

Sestrinska skrb za adolescente s anoreksijom i bulimijom nervozom

Mijačević, Daniela

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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:155:119031>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-18**



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
UNIVERSITY OF DUBROVNIK

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

DANIELA MIJAČEVIĆ

**SESTRINSKA SKRB ZA ADOLESCENTE S
ANOREKSIJOM I BULIMIJOM NERVOZOM**

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK, 2024.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**SESTRINSKA SKRB ZA ADOLESCENTE S
ANOREKSIJOM I BULIMIJOM NERVOZOM**

**“NURSING CARE FOR ADOLESCENTS WITH
ANOREXIA AND BULIMIA
NERVOUSNESS”**

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT:

Daniela Mijačević

MENTOR:

doc. dr. sc. Biserka Sedić, prof.struč. stud.

DUBROVNIK, 2024.

ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Biserki Sedić, prof. koja mi je pomogla pri izradi ovog završnog rada.

Također, zahvaljujem se svim svojim prijateljima, koji su uvijek bili uz mene i koji su mi pružali podršku i motivaciju.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojoj obitelji, roditeljima i sestri, koji su uvijek bili tu za mene, u teškim i sretnim trenucima i bez kojih sve što sam do sada postigla ne bi bilo moguće.

Veliko hvala svima!

SADRŽAJ

SADRŽAJ	3
SAŽETAK.....	5
ABSTRACT	6
1. UVOD	2
1.2. Anoreksija nervoza.....	4
1.3. Bulimija nervoza.....	7
1.4. Ostali poremećaji prehrane.....	8
2. CILJ RADA.....	11
3. SESTRINSKA SKRB ZA ADOLESCENTE S POREMEĆAJIMA PREHRANE.....	12
3.1. Suvremene metode liječenja poremećaja prehrane	14
3.2. Skrb adolescentnih bolesnika s anoreksijom nervozom.....	16
3.3. Sestrinska skrb adolescenata koji boluju od bulimije nervoze.....	17
4. ZAKLJUČAK	20
LITERATURA.....	21

SAŽETAK

Anoreksija i bulimija nervoza spadaju u poremećaje prehrane i njihova pojavnost je najčešća u adolescentnoj dobi. Kroz pregled literature u radu će biti prikazana istraživanja, smjernice i strategije u sestrinskoj skrbi i liječenju adolescenata koji se suočavaju s anoreksijom i bulimijom nervozom. Anoreksija i bulimija nervoza su ozbiljni poremećaji u prehrani koji često pogađaju mlade ljude, posebno djevojke. U radu se naglašava važnost podrške, razumijevanja i praktične pomoći koju medicinska sestra ili bliska osoba može pružiti adolescentima u procesu oporavka od poremećaja prehrane. Fokusirajući se na ulogu medicinske sestre kao mentora i saveznika, istražuje se kako sestrinska podrška može doprinijeti poboljšanju kvalitete života adolescenata oboljelih od anoreksije i bulimije nervoze te u procesu ozdravljenja i prevladavanja izazova povezanih s njihovim poremećajima prehrane.

KLJUČNE RIJEČI: sestrinska skrb, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, adolescenti.

ABSTRACT

Anorexia and bulimia nervosa are disorders of the diet and are most common in adolescence. Through literature review, the paper will present research, guidelines and strategies in nursing care and treatment of adolescents who are experiencing anorexia and bulimia nervosa. Anorexia and bulimia nervosa are serious eating disorders that often affect young people, especially girls. The paper emphasizes the importance of support, understanding and practical assistance that a nurse or a close person can provide to adolescents in the process of recovery from eating disorders. Focusing on the role of nurses as mentors and allies, it is explored how nursing support can contribute to improving the quality of life of adolescents with anorexia and bulimia nervosa, and in the process of healing and overcoming the challenges associated with their eating disorders.

KEY WORDS: nursing care, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescents

1. UVOD

Sestrinska briga za osobe koje pate od poremećaja prehrane, poput anoreksije, bulimije i kompulzivnog prejedanja, igra ključnu ulogu u pružanju sveobuhvatne podrške, poticanju oporavka i očuvanju njihovog zdravlja. To uključuje širok spektar intervencija koje su usmjerene na njihovo fizičko, emocionalno i socijalno blagostanje. Jedan od važnih aspekata sestrinske skrbi je redovito praćenje fizičkog stanja bolesnika. Medicinske sestre su odgovorne za praćenje vitalnih znakova, tjelesne težine, unosa hrane i tekućine te eventualnih promjena u njihovom tjelesnom stanju koje mogu ukazivati na komplikacije ili pogoršanje njihovog stanja. Ovaj kontinuirani nadzor omogućuje pravovremenu intervenciju i sprječavanje ozbiljnijih zdravstvenih problema.

Sestrinska skrb za adolescente s anoreksijom i bulimijom nervozom zahtijeva poseban pristup i pažnju. Medicinske sestre su ključne u pružanju podrške, edukaciji i motivaciji mladim osobama kako bi se poboljšalo njihovo zdravstveno stanje i kvaliteta života. U skrbi za adolescente s anoreksijom nervozom, medicinske sestre trebaju biti posebno osjetljive i empatične. Važno je educirati ih o zdravim načinima prehrane i potrebi održavanja zdrave tjelesne težine. Medicinske sestre također pružaju emocionalnu podršku adolescentima kako bi im pomogle u suočavanju s negativnim osjećajima i stresom. Kod adolescenata s bulimijom nervozom, sestrinska skrb uključuje edukaciju o pravilnoj prehrani i važnosti redovitih obroka. Medicinske sestre potiču adolescente na usvajanje zdravih navika i razvijanje pozitivnog odnosa prema hrani. Također, pružaju podršku u upravljanju osjećajima i traže načine za smanjenje stresa. U oba slučaja, medicinske sestre redovito prate zdravstveno stanje adolescenata, prilagođavaju plan skrbi prema njihovim potrebama i surađuju s multidisciplinarnim timom kako bi osigurale najbolje moguće rezultate. Važno je naglasiti da je kontinuirana podrška i razumijevanje sestrinskog osoblja ključno za uspješan oporavak adolescenata s poremećajima prehrane.

Jedna od ključnih uloga sestrinske skrbi je pružanje emocionalne podrške i stabilnosti osobama koje pate od poremećaja prehrane. Medicinske sestre trebaju biti osjetljive na emocionalne potrebe svojih bolesnika te im pružiti podršku, empatiju i razumijevanje. Također je važno poticati izgradnju pozitivnog samopouzdanja i samopoštovanja. Edukacija bolesnika o zdravim načinima izražavanja emocija također je bitna, kao i poticanje razvoja alternativnih strategija za suočavanje s negativnim osjećajima. Sestrinska skrb također uključuje edukaciju bolesnika o zdravoj prehrani i važnosti uravnotežene prehrane. Medicinske sestre trebaju pružiti informacije o hranjivim tvarima,

pravilnom odabiru hrane i izbjegavanju ekstremnih dijeta. Također je važno educirati bolesnike o dugoročnim posljedicama nepravilne prehrane na zdravlje kako bi shvatili važnost procesa oporavka.

