

Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja - Anoreksija nervoza

Horvat, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:414867>

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

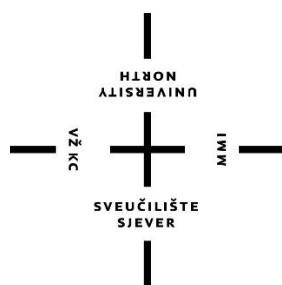
Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 760/SS/2016

**Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja - Anoreksija
nervoza**

Petra Horvat, 5389/601

Varaždin, rujan 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 760/SS/2016

Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja - Anoreksija nervoza

Student

Petra Horvat

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------|---|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | | |
| PRISTUPNIK | Petra Horvat | MATIČNI BROJ | 5389/601 |
| DATUM | 14.07.2016. | KOLEGIJ | Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika |
| NASLOV RADA | Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja - Anoreksija nervoza | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Health care of patients with eating disorders- Anorexia nervosa | | |
| MENTOR | Marija Božičević, mag.med.techn. | ZVANJE | predavač |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. doc.dr.sc. Rudolf Milanović, predsjednik 2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor 3. Nikola Bradić, dr.med., član 4. Marijana Neuberg, mag.med.techn., zamjenski član 5. _____ | | |

Zadatak završnog rada

| | |
|------|--|
| BROJ | 760/SS/2016 |
| OPIS | <p>Anoreksija nervoza spada u poremećaje hranjenja. Uz nju, navodi se i bulimija nervoza te atipični poremećaj hranjenja kao kombinacija ovih dviju bolesti. Ovi poremećaji privlače sve veću pažnju kako stručnjaka tako i laika. Svakodnevno smo izloženi mnogobrojnim dijetama koje nam nude razni mediji. Svjedoci smo takozvanog „ideala ljepote“ te povezivanja anoreksije nervoze sa pojedinim zanimanjima kao što je manekenstvo, no u podlozi leži mnogo kompleksniji poremećaj koji za sobom nosi brojne psihičke i fizičke posljedice. Od anoreksije nervoze u većem postotku oboljevaju žene, no to ne znači da ne mogu oboljeti i muškarci. Većinom zahvaća adolescentsku dob, u kojoj je i veći postotak izlječenja. Još uvijek postoje dvojbe autora oko uzroka i liječenja ovog poremećaja, no psihoterapija ima prednost pred medikamentoznim liječenjem. Također, važno je spomenuti ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj njezi osoba oboljelih od anoreksije nervoze koja prati i nadzire, educira, motivira te pruža podršku oboljelima.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati pojam anoreksije nervoze- opisati povijesni pregled bolesti- prikazati etiologiju i epidemiologiju bolesti- prikazati dijagnozu- prikazati kliničku sliku- opisati liječenje- objasniti ulogu medicinske sestre u radu s oboljelima |

ZADATAK URUČEN

02.09.2016



Marija Božičević

Predgovor

Zahvaljujem se svojoj mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn., na ukazanom povjerenju, savjetima i pomoći tijekom izrade ovog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima na podršci tijekom studiranja.

Sažetak

Poremećaji hranjenja predstavljaju jednu od najčešćih skupina psihijatrijskih oboljenja. Poremećaji hranjenja dijele se na anoreksiju nervozu (AN), bulimiju nervozu (BN) te poremećaj hranjenja- neodređen. AN smatra se vrlo starom bolešću koja je tijekom povijesti mnogo puta mijenjala svoje ime. Namjerno izgladnjivanje spominju liječnici Hipokrat i Galen. Smatra se da su liječnici Gull i Lasegue zaslužni za općeprihvaćeni naziv bolesti. Posljednjih dvadesetak godina intenzivno se zagovara ideal mršavosti, koji utječe na ženinu percepciju vlastitog tijela. Poremećaji hranjenja češće se pojavljuju među pripadnicama ženskog spola. AN nije samo opsjednutost debljinom i prehranom, već mnogo ozbiljniji psihijatrijski poremećaj. Uzrok još uvijek nije poznat, ali se smatra da je AN multifaktorijalna bolest. 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 AN je kompleksno, no potpuno izlječenje je moguće. Liječenje je utoliko teže zbog vrlo česte nemotiviranosti pacijenata za liječenje. Učestali su i relapsi bolesti. Važna je uloga medicinske sestre u zbrinjavanju pacijenata oboljelih od AN. Ona provodi najviše vremena sa oboljelima te kao član tima uviđa promjene u stanju pacijenta. Medicinska sestra svojim intervencijama utječe na pacijentovo prihvaćanje liječenja i stvaranje osjećaja sigurnosti. Uz to, nužno je poštivanje osnovnih načela zdravstvene njege psihijatrijskih pacijenata u obavljanju intervencija.

Ključne riječi: anoreksija nervoza, prehrana, dijeta, sestrinska skrb

Popis korištenih kratica

AN Anoreksija nervoza

BN Bulimija nervoza

DSM- IV, DSM- V Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti Američke psihijatrijske udruge

MKB- 10 Međunarodna klasifikacija bolesti

SIPPS Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

GH Hormon rasta

IGF- 1 Faktor sličan inzulinu

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Definicija i podjela poremećaja hranjenja | 3 |
| 3. Povijesni pregled anoreksije nervoze | 5 |
| 4. Uzroci anoreksije nervoze | 9 |
| 4.1. Biološki faktori | 9 |
| 4.2. Psihološki faktori | 11 |
| 4.2.1. Samopoštovanje | 11 |
| 4.2.2. Depresivnost | 12 |
| 4.2.3. Predodžba o vlastitom tijelu | 12 |
| 4.2.4. Negativni verbalni komentar (zadirkivanje) | 13 |
| 4.3. Socijalni faktori | 14 |
| 5. Epidemiologija anoreksije nervoze | 16 |
| 6. Dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu | 17 |
| 7. Klinička slika anoreksije nervoze | 19 |
| 8. Diferencijalna dijagnoza i komorbiditet anoreksije nervoze | 23 |
| 9. Tijek i prognoza anoreksije nervoze | 24 |
| 10. Liječenje anoreksije nervoze | 25 |
| 11. Sestrinske dijagnoze | 32 |
| 11.1. Neuravnotežena prehrana- manja od tjelesnih potreba | 32 |
| 11.2. Poremećaj tjelesnog izgleda | 33 |
| 11.3. Visok rizik za suicid | 34 |
| 11.4. Visok rizik za dehidraciju | 35 |
| 11.5. Ostale moguće sestrinske dijagnoze | 35 |
| 12. Zaključak | 36 |
| 13. Literatura | 37 |

1. Uvod

Prva od četrnaest osnovnih ljudskih potreba prema Virginiji Henderson je unos hrane i tekućine. Iz toga je vidljiva njena važnost, ne samo da bi se zadovoljile energetske potrebe već kako bi organizam mogao normalno funkcionirati. Za cijeli niz funkcija u organizmu potrebne su hranjive tvari. Pravilnom prehranom, odnosno dijetom, mogu se također spriječiti razne bolesti. Suprotno tome, nepravilna prehrana jedan je od najvažnijih rizičnih čimbenika za pojavnost raznih bolesti, primjerice kardiovaskularnih, diabetes mellitusa i cerebrovaskularnih. Uravnoteženost prehrane i sam način života uvelike utječu na pojavnost bolesti kod pojedinaca, ali i cjelokupne populacije. Osim toga, u hrani bismo trebali uživati. O važnosti prehrane govori i činjenica da se razvila znanost koja se njome bavi - nutricionizam. Uz dobro tjelesno zdravlje veže se i mentalno zdravlje. Vidljivo je da se sve više pažnje posvećuje upravo važnosti očuvanja mentalnog zdravlja. Neka tjelesna stanja mogu biti izazvana promjenama u mentalnom statusu, kao što je primjerice AN. Mentalne bolesti smatraju se javnozdravstvenim problemom iz razloga što su sve učestalije i zahvaćaju mlađu dob. Također, vrlo često uzrokuju nesposobnost za rad te tako narušavaju kvalitetu života kako pojedinca tako i njegove obitelji. Iz navedenoga je vidljiva važnost ravnoteže između tjelesnog i mentalnog zdravlja pojedinca. Ideal ljepote kroz povijest se mijenjao. U početku je suzdržavanje od hrane predstavljalo žrtvu bogovima, a prijelaz je vidljiv u doba baroka u 17. stoljeću.

Šezdesetih godina prošlog stoljeća istaknula se Lesley Lawson takozvana Twiggy, manekenka, uzor mnogih tadašnjih adolescentica. Predstavljala je idealne mjere (170 cm/ 44 kg) iznad kojih žene ne bi trebale prelaziti. Svaki prelazak preko toga označavao bi prekomjernu tjelesnu težinu.[1]

U posljednjih dvadesetak godina intenzivno se zagovara ideal mršavosti i ljepote. Stoga, brojne žene posežu za restriktivnim dijetama ne bi li izgubile na tjelesnoj težini. Gotovo da nema ni jednog broja 'ženskog časopisa' u kojem nema nekoliko naslova vezanih uz hranu i pravilnu prehranu. Ovakvi obećavajući naslovi ohrabruju brojne žene na držanje restriktivne dijetе i kroz više mjeseci. Sve navedeno utječe na percepciju žena o vlastitom tijelu, posebno u adolescentnoj dobi što može voditi u neki od poremećaja prehrane. Može se reći kako naginjanje savršenom vanjskom izgledu i idealnoj tjelesnoj težini nije bilo toliko izraženo kao danas. To za sobom povlači brojne štetne trendove, od već navedenih

restriktivnih dijeta pa sve do estetskih operacija. Razvojem medija, ponajviše interneta, sve više se promiče ovaj ideal.

Racionalno gledano, industrija od promicanja 'debljanja' nema preveliku korist, dok od mršavljenja ima. Osim toga, proces mršavljenja traje dugo. Prema nekim istraživanjima provedenim 2009. godine 89% Hrvatica držalo je dijetu u posljednjih pet godina, pet i više puta. Nadalje, kao najčešći izvor informiranja o dijetama i raznim preparatima ispitanici su navodili internet i to čak njih 38%, potom časopise (30 %) i televiziju (20%). Samo 13 % ispitanika informacije bi potražilo kod svog obiteljskog liječnika. Smatra se da industrija dijetalne prehrane danas u svijetu vrijedi preko sto milijardi dolara na godinu što je pet puta više nego li su razvijene zemlje dodjeljivale Africi u razdoblju od tri godine. Uz to, stručnjaci smatraju da se 95 % osoba koje su izgubile na tjelesnoj težini vraća na prvobitnu težinu unutar jedne do pet godina. [2]Ova činjenica govori u prilog uspješnom promicanju ideala ljepote.

AN pretežno je bolest ženske populacije te se smatra da je prevalencija ove bolesti 0.5 – 1 % u mlađoj populaciji. [3]

Iz svega navedenoga vidljivo je da temelj AN, osim u sociokulturnim faktorima, leži i u osobnim i obiteljskim faktorima. Obiteljska dinamika od izrazite je važnosti. Sam uzrok AN još uvijek nije poznat, ali se smatra da je to multifaktorijalna bolest. Često se može čuti kako od AN oboljevaju samo manekenke, no u podlozi leži puno teži poremećaj.

Ličnost oboljele osobe je promijenjena te su takve osobe vrlo uporne u svojim zahtjevima. Također, izgladnjivanjem osoba pokušava uspostaviti kontrolu nad svojim tijelom i životom. [1]

AN je utoliko teža zbog brojnih tjelesnih posljedica koje nosi za sobom. Prognoza bolesti nije obećavajuća zbog visoke stope mortaliteta. Potpuno izlječenje moguće je kod jednog dijela pacijenata, ali je liječenje dugotrajno i zahtjevno.

2. Definicija i podjela poremećaja hranjenja

Poremećaji hranjenja obuhvaćaju AN, BN te poremećaj hranjenja- neodređen. Isti podrazumijeva ona stanja u kojima osoba pokazuje ponašanja koja su tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljavaju kriterije niti za AN niti za BN. U skupinu poremećaja prehrane- neodređeni spada i poremećaj nekontroliranog hranjenja, zvan bingeeatingdisorder. Ova podjela odnosi se na DSM- IV (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti) klasifikaciju poremećaja hranjenja. [3]

Poremećaj hranjenja- neodređen prema DSM- IV odnosi se na stanja: [3]

- 1) Gdje žena zadovoljava sve kriterije za AN, ali je prisutna redovita menstruacija
- 2) Gdje su ispunjeni svi kriteriji za AN, osim što unatoč gubitku osoba ima normalnu tjelesnu težinu
- 3) Gdje su ispunjeni svi kriteriji za BN, osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi pojave manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca
- 4) Kada postoji ponašanje gdje osoba normalne tjelesne težine uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja manje količine hrane
- 5) Gdje postoji ponavljano žvakanje i pljuvanje, no ne i gutanje velikih količina hrane
- 6) Prežderavanja, odnosno, ponavljanje epizoda prejedanja u odsutstvu ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnim za BN.

