

Promjene u adolescenciji- anoreksija nervoza

Ivičević, 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:176:551076>

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

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



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

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



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

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

Paula Ivičević

**PROMJENE U ADOLESCENCIJI
- ANOREKSIJA NERVOZA**

Završni rad

Split, 2024.

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

Paula Ivičević

Promjene u adolescenciji – anoreksija nervoza
Changes in adolescence - anorexia nervosa

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Iris Marin Prižmić, univ. mag. med. techn.

Split, 2024.

ZAHVALA

Mentorici, Iris Marin Prižmić, univ. mag .med. techn. zahvaljujem na suradnji, korisnim savjetima te na ukazanom povjerenju tijekom pisanja završnog rada.

Zahvaljujem svojim prijateljima koji su studentske dane obogatili predivnim trenucima i neizmjernom potporom.

Najveće hvala ide obitelji bez koje ništa ovo ne bi bilo moguće. Hvala vam majko i sestro na strpljenju i vjeri u mene. I u ovim sretnim trenucima misli su naše s najmilijim. Njegova ljubav i dobrota nas nastavljaju voditi dalje kroz život. Hvala ti tata.

Veliko hvala!

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: Iris Marin Prižmić, univ. mag. med. techn.

Promjene u adolescenciji – anoreksija nervoza
Paula Ivičević, 0346013063

SAŽETAK

Anoreksija nervoza je psihološki poremećaj prehrane kojeg karakteriziraju sveprisutni, patološki problemi težine i oblika tijela koji dovode do ograničenog oralnog unosa i posljedice niske težine. Oboljele osobe imaju strah od debljanja i iskrivljenu percepciju fizičkog izgleda. Adolescencija je ključan period razvoja koji obilježavaju brojne fizičke, emocionalne i psihološke promjene te ujedno je najkritičnije razdoblje za razvoj anoreksije nervoze. Educiranjem o kritičnim čimbenicima može se prevenirati anoreksija nervoza, ali ako se ipak stanje razvije potrebna je što brža intervencija kako bi se smanjio rizik od negativnog ishoda. Liječenje anoreksije nervoze kod adolescenata kompleksan je i osjetljiv proces koji zahtijeva multidisciplinarni pristup, uključujući medicinske, psihološke i nutritivne intervencije. Ovaj pregled govori o komplikacijama i zadacima medicinske sestre koji su značajni za poboljšanje stanja pacijenta. Prepoznavanje simptoma i pružanje odgovarajuće podrške može pomoći u sprječavanju dugoročnih posljedica i promicanju oporavka. Roditelji, školsko osoblje i zdravstveni djelatnici trebaju biti educirani o znakovima poremećaja prehrane kako bi mogli pružiti pravovremenu pomoć adolescentima koji se suočavaju s ovim izazovom.

Ključne riječi: adolescencija, anoreksija nervoza, intervencija, prevencija

Rad sadrži: 31 stranica; 5 slika; 1 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: Iris Marin Prižmić, univ. mag. med. techn.

Changes in adolescence - anorexia nervosa
Paula Ivičević, 0346013063

SUMMARY

Anorexia nervosa is a psychological eating disorder characterized by pervasive, pathological weight and body shape problems that lead to limited oral intake and consequent low weight. Sufferers have a fear of gaining weight and a distorted perception of their physical appearance. Adolescence is a key period of development marked by numerous physical, emotional and psychological changes, and it is also the most critical period for the development of anorexia nervosa. Anorexia nervosa can be prevented by educating about critical factors, but if the condition does develop, intervention is needed as quickly as possible to reduce the risk of a negative outcome. Treatment of anorexia nervosa in adolescents is a complex and sensitive process that requires a multidisciplinary approach, including medical, psychological and nutritional interventions. This review discusses the complications and tasks of the nurse that are important for improving the patient's condition. Recognizing symptoms and providing appropriate support can help prevent long-term consequences and promote recovery. Parents, school staff and health professionals should be educated about the signs of eating disorders so that they can provide timely help to adolescents facing this challenge.

Keywords: adolescence, anorexia nervosa, intervention, prevention

Thesis contains: 31 pages; 5 figures; 1 tables

Original in: Croatian

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Epidemiologija i prognoza	2
2. CILJ RADA	3
3. RASPRAVA	4
3.1. DIJAGNOZA ANOREKSIJE NERVOZE	4
3.2. RIZICI ADOLESCENCIJE	6
3.2.1. Čimbenici rizika	7
3.3. KOMPLIKACIJE	11
3.3.1. Medicinske komplikacije.....	11
3.3.2. Društvene komplikacije.....	12
3.4. LIJEČENJE.....	13
3.4.1. Hospitalizacija	13
3.4.2. Farmakološko liječenje.....	14
3.4.3. Prehrana.....	15
3.4.4. Psihoterapija	15
3.5. ZADACI MEDICINSKE SESTRE	18
3.5.1. SESTRINSKE DIJAGNOZE	22
4. ZAKLJUČAK	25
5. LITERATURA	26
6. ŽIVOTOPIS	29
PRILOZI	30
POPIS KRATICA	31

1. UVOD

Adolescencija je razdoblje koje počinje s početkom puberteta i završava sredinom 20-ih te obilježeno je nizom promjena u svim domenama razvoja - biološkim, kognitivnim, psihosocijalnim i emocionalnim (1). Ovo razdoblje ujedno donosi i niz izazova među kojima su i pitanje tjelesne slike i samopouzdanja. Nažalost na neke adolescente ovi izazovi loše utječu te mogu dovesti do poremećaja prehrane kao što je AN (anoreksija nervoza). Tijekom adolescencije, mlade osobe prolaze kroz fizičke promjene poput puberteta, što uključuje promjene u tjelesnoj građi i hormonskoj ravnoteži. Ove promjene mogu izazvati tjeskobu kod adolescenata, posebno u društvima koja vrednuju mršavost, što može potaknuti razvoj nezdravih obrazaca prehrane (2). AN je poremećaj prehrane s najvećom pojavom u adolescenciji, koja nosi najveću smrtnost od svih psihijatrijskih bolesti (2).

