

Poremećaji hranjenja u djece - anoreksija i bulimija

Gabrilo, Karmen

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:162:689108>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-14**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Karmen Gabrilo

**POREMEĆAJI HRANJENJA U DJECE –
ANORKESIJA I BULIMIJA**

Diplomski rad

Zadar, 2023.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

POREMEĆAJI HRANJENJA U DJECE – ANOREKSIJA I BULIMIJA

Diplomski rad

Student/ica:
Karmen Gabrilo

Mentor/ica:
izv. prof. dr. sc. Nataša Skitarelić

Zadar, 2023.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Karmen Gabrilo**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Poremećaji hranjenja u djece – anoreksija i bulimija** 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, 21. rujna 2023.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svim djelatnicima Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstvo u Zadru na svom znanju, podršci, provedenom vremenu i vještinama koje su mi omogućili tijekom pohađanja studija. Time su doprinijeli mojem razvoju, usavršavanju i stjecanju kompetencija. Također, želim zahvaliti i svojim bližnjima, svim prijateljima i poznanicima koji su me redovito ohrabivali, pružali potporu i pomoć u svakom trenutku obrazovanja. Posebno i najviše želim zahvaliti svojoj mentorici izv. prof. dr. sc. Nataši Skitarelić koja mi je uvijek bila na raspolaganju.

SAŽETAK

Poremećaji u prehrani su česti kod djece i adolescenata, a dva najčešća su anoreksija i bulimija. Anoreksija se karakterizira nedostatkom tjelesne mase, prekomjernim strahom od debljanja, poremećajem tjelesne slike i niskim samopouzdanjem. Bulimija uključuje ponavljajuće epizode prejedanja praćene pokušajima da se hrana eliminira iz tijela, obično povraćanjem ili korištenjem laksativa. Oba poremećaja mogu dovesti do ozbiljnih fizičkih i emocionalnih problema.

Uzroci anoreksije i bulimije su složeni i uključuju biološke, psihološke i društvene faktore. Djeca i adolescenti koji su skloni poremećajima u prehrani često imaju nisko samopoštovanje, poteškoće u vladanju emocijama, težem postavljanju granica i mogu biti skloni perfekcionizmu. Dijagnoza se postavlja ispitivanjem psihičkog i fizičkog stanja, detaljnom anamnezom i uvidom u prehrambene navike i ponašanja djeteta te različitih upitnika za procjenu. Liječenje se zasniva na psihoterapiji, medicinskom praćenju, vođenju prehrane i hidracije, vraćanja tjelesne težine na normalnu razinu. Prevencija poremećaja u prehrani uključuje promicanje zdravog stila života, uključujući uravnoteženu prehranu i redovitu tjelesnu aktivnost te promicanje pozitivnog tjelesnog samopoštovanja. Također je važno educirati roditelje, učitelje i druge osobe koje rade s djecom o ranoj dijagnostici i liječenju poremećaja u prehrani te o zdravim pristupima prehrani i tjelesnom izgledu.

Ključne riječi: poremećaji u prehrani, anoreksija, bulimija, liječenje

SUMMARY – EATING DISORDER IN CHILDREN - ANOREXIA AND BULIMIA

Eating disorders are common in children and adolescents, the two most common being anorexia and bulimia. Anorexia is characterized by a lack of body mass, excessive fear of gaining weight, body image disturbance, and low self-esteem. Bulimia involves repeated episodes of binge eating followed by attempts to eliminate food from the body, usually by vomiting or using laxatives. Both disorders can lead to serious physical and emotional problems.

The causes of anorexia and bulimia are complex and include biological, psychological, and social factors. Children and adolescents who are prone to eating disorders often have low self-esteem, difficulties in controlling emotions, difficulty setting boundaries, and may be prone to perfectionism. The diagnosis is made by examining the mental and physical condition, a detailed medical history and insight into the child's eating habits and behavior, as well as various evaluation questionnaires. Treatment is based on psychotherapy, medical monitoring, nutrition and hydration management, and restoring body weight to a normal level. Prevention of eating disorders involves promoting a healthy lifestyle, including a balanced diet and regular physical activity, and promoting positive body self-esteem. It is also important to educate parents, teachers, and others who work with children about early diagnosis and treatment of eating disorders and about healthy approaches to eating and body image.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, treatment

Sadržaj

1. UVOD	1
2. ANOREKSIIJA	4
2.1. Povijesni pregled postavljanja dijagnoze anoreksije	5
2.2. Pojam anoreksije danas	6
2.3. Epidemiologija.....	7
2.4. Uzrok nastanka	9
2.5. Klinička slika	10
2.6. Dijagnostika i liječenje	12
3. BULIMIJA	15
3.1. Epidemiologija.....	16
3.2. Uzrok nastanka	16
3.3. Klinička slika	18
3.4. Dijagnostika i liječenje	20
4. PREVENCIJA.....	22
5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE	23
6. ZAKLJUČAK	25
7. LITERATURA	27

1. UVOD

Poremećaji hranjenja, anoreksija i bulimija, ozbiljni su poremećaji prehrane koji mogu imati dugoročne posljedice na zdravlje. Ovi poremećaji karakteriziraju se nezdravim obrascem prehrane, koji može uključivati ekstremno ograničavanje unosa hrane (u slučaju anoreksije) ili ponavljajuće epizode prejedanja praćene čišćenjem organizma (u slučaju bulimije) (1).

Anoreksija i bulimija su ozbiljni poremećaji prehrane koji se sve više javljaju kod djece i adolescenata. Pored utjecaja na fizičko zdravlje, ovi poremećaji mogu imati značajan utjecaj na emocionalno i psihološko blagostanje djece i njihovu sposobnost da funkcioniraju u svakodnevnom životu (1).

Često se javljaju u adolescenciji, kada mladi ljudi prolaze kroz brojne promjene i pritiske, uključujući društvene standarde ljepote i tijela. Stoga je važno educirati se o simptomima i znakovima ovih poremećaja te pružiti podršku djeci koja pate od ovih poremećaja. Multidisciplinarni pristup koji uključuje psihoterapiju, medicinsko praćenje i nutritivnu podršku najbolji je način za liječenje anoreksije i bulimije. Prevencija ovih poremećaja uključuje promicanje zdravih navika prehrane i tjelesne aktivnosti, stvaranje pozitivnog okruženja za razvoj zdravog samopoštovanja te borbu protiv idealizacije mršavosti. Kako bi se spriječio razvoj ovih poremećaja kod djece, važno je osigurati da imaju pristup kvalitetnim zdravstvenim informacijama i educirati ih o poremećajima prehrane (2).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira adolescenta kao svaku osobu u dobi između 10 i 19 godina. Tijekom dječje dobi i adolescencije javljaju se pitanja emocionalne (često i fizičke) odvojenosti od roditelja. Iako je taj osjećaj odvojenosti nužan korak u uspostavljanju osobnih vrijednosti i prelaska u odraslu dob, prijelaz na samodostatnost mnogu djecu prisiljava na niz različitih prilagodbi koje mogu biti dobre ili loše. Također, djeca često imaju jasnu viziju koja je njihova uloga u društvu te takvo razdoblje zauzima dvosmisleni ulogu između djetinjstva i prelaska u odraslu dob. Sva pitanja koja se javljaju djeci se definiraju tijekom vremena te se s tim stvara i izgrađuje njihova ličnost (1).

Neosporna je činjenica kako je dječja dob i adolescencija najdramatičnije razdoblje u čovjekovom životu jer dolazi do emocionalnih, tjelesnih i psiholoških promjena s kojima se

mladi nerijetko teško suočavaju, a dolazi i do naglog razvoja. Česta pojava u tom razdoblju je nezadovoljstvo tjelesnim izgledom (2).

Nezadovoljstvo vlastitim tijelom je poremećaj slike tijela koji može biti blago izražen ili ekstremno izražen u smislu da pojedinac samog sebe smatra odbojnim, što mu otežava svakodnevni život. Srž nezadovoljstva se nalazi u tome kako pojedinac percipira svoje tijelo te njegovog viđenja „idealnog“ tijela. Budući da je prirodno da se u vrijeme odrastanja promjene na tijelu događaju brže u odnosu na ostatak životnog vijeka, nezadovoljstvo je u tom periodu najizraženije. Posebno su osjetljive djevojke jer više pažnje pridaju mišljenju drugih u odnosu na suprotan spol, a promjene na svom tijelu najčešće doživljavaju negativno. Prema nekim istraživanjima, polovina je djevojaka po završetku osnovne škole nezadovoljno vlastitim tijelom i težinom (3). Veliki broj istraživanja je pokazao kako se djevojkama nezadovoljstvo povećava do sredine adolescencije, a želja da postanu vitkije je sve veća, dok kod mladića to nije izraženo u tolikoj mjeri (4).