Cilj Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne bolesti (DSM- V) klasifikacije poremećaja hranjenja je da se oboljelim osobama postavi dijagnoza koja točno opisuje njihove simptome. Preinake podrazumijevaju prepoznavanje poremećaja zvanog bingeeating; izmjenu dijagnostičkih kriterija za AN i BN; uključivanje pica poremećaja, ruminacijskog poremećaja i poremećaja restriktivnog uzimanja hrane. [4]

U DSM- V bingeeatingdisorder zauzima posebnu kategoriju, što nije bio slučaj u DSM- IV klasifikaciji poremećaja hranjenja. Poremećaj je okarakteriziran kao ponavljajuće uzimanje veće količine hrane u kratko vrijeme, nego što bi to većina osoba uzela u sličnim okolnostima. Osoba pritom može imati osjećaj srama, krivnje i gađenja, dok se epizoda prejedanja javlja najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca. [4]

Promjene koje se odnose na AN podrazumijevaju promjene u poimanju amenoreje. Dok DSM- IV klasifikacija uključuje izostanak menstruacije tijekom tri mjeseca, u DSM- V klasifikaciji amenoreja se izbacuje. Razlog tome je što se ovaj simptom ne može primijeniti na oboljele muškarce, djevojčice prije menarhe, žene koje uzimaju oralne kontraceptive te na žene u postmenopauzi. [4]

Promjene u dijagnostičkim kriterijima za BN podrazumijevaju promjene u javljanju prejedanja nakon čega slijedi neodgovarajući kompenzacijski mehanizam sa dva puta tjedno na najmanje jednom tjedno. [4]

Prema tome, dijagnostičkapodjela poremećaja hranjenja prema DSM- Viz 2014. godine su: [3]

- 1) F 98.21 Pika, ruminacijski poremećaj ili poremećaj regurgitacije hrane
- 2) F 50.01/ F 50.02 AN
- 3) F 50.2 BN
- 4) F 50.8 Poremećaj s prejedanjem
- 5) F 50.8 Drugi specificirani poremećaj hranjenja ili jedenja
- 6) F 50.9 Nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB- 10) iz 1993. godine poremećaji hranjenja dijele se na: [3]

- 1) F 50.0 AN
- 2) F 50.1 AN atypica
- 3) F 50.2 BN
- 4) F 50.3 BN atypica
- 5) F 50.4 Prejedanje povezano s drugim psihičkim poremećajima
- 6) F 50.5 Povraćanje udruženo s drugim psihičkim poremećajima
- 7) F 50.8 Drugi poremećaji hranjenja
- 8) F 50.9 Nespecificirani poremećaji hranjenja

3. Povijesni pregled anoreksije nervoze

AN smatra se vrlo starom bolešću, koja je kroz povijest mnogo puta mijenjala svoje ime. Smatra se da su već grčki liječnik Hipokrat i rimski liječnik Galen pratili namjerno izgladnjivanje, iako to ne spominju u svojim spisima. [1] Također, smatra se kako problem samoizgladnjivanja seže u daleku povijest, spominju se razni oblici samoizgladnjivanja u Grčkoj i Rimu te drevnim istočnjačkim religijama kroz religijski asketizam. [5] Asketizam se definira kao način življenja i mišljenja asketa, gdje se osoba samovoljnim izgladnjivanjem opire svojim tjelesnim strastima. Na taj način iskazuje pokajništvo u mučenju tijela odricanjem. [6]

Ova bolest bila je uobičajena u srednjem vijeku, posebice među sveticama i osobama koje su proglašavali vješticama, opsjednutima vragom. [1] U srednjem je vijeku smatrano da je upravo tijelo izvor grijeha te je srednjovjekovno kršćanstvo propovijedalo izgladnjivanje, bičevanje, izlaganje hladnoći. Funkcija ljudskog tijela bilo je podvrgavanje najrazličitijim poniženjima, a izgladnjivanje je bio vanjski znak poslušnosti Bogu. Vidljivo je da je u srednjem vijeku tijelo smatrano nečim potpuno bezvrijednim. [7]

Većina modernih povjesničara medicine smatra Richarda Mortona prvim koji je dao klinički opis AN, iako talijanski autori ističu genoveškog liječnika Simone Porta koji je prvi opisao ovu bolest u šesnaestom stoljeću. Richard Morton opisuje dva slučaja AN iz 1689. godine. Prvi slučaj je kćer gospodina Dukea, a drugi sin gospodara Steelea. U prvom slučaju opisao je simptome amenoreje, pretjerane fizičke aktivnosti i gubitka na tjelesnoj težini. Iz toga se vide simptomi koji su i danas dio osnovne kliničke slike. [1]

Liječnik Morton opisuje: „Kćerka gospodina Dukea iz St. Mary-Axe, godine 1684., u osamnaestoj godini života... izgubila je svoju mjesečnicu zbog mnogih briga i strasti svoga duha. Od tada se počeo smanjivati njezin apetit... potpuno se zapustila kroz cijele dvije godine dok na kraju nije dospjela u stanje posljednje faze marazma (potpune tjelesne iscrpljenosti)... i tako, pateći od čestih nesvjestica, potražila moj savjet. Ne sjećam se da sam ikad u svojoj praksi vidio nekog u tako izgubljenom stanju... (kao kostur prekriven kožom).“ Nadalje, „u početku se činilo da se oporavlja, ali se uskoro brzo zamorila lijekovima i preklinjala da se cijela stvar pusti svojem prirodnom tijeku. Itako propadajući svakim danom sve više, ona je nakon tri mjeseca pogođena napadom nesvjestice umrla.“ Iz Mortonovaliječenja vidi se njegovo shvaćanje porijekla bolesti. Služi se aromatičnim

vrećicama koje je stavljao na trbuh, a uz to koristi takozvane gorke medicine i antihisteričnu vodicu. [1]

Dr. Morton svoj je opis bolesti objavio pod nazivom „Phtisiologiaseu Execitationes de Phtisis“ upotrebljavajući termin „nervnaatrofija“ za stanje sušice obilježeno nedostatkom apetita i probavnim poteškoćama. Također, uočio je ravnodušnost pacijenata prema svojem stanju i liječenju te zaključuje kako zbog tužnih i tjeskobnih misli dolazi do živčane sušice. [1]

Nakon Mortonova opisa bolesti prošlo je stotinu osamdeset i četiri godine do detaljnog opisa bolesti u medicinskoj literaturi. Za to su zaslužni francuski liječnik Ernest Charles Lasegue i engleski liječnik Sir William Gull. Gull je 1868. godine u svom izlaganju na godišnjem sastanku Britanske medicinske udruge u Oxfordu spomenuo stanje, kasnije nazvano AN, rekavši: „tako izbjegavamo grešku pretpostavljajući da se radi o mezenteričnoj bolesti mladih žena koje su izmršavjele do posljednjeg stupnja u histeričnoj apepsiji.“ [1]

S druge strane, francuski je liječnik Lasegue 1873. godine objavio članak pod nazivom „O histeričnoj anoreksiji“. U tome je članku Lasegue detaljno opisao osam slučajeva bolesti. Smatrao je da histeričnu anoreksiju uzrokuje neobično psihičko stanje, intelektualna perverzija potekla od emocionalnog poremećaja koji su bolesnice priznavale ili prikrivale. Također je opisao tri stadija bolesti. U prvom se stadiju javljaju probavne poteškoće, smanjen unos hrane i značajna hiperaktivnost. Drugi stadij obilježen je mentalnom perverzijom koju pojačava tjeskoba obitelji povezana sa stanjem bolesnice i njenom zaokupljenošću okolinom i mršavljenjem. Treći stadij bolesti, ujedno kahektična faza, obilježen je gubitkom elastičnosti kože, bljedilom, amenorejom, opstipacijom, astenijom te ekstremnom depresijom. Lasegue je stavio naglasak na obiteljski život, odnosno na psihičku i obiteljsku dimenziju bolesti. Francuski liječnik već je u 19. stoljeću precizno opisao bolest, onako kako je i mi danas vidimo. [1]

Engleski je liječnik Gull 1873. godine na sastanku Kliničkog društva u Londonu predstavio svoj rad pod imenom „Anorexia hysterică (Apepsia hysterică)“, kasnije nazvan „Anorexia nervosa“. Gull je želio preuzeti prvenstvo u opisu novoga stanja te je na sastanku spomenuo kako je već 1868. godine opisao neobičnu bolest koja se javlja u mladih žena, karakteriziranu ekstremnim mršavljenjem, a koja se do tada nazivala latentna tuberkuloza ili mezenterička bolest. Također, nadodao je kako od ove bolesti najčešće obolijevaju žene u dobi od 16 do 23 godine, ali ponekad i muškarci istih godina. Mjesec dana nakon prijevoda

Lasegueova rada na engleski jezik, Gull je želeći i dalje preuzeti prvenstvo u opisu iskrivio tekst svojega rada i nadopunio ga novim podacima. Smatra se da Gull nije liječio više od dvije ili tri oboljele pacijentice. Prema vlastitim je tvrdnjama predložio novi naziv – anorexianervosa. Vandereyken je smatrao kako je Gull vjerojatno predložio riječ „nervosa“ zbog nesnošljivosti prema hysteriji koja je u to doba u Francuskoj bila naveliko proučavana. Kao objašnjenje navodi da je potrebno izbjegavati riječ hysterija jer se bolest pojavljuje i u muškaraca. Važno je nadodati staro shvaćanje hysteričnih simptoma koji su bili posljedica putovanja maternice tijelom, pa prema tome muškarci ne mogu biti hysterični. Sigmund Freud je zaslužan za opovrgavanje ovog mita. Danas se smatra da su liječnici, Gull i Lasegue, približno istovremeno došli do istih zaključaka pa su za općeprihvaćeni naziv bolesti oboje zaslužni. [1] Iz svega navedenoga vidljivo je kako je Gull zagovarao medicinski pristup u shvaćanju i liječenju bolesti, koje se sastojalo od redovitog hranjenja u dvosatnim ciklusima i boravkom u toplom krevetu. Lasegue je pak bio psihološki orijentiran na bolest. Isto tako, Gull je želio AN izolirati kao zasebnu dijagnozu, dok je Lasegue gledao na bolest kroz tada popularnu dijagnozu hysterije koja je označavala mentalne probleme žene. Francuski liječnik kao osnovni uzrok anoreksije smatrao je psiho-obiteljske karakteristike i unutarobiteljski sukob s kojim je pacijentica suočena u svom odrastanju. Opis uzroka temelji na vlastitom iskustvu u svojoj klinici u Parizu, gdje se susretao sa buržoaskim obiteljima i njihovim kćerima oboljelim od anoreksije nervoze. [5]

Osim Gulla i Laseguea važno je spomenuti pariškog liječnika Luisa- VictoraMarcea koji je na sastanku pariškog medicinsko- psihološkog društva još 1859. godine objavio rad pod nazivom „Zapažanja o nekim oblicima hipohondijskog delirija kao posljedice dispepsije karakterizirane uglavnom odbijanjem hrane.“ U svom radu opisuje kliničku sliku AN te je upozorio kako se mnoge pacijentice liječe kao osobe koje imaju problema sa želucem. Pri tome njihovi su liječnici predvidjeli tvrdoglavo odbijanje hrane kao posljedicu delirantnih ideja iz razloga što pacijentice nisu dispeptične već duševno poremećene. L.V.Marce u svom liječenju navodi važnost izoliranja bolesnica iz svoje obitelji te prisilno hranjenje makar i sodom. Smatra se kako je njegov napor neopravdano pao u zaborav, unatoč činjenici da je svoj rad objavio deset godina prije gore navedenih liječnika. [1]

U Francuskoj se upotrebljava naziv „anorexiementale“ koji je predložio 1883. godine francuski liječnik Huchard. On je razlikovao mentalnu od gastrične anoreksije za koju je smatrao da je povezana sa hysterijom te sa probavnim poremećajima i neodgovarajućom

crijevnom apsorpcijom. Za mentalnu anoreksiju pak smatra kako je psihijatrijska bolest koja je više mentalni nego probavni problem. [1]