AN je psihološki poremećaj kojeg karakteriziraju sveprisutni, patološki problemi težine i oblika tijela koji dovode do ograničenog oralnog unosa i posljedice niske težine. Oboljele osobe imaju strah od debljanja i iskrivljenu percepciju fizičkog izgleda (2). Kod adolescenata, AN može uzrokovati značajne promjene na više razina. Ovaj poremećaj ima duboke fizičke, psihološke i socijalne promjene koje mogu značajno utjecati na zdravlje i kvalitetu života oboljelih. Fizičke posljedice AN uključuju značajan gubitak težine, nutritivnih deficita, hormonsku neravnotežu i probleme s rastom i razvojem. Različiti psihološki simptomi, poput niskog samopoštovanja, depresije, tjeskobe i osjećaja bezvrijednosti, povezani su s AN (3). Pritisak vršnjaka, društveni mediji i kulturni ideali ljepote mogu pogoršati te osjećaje, čineći adolescenciju posebno teškom za osobe s AN (3). Tijekom svog društvenog života, adolescenti s AN mogu se povući iz nekih društvenih aktivnosti, osjećati izolirano i imati poteškoće u održavanju prijateljstva. Dugotrajna pothranjenost može uzrokovati trajne zdravstvene probleme, uključujući organske disfunkcije i smanjenu životnu dob. Emocionalne i psihološke posljedice AN također su značajne. Osobe s AN često se bore s niskim samopouzdanjem, depresijom i anksioznošću. Sve ove promjene naglašavaju potrebu za pravovremenom intervencijom i podrškom,

uključujući terapiju, nutricionističke savjete i emocionalnu podršku, kako bi se adolescentima s AN pomoglo u prevladavanju ovog ozbiljnog poremećaja i omogućilo im zdrav razvoj (2). Stoga je važno istražiti kako AN utječe na tjelesni i emocionalni razvoj u adolescenciji, te koje mjere mogu pomoći u osiguravanju učinkovitog liječenja i potpore.

Kompleksnost AN zahtijeva holistički pristup liječenju koji uključuje medicinsku, psihološku i nutricionističku podršku. Multidisciplinarni tim stručnjaka može razviti individualizirani plan liječenja koji uzima u obzir sve aspekte bolesti. Terapijske intervencije mogu uključivati kognitivno-bihevioralnu terapiju, savjetovanje i rad s nutricionistima kako bi se osigurao uravnotežen prehrambeni plan i mentalna podrška.

1.1. EPIDEMIOLOGIJA I PROGNOZA

Najčešća dob pojave AN kod muškaraca i žena je između 15 i 19 godina što se poklapa s periodom intenzivnih fizičkih i psiholoških promjena (2). AN češće se javlja kod djevojčica, nego u dječaka. Učestalost AN je oko osam na 100.000 osoba godišnje te zabilježen je uzlazni trend u incidenciji anoreksije nervoze u prošlom stoljeću do 1970-ih (4). Također utvrđeno je da je ovaj poremećaj češći među bijelcima nego među Afroamerikancima (4). AN čest je poremećaj među mladim bijelim ženama, ali je izuzetno rijetka među crnim ženama.

AN ima iznimno visoku stopu smrtnosti u usporedbi s drugim psihičkim bolestima, samoubojstvo je drugi vodeći uzrok smrti među osobama s dijagnozom anoreksije nervoze (5). Samoubojstvo je uzrok smrti za svaku petu osobu koja je umrla od AN (5). Prognoza AN varira ovisno o nizu čimbenika kao što su trajanje bolesti, rano prepoznavanje i pristup liječenju. Procjenjuje se da 50% pacijenata postiže potpuni oporavak, 30% se poboljša stanje, a preostalih 20% ostaju kronično bolesni (2). Studije praćenja AN s početkom adolescencije također otkrivaju niže stope smrtnosti od onih koje se tiču AN u ranoj odrasloj dobi (6). Zato je ključno rano intervenirati i pružiti dugoročnu podršku kako bi se smanjio rizik od negativnog ishoda.

2. CILJ RADA

Cilj rada je istražiti fizičke, psihološke i socijalne promjene koje adolescenti doživljavaju tijekom AN te kako te promjene utječu na njihovo mentalno zdravlje i oporavak. Kroz rad ispitat će se uloga emocionalne nestabilnosti, pritiska vršnjaka te medijskog utjecaja u razvoju poremećaja prehrane. Kroz proučavanje osobnih i obiteljskih dinamika, cilj je identificirati ključne čimbenike koji pridonose uspjehu u liječenju AN kod adolescenata te predložiti strategije za prevenciju i pravovremenu intervenciju. Naglašava se važnost medicinske sestre u pružanju emocionalne podrške, edukaciji o pravilnoj prehrani, praćenju fizičkog i mentalnog zdravlja te suradnji s multidisciplinarnim timom. Naglasak je na pravovremenoj intervenciji i rehabilitaciji pacijenta.