Prema istraživanjima, u nekim razvijenim zemljama Zapada 50-80% djevojaka u adolescenciji nije zadovoljno svojom tjelesnom težinom. Zato izražavaju želju da postignu smanjenje iste, a više od 50% njih prakticira dijetu kako bi ostvarile tu želju. Istraživanjem na uzorku hrvatskih srednjoškolaca dobiva se uvid u sličnu situaciju gdje 49,6% ispitanih djevojaka tvrde da bi njihova idealna težina trebala biti za nekoliko (3-4) kilograma niža od trenutne (5). Može se zaključiti kako između djevojaka i mladića postoji velika razlika kada je u pitanju nezadovoljstvo vlastitim tijelom, odnosno djevojke puno češće žele izgubiti na kilaži te češće provode razne dijetu u odnosu na mladiće. Međutim, ne može se na osnovu toga reći kako mladići nisu nezadovoljni vlastitim tijelom jer je to kod njih izraženo u drugačijem obliku, odnosno ne postoji puno istraživanja koja se bave mišićavim muškim tijelom koji se smatra „idealnim“. Ipak, ona istraživanja koja su provedena su pokazala kako se zaokupiranost mišićima pojavljuje kod mladića već u predadolescentskoj dobi i kako je ono povezano s nižom razinom samopouzdanja te povećava nezadovoljstvo tjelesnim izgledom (6).

Kao što je ranije spomenuto, nezadovoljstvo tjelesnim izgledom dovodi do niske razine samopoštovanja koje pak povećava rizik od nastanka ozbiljnih tjelesnih i psiholoških problema, kao što su poremećaji u prehrani, depresija, asocijalno ponašanje i slično (2).

Poremećaji u prehrani nastaju kada trajno dođe do problema vezanih uz unos hrane, odnosno dolazi do promjena kada je u pitanju konzumacija hrane i njezina apsorpcija. Ukoliko se pravovremeno ne postavi dijagnoza, može doći do značajnog narušavanja tjelesnog i

psihološkog zdravlja. Prvi podatci o poremećajima u prehrani su se pojavili još u srednjem vijeku kada su žene izbjegavale hranu tijekom posta kako bi došlo do duhovnog pročišćenja (3). Također, i u 19. stoljeću su žene izbjegavale konzumaciju hrane kako bi izrazile svoje nezadovoljstvo i otpor prema nametnutim društvenim očekivanjima. Kako se znanost sve više razvijala, samoizgladnjivanje se počinje predstavljati kao poremećaj. Do poremećaja u prehrani dolazi zbog više različitih faktora. Na njihov nastanak može utjecati obitelj te vršnjaci, ali u modernim vremenima i masovni mediji koji nameću vitko i mršavo tijelo kao idealno. S obzirom da poremećaji u prehrani ostavljaju velike posljedice, predmet su brojnih istraživanja (7). Osim prethodno navedenih poremećaja u prehrani, U novije vrijeme sve više dolazi i do poremećaja koji su vezani uz opsjednutost zdravom prehranom i ograničavanjem prehrane samo na određene namirnice (2). U bilo kojem slučaju, poremećaj anoreksije i bulimije se treba ozbiljno shvatiti te pomoći djetetu u što ranijoj fazi kako bi kasnije normalno funkcioniralo i živjelo normalnim životom.

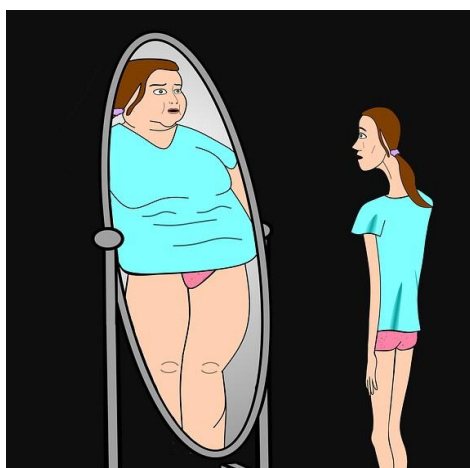
Cilj ovog rada je pružiti sveobuhvatno razumijevanje ovih poremećaja prehrane, uključujući simptome, uzroke, dijagnozu, liječenje i prevenciju. Rad također ima za cilj istaknuti važnost rane dijagnostike i liječenja ovih poremećaja te naglasiti važnost promicanja zdravog stila života i pozitivnog tjelesnog samopoštovanja kod djece i adolescenata.

2. ANOREKSIJA

Anoreksijom se danas smatra poremećaj prehrane koji postaje sve češći u populaciji pa se o anoreksiji sve više govori kao o bolesti. Uzroci anoreksije mogu biti različiti, ali se ona najčešće povezuje sa psihičkim stanjem bolesnika. Uzroci anoreksije su danas mnogobrojni, od izgladnjivanja zbog fizičkog izgleda, pa sve do alkoholizma, uživanja droga, bolesti probavnog trakta i slično (2). Osobama s takvom bolesti se ne gadi hrana niti imaju smanjen apetit, već svojom odlukom ne žele jesti, bez obzira na osjećaj gladi ili misli o jelu. Klasifikacijom DSM-5 anoreksija se može podijeliti prema tri kriterija (8):

- Kriterij A – ograničavanje energetske unosa s čime se smanjuje tjelesna masa
- Kriterij B – stalni strah da se ne dobije na tjelesnoj težini i bude pretiła
- Kriterij C – poremećaj doživljavanja vlastita tijela i njegovog oblika

Prema navedenom, osobe koje boluju od anoreksije ograničavaju broj kalorija i hrane kako bi izgubili na težini. Takvim načinom se onemogućava održavanje normalne tjelesne težine koja se temelji na visini, dobi, stasu i fizičkom zdravlju. Također takve osobe mogu pretjerano vježbati, izazivati povraćanje ili zlouporabiti laksativ kako bi se očistile, a sve to zbog „idealnog izgleda“ koji nastaje zbog iskrivljene slike o sebi i vlastitog tijela te straha od debljanja. Anoreksija se smatra ozbiljnim stanjem koje zahtijeva liječenje jer u protivnom može dovesti do pothranjenosti, zdravstvenih problema, dehidriranosti ili smrti (8). Slika 1 prikazuje osobu koja je anoreksična, no sebe u ogledalu vidi drukčije.



Slika 1. Prikaz osobe koja boluje od anoreksije

Preuzeto sa: <https://coronadoexplorer.com/3247/editorial/eating-disorders-are-still-taboo/>

2.1. Povijesni pregled postavljanja dijagnoze anoreksije

Kada se govori o anoreksiji, u nekim dijelovima svijeta se još uvijek smatra da je ona stara bolest koja se oduvijek nazivala tim imenom. Vjerojatno su već slavni liječnici Hipokrat u Grčkoj i Galen u Rimu mogli pratiti namjerno izgladnjivanje, iako se to izričito ne spominje u njihovim knjigama, dok je u srednjem vijeku bila uobičajena takva pojava, posebno među onim osobama koje su prozivane kao vještice ili osobe koje ne vjeruju u Boga (9). Talijanski autori, primjerice, napominju kako je prvi anoreksiju opisao liječnik Simone Porta u 16. stoljeću, ali većina modernih povjesničara medicine vezuje je uz prvi detaljni opis za ime engleskog liječnika Richarda Mortona. Njegov klinički opis anoreksije potječe od dva slučaja iz 1689. godine i odnosi se na simptome koji su uključivali amenoreju, pretjeranu fizičku aktivnost i gubitak na težini. U to vrijeme Morton je svoju pacijenticu liječio tzv. „aromatičnim vrećicama“ koje je stavljao na trbuh i „antihisteričnom vodicom“ što govori o tome kako je već tada shvaćeno porijeklo njezine bolesti (9). Nakon toga trebalo je proći gotovo 180 godina da bi se konačno u medicinskoj literaturi pronašao detaljan opis, tada nove bolesti. Godine 1868. liječnik Gull je kao pozvani predavač imao nastup na sastanku Britanske medicinske udruge u Oxfordu, gdje je pričao o brizi za bolesnika u kliničkoj medicini te tada spominje određeno tjelesno stanje koje naziva anoreksijom. Nakon nekog vremena sve veći broj liječnika počinje proučavati stanja koja nazivaju različitim imenima, ali sva se odnose na izgladnjivanje i to najčešće među mladim ženama (2). Tada je već postalo jasno kako žene lako padaju pod utjecaj glasina, medija te kako im se na temelju njihova fizičkog izgleda pripisuju brojne stvari. Praćenjem većeg broja mladih žena još tada se moglo ustanoviti da kada se ne osjećaju dobro, zdravo, lijepo ili kada nisu sretne često poduzimaju rigorozne mjere kako bi smršavjele, kako bi se osjećale bolje te kako bi izbjegavale negativne komentare na račun svoga tijela (9).