Krajem devetnaestog stoljeća postalo je općeprihvaćeno AN smatrati psihijatrijskom bolešću. Stručnjaci toga doba slagali su se kako odbijanje hrane dovodi do teških, ponekad smrtonosnih, organskih posljedica ove bolesti. Izlječenje se može postići izolacijom pacijentice i hranjenjem uz metodu uvjeravanja. [1]

Nadalje, MorrisSimmonds opisuje smrtonosnu kaheksiju uzrokovanu atrofijom prednjeg režnja hipofize. Nakon toga napustilo se korištenje termina „anorexianervosa“ pa su tako slučajevi ove bolesti u adolescenciji nazivani Simmondovom bolešću. U liječenju se koristilo injiciranje ekstrakata hipofize zbog mišljenja kako je posrijedi ove bolesti neki endokrinološki poremećaj. [1]

Može se reći kako se u to vrijeme AN izbjegavalo pripisati psihološki motiv i uzrok. Prvi koji je pokušao AN pripisati psihološke uzroke bio je francuski psihijatra PierreJaneta, koji je 1903. godine opisao slučaj mentalne anoreksije te je odredio psihostenijukao opsesivnu formu odvratnosti koju pacijentica ima prema vlastitome tijelu. Uz to, naglasio je da bolest predstavlja odbijanje pacijentice da preuzme žensku spolnu ulogu. Već spomenuti Sigmund Freud, objašnjava bolest kao melankoliju seksualno nezrelih. Osim psihijataru fenomenološke orijentacije (H.Binswanger, R.Kuhn, J.Zutt) sve veće zanimanje pokazali su i psihoanalitičari svojim studijama o psihogenim faktorima važnim za nastanak bolesti. Među najistaknutijima su F.Aleksander, H.Deutsch, K.Eissler, T.Benedek, H.Bruch, H.Thoma, P.Dally i M.SelviniPalazzoli. [1]

4. Uzroci anoreksije nervoze

Točan uzrok AN još uvijek nije jasan. No, razni autori se slažu da postoje biološki, psihološki i socijalni faktori važni za nastanak bolesti.

4.1. Biološki faktori

Postoje brojna istraživanja o utjecaju genetskih faktora na nastanak AN, iako nisu sasvim razjašnjeni. Postojanje rizičnih čimbenika u prenatalnom i perinatalnom razdoblju povezano je s lošijom prognozom ovog poremećaja. Autori navode infekcije, razne traume, konvulzije, stariju dob majke i nisku porođajnu težinu kao rizične čimbenike. Tjelesne osobine, kao što su genetska predispozicija ka gojaznosti i visokom rastu, mogu uzrokovati rani pubertetski razvoj koji je rizičan za nastanak AN. [8]

Istraživanjima je utvrđena povećana incidencija u rođaka prvog stupnja. [9] Također, primijećeno je kako je AN češća u monozigotnih nego li udizigotnih blizanaca. [10]

Od ostalih bioloških faktora važnih u nastanku AN navode se dob, pubertet, spol i tjelesna težina. [8]

Prosječna dob pojave AN je 17 godina, a vrlo rijetko se javlja prije puberteta ili u dobi od 40 godina. Poremećaj doseže svoj maksimum u sredini kasne adolescencije.

Istraživanja pokazuju kako djeca školske dobi žele biti mršavija. Oko 45% djece želi biti mršavije, dok 37% djece pokušava na neki način smanjiti svoju težinu. Ranu adolescenciju predstavlja prijelaz iz djetinjstva u adolescenciju, zajedno sa promjenama tjelesnog izgleda i reproduktivnih funkcija koji su povezani s razvojem poremećaja. Endokrine promjene podrazumijevaju porast gonadotropnih hormona (androgena, estrogeni i progesterona), dok somatske promjene uključuju promjene tjelesnog oblika i veličine te razvoj sekundarnih spolnih obilježja. Endokrine promjene svoju osnovu nalaze u sklopu somatskih promjena, dok su somatske promjene povezane sa psihološkim i socijalnim faktorima. Osim toga, u djevojaka pubertetske dobi važnu ulogu ima pojava menarhe. One djevojke koje rano sazrijevaju pokazuju negativniji stav prema svom tijelu te drže dijetu u većem stupnju od vršnjakinja koje kasno pubertetski sazrijevaju. Stoga je srednjoškolska dob rizično razdoblje za razvoj AN. Raspon poremećaja u toj dobi može varirati od nezadovoljstva vlastitim tijelom, nepatološkog držanja dijete pa sve do čistih poremećaja

hranjenja. Utjecaj na predodžbu o vlastitom tijelu i držanje djeteta također imaju i izlasci. Smatra se da rano započinjanje sa izlascima ima za posljedicu usvajanje ponašanja odraslih. Neki oblici takvog ponašanja povezani su sa držanjem djeteta, te razvijanjem ideje mršavosti kao vrijednom cilju uz nezadovoljstvo vlastitim tijelom. Adolescentne djevojke smatraju kako je privlačnost važna komponenta za stvaranje odnosa sa suprotnim spolom kao i za uspješnost sastanaka u kojima je važna mršavost, te je stoga one održavaju. Prema studiji Attie i Brooks-Gun koje su tijekom dvije godine slijedile 193 učenice u dobi od 13 do 16 godina, potvrdile su hipotezu kako se poremećaji hranjenja javljaju kao odgovor na pubertetske promjene. [8]

Uz genetske faktore i dob, spol je još jedan od značajnih čimbenika u nastanku AN. Poremećaji hranjenja češće se povezuju sa ženskim spolom, a prema epidemiološkim podacima deset su puta učestaliji upravo kod pripadnica ženskog spola. Postoji nekoliko razloga koje navodi E.Faccio zbog kojih je AN tipično ženski poremećaj. Jedan od razloga je što žene lakše podnose post od muškaraca. Nadalje, žene imaju tendenciju nakupljanja masti u adipoznom tkivu koje im omogućuje da se suoče primjerice sa trudnoćom ili dojenjem u razdobljima nedovoljnih zaliha hrane. Hormonske i cerebralne funkcije koje se razvijaju u pubertetu mnogo su kompleksnije od onih u muškaraca, te u slučaju stresnih situacija one predstavljaju element ranjivosti. Uz to, žene su sklonije razvoju endogene depresije što je važno za modele koji objašnjavaju poremećaje hranjenja kao oblik depresivnog poremećaja.

U muškaraca je prevalencija AN mnogo manja nego u žena. Iako je prvi slučaj muškarca oboljelog od AN opisan 1689. godine, ovaj poremećaj bio je zanemaren te se izostavljao iz istraživanja. Unatoč slabijem sociokulturnom pritisku danas su sve češće reklamne poruke koje promiču dijetu i mišićav izgled tijela kod muškaraca. [8]

U osnovnoj školi dječaci bivaju rjeđe smatrani prekomjerno teškim te imaju manju potrebu da održavaju dijetu, dok se odrasle muškarce opisuje prekomjerno teškim tek kada se njihova tjelesna težina poveća za 15% od normalne. U žena to nije slučaj, te ima više onih koje naginju mršavijem izgledu dok je kod muškaraca taj omjer podjednak. Želja za gubitkom težine kod muškaraca povezuje se sa homoseksualnom orijentacijom. [8]

Atletski je status važan pripadnicima oba spola. Neka zanimanja su pod povećanim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja, a to su gimnastičari, atletičari i bodybuilderi, veslači te hrvači. [8]

Uz sve navedeno, tjelesna težina je još jedan važan biološki faktor za nastanak AN. Nastupom adolescencije povećava se adipoznost u oba spola, ali je izraženija u djevojaka. Ova promjena povezuje se sa hormonskim funkcioniranjem. Kod dječaka u pubertetu stvara se testosteron koji potiče njihov mišićni razvoj. Tako prosječan osamnaestogodišnji mladić

troši 25% kalorija više nego li dvanaestogodišnjak, dok je proporcija masnoća u tijelu tek neznatno promijenjena. U djevojaka to nije slučaj. One jedu manje nego li u dobi od dvanaest godina, a proporcija masnoća u tijelu je mnogo veća jer se energija više ne troši na potrebe rasta. [8]

Indeks tjelesne mase može se kretati od 10 do 50. Prema Fairburnu: [8]

- ispod 16- ekstremno ispodprosječna težina
- 16- 18- umjereno ispodprosječna
- 18- 20- blago ispodprosječna
- 20- 25- prosječna težina
- 25- 27- blago iznadprosječna
- 27- 30- iznadprosječna
- 30- 40- umjereno iznadprosječna
- iznad 40- ekstremno iznadprosječna težina

Ove su vrijednosti primjenjive za žene i muškarce starije od 16 godina, dok se za djecu i adolescente primjenjuju tablice distribucije indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol. Uz sve navedeno, vaganje je važan postupak za dobivanje pozitivne ili negativne povratne informacije za vrijeme liječenja osoba oboljelih od AN. No, vaganje može imati i negativne posljedice za pojedinca. U oboljelih osoba javlja se pad raspoloženja i smanjenje samopoštovanja kao rezultat nezadovoljstva vlastitim tijelom. Velik je broj oboljelih pacijentica, čak njih 25%, koje se važu od 9 do 27 puta mjesečno. [8]

4.2. Psihološki faktori

Ova skupina faktora često se naziva i psihološko- psihijatrijskim faktorima. Oni su najbolje istraženi, a uključuju depresivnost, samopoštovanje i nezadovoljstvo vlastitim tijelom, probleme autonomije, perfekcionizam, poremećaje ličnosti te anksioznost. [8]

4.2.1. Samopoštovanje

Samopoštovanje se označava kao globalno vrednovanje samoga sebe. Odnosno, uvjerenje u vlastite sposobnosti ili vrijednosti. Samopouzdanje u žena povezano je sa vanjskim faktorima, te se češće suočavaju sa problemima u tom području. Osobe oboljele od AN dijetom i gubitkom težine uspostavljaju osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Ovakve

osobe imaju loše mišljenje o sebi te strahuju da će biti odbačene ili napuštene. Osjećaj općeg samopoštovanja povezan je sa zadovoljstvom vlastitim tijelom i tjelesnim samopoštovanjem. S obzirom na veliku važnost koja se posvećuje izgledu, djevojke mogu smatrati kako njihova vrijednost ovisi o posjedovanju savršenog tijela. U oboljelih osoba sa prisutnim niskim samopoštovanjem narušena je percepcija tjelesne veličine i zadovoljstva tijelom. [8]

4.2.2. Depresivnost

Mnoga istraživanja pokazuju kako depresivnost nakon otpusta iz bolnice ostaje ista u osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. Uz to, uočen je veći broj afektivnih poremećaja u obiteljima pacijenata oboljelih od AN. Zbog velikih sličnosti između depresije i poremećaja hranjenja ova dva poremećaja teško je razlikovati. Iako su poremećaji hranjenja bili smatrani varijantom afektivnog oboljenja, depresivni simptomi predstavljaju sekundarne posljedice AN. McCarthy pretpostavlja da nezadovoljstvo vlastitim tijelom dovodi do depresije. Nezadovoljstvo sobom i loše raspoloženje potiču pak držanje dijete koja se koristi kako bi se suzbilo depresivno raspoloženje i postigla kontrola nad vlastitim izgledom. [8]

4.2.3. Predodžba o vlastitom tijelu

Individualne subjektivne impresije o tijelu nisu nužno povezane s fizičkom realnošću. Predodžba o vlastitom tijelu izgrađuje se na temelju interakcija s prvim skrbnicima, a kasnije se razvija na temelju socijalnih utjecaja. Kako se osoba razvija, tako sagledava da ostale osobe reagiraju na njen izgled odnosno njenu privlačnost i fizičku snagu. Svakodnevno se nameću razni kulturni zahtjevi za mršavosti, ali se različito odražavaju na žene i muškarce. Prema Fisher (1986.) žene su kritičnije od muškaraca prema vlastitom tjelesnom izgledu, češće obolijevaju od poremećaja prehrane te se češće podvrgavaju kozmetičkim zahvatima plastične kirurgije. Također, razni televizijski programi imaju utjecaj na predodžbu o vlastitom tijelu. Tako navode osobu da razmišlja o svojoj tjelesnoj težini, vanjskom izgledu ili privlačnosti. Važnu ulogu imaju i tjelesni atributi koje osoba posjeduje. Školska djeca su zabrinuta tek kod dramatičnih promjena veličine i širine tijela. Adolescenti pak brinu za promjene vezane uz razvoj seksualnih funkcija i sekundarnih spolnih obilježja. U srednjoj i starijoj dobi zabrinutost je usmjerena na pad tjelesne snage te promjene u izgledu. Hilda Bruch bila je prva koja je tvrdila da je poremećaj predodžbe o vlastitom tijelu povezan s AN. Uz to,

smatrala je kako je upravo to najvažnije psihopatološko obilježje AN. Kasnijim istraživanjima i uporabom aparata koji mjeri perceptivnu točnost pri određivanju tjelesne veličine došlo se do toga kako osobe oboljele od AN precjenjuju veličinu svoga tijela.[8]

