

Anoreksija nervosa - borba za život

Leščanec Viktorovski, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:632483>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1155/SS/2019

Anoreksija nervosa – borba za život

Kristina Leščanec Viktorovski, 1919/336



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1155/SS/2019

Anoreksija nervosa – borba za život

Student

Kristina Leščanec Viktorovski,
1919/336

Mentor

Doc. Dr.sc. Natalija Uršulin Trstenjak, prof.v.š.

Varaždin, rujan 2019. godine

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Kristina Leščanec Viktorovski	MATIČNI BROJ	1919/336
DATUM	17.9.2019.	KOLEGIJ	Dijetetika
NASLOV RADA	Anoreksija nervosa - borba za život		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Anorexia nervosa - struggle for life		
MENTOR	Doc. dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak	ZVANJE	Docent
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc. dr.sc. Špiro Janović, predsjednik		
	2. doc. dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, mentor		
	3. Melita Sajko, mag.soc.geront., član		
	4. Ivana Herak, mag.med.techn., zamjenski član		
	5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	1155/SS/2019
OPIS	

Anoreksija nervoza je psihički poremećaj u kojem je osoba uvjeren da je predebela te se stoga podvrgava strogom režimu dijete. Srž samoga poremećaja čine iskrivljena slika doživljaja vlastitoga tijela, uvjerenje o neadekvatnoj tjelesnoj težini te ekstremna preokupacija mislima o hrani i uzimanju hrane. Obično se javlja u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi s prosječnom dobi javljanja oko 20 godine. Postoje dva tipa anoreksije nervoze, purgativni i restriktivni tip. Glavne manifestacije poremećaja su izrazita mršavost, strah od debljanja, promijenjen doživljaj vlastitog tijela, te hormonski poremećaji. Ukoliko se ne liječi, dovodi do smrti oboljelog. Liječenje je kompleksno i dugotrajno, a najčešće traje i cijeli život. Provodi se bolničko liječenje, medikamentozno liječenje te psihoterapija u kombinaciji s obiteljskom terapijom. U ovom radu je potrebno:

- objasniti poremećaje prehrane, anoreksiju nervozu
- prikazati uzroke anoreksije nervoze i simptome i kliničku sliku anoreksije nervoze
- prikazati načine liječenja anoreksije nervoze i moguće komplikacije
- objasniti ulogu medicinske sestre u liječenju anoreksije nervoze te moguće sestrinske dijagnoze
- prikazati slučaj izlječenja od anoreksije nervoze
- iznijeti zaključak na odabranu temu

ZADATAK URUČEN
18.09.2019



Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici doc. dr.sc. Nataliji Uršulin Trstenjak, prof.v.š. na ukazanom povjerenju i stručnom vođenju prilikom izrade diplomskog rada.

Veliko hvala kolegicama i kolegama koji su uvijek imali razumijevanja za moje obaveze te nesebično pomagali uvijek kada je bilo potrebno.

Najveća hvala mojoj obitelji bez koje ovo ne bi mogla ostvariti.

U Varaždinu, 2019. godine

Sažetak

Poremećaji hranjenja ozbiljni su i sve češći poremećaji kojima je dugo bilo posvećeno premalo pažnje. Ne tako davno, dobili su pažnju javnosti, čime su prestali biti „ženske tajne“. Glavni poremećaji prehrane su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Neka su im obilježja slična te pacijenti vrlo često prelaze iz jednoga poremećaja u drugi. Kod nekih se osoba nalaze karakteristike obaju poremećaja. Tada koristimo termin poremećaj hranjenja – neodređeni.

Činjenica je da je svim pacijentima oboljelim od anoreksije zajedničko da neprestano misle o hrani, ona je njihova patnja. Anoreksija nervoza je psihički poremećaj u kojem je osoba uvjeren da je predebela te se stoga podvrgava strogom režimu dijete. Procjenjuje se kako je na području naše države oko 90 000 oboljelih. Prema dosadašnjim istraživanjima pokazalo se kako je prosječna dob javljanja 14 godina, s većom učestalošću kod djevojčica, posebno u dobi od 12 do 23 godina.

Anoreksija ostavlja brojne posljedice, a najizraženije su mršavost, amenoreja, promjene na svim organskim sustavima, bolove u abdomenu, opstipaciju, nemogućnost reguliranja tjelesne temperature. Stoga ne čudi činjenica kako je to bolest od koje umire najviši broj ljudi sa nekim psihičkim poremećajem.

Pacijentu sa anoreksijom pristupa multidisciplinarni tim u kojem educirana medicinska sestra ima važnu ulogu. Ona je ta koja je cijelo vrijeme uz pacijenta, uočava komplikacije i bilježi napredak. Za pacijenta je važan holistički pristup, empatija, stjecanje povjerenja, jer to čini veliki korak ka izlječenju.

U radu sam imala potrebu prikazati slučaj mlade Marie Vrnoga de Gregorio, koja je anoreksiju uspjela pobijediti uz pomoć liječnika, obitelji, ali najvažnije snagom uma i volje zbog kojih danas može nesebično pomagati onima koji imaju poremećaj u prehrani.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, anoreksija, bulimija, intervencije, empatija, medicinska sestra/ tehničar

Summary

Eating disorders are a serious and more common disorder that has received little attention for a long time. Not too long ago, they received public attention, thus ceasing to be "women's secrets". The main eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Some characteristics are similar and patients often switch from one disorder to another. Some people have characteristics of both disorders. Then we use the term eating disorder - indefinite.

The fact is that all patients with anorexia nervosa have in common that they are constantly thinking about food, it is their suffering. Anorexia nervosa is a psychiatric disorder in which a person is convinced that he or she is overweight and therefore undergoes a strict diet regimen. It is estimated that there are about 90,000 patients in our country. Research to date has shown that the average age of onset is 14 years, with a higher prevalence in girls, especially between the ages of 12 and 23.

Anorexia has many consequences, the most pronounced being thinness, amenorrhea, changes in all organ systems, abdominal pain, constipation, inability to regulate body temperature. It is therefore no surprise that this is the disease that most people with a psychiatric disorder die from.

Anorexia patient is approached by a multidisciplinary team in which an educated nurse plays an important role. She is the one who is always with the patient, noticing complications and recording progress. For the patient, a holistic approach, empathy, and confidence building are important, as this is a major step towards healing.

In my work, I needed to present the case of a young Marie Vrnoga de Gregorio, who managed to overcome anorexia with the help of a doctor, family, but most importantly with the strength of mind and will that can help those who have an eating disorder today unselfishly.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, interventions, empathy, nurse / technician

Popis korištenih kratica

AN	Anoreksija nervosa
BN	Bulimija nervosa
BED	Binge eating disorder Poremećaj nekontrolirana hranjenja
DSM – IV	Dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja
MKB-10	10. Revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema
TT	Tjelesna težina
ITM	Indeks tjelesne mase
LH	Luteinski hormon
FSH	Folikulostimulirajući hormon
LH-RH	Hormon otpuštanja luteinskog hormona
EKG	Elektrokardiogram

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Poremećaji hranjenja.....	3
2.1.	Bulimija nervoza	4
2.2.	Poremećaj hranjenja – neodređen	5
3.	Anoreksija nervoza – klasifikacija poremećaja	7
3.1.	Povijest poremećaja prehrane.....	8
4.	Etiologija anoreksije nervoze.....	9
4.1.	Biološki čimbenici.....	9
4.1.1.	<i>Spol</i>	10
4.1.2.	<i>Dob</i>	10
4.1.3.	<i>Tjelesna težina</i>	11
4.2.	Psihološki čimbenici	12
4.3.	Socijalni čimbenici	12
4.4.	Pretilost.....	13
5.	Klinička slika	14
6.	Liječenje anoreksije nervoze.....	16
6.1.	Ambulantno liječenje	16
6.2.	Medikamentozna terapija	17
6.3.	Bolničko liječenje.....	17
6.3.1.	<i>Priroda bolničkog liječenja</i>	18
6.3.2.	<i>Realimentacijski (refeeding) sindrom</i>	19
7.	Uloga medicinske sestre/tehničara kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze	20
7.1.	Sestrinske dijagnoze i intervencije kod anoreksije nervoze.....	20
7.1.1.	<i>Po hranjenost u/s osnovnom bolešću</i>	20
7.1.2.	<i>Poremećaj tjelesnog izgleda</i>	21
7.1.3.	<i>Visok rizik za dehidraciju</i>	21
8.	Prikaz slučaja	22
8.1.	Sažetak slučaja	22
8.2.	Uvod u slučaj.....	22
8.3.	Kako je sve počelo	23
8.4.	Faza anoreksije	25
8.5.	Borba za život.....	28
8.6.	Oporavak	29
8.7.	Novi život.....	30
9.	Zaključak.....	33
10.	Literatura.....	34
11.	Popis slika	36
12.	Prilozi	38

1. Uvod

Poremećaji u uzimanju hrane teški su poremećaji koji su rezultat međusobnoga djelovanja mnoštva faktora, a mogu uključivati razne emocionalne poremećaje, poremećaje ličnosti, pritisak u obitelji, zatim mogu imati genetsku ili biološku podlogu te u današnje vrijeme sve više i kulturološki utjecaj. Međutim, smatra se da oni velikim dijelom odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične zadatke adolescencije. Socijalni faktori su pak izravno u vezi sa obilježjima kulture. Danas sve više bivamo „bombardirani“ fotografijama kako bi žensko tijelo trebalo izgledati, zdravlje se reklamira uz prizore mršavoga, odnosno „fit“ tijela. Stoga, nije iznenađujuće da mnogi i postanu osjetljivi na vlastiti izgled i na ono što jedu. U želji da reguliramo tjelesnu težinu i poboljšamo izgled, često počnemo pratiti i brojati ono što jedemo. Za većinu je ipak samo riječ o nezadovoljstvu trenutnim izgledom tijela koje ne utječe na svakodnevno funkcioniranje osobe. Dakle, netko tko se po izgledu u potpunosti ne uklapa u savršenstvo ne mora nužno i razviti poremećaj hranjenja niti mora biti opterećen svojim izgledom koje izlazi iz okvira idealnoga, ako svoje zadovoljstvo hrani nečim drugim, okružen je ljubavlju i pažnjom. Za osobe koje imaju poremećaj prehrane, cijeli se život vrti oko hrane – planiraju što jesti, kako jesti ili pak izbjeći hranu, odnosno riješiti se onoga što su pojeli.

Poremećaji hranjenja spadaju u najčešće psihičke poremećaje a u vezi su sa mnogobrojnim tjelesnim komplikacijama koje ovisno o težini kliničke slike, nose i visok rizik smrti. Hranjenje je svojevrsni ritual koji povezuje višestruke doživljaje, kako vanjskog tako i unutarnjeg svijeta, a neophodan je u razvoju osjeta još od najranije dobi [1]. Najčešći poremećaji su anoreksija nervosa i bulimija nervoza.

