretilost je stanje organizma u kojem se višak masnog tkiva nakuplja u tolikoj mjeri da ugrožava zdravlje. Uzrok prekomjernoj tjelesnoj težini i gojaznosti je kompleksan, jer najčešće sudjeluje više čimbenika: genetski, prehrambeni, psihički, socioekonomski. Među njima od velikog značenja su oni čimbenici koji su posljedica stila življenja i koji se mogu mijenjati : pretjerani unos hrane, prekomjerno konzumiranje alkohola, tjelesna neaktivnost, stres. Sekundarna pretilost je posljedica različitih poremećaja i bolesti. Sekundarna pretilost još se naziva simptomatska, složena i polisimptomatska. Vrsta kod koje je prekomjerna debljina sporedni simptom neke druge bolesti. To su najčešće neke nasljedne bolesti ili sindromi i stečene bolesti središnjeg živčanog sustava ili žlijezda s unutarnjim izlučivanjem. Pretilost predstavlja jedan od vodećih svjetskih zdravstvenih problema sadašnjice. Bolest je sve više prisutna kod djece i u mladenačkoj dobi. U svijetu se bilježi dramatičan porast djece do pet godina s prekomjernom tjelesnom masom. Vodeći okolišni čimbenici su krivi izbor hrane, debljina roditelja, pretjerana konzumacija visokoenergetskih napitaka i jela, smanjena tjelesna aktivnost, te sjedilački način života. Debljina u djetinjstvu korelira s čimbenicima za razvitak dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti i drugih brojnih komorbiditeta u odrasloj dobi.

Pothranjenost je naziv za kronični nedostatak ili neravnotežu hranjivih tvari u ljudskoj redovnoj prehrani. Klinička definicija opisuje pothranjenost kao stanje energetske, proteinske ili nutritivne deficita koje uzrokuje mjerljivu promjenu tjelesnih funkcija. Može nastati zbog nedostatnog unosa hranjivih tvari, malapsorpcije, poremećenog metabolizma, gubitka hranjivih tvari uslijed proljeva ili povećanih prehrambenih potreba (kao što je to slučaj kod raka ili infekcije). Pothranjenost je povezana s mnogim poremećajima i okolnostima uključujući siromaštvo i društvenu oskudicu. Opasnost je također povećana u određenim razdobljima života (tijekom dojenačke dobi, ranog djetinjstva, adolescencije, trudnoće, dojenja i u starosti).

Djeca su ugroženija od ostale populacije jer je djetinjstvo doba intenzivnoga rasta i razvoja, kada je organizmu potrebno više energije i bjelančevina. Pothranjenost uzrokuje velika oštećenja u organizmu, a posebice u organizmu djeteta. Osim što utječe na rast i razvoj djeteta, mnoga istraživanja pokazuju da pothranjenost utječe i na usporen psihički razvoj te slabiju intelektualnu sposobnost i sposobnost učenja.

Rezultati brojnih epidemioloških studija ukazuju na to da broj djece i adolescenata s poremećajima prehrane od pedesetih godina do danas postojano raste. Osobito zabrinjava uočeni porast pojavnosti bolesti u sve mlađim dobnim skupinama. Glavni predstavnici poremećaja prehrane u adolescenciji i mlađoj dobi su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Nastaju kao posljedica razvojnih i obiteljsko-socijalnih poremećaja ili su uzrokovani biološkim čimbenicima. Anoreksiju nervozu karakterizira konstantan pokušaj zadržavanja minimalne tjelesne težine. Sve to prati intenzivan strah od debljanja čak i kada je minimalna težina postignuta uz prisutnost iskrivljene percepcije vlastite težine i tjelesnog izgleda. S druge strane, pretjerana konzumacija ogromne količine hrane u kratkom razdoblju popraćene s ponovnim čišćenjem, vježbanjem ili produženim gladovanjem, obilježja su bulimije nervoze. Neki od faktora koji utječu na nastanak bolesti jesu: kulturološki i obiteljski pritisak, emocionalni poremećaji i poremećaji ličnosti. Genetika također može imati određenu ulogu. Glavni cilj rada je upoznati se s poremećajima izazvanim smanjenim unosom hrane u mladih i adolescenata te koji biološki, psihološki i sociokulturalni čimbenici pridonose njihovom nastanku i održavanju. Navest će se uspješni načini liječenja i prevencije ovih poremećaja te uloga i značaj medicinske sestre u provedbi njihove zdravstvene skrbi.

2. EPIDEMIOLOŠKA OBILJEŽJA POREMEĆAJA PREHRANE

Tipična obilježja ovih poremećaja su veća pojavnost u ženskog spola (90%), početak bolesti najčešće u adolescentnoj dobi te velika ozbiljnost ovog psihijatrijskog entiteta koja se ogleda u visokoj stopi smrtnosti, pri čemu mortalitet doseže i do 20% (1). Sveukupna prevalencija poremećaja prehrane procjenjuje se na 5% u općoj populaciji prevalencija anoreksije na oko 1%, a bulimije 1-3% (2).

Rezultati brojnih epidemioloških studija ukazuju na to da broj djece i adolescenata s poremećajima prehrane od pedesetih godina do danas postojano raste. Osobito zabrinjava uočeni porast pojavnosti bolesti u sve mlađim dobnim skupinama. Podaci o prevalenciji poremećaja prehrane dostupni su za razvijenije zemlje. U njima je AN treća po učestalosti kronična bolest među adolescenticama i mlađim ženama. U SAD-u je zabilježen porast broja hospitalizacija zbog poremećaja prehrane u dobi mlađoj od 12 godina za preko 100% u periodu od 1999. do 2006. Vrhunac pojavljivanja anoreksije je u adolescenciji, između 12-18 godina (1). Bulimija se u prosjeku pojavljuje nešto kasnije od anoreksije, u završnoj adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi te se češće od anoreksije pojavljuje i u muškog spola (3).

Cjeloživotna prevalencija za anoreksiju nervozu iznosi 0,4 – 3,7%, a za bulimiju 1,2 – 4,2% (4). Prema istraživanjima provedenim prije četiri desetljeća smatralo se da je anoreksija učestalija u višim društvenim slojevima, međutim, novija istraživanja povezuju bolest s profesijama u kojima je mršavost imperativ (manekenstvo, balet) (5).

3. ETIOLOŠKI FAKTORI

Uzrok poremećaja prehrane je nepoznat, ali činjenice podupiru ulogu biopsihosocijalnih čimbenika. Od bioloških faktora najčešće se navode dob, spol i tjelesna težina, dok kod psiholoških faktora značajnu ulogu imaju samopoštovanje, perfekcionizam, te zadovoljstvo slikom tijela. Kada je riječ o socijalnim faktorima najčešće se navode utjecaj medija, vršnjaka i roditelja na sliku tijela (6).

Smetnje prehrane su jedna od češćih tema koje zaokupljaju pažnju roditelja djece mlađeg uzrasta. Nerijetko članovi uže i šire obitelji zajednički sudjeluju u pronalaženju postupaka koji bi donijeli željenu promjenu, bilo da se kod djeteta rad o konzumiranju

premalo ili previše hrane. Najčešće se ipak radi o tome da su roditelji često bezrazložno opterećeni količinom hrane koju dijete uzima, iako ono nije premršavo (7).

Poremećena je funkcija hipotalamohipofizno-gonadalne osi. Povišen je kortizol u plazmi, smanjen je njegov metabolizam, povišen je kortikotropni oslobađajući hormon, povišeni su endogeni opijati, a serotonin je snižen kao posljedica malnutricije. Funkcija štitnjače žlijezde je također prigušena (6).

3.1. Biološki faktori

Istraživanja su pokazala da postoji obiteljska sklonost anoreksiji. Povećan rizik imaju osobe kojima srodnik prvog reda boluje od tog poremećaja. Rani pubertetski razvoj također može stvoriti rizik za njegov razvoj (8). Postoji cijeli niz istraživanja o utjecaju bioloških faktora na razvoj poremećaja prehrane, kao i niz pokušaja da se nastanak poremećaja prehrane objasni genetskim uzročnicima, ali još uvijek nisu točno poznati genetski mehanizmi koji se nalaze u osnovi poremećaja prehrane. Usprkos tome, sa sigurnošću se može tvrditi da biološka predispozicija djelomično jest genetska, što objašnjavaju nalazi u kojima je zapažen povećan rizik kod bliskih srodnika i monozigotnih blizanaca. Budući da je to bolest koja zahvaća uglavnom mlade žene, možemo reći da su značajni biološki faktori dob i spol (9).

3.2. Dob

Anoreksija nervoza rijetko počinje prije puberteta, ali postoje mišljenja da težina duševnih smetnji može biti veća kod osoba kod kojih se bolest razvija u pubertetu. Ipak podaci također pokazuju da, ako bolest počinje tijekom rane adolescencije (između 13 i 18 god.) prognoza može biti povoljnija. U više od 90% slučajeva poremećaj se javlja kod žena. Prosječna dob početka Anoreksije nervoze je 17 godina, a neki podaci upućuju na dva vrhunca (u dobi od 14 i 18 godina). Poremećaj rijetko počinje u žena starijih od 40 godina. Početak bolesti je često udružen sa stresnim životnim događajem, kao što je odlazak na studij. Bulimija nervoza obično počinje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Prejedanje često počinje tijekom ili poslije epizode dijete. Ponašanje sa smetnjama prehrane traje

najmanje nekoliko godina u visokom postotku kliničkih uzoraka. Tijek može biti kroničan ili intermitentan, s periodima remisije koji se izmjenjuju s povratnim prejedanjima (10).