3. RASPRAVA

3.1. DIJAGNOZA ANOREKSIJE NERVOZE

AN je poremećaj prehrane u kojem ljudi izbjegavaju hranu, strogo ograničavaju hranu ili jedu vrlo male količine samo određene hrane (3). AN može uključivati neuspjeh da se prepozna ozbiljnost niske tjelesne težine i poteškoće u djelovanju da se to ispravi. Osobe koje boluju od AN imaju tendenciju vaganja nekoliko puta dnevno te ako imaju nedovoljnu tjelesnu masu i dalje se smatraju pretilima. Pogrešno je mišljenje da je ovaj poremećaj prehrane zapravo izbor životnog stila. Poremećaji prehrane su ozbiljne i često smrtonosne bolesti koje su povezane s ozbiljnim poremećajima u prehranbenom ponašanju | ljudi i povezanim emocijama i mislima. Tipično, pacijenti koji pate od poremećaja hranjenja često se fiksiraju na svoj izgled, posebno što uključuje ekstremnu odbojnost prema obliku tijela težini. Budući da ovi pacijenti skrivaju svoj gubitak težine dodatnim slojevima odjeće, AN može proći nezapaženo (5). Kako bi se poboljšali ishodi pacijena koji pate od AN-a, pokazalo se da je rana i brza dijagnoza, osobito u ranijoj dobi, povezana s poboljšanim zdravstvenim ishodima (7). Kada procjenjuju pacijenta za AN, liječnici prvo moraju isključiti sve hitne medicinske posljedice koje zahtijevaju hospitalizaciju i stabilizaciju. Mnoge dijagnoze mogu se manifestirati sličnim simptomima kao AN, to uključuje hipertireozu, poremećaje malapsorpcije, dijabetes, upalne bolesti crijeva, imunodeficijencije, Addisonovu bolest i neke kronične infekcije (5). Rano prepoznavanje od strane liječnika uključuje temeljitu anamnezu i fizički pregled, odgovarajuće laboratorijske studije elektrolita i prepoznavanje komorbidnih psihijatrijskih stanja (5). Anamneza je najvažniji alat u dijagnozi AN-a, budući da laboratorijski i fizikalni pregled mogu biti normalni u ranijim fazama ovog poremećaja.

AN se može podijeliti na dva tipa (8):

1) Restriktivni tip:

osoba ozbiljno ograničava količinu i vrstu hrane koju konzumira, osoba je sklona povećanoj tjelesnoj aktivnosti.

2) Prugativni/Prežderavajući tip:

osoba ograničava količinu i vrstu hrane koju konzumira, ali također ima epizode prejedanja nakon čega slijedi povraćanje ili koriste laksative.

Ozbiljnost AN jednaka manjem indeksu tjelesne mase (ITM) (5):

- 1) Blaga: ITM veći ili jednak 17 kg/m^2
- 2) Umjerena: ITM 16 do $16,99 \text{ kg/m}^2$
- 3) Teška: ITM 15 do $15,99 \text{ kg/m}^2$
- 4) Ekstremna: ITM manji od 15 kg/m^2

Dijagnostički kriterij prema DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za psihološke poremećaje (2):

- 1) Ograničenje energetskeg unosa u odnosu na potrebe, što dovodi do izrazito niske tjelesne težine prema dobi, spolu, stupnju razvoja i tjelesnom zdravlju
- 2) Intenzivan strah od debljanja, iako osoba nema dovoljno kilograma
- 3) Poremećaj u načinu na koji se doživljava težina ili oblik tijela, utjecaj težine na samoprocjenu i poricanje ozbiljnosti niske tjelesne težine.

U DSM-5 amenoreja više nije kriterij za dijagnozu AN (2). Prije su žene morale imati tri ili više preskočenih mjesečnica da bi im se dijagnosticirala AN. Ovaj kriterij je uklonjen jer amenoreja se odnosi samo na žene, dok muškarci ne mogu imati ovaj simptom (2). Iako je amenoreja čest simptom anoreksije nervoze, nije univerzalan. Neke žene još uvijek mogu imati menstrualne cikluse unatoč značajnom gubitku težine i drugim simptomima AN. Dakle, prisutnost ili odsutnost menstruacije ne ukazuje nužno na postojanje ili odsutnost poremećaja. U početnim fazama AN može biti prisutna i menstruacija, čak i kada su prisutni drugi simptomi. Ako bi amenoreja ostala kriterij to bi moglo dovesti do kašnjenja u dijagnozi i liječenju. Postoje slučajevi gdje nisu zadovoljeni svi DSM-5 kriteriji za AN, ali i dalje može

ozbiljan poremećaj prehrane biti prisutan. AAN (atipična anoreksija nervoza) uključuje osobe koje zadovoljavaju kriterije AN, ali koje ne pate od pothranjenosti unatoč značajnom gubitku težine (9). Međutim, osobe s AAN mogu biti ozbiljno pothranjene medicinskom i psihijatrijskom nestabilnošću baš kao i osobe s AN.

3.2. RIZICI ADOLESCENCIJE

Početak puberteta završava djetinjstvo te započinje razdoblje rane adolescencije. Tijekom adolescencije postoje brojne fizičke promjene i psihološki izazovi na koje treba posebno obratiti pozornost. Čak i normalne, očekivane tjelesne promjene u pubertetu mogu se poimati kao pretjerane promjene, bez obzira na to uključuje li to promjene težine ili ne, oblik i izgled različitih dijelova tijela (10). Dostupna su brojna istraživanja koja pokazuju da su adolescenti posebno osjetljivi na poremećaje prehrane. Odgovornosti i zahtjevi koje donosi adolescentska dob za neke postaju izazovni te mogu imati značajan utjecaj na samopouzdanje i samopoštovanje (1). Adolescenti koji imaju podršku obitelji i prijatelja općenito bez problema prelaze u zdravu odraslu osobu (10). Težina i percepcija tijela, anoreksičnih osoba, koju smatraju ispravnom obično nije u skladu sa stvarnom težinom. Na slici 1 je prikazano kako anoreksična osoba vidi sebe potpuno drugačije u ogledalu.

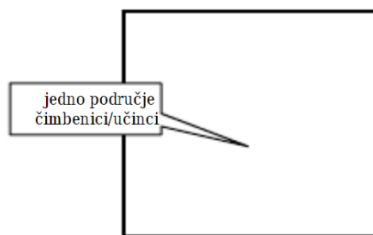


Slika 1. Percepcija tijela anoreksične osobe

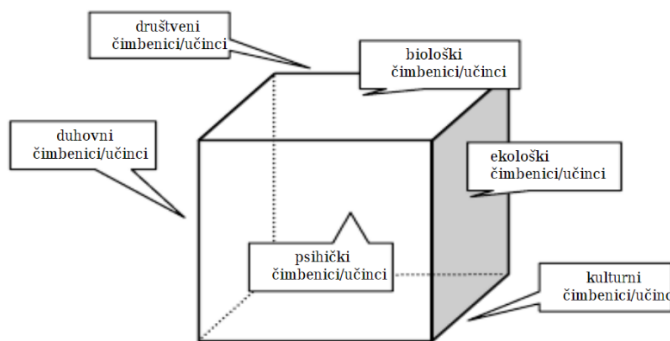
Izvor:: <https://medicine.umich.edu/dept/psychiatry/news/archive/202302/what-i-wish-i%E2%80%99d-known-about-teens-eating-disorders>

