

Zdravstvena njega bolesnika s poremećajem prehrane - prikaz slučaja

Božanić, Paula

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:699416>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-02**

Repository / Repozitorij:



[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Paula Božanić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA
S POREMEĆAJEM PREHRANE – PRIKAZ SLUČAJA**

Završni rad

Split, 2024.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Paula Božanić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA
S POREMEĆAJEM PREHRANE – PRIKAZ SLUČAJA**

**HEALTH CARE FOR
EATING DISORDER PATIENTS – A CASE REPORT**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Mario Marenić

Split, 2024.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Sveučilišni prijediplomski studij Sestrinstvo

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: doc. dr. sc. Mario Marendić

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S POREMEĆAJEM PREHRANE – PRIKAZ SLUČAJA Paula Božanić, 0346012461

SAŽETAK

CILJ RADA: Cilj je ovoga završnog rada prikazati zbrinjavanje i skrb za bolesnika s poremećajem hranjenja u procesu zdravstvene njege i sestrinske skrbi. Prizakat će se sestrinski postupci i načini na koji se bolesnika prima u bolnicu, planira zbrinjavanje bolesnika te provodi i evaluira sestrinska skrb oboljeloga od poremećaja prehrane. Prikazom slučaja detaljno će se opisati i analizirati slučaj bolesnika s poremećajem prehrane, uključujući povijest bolesti, kliničku sliku te tijek liječenja u vidu sestrinske dijagnoze i zdravstvene njege.

RASPRAVA: Bolesnica N. N. na Kliniku za psihijatriju Kliničkoga bolničkog centra Split primljena je zbog suicidalnih misli i poremećaja prehrane s vodećom dijagnozom prema F 50.01 (anoreksija nervoza). Unazad dvije godine počinje s postupnom kalorijskom redukcijom u svrhu gubitka tjelesne mase. S vremenom sve više mršavi, pred dolazak u bolnicu TT 43 kg i TV 167 cm. Prikazom slučaja prepoznati su tekući problemi bolesnice te su izdvojene sestrinske dijagnoze u svrhu osiguranja kvalitetne sestrinske skrbi.

ZAKLJUČAK: Poremećaji hranjenja, poput anoreksije nervoze, često su rezultat kombinacije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Efikasno liječenje poremećaja hranjenja zahtijeva integrirani pristup koji uključuje medicinsku, psihološku i nutricionističku podršku. Upravo uloga medicinske sestre u oporavku može značajno doprinijeti kvalitetnijemu liječenju. Svojim stavom kroz empatiju i oslonac te nadasve profesionalno nazdziranje procesa oporavka medicinska sestra predstavlja osobu koja svojim kompetencijama čini zdravstvenu skrb adekvatnom.

Ključne riječi: anoreksija nervoza, poremećaji hranjenja, sestrinska dijagnoza, sestrinska skrb

Rad sadrži: 40 stranica; 6 slika; 6 tablica

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
University undergraduate study of Nursing

Scientific area: biomedicine and health care

Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor: Assist. Prof. Mario Marendić, Phd, MN

HEALTH CARE FOR EATING DISORDER PATIENTS – A CASE REPORT

Paula Božanić, 0346012461

SUMMARY

RESEARCH OBJECTIVE: The aim of this bachelor thesis is to present the treatment and care for patients with eating disorder in the process of health care and nursing care. Nursing procedures and methods of admitting a patient to the hospital, planning patient care, and implementing and evaluating nursing care for a patient with an eating disorder will be presented. The case report will describe and analyze in detail the case of a patient with an eating disorder, including the medical history, clinical picture and course of treatment in the form of nursing diagnosis and health care.

DISCUSSION: Patient N. N. was admitted to the Psychiatry Clinic of the Split Clinical Hospital Center due to suicidal thoughts and eating disorder with the leading diagnosis under F 50.01 (anorexia nervosa). Two years ago, she started with a gradual caloric reduction in order to lose body weight. Over time, she loses more and more weight, before arriving at the hospital BW 43 kg and BH 167 cm. The case report identified the patient's ongoing problems and identified nursing diagnoses for the purpose of ensuring quality nursing care.

CONCLUSION: Eating disorders, such as anorexia nervosa, are often the result of a combination of biological, psychological and social factors. Effective treatment of eating disorders requires an integrated approach that includes medical, psychological and nutritional support. It is precisely the role of the nurse in recovery that can significantly contribute to better quality treatment. With her attitude through empathy and support and above all professional supervision of the recovery process, the nurse represents a person who, with her competences, makes health care adequate.

Keywords: anorexia nervosa, eating disorders, nursing care, nurses diagnosis

Thesis contains: 40 pages; 6 figures; 6 tables

Original in: Croatian

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. POREMEĆAJI PREHRANE	1
1.2. ANOREKSIIJA NERVOZA	3
1.2.1. Dijagnostika.....	3
1.2.2. Etiologija	5
1.2.3. Epidemiologija.....	8
1.2.4. Klinička slika.....	9
1.2.5. Liječenje	11
1.2.6. Sestrinska skrb oboljelih od anoreksije nervoze.....	15
1.3. BULIMIJA NERVOZA	18
1.4. POREMEĆAJ S PREJEDANJEM	21
1.5. DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJI PREHRANE.....	22
2. CILJ RADA	23
3. ISPITANICI I METODE.....	24
3.1. PRIKUPLJANJE PODATAKA	24
3.1.1. Prikaz slučaja.....	24
3.2. ODOBRENJE PRIKUPLJANJA PODATAKA	25
4. RASPRAVA	26
4.1. SESTRINSKA ANAMNEZA I STATUS.....	26
4.1.1. Fizikalni pregled.....	27
4.2. SESTRINSKA SKRB TIJEKOM HOSPITALIZACIJE	29
4.2.1. Sestrinske dijagnoze	30
4.3. SESTRINSKO OTPUSNO PISMO	33
5. ZAKLJUČAK.....	37
6. LITERATURA	38
7. ŽIVOTOPIS.....	41

1. UVOD

U kasnim šezdesetim godinama 20. stoljeća poremećaj *anorexia nervosa* (AN), prethodno manje poznat i iznimno rijedak, postao je mnogo rašireniji u zapadnim društvima. Primjeri iz tog razdoblja su mlade žene iz obitelji srednje i više klase koje su se izgladnjivale, ponekad do smrti (1). U sljedećemu desetljeću, dakle sedamdesetih godina 20. stoljeća, pojavio se novi poremećaj prehrane, *bulimija nervosa* (BN), pri čemu su mlade žene izmjenjivale faze samoizgladnjivanja i prejedanja nakon čega je obično slijedilo čišćenje, tj. aktivni pokušaji oslobađanja tijela od kalorija. Liječnici i mediji intenzivno su se fokusirali na nove poremećaje, koji su istisnuli pretilost kao primarni poremećaj prehrane (1).

U suvremenome svijetu sve više raste pojavnost poremećaja hranjenja, koji podrazumijevaju anoreksiju, bulimiju i poremećaj prejedanja, a prehrambene navike bolesnika s poremećajem hranjenja nisu u skladu sa zdravim i preporučenim smjernicama uravnotežene prehrane (2). S obzirom na to da bolest uglavnom zahvaća mlade bolesnike, djecu i adolescente, poremećaji se prehrane često nazivaju „novom pandemijom mladih“ (2). Kao takvi, poremećaji prehrane evoluirali su u kasnom 20. stoljeću od rijetkog i malo poznatog kliničkog entiteta do „pomodnog“ poremećaja od velikoga interesa za širu javnost (3).

1.1. POREMEĆAJI PREHRANE

Poremećaji prehrane, bolesti su u kojima ljudi doživljavaju niz odstupanja u svojim prehrambenim navikama, povezanim s mislima i emocijama (4). Američka psihološka udruga (engl. *American Psychological Association*; APA) definira poremećaj hranjenja kao svaki poremećaj prvenstveno okarakteriziran patološkim poremećajem stavova i ponašanja povezanih s hranom, uključujući anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaj s prejedanjem ili kompulzivno prejedanje (engl. *binge eating disorder*) te manje poznate

poremećaje poput, poremećaja ruminacije (engl. *ruminaton disorder*), izbjegavajućeg/restruktivnog poremećaja uzimanja hrane (engl. *avoidant/restrictive food intake disorder*; AFRID), drugoga specificiranog poremećaja prehrane ili poremećaja hranjenja (engl. *other specified feeding or eating disorder*; OSFED) i nespecificiranoga poremećaja hranjenja (engl. *unspecified feeding or eating disorder*; UFED) (4). U užemu smislu poremećaji hranjenja obuhvaćaju anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu te, od 2013. godine, i poremećaj s prejedanjem ili kompulzivno prejedanje (5).

Tijekom šezdesetih godina prošloga stoljeća poremećaji prehrane nazivali su se mentalnom, psihogenom ili histeričkom bolesti, a početkom devedesetih godina prošloga stoljeća poremećaji su prehrane poimani kao psihosomatski poremećaji (6, 7).

Znakovi poremećaja prehrane najčešće se očituju u zaokupljenosti težinom, hranom, kalorijama, dijetom i/ili izgledom tijela, razvojem štetnih, tajnovitih, ekstremnih ili ritualiziranih prehrambenih navika, dokazima o prejedanju, kao što je nestanak velikih količina hrane, dokazima o ponašanju čišćenja, uključujući česte odlaske u kupaonicu nakon jela, samoizazvano povraćanje, razdoblja posta ili zloupotreba laksativa, tableta za mršavljenje ili diuretika, kompulzivnome ili pretjeranome vježbanju, izolaciji od bliskih osoba i uobičajenih aktivnosti, što utječe na osjećaj izoliranosti te stanja depresije, tjeskobe ili razdražljivosti (8).

Postoji nekoliko rizičnih čimbenika koji, ako su prisutni, povećavaju vjerojatnost da će osoba razviti jednu od poremećaja prehrane. Prvi je taj da osoba u svojoj anamnezi ima člana obitelji s poremećajem prehrane. Iako nije jasno postoji li genetska osnova za razvoj poremećaja prehrane, studije su otkrile da se rizik osobe povećava ako je član bliske obitelji doživio jedan od poremećaja prehrane. Bolesti mentalnoga zdravlja, poput anksioznosti ili depresije česte su popratne bolesti uz poremećaje prehrane. Kao rizični faktor pojavljuje se perfekcionizam ili kruto ponašanje u vidu pretjerano visokih očekivanja od sebe i/ili sklonost da slijeđenja samopostavljenih pravila. Nepovoljna životna iskustva poput stigme težine, različitih trauma, nesigurnosti oko hrane ili rasizma mogu pridonijeti razvoju poremećaja prehrane. Usto se pojavljuje i nezadovoljstvo slikom tijela odnosno tjelesna dismorfija (8).

1.2. ANOREKSIJA NERVOZA

Pretjeranu želju za mršavošću stručnjaci su prepoznali kao središnju pojavu anoreksije nervoze. Hilde Bruch okosnicu je toga poremećaja sažela kao „neumoljivu potragu za mršavošću“ (9). S obzirom na to da se najčešće pojavljuje u razvojnoj dobi, prisutan je i izraz „pubertetska ovisnost o mršavosti“ (njem. *Pubertaetsmagersucht*) (10). Naime, osobe s anoreksijom u većini slučajeva nemaju smanjen apetit, već voljnim aspektom izbjegavaju jedenje unatoč snažnomu osjećaju gladi. Štoviše, često je sanjarenje o hrani ili zanimanje o njoj u vidu razgovaranja o hrani, pripremanja novih recepata, proučavanja kuharica (11). Vesna Vidović, primjerice, piše o anoreksiji nazvavši je „novo religijom negiranja osjećaja gladi“ (12). Značajka je anoreksije reducirana (smanjena) masa (pothranjenost), koja se određuje kao „gubitak ili nenapredovanje koji dovode do održavanja tjelesne mase na razini manjoj od 85 % očekivane, odnosno indeks tjelesne mase (ITM) manji je od 17,5 u odraslih bolesnika“ (10).