Razvoj djevojaka u ranoj adolescenciji povezan je s porastom tjelesne mase, negativnom slikom tijela, željom za mršavošću, te povećanom potrebom za provođenjem dijete. Srednja škola predstavlja razdoblje u kojem su posebno djevojke rizična skupina za razvoj poremećaja prehrane, a nezadovoljstvo tijelom i dijeta smatraju se normativnim ponašanjem (8).

Poznato je kako način na koji roditelji zadovoljavaju djetetove potrebe u prvim godinama života, općenito utječe na razvoj djetetove sigurnosti, također slike o sebi, što uključuje i sliku o svome tijelu. Postupci roditelja koji suviše štite, ali i onih s visokim očekivanjima, a ponekad oboje u kombinaciji, čine rizik po razvoj poremećaja u prehrani njihove djece. S druge pak strane djeca pred koju njihovi roditelji stavljaju prevelike zahtjeve, znaju postati izbirljiva, odbacivati hranu u nekom obliku ili pojedine namirnice, ponekad mogu pokazivati osjetljivost prema nekim mirisima, dapače i boji te izgledu hrane. Navedeno je, iako u rijetkim slučajevima, put u pothranjenost u dječjoj dobi (9).

3.3. Spol

Iako su većina osoba oboljelih od poremećaja prehrane žene, zabluda je da je to problem koji se ne događa muškarcima. Podaci govore da otprilike 5% do 10% od ukupnog broja oboljelih čine muškarci. Pretpostavlja se da je u realnosti taj broj i veći jer su muškarci manje skloni traženju pomoći. Kod muškaraca je posebno čest poremećaj kompulzivnog prejedanja. Zanimljivo je naglasiti da kad je riječ o poremećajima prehrane u djece mnogo je više oboljelih dječaka (do 25%). Ipak kada je riječ o adolescentskoj dobi, kao što je spomenuto, veći je broj oboljelih djevojaka. Istraživanja provedena na adolescentima sugeriraju da su zabrinutost tjelesnim izgledom i težinom od većeg značenja za djevojke nego za mladiće. Kod djevojaka u adolescenciji dolazi do prosječnog povećanja tjelesne težine što većinu djevojaka udaljava od dominantnog ideala tjelesne težine. Uz spomenuto adolescencija je i vrijeme kada se formiraju odnosi s vršnjacima, te se postiže osjećaj vlastitog identiteta što uz navedeno predstavlja značajne životne stresore (8).

3.4. Tjelesna težina

Kod osoba s poremećajem prehrane prisutna je izrazita zabrinutost zbog težine koja se često pokušava smanjiti i kontrolirati. Hranjenje i tjelesna aktivnost su ponašanja koja neposredno utječu na težinu, dok navike prehrane i oblici vježbanja određuju kalorični unos i razinu aktivnosti. Bliži faktori koji utječu na težinu uključuju osobne faktore koji oblikuju dijetu i aktivnost, a mogu se sagledati kroz osobne attribute i kognitivne faktore. Daljnji utjecaj na težinu odnosi se na sociokulturalne strukture i procese koji kontroliraju opće okruženje u kojem ponašanje, te osobni faktori i odnosi djeluju (8).

Tjelesna težina može se izražavati putem indeksa tjelesne mase (ITM), koji je poznat i pod nazivom Quetletov indeks. ITM izražava težinu u odnosu na visinu, a izračunava se prema formuli: težina u kg podijeljena kvadratom visine izražene u metrima, a korelira s debljinom kože odraslih muškaraca i žena kao i djece od 4. do 17. godine. ITM je najniži u osoba s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa, nešto je viši u osoba s anoreksijom nervozom purgativnog tipa, još viši kod bulimičara purgativnog tipa, a najviši kod bulimičara nepurgativnog tipa, dok je ITM kod osoba s poremećajem prekomjernog jedenja već u kategoriji gojaznosti. U adolescenciji se mijenja proporcija masnog tkiva u odnosu na mišićno tkivo, što je izraženije kod djevojčica. Tijekom puberteta dječaci proizvode testosteron koji potiče mišićni razvoj (11).

Prosječni osamnaestogodišnji mladić troši 25% kalorija više nego prosječni dvanaestogodišnjak, dok se proporcija masnoće u njihovoj tjelesnoj strukturi tek neznatno mijenja. S druge strane djevojke nakon puberteta jedu manje nego što su jele kada su imale 12, no proporcija masnoće u njihovom tjelesnom sastavu bitno je veća jer se energija više ne koristi za potrebe rasta. Tjelesna težina se povećava ranije kod djevojčica što može rezultirati nezadovoljstvom tjelesnom težinom (8).

U adolescenciji dolazi i do povećanja mišićne mase, i to izrazitije kod dječaka nego kod djevojčica. Promjene u skeletnom sustavu, okoštavanje, rast unutrašnjih organa, te općenito pojedinih dijelova tijela i organizma u cjelini također značajno doprinose psihofizičkom razvoju mlade osobe. Poznato je da su mlade žene koje u odnosu na svoje vršnjakinje, imaju veću tjelesnu težinu i više tjelesne masnoće, manje zadovoljne vlastitim tijelom, češće provode dijetu i pokazuju simptome poremećaja prehrane. Međutim, nalazi brojnih autora potvrđuju da tjelesna težina nije jedini i dovoljan prediktor nastanku odstupajućih navika prehrane (12).

3.5. Psihološki faktori

Anoreksija se pojavljuje kao reakcija na zahtjeve adolescentnoga razvoja za većom neovisnošću i porastom interesa socijalnoga i seksualnoga funkcioniranja. U psihodinamici nastanka anoreksije, koja je najčešća u adolescenciji i u djevojčica, znatnu ulogu ima promijenjen odnos s roditeljima, psihički i relacijski poremećaji roditelja i nasilan i krut stav i strahovanja roditelja u pogledu prehrane. Anoreksične djevojke pokazuju dvojaka osjećanja prema drugim osobama, smetnje psihoseksualnog identiteta, teškoće poistovjećivanja s majkom i prihvaćanjem svoje ženske uloge. Zbog svega navedenoga vrlo teško prihvaćaju i psihoterapijski tretman. Što se tiče čimbenika okruženja, na žalost svi mladi ljudi imaju podršku zajednice u vježbanju i postizanju što manje tjelesne mase i veće vitkosti (13).

Samopoštovanje žena često ovisi o vanjskim faktorima poput tjelesnog izgleda. Zapadni stereotipi ljepote i mršavosti mnogim djevojkama ostaje nedostižan čime njihovo samopoštovanje može biti ozbiljno narušeno. Postoji visoka povezanost između poremećaja prehrane i depresije, no još nije jasno javlja li se prije afektivni poremećaj ili poremećaj prehrane. Predodžba o vlastitom tijelu je također važan faktor, kao i niži osjećaj autonomije. Obitelji u kojima se pojavljuje anoreksija su često neorganizirane i oboljele osobe osjećaju da se njihovo mišljenje ne uzima u obzir te na ovaj način žele pridobiti pažnju. Također, ponekad se osoba ne osjeća dovoljno kompetentnom za sudjelovanje u odraslom svijetu pa smanjenim unosom kalorija pokušava odgoditi odrastanje. Sniženo samopoštovanje osobina je koja je prisutna i u osoba s anoreksijom i bulimijom nervozom, a pretpostavlja se da je i jedan od rizičnih faktora za razvoj poremećaja. Među ženama s dijagnosticiranim poremećajem prehrane percepcija tjelesne težine i zadovoljstva tijelom narušene su u većoj mjeri kod onih sa niskim samopoštovanjem (14).

3.6. Socijalni faktori u nastanku poremećaja prehrane

Od trenutka rođenja tijelo postaje predmetom opažanja i vrednovanja drugih, a kasnije i same osobe. Vanjski izgled pretežno je genetski određen, a za razvoj tjelesnog samopoimanja značajno je kako na tu genetsku činjenicu i njezin javni ishod reagira okolina, odnosno kakvi su u vezi s tjelesnim izgledom standardi i očekivanja okoline. Svaka kultura ima svoje standarde o tome kako bi idealan muškarac i idealna žena trebali izgledati, pri čemu je bitno naglasiti kako se ti ideali značajno razlikuju (11).

Društvena okolina postavlja norme i ideale, te pruža pojedincu povratnu informaciju o tome koliko se on uklapa u norme. U zapadnjačkim kulturama postavljaju se ekstremne norme za žene, pa se cijeni vitko i mišićavo tijelo, bujnog poprsja, ujedno i čvrsto, ali ne pretjerano mišićavo. Za muškarce su norme nešto manje ekstremne, pa bi prema njima idealan muškarac trebao imati mišićavo tijelo širokih ramena, ravan trbuh, te uski struk i bokove (15).

Pripadnici zapadnjačkih kultura nerijetko teže spomenutim idealima, što dovodi do ponašanja rizičnih za razvoj poremećaja prehrane. Istraživanja pokazuju kako su žene te kod kojih je sociokulturalni pritisak ka postizanju ideala veći. Ideali koji su nametnuti pretežno su nedostižni što rezultira nezadovoljstvom vlastitim izgledom, što može rezultirati nizom nepoželjnih ishoda. Na internalizaciju ideala izgleda prije svega utječu poruke koje odašilju mediji, vršnjaci i roditelji, koji predstavljaju važne socijokulturalne faktore u razvoju poremećaja prehrane.

3.6.1. Obitelj

Obitelj je primarna sredina u kojoj se odvija socijalizacija, te samim time ima značajnu ulogu u prenošenju društvenih vrijednosti. Ističe se kako roditelji mogu oblikovati navike prehrane djece već u ranom djetinjstvu, te da roditeljsko usvajanje ideala zapadnjačkih kultura može utjecati na rane oblike ponašanja kod djece. Kukić navodi kako se roditeljski stavovi najčešće prenose putem modeliranja, opažanjem stavova i ponašanja roditelja prema vlastitom tijelu, te direktnom komunikacijom, odnosno komentarima upućenim djetetu kojima se evaluira djetetov izgled ili ga se potiče na promjenu težine i oblika tijela (15).