3.2.1. Čimbenici rizika

Unatoč mogućnosti razvoja AN kod bilo kojeg adolescenta, određeni čimbenici povećavaju vjerojatnost da će se razviti poremećaj. Razumijevanje čimbenika rizika ključno je za usavršavanje etioloških modela, koji mogu informirati o razvoju ciljane prevencije, rane intervencije i programima liječenja. Poremećaj prehrane se može promatrati kao kocka čija je svaka strana zasebno područje rizika koje povećava mogućnost nastanka poremećaja prehrane (11). Te čimbenike potrebno je promatrati cjelokupno i holistički. Ako promatramo kocku samo s jedne strane bit će moguće samo uočiti jedan čimbenik dok drugi ostaju neprepoznati i neviđeni (slika 2). Potrebno je kocku sagledati u cijelosti, zatim je moguće uočiti sve zasebne čimbenike (slika 3) (11).



Slika 2. Prikaz jednog čimbenika



Slika3. Kocka kao prikaz svih čimbenika

Izvor:

[https://www.researchgate.net/publication/338720381 EATING DISORDERS IN ADOLESCENCE SOCIAL CAUSES AND CONSEQUENCES](https://www.researchgate.net/publication/338720381_EATING_DISORDERS_IN_ADOLESCENCE_SOCIAL_CAUSES_AND_CONSEQUENCES) In Ad Alta 2019 92

3.2.1.1 Biološki čimbenici

Smatra se da geni imaju veliku ulogu u povećanju vjerojatnosti razvoja poremećaja prehrane. Žene su također izložene većem genetskom riziku od poremećaja prehrane u usporedbi s muškarcima. Istraživanje provedeno unutar blizanaca i obiteljskih grupa kao i velike genetske studije ukazale su na genetsku komponentu rizika od AN (12). Pojedinac ima 11 puta veću vjerojatnost da će razviti AN ako ima rođaka s poremećajem u usporedbi s nekim bez obiteljske povijesti (13). To znači da su adolescenti pod povećanjem rizika ako imaju nekoga u obitelji tko je patio od AN. Jedan od čimbenika je neurokemijska neravnoteža. Prema norveškoj studiji, otkrivena je povezanost kod adolescenata između slabog apetita i nedovoljne prehrane te genoma COMT koji je odgovoran za regulaciju razine dopamina kroz proizvodnju enzima COMT (13). Smatra se da je nepravilnost u moždanim kemikalijama koje reguliraju glad, raspoloženje i apetit mogu pridonijeti razvoju AN. Što se tiče bioloških čimbenika rizika, dokazi su uglavnom usmjereni na proteine koje proizvode crijevne bakterije, a koji su uključeni u disregulaciju apetita i osjećaja sitosti kod osoba s poremećajem jedenja. Smatra se da metaboliti crijevnih bakterija igraju ulogu u poremećenim obrascima prehrane, uključujući produljenu sitost kod AN (13). Utvrđeno je da protein koji proizvodi i bakterija *Escherichia Coli* oponaša strukturu peptida sitosti YY koji je viši kod osoba s AN nego kod zdravih osoba (13).

3.2.1.2 Psihološki čimbenici

Psihološki čimbenici rizika uključuju pretjeranu zabrinutost oko težine i izgleda. Osobine ličnosti kao što su perfekcionizam, impulzivnost i sklonost crno bijelim razmišljanjima mogu biti čimbenici rizika (7). Pojedinci s AN skloniji su stavljanju većeg naglaska na visoke osobne standarde (13). Nisko samopoštovanje se smatra relevantnim čimbenikom ranjivosti za razvoj i održavanje poremećaja prehrane. Osobe s AN vjeruju da nisu dovoljno dobre i vrijedne ako ne ispunjavaju stroge standarde o težini i izgledu. Tendencija prema perfekcionizmu u AN povezana je s osobinom ranjivog narcizma,

skrivanja sebe, opisanog kao nespремnost da se drugima pokažu vlastite mane ili potrebe (13). Teže postizanju nerealnih, visokih standarda te to ih dovodi do konstantnog izgladnjivanja kako bi održali percepciju savršenost. Također je utvrđeno da je opsесija snažno povezana s AN. Osobe s AN osjećaju potrebu za snažnom kontrolom i ritualima vezanim za hranu. Među kliničkim uzorkom bolesnika s AN i AAN opsесija je bila u pozitivnoj korelaciji s težnjom za mršavošću, ključnim aspektom simptomatologije AN (13). Studija nije pronašla nikakve značajne razlike između AN i AAN u smislu opsесivnog ponašanja. Stanja kao što su depresija, anksioznost, opsесivno-kompulzivni poremećaj često su povezana s poremećajima prehrane. Anksiozni poremećaji i depresija su među najzastupljenijim mentalnim poremećajima u adolescenciji. Obje su najčešće komorbidne dijagnoze kod poremećaja prehrane, osobito u adolescenciji. Osobe s AN mogu koristiti izgladnjivanje kao način da se nose sa stresom ili osjećajem nesigurnosti. U nedavnoj studiji na ženama u dobi od 15 do 25 godina one s velikim depresivnim-poremećajem ili anksioznim poremećajem tijekom života imale su četiri puta veću vjerojatnost da će tijekom života imati poremećaj prehrane (13). Dokazi iz trogodišnje studije o 615 parova blizanaca u SAD-u sugeriraju da je povećani rizik s AN povezan s višim razinama depresije i anksioznosti u kombinaciji s velikom željom za mršavošću (13). Veća razina anksioznosti i depresije povezana je s težom simptomatologijom poremećaja prehrane.

