

Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja

Pozaić, Antonija

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:239588>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1032/SS/2018

Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja

Antonija Pozaić, 0708/336

Varaždin, rujan 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 1032/SS/2018

Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja

Student

Antonija Pozaić, 0708/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrištvo		
PREDSJEDNIK	Antonija Požaić	VALIČNIK (KOD)	0708/336
DATUM	20.07.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega osoba obojelih od poremećaja hranjenja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care of persons with Eating disorders		
MENTOR	Marija Božičević, mag. med. techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI PUVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Špiro Janović, predsjednik 2. Marija Božičević, mag. med. techn., mentor 3. doc.dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, član 4. dr.sc. Marijana Neuberg, zamjenski član 5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	1032/SS/2018
OPIS	

Poremećaji hranjenja jedni su od češći psihičkih poremećaja, nastaju najčešće u adolescentnoj dobi uz pojavu teških smetnji u prehranbenim navikama i ponašanju. Ti poremećaji prepoznati su odavno i u stalnom su porastu. Dijele se na anoreksiju i bulimiju nervozu - pretjerano jukanje i druge poremećaje hranjenja. Anoreksiju nervozu karakterizira samostalno gladovanje i pretjerana fizička aktivnost dok bulimiju nervozu obilježava prejedanje nakon kojeg uslijedi samoozvezano povraćanje ili neka druga metoda izbacivanja hrane. Kao uzrok poremećaja hranjenja navodi se multifaktorsko djelovanje bioloških, psiholoških i socioloških čimbenika. Poremećaji hranjenja uljeću na psihološko, tjelesno te socijalno funkcioniranje obojele osobe i u konačnici mogu dovesti do ne reverzibilnih tjelesnih oštećenja i smrti. Zdravstvena njega kao i liječenje obojelih je vrlo kompleksno, zahtjeva multidisciplinarni pristup uz stalnu edukaciju osoblja.

U radu je potrebno:

- opisati povijesni pregled poremećaja
- definirati pojmove: anoreksija nervoza, bulimija nervoza i pretjerano jadenje
- prikazati etiologiju poremećaja hranjenja
- prikazati kliničku sliku i liječenje
- opisati zdravstvenu negu obojelih osoba
- objasniti ulogu medicinske sestrištva i medicinskog tehničara u radu s obojelih i njihovim obiteljima

ZADATAK PRUČEN 13. 9. 2018.



Marija Božičević

Predgovor

Zahvaljujem se mentorici Mariji Božičević na savjetima i pomoći pri izradi ovog rada.

Zahvaljujem se svojim roditeljima, braći i Nikoli na osloncu , podršci i razumijevanju tokom cijelog studiranja. Veliko hvala na njihovoj vjeri u mene i motivaciji.

Sažetak

Poremećaji hranjenja jedni su od češćih psihičkih poremećaja, nastaju najčešće u adolescentnoj dobi uz pojavu teških smetnji u prehranbenim navikama i ponašanju. Ti poremećaji prepoznati su odavno i u stalnom su porastu. Dijelev se na anoreksiju i bulimiju nervozu, pretjerano jedenje druge poremećaje hranjenja. Anoreksiju nervozu karakterizira samoizgladnjivanje i pretjerana fizička aktivnost dok bulimiju nervozu obilježava prejedanje nakon kojeg slijedu samoizazvano povraćanje ili neka druga metoda izbacivanja hrane. Kao uzrok poremećaja hranjenja navodi se multifaktorsko djelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Poremećaji hranjenja utječu na psihološko, tjelesno te socijalno funkcioniranje oboljele osobe i u konačnici mogu dovesti do ireverzibilnih tjelesnih oštećenja i smrti. Zdravstvena njega kao i liječenje oboljelih je vrlo kompleksno, zahtijeva multidisciplinarni pristup uz stalnu edukaciju osoblja.

KLJUČNE RIJEČI: poremećaji hranjenja, anoreksija, bulimija, zdravstvena njega

Abstract

Feeding disorders are one of the more common psychological disorders, most commonly occurring in the adolescent age, with severe disorders in eating habits and behavior. These disorders have long been recognized and are on a steady rise. They share anorexia and bulimia nervosa, over eating another eating disorder. Anorexia nervosa is characterized by self-heating and exaggerated physical activity while bulimia nervosa is characterized by overeating followed by self-vomiting or some other ejaculation method. The cause of the feeding disorder is multifactorial activity of biological, psychological and social factors. Feeding disorders affect the psychological, physical and social function of the affected person and ultimately can lead to irreversible physical damage and death. Health care as well as treatment of patients is very complex, requires a multidisciplinary approach with the continuous training of staff.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, health care

Popis korištenih kratica

DMS-IV /V Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, četvrta i peta verzija

MKB Međunarodna klasifikacija bolesti

AN Anoreksija nervoza

BN Bulimija nervoza

VR Visok rizik

MS/MT Medicinska sestra/ medicinski tehničar

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Klasifikacija poremećaja hranjenja.....	4
3.	Anoreksija.....	5
3.1.	Podjela anoreksije	6
3.2.	Klinička slika oboljelih od anoreksije	6
4.	Bulimija.....	8
4.1.	Podjela bulimije.....	9
4.2.	Klinička slika bulimije	10
5.	Poremećaj hranjenja- neodređen.....	11
6.	Uzroci poremećaja hranjenja	12
6.1.	Biološki faktori u nastanku poremećaja hranjenja	12
6.2.	Socijalni faktori u nastanku poremećaja hranjenja	12
6.3.	Psihološki faktori u nastanku poremećaja hranjenja	13
6.3.1.	Pretilost.....	14
7.	Liječenje poremećaja hranjenja	16
7.1.	Liječenje anoreksije.....	17
7.2.	Liječenje bulimije.....	19
8.	Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja	21
9.	Sestrinske dijagnoze kod osoba s poremećajem hranjenja	24
9.1.	Pothranjenost u/s osnovnom bolešću	24
9.2.	Visok rizik za dehidraciju	25
9.3.	Visok rizik za samoozljeđivanje.....	25
9.4	Socijalna izolacija	26
10.	Ortoreksija.....	28
11.	Manoreksija.....	29
12.	Zaključak.....	30
13.	Literatura.....	31

1. Uvod

Razvoj ličnosti podrazumijeva procese koje dijete prolazi od rođenja do kraja adolescencije. Nakon rođenja dijete je potpuno ovisno o svojoj okolini, a svršetkom adolescencije postaje odrasla, zrela osoba. Razvoj se odigrava prema biološkim zakonitostima, a njegove faze slijede jedna za drugom i međusobno se dopunjuju. Svako dijete rađa se s određenim genetskim potencijalom koji dijelom određuje njegovu sudbinu. Drugim dijelom sudbina razvoja ovisi o okolini djeteta, u prvom redu obitelji, užoj ili primarnoj i široj, ali i od društvenoj zajednici koja ima svoja socijalna, ekonomska, kulturna i intelektualna obilježja. Treba naglasiti da nedvojbeno, najveće značenje za rast i razvoj u cjelini ima emocionalna klima unutar koje se odvija cjelokupni razvoj. [1]

U svijetu u kojem živimo, izloženi smo stalnom izvoru informacija od strane medija i interneta, koji nameću kult mršavosti i dijeta, brišući sve više spolnu diferencijaciju i attribute ženstvenosti. Brojne su opasnosti koje vrebaju, naročito mlade, nesigurne i neizgrađene, kako u svojoj osobnosti tako i u svojoj spolnosti. Potreba za identifikacijom sa „slavnima i uspješnima“ obilježje je svake mladosti koja teži priznavanju i prihvaćanju, prije svega od strane svojih vršnjaka, a zatim i šire zajednice. [2]

Mršavljenje je danas trend, čija popularnost raste u razvijenim zemljama. Problem je što glavni motiv pri tome postaje ljepota, a ne zdravlje. Kad mršavljanje prelazi granice fizičke i psihičke izdržljivosti, nastaju dodatni psihosocijalni problemi te se narušava funkcioniranje raznih organskih sustava. [3]

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. [4]

Poremećaji uzimanja hrane, prehrambeni poremećaji, poremećaji prehrane ili poremećaji jedenja različiti su nazivi koji se koriste prilikom opisivanja poremećaja hranjenja. [5]

Poremećaji hranjenja su dugotrajne bolesti koje zahtijevaju dugotrajno liječenje. To je skupina psihičkih poremećaja kojima je zajednička preokupacija hranom, a za posljedicu dovode do ozbiljnog ugrožavanja zdravlja. Prema klasifikaciji DSM IV navode se tri dijagnostičke kategorije poremećaja uzimanja hrane: anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj hranjenja neodređen. [3]