Važan aspekt sestrinske skrbi je pružanje podrške obitelji bolesnika koji se bore s poremećajima prehrane. Medicinske sestre imaju ulogu educiranja obitelji o uzrocima, simptomima i dostupnim opcijama liječenja tih poremećaja. Važno je da obitelj bude aktivno uključena u terapijski proces kako bi se osigurala stalna podrška i razumijevanje bolesnika. Sestrinska skrb također uključuje suradnju s multidisciplinarnim timom, koji obično uključuje psihijatre, nutricioniste, terapeute i liječnike. Ova suradnja omogućuje integrirani pristup liječenju i holističku brigu za bolesnike s poremećajima prehrane. Medicinske sestre aktivno sudjeluju u timskim sastancima, razmjenjuju informacije i zajedno s ostalim stručnjacima planiraju terapiju te prate napredak bolesnika. Kroz ovu suradnju osigurava se da se sve dimenzije zdravstvene skrbi obuhvate na najoptimalniji način.

Kroz sestrinsku skrb, adolescentima s poremećajima prehrane pruža se podrška i educira ih o dugoročnim učincima bolesti te načinima prevencije povratka simptoma. Medicinske sestre naglašavaju važnost redovitog praćenja zdravstvenog stanja, zdravog načina života i pravilne prehrane. Osim toga, osiguravaju da adolescenti imaju pristup podršci i resursima potrebnima za oporavak. Praćenje bolesnika je ključno jer medicinske sestre kontinuirano procjenjuju napredak, prate simptome i reakcije na terapiju te prilagođavaju plan skrbi. Rana intervencija može spriječiti ozbiljne komplikacije i poboljšati ishod liječenja. Holistički pristup medicinskih sestara obuhvaća fizičku, emocionalnu i psihološku podršku bolesnicima i obiteljima. Edukacija, suradnja s timom i kontinuirana podrška ključni su elementi sestrinske skrbi, prilagođeni individualnim potrebama bolesnika kako bi se osigurala najbolja moguća kvaliteta života.

1.1. Problemi u prehrani: razmatranje poremećaja i njihovih posljedica

Bolesti vezane uz prehranu mogu se manifestirati na različite načine i imati ozbiljne posljedice na zdravlje. Poremećaji prehrane poput anoreksije nervoze, bulimije nervoze i poremećaja prejedanja narušavaju percepciju tijela i dovode do nezdravih navika u prehrani i fizičkoj aktivnosti. Ti poremećaji mogu pogađati ljude svih dobnih skupina, spolova, etničkih skupina i socioekonomskog statusa te imati dubok utjecaj ne samo na samu osobu već i na njihove obitelji i bližnje (1). Važno je shvatiti da su poremećaji prehrane ozbiljne medicinske bolesti koje zahtijevaju

adekvatnu pažnju i tretman. U ovom poglavlju ćemo razmotriti različite oblike poremećaja prehrane, istražiti kako ih prepoznati, te kako ih tretirati i kontrolirati medicinski (2).

Ističe se da je važno pristupati ovim temama s poštovanjem i osjećajem suosjećanja prema onima koji se s njima suočavaju. Povećana svijest i razumijevanje okoline ključni su u borbi protiv ovih bolesti i pružanju podrške onima koji ih pate (3).

1.2. Anoreksija nervoza

Anoreksija je poremećaj prehrane u kojem osobe izbjegavaju hranu, strogo ograničavaju unos hrane ili konzumiraju vrlo male količine samo određene hrane. Oni osjećaju intenzivan strah od debljanja ili prekomjerne težine, čak i kada su već znatno pothranjeni. Osobe s anoreksijom često imaju iskrivljenu sliku o vlastitom tijelu i smatraju se pretilima, iako to nije slučaj. Ovaj poremećaj može imati ozbiljne posljedice po zdravlje, uključujući oštećenje organa i smanjenje funkcija tijela (4).

Postoje dva glavna podtipa anoreksije nervoze, koji uključuju ograničavajući tip i tip prejedanja s pročišćavanjem. Osobe s ograničavajućim tipom anoreksije ozbiljno smanjuju unos hrane ili se intenzivno bave tjelesnom aktivnošću kako bi kontrolirali svoju težinu. S druge strane, osobe s tipom prejedanja imaju epizode prejedanja, tijekom kojih konzumiraju velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju, osjećajući gubitak kontrole. Nakon takvih epizoda, mogu slijediti epizode pročišćavanja, u kojima se pokušavaju riješiti unesene hrane kroz povraćanje, zlouporabu laksativa ili diuretika, ili kroz klistiranje kako bi eliminirali hranu iz tijela. Ovi podtipovi anoreksije imaju različite karakteristike, ali zajednička im je ozbiljna emocionalna i fizička šteta koju mogu uzrokovati osobama koje ih pate (6, 7).

Ilustracija u slici 1 prikazuje kako osoba s anoreksijom može percipirati vlastito tijelo.



Slika 1. Prikaz percepcije tijela osobe s anoreksijom nervozom (5)

Anoreksija može imati smrtonosne posljedice zbog medicinskih komplikacija koje proizlaze iz dugotrajnog gladovanja. Ovaj poremećaj prehrane ima izrazito visoku stopu smrtnosti u usporedbi s drugim mentalnim poremećajima. Mladi u dobi od 15 do 24 godine koji pate od anoreksije imaju čak deset puta veći rizik od smrti u usporedbi s njihovim vršnjacima. Iako muškarci čine oko 25% osoba s anoreksijom, izloženi su većem riziku od smrti zbog toga što se njihova dijagnoza često postavlja kasnije nego kod žena. Ovi podaci naglašavaju ozbiljnost anoreksije i potrebu za pravovremenom intervencijom i podrškom kako bi se spriječile smrtonosne posljedice ovog poremećaja (8, 9).

Znakovi i simptomi anoreksije obuhvaćaju sljedeće (10):

- strogo ograničena prehrana
- ekstremna mršavost
- neumorna želja za mršavošću i otpor održavanju zdrave tjelesne težine
- intenzivan strah od debljanja
- iskrivljena slika tijela, što dovodi do niske razine samopouzdanja
- poricanje ozbiljnosti niske tjelesne težine.

S vremenom, mogu se pojaviti i drugi znakovi, uključujući (11):

- gubitak koštane mase (osteopenija ili osteoporozna)
- anemija
- gubitak mišićne mase i slabost
- krhka kosa i nokti
- suha i žućkasta koža
- pojava sitnih dlačica po tijelu (lanugo)
- problemi s probavom

- nizak krvni tlak
- spor puls i disanje
- osjećaj stalne hladnoće zbog snižene unutarnje tjelesne temperature
- kronični umor i slabost
- neplodnost
- oštećenje srca
- oštećenje mozga
- multiorgansko zatajenje.

Dijagnostički okvir koji se koristi za dijagnosticiranje anoreksije prema dijagnostičkom i statističkom priručnik za mentalne poremećaje (dalje u tekstu DSM-5 standardima) može pružiti dodatnu kliničku perspektivu.

Dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu prema DSM-5 uključuju sljedeće (12):

- Osoba mora imati ograničen unos hrane u odnosu na svoje potrebe, što rezultira značajno niskom tjelesnom težinom u kontekstu dobi, spola, razvojne putanje i općeg fizičkog zdravlja. Značajno niska tjelesna težina definirana je kao tjelesna težina ispod minimalno normalne ili, kod djece i adolescenata, ispod minimalno očekivane tjelesne težine.
- Postojanje intenzivnog straha od debljanja ili stalno ponašanje koje sprječava dobivanje na težini, unatoč već postojećoj znatno niskoj tjelesnoj težini.
- Postojanje poremećaja u percepciji vlastite tjelesne težine ili oblika, s pretjeranim utjecajem tjelesne težine ili oblika na samoprocjenu ili trajnim neshvaćanjem ozbiljnosti trenutno niske tjelesne težine.

Restriktivni tip anoreksije nervoze karakterizira gubitak težine koji se postiže prvenstveno dijetom, postom ili pretjeranom tjelovježbom. Osoba s ovim tipom anoreksije nije imala epizode prejedanja ili ponašanja čišćenja (npr. samoizazvano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira) tijekom posljednja tri mjeseca. Tip prejedanja/čišćenja anoreksije nervoze obuhvaća

ponavljajuće epizode prejedanja ili ponašanja čišćenja u razdoblju od posljednja tri mjeseca. Ove epizode mogu uključivati samoizazvano povraćanje ili zlouporabu laksativa, diuretika ili klistira.

1.3. Bulimija nervoza

Bulimija je poremećaj prehrane koji obilježavaju ponavljajuće epizode prejedanja, što znači da osobe konzumiraju neuobičajeno velike količine hrane u kratkom vremenu te osjećaju nedostatak kontrole nad tim ponašanjem. Nakon tih epizoda, osobe s bulimijom često koriste različite metode kako bi se riješile viška hrane, poput prisilnog povraćanja, prekomjerne uporabe laksativa ili diuretika, gladovanja, pretjerane tjelovježbe ili kombinacije navedenih ponašanja. Važno je napomenuti da osobe s bulimijom mogu biti blago pothranjene, imati normalnu težinu ili biti prekomjerne težine (13).

Znakovi i simptomi bulimije mogu uključivati (14):

- kronično upaljeno i bolno grlo
- otečene žlijezde slinovnice u području vrata i čeljusti
- oštećenje zubne cakline i povećana osjetljivost zuba zbog izloženosti želučanoj kiselini
- probleme s refluksom kiseline i drugim gastrointestinalnim tegobama
- crijevne smetnje i iritaciju od zlouporabe laksativa
- tešku dehidraciju zbog čišćenja tekućina.

Neravnoteža elektrolita (poput natrija, kalcija, kalija i drugih minerala) jedna je od ozbiljnih komplikacija bulimije koja može rezultirati poremećajem srčanog ritma ili čak srčanim zastojem. U nastavku su navedeni DSM-5 kriteriji za dijagnosticiranje bulimije nervoze.

Prema DSM-5 kriterijima, bulimija nervoza karakterizira sljedeće (14):

1. Ponavljajuće epizode prejedanja, što znači konzumiranje velike količine hrane u relativno kratkom vremenskom razdoblju (na primjer, unutar dva sata), što je više nego što bi većina ljudi pojela u isto vrijeme pod istim okolnostima.

2. Osjećaj gubitka kontrole nad prejedanjem tijekom tih epizoda, gdje se osoba osjeća kao da ne može prestati jesti ili kontrolirati količinu hrane koju konzumira.
3. Ponavljajuće neprikladno kompenzacijsko ponašanje kako bi se spriječilo debljanje, kao što je samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili pretjerana tjelovježba.
4. Prejedanje i kompenzacijsko ponašanje javljaju se prosječno najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca.
5. Samoocjena osobe je prekomjerno utjecana oblikom tijela i težinom. Ovaj poremećaj ne može se pripisati samo anoreksiji nervozi.

1.4. Ostali poremećaji prehrane

Kompulzivno prejedanje je čest poremećaj prehrane u kojem osobe gube kontrolu nad unosom hrane te neprestano jedu u neuobičajeno velikim količinama. Za razliku od bulimije, nakon prejedanja ne slijede čišćenje, pretjerana tjelovježba ili post. Zbog toga, osobe s kompulzivnim prejedanjem često imaju prekomjernu težinu ili su pretili (15).

Znakovi i simptomi poremećaja prejedanja uključuju (16):

- jedenje neuobičajeno velikih količina hrane u kratkom vremenskom periodu, poput dvosatnog razdoblja
- jedenje čak i kada ste već siti ili niste gladni
- jedenje brzim tempom
- jedenje do neugodne sitosti
- jedenje sam ili u tajnosti zbog osjećaja nelagode
- osjećaj tuge, srama ili krivnje zbog prejedanja
- česte dijete, ali bez gubitka težine.

DSM-5 kriteriji za dijagnosticiranje poremećaja prejedanja uključuju (17):

- ponavljajuće epizode prejedanja
- brzu konzumaciju hrane
- jedenje do osjećaja neugodne sitosti
- jedenje velikih količina hrane čak i kada fizički niste gladni
- jedenje sam zbog osjećaja nelagode (18)
- osjećaj gađenja prema sebi, depresije ili velike krivnje nakon prejedanja
- prisutan je izraženi stres zbog prejedanja (19)
- epizode prejedanja događaju se najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca
- prejedanje nije povezano s kompenzacijskim ponašanjem kao što je kod bulimije nervoze, niti se događa isključivo tijekom bulimije ili anoreksije.

Još jedan oblik poremećaja prehrane naziva se pica. Osobe s pica poremećajem stalno jedu stvari koje se ne smatraju hranom i nemaju nutritivnu vrijednost, poput papira, prljavštine, sapuna, kose, ljepila ili krede. Za razliku od drugih poremećaja prehrane, osobe s picom obično nemaju averziju prema hrani, a predmeti koje gutaju mogu se mijenjati s godinama.

Ovo ponašanje nije primjereno za dobnu razinu pojedinca i nije dio prihvaćene kulture ili prakse. Osobe s picom izložene su riziku od mogućih crijevnih blokada ili toksičnih učinaka konzumiranih predmeta, poput olova u komadićima boje (20).

Liječenje picom uključuje testiranje na nutritivne nedostatke i njihovo rješavanje ako je potrebno. Bihevioralne intervencije koje se koriste za liječenje pice mogu uključivati preusmjeravanje osobe s neprehrambenih predmeta te nagrađivanje za odlaganje ili izbjegavanje konzumiranja tih predmeta.

Poremećaj izbjegavanja restriktivnog unosa hrane obilježava se ograničavanjem količine ili vrste hrane koju osoba konzumira. Za razliku od anoreksije nervoze, osobe s ovim poremećajem nemaju iskrivljenu percepciju vlastitog tijela niti jak strah od debljanja. Ovaj poremećaj često se javlja u srednjem djetinjstvu i obično počinje ranije u životu nego drugi poremećaji prehrane. Dok

mnoga djeca mogu imati periode izbirljivosti u hrani, osobe s poremećajem izbjegavanja restriktivnog unosa hrane ne unose dovoljno kalorija za pravilan rast i razvoj (u djece) ili za održavanje osnovnih tjelesnih funkcija (u odraslih osoba) (21).