3.2.1.3 Čimbenici okoliša

Potrebno je identificirati čimbenike rizika iz okoline koji leže u pozadini života budućeg pacijenta AN. Obiteljska dinamika, poput visokih očekivanja, obiteljski tabui, niska uključenost obitelji, kritike tijela ili prekomjerna pažnja na hranu mogu povećati rizik od AN (11). Komentari roditelja o djetetovoj težini i prehrambenom ponašanju također su značajno povezani s povećanom težnjom za mršavošću i nezadovoljstvom tijela. Općenito, nezdravo obiteljsko funkcioniranje previđa probleme u adolescenciji. Adolescenti koju su doživjeli traumatska iskustva skloniji su neprihvatljivom ponašanju povezanom s hranom. Proživljena trauma nema samo utjecaj na razvoj AN, već i na određivanje ozbiljnosti bolesti, adolescenti s AN i posttraumatskim stresnim poremećajem pokazuju veću zabrinutost zbog oblika tijela

i težine (11). Sudjelovanje u određenim sredinama koje oblikuju društvene norme za izgled i promiču potragu za idealnim oblikom tijela i težine, ili uključenost u određene aktivnosti s kulturom strogih dijeta i pretjerane tjelovježbe, kao što je razina fakulteta ili profesionalni sportovi, također su dobro proučeni čimbenici rizika u literaturi o poremećajima prehrane (11). Utjecaj vršnjaka u dobi adolescencije igra značajnu ulogu. Komentari zbog tjelesnog izgleda mogu dovesti do nesigurnosti i potrebe za izglednjivanjem Također utjecaj medija u kojima se idealizira mršavost može stvoriti nerealna očekivanja o tijelu. Svakodnevno smo izloženi slikama iz medija gdje su mršavi modeli prikazani kao ideal ljepote. Utvrđeno je da je među mladim ženama korištenje društvenih mreža utjecalo na zabrinutost oko težine i oblika, pokazalo se da korištenje društvenih medija usmjerenih na izgled povezano s višim razinama simptoma AN (11). Slika 1 prikazuje djevojku koja je model i boluje od AN.



Slika 4. Anoreksični model

Izvor: <https://fionamcdonald1.wordpress.com/tag/perfect-body-shape/>

3.3. KOMPLIKACIJE

3.3.1. Medicinske komplikacije

Osobe koje boluju od anoreksije nervoze imaju čitav niz medicinskih komplikacija koje su obično prisutne kao dio njihovih poremećaja prehrane. Progresivna pothranjenost kod anoreksije nervoze može utjecati na gotovo svaki sustav u tijelu. Također, neke komplikacije mogu imati dugoročne štetne učinke, unatoč uspješnoj nutricionističkoj rehabilitaciji i oporavku težine. Medicinske komplikacije čine više od polovice svih smrtnih slučajeva kod pacijenata s anoreksijom nervozom (8). Komplikacije zahvaćaju gotovo sve glavne organske sustave, a često uključuju i fiziološke poremećaje poput hipotenzije, bradikardije i hipotermije (2). Uobičajene komplikacije povezane s AN-om uključuju sekundarnu amenoreju i prisutnost lanuga (14). Osobe s anoreksijom nervozom imaju niz abnormalnosti u endokrinoj funkciji. Ograničenje prehrane popraćeno gubitkom tjelesne težine i pretjeranom tjelovježbom dovode do iscrpljivanja zaliha glikogena u jetri i poremećaja jetrene glukoneogeneze, što rezultira abnormalnostima metabolizma glukoze i hipoglikemijom (14). Anoreksija nervoza nepovoljno utječe na koštanu srž. Anemija i leukopenija pojavljuju se u otprilike jedne trećine pacijenata, a trombocitopenija se javlja u deset posto (14). Smanjena plućna funkcija, aspiracijska pneumonija, emfizem i spontani pneumotoraks potencijalne su plućne komplikacije anoreksije nervoze.

Tablica 1. Medicinske komplikacije

Kardiovaskularne komplikacije	Dermatološke komplikacije
Bradikardija i hipotenzija	Suha koža
Prolaps mitralnog zaliska	Alopecija
Iznenadna smrt	Languo kosa
Sindrom ponovnog hranjenja	Svrbež povezan s gladovanjem
Eho promjene	Hematološke komplikacije
Neurološke komplikacije	Pancitopenija zbog gladovanja
Cerebralna paraliza	Smanjena brzina taloženja

Endokrine i metaboličke komplikacije	Gastrointestinalne komplikacije
Amenoreja	Zatvor
Neploidnost	Sindrom ponovnog hranjenja
Osteoporoza	Akutna dilatacija želuca
Abnormalnosti štitnjače	Hepatitis
Hipoglikemija	Disfagija
Središnji dijabetes insipidus	Oftalmološke komplikacije
Zaustavljen rast	Lagoftalmus
Plućne komplikacije	
Zatajenje disanja	
Spontani pneumotoraks	
Emfizem	

Izvor: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-015-0040-8/tables/1>

3.3.2. Društvene komplikacije

Društveno funkcioniranje obično se odnosi na sposobnost pojedinca da uspješno komunicira sa svojom okolinom. Adolescenti koji pate od anoreksije ne vjeruje ljudima oko sebe, smatraju da mogu sami podnijeti situaciju u kojoj se nalaze. To dovodi do lošeg odnosa i sukoba s obitelji i prijateljima. Tijekom vremena može se razviti socijalna izolacija. Fizički kontakt kod drugih ljudi polako nestaje. Studije koje su istraživale društvene komplikacije navode da osobe koje pate od poremećaja prehrane imaju poteškoće u stvaranju društvenih mreža zbog osnovne sramežljivosti koja je tipična za anoreksiju nervozu (11). Prelazak u odraslu dob karakteriziraju poteškoće u razvoju neovisnosti i autonomije od obitelji, s rizikom od bihevioralne regresije. Često adolescenti s AN izbjegavaju druženje poput rođendana zbog želje da izbjegniju situacije povezane s hranom. Zbog izolacije, osoba može doživjeti usamljenost i biti isključena od prijatelja. Kombinacija pothranjenosti i psihičkog stresa može rezultirati poteškoćama povezanim s koncentracijom, pamćenjem i akademskim uspjehom (11). Tijekom adolescencije, formiranje identiteta i samopoimanja važne su faze.