Na temelju DSM-IV kriterija anoreksija nervoza se opisuje kao poremećaj kod kojega osoba odbija održavati tjelesnu težinu na ili iznad minimalne za svoju dob i visinu, prisutan je izuzetan strah od debljanja, poremećen je način na koji osoba doživljava oblik i težinu tijela, a kod žena u generativnoj dobi postoji i amenoreja. Za razliku od anoreksije, bulimiju nervozu obilježavaju ponavljane epizode prejedanja i korištenja kompenzacijskih ponašanja sa svrhom prevencije povećanja težine, te samoprocjena koja pretjerano ovisi o obliku i težini tijela. Osim ovih osnovnih, valja naglasiti da postoje različiti podtipovi anoreksije (restriktivni i prejedajuće-purgativni tip) i bulimije nervoze (purgativni i nepurgativni tip), a svi oni mogu dovesti do značajnih zdravstvenih komplikacija kao što su metaboličke, gastrointestinalne, kardiološke, mišićne, hematološke te anomalije središnjega živčanog sustava. Kardiološke su komplikacije uz suicid česti uzroci mortaliteta i to posebno kod anoreksije nervoze. [5]

Poremećaji hranjenja mogu biti samo prolazno stanje u adolescenciji, a mogu biti i dio kliničke slike brojnih drugih psihičkih poremećaja. Simptomi poremećaja hranjenja mogu biti dio psihotičkih procesa, posebno u ranim fazama, isto tako mogu biti dio afektivnih poremećaja, posebno depresije. Kada se gleda organizacija ličnosti, veliki udio oboljelih od poremećaja hranjenja spada u graničnu (borderline) organizaciju ličnosti gdje je čest komorbiditet poremećaja ličnosti. [3]

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. [4]

Na području Republike Hrvatske procijenjena brojka oboljelih od poremećaja hranjenja jest oko 90.000. U SAD-u 1-2% tinejdžerica boluje od anoreksije nervoze a 2-4% od bulimije nervoze, što je 1-2 milijuna djece s bulimijom u SAD-u. Podaci dosadašnjih istraživanja slažu se da je prosječna dob javljanja anoreksije 14 godina dok se bulimija javlja nešto kasnije (oko 18te godine) Prema istraživanjima, anoreksija je psihički poremećaj od kojeg umire najveći broj ljudi s nekim psihičkim poremećajem ili smetnjom. Poremećaji hranjenja tipično se vežu uz ženski spol, s odnosom 9 : 1 u korist ženskog spola. Muškarci čine samo 5-10% populacije koja traži tretman kod anoreksije nervoze i 10-15% oboljelih od bulimije nervoze. [6]

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. [7]

Poremećene navike hranjenja rizična su ponašanja koja vremenom dovode do razvoja poremećaja hranjenja. Neka istraživanja provedena u Hrvatskoj zabilježila su odstupajuće navike hranjenja kod gotovo svake desete ispitanice djevojke što znači da nužno treba poduzeti niz preventivnih mjera kako bi se spriječilo nekontrolirano provođenje dijete i smanjila zabrinutost vlastitim tijelom u adolescenata. Ova rizična ponašanja mogu s velikom vjerojatnosti dovesti do poremećaja u hranjenju. Nakon što se poremećaj hranjenja već manifestira važno je njegovo pravodobno prepoznavanje, te što brže uključivanje oboljele osobe u liječenje. [8]

U Hrvatskoj posljednjih 10tak godina sve više jača svijest ljudi o težini ovog poremećaja i nužnosti pružanja sveobuhvatne skrbi oboljelih od iste. [6]

2. Klasifikacija 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 binge eating disorder. Ova podjela odnosi se na DSM- IV klasifikaciju poremećaja hranjenja. [3]

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. Anoreksija

Anorexia nervosa je psihički poremećaj u kojem osoba pati zbog osjećaja da je predebela te se podvrgava strogom režimu prehrane. Riječ anorexia grčkog je podrijetla, a označuje odsutnost apetita. Najčešće se javlja u dobi od 14 do 25 godina. [3]

To je jedan od rijetkih psihijatrijskih poremećaja koji može završiti smrću. [1]

Oboljeli od anoreksije pokazuju perfekcionizam, opsesivno i nefleksibilno mišljenje, negativnu samoprocjenu, smanjenje seksualnog nagona, socijalnu izolaciju, pojačanu anksioznost i depresivnost. Mogu se naći kliničko-laboratorijski znaci deficita vitamina i minerala, anemija, leukopenija, hipoalbuminemija, elektrolitska neravnoteža. Najočigledniji tjelesni znaci su mršavost i amenoreja. [3]

Anoreksija se u adolescentnoj populaciji pojavljuje između 0,5% i 1,0%. Od 10 do 20 puta češća je pojava anoreksije u djevojaka nego u mladića. Pojavnost je češća u nekim profesijama (balerine, manekenke). [1]

Louis Victor Marce daje prvi klinički opis anoreksije 1859. godine. Opisuje bolesnicu bez imalo masnog tkiva, mršavu poput skeleta, suhih usta i kože, filiformnoga pulsa, opstipiranu, koja je uzimala minimalne količine hrane. Hilde Bruch je iskrivljenu percepciju vlastita tijela kod anoreksije opisala kao jezgru psihopatologije. [3]

Postoje četiri dijagnostička kriterija prema DSM- IV klasifikaciji a to su: [9]

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

Kriteriji prema MKB-10: [3]

- a) Gubitak na težini
- b) Namjerno izbjegavanje hrane „koja deblja“
- c) Strah od debljanja
- d) Endokrini poremećaj – amenoreja

- e) Nema nagona za prejedanjem

3.1. Podjela anoreksije

Postoje dva tipa AN: [10]

1. RESTRIKTIVNI TIP – tijekom posljednja tri mjeseca osoba nije imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja (tj. samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje). Restriktivni podtip uključuje gubitak tjelesne težine koji primarno nastaje pomoću dijete, posta i/ili pretjeranog vježbanja.
2. PREŽDERAVAJUĆE/PURGATIVNI TIP – tijekom posljednja tri mjeseca osoba je imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja (npr. samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje)

3.2. Klinička slika oboljelih od anoreksije

Termin anoreksija znači gubitak apetita, no taj simptom se pojavljuje u kasnijoj fazi bolesti. U tom poremećaju osoba je zaokupljena hranom i dijetom. Ujedno je očigledno da se radi o poremećaju prehrane, jer je tjelesni izgled oštećen i osoba svojim tjelesnim izgledom daje do znanja sredini da ima problema s prehranom. Osoba je, naime izrazito mršava. [1]

Osobe gube na tjelesnoj masi izbjegavajući kaloričnu hranu, prekomjerno vježbaju, a katkad izbacuju hranu iz tijela povraćanjem ili laksativima. Zbog neadekvatne prehrane dolazi do hormonskog poremećaja, što rezultira amenorejom, a kod djece u prepubertetu zaostajanjem u rastu i psihičkim poremećajima. [11]

Simptomi anoreksije pojavljuju se između 10. i 30. godine života. Rijetko prije 10. i nakon 30. godine. Od 13. godine naglo raste pojavnost anoreksije i najučestalija je između 17. i 18. godine života. Pojava anoreksije prije 10. godine najčešće je vezana uz djecu koja su u ranom djetinjstvu jela nejestive stvari. [1]

U početnoj fazi poremećaja prisutni su anksioznost i sniženo raspoloženje. [12]

Najčešće, gubitak kilograma u prvi mah okolina ne opaža. Osoba odbija obroke u krugu obitelji ili na javnom mjestu. Gubi na tjelesnoj masi zbog drastičnog smanjenja unošenja hrane. U početku bolesti primjenjuju i intenzivno vježbanje, vožnju bicikla, brzo hodanje i trčanje, ali sve su te aktivnosti iznad uobičajenih. Bolesnici s tom bolesti imaju poseban odnos prema hrani. Obično ima hrane svuda u kući, imaju puno slatkiša čak i u džepovima. Jedu vrlo polagano i

troše mnogo vremena na uzimanje hrane. Lome hranu u vrlo male komadiće. Ako ih se suoči s njihovim ponašanjem, odbijaju razgovor o tome. Postoji intenzivan strah u tih bolesnika da će dobiti na tjelesnoj masi. Nedostatak interesa za povećanje tjelesne mase i smanjenje životnog rizika, otežava terapijski proces. [1]

Napredovanjem bolesti emocionalne teškoće postaju sve izraženije. Osobe se sve više povlače u sebe, izbjegavaju socijalne kontakte, zanemaruju posao ili edukaciju i postaju nesamostalne. [13]