Istraživači i kliničari također sugeriraju da su različiti poremećaji prehrane povezani sa specifičnim oblicima obiteljske interakcije, što je razlog brojnim istraživanjima upravo obitelji oboljelih. Istraživanja se uglavnom usmjeravaju na stilove obiteljske interakcije sa stajališta djevojaka koje imaju probleme prehrane te njihovih roditelja. Istraživanja o ulozi roditeljskih ponašanja u razvoju dječje psihopatologije pokazuju konzistentne nalaze o važnosti pozitivnog emocionalnog odnosa djeteta i roditelja, te bihevioralne kontrole djetetova ponašanja (16).

Zubčić je u svom istraživanju na adolescentima dobila rezultate koji upućuju da obiteljsko okruženje karakterizirano nedostatkom emocionalne topline i prihvaćanja djeteta kao i povećana kontrola djetetovog ponašanja povećavaju rizik za razvoj poremećaja prehrane. Analizom rezultata utvrđeno je da su djevojke koje ne drže dijete kao i one na minimalnoj i umjerenoj dijete izvještavale o značajno prisnijem odnosu s majkom (više

emocionalnosti, manje kontrole) u odnosu na one koje su držale ekstremne dijete. Također se pokazalo da djevojke koje imaju povećanu zabrinutost zbog tjelesne težine i više su zaokupljene s hranom imaju odnos s ocem koji je karakteriziran nedostatkom emocionalne topline i prihvaćanja (17).

Rezultati istraživanja Pokrajac-Bulian potvrđuju neposredno djelovanje okolinskih faktora na nastanak anoreksije, posebno pritiska okoline na održavanje mršavoga tijela. Okolinski faktori, odnosno, značenje što ga roditelji pridaju mršavosti vlastitih kćeri, zajedno sa zadirkivanjem zbog težine i neuroticizmom kao crtom ličnosti, posredovanjem nezadovoljstva vlastitim tijelom i učestalosti provođenja dijete, pogoduju nastanku poremećaja prehrane (18).

Brojna su istraživanja koja govore o obitelji kao bitnom faktorom za nastanak poremećaja prehrane. Roditelji zabrinutošću za vlastiti izgled, korištenjem različitih metoda za promjenu izgleda, negativnim komentarima upućenim djeci vezano za njihov izgled kao i poticanjem djece na gubljenje težine povećavaju nezadovoljstvo tijelom kod djece, te povećavaju rizik za korištenjem različitih pomagala i strategija kako bi smanjili težinu.

3.6.2. Vršnjaci

Vršnjaci, osim članova obitelji, imaju značajan utjecaj na psihosocijalni razvoj adolescenata. Vršnjaci se navode kao jedan od socijalnih faktora koji ima utjecaj na razvoj poremećaja prehrane, ali istraživanja na ovu temu je relativno malo. Istraživanja vršnjačkih odnosa pokazuju da adolescentni prijatelji teže tome da sliče jedan drugom i to u mnogo dimenzija pa tako i onima vezano uz tjelesni izgled. U adolescenciji dolazi do niza promjena kao i do nastanka novih prijateljstva i veza, pa je adolescencija između ostalog karakteristična po izrazitoj potrebi za pripadanjem i prihvaćenošću od strane vršnjaka, te samim time mišljenja i stavovi vršnjaka dobivaju veliku važnost. Vrlo česta tema među adolescentima, posebno djevojkama je i tjelesni izgled jer je upravo on u adolescenciji bitna odrednica samovrednovanja i vrednovanja drugih.

Paxton i suradnici navode kako zabrinutost zbog tjelesne težine i dijeta koja postoji unutar vršnjačke skupine, razgovor s prijateljima o tim temama, uspoređivanje izgleda, vršnjačko zadirkivanje i slično, značajno doprinose razvoju negativne slike tijela u pojedinca, provođenju dijete, kao i korištenju ekstremnih metoda s ciljem gubitka težine (19).

Izgled i privlačnost posebno su značajni za djevojke pri prijelazu iz djetinjstva u adolescenciju. Velik broj djevojaka razgovara s prijateljima o težini, izgledu i dijete. Najčešće

se razgovara o različitim načinima kontrole težine i o strahu od debljanja tako da djevojke koje se međusobno druže, dijele sličnu razinu nezadovoljstva tijelom, želje za mršavošću i dijetnoga ponašanja (18).

3.6.3. Mediji

Osim izravnih interpersonalnih kontakata poruke o društvenim idealima tjelesnog izgleda prenose se i putem medija. Za mlade su ljude masovni mediji, posebno televizija i razni časopisi, možda najmoćniji prijenosnici sociokulturnih ideala. Budući da je adolescencija razdoblje intenzivnog razvoja identiteta i istraživanja spolne uloge, nije čudno da mediji imaju veliki utjecaj i njihovo značenje se ne smije zanemariti. Za adolescente je televizija posebno važan i istaknut medij. Mladi ljudi često gledaju televiziju, a socijalni pritisak prema mršavosti koji se propagira u televizijskim emisijama posebno utječe na njih s obzirom na to da se nalaze u razdoblju tijekom kojeg se razvija identitet i istražuje spolna uloga. Istraživanja o utjecaju medija upućuju na to da je veća izloženost medijima, koji ističu mršavost, povezana s izraženijim simptomima poremećaja prehrane (8).

Oko 9% reklama odašilje direktne poruke o ljepoti, a puno više njih, posebice onih usmjerenih ženama i djevojkama implicitno naglašavaju važnost ljepote (15). U reklamama kao i u časopisima, filmovima, glazbenim spotovima i slično, najčešće možemo vidjeti osobe koje svojim izgledom odražavaju društveno prihvaćeni ideal ljepote. To su najčešće mršave, privlačne, uspješne žene, koje postaju modeli za usporedbu, odnosno mediji potiču mlade djevojke na pokušaj postizanja takvog izgleda. Zadnjih godina, pridaje se sve veća važnost i muškom idealu ljepote, pa u medijima nailazimo na slike mišićavih muških tijela. Mediji uz slike savršenih tijela obično pokazuju i načine kako postići takvo tijelo (15). Van den Berg i suradnici u svom istraživanju su dobili rezultate koji su pokazali kako često čitanje članaka u časopisima koji govore o načinim gubljenja težine može predvidjeti nezdravo ponašanje adolescentica vezano uz njihovu prehranu (20). Wilson i Blackhurst, u svom istraživanju potvrdili su utjecaj reklamiranja hrane u ženskim časopisima. Rezultati su pokazali kako je i samo oglašavanje hrane u časopisima povezano s nezadovoljstvom tijelom i različitim ponašanjima kao što su dijete koja na koncu vode poremećajima prehrane (21).

Mediji bi trebali plasirati ideju ne da je vitkost negativna, već da su različiti oblici tijela podjednako prihvatljivi i poželjni u našem društvu. Drugi je način edukacija djece već u osnovnoj školi o kritičkom stavu i prihvaćanju medijskih poruka te načinima odupiranja

neadekvatnom i štetnom medijskom pritisku. Primarna prevencija može se usmjeriti i na edukaciju opće populacije i stručnjaka koji se susreću s visokorizičnim dobnim skupinama, među kojima su prvenstveno adolescenti. Kultura u kojoj živimo, kao i nametnuti nam standardi o idealnom izgledu ženskoga tijela imaju snažan utjecaj na našu percepciju tijela, kao i na razvoj nezadovoljstva tjelesnim izgledom. Sociokulturno okruženje može doprinijeti razvoju nezadovoljstva tijelom prenoseći norme o idealnom tjelesnom izgledu putem medija, posebice oglasa modne i kozmetičke industrije koje zarađuju na račun ženskog nezadovoljstva tijelom (18).

4. KLASIFIKACIJA I DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA POREMEĆAJE PREHRANE

DSM-5 daje kriterije za dijagnozu tri specifična poremećaja prehrane, a to su: anoreksija nervoza (AN), bulimija nervoza (BN) i poremećaj nekontroliranog prehrane. Ostali poremećaji prehrane svrstani su u dvije kategorije: drugi specificirani poremećaji prehrane (*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 prehrane (*Unspecified Feeding or Eating Disorder – UFED*).

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

- A. 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.
- B. Intenzivan strah od dobivanja na težini ili debljanja, ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, čak i uz postojeću značajno nisku težinu.
- C. Poremećen doživljaj vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neprimjeren utjecaj tjelesnog oblika ili težine na samoevaluaciju ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti postojeće niske tjelesne težine.

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

- A. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizoda prejedanja ima sljedeća dva obilježja:

- 1) Jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima.
 - 2) Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem.
- B. Ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci radi preventiranja porasta tjelesne težine, kao što su samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili ekscesivno vježbanje.
- C. Prejedanje i kompenzatorno ponašanje se oboje pojavljuju u prosjeku najmanje jednom tjedno kroz tri mjeseca.
- D. Samoprocjena je neopravdana pod utjecajem tjelesnog oblika i težine.
- E. Smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze (22).

Kriteriji za dijagnozu anoreksije prema MKB-10 su: gubitak na težini, namjerno izbjegavanje hrane koja deblja, strah od debljanja i amenoreja. Razlikuju se dva tipa poremećaja. Restriktivni tip karakteriziran je izgladnjivanjem i ekscesivnim vježbanjem, a prejedajuće/purgativni tip obilježen je povremenim prejedanjem koje je popraćeno purgativnim ponašanjem. Kriteriji za dijagnozu bulimije po MKB-10 gotovo su istovjetni onima u DSM-5, osim što je potrebna učestalost epizoda prejedanja dva puta tjedno kroz tri mjeseca (1).