1.2.1. Dijagnostika

Poznata su dva tipa anoreksije, restriktivni tip, u slučaju kada se tijekom trenutačne epizode anoreksije nervoze osoba nije redovito prejedala ili čistila (tj. nije prisutno samoizazvano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klizme), te prejedajući tip, u literaturi poznat i kao izmjenjujući/bulimički tip, s čišćenjem, u slučaju kada tijekom trenutačne epizode anoreksije nervoze osoba uključuje aktivnosti redovitoga prejedanja ili čišćenja (10, 13, 14). Pokušaji razlikovanja podtipova anoreksije nervoze datiraju još od Pierrea Janeta, koji je početkom 20. stoljeća prepoznao histerične i opsivne tipove. Njegova teorija nije polučila uspjehom, sve dok je Peter Dally nije primijenio kasnih šezdestih godina 20. stoljeća. Ubrzo je nakon toga Pierre Beumont počeo pod-tipizirati anoreksiju nervozu prema prisutnosti ili odsutnosti povraćanja. Ta je raspodjela unaprijeđena nekoliko godina poslije kako bi se razlikovali podtipovi na temelju prisutnosti ili odsutnosti prejedanja ili čišćenja, što je skupni izraz za povraćanje ili zloupotrebu laksativa, te su tako konačno

opisane glavne razlike između tih dvaju tipova. U usporedbi s bolesnicima koji se ne prejedaju redovito, oni s redovitim prejedanjem imaju veću težinu u djetinjstvu i češće su pretili, često dolaze iz obitelji s povišenom težinom, pa i obiteljskom pretilošću, a također češće upotrebljavaju ekstremne metode kontrole težine. Osim toga, češće iskazuju drugo impulzivno ponašanje, kao što je zloupotreba alkohola i droga, krađa i samoozljeđivanje. Usto, često je riječ o poremećajima ličnosti: granični, narcisoidni ili antisocijalni. Manjina bolesnika s anoreksijom nervozom čisti se, ali ne prejeda (13).

Dijagnostički kriteriji za određnje anoreksije nervoze prema Dijagnostičkome i statističkome priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (engl. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*; DSM-V) jesu (4):

- Kriterij A: ograničenje unosa energije u odnosu na potrebe, što dovodi do znatno niske tjelesne težine u kontekstu dobi, spola, razvojne putanje i fizičkog zdravlja; znatno niska težina definirana je kao težina koja je manja od minimalno normalne ili, za djecu i adolescente, manja od minimalno očekivane.
- Kriterij B: intenzivan strah od dobivanja na težini i debljanja ili uporno ponašanje koje ometa debljanje, čak i ako je težina znatno niska
- Kriterij C: poremećaj u načinu na koji se doživljava svoja ili čija druga tjelesna težina ili oblik tijela (tjelesna shema), pretjeran utjecaj tjelesne težine ili oblika tijela na samoprocjenu ili nemogućnost trajnijega pominanja ozbiljnosti trenutne niske tjelesne težine. Usto, sagledava se i amenoreja u u postmenarhalnih žena, tj. izostanak najmanje triju uzastopnih menstrualnih ciklusa (smatra se da žena ima amenoreju ako joj se menstruacija javi samo nakon primjene hormona, npr. estrogena).

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – MKB-10, deseto izdanje (engl. *International Classification of Diseases*; ICD-10) dijagnozu anoreksije nervoze određuje prema sljedećim kriterijima: postoji gubitak tjelesne težine ili, u djece, nedostatak povećanja tjelesne težine, što dovodi do tjelesne težine najmanje 15 % ispod normalne ili očekivane težine za dob i visinu, gubitak je težine samo izazvan izbjegavanjem „hrane koja deblja“, postoji samopoimanje da je osoba pretila, sa strahom od debljine, što dovodi do samonametnutoga praga niske težine, očituje se široko rasprostranjeni endokrini

poremećaj koji zahvaća područje hipotalamusa, hipofize i spolnih žlijezda, što se u žena očituje kao amenoreja, a u muškaraca kao gubitak seksualnoga interesa i potencije (očigledna je iznimka vaginalnoo krvarenje u anoreksičnih žena koje su na nadomjesnoj hormonskoj terapiji, koja se najčešće uzima u obliku kontracepcijske pilule) (15).

Kriteriji DSM-5 slični su opisanim kriterijima klasifikacije MKB-10, no Begovac i sur. smatraju da su jasnije izloženi u prvoj navednoj klasifikaciji, stoga se u tablici 1 donosi pregled diferencijalnih dijagnoza prema kriterijima DSM-5 (10).

Tablica 1. Diferencijalna dijagnoza anoreksije nervoze. Modificirano prema Begovac i sur., 2021. s obzirom na DSM-V.

	abnormalno jedenje	restriktivno jedenje	tjelesna masa	prejedanje (<i>binge</i>)	strah od debljanja	ponašanje čišćenja za smanjenje mase	kompensatorne aktivnosti za smanjenje mase	poremećaj tjelesne sheme ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja ponašanjem
anoreksija nervoza restriktivni tip (AN-R)	da	da	samnjena	ne	da	ne	da	da
anoreksija nervoza tip s prejedanjem i čišćenjem (AN-BN)	da	da	smanjena	da (manjih količina hrane)	da	da	da	da

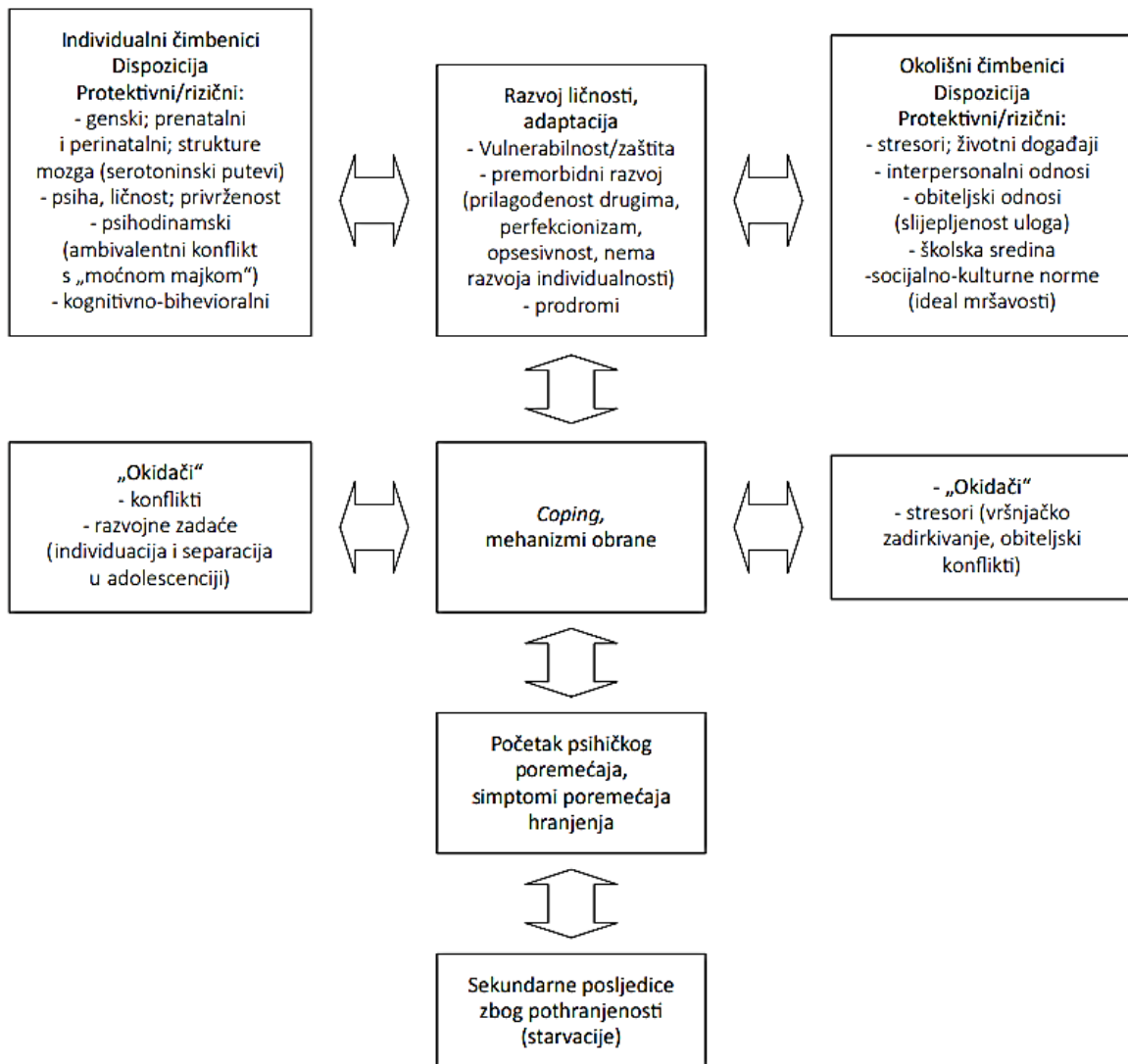
1.2.2. Etiologija

Etiopatogeneza poremećaja prehrane, pa tako i anoreksije nervoze, jest DVOFAZNA, što znači da međusobno djeluju genski, biološki, razvojni, intrapsihički, interpersonalni, obiteljski i sociokulturalni čimbenici (6, 16). Na slici 1 prikazan je integrativni etiopatogenetski model poremećaja hranjenja. Što se tiče genskih čimbenika, molekularnogenetičke studije te one s blizancima upućuju na genski determiniranu izloženost neurotransitorskih sustava, kao što je serotoninergički, no i drugih takvih sustava (dopaminergički, noradrenergički, opioidni) (17). Pojedini tipovi ličnosti mogu utjecati na razvoj poremećaja prehrane. Primjerice, premorbidne karakteristike ličnosti, čije se značajke odnose na prilagođavanje okolini u vidu potiskivanja autentičnosti, perfekcionizmom i

opsesivnost (6). Nadalje, oboljeli s restriktivnim tipom anoreksije najčešće pokazuju tipizirane karakteristike poput težnja ka savršenstvu, upornosti, nefleksibilnosti, povučенost te često natprosječne inteligencije (18).

Govoreći o bihevioralnome aspektu, procesi učenja imaju funkciju pri jedenju i kontroliranju osjećaja gladi, odnosno njegovoj disfunkcionalnosti u vidu kondicioniranja osjećaja gladi (19). Kao neizostavni faktori u pozadini poremećaja prehrane pojavljuju se razvojni i psihodinamski čimbenici. Istraživanja pokazuju da nesigurna privrženost utječe na emocionalnu regulaciju, koja pak može biti povodom poremećaja prehrane (20). Takav način privrženosti za sobom često vuče disfunkcionalnu obiteljsku dinamiku s prikrivenim sukobima i agresijom, a posebno se u okviru anoreksije nervoze promatraju majke oboljelih, koje se nerijetko ponašaju agresivno, anksiozno, pretjerano zaštićuju djecu ostvarujući simbiotski odnos s njima (21).

U okviru etiopatogeneze poremećaja prehrane svakako je potrebno spomenuti i sociokulturalne čimbenike. Naime, veći broj oboljelih dolazi iz zapadnih zemalja. Što se društvenoga položaja tiče, uglavnom je riječ o srednjoj i višoj klasi, posebno u određenim skupinama poput modela, balerina i sportaša (22). Ne može se izostaviti ni povezanost poremećaja prehrane sa suvremenim idealom ženske ljepote kojim se promovira kultura mršavosti u javnome prostoru, što se potom prelijeva i na vršnjačke odnose (12, 23).



Slika 1. Integrativni etiopatogenetski model poremećaja hranjenja (10)

1.2.3. Epidemiologija

Anoreksija nervoza poremećaj je prehrane koji u najvećoj mjeri zahvaća žene u adolescentskoj dobi, i to najčešće u dobi od 15. do 19. godine (14). Učestalost anoreksije nervoze znatno je porasla tijekom posljednjih pedesetak godina iako postoji razlog za vjerovanje da je barem dio porasta posljedica veće svijesti i prijavljivanja toga poremećaja (24). Precizne procjene incidencije i prevalencije jako variraju. Razlog se možda krije u tome što bolesnici koji pate od toga poremećaja često oklijevaju otkriti svoje stanje. Procjene prevalencije kreću se u rasponu od oko 3 % do 10 % rizičnih žena između 15 i 29 godina (1). Na globalnoj razini ta bolest pogađa otprilike 0,5 % do 1 % ženske populacije. Godišnja je incidencija među adolescenticama i mladim odraslim ženama 8 na 100000. Stopa smrtnosti ženske populacije iznosi 5,39 na 1000 osoba (26). Taj se poremećaj prehrane u većoj se mjeri pojavljuje u određenim zanimanjima koja su određena kao rizične skupine u domeni modne industrije, sporta (atletika) i umjetnosti (balet) (10).