Uz simptome anoreksije kao što su povraćanje, bolovi u trbuhu, pretjerana izbirljivost, sporo jedenje i dugo zadržavanje hrane u ustima, s vremenom se pojavljuju i drugi simptomi, kao što su opsesivno-kompulzivno ponašanje, depresija i povišena anksioznost. Bolesnici teže nepopustljivosti i perfekcionizmu. Uobičajene su pritužbe na tjelesne smetnje, primjerice bol u žličici i trbuhu. Česta je potreba za krađom slatkiša i laksativa te odjevnih predmeta. [1]

Rijetko bolest prelazi u drugi oblik poremećaja prehrane – bulimiju nervozu. Izgladnjivanje uzrokuje promjene u moždanim strukturama, mijenja se razina svih hormona i neurotransmitera pa dolazi do promjena u ponašanju oboljele osobe. Glad uzrokuje potištenost, neraspoloženje i razdražljivost pa na neki način osoba mijenja svoju ličnost. [14]

Bolesnici imaju siromašan kontakt sa suprotnim spolom i često se nađe zakašnjeli psihoseksualni razvoj u adolescenata s anoreksičnim simptomima. Odrasli bolesnici imaju smanjeno zanimanje za seks. Bolesnici najčešće potraže pomoć kada je gubitak kilograma toliko zamjetan da im ugrožava život. Takvi bolesnici ponekad imaju između 35 i 40 kilograma. [1]

4. Bulimija

„Bulimia“ na grčkom znači bikova glad. Bulimija se često opisuje kao sindrom prežderavanja/praznjenja, a sastoji se od epizoda prejedanja koje slijedi inducirano povraćanje ili zlouporaba laksativa s ciljem da se iz tijela izbace velike količine hrane. Bolesnici hranu brzo gutaju, bez mnogo žvakanja, tijekom kratkog razdoblja, a potom mogu krenuti u potragu za još hrane. Bulimiju također karakterizira želja za mršavosti, no to se postiže drukčijim ritualima od anoreksije. [3]

BN je najčešći poremećaj hranjenja. Javlja se u 1 do 3 % mladih žena. Češće pogađa ženski spol, ali ne toliko dominantno kao anoreksija. Prema istraživanjima 5 do 10 % bolesnika s bulimijom je muškog spola. [15]

Za bulimiju karakteristično je unošenje ogromnih količina hrane u ograničenom vremenu, obično unutar dva sata. Prejedanje se odvija u tajnosti i traje dok osoba ne osjeti da je dovoljno „puna“. Prejedanje slijedi depresivna faza koju karakteriziraju samokritike i osjećaj krivnje. Ona dovodi do potrebe za praznjenjem koje se ostvaruje povraćanjem ili zlouporabom laksativa. [3]

Bulimija je prvi put opisana u medicinskoj literaturi 1979. godine. Praksa prejedanja i povraćanja, odnosno čišćenja laksativima bila je poznata već u starom Egiptu, Grčkoj, Rimu i Arabiji. Liječnici su nekada povraćanje i čišćenje smatrali potrebnim radi očuvanja zdravlja. U literaturi se još uvijek raspravlja jesu li ove pojave i činjenica da su se bogati Rimljani često gostili, a nakon toga čistili, zapravo bile neke varijante danas poznate bulimije nervoze ili ne. U kasnijim stoljećima kroz literaturu se spominju osobe koje su prema povijesnim izvorima imale simptome nalik bulimiji s ciljem namjernog mršavljenja. [16]

Počinje nešto kasnije od anoreksije u adolescentnom razdoblju ili ranoj odrasloj dobi. Često se nađe pretilost u ostalih žena u obitelji bulimičnih bolesnica. Pretilost u adolescenciji može biti predznak za razvoj bolesti u ranoj odrasloj dobi. [1]

Kriteriji za dijagnozu BN prema DSM-5 klasifikaciji su: [10]

1. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizodu prejedanja karakteriziraju sljedeća dva obilježja:

a) jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima.

b) osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom te epizode.

2. Ponavljanje neprikladnih kompenzacijskih postupaka u svrhu sprječavanja povećanja tjelesne težine, kao što su samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili nekih drugih lijekova, post ili pretjerano tjelesno vježbanje.
3. Prejedanje i neprikladni kompenzacijski postupci pojavljuju se, u prosjeku, najmanje jednom tjedno i to tijekom 3 mjeseca.
4. Samoprocjena je neopravdano utemeljena na obliku vlastita tijela i njegova težine.
5. Ove smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze

Ne zna se mnogo o tijeku bolesti, ali je očigledno da ima bolju prognozu od anoreksije. Uobičajeni je tijek bolesti kronični i traje mnogo godina s povremenim remisijama. Rijetko bolesnici s bulimijom dovode sebe u stanja dehidracije ili elektrolitskog poremećaja. Često povraćanje može dovesti do problema sa zubima, promjenama u žlijezdama slinovnicama, serumskim amilazama i upale jednjaka. . [1]

Bulimične su osobe, za razliku od anorektičnih, kritičnije prema svojoj bolesti i imaju potrebu da se promijene. Ipak, one se ne javljaju odmah liječniku prije svega jer se stide svoje bolesti. Doživljavaju je kao „lošu naviku“ s kojom mogu prestati kada žele, što im je zabluda. Osjećaj krivnje zbog „grešnog“ odnosa prema hrani navodi ih na trajno prejedanje i povraćanje. Obično odlaze na terapiju tek kada obitelj otkrije što se događa i kada počne vršiti pritisak. Kada je kasnih sedamdesetih prvi puta opisan ovaj poremećaj, nije bilo jasne poredodžbe o veličini problema i broju zahvaćenih osoba. Pacijentice su se počele javljati liječnicima tek kada se o tom poremećaju počelo više govoriti u medijima. Pokazalo se da je, zapravo, riječ o tajnoj bolesti. [16]

4.1. Podjela bulimije

Razlikujemo dva tipa bulimije purgativni i nepurgativni tip, odnosno uz „čišćenje“ i bez „čišćenja“. Uz „Čišćenje“ označava uzimanje laksativa ili diuretika te samoizazvano povraćanje dok pojam bez „čišćenja“ ne podrazumijeva uzimanje preparata ili povraćanje već provođenje dijeta, posta, pojačanoj tjelesnoj aktivnosti.

1. Uz „čišćenje“- tip je bulimije u kojem su epizode prejedanja praćene izazvanim čišćenjem u obliku povraćanja, te uporabom laksativa, diuretika ili klizmi.
2. Bez „čišćenja“- tip je bulimije u kojoj se primjenjuju različite metode za regulaciju tjelesne težine, a kao najčešće primjenjivane metode kojima se podliježe su izgladnjivanje ili pretjerano vježbanje [4]

4.2. Klinička slika bulimije

Taj poremećaj karakterizira epizodno, nekontrolirano, prisilno i naglo unošenje mnogo hrane u kratkom vremenu. Tako nastaje fizička nelagoda, primjerice trbušni bolovi ili potreba za povraćanjem, i to je kraj bulimične epizode, nakon koje slijedi osjećaj krivnje, depresija i gađenje prema sebi samome. Osobe s bulimičnim simptomima redovito uzimaju laksative i diuretike ili se prisile na povraćanje drugim načinima i purgativima. Zbog toga one ne moraju biti debele, iako jedu mnogo. [1]

Može se javiti sama za sebe ili naizmjenice s anoreksijom. Uzroci poremećaja nisu potpuno poznati. Češće se javlja u obiteljima u kojima je bilo osoba s prekomjernom tjelesnom masom, depresijom, zlouporabom alkohola ili droga. [17]

Esencijalna klinička slika poremećaja bulimia nervosa sastoji se u povratnim epizodama pretjeranog jedenja. Prisutno je stalno izazivanje povraćanja i uporabe laksativa i diuretika, stroge dijete, intenzivno vježbanje da bi se preduhitriло povećanje tjelesne mase. Bolesnici izazivaju povraćanje guranjem prsta ili samom željom za povraćanjem, što smanjuje trbušne bolove i obnavlja želju za jedenjem. Tijekom toga razdoblja ne strahuju da će dobiti na tjelesnoj masi. Kada bulimična epizoda završi, pojavljuje se depresija. [1]

Vrlo često je prisutan opsesivno-kompulzivni poremećaj. [18]

Bolesnici s poremećajem bulimia nervosa brinu se za svoj tjelesni izgled, važno im je kako ih drugi vide i jesu li seksualno atraktivni. Mnogi s tom bolesti seksualno su aktivni, za razliku od osoba s poremećajem anorexia nervosa. [1]

