

Poremećaji prehrane kao javnozdravstveni problem

Starčević, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:223845>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstva



Zadar, 2022.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstva

Poremećaji prehrane kao javnozdravstveni problem

Završni rad

Student/ica:

Josipa Starčević

Mentor/ica:

Izvr. prof. dr. sc. Alan Medić, dr. med

Zadar, 2022.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Josipa Starčević**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Poremećaji prehrane kao javnozdravstveni problem** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 12. srpnja 2022.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 2. POREMEĆAJI PREHRANE | 2 |
| 2.1. Definicija | 2 |
| 2.2. Prevalencija i incidencija..... | 2 |
| 2.3. Etiologija..... | 3 |
| 2.3.1. Biološki čimbenici | 3 |
| 2.3.2. Psihološki čimbenici | 4 |
| 2.3.3. Sociokulturni čimbenici | 4 |
| 2.3.4. Ostali čimbenici rizika i zaštite | 4 |
| 2.3.5. Modeli nastanka poremećaja prehrane..... | 4 |
| 3. POREMEĆAJI PREHRANE U DJEČJOJ DOBI | 5 |
| 3.1. Ekstremna izbirljivost..... | 5 |
| 3.2. Pika..... | 6 |
| 3.3. Infantilna anoreksija..... | 6 |
| 3.4. Opstipacija | 6 |
| 3.5. Dijareja | 7 |
| 3.6. Mršavost | 7 |
| 3.7. Pretilost..... | 7 |
| 4. POREMEĆAJI PREHRANE U ADOLESCENTNOJ DOBI..... | 8 |
| 4.1. ANOREXIA NERVOSA | 8 |
| 4.1.1. Vrste..... | 9 |
| 4.1.2. Simptomi | 9 |
| 4.1.3. Refeeding sindrom..... | 10 |
| 4.1.4. Liječenje..... | 11 |
| 4.2. BULIMIA NERVOSA | 12 |
| 4.2.1. Vrste..... | 13 |
| 4.2.2. Simptomi | 13 |
| 4.2.3. Liječenje..... | 14 |
| 4.3. SINDROM PREJEDANJA | 15 |
| 4.3.1. Kriteriji..... | 15 |
| 4.3.2. Simptomi | 15 |
| 4.3.3. Liječenje..... | 16 |
| 5. NESPECIFIČNI POREMEĆAJI PREHRANE..... | 17 |
| 5.1. Pregoreksija | 17 |
| 5.2. Ortoreksija | 17 |
| 5.3. Diabulimija | 17 |
| 5.4. Drunkoreksija..... | 17 |
| 6. PREVENCIJA POREMEĆAJA PREHRANE..... | 17 |
| 6.1. Primarna ili univerzalna prevencija..... | 18 |
| 6.2. Sekundarna ili selektivna prevencija..... | 18 |
| 6.3. Tercijarna ili indicirana prevencija | 18 |
| 6.4. Programi prevencije poremećaja prehrane | 18 |

| | |
|--|----|
| 7. ULOGA MEDICINSKE SESTRE | 19 |
| 7.1. Sestrinske dijagnoze | 20 |
| 7.2. Sestrinske intervencije i ciljevi | 20 |
| 8. ZAKLJUČAK | 22 |
| 9. LITERATURA | 23 |

SAŽETAK

U Hrvatskoj čak oko 40 000 osoba boluje od poremećaja prehrane, te prema tome možemo zaključiti da su poremećaji prehrane kao javnozdravstveni problem vrlo zastupljeni i izraženi.

Poremećaji prehrane javljaju se kontinuirano – osoba pada u „vrtlog“ gladovanja, prejedanja, povraćanja te zlouporabe laksativa. Najveću prepreku predstavlja činjenica da osoba nije svjesna ozbiljnosti problema. Uzrok nastanka poremećaja prehrane nije poznat. Najpoznatiji poremećaji prehrane u adolescentnoj dobi su anoreksija, bulimija te se u zadnje vrijeme sve veća pažnja pridaje kompulzivnom prejedanju. Poremećaji prehrane koji se javljaju u dječjoj dobi su: ekstremna izbirljivost, pika, infantilna anoreksija, opstipacija, proljev, mršavost i pretilost. U najčešće nespecifične poremećaje ubrajamo: pregoreksiju, ortoreksiju, diabulimiju i drunkoreksiju.

Uloga medicinske sestre je vrlo važna u edukaciji pacijenta i njegove obitelji, prevenciji poremećaja, osvješćivanju pacijenta o ozbiljnosti problema, praćenju zdravstvenog stanja te pružanju podrške. Najvažniji je holistički pristup prema pacijentu.

Prevencija se provodi kako bi smanjili komplikacije i posljedice poremećaja, utjecali na ozbiljnost situacije i spriječili sam nastanak poremećaja. Ukoliko se na vrijeme otkrije, možemo spriječiti napredovanje poremećaja i razvoj zdravstvenih problema.

Cilj završnog rada je prikazati poremećaje prehrane, etiologiju njihovih nastanaka te njihovo liječenje i prevenciju.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, anoreksija, bulimija, sindrom prejedanja

SUMMARY

Eating disorders as a Public Health Problem

In Croatia, more than 40,000 people suffer from eating disorders, based on the conclusion that eating disorders as a public health problem are very common and pronounced.

Eating disorders occur continuously - a person falls into a "vortex" of starvation, overeating, vomiting and abuse of laxatives. The biggest obstacle is the fact that the person is not aware of the seriousness of the problem. The cause of the eating disorder is unknown.

The most well-known eating disorders in adolescence are anorexia, bulimia, and recently more and more attention has been paid to compulsive overeating. Eating disorders that occur in childhood are: extreme pickiness, pimples, infantile anorexia, constipation, diarrhea, thinness and obesity. The most common non-specific disorders include: pregorexia, orthorexia, diabulimia and druncorexia.

The function of the nurse is very important in educating the patient and his family, preventing disorders, making the patient aware of the seriousness of the problem, monitoring the health condition and providing support. The most important is a holistic approach to the patient.

Prevention is being implemented to reduce the complications and consequences of the disorder, affect the severity of the situation and prevent the occurrence of the disorder itself. If it is detected in time, we can prevent the progression of the disorder and the development of health problems.

The aim of the this final work is to present eating disorders, the etiology of their occurrence and their treatment and prevention.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, overeating syndrome

1. UVOD

U današnje vrijeme se od hrane očekuje da zadovolji osjećaj gladi, osigura potrebne hranjive tvari ali i da ublaži ili spriječi određene bolesti koje se povezuju s prehranom, kako bi unaprijedili zdravlje i kvalitetu života. Prehrana ima dugoročne i kratkoročne učinke na zdravlje. Dugoročni učinci govore o porastu učestalosti kroničnih bolesti (pretilost, karcinomi, kardiovaskularne bolesti, metabolički sindrom) koje nastaju zbog dugotrajne nepravilne prehrane. Kratkoročni učinci podrazumijevaju sigurnost hrane, odnosno činjenicu da prehrana neće ugroziti zdravlje. Zbog toga, vrlo je važno razlikovati pravilnu prehranu od nepravilne prehrane. [1]

Posljednih godina je povećana učestalost i rasprostranjenost poremećaja prehrane u populaciji. Poremećaje prehrane možemo svrstati u najčešće psihičke poremećaje te ih spajamo s brojnim fizičkim komplikacijama. Sama učestalost poremećaja prehrane se konstantno povećava u razvijenim zemljama. Često osobe koje pate od poremećaja hranjenja, pate i od anksioznosti, depresije, nedostatka samopouzdanja, samopoštovanja i drugih psiholoških stanja. [2]