Za bulimiju nervozu karakterističan je patološki strah od debljanja te izrazita depresija i krivnja nakon uzimanja velikih količina hrane. Bolesnici brzo gutaju hranu, bez mnogo žvakanja i to u vrlo kratkom roku. Vrlo su tajnoviti i vješto prikrivaju povraćanje, pa najčešće ni bližnji nisu svjesni bolesti. Obično se pojavljuje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, s prosječnom dobi pojavljivanja oko 20. godine života. Procjenjuje se kako je učestalost ovog poremećaja od 3 do 10% [1].

Anorexia nervoza je potpuno pomanjkanje teka, što je točan prijevod s grčkog („an“ bez, „orexis“ želja) [2]. Za razvoj anoreksije nervoze ključnim se smatraju biološki, psihološki te socijalni faktori. Osobe oboljele od anoreksije smatraju sebe predebelima, iako su pothranjeni. Neki će vježbati pretjerano, namjerno povraćati ili pak koristiti laksative. Obično dolaze iz obitelji koje imaju visoke zahtjeve glede njihovih dostignuća, traže savršenstvo. Poricanje je uvijek prisutno, vrlo rijetko će oboljeli priznati da imaju problem i da im je potrebno liječenje. Najčešće

zahvaća adolescente iako se može javiti i u odrasloj dobi. Često su prisutni simptomi kao što su depresivnost, manjak samopouzdanja i samopoštovanja, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije, perfekcionizam, poremećaj ličnosti te anksioznost. Polovica svih smrtnih slučajeva kod anoreksije nervoze je zbog samoubojstva. Osobe sa anoreksijom imaju razvijenu osteoporozu, oštećeno srce i mozak, hormoni im se smanjeno luče, tijelo je u fazi mirovanja, ne razvija se kako bi trebalo. Srce počinje izrazito sporo raditi kako bi štedilo energiju i postoji opasnost da prestane raditi. Poremete se elektroliti i plinovi u krvi, jetra je oštećena, kao i probavni sustav i usporava se rad crijeva.

Treći poremećaj je neodređeni poremećaj hranjenja koji obuhvaća sve one slučajeve kod kojih pacijent ima neka obilježja poremećaja hranjenja, ali ne zadovoljava kriterije niti za anoreksiju niti bulimiju.

U nastavku ovog završnog rada detaljnije ćemo se upoznati s najčešćim poremećajem prehrane, anoreksijom nervozom, njezinom etiologijom, povijesnim pregledom, simptomima i kliničkom slikom, načinima liječenja i prognozom. Također ću prikazati slučaj mlade djevojke koja je u svojoj dvanaestoj godini oboljela od anoreksije nervoze i čija je borba trajala dugi niz godina. Uspjela se izliječiti svojom upornošću, snagom volje i uma, a danas slobodno govori o svojoj bolesti pomažući drugima i promičući zdravi način prehrane i života.

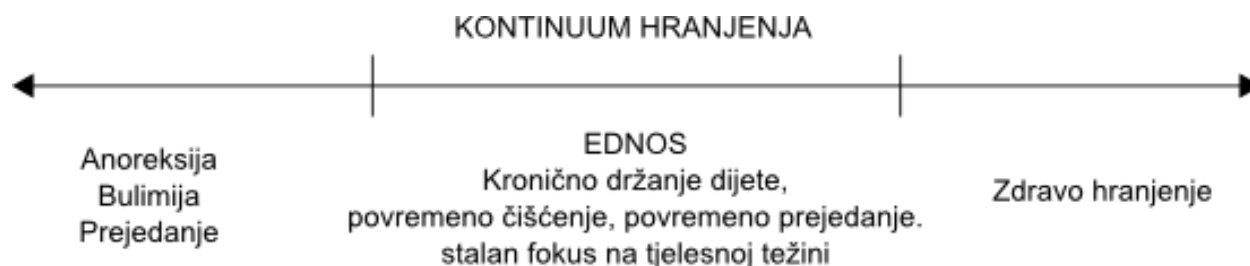
2. Poremećaji hranjenja

Postoje razne definicije poremećaja prehrane (neki ih nazivaju i poremećajima hranjenja) sa različitih aspekata, bilo medicinskog, sociološkog ili pak psihološkog. Dr. Sambol definira poremećaj prehrane kao trajan poremećaj odnosa prema jelu te slici o izgledu tijela koji ima kao posljedicu poremećaj unosa hrane te zbog svega navedenoga i znatno oštećenje fizičkog zdravlja i psihosocijalnoga funkcioniranja [3]. U drugim literaturama, spominju se kao psihološki poremećaji kojima je zajedničko veliko odstupanje u navikama hranjenja, koje uključuju stroga izgladnjivanja, rigorozne dijete, prejedanje ili pak samoizazvano povraćanje. Problem je što glavni motiv pri tome postaje ljepota, a ne zdravlje. Glavna je karakteristika poremećaja hranjenja ta što sekundarne smetnje nastaju prvobitno zbog promjena u hranjenju, a ne zbog neke bolesti, bilo fizičke ili psihičke. Osobe koje od njih pate također pate i od manjka samopouzdanja, depresije, anksioznosti ili drugih psihičkih oboljenja [2].

Razlikujemo sljedeće poremećaja prehrane: anorexia nervosa (AN) i bulimia nervosa (BN), prejedanje te atipični odnosno neodređeni poremećaj prehrane [1].

Neka su obilježja AN i BN ponekad slična te pacijenti vrlo često prelaze iz jednoga poremećaja u drugi. Kod nekih se osoba nalaze karakteristike obaju poremećaja. Tada koristimo termin poremećaj hranjenja – neodređeni.

Prejedanje predstavlja jedan od glavnih poremećaja u prehrani u današnjem svijetu među djecom i adolescentima, baš kao i anoreksija i bulimija; dvije oprečne kliničke slike koje su breme razvoja civilizacije. Prejedanje je poremećaj hranjenja prilikom kojeg osoba konzumira ogromne količine hrane, ali bez popratnog čišćenja, vježbanja i posta te je to ujedno i osnova razlikovanja od bulimije nervoze [1].



Slika 2.1. Kontinuum hranjenja, „The Eating Continuum“

Izvor: <http://www.anoreksija-bulimija.info>

2.1. Bulimija nervoza

Slikovito opisana kao „bikova ili volovska“ glad, premda odavno poznata, tek u posljednjem desetljeću pobuđuje veći interes [2]. U medicinskoj literaturi prvi je puta opisana 1979. godine kao varijanta anoreksije. Radi se o nekontroliranom uzimanju ogromnih količina hrane, samoizazivanju povraćanja te korištenju laksativa [2]. Neki od pacijenata već su razvili sposobnost povraćanja prema „vlastitoj želji“. Ono što je karakteristično za ovaj poremećaj je patološki strah od debljanja te izrazita depresija i krivnja nakon uzimanja velikih količina hrane. Bolesnici brzo gutaju hranu, bez mnogo žvakanja i to u vrlo kratkom roku. Tipična je tajnovitost u slijedu jedenje – povraćanje, pa najčešće ni bližnji nisu svjesni bolesti. Obično se pojavljuje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, s prosječnom dobi pojavljivanja oko 20. godine života. Procjenjuje se kako je učestalost ovog poremećaja od 3 do 10% [1].

Bulimija ima karakteristične simptome, posljedice učestalog povraćanja kao što su puknuće krvnih žila u očima, oticanje žlijezda slinovnica (sijaloadenitis), karijesa zbog prekomjerne sline te erozija cakline, bolesti zubnoga mesa, a na koži se mogu pojaviti prištići i osip. Karakteristične su ogrebotine na koži ruku, zatim žuljevi na vrhovima zglobova prstiju. Kliničkom slikom dominiraju poremećaji elektrolita, acido- bazne ravnoteže te aritmije. Korištenje laksativa može dovesti do oštećenja bubrega, pseudo- Barettova sindroma, te hipotenzije i hipovolemije. Vrlo su česte i opstipacije zbog prekomjerne upotrebe laksativa.

Postoje dva tipa bulimije:

1. Purgativni tip: nakon epizode prejedanja osoba se „prazni“ samoizazvanim povraćanjem ili laksativima i diureticima;
2. Nepurgativni tip: nakon epizode prejedanja osoba pribjegava neprikladnim ponašanjima, poput posta ili pak pretjeranoj tjelesnoj aktivnosti, ali ne koristi povraćanje, laksative ili diuretike [1].

Bulimiju možemo definirati prema sljedećim kriterijima DSM-IV klasifikacije:

- Ponavljane epizode prejedanja
- Ponavljano samoizazvano povraćanje, korištenje laksativa i diuretika
- Ponavljanje epizoda takvoga ponašanja najmanje dvaput tijekom tri mjeseca
- Samoprocjena ovisi o obliku i težini tijela
- Poremećaj se ne pojavljuje isključivo tijekom epizoda anoreksije [1].

Oboljeli od bulimije uglavnom nisu izrazito mršavi, oni mogu biti prosječne ili čak i iznadprosječne tjelesne težine, a to vrlo često i otežava samo dijagnosticiranje. BN i AN dijeli nekoliko obilježja. Kao prvi bi izdvojila vrijeme javljanja, jer prema mnogim istraživanjima,

BN se u pravilu javlja nešto kasnije. Istraživanje Istraživanja provedena u Švedskoj pokazuju kako su djevojke ispod dvadeset i pete godine najrizičnija populacija za BN. Ovaj poremećaj pogađa najčešće žensku populaciju, postotak muške populacije čini između 10 do 15% [4].

Kada promotrimo BN u cijelosti možemo zaključiti kako je najveća tajna bulimije u njezinoj teškoj prepoznatljivosti. Zbog toga bi bilo mudro globalno promicati i ukazivati na poremećaj i olakšati „otkrivanje tajne“.