Proces može biti ometan AN, što je uobičajena osobina među adolescentima koji svoju težinu i izgled stavljaju ispred ostalih aspekata svog identiteta, kao što su vještine, interesi i društvene veze.

3.4. LIJEČENJE

Ne postoji jedinstveni tretman za sve, ali je u proteklom desetljeću došlo do značajnog napretka u liječenju adolescenata. Pri korak u liječenju pacijenta uključuje temeljitu procjenu pojedinca (8). Neophodan je detaljan pregled anamneze te procjena fizičkog i mentalnog statusa. Liječenje AN kod adolescenata kompleksan je i osjetljiv proces koji zahtijeva multidisciplinarni pristup, uključujući medicinske, psihološke i nutritivne intervencije (8). Zdravstveni djelatnici trebaju posjedovati posebno iskustvo u liječenju poremećaja prehrane, kao i iskustvo u radu s adolescentima i njihovim obiteljima te neophodno im je poznavanje normalnog fizičkog i emocionalnog razvoja adolescenata (2). Za oporavak od anoreksije prvo se mora postići ITM od 19 do 21, a zatim slijedi prevencija recidiva. Mnoge anoreksične osobe odupiru se liječenju jer vjeruju da je njihova mršavost normalna, pa čak i privlačna. Zbog fizičkog i mentalnog zdravlja važno je pružiti ranu intervenciju za adolescente s AN, ako se liječenje ne provode tijekom prve tri godine bolesti rezultati su loši, čak i kada se liječenje naknadno osigura (2).

3.4.1. Hospitalizacija

Programi bolničkog liječenja pokazali su se korisnima i najbolji su oblik liječenja dostupan pacijentima s AN koji su bili neuspješni u izvanbolničkim programima liječenja. Ovi programi koriste integrativne prakse koje naglašavaju važnost razvijanja zdravog odnosa s hranom i pravilnim obrascima prehrane (2). Bolničko liječenje AN je kombinacija nekoliko programa koji uključuju oporavak prehrane, obiteljske terapije, psihosocijalni oporavak te medicinski oporavak. Društvo za adolescentnu medicinu objavilo je smjernice za

hospitalizaciju. Prema njihovim smjernicama, jedan ili više od sljedećih kriterija opravdavaju hospitalizaciju (15):

1. Teška pothranjenost
2. Dehidracija
3. Poremećaji elektrolita
4. Srčana aritmija
5. Fiziološka nestabilnost
6. Zaustavljen rast i razvoj
7. Neuspjeh izvanbolničkog liječenja
8. Akutno odbijanje hrane
9. Nekontrolirano prejedanje i čišćenje
10. Akutna medicinska komplikacija pothranjenosti
11. Akutna psihijatrijska stanja
12. Komorbidna dijagnoza koja ometa liječenje

Tijekom hospitalizacije svakom bolesniku ujutro nakon mokrenja se izmjeri težina. Bilježi se koliko je u danu bolesnik popio tekućine i koliku je količinu urina izmokrio (16). Kad bolesnik krene normalno jesti nastane konstipacija te mogu mu se dati omekšivači stolice, ali ne i laksativi. Ako dođe do dijareje to upućuje da bolesnik kriomice koristi laksative.

3.4.2. Farmakološko liječenje

Iako lijekovi sami po sebi ne mogu izliječiti anoreksiju, oni mogu pomoći u ublažavanju simptoma i komorbiditeta te podupirati cjelokupni proces oporavka (2). Prema APA smjernicama, psihotropni lijekovi se ne preporučuju samo za liječenje AN, ali se mogu koristiti za prevenciju recidiva kod pacijenata koji su izgubili na težini ili za liječenje depresije i opsesivno-kompulzivnih poremećaja (5). Antipsihotici se koriste u smanjenju anksioznosti i opsesivnih misli, ali također mogu potaknuti apetit i pridonijeti povećanju

tjelesne težine. Objavljeno je nekoliko izvješća u kojima je Olanzapin uspješno korišten kod pacijenata s teškom AN za poticanje apetita i povećanje tjelesne težine (5). Farmakološko liječenje anoreksije kod adolescenata mora se provoditi oprezno, uz kontinuirano praćenje zbog moguće pojave nuspojava i potrebe za prilagodbom terapije

3.4.3. Prehrana

AN dovodi do ozbiljne pothranjenosti. Nutritivna intervencija je naglašena u smjernicama za liječenje AN kako bi se vratila tjelesna težina i pomoglo pacijentima da normaliziraju svoje prehrambene navike, što predstavlja značajan izazov za adolescente, uzrokujući kod njih strah od energetski bogate hrane (5). Prehrambeni plan mora uključivati odgovarajuću ravnotežu svih hranjivih tvari - ugljikohidrata, proteina i masti, uz dovoljan unos vitamina i minerala. Oralno hranjenje je uobičajen način prehrane kod oboljelih od AN. Korištenje nazogastrične sonde, intravenozno hranjenje ili prisilno hranjenje nije etički ispravno i preporučljivo, osim ako je pacijentov život u opasnosti. Neke su studije pokazale da kada su hospitalizirani pacijenti otpušteni bez postizanja ciljane težine, kod njih se javlja recidiv i ponovno se primaju u bolnice u višoj stopi od njihovih kolega koji postignu ciljnu težinu prije otpusta. Kako bi se spriječio razvoj sindroma ponovnog hranjenja, koji može uzrokovati po život opasne promjene elektrolita u pothranjenih osoba, adolescentima je potrebno davati 800 do 1000 kcal po danu kao dio liječenja (15). Ispravan prehrambeni plan osigurava da adolescenti postupno vraćaju izgubljenu tjelesnu težinu, dok se istovremeno rješavaju psihološki problemi vezani uz poremećaj prehrane. Važno je redovito pratiti tjelesnu težinu, sastav tijela i nutritivnog unosa koje omogućuje prilagođavanje prehrambenog plana prema potrebama adolescenta.