U današnje vrijeme, konstatno smo izloženi internetu i medijima koji pokušavaju nametnuti kult mršavosti i dijeta. Samim time, dolazi do pretjeranog naglašavanja mršavosti ili pogrešnog tretiranja osoba sa pretilošću, što dovodi do nezadovoljstva vlastitim tijelom te velikom zabrinutošću tjelesnom težinom. [3]

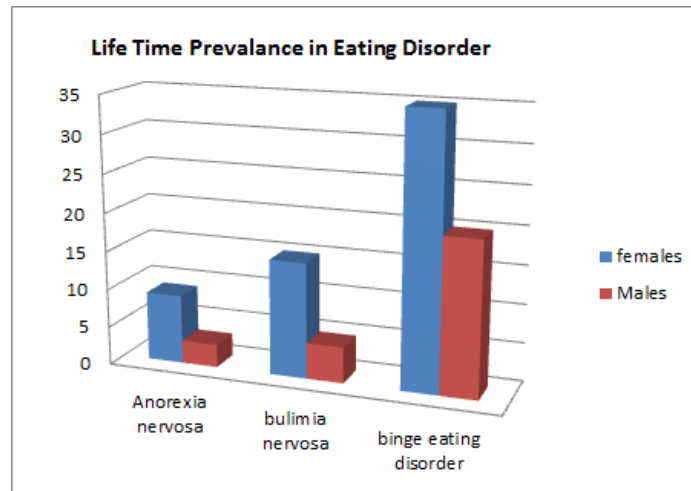
2. POREMEĆAJI PREHRANE

2.1. Definicija

„Poremećaji prehrane se mogu definirati kao stalni poremećaji odnosa prema hrani i poremećaji slike o vlastitome tijelu, to sve rezultira poremećenim unosom hrane te oštećenjem tjelesnog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja.“ (Sambol, Cikač, 2015.) [4] Možemo ih definirati i kao psihološke poremećaje kod kojih imamo velike pomake u prehrambenim navikama. U najupečatljivije oblike možemo ubrajati dijete, izglednjivanja, gladovanja, prejedanja, samoinduciranog povraćanja i mnogih drugih. To su poremećaji kod kojih imamo opsesiju hranom, a dovode do narušavanja zdravlja. U poremećaje prehrane ubrajamo anoreksiju nervozu, bulimiju nerovozu, sindrom prejedanja te nespecifične poremećaje prehrane: pregoreksiju, ortoreksiju, diabulimiju i drunkoreksiju. [3]

2.2. Prevalencija i incidencija

U razvijenim zemljama svijeta oko 1-2% mladih žena boluje od anoreksije ili bulimije. Poremećaji se najčešće javljaju između 12 i 25 godina. U Hrvatskoj prema istraživanjima, između 35 000 i 45 000 osoba ima određeni poremećaj prehrane. Navodi se kako je provođenje dijeta prisutno i u osnovnim školama (28,6% djece), dok je u srednjim školama taj broj znatno veći (49,6%). U srednjim školama čak polovica djece smatra da je njihova idealna tjelesna težina manja od sadašnje. Određena istraživanja rezultirala su činjenicom da su pothranjene djevojčice zadovoljnije i u vezi svoga tjelesnog izgleda od djevojčica sa normalnim ITM. Poremećaji prehrane imaju stopu smrtnosti od 4% do 18%. Svi ovi podaci ukazuju na zahtjevnost poremećaja, učestalost i porast. [3]



Graf 1. Učestalost poremećaja prehrane tijekom života u SAD-u

(<https://eatingdisorders.annualcongress.com/2018>)

Anoreksija nervoza se pojavljuje kod 7% žena i 1,5% muškaraca tijekom života. Dok, bulimija nervoza se pojavljuje kod 15% žena te kod 4,2% muškaraca. Poremećaj prejedanja se najčešće pojavljuje, kod čak 35% žena te kod 20% muškaraca.

2.3. Etiologija

Poremećaji prehrane ne nastaju zbog individualnih čimbenika, već zbog interakcije različitih čimbenika.

2.3.1. Biološki čimbenici

Kod bioloških čimbenika, bitno je najveću pažnju dati razvojnim učincima tijekom puberteta. Tijekom puberteta, dolazi do znatnih tjelesnih promjena. Razočaranje je prisutnije kod djevojčica, jer se odmiču od onog tijela koje smatraju idealnim. Važno je spomenuti model dvostrukog puta koji objašnjava pojavu poremećaja, govori o značajnom utjecaju bliskih osoba te prihvaćanju ideala. To u kombinaciji dovodi do nezadovoljstva vlastitim izgledom. [3]

Samim time, dolazimo do činjenice da je nezadovoljstvo vlastitim izgledom najsnažniji indikator za pojavu poremećaja prehrane. Dakle, kada govorimo o biološkim čimbenicima, najbitniji su genetski čimbenici, no najveću važnost pridajemo spolu i dobi.

2.3.2. Psihološki čimbenici

Osobe koje boluju od poremećaja prehrane imaju apsurdnu predodžbu tijela te zbog toga dolazi do nesigurnosti i smanjenja samopoštovanja. Uz samopoštovanje bitno je i samopoimanje odnosno slika o samome sebi, koja je kod ovih osoba loša i iskrivljena zbog normi koje su nametnute od strane društva. Možemo izdvojiti i vrijednosti i stavove koji dovode do zadovoljstva odnosno nezadovoljstva tjelesnim izgledom. [3]

2.3.3. Sociokulturni čimbenici

Roditelji imaju značajnu ulogu u tome koliko će dijete biti zadovoljno svojim tijelom, odnosno kako vidi svoje tijelo. Osobe često doživljavaju pritisak kako bi postigli ideale koje su mu nametnule bliske osobe. Važno je spomenuti i vršnjački utjecaj, osobito tijekom puberteta, jer tada pojedinac stvara svoje stavove i mišljenja. Razvijene zemlje, kao i kultura nameću svoje mišljenje idealnog tijela i to se snažno odražava na djevojke, ali i žene. Ženska mršavost se nameće kao izraz atraktivnosti, i tu se počinje stvarati velika razlika između idealnog i realnog fizičkog izgleda. Najveći i najsnažniji sociokulturni pritisak stvaraju mediji, koji pokazuju modele kao realne izgleda osoba, a ne kao neprirodno stvorene slike izgleda osoba. [3]

2.3.4. Ostali čimbenici rizika i zaštite

Čimbenici rizika mogu biti i osjećaj neefikasnosti, nedovoljni nadzor afekata te mnogi drugi. Osobe koje boluju od anoreksije su najčešće povučene, strašljive, emocionalno udaljene te sklone savršenstvu. Dok osobe s bulimijom su znatiželjne i imaju nisko samopouzdanje. [3]

Dijeta se smatra čimbenikom rizika, no važno je naglasiti kako ona ne mora nužno dovesti do određenog poremećaja prehrane.

U zaštitne čimbenike ubrajamo pozitivne vršnjačke odnose, pozitivne obiteljske odnose, sudjelovanje u sportu, medijske kompetencije. [3]

2.3.5. Modeli nastanka poremećaja prehrane

Psihodinamski model je vrlo važan model, osoba neprihvata hranu niti sliku o sebi.

Obiteljski model kod kojeg govorimo o obitelji koja ima pogrešna uvjerenja i ne prihvata razdvajanje djece tijekom adolescencije.

Kognitivno – bihevioralni model govori o neprirodnim idejama i mišljenjima tijekom koji osoba počne koristiti načine za smanjenje tjelesne mase.