Godine 1873. tiskan je članak o „histeričnoj“ anoreksiji u kojem je detaljno opisano osam situacija u kojima je nastalo neobično psihotično stanje. Smatralo se tada da bolest ima tri stadija. Prvi je stadij u to vrijeme bio označen probavnim poteškoćama, smanjenjem unosa hrane i naznačenom hiperaktivnošću, drugi je stadij označen mentalnom „perverzijom“ koju pojačava tjeskoba obitelji vezana uz bolesničko stanje i njezina zaokupljenost okolinom i mršavljenjem, dok je u tijeku trećeg, završnog stadija primijećena depresija, gubitak elastičnosti, abdominalna retrakcija, amenoreja, opstipacija i astenija (10). Kasnije se povećava broj izlaganja na svim stručnim medicinskim skupovima i polako se počinje zvati „anorexia

nervosa“. Tada se ona karakterizira pojavom koja je primijećena kod mladih žena, a karakterizira je ekstremno mršavljenje. Od početka prepoznata kao psihološki poremećaj, anoreksija je zbog negativnog stava bolesnica odolijevala pokušajima otkrivanja psiholoških motiva jer je bolesnicama jasno nedostajala sposobnost introspekcije (10). Zapravo, prvi pokušaj pronicanja u psihološke uzroke anoreksije pronalazi se u djelu slavnog francuskog psihijatra Janeta koji opisuje mentalnu anoreksiju i određuje psihosteniju kao opsesivnu formu odvratnosti koju bolesnica osjeća prema vlastitom tijelu. Nakon iscrpnih psihijatrijskih studija osoba koje su patile od anoreksije i objavljivanja ispovijesti, za bolest se polako počinju zanimati psihoanalitičari čije studije zapravo daju više podataka i više informacija koje govore o samom nastanku anoreksije (10).

2.2. Pojam anoreksije danas

Kada se govori o anoreksiji sve češće se upotrebljava termin „psihogena anoreksija“, odnosno „anorexia nervosa“. Ona se zapravo očituje skupinom endokrinoloških i psiholoških pojava uz znatan gubitak tjelesne mase. Može se reći kako se tipično pojavljuje kod mladih djevojaka, a osnova su joj emocionalni, socijalni (obiteljski) i drugi konflikti (11). Takva teška psihogena anoreksija nastaje i kod djece i može uzrokovati teški problem. Svako liječenje je dug proces jer se potiče promjena u načinu života, a sredstva za poticanje teka se daju postupno (11). Poremećaji prehrane, kao što su anoreksija i bulimija nervoza, su kompleksni poremećaji ponašanja koji se karakteriziraju izraženom potrebom za kontrolom nad hranom i tjelesnom masom. Iako točni epidemiološki podaci o broju oboljelih u Hrvatskoj nisu dostupni, procjenjuje se da u Hrvatskoj između 35.000 i 45.000 osoba pati od poremećaja prehrane (12).

Neki od faktora koji utječu na nastanak bolesti jesu (12):

- kulturološki i obiteljski pritisak
- emocionalni poremećaji
- poremećaji ličnosti.

Jedan od uzroka takve vrste poremećaja može biti i genetski. Također, smatra se da su osobe najugroženije za razvoj anoreksije i sličnih poremećaja u dobi od 10 do 30 godina, pri čemu se ti poremećaji najčešće vežu uz ženski spol (s omjerom 9:1 u korist žena). Međutim, primjećuje se sve veće prisustvo tih poremećaja i kod muškaraca, posebno u mlađim dobnim skupinama.

Kao što je već navedeno, kod klasifikacije poremećaja postoje dakako dvije glavne dijagnostičke kategorije, a to su anoreksija nervoza i bulimija nervoza (12).

Puni oblik jedne od te dvije bolesti zapravo je i njihov najteži oblik koji zahtijeva rigorozne mjere kada je u pitanju liječenje. Anoreksija nervoza je zapravo psihijatrijski poremećaj koji se očituje odbijanjem zadržavanja normalne tjelesne mase. Danas se mogu razlikovati dva osnovna tipa anoreksije (12):

- restriktivni – koji karakterizira redukcijaska dijeta
- prežderavajući/purgativni – kod kojeg se uz dijetu povremeno javlja prejedanje te izbacivanje hrane iz tijela laksativima ili povraćanjem, a prema podacima, svega 30% onih koji imaju poremećaj potraži stručnu pomoć.

Anoreksija se danas smatra jednim od najrasprostranjenijih poremećaja prehrane koji se mogu pronaći među adolescentima. Može se zaključiti kako na pojavu anoreksije ima utjecaj društvo, ali i mediji. Također, što se više o njoj saznaje, pokazalo se kako se ranije otkriva te kako se lakše stavlja pod kontrolu (12).

2.3. Epidemiologija

Kao što je već poznato anoreksija nervoza pojavljuje se najčešće kod mladih osoba, to jest češće kod djece i adolescenata. Takva suvremena bolest predstavlja velik problem za mlađu populaciju i zbog toga se treba posebno tretirati. Kod djece se također javlja vezano uz emocionalne poremećaje koji dovode do izbjegavanja hrane (2).

Odbijanje hrane i izbirljivost relativno je česta pojava u djetinjstvu, posebno kod manje djece te obično djeca nisu zaokupljena tjelesnom težinom ili kalorijama, već se odbijanjem hrane bore protiv roditelja, odnosno za njihovu pažnju. Ipak, poremećaji u hranjenju u dječjoj dobi i vremenu adolescencije mogu dovesti do mnogih problema, uzrokovati neuspjeh, nesigurnost, dovesti do niskog samopouzdanja, narušiti fizičko i psihičko napredovanje djeteta i drugo (2).

Također, u slučaju nedovoljnog unosa hranjivih tvari može se naštetiti tjelesnom razvoju kao i razvoju mozga, što dovodi do daljnjih posljedica u intelektualnom i emocionalnom statusu. Isto tako, kao uzroci slabijeg napredovanja u fizičkom i psihičkom razvoju mogu biti lošiji socioekonomski uvjeti obitelji, loša njega, zlostavljanje, nedostatna podrška, iskrivljena slika

obitelji i drugo. Sve češće se mogu vidjeti djeca oba spola s ranim nastupom u poremećaju hranjenja (2).

Poremećaj hranjenja u dječjoj dobi smatra se onim koji nastaje prije 14-te godine života djeteta. U dječjoj dobi razlikuje se poremećaj hranjenja dojenačke dobi od izbirljivosti djeteta. Mnoga istraživanja pokazuju kako je anoreksija najranije nastala u dobi od sedam godina pa nadalje. Ona se razlikuje od poremećaja bulimije jer sama bulimija nema toliku čestu pojavnost za djecu koja su puno mlađa od 14 godina. Trenutno još uvijek nije poznata točna incidencija dječje anoreksije, ali nakon devedesetih godina prošlog stoljeća primijećen je iznenadni porast broja djece koja su upućena na liječenje zbog tog poremećaja (3). Upravo takav događaj stvara nedoumicu je li to razlog boljeg poznavanja problema poremećaja hranjenja ili se poremećaj u velikoj mjeri, godinama, proširio u dječjoj populaciji (3).

Danas mnoga istraživanja pokazuju kako od poremećaja anoreksije boluje više djece ženskog roda, no ne umanjuje činjenicu da poremećaj u velikoj mjeri obuhvaća i mušku djecu. Simptomi djece i onih malo starijih (adolescenata) su isti. Nastaje loše somatsko stanje, veliki gubitci tjelesne težine, omršavjelost, slabost, mučnina, povraćanje, bol trbuha, nadutost, suha usta, otežano gutanje, dekoncentracija i drugo (12). Kod poremećaja prehrane primjećuje se da djeca vješto prikrivaju svoje izbjegavanje hrane, budući da su zaokupljena idejom vitkosti i društvenim standardima ljepote koji se često nameću već u ranoj mladosti. Također, djeca su sposobna dobro sakriti ili negirati svoje navike vezane uz hranu, kao što su povraćanje, upotreba laksativa ili skrivanje različitih aspekata vezanih uz prehranu (12). Može se dakle zaključiti kako je poremećaj hranjenja kod djece do četrnaeste godine života vrlo napredovao te je potrebno govoriti o novim studijama i novim ispitivanjima kako bi se pokazalo kolika je zapravo opasnost anoreksije nervoze među djecom. Njih se treba od samoga početka štititi i učiti ih o nutritivnim vrijednostima hrane te kontrolirati, kako bi imali redovit unos, kao i pružati podršku i sigurnost u samoga sebe (3).

2.4. Uzrok nastanka

Iako poremećaji u prehrani nastaju zbog iskrivljene slike o vlastitom tijelu za čiji se uzrok smatra da je psihološke prirode, postoji još nekoliko čimbenika koji povećavaju rizik nastanka poremećaja u prehrani kod djece, a to su biološki i socijalni faktori (2).

U biološke faktore se ubrajaju spol, prirodno krupnija tjelesna građa, genetske predispozicije i problemi koji nastaju s hormonima koji se pojačano luče u vrijeme adolescencije. Primjerice, češća pojava poremećaja u prehrani je zabilježena kod djevojčica koje se nalaze na početku adolescencije. Prema istraživanjima, svaka deseta djevojčica ima neki oblik odstupanja u prehrani (strah od debljanja, pretjerana zaokupiranost hranom, provođene dijete i sl.). Također, poremećaji u prehrani su deset puta češći kod pripadnica ženskog spola (13).