3.4.4. Psihoterapija

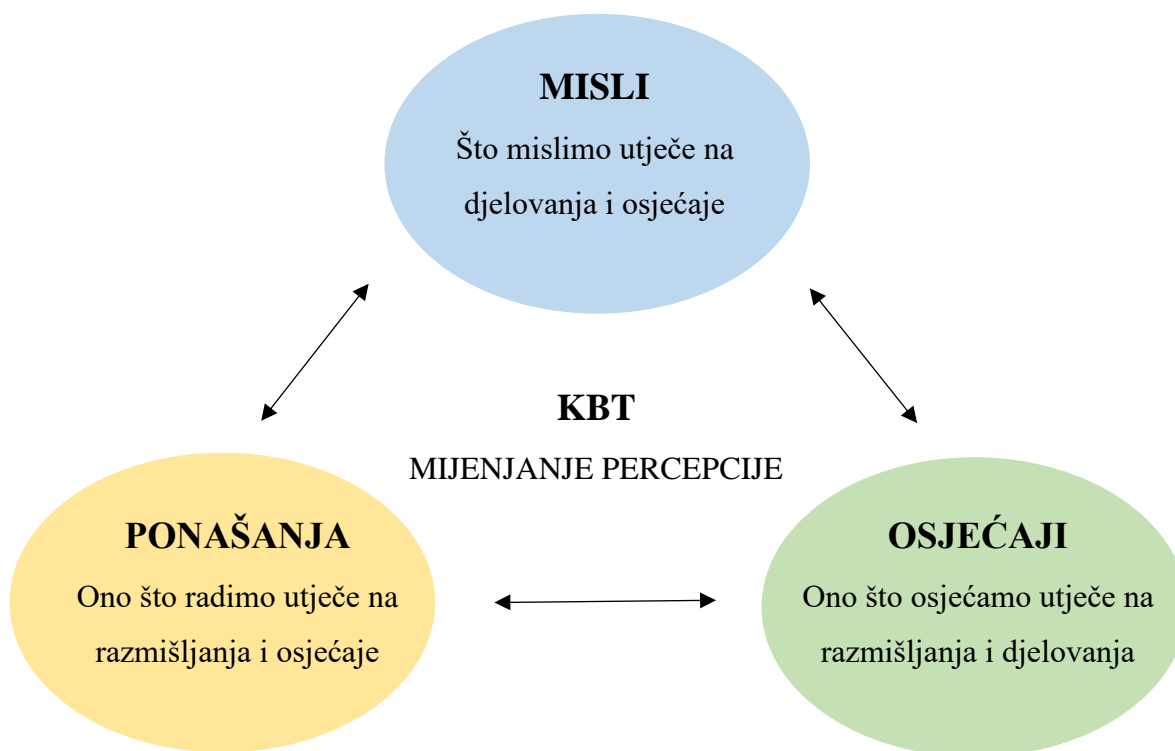
Psihoterapija je najznačajniji oblik liječenja poremećaja hranjenja. Stručnjaci za mentalno zdravlje, poput psihoterapeuta, mogu pružiti psihološku podršku oboljelima koji se

bore sa prekrivenim problemima povezanim s poremećajima prehrane, njihovim doživljajem tijela, društvenim interakcijama i obrascima ponašanja (15). U psihoterapiji se adolescentima pruža siguran prostor da istraže uzroke svoga ponašanja, unaprijede svoje mišljenje i ponašanje općenito te nauče upravljati svojim emocijama. Učinkovitost liječenja povećava se uključivanjem obitelji u proces oporavka budući da je podrška obitelji od velikog značaja.

3.4.4.1 Kognitivno bihevioralna terapija

KBT (kognitivno bihevioralna terapija) za AN, temeljena na Beckayoj kognitivnoj teoriji, razvijena je u generičkom obliku ranih osamdesetih (16). Posljednjih godina, poboljšano znanje mehanizmima koji su uključeni u održavanje psihopatologije poremećaja jedenja dovelo je do razvoja specifičnog oblika KBT. Primarni cilj je identificirati i modificirati negativne misli ponašanja povezana s prehranom, izgledom tijela i težine. Liječenje se može provoditi u jednom od dva oblika, fokusiranom obliku koji se isključivo bavi procesima koji održavaju psihopatologiju poremećaja jedenja ili širokom obliku koji se također bavi jednim ili više od tri dodatna mehanizma održavanja koje predlaže transdijagnostička KBT (17). Nakon početne procjene slijedi 40 do 50 minutnih sesija koje se održavaju dva puta tjedno tijekom 40 tjedana. U biti, cilj prvog koraka je pomoći pacijentima da uvide potreba za ponovnim dobivanjem na težini i odluče se upustiti to. U drugom koraku, uključenim pacijentima pomaže se da vrate težinu na nisku zdravu razinu (BMI 19,0-20,0) i u isto vrijeme, da se pozabave psihopatologijom svog poremećaja jedenja (17). Mjere za poticanje ponovnog povećanja tjelesne težine usmjerene su na pomoć pacijentima u postizanju povećanja tjelesne težine od 0,5 kg tjedno. U trećem koraku, cilj je pomoći pacijentima da održe svoju novu zdravu težinu i da u potpunosti uživaju u oslobađanju od prethodnog "stanja gladovanja". To također uključuje učenje prihvatanja njihovog novog tijela. Verzija KBT za adolescente razlikuje se od verzije za odrasle po tome što je liječenje obično kraće, jer se promjena često događa brže, također s obzirom na dob i okolnosti ovih pacijenata, uključenost roditelja uvijek postaje neophodno (17). Za adolescente je značajno da prepoznaju iskrivljene misli o sebi, razviju zdravije obrasce

razmišljanja te izbjegavaju restriktivne prehrambene navike dok upravljaju emocionalnim stresom.