Poremećaj izbjegavanja restriktivnog unosa hrane može se prepoznati po sljedećim znakovima i simptomima (22):

- dramatično smanjenje ili ograničenje vrste ili količine hrane koju osoba konzumira
- nedostatak apetita ili gubitak interesa za hranu
- brzi gubitak tjelesne težine
- problemi s probavom poput uznemirenog želuca, bolova u trbuhu ili drugih gastrointestinalnih problema bez poznatog uzroka
- ograničen izbor hrane koji postaje sve manji s vremenom (tzv. "izbirljiva ishrana" koja se pogoršava).

Poremećaj izbjegavanja restriktivnog unosa hrane nije jednostavno ograničenje hrane zbog nedostatka dostupne hrane, pridržavanje dijete, kulturnih praksi poput vjerskog posta ili normalnih izbirljivih faza u dječjoj ishrani. Ovaj poremećaj obično se razvija u djetinjstvu ili ranom djetinjstvu, ali može započeti u bilo kojoj životnoj dobi i može trajati u odraslu dob. Osobe s ovim poremećajem mogu iskusiti povećani stres tijekom obroka i u drugim društvenim situacijama koje uključuju hranu, što može utjecati i na njihove obitelji (23). Liječenje poremećaja izbjegavanja restriktivnog unosa hrane uključuje individualizirani plan koji može obuhvaćati različite stručnjake, poput stručnjaka za mentalno zdravlje i registriranih dijetetičara.

Faktori rizika za poremećaje prehrane nisu potpuno razjašnjeni, no istraživanja sugeriraju da kombinacija genetskih, bioloških, bihevioralnih, psiholoških i kulturnih faktora može povećati osjetljivost osobe na ove poremećaje. Genetika ima ulogu, s istraživanjima koja pokušavaju identificirati genetske varijacije povezane s većim rizikom od poremećaja prehrane. Također, snimanje mozga pokazuje razlike u moždanoj aktivnosti kod osoba s poremećajima prehrane u usporedbi sa zdravim osobama, što može pomoći u razvoju novih dijagnostičkih i terapijskih pristupa.

Okolina također igra značajnu ulogu, a poremećaji prehrane obično počinju u adolescenciji i mladoj odrasloj dobi pod utjecajem pritiska vršnjaka, društvenih medija i reklama koje promiču dijete i mršavljenje. Za one s genetskom predispozicijom, početni gubitak tjelesne težine može pojačati nagrađivanje i uspostaviti neprilagođene obrasce ponašanja u prehrani. Promjene u tjelesnim senzacijama i fiziologiji također mogu utjecati na odluke o hrani i jesti (22,23).

2. CILJ RADA

Cilj rada na temu sestrinske skrbi za adolescente s anoreksijom i bulimijom nervozom je prikazati na koji se način provodi najbolja moguća skrb i podrška mladim osobama koje se suočavaju s ovim poremećajima prehrane. Glavni ciljevi takve skrbi uključuju:

1. Rano prepoznavanje i dijagnostiku poremećaja prehrane kod adolescenata kako bi se omogućila brza intervencija i liječenje.
2. Pružanje edukacije adolescentima o zdravim navikama prehrane, važnosti održavanja zdrave tjelesne težine te prevenciji štetnih ponašanja kao što su prekomjerno gladovanje ili prejedanje.
3. Osiguravanje emocionalne podrške adolescentima kako bi im se pomoglo u suočavanju s negativnim osjećajima, stresom i niskim samopouzdanjem koji često prate ove poremećaje.
4. Razvoj individualiziranih planova skrbi koji će zadovoljiti specifične potrebe svakog adolescenta, uključujući fizičke, emocionalne i psihološke aspekte.
5. Suradnja s obitelji adolescenata kako bi se osigurala podrška i razumijevanje u kućnom okruženju te potaknulo pozitivno okruženje za oporavak.
6. Praćenje napretka i prilagodba plana skrbi prema potrebama i rezultatima liječenja kako bi se osiguralo dugoročno poboljšanje zdravlja i dobrobiti adolescenata.

Kroz sve ove ciljeve, sestrinska skrb za adolescente s anoreksijom i bulimijom nervozom ima za konačan ishod unaprijediti kvalitetu života, potaknuti zdrave navike i pomoći adolescentima da se nose s izazovima koje donosi njihovo stanje.

3. SESTRINSKA SKRB ZA ADOLESCENTE S POREMEĆAJIMA PREHRANE

Medicinske sestre su ključne u prepoznavanju nezdravih prehrabnenih navika i pružanju sveobuhvatne njege adolescentima s poremećajima prehrane, od dijagnoze do oporavka. Njihov cilj je osigurati sveobuhvatan pristup skrbi kroz timski rad. Praćenje stanja prehranjenosti, ravnoteže elektrolita, težine i aktivnosti, uz praćenje korištenja diuretika/laksativa, ključno je za njihovu ulogu. Uz to, pružanje emocionalne podrške je od velike važnosti jer se bolesnici suočavaju s dubokim emocionalnim bolima i traumatičnim mislima. Medicinske sestre mogu izgraditi povjerenje kroz pažljivo slušanje, empatiju i podršku. Potičući neovisnost i pružajući obrazovanje, ne samo bolesnika već i njihovim obiteljima, medicinske sestre pomažu postavljanju ciljeva koji će osigurati da bolesnici ostanu svjesni, koriste zdrave strategije suočavanja i razvijaju pozitivnu sliku o sebi i vlastitu vrijednost (24).

Promjene u prehrabnenom ponašanju mogu biti posljedica različitih bolesti osim anoreksije ili bulimije, stoga je važno započeti s detaljnim fizičkim pregledom kao prvom korakom u liječenju. Nakon što je bolest identificirana, moguće je da će biti potrebna suradnja s različitim zdravstvenim stručnjacima jer bolest ima fizičke i mentalne posljedice. Oporavak obično zahtijeva dugotrajno liječenje, ponekad i tijekom nekoliko godina. Psihijatri, psiholozi, medicinske sestre, liječnici, nutricionisti, socijalni radnici, terapeuti i stomatolozi mogu biti uključeni u tim za pružanje podrške i pomoći u oporavku (25).

U posljednje vrijeme primjećuje se tendencija da se osobe s poremećajima prehrane sve manje hospitaliziraju. Međutim, za adolescente koji ozbiljno pate od anoreksije, gubitka kontrole nad povraćanjem, medicinskih komplikacija poput nesvjesticice ili srčanih problema, suicidalnog ponašanja ili nedostatnog odgovora na ambulantno liječenje, hospitalizacija može biti neophodna. Danas se sve više preferira fleksibilniji pristup liječenju koji može uključivati kratkotrajnu bolničku skrb, ambulantno ili dnevno liječenje. Ambulantno liječenje obično je preferirano za osobe s bulimijom (26).