2.2. Poremećaj hranjenja – neodređen

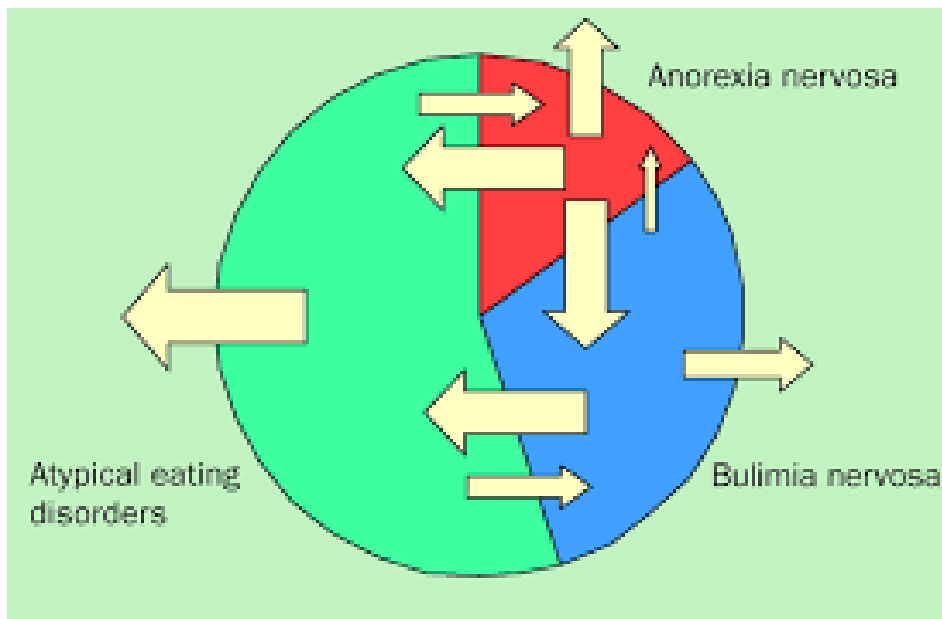
Pod ovim poremećajem podrazumijevamo sve one slučajeve u kojima osoba ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu jednog od glavnih poremećaja hranjenja, anoreksiju ili bulimiju, međutim nedvojbeno pokazuje neka ponašanja koja ukazuju na poremećaj hranjenja. Upravo iz tog razloga, ova se dijagnoza postavlja dosta često. Neodređeni poremećaj, prema nekim autorima, uključuje i poremećaj nekontrolirana hranjenja ili tzv. *binge eating disorder*(BED), koji se u novijoj literaturi pojavljuje sve više kao zasebni entitet [5].

Neodređeni poremećaji hranjenja uključuju pretjerano uzimanje hrane bez izbacivanja hrane, rijetke epizode pretjeranoga uzimanja i izbacivanja hrane(manje od dvaput tjedno ili takvo ponašanje koje traje manje od tri mjeseca), zatim ponovljeno žvakanje i pljuvanje bez gutanja većih količina hrane, ili pak normalnu težinu u ljudi sa anoreksičnim ponašanjem.

Prema MKB-10, atipični poremećaji hranjenja podijeljeni su na:

1. Poremećaje slične anoreksiji nervozi, ali koji nemaju sve kriterije
2. Poremećaje hranjenja s kvalitativno različitim kliničkim slikama [1].

Karakteristično je kako osobe oboljele od poremećaja hranjenja u nekom periodu bolesti često mijenjaju svoja ponašanja, tako da ovisno o fazi bolesti mogu imati i različita vodeća obilježja. U skladu s time, možemo reći da pacijenti fluktuiraju između poremećaja kako je to i slikovito prokazano na slici.



Slika 2.2.1. Shema povezanosti podtipova poremećaja hranjenja

Izvor: D. Marčinko i sur., Poremećaji hranjenja od razumijevanja do liječenja

Slika slikovito dočarava vjerojatnost prelaska iz jednog poremećaja u drugi, što nam pokazuje veličina i debljina strelice koja je proporcionalna vjerojatnosti promjene. Isto tako možemo vidjeti i vjerojatnost izlječenja; strelice koje izlaze iz kruga, predstavljaju oporavak od bolesti.

3. Anoreksija nervoza – klasifikacija poremećaja

Anorexia nervoza je potpuno pomanjkanje teka, što je točan prijevod s grčkog („an“ bez, „orexis“ želja) [2]. To je zapravo krivi naziv, jer je gubitak teka rijedak sve do kasnijih faza poremećaja. Činjenica je da je svim pacijentima oboljelim od anoreksije zajedničko da neprestano misle o hrani, ona je njihova patnja. AN je psihički poremećaj u kojem je osoba uvjerenjena da je predebela te se stoga podvrgava strogom režimu dijeta [1]. Srž samoga poremećaja čine iskrivljena slika doživljaja vlastitoga tijela, uvjerenje o neadekvatnoj težini te ekstremna preokupacija mislima o hrani i uzimanju hrane.

Prema DSM-IV klasifikaciji, AN karakterizira :

- Odbijanje da se održi težina na ili iznad granica normale (gubitak na težini doveo je do održavanja TT na razini manjoj od 85% od očekivane
- Izuzetan strah od dobivanja na težini
- Promijenjen način doživljavanja izgleda vlastitoga tijela, ili odbijanje prihvatanja ozbiljnosti niske tjelesne težine
- U žena u generativnoj dobi postoji amenoreja [1].

Postoje dva tipa anoreksije:

1. Restriktivni tip: kod kojega je osoba na dijeti, a izgladnjivanje je često praćeno pretjeranom fizičkom aktivnošću
2. Purgativni tip: osoba je na dijeti uz povremeno prejedanje, te izbacivanje hrane povraćanjem ili pomoću laksativa ili diuretika [1].

Kriteriji prema MKB-10 su:

- Gubitak na težini
- Namjerno izbjegavanje hrane, posebice one „koja deblja“
- Izraziti strah od debljanja
- Endokrini poremećaji - amenoreja
- Izostanak nagona za prejedanjem [1].

Iako je najčešća među adolescentima, važno je istaknuti kako se AN može javiti i u ranome djetinjstvu, odnosno u dobi od šest mjeseci do treće godine života kao infantilna anoreksija, čije su značajke odbijanje hrane i posljedično nenapredovanje. Kod ovog oblika specifično je da se više pojavljuje u dječaka, za razliku od adolescenata gdje je češća u djevojaka [6].

Posebni oblik bolesti predstavlja tzv. staračka anoreksija, koja je rezultat smanjenja apetita, promjene osjeta okusa i mirisa, promjena u probavnom sustavu, a to sve rezultira gubitkom tjelesne mase [1].

3.1. Povijest poremećaja prehrane

Poremećaji prehrane nisu bolesti novoga doba, modernizacije i razvoja civilizacije, no činjenica je kako su svakim danom sve više zastupljeni i ozbiljna su prijetnja mladoj populaciji.

Poznato je kako su se Grci prejedali i nakon toga čistili, zatim bogate rimske gozbe, za vrijeme vladavine Cezara (700.g.pr.Kr.), koje su znane po tzv. vomitorijima, kako bi se mogli prejedati, povraćati te nakon toga nastaviti sa uživanjem u gozbi. U drevnom se pak Egiptu, namjerno povraćanje smatralo kao dio zdrave vježbe.

Anoreksija, prema nekim spoznajama, korijene vuče iz 13. stoljeća kada su žene koje su namjerno postile bile kanonizirane. Naime, smatralo se kako se na taj način postiže više stanje duhovnosti, te da su tjelesne potrebe dio sebičnih potreba, pa zapostavljanjem brige o tjelesnom zdravlju pridonosimo duhovnom i mentalnom. Tada se izgladnjivanje nije smatralo bolešću.

Smatra se da je prvi, ili među prvima, sročio prvi službeni opis anoreksije engleski liječnik Richard Morton 1689. godine. Kod pacijentice je opisao pretjeranu fizičku aktivnost, gubitak menstruacije te gubitak na težini. U kasnijem stadiju javlja se potpuna iscrpljenost i nesvjestice. Slikoviti opis kostura prekrivenog samo kožom, ukazuje na uznapredovali slučaj koji je završio fatalno. Svoja zapažanja bolesti te pokušaj liječenja opisao je u knjizi pod naslovom „Physiologia seu Exercitationes de Phthisis“. Tu navodi kako radikalno mršavljenje i gubitak apetita nisu uzrokovani medicinskim razlozima nego tugom i tjeskobom.

Francuski liječnik Charles Lasegue 1873. i engleski Sir William Gull 1874. napisali su dva članka o anoreksiji u novijoj literaturi gdje su opisali simptome koji su i danas prepoznatljivi i relevantni za postavljanje dijagnoze anoreksije. Gull je uveo termin anorexia nervosa ako bi istaknuo da je spomenuti poremećaj posljedica morbidnog mentalnog stanja, a ne fiziološke promjene u tijelu [7].

4. Etiologija anoreksije nervoze

U procesu razvoja bolesti važne su tri vrste faktora. To su predisponirajući faktori, precipitirajući (tzv. okidači za razvoj poremećaja) te faktori koji održavaju tijekom poremećaja (održavajući faktori) [8].

Postoji mnogo čimbenika razvoja anoreksije nervoze, no najčešće ih svrstavamo u tri skupine: biološke, psihološke i socijalne [1]. Smatra se da oni zajedno odražavaju neuspjelu prilagodbu organizma u teškom razdoblju adolescencije. Upravo takva različitost čimbenika nastanka i predisponirajućih faktora za ovaj poremećaj govori nam kako se radi o kompleksnom poremećaju te mu kao zdravstveni djelatnici moramo tako i pristupiti, kako u razumijevanju tako i u liječenju ponajprije, jer dobra edukacija i svijest svakog ponaosob zasigurno je od velike pomoći pacijentu i kolegama.

4.1. Biološki čimbenici

Iako etiologija poremećaja nije u potpunosti jasna, smatra se da u podlozi poremećaja sudjeluju isti geni. Tako se kod AN povećani rizik javlja kod bliskih srodnika te kod monozigotnih blizanaca. Istraživanja su pokazala kako je učestalost anoreksije među sestrama šest puta veća u usporedbi sa pojavom u općoj populaciji. Najveći broj provedenih istraživanja govori o poremećajima funkcija neurotransmitora serotonina, dopamina i noradrenalina te neuroendokrinih sustava. Serotonin i dopamin su umiješani u kontrolu percepcije vlastitog tijela, agresiju, impulzivnost. Serotonin je povezan sa ponašanjem kao što je izbjegavanje štete, zatim je važan za osjećaj sitosti, prestanak uzimanja hrane, perfekcionizam, opsesije, kompulzivnost, te razlike izazvane spolom, dobi i razvojem. Noradrenalin je isto uključen u etiologiju AN. Kod bolesnika koji su se oporavili od AN, pronađena je snižena koncentracija noradrenalina prema kontrolnoj skupini. Za leptin se smatra kako igra važnu ulogu, budući da regulira energetska ravnotežu. Kod pacijenata sa AN pronađena je snižena koncentracija leptina, pa se pretpostavlja kako bi to mogao biti ključni biljeg za AN. Uz navedene čimbenike moramo svakako naglasiti kako je važna i interakcija sa okolišnim čimbenicima [1].

Genetska sklonost mršavosti također može doprinijeti anoreksiji, kao i nasljedna sklonost pretilosti [7].