Anoreksija nervoza daleko je češća u žena nego u muškaraca, s omjerom od oko 10 : 1. Dakle, prevalencija je znatno niža u muškaraca te se procjenjuje na oko 0,1 %, što znači da poremećaj nije ograničen samo na osobe ženskoga spola. Naime, američko nacionalno istraživanje replikacije komorbiditeta došlo je rezultata da muškarci čine jedan od četiriju slučajeva oboljelih od anoreksije nervoze (26). Poremećaji prehrane u muškaraca povezuju se s homoseksualnošću ili biseksulanošću te pojave pretilosti prije razvoja poremećaja. Simptomatologija se uvelike ne razlikuje od one u djevojaka (26).

Iako se može javiti u svim slojevima društva, veća prevalencija zabilježena je među osobama iz viših socioekonomskih slojeva i to zapadnim zemljama poput SAD-a, Kanade, Australije i europskih zemalja. Međutim, u novije vrijeme brišu se geografske, društvene i rasne granice te je anoreksija nervoza zabilježena u svim krajevima svijeta. Prevalencija anoreksije nervoze u Hrvatskoj nije detaljno istražena na razini populacije kao u nekim drugim zemljama, ali postoje određene studije i podatci koji pružaju uvid u tu problematiku. Kao i u drugim zapadnim zemljama, prevalencija anoreksije nervoze u Hrvatskoj je slična, sa procjenjenom prevalencijom od 0,5 % do 1 % među ženama, a u muškaraca je prevalencija

znatno niža. Istraživanja koja su provedena na uzorcima srednjoškolaca i studenata pokazuju da poremećaji prehrane, uključujući anoreksiju nervozu, nisu rijetki u hrvatskome društvu. Prema podacima Dnevne bolnica za poremećaje prehrane Psihijatrijske bolnice Sveti Ivan i Centra za poremećaje hranjenja *Bea*, u Hrvatskoj od poremećaja prehrane u Hrvatskoj boluje više od 40000 osoba. Uglavnom je riječ o djevojčicama i mladim ženama od 12 do 30 godina. Stručnjaci upozoravaju da broj oboljelih raste iz godine u godinu (27).

1.2.4. Klinička slika

Anoreksija nervoza gotovo uvijek počinje neprimjetno uz racionaliziranje razloga za restriktivnu prehranu. Povod za dokidanjem normalne prehrane može se pronaći u usputnome vršnjačkom komentaru o izgledu tijela, sukobi unutar obitelji i zajednička dijeta djeteta i roditelja (10). U pozadini često se krije neracionalizirani strah od debljine i nemogućnosti kontroliranja težine te takozvani poremećaj tjelesne sheme, koji se odnosi na iskrivljenu sliku o vlastitome tijelu. Prvotno osobe jedu „zdravu“ hranu, potom izbjegavaju blagovanje s obitelji, prijateljima i drugim bliskim osobama, no riječ je o sustavnome izglednjivanju nakon kojega slijedi progresivan gubitak težine, a u žena dolazi do izostanka menstrualnoga ciklusa. Rana dijagnostika izostaje zbog simptoma koji nisu primjetni do znatnijega gubitka težine, stoga se bolest uglavnom dijagnosticira u roku od šest mjeseci do godine dana od pojave prvih znakova (10).

Simptomatologija anoreksije nervoze determinirana je dobi bolesnika. Za one u dobi od 10 do 16 godina, s najizraženijom pojavnosti u 14. godini, uglavnom je riječ o smanjenome unosu energije i prekomjernoj tjelesnom aktivnosti, koja je zabilježena u 30 do 80 % oboljelih (28). Usto, zabilježen je nizak ITM, intenzivno nezadovoljstvo slikom svojega tijela (tjelesnom shemom), što utječe na negativnije ishode liječenja u vidu nepoželjnoga odgovora na liječenje i njegovo dulje trajanje (29). Simptomi koji se pojavljuju povremeno očituju se u smanjenome uzimanju tekućine, takozvanim „ritualima hranjenja“ kao dijela poremećaja prehrane ili opsesivno-kompulzivoga poremećaja (OKP). Kako vrijeme

restrikcije prehrane odmiče, tako bolesnici gube kontrolu nad odbijanjem hrane pri čemu se pojavljuje i pothranjenost, odnosno gladovanje. Oboljeli su često perfekcionista, postižu iznimne akademske rezultate, no s vremenom se pojavljuju problemi s koncentracijom, socijalna izolacija, anksiozna raspoloženja koja se razvijaju do depresije te poremećaji spavanja. Takvo ponašanje sve više nalikuje na ovisničko, stoga se može nazvati i „ovisničkim mršavljenjem“. U djevojaka se razlikuju postmenarhalni i preburetalni, tj. premenarhalni, prepubertetski, preadolescentni oblici bolesti. Naime, u najvećemu se broju slučajeva anoreksija nervoza pojavljuje u djetinjstvu odnosno adolescenciji, no prisutna je pojavnost i poslije menopauze, stoga možemo govoriti o ranim (*early onset*) odnosno kasnim (*late onset*) oblicima toga poremećaja, pri čemu se adolescentski uzimaju kao rani oblici u usporedbi s onima po završetku adolescencije i pojavnosti u zreloj dobi (10). Simptomatologija je u dječaka i mladića slična, međutim u njih je češća opsesivnost, poremećaj se pojavljuje u ranijoj dobi, čime se klinička slika usložnjava (10).

Prema Dijagnostičkome i statističkome priručniku za mentalne poremećaje (DSM-V), uobičajeni znakovi i simptomi poremećaja prehrane mogu se podijeliti na emocionalne i bihevioralne te tjelesne. Za prvu se skupinu vezuje zaokupljenost gubitkom težine, hranom, kalorijama i dijetom, odbijanje jedenja određene hrane i često eliminiranje skupine hrane (npr. masti), izbjegavanje situacija koje uključuju hranu, razvijanje rituala (npr. prekomjerno žvakanje hrane), povlačenje iz društva uz razvoj izoliranosti, ekstremna briga o veličini i obliku tijela, često provjeravanje u ogledalu za percipiranje nedostatka u izgledu te ekstremne promjene raspoloženja. U domenu tjelesnih simptoma spadaju primjetne varijacije u težini, gastrointestinalne tegobe (zatvor, refluks), menstrualne tegobe (primarna ili sekundarna amenoreja), poteškoće u koncentracijom, abnormalni laboratorijski nalazi (anemija, niska razina hormona štitnjače, nizak kalij, nizak broj bijelih i crvenih krvnih stanica), slabost, osjećaj hladnoće zbog pogoršane cirkulacije, problemi sa spavanjem, stomatološki problemi, suha i nerijetko žuta koža i kosa te krhki nokti, dlakavost i poremećaj imunološkoga sustava (4).

Uz navedeno, često se pojavljuje i poremećaj anksioznosti, uključujući generalizirani anksiozni poremećaj, socijalna anksioznost, fobije, panični napadaji, posttraumatski stresni

poremećaj i opsesivno-kompulzivni poremećaj. Sve je popraćeno depresivnim i drugim poremećajima raspoloženja, a nerijetko se pojavljuje i zloupotreba psihoaktivnih tvari (10).

Bez obzira na navedenu simptomatologiju, klinička slika anoreksije nervoze može iznimno varirati, što je čini složenim poremećajem. U nekih oboljelih dominiraju simptomi anoreksije nervoze u komorbiditetu s opsesivno-kompulzivnim poremećajem u vidu opsesija i rituala, a u drugih je zabilježen sumanuti, tj. psihotični tip anoreksije nervoze (jak osjećaj otpora, lažna uvjerenja koja se temelje na netočnome zaključivanju o izvanjskoj stvarnosti unatoč očitim dokazima za suprotno, narušena slika o svojem tijelu, psihotičnost, strah od otrovanja, nepovjerljivosti u društvenim odnosima). U nekih se oboljelih javljaju i hipohondrijski strahovi te somatizacije poput somatskih pritužaba i strahova vezanih za probavu, opstipaciju ili osjećaj nadutosti (10).

Prilikom anoreksije nervoze tijelu se uskraćuju esencijane hranjive tvari koje su potrebne za normalno funkcioniranje. Dakle, tijelo je prisiljeno usporiti sve svoje procese kako bi sačuvalo energiju, što rezultira ozbiljnim zdravstvenim posljedicama, a one zahvaćaju kardiovaskularni, gastrointestinalni, neurološki i endokrini sustav (10).

1.2.5. Liječenje

Dijagnoza poremećaja prehrane tek je prvi korak prema oporavku. Liječenje poremećaja prehrane uključuje kombinaciju psihološkog i nutritivnog savjetovanja, zajedno s medicinskim i psihijatrijskim nadzorom. Poremećaje prehrane liječe multidisciplinarni timovi koji se sastoje od liječnika (primarne zdravstvene zaštite/pedijatra i specijalista), psihoterapeuta, dijetetičara/nutricionista, psihijatra i po potrebi drugih stručnjaka poput terapeuta yoge i umjetničkoga terapeuta (30).

Za bolesnike čije je zdravstveno stanje nestabilno, prvi je korak u skrbi stabilizacija stanja i nutritivna rehabilitacija. Za sve dijagnoze poremećaja prehrane nutritivna skrb usredotočuje se na vraćanje dosljednih, uravnoteženih, održivih obrazaca prehrane. Fokus

skrbi za pojedince čije su prehrambene navike rezultirale gubitkom težine, povratak je na tjelesnu težinu koja optimizira sposobnost funkcioniranja u svim područjima života. Iako je liječenje svakog poremećaja prehrane jedinstveno, ono se uglavnom provodi sljedećim redoslijedom (31):