Bulimične osobe obično teže savršenstvu i osjećaju da ne mogu zadovoljiti očekivanja roditelja. Oko polovice oboljelih ima u prošlosti iskustvo spolnog ili fizičkog zlostavljanja. [16]

Niska su samopoštovanja, sklone anksioznosti, obično su impulzivne, teško se kontroliraju i suzdržavaju. [19]

Iako osobe s bulimijom imaju manje teških tjelesnih komplikacija, češće se prilikom prvog pregleda žale na mučninu, umor, osjećaj napuhnutosti, opstipaciju, poremećaj menstrualnog ciklusa i bol u truhu. Postoje erozije zubne cakline, što je patognomonično za povraćanje. [11]

U organizmu učestalo pražnjenje može izazvati disbalans tekućine i elektrolita, najčešće hiponatremiju, hipokalemiju i hipokloremiju, metaboličku alkalozu i acidozu, oštećenje i trajni gubitak zubne cakline, ozljede ruku te srčane i skeletne miopatije. [3]

5. Poremećaj hranjenja- neodređen

Pod neodređenim poremećajem hranjenja razumijevamo sve one slučajeve u kojima osoba iskazuje neka ponašanja tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije nervoze. Učestalost poremećaja nekontrolirana hranjenja kreće se u rasponu od 0,7 do 4 % u općoj populaciji (prema DSM-IV, 1996.). [3]

Prema DSM-IV (1996.), poremećaj hranjenja – neodređen, odnosi se na sljedeće primjere:
[3]

1. Kod žena, zadovoljeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu, osim što osoba ima redovite menstruacije.
2. Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu, osim što, usprkos gubitku na težini, osoba ima normalnu težinu.
3. Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
4. Ponašanje pri kojem osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane
5. Ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje velikih količina hrane.
6. Prežderavanje: ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu.

6. Uzroci poremećaja hranjenja

Postoji niz predisponirajućih faktora koji uzrokuju poremećaje hranjenja, a možemo ih podijeliti u tri skupine. To su: biološki, socijalni i psihološki faktori.

Anorexia nervoza pogađa oko 0,2% do 0,5% mladih. Bulimia nervoza pogađa oko 2% do 3% ove iste dobne skupine. Žene imaju 10 puta veću vjerojatnost da će pogoršati poremećaj prehrane nego muškarci. [20]

6.1. Biološki faktori u nastanku poremećaja hranjenja

U biološke faktore možemo obuhvatiti dob, spol, pubertet i adolescenciju te tjelesnu težinu.

Primijećeno je da je češća u monozigotnih blizanaca nego u dizigotnih. Postoji hipoteza da endogeni opiodi dovode do nijekanja osjećaja gladi u anoreksičnih bolesnika. [1]

Usprkos brojnim istraživanjima, do danas nije definitivno utvrđeno je li prijenos anoreksije nervoze uzrokovan pretežito genetskim ili faktorima okoline. [21]

Tjelesna težina sama po sebi nije „patološka“ varijabla, no temeljni je problem kod pojave poremećaja hranjenja. [21]

6.2. Socijalni faktori u nastanku poremećaja hranjenja

Socijalni faktori obuhvaćaju medije te vršnjake koji imaju velik utjecaj u adolescenciji.

Što se tiče čimbenika okruženja, nažalost svi mladi imaju podršku zajednice u vježbanju i postizanju što manje težine i veće vitkosti. [1]

Istraživanja su pokazala da osobe ovisne o internetu postižu niže rezultate na mjerama samopoštovanja, a više rezultate s obzirom na depresivno raspoloženje, osjećaj tuge, lošije interpersonalne odnose i negativno samopoimanje u odnosno na kontrolne skupine ispitanika (neovisnike o internetu). [22]

Adolescencija izaziva sasvim prirodno nesigurnost u pogledu izgleda tijela budući da se ono u pubertetu mijenja a obline karakteristično bude anksioznost i nelagodu pred pogledima i primjedbama drugih. Kontrola nad tijelom, nad jedenjem i vježbanjem, strogost i nadvladavanje svim potrebama u konačnici su cilj svake anoreksične djevojke i samo kad se postigne ona može

likovati u pobjedi nad sobom i drugima - robovima svog opuštenog odnosa prema užicima. Ona ne želi biti ni debela a ni glupa - uzimanje hrane u razmišljanju anoreksične djevojke otupljuje osjetila i um. [23]

Pregledom literature moguće je ustanoviti da sljedeći socijalni faktori posebno utječu na razvoj poremećaja hranjenja: [21]

1. Socijalni pritisak prema mršavosti
2. Promijenjena socijalna uloga žena
3. Glorifikacija poremećaja hranjenja
4. Predrasude prema gojaznima
5. Tendencija socijalnog uspoređivanja

U radu s obiteljima anoreksičnih djevojaka obiteljska dinamika je karakteristična. To su obitelji s vrlo bliskim vezama između članova, s posebno snažnom vezama između majke i djeteta. Obitelj je obično relativno dobro situirana, otac često mnogo radi i dosta je odsutan iz obitelji čime samo podupire razvoj snažne veze između majke i djevojčice. Obitelj je okrenuta sebi s malo kontakta s okolinom, i dok su vanjske granice čvrste unutrašnje su nejasne. U obitelji postoji kult hrane, pazi se na ishranu ali nerijetko je više članova opterećeno razmišljanjem o dijetama i mršavosti ili su i sami prošli sličnu anoreksičnu epizodu. U mnogim obiteljima nalazimo podatak da su prve primjedbe na izgled tijela adolescentici uputili upravo članovi obitelji obično kao nedužno zadirkivanje o njenoj težini, pa i početak dijete je dočekan s odobravanjem. Neugodne primjedbe na izgled tijela relativno se često spominju i zato se mogu promatrati kao faktor stresa u nastanku anoreksije. Pokazalo se da doista nastupu poremećaja može prethoditi stres ali nije nađen neki specifični tip stresa koji bi bio odgovoran za nastanak anoreksije. Izrazita bliskost s anksioznom majkom često u djetetu stvara osnovu za razvoj nesigurnosti i nedovoljnog samopouzdanja posebno u kontaktima izvan obitelji gdje se adolescentica nastoji potvrditi i postati prihvaćena. [23]

U zaključku možemo reći da socijalni utjecaji mogu biti destruktivni (kada uče da je dijete neophodno potrebna) i konstruktivni (kada odvraćaju djevojke od ekstremnih ponašanja). [21]

6.3. Psihološki faktori u nastanku poremećaja hranjenja

Psihološke faktore možemo podijeliti na samopoštovanje, depresivnost, predodžbu o vlastitom tijelu te negativne verbalne komentare, tj. zadirkivanja.

Psihološki se anoreksija pojavljuje kao reakcija na zahtjeve adolescentnoga razvoja za većom neovisnošću i porastom interesa socijalnoga i seksualnoga funkcioniranja. U psihodinamici nastajanja anoreksije, koja je najčešća u adolescenciji i u djevojčica, značajnu ulogu ima promijenjeni odnos s roditeljima, psihičke i relacijske smetnje roditelja te nasilan i krut stav i strahovanja roditelja u pogledu hranjenja. Anoreksične djevojke pokazuju dvojake osjećaje prema drugim osobama, smetnje psihoseksualnoga identiteta, teškoće poistovjećivanja s majkom i prihvaćanjem svoje ženske uloge. Zbog svega toga vrlo teško prihvaćaju psihoterapijsko liječenje. [1]

Kada djevojke postanu nesigurne u interpersonalnim odnosima ili posumnjaju u vlastite sposobnosti, pretpostavlja se da se (u zapadnoj kulturi) okreću kontroli tjelesne težine kao sredstvu kojim će osigurati uspjeh i prihvaćanje. [21]

Bitan faktor kod nastanka poremećaja hranjenja u mladih djevojaka jest dakako samopoštovanje. Jedan od simptoma poremećaja hranjenja jest upravo sniženo samopoštovanje.

Depresivni poremećaji učestaliji su u članova obitelji anoreksičnih bolesnika, nego u općoj populaciji. [1]

Ova dva poremećaja imaju i zajedničke psihološke elemente: oba uključuju cjelokupnu negativnu (često nerealnu) samoprocjenu koja je karakterizirana dubokim nezadovoljstvom vlastitim tjelesnim izgledom, posebno veličinom i težinom. Predodžba o vlastitom tijelu održava percepciju i osjećaje osobe u vezi s tijelom i tjelesnim iskustvima. Promjene u predodžbi o vlastitom tijelu mogu nastati na različite načine. Omjer promjena u predodžbi o vlastitom tijelu ne podudara se uvijek s realnim tjelesnim promjenama. [21]

Možemo reći da negativna predodžba o vlastitom tijelu jedan je od ozbiljnih faktora u nastanku poremećaja hranjenja.