4.1.1. Spol

Spol je jedan vrlo važan biološki čimbenik razvoja AN. Veća je učestalost kod ženskoga spola, sa omjerom 10-15:1, u korist ženskoga spola [9]. Opće je poznato kako je ženama svojstveno paziti na izgled, te su stoga puno više opterećene tjelesnom težinom. Muškarci koriste češće kompenzatorne oblike ponašanja kao što su prejedanje, opsesivno vježbanje, tj. oni češće žele biti teži, te više vježbaju kako bi bili mišićaviji. Naravno, uvijek postoje iznimke. Nasuprot tome, djevojke žele biti mršavije, odnosno velika većina ih smatra da je njihova idealna težina daleko ispod stvarne težine.

4.1.2. Dob

Najčešći poremećaj hranjenja u ranoj adolescentskoj dobi je anoreksija, dok se bulimija javlja kasnije. Iako ne raspolažemo točnim brojem oboljelih, procjenjuje se kako je na području naše države oko 90 000 oboljelih (2016), dok su podaci za SAD još više zastrašujući. U SAD-u 1-2% tinejdžerica boluje od anoreksije nervoze, a 2-4% od bulimije nervoze, što ukupno čini 1-2 milijuna djece sa bulimijom u SAD-u. Čak 20% mladih žena u Velikoj Britaniji u dobi od 16 do 25 godina ima poremećen odnos prema hrani. AN pogađa oko 4% adolescenata, češća je 20 puta kod ženskog spola. Smatra se kako je to treća najčešća bolest u adolescenata [10]. Poremećaji hranjenja javljaju se djetinjstvu ili adolescenciji, tako u Hrvatskoj 50 % djevojaka provodi dijetu, te oko 0,5% djevojaka pati od anoreksije. Zastrašujući je podatak da se dobna granica opterećenja vlastitim izgledom sve više smanjuje. Tako je u hrvatskim osnovnim školama čak 11% djevojčica dobi do 11 godina, bilo „na dijeti“. AN se uglavnom javlja između 10. i 30. godine života. Nakon trinaeste godine frekvencija rapidno raste, a maksimum pojavnosti je između sedamnaeste i osamnaeste godine života. 85% pacijenata starosti je između 13 i 20 godina [11].

Posljednjih godina učestalost anoreksije kod adolescenata je stabilna, no bilježi se trostruki porast u mladih žena. Što je tome razlog? Vjerojatno utjecaj medija, okoline i previsoka vlastita očekivanja. Tko spada u tu skupinu? To su mlade, uspješne žene koje nastoje zadovoljiti sve oko sebe i teže perfekcionizmu. Riziku su posebno izložene i osobe koje se bave umjetničkim zanimanjima, kao npr. balet, klizanje, gimnastika... Uspjeh ovisi o razvoju izdržljiva, mišićava i žilava tijela, pridržavanju strogih pravila, težnja za savršenstvom koja je preduvjet uspjeha. Procjenjuje se da je incidencija poremećaja u toj skupini 15 – 60%, što je itekako zabrinjavajuća vrijednost. Postoji i termin, tzv. „trijas sportašica“, koji govori o poremećajima u menstrualnom ciklusu, uzimanju hrane te osreoporozu.

AN nije bolest isključivo ženskog spola, pa je tako prevalencija u muškoj populaciji od 5 do 10% [12].

4.1.3. Tjelesna težina

Osobe koje boluju od AN, najviše su zaokupljene vlastitom tjelesnom težinom koja je za njih uvijek puno viša od idealne. Postoji vječita borba sa jednim jedinim ciljem, idealnom tjelesnom težinom koju nikada ne postignu jer se nalaze u začaranom krugu. Pogled u ogledalo znači još više razočaranja jer su još uvijek „debeli“. Upravo zbog nerealne slike tijela vrlo teško priznaju problem i ne prihvaćaju liječenje sve dok nisu vitalno ugroženi.

Jedan od dijagnostičkih kriterija za AN je i izrazita mršavost. To znači da osoba teži manje od 86% normalne težine za svoju dob i spol. Tjelesna težina uz ostale podatke i obrasce ponašanja pacijenta olakšava samo dijagnosticiranje poremećaja. Debljina kao i mršavost, posljedica su kombinacije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora [10].

Pomoću odnosa tjelesne težine i visine određuje se Indeks tjelesne mase (ITM), tj. Quetletov indeks, koji je najznačajniji indikator tjelesne težine. ITM se izračunava tako da se tjelesna težina u kilogramima podijeli, podijeli kvadratom tjelesne visine izražene u metrima.

Vrijednosti	Opis rezultata
< 18.5	Pothranjenost
18.5-24.9	Normalna težina
25.0-29.9	Prekomjerna tjelesna težina
30.0-34.9	Pretilost tip I
35.0-39.9	Pretilost tip II
> 40.0	Pretilost tip III

Slika 4.1.3.1. Tumačenje indeksa tjelesne mase

Izvor: <https://fitnes-uciliste.hr>

U praksi se smatra ITM 17,5kg/m graničnom vrijednosti koja razdvaja ekstremno mršave od mršavih te služi kao jedan od kriterija dijagnosticiranja AN [13].

4.2. Psihološki čimbenici

Psihološki čimbenici smatraju se vrlo važnim za nastanak poremećaja hranjenja, pa su tako najbolje i istraženi. To su ponajprije depresivnost, manjak samopouzdanja i samopoštovanja, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije, perfekcionizam, poremećaj ličnosti te anksioznost.

Adolescencija je burno razdoblje praćeno promjenama na tijelu, koje ne možemo kontrolirati, burom emocija, pritiscima roditelja, vršnjaka, medija... Vrlo često to bude okidač za razvoj poremećaja prehrane kod osoba koje nisu dovoljno jake da se same nose sa izazovima odrastanja. Istraživanja su pokazala kako postoji povezanost između samopoštovanja i zadovoljstva vlastitim tijelom. Osobe koje se boje odrastanja ili im nedostaje adekvatna potpora, te ako su uz to emocionalno krhkiji imaju lošiji ishod liječenja. U svemu tome, važan je odnos majke sa kćeri, povezanost, sigurnost i povjerenje. Problem se veže uz anksioznost majke i sklonost da djetetove potrebe procjenjuje kao vlastite. Bliskost sa anksioznom majkom kod djeteta razvija nesigurnost, nesamostalnost, nedovoljno samopouzdanje. Karakteristične su obitelji pacijenata sa AN; majka koja je perfekcionista, puno traži od djeteta, koje nikada nije dovoljno dobro, otac koji puno radi i nije prisutan u kući... Oboljeli su uglavnom strašljivi, pesimistični, povučeni, emocionalno udaljeni [14].

Poznati je komorbiditet AN sa drugim psihijatrijskim poremećajima. Najčešće su dijagnosticirani poremećaji ličnosti, psihoza te opsesivno kompulzivni poremećaj [2].

4.3. Socijalni čimbenici

Društvo je danas autoritet u postavljanju normi i ideala te daje povratne informacije pojedincu koliko se uklapa. Isto tako, jasno daje do znanja da nisi idealan. Postoje socijalni faktori koji znatno utječu na pojavu poremećaja hranjenja, a to su socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žene, glorifikacija poremećaja prehrane, predrasude prema gojaznima i tendencija socijalnog uspoređivanja [8].

Oboljeli od AN započinju s rigoroznim dijetama nakon samo jednoga komentara vršnjaka o njihovom izgledu. Utjecaj vršnjaka je vrlo moćan, upravo zbog uspoređivanja, te može dovesti do nezadovoljstva vlastitim tijelom. Veliku ulogu imaju mediji, televizija i časopisi, čiji utjecaj raste posljednjih dvadesetak godina. Tu se prikazuju modeli koje onda mladi shvaćaju kao realistične verzije stvarnih ljudi, a ne kao umjetno stvorene slike uz pomoć dostupne tehnologije.

4.4. Pretilost

Pretilost se ne ubraja u bolesti hranjenja, već u skupinu psiholoških čimbenika koji djeluju na fizičko stanje. Spominjem ga zato jer i pretilost može biti jedan od faktora koji mogu pogodovati razvoju AN. I pretilost i AN su u stalnom porastu, kao i stalna potraga za uspješnom dijetom.

Etiologija pretilosti nije potpuno jasna, međutim postoji tzv. sklonost pretilosti te teorija o većem broju masnih stanica u pretilih osoba. Pretilost je češća u obiteljima u kojima se majka osjeća usamljeno te se fokusira na hranjenje, kao oblik skrbi za obitelj. Smanjenje težine u tim obiteljima se tumači kao gubitak fizičke snage i dobrobiti.

Pretile osobe jedu uglavnom najviše noću ili rano ujutro, skriveni od okoline. Hranjenjem rješavaju neke probleme u životu ili je to reakcija na stresni događaj. Danas se više nego ikad govori o liječenju pretilosti, počevši od smanjivanja apetita i osjećaja gladi raznim tabletama, pa sve do operativnih zahvata. Bavljenje tjelesnom aktivnosti je također koristan pristup, međutim često se koristi u najmanjoj mjeri. Psihoterapija je uspješna u individualnom i grupnom liječenju, međutim mala je vjerojatnost da će osoba nakon gubitka viška kilograma održati tjelesnu težinu [9].

5. Klinička slika

Kako bi se pravodobno moglo pomoći pacijentima, nužno je na vrijeme uočiti simptome.

Obično počinje izbjegavanjem slatkiša, pa zatim cijelih obroka, na početku smo npr. doručka ili ručka, a kasnije i večere. Osoba izbjegava jesti u javnosti, sa obitelji, a na kraju potpuno prestaje jesti. U početku osoba sporo i malo gubi na težini, pa to njena okolina ne opaža. Uz već prije spomenuta obilježja, strah od debljanja te promjenu doživljava vlastitog tijela, najočitiiji znakovi AN su mršavost te amenoreja [7]. Mršavost često prikrivaju odijevanjem u više slojeva, ali se odjeća i dalje čini nekoliko brojeva prevelika. Osobe sa AN imaju poseban odnos prema hrani te tako hranu mogu imati posvuda po kući [15]. Za vrijeme obroka jedu vrlo sporo, te hranu lome na male komadiće. Prisutno je blijedo lice, upale oči i trbuh, tanke ruke i noge sa vidljivim izbočenim zglobovima. Uz navedeno, javljaju se zabrinutost za vlastito zdravlje, kako tjelesno tako i psihičko, smanjena koncentracija, glavobolje, iritabilnost, opća nemoć i slabost, teškoće u donošenju odluka, hladne ruke i noge, opstipacija, suhoća kože i opadanje kose[7].

Amenoreja je uvijek upozoravajući znak, posebno ako se javi nakon već uspostavljenih menstrualnih ciklusa. Iz nepoznatih razloga, oko 20% pacijentica sa AN razvije amenoreju prije značajnijeg gubitka na težini, 50% tijekom djeteta, a oko 30% tek kod znatnog gubitka težine. Ukoliko se poremećaj razvije prije puberteta, odgađa se za duže vrijeme očekivana pojava menarhe. Isto tako, ponovna uspostava ciklusa, ili pojava menarhe usko je vezana uz odgovarajući tjelesni oporavak. Smatra se da će menarha nastati u djevojčica tek kada dosegnu tjelesnu težinu od 47 kilograma, iako amenoreja može perzistirati i kod potpunog tjelesnog oporavka [7].