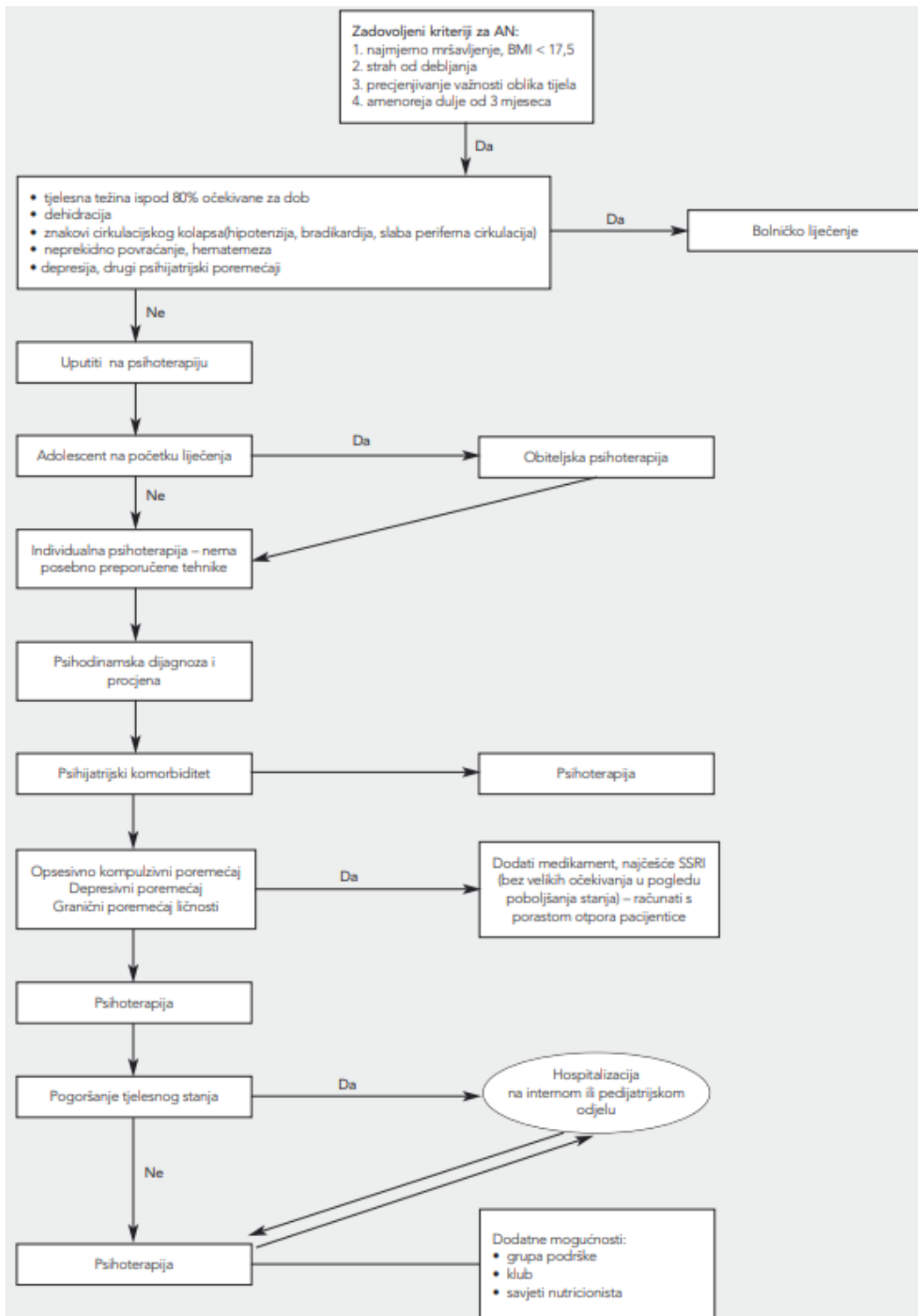
1. stabilizacija fizičkoga stanja bolesnika uklanjanjem životno ugrožavajućih simptoma
2. dokidanje ponašanja vezana za poremećaj prehrane (engl. *binge eating*; čišćenje, restrikcija prehrane, prekomjerno vježbanje itd.)
3. povrat optimalne težine
4. uspostava dosljedno održivih obrazaca prehrane s nutritivnom rehabilitacijom
5. potpora u suočavanju s nezdravim stavovima o prehrani, tijelu i izgledu
6. razvoj strategija suočavanja koje podržavaju oporavak
7. rješavanje tekućih zdravstvenih i mentalnih problema
8. uspostava plana za sprječavanje recidiva.

Za bolničko liječenje anoreksije nervoze Vidović V. 2004. navodi osam ključnih ciljeva (32):

1. Ponovno zadobivanje tjelesne težine zajedno s individualnom i obiteljskom terapijom kako bolesnica ne bi imala osjećaj da je povećanje tjelesne težine jedini cilj liječenja.
2. Uspostavljanje povjerenja između bolesnice i tima da će njezino dobivanje na težini biti kontrolirano.
3. Strah od gubitka težine uz česta jedenja malih količina hrane i postupan dobitak na tjelesnoj težini (200 grama dnevno).
4. Jedenje uz nazočnost osoblja i raspravu o strahovima odnosno ohrabrivanje bolesnice.
5. Vaganje u pravilnim razmacima kako bi bolesnica mogla kontrolirati dobitak ili pad na težini.
6. Pozitivna i negativna potkrepljenja kako bi bolesnica shvatila da može kontrolirati ne samo svoje ponašanje nego i njegove posljedice.
7. Sučeljavanje i kontroliranje povraćanja ili Čišćenja.
8. Disfunkcionalni konflikti s obitelji u svezi s jedenjem ne smiju se uspostavljati ponovno u bolnici, osim u prilici kontrolirane seanse s roditeljima koja se izvodi u terapijske svrhe.

Na slici 2 prikazan je prijedlog algoritma za liječenje anoreksije nervoze prema Vidović V. iz 2004. godine. Prvotno moraju biti zadovoljeni kriteriji za dijagnozu koji uključuju namjerno mršavljenje, ITM manji od 17,5, strah od debljanja, precjenjivanje važnosti oblika tijela i amenoreju dulje od triju mjeseci. Bolničko se liječenje određuje ako je tjelesna težina ispod 80 % očekivane za dob, ako je prisutna dehidracija, znakovi cirkulacijskog kolapsa (hipotenzija, bradikardija, slaba periferna cirkulacija), neprekidno povraćanje, hematemeza, depresija ili drugi psihijatrijski poremećaji. Ukoliko to nije slučaj, utoliko se bolesnik upućuje na psihoterapijski tretman (individualna psihoterapija i/ili obiteljska psihoterapija) uz mogućnost hospitalizacije u slučaju pogoršanja stanja (32).

S ciljem preveniranja komplikacija, liječenje je potrebno početi već pojavom supkliničkih oblika poremećaja, no to je često otežano kasnim otkrivanjem bolesti (34). Liječenje anoreksije nervoze može se provoditi u ambulanti, dnevnoj bolnici, stacionarno ili u specijaliziranim centrima, no prvotno se nameće somatska stabilizacija stanja bolesnika (34).



Slika 2. Prijedlog algoritma za liječenje anoreksije nervoze (32)

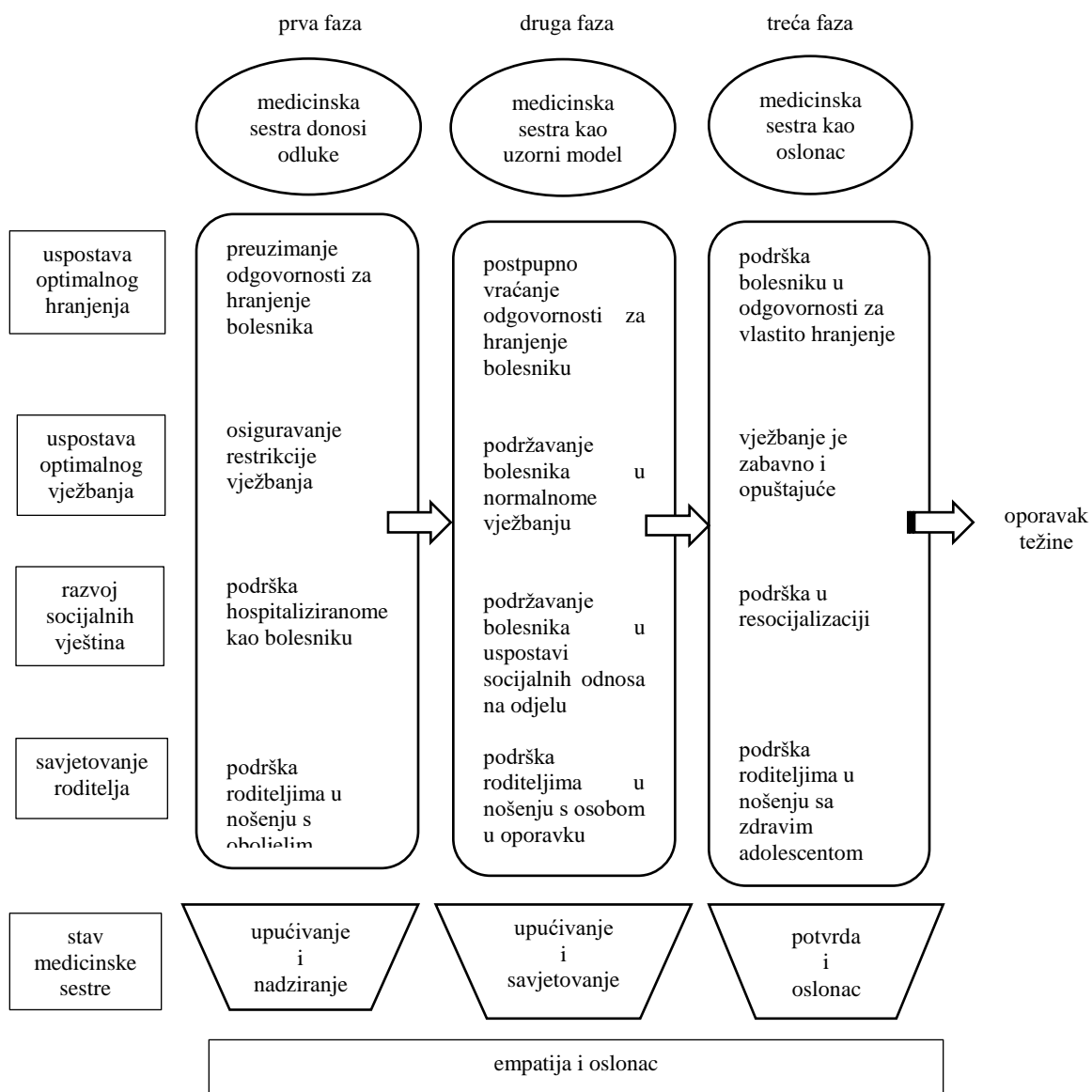
Budući da bolesnici nerijetko iskazuju ambivalentnost tijekom liječenja, potrebno je osigurati optimalan terapijski odnos s bolesnikom te ga motivirati za liječenje. Najveći se broj bolesnika liječi stacionarno, pedijatrijski ili psihijatrijski nakon neuspješnoga ambulantnoga liječenja, pri čemu je važno da bolesnika vodi jedan liječnik/terapeut sa svrhom postizanja kontinuiteta odnosa. Tijekom psihoterapijskoga liječenja, koje je često dugogodišnje, pozornost se osvrće na intrapsihičku dinamiku, tj. individualne psihoterapije, a čest je i multimodalan pristup u vidu istodobnoga provođenja individualne i grupne ili obiteljske terapije. Njega o bolesnicima s akoreksijom nervozom i drugim poremećajima prehrane pred medicinski tim stavlja mnoge izazove zato što počesto ti bolesnici nesvjesnim projektivnim mehanizmima stvaraju neprijateljsko okruženje među medicinskim osobljem, kao u svojim obiteljima (32)

1.2.6. Sestrinska skrb oboljelih od anoreksije nervoze

Sestrinska skrb za bolesnike s anoreksijom nervozom ključno je područje koje zahtijeva sveobuhvatan i individualiziran pristup. Procjena je prvi korak koji uključuje detaljnu opservaciju fizičkog i psihičkog stanja bolesnika. To uključuje mjerenje tjelesne težine, visine, vitalnih znakova, kao i procjenu prehrambenih navika i psihičkog stanja. Nakon procjene sestra razvija individualizirani plan skrbi koji uključuje ciljeve vezane za postupno vraćanje zdrave tjelesne težine, uspostavljanje zdravih prehrambenih navika i podršku mentalnom zdravlju bolesnika. Nutricionistička podrška, točnije postupno uvođenje hrane i praćenje unosa kalorija nužno je za izbjegavanje poremećaja prehrane. Ključna uloga sestre je u pružanju edukacije bolesniku i obitelji o poremećaju prehrane, važnosti pravilne prehrane i mogućim posljedicama bolesti. Osim toga, emocionalna podrška iznimno je važna kako bi se pomoglo bolesniku u procesu oporavka. Redovito praćenje napretka bolesnika ključno je za prilagodbu plana skrbi, što uključuje praćenje tjelesne težine, vitalnih znakova, prehrambenih navika i psihičkog stanja. Medicinska sestra povezana je s drugim zdravstvenim stručnjacima poput nutricionista, psihologa i psihijatara kako bi se osigurao holistički pristup liječenju. U slučaju komplikacija, sestra mora biti spremna na brzo

djelovanje i intervenciju u suradnji s medicinskim timom. Nakon otpusta iz bolnice sestra treba osigurati kontinuiranu podršku i praćenje kako bi se spriječio recidiv i poticao nastavak zdravog načina života.