Terapija za ove poremećaje može uključivati niz pristupa: procjenu i liječenje osnovnih i popratnih psihičkih problema (kao što su depresija i anksioznost), individualnu ili grupnu terapiju usmjerenu na poboljšanje samopouzdanja, razvoj asertivnosti i učenje tehnika za upravljanje anksioznošću, terapiju kognitivno-bihevioralnog pristupa usmjerenu na ispravljanje

disfunkcionalnih obrazaca razmišljanja o hrani, prehrani i tijelu, te obiteljsku terapiju koja podučava obitelji kako efikasno komunicirati emocije, postavljati granice, rješavati konflikte i učinkovitije rješavati probleme (27). Također, specifične savjetodavne terapije mogu biti korisne u slučajevima gdje je to potrebno, kao što su pitanja seksualnog identiteta ili seksualnog zlostavljanja (26).

U procesu skrbi za adolescente s poremećajima prehrane, medicinske sestre igraju važnu ulogu kroz različite aktivnosti (23, 24):

- aktivno slušanje kako bi bolje razumjele potrebe i osjećaje adolescenata
- dostupnost i prisutnost kako bi pružile podršku i osjećaj sigurnosti
- otvorena i iskrena komunikacija kako bi se izgradilo povjerenje i olakšalo dijeljenje osjećaja
- poticanje adolescenata da razmisle o najboljem pristupu za svoj oporavak
- sudjelovanje u multidisciplinarnom timu kako bi se osigurala sveobuhvatna skrb i zastupanje interesa adolescenata.

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u prepoznavanju poremećaja prehrane kod adolescenata. Kao prva linija obrane, mogu identificirati ove poremećaje kroz redovite procjene vitalnih znakova, težine i prehrambenih navika. Fizički i emocionalni znakovi mogu biti pokazatelji prisutnosti ovih poremećaja (27). Na primjer, fizički simptomi mogu uključivati srčane nepravilnosti, promjene krvnog tlaka, gubitak kose, fluktuacije težine, nesvjestice, karijes, oštećenja kože te modrice i žuljeve na zglobovima. Također, bolesnici se mogu suočiti s izazovima tijekom procesa oporavka. Identifikacija potencijalnih okidača može pomoći u sprječavanju recidiva. Plan prevencije recidiva može obuhvaćati prepoznavanje okidača te stvaranje plana za zdravu prehranu. Važno je da medicinske sestre pažljivo prate apetit bolesnika te obrate pozornost na eventualne promjene u vitalnim znakovima, visini i težini. Također, stresori u životu bolesnika mogu potaknuti osjećaje i emocije koji bi mogli potaknuti povratak poremećaja. Bitno je imati na umu da bolesnici koji se oporavljaju od poremećaja prehrane mogu biti osjetljivi na informacije o svojoj težini. Stoga, medicinske sestre trebaju biti osjetljive na potrebe i želje bolesnika te im pružiti podršku i razumijevanje tijekom procesa oporavka (26,27).

Medicinska sestra voditeljica slučaja/njege igra ključnu ulogu u poticanju samostalnosti i odgovornosti kod adolescenata s poremećajima prehrane. Njihova uloga je osigurati da adolescenti

aktivno sudjeluju u upravljanju svojom prehranom. Kroz smjernice i podršku, medicinske sestre pomažu adolescentima da razviju plan njege koji uključuje pravilne obroke (npr. male, ali česte obroke s međuobrocima), tjelesnu aktivnost i društvene interakcije, te upravljanje cjelokupnim zdravljem.

Medicinske sestre osiguravaju sigurno okruženje za adolescente pružajući aktivno slušanje, otvorenu komunikaciju i empatiju. Kao zagovornici, osiguravaju da adolescenti dobiju multidisciplinarni pristup zdravstvenoj skrbi, koji obuhvaća sve aspekte njihovog zdravlja. Također, pružaju informacije o resursima kao što su grupe podrške za poremećaje prehrane, kako bi adolescentima i njihovim obiteljima pružili dodatnu podršku i smjernice (25, 26, 27).

3.1. Suvremene metode liječenja poremećaja prehrane

Adolescenti s dijagnozom poremećaja prehrane suočavaju se s dubokim emocionalnim nemirima zbog traumatskih misli ili događaja. Kako se suočavaju sa svojim traumama, povećava se rizik od poremećaja u prehranbenim navikama. Također, izloženi su većem riziku od samoubojstva, mentalnih poremećaja, fizičkih bolesti ili zlouporabe tvari. Integrirani pristup liječenju simptoma poremećaja prehrane može biti najučinkovitiji (23, 24).

Adolescenti s poremećajima prehrane obično se liječe savjetovanjem o prehrani ili psihoterapijom. Psihoterapija može uključivati grupnu terapiju, obiteljsku terapiju i individualnu terapiju, kao što je kognitivno-bihevioralna terapija. Lijekovi poput antidepresiva, antipsihotika ili stabilizatora raspoloženja također se mogu koristiti kao dio liječenja (25). Ciljevi liječenja usmjereni su na bolesnika ili su vođeni njime, što znači da se zajednički ciljevi za oporavak formuliraju između bolesnika i medicinske sestre, uz uzajamno određivanje ciljeva i ishoda.

Adolescenti s poremećajima prehrane često se liječe kao timski napor, uključujući obitelj ili prijatelje kao podršku bolesniku. Emocionalni i bihevioralni znakovi mogu obuhvaćati depresiju, impulzivnost, opsesivnost, perfekcionizam, izolaciju, skrivanje hrane, pretjeranu tjelovježbu ili prikriveno jedenje. Stručnjaci vjeruju da poremećaji prehrane nastaju zbog različitih faktora, uključujući biološke, psihološke i sociokulturne čimbenike. Proces ozdravljenja započinje identifikacijom uzroka i čimbenika rizika (25, 27).

Nacionalna udruga za poremećaje prehrane i Nacionalna alijansa za mentalne bolesti ističu različite faktore rizika za razvoj poremećaja prehrane. Biološki faktori uključuju genetsku predispoziciju, obiteljsku povijest poremećaja prehrane ili drugih mentalnih bolesti te prisustvo

dijabetesa tipa 1 (24). Adolescenti/mladi odrasli i žene često su pod većim rizikom. Psihološki čimbenici mogu uključivati iskrivljenu percepciju vlastitog tijela, perfekcionizam, opsesivno-kompulzivne tendencije, anksioznost ili socijalnu fobiju. Društveni utjecaji obuhvaćaju trendove u prehrani, idealiziranje određenih tjelesnih oblika u kulturi, pretjerano zaštitnički stav roditelja, povijest zlostavljanja te sudjelovanje u određenim aktivnostima poput gimnastike ili plesa.

Iako su poznati faktori rizika, poremećaji prehrane mogu se pojaviti bez obzira na dob, rasu, socioekonomski status, tip tijela ili spol. Primjerice, ovi poremećaji nisu uvijek lako vidljivi. Eliminiranje predrasuda ili prethodno usvojenih uvjerenja može spriječiti pogrešnu dijagnozu.

Medicinske sestre koje rade u bolnicama ili primarnoj zdravstvenoj zaštiti ključne su za prepoznavanje poremećaja prehrane, stoga je važno da budu upoznate s pokazateljima poremećaja prehrane. Prema autoru Nice (28), rano otkrivanje poremećaja prehrane može biti vrlo učinkovito u ambulantnom liječenju putem psihoterapije i podrške (27, 28). Dokazima utemeljeni pristupi izvanbolničkom liječenju uključuju kognitivno-bihevioralnu terapiju, interpersonalnu psihoterapiju, specijalizirano potporno kliničko zbrinjavanje i Maudsley model liječenja odraslih osoba s anoreksijom.