Sociokulturološki model koji se temelji na kulturi. [3]

3. POREMEĆAJI PREHRANE U DJEČJOJ DOBI

Problemi sa hranjenjem kod djece dovode do zabrinutosti roditelja i to rezultira traženjem pomoći od različitih stručnjaka. Poremećaji prehrane se odnose na prepreke ili sami poremećaj u razvoju postupka hranjenja. Simptomi mogu biti različiti, od selektivnosti, neprihvatanja hrane do neprikladnog ponašanja tijekom obroka. [5] Tijekom djetinjstva je potrebno učiti djecu o pravilnoj prehrani, nepreskakanju obroka te koliko je bitan doručak. Unutar obitelji se odvijaju procesi podrške, sigurnosti, razvijanja odnosa, ali i nekih loših događaja koji mogu kasnije naštetiti djetetovom razvoju. Tijekom odrastanja, dijete počinje sudjelovati prilikom biranja namirnica i jela, što je većinom pod utjecajem obitelji i okoline. Zbog toga, vrlo je važno razvijanje zdrave prehrane od najranijeg djetinjstva. Prema podacima iz 2013. godine, u svijetu je bilo oko 43 milijuna djece mlađih od 5 godina sa prevelikom tjelesnom težinom ili gojaznošću. [6]

Malnutricija je neravnoteža između unesenih i potrošenih hranjivih tvari, što dovodi do nepovoljnih utjecaja na zdravstveno stanje, pogoršavanja rezultata bolesti te remećenja rasta i razvoja. Obuhvaća dva stanja – prehranjenost i pothranjenost. Ishodi malnutricije mogu dovesti do mišićne slabosti, razvojne i intelektualne zaostalosti, disfunkciji imunskog sustava, odgođenog zarastanja rana te mnogih drugih stanja. [5]

3.1. Ekstremna izbirljivost

Djeca od malena mogu reći što žele, a što ne žele jesti, to najčešće rade neverbalnom komunikacijom. Poremećaj najčešće započinje tijekom djetinjstva, ali može i u adolescentnoj dobi. Djeca sa ekstremnom izbirljivost jedu samo par vrsta prehrambenih proizvoda, dok sve drugo neprihvataju. Sam uzrok ekstremne izbirljivosti se ne zna. [6] Ekstremna izbirljivost može dovesti do smanjenja na tjelesnoj težini, nedovoljnog unosa hranjivih tvari ili određenih fizičkih i psihičkih poremećaja. Specifično je da djece ne žele jesti određenu hranu zbog mirisa, boje ili teksture. Djeca nemaju pogrešnu sliku o

vlastitom tijelu, niti zabrinutost zbog tjelesne težine. Većinom ta djeca imaju normalni tjelesni rast i razvoj te normalnu tjelesnu masu. [7]

3.2.Pika

Pika je privremeni poremećaj kod kojeg imamo jedenje nejestivih stvari, koje se može pojaviti i u odrasloj dobi. Traje najmanje mjesec dana. Dijete ima potrebu jesti predmete koji nisu jestivi, kao što su npr. kreda, osušena boja, blato, pijesak itd. Pika se može pojaviti kod djece s određenim intelektualnim poremećajima, razvojnim poremećajima te traumama mozga. Uzroci nisu u potpunosti poznati, no smatra se da do jedenja nejestivih stvari dolazi zbog nedostatka cinka, željeza ili kalcija. Kod pike najveći problem predstavlja činjenica da dijete može pojesti nešto što je otrovno i time se dovesti do ozbiljnih stanja. [8]

3.3. Infantilna anoreksija

Infantilna anoreksija je poremećaj prehrane koji započinje u dobi od šest mjeseci do tri godine. Poremećaj je popraćen odbijanjem hrane i poremećajima tijekom rasta i razvoja. Uzrokom se smatra nedostatak apetita, koji nastane zbog određenih emocija. Hranjenje se fokusira na emocije, a ne na osjećaj gladi, odnosno sitosti. Razvoju poremećaja doprinosti djetetov, ali i majčinski karakter. Liječenje je usmjereno na pružanje pomoći i razumijevanja obitelji. [9]

3.4. Opstipacija

Opstipaciju kod djece smatramo jednim od najčešćih problema, čije tegobe mogu utjecati na dijete ali i čitavu obitelj. Opstipacija je otežana defekacija, tvrda stolica ili smanjen broj stolica u određenom periodu. Najčešće se javljaju između 2 i 4 godine. Uz opstipaciju se javljaju tegobe kao što su bol, nadutost, krv u stolici itd. Uzroci mogu biti organski (npr. lijekovi, anomalije, bolesti) i funkcionalni (npr. stres, nepravilna prehrana). Uglavnom nastaju zbog određenog doživljaja tijekom bolne defekacije, te djeca počnu zadržavati feces kako se taj neugodni doživljaj ne bi ponovio. [10]

3.5. Dijareja

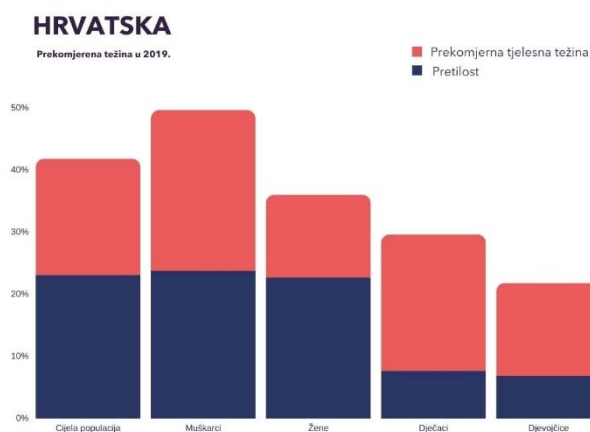
Dijareja (proljevi) definiramo kao izlučivanje vodenaste stolice. Najčešće nastaje zbog gastroenteritisa (upala sluznice želuca i crijeva). Česte stolice rezultiraju dehidracijom. Može biti praćena povraćanjem, povišenom tjelesnom temperaturom, anoreksijom ili gubitkom kilograma. Dijareja može biti akutna (uzrok npr. antibiotici) i kronična (uzrok npr. različite infekcije). Liječenje je fokusirano na rehidracijske otopine. Važno je da se kod male djece ne bi trebali uzimati lijekovi za prestanak proljeva. [11]

3.6. Mršavost

Mršavost možemo definirati kao niski ITM za određenu djetetovu dob. 2016. godine je skoro 200 milijuna djece bilo mršavo. Mršavost utječe na rast i razvoj djece. Povezujemo ju sa zaostajanjem u rastu, određenim anomalijama, bolestima i smanjenim unosom hrane. Smatra se prediktorom pothranjenosti. Prilikom liječenja potreban je plan prehrane, strpljivost i poštovanje kako bi došli do bržih i efikasnijih rezultata. [12]

3.7. Pretilost

Pretilost je kronična metabolička bolest koja utječe na duljinu te kvalitetu života pojedinca. Posljedicama pretilosti smatramo veliki broj kroničnih nezaraznih bolesti. [5] Tijekom razdoblja od 30 godina, udvostručio se broj pretilosti, zato se smatra da pretilost postaje epidemija. Nalazi se na petom mjestu po uzrocima smrtnosti u svijetu. Indeks koji se koristi za utvrđivanje prekomjerne tjelesne težine i pretilost se naziva **Indeks tjelesne mase** (ITM), koji prikazuje omjer tjelesne mase (kg) i tjelesne visine u kvadratnim metrima (m²). Prema klasifikaciji SZO, prekomjernu tjelesnu masu definiramo kada je ITM jednak ili veći od 25, dok pretilost definiramo kada je ITM jednak ili veći od 30. Pretilost dovodi do socijalne izolacije, pogoduje društveno neprikladnom ponašanju i dovodi do mentalnih poremećaja. Pretilost dovodi do razvoja šećerne bolesti, kardiovaskularnih bolesti i razvoja karcinoma. Učestalost se povećava zbog povećane količine nezdrave hrane te smanjene fizičke aktivnosti. Osnovni cilj kod liječenja je poboljšanje životnih navika. [1]