Bakker R, i suradnici 2011. godine izradili su model ključnih aspekata u zdravstvenoj njezi adolescenata s dijagnozom anoreksije nervoze iz perspektive medicinskih sestara (Slika 3). Postavljene su četiri kategorije: uspostava pravilne prehrane, uspostava pravilne tjelesne aktivnosti, savjetovanje roditelja i stav medicinske sestre u procesu koji se odvija u trima fazama s konačnim ishodom – ozdravljenje bolesnika. U prvoj fazi medicinska sestra donosi odluke i snosi odgovornost za liječenje u vidu kontrole hranjenja i restrikcije vježbanja, podrška je bolesniku kao bolesniku te roditeljima pruža podršku u nošenju s bolesnikom kao oboljelom osobom. Dakle, njezin se stav oslikava u kontekstu upućivanja i nadziranja. U drugoj fazi medicinska sestra predstavlja uzorni model tako što postupno vraća odgovornost bolesniku za njegovo hranjenje, podržava bolesnika u uspostavi optimalne tjelesne aktivnosti i socijalnih odnosa na odjelu, a roditelje upućuje na to kako se nositi osobom koja je u procesu oporavka. Prema tome, njezina uloga tada uključuje upućivanje i savjetovanje. U završnoj fazi medicinska je sestra oslonac bolesniku. Podržava bolesnika u razvoju zdravih prehrambenih navika i vježbanja koje postaje zabavnim i opuštajućim. Također, pruža podršku bolesniku u resocijalizaciji u svim društvenim aspektima, a roditelje usmjerava na to kako se učinkovito nositi sa zdravim adolescentom. Tada se aktivnost medicinske sestre prelijeva u potvrđivanje pravoga puta ozdravljenja i neizravni oslonac. Važno je naglasiti da su svi postupci tijekom zdravstvene njege bolesnika s anoreksijom nervozom prožeti empatijom prema bolesniku i uspostavljanjem sigurnoga okružja (33).



Slika 3. Ključni aspekti u zdravstvenoj njezi adolescenata s dijagnozom anoreksije nervoze iz perspektive medicinskih sestara (32)

1.3. BULIMIJA NERVOZA

Bulimija nervoza poremećaj je prehrane koji se definira kao obrazac epizoda prejedanja i čišćenja. Prevalencija oboljelih od ovog poremećaja iznosi 1,5 % u žena i 0,5 % u muškaraca, a smrtnost 3,9 % (32). Epizoda prejedanja podrazumijeva konzumaciju velike količine hrane u kratkom vremenu. Tijekom prejedanja osoba gubi kontrolu nad prehranom. Kako bi kompenzirala prejedanje, osoba će se zatim očistiti. Čišćenje se može postići povraćanjem, laksativima, diureticima, drugim lijekovima, postom ili pretjeranom tjelovježbom. Znakovi bulimije uključuju: konzumiranje više hrane nego što je fizički ugodno, jedenje u tajnosti, odlaženje nakon jela radi uklanjanja simptoma, oticanje obraza ili čeljusti i/ili dentalne komplikacije, žuljevi/posjekotine na stražnjoj strani ruku i oscilacije težine. Bulimija nervoza povezana je s kratkoročnim i dugoročnim zdravstvenim posljedicama uključujući oštećenje jednjaka, neravnotežu elektrolita, metaboličke promjene, srčane komplikacije te gastrointestinalne tegobe (8).

Prema DSM-V, dijagnostički kriteriji za bulimiju jesu sljedeći: ponavljanje epizoda prejedanja (količina hrane koja je veća nego što bi većina ljudi jela tijekom sličnog vremenskog razdoblja i pod sličnim okolnostima), osjećaj nedostatka kontrole nad jelom (npr. osjećaj da se ne može prestati jesti ili kontrolirati što ili koliko se jede), ponavljajuće neprimjereno kompenzativno ponašanje kako bi se spriječilo dobivanje na težini barem jednom tjednom tijekom triju mjeseci (samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili prekomjerna vježba), slika o sebi pod utjecajem je oblika i težine tijela, smetnje se ne javljaju uz anoreksiju nervozu (4).

	abnormalno jedenje	restriktivno jedenje	tjelesna masa	prejedanje	strah od debljanja	ponašanje čišćenja za smanjenje mase	kompensatorne aktivnosti za smanjenje mase	poremećaj tjelesne sheme ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja ponašanjem
bulimija nervoza (BN)	da	da	normalna	da	da, većinom	da	da	da

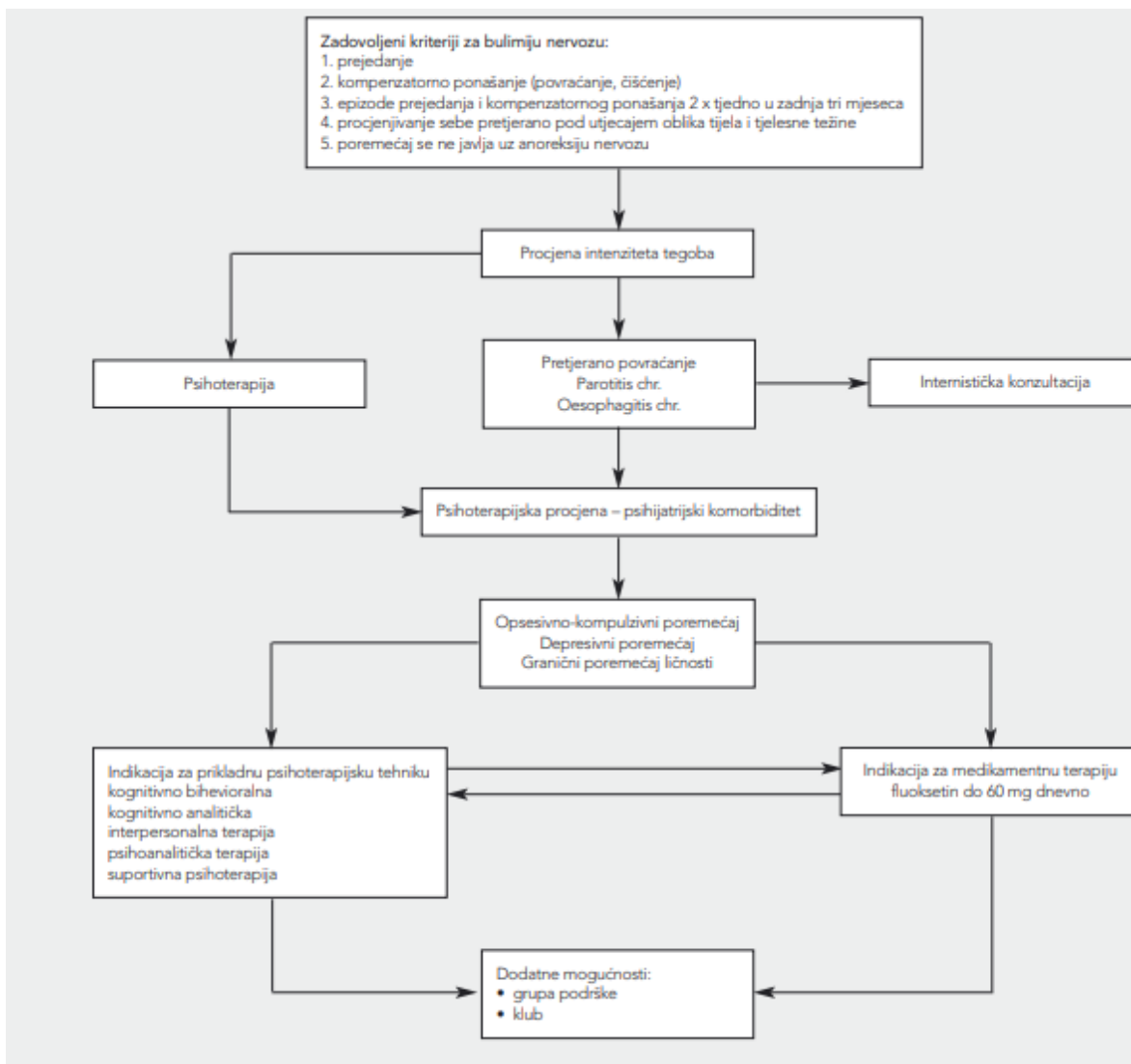
Slika 4. Diferencijalna dijagnoza bulimije nervoze. Modificirano prema (10)

Fizički su simptomi slični kao i kod anoreksije nervoze, no bolesnici s bulimijom nervozom ne moraju odstupati u težini te imaju izraženije stomatološke probleme zbog povraćanja, što uključuje eroziju cakline; krvarenje desni / periodontalne bolesti, temperaturnu osjetljivost zuba, promjenu boje zuba, suha usta, povećanje parotidne žlijezde i probleme s gutanjem (34).

Neke od najčešćih zdravstvenih posljedica bulimije nervoze uključuju neravnotežu elektrolita (hipokalmija, hiponatrija i hipokloramija), stomatološke probleme, oštećenje jednjaka (ezofagitis, Barrettov jednjak), srčane problemi, probleme s bubrezima (bubrežni kamenci i zatajenje bubrega), hormonsku neuravnoteženost (menstrualne nepravilnosti, neplodnost i osteoporoza) (34).

Ipak, većina bolesnika s bulimijom nervozom liječi se izvanbolnički, uglavnom kognitivno-bihevioralnim pristupom i farmakološki (antidepresivima). Manji postotak bolesnika (njih 8 – 10 %) koji zahtijeva hospitalizaciju naziva se multiimpulzivnim bulimičarima, koji su skloni samoranjavanju, zloupotrebi droga i krađi (32). Na slici 4 prikazan je prijedlog algoritma liječenja bulimije nervoze. Prvotno moraju biti zadovoljeni kriteriji za dijagnozu (prejedanje, kompenzatorno ponašanje – povraćanje, čišćenje, epizode prejedanja i kompenzatornog ponašanja dva puta tjedno u zadnja tri mjeseca, procjenjivanje sebe pretjerano pod utjecajem oblika tijela i tjelesne težine, poremećaj se ne javlja uz anoreksiju nervozu), a nakon procjene intenziteta tegoba bolesnik se upućuje na psihoterapiju ili internističku konzultaciju za dobivanje pravovaljane psihoterapijske pomoći. Uz pružanje

mentalne pomoći, liječenje se najčešće provodi farmakološki antidepressivima kako bi se reducirali bulimični simptomi i komorbidni psihopatski fenomeni s obilježjima depresije i anksioznosti (32).



Slika 5. Prijedlog algoritma liječenja bulimije nervoze (32)

1.4. POREMEĆAJ S PREJEDANJEM

Poremećaj s prejedanjem ili kompulzivno prejedanje klasificira se kao ponavljajuće epizode jedenja velikih količina hrane (napadi/epizode prejedanja, engl. *binge*), često brzim tempom i do točke nelagode. Javlja se u 3,5 % žena i 2 % muškaraca. Osobe s tim poremećajem osjećaju sram, krivnju ili uznemirenost i/ili doživljavaju „gubitak kontrole“ tijekom prejedanja. Dakle, prisutna je društvena stigma te je veća prisutnost poremećaja zabilježena u nižim društvenim slojevima. Razlikuje se od bulimije po tome što nije praćen kompenzacijskim ponašanjem. Taj poremećaj zahvaća osobe tijekom cijelog životnog vijeka, a vrhunac se bilježi u srednjim godinama (32). Na slici 6 prikazana je diferencijalna dijagnoza poremećaja s prejedanjem.

	abnormalno jedenje	restriktivno jedenje	tjelesna masa	prejedanje	strah od debljanja	ponašanje čišćenja za smanjenje mase	kompenzatorne aktivnosti za smanjenje mase	poremećaj tjelesne sheme ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja ponašanjem
poremećaj s prejedanjem (BED)	da	ne, povremeno	normalna ili pretilost	da	ne, povremeno	ne	ne	ne, povremeno

Slika 6. Diferencijalna dijagnoza poremećaja s prejedanjem (10)

Znakovi poremećaja prejedanja uključuju to da je osobi neugodno jesti u blizini drugih, dakle prisutna je društvena izolacija, potom je izraženo jedenje u tajnosti i/ili skrivanje omota/posuda za hranu. Uključuje i u promjenu prehrambenih navika, kao što je preskakanje obroka, a često je i jedenje izvan granice udobnosti. Poremećaj s prejedanjem povezan je s kratkoročnim i dugoročnim zdravstvenim posljedicama, što uključuje probavne smetnje (mučnina, refluks, proljev, zatvor), metaboličke promjene kao što je inzulinska rezistencija te ga prate bolesti srca i krvnih žila, dijabetes, hipertenzija, povišen kolesterol i trigliceridi,

apneja i povećan rizik od raka. U teškim slučajevima može doći do opstrukcije crijeva, što pak može dovesti do infekcije (8). Najčešći je uzrok smrtnosti pretilost (8).