Psihološki faktori su, pak, najčešći uzrok poremećaja u prehrani, a najizraženiji među njima su depresija, niska razina samopouzdanja te prethodno opisano nezadovoljstvo vlastitim tijelom koje je najčešća pojava u vrijeme adolescencije i smatra se jednim od najrizičnijih faktora. Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom može biti uzrokovano i sudjelovanjem u nekim sportskim aktivnostima, primjerice balet, klizanje, gimnastika jer su to sportovi kojima je uvjet za izvrsnu izvedbu vitko tijelo (13).

Svi prethodno navedeni faktori su usko povezani sa i socijalnim faktorima. Naime, društveni čimbenici mogu utjecati na razvoj psiholoških faktora koji su pak najrizičniji za nastanak poremećaja u prehrani. U socijalne faktore se ubrajaju obiteljski odnosi, odnosi s vršnjacima te izloženost medijima. Roditelji i vršnjaci mogu dosta utjecati na stvaranje slike o tijelu u vrijeme adolescencije. Zadirkivanje je vrlo snažan faktor koji doprinosi stvaranju nezadovoljstva tjelesnim izgledom u adolescenciji (3). Autorice Paxton, Eisenberg i Neumark-Sztainer su u svojem petogodišnjem longitudinalnom istraživanju saznale da je otprilike jedna trećina ispitanih mladića i malo manje od polovice ispitanih djevojaka još u početnom dijelu mjerenja izvijestilo o iskustvu zadirkivanja zbog njihove tjelesne težine (10). Pet godina kasnije, pokazalo se kako je zadirkivanje utjecalo na razvoj većeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom i niže razine samopouzdanja. (10) Prema nekim transverzalnim istraživanjima, postoji povezanost kada je u pitanju zadirkivanje i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom u vrijeme adolescencije kod oba spola (14).

Odnosi s roditeljima također utječu na oblikovanje slike o vlastitom izgledu. Autori navode kako roditelji u vrijeme adolescencije češće svoje kćeri vide preteškima u usporedbi sa sinovima, a to se ujedno može i povezati s nametanjem ideala ženskog tijela kao mršavog i vitkog. Sukladno tome, može doći do veće zabrinutosti kod djevojaka kada je u pitanju tjelesni izgled. Primjerice, djevojke čiji roditelji pridaju veću pozornost tjelesnoj težini, imaju veće šanse da budu zaokupljene vlastitim tijelom u odnosu na svoje vršnjakinje. Odnos s roditeljima, odnosno manjak bliskosti i podrške te česti konflikti također pridonose razvoju veće zaokupiranosti vlastitom težinom (2).

U novije vrijeme sve je jače izražen i utjecaj medija koji može dovesti do stvaranja negativne slike o vlastitom tijelu jer se mršavo i vitko tijelo u medijima prikazuje kao savršeno, a posebno veliki utjecaj mediji imaju na mlade. Adolescentima su danas Internet i drugi mediji dostupni više nego ikad prije pa se sve više djevojaka i mladića uspoređuje s „idealima“ koji im se predstavljaju (15).

Vršnjaci, roditelji i mediji imaju veliku ulogu u razvoju slike o vlastitom tijelu kod adolescenata, međutim odnos s vršnjacima ima nešto jači utjecaj. U adolescenciji se djevojke i mladići više brinu o tome kakav će dojam ostaviti na druge te na koji će se način uklopiti među svoje vršnjake. Rezultati nekih istraživanja su također pokazali kako je pritisak koji vršnjaci imaju na adolescente, kada je u pitanju tjelesni izgled, u većoj korelaciji s razvojem nezadovoljstva u odnosu na pritisak koji stvaraju roditelji ili mediji (15).

2.5. Klinička slika

U djece se ponekad javlja i već spomenuti emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane kada djeca imaju neke simptome slične kao u anoreksiji, ali ne ispunjavaju sve kriterije za tu dijagnostičku kategoriju. Javljaju se različite fobije, opsesivno-kompulzivni simptomi, često odbijaju odlazak u školu, ulaze u depresivna stanja. Razlika emocionalnog poremećaja koji se veže uz izbjegavanje hrane i anoreksije je u tome što nije toliko prikazan strah od debljanja i poremećeno doživljavanje vlastita tijela, odnosno izgleda. Ono što se također može pojaviti je i sindrom odbijanja svega, što se nerijetko viđa kod djece u vrtičkim skupinama. Poremećaj se dakako ne uklapa u anoreksiju, ali može ostaviti posljedice na tijelu. Djeca još uvijek nisu u

potpunosti svjesna svoga tijela, ali se stoga neki od problema u ranom djetinjstvu vuku sve do adolescencije (2).

Prema suvremenoj psihijatrijskoj klasifikaciji, anoreksija nervoza zajedno sa bulimijom spada u poremećaj hranjenja, odnosno uzimanja hrane. Njezina se dijagnostika zasniva na sljedećim kriterijima (9)

- mršavost
- strah od debljanja
- promijenjen doživljaj dimenzija vlastita tijela
- hormonski poremećaj.

Glavna odrednica anoreksije je odbijanje hrane da bi se zadržala minimalno normalna tjelesna težina. Pri tome svaka osoba koja boluje od tog poremećaja ima jak strah od dobivanja na težini i pokazuje ozbiljan problem kada je riječ o percepciji oblika i veličine vlastitog tijela. Prvi kriterij (mršavost) označava stanje kada se za neku osobu može reći da je ispod svoje težine i da je to osoba koja teži ispod 85% svoje težine za svoju dob i visinu. Pri tome je važno imati u vidu da bez obzira na to što mnoge osobe koje boluju navode kao opravdanje svoju dijetu, odnosno gubitak na težini i nedostatak sna, traže pomoć na ovaj ili onaj način. Osobe u suvremenom svijetu sve češće razvijaju strah od debljanja (drugi kriterij), što je danas vrlo često potaknuto različitim medijima. Taj strah može biti toliko jak da prožima cijelo tijelo i ne može se ublažiti čak ni stvarnim gubitkom na težini. Stoga je iznimno važno započeti liječenje na vrijeme jer je očito da namjerno uspješno mršavljenje i strah od debljanja stvaraju začarani krug koji može dovesti osobu do ozbiljne opasnosti po život (12). Opsjednutost strahom od debljanja toliko je jaka da se osobe koje boluju često boje svake hrane i doživljavaju je lošom i opasnom. To su dakako najčešće slatka ili masna jela ili jela za koja oni sami smatraju da su loša (9). Ponekad se kod težih slučajeva bolesti, na određenu hranu ne smije ni misliti ili primjerice pribor za jelo ne smije biti u doticaju sa lošom hranom, odnosno lošim namirnicama.

Veliku važnost koju oboljele osobe pridaju tjelesnoj težini potječe od činjenice da su previše zaokupljene vlastitim tijelom (treći kriterij). Uvjerene su da je svaki njihov dio tijela debeo ili da je ružnog oblika. Neke se čak opterećuju izgledom svojih obraza, druge misle da imaju previše vidljiv trbuh i slično. Takve se osobe često važu i na različite načine mjere svoje tijelo. U tom slučaju samopouzdanje je kod anoreksije nervoze u potpunosti nestalo jer kod takvih osoba ono najviše ovisi upravo o doživljaju oblika vlastita tijela i tjelesnoj težini koja nije nikada dovoljno mala. Zato gubitak tjelesne težine koji je postignut mršavljenjem putem

neprestana suzdržavanja od jela nije samo cilj sam po sebi, već kroz okrutnu samodisciplinu označuje jednu vrstu dostignuća u kojoj se jača samopouzdanje (3).

Kada je riječ o hormonskom poremećaju (četvrti kriterij) može se reći kako je kod djevojaka izostanak menstruacije posljedica niske razine sekrecije estrogena što je posljedica smanjenog djelovanja hipofize (3). Poremećaji u funkciji hipofize mogu ukazivati na fiziološke probleme u anoreksiji, što može rezultirati izostankom menstrualnog ciklusa zbog brzog gubitka tjelesne težine (9). Takve bolesnice vrlo rijetko same traže medicinsku pomoć i kada se dogode određeni problemi obično se tuže na subjektivne tegobe vezane uz tjelesne ili psihičke posljedice izgladnjelosti. Stoga postoji sve veća potreba, iako se radi o adolescentima ili mlađim osobama, za obraćanjem roditeljima kako bi se pratilo stanje svakog bolesnika (9).

2.6. Dijagnostika i liječenje

Kada se dijagnosticira poremećaj prehrane, anoreksije kod djece, važno je prvo utvrditi uzrok poremećaja prehrane. Terapijski pristup može varirati ovisno o uzroku. Na primjer, neki uzroci mogu biti povezani sa stresom i tjeskobom, dok drugi mogu biti povezani s lošim tjelesnim slikama i niskim samopouzdanjem (16).