6.3.1. Pretilost

To se stanje po klasifikaciji bolesti ne ubraja u bolesti hranjenja, već u skupinu psiholoških čimbenika koji djeluju na fizičko stanje, ali ipak ga valja spomenuti. Pretilost je u porastu u općoj populaciji, kao i stalna potraga za uspješnim dijetnim programima. Etiološki čimbenici nisu u potpunosti razjašnjeni. Naime, teorija o većem broju masnih stanica u pretilih osoba ne objašnjava sve vrste pretilosti. Češća je pretilost u obiteljima gdje se majka osjeća usamljeno i svoju skrb za obitelj pokazuje hranjenjem. Smanjenje tjelesne mase u takvim se obiteljima tumači kao gubitak fizičke snage i emocionalne dobrobiti. [1]

Pretili se najčešće jedu noću ili rano ujutro kako bi izbjegli poglede ljudi. Zapravo možemo reći da se skrivaju. Upravo zbog toga pate često od nesаницe. Najčešće potrebu za povećanim uzimanjem hrane uzrokuju stresni događaji gdje osoba osjeća rasterećenje uslijed i nakon konzumiranja te hrane.

To je kronično i progresivno stanje. Pokušaj rješavanja pretilosti je različit. Neki se odlučuju čak i za operativni zahvat. Drugi pokušavaju smanjiti osjećaj gladi i potrebu za hranom uzimanjem amfetamina ili raznih anorektičnih tableta koje daju osjećaj sitosti, a nemaju hranjivu vrijednost. Vježbanje je dio pristupa u liječenju pretilosti, ali ga pretili osobe izbjegavaju i uvijek nađu opravdanje da ga svedu na minimalnu mjeru. Psihoterapijske su tehnike liječenja uspješne u individualnom i grupnom psihoterapijskom liječenju, ukoliko se osoba zaista odluči uvjeriti u to što za nju znači hrana. Mala je vjerojatnost da će osoba nakon gubitka viška kilograma održati zadovoljavajuću tjelesnu masu. [1]

7. Liječenje poremećaja hranjenja

Bolničko liječenje takvog bolesnika obuhvaća psihoterapiju, grupnu, obiteljsku, ali i farmakoterapiju. [1]

Često se vidi da osoba pati od poremećaja prehrane, ali problem i zapreka u početku terapije i sastavljanju dijagnoze je poricanje poremećaja. [23]

Bolesnike se privede na liječenje kada se okolica zabrine za njihov život. Tada je cilj liječenja obnoviti normalno uzimanje hrane i nadomjestiti gubitak elektrolita. Vrlo je često organizam u potpunom elektrolitskom disbalansu i pomankanju tekućine. [1]

Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze koju potkrepljuju i podaci dobiveni od članova obitelji ili prijatelja. Fizikalnim pregledom, mjerenjem visine i težine te izračunavanjem ITM-a procjenjuje se težina pothranjenosti. [13]

Unatoč činjenici da medicina nije još našla pravi odgovor na pitanja etiologije i učinkovitog liječenja poremećaja jedenja, nema pravog opravdanja zašto danas u Hrvatskoj ne postoji bolje organizirano zbrinjavanje oboljelih. Iako nedostaju precizni epidemiološki podaci, svakodnevni priliv novih pacijentica ukazuje na potrebu za otvaranjem specijaliziranih odjela za liječenje poremećaja jedenja pri kliničkim bolnicama u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, koji bi trebali biti prilagođeni specifičnim zahtjevima liječenja, opremljeni sadržajima koji su prijeko potrebni i posebno educiranim kadrovima. [24]

Pružanje potpore i empatija imaju ključnu ulogu u osnaživanju osoba da se oslobode straha od dobivanja na tjelesnoj masi i normalnog hranjenja, kao i potrebe za prekomjernom fizičkom aktivnosti ili povraćanjem. [13]

Liječenje ima dvostruki cilj: vraćanje u režim normalne prehrane i navika hranjenja te liječenje psiholoških i obiteljskih problema povezanih s poremećajem hranjenja. [29]

U razvijanju metoda liječenja poremećaja hranjenja koriste se mnoga sredstva i istraživanja. Pa tako jedno istraživanje bilo je vezano uz prakticiranje yoge u smanjenju pojavnosti simptoma poremećaja hranjenja. Pokazalo se da yoga u kombinaciji s ambulantnim liječenjem poremećaja prehrane smanjuje anksioznost, depresiju i poremećaj tjelesne slike bez negativnog utjecaja na težinu. Ovi preliminarni rezultati sugeriraju da je yoga obećavajuća strategija liječenja, uz standardnu multidisciplinarnu skrb. [25]

Najveći problem u liječenju je nedostatak educiranih psihoterapeuta koji bi provodili psihoterapije na tjednoj bazi. Također, većina timova za liječenje i terapiju nalazi se u sklopu grada Zagreba.

Istraživanja pokazuju da su troškovi zdravstvene zaštite visoki za pacijente s dijagnozom poremećaja prehrane tijekom razdoblja kada je dijagnoza bila napravljena, ali je ostala povišena u godinama koje slijede. Takvi su troškovi dosljedno slični grupi oboljelih od depresije. [26]

U Hrvatskoj postoji Specijalistički zavod za poremećaje prehrane u Klinici za psihijatriju Medicinskog fakulteta KBC-a u Zagrebu koji je osnovan početkom 2012. Ondje se nalazi čitav tim stručnjaka za poremećaje hranjenja, imaju bolničku, dnevno/bolničku i ambulantnu službu za poremećaje prehrane. Bitno je da u radu s osobama koje imaju poremećaje prehrane sudjeluju profesionalci različitih pa čak i interdisciplinarnih struka, jer su poremećaji prehrane vrlo složeni i zahtijevaju pomoć sa psihijatrijskog, psihološkog, pedijatrijskog, nutricionističkog, farmaceutskog, liječničkog stajališta. [23]

Osnovana je i Dnevna bolnica za poremećaje prehrane u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu.

U Dnevnoj bolnici sudjeluje tim stručnjaka sličan onomu već spomenutog Specijalističkog zavoda, a razlikuju se u tome što je Dnevna bolnica namijenjena isključivo punoljetnim osobama koje imaju dijagnosticiranu anoreksiju, bulimiju ili nespecifični poremećaj hranjenja, uz uvjet da im je indeks tjelesne mase manji ili jednak petnaest. Njihovi programi i terapije se provode svaki radni dan u obliku raznih radionica i radnih grupa. Temelj rada je psihoterapija, a radi se na nekoliko razina – kognitivnoj, bihevioralnoj, psiho/ dinamskoj i nutricionističkoj. Nakon intenzivnijih terapija u početku liječenja, održavaju se tjedni sastanci na kojima se prati pomak pojedinaca. Ti tjedni sastanci traju najmanje šest mjeseci, a ako stručnjaci koji prate osobe s poremećajem prehrane procijene da je potrebno, pacijenti te terapije mogu posjećivati i duže, ponekad i godinama. [23]

7.1. Liječenje anoreksije

Bolničko liječenje anoreksije nervoze osigurava dobitak na težini, što jednom dijelu bolesnica koje dolaze u iznimno lošem tjelesnom stanju spašava život. Nažalost, poznato je da hospitalni programi imaju neprihvatljivo visok postotak recidiva. Indikacije za bolničko liječenje su jasne: ozbiljne fizičke komplikacije ili rizik suicida, vrlo niska tjelesna težina s medicinskim komplikacijama, slab učinak izvanbolničkog liječenja, nemogućnost izvanbolničkog liječenja,

ozbiljni poremećaji u ponašanju i potreba da se pacijentica odvoji od obitelji. Nema suglasnosti o tome koliko treba trajati bolničko liječenje kao ni kolika treba biti ciljna težina. [24]

Hospitalizacija je nužna na dva do šest mjeseci. Bolesnici, većinom, odbijaju psihijatrijsko liječenje. Prihvaćaju somatsko liječenje, jer ono u osnovi nastavlja njihovu preokupaciju hranom i načinom unošenja hrane. Pristanu li na psihijatrijski program liječenje, prihvaćaju djelomično kognitivni i medikamentni pristup. [1]

Osam bitnih ciljeva bolničkog liječenja anoreksije nervoze: [27]

1. Ponovno zadobivanje tjelesne težine zajedno s individualnom i obiteljskom terapijom kako pacijentica ne bi imala osjećaj da je povećanje tjelesne težine jedini cilj liječenja.