1.5. DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJI PREHRANE

U ovu skupinu ubrajaju se poremećaji hranjenja koji se ne mogu dijagnostički odrediti kao anoreksija nervoza, bulimija nervoza ili poremećaj s prejedanjem. Prisutno je otežano funkcioniranje organizma i visoka razina klinički značajne patnje, što otežava bolesnikovu interakciju s okolinom u svim aspektima života i rada. Kao druge specificirane poremećaje hranjenja, DSM-V navodi anoreksiju bez pothranjenosti, bulimiju s rjeđim simptomima ili kraćega trajanja, poremećaj s prejedanjem s rjeđim simptomima ili kraćega trajanja, poremećaj čišćenja bez prejedanja i sindrom noćnoga jedenja (4). Smrtnost tih poremećaja iznosi 5,2 % (5).

2. CILJ RADA

Cilj je ovoga završnog rada prikazati zbrinjavanje i skrb za bolesnika s poremećajem prehrane. Prikazati će se sestrinski postupci i načini na koji se bolesnik prima u bolnicu, način na koji se planira zbrinjavanje te provodi i evaluira sestrinska skrb oboljeloga od poremećaja prehrane.

Prikazom slučaja detaljno će se opisati i analizirati slučaj bolesnika s poremećajem prehrane, uključujući povijest bolesti, kliničku sliku te tijek liječenja s naglaskom na rješavanje problema i područja zdravstvene njege. Osim toga, uvidjet će se u kojoj su mjeri metode i postupci prilikom planiranja i provođenja sestrinske skrbi nužni za ostvarivanje što kvalitetnije brige za bolesnika s poremećajem prehrane i osiguravanje sigurnoga ozračja za optimalan oporavak. Također, istaknut će se važnost medicinske sestre prilikom edukacije bolesnika i obitelji o poremećajima prehrane čime se razvijaju strategije za prevenciju ponavljanja poremećaja. Naposljetku, radom će se moći procijeniti učinkovitost pružene zdravstvene njege te predložiti preporuke za unapređenje skrbi bolesnika s poremećajima prehrane.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. PRIKUPLJANJE PODATAKA

Prikupljanje podataka u svrhu izrade ovoga rada obavljeno je objedinjavanjem primarnih, sekundarnih i tercijarnih izvora. Primarni se izvori odnose na izjave bolesnika, kao i ostale podatke prikupljene izravno od bolesnika. Sekundarni izvori podataka se odnose na izjave bolesnikove obitelji i zdravstvenih djelatnika, a tercijarni izvori podrazumijevaju medicinsku dokumentaciju.

Metode i aktivnosti korištene za prikaz slučaja uključuju hospitalizacije u bolničkoj ustanovi s ciljem promatranja bolesnika, potom vođeni razgovor, tj. intervju s bolesnikom radi prikupljanja subjektivnih i objektivnih informacija (simptomi, povijest bolesti) prema unaprijed određenim smjernicama razgovora te se naposljetku mjere i analiziraju podatci iz Bolničkoga informacijskog sustava.

3.1.1. Prikaz slučaja

Bolesnica N. N. ima 23. godine. Završila je jezičnu gimnaziju te je nezaposlena. Na Kliniku za psihijatriju primljena je 29. studenoga 2023. godine zbog suicidalnih misli i poremećaja prehrane s vodećom dijagnozom prema F 50.01 (anoreksija nervoza). Unazad dvije godine počinje s postupnom kalorijskom redukcijom u svrhu gubitka tjelesne mase. S vremenom sve više mršavi, pred dolazak u bolnicu TT 43 kg i TV 167 cm.

Psihijatru se obratila prvi put u ožujku 2021. godine, tada je psihologijski obrađena. Rezultati psihologijske obrade upućuju na prisutne depresivne značajke u funkcioniranju, također izražene teškoće na planu emocionalne samoregulacije, impulzivnost i sklonost povlačenju u imaginaciju, ali se nisu nazirale smetnje u hranjenju. Propisane psihofarmake uzimala je kratko vrijeme.

Bolesnica je prije procesa prikupljanja podataka upoznata s ciljem završnoga rada u kontekstu informiranoga pristanka prema Zakonu o zaštiti prava bolesnika (čl. 19 i čl. 20) (35). Bolesnici su objašnjeni uvjeti provedbe ispitivanja pri čemu je istaknuto da je osigurano anonimno sudjelovanje u ispitivanju, što znači da će se izbjegavati navođenje informacija koje mogu kompromitirati identitet bolesnice poput imena i prezimena, inicijala i bolesničke šifre. Usto, bolesnica je primila pisanu obavijest o svrsi i važnosti provođenja ispitivanja i izrade završnoga rada. Bolesnici su također uručeni izjava i obrazac o suglasnosti obaviještenog bolesnika za sudjelovanje u ispitivanju.

Predradnje provođenja ispitivanja odnosile su se na predstavljanje i identifikaciju tijekom kojih je uspostavljeno sigurno ozračje i povjerenje, što je omogućilo strukturirani intervju prema smjernicama za prikupljanje usmenih informacija, ali i za bilježenje neverbalnoga ponašajnog aspekta bolesnice. Prikupljeni su podatci o njezinu trenutačnome i prijašnjemu stanju.

U daljnjem tijeku rada prikazat će se proces zdravstvene njege bolesnice sa sestrinskom anamnezom i statusom, dijagnozom u procesu zdravstvene njege, ciljevima sestrinske skrbi, planiranom i provedenom intervencijom te evaluacijom. (36)

3.2. ODOBRENJE PRIKUPLJANJA PODATAKA

Prikupljanje podataka za ovaj završni rad odobrilo je Etičko povjerenstvo Kliničkoga bolničkog centra Split (KLASA: 520-03/24-01/141, UR.BR.: 2181- 147/01/06LJ.Z.-24-02)

4. RASPRAVA

4.1. SESTRINSKA ANAMNEZA I STATUS

Bolesnica N. N. pri prijemu je pri svijesti, sniženog raspoloženja. Do sada nije bila hospitalizirana, ovo joj je prvi kontakt sa psihijatrom. Negira teže somatske bolesti. Negira alergije na lijekove i hranu. Alkohol ne konzumira, cigarete konzumira već nekoliko godina. Dnevno popuši 20 cigareta.

Prije godinu dana smanjio joj se apetit i postupno počinje sve manje i manje jesti. Posljednjih pet mjeseci važe hranu i broji kalorije svake namirnice. Unosi hranu od 400 do 750 kalorija dnevno, zna vježbati kući na eliptičnome trenažeru do 20-ak minuta te izjavljuje: „Želim da mi tijelo izgleda bolje pa će mi onda i u glavi biti bolje.“

Mokrenje je uredno, mokri 4-5 puta dnevno. Urin je bistar, bez neugodnih mirisa. Stolica neredovita, posljednja je bila prije pet dana. Menstruacija neredovita, zna izostajati po nekoliko mjeseci, pred 4 dana zadnja menstruacija.

Bolesnica je pri prijemu samostalna u procesu samozbrinjavanja: higijena (1), eliminacija (1), oblačenje (1), hranjenje (1), hodanje (1), stajanje (1), sjedenje (1), premještanje (1).

Uobičajeni odlazak na spavanje kod kuće bio je oko 2-3 sata poslije pola noći, a ujutro buđenje oko 12 sati. Vrijeme prije spavanja provodi satima na računalu, kako tvrdi: „živi u virtualnom svijetu“. Izjavljuje da tijekom boravka u bolnici ne spava dobro, često. Dobro vidi na daljinu i blizinu, ne upotrebljava naočale. Dobro čuje.

Živi s roditeljima i mlađim bratom u obiteljskoj kući. U zadnje vrijeme ima česte promjene raspoloženja. Povlači se, ne razvija prijateljstva. Ima nekoliko površnih prijateljstava preko interneta. Jednom je bila u emotivnoj vezi dva mjeseca.

Bolesnica često zna biti impulzivna i niskog frustracijskog praga. Višekratno se samoozljeđivala, gasila je cigarete po tijelu. Samoozljeđivanje koristi u svrhu samokažnjavnja, bijega od dosade i neugode. Ima poteškoće s regulacijom emocija te koristi neadaptivne mehanizme za nošenje s emocijama. Znale su joj dolaziti suicidalne misli. Bolesnica je dragovoljno pristala na bolničko liječenje.

Za sebe tvrdi da je katolik, kršćanin. Na misu ne ide redovito.

4.1.1. Fizikalni pregled

Mjerenje i promatranje bile su metode prikupljanja podataka za fizikalni pregled. Bolesnica N. N. teži 43 kg, a visoka 167 cm. Njezin indeks tjelesne mase (ITM) iznosi 15,4 kg/m². Tjelesna temperatura izmjerena je pod pazuhom (aksilarno) i to staklenim alkoholnim toplomjerom, a iznosila je 36,6 stupnjeva Celzijusovih. Puls je ritmičan, dobro punjen, a frekvencija pulsa iznosila je 60 otkucaja u minuti. Digitalni je tlakomjer, postavljen na lijevoj ruci, pokazao vrijednost krvnoga tlaka 90/40 mmHg. Zabilježena je normalna dubina disanja bez neugodnoga subjektivnog osjećaja teškoće u disanju (dispneje). Prilikom disanja nisu prisutni zvukovi. Frekvencija disanja iznosi 16 udisaja/min. Boja kože je normalna, ali koža je hladnija uslijed smanjene potkožne masnoće. Na koži nema vidljivih koštanih izbočenja i edema, no koža na bedrima, bokovima i stopalima ispunjena ožiljcima od gašenja cigareta. Usna je šupljina uredna te nisu prisutne nikakve osobitosti. Sluznica je hidrirana i na njoj nema zabilježenih promjena.

Glasgowska ljestvica kome (engl. *Glasgow Coma Scale*; GCS) alat je koji se upotrebljava za procjenu razine svijesti bolesnika. Ljestvica se temelji na trima parametrima: otvaranje očiju, verbalni odgovor i motorički odgovor. Svaki od tih parametara ocjenjuje se određenim brojem bodova, a ukupni zbir bodova daje procjenu stupnja kome ili svjesnosti (36). Bolesnica N. N. ostvarila je najveći mogući broj bodova na ljestvici svjesnosti (15/15).

Bradenova je ljestvica (engl. *Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk*) alat kojim se koristi za procjenu rizika od razvoja dekubitusa (pritisnih ulceracija) kod bolesnika. Ta ljestvica pomaže zdravstvenim radnicima identificirati bolesnike koji su u riziku i da poduzmu preventivne mjere kako bi se izbjegao razvoj dekubitusa. Broj bodova na Bradenovoj ljestvici za bolesnicu N. N. iznosio je 20 od mogućih 23, što znači da nije bila u riziku od razvoja dekubitusa (26). Morseova ljestvica (engl. *Morse Fall Scale*) alat je koji se rabi za procjenu rizika od padova kod bolesnika, posebno onih koji se nalaze u bolničkom okruženju. Cilj je identificirati bolesnike koji su u većem riziku od pada i implementirati odgovarajuće preventivne mjere. Bolesnica N. N. imala je 0 bodova na Morseovoj ljestvici te time spada u kategoriju niskog rizika za pad. Prilikom procjene kategorizacije bolesnika, konačni je broj bodova za bolesnicu iznosio 19, što znači da pripada kategoriji 1 (Tablica 2).