Dijagnosticiranje i liječenje djece s anoreksijom je vrlo bitno i zahtjeva posebnu pozornost. Kod dijagnosticiranja izuzetno je važno uzeti dobre anamnestičke podatke koji mogu uputiti na poremećaj prehrane. Procjenjuju se simptomi, tjelesna masa, postojanje straha od debljanja i debljine, unos hrane, odnos prema hrani, ponašanje, aktivnosti, uporaba diuretika. Također uzima se obiteljska anamneza, ispituje se fizičko i psihičko stanje, misli djeteta, okolnosti u kojem se dijete nalazi, dosadašnje bolesti i drugo.

Liječenje anoreksije smatra se teškim zato što djeca koja imaju problem, to ne žele priznati. Vrlo je teško pojasniti djeci smisao liječenja jer se najčešće radi o psihičkom poremećaju putem kojega oni odbijaju hranu i smatraju se pretilima (3).

Osobe koje pate od poremećaja prehrane često ispoljavaju različite simptome, uključujući provođenje raznolikih dijeta unatoč izraženoj mršavosti, konzumiranje niskokaloričnih namirnica, opsesivno brojanje kalorija, mjerenje i vaganje porcija hrane, čitanje raznih knjiga o dijetama, proučavanje deklaracija na prehrambenim proizvodima, laganje o unosu hrane te

skrivanje i bacanje hrane (17). Upravo iz tih razloga liječenje anoreksije je otežano jer se time mora obuhvatiti niz čimbenika koji su zasebno vrlo teški za liječenje. Postavljanjem dijagnoze anoreksije javlja se potreba za utvrđivanjem plana liječenja (18).

Kod liječenja anoreksije postoje dva cilja. Jedan cilj je postizanje normalne težine, a drugi cilj je psihološko prilagođavanje. Najčešća potreba za bolničkim liječenjem postoji onda kada je riječ o djeci i mlađim osobama. Prema tome, bolničko se liječenje mora razmotriti u idućim slučajevima (18):

- kada je tjelesna težina pala na manje od 80% težine očekivane za određenu dob i visinu
- kada je dijete dehidrirano
- kada postoje znakovi kolapsa cirkulacije
- dugotrajno povraćanje i povraćanje krvi
- depresija ili drugi ozbiljni psihijatrijski poremećaji.

U liječenju važno je prepoznati simptome što je ranije moguće, kako bi se pružio pravovremen tretman. Rani intervencijski programi mogu biti korisni u prepoznavanju djece s poremećajima prehrane (19). Liječenje često uključuje multidisciplinarni pristup koji uključuje psihoterapiju, nutricionističku podršku, lijekove (antidepresive, antipsihotike, anksiolitike). Tijekom cijelog procesa liječenja bitna je edukacija i uključenost obitelji i drugo.

Psihoterapija je ključna komponenta u tretmanu poremećaja prehrane kod djece. Terapijske tehnike koje se najčešće koriste su kognitivno-bihevioralna terapija (CBT), obiteljska terapija i individualna terapija (2). CBT može pomoći djetetu da identificira i mijenja negativne obrasce mišljenja i ponašanja koji su povezani s poremećajem prehrane. Obiteljska terapija uključuje cijelu obitelj u proces liječenja kako bi se poboljšala komunikacija i razumijevanje između roditelja i djeteta. Individualna terapija pomaže djetetu da razumije svoje osjećaje, poboljša samopoštovanje i razvije zdravije obrasce mišljenja i ponašanja u vezi s hranom (2).

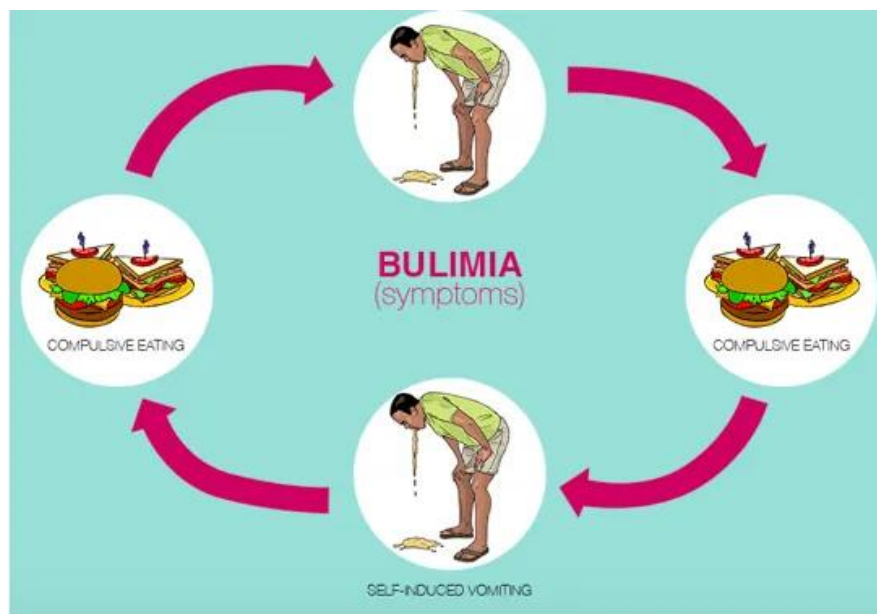
Važno je da tretman bude individualiziran za svako dijete i da se prilagodi njihovim specifičnim potrebama i uvjetima. Također je važno da se dijete prati tijekom tretmana kako bi se osiguralo da se simptomi smanjuju i da se tretman prilagođava prema napretku. Važno je da tretman bude dugoročan kako bi se osigurala trajna promjena u ponašanju i načinu razmišljanja o hrani i tijelu (2).

U nekim slučajevima, hospitalizacija može biti potrebna za djecu s teškim poremećajima prehrane, kao što su ekstremna mršavost ili opasnost od komplikacija poput dehidracije ili poremećaja srčanog ritma. Naznaka da postoji potreba za bolničkim liječenjem teško je prihvatljiva kod djeteta, ali što prije se osvijeste o svojim mogućnostima i potrebama to će

liječenje postati lakše i učinkovitije. Vrlo je važno da roditelji sudjeluju u rješavanju tog problema. Jako velik broj roditelja zapravo pokušava ne stvarati dodatne sukobe, pa je u tom slučaju potrebna pomoć i njima samima, kako bi znali pravovremeno i sigurno reagirati na cjelokupnu situaciju (20).

3. BULIMIJA

Bulimija nervoza je ozbiljan, potencijalno po život opasan poremećaj prehrane. Osobe s bulimijom se mogu potajno prejedati, jedući velike količine hrane uz gubitak kontrole nad ishranom, a zatim se čiste, pokušavajući se riješiti viška kalorija na nezdrav način (8). Na slici 2 se nalazi prikaz prethodnog navoda. Kao i anoreksija, bulimija je karakterizirana željom za postizanjem mršavosti, no rituali kojima se to postiže su različiti u usporedbi s anoreksijom (8). Tipično je da osobe koje pate od bulimije osjećaju sram zbog svog bulimičnog ponašanja te ga često negiraju ili drže u tajnosti. Osobe s ovim poremećajem često procjenjuju svoju vrijednost na temelju težine i oblika vlastitog tijela (2,18).



Slika 2. Stanje bulimije – prejedanje i povraćanje

Preuzeto sa: <https://shophr.climate-kic-proposal.org/category?name=bulimija>

3.1. Epidemiologija

Epidemiološka istraživanja pokazuju da se ovaj poremećaj prehrane javlja uglavnom u ženskoj populaciji, a obično počinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Procjenjuje se da oko 1-3% ženske populacije godišnje oboli od bulimije (21). Javlja se i kod muškaraca, iako je manje česta u muškoj populaciji. Međutim, budući da se bulimija nervoza često smatra poremećajem koji pogađa samo žene, mnogi muškarci možda neće tražiti pomoć ili dijagnosticirati svoj poremećaj prehrane (21). Postoje neke razlike u simptomima bulimije nervoze kod muškaraca i žena. Na primjer, muškarci koji pate od bulimije nervoze obično imaju manje brige oko dobivanja na težini ili tjelesnog izgleda nego žene. Također, muškarci su češće skloni prejedanju na visokokaloričnu hranu, dok se žene češće prejedaju na manje kaloričnu hranu (21).

Epidemiološka istraživanja također su pokazala da je bulimija nervoza često povezana s drugim poremećajima prehrane, poput anoreksije nervoze (22). Osim toga, osobe koje pate od bulimije nervoze često imaju i druge mentalne poremećaje, kao što su depresija, anksioznost ili poremećaji raspoloženja. Važno je naglasiti da se bulimija nervoza može javiti u bilo kojoj dobi, a ne samo u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi. Također, zbog povezanosti ovog poremećaja s drugim mentalnim poremećajima, potrebno je provesti sveobuhvatan pregled pacijenta kako bi se postavila točna dijagnoza i odredio odgovarajući tretman (22).