5. KLINIČKA SLIKA

5.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza poremećaj je prehrane karakteriziran namjernim gubitkom tjelesne mase. Prosječna je dob početka bolesti 17 godina te se rijetko javlja nakon 40. godine. Prevalencija kod žena u kasnijoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi kreće se između 0,5 i 1%, a incidencija se povećala posljednjih desetljeća. Kod anoreksije nervoze tjelesna je masa 15% ispod očekivane, odnosno ITM (indeks tjelesne mase), koji se računa kao omjer mase izražene u kilogramima i kvadrata visine izražene u metrima, manji je od $17,5 \text{ kg/m}^2$ (12).

Osobe gube na tjelesnoj masi izbjegavajući kaloričnu hranu, prekomjerno vježbaju, a katkad izbacuju hranu iz tijela povraćanjem ili laksativima. Zbog neadekvatne prehrane dolazi do hormonskog poremećaja, što rezultira amenorejom, a kod djece u pretpubertetu zaostajanjem u rastu i psihičkim poremećajima (23). Poremećaj najčešće počinje s djetom koja kod okoline i ne izaziva pretjeranu zabrinutost. Međutim, s vremenom opterećenje prehranom i tjelesnom masom postaje sve izraženije. Uz to se javljaju psihički problemi, socijalna izoliranost, problemi u svakodnevnome normalnom funkcioniranju. Oboljeli vrlo rijetko samoinicijativno potraže stručnu pomoć. Najčešće liječenje potaknu zabrinuti članovi njihove obitelji ili liječnici obiteljske medicine (14).

Anoreksija nervoza svojom se tipičnom slikom jasno očituje kod starijih adolescenata i odraslih. Glavna zapreka postavljanju dijagnoze i započinjanju liječenja jest bolesnikovo poricanje poremećaja. Pružanje potpore i empatija imaju ključnu ulogu u osnaživanju osoba da se oslobode straha od dobivanja na tjelesnoj masi i normalnog prehrane, kao i potrebe za prekomjernom fizičkom aktivnosti ili povraćanjem (24).

Liječnike bi sekundarna amenoreja i drugi znakovi gubitka tjelesne mase trebali upozoriti na mogućnost da osoba boluje od poremećaja prehrane. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze koju potkrepljuju i podaci dobiveni od članova obitelji ili prijatelja. Fizičkim pregledom, mjerenjem visine i težine te izračunavanjem ITM-a procjenjuje se težina pothranjenosti. Ostale dijagnostičke pretrage nemaju veliku ulogu u postavljanju dijagnoze, već u procjeni fizičkog stanja osobe i eventualnih komplikacija. Pretrage koje se provode jesu elektrokardiogram, laboratorijski testovi i radiološke pretrage (ultrazvuk, rendgen). Diferencijalno-dijagnostički u obzir dolaze dijabetes, upalne bolesti crijeva i bolesti štitnjače (23).

Prema dijagnostičkom i statističkom priručniku duševnih poremećaja (DSM-V) postoje tri kriterija za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze. To su odbijanje da se tjelesna masa održi na minimalnoj težini za dob i visinu, izuzetan strah od debljanja, poremećen način na koji se doživljavaju težina i oblik tijela (25). Amenoreja u žena generativne dobi kao jedan od kriterija uklonjen je s obzirom na to da se ne odnosi na djevojčice u pretpubertetu, žene koje uzimaju oralne kontraceptive i žene u menopauzi te na muškarce. Neke osobe u kojih se razvijam bolest pretjerano su precizne, ambiciozne, kompulzivne i inteligentne. U početnoj fazi poremećaja prisutni su anksioznost i sniženo raspoloženje (26).

Napredovanjem bolesti emocionalne teškoće postaju sve izraženije. Osobe se sve više povlače u sebe, izbjegavaju socijalne kontakte, zanemaruju posao ili edukaciju i postaju nesamostalne. Često i kasnije u životu ostaju ovisne o svojim obiteljima te se teško upuštaju u intimne odnose s drugim ljudima (14).

Gubitak tjelesne mase smatraju znakom samodiscipline, dok dobivanje na tjelesnoj masi doživljavaju kao gubitak samokontrole. Studije su pokazale da je česta komorbiditetna dijagnoza depresija koja je prisutna kod gotovo 63% oboljelih. Gladovanje dovodi do poremećaja općega zdravstvenog stanja: anemije, oštećenja bubrežne funkcije, kardiovaskularnih tegoba, osteoporoze. Mlade žene koje boluju od anoreksije imaju kasnije u životu povećan rizik od prijeloma (14). U kliničkoj slici izraženi su različiti metabolički i endokrini poremećaji. Postoji poremećaj spolnih hormona (sniženi LH i FSH), supresija TSH, rezistencija tkiva na hormon rasta i povišene razine kortizola (27).

Tijek bolesti vrlo je varijabilan. Pojedine se osobe potpuno oporave, neke pokazuju fluktuaciju tjelesne mase s povremenim relapsom, a u drugih se tijekom godina razvija kroničan oblik bolesti. Pregled 68 studija objavljenih prije 1989. godine s vremenom praćenja od jedne do 33 godine pokazao je da se 43% bolesnika potpuno oporavi, 36% ima djelomičan oporavak, u 20% razvija se kroničan oblik bolesti i 5% umire (24).

Smrt je posljedica gladovanja, neravnoteže elektrolita ili samoubojstva. Stopa smrtnosti veća je kod osoba s manjom tjelesnom masom tijekom bolesti i kod pojave bolesti u dobnoj skupini od 20 do 29 godina. Rijetko bolest prelazi u drugi oblik poremećaja prehrane – bulimiju nervozu. Izgladnjivanje uzrokuje promjene u moždanim strukturama, mijenja se razina svih hormona i neurotransmitera pa dolazi do promjena u ponašanju oboljele osobe. Glad uzrokuje potištenost, neraspoloženje i razdražljivost pa na neki način osoba mijenja svoju ličnost (1).

To je pokazalo i istraživanje provedeno za vrijeme Drugoga svjetskog rata, pod nazivom Minnesotska studija izgladnjivanja (engl. *Minnesota starvation experiment*),

provedeno na dobrovoljcima koji su bili podvrgnuti izgladnjivanju kako bi se utvrdile njegove posljedice na tijelo i psihi. Pokazalo se da izgladnjivanje dovodi do depresije, histerije, a većina ispitanika doživjela je i emocionalni distres. Kod nekih je došlo i do samoozljeđivanja koje se javlja kod osoba koje imaju teškoće u kontroli svojih emocija. Mnogi su postali apatični, letargični, imali su smanjen libido, postajali su sve više socijalno izoliranima, a primijetili su i pad koncentracije te sposobnosti prosuđivanja. Istraživanje je pomoglo boljem razumijevanju utjecaja izgladnjivanja na kognitivno i socijalno funkcioniranje osoba oboljelih od poremećaja prehrane, a osobito od anoreksije nervoze. U nekim slučajevima upoznavanje oboljelih s detaljima ovog eksperimenta može pomoći da lakše razumiju učinak izgladnjivanja na njihovo tijelo (28).

5.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza jest poremećaj prehrane psihološkog podrijetla. Karakterizira ga potreba za unosom velikih količina visokokalorične hrane nakon čega slijedi namjerno povraćanje zbog straha od debljanja. Uglavnom pogađa mlađe žene, a prosječna je dob pojavljivanja 18 godina. Može se javiti sama za sebe ili naizmjenice s anoreksijom. Uzroci poremećaja nisu potpuno poznati. Češće se javlja u obiteljima u kojima je bilo osoba s prekomjernom tjelesnom masom, depresijom, zlouporabom alkohola ili droga (29).

Bulimične osobe obično teže savršenstvu i osjećaju da ne mogu zadovoljiti očekivanja roditelja. Oko polovice oboljelih ima u prošlosti iskustvo spolnog ili fizičkog zlostavljanja. Niska su samopoštovanja, sklone anksioznosti, obično su impulzivne, teško se kontroliraju i suzdržavaju (30).

Neka istraživanja pokazala su da bulimične osobe doživljavaju hranu kao simboličnu zamjenu za ljubav i da je u pozadini poremećaja problem odnosa s majkom (13). Osjećaji nesigurnosti, uznemirenosti i žalosti za njih su nepodnošljivi i moraju ih odmah suzbiti hranjenjem. Za razliku od anoreksičnih osoba koje imaju izrazito malenu tjelesnu masu kod bulimičnih je ona normalna ili malo povećana (23). One su kritičnije prema svojoj bolesti i imaju potrebu da se promijene, no zbog osjećaja stida ne javljaju se odmah liječniku. Kao i kod anoreksije nervoze u postavljanju dijagnoze važne su anamneza i heteroanamneza dobivene od roditelja i prijatelja. Dobivaju se podaci o potrebi za uzimanjem velikih količina hrane. Osoba prestaje jesti tek kada uzeta hrana počne smetati tijelu i kada se javi osjećaj boli zbog prepunog želuca. Kako bi kompenzirala prejedanje, osoba pribjegava samoizazivanju

povraćanja, uporabi laksativa ili diuretika. Da bi se takvo ponašanje smatralo bulimičnim, mora se događati najmanje jedanput na tjedan tijekom tri mjeseca (25).

Bulimija ne podrazumijeva samo povraćanje, nego i bilo kakvo drugo neprikladno ponašanje kao što je pretjerano tjelesno vježbanje kojim se kompenzira prejedanje (14). Iako osobe s bulimijom imaju manje teških tjelesnih komplikacija, češće se prilikom prvog pregleda žale na mučninu, umor, osjećaj napuhnutosti, opstipaciju, poremećaj menstrualnog ciklusa i bol u trbuhu. Postoje erozije zubne cakline, što je karakteristično za povraćanje. Prilikom kliničkog pregleda mogu se zamijetiti povećane žlijezde slinovnice, osobito parotidna žlijezda (24). Također se mogu pronaći ozljede na šakama kao posljedica uporabe ruku radi izazivanja refleksa povraćanja (25).