Jedan od poremećaja predodžbe o vlastitom tijelu je i nezadovoljstvo tijelom. Ono se može kretati od nezadovoljstva pojedinim dijelovima tijela, pa sve do omalovažavanja izgleda gdje osobe svoje tijelo doživljavaju odvratnim i odbojnim. Istraživanje koje su proveli Cash i suradnici 1985.godine pokazuje kako su dvije od pet žena i jedan od tri muškaraca nezadovoljni svojim općim izgledom. Također, istraživanje je pokazalo da je samo 28% muškaraca i 15% žena bilo zadovoljno svim dijelovima tijela. Zabrinjavajući je podatak da se predodžba o vlastitom tijelu među Amerikancima deset godina prije (Berscheid, Walster i Bohrnsted, 1973.) i poslije (Cash i Henry, 1995.) navedenog istraživanja nije promijenila. [8]

Prema istraživanjima koje su proveli Huon (1994.), Wertheim i suradnici (1992.) više od 50% adolescentnih djevojaka držalo je dijetu, a još veći postotak izjavljuje da žele biti mršavije. Ovi podaci su također zabrinjavajući iz razloga što postaju rizični čimbenici za kasniji nastanak poremećaja hranjenja. [8]

Nezadovoljstvo tijelom važno je kod objašnjavanja pojave spolnih razlika i vremenu pojavljivanja AN. Pubertet je obilježen porastom masnih naslaga te se tako pojavljuje razlika između stvarnog tijela adolescentica i ženskog kulturnog ideala, dok se kod dječaka povećava mišićna snaga koja približava dječake kulturnom idealu muškosti. Iz navedenoga je vidljivo kako su adolescentice osjetljivije na mišljenje o sebi i način na koji ih vidi suprotan spol.[8] Istraživanje koje je provedeno 2003. godine na uzorku od 183 učenice srednjoškolske dobi pokazuje da je 25.01 % učenica zadovoljno svojom tjelesnom težinom, 14.08 % izražava zadovoljstvo svojom trenutnom težinom, dok čak njih 60.01 % priželjkuje tjelesnu težinu manju od trenutne. [11]

Ovi podaci govore u prilog zabrinutosti oko tjelesnog izgleda što također predstavlja rizik za nastanak poremećaja prehrane.

4.2.4. Negativni verbalni komentar (zadirkivanje)

Istraživanja pokazuju kako odrasle žene koje su u adolescenciji bile zadirkivane zbog svog tjelesnog izgleda manje zadovoljne izgledom tijela od onih koje nisu bile zadirkivane. Osim utjecaja na nezadovoljstvo vlastitim tijelom, negativan verbalni komentar utječe na samopoštovanje i razvoj poremećaja hranjenja. Istraživanje koje su proveli Brown i

suradnici (1989.) govori kako su adolescentice s poremećajem hranjenja navodile da su ih vršnjaci tijekom djetinjstva zadirkivali mnogo više nego osobe iz kontrolne skupine koje nisu imale simptome ovog poremećaja. [8]

4.3. Socijalni faktori

Socijalnim faktorima istraživači pridodaju sve veću pažnju. Ovi faktori su važni zbog toga što navode žene da održavaju dijetu i na taj način povećavaju rizik za nastanak poremećaja hranjenja. Postoje socijalni faktori koji znatno utječu na pojavu poremećaja hranjenja, a to su socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žene, glorifikacija poremećaja hranjenja, predrasude prema gojaznima i tendencija socijalnog uspoređivanja. Socijalni pritisak prema mršavosti poznat je još u prošlosti, a Silverstein, Peterson i Perdue (1986.) proveli su istraživanje u kojem su mjerili dimenzije grudi, struka i bokova manekenki koje su se pojavljivale u američkim časopisima Vogue i Ladies' Home Journal, u razdoblju od 1901. do 1981. godine. Željeli su utvrditi povijesni trenutak u kojem je mršavost postala moderna. Utvrdili su da je u razdoblju od 1949. do 1981. postojala veća pojavnost AN uporabom raznih dijeta. Socijalna uloga žene se također mijenja, pa se tako u zapadnim kulturama od žena očekuje da imaju savršeno tijelo, uspješnu karijeru, sretan brak te budu uzorne majke. Ovakve modele prikazuju razni mediji, televizija i ženski časopisi koji istovremeno u žena stvaraju osjećaj neadekvatnosti koji dovodi do podcjenjivanja sebe. U povijesti su se neke bolesti uzdizale iznad drugih, pa se tako AN smatra poremećajem tipičnim za bogate i inteligentne djevojke koje teže uspjehu i savršenstvu što je dovelo do glorifikacije ovog poremećaja. Brojne su predrasude prema gojaznim osobama postale socijalno prihvatljivim rasizmom, a da bi se smanjila incidencija AN upravo ove predrasude valja eliminirati. Neke od predrasuda su da gojazne osobe jedu više od drugih i da su pohlepne, imaju više psiholoških problema te da snagom volje mogu postići idealnu težinu. Tako je u zapadnim kulturama gojaznost simbol lijenosti, popustljivosti i nedostatka kontrole, a mršavost simbolizira uspjeh, kontrolu i spolnu privlačnost. [8]

Thornton i Moore (1993.) rade istraživanje na temu socijalnog uspoređivanja, a rezultati govore da izlaganje slikama koje pokazuju atraktivne modele samoprocjena o vlastitoj privlačnosti pada dok izlaganje slikama neatraktivnih modela samoprocjena raste. Slično ovom istraživanju, Ambrosi- Randić (1998.) navodi da prilikom izlaganja studentica slikama vitkih žena dolazi do poraste raspoloženje. [8]

Posljednjih dvadesetak godina vidljiv je sve veći utjecaj medija na stvaranje ideala ženske ljepote, odnosno poželjne mršavosti.

Istraživanje koje je provedeno 2015. godine na uzorku od 350 osoba pokazuje da 66 % žena i 44 % muškaraca smatra medije glavnim razlogom nastanka poremećaja hranjenja. [12]

Sredstva javnog informiranja smatraju se najmoćnijim prijenosnicima ovog ideala te su važan faktor u nastanku poremećaja hranjenja. Problem nastaje onda kada žene počinju doživljavati modele iz raznih reklama kao stvarne osobe, ne uzimajući u obzir njihovu pripremu uz pomoć stručnjaka primjerice frizera ili šminkera. Danas u vrijeme digitalne tehnologije poželjnu figuru modela je još lakše postići. Ovakvi televizijski programi napose utječu na adolescente koji se nalaze u razdoblju gdje izgrađuju vlastiti identitet te istražuju spolne uloge. Istraživanja Tiggermann i Pickering (1996.) su pokazala kako gledanje nekih određenih vrsta programa povećavaju nezadovoljstvo vlastitim tijelom. Tako je na primjer gledanje raznih sapunica i serije te filmova u korelaciji sa nezadovoljstvom, dok je gledanje sportskih programa u negativnoj korelaciji. Gledanje muzičkih programa prognozira želju za mršavošću. Isto tako, istraživanja pokazuju da izloženost medijima koji prikazuju mršavost izaziva izraženije simptome poremećaja hranjenja. [8]

Roditelji uvelike mogu utjecati na stjecanje navika prehrane u svoje djece. No, mnoge studije nisu potvrdile povezanost između zabrinutosti majke oko djeteta i težine sa zabrinutošću kćeri oko istoga. Pike i Rodin (1991.) navode da majke koje preferiraju mršavije kćeri doista imaju kćerke koje su postigle više rezultate na skali poremećaja hranjenja. [8]

Uloga vršnjaka također je neminovna. U istraživanju koje je provela E. Wertheime i suradnici mnoge djevojke su navodile kako drže dijete upravo zbog socijalnih faktora kao što su zabrinutost, verbalni komentari drugih, postizanje vitkosti da bi se svidjele drugima ili pak radi djeteta koju drže prijateljice. I ovdje je važno već spomenuto socijalno uspoređivanje. Adolescentne djevojke se uspoređuju sa svojim prijateljicama, popularnim djevojkama i raznim modelima u medijima što za posljedicu ima nezadovoljstvo vlastitim tijelom. [8]

5. Epidemiologija anoreksije nervoze

Prevalencija AN u općoj populaciji iznosi oko 1%. Najčešće se vidi u adolescentnoj dobi u kojoj je prognoza bolja, no, može se pojaviti u djetinjstvu i odrasloj dobi. [9] Pojava AN u djetinjstvu najčešće je povezana sa jedenjem nejestivih tvari u ranijoj dobi. Od 13. godine života pojava AN naglo raste, a vrhunac doseže između 17. i 18. godine. [10] Međutim, i donja granica oboljenja se spustila na djecu mlađu od 12 godina, s povećanjem od čak 119%. [3] Kako je već navedeno ovaj poremećaj češći je u žena nego li u muškaraca, i to za deset puta. [9] Žene predstavljaju 90% pa čak do 98% oboljelih od poremećaja hranjenja. [3] Češće se dijagnosticira u razvijenim zemljama gdje postoji težnja za mršavijim izgledom. Rizik za AN se povezuje sa pojedinim zanimanjima kao što su gimnastičari, plesači, modeli i glumci. [9] Prema istraživanju koje su proveli Amanda Farmer i suradnici 4 do 6% balerina razvije AN, a u istraživanju Davida Garnera i suradnika taj postotak se povisio na 20% u balerina od 11 do 14 godina. Eugene Lowenkopf i Lawrence Vincent u jednoj grupi balerina pronalaze čak 35% djevojaka sa amenorejom. Iako se AN često veže za manekenke, podaci nisu poznati. Samim promatranjem može se zaključiti kako među njima postoji mnogo nezdravo mršavih djevojaka. [1] Prevalencija AN veća je u bijelkinja i žena latinske Amerike nego li među Azijatkama i Afro- Amerikankama. [13] Prevalencija BN iznosi od 1 do 3%. Za ostale poremećaje hranjenja prevalencija iznosi 0.6%. Prema navedenim podacima u Republici Hrvatskoj postoji najmanje 35 000 do 45 000 osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. [14]

Svaka godina bilježi osam novih slučajeva AN i čak dvanaest slučajeva BN na sto tisuća stanovnika. AN predstavlja veliki javnozdravstveni problem, a jedan od razloga je što spada među najčešće psihijatrijske poremećaje uz najveću stopu mortaliteta od čak 20%. Prema istraživanjima 5- 15% adolescentica kontrolira svoju tjelesnu težinu uz pomoć purgativnih ponašanja. [3]

6. Dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu

Postoje četiri dijagnostička kriterija prema DSM- IV klasifikaciji a to su:[13]

1. Gubitak na tjelesnoj masi i odbijanje zadržavanja tjelesne mase iznad minimalno normalne za osobu prema njenoj dobi i visini
2. Jako strah od debljanja iako je vidljivo da osoba kontinuirano gubi na tjelesnoj masi
3. Promijenjena percepcija vlastitog tijela
4. Amenoreja

Kriteriji za AN prema MKB- 10 su:[3]

1. Gubitak na tjelesnoj težini
2. Izbjegavanje hrane 'koja deblja'
3. Strah od povećanja tjelesne težine
4. Izostanak menstruacije- amenoreja
5. Izostanak nagona za prejedanjem