2. Uspostavljanje povjerenja između pacijentice i tima da će njezino dobivanje na težini biti kontrolirano.

3. Strah od gubitka težine uz česta jedenja malih količina hrane i postupan dobitak na tjelesnoj težini (200 grama dnevno).

4. Jedenje uz nazočnost osoblja i raspravu o strahovima odnosno ohrabivanje pacijentice.

5. Vaganje u pravilnim razmacima kako bi pacijentica mogla kontrolirati dobitak ili pad na težini.

6. Pozitivna i negativna potkrepljenja kako bi pacijentica shvatila da može kontrolirati ne samo svoje ponašanje nego i njegove posljedice.

7. Sučeljavanje i kontroliranje povraćanja ili čišćenja.

8. Disfunkcionalni konflikti s obitelji u svezi s jedenjem ne smiju se uspostavljati ponovno u bolnici, osim u prilici kontrolirane seanse s roditeljima koja se izvodi u terapijske svrhe.

U literaturi se nalaze podaci iz randomiziranih kontroliranih studija o korištenju antidepresiva, antipsihotika, prokinetičkih supstancija, cinka, litija i klonidina. Rezultati su bili uglavnom razočaravajući u odnosu na dobivanje na težini. Nepotpuni dokazi postoje o utjecaju selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (fluoksetin) u uspješnom održavanju težine u osoba s anoreksijom nervozom. [24]

Postupak liječenja poremećaja prehrane djeteta može biti neumoljiv i emocionalno iscrpljujući. Krajem 1970-ih i početkom 1980-ih godina, u Institutu za psihijatriju u bolnici Maudsley u Londonu, u Engleskoj, razvila se i testirana je nova vrsta obiteljske terapije koja je podržavala i osnažila obitelji u liječenju anoreksije kod svojoj djeci. Ova terapija poznata je pod

nazivom „New Maudsley“. Uobičajen je u zajednici pod nazivom obiteljska terapija. Razlikuje se od tradicionalne obiteljske terapije. Međutim, "obiteljska terapija" je sasvim drukčiji tretman i onaj koji nema znanstveno utemeljenih dokaza koji bi podržali njegovu učinkovitost za liječenje poremećaja hranjenja. Za razliku od individualno usredotočenih terapija, identificirani pacijent (član obitelji koji se smatra problemom) promatra se kao nositelj simptoma, izražavajući neravnotežu obitelji ili trenutnu disfunkciju. Sustav je primarna jedinica liječenja, a ne identificirani pacijent. Pomoć obiteljskim promjenama dovodi do poboljšanja funkcioniranja pojedinca i obitelji. [28]

7.2. Liječenje bulimije

Liječenje te bolesti temelji se na psihoterapijskim tehnikama i farmakoterapiji ili na primjeni obiju zajedno. [1]

Većina bulimičnih pacijenata može se liječiti u izvanbolničkim uvjetima i rijetko je potrebna hospitalizacija. Bolnička liječenja su ipak ponekad neizbježna u osoba s ozbiljnim komorbidnim problemima. Za farmakološko liječenje bulimije nervoze preporučuju se antidepresivi, posebno fluoksetin. Kombinacije kognitivno-bihevioralnog pristupa i lijekova bolje su od samih lijekova. Budući da su uz lijekove česti recidivi, u novijim se studijama preporuča promjena lijeka nakon recidiva. [24]

Kognitivno-bihevioralna terapija fokus stavlja na pronalaženje i razumijevanje potisnutih problema i disfunkcionalnih stavova koje je oboljela osoba potisnula. Osnovni cilj rada sa oboljelim osobama je postavljanje novog i normalnog, balansiranog obrasca prehrane, proširivanje izbora hrane, promjena osobnih pogleda na hranu, tijelo i zdravlje. [23]

U liječenju bulimije bitno je korigirati ponašanje i razbiti krug neumjerenog jela i povraćanja, uz korekciju percepcije i neadekvatne ekspresije emocija. U početku su česti otpori, odbijanje i rezistencija na terapiju. Bolničko liječenje je potrebno u slučajevima kada je medicinsko stanje teško i vezano uz tešku denutriciju, dehidraciju ili elektrolitski disbalans, kada je visok suicidalni rizik, obiteljska situacija nezadovoljavajuća ili kada postoji smanjena motivacija za izlječenjem. U početku se daju svi potrebni nutrijenti, ali u manjoj količini nego što se preporučuje za normalan organizam. Prebrzo vraćanje na normalnu količinu nutrijenata lako može dovesti do opsežnih perifernih edema. Hrana se može davati u suradnji s bolesnicom na usta. Bolesnika treba uvjeriti da je najbolje početi s malim, ali čestim obrocima hrane. [29]

Prehrana bez šećera i obogaćena hranjivim tvarima pomaže kod smanjenja prejedanja. Bulimičar treba izbaciti alkohol, kofein, glavnu soli, cigarete i sredstva za pojačavanje okusa. Preporuča se raznolika prehrana uz dodatne količine vitamina c (sto miligrama), vitamina skupine B (50 miligrama) te vitaminske/ multimineralne dodatke prehrani. [23]

Za vrijeme bolničkog liječenja iznimno je važno striktno se držati određenog programa: [29]

1. Vaganje rano ujutro nakon mokrenja
2. Pratiti dnevni unos i eliminaciju tekućine
3. Praćenje stanja elektrolita (hipokalijemija) ako pacijent povraća
4. Zbog sprječavanja povraćanja nakon hranjenja, dva sata ne smije na WC
5. Praćenje opstipacije (najčešće prestaje s uspostavom normalnog ciklusa hranjenja). Ako se pojavi dijareja, to je vjerojatno znak uzimanja laksativa
6. Hranu davati u šest jednakih obroka

8. Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja

Zdravstvena njega oboljelih od poremećaja hranjenja obuhvaća znanje medicinske sestre o dijetetici, odnosno piramidi pravilne prehrane, obrocima, kalorijama te prehrambenim tvarima, upoznavanje sa samim poremećajima, njihovom kliničkom slikom te načinima liječenja, razvijanju partnerskog odnosa i odnosa povjerenja te empatiji.

Velike su razlike u pristupima pacijenticama u bolničkom liječenju u pogledu života na odjelu, traženja od bolesnice i ciljne težine koju bi tijekom boravka na odjelu trebala postići. Svi naglašavaju veliku ulogu medicinskih sestara, koje bi morale biti sposobne pružati podršku pacijenticama i imati razumijevanja za njihovo stanje, a istovremeno biti educirane da izbjegnu zamke njihovih manipulacija i izazova. [24]

Temeljne interpersonalne vještine koje bi svaki MS/MT trebao imati, a koje istovremeno poboljšavaju stupanj kvalitete zdravstvene njege su: komunikacijske vještine, vještine procjene, emocionalne njege, savjetovanja, pregovaranja, uvjeravanja i pružanja informacija. Napominjemo da su vještine naučene, a ne urođene. [30]

Velika je odgovornost sestre u radu s bolesnicima s poremećajem hranjenja pa se stoga od nje očekuje stručnost i educiranost. [1]

Medicinska sestra mora: [31]

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

Sestra ponovno uči bolesnika jesti, odnosno upućuje ga kako to činiti zadovoljavajućom brzinom, spontano i relativno opušteno. Nastoji ga upozoriti na teške posljedice gladovanja i poučava što je to pravilna prehrana i koje su njene prednosti. Odnos sestre i bolesnika oboljelog od poremećaja hranjenja vrlo je složen te stoga na njemu treba neprestano raditi edukacijom, da

bi se maksimalno poboljšala komunikacija sestra-bolesnik, stvorila empatija u osoblja te povjerenje u bolesnika. [1]

Intervencija protiv bolesnikove volje trebala bi biti što kraća, iako bi cilj hospitalizacije bolesnika protiv njegove volje trebao biti jasan na početku liječenja. Kada bolesnika treba hraniti protiv njegove volje, treba ga također informirati o količini kilograma koju mora postići da bi bio otpušten, te ponuditi izbor da jede samostalno ili da bude hranjen na silu. Ako ne želi samostalno jesti, tada se preferira nazogastrično hranjenje. To zahtijeva konzultacije s internistom i pažljivo medicinsko motrenje. Medicinski problemi koji se najčešće javljaju su hipofosfatemija i preopterećenje tekućinom. Parenteralno hranjenje je mnogo složenije i nosi značajni medicinski rizik od infekcije. Ova mogućnost trebala bi biti sačuvana samo za krajnje situacije. [32]

Medicinska sestra mora uzeti sestrinsku anamnezu i status pacijenta kako bi mogla planirati zdravstvenu njegu. Treba prikupiti podatke od pacijenta koristeći se intervjuom i dokumentacijom (liječnička anamneza, povijest bolesti), a pacijentov status utvrditi će promatranjem i mjerenjem. Do podataka o pacijentu također može doći preko roditelja pacijenta ili bliskih osoba. [31]