Graf 2. Prekomjerna tjelesna težina i pretilost – 2019. godine

(<https://debljinaizdravlje.hr/debljina-u-brojkama/><https://debljinaizdravlje.hr/debljina-u-brojkama/>)

4. POREMEĆAJI PREHRANE U ADOLESCENTNOJ DOBI

Poremećaji prehrane su najučestaliji psihički poremećaji. Kod adolescenata najčešće pronalazimo anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i sindrom prejedanja. Uz samu pojavu poremećaja prehrane pojavljuje se i dijeta. U Republici Hrvatskoj skoro polovica adolescenata drži dijetu. Incidencija ovih poremećaja konstantno raste te je postao veliki problem u zdravstvu. Kod samog liječenja, najvažniju funkciju ima veliki broj stručnjaka i zdravstvenih djelatnika. Smatramo ih problemima mentalnog zdravlja koji imaju efekt na fizičko zdravlje. [6]

Poremećaji prehrane predstavljaju veliki problem. O njima se ne priča puno zbog toga što je osoba neugodno, nesigurno, bespomoćno te krivo. [6]

4.1. ANOREXIA NERVOSA

Naziv *anorexia* simbolizira gubitak apetita, dok naziv *nervosa* pokazuje da se radi o određenim emocionalnim razlozima. Anoreksija nervoza je poremećaj prehrane popraćen nepromišljenim izbacivanjem hrane koju je osoba pojela. Osoba smatra da je predebela i podliježe teškom režimu koji dovodi do gubitka na tjelesnoj težini. Prvi put je bolest opisana 1689., opisao ju je R. Morton kao samoinicijativno gladovanje kod žena, koje su izbjegavale liječenje. Najčešće poremećaj započinje kod adolescenata, u dobi od 14 do

25 godina, zbog želje za idealnim tijelom ili kao odgovor na određene neuspjehe. Bolest se češće pojavljuje kod žena, može se javiti neovisno o dobi. Dok se kod muškaraca, najčešće javlja tijekom puberteta. [2]

Uzrok anoreksije nije poznat, ali smatra se da su bitni društveni čimbenici. [2] Od najznačajnijih čimbenika su društveni pritisak i mediji koji neprestano govore o tjelesnim idealima, te s tim dovode do nezadovoljstva ovih osoba. Osobe sa anoreksijom će najčešće poricati ozbiljnost situacije, jer ne mogu prihvatiti svoje stanje. [13]

Bolest započinje neprimjetno, započinje socijalnom izolacijom osobe te njenom opsjednutošću dijetama. Počinje se pojavljivati odbijanje hrane i samoizgladnjivanje. [2]

U **obilježja** anoreksije ubrajamo: mali unos hrane, niski ITM, strah, smanjenje tjelesne težine, narušenu slika vlastitog izgleda te amenoreju. [2]

4.1.1. Vrste

Anoreksija se dijeli u dva tipa:

- 1) **Restriktivni tip**: kada je osoba na dijeti, ima prekomjernu tjelesnu aktivnost te si ograničava količinu hrane. Moguće je i korištenje tableta za mršavljenje.
- 2) **Prežderavajući ili purgativni tip**: osoba provodi dijetu, ali se i prejeda te nakon toga hranu uklanja pomoću povraćanja ili lijekova. [6]

4.1.2. Simptomi

Sa postupnim mršavljenjem osobe, dolazi do prekomjerne nervoza i tjeskobe. [14] Poremećaj započinje sa provođenjem dijetu te izbjegavanjem hrane, što dovodi do nervoze. Od tjelesnih simptoma se pojavljuju suha koža te sluznica usta, koža je manje prokrvljena, oštećena zubna caklina, krhka kosa, izostanak dlakavosti. Često se javljaju bol, meteorizam i zatvor. Osoba sa anoreksijom su zimogrozne, pojavljuje se bradikardija te poteškoće s hormonima. [6]

Glavni klinički znak je pothranjenost. Kada osoba postane pothranjena, dolazi do poremećaja organskih sustava u tijelu. Dolazi do poremećaja rada svih žlijezda te organa koji se nalaze u trbušnoj šupljini. Može doći do dehidracije, nesvjestice, metaboličke acidoze. Situacija se može još dodatno pogoršati povraćanjem, konzumiranjem laksativa i diuretika, te na kraju može doći do smrti. [14]

Osobe s anoreksijom nervozom dijelimo na dvije skupine ljudi. Jedna polovica osoba se prejeda i zatim uklanja tu hranu povraćanjem ili korištenjem diuretika, dok druga polovica

pazi na količinu hrane koju unosi u organizam. [14] Prvi dio ljudi su jako manipulativni, kako ne bi shvatili njihove namjere. Taj oblik anoreksije se javlja kod skoro polovice bolesnika. [15]

Apetit je kod osoba sa anoreksijom prisutan sve dok ne dođe do *kaheksije* (veliki gubitak tjelesne mase i mišića). No, i kada dođe do tog, osobe su sklone teškim treninzima. Ukoliko dobiju na tjelesnoj težini, smatraju to kao neuspjeh i razočarani su. [15]



Slika 1. Osoba koja boluje od anoreksije nervoze
(<http://www.gimnazija-varazdin.skole.hr/upload/gimnazija-varazdin/images/newsimg/182/Image/anoreksijaslika6.jpg>)

4.1.3. Refeeding sindrom

Refeeding sindrom (sindrom dohrane) je poremećaj elektrolita i tjelesnih tekućina. Javlja se nakon metaboličke nepravilnosti kod pothranjenih osoba, nakon što im se iznova uvede prehrana, neovisno o načinu primjene prehrane. Faktori rizika su: niske količine određenih minerala, neuhranjenost, smanjena tjelesna težina i ne konzumiranje dovoljne količine hrane. Komplikacije se mogu manifestirati na svim organskim sustavima, ali najčešće promjene su na živčanom i kardiovaskularnom. Komplikacije mogu dovesti i do smrti. [16]

4.1.4. Liječenje

Anorexia nervosa se smatra jednim od najkompliciranijih poremećaja. Kod liječenja najvažnija je komunikacija, odnos utemeljen na povjerenju, podršci, motivaciji i međusobnom uvažavanju. U liječenju moraju sudjelovati psihijatar, psiholog, medicinska sestra, nutricionist i mnogi drugi stručnjaci. [6]

Dijagnosticira se na osnovi velikog smanjenja na tjelesnoj težini i određenih psiholoških problema. Liječenje se sastoji od dva koraka, prvi je vraćanje normalne težine, dok je drugi psihoterapija. [17]

Prije samog liječenja bolesti, potrebno je znati da gubitak težine nije uzrokovana shizofrenijom, primarnom depresijom, šećernom bolesti ili karcinomom jer ta stanja nisu povezana sa anoreksijom. Anoreksija ima visoku smrtnost, čak 10%. Čak i neki blagi oblici anoreksije mogu rezultirati smrću. Kod polovice bolesnika, dolazi do komplikacija ili recidiva, dok kod ostatka osoba dolazi do povlačenja svih komplikacija. Ishod liječenja je uspješniji kod djece. Tek kada osoba stabilizira cjelokupno stanje, dolazi do liječenja kroz duži vremenski period, koje traje još godinu dana. Liječenje pomaže osobi da prihvati sebe tj. svoje tijelo. [15]

Liječenje se provodi pomoću **psihoterapije**, konstantnog praćenja kod liječnika te provođenja pravilne prehrane. Samo liječenje ovisi o tome u kojem stadiju se poremećaj nalazi te o suradljivost i prihvaćanju osobe. Hospitalizacija je dugotrajna, provodi se kad osoba izgubi više od jedne četvrtine svoje težine, nakon otpusta potrebna je psihoterapija. Psihoterapija je stvar izbora i provodi se tek kada osoba više nije u određenoj opasnosti od smrti. Psihoterapiju provodimo kako bi otkrili emocionalne poteškoće te neke probleme u odnosima. Cilj je pomoći osobi da vrati težinu koju je imala te kako ne bi došlo do komplikacija i na kraju krajeva, smrti. No, i kada osobe vrate tjelesnu težinu, ponekad stanje nije dobro zbog opsjednutosti tjelesnom težinom. [6]