Za dijagnozu bolesti također su važni psihička i tjelesna procjena oboljele osobe, te procjena bolesnikove slike o sebi kao i razine samopoštovanja. Procjena psihičkog stanja oboljele osobe, osim u postavljanju dijagnoze i komorbidnih stanja, značajna je u procjeni pacijentove motivacije za promjenom ponašanja kao i odgovora bolesnika na terapiju. Komorbidna stanja kao što je veliki depresivni poremećaj izrazito otežava AN. Tjelesne promjene se utvrđuju tjelesnom procjenom. Osim vanjskog izgleda koji upućuje na oboljenje, tjelesna procjena uključuje promjene u vitalnim znakovima kao što su hipotenzija, bradikardija i hipotermija. Nadalje, prisutni su suha koža, akrocijanoza, atrofija grudi te promjene u krvnoj slici. Tjelesnim pregledom potrebno je utvrditi tjelesnu visinu i težinu oboljele osobe kao i indeks tjelesne mase, promjene u težini, dijetalne obrasce i prisutnost prekomjerne tjelesne težine. Uz psihičku i tjelesnu procjenu važna je procjena pacijentove slike o sebi i njegovog samopoštovanja koja se mora nastaviti za vrijeme liječenja osobe. Primjenom nekih dijagnostičkih metoda vidljive su promjene u unutrašnjosti tijela osoba oboljelih od AN. [9]

Prilikom razvoja AN u dječjoj dobi u svrhu dijagnostike utvrđuje se koštana dob. Ova metoda se izvodi radiografijom lijeve šake. Istraživanja rađena na usporedbi djece u dobi

od 9 do 15 godina, pokazuju da koštani razvoj u anoreksične djece zaostaje i do 54 mjeseca za razvojem u normalno uhranjene djece. [1]

Ultrazvuk se primjenjuje u svrhu procjene endokrinološkog statusa uz pomoć pregleda maternice i jajnika. Kao posljedica smanjenja tjelesne težine, smanjuju se dimenzije maternice i jajnika na veličinu karakterističnu za predpubertetsko razdoblje. [1]

Kompjuterizirana tomografija pokazuje smanjenje mase moždanog tkiva na račun povećanja ventrikulskog sustava. Moždane brazde se proširuju. Ove promjene su reverzibilne, uz uvjet povećanja tjelesne težine. [1]

Metoda koja se koristi i kod djevojaka i kod mladića je utvrđivanje gustoće kostiju ili denzitometrija. Ova pretraga je od izuzetnog značaja jer u djevojaka sa izostankom menstruacije u trajanju od šest mjeseci dolazi do pojave osteopenije, a katkad i frakture kostiju izazvane osteoporozom. Istraživanja Carney i Anderson(1996.) pokazuju da je gustoća kostiju kod 40% anoreksičnih pacijentica ispod one koja je karakteristična za osteoporozu u postmenopauzi. [1]

7. Klinička slika anoreksije nervoze

Riječ anoreksija u prijevodu znači gubitak apetita, ali ovaj se simptom javlja tek u kasnijoj fazi bolesti. [10] LuisVictorMarce 1859. godine prvi opisuje kliničku sliku AN. Navodi da bolesnica nije imala nimalo masnoga tkiva, bila je mršava, suhih ustiju i kože, filiformnog pulsa, opstipirana te je uzimala minimalne količine hrane. Naveo je kako je bolest psihički uzrokovana, a da je probavna funkcija uredna. HildeBruch prva navodi poremećaj u doživljaju vlastita tijela kod pacijentica oboljelih od AN. [3] Isprva osoba gubi na tjelesnoj masi, no to njena okolina ne opaža. Osoba odbija obroke na javnim mjestima ili krugu obitelji. [10] Veliki broj pacijentica izjavljuje kako je povod za izglednjivanje bila pretjerana tjelesna masa iako istraživanja pokazuju da je tek 30% bolesnica imalo prekomjernu tjelesnu težinu, 50% normalnu a 20% pacijentica imalo je tjelesnu težinu manju od prosjeka. [3]

Postoji podjela AN na dva osnovna tipa, a to su restriktivni i purgativni tip AN. Restriktivni tip AN obilježen je dijetom i izglednjivanjem koje je praćeno povećanom tjelesnom aktivnošću. [3] Osobe s ovakvim tipom AN razvijaju samokontrolu oko uzimanja hrane, sklone su socijalnoj izolaciji i opsesivno kompulzivnom ponašanju. [10] Purgativni tip AN još se naziva prežderavajući tip. Isti je obilježen dijetom praćenom povremenim prejedanjem, a nakon toga osoba povraća, upotrebljava laksative ili diuretike kako bi izbacila hranu iz organizma.[3] Za ovaj tip AN je karakteristična nemogućnost uspostave samokontrole nad hranom što za posljedicu ima prejedanje. Također, ovakve su osobe sklone depresiji i samoozljeđivanju, emocionalno su nestabilne te su sklone različitim rizičnim ponašanjima kao što su uzimanje alkohola i psihoaktivnih tvari. [10]

Najočigledniji simptomi AN su mršavost i amenoreja. [3] Već pri samom ulazu pacijentice u ambulantu vidljivo je njeno mršavo tijelo sa odjećom koja se čini nekoliko brojeva prevelika i preširoka. Ovakva odjeća služi za prikrivanje. [1] Osobe oboljele od AN pokazuju poseban odnos prema hrani, pa tako drže hranu svuda po kući pa čak i u džepovima. Karakteristično je da jedu sporo i lome hranu na male komadiće. [10] Uz to, prisutno je blijedo lice, upale oči i trbuh, tanke ruke i noge sa zglobovima koji strše. [1] Također, osobe oboljele od AN često pokazuju perfekcionizam, opsesivno mišljenje, negativnu samoprocjenu, smanjen seksualni nagon, socijalnu izolaciju a kao posljedicu depresivnost i anksioznost. [3]Na početku bolesti pacijentice obično pretjerano vježbaju, voze bicikl ili se bave nekom drugom fizičkom aktivnošću koja je iznad uobičajenih. [10]

Uz sve navedeno pojavljuje se zabrinutost za tjelesno i psihičko zdravlje, oslabljena koncentracija, teškoće u donošenju odluka, iritabilnost i glavobolje, slabost, hladne ruke i noge, opstipacija, suhoća kože i otpadanje kose. [9]

Smatra se da oko polovine pacijentica oboljelih od AN imaju simptome BN koji se razvijaju za godinu ili dvije dana od nastupa simptoma AN. Ovi simptomi mogu i prethoditi AN. [9]

U većine pacijentica prisutna je bradikardija i hipotenzija, često je krvni tlak ispod 90/60 mmHg. Postoji mogućnost pojave ortostatskehipotenzije. Zbog promjena u metabolizmu puls je često ispod 60 otkucaja u minuti. S druge strane tahikardija se pojavljuje kao posljedica teške dehidracije. Prisutno je duboko disanje, često sa zadahom na aceton koji je posljedica ketoze u kojoj dolazi do opsežne razgradnje stanica. Postoji mogućnost pojave plućnog edema zbog zatajenja srca gdje je disanje ubrzano. Nakon uzimanja laksativnih sredstava kao posljedica proljeva javlja se metabolička acidoza koja je isto tako obilježena ubrzanim pulsom. [1]

Promjene na koži uključuju pucanje noktiju i kože te suhoću kože koja je poput ljuski. Osobita promjena je gubitak potkožnog masnog tkiva. Javljaju se edemi na potkoljenicama. Prisutne su nježne lanugo dlačice po cijelom tijelu, a osobito na leđima. Dolazi do nestanka dlakavosti u pazusima i stidnoj regiji, a prsa, bokovi i bedra gube svoj oblik. S obzirom da pacijentice uzimaju hranu s većom količinom vitamina A koža postaje žućkasta zbog hiperkarotinemije. Na koži dorzalne strane šaka javljaju se oštećenja poput žuljeva kao posljedica samoizazvanog povraćanja takozvani Russelov znak, a isto tako i na zglobovima prstiju. Uznapredovanjem bolesti ove promjene više nisu uočljive iz razloga što povraćanje postaje refleksno. Prilikom povraćanja povećava se tlak u prsnom košu što rezultira točkastim krvarenjem na licu ili pucanjem krvnih žilica u oku. Kod pacijentica oboljelih od AN smanjuje se razina trombocita u krvi pa koža postaje izrazito osjetljiva na dodir ili udarce. Posljedica svakog jačeg udarca je krvni podljev. [1]

Promjene u gastrointestinalnom traktu osim opstipacije uključuju otok parotidnih žlijezda, upalu i rupturu jednjaka, masnu infiltraciju jetre, žučne kamence, upalu gušterače te atrofiju crijeva. [15]

Hormonski disbalans također predstavlja veliki problem za pacijentice oboljele od AN. Jedna od najznačajnijih promjena je već spomenuta amenoreja. [1] Međutim, u mnogih oboljelih pacijentica reproduktivna funkcija ostaje očuvana unatoč velikom gubitku na tjelesnoj težini. [3] Smatra se da će menarcha nastati u djevojčica tek kada dosegnu tjelesnu težinu od 47 kilograma. [1] Iz navedenog je vidljivo kako je za vraćanje menstrualnog ciklusa

potrebno doseći onu tjelesnu težinu pri kojoj je došlo do gubitka menstruacije. Istraživanje koje su proveli Lawson i Klibanski (2008.) dokazuje da je kod oboljelih pacijentica sa niskim indeksom tjelesne mase i prisutnom menstruacijom nađena veća količina tjelesne masti. Uz to je vezana i koncentracija hormona adipokinleptina važnog u reproduktivnoj funkciji, ali nema točnog podatka o koncentraciji koja je potrebna da ne nastane amenoreja. Ovaj hormon proizvode adipociti. [3] Mnoge pacijentice imaju tjelesnu težinu od 35 do 40 kilograma. [10] Oboljele osobe svojim izgledom često slične osobama predpubertetske dobi. Iako postoji još mnogo nepoznanica oko povezanosti AN i amenoreje, navodi se važnost kako fizičkih tako i psihičkih faktora. U ovakvih pacijentica postoji intenzivan strah od onoga što im odrastanje donosi u budućnosti. Može se čuti kako im menstruacija nije nimalo važna. Takvo mišljenje vrijedi i za ženu koja je sposobna za reprodukciju onda kada ima onoliku količinu masnog tkiva koliko je potrebno da iznese trudnoću i laktaciju od tri mjeseca u vremenima oskudice hrane. Istraživanja pokazuju da padom tjelesne težine dolazi do otkazivanja sustava gonadotropinreleasing hormona koji potječe iz hipotalamusa a stimulira hipofizu na lučenje folikulstimulirajućeg i luteinizacijskog hormona. Uobičajeno, kod porasta tjelesne težine aktiviraju se i navedeni hormoni, no u nekih pacijentica to se ipak ne događa. Tada se hormonski ciklus mora potaknuti uz pomoć lijekova. Iz svega navedenoga vidljivo je da osim tjelesne težine postoje i drugi faktori koji utječu na hormonski ciklus. Važno je napomenuti kako je u AN poremećena i sekrecija drugih hormona, primjerice povećana je vrijednost hormona rasta (GH). [1] Koncentracija GH u osoba oboljelih od AN dvadeset je puta veće nego u zdravih osoba. [3] AN utječe i na sekreciju hormona štitnjače, nadbubrežne žlijezde te gušterače. Važnu ulogu u laboratorijskim nalazima osoba oboljelih od AN ima i kortizol, hormon kore nadbubrežne žlijezde, čija koncentracija je povišena. To za posljedicu ima promjene u koštanoj masi u vidu smanjenja, a anksiozni i depresivni simptomi su istaknutiji. [3] Kao što je već navedeno, osobe oboljele od AN izgledaju mlađe od svoje dobi, tako i njihov neuroendokrini status slični djetetu u laktaciji. Neophodno je da pacijentice shvate kako je dobitak na tjelesnoj težini važan zbog stabilizacije hormonskog statusa. [1]

Također, postoje promjene u laboratorijskim nalazima u vidu leukopenije sa limfocitozom. U crvenoj krvnoj slici vidljiva je anemija. Smanjena je količina vitamina B₁₂ i željeza. Kao što je već navedeno, krvni podljevi su posljedica smanjenja vrijednosti trombocita. Uslijed stalnih povraćanja, uzimanja laksativa ili diuretika vrijednosti elektrolita su poremećene, osobito kalija. Zbog sniženih vrijednosti kalija javljaju se subjektivni simptomi u vidu slabosti, mučnine, palpitacija, poliurije, boli u trbuhu i opstipacije. [1]

U kliničkoj slici osoba oboljelih od AN često postoji poremećaj ličnosti. Istraživanje koje je provela Judith Lewis Herman (1992.) pokazuje da one osobe koje se namjerno ranjavaju pokazuju sklonost nekom od poremećaja hranjenja. Također, osobe ispoljavaju poremećaj ličnosti kroz impulzivnost, kaotična i autodestruktivna ponašanja, uzimanje droge i drugih sredstava ovisnosti, pokušaje samoubojstva, male krađe. Upravo su ovakve osobe koje pokazuju impulzivnost u ranom djetinjstvu bile izložene zlostavljanju, najčešće seksualnom i fizičkom. Česta pojava u osoba oboljelih od AN je i somatizacija, odnosno bol u različitim dijelovima tijela koja nije povezana sa tjelesnim uzrokom. [1]