Ostali klinički simptomi su bradikrdija i hipotenzija, krvni tlak je nerijetko ispod 90/60 mm Hg. Zbog hipotenzije se može javiti ortostatska hipotenzija. Puls je često ispod 60 otkucaja u minuti. Uočava se duboko disanje, uz specifičan zadah kao posljedica ketoze stanica. Promjene na koži uključuju i pucanje noktiju te pojavu lanugo dlačica po cijelom tijelu, a najviše na leđima. Nasuprot tome, gubi se dlakavost u pazusima i stidnoj regiji, Uočljivo je izrazito smanjenje potkožna masnog tkiva, a prsa i bokovi gube svoj oblik [16].

Na dorzalnoj strani šaka mogu se u početku vidjeti oštećenja, poput žuljeva, zbog namjerno izazivanog povraćanja. Ovu promjenu nazivamo Russelov znak. Kasnije ne mora nužno biti prisutan jer pacijenti mogu spontano povraćati. Zbog učestalog povraćanja dolazi do pucanja krvnih žila u očima te pojave točkasta krvarenja na licu.

U probavnom sustavu također dolazi do značajnih promjena kao što su opstipacija, oticanje parotidnih žlijezda, upala i ruptura jednjaka, promjene na jetri, žučni kamenci, pankreatitis te atrofija crijeva.

Prisutna je trombocitopenija pa je zato i koža osjetljiva na dodir ili udarac, što se manifestira kao krvni podljev. Javlja se leukopenija sa limfocitozom, anemija, manjak B 12 vitamina i željeza. Zbog povraćanja i upotrebe diuretika i laksativa poremećena je vrijednost elektrolita, osobito kalija. Hipokalijemija dovodi do palpitacija, poliurije, boli u trbuhu i opstipacije te osjećaja mučnine i slabosti. Povišene su vrijednosti beta karotena u serumu, koji daje narančastu boju koži. Unatoč niskim vrijednostima imunoglobulina, imunitet je očuvan. Uočene su hormonske nepravilnosti za koje možemo reći da su u korelaciji sa gubitkom tjelesne težine te se normaliziraju sa oporavkom težine. Snižene su vrijednosti LH i FSH, te je snižen odgovor na LH-RH. Važno je napomenuti kako je poremećena i sekrecija drugih hormona, povećana je vrijednost hormona rasta, koja je kod AN dvadeset puta veća nego u zdravih osoba. Poremećaj hormonskih osi predstavlja adaptaciju organizma na stanje kronične pothranjenosti. Većina se poremećaja hormona normalizira po povratku tjelesne težine, ali teži poremećaji mogu dovesti do niskoga rasta, neplodnosti i smanjene mineralizacije kosti [2].

Česta pojava kod AN je i somatizacija, bol u različitim dijelovima tijela koja nije povezana sa tjelesnim uzrokom. Za AN je karakteristična i aleksitimija, što označava nedostatak riječi da se izraze osjećaji. Osoba se tada okreće svome tijelu da bi regulirala osjećaje [17].

6. Liječenje anoreksije nervoze

Od prvog opisa AN do danas stečeno je mnogo znanja o poremećaju i liječenju, no usprkos tome incidencija i prevalencija su i dalje u porastu. Posebno je zabrinjavajuća činjenica kako se oboljeli često prezentiraju nekom od metaboličkih komplikacija, bez da se otkrije poremećaj u podlozi. Stoga je važno istaknuti kako je neophodan multidisciplinarni pristup liječenju, koji obuhvaćao psihoterapijsko i medikamentozno liječenje. Čine ga liječnici psihijatri, psiholozi, internisti, ginekolozi i nutricionisti, uz snažnu podršku adekvatno educiranih medicinskih sestara. Obitelj isto tako mora biti uključena u liječenje. Zato je osim individualne psihoterapije, jednako važna i obiteljska psihoterapija. Vrijeme proteklo od prvih simptoma do početka liječenja obrnuto je proporcionalno uspjehu liječenja. Prognoza je bolja u adolescenata (69-75,8%) nego kod odraslih (30-50%). Kod 50% oboljelih se očekuje potpuni oporavak, djelomični oporavak kod 21% oboljelih, a 20% se nikada ne izliječi [9].

Treba imati na umu da su relapsi česti te da je liječenje dugotrajno i mukotrpano. Prosječno vrijeme za oporavak tjelesnih simptoma, prema nekim autorima, iznosi 57,4 mjeseci, dok je za oporavak psiholoških simptoma potrebno čak 79,1 mjesec [9].

Prvi korak u liječenju, koji treba svladati, je otpor pacijenta koji vjeruje da je mršavost normalna, da mu nije narušeno zdravlje, te da mu nipošto ne treba pomoć liječnika. Glavni ciljevi liječenja su vraćanje u režim normalne prehrane i navika hranjenja, te psihološka i obiteljska terapija, postizanje većeg stupnja samopoštovanja oboljele osobe te oblikovanje strategije nošenja sa stresnim situacijama. Dijagnoza se uz već prije spomenute simptome postavlja na temelju anamneze, podataka dobivenih od članova obitelji ili prijatelja. Ključni element u dijagnozi je naravno fizikalni pregled i mjerenje tjelesne težine i visine uz izračunavanje ITM-a, koji je pokazatelj stupnja pothranjenosti [18].

6.1. Ambulantno liječenje

Kod pacijenata u kojih je bolest rano prepoznata provodi se izvanbolničko liječenje. Postoji također i puno Centara i Savjetovališta za poremećaje prehrane koji promiču svijest o poremećajima prehrane, pružaju potporu oboljelima, članovima obitelji i prijateljima. Aktivno provode radionice te javnozdravstvene projekte kojima je cilj podići svijest mladih o poremećajima prehrane, prepoznavanju istih te osvijestiti ih kako voljeti svoje tijelo, na način da usvajaju zdrave oblike hranjenja i življenja.

2012. godine osnovan je Specijalistički zavod za poremećaje prehrane u Klinici za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Liječenje provodi multidisciplinarni tim koji provodi holistički pristup oboljelima. Također je osnovana i Dnevna bolnica za poremećaje prehrane u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu. Ona je namijenjena isključivo punoljetnim osobama. Njihov program i terapija provodi se radnim danima kroz razne radionice i grupe. Temelji se na psihoterapiji, i to na nekoliko razina – kognitivnoj, bihevioralnoj, psihodinamskoj i nutricionističkoj. Grupa pokazuje višestruku korist za oboljele; članovi se međusobno bolje povezuju, komuniciraju, izmijenjuju iskustva te se stvara osjećaj zajedništva. Članovi svojim iskustvima pomažu ostalima te se i na taj način povećava samopoštovanje. Nakon poboljšanja stanja slijede tjedni sastanci na kojima se prati individualno napredovanje, a najmanje traju šest mjeseci. Ovisno o sudjelovanju i napretku pacijenta određuje se i duljina liječenja .[17]

6.2. Medikamentozna terapija

Cilj medikamentozne terapije je smanjiti tjelesne komplikacije, a primjenjuje se u sklopu psihoterapije. Koriste se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina. Prvi djeluje na afektivne poremećaje te opsesivno kompulzivne simptome. Kada je AN praćena depresivnim simptomima, koriste se antidepresivi. Benzodijazepini se ne preporučuju u liječenju AN. Mala doza atipičnih neuroleptika korisna je u smanjenju anksioznosti , a uz to djeluje i na apetit oboljele osobe te tako i na dobivanju na težini [9].

6.3. Bolničko liječenje

Vrlo rijetko se u praksi viđaju slučajevi koji ne zahtijevaju bolničko liječenje, kako sam već prije navela, obitelji se najčešće jave za pomoć kada su oboljeli vitalno ugroženi. Bolničko liječenje zapravo tako vitalno ugroženim doslovno spašava život.

Kriteriji za hospitalizaciju oboljelih od AN su:

- Manje od 75% idealne tjelesne težine ili gubitak težine unatoč intenzivnom liječenju; ITM manji od 12kg/m²
- Odbijanje hranjenja
- Puls ispod 50 otkucaja u minuti dnevno; manje od 45/ minuti noću
- Sistolički tlak ispod 90 mmHg
- Ortostatske promjene pulsa ili krvnoga tlaka
- Zaustavljen rast i razvoj

- Akutne medicinske komplikacije pothranjenosti
- Akutni psihijatrijski poremećaji
- Pridružene dijagnoze koje ometaju liječenje (teška depresija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, obiteljska disfunkcija) [19].

Pritom, svaki ili više ovih kriterija, opravdava hospitalizaciju. Hospitalizacija je nužna na dva do šest mjeseci. Ciljevi hospitalizacije su primarno usmjereni na stabilizaciju vitalno ugrožene osobe.

6.3.1. Priroda bolničkog liječenja

Za bolničko liječenje cilj je dobivanje 1 do 2 kilograma tjedno, te vrijednosti ITM-a od 18,5 do 20. Pacijent u razgovoru sa liječnicima treba shvatiti važnost prehrane za oporavak. Kako bi se prevenirao strah od debljanja pacijentu treba objasniti koliko je hrane potrebno za osnovne metaboličke potrebe. Poželjno je sukladno prijašnjim pacijentovim navikama u hranjenju, zajednički sastaviti jelovnik. Tako ga educiramo o hrani, veličini porcija, kombiniranju namirnica, vrsti i načinu pripreme. Pogrešna je naime pretpostavka kako oboljeli od AN imaju velika znanja o prehrani, uglavnom su ona ograničena na podatke o energetske vrijednosti. Jelovnik se kasnije može mijenjati i nadopunjavati po želji, volji i stanju pacijenta, namirnicama koje voli. Prilikom izrade plana prehrane potrebno je obratiti pažnju na preporučene omjere hranjivih tvari. Unos proteina trebao bi biti 15-30%, udio masti 25-30%, a ugljikohidrata 50-55%. Prehrana treba biti raznolika i podijeljena u 5-6 manjih obroka. Time se kalorijski unos ne mijenja, a pacijent nije prisiljen jesti velike količine obroka. Često se daju oralni dodaci prehrani, poput Ensura ili Prosur, koji energetske zadovoljavaju nutritivne potrebe, a pacijent ga ne doživljava kao „pravu hranu“. Također se preporučuje serviranje hrane na velikom tanjuru [20].