Kod osoba koje su uzimale laksative ili diuretike mogu biti prisutni edemi. Njihova upotreba može dovesti do dehidracije i elektrolitskog disbalansa, hipokloremije i hipokaliemije. U gastrointestinalnom sustavu javlja se ezofagitis. Dilatacija želuca koja može dovesti do ruptur i smrti vrlo je rijetka, ali je jedan od najčešćih uzroka smrti bulimičnih osoba (23).

Konstipacija kao posljedica dehidracije vrlo je česta, a zbog upotrebe laksativa javljaju se i steatoreja i gubitak proteina. Elektrokardiogramom se mogu zabilježiti smetnje srčanog provođenja kao posljedica elektrolitskog disbalansa. Dolazi do poremećaja menstrualnog ciklusa i normalnog funkcioniranja štitne žlijezde (25).

Anksioznost, nisko samopouzdanje i poremećena slika vlastitog tijela negativno utječu na uspostavljanje i održavanje društvenih veza. Procjenjuje se da je prevalencija poremećaja osobnosti među osobama koje boluju od bulimije između 21 i 77%. Vrlo često je prisutan opsesivno-kompulzivni poremećaj. Nakon postavljanja dijagnoze bulimije uz provođenje prikladnog tretmana može se očekivati da će 50% osoba dvije do deset godina nakon liječenja biti asimptomatsko. Otprilike 20% će ostati neizliječeno, 30% će imati faze remisije i relapsa ili će se razviti supklinički oblik bolesti (31). Studija koja je pratila 222 osobe oboljele od bulimije u periodu od 11 godina pokazala je da je 70% osoba ušlo u potpunu ili djelomičnu remisiju, a 11% je i dalje imalo simptome poremećaja. Nekoliko je studija pokazalo snažnu povezanost negativnog ishoda u liječenju bulimije i fluktuacije tjelesne mase, dok osobe bez teškoća u uspostavljanju samokontrole imaju bolji ishod liječenja (25).

5.3. Poremećaj prehrane, neodređen

Poremećaj prehrane, neodređen je kategorija za poremećaje uzimanja hrane u DSM IV koji ne zadovoljava kriterije za dijagnozu anoreksije i bulimije nervose. Prema DSM IV kriterijima, dijagnoza poremećaj prehrane, neodređen se postavlja u sljedećim slučajevima:

- Kod žena, zadovoljeni su svi kriteriji za anoreksiju nervosu, osim što osoba ima redovite menstruacije.
- Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju nervosu osim što, usprkos gubitku na težini, osoba ima težinu u normalnim okvirima.
- Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervosu osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
- Ponašanje kod kojeg osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane (npr. samoizazvano povraćanje poslije konzumacije dva kolača).
- Ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje, velikih količina hrane
- Prežderavanje: ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu (22).

U posljednje vrijeme, ova dijagnoza je sve češća, a uključuje i poremećaj nekontroliranog jedenja ili *binge eating disorder* (BED), koji se nerijetko spominje i kao zaseban poremećaj. Poremećaj nastupa u ranoj odrasloj dobi i to najčešće nakon značajnog smanjenja tjelesne težine uslijed provođenja dijete. Prevalencija poremećaja nekontroliranog jedenja kreće se od 0,7-4% u nekliničkoj populaciji, dok među osobama uključenim u tretman gojaznost može doseći razinu od 30%. U općoj populaciji 8% prekomjerno teških žena zadovoljava kriterije prekomjernog jedenja (8).

Dijagnostički kriteriji vrlo jasno definiraju poremećaje prehrane, nažalost u kliničkoj praksi pojavni oblici ovih poremećaja nisu tako jasno definirani. Npr. u mnogim slučajevima ponašanja anoreksičnog i bulimičnog tipa prelaze jedna u druge, te se međusobno izmjenjuju. Ovakvi nalazi i slučajevi upućuju na mogućnost postojanja kontinuuma poremećaja, umjesto kategorija.

6. TERAPIJSKI PRISTUP

Stabilizacija tjelesnog stanja uvijek je prvi prioritet. Sve snage uperene su u realimentaciju i ispravljanje eventualno nastalih metaboličkih poremećaja. U bolničkim uvjetima od velike je pomoći kognitivno-bihevioralni pristup jer je on usmjeren na prekid patoloških obrazaca prehrane te edukaciju vezanu uz prehranu i uspostavu adekvatne tjelesne težine. Tek po stabilizaciji tjelesnog stanja otvara se prostor za dublju i intenzivniju psihoterapiju (1).

Najčešće primjenjivane i najčešće istraživane psihoterapijske tehnike u ovoj indikaciji su: kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamske metode i obiteljska terapija. Koriste se i brojne druge npr. mentalizacijski bazirana psihoterapija, interpersonalna psihoterapija, na temperamentu bazirana terapija, bihevioralna terapija usmjerena na prihvaćanje emocija (2). Obiteljska terapija po Maudsleyjevom modelu smatra se zlatnim standardom za adolescentnu populaciju oboljelu od anoreksije, ali u pojedinim slučajevima individualna terapija ima bolji učinak. Stoga, stav je da se za tu populaciju može ponuditi i individualna i obiteljska terapija kao prvi izbor. Jasnog stava oko najbolje terapije za odrasle oboljele od anoreksije nema (32).

Sveobuhvatne analize podupiru učinkovitost psihodinamskog pristupa u smislu remisije bolesti po završetku terapije i u daljnjem praćenju, osobito u slučajevima anoreksije. Međutim, učinak na simptomatologiju je slabiji nego u kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Iz tog razloga javlja se potreba modernizacije psihodinamskih tehnika u smjeru aktivnijeg rad na simptomima i ponašanjima, što se naročito odnosi na oboljele od bulimije (2).

Unatoč raznim terapijskim uspjesima i mogućnostima nije rijetka pojava općenito lošeg ishoda tretmana, često odustajanje od terapije, minimalna poboljšanja i velika učestalost relapsa nakon provedene terapije (32). Donekle je to odraz nepoznavanja točne etiologije poremećaja i vjerojatne važnosti više različitih čimbenika koji se udružuju u oblikovanju bolesti. Uspješnost liječenja anoreksije najveća je u adolescentnoj dobi, a najmanja u fazi kad bolest postane kronična (1). Farmakoterapija je u ovoj indikaciji slabije učinkovita od psihoterapije. Postoje studije (na manjem uzorku) koje dokazuju učinkovitost olanzapina u anoreksiji. Olanzapin je antipsihotik druge generacije koji kao nuspojavu ima povećanje apetita i porast tjelesne težine, što je u ovoj indikaciji poželjno. Povoljni učinak vjerojatno ostvaruje i svojim utjecajem na dopaminergički i serotoninergički sustav. Fluoksetin je jedini lijek kojeg je američka Agencija za hranu i lijekove (*Food and Drug Administration, FDA*) odobrila za liječenje bulimije, a spada u inhibitore povratne pohrane serotonina. Dokazano je da smanjuju broj epizoda prejedanja i povraćanja, ublažava žudnju za ugljikohidratima,

ispravlja patološka ponašanja i stavove u svezi s uzimanjem hrane i ublažava simptome depresije (18).

Terapeuti se u susretu s oboljelima od poremećaja prehrane susreću s brojnim teškoćama. Općenito postoji slaba motivacija za terapijom, kao i ambivalencija prema njoj. Oboljeli često ne priznaju da su bolesni, toliko su se identificirali sa svojom bolešću da više uopće ne vide razliku između sebe i bolesti, a uz to simptome interpretiraju i na pozitivan način. Na takvim temeljima gotovo je nemoguće uspostaviti dobar terapijski odnos, koji je jedan od ključnih prediktora pozitivnog ishoda terapije u svim psihoterapijskim metodama. Pristup oboljelima od poremećaja prehrane mora biti odmjeran. Oboljeli često pokazuju „ne ulazi“ sistem obrane. Nikoga ne puštaju unutra, osobito ako ga dožive kao nametljivog i nasrtljivog. Reaktivira se obrazac u kojem se oboljeli osjećaju kao da ih terapeut pokušava kontrolirati i nametati im što da misle i osjećaju, kao što su to nekada radili roditelji, od čega oboljeli bezglavo bježe i zatvaraju se. Davno je Hilda Bruch prepoznala ovaj obrazac ponašanja i sugerirala da kod oboljelih od poremećaja prehrane ne treba koristiti klasične psihoanalitičke interpretacije. Učestala koegzistirajuća karakterna patologija također uvelike negativno utječe na uspjeh terapije, kao i na uspostavu dobrog terapijskog saveza (1).

7. PREVENCIJA

Kao odgovor na sve izrazitije nezadovoljstvo tijelom i odstupajuće navike prehrane u adolescentica, nastaje sve više preventivnih programa koji traže kontinuiranu implementaciju i evaluaciju. Također, dosadašnje iskustvo nam govori kako prepoznavanje rizičnih osoba i rana prevencija mogu spriječiti razvoj BH dok su još u nastajanju. Prevencija BH još je u povojima. Pristupi su mnogobrojni, a učinkovitost raznolika zbog čega ih je potrebno stalno pratiti i usavršavati. Preventivni programi moraju biti usmjereni na više BH zbog niza razloga. Početkom bolesti simptomi su podjednaki u AN, BN, BED te u raznih nezdravih dijeta. Tada još ne zadovoljavaju formalne klasifikacijske kriterije jedne od BH. Uočavanjem manje ozbiljnih stanja prevencija će biti provedljivija i bez bolničkog liječenja (33).