Osobama oboljelim od AN često nedostaju riječi da bi izrazile svoje osjećaje što se naziva aleksitimija. Navedeni pojam predstavlja veliki problem iz razloga što se oboljela osoba okreće svome tijelu kako bi regulirala osjećaje. [3]

8. Diferencijalna dijagnoza i komorbiditet anoreksije nervoze

Diferencijalna dijagnoza AN može biti karcinom, bolesti srčanih valvula, katrakta, poremećena struktura i motilitet jednjaka, infekcija jednjaka i crijeva sa citomegalovirusom, upalne bolesti crijeva, manjak vitamina D, B₃ i kalcija, osteopenija i osteoporoza. [9]

Neki mentalni poremećaji mogu biti u komorbiditetu sa AN. To su prvenstveno distimija i veliki depresivni poremećaj. Uz njih, mogu se javiti anksiozni poremećaji, posebice opsesivno kompulzivni poremećaj. Opsesivno kompulzivni poremećaj javlja se u više od polovice oboljelih od AN, a često je prisutan i prije ovog poremećaja hranjenja. Poremećaji ličnosti također su često dijagnosticirani kod osoba s poremećajem hranjenja. [13] Da bi se utvrdio tip i ozbiljnost poremećaja ličnosti postoji nekoliko dimenzija procjene a to su: afektivna, histerično- histrionično- borderline, narcistička, opsesivno- kompulzivna i psihotična. Depresivni simptomi vrlo su česti u osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, te je stoga važno utvrditi pojavljuju li se ovi simptomi u okviru depresivnog poremećaja ili karakterološke depresije. Karakterološka depresija tipična je za poremećaje ličnosti sa izraženim afektivnim crtama kao što su depresivno- mazohistički, sadomazohistički ili autodestruktivni. Nadalje, u slučaju poremećaja ličnosti s izraženim histerično- histrionično- borderline crtama, histerični simptomi su neuroskog karaktera koji se smatra 'zdravijim' pa sve do borderline koji se smatra teškim stanjem. Stanja teškog stupnja narcizma otežavaju liječenje. Već navedeni opsesivno kompulzivni poremećaj izrazito je čest u osoba oboljelih od restriktivnog tipa AN. Psihotična ličnost prisutna je kod kronično oboljelih osoba. Ponekad se javljaju pojedinačne psihotične epizode, a u jednom dijelu pacijenata i kriteriji za dijagnozu shizofrenije. Iz svega navedenog vidljivo je da lošiji ishod i više komplikacija imaju borderline i psihotična struktura ličnosti. [3]

9. Tijek i prognoza anoreksije nervoze

Tijek AN može biti različit. AN može imati epizodičan tijek sa oporavkom koji nastupa spontano ili nakon liječenja. Fluktuirajući tijek obilježavaju razdoblja porasta tjelesne težine i ponovnog javljanja simptoma. Najteži oblik je deteoriorijući tijek koji je obilježen visokom stopom smrtnosti. Prognoza ovog poremećaja ovisi o indeksu tjelesne mase, trajanju boravka u bolnici te odnosima u obitelji. Prognoza AN postaje teža ukoliko se bolest javi u kasnijem životnom periodu, traje duže ili ako postoji veći gubitak na tjelesnoj težini. Uz to, prognoza je lošija ukoliko postoji uporaba alkohola ili komorbidnih bolesti kao što su veliki depresivni poremećaj, pokušaj samoubojstava i autodestruktivnost. [9] Ukoliko je tijek bolesti dug prije nego li se započne sa liječenjem, odnosi u obitelji narušeni ili je početak bolesti u kasnijoj dobi može se očekivati lošiji ishod. [1] Otto Kernberg navodi kako je upravo tip i ozbiljnost poremećaja ličnosti u oboljelih osoba jedan od glavnih faktora koji daju prognozu. [3]

Prema Georgeu Hsu-u (1980.) 75% osoba oboljelih od AN, praćeno kroz 4-8 godina, pokazuje poboljšanje u tjelesnoj težini, no i dalje se prisutni drugi problemi koji prate bolest. [1] Literatura također navodi kako se polovina pacijentica oboljelih od AN uspije oporaviti. Od druge polovice njih petina biva iscrpljeno, četvrtina i dalje ostane mršava, dok njih 10% poprima prekomjernu tjelesnu težinu ili uslijed gladovanja premine. U osoba oboljelih od AN postoji povećan rizik za suicid povezan sa slabijim ishodom bolesti zbog veće stope mortaliteta. [9] Dugotrajnim praćenjem pacijentica, podaci pokazuju da se nešto više od 40 % oboljelih udaje, a 47 % rađa djecu. Unatoč nepovoljnoj prognozi 40 % oboljelih osoba uspije se potpuno oporaviti. [1]

10. Liječenje anoreksije nervoze

Liječenje osoba oboljelih od AN obuhvaća psihoterapijsko i medikamentozno liječenje. Osim individualne psihoterapije, važnu ulogu u procesu liječenja ima i obiteljska psihoterapija. Liječenje oboljelih se provodi ambulantno, no u nekim je slučajevima potrebna hospitalizacija. Vrlo često oboljele osobe odbijaju psihijatrijsko liječenje, iz razloga što liječenjem samih simptoma mogu zadržati svoje obrasce preokupacije hranom. Prihvatanjem psihijatrijskog liječenja prihvaćaju medikamentozni i kognitivni pristup. [10] Potrebna je kombinacija psihoterapije i medikamenata. Multidisciplinarni pristup od iznimne je važnosti, a čine ga liječnici psihijatri, internisti te nutricionisti. [9] Kao što je već navedeno, oboljele osobe vrlo često odbijaju liječenje te se liječnici susreću s njima u uznapredovaloj fazi bolesti sa značajnim tjelesnim promjenama. Tada je cilj liječenja uspostava uzimanja hrane te stabilizacija elektrolitskog disbalansa. Terapijski proces uvelike je otežan zbog smanjene motivacije oboljelih osoba za postizanjem željene tjelesne težine kao i smanjenjem životne ugroženosti. [10] Zbog pothranjenosti i drugih pridruženih tjelesnih problema smanjena je mogućnost oboljelih osoba da sudjeluju u liječenju. Ponekad tjelesni simptomi mogu biti toliko izraženi da postaju prioritet u liječenju, a psihoterapija tada biva ometana. Osim toga, liječenje osoba oboljelih od AN nerijetko je vrlo dugotrajan proces. [3] Pacijenti kod prijema mogu imati suicidalne misli ili prijetnje, pa čak i pokušaje te ih je stoga potrebno zaštititi od samoozljeđivanja. [13]

Sam cilj liječenja potrebno je razjasniti sa pacijentom i njegovom obitelji. Cilj liječenja uključuje uspostavu plana prehrane, postizanje većeg samopoštovanja oboljele osobe te oblikovanje strategije nošenja sa stresnim situacijama. [9] Prije same provedbe psihoterapije potrebno je procijeniti ličnost oboljele osobe, odnosno vrste psihopatologije koja dominira kliničkom slikom. Tako primjerice u osoba s psihoneurozom prevladava potisnuti nagon, dok kod osoba s regresivnim ponašanjima prevladava poremećaj selfa te je cilj da se očuva samopoštovanje. [3] Da bi se provodio nadzor i održavala tjelesna težina daje se prednost kognitivno bihevioralnoj psihoterapiji. Smatra se da je psihodinamska psihoterapija, usmjerena na pružanje podrške, u kombinaciji sa bihevioralnom psihoterapijom nužna u liječenju osoba oboljelih od AN. [9] Kognitivno bihevioralni pristup usmjeren je na edukaciju o prehrani i postizanje željene tjelesne težine. Uspjeh psihoterapije smanjuje prisutstvo patološkog narcizma. [3]

Obiteljska psihoterapija razvila se početkom 70-ih godina prošlog stoljeća. Često se navodi kako je problem u samoj obitelji koja je disfunkcionalna. Takve obitelji često se naziva i 'psihosomatskima'. One su radišne i neupadne, no ispod površine kriju se brojni sukobi najčešće na relaciji majka – otac. Kao što je već navedeno, zlostavljanje je vrlo često prisutno. Posebna se pažnja pridaje odnosu između majke i kćeri gdje je majka dominantna i zahtjevna, pokazuje perfekcionističke obrasce ponašanja te se navodi kako su im upravo kćeri najbliže prijateljice što predstavlja problem u kasnijem odvajanju u adolescenciji. Očevi su često okarakterizirani kao periferne figure. Obiteljska psihoterapija usmjerena je na izmjenu odnosa između članova obitelji. Istraživanje koje su proveli G.F. Russell i suradnici, na osamdeset osoba oboljelih od AN, pokazuje veći učinak obiteljske terapije kod osoba mlađih od 18 godina te u osoba koje boluju kraće od tri godine. Suprotno tome, individualna terapija ima veći učinak u osoba starijih od 18 godina. Uz sve navedeno, od presudne je važnosti stvaranje odnosa povjerenja između oboljele osobe i terapeuta, te oboljele osobe i drugih pripadnika grupe što je ujedno i preduvjet za uspješnije izlječenje. Također, potrebno je održavati motivaciju oboljelih osoba za daljnje liječenje. Vrlo često se spominje pojam radni savez. Isti označava uspostavu odnosa suradnje između oboljele osobe i terapeuta, a ima presudnu ulogu u samom uspjehu terapije. Da bi terapijska suradnja bila uspješna oboljela osoba i terapeut moraju biti povezani, složni oko zadataka i ciljeva terapije te načina kako da navedeno ostvare. Cilj psihoterapije je odvratiti pažnju oboljele osobe sa svog tijela, odnosno, hrane. Pri tome mogu se pojaviti negativni osjećaji kao što su sram i potištenost, potom je potrebno omogućiti njihovu verbalizaciju. Upravo je sram emocija koja je učestalo prisutna u osoba oboljelih od AN. Stoga je važan način komunikacije terapeuta sa oboljelim osobama, koji mora biti pun razumijevanja, kako ne bi izazvao gubitak samopoštovanja ili povećao nezadovoljstvo svojim tijelom. Sram zahtijeva aktivniji pristup terapeuta iz razloga što je pacijentica tada šutljiva i povlači se. Grupna psihoterapija srama pomaže pacijentici da se oslobodi i osjeća ravnopravnom u grupi. Tome pridonosi i način sjedenja u krug te mogućnost da svaka pacijentica ravnopravno koristi terapijsko vrijeme. Pozitivan učinak u liječenju pokazao je i stav 'ne- znanja' kojeg zauzima terapeut, a omogućuje slobodnije komuniciranje i prihvaćanje vlastitog tijela. Pacijentice koriste perfekcionizam kako bi se obranile od srama. Vlastiti tjelesni izgled također može biti poticaj srama, stoga se u liječenju važno baviti poremećenom slikom tijela. Cilj ove intervencije je postići bolji odnos između tjelesnog selfa i superega, odnosno dijela psihe kojim kritički gledamo na sebe. Terapeut na početku liječenja gleda na simptome bolesti onako kako ih oboljela osoba opiše, ne namećući svoje zaključke. On tolerira naizgled nerješive situacije što se naziva kontejniranje. Uz to, postavljanje uvjeta

nije poželjno stoga pozivanje oboljelog na prekid patološkog ponašanja u svezi s hranjenjem nema učinka. Pozitivan učinak pokazao je kompromis, primjerice da će oboljela osoba pokušati odgoditi patološko ponašanje. [3]

Korisna je primjena psihoedukacije, u kojoj se oboljelu osobu informira o medicinskim i psihičkim učincima ponašanja. Isto tako korisna je primjena savjetovanja gdje se pomaže oboljeloj osobi da razmisli o mogućim rješenjima raznih problema.[3]