Svakom pacijentu trebalo bi izmjeriti tjelesnu težinu odmah ujutro nakon prvoga mokrenja. Prati se dnevni unos tekućine i mokrenje. Od laboratorijskih nalaza prate se sedimentacija, kompletna krvna slika, kalcij, kalij, natrij, fosfati, magnezij. Kontroliraju se i hormoni štitnjače, prolaktin, urea i transaminaze. Test krvi u stolici radi se zbog otkrivanja ezofagitisa ili gastritisa. Svakom pacijentu se radi i EKG. Ukoliko pacijent povraća, nužno je praćenje razine elektrolita zbog mogućeg razvoja hipokalijemije. Prilikom hranjenja poželjno je da netko bude uz pacijenta. Nakon obroka pacijent može namjerno izazvati povraćanje, stoga je nužna kontrola odlaska u toalet, primjerice isključivo uz medicinsko osoblje. Nakon obroka također se važe pacijenta. Kada

počnu normalno jesti, moguća je pojava konstipacije. Tada se daju omekšivači stolice, ali nikad laksativi. Dijareja je znak da pacijent uzima laksative.

Kada god je to moguće, prednost se daje oralnom hranjenju, jer je to najprirodniji način i ima mnogobrojne prednosti. U situacijama vrlo lošeg stanja pacijenta primjenjuje se enteralna i parenteralna prehrana. One su nužne kod izrazite dehidracije, ili kada osoba nije sposobna unijeti odgovarajuće količinu hrane oralnim putem. Ukoliko je očuvana funkcija gastrointestinalnog sustava, enteralna prehrana ima prednost pred parenteralnom.

Enteralna prehrana podrazumijeva hranjenje nazogastričnom sondom. Neki kliničari smatraju kako noćno hranjenje sondom pridonosi bržem i značajnijem dobivanju na tjelesnoj težini od peroralnog hranjenja. Pri ovakvom hranjenju važno je imati na umu položaj pacijenta te moguće komplikacije, zato pacijenta ostavljamo u polusjedećem položaju 1 do 2 sata nakon hranjenja. Kod hranjenja sondom, pacijent ima osjećaj da hranjenje traje kraće, a manji je rizik komplikacija. Te komplikacije uključuju proljev, opstipaciju, nadimanje, distenziju trbuha, mučninu, grčeve te regurgitaciju. U svrhu enteralne prehrane može se koristiti i perkutana enteralna gastrostoma [20].

S druge strane, parenteralna prehrana rezervirana je za najteže slučajeve, jer je to nefiziološki način hranjenja. Ona je oblik nutritivne potpore kod koje se sve hranidbene tvari dobivaju krvožilnim putem. Provodi se putem postavljena perifernog venskog katetera ili centralnog venskog katetera. Metaboličke komplikacije ove vrste nutricije uključuju: preopterećenje volumenom tekućine, hiper i hipoglikemija, hipertrigliceridemija, hiperkalcijemija, a nastaju zbog nepravilna doziranja [2].

6.3.2. Realimentacijski (refeeding) sindrom

Sindrom dohrane označava teško potencijalno smrtonosno stanje kod kojeg dolazi do značajnih poremećaja elektrolita i tekućine povezanih sa metaboličkim promjenama, kod pothranjenih bolesnika kod kojih se naglo i obilato uvodi prehrana, neovisno o kojoj vrsti prehrane se radi. Komplikacije mogu biti raznolike, a ako se ne prepozna na vrijeme, dolazi do srčanog, respiratornog ili neuromuskularnog zatajenja. Neovisno o ITM- u bolesnici s AN rizična su skupina za razvoj sindroma. Simptomi se mogu javiti naglo, najčešće ipak 48-72 sata nakon započinjanja hranjenja. Nešto je učestaliji kod hranjenja nazogastričnom sondom. Nužno je postepeno uvođenje prehrane, nekada i sa samo 5 kcal/kg/dan uz stalno praćenje razina magnezija i fosfata, mjerenje težine, te nadoknada fosfora, kalija i tiamina uz stalno praćenje vitalnih funkcija [2].

7. Uloga medicinske sestre/tehničara kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze

Medicinska sestra neizostavni je dio multidisciplinarnog tima, a treba biti educirana o dijetetici, odnosno piramidi zdrave prehrane, obrocima, kalorijskoj vrijednosti hrane, samome poremećaju, kliničkoj slici i komplikacijama poremećaja. Uz to, MS bi trebala pružiti podršku pacijentu, imati razumijevanja za njihovo stanje, a istovremeno biti educirana da izbjegne zamke njihovih manipulacija. Svakodnevnim provođenjem intervencija bolesnicima se pomaže i olakšava hospitalizacija te ih se pokušava suočiti sa bolešću i problemima koje ona nosi. Ličnost oboljele osobe je veoma promijenjena te su takve osobe vrlo uporne u svojim zahtjevima i upravo zbog toga medicinsko osoblje treba imati veliku dozu empatije i strpljenja. Medicinska sestra/tehničar pacijente oboljele od AN mora nadzirati 24h na dan.

Posebna pozornost se isto tako pridaje i vaganju koje se vrši svaki dan te je u nekim situacijama gdje pacijent nije suradljiv potrebno je mirovanje i humana fiksacija čime se štedi energija pacijenta. Tokom hranjenja važna uloga medicinske sestre/tehničara je u sprečavanju komplikacija pri primjeni parenteralne prehrane. Naime, vrlo je bitno nadziranje i održavanje procesa hranjenja sa posebnim naglaskom na održavanje njege centralnog venskog katatera ukoliko je on postavljen. Održavanje podrazumijeva primjenu aseptičkog načina rada. Uz to, potrebno je i procijeniti nutritivne i energetske potrebe kako ne bi došlo do prekomjernog unosa nutrijenata.

7.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod anoreksije nervoze

Najčešće sestrinske dijagnoze vezane su upravo uz prehranu, komplikacije bolesti, poremećaje ličnosti te psihološke faktore. Osnovna intervencija je cjelodnevni nadzor nad pacijentom, mjerenje tjelesne težine te pomoć pacijentu u razvijanju pozitivne slike o sebi i prihvaćanje zdravih obrazaca prehrane.

7.1.1. Pothranjenost u/s osnovnom bolešću

Pothranjenost je stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa organizmu potrebnih nutrijenata [21].

Intervencije koje medicinska sestra provodi svakodnevno:

1. Vagati pacijenta poslije svakog obroka
2. Osigurati pacijentu psihološku potporu

3. Nadzirati unos i iznos tekućina
4. Poticati na konzumiranje manjih a češćih obroka
5. Osigurati dovoljno vremena za obrok
6. Dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka
7. Osigurati pacijentu namirnice koje voli
8. Osigurati hranu pripremljenu sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja
9. Poticati ga da vodi dnevnik prehrane [21].

7.1.2. Poremećaj tjelesnog izgleda

Iskrivljena slika o vlastitom tjelesnom izgledu i težini vlastitog tijela [21].

Intervencije:

1. Istražiti pacijentovo razumijevanje vlastitog fizičkog stanja
2. Procijeniti kako obitelj i pacijent percipiraju nastale fizičke i psihičke promjene
3. Prikupiti podatke o pacijentovoj procjeni vlastitih slabosti i prednosti
4. Potaknuti pacijenta na preispitivanje pozitivnih i negativnih percepcija samoga sebe
5. Pomoć pacijentu u razvijanju realnih i prihvatljivih slika sebe i hrane [21].

7.1.3. Visok rizik za dehidraciju

Stanje mogućeg rizika za deficit volumena tekućine [21].

Intervencije:

1. Objasniti pacijentu važnost uzimanja propisane količine tekućine
2. Pratiti unos i količinu izlučene tekućine
3. Objasniti pacijentu da pripravci poput kave, čaja i sokova imaju diuretski učinak
4. Objasniti pacijentu da žeđ nije pokazatelj za uzimanje tekućine
5. Osigurati pacijentu tekućinu nadohvat ruke i pružiti pomoć ukoliko je potrebno [21].

Ostale moguće sestrinske dijagnoze za osobe oboljele od AN su: smanjena mogućnost brige za sebe, neuravnotežena prehrana, dehidracija, opstipacija, smanjeno podnošenje napora, socijalna izolacija, anksioznost, nesuradljivost, poremećaj misaonog procesa, visok rizik za opstipaciju...

8. Prikaz slučaja

8.1. Sažetak slučaja

Poremećaji u prehrani odražavaju neuspjelu prilagodbu pojedinca na specifične promjene adolescencije, koja je obilježena mnogobrojnim promjenama, ponajviše na tijelu. Na promjenu u prehrambenim navikama mogu potaknuti vršnjaci, mediji, stresne i traumatske situacije, koje pojedinac sam ne može svladati.

„Život s anoreksijom, bulimijom i depresijom je neopisiv. Osoba gubi vlastiti identitet, ovisnost i negativne misli preuzimaju cijelo biće. Svaki mišić i svaka kost ekstremno bole, konstantno je prisutna i neutaživa glad i nezaustavljive negativne misli. Bilo bi najljepše prespavati cijele dane, ali duboka bol u praznom želucu i nekontrolirane misli ne dozvoljavaju ni trenutak mira i tišine. Ni sama ne znam kako sam uspjela preživjeti takav pakao vlastitog uništenja“.

Ovako svoju bolest opisuje mlada Maria Vrnoga de Gregorio, danas mlada, lijepa i uspješna djevojka koja je svojom snagom uma, upornošću i velikom pomoći obitelji, uspjela pobijediti anoreksiju koja ju je umalo koštala života. Borba nije bila nimalo laka, kako kaže i sama Maria, ali ona danas iza sebe ima iskustvo koje nesebično dijeli pomažući svima sa sličnim problemima.

„Teško je to razumjeti ako se nisi našao u toj situaciji, ja točno znam što je njima u glavi, s čime se bore, ja ih najbolje razumijem“.

Samo snaga uma i volje može pomoći u oporavku, a to svojim primjerom najbolje pokazuje Maria.

„Danas kada se pogledam stvarno sam zadovoljna. Sretna sam što sam još uvijek živa, sretna sam svakim djelićem moga tijela“, ponosno kaže Maria.

8.2. Uvod u slučaj

Maria Vrnoga de Gregorio rođena je 09.07.1997. u Karlovcu. Trudnoća majke protekla je uredno i rođena je u terminu. Odrasta u mnogobrojnoj obitelji sa tri brata i jednom sestrom. Majka Yolanda, porijeklom iz Španjolske, po zanimanju je fitness trenerica koja vodi vlastiti studio, a tata Marin, vlasnik je agencije za prodaju nekretnina. Obitelj je ekonomski stabilna i situirana.

Maria je završila srednju privatnu školu, smjer komercijalist, koju je upisala nakon što je pobijedila bolest, jer redovnu Ekonomsku školu u Karlovcu nije mogla završiti, zbog predugog izbivanja iz škole.

Dolazi iz sretne i stabilne obitelji koja je jako povezana, a to pokazuju i danas mnogobrojnim zajedničkim projektima. Oduvijek su im bili prioritet zajednički obroci i druženja, šetnje Koranom, izleti biciklima, dok bi ljeta uvijek provodili u Španjolskoj kod majčine obitelji.