3.2. Uzrok nastanka

Točan uzrok bulimije nije poznat. Mnogi čimbenici mogu igrati ulogu u razvoju poremećaja prehrane, uključujući genetske, biološke, kao i emocionalno zdravlje, društvena očekivanja i drugo. Djevojčice i žene češće imaju bulimiju od dječaka i muškaraca. Bulimija često počinje u kasnoj tinejdžerskoj ili ranoj odrasloj dobi. Etiologija bulimije nervoze može se podijeliti na biološke, psihološke i društvene čimbenike (2,8):

- Biološki čimbenici - osobe čiji srodnici u prvom koljenu (braća, sestre, roditelji ili djeca) imaju isto poremećaj prehrane mogu imati veću vjerojatnost da će razviti poremećaj prehrane, što ukazuje na moguću genetsku vezu. Prekomjerna tjelesna težina kao dijete ili tinejdžer može povećati rizik.

- Psihološki i emocionalni problemi - psihološki i emocionalni problemi, kao što su depresija, anksiozni poremećaji ili poremećaji ovisnosti o drogama, usko su povezani s poremećajima prehrane. Osobe s bulimijom mogu imati negativne osjećaje o sebi. U nekim slučajevima, traumatični događaji i okolišni stres mogu pridonijeti tome.
- Društveni čimbenici - uključuju kulturu koja promiče mršavost kao ideal, televizijske reklame koje promiču dijete i ljepotu, kao i obiteljsku dinamiku. Ljudi koji su na dijete imaju veći rizik za razvoj poremećaja prehrane. Mnogi ljudi s bulimijom ozbiljno ograničavaju unos kalorija između epizoda prejedanja, što može potaknuti potrebu za ponovnim prejedanjem i zatim čišćenjem. Ostali okidači za prejedanje mogu uključivati stres, lošu sliku o sebi i dosadu.

Dakle, čimbenici koji povećavaju rizik za razvoj bulimije mogu biti genetska predispozicija, obiteljska slika (netko u porodici imao takav poremećaj), prekomjerna tjelesna težina, psihološki problem, emocionalni problem, ovisnosti, negativna slika o sebi, dijete, stres (23).

Mnogi istraživači smatraju kako poremećaj bulimije nastaje kombinacijom genetike i naučenog ponašanja. Primjer toga je ukoliko netko iz porodice ima ili je imao takav poremećaj, veća je vjerojatnost da dijete prisvoji takvo ponašanje te sve to preraste u poremećaj prehrane. Također se smatra da su kultura, mediji i društvo jedan od glavnih uzroka nastanka bulimije. Takvi vanjski utjecaji mogu narušiti vlastitu sliku o samom sebi, kao i dovesti do niskog samopoštovanja (slika 3). Uz sve to stres, uzrujanost, gubitak kontrole, gubitak voljene osobe i drugo, može dovesti do poremećaja bulimije (8,23).



Slika 3. Jedan od uzroka bulimije – rujanje iz okoline

Preuzeto sa: <https://rb.gy/r6ykn>

3.3. Klinička slika

Bulimija je poremećaj hranjenja koji se može javiti u bilo kojoj dobi, uključujući djecu i adolescente. Iako se češće javlja u adolescenciji i ranom odraslom dobu, bulimija može započeti i u djetinjstvu (2).

Bulimija kod djece može se razlikovati od bulimije kod adolescenata i odraslih po simptomima i ponašanju. Dijagnosticiranje bulimije kod djece može biti teže jer djeca često ne mogu jasno izraziti svoje osjećaje i ponašanje, a često skrivaju svoje ponašanje od odraslih. Također, kod djece se mogu pojaviti drugi simptomi, poput tjeskobe, agresivnosti, poremećaja spavanja ili noćnog mokrenja (2).

Važno je obratiti pozornost na moguće znakove bulimije kod djece, kao što su ponavljajuće epizode prejedanja, izbjegavanje obroka ili prehrane samo određene vrste hrane, osjećaj krivnje ili srama nakon jela, odlazak u kupaonicu nakon jela i slično (3).

Dijete s bulimijom nekontrolirano se prejeda ili opija. Ovo prejedanje može biti praćeno samoizazvanim povraćanjem (čišćenjem). Dijete koje se prejeda pojede puno veće količine hrane nego što bi se inače pojelo u kratkom vremenskom razdoblju (često manje od 2 sata). Takva prejedanja se događaju najmanje dvaput tjedno tijekom tri mjeseca. Mogu se dogoditi čak i nekoliko puta dnevno (3).

Bulimija se može pojaviti kao (18):

1. Tip sa čišćenjem - dijete s ovim tipom redovito se opija ili prejeda i onda uzrokuje povraćanje. Osim toga, dijete može zloupotrijebiti laksative, diuretike, klizme ili druge lijekove koji čiste crijeva.
2. Tip bez čišćenja - umjesto čišćenja nakon prejedanja, dijete s ovim tipom koristi druga neprikladna ponašanja za kontrolu težine. Dijete tada može postiti ili previše vježbati.

Znakovi i simptomi bulimije mogu uključivati (16):

- gubitak kontrole tijekom prejedanja – osoba ima osjećaj da ne može prestati jesti ili ne može kontrolirati što jedete
- izazivanje povraćanja ili pretjerana tjelesna aktivnost kako ne bi došlo do debljanja nakon prejedanja
- jedenje velikih količina hrane u jednom obroku
- post, ograničen unos kalorija ili izbjegavanje nekih namirnica između dva obroka
- pretjerano korištenje određenih dodataka prehrani za mršavljenje
- upotreba laksativa ili diuretika nakon jela kada nisu potrebni

- zaokupljenost oblikom i težinom svojeg tijela
- živjeti u strahu od debljanja.

Ozbiljnost bulimije se procjenjuje prema frekvenciji čišćenja koje osoba prakticira, obično barem jednom tjedno tijekom razdoblja od najmanje tri mjeseca (16). Ukoliko kod nekoga postoje simptomi bulimije, potrebno je da čim prije potraži pomoć liječnika budući da, ako se ne liječi, bulimija može ozbiljno utjecati na zdravlje. Ljudi često oklijevaju potražiti liječničku pomoć, no bilo bi dobro da se onda barem povjere nekome bliskom kroz što prolaze jer bi im ta osoba mogla pomoći da poduzmu prve korake za uspješno liječenje tog problema. S druge strane, ako netko primijeti da se bliska osoba, osobito neko dijete, suočava s bulimijom bitno je da iskreno i otvoreno porazgovara s tom osobom ili s obitelji tog djeteta. Neće je moći prisiliti da potraži profesionalnu pomoć, no svakako joj može pružiti ohrabrenje i podršku, a može se ponuditi i da dogovori termin i da ode s njom kod liječnika. Budući da većina ljudi s bulimijom obično ima normalnu težinu ili blago prekomjernu tjelesnu težinu, drugima možda neće biti vidljivo da nešto nije u redu (22). Posebno bi roditelji trebali obraćati pažnju na ponašanje svoga djeteta jer čak i odrasli ljudi negiraju simptome i oklijevaju za liječenjem, a pogotovo djeca koja u tome ne vide problem, već to smatraju normalnim. Znakovi koje obitelj i prijatelji mogu primijetiti uključuju (19):

- osoba se brine ili žali da je pretela
- osoba ima pretjerano negativnu sliku o svojem tijelu
- osoba jede neuobičajeno velike količine hrane u jednom obroku
- osoba jede u velikim količinama hranu koju je inače izbjegavala
- osoba se drži stroge dijetete ili posta nakon prejedanja
- osoba ne želi jesti u javnosti ili pred drugima
- osoba odlazi na zahod odmah nakon jela
- osoba previše vježba
- osoba ima oštećene zube ili desne
- osoba ima žuljeve i ožiljke na šakama
- kod osobe se događaju promjene u težini
- osobi otječu šake i stopala te lice i obrazi zbog povećanih žlijezda.

Bulimija može uzrokovati brojne ozbiljne pa čak i po život opasne komplikacije. Moguće komplikacije uključuju (19):

- negativno samopouzdanje i problemi s odnosima i društvenim funkcioniranjem
- dehidracija koja može dovesti do velikih zdravstvenih problema, kao što je zatajenje bubrega
- problemi sa srcem kao što su nepravilni otkucaji srca ili zatajenje srca
- ozbiljan karijes i bolest desni

- izostanak ili neredovita mjesečnica kod žena
- problemi s probavom
- anksioznost, depresija, poremećaji osobnosti ili bipolarni poremećaj
- zlouporaba alkohola ili droga
- samoozljeđivanje, suicidalne misli ili samoubojstvo.