Nadalje, zagovara se uspostava edukacijskih i didaktičkih grupa. Optimalan broj sudionica u ovakvim grupama je oko dvadesetak. One pokazuju višestruku korist za oboljele osobe. Članice se međusobno povezuju i komuniciraju te se stvara osjećaj zajedništva. Grupa se može sastojati od dva dijela. Prvog, koji je strukturiran na način da svaka učesnica opiše svoje simptome između dviju seansi te problemima o kojima bi željela razgovarati. Drugi dio, nestruktuiran, omogućuje spontane razgovore. Ove grupe omogućuju samoopservaciju članova, doživljavaju suosjećanje ostalih članova te time smanjuju sram i socijalnu izolaciju. Članice primaju i pružaju uzajamnu podršku. One procjenjuju napredak ostalih članica te sagledavaju da se i njima može pomoći. Uz samoopservaciju, omogućuje se i samootkrivanje čime se povećava socijalni ugled u samoj grupi. Otkrivanjem posramljujućih sadržaja članice to ne osuđuju kao ni kolegicu u grupi pa na taj način manje osuđuju i samu sebe. Članice imaju osjećaj da pomažu drugima te se na taj način povećava osjećaj vlastite vrijednosti. [3]

Cilj medikamentozne terapije je smanjiti tjelesne komplikacije, a primjenjuje se u sklopu psihoterapije. Psihofarmakoterapija podrazumijeva primjenu selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS) i noradrenalina (SIPPN). SIPPS je indiciran u slučajevima kada je postignuta stabilizacija restrikcije tjelesne težine. Isti djeluje na afektivne i opsesivno kompulzivne simptome bolesti. [9] Ukoliko je AN praćena depresivnim simptomima u liječenju se primjenjuju atipični antidepresivi, primjerice Fluoxetine (Prozac) i Paroksetine (Paksil). Navedeni sprečavaju ponovnu pohranu serotonina u centralnom živčanom sustavu, ali ne i ponovnu pohranu epinefrina. Pozitivna strana im je što imaju manje izražene nuspojave od tipičnih antidepresiva. Nadalje, djelotvorni su u slučajevima blage anksioznosti izazivajući opuštenost i miran san. Benzodijazepini nisu preporučljivi u liječenju AN. [13] Male doze atipičnih neuroleptika indicirana je zbog djelovanja na simptome anksioznosti, odnosno njeno smanjenje, kao i povoljnog djelovanja na apetit oboljele osobe sa posljedičnim dobivanjem na tjelesnoj težini. [9]

Preporučena doza Fluxetinea (Prozac) u početku liječenja je 20 mg/ dan, ujutro, kroz četiri tjedna. Doza se može povećati za još 20 mg, dva puta na dan, kako bi se postigao optimalan oporavak. Doza lijeka ne smije prijeći 80 mg na dan. [13]Doza Paroksetinea (Paxil)

u početku iznosi 20 mg na dan, uzeto ujutro kroz četiri tjedna. Doza se može povećati za 10 mg na dan, ovisno o odgovoru na liječenje. Doza lijeka ne smije prijeći 50 mg na dan. [13] Unatoč prisutnoj eutiroidnoj bolesti štitnjače, koju obilježava snižena koncentracija T₃ hormona, razina T₄ na donjoj granici normalne kao i razina TSH koji može biti blago snižen, ne postoji indikacija za nadomjesnu primjenu hormona štitnjače. U suprotnom postoji mogućnost smanjenja tjelesne težine i pogoršanja stanja. Primjena Faktora sličnog inzulinu (IGF- 1) pokazala se korisnom u liječenju osoba oboljelih od AN. Kronično gladovanje izaziva rezistenciju na GH u jetri, no razina IGF- 1 nije povišena. Ova rezistencija izaziva smanjenje mineralne gustoće kostiju, smanjenje rasta i atrofiju mišića. Stoga, primjena IGF- 1 smanjuje koncentraciju GH, čija je sekrecija veća za 20 puta kod AN, te dovodi do povećanja mineralne gustoće kostiju. Kod pacijentica sa poremećenim menstrualnim ciklusom u trajanju od 6 mjeseci i više indicirano je mjerenje gustoće kostiju kao i nadomještanje vitamina D, 25 mcg ili više kod osoba s razvijenom deficijencijom. [3]

Osnovno praćenje pacijenta podrazumijeva mjerenje tjelesne težine i vitalnih znakova te praćenje razine elektrolita. Veliku važnost ima razrada strategija prehrane koje omogućuju dobivanje na tjelesnoj težini. U nekim slučajevima potrebna je hospitalizacija oboljele osobe. To su stanja u kojima postoji tjelesni rizik, psihijatrijski rizik odnosno opasnost od samoubojstva i psihotičnih simptoma te u stanjima kada ambulantno liječenje ne daje željene rezultate. [9] Tjelesne indikacije za hospitalizaciju su promjene u tjelesnoj težini i vitalnim znakovima. To podrazumijeva tjelesnu težinu koja je < 75 % idealne težine, odnosno ITM manji od 12 kg/ m². Također, u slučaju daljnjeg gubitka na tjelesnoj težini usprkos intenzivnoj terapiji. Nadalje, u slučaju kada je puls manji od 50 otkucaja/ minuti po danu i < 45 otkucaja po noći; sistolički krvni tlak manji od 90 mmHg; ortostatske promjene pulsa (> 20/ munuti) ili krvnog tlaka (> 10 mmHg); tjelesna temperatura manja od 35,5 °C; prisutna aritmija; promjene u koncentraciji elektrolita primjerice prisutstvohipokalijemije; ako su vrijednosti kalija < 3.0 mmol/L; zaostajanje u rastu i razvoju osobe; dehidracija uslijed neuzimanja hrane i tekućine. Osim navedenog, u indikacije za hospitalizaciju ubraja se rizik za samoubojstvo te komorbidna stanja kao što su depresija, opsesivno kompulzivne misli i disfunkcija u obitelji. [16] Iako su osobe oboljele od AN često uporne u svojim zahtjevima, pregovaraju potrebno je ustrajati na povećanju tjelesne težine. Važna je učestala kontrola oboljelih osoba kako ne bi varale osoblje u vidu količine unesene hrane ili mogućeg vježbanja i povraćanja. Tako oboljele osobe jedu u prisutnosti osoblja. Prehrana podrazumijeva ravnotežu ugljikohidrata, masti, bjelančevina te vitamina. [1] Preporuča se primjena individualnog plana prehrane. Udio ugljikohidrata mora biti 50- 55 %, masti 25- 30 %, a

bjelančevina 15- 30 %. Prednost se daje ugljikohidratnim namirnicama niskog glikemijskog indeksa. Unosom proteina postiže se sitost. Vrlo čest deficit esencijalnih masnih kiselina zahtijeva uvođenje visokovrijednih biljnih ulja, sjemenki i orašastih plodova te ribe i plodova mora bogatih omega-3 masnim kiselinama. Ovakve namirnice imaju višestruku korist u liječenju depresije i obnavljanju kognitivnih funkcija. Nadomjesci vitamina B₃, B₁₂ i folne kiseline poboljšavaju apetit i mentalno stanje. [3] Preporuča se uzimanje više manjih obroka na dan uz uspostavu normalnog ritma hranjenja. Isto tako preporuča se posluživanje manje količine hrane na većem tanjuru. [1] Pri tome je važno imati na umu mogućnost nastanka refeeding sindroma, poremećaja koji nastaje zbog prebrzog ili neuravnoteženog hranjenja praćenog poremećajem vode i elektrolita sa metaboličkim promjenama. Stoga se liječenje mora provoditi postupno, ponekad i unosom od 5 kcal/ kg/ dan. Dijetoterapija je neizostavan dio liječenja osoba oboljelih od AN, s ciljem vraćanja tjelesne mase. Tako kod stabilnih pacijentica dijetoterapija počinje sa energetske unosom 30- 40 kcal/ kg/ dan, odnosno 1000- 1200 kcal kroz 1- 3 mjeseca. Kod pacijenata koji namjerno ometaju proces liječenja potrebno je primijeniti 70- 100 kcal/ kg/ dan. Neke studije pokazuju dobrobit hiperkalorijske prehrane zbog bržeg vraćanja na poželjnu tjelesnu težinu i kraćeg boravka u bolnici, no potrebna je češća nadoknada fosfata. [3] Odlazak na toalet obavezno je uz nadzor osoblja. Kontakti s bliskim osobama ovise o dobivanju na tjelesnoj težini. Posebna pozornost pridaje se svakodnevnom vaganju. U nekim situacijama potrebno je mirovanje i humana fiksacija, čime se štedi energija. Tjelesna se težina može povećati raznim metodama kao što je primjena dijete, prehrana enteralnim i parenteralnim putem. [1] Kad god to uvjeti dozvoljavaju prednost se daje oralnom hranjenju pred enteralnim načinom hranjenja. [3] Ove metode primjenjuju se u situacijama vrlo lošeg tjelesnog stanja, u prisutstvu dehidracije, kada oboljela osoba nije sposobna unijeti potrebnu količinu hrane ili u slučajevima kada druge metode ne pokazuju napredak. [1] Ukoliko je kod pacijentice izmjeren indeks tjelesne mase < 13 kg/ m² nužna je primjena dodatne nutritivne potpore. [3] Parenteralna prehrana, odnosno primjena infuzijskih otopina indicirana je u stanjima dehidracije i poremećene ravnoteže elektrolita. Ova metoda služi kao privremeno rješenje iz razloga što se visoko koncentrirane otopine ne mogu primjenjivati dulje vrijeme, dok razrijeđene otopine zahtijevaju dulje mirovanje. Izgladnjivanje za oboljele osobe predstavlja kontrolu nad svojim životom te ih stoga plaši primjena nazogastrične sonde. [1] Ukoliko je funkcija gastrointestinalnog sustava očuvana enteralna prehrana ima prednost pred parenteralnom prehranom. Prema provedenoj studiji 2006. godine enteralna prehrana putem nazogastrične sonde nije imala utjecaj na pogoršanje psihološkog stanja oboljelih osoba, te se došlo do zaključka kako bi prehrana putem

nazogastrične sonde trebala biti sastavni dio terapijskog procesa. Također, studije su pokazale da noćno hranjenje pomoću nazogastrične sonde pridonosi bržem i značajnijem dobivanju na tjelesnoj težini od peroralnog hranjenja. Dugotrajno enteralno hranjenje zahtijeva postavljanje neke od feedingstoma kao što su gastrostoma, duodenostoma i jejunostoma. Enteralna primjena komercijanih pripravaka, koji mogu biti polimerni i oligomerni, u prosjeku sadrže 1-2 kcal/ml. Daju se kontinuirano kroz 24 sata ili intermitentno. Intermitentna primjena može biti u bolusu ili pomoću enteralne pumpe. Intermitentna primjena u bolusu provodi se nekoliko puta na dan u trajanju od 10-30 minuta kroz sondu u količini od 100 do 400 grama, ali se često javljaju dijareja, grčevi, mučnina i nadutost. Intermitentna primjena pripravaka pomoću mehaničke pumpe provodi se tijekom 8 do 12 sati te je sigurna za primjenu kod kuće omogućujući bolju kvalitetu života oboljele osobe. S druge strane, kontinuirano hranjenje tijekom 24 sata indicirano je u jedinicama intenzivnog liječenja. Već spomenuti komercijalni pripravci, polimerni i oligomerni, razlikuju se obzirom na količinu, vrstu i veličinu prisutnih molekula pa samim time i prema osmolarnosti i kalorijskoj vrijednosti. Stoga, pripravci sa većim brojem molekula imaju veću osmolarnost te veći broj nuspojava kao što su osmotski proljevi. Pri ovakvom načinu hranjenja važan je položaj pacijenta, u polusjedećem položaju 1-2 sata nakon hranjenja. Osim nazogastrične sonde u svrhu enteralne prehrane može se koristiti i perkutana enteralna gastrostoma. Primjenom nazogastrične sonde pacijent ima osjećaj da hranjenje kraće traje, a mogućnost komplikacija je manja. Parenteralna prehrana indicirana je u slučajevima kada je oboljela osoba vitalno ugrožena, a enteralan način hranjenja nije moguć. Može se provoditi putem perifernih ili centralnih vena. Parenteralna prehrana može biti parcijalna ili totalna, pri čemu se parcijalna prehrana provodi u razdoblju do 2 tjedna ili dok se ne ukaže potreba za centralno uvedenim kateterom. Centralnim venskim kateterom omogućuje se unos većeg volumena otopina, kroz dulji vremenski period. Otopine za parenteralnu prehranu dolaze u obliku 'all in one bag' sa svim potrebnim mikro i makronutrijentima. Njihovom primjenom smanjuje se broj komplikacija. Mikronutrijenti se dodaju neposredno prije primjene otopina za parenteralnu prehranu iz razloga što više od 50% pacijentica oboljelih od AN pokazuje nezadovoljavajuću vrijednost preporučene dnevne količine mikronutrijenata. Unos mikronutrijenata podrazumijeva unos vitamina D, B₁₂, folne kiseline, kalcija, cinka, magnezija i bakra. [3]