PH najčešće se razvijaju godinama pa će kratkotrajne preventivne aktivnosti rijetko biti učinkovite. Jedan sastanak sa adolescentima primjerice neće uzrokovati njihovu promjenu slike o vlastitom tijelu i promijeniti dotadašnje obrasce prehrane. Tako se mogu tek ukazati opasnosti koje uzrokuju BH i uputiti pojedinca prema traženju pomoći kada imaju probleme

sa TM i hranjenjem. Dugotrajni i opsežni programi sveobuhvatnije zadiru u bit problema čime stvaraju kvalitetnije promjene u viđenju vlastitog tijela i obrazaca ponašanja prehrane (34).

Liječenje pretilosti je ograničenih mogućnosti, a sve se više uviđa njena golema važnost na zdravstveno stanje današnje populacije, stoga su programi prevencije od posebne važnosti. Prevencija može biti primarna, sekundarna i tercijarna. Programi primarne i sekundarne prevencije još su uvijek u fazi razvoja, dok se nešto više podataka u literaturi pronalazi u vezi tercijarne prevencije. Cilj primarne prevencije je smanjivanje broja novooboljelih umanjivanjem rizika ili unaprjeđenjem zaštitnih čimbenika. Preventivnim mjerama može biti obuhvaćena veća ili manja skupina stanovništva (univerzalna ili selektivna prevencija). Sekundarna ili ciljana prevencija je usmjerena prema pojedincima kod kojih postoji rizik razvoja bolesti prehrane. Ona uključuje rano prepoznavanje i aktivnosti kojima se sprječava potpuni razvoj bolesti. Tercijarnom prevencijom se nastoje minimalizirati štete nastale djelovanjem poremećaja te omogućiti rehabilitacija kada se bolest potpuno razvije (35).

7.1. Primarna prevencija

Primarna se prevencija (PP) odnosi na pokušaj smanjenja pojave novih slučajeva specifičnoga poremećaja ili bolesti, djelovanjem na dobrobit vrlo širokih skupina pojedinaca. Ovaj se tip PP obično naziva univerzalnom ili javno zdravstvenom prevencijom. Usmjerava se na promjenu stavova u zajednici i značajnim institucijama. Drugi oblik PP, često se naziva selektivnom jer se programi usmjeravaju na osobe koje još nisu razvile neki od problema, kao što je primjerice negativna slika tijela, ali su to skupine ili pojedinci koji su na neki način rizični zbog bioloških, psiholoških i/ili socio-kulturnih čimbenika. Jedan primjer ovoga oblika PP može biti rad s roditeljima koji boluju ili su bolovali od poremećaja prehrane u smislu smanjivanja mogućnosti obolijevanja njihove djece, koja su izložena riziku kroz roditeljsko modeliranje i utjecaj genetskih čimbenika (33).

Programi PP uglavnom se odnose na školske preventivne programe. S jedne strane vrlo su praktični u smislu organizacije, a s druge strane vrlo učinkoviti u smislu kontaktiranja ciljnih skupina. Činjenica da je u adolescentnoj dobi vršnjačka skupina vrlo značajna, može biti iskorištena u prilog ostvarenja ovih programa. Vršnjačke su skupine često vezane uz pohađanje iste škole, tako da školske skupine vjerojatno uključuju niz relevantnih prijateljskih dijada ili grupa. Ako se na vršnjačku skupinu gleda kao na značajnu subkulturu,

što se više aktivnosti provodi na razini skupine prijatelja i što je više aktivnosti u koje se zajednički uključuju, veća je vjerojatnost da će kroz zajednički rad upoznati novije i zdravije načine ophođenja prema hrani, ali i vlastitome tijelu. U toj će mjeri programi PP biti još učinkovitiji u stvaranju promjena kako na individualnoj tako i na razini subkulture (36).

7.2. Sekundarna prevencija

Sekundarna prevencija (SP) ima nekoliko ciljeva: rano prepoznavanje bolesti, liječenje zdravstvenih smetnji prije nego se bolest značajnije razvila, skraćivanje trajanja bolesti, te promjenu loših zdravstvenih navika (npr. prestanak pušenja). U SP poremećaja prehrane mogu sudjelovati roditelji, braća, rodbina, vršnjaci, nastavno osoblje, treneri i zdravstveni radnici. Uloga roditelja, braće, rodbine i vršnjaka je nemjerljiva. Oni najčešće prvi uoče promjene vezane uz uzimanje hrane, u TM ili tjelesnom obliku. Također mogu dati korisne obavijesti koje će poslužiti u planiranju liječenja (npr. druženje sa visoko rizičnim skupinama ili kakav bi oblik pomoći bio najkorisniji). Nastavno osoblje i treneri mogu pouzdano ukazati na pojavu PH i njihov razvoj. Oni provode sa adolescentima puno vremena, a na osnovu iskustva mogu zamijetiti promjene u ponašanju i navikama (33).

Liječnici primarne zdravstvene zaštite mogu prepoznati BH u vrlo ranoj fazi razvoja kada su preventivna djelovanja laka, a njihov uspjeh vjerojatniji. U sekundarnoj prevenciji pretilosti potrebno je obuhvatiti populaciju koja ima predispoziciju da postane pretila. To su prvenstveno osobe čiji je ITM između 85. i 95. percentile za dob i spol, potom osobe koje u sklopu svoje osnovne bolesti imaju povećan rizik nastanka pretilosti, kao i osobe koje su na temelju naslijeđa, obiteljske sklonosti pojave pretilosti i sjedilačkog načina života pod visokim rizikom razvoja debljine. U ovim skupinama vrlo je važno praćenje ITM-a kako bi se na vrijeme uočio njegov porast te redovne kontrole krvnog tlaka, razine šećera u krvi, lipidograma, hepatograma, nespecifičnih upalnih parametara i urina pravovremenog uočenja komplikacija debljine (35).

7.3. Tercijarna prevencija

Tercijarna prevencija obuhvaća aktivnosti usmjerene k bolesnim osobama kako bi razdoblje remisije bilo što dulje. Nakon postavljanja dijagnoze treba donijeti odluku o načinu liječenja. Teškoće su pri tom otpori same bolesnice zbog straha od debljanja i doživljaja "anoreksije kao slobode" te otpori roditelja zbog straha od pogoršanja stanja i straha

psihijatrijske dijagnoze. Neovisno hoće li se liječenje provoditi ambulantno ili u bolnici, ciljevi liječenja su popravljivanje TM do granice kada više nije tjelesno ugrožena, promjena psihičkog stanja i socijalna integracija (33).

Na adolescentnom odjelu potrebno je voditi računa o interakciji sa ostalim bolesnicima koji imaju poremećaje ponašanja. Pedijatrijski ili internistički odjel često nema iskusno osoblje, problem je veza, psihijatar i dogovor o tome "tko liječi pacijenticu". Neiskusno osoblje ima česte kontratransferne teškoće, jer anoreksične pacijentice izazivaju agresiju, poglavito svojom manipulativnošću. Tjelesni oporavak načelno podrazumijeva uzimanje 4-6 obroka dnevno (400-500 kalorija po obroku), prosječni dobitak od 200 grama na TM, neophodno uzimanje obroka uz nazočnost člana tima, redovita provjera TM i obavještanje pacijentice (nije svugdje pravilo) (36). Osnovno je izbjegavati ponavljanje disfunkcionalnog sukoba iz obitelji pri uzimanju bolničkih obroka. Uporaba nazogastrične sonde je opravdana u najtežim situacijama i neophodna je primjena u strogo kontroliranim uvjetima. Treba imati na umu da pacijentica isto doživljava kao osvetu ili kaznu.

Ciljevi bolničkog liječenja različiti su, ovisno o teorijskim polazištima. Potrebno je popraviti TM zbog životne ugroženosti i poboljšanja psihičkog stanja, imajući u vidu da strah od debljine raste sa smanjenjem TM. Neophodno je uspostaviti pravilne navike jedenja, mijenjati pacijentičine težnje za mršavošću te raspoloženje i ponašanje. Nadalje, važno je ukloniti tjelesne komplikacije bolesti i psihičke simptome, a time i spriječiti recidiv - u 50% oboljelih unutar godinu dana po otpustu iz bolnice se javlja recidiv bolesti) (35).

8. ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA OBOLJELIH OD POREMEĆAJA PREHRANE

U liječenju poremećaja prehrane sudjeluju liječnik endokrinolog, psihijatar, psiholog i medicinska sestra. Poremećaji pothranjenosti izazivaju niz bioloških promjena od poremećaja u endokrinom sustavu, naročito hipotalamo-hipofizno-gonadalne osi, što se očituje gubitkom mensturacije u žena te gubitka seksualnog interesa i impotencijom u muškaraca. Endokrinolog je ključan kako bi mogao pravovremeno i adekvatno liječiti i prepoznati stanja koja se javljaju. To su najčešće amenoreja, povećana parotidna žlijezda, hipoglikemija, smanjen estrogen, tiroksin i trijodtrion, hipotermija, nepravilni rad jetre i ostalo. Osobe oboljele od poremećaja hranjenja često obolijevaju od anksioznosti, depresije, poremećaja ličnosti i ostalih mentalnih stanja. Ključnu ulogu u prepoznavanju i liječenju ima psihijatar. Psihijatar prepisuje ordiniranu farmakološku terapiju te određuje pristup liječenju koji može biti individualan ili grupni. Uloga psihologa u postupcima, savjetovanju i procedurama neizostavna je. Otklanja moguće stigme prije i nakon intervencije psihijatra. Psiholog je terapeut bez hipoteke stigme, netko tko razumije poteškoće pacijenta i obitelji, kao pomoćni ego, prati, potiče i signalizira potrebnu suradnju ostalih članova tima. Neposredna suradnja psihijatra i psihologa kao okosnice interdiscipliniranog tima ne teče samo kroz savjetodavan rad s korisnicima, dijagnostiku i terapiju, nego kroz sve segmente prevencije gdje je neophodno razviti suradnju s drugim institucijama, udrugama i pojedincima šireći mrežu suradnje.

Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi obuhvaća znanje o dijetetici, odnosno piramidi pravilne prehrane, obrocima, kalorijama te prehrambenim tvarima, upoznavanje sa samim poremećajima, njihovom kliničkom slikom te načinima liječenja, razvijanju partnerskog odnosa i odnosa povjerenja te empatiji. Velike su razlike u pristupima pacijenticama u bolničkom liječenju u pogledu života na odjelu, traženja od bolesnice i ciljne težine koju bi tijekom boravka na odjelu trebala postići. Svi naglašavaju veliku ulogu medicinskih sestara, koje bi morale biti sposobne pružati podršku pacijenticama i imati razumijevanja za njihovo stanje, a istovremeno biti educirane da izbjegnu zamke njihovih manipulacija i izazova (37).

Temeljne interpersonalne vještine koje bi svaka medicinska sestra trebala imati, a koje istovremeno poboljšavaju stupanj kvalitete zdravstvene njege su: komunikacijske vještine, vještine procjene, emocionalne njege, savjetovanja, pregovaranja, uvjeravanja i pružanja informacija. Napominjemo da su vještine naučene, a ne urođene.

Velika je odgovornost sestre u radu s bolesnicima s poremećajem prehrane pa se stoga od nje očekuje stručnost i educiranost. Medicinska sestra mora:

- motivirati bolesnika i članove obitelji da sudjeluju u terapijskom postupku
- zapažati terapijski učinak na bolesniku (uključujući i nuspojave farmakološke terapije)
- pružiti informacije oboljelom
- održavati kontakt s rodbinom i prijateljima
- vršiti trening socijalnih i životnih vještina (terapijska komunikacija)
- poštivati jedinstvenost ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo
- uključivati bolesnika i pomoći mu pri učinkovitijoj prilagodbi (38).

Sestra ponovno uči bolesnika jesti, odnosno upućuje ga kako to činiti zadovoljavajućom brzinom, spontano i relativno opušteno. Nastoji ga upozoriti na teške posljedice gladovanja i poučava što je to pravilna prehrana i koje su njene prednosti. Odnos sestre i bolesnika oboljelog od poremećaja prehrane vrlo je složen te stoga na njemu treba neprestano raditi edukacijom, da bi se maksimalno poboljšala komunikacija sestra-bolesnik, stvorila empatija u osoblja te povjerenje u bolesnika.

Intervencija protiv bolesnikove volje trebala bi biti što kraća, iako bi cilj hospitalizacije bolesnika protiv njegove volje trebao biti jasan na početku liječenja. Kada bolesnika treba hraniti protiv njegove volje, treba ga također informirati o količini kilograma koju mora postići da bi bio otpušten, te ponuditi izbor da jede samostalno ili da bude hranjen na silu. Ako ne želi samostalno jesti, tada se preferira nazogastrično hranjenje. To zahtijeva konzultacije s internistom i pažljivo medicinsko motrenje. Medicinski problemi koji se najčešće javljaju su hipofosfatemija i preopterećenje tekućinom. Parenteralno hranjenje je mnogo složenije i nosi značajni medicinski rizik od infekcije. Ova mogućnost trebala bi biti sačuvana samo za krajnje situacije (39)

Medicinska sestra mora uzeti sestrinsku anamnezu i status pacijenta kako bi mogla planirati zdravstvenu njegu. Treba prikupiti podatke od pacijenta koristeći se intervjuom i dokumentacijom (liječnička anamneza, povijest bolesti), a pacijentov status utvrditi će promatranjem i mjerenjem. Do podataka o pacijentu također može doći preko roditelja pacijenta ili bliskih osoba.

Svakom bolesniku trebalo bi izmjeriti težinu rano ujutro nakon prvog mokrenja. Dnevni unos tekućina i količinu urina trebalo bi bilježiti. Ako bolesnik povraća, medicinsko osoblje treba stalno motriti na razinu elektrolita seruma zbog mogućnosti hipokalijemije. Nakon obroka bolesnik namjerno izaziva povraćanje hrane koju je upravo pojeo. Medicinsko osoblje

moglo bi kontrolirati povraćanje ako zaključa kupaonicu na barem dva sata nakon obroka ili postavi nekoga unutar kupaonice koji bi mogao spriječiti povraćanje bolesnika. Konstipacija u bolesnika anoreksije nervoze nastaje kada počnu normalno jesti. Ponekad se daju omekšivači stolice, ali nikad laksativi. Ako se dijareja pojavi, to obično upućuje da bolesnik kradomice uzima laksative. Zbog rijetkih slučajeva dilatacije želuca i mogućnosti preopterećenja cirkulacije, ako bolesnik odmah počne jesti velik broj kalorija, bolničko osoblje trebalo bi početi davati bolesniku 500 kalorija više od potrebnog da bi se očuvala sadašnja težina (obično 1500 do 2000 kalorija dnevno). Mudro je davati toliku količinu kalorija tijekom šest obroka dnevno, tako da bolesnik ne mora jesti velike količine hrane odjednom. Davanje tekućih dodataka hrani, kao što je Ensure, preporučljivo je jer bolesnici misle da će dobiti manje težine na taj način nego krutom hranom (37).

Medicinske sestre, kao i pacijenti, žive u društvu koje je često opsjednuto unosom hrane, veličinom tijela i ponašanjem u prehrani. Pitanja tjelesne težine i oblika mogu imati određeno značenje za neke stručnjake koji doživljavaju svoje vlastite unutarnje borbe. Ta pitanja mogu dovesti do osjećaja skrbnika, ambivalentnosti, pa čak i zavisti kada rade s pacijentima koji utjelovljuju idealiziranu veličinu tijela. Ova pitanja mogu doprinijeti prekomjernoj identifikaciji i minimiziranju pacijentovog patološkog ponašanja i kognitivnih poremećaja, osobito onih vezanih za sliku tijela, ograničenje hrane i vježbu. Za druge, anoreksija i bulimija nervoze se percipiraju kao protuintuitivni poremećaji. Može biti teško zamisliti zašto bi se osoba namjerno izgladnjivala do točke u kojoj je tijelo oštećeno simptomima pothranjenosti ili zbog čega bi neka osoba konzumirala prekomjerne količine hrane, tada bi trebala primijeniti ekstremne mjere da ih oslobodila iz tijela. Može biti normalno da se medicinska sestra osjeća zbunjenom i frustriranom zašto pacijent jednostavno ne jede (38).

9. SESTRINSKE DIJAGNOZE U OSOBA S POREMEĆAJEM PREHRANE

Kod osoba oboljelih od poremećaja prehrane medicinska sestra pronalazi sestrinske dijagnoze vezanu uz prehranu (pothranjenost, VR za dehidraciju, VR za oštećenje sluznice usne šupljine), eliminaciju (povraćanje), aktivnosti (visok rizik za smanjeno podnošenje napora), samopercepciju (strah, umor), ulogama i odnosima s drugima (socijalna izolacija), VR za ozljede/samoozljeđivanje, gubitak samopoštovanja.

9.1. Pothranjenost u/s osnovnom bolešću

Pothranjenost je stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa organizmu potrebnih nutritijenata. Intervencije provodi medicinska sestra svakodnevno. Intervencije provodi medicinska sestra svakodnevno.

- vagati pacijenta poslije svakog obroka
- objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti
- u suradnji sa nutricionistom izraditi plan prehrane
- osigurati pacijentu psihološku potporu
- poticati pacijenta na provođenje oralne higijene prije i poslije jela
- poticati pacijenta da jede u društvu
- nadzirati unos i iznos tekućina
- poticati na konzumiranje manjih a češćih obroka
- osigurati dovoljno vremena za obrok
- dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka
- osigurati pacijentu namirnice koje voli
- osigurati hranu pripremljenu sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja
- poticati ga da vodi dnevnik prehrane

9.2. Visok rizik za dehidraciju

Visok rizik za dehidraciju označava stanje mogućeg rizika za deficit volumena tekućine.

Intervencije obuhvaćaju:

- objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine tekućine
- podučiti pacijenta rizičnim čimbenicima
- objasniti pacijentu da se ne oslanja na žeđ kao pokazatelj za uzimanje tekućine
- osigurati tekućinu nadohvat ruke
- pomoći bolesniku uzeti tekućinu
- pratiti unos i iznos tekućina
- mjeriti vitalne funkcije
- pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza
- poticati pacijenta da provodi oralnu higijenu
- obavijestiti liječnika o promjenama

- kontrolirati turgor kože
- kontrolirati sluznice

9.3. Visok rizik za samoozljeđivanje

Visok rizik za samoozljeđivanje je situacija u kojoj prijete opasnost od namjernog samoozljeđivanja koje uzrokuju ozljede tkiva s namjerom izazivanje nesmrtonosnih ozljeda, a radi oslobađanja napetosti ili načina komunikacije s osobljem. Intervencije:

- svakodnevno pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesnikove namjere
- ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline
- pratiti da bolesnik nije smješten sam u sobi
- pratiti bolesnikovo ponašanje, posebno izolaciju i anksioznost te nagle promjene u ponašanju
- poticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzročiti samodestruktivne misli
- u suradnji s liječnikom i psihoterapeutom dogovoriti tretmane psihosocijalne podrške
- uključiti bolesnika u grupni terapijski proces
- omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja, odmora i aktivnosti
- osigurati socijalnu potporu
- uključiti obitelj u cjelokupan proces liječenja i rehabilitacije

9.4. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija je stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt. Intervencije obuhvaćaju:

- provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
- uspostaviti suradnički odnos
- poticati pacijenta na izražavanje emocija
- poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima

- podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
- ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
- osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
- osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
- upoznati ga sa suportivnim grupama
- uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju

Pozitivna atmosfera je temelj u prihvaćanju liječenja. Ona može značajno pojačati osjećaj sigurnosti, te na taj način potaknuti pozitivne potencijale kod oboljelih koji su bitni u borbi protiv bolesti. Stvaranje pozitivne i opuštene atmosfere, međusobno upoznavanje i prihvaćanje, održavanje iskrenosti, povjerenja i empatije postizemo holističkim pristupom prema oboljelima (38).