Liječenje se provodi putem ambulantnog i bolničkog liječenja. U **ambulantno liječenje** spada psihoterapija, međutim kada ona ne pomogne, pacijent ide na bolničko liječenje. Cilj je odvući pozornost osobi od vlastitog tijela. Tada nam je potrebna pomoć terapeuta jer će se pojaviti neraspoloženost te tjeskoba kod osobe. Veliki značaj pridajemo grupnoj psihoterapiji jer se tada osobe osjećaju ravnopravno, pružen im je osjećaj razumijevanja te empatija. **Bolničko liječenje** je dugotrajnan proces koji je kombinacija psihoterapije i lijekova. Osoba idu na bolničko liječenje kada bolest uznapreduje. [6]

Dijetoterapija se provodi kako bi osobi vratili tjelesnu težinu, uspostavili uravnotežen i pravilan način hranjenja te pravilan menstrualni ciklus. Prvi izbor načina dijetoterapije je oralni, sekundarni je enteralni, a parenteralni se smatra tercijarnim izborom. U *oralni* put liječenja uključujemo nutricionista koji zajedno s pacijentom radi plan prehrane. *Enteralnu* prehranu provodimo pomoću nazogastrične sonde ili gastrostome. Kod *parenteralne* prehrane osoba sve hranjive tvari dobije putem krvožilnog sustava, pomoću centralnog ili perifernog katetera. [6]

4.2.BULIMIA NERVOSA

Bulimia nervosa je sindrom prežderavanja ili pražnjenja. Bulimija je poremećaj koji se sastoji od niza prežderavanja nakon čega dolazi do zlouporabe lijekova ili samoizazvanog povraćanja. [6] Kroničan poremećaj koji traje duži niz godina i ima kontinuirane remisije. [2] Kao i kod anoreksije, većina osoba koja boluje od bulimije su žene, koju su zabrinute o tjelesnoj težini te slici vlastitog tijela. [18]

Slično kao i osobe s anoreksijom, osobe s bulimijom su zabrinute o tjelesnoj težini te posjeduju veliki strah od debljanja. [6] Karakterizira ih želja za mršavosti, no želja za hranom je puno veća. Svjesniji su ozbiljnosti problema, zbog toga osjećaju strah i krivnju te odu liječniku. [18]

Bulimija se lakše otkrije, zato što s osoba s bulimijom ima kontinuirane potrebe za pretjeranom konzumacijom hrane, jednostavno ne postoji određena kontrola, prestaju jesti tek kada se pojavi bol u želucu. Odnosno, kada količina hrane počne smetati tijelu jer su preopteretili želudac. [6] Tada se pojavi i strah te tendencija za povraćanjem. Često su nervozni i živčani te mogu koristiti alkohol ili drogu kako bi uklonili nelagodu ili frustraciju. Bulimija nervoza se dijagnosticira ukoliko se osoba najmanje dva puta tjedno prejeda. [18]

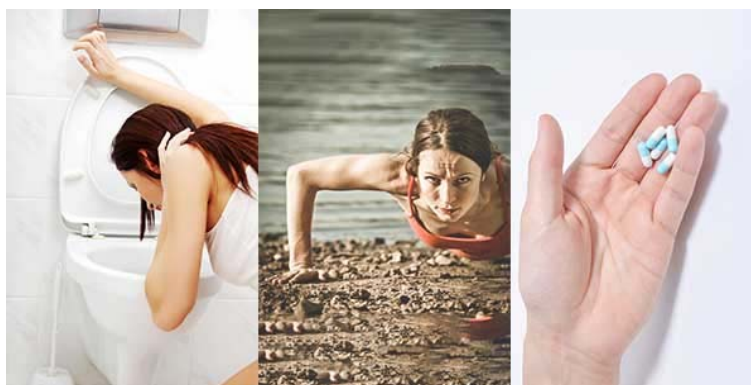
Bulimija se može dijagnosticirati kada se: ponavljaju epizode prejedanja, ponavlja se neodgovarajuće ponašanje, osoba se prejeda i ima neodgovarajuće ponašanje minimalno 2 puta tijekom 3 mjeseca, osoba se pogrešno procjenjuje te kada se poremećaj ne javlja tijekom anoreksije. [19]

Bulimija nervosa se češće pojavljuje kod žena (1,6%), dok kod muškaraca nešto manje (0,5%). Usporedno s anoreksijom, važno je uočiti kako ove osobe najčešće imaju

normalnu tjelesnu masu. Bulimija može uzrokovati *hipokalijemiju* (niska koncentracija kalija), oštećenje želuca ili jednjaka te *kardiomiopatija* (oštećenje srca). Međutim, za razliku od anoreksije, nema prevelikog gubitka tjelesne mase, samim time niti kompliciranija stanja. [20]

4.2.1. Vrste

- 1) **Purgativni** tip – osobe primjenjuje inducirano povraćanje, zlouporabu lijekova (laksativa ili diuretika) kako bi uklonili hranu koju su pojeli iz organizma
- 2) **Nepurgativni** tip – osoba koristi određene postupke (pretjerana fizička aktivnost i vježbanje) kako se ne bi osjećali tjeskobno i nervozno [2]



Slika 2. Inducirano povraćanje, vježbanje te zlouporaba lijekova

(<https://www.psihoterapija-ordinacija.si/dusevne-motnje/motnje-hranjenja/bulimija>)

4.2.2. Simptomi

Na prstima, odnosno koži mogu se uočiti promjene koje su nastale zbog potrebe za uzrokovanjem povraćanja – to se naziva *Russelov* znak. Samoizazvano povraćanje može dovesti do problema sa usnom šupljinom, žlijezdama, jednjakom, gušteračom ili želucom. Isto tako, može doći do poremećenog rada srca, spazma mišića, na kraju i oduzetosti i smrti. [6]

Kod osoba s bulimijom mogu se pojaviti *kleptomanija* (poremećaj kontrole nagona) i *promiskuitet* (seksualno ponašanje kod kojeg dolazi do čestog mijenjanja seksualnih partnera). Pojavljuju se i depresija, tjelesni nemir i strah da će doći do neprikladnog ponašanja. [6]

Prejedenja su najčešće uzrokovana stresom, moguće je da do epizoda prejedanja dođe više puta dnevno. Obično osobe koje boluju od bulimije imaju normalnu tjelesnu masu. Kao i kod anoreksije, osobe su frustrirane, uznemirene i razočarane svojim fizičkim izgledom. Međutim, za razliku od anoreksije, ove osobe su svjesnije poremećaja kojeg imaju i osjećaju za to krivicu. Češće se kod njih javlja anksioznost, a manje socijalna izolacija te su skloniji neprikladnom ponašanju. [19]

4.2.3. Liječenje

Liječnik sumnja na bulimiju kada je osoba uznemirena zbog tjelesne težine, ima natečene žlijezde slinovnice, ožiljke na prstima, oštećenu zubnu caklinu ili nisku razinu kalija u krvi. [18]

Liječenje se sastoji od **psihoterapije** ili **farmakoterapije** ili njihovom kombinacijom, najbolje rezultate liječenja dobijemo kombinacijom. Kod psihoterapije je najbitnija kognitivna, dok od lijekova antidepressivi. Liječenje se može provoditi individualnim, grupnim ili obiteljskim tretmanima. Tijekom liječenja fokus se stavlja na pacijentovo ponašanje te njegove misli. [2]