Važna uloga medicinske sestre je u sprečavanju komplikacija pri primjeni parenteralne prehrane. Medicinska sestra nadzire i održava proces hranjenja, sa posebnim naglaskom na održavanje njege centralnog venskog katetera. Održavanje podrazumijeva

primjenu aseptičkog načina rada. Uz to, potrebno je procijeniti nutritivne i energetske potrebe kako ne bi došlo do prekomjernog unosa nutrijenata. [3]

11. Sestrinske dijagnoze

11.1. Neuravnotežena prehrana- manja od tjelesnih potreba

DEFINICIJA: Unos nutrijenata je nedostatan da se zadovolje metaboličke potrebe organizma. [17]

DEFINIRAJUĆA OBILJEŽJA: [18]

- 1) Tjelesna težina 15 % do 29 % ili više ispod idealne tjelesne težine za visinu
- 2) Samoograničavanje u unosu hrane unatoč gladi
- 3) Opsjednutost osobe hranom, kalorijama i težinom

SESTRINSKE INTERVENCIJE: [18]

- 1) Bilježiti pacijentovu tjelesnu težinu i visinu, mjerenje tjelesne težine istom vagom, u isto vrijeme te u istoj odjeći
- 2) Dobiti podatke o povijesti pacijentove težine, uključujući podatke o početnoj motivaciji za mršavljenje ili ograničavanje uzimanja hrane
- 3) Provoditi procjenu prehrane:
 - a. provoditi 24- satni dnevnik prehrane
 - b. procijeniti pacijentova uvjerenja i strahove o hrani i debljanju
 - c. procijeniti pacijentova znanja o prehrani i izvore informacija
 - d. procijeniti ponašanja koja pacijent koristi da bi smanjio unos kalorija (dijeta), povećao gubitak energije (vježbanje), i općenito izgubio na tjelesnoj težini (povraćanje, laksativna sredstva)
- 4) Procijeniti funkcioniranje kardiovaskularnog, metaboličkog, bubrežnog, endokrinog, hematološkog i gastrointestinalnog sustava
- 5) Monitoring unosa i izlučivanje hrane
- 6) Osigurati prikladnu količinu nutrijenata i kalorija po danu za ublažavanje akutne gladi/ izgladnjelosti
- 7) Nadzirati sve aktivnosti pacijenta 1 - 2 sata nakon obroka/ dosljedno održavati nadzor
- 8) Postaviti granice za pretjeranu tjelovježbu, ali dozvoliti dnevne aktivnosti

- 9) Osigurati točne podatke o nutrijentima
- 10) Uvjeriti pacijenta kako liječenje nije namijenjeno izazivanju prekomjerne tjelesne težine
- 11) Priznati ljutnju i osjećaj gubitka koji pacijent osjeća prema liječenju
- 12) Osigurati dodatna hranjenja i nutrijente ukoliko je indicirano.

11.2. Poremećaj tjelesnog izgleda

DEFINICIJA: Iskrivljena slika o vlastitom tjelesnom izgledu/ težini. [18]

DEFINIRAJUĆA OBILJEŽJA: [18]

- 1) Negativno doživljavanje sebe i svoj tijela
- 2) Gađenje prema samome sebi (impulzivno ili opsesivno)
- 3) Intenzivan strah od dobivanja ili nemogućnosti gubitka na tjelesnoj težini

SESTRINSKE INTERVENCIJE: [18]

- 1) Istražiti pacijentovo razumijevanje vlastitog fizičkog stanja, procijeniti mjeru negativne percepcije pacijenta
- 2) Procijeniti u kojoj mjeri kultura, religija, rasa i spol imaju ulogu u stvaranju negativne slike o sebi
- 3) Procijeniti kako obitelj i pacijent percipiraju nastale fizičke i psihičke promjene, te usporedba te slike sa onom prije nastupa AN
- 4) Prikupiti podatke o pacijentovoj procjeni vlastitih slabosti i prednosti
- 5) Procijeniti sposobnost pacijenta da identificira emocionalna stanja koja izazivaju negativna ponašanja
- 6) Potaknuti pacijenta na preispitivanje pozitivnih i negativnih percepcija samoga sebe
- 7) Osigurati edukaciju pacijenta te ispravljanje znanja vezana za hranu, prehranu i debljanje
- 8) Potaknuti pacijenta na prepoznavanje, izražavanje i prihvaćanje neugodnih osjećaja
- 9) Pomoć pacijentu u razvijanju realnih i prihvatljivih slika sebe i hrane
- 10) Potaknuti pacijenta na sudjelovanje u individualnom savjetovanju i grupama podrške osobama oboljelih od AN.

11.3. Visok rizik za suicid

DEFINICIJA: Rizik za nanošenje, po život opasnih ozljeda. [13]

SESTRINSKE INTERVENCIJE [13]

- 1) Provjeriti pacijenta i njegovu sobu zbog prisutnosti potencijalnih destruktivnih predmeta: oštih predmeta, remenja, vezica za cipele, čarapa, kemikalija, nagomilanih lijekova
- 2) Procijeniti pacijentov rizik sa samoubojstvom pažljivim promatranjem i izravnim pitanjima o namjerama i planovima
- 3) Suzdržati se od osuđivanja pacijenta i pokazivanja neprikladne mimike lica na pacijentovu verbalizaciju suicidalnih misli, osjećaja ili pokušaja. Umjesto toga pokazati smiren, empatičan i samouvjeren stav
- 4) Aktivno slušati pacijenta i koristiti vještine kao što su reflektiranje, objašnjavanje i validacija
- 5) Slušati vlastite i pacijentove osjećaje. Prije procjene pacijenta zauzeti neutralan stav upravljajući stresom i anksioznošću.
- 6) Uočiti ponašanja koja mogu prethoditi samoubojstvu kao što su prijetnje, geste, ostavljanje oprostajnog pisma, halucinacije, nesanice s ponavljajućim mislima o samoubojstvu, maštanje o smrti, beznađe
- 7) Razviti sveobuhvatan plan liječenja koji se sastoji od mjera prevencije suicida, česte terapijske interakcije, psihosocijalne terapije, lijekova, kontinuirane procjene rizika za suicid i beznađa
- 8) Reći pacijentu da se obrati osoblju kad god se jave suicidalne misli, te da će ga osoblje zaštititi
- 9) Reći pacijentu kako suicid nije alternativno rješenje za životne probleme
- 10) Napraviti dnevni plan pacijentovih aktivnosti
- 11) Biti pažljiv i suosjećajan u razgovoru s pacijentom o suicidalnim idejama.

11.4. Visok rizik za dehidraciju

DEFINICIJA: stanje mogućeg rizika za deficit volumena tekućine. [19]

SESTRINSKE INTERVENCIJE: [19]

- 1) Objasniti pacijentu važnost uzimanja propisane količine tekućine
- 2) Objasniti pacijentu da žeđ nije pokazatelj za uzimanje tekućine
- 3) Osigurati pacijentu tekućinu nadohvat ruke i pružiti pomoć ukoliko je potrebno
- 4) Objasniti pacijentu da pripravci kao što su kava, čaj i sokovi imaju diuretsku učinak
- 5) Pratiti unos i količinu izlučene tekućine
- 6) Mjeriti vitalne znakove, kontrolirati laboratorijske nalaze te uočiti promjene u mentalnom statusu
- 7) Kontrolirati turgor kože i stanje sluznica
- 8) Poticati pacijenta na održavanje oralne higijene
- 9) Obavijestiti liječnika o promjenama te dokumentirati učinjeno.

11.5. Ostale moguće sestrinske dijagnoze

Ostale moguće sestrinske dijagnoze za osobe oboljele od AN su:

- 1) Smanjena mogućnost brige za sebe/ hranjenje
- 2) Dehidracija
- 3) Opstipacija
- 4) Smanjeno podnošenje napora
- 5) Socijalna izolacija
- 6) Anksioznost
- 7) Beznađe
- 8) Nesuradljivost
- 9) Poremećaj misaonog procesa
- 10) Visok rizik za opstipaciju
- 11) Visok rizik za poremećaj termoregulacije
- 12) Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine
- 13) Spremnost na unaprjeđenje self koncepta (pojma o sebi)

12. Zaključak

Iako se AN često olako shvaća, ona predstavlja puno ozbiljniji psihijatrijski i javnozdravstveni problem. Brojne činjenice govore u prilog tome. U takozvanom modernom svijetu modna industrija nameće razne poželjne mjere. Prevelika se važnost pridaje fizičkom izgledu što kod mlađih žena izaziva veliku zabrinutost i posezanje za raznim dijetama. U društvu vlada mišljenje kako su lijepe žene ujedno i uspješnije u svim područjima života. Unutarnja ljepota pojedinca se zanemaruje. Svjedoci smo sve većeg utjecaja medija posebno interneta koji nameće ideal ljepote, a koji adolescentice slijede. One su stoga i najrizičnija skupina za oboljenje. Unatoč relativno lakom dijagnosticiranju AN, liječenje predstavlja izazov za stručnjake. Liječenje je kompleksno i dugotrajno, ponekad i doživotno. Upitna je kvaliteta života oboljelih osoba. Osim što se bore sa fizičkim posljedicama bolesti, često je posrijedi i psihičko oboljenje primjerice depresija. Sve ove činjenice otežavaju oporavak oboljele osobe kao i slaba motiviranost oboljelih za liječenjem. Stoga je važno poremećaj pravovremeno prepoznati i započeti sa adekvatnim liječenjem. U tom procesu važna je uloga medicinske sestre kao i ostalih članova tima kojima je cilj stvaranje poticajnog okruženja.

13. Literatura

- [1] V. Vidović: Anoreksija i bulimija- Psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica, Biblioteka časopisa Psiha, Zagreb, 1998.
- [2] O. Podnar, S. Mijatović: Doktor u kući: Opsjednuti vanjštinom, br. 144, siječanj 2010, str. 48- 49.
- [3] D. Marčinko i suradnici: Poremećaji hranjenja- Od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [4] <http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>, dostupno 04.08.2016.
- [5] M. Brkić: Feministički pristup sociološkoj analizi poremećaja hranjenja, Diplomski rad, FF, Zagreb, 2013.
- [6] <https://ci01.scribd.com/doc/109266737/Ani%C4%87-Klai%C4%87-Domovi%C4%87-Rje%C4%8Dnik-stranah-rije%C4%8Di>, dostupno 16.07.2016.
- [7] <http://www.matica.hr/kolo/286/Mo%C5%BEE%20li%20prostitutka%20postati%20svetica%3F/>, dostupno 16.07.2016
- [8] N. Ambrosi- Randić: Razvoj poremećaja hranjenja, Naklada Slap, Zagreb, 2004.
- [9] P. Filaković i suradnici: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2014.
- [10] T. Frančičković, Lj. Moro i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
- [11] G. Novković: Odrednice provođenja dijete kod adolescentica, Diplomski rad, FF, Zagreb, 2003.
- [12] K. Rajković: Medicinska sestra u prevenciji poremećaja prehrane, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2015.

- [13] K. M. Fortinash, P. A. Holoday Worret: Psychiatric nursing care plans - Fourth edition, Mosby affiliate of Elsevier, St. Louis, 2003.
- [14] <http://f50-anoreksija-bulimija-prejedanje.centarbea.hr/opcenito>, dostupno 17.07.2016.
- [15] <http://f50-anoreksija-bulimija-prejedanje.centarbea.hr/node/4>, dostupno 29.07.2016.
- [16] <http://f50-anoreksija-bulimija-prejedanje.centarbea.hr/lijecenje>, dostupno 02.08.2016.
- [17] <http://nanda-nursinginterventions.blogspot.hr/2011/05/nursing-interventions-for-imbalanced.html>, dostupno 05.08.2016.
- [18] M. Gulanick, J. L. Myers i suradnici: Nursing care plans - Nursing diagnosis and intervention - Fifth edition, Mosby affiliate of Elsevier, St. Louis, 2003.
- [19] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.

HINON
ALISBBAINO

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SIEVER

**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, PETRA HORVAT (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDR.NJEGA KOD POREHEČAJA HLAMENJAN (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Petra Horvat
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, PETRA HORVAT (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDR.NJEGA KOD PDR.HRAMENJAJA - AN (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Petra Horvat
(vlastoručni potpis)