Bulimija može dovesti do pothranjenosti. Može oštetiti gotovo svaki organski sustav u tijelu. Zato su rana dijagnoza i liječenje važni. Tijekom liječenja mogu se pojaviti zdravstvene komplikacije. Zbog toga i pružatelj zdravstvene skrbi djeteta i dijetetičar nutricionist moraju biti dio tima za skrb (19). Iako ne postoji apsolutno siguran način za sprječavanje bulimije, moguće je pružiti podršku i usmjeriti nekoga prema zdravijem ponašanju ili stručnom tretmanu prije nego što se situacija pogorša. Važno je poticati i ojačati pozitivnu sliku tijela kod djece, bez obzira na njihovu veličinu ili oblik. Potrebno je pomoći djetetu da razvije samopouzdanje i da cijeni sebe na druge načine osim kroz svoj izgled (23).

3.4. Dijagnostika i liječenje

Dijagnosticiranje i liječenje poremećaja prehrane, bulimije, kod djece može biti izazovno jer djeca često ne prepoznaju da imaju problem i mogu se bojati tražiti pomoć. Roditelji, nastavnici i liječnici trebaju biti svjesni znakova i simptoma poremećaja prehrane i pružiti pomoć djetetu (19).

Kod bulimije, prvi cilj kod liječenja uvijek je pomoći djetetu da prestane s prejedanjem i pražnjenjem jer to može ugroziti njegovo zdravlje. U liječenju bulimije nervoze najčešće se koriste dvije vrste terapije (18):

- Kognitivno-bihevioralna terapija - može pomoći djeci da razumiju što uzrokuje njihovo prejedanje i čišćenje, da razviju pozitivniju sliku tijela i promijene nezdrave prehranbene navike.
- Interpersonalna terapija - usredotočuje se na to kako djetetov odnos s drugima utječe na njihove osjećaje i prehranbene navike.

Dijagnoza se postavlja na temelju liječničke procjene simptoma, anamnestičkih podataka, ponašanja, osjećaja gubitka kontrole, izjavljivanja zabrinutosti zbog povećanja tjelesne težine, velikih promjena u tjelesnoj težini, erozije zubne cakline, niske razine kalija i drugo.

Liječenje se provodi kao i kod anoreksije. Primjenjuju se psihoterapijske tehnike, farmakoterapija, edukacija, potpora, uključuje se obitelj. Provodi se uspostava prehrane, poboljšavaju se stavovi, potiče se zdrav život, educira se kako se riješiti nastalog straha i anksioznosti, potiče se aktivno vježbanje i drugo.

Pacijentima koji pate od poremećaja prehrane važno je pružiti obrazovnu podršku o osnovama zdravog prehranbenog režima. Ovime se želi naglasiti da konzumacija hrane ne dovodi nužno do dobivanja na težini. Na slici 4 je prikazana piramida zdrave prehrane koja nudi smjernice o optimalnim proporcijama različitih skupina namirnica te istovremeno ističe važnost redovite tjelesne aktivnosti u održavanju zdrave tjelesne mase.



Slika 4. Piramida zdrave prehrane

Preuzeto sa: https://budifit.net/covjeku-je-najvaznije-zdravlje/hranidbena_piramida

Ako sama terapija ne djeluje, ponekad se djeci koja pate od bulimije propisuju lijekovi protiv depresije. Edukacija o prehrani također može pomoći djeci da nauče o zdravstvenim učincima bulimije i da se osjećaju motivirano promijeniti svoje ponašanje (19). Ukoliko lijekovi i ostala potpora i pomoć ne djeluju, dijete se hospitalizira.

4. PREVENCIJA

Budući da je kod djece nezadovoljstvo vlastitim tijelom sve učestalije i da se poremećaji u prehrani događaju više nego prije, osmišljavaju se razni preventivni programi kojima je u cilju spriječiti razvoj tih poremećaja. Dosadašnji programi su pokazali kako se uz pomoć rane prevencije može spriječiti da dođe do razvoja poremećaja u prehrani ako se radi o početnoj fazi nastanka. Programi prevencija se još uvijek razvijaju i postoji ih više, a da bi njihova učinkovitost bila što bolja potrebno je stalno praćenje i usavršavanje. Ono što predstavlja najveći problem je to da početne simptome nije lako uočiti jer su oni na razni dijeta koje mladi znaju često provoditi. Ukoliko se ti početni simptomi prepoznaju na vrijeme, prevencijom se može spriječiti bolničko liječenje (2).

Također, važno je da programi prevencije budu aktivni jer jedan sastanak s adolescentima neće dovesti do toga da poboljšaju sliku o vlastitom tijelu. Programi moraju biti opsežni i duže trajati kako bi se potaknule ozbiljnije promjene. Mjere prevencije koje se osiguravaju ovim programima su na tri razine: primarna, sekundarna te tercijarna prevencija. Primarna prevencija je ona kojom se nastoji smanjiti rizik oboljenja te obuhvaća manju ili veću skupinu ljudi. Sekundarna prevencija je ciljana prevencija koja se usmjerava na jednog pojedinca koji ima rizike koji mogu dovesti do razvoja poremećaja u prehrani. Tercijarna prevencija je ona koja se koristi kada je bolest već razvijena te nastoji svesti posljedice na minimalnu razinu (24).

Uz stručno medicinsko osoblje, okolina može uvelike pomoći u prevenciji poremećaja prehrane. Sprječavanje ili ublažavanje poremećaja prehrane se može postići (2,24):

- Edukacijom o poremećajima prehrane
- Iznošenjem negativnih utjecaja koji mogu nastati
- Podrškom i razgovorom
- Ukoliko je obitelj pozitivan uzor
- Izbjegavanjem nezdrave hrane
- Izbjegavanjem dijeta
- Pomaganjem u promjeni stava
- Poticanjem samosvijesti
- Stvaranjem zdravih prehrambenih navika.

5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Uloga medicinske sestre kod poremećaja prehrane je od izuzetne važnosti kako za dijete, tako i za obitelj. Medicinske sestre komuniciraju s djetetom i obitelji, uočavaju sve promjene, vode evidenciju, brinu o djetetu, educiraju dijete i obitelj, potiču dijete da shvati štetnosti izbjegavanja hrane, pomažu da se poremećaj prehrane izliječi, pružaju pomoć i podršku (2,8).

Prema navedenom, medicinske sestre imaju ključnu ulogu u prepoznavanju destruktivnih obrazaca prehrane i pružanju fizičke i emocionalne skrbi za svakog pacijenta (dijete) od otkrivanja do oporavka. Cilj je postići upravljiv multidisciplinarni, holistički pristup skrbi (2,8).

Ukoliko djeca budu hospitalizirana, i tu je važna uloga medicinske sestre. Sestrinske intervencije uključuju (20):

- Praćenje prehrane i tjelesne težine - sestre trebaju pratiti prehranu i tjelesnu težinu djeteta kako bi procijenile potrebu za intervencijom i pratile napredak. To uključuje i procjenu tjelesne mase, tjelesne kompozicije, visine, obujma struka, krvnog tlaka i razine elektrolita.
- Procjena psihološkog stanja - sestre trebaju procijeniti psihološko stanje djeteta kako bi prepoznale emocionalne probleme i pružile podršku u različitim situacijama. To uključuje procjenu depresije, anksioznosti i razine samopoštovanja.
- Edukacija o prehrani - sestre trebaju pružiti edukaciju o prehrani kako bi djeca mogla razumjeti važnost zdrave prehrane i pravilne prehrane. Ovo uključuje pružanje informacija o nutricionističkim potrebama i pružanje savjeta o izboru hrane koja je bogata hranjivim tvarima.
- Terapija hranom - sestre mogu pomoći pacijentima, odnosno u ovom slučaju djeci, da se prilagode novoj prehrani i postupno povećaju unos hrane. To uključuje postavljanje realističnih ciljeva i pružanje potpore kroz proces terapije hranom.
- Terapija lijekovima - sestre trebaju raditi s liječnicima kako bi odredile odgovarajuće lijekove koji se mogu koristiti za liječenje poremećaja hranjenja. To uključuje upravljanje lijekovima koji se koriste za smanjenje simptoma anksioznosti, depresije ili drugih psiholoških problema koji su povezani s poremećajima hranjenja.
- Individualna terapija - sestre mogu pružiti individualnu terapiju kako bi djeci pomogle u suočavanju s emocionalnim problemima koji su povezani s poremećajima hranjenja. Ovo uključuje pružanje potpore kako bi se izgradili zdravi obrasci ponašanja i usvojile strategije za suočavanje s anksioznosti i stresom.
- Terapija grupom - sestre mogu organizirati terapijske grupe kako bi djeca mogla razgovarati s drugima koji se suočavaju s istim problemima. Ovo uključuje pružanje prilike za razmjenu iskustava i savjeta, pružanje podrške i izgradnju međusobne podrške i razumijevanja.

Roditelji i skrbnici također igraju važnu ulogu u tretmanu djece s poremećajima prehrane. Važno je da se roditelji educiraju o poremećajima prehrane kako bi bolje razumjeli dijagnozu svog djeteta i kako bi mogli podržati dijete tijekom liječenja. Roditelji bi također trebali pružati emocionalnu podršku djetetu, poticati zdrave navike prehrane, a također i poticati dijete da sudjeluje u tretmanu i bude otvoreno u vezi s osjećajima (2).