Tablica 2. Kategorizacija bolesnice

	Čimbenik kategorizacije	1	2	3	4
1	Higijena	X			
2	Oblačenje	X			
3	Hranjenje	X			
4	Eliminacija	X			
5	Hodanje, stajanje	X			
6	Sjedenje	X			
7	Premještanje, okretanje	X			
8	Rizik za pad	X			
9	Stanje svijesti	X			
10	Rizik za nastanak dekubitusa	X			
11	Vitalni znakovi	X			
12	Komunikacija	X			
13	Specifični postupci u zdravstvenoj njezi	X			
14	Dijagnostički postupci	X			
15	Terapijski postupci	X			
16	Edukacija				X
	Bodovi po kategorijama	15			4
	Bodovi ukupno	19			
	Kategorija	1/16–26	2/27–40	3/41–53	4/54–64

4.2. SESTRINSKA SKRB TIJEKOM HOSPITALIZACIJE

Prilikom prijama u bolnicu posao medicinske sestre odnosi se na unos podataka u sestrinsku anamnezu i procjenu statusa bolesnice. Anamneza je temeljni dio procesa zdravstvene njege koji se odnosi na prikupljanje informacija o bolesnikovoj povijesti bolesti, simptomima, načinu života, obiteljskoj anamnezi i drugim relevantnim čimbenicima koji mogu utjecati na njegovo zdravlje. Za medicinsku sestru anamneza je ključna jer pruža osnovne informacije potrebne za planiranje, provođenje i evaluaciju skrbi o bolesniku. Preko intervjua i prijašnje liječničke dokumentacije medicinska sestra izdvaja anamnezu iz obavijesti što ih bolesnica daje o prethodnom stanju svoje bolesti. Osim toga, za anamnezu su dobrodošli i sekundarni izvori, stoga se do podataka došlo i preko bolesničina oca, s kojim redovito komunicira i s kojim je najbliže povezana od članova obitelji. Time su stvoreni preduvjeti da medicinska sestra bolje razumije bolesničinu zdravstvene probleme, simptome i potrebe, što je početna točka za izgradnju odnosa sa svakim bolesnikom i, što je najvažnije, pružanje individualizirane skrbi. Kroz anamnezu medicinska sestra identificirala je potencijalne rizike za bolesnicu, kao što su alergije, prethodne bolesti, obiteljska povijest bolesti, socijalni faktori i način života. S obzirom na to da je bolesnica pokazivala znakove depresivnoga ponašanja, u tim za podršku uključen je i psiholog. Medicinska sestra poticala je obiteljske posjete i uključivanje obitelji u proces liječenja.

Potom je medicinska sestra dovela bolesnicu u bolničku sobu pokazavši joj smještaj (bolnički krevet, kupaonicu) i upoznavši je s drugim bolesnicima u toj sobi. Status bolesnice, koji se odnosi na fizički pregled i praćenje vitalnih funkcija, prati se svakodnevno u vidu mjerenja i promatranja. Postupcima koji rezultiraju laboratorijskom obradom, poput vađenja krvi i mjerenja elektrolita, ordinira liječnik kako bi se otklonile sumnje na druge patologije, a sestra s njime provodi intervencije ako su one potrebne. Prvotno se pristupilo poboljšanju nutritivnoga statusa, za što je bolesnica poslana na pregled kod nutricionista, postupnim povećanjem unosa kalorija kroz male i česte obroke, uvođenjem dodataka prehrani s visokim udjelom proteina i kalorija (parenteralni i peroralni visokokalorični pripravci), a medicinska sestra nadzirala je uzimanje terapije te hranjenje i vrijeme netom poslije hranjenja kako bi se

spriječilo izbjegavanje hrane ili povraćanje. Važno je informirati bolesnicu da dodatci prehrani nisu zamjena za hranu. Svako se jutro nakon prvoga mokrenja pristupalo mjerenju tjelesne težine bolesnice. Radi prevencije disbalansa redovito su se pratile razine kalija, natrija i glukoze, a primjena oralnih ili intravenskih nadomjestaka elektrolita odvijala se prema potrebi. S tim u svezi, bilježila se razina unosa odnosno iznosa tekućina. U svrhu održavanja stabilizacije kardiovaskularnoga statusa redovito su praćeni vitalni znakova, posebno puls i krvni tlak. Budući da je bolesnica bila veoma neraspoločena i depresivna, u liječenje je uključen i specijalist psiholog. Medicinska sestra poticala je socijalnu interakciju bolesnice s drugim bolesnicima, potom obiteljskim posjetima i uključivanjem obitelji i prijatelja u proces liječenja. Medicinska sestra provodila je edukaciju bolesnice i obitelji o anoreksiji, mogućim komplikacijama i važnosti dugotrajnog praćenja. Stoga, komunikacijske vještine medicinske sestre ključne su za učinkovitu skrb o bolesnicima, koordinaciju s drugim članovima zdravstvenog tima i edukaciju bolesnika i njihovih obitelji. Te vještine obuhvaćaju verbalnu i neverbalnu komunikaciju, aktivno slušanje, empatiju i prilagodljivost u različitim situacijama. Kroz empatiju i suosjećanje medicinska sestra može izgraditi povjerenje s bolesnikom, što je ključno za adekvatnu zdravstvenu njegu. Održavanje profesionalnog ponašanja u svim koracima djelovanja te u svim oblicima komunikacije s bolesnikom, obitelji i kolegama, osigurava se kvalitetna suradnja i kvalitetna sestrinska skrb. Zbog svih navedenih činitelja sestrinske skrbi nužno je kontinuirano stručno usavršavanje medicinske sestre.

4.2.1. Sestrinske dijagnoze

Prepoznate sestrinske dijagnoze prilikom prijama bolesnice N. N. na Kliniku za psihijatriju jesu sljedeće:

1. Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane, što se očituje ITM 15,4
2. Opstipacija u/s neadekvatnim unosom hrane što se očituje izostankom stolice 5 dana
3. Visok rizik za samoozljeđivanje u/s emocionalnom disregulacijom

4. Socijalna izolacija u/s nezadovoljstvom s tjelesnim izgledom što se očituje izjavom bolesnice: „ Želim da mi tijelo izgleda bolje pa će mi onda i u glavi biti bolje.“

Postupci rješavanja problema su prikazani u tablicama 3, 4, 5 i 6.

Tablica 3. Pothranjenost u/sa smanjenim unosom hrane

Sestrinska dijagnoza	Pothranjenost u/sa smanjenim unosom hrane, što se očituje ITM 15,4
Ciljevi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolesnica će za godinu dana dobiti na težini 12 kilograma 2. Bolesnica će unositi 2000 kalorija dnevno tijekom hospitalizacije. 3. Bolesnica će dobiti 0,5 kg u tjedan dana.
Datum	Intervencije
30. 11. 2023.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obavijestiti liječnika o problemu 2. Pripremiti za bolesnicu plan prehrane u suradnji s nutricionistom. 3. Ponuditi bolesnici hranu koju preferira. 4. Primijeniti bolesnici peroralne visokokalorične pripravke kao dodatke prehrani. 5. Istaknuti bolesnici značaj konzumiranja preporučenih količina hrane. 6. Predlagati bolesnici češće obroke u manjim količinama. 7. Poticati bolesnicu na dnevni unos tekućine (1,5 - 2 l) 8. Omogućiti bolesnici dovoljno vremena za konzumaciju obroka. 9. Nadzirati bolesničko hranjenje. 10. Mjeriti težinu bolesnice svako jutro nakon prve mokraće.
1. 12. 2023.	3., 4., 6., 7., 8., 9., 10.
Evaluacija	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glavni cilj: Nije bilo moguće evaluirati tijekom hospitalizacije. 2. Podcilj 1. je postignut – Bolesnica je zadovoljila nutritivne potrebe od 2000 kcal tijekom hospitalizacije. 3. Podcilj 2. nije bilo moguće evaluirati tijekom hospitalizacije.

Tablica 4. Opstipacija u/s neadekvatnim unosom hrane, što se očituje izostankom stolice pet dana.

Sestrinska dijagnoza	Opstipacija u/s neadekvatnim unosom hrane, što se očituje izostankom stolice pet dana.
Cilj	Bolesnica će imati stolicu do kraja dana.
Datum	Intervencije
30. 11. 2023.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obavijestiti lječnika o opstipaciji 2. Dati propisanu dozu sirupa <i>Portalak</i> u 10 sati ujutro. 3. Poticati bolesnicu na dnevni unos tekućine (1,5 –2 l) 4. U prehranu uključiti hranu bogatu vlaknima.
Evaluacija	Cilj je postignut.

Tablica 5. Visok rizik za samoozljeđivanje u/s emocionalnom disregulacijom.

Sestrinska dijagnoza	Visok rizik za samoozljeđivanje u/s emocionalnom disregulacijom.
Cilj	Bolesnica se neće samoozljeđivati tijekom hospitalizacije.
Datum	Intervencije
30. 11. 2023.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stvoriti povjerljivo ozračje da se bolesnica osjeća sigurno. 2. Eliminirati bolesnici predmete iz okoline koji bi mogli uzrokovati samoozljeđivanje. 3. Ohrabrivati bolesnicu da podijeli svoje osjećaje. 4. Povezati bolesnicu s grupama podrške na odjelu. 5. Promatrati ponašanje bolesnice, s posebnim naglaskom na socijalnu izolaciju. 6. Angažirati članove obitelji kao izvor podrške.
1. 12. 2023.	1., 3., 4., 5., 6.
Evaluacija	Cilj je postignut. Bolesnica se nije samoozljeđivala tijekom hospitalizacije.

Tablica 6. Socijalna izolacija u/s nezadovoljstvom fizičkog izgleda

Sestrinska dijagnoza	Socijalna izolacija u/s nezadovoljstvom s tjelesnim izgledom, što se očituje izjavom bolesnice: „ Želim da mi tijelo izgleda bolje pa će mi onda i u glavi biti bolje.“
Cilj	Bolesnica neće biti socijalno izolirana tijekom hospitalizacije.
Datum	Intervencije
30. 11. 2023.	<ol style="list-style-type: none">1. Stvoriti odnos temeljen na suradnji s bolesnicom.2. Ohrabrivati bolesnicu da podijeli svoje osjećaje.3. Poticati bolesnicu i vrednovati svaki napredak pozitivnom povratnom informacijom.4. Objasniti bolesnici značaj podrške bliskih ljudi poput obitelji i prijatelja.5. Pomoći bolesnici organizirati vrijeme za obiteljske posjete i posjete prijatelja.6. Potaknuti bolesnicu na kontakt s prijateljima.7. Uputiti bolesnicu na radnu terapiju unutar odjela.
1. 12. 2023.	1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.
Evalvacija	Cilj je postignut. Bolesnica tijekom hospitalizacije nije pokazivala znakove socijalne izolacije. Identificirala je razloge osjećaja izolacije i razvila je pozitivne odnose s drugima.

4.3. SESTRINSKO OTPUSNO PISMO

Bolesnica N. N. na Kliniku za psihijatriju KBC-a Split primljena je 29. studenoga 2023. godine zbog suicidalnih promišljanja i poremećaja prehrane. Bolesnica je dragovoljno pristala na hospitalizaciju. Otpuštena je pod medicinskom dijagnozom F 50.01 (anoreksija nervoza).