Uloga medicinskih sestara obuhvaća podršku psihološkim terapijama, edukaciju o posljedicama poremećaja prehrane, procjenu rizika, poticanje oporavka i nade, uključivanje obitelji i skrbnika, te praćenje komorbiditeta (28, 29). Ako je bolesnik stabilan i ne zahtijeva hospitalizaciju, može biti upućen specijalistu za poremećaje prehrane, dijetetičaru ili lokalnom timu za mentalno zdravlje u zajednici. Osobe koje su primljene u bolnicu ili dolaze na ambulantnu kliniku prvi put trebale bi biti testirane na rizik od pothranjenosti pomoću validiranog alata za probir, kako bi se omogućile rane i učinkovite intervencije za sprječavanje i liječenje pothranjenosti. Rutinski probir također treba uključivati probir na rizik od sindroma ponovnog hranjenja (30, 31).

Ljudi koji se bore s poremećajima prehrane često pokušavaju sami kontrolirati svoje stanje. Kada ne uspiju, osjećaju se obeshrabreno i depresivno, što može rezultirati daljnjom socijalnom izolacijom, gubitkom posla ili prekidom obrazovanja. Osobe s poremećajem prehrane trebaju podršku zdravstvenih stručnjaka. Oporavak od poremećaja prehrane zahtijeva sveobuhvatan pristup koji se bavi kako fizičkim, tako i psihološkim aspektima poremećaja, kako bi promjene bile trajne (32).

Oporavak od poremećaja prehrane obično je dugotrajan proces s povremenim recidivima. Važno je naučiti prepoznati recidive kao prirodni dio procesa oporavka, a ne kao osobni neuspjeh, što može povećati izgleda za dugoročni oporavak (33, 34). Većina fizičkih simptoma može se poboljšati gubitkom težine i uspostavljanjem zdravih prehrambenih navika. Potporne skupine mogu biti od velike pomoći u smanjenju osjećaja izoliranosti i podršci tijekom težih faza oporavka.

3.2. Skrb adolescentnih bolesnika s anoreksijom nervozom

Empatičan pristup ključan je za jačanje angažmana adolescenata, promicanje oporavka i poticanje njihovog sudjelovanja u terapiji. Uspostavljanje odnosa povjerenja ključno je za razvoj i održavanje terapijske suradnje. Prema Zugaiju i suradnicima (30), terapijska suradnja između adolescenata i medicinskih sestara poboljšava pridržavanje terapiji, što može rezultirati povećanjem tjelesne težine i osiguravanjem pozitivnog iskustva za bolesnike. Zugai (31) ističe važnu ulogu medicinskih sestara u bolničkoj skrbi, uključujući nadzor, dosljednu primjenu planova skrbi i pažljivo praćenje fizičkog napretka. Također je utvrđeno da ljudi preferiraju snažne i profesionalne odnose s medicinskim sestrama, a ti odnosi mogu pozitivno utjecati na povećanje tjelesne težine i na percepciju kvalitete bolničkog iskustva. Suprotno tome, percipirani negativni stavovi osoblja i preveliki fokus na tjelesnoj težini često se smatraju neučinkovitim ili čak štetnim za terapiju. Smjernice za bolničku njegu anoreksije nervoze uključuju (35, 36): uključivanje adolescenata u terapijski proces, izgradnja pouzdanog odnosa, te pružanje informacija onoliko često koliko je potrebno (s obzirom na to da gladovanje može utjecati na pamćenje i sposobnost shvaćanja). Također, važno je pružiti podršku i ohrabrenje tijekom teškog procesa rane rehabilitacije i promjene prehrambenih navika. Implementacija plana skrbi treba biti obavljena s razumijevanjem i bez kažnjavanja (37).

Bol je čest simptom poremećaja u prehrani, a u ovom stadiju liječenja adolescenata je norma, a ne iznimka, imati nisku tjelesnu težinu i fobiju od hrane te su stoga izloženi hranjenju dva puta dnevno u količinama koje su dugo izbjegavali. Zdravstveni radnici trebaju imati vještine u podnošenju i rješavanju problema vezanih uz konzumaciju hrane, što zahtijeva puno truda u edukaciji bolesnika. Upravljanje obitelji i skrbnicima je vrlo važno tijekom ovog često stresnog i uznemirujućeg razdoblja. Obiteljima će možda trebati detaljne informacije i česta ažuriranja, pa je važno da medicinska sestra utvrdi tko će u timu prenositi informacije o procesu liječenja. Očekivano je da će obitelj biti sklona apelirati na promjenu plana liječenja svojeg člana. Korisno je što više uključiti obitelj u razumijevanje plana skrbi, razloge za to i potrebne kliničke faze. Dostavljanje

obiteljima primjeraka plana skrbi ili prilagođene verzije plana skrbi kad god je to moguće može biti vrlo korisno. Općenito, dopuštanje izlazaka iz odjela nije uobičajeno zbog zdravstvenih rizika, a kada je dopušteno, potrebno je pažljivo pratiti izlaske prema planu skrbi.

Nutricionističko liječenje anoreksije obuhvaća različite metode i pristupe. Preporučena metoda hranjenja je oralna. Za adolescente koji nisu izloženi visokom ili ekstremnom riziku od sindroma ponovnog hranjenja, prehrana koja se uzima na usta s približno 1800 kalorija dnevno obično je prikladna kao početna točka, a potom se postupno povećava doza, prilagođena za povećanje tjelesne težine i razinu tjelesne aktivnosti osobe (npr. povećanje od 200 kalorija dvaput tjedno nakon stabilizacije kliničkih i biokemijskih markera) (38). Za većinu odraslih osoba, konačna razina unosa hrane od 2400-2600 kalorija dnevno obično je dovoljna za poticanje povećanja tjelesne težine (s obzirom na potrebe pojedinca) (39). Važno je da postojeći plan prehrane bude jasno napisan i da kopije budu dostupne osoblju i bolesniku, što je važan dio procesa liječenja. Također je važno da se u planu prehrane konzumira samo hrana, bez unosa hrane izvan plana i bez korištenja dijetetskih proizvoda, lizalica ili žvakaćih guma jer se takvi proizvodi mogu koristiti za smanjenje apetita i/ili mogu imati laksativni učinak (40).

3.3. Sestrinska skrb adolescenata koji boluju od bulimije nervoze

Terapiju primarnim psihološkim liječenjem može pružati terapeut bez medicinske obuke, ali u takvim slučajevima liječnik opće prakse treba sudjelovati u medicinskoj procjeni i/ili pružanju kontinuirane njege. Ključno je zapamtiti da se oporavak može ostvariti samo kada je osoba spremna za promjene (41). Većina adolescenata s bulimijom može se uspješno liječiti ambulantno, osim u slučajevima gdje postoji zabrinutost za sigurnost bolesnika ili postoji ozbiljno samoozljeđivanje i/ili rizik od samoubojstva. Psihijatrijski prijem, ako je potreban, trebao bi se provoditi u okruženju gdje osoblje ima iskustva u liječenju bulimije (41, 42). Kada se javi poremećaj elektrolita, obično je dovoljno usredotočiti se na uklanjanje uzroka. Međutim, u nekim situacijama može biti potrebno nadoknaditi elektrolite uz prilagođenu prehranu. Preferira se oralna nad intravenskom primjenom, osim u slučajevima problema s gastrointestinalnom apsorpcijom (43, 44). U slučaju ozbiljne dehidracije ili iscrpljenosti osnovnim hranjivim tvarima, hospitalizacija može biti potrebna (44).