10. ZAKLJUČAK

Poremećaji prehrane su poremećaji u unosu nutrijenata (prekomjernom ili smanjenom). Glavni predstavnici skupine sa smanjenim unosom su anoreksija nervoza, bulimija nervoza i kompulzivno prejedanje. Malnutricija je poremećaj hranjenja koji dovodi do manjka hranjivih tvari u organizmu. Može biti primarna, zbog neuravnoteženog i nedovoljnog unosa hranjivih tvari, i sekundarna zbog nemogućnosti gutanja, probave ili apsorpcije hrane. Malnutricija obuhvaća i pothranjenost (hranjive tvari nisu na raspolaganju u adekvatnoj količini) i preuhranjenost (zbog prekomjernog uzimanja hrane, nedovoljne fizičke aktivnosti). Kada se govori o pretilosti može se reći da je to širok pojam koji obuhvaća čak šest podtipova: neaktivna pretilost, pretilost povezana hranom, pretilost povezana s tjeskobom, venska pretilost, aterogenska pretilost i glutenska pretilost.

Prema *Kocijan Hercigonja i sur. (2006.)* težište uzimanja hrane je u psihološkome smislu značenje prihvaćanja, poštovanja, ljubavi ili odbacivanja i ne prihvaćanja, što vuče korijene u ranim odnosima, naročito u odnosu djeteta i majke, kada ili prihvaćanjem ili odbijanjem hrane dijete uspostavlja prve kontakte s vanjskim svijetom. Dokazano je da neki dijelovi gastrointestinalnog sustava izlučuju kemijske tvari (peptide) koji djeluju ne samo kao hormoni, već i neurotransmiteri. Mnoštvo peptida iz probavnog sustava veže se za moždane receptore te tako djeluju inhibirajuće u odnosu na unos hrane (bombezin, glukagon, somatostatin). Oni govore da s obzirom na naslijeđe okolinski i genetski čimbenici jednako pridonose individualnim razlikama u tjelesnim mastima. Također postoji i hipoteza da endogeni opijati dovode do nijekanja osjećaja gladi.

Poremećaji prehrane javljaju se pretežno u adolescenciji kod ženskog spola sa sve većom tendencijom pojave u ranijim dobnim skupinama. Etiopatogeneza nije u potpunosti razjašnjena, ali se smatra da važnu ulogu imaju biološki, psihološki i sociokulturalni čimbenici.

Klinička slika vrlo je složena te za sobom ostavlja teške fizičke posljedice. Uz psihijatrijski poremećaj, fizičke posljedice bolesti predstavljaju veliku zabrinutost stručnjaka koji se bave ovim poremećajem. U prilog tome govori i velika stopa mortaliteta.

Liječenje je kompleksno, dugotrajno, ponekad i doživotno, no potpuno izlječenje je moguće. Liječenje je utoliko teže zbog vrlo česte nemotiviranosti pacijenata za liječenje. Učestali su i relapsi bolesti. Upitna je kvaliteta života oboljelih osoba. Osim što se bore s fizičkim posljedicama bolesti, često su posrijedi i psihičke poteškoće, primjerice depresija. Liječenje ovih poremećaja je sveobuhvatno jer objedinjuje zbrinjavanje tjelesnih komplikacija,

psihoterapiju te katkad i farmakoterapiju. Dokazan je određeni stupanj učinkovitosti više različitih psihoterapijskih tretmana, no sveukupno gledano ishodi terapije često nisu zadovoljavajući. Stoga je važno poremećaj pravovremeno prepoznati i započeti s adekvatnim liječenjem.

Važna je uloga medicinske sestre u zbrinjavanju pacijenata oboljelih od AN. Ona provodi najviše vremena s oboljelima te kao član tima uviđa promjene u stanju pacijenta. Medicinska sestra svojim intervencijama utječe na pacijentovo prihvaćenje liječenja i stvaranje osjećaja sigurnosti. Uz to, nužno je poštivanje osnovnih načela zdravstvene njege psihijatrijskih pacijenata u obavljanju intervencija.

11. LITERATURA

1. Marčinko D. Poremećaji prehrane – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.; 2013.
2. Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2016;21(4):553-80.
3. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
4. Knez R, Pokrajac-Bulian A, Peršić M. Epidemiologija poremećaja prehrane u djece i adolescenata. *Paediatr Croat* 2008;52:111–5.
5. Jurčić Z. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. *Medix* 2004;52:40–5.
6. Mahnik-Miloš M. Poremećaji prehrane. U: Ljubomir Hotujac i sur. Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada 2006.
7. Lilienfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical view. *Clin Psychol Rev* 2006;26:299–320.
8. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja prehrane. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
9. Vidović V, Majić G, Begovac I. Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. *Paediatr Croat* 2008;52:106–10.
10. Kelly D. Brownell, Eating disorders, U: Christopher G. Fairburn, Kelly D. Brownell: Eating disorders and obesity, New York, London, The Guilford press, 2002: 53-60 str.
11. Lacković-Grgin K. Psihologija adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
12. Novković G. Odrednice provođenja dijete kod adolescenata. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Zagrebu, 2003.
13. Podnar O, Mijatović M. Doktor u kući: Opsjednuti vanjstinom, br. 144, siječanj 2010, str. 48- 49.
14. Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006;
15. Kukić M. Pretilost adolescenata- rizični i zaštitni čimbenici. Doktorski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Zagrebu, 2013.
16. Vulić-Prtorić, A. i Cifrek-Kolarić, M. (2011). Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji. Jastrebarsko: Naklada Slap.
17. Zubčić T. Obiteljske i neke osobne značajke u relaciji s navikama prehrane kod adolescenata. Diplomski rad. Zadar: Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru, 2008.

18. Pokrajac-Bulian A, Živčić-Bećirević I, Vukmanović S, Forbes G. Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike prehrane kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme* 2005;14(1):57-70.
19. Paxton, SJ, Schutz HK, Werthem EH, Muir SL. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 255-266.
20. Van den Berg P, Neumark-Sztaine, D, Hannah PJ, Haines J. (2007). Is Dieting Advice From Magazines Helpful or Harmful? Five-Year Associations With Weight-Control Behaviors and Psychological Outcomes in Adolescents. *Pediatrics*, 119(1), 30-37.
21. Wilson NL, Blackhurst AE. Food Advertising and Eating Disorders: Marketing Body Dissatisfaction, the Drive for Thinness, and Dieting in Women's Magazines. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development* 1999;38:111-2.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
23. Ivančević Ž. *MSD priručnik dijagnostike i terapije*. Drugo hrvatsko izdanje. Split: Placebo d.o.o., 2010; str. 1701–3.
24. Collier J, Longmore M, Turmezei T, Mafi AR. *Oxford handbook of clinical specialties*. 8. izd. Oxford university press 2010;314-208.
25. National collaborating centre for mental health (UK). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. [Internet] Dostupno na: www.nice.org.uk. Datum pristupa: 10. 7. 2020.
26. DSM-V American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. izd., American Psychiatric Organization, Washington, 2013; 334-54.
27. Vidović V. Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix* 2004;52:50–4.
28. Vrhovac B, Francetić I, Jakšić B, Labar B, Vucelić B. *Interna medicina*. 3. izd. Zagreb: Ljevak; 2003.
29. Mrzola N, Nasser JA, Hashim SA, Shih PB, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry* 2013;13:290-8.
30. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate Daga D. Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eat Weight Disord* 2004;9:81–90.

31. Korndorfer SR, Lucas AR, Suman VJ, Crowson CS, Krahn LE, Melton LJ. Long-term survival of patients with anorexia nervosa: A population-based study in Rochester, Minn. *Mayo Clin Proc* 2003;78:278–84.
32. Satir AD, Goodman D, Shingleton R, Porcerelli J, Gorman B, Pratt ME i sur. Alliance-Focused Therapy for Anorexia Nervosa: Integrative Relational and Behavioral Change Treatments in a Single-Case Experimental Design. *Psychotherapy* 2011;48(4):401-20.
33. Palčevski G, Baraba Dekanić K. Prevencija poremećaja prehrane. *Paediatr Croat.* 2016;60(Supl 1):183-92
34. Adolescent Health Committee, Canadian Paediatric Society. Dieting in adolescence. *Paediatr Child Health* 2004;9(7):487-91.
35. DiGiacchino DeBate R, Tedesco LA. Increasing Dentist's Capacity for Secondary Prevention of Eating Disorders: Identification of Training, Network, and Professional Contingencies. *J Dent Educ* 2006;70(10):1066-75.
36. Levine MP, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image* 2004;1:57-70.
37. V. Vesna. Sadašnje stanje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*, 2004. broj 52.
38. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 2. [Internet] Dostupno na: https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf. Datum pristupa: 7. 8. 2020.
39. Gulanick M, Myers JL. Nursing care plans – Nursing diagnosis and intervention- Fifth edition, Mosby affiliate of Elsevier, St. Louis, 2003.
40. Kocijan Hercigonja, D. i sur. Biološke osnove i terapija ponašanja, Zagreb: Školska knjiga; 2006.