Za vrijeme hospitalizacije utvrđene su dijagnoze u procesu zdravstvene njege:

1. Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane, što se očituje ITM 15,4.
2. Opstipacija u/s neadekvatnim unosom hrane, što se očituje izostankom stolice pet dana.
3. Visok rizik za samoozljeđivanje u/s emocionalnom disregulacijom.
4. Socijalna izolacija u/s nezadovoljstvom fizičkog izgleda što se očituje izjavom bolesnice: „ Želim da mi tijelo izgleda bolje pa će mi onda i u glavi biti bolje.“

Problemi su tretirani prema individualnim planovima zdravstvene njege:

Ad 1) Ključni korak predstavljalo je praćenje nutritivnoga unosa bolesnice. Taj se proces odvijao redovitim bilježenjem količine i kvalitete konzumirane hrane i pića kako bi se procijenio stvarni unos kalorija i hranjivih tvari. Pristupilo se planiranju obroka tako što se izradio individualizirani plan prehrane koji je uključio visokokalorične i nutritivno bogate namirnice te je uvažavao bolesničke preferencije i prehrambene potrebe. Organizirane su konzultacije s dijetetičarom za dodatne preporuke i savjete o prehrambenim strategijama. Pratilo se stanje bolesnice zbog potencijalnih komplikacija povezanih s pothranjenosti, kao što su slabost, imunodeficijencija ili poremećaji ravnoteže elektrolita. Medicinska je sestra pružala podršku u hranjenju u vidu pomoći tijekom obroka te nadziranja za vrijeme i netom nakon konzumacije hrane. Pratila se tjelesna težina i drugi tjelesni parametri uz redovito mjerenje tjelesne težine i određenje ITM-a (indeksa tjelesne mase). Medicinska je sestra radila na osvještavanju bolesnice i njezine obitelji o važnosti pravilne prehrane i nutritivnih potreba, uključujući informiranje o mogućim uzrocima i posljedicama pothranjenosti. Pružala je emocionalnu i psihološku podršku bolesnici kako bi se smanjio stres i anksioznost koji mogu dodatno utjecati na apetit i unos hrane. Navedene mjere ciljale su na poboljšanje nutritivnog statusa bolesnice i prevenciju daljnjih komplikacija povezanih s pothranjenošću. Iako je bolesnica je zadovoljila nutritivne potrebe od 2000 kcal tijekom hospitalizacije, preporučuje se tjedno praćenje dobivanja na težini (0,25 kg tjedno) s ciljem dobivanja 12 kg u godini dana.

Ad 2) S obzirom na to da je bolesnica hospitalizirana s problemom opstipacije u/s neadekvatnim unosom hrane, odmah je pristupljeno liječenju problema tako što je bolesnici dan sirup *Portalak* za liječenje zatvora karakteriziranog neredovitim pražnjenjem crijeva. Uz to, poticalo se bolesnicu da pije dovoljno vode tijekom dana kako bi se pomoglo u održavanju normalne funkcije crijeva. Isto tako, poticalo se bolesnicu na unos vlakana savjetovanjem o konzumaciji namirnica bogatih vlaknima, kao što su voće, povrće, cjelovite žitarice i mahunarke, kako bi se poboljšala probava i olakšala defekacija. Evidentirano je pražnjenje crijeva te je cilj ostvaren uz

uspostavljanje redovnog obrasca za pražnjenje crijeva. Preporuča se redovito praćenje pražnjenja crijeva.

Ad 3) Prvotno je bilo osigurati sigurno okružje uz uklanjanje svih potencijalno opasnih predmeta iz okoline bolesnice koji bi mogli biti upotrijebljeni za samoozljeđivanje. Provedeno je redovito praćenje i nadzor bolesnice kako bi se rano prepoznali znakovi i simptomi emocionalne disregulacije ili namjere za samoozljeđivanjem. Nužno je bilo osigurati emocionalnu podršku kroz empatijski i nekritički pristup slušajući bolesnicu i validirajući njezine osjećaje. Poticalo se bolesnicu na izražavanje svojih misli i osjećaja otvoreno i iskreno kako bi se smanjila potreba za samoozljeđivanjem kao načinom izražavanja emocionalne boli. Budući da se pokazalo prikladnim, uključena su obitelj i bliski prijatelji u pružanje podrške bolesnici uz savjetovanje o znakovima rizika i strategijama za pomoć. Ostvarena je suradnja s multidisciplinarnim timom tako što su se uključili drugi zdravstveni stručnjaci, poput psihologa i psihijatra za upućivanje bolesnice u grupe podrške na odjelu. Navedenim je mjerama razvijen sigurnosni plan za ostvarenje cilja o dokidanju samoozljeđivanja tijekom hospitalizacije.

Ad 4) Sljedeće intervencije usmjerene su na smanjenje socijalne izolacije i podršku bolesnici u izgradnji pozitivnije slike o sebi i svojem tijelu, kao i na poboljšanje njezinih socijalnih vještina i emocionalne dobrobiti. Bolesnici se osigurao siguran prostor za razgovor o njezinim osjećajima i percepcijama vlastitog tijela. Potaknulo ju se na izražavanje vlastitih iskustava i strahova vezanih za njezin tjelesni izgled i društvene interakcije. Razmotrila se mogućnost uključivanja obitelji i prijatelja u terapijski proces kako bi se osigurala dodatna emocionalna podrška. Pružilo se savjetovanje o pozitivnoj slici tijela i samoprihvatanju naglašavajući važnost unutarnje snage i osobina koje nisu povezane s izgledom. Poticalo se bolesnicu na razvoj pozitivnijega odnosa prema vlastitom tijelu. Radilo se na jačanju socijalnih vještina bolesnice, uključujući asertivnost i sposobnost uspostavljanja i održavanja odnosa. Bolesnica je uključena u grupne aktivnosti ili terapije koje omogućuju sigurno vježbanje socijalnih interakcija.

Nakon dogovora s liječnikom bolesnica se otpušta kući s usmenim uputama o ponašanju i načinu života. Bolesnica je naručena na kontrolni pregled za 14 dana.

5. ZAKLJUČAK

Poremećaji hranjenja, poput anoreksije nervoze, bulimije nervoze i poremećaja hranjenja te drugih specificiranog poremećaja prehrane, često su rezultat kombinacije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Genetske predispozicije, neurobiološki čimbenici, emocionalni stres i društveni pritisci – zajedno igraju ulogu u razvoju tih poremećaja. Rano prepoznavanje simptoma poremećaja hranjenja i pravovremena intervencija ključni su za uspješno liječenje. Zanemarivanje ili kasno prepoznavanje može dovesti do ozbiljnih posljedica po zdravlje, uključujući poremećaje srčanoga ritma, ozbiljno iscrpljivanje organizma i povećan rizik od smrtnoga ishoda. Efikasno liječenje poremećaja hranjenja zahtijeva integrirani pristup koji uključuje medicinsku, psihološku i nutricionističku podršku. Terapijski planovi trebaju biti prilagođeni potrebama pojedinca i uključivati različite oblike terapije, kao što su kognitivno-bihevioralna terapija, rad s nutricionistom i psihosocijalna podrška. S obzirom na to da poremećaji hranjenja često imaju duboke emocionalne korijene, psihoterapija ima važnu ulogu u liječenju. Rad na samopouzdanju, emocionalnoj regulaciji i promjeni negativnih obrazaca mišljenja može pomoći bolesnicima da se nose s poremećajem i razviju zdraviji odnos prema hrani i tijelu. Upravo aktivnost medicinske sestre u oporavku može značajno doprinijeti kvalitetnijemu liječenju. Primjer za to prikaz je slučaja sestrinske skrbi za bolesnicu N. N., koja je hospitalizirana na Klinici za psihijatriju KBC-a Split pod medicinskom dijagnozom anoreksije nervoze. Medicinska sestra provela je detaljnu procjenu stanja bolesnice, uključujući fizičko stanje, prehrambene navike, emocionalno stanje i socijalne faktore. Redovito je pratila tjelesnu masu, vitalne znakove, laboratorijske nalaze i primjenjivala terapiju u vidu visokokaloričnih dodataka prehrani. Pružala je bolesnici i njezinoj obitelji informacije o bolesti, njezinim posljedicama i komplikacijama te isticala važnost uravnotežene prehrane. Pomagala je bolesnici u razumijevanju i promjeni negativnih obrazaca ponašanja u vezi s hranjenjem i slikom o sebi. Ličnost medicinske sestre tako je most između bolesnika, bolesnika i obitelji. Svojim stavom kroz empatiju i oslonac te nadasve profesionalno nadziranje procesa oporavka medicinska sestra predstavlja osobu koja svojim kompetencijama čini zdravstvenu skrb kvalitetnijom.

6. LITERATURA

1. Polivy J; Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103. PMID: 11752484.
2. Simić A. Poremećaji hranjenja kao nova pandemija mladih. *Psychē.* 2022; 5(1):156-163.
3. Vandereycken W. History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2002, 2: 151-154.
4. Američka psihijatrijska udruga. *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje.* Zagreb: Naklada Slap; 2014.
5. Balabanić Mavrović J. Sociološki aspekti tijela, prehrane i očekivanja rodnih uloga kod žena oboljelih od poremećaja hranjenja [Disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2022 [pristupljeno 30.07.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:546107>
6. Bürgin D. *Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter.* Stuttgart: Gustav Fischer, 1993.
7. Nikolić S. Neurotski poremećaji. *Mentalni poremećaji u djece i omladine 2.* Zagreb: Školska knjiga; 1990, str. 163-184.
8. The Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery (CRPSIR). Dostupno na: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/resources.html>. Pristupljeno 20. 6. 2024.
9. Bruch H. *Eating disorders.* London: Routledge & Kegan Paul; 1975.
10. Begovac I., et al. *Dječja i adolescentna psihijatrija.* Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2021.
11. Davison G.C.; Neale, J.M. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja.* Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
12. Vidović V. *Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica.* Zagreb: 4P d.o.o.; 1998.
13. Garfinkel P.E. *Classification and Diagnosis of Eating Disorders.* *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2002, 2: 155-161.
14. Begić, D. *Psihopatologija.* Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
15. Kuzman M. et al. *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB-10, jedanaesta revizija.* Zagreb: Medicinska naklada – Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2012.

16. Culbert K.M.; Racine, S.E.; Klump, K.L. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56(11): 1141-1164. DOI:10.1111/jcpp.12441
17. Herpetz-Dahlmann B. *Essstoerungen. Kinder und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 277-86.
18. Kaye WH, Weltzin T, Hsu LKG. *Anorexia nervosa. Obsessive-Compulsive-Related Disorders*. Washington DC, London: American Psychiatric Press; 1993, str. 49-70.
19. Ermann M. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
20. Jakovina T, i sur. Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatr Danub* 2018;30 (1):72-8.
21. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
22. Patton GC, i sur. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:299-306.
23. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):195-204. doi: 10.1002/eat.20810. PMID: 20186717.
24. Wakeling A. Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 1996;62(1), 3–9. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(96\)02983-6](https://doi.org/10.1016/0165-1781(96)02983-6)
25. Arcelus Jon, i sur. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7): 724-731.
26. Swanson S.A., i sur. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7): 714-723.
27. Centar Bea. F 50 anoreksija bulimija prejedanje. *Centar Bea*, 28. lipnja 2024., <http://f50-anoreksija-bulimija-prejedanje.centarbea.hr/opcenito>.
28. Herpetz-Dahlmann B. *Ess-stoerungen. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer; 2003, str. 668-92.

29. Herpetz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders. Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2015;24:177–196. 47.
30. Borden A, Cook-Cottone C. Yoga and eating disorder prevention and treatment: A comprehensive review and meta-analysis. *Eat Disord.* 2020 Jul-Aug;28(4):400-437. doi: 10.1080/10640266.2020.1798172. PMID: 32964814.
31. Crone C, i sur. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association. Dostupno na: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890424865>. Pristupljeno: 25. lipnja 2024.
32. Vidović V. Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus* [Internet]. 2004 [pristupljeno 30.07.2024.];18(2_Adolescencija):185-191. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/57168>
33. Bakker R, van Meijel B, Beukers L, van Ommen J, Meerwijk E, van Elburg A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2011;24(1):16-22. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x. PMID: 21272111
34. Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz S, Maguire S. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J Eat Disord.* 2022 Sep 5;10(1):132. doi: 10.1186/s40337-022-00654-2. PMID: 36064606; PMCID: PMC9442924.
35. Republika Hrvatska. Zakonu o zaštiti prava bolesnika. NN 169/04, 37/08. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-bolesnika> Pristupljeno: 1. lipnja 2024.
36. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta; 1995.

7. ŽIVOTOPIS

1. Osobni podatci

Ime i prezime: Paula Božanić

Datum i mjesto rođenja: 29. lipnja 2002., Split

Adresa: Mike Tripala 2, 21000 Split

e-adresa: paula.bozanic29@gmail.com

2. Obrazovanje

2021. – danas Sveučilišni prijediplomski studij *Sestrinstvo*, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu

2017. – 2021. Prirodoslovna gimnazija, Prirodoslovna škola – Split

3. Sposobnosti i vještine

IT: Office 365, Windows 10

Strani jezici: engleski (aktivno), talijanski (pasivno)

Dodatno: Vozačka dozvola B kategorije