Liječenje se sastoji od dva cilja, prvo je da vratimo osobi uravnotežen način prehrane i liječenje psihičkih poremećaja. Dok se drugi odnosi na popravljivanje ponašanja i uklanjanje neumjerenog konzumiranja hrane. Postoje interpersonalna i obiteljska terapija. Interpersonalna terapija se bavi problematikom ponašanja. Obiteljska terapije pokušava potaknuti obitelj da shvati ozbiljnost poremećaja. [6]

Liječenje u bolnici se provodi kod određenih teških medicinskih stanja, kao što su elektrolitski disbalans, dehidracija itd. Vrlo je važna **kognitivno – bihevioralna terapija**, tijekom koje se pokušava promijeniti razmišljanje osobe te njeni stavovi. Od ostalih načina liječenja mogu se provoditi: liječenje slikanjem, muzikoterapija, hipnoza itd. [6]

Krajnji ciljevi liječenja su motivacija, balansiran plan prehrane, uklanjanje zabrinutosti i spječavanje ponovne pojave epizoda prejedanja. Kognitivno-bihevioralna terapija dovodi do dugoročnih rezultata, sprječava epizode prejedanja kod skoro polovice pacijenata. Psihoterapija se provodi kad kognitivna terapija nije moguća. Lijekove koristimo kako bi uklonili nelagodu i nervozu. Od lijekova se koristi *Fluoksetin*. [20]

4.3. SINDROM PREJEDANJA

Prejedanje je poremećaj prehrane koji karakterizira neumjerenog unos hrane. Kod ovog poremećaja nema samoizazvanog povraćanja, smanjenog unosa hrane ili čišćenja organizma. Sve je veća rasprostranjenost i učestalost, većinom kod žena. Kao i kod anoreksije i bulimije, poremećaj je popraćen neprihvatanjem i nezadovoljstvom vlastitog tijela te nedostatkom samopouzdanja. Često se javlja sa bulimijom i depresijom. Osoba ima veći niz epizoda s prejedanjem, između kojih nema povraćanja, odbacivanja hrane ni konzumiranja lijekova. [2] Nakon toga pojavi se anksioznost ili tjeskoba jer se osoba ne može kontrolirati, pa se odluči na različite dijetete. Dijete potaknu potrebu za hranom te glad i tako potakne osobu da se prejeda. Nakon epizode prejedanja, osoba ponovno počinje s određenom dijetom i tako „pada“ u konstantan ciklus prejedanja. Samim time, liječenje je usredotočeno na emocionalne reakcije i samopouzdanje. [6]

Kada govorimo o sveukupnoj populaciji, poremećaj se javi kod oko 4% žena i 2% muškaraca. Kada bi ga usporedili s bulimijom i anoreksijom, važno je uočiti da se on manifestira kod pretelih osoba, te da je zastupljen kod više od 30% ljudi koji žele reducirati tjelesnu masu. No, kada ga usporedimo sa anoreksijom, istaknuto je da najčešće radi o starijim osobama, muškog spola. [21]

4.3.1. Kriteriji

Kriteriji za sindrom prejedanja su: epizode prejedanja koje se ponavljaju u kraćem vremenskom periodu ili epizode kod kojih osoba izgubi kontrolu nad hranom. Epizode kod kojih osoba jede brže inače, jede sve dok ne dobije osjećaj neprijatne popunjenosti, jede na osami, jede iako nema osjećaj fizičke gladi ili kad se osoba gadi sama sebi. Kada se osoba prejeda najmanje jednom tijekom tjedna unutar par mjeseci. I na kraju, kada se prejedanje nije povezano ni sa anoreksijom niti bulimijom. [19]

4.3.2. Simptomi

Hrana koju osoba pojede može biti veća od dnevnih hranjivih vrijednosti za čak 10 puta. Pojavljuje se nedostatak kontrole nad konzumiranjem hrane. Česti simptomi koji se javljaju su: razuzdano jedenje odnosno „*binge eating*“, strah, potištenost, samoosušivanje, započinjanje dijeta, socijalna izolacija, osjećaj grižnje savjesti itd. [6]

Poremećaj dovodi do različitih poremećaja. Može se javiti depresija te opsjednutost vlastitim izgledom. Poremećaj prejedanja je drugačiji od bulimije jer ne dolazi do povraćanja, konzumiranja lijekova niti pretjerane fizičke aktivnosti. [21]



Slika 3. Osoba sa poremećajem prejedanja

(<https://www.fitness.com.hr/mrsavljenje/savjeti/Poremecaji-u-prehrani-anoreksija-bulimija.aspx>)

4.3.3. Liječenje

Poremećaj se liječi psihoterapijom, kognitivno-bihevioralnom terapijom i kada je potrebno upotrebom lijekova. **Psihoterapija** se odnosi na bihevioralnu terapiju. Tijekom liječenja potrebno je educirati osobe o važnosti zdrave prehrane, mogućim komplikacijama, potrebi za umjerenosti te o važnosti redovite fizičke aktivnosti. Intervencije liječenja se dijele s obzirom na broj i količinu obroka. Ni jedna dijeta se ne smatra povoljnom kroz duži vremenski period. Potrebna je raznolika, pravilna i uravnotežena prehrana, koja je napravljena za duži period. Potrebno je postupno reduciranje unosa nutrijenata kako bi došlo do gubitka na tjelesnoj težini. Pokraj prehrane, vrlo je bitna fizička aktivnost i redovita tjelovježba. Ističu se grupne terapije, pomoću kojih osobe dobiju podršku, motivaciju i realniju sliku svog problema. [6]

Najuspješnijim terapijskim postupkom se pokazala kognitivno-bihevioralna terapija. No, kod nje kao i kod psihoterapije, često dolazi do remisija i recidiva. Kada dođe do poboljšanja poremećaja, traje najčešće duži vremenski period. Upotreba lijekova (antidepresiva) dovodi do kratkog učinka prilikom liječenja, dok oni koji se koriste kako bi umanjili apetit ili smršavili mogu biti od pomoći prilikom liječenja. [21]

5. NESPECIFIČNI POREMEĆAJI PREHRANE

5.1. Pregoreksija

Pregoreksija je pojam koji označava zastupljenost simptoma koji su nalik anoreksiji, kod trudnica i žena koje su nedavno rodile. [22] Žene imaju strah od debljanja i opsesivno prate vlastitu tjelesnu težinu. Samim tim, počinju vježbati i regulirati kalorije kako ne bi došlo do porasta tjelesne težine. To sve može rezultirati određenim komplikacijama u trudnoći (npr. produljeni ili prijevremeni porod) i raznim zdravstvenim stanjima. [2]

5.2. Ortoreksija

Ortoreksija je poremećaj prehrane kod kojeg je osoba opčinjena zdravom prehranom. Osoba je usredotočena na kvalitetu hrane, ne na količinu. Osobe su rijetko kad fokusirane na mršavljenje, opsjednute su čistoćom hrane i dijetama. [2]

5.3. Diabulimija

Diabulimija je poremećaj koji se javlja kod osoba koje boluju od dijabetesa, najčešće se radi o dijabetesu tipa 1. Osoba sama sebi ograniči količinu inzulina, kako bi smršavila, to može dovesti do raznih opasnih stanja po život. [2]

5.4. Drunkoreksija

Drunkoreksiju definiramo kao proces kod kojeg imamo spoj neumjerenog konzumiranja alkohola i gladi, kako ne bi došlo do velikog unosa kalorija. Često se javlja kod mlađih ženskih osoba u dobi od 18-24 godine. [2]