Maria je još kao mala djevojčica bila živahna, vesela, razigrana, stalno u pokretu. Kaže kako je kod njih uvijek bilo veselo i živo, budući da ih ima petero, ali da su se odlično slagali i nadopunjavali kao i sada kad su odrasli. Nikada nije bila izbirljiva što se tiče prehrane, a posebno se veselila španjolskoj kuhinji za vrijeme ljetnih praznika. Kao i svako dijete voljela je uobičajene slatkiše, grickalice, a od hrane navodi kako je jela sve što bi majka pripremila.

Kako je odrastala, Maria ulazi u fazu puberteta i doživljava napad pedofila u svojoj 12 godini. Tada se sve počelo mijenjati, Maria se počela mijenjati, povlačiti u sebe.

8.3. Kako je sve počelo

Nakon napada pedofila, Maria je nesvjesno počela ne prihvaćati svoje tijelo, obline, koje su se u tim godinama počele razvijati. Tada je zapravo sve počelo, prisjeća se Maria.

„Htjela sam izgledati kao dijete kako me muškarci više ne bi primjećivali. Počela sam pretraživati Internet, gledati razne video isječke o brzim dijetama, to neznanje me potpuno obuzelo. Doslovno sam isprobavala najgluplje moguće savjete koje danas ni u ludilu ne bi pokušala“ govori Maria.

„Rekla sam ja svojim roditeljima za napad. Tata je čak otišao tražiti u policiju, ali ne znam kako objasniti, u mojoj glavi je bilo samo to da sam ja za to sama kriva. Jako sam se prepala, nisam htjela da se više ikad nešto slično dogodi.“

Prije početka poremećaja u prehrani, Maria je imala 52 kilograma i bila je visoka 162 centimetra.

„Preskakala sam doručak, nisam jela večeru, jela sam samo male porcije, potpuno sam izbacila sve ugljikohidrate. Sada znam da je to razlog koji me doveo do depresije. Zbog premalo hrane, tijelo se samo pobunilo i počela sam dobivati napadaje prejedanja, vidjela sam da gubim kontrolu, da nisam disciplinirana i da se moram kazniti povraćanjem sve te hrane iz sebe. Nekoliko dana nisam ništa jela, a zatim bi pojela jako puno hrane. Onda sam sve to morala izbaciti iz sebe. Sjećam se točno, jedan dan je ta brojka narasla na 15 puta dnevno. Izbjegavala sam jesti sa obitelji, rekla bi da žurim, da nisam gladna, da sam već jela. U početku to nisu primjećivali, jer sam pazila da me ne vide kako povraćam u kupaonici.

Sjećam se, jedan dan sam sa majkom šetala gradom, imam s njom posebno blizak odnos. Tada je moje mršavljenje već bilo vidljivo ali sam ga prikrivala odjećom. Tada me usred razgovora upitala : Maria, reci mi da li namjerno povraćaš u kupaonici?. Bez razmišljanja sam odgovorila potvrdno. Nisam lagala, ne znam zašto. “



Slika 8.3.1. Maria u početnoj fazi bolesti

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

Maria je restriksijsku dijetu provodila oko dvije godine.

„ Ne znam točno reći kada sam oboljela, to je bilo postepeno, to je bio moj način života. Teška restrikcija je jednostavno postala moja rutina, meni je to bilo normalno, drugačije nisam znala.

Kako sam više gubila na težini, tako sam imala sve manje energije. Jedan dan, recimo, ne bi pojela ništa cijeli dan, a onda bi se na večer najela, ali sam odmah morala sve izbaciti. To je zapravo bila kombinacija anoreksije sa bulimijom, tako su mi napisali i u nalazima. “

Danas kaže kako su mnogi osuđivali njezine roditelje kako ništa ne poduzimaju, kako je moguće da ne vide šta se događa sa njihovim djetetom. Naravno da su vidjeli. Obitelj isprva nije smatrala čudnim njezino izbjegavanje ručka, međutim ubrzo je majka počela osjećati čudan miris u kupaonici, miris povraćanja. Počela je pratiti Mariine obroke, odlaske u kupaonicu, povraćanje. Cijela obitelj se tada uključuje i počinje zajednički tražiti rješenje. Objasnili su joj kako je to bolest, i to vrlo opasna. Vodili su je psihoterapeutu, psihijatru, međutim ona nije pokazivala interes. Tada su shvatili da nije svjesna što joj se događa.

„ Jednostavno nisam znala riješiti ništa, reći što osjećam, sve sam to potiskivala u sebe. Jednostavno mi je bilo najlakše kazniti svoje tijelo, bila sam u strašnoj depresiji. Danima nisam izlazila iz sobe, nisam doživljavala ni čula što mi govore mama i tata. “



Slika 8.3.2. Maria u uznapredovaloj fazi bolesti

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

8.4. Faza anoreksije

Maria prvi puta biva hospitalizirana u svojoj četrnaestoj godini. Tada je težila 45 kilograma.

Više nije imala menstruacije. Najgore od svega bilo joj je ispadanje kose, koja se jako prorijedila.

„Roditelji su me odveli u bolnicu. Svo liječenje kod terapeuta nije mi pomagalo. Oni su silno htjeli pomoći ali nije išlo, nije bilo pomaka. Odveli su me u Vinogradsku. Tamo su me hranili, kontrolirali i sa nekih 49 kilograma otpustili kući. Bila sam na gastroenterologiji. Onda sam se neko vrijeme nekako održavala, a onda je opet sve krenulo, kile su počele padati. Stalno su roditeljima govorili kako ništa ne ide na silu, kako ja sama moram shvatiti u čemu je problem, da se mora dogoditi klik u mojoj glavi. Klik nije bilo.“

Anoreksija je kod Marie i dalje postojala. Dijeta i prejedanje koje nitko nije mogao kontrolirati.

„Što je depresija postajala jača ja sam bila čvršća u odluci da umrem. Roditelji su me vodili na razne terapije, ali ništa nije pomoglo.“

Neko vrijeme je odlazila u KBC Rebro na psihoterapiju i grupe, ali samo kratko vrijeme.

„Ismijavali su me vršnjaci, nitko me nije prihvaćao, ni učitelji ni prijatelji. Ljudi nisu informirani, znaju biti jako grubo i povrijediti te kada ti je najteže. Mislím da bi okolina trebala imati više razumijevanja, ali ne znaju kroz što osoba u tom trenutku prolazi.“

U dobi od šesnaest godina, Maria je u tjedan dana pala sa 32 na 27 kilograma. Krajnji cilj je bio izgladniti se do smrti. Strašna slika koja je nažalost istinita. Roditelji su je na silu odveli u bolnicu. Prvo što su čuli od liječnika na prijemu je „ako noćas ne preživi, prekasno ste došli, da ste došli petnaest, dvadeset minuta kasnije bila bi mrtva.“. Uslijedio je šok za nemoćne roditelje i borba liječnika za spas mlade djevojke.



Slika 8.4.1. Maria sa 15 godina

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

„Prije bolnice sam bila toliko slaba da bi kada sam sjedila samo zaspala, nisam imala snage otvoriti oči, pomaknuti ruku, nisam imala volje za ništa. Željela sam samo umrijeti da ta agonija završi, da budem mirna. Teško je to opisati, meni je smrt bila jedino rješenje.“



Slika 8.4.2. Psihoterapija

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

Kada sam spala na samo 27 kila usporili su mi se pokreti, plitko sam disala, boljele su me kosti. Bila sam hodajući kostur. Majka mi je rekla da je taj dan u mojim očima vidjela smrti i na silu si me odveli u bolnicu. Plakala je kada je vidjela moje tijelo, sve je stršilo ispod kože. Bila sam u jako lošem stanju, elektroliti nikakvi, dehidrirana, srce nije radilo kako treba, došla sam do kraja.

Znala sam da sam jednom nogom u grobu i ja sam osjetila, ali stvarno, da mi je to zadnji dan. Nisam se uopće bojala. To sam očekivala, željela, bila sam sretna što je došao kraj. Vjerovala sam da za mene nema šanse, da je to nemoguće.“



Slika 8.4.3. Izgled tijela sa 16 godina

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

8.5. Borba za život

Liječnici su tu noć ipak spasili Mariu. Slijedio je šestomjesečni boravak u bolnici.

Bolničko liječenje Maria doživljava kao najgore iskustvo u cijeloj borbi. Ističe kako je osoblje bilo jako neljubazno, nije imalo razumijevanja za njezin problem, ali istovremeno shvaća i njih.

„Najgore mi je bilo to što sam bila stalno vezana. Jako dugo sam bila prikopčana na aparate, nekih mjesec dana sigurno, stalno su mi mjerili sve, vadili krv. Hranili su me na sondu. To mi je bilo užasno. Na najmanju količinu hrane osjetila sam ogromne bolove, nadutost, to je bilo nepodnošljivo. Unatoč tome u prvih mjesec dana dobila sam čak 5 kilograma. Kasnije sam kod hranjenja bila pod stalnom kontrolom, za svaki odlazak u toalet moraš tražiti sestru, sve kontroliraju. Kada bi nešto pitala nikada nisam dobila odgovor. Često nitko nije reagirao na moje molbe, sve što sam pitala nisu mi odgovorili. Znam da imaju puno pacijenata, ali i ja sam bila jedna od njih.

U terapiji sam dobivala i Prozac od kojega sam bila potpuno omamljena, a kada bi tražila da mi barem smanje dozu, nisu poduzimali ništa.“



Slika 8.5.1. Maria za vrijeme bolničkog liječenja

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

Iako su joj roditelji bili najveća podrška tokom liječenja, Maria kaže kako je tada bila jako ljuta na njih, na liječnike, osoblje jer je nije nitko razumio.

„Bila sam uvjerena da se ne mogu izliječiti, da ću ikada više moći pojesti nešto bez grižnje savjesti. To je ono što je mene smetalo. To je jednostavno tako u glavi, meni je bilo jednostavnije da umrem ta depresija je bila toliko jaka. Kada si tako slab i iscrpljen ti ne možeš racionalno razmišljati, to je rečenica za koju sam se sama uvjerila da je istinita.

Počela sam jesti u bolnici samo i isključivo zato da čim prije mogu izaći iz bolnice. Bilo je jako teško, moj želudac nije prihvaćao hranu. Kada sam dosegla težinu od otprilike 46 kilograma, otpustili su me kući.“

8.6. Oporavak

„Liječnici mi jesu spasili život onda kada sam bila najlošije, ali mislim kako je bila presudna moja odluka da ozdravim. Bilo je to još u bolnici kada sam osjetila da sam potpuno pod tuđom kontrolom, bez prava na svoje mišljenje, da ono što ja kažem ili tražim ne znači ništa. Shvatila sam da više nikada ne želim biti tako nemoćna.