Za adolescente koji pate od bulimije, važno je obratiti posebnu pažnju na oralnu higijenu. Depresija, anksioznost i emocionalna preopterećenja često su prisutni uz ovaj poremećaj. Stoga je rješavanje ovih psiholoških aspekata ključno za uspješan oporavak (45). U liječenju bulimije,

selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina mogu biti korisni u smanjenju simptoma, ali nisu primarna terapija te se koriste u kombinaciji s terapijom ili samopomoći. Važno je napomenuti da osobe s bulimijom koje imaju probleme s kontrolom impulsa mogu imati smanjenu vjerojatnost odgovora na standardne tretmane (44,45).

Kao posljedica toga, prilagodba liječenja je ključna kako bi se riješili ti problemi. Liječenje bi trebalo proći kroz faze koje počinju s zaustavljanjem poremećaja prehrane, a zatim se fokusira na rješavanje drugih problema (45). Često je iznenađujuće otkriti da se mentalni problemi poput depresije ili tjeskobe mogu poboljšati ili čak nestati nakon normalizacije prehranbenih uzoraka (45). Međutim, kod nekih adolescenata, drugi poremećaji mogu ostati i nakon što bulimija bude izliječena. U takvim slučajevima, tinejdžeri se često osjećaju sposobnijima za rješavanje tih problema nakon što postanu fizički zdraviji i normalno jedu (45).

Sestrinska skrb za adolescente s bulimijom nervozom igra ključnu ulogu u njihovom liječenju i oporavku. Bulimija je ozbiljan poremećaj prehrane koji obilježavaju epizode prejedanja praćene kompulzivnim ponašanjem poput izazivanja povraćanja, korištenja laksativa ili pretjerane tjelovježbe kako bi se kontrolirala tjelesna težina. Pristup sestrinske skrbi trebao bi počivati na dubokom razumijevanju samog poremećaja i njegovih karakteristika. Medicinske sestre trebaju biti upoznate s dijagnostičkim kriterijima, simptomima i mogućim komplikacijama kako bi pružile pravovremenu i učinkovitu njegu. Također je važno da medicinske sestre razviju empatiju i razumijevanje za emocionalnu i psihološku stranu bolesti kako bi pružile podršku adolescentima u njihovom procesu ozdravljenja (44, 45).

Sestrinska skrb za adolescente s bulimijom nervozom igra ključnu ulogu u njihovom liječenju i oporavku. Medicinske sestre pružaju psihološku podršku kroz individualne razgovore, psihološke intervencije i savjetovanje. Rad na razumijevanju uzroka poremećaja, identificiranje okidača i strategija za suočavanje s prehranbenim krizama važan je dio njihove uloge. Edukacija o važnosti samopomoći, promicanje zdravih načina suočavanja sa stresom i jačanje samopouzdanja također su bitni aspekti sestrinske skrbi. Kroz razumijevanje poremećaja, pružanje podrške, praćenje tjelesnog stanja i pružanje psihološke podrške, medicinske sestre igraju ključnu ulogu u procesu oporavka adolescenata s bulimijom. Timski rad s ostalim zdravstvenim profesionalcima osigurava integriranu i sveobuhvatnu skrb koja će adresirati sve aspekte bolesti i potaknuti oporavak. (44,45).

Kontinuirano obrazovanje i praćenje najnovijih istraživanja i smjernica u području poremećaja prehrane ključno je za sestrinsku skrb kod adolescenata s bulimijom. Medicinske sestre trebaju biti dobro informirane o terapijskim mogućnostima i psihosocijalnoj podršci, što je ključno za dugoročni uspjeh oporavka. Njihova uloga u pružanju podrške, praćenju i promicanju oporavka od vitalnog je značaja. Kroz razumijevanje poremećaja, multidisciplinarni pristup i individualiziranu skrb, medicinske sestre igraju važnu ulogu u poboljšanju kvalitete života adolescenata i postizanju dugoročnog zdravlja i blagostanja. Njihova uloga u edukaciji, podršci i motivaciji ključna je za uspješan ishod liječenja (45).

4. ZAKLJUČAK

Medicinske sestre igraju važnu ulogu u pružanju podrške, educiranju, praćenju stanja i promicanju oporavka ovih mladih bolesnika. Kroz razumijevanje poremećaja, individualiziranu skrb i multidisciplinarni pristup, sestrinska skrb može značajno poboljšati kvalitetu života adolescenata s ovim poremećajima. Važno je kontinuirano educiranje medicinskih sestara o najnovijim terapijskim modalitetima i smjernicama kako bi pružile optimalnu skrb i doprinijele dugoročnom zdravlju i blagostanju svojih bolesnika.

Sestrinska skrb za adolescente s anoreksijom i bulimijom nervozom ključna je u pružanju podrške, liječenju i oporavku od ovih ozbiljnih poremećaja prehrane. Medicinske sestre imaju važnu ulogu u prepoznavanju simptoma, pružanju edukacije, motivaciji za promjene i podršci kroz emocionalno i fizičko iscjeljenje. Kroz individualiziran pristup, sestrinska skrb obuhvaća različite aspekte zdravlja te uključuje suradnju s multidisciplinarnim timom kako bi se osigurala sveobuhvatna skrb. Kontinuirano usavršavanje, praćenje smjernica i fleksibilnost u prilagodbi terapije su ključni za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi. Osim toga, podrška obitelji i promicanje samopomoći kod adolescenata važni su za dugoročni oporavak. Medicinske sestre su nezamjenjivi članovi tima u liječenju poremećaja prehrane kod adolescenata, pružajući podršku, edukaciju i nadu za bolje sutra.

U okviru sestrinske skrbi za adolescente s poremećajima prehrane, važno je naglasiti i ulogu edukacije. Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u edukaciji adolescenata o poremećajima prehrane, uključujući razumijevanje simptoma, posljedica nepravilne prehrane i važnosti pravilne prehrane za zdravlje i dobrobit. Edukacija može pomoći adolescentima da prepoznaju znakove poremećaja prehrane u sebi ili drugima te da potraže pomoć na vrijeme.

Također, multidisciplinarni pristup u liječenju adolescenata s poremećajima prehrane ključan je za postizanje najboljih rezultata. Suradnja s psiholozima, nutricionistima, psihijatrima i drugim zdravstvenim stručnjacima omogućuje sveobuhvatnu skrb koja adresira fizičke, emocionalne i psihološke aspekte poremećaja prehrane.