6. PREVENCIJA POREMEĆAJA PREHRANE

Poremećaji prehrane su pod djelovanjem određenih čimbenika te je samim time moguće inicirati preventivne programe. Preventivni programi su neophodni kako bi spriječili sam nastanak poremećaja, uklonili posljedice te kako bi osoba shvatila ozbiljnost problema. Prevencija se treba organizirati od predškolske dobi. Preventivni programi bi trebali biti fokusirani na sve poremećaje prehrane, a ne samo jedan. Programi prevencije poremećaja prehrane mogu poboljšati stavove i mišljenja te smanjiti razvoj poremećaja. Isto tako, oni mogu ukloniti negativne faktore (kao što su nezadovoljstvo vlastitim tijelom ili gubitak

samopouzdanja) te ojačati i isticati snagu zaštitivnih čimbenika. Prevencija se provodi na primarnoj, sekundarnoj te tercijarnoj razini. [3]

6.1. Primarna ili univerzalna prevencija

Primarna prevencija se primjenjuje kako bi smanjila učestalost bolesti u cijelokupnoj populaciji. Mnogi autori smatraju kako je moguće utjecati na čimbenike rizika, edukaciju, zadovoljstvo tijelom te promociju zdravlja i dobrobiti. [3]

6.2. Sekundarna ili selektivna prevencija

Sekundarna prevencija se zasniva na ranom prepoznavanju poremećaja kako ne bi došlo do određenih stanja. Ona se bazira na skraćivanju vremena bolesti i samom ubrzavanju intervencija. [2] Selektivna prevencija je usredotočena na pojedince koji imaju povećani rizik od ostatka populacije – npr. djeca čiji roditelji boluju od poremećaja prehrane. Fokusirana je na populaciju za koju smatramo da je u riziku, kako bi na vrijeme otkrili problem ili određeno prekoračenje tijekom prehrane. Bitno je uočiti čimbenike koji utječu na traženje pomoći, odnosno pronaći ih kako bi skratili vrijeme traženja pomoći kada nastupi. Ova prevencija ustvari, želi pomoći osobama i pokazati im kako doći do zdravog stava prema vlastitom tijelu i jedenju. Smatra se kako programi koji su fokusirani na jednu osobu dovode do većih rezultata od univerzalnih programa. [3]

6.3. Tercijarna ili indicirana prevencija

Tercijarna prevencija je usmjerena na smanjenje dugoročnih posljedica, odnosno na smanjenje morbiditeta i smrtnosti. [2] Stavlja kao cilj pronalazak simptoma poremećaja prehrane te rane mjere. Odnosno, spriječavanje razvoja simptoma i spriječavanje njihovog razvoja tijekom liječenja u bolnici. [3]

6.4. Programi prevencije poremećaja prehrane

U Republici Hrvatskoj postoje određeni programi i udruge koje provode preventivne mjere.

Nacionalni program „Živjeti zdravo“ je osnovan 2015. godine. Cilj je unaprjeđenje zdravlja te promicanje zdravog načina života u vrtićima i školama. Program želi educirati ljude o pravilnoj prehrani, potrebi fizičke aktivnosti, tjelesnoj težini, kroničnim bolestima

te mentalnom zdravlju. Isto tako, omogućiti najveću moguću kvalitetu života svim osobama. Program se sastoji od pet ključnih elemenata: educiranost o zdravlju, prehrani, fizičkoj aktivnosti, radnom mjestu i okolišu. [23]

Udruga za pomoć osobama koje boluju od anoreksije nervoze ili bulimije nervoze „**Libella**“ je osnovana 2001. godine u Rijeci. Cilj je promoviranje zdravlja odnosno pomaganje i pružanje osobama koje boluju od tih poremećaja prehrane. Isto tako, edukacija, unaprijeđenje zdravstvenog stanja te provedba različitih vrsta aktivnosti. Udruga informira osobe putem intervjua, savjetovanja, seminara te predavanja. Udruga naglašava nužnost potpore unutar obitelji. [24]

Udruga **Nada** za pomoć osobama koje boluju od poremećaja prehrane, osnovana 2002. godine u Zagrebu. U udruhu je uključeno deset specijalista. Ciljevi udruge su: edukacija, unaprijeđenje zdravlja, pružanje pomoći, rana dijagnostika te podučiti javnost o ozbiljnosti poremećaja prehrane. [25]

BEA – centar za osobe koje boluju od poremećaja prehrane je osnovan 2012. godine u Zagrebu. Cilj je pružanje podrške i pomoći, edukacija, prevencija i liječenje poremećaja prehrane. [26] Centar BEA se nastavlja na preventivni program „*Tko je to u ogledalu?*“ koji se odvija 2014. i 2015. godine, u srednjim školama, želi pomoći osobama da prihvate određeni poremećaj prehrane koji imaju. Isto tako, odvijale su se i radionice koje su govorile o fizičkom izgledu te stavu prema njemu. [27]

Ne postoji niti jedan zakon koji određuje intervencije povezane sa poremećajima prehrane.

7. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Sama uloga medicinske sestre podrazumijeva pružanje pažnje, potpore i empatije pacijentu, ali i edukaciju. Potrebno je stvoriti odnos povjerenja pomoću komunikacije, odnosno međusobno uvažavanje i poštovanje, kako bi poboljšali sami razvoj terapije odnosno liječenja. Vrlo je važno pružiti nadu pacijentu cijeloj obitelji, ne samo pacijentu. Kako bi liječenje bilo uspješno, potrebno je uključiti cijelu obitelji, educirati ih te pružati nadu. Kada se radi o samoj prehrani, vrlo je bitna prevencija svake komplikacije, nadzor

i održavanje samog postupka hranjenja. Potrebno je poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića i privatnosti. Vrlo je bitan holistički pristup svakom pacijentu, tj. cjelovit pristup zdravlju. Medicinska sestra mora biti strpljiva, puna razumijevanja, te gledati na svakog pacijenta individualno. [6]

7.1. Sestrinske dijagnoze

Kako bi odredila određene sestrinske intervencije, tj. postavila sestrinske dijagnoze te napravila plan zdravstvene njega, medicinska sestra mora prvo uzeti anamnezu i utvrditi zdravstveni status pacijenta. Kada govorimo o poremećajima prehrane, najčešće dijagnoze su: depresija, anksioznost, gubitak samopouzdanja, neuravnotežena prehrana, prekomjerna fizička aktivnost, visok rizik za samoozljeđivanje, visok rizik za dehidraciju, visok rizik za samoubojstvo, socijalna izolacija, strah te mnoge druge. [6]

7.2. Sestrinske intervencije i ciljevi

Sestrinske intervencije se postavljaju nakon određivanja sestrinskih dijagnoza. Za lakše provođenje intervencija bitno je pacijentovo prihvaćanje trenutnog stanja, odnos utemeljen na povjerenju i poštivanju te promatranje pacijenta. Cilj zdravstvene njege je što brže dovesti pacijenta do samostalnosti i zadovoljiti što veći broj osnovnih ljudskih potreba.

Intervencije dijelimo u četiri kategorije: praćanje i poučavanje, poticanje i motiviranje, podrška i razumijevanje te edukacija.

1. **Praćanje (monitoriranje) i poučavanje** podrazumijeva neprimjetno promatranje pacijenta tijekom hranjenja, s time vidimo svaki segment tijekom pacijentovog hranjenja. Isto tako, konstanto educiranje pacijenta o zdravim prehrambenim navikama. Medicinske sestre pružaju pacijentu opširne smjernice, koje se ponavljaju sve dok ih pacijent ne zapamti. Neke od intervencija koje medicinske sestre koriste tijekom poučavanja: educiraju o načinu sjedenja, priboru za jelo, uzimanju prikladnih obroka itd.
2. **Poticanje i motivacija** koje se provodi kako bi ohrabivali pacijenta za hranjenje. Postoje kratki ali jaki poticaji (npr. riječ „hajde“), te opširnije metode motiviranja (spominjanje bliskih osoba).
3. **Podrška i razumijevanje** koje je potrebno pružiti pacijentu kako bi brže došlo do napretka. Uz to, potrebno je suosjećanje s bolesnikom i razumijevanje.