Svakom bolesniku trebalo bi izmjeriti težinu rano ujutro nakon prvog mokrenja. Dnevni unos tekućina i količinu urina trebalo bi bilježiti. Ako bolesnik povraća, medicinsko osoblje treba stalno motriti na razinu elektrolita seruma zbog mogućnosti hipokalijemije. Nakon obroka bolesnik namjerno izaziva povraćanje hrane koju je upravo pojeo. Medicinsko osoblje moglo bi kontrolirati povraćanje ako zaključa kupaonicu na barem dva sata nakon obroka ili postavi nekoga unutar kupaonice koji bi mogao spriječiti povraćanje bolesnika. Konstipacija u bolesnika anoreksije nervoze nastaje kada počnu normalno jesti. Ponekad se daju omekšivači stolice, ali nikad laksativi. Ako se dijareja pojavi, to obično upućuje da bolesnik kradomice uzima laksative. Zbog rijetkih slučajeva dilatacije želuca i mogućnosti preopterećenja cirkulacije, ako bolesnik odmah počne jesti velik broj kalorija, bolničko osoblje trebalo bi početi davati bolesniku 500 kalorija više od potrebnog da bi se očuvala sadašnja težina (obično 1500 do 2000 kalorija dnevno). Mudro je davati toliku količinu kalorija tijekom šest obroka dnevno, tako da bolesnik ne mora jesti velike količine hrane odjednom. Davanje tekućih dodataka hrani, kao što je Ensure, preporučljivo je jer bolesnici misle da će dobiti manje težine na taj način nego krutom hranom. [32]

Medicinske sestre, kao i pacijenti, žive u društvu koje je često opsjednuto unosom hrane, veličinom tijela i ponašanjem u prehrani. Pitanja tjelesne težine i oblika mogu imati određeno značenje za neke stručnjake koji doživljavaju svoje vlastite unutarnje borbe. Ta pitanja mogu

dovesti do osjećaja skrbnika, ambivalentnosti, pa čak i zavisti kada rade s pacijentima koji utjelovljuju idealiziranu veličinu tijela. Ova pitanja mogu doprinijeti prekomjernoj identifikaciji i minimiziranju pacijentovog patološkog ponašanja i kognitivnih poremećaja, osobito onih vezanih za sliku tijela, ograničenje hrane i vježbu. Za druge, anoreksija i bulimija nervoza se percipiraju kao protuintuitivni poremećaji. Može biti teško zamisliti zašto bi se osoba namjerno izgladnjivala do točke u kojoj je tijelo oštećeno simptomima pothranjenosti ili zbog čega bi neka osoba konzumirala prekomjerne količine hrane, tada bi trebala primijeniti ekstremne mjere da ih oslobodila iz tijela. Može biti normalno da se medicinska sestra osjeća zbunjenom i frustriranom zašto pacijent jednostavno ne jede. [20]

9. Sestrinske dijagnoze kod osoba s poremećajem hranjenja

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

9.1. Pothranjenost u/s osnovnom bolešću

Pothranjenost je stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa organizmu potrebnih nutrijenata. Intervencije provodi medicinska sestra svakodnevno. [33]

Intervencije provodi medicinska sestra svakodnevno. [33]

1. Vagati pacijenta poslije svakog obroka
2. Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti
3. U suradnji sa nutricionistom izraditi plan prehrane
4. Osigurati pacijentu psihološku potporu
5. Poticati pacijenta na provođenje oralne higijene prije i poslije jela
6. Poticati pacijenta da jede u društvu
7. Nadzirati unos i iznos tekućina
8. Poticati na konzumiranje manjih a češćih obroka
9. Osigurati dovoljno vremena za obrok
10. Dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka
11. Osigurati pacijentu namirnice koje voli
12. Osigurati hranu pripremljenu sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja
13. Poticati ga da vodi dnevnik prehrane

9.2. Visok rizik za dehidraciju

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

Intervencije obuhvaćaju: [33]

Intervencije: [33]

1. Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine tekućine
2. Podučiti pacijenta rizičnim čimbenicima
3. Objasniti pacijentu da se ne oslanja na žeđ kao pokazatelj za uzimanje tekućine
4. Osigurati tekućinu nadohvat ruke
5. Pomoći bolesniku uzeti tekućinu
6. Pratiti unos i iznos tekućina
7. Mjeriti vitalne funkcije
8. Pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza
9. Poticati pacijenta da provodi oralnu higijenu
10. Obavijestiti liječnika o promjenama
11. Kontrolirati turgor kože
12. Kontrolirati sluznice

9.3. Visok rizik za samoozljeđivanje

Visok rizik za samoozljeđivanje je situacija u kojoj prijete opasnost od namjernog samoozljeđivanja koje uzrokuju ozljede tkiva s namjerom izazivanje nesmrtonosnih ozljeda, a radi oslobađanja napetosti ili načina komunikacije s osobljem. [34]

Intervencije: [34]

1. svakodnevno pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesnikove namjere
2. ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline
3. pratiti da bolesnik nije smješten sam u sobi

4. pratiti bolesnikovo ponašanje, posebno izolaciju i anksioznost te nagle promjene u ponašanju
5. poticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzročiti samodestruktivne
6. misli
7. u suradnji s liječnikom i psihoterapeutom dogovoriti tretmane psihosocijalne podrške
8. uključiti bolesnika u grupni terapijski proces
9. omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja, odmora i aktivnosti
10. osigurati socijalnu potporu
11. uključiti obitelj u cjelokupan proces liječenja i rehabilitacije

9.4. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija je stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt. [33]

Intervencije obuhvaćaju: [33]

1. Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
2. Uspostaviti suradnički odnos
3. Poticati pacijenta na izražavanje emocija
4. Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
5. Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
6. Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
7. Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
8. Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
9. Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
10. Upoznati ga sa suportivnim grupama

11. Uključiti pacijenta u grupnu terapiju

12. Uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju

Pozitivna atmosfera je temelj u prihvaćanju liječenja. Ona može značajno pojačati osjećaj sigurnosti, te na taj način potaknuti pozitivne potencijale kod oboljelih koji su bitni u borbi protiv bolesti. Stvaranje pozitivne i opuštene atmosfere, međusobno upoznavanje i prihvaćanje, održavanje iskrenosti, povjerenja i empatije postizemo holističkim pristupom prema oboljelima. [25]

10. Ortoreksija

Ortoreksičari su patološki fiksirani na konzumaciju zdrave hrane, njihov kocept zdrave hrane toliko je ekstreman da to postje opsesija. Premda zvuči slično anoreksiji, temeljna motivacija kod ortoreksije potpuno je različita. „Ortoreksija je često samo izvor psihološkog stresa, a ne fizička opasnost“, objašnjava dr. Steven Bratman, kalifornijski praktičar alternativne medicine, koji je prvi 1997. osmislio termin. [35]

Danas svuda možemo čuti pojam „zdrave hrane“. Problem je u samom pojmu, on insinuira da postoji zdrava i nezdrava hrana, a razlikuje se u definiciji gotovo svakog liječnika ili nutricionista. Zablude o hrani su česte, a one od prije nekoliko godina nam se čine smiješne vjerojatno onako kako će nam se činiti i ovo u što danas vjerujemo. Relativno naivo vjerujemo popularnoj kulturi i onome što ona nameće, tako je trenutno popularna fitness prehrana koja prednost daje piletini, salatama, proteinskim shakeovima i sličnome. Kod ortoreksije se radi o patološkoj usmjerenosti na zdravu prehranu i sve druge sastavnice života postaju manje bitne. Ortoreksija je sve prisutnija u posljednjih petnaestak godina, a temelj joj je kvalitativno vrhunska prehrana, zanemarujući kvantitativne okvire. Kod ovog poremećaja je najviše zabrinjavajuća činjenica da osoba cijeli svoj dan, tjedan, život planira oko hrane. [23]

S namjerom ukidanja nezdravih prehrambenih navika, neki ljudi paralelno razvijaju osjećaj nadmoći nad onima koji jedu tzv. brzu, nezdravu hranu.