Sestrinska skrb za adolescente s poremećajima prehrane zahtijeva holistički pristup koji obuhvaća edukaciju, podršku, praćenje i suradnju s ostalim zdravstvenim stručnjacima. Kroz stručnost, empatiju i predanost, medicinske sestre mogu pružiti podršku adolescentima u njihovom procesu liječenja i oporavka, te im pomoći da postignu dugoročno zdravlje i blagostanje.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition) (DSM-5), Washington DC, American Psychiatric Publishing 2013.
2. American Psychiatric Association. What are Eating Disorders? 2021. [Online]. Available: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
3. Arcelus J., Mitchell A.J., Wales J, i sur. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Archives of General Psychiatry 2011; 68(7); 724-731.
4. Auckland Eating Disorder Service. Meal Support: Information for Family, Friends and Support People. New Zealand: Greenlane Clinical Centre 2008.
5. BEAT. Types of Eating Disorders 2022. <https://www.beateatingdisorders.org.uk/get-information-and-support/about-eating-disorders/types/>
6. Bodywhys The Eating Disorder Association of Ireland Eating Disorders 2013. A Resource for General Practitioners <https://bodywhys.ie/wp-content/uploads/2017/03/BWGPA5Booklet2013.pdf>
7. Bodywhys The Eating Disorder Association of Ireland. Eating Disorders 2018. Resource for Dentists <https://www.bodywhys.ie/wp-content/uploads/2018/01/BWDentist-A5->
8. Button, E. J. & Warre, R. L. Living with anorexia nervosa: the experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. European Eating Disorders Review 2001; 9, 74-96.
9. Cassin, S. E. & von Ranson, K.M. Personality and eating disorders: a decade in review. Clinical Psychology Review 2005; 25(7), 895-916.
10. Collins, P. (Ed.). Recovery: A Journey for all Disciplines. National Office for Advancing Recovery in Ireland. HSE: Mental Health Division. Dublin 2016.
11. Craig, S. & Daily, S. Activities of Irish Psychiatric Units and Hospitals 2018 Main Findings. HRB Statistics Series 39. Dublin: Health Research Board 2019.

12. Department of Health (2016). VALUES FOR NURSES AND MIDWIVES IN IRELAND 2016. [Online]. Available: <https://www.pna.ie/images/0203171.pdf>
13. Flahavan, C. Detection, assessment and management of eating disorders, how involved are GPs? *Irish Journal of Psychological Medicine* 2006; 23(30), 96-99.
14. Frank, G. K. W. & Shott, M. E. The Role of Psychotropic Medications in the Management of Anorexia Nervosa: Rationale, Evidence and Future Prospects. *CNS Drugs* 2016; 30(5), 419-442.
15. Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S. & Ward, W. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2014; 48(11), 977-1008.
16. Health Service Executive National Consent Policy. Quality and Patient Safety Division. HSE: Dublin Ireland 2013.
17. Health Services Executive. A National Framework for Recovery in Mental Health 2018-2020. Available: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/advancingrecoveryireland/national-framework-for-recovery-in-mental-health/national-framework-plain-english.pdf> [Accessed
18. Health Service Executive. National Clinical Programme for Eating Disorders HSE Model of Care 2018. Available: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/national-clinicalprogramme-for-eating-disorders/ed-moc.pdf>
19. Higgins, A. Morrissey, J. Doyle, L. Bailey, J. & Gill, A. Best Practice Principles for Risk Assessment and Safety Planning for Nurses working in Mental Health Services. Dublin: Health Service Executive 2015.
20. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007; 61, 348-358.
21. Hughes, E. K., Goldschmidt, A. B., Labuschagne, Z., Loeb, K. L., Sawyer, S. M. & Grange, D. L. Eating Disorders with and without Comorbid Depression and Anxiety: Similarities and

- Differences in a Clinical Sample of Children and Adolescents. *European Eating Disorders Review* 2013; 21(5), 386-394.
22. Improving physical health of adults with severe mental illness: essential actions. A report of the Academy of Medical Royal Colleges and Royal Colleges of General Practitioners, Nursing, Pathologists, Psychiatrists, Physicians, the Royal Pharmaceutical Society and Public Health England 2013.
 23. Irish Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Irish Guideline Document no. 1 55 Prevention and Treatment of Refeeding Syndrome in Acute Care Setting 2010.
 24. Jáuregui-Garrido, B. & Jáuregui-Lobera, I. Sudden death in eating disorders. *Vascular Health and Risk Management* 2012; 8, 91-98.
 25. Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioners of primary mental health care services 2013. Available: www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-primary-care-guide.pdf
 26. Linville, D., Tiffany, B., Strum, K. & Mc Dougal, T. Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals. *Eating Disorders, The Journal of Treatment and Prevention* 2012; 20(3) 216-231.
 27. Lock, J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2011; 24, 274-279.
 28. Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing* 2015; 36, 249-257.
 29. Zugai, J. S. Understanding the therapeutic alliance between nurses and consumers with anorexia nervosa in the context of the inpatient setting: a mixed methods study. PHD Thesis, OpenPublications of UTS Scholars. Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing* 2016; 36, 249-257.
 30. Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S. & Mond, J. The changing demographic profile of eating disorder behaviours in the community. *BMC Public Health* 2014; 14, 943.
 31. Morgan, J. F., Reid, F. & Lacey. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999; 319, 1467-1468.

32. Morrissey, J. & Oberlin, K. Working with people affected by eating disorders United Kingdom, Red Globe Press 2019.
33. Mullins, D., Cotter, D., Cunningham, M. & Murphy, K. Psychiatry Course Book. Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin 2016.
34. McIntosh, V. Specialist supportive clinical management (SSCM) for anorexia nervosa: Content analysis, change over course of therapy, and relation to outcome. Journal of Eating Disorders 2015; 3, 01. 54
35. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Related Eating Disorders. British Psychological Society: Great Britain 2004.
36. National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: recognition and treatment 2017. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
37. National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: Quality Standard 2018. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs175>
38. NHS England and NHS Improvement and the National Collaborating Central for Mental Health. The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults 2017. Available: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/community-mental-health-framework-foradults-and-older-adults.pdf> (england.nhs.uk)
39. Norman, A. Refeeding Syndrome: An Overview 2021. Available: <https://www.verywellhealth.com/refeeding-overview-4177196>
40. NSW Ministry of Health. Guidelines for the Inpatient Management of Adult Eating Disorders 7in General Medical and Psychiatric Settings in NSW 2014. Available: [inpatient-adult-eating-disorders.pdf](#)
41. Robinson, P. Avoiding deaths in hospital from anorexia nervosa: the MARSIPAN project. The Psychiatrist 2012; 36, 109-113.
42. Royal College of Psychiatrists. Guidelines on the nutritional management of Anorexia Nervosa 2009.

43. Royal College of Psychiatrists. CR170: Eating Disorders in the UK: Service Distribution, Service Development and Training 2012.
44. Royal College of Psychiatrists. MARSIPAN Check list for Really Sick Patients with Anorexia Nervosa 2015. Available: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/eatingdisorders/marsipan/eating-disorders-cr189-checklist.pdf?sfvrsn=d6ce3bb1_4.
45. Royal College of Psychiatrists. Position statement on early intervention for eating disorders 2019. Available: <https://www.rcpsych.ac.uk>