4. **Edukacija** koja se provodi kako bi pacijent dobio sve potrebne informacije o specifičnim karakteristikama bolesti, prehrambenim navikama, životnim stilovima te utjecaju bolesti na ponašanje.

Sestrinske intervencije mogu uključivati: svakodnevnu procjenu pacijentovog stanja, vaganje, praćenje unesene hrane i tekućine, primjena terapije, osigurati odmor i spavanje, planiranje svakodnevnih aktivnosti, stvoriti odnos povjerenja, ohrabrivati i educirati pacijenta i obitelj. [6]

8. ZAKLJUČAK

Pravilna prehrana u kombinaciji sa zdravim načinom života može pridonijeti boljem zdravstvenom stanju. Kod svih poremećaja prehrane pronalazimo negativno percipiranje osobe, gledano s obzirom na fizički izgled i tjelesnu masu. Svakog dana se susretnemo sa određenim učincima medija koji žele nametnuti ideal savršenog tijela i tako zaborave i odbace činjenicu koliko je bitna unutarnja ljepota. Medije ističemo kao jedan od glavnih prenositelja te pokretača slike o idealnom lijepom fizičkom izgledu.

Potrebno je istaknuti kako poremećaji prehrane nastanu zbog emocionalnog zdravlja. Zato je vrlo važno da roditelji djecu od najmlađe dobi uče o važnosti pravilne i zdrave prehrane. Također, važno je istaknuti i potrebu komunikacije unutar obitelji oko prehrane ali i drugih životnih poteškoća.

Kako bi riješili poremećaje prehrane, potrebno je poznavati njihovu etiologiju, te je vrlo bitno gledati na sve čimbenike rizika. Rizični čimbenici se smatraju temeljem prilikom osmišljavanja preventivnih programa. Kao najznačajniji čimbenik rizika smatra se nezadovoljstvo vlastitim tijelom, koje kasnije i dovede do određenih stanja kao što su npr. depresija i anksioznost. Uz rizične čimbenike, istaknuti su zaštitni čimbenici koji pomažu osobama da se suoče sa svojim poremećajem prehrane.

Ukoliko se na vrijeme otkrije te promatra zdravstveno stanje moguće je prevenirati određene komplikacije te napredovanje bolesti. Osobama koje boluju od poremećaja prehrane nužna je dugotrajna i kompleksna liječnička, ali i stručna pomoć. Prilikom liječenja, vrlo je važna uloga medicinske sestre koja svojim stečenim znanjem mora educirati pacijenta ali i obitelj, kako bi sam proces liječenja bio efikasniji.

9. LITERATURA

- [1] Krešić, G. Trendovi u prehrani. 1. izd. Opatija: Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu; 2012, str. 10-44.
- [2] Čuk M., Rožman J. Prevencija poremećaja prehrane. Sestrinski glasnik 2021; 26(1): str 50-57 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/372363> Datum pristupa informaciji: 15.05.2022.
- [3] Ambrosi-Randić, N. Razvoj poremećaja hranjenja. 1.izd. Zagreb: Naklada Slap; 2004.
- [4] Sambol, K., Cikač, T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. Medicus. 2015; 24(2), 165-171 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/218261> Datum pristupa informaciji: 15.05.2022.
- [5] Kolaček S., Hojsak I., Niseteo T. Prehrana u općoj i kliničkoj predijatriji. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2017, str. 9-13., 197-231.
- [6] Tirić Z. (2017) Poremećaji hranjenja u dječjoj i preadolescentnoj dobi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet Dostupno na adresi : <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1629/datastream/PDF/view> Datum pristupa informaciji: 19.05.2022.
- [7] E. Attia, B.T. Walsh. Poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane. Dostupno na adresi: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12598> Datum pristupa informaciji: 24.06.2022.
- [8] Pika. Dostupno na adresi: <https://www.poliklinikaabr.hr/objasnjenje-pojmova/89-pika> Datum pristupa informaciji: 24.06.2022.
- [9] Chatoor I. Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder or separation and individuation. PubMed 2017; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2470708/> Datum pristupa informaciji: 24.06.2022.
- [10] Opstipacija u djece. Dostupno na adresi: <https://poliklinika-helena.hr teme-za-roditelje/opstipacija-u-djece/> Datum pristupa informaciji: 24.06.2022.

- [11] Proljev u djece. Dostupno na adresi: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/proljev-u-djece> Datum pristupa informaciji: 24.06.2022.
- [12] J Prev Med Hyg. Prevalence, trends and risk factors of thinness among children and adolescents. National Library of Medicine 2019; Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953448/> Datum pristupa informaciji: 24.06.2022.
- [13] Anoreksija nervoza. Dostupno na adresi: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/poremecaji-jedenja/anoreksija-nervoza> Datum pristupa informaciji: 29.05.2022.
- [14] Poremecaji hranjenja. Dostupno na adresi: <https://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/75/Poremecaji-hranjenja.html> Datum pristupa informaciji: 01.06.2022.
- [15] E. Attia, B.T. Walsh. Anoreksija nervoza. Dostupno na adresi: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12597> Datum pristupa informaciji: 25.06.2022.
- [16] Ljubas Kelečić D., Vranešić Bender D., Krznarić Ž. Razumijevanje, prevencija i liječenje refeeding-sindroma: uloga tiamina. Liječnički vjesnik 2021; 143: 120-129 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/256841> Datum pristupa informaciji: 06.06.2022.
- [17] Anoreksija nervoza – dijagnoza i liječenje. Dostupno na adresi: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/27363/Anoreksija-nervoza-dijagnoza-i-lijecenje.html> Datum pristupa informaciji: 29.05.2022.
- [18] Bulimija nervoza. Dostupno na adresi: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/poremecaji-jedenja/bulimija-nervoza> Datum pristupa informaciji: 31.05.2022.
- [19] F 50 anoreksija, bulimija, prejedanje. Dostupno na: <http://www.f50-anoreksija-bulimija-prejedanje.centarbea.hr/> Datum pristupa informaciji: 24.06.2022.

- [20] E. Attia, B.T. Walsh. Bulimija nervoza. Dostupno na adresi: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12600> Datum pristupa informaciji: 25.06.2022.
- [21] E. Attia, B.T. Walsh. Poremećaj prejedanja. Dostupno na adresi: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12599> Datum pristupa informaciji: 25.06.2022.
- [22] Pregoreksija – anoreksija u trudnoći. Dostupno na adresi: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/psihijatrija/pregoreksija-anoreksija-u-trudnoci-17970> Datum pristupa informaciji: 06.06.2022.
- [23] Živjeti zdravo – O projektu. Dostupno na adresi: <https://zivjetizdravo.eu/o-projektu/> Datum pristupa informaciji: 23.06.2022.
- [24] Libella – portal o rodu, spolu i demokraciji. Dostupno na adresi: <https://www.libela.org/> Datum pristupa informaciji: 23.06.2022.
- [25] Udruga Nada Zagreb – pomoć oboljelima od poremećaja u prehrani. Dostupno na adresi: <https://mojazupanija.hr/listings/udrug-a-nada-zagreb-pomoc-oboljelima-od-poremecaja-u-prehrani/> Datum pristupa informaciji: 23.06.2022.
- [26] BEA – Centar za poremećaje hranjenje. Dostupno na adresi: http://www.centarbea.hr/o_nama Datum pristupa informaciji: 23.06.2022.
- [27] BEA – Centar za poremećaje hranjenja: Prevencija. Dostupno na adresi: <http://www.centarbea.hr/Prevencija> Datum pristupa informaciji: 23.06.2022.