Oni konačno dolaze do točke kada većinu vremena troše na planiranje, kupnju i konzumaciju obroka. Dr. Bratman vjeruje da ljudi koji su opsjednuti zdravom prehranom zaista imaju problem i trebaju se ozbiljno tretirati, poput anoreksičara i bulimičara. Specijalisti vjeruju da još ne postoji dovoljno istraživanja tog trenda da bi se potvrdilo da je ortoreksija poremećaj prehrane. [35]

Nutricionisti se slažu da nije dobro izbacivati čitave grupe namirnica iz prehrane ukoliko je osoba zdrava, tj. nema neku specifičnu bolest. Potreba za kontrolom je najčešći uzrok problema koji se manifestira konstantnim razmišljanjima o hrani. Često se radi i o osjećaju zadovoljstva kada razgovaraju s nekim tko se hrani normalno, osjećaju se boljima, superiornima nad onima koji ne jedu „zdravo“. Kada osoba svoj identitet poistovjeti samo s onim što je unijela u svoj organizam možemo pretpostaviti da se radi o teškom poremećaju u obliku niskog samopoštovanja, osjećaja manje vrijednosti i problem identiteta. [23]

11. Manoreksija

Manoreksija je termin koji označava bolest anoreksije kod muškaraca. Muškarci su ponosni da priznaju problem i smatra se da je oboljelih više od broja evidentiranih. Težina poremećaja je u prosjeku veća od one kod anoreksije u djevojaka. Stručnjaci koji se bave problematikom manoreksije smatraju da osim poremećene prehrane dječaci i muškarci koji boluju od manoreksije gotovo uvijek imaju i ozbiljni problem muškog identiteta. Poremećaj rodnog identiteta može biti okidač za anoreksiju i bulimiju i kod žena kao i kod muškaraca, ali je kod muškaraca puno češći. Može se povezati s tim da su osobe s poremećajem rodnog identiteta okupirane osobinama suprotnog spola i žele ih primijeniti na sebi. Bave se aktivnostima stereotipno rezerviranim za suprotni spol, ugodnije se osjećaju u odjeći suprotnog spola i zaineresiraniji su za bliska prijateljstva sa suprotnim spolom. Takvi su poremećaji rijetki, a značajke su puno izraženije kod dječaka nego kod djevojčica. Etiologija ovog fenomena nije sasvim istražena, pa se traže poveznice između genetskog nasljeđa, socijalnih iskustava, obiteljskih odnosa i psihičkih čimbenika. Uočena je poveznica između odsustva oca pri odgoju djeteta i majčinskog svjesnog ili nesvjesnog inzistiranja na ponašanjima tipičnim za djevojčice. U odrasloj dobi dio takvih dječaka ima znatno veću predispoziciju za homoseksualnost ili čak transeksualnost. Kao i kod žena i ovdje se radi o jako niskoj tjelesnoj težini, nedostatku energije, opadanju kose, ali i smanjenoj razini testosterona. [23]

12. Zaključak

Poremećaje hranjenja možemo svrstati u tri skupine: anoreksija, bulimija i neodređen poremećaj hranjenja. Svaki od tih poremećaja zasniva se na vlastitoj kliničkoj slici, dok su uzroci relativno isti. Zavisi naravno od bioloških, socijalnih pa psiholoških uvjeta. Liječenje je veoma kompleksno i zahtijeva potporu najviše od bliže okoline osobe (obitelji i prijatelja) i od cijelog zdravstvenog tima.

To su poremećaji koji su u stalnom porastu, po mojem mišljenju zbog utjecaja medija i uzimanjem idola kod mladih. Oni kopiraju navike življenja svojih idola koji također u većini slučajeva boluju od jednog od tih poremećaja. Nažalost, kada se primijeti da osoba iz bliže okoline boluje od tog poremećaja, već je poremećaj uznapredovao. Medicinska sestra u time zbrinjavanja osoba koje boluju od poremećaja hranjenja ima bitnu ulogu, pomoći oboljeloj osobi i njezinoj obitelji da prihvate bolest, suoče se s njom i motivirati ih na rad i oporavak. Ono što se često događa je povratak simptoma bolesti više puta te zapravo je liječenje dugotrajan proces.

Poremećaj hranjenja u adolescenciji potrebno je prevenirati već u obiteljskoj medicini. Potrebno ga je prepoznati i znati reagirati jer zapravo se u tom periodu može najviše pomoći oboljeloj osobi.

U Hrvatskoj organizirane su udruge koje pružaju pomoć mladima koji boluju od poremećaja hranjenja, ali vrše i prevenciju samih poremećaja, kao što su Udruga Nada, Tesa, Petplus koje su stacionirane u Zagrebu.

13. Literatura

1. Lj. Moro, T. Frančišković i sur. Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
2. <http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf>
(26.8.2018.)
3. D. Marčinko i suradnici: Poremećaji hranjenja- Od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013
4. V. Vidović: Anoreksija i bulimija- Psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica, Biblioteka časopisa Psiha, Zagreb, 1998
5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija. Zagreb, Medicinska naklada 1994
6. <http://www.tesa.hr/clanciza-mlade/poremecaji-hranjenja-poremecaji-hranjenja-sto-su-tko-su-najcesce-obiljeli-kako-se-lijece> (26.08.2018.)
7. O. Podnar, S. Mijatović: Doktor u kući: Opsjednuti vanjštinom, br. 144, siječanj 2010, str. 48- 49.
8. https://www.researchgate.net/profile/Rajna_Knez/publication/258440277_Need_for_establishment_of_specialized_center_for_eating_disorders/links/00b495284b7e361287000000/Need-for-establishment-of-specialized-center-for-eating-disorders.pdf (5.8.2018.)
9. K. M. Fortinash, P. A. HolodayWorret: Psychiatricnursing care plans - Fourthedition, Mosbyanaffiliateof Elsevier, St. Louis, 2003.
10. Američka Psihijatrijska Udruga. DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Zagreb: Naklada Slap; 2014
11. Collier J, Longmore M, Turmezei T, Mafi AR. Oxford handbook of clinical specialties. 8. izd. Oxford university press, 2010
12. Vidović V. Psihoterapija poremećaja jedenja. Medix, 2004.
13. National collaborating centre for mental health (UK). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Dostupno na: www.nice.org.uk. (5.08.2018.)

14. Kalm LM, Semba RD. They starved so that others be better fed: remembering Ancel Keys and the Minnesota Experiment. J Nutr 2005
15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16134107> (6.08.2018.)
16. Udruga Nada. Bulimija. Dostupno na:
http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=3
(6.08.2018.)
17. Vidović V. Bulimija nervoza. 2010. Dostupno na:
<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/4209/Bulimija-nervoza.html> (6.08.2018.)
18. Korndorfer SR, Lucas AR, Suman VJ, Crowson CS, Krahn LE, Melton LJ. Long-term survival of patients with anorexia nervosa: A population- based study in Rochester, Minn. Mayo Clin Proc 2003. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12630579> (7.9.2018.)
19. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate Daga D. Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. Eat Weight Disord 2004. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184501/> (7.9.2018.)
20. [https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(02\)00064-6/fulltext](https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(02)00064-6/fulltext) (7.8.2018.)
21. N. Ambrosi- Randić: Razvoj poremećaja hranjenja, Naklada Slap, Zagreb, 2004
22. https://www.researchgate.net/profile/Victor_Strasburger/publication/24025314_Body_image_eating_disorders_and_the_media/links/00b495278f7bd590ab000000/Body-image-eating-disorders-and-the-media.pdf (12.9.2018.)
23. Odošašić M. Anoreksija i bulimija- grešni zahtjev suvremene modne scene. Postdiplomatski specijalistički, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Đakovo, 2017.
24. V. Vesna. Sadašnje stanje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. Stručni rad, Medix, 2004. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20253> (12.8.2018.)
25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5148831/> (12.8.2018.)
26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205564/> (26.8.2018.)
27. Hsu LKG. Eating Disorders. New York- London: The Guilford Press, 1990
28. <http://maudsleyparents.org/uofchicagoadvice.html> (26.8.2018.)
29. N. Horvat. Zdravstvena njega oboljelih od bulimije. Završni rad, 2016.

30. <http://hums.hr/word/wp-content/uploads/SG-No1-2017-za-web.pdf> (26.08.2018.)
31. Pehar I. V., Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentskoj dobi, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2015.
32. Mirta Mahnik-Miloš, Bolničko liječenje anoreksije i bulimije, Dostupno na: http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=5 (28.8.2018.)
33. https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf (29.8.2018.)
34. <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A976/datastream/PDF/view> (3.9.2018.)

Sveučilište
Sjever

ILIJAN
AARHUSKING



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. Suklađno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANTONIJA POZAIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DRAVSTVENA NEGA OSOBA OBYELIH OD RAZNEČAJA HRANJENJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Pozaić Antonija
(vlastoručni potpis)

Suklađno 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, ANTONIJA POZAIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DRAVSTVENA NEGA OSOBA OBYELIH OD RAZNEČAJA HRANJENJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Pozaić Antonija
(vlastoručni potpis)