U početku su roditelji bili ti koji su nadzirali moje obroke, a kako sam počela dobivati na kilaži, odnosno nisam gubila, stekla sam njihovo povjerenje. Stekla sam povjerenje u sebe, znala sam da sama moram popraviti ono što nisu uspjeli liječnici, ono što je u mojoj glavi. To sam mogla samo ja. Tada sam odlučila da ću zaista ozdraviti. Počela sam čitati, prikupljati informacije o hrani, njezino koristi za metabolizam, koliko je to sve povezano i važno. Znanje zaista pomaže. Tako sam otkrila veganstvo i biljnu prehranu. To mi je dalo nov smisao, danas jedem voće, povrće, žitarice, grahorice, bez brige o kalorijama i strahu od hrane. Tako sam vratila kilograme, danas imam 163 centimetra i 54 kilograma.“

Iako se težina vratila ka idealnoj tjelesnoj težini, Maria je još uvijek imala posljedice. Menstrualni ciklus normalizirao se nakon 2 godine, kosa se postupno oporavila, probavnih smetnji danas više nema. Meni osobno je bio zastrašujući podatak kada je Maria rekla kako su liječnici rekli da je u tijeku anoreksije imala gustoću kosti žene u dobi od 80 godina.



Slika 8.6.1. Maria nekada i sada

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.



Slika 8.6.2. Maria u fitness centru

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

8.7. Novi život

Maria je danas vedra, svestrana i uspješna mlada djevojka. Trenutno je najviše posvećena radu u fitness centru, održava rekreacijske treninge, satove plesa i uživa u novom životu punim plućima.

„Sretna sam, uvijek nasmijana, puna želja i ciljeva, strastvena prema životu i svemu što mi donosi. Učim, bavim se biciklizmom, kuham prekrasna veganska jela. Pohađam razne edukacije vezane uz prehranu jer se trenutno najviše želim baviti nutricionizmom. Vodim profil na Facebooku na kojem objavljujem recepte i dijelim savjete o prehrani, a snimila sam i mnogo YouTube videa u kojima iskreno govorim o anoreksiji i svojim primjerom želim pomoći svima koji imaju takvih problema.“



Slika 8.7.1. Trening

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.



Slika 8.7.2. Majka i brat

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.



Slika 8.7.3. Bicikliranje

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.



Slika 8.7.4. Izgled Mariina tijela danas

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

Maria je velika inspiracija mnogima sa poremećajima prehrane. Njezin video „Borba za život – Moja priča“, vidjelo je preko 30 000 ljudi, a za savjet joj se javljaju i mladi i stariji, od kojih mnogi nisu još nikome drugome priznali da imaju poremećaj prehrane.

„Pokušavam im pružiti podršku, ohrabriti, potaknuti na promjenu, jer znam kako je meni bilo. Ja sam primjer da se može izvući iz uloge žrtve, samosažaljenja i pružiti ruke zdravijem životu. Kada se okreneš zdravim navikama, loše jednostavno nestane.“

U nastajanju je i knjiga o poremećajima prehrane koja će prema autoričnim riječima biti vrlo motivacijska, jer ima puno znanja i iskustva koja želi nesebično podijeliti.



Slika 8.7.5. Mariina prehrana danas
Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.



Slika 8.7.6. Zobene pahuljice s voćem
Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.



Slika 8.7.7. Veganska prehrana
Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.



Slika 8.7.8. Rižoto
Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

9. Zaključak

Iako se poremećaji hranjenja olako shvaćaju, mogu imati ozbiljne posljedice. Predstavljaju ozbiljni psihijatrijski i javnozdravstveni problem. U današnje doba prevelika se pažnja pridaje tjelesnom izgledu, a zanemaruje se kvaliteta zdrave prehrane, a sve zbog nametnutih ideala ljepote. Koja je cijena toga? Mladi koji lako padaju pod utjecaj lažnih vrijednosti te izgube vlastitu osobnost i postaju robovi onoga što društvo smatra poželjnim i lijepim. Adolescenti su svakako najrizičnija skupina za razvoj poremećaja prehrane. Iako su nam informacije lako dostupne, AN teško dijagnosticiramo, te njezino liječenje postaje izazov za veliki tim stručnjaka. Liječenje je dugotrajno, ponekad i cijeli život.

Mlade bi trebalo podučiti pravilnom odnosu prema svome tijelu, prehrani, jačanju samopouzdanja i samopoštovanja, učiti ih kako prihvatiti svoje mane da ne postanu robovi vlastitog izgleda.

Mariina priča, iskrena i nadasve motivirajuća, pokazala nam je kako je sve moguće. Kada naučimo voljeti sebe, svoje tijelo, možemo učiniti čuda. Nitko od nas nije savršen, ali je mudar onaj koji iz svojih pogrešaka izvuče poruku.

U Varaždinu, 27.09.2019.

Kristina Leščanec Viktorovski

10. Literatura

- [1] D. Marčinko i suradnici: Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [2] Poremećaji hranjenja u psihijatriji, HUMS, Zagreb, 2013.
- [3] K. Sambol, T. Cikač: Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, <https://hrcak.srce.hr/148323>, dostupno 04.05.2019.
- [4] S.R. Dobrescu, L.Dinkler, C. Gillberg: Anorexia nervosa: 30 – year outcome, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31113504> , dostupno 01.05.2019.
- [5] G. Palčevski, K.B. Dekanić: Prevencija poremećaja hranjenja, *Pediatrics Croatica* 2016, 60 (Supl 1), str. 183-192
- [6] V. Vidović: Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji, <https://hrcak.srce.hr/57168>, dostupno 11.06.2019.
- [7] V. Vidović: Poremećaji hranjenja: Od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [8] N. Ambrosi – Randić: Razvoj poremećaja hranjenja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004.
- [9] LJ. Moro, T. Frančišković: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [10] K. Alagić: Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2018.
- [11] A. Pokrajac – Bulian, T. Mohorić i D. Đurović: Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i učestalost provođenja dijeta kod hrvatskih učenika, *Psihologijske teme* br. 16, travanj 2007, str. 27-46
- [12] A. Pokrajac – Bulian: Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki, <https://hrcak.srce.hr/4829> , dostupno 25.06.2019.
- [13] J. Davidson, C. Gerald, J. Neale: Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002.
- [14] A. Vulić – Petrović, M. Cifrek – Kolarić: Istraživanja u razvojnoj psihologiji, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2011.
- [15] C. Costin: Poremećaji prehrane: 100 pitanja i odgovora, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010.
- [16] G. Palčevski i sur.: Tjelesne komplikacije poremećaja hranjenja, *Pediatrics Croatica* 52, svibanj 2008., str. 121-125
- [17] A. Pozaić: Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2018.
- [18] M. Mahnik – Miloš: Bolničko liječenje anoreksije i bulimije, <http://www.hope.hr> , dostupno 25.06.2019.

- [19] Z. Jurčić: Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije, <https://hrcak.srce.hr/20239> , dostupno 05.07.2019.
- [20] C.G. Long, K. Fitzgerald, C.R. Hollin: Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4- year follow- up of adult patients treated in an acute inpatient setting, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21312315> , dostupno 11.06.2019.
- [21] D. Šimunec, S. Šepec, R. Evačić: Sestrinske dijagnoze 2, HKMS, Zagreb, 2013.

11. Popis slika

[1] Slika 2.1. Kontinuum hranjenja, „The Eating Continuum“

Izvor: <http://www.anoreksija-bulimija.info>

[2] Slika 2.2.1. Shema povezanosti podtipova poremećaja hranjenja

Izvor: D. Marčinko i sur., Poremećaji hranjenja od razumijevanja do liječenja, Zagreb, 2013.

Autori Fairburn AF i Harrison, pregledni rad u Lancetu

[3] Slika 4.1.3.1. Tumačenje indeksa tjelesne mase

Izvor: <https://fitnes-uciliste.hr>

[4] Slika 8.3.1. Maria u početnoj fazi bolesti

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[5] Slika 8.3.2. Maria u uznapredovaloj fazi bolesti

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[6] Slika 8.4.1. Maria sa 15 godina

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[7] Slika 8.4.2. Psihoterapija

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[8] Slika 8.4.3. Izgled tijela sa 16 godina

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[9] Slika 8.5.1. Maria za vrijeme bolničkog liječenja

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[10] Slika 8.6.1. Maria nekada i sada

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[11] Slika 8.6.2. Maria u fitness centru

Izvor: Privatna arhiva M.V.de G.

[12] Slika 8.7.1. Trening

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

[13] Slika 8.7.2. Majka i brat

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

[14] Slika 8.7.3. Bicikliranje

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

[15] Slika 8.7.4. Izgled Mariina tijela danas

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

[16] Slika 8.7.5. Mariina prehrana danas

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

[17] Slika 8.7.6. Zobene pahuljice s voćem

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

[18] Slika 8.7.7. Veganska prehrana

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

[19] Slika 8.7.8. Rižoto

Izvor: Privatna zbirka M.V. de G.

12. Prilozi

INFORMIRANI PRISTANAK NA SUDJELOVANJE U IZRADI ZAVRŠNOG RADA SVEUČILIŠTA SJEVER

Anoreksija nervosa – borba za život

Kristina Leščanec Viktorovski, studentica 3. godine studija Sestrinstva

Poštovani,

Pozivamo Vas da u svojstvu ispitanika sudjelujete u završnom radu pod nazivom Anoreksija nervosa – borba za život.

Ispitivanje se provodi u svrhu izrade završnog rada. Vaše sudjelovanje u ovom ispitivanju je dobrovoljno. Informirani pristanak potpisuje i ispitivač.

Student, ispitivač koji provodi ovo ispitivanje neće primiti nikakvu financijsku naknadu.

Osobni podaci ispitanika dobiveni intervjuom te svi podaci o praćenju i procjeni stanja pacijenta, biti će korišteni samo u predloženom završnom radu i neće biti korišteni u druge svrhe.

Ovaj rad odobren je od strane Sveučilišta Sjever.

Za dodatna pitanja o samom radu ,možete se obratiti studentici Kristini Leščanec Viktorovski.

Svojim potpisom potvrđujem da sam informirana o ciljevima, prednostima i rizicima ovog završnog rada i pristajem u njemu sudjelovati.

Karlovac, 28.06.2019.



Potpis sudionika

Maria Vrnoga de Gregorio



Potpis studenta

Kristina Leščanec Viktorovski



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, KRISTINA LEŠČANEK VIKTOROVSKI (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ANOLEKSIJA NEUROSA - BORBA ZA ŽIVOT (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kristina Viktorovski

(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, KRISTINA LEŠČANEK VIKTOROVSKI (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ANOLEKSIJA NEUROSA - BORBA ZA ŽIVOT (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kristina Viktorovski

(vlastoručni potpis)