Mnoga se djeca osjećaju ugroženo, posebno kada je riječ o postizanju normalne tjelesne težine. Osim toga, mnogi se prepadnu i nakon što moraju jesti određenu hranu pa stoga oporavljanje u bolničkim ili izvanbolničkim uvjetima mora biti vrlo pažljivo te se moraju razmotriti sve činjenice koje su poznate o bolesniku. Program liječenja poremećaja hranjenja, anoreksije i bulimije, obuhvaća više elemenata. Elementi kao takvi, osim psihoterapijskih i obiteljskih tretmana, su i pravilna i dostatna prehrana, medicinsko savjetovanje i oporavak, edukacija, psihosocijalni oporavak. Liječenje ovisi o dobi djeteta, razvijenosti djeteta, težini poremećaja u kojem se nalazi, roditeljima i roditeljskoj podršci, razumijevanju problema, želji za oporavak, mogućnostima djeteta i obitelji, socioekonomskim uvjetima i drugo. Svako dijete je drukčije te se treba gledati kao zasebna jedinka (20,25).

Stoga, svaka medicinska sestra koja skrbi za takvog pacijenta treba aktivno slušati dijete, biti prisutna, otvorena i komunikativna, ne osuđivati i dati djetetu vremena da shvati i prihvati svoj problem (8).

6. ZAKLJUČAK

Poremećaji hranjenja, poput anoreksije i bulimije, predstavljaju ozbiljan zdravstveni problem kod djece i adolescenata diljem svijeta. Iako se često povezuju s prehranom i tjelesnim izgledom, anoreksija i bulimija su kompleksni poremećaji koji uključuju emocionalne, psihološke i socijalne čimbenike.

Anoreksija i bulimija imaju različite simptome karakterizirani poremećajima prehrane i tjelesne mase. Kod anoreksije, djeca često ograničavaju unos hrane, vode računa o kalorijama i vježbaju prekomjerno kako bi smanjili tjelesnu masu. Mogu imati izrazito nizak indeks tjelesne mase i često se boje debljanja i povećanja tjelesne mase.

S druge strane, kod bulimije, djeca često jedu velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju, a zatim se osjećaju krivima te se čiste kroz povraćanje, uporabu laksativa ili prekomjernu tjelovježbu. Mogu imati normalnu tjelesnu masu ili biti malo pretili.

Uzroci anoreksije i bulimije su složeni i uključuju kombinaciju bioloških, psiholoških i društvenih čimbenika. Biološki čimbenici uključuju genetsku predispoziciju za razvoj poremećaja prehrane, neuravnoteženost neurotransmitera i hormonalnih poremećaja. Psihološki čimbenici uključuju nisko samopoštovanje, anksioznost, depresiju, perfekcionizam i nisko samopoštovanje tijela. Socijalni čimbenici uključuju pritisak vršnjaka, medijske slike o tijelu, obiteljske dinamike i traumu.

Anoreksija i bulimija mogu imati ozbiljne posljedice po zdravlje, uključujući gubitak tjelesne mase, oslabljenu imunološku funkciju, srčane probleme, nisku razinu energije, nesvjesticu, amenoreju, poremećaje elektrolita, zubne probleme, nisku razinu kalija, oštećenje bubrega, probavne probleme i druge zdravstvene komplikacije. Ovi zdravstveni poremećaji također mogu imati negativan utjecaj na mentalno zdravlje, uključujući depresiju, suicidalne misli i druge emocionalne probleme.

Liječenje anoreksije i bulimije ovisi o težini poremećaja i pojedinim potrebama djeteta. Terapija obično uključuje multidisciplinarni pristup koji uključuje psihoterapiju, medicinsko praćenje i nutritivnu podršku. Cilj terapije je pomoći djeci da se nose s emocionalnim i psihološkim čimbenicima koji su doveli do poremećaja prehrane, poboljšati njihovu prehranu i tjelesnu masu te smanjiti negativne posljedice poremećaja.

Psihoterapija je jedan od glavnih oblika terapije za anoreksiju i bulimiju. Terapija se obično usredotočuje na poboljšanje samopoštovanja, smanjenje anksioznosti i depresije, razvijanje zdravih navika prehrane i promjena negativnih uvjerenja o tijelu. Obiteljska terapija također može biti korisna za djecu koja pate od poremećaja prehrane, posebno za one koji imaju narušene obiteljske odnose.

Medicinsko praćenje je također ključno za tretman anoreksije i bulimije. Liječnici mogu pratiti zdravstveno stanje djeteta, nadzirati tjelesnu masu, elektrolite i druge zdravstvene parametre te osigurati pravilan unos nutrijenata. Hospitalizacija može biti potrebna za djecu koja su teško pogođena poremećajem prehrane ili imaju druge zdravstvene komplikacije.

Prevenција anoreksije i bulimije važna je kako bi se spriječio razvoj ovih poremećaja kod djece i adolescenata. Roditelji, škole i zajednice mogu pomoći u prevenciji poremećaja prehrane osiguravanjem zdravog i pozitivnog okruženja, pružajući podršku za razvoj pozitivnog samopoštovanja i tijela te promoviranjem zdravih navika prehrane i tjelevoježbe. Također je važno educirati djecu o poremećajima prehrane i osigurati da imaju pristup kvalitetnim zdravstvenim informacijama. Edukacija o tome što su anoreksija i bulimija, kao i o tome kako prepoznati znakove i simptome ovih poremećaja, može pomoći u ranom otkrivanju i liječenju.

7. LITERATURA

1. Flannery-Schroeder EC, Chrisler JC. Body esteem, eating attitudes, and gender-role orientation in three age groups of children. *Current Psychology* 1996; 15:235-248.
2. Mardešić D. *Pedijatrija*. Zagreb: Školska knjiga, 2005.
3. Kliegman RM, St.Geme III JW. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 2-Volume Set. 21stEd. Elsevier, 2019.
4. McCabe MP, Ricciardelli LA. A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behav Res Ther* 2005; 43(5):653-68.
5. Erceg Jugović I. Nezadovoljstvo tijelom u adolescenciji, *Klinička psihologija* 2011; 4:1-2, 41-58.
6. McCabe, MP, Ricciardelli LA. Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health Psychol* 2003; 22(1):39-46.
7. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder, or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2012; 1:55–60.
8. Begovac I. i sur. *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb,2021.
9. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet* 2003; 361:407-410.
10. Vidović V. Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus* 2009; 18:185-191. Dostupno na adresi: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=86692 Datum pristupa 16.4.2023.
11. Hrvatska enciklopedija. Anoreksija. Dostupno na adresi: <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=2886> Datum pristupa 16.4.2023.
12. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus* 2015; 24:165-171. Dostupno na adresi: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=218261 Datum pristupa 16.4.2023.
13. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14(4):406-414.
14. Barker ET, Galambos NL. Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence* 2003; 23:141-165.
15. Presnel K, Bearman SK, Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *Int J Eat Disord* 2004; 36(4):389-401.
16. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* 2002; 53:187-213.
17. Asančaić S. Poremećaji hranjenja – anoreksija i bulimija [završni rad]. Osijek: Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet, 2015. Dostupno na adresi: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ffos:41/preview> Datum pristupa 22.4.2023.
18. Kolarić B. Poremećaji hranjenja: anoreksija i bulimija [završni rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Prehrambeno-tehnološki fakultet Osijek, 2015.

Dostupno na adresi:
<https://repozitorij.ptfos.hr/islandora/object/ptfos%3A635/datastream/PDF/view> Datum pristupa 20.4.2023.

19. Vidović V, Bamburač J. Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica. Zagreb: 4P d.o.o, 1998.
20. Mahnik-Miloš M. Bolničko liječenje anoreksije i bulimije. Medix 2004; 10:59-60.
21. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja hranjenja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
22. Pokrajac-Bulian A, Živčić-Bećirević I. Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. Medix 2004; 10:67-68.
23. Stoilkovski B. Bulimija – uzrok, simptomi i liječenje. Hipokrat, 2022. Dostupno na adresi: <https://hipokrat.com.hr/bulimija-uzrok-simptomi-i-lijecenje/> Datum pristupa 20.4.2023.
24. Palčevski G, Dekanić K. B. Prevencija poremećaja prehrane. Paediatr Croat 2016; 60:183-192.
25. Grgurić J. Poremećaj hranjenja u djece – sve veći problem današnjice. Medix 2004; 10:75-76.

Životopis

Karmen Gabrilo rođena je u Sinju 18. srpnja 1998., gdje završava osnovnu školu. U Splitu završava Zdravstvenu školu, smjer medicinska sestra, a potom pri Odjelu za zdravstvene studije Sveučilišta u Zadru stječe naziv prvostupnice sestrinstva. Neudata.