Slika 5. Prikaz KBT

Izvor: <https://www.klearminds.com/blog/how-can-cbt-therapy-help-with-unhealthy-eating-patterns/>

3.4.4.2 Obiteljska terapija

Obiteljska terapija, poznato kao Maudsleyev pristup je učinkovita intervencija te tretman izbora za adolescente koji su zdravstveno stabilni i sposobni za izvanbolničko liječenje (17). Cilj izvanbolničke manualne terapije je vratiti zdravlje adolescenta uz pomoć roditelja. Stručnjaci za liječenje većine adolescenata s AN preferiraju da adolescente ostave kod kuće, a da roditelji preuzmu vodstvo u pomaganju da se oporave. Srž obiteljskog tretmana je pretpostavka da su roditelji sposobni pomoći djetetu da se oporavi od poremećaja prehrane

Terapija se sastoji od tri faze. Prva faza usmjerena je na brzu obnovu tjelesnog zdravlja, kojom vladaju roditelji (17). Roditelji moraju odlučivati o prehrani adolescenta, unosu kalorija, rasporedu obroka te dnevnoj tjelesnoj aktivnosti poput tima za liječenje u stacionarnoj jedinici. Kada dođe do ravnomjernog povećanja tjelesne težine te adolescent krene jesti bez većeg otpora roditeljske uključenosti završava prva faza. Druga faza uključuje postupno vraćanje odgovornosti adolescenta za hranjenje na razinu koja je primjerena njegovoj dobi (17). Postupno se ova faza razvija kako bi se smanjila vjerojatnost recidiva, što može biti obeshrabrujuće za obitelj. Umjesto da roditelji poslužuju adolescentu obrok, kao što je bilo u prvoj fazi, sada adolescent može sam uzeti obrok uz roditeljski nadzor i razumijevanje da će mu roditelji pomoći ako izabere neprikladan obrok. U trećoj fazi adolescent je sposoban sam uzimati hranu i ima odgovarajuću tjelesnu težinu (17). Obitelj identificira nadolazeće razvojne izazove te kako pomoći adolescentu da se s njima suoči bez vraćanja na poremećaj prehrane kao način da se nosi s izazovima.

3.5. ZADACI MEDICINSKE SESTRE

Medicinske sestre maju važne zadatke u informiranju i edukaciji bolesnika o liječenju i terapijskim ciljevima kako bi se bolesnici motivirali. Medicinska sestra opisana je kao uzor u uspostavljanju normi. Pacijenti također trebaju emocionalnu podršku jer se suočavaju s dubokom boli i traumatičnim mislima te medicinske sestre mogu steći povjerenje kroz aktivno slušanje, empatiju i pozitivno ohrabrenje (18). Nekoliko je studija naglasilo da su i medicinske sestre i pacijenti smatrali imperativima da medicinske sestre jasno razlikuju dvojaki pogled na identitet pacijenta, uključujući i pacijentovu dijagnozu i pacijenta kao pojedinca (19).

Zadaci medicinske sestre u skrbi za pacijente s poremećajem prehrane uključuju (19):

- Aktivo slušanje
- Dostupnost i prisutnost
- Otvorena, iskrena komunikacija

- Multidisciplinarni pristup skrbi i zastupanje
- Neosudjujući pristup

Prvi susret medicinske sestre s osobom oboljelom od AN je ključan za postavljanje temelja za buduće liječenje i povjerenje. Medicinska sestra pristupa pacijentu s empatijom i pažnjom, svjesna osjetljivosti situacije. Početni korak je uspostaviti sigurno okruženje koje pruža podršku. Budući da pacijenti s AN često osjećaju sram, nepovjerenje i strah prema zdravstvenim radnicima, medicinska sestra im već kod prvog susreta pristupa neosudjujuće s empatijom stvarajući odnos povjerenja (20). Razgovor s pacijentom o povijesti bolesti, prehranbenim navikama, psihičkom statusu i slici tijela je važno, ali treba biti pažljiv kako bi se izbjeglo izazivanje tjeskobe ili stresa. Nakon što prikupi informacije medicinska sestra nastavlja s provođenjem temeljitog fizičkog pregleda. To uključuje mjerenje vitalnih znakova kao što su krvni tlak, puls, temperatura te težina i visina, uz računanje ITM. Također se procjenjuje pothranjenost, dehidracija i druge komplikacije povezane s AN (20). Informacije o početnom stanju uhranjenosti pacijenta pomoći će u prepoznavanju problema i njegove ozbiljnosti. Budući da pacijenti s AN ne dobivaju odgovarajuće hranjive tvari iz hrane, mogućnost pothranjenosti je iznimno velika, ako ne i posve sigurna. Medicinska sestra ima zadatak pratiti tjelesnu težinu pacijenta, svakodnevno ga vagati i to rano jutri. Potrebno je kontrolirati dnevni unos tekućine i iznos izlučenog urina. Medicinska sestra pomno prati i psihičko stanje pacijenta. To podrazumijeva praćenje ponašanja, emocionalnih odgovora i stanja metalnog zdravlja s posebnim fokusom na poremećaje poput anksioznosti, depresije ili drugih mogućih stanja povezanih s AN. Nakon prikupljenih podataka, medicinska sestra zajedno s drugim članovima tima izrađuje plan liječenja.

Medicinska sestra je dio multidisciplinarnog tima za liječenje oboljelih od AN. Njezin zadatak uključuje suradnju s različitim stručnjacima, poput liječnika, nutricionista i psihologa. Medicinska sestra zajedno s nutricionistom procjenjuje nutritivni status pacijenta putem antropometrijskih mjera, analizom laboratorijskih nalaza te prikupljanjem podataka o zdravstvenom stanju. Nutricionist na temelju procjene izrađuje personalizirani plan prehrane, a medicinska sestra provodi nadzor nad primjenom plana prehrane. Također dokumentira

trenutne prehrambene navike pacijenta, uključujući hranu koju preferira i koju ne voli, strahove i emocionalne reakcije na hranu (20). Dokumentirane informacije se prenose nutricionisti koji na temelju njih doručuje personalizirani plan prehrane. Važno je da se u prehrambeni plan uključe namirnice koje pacijent voli kako bi lakše pojeo obrok. Primjerice, medicinska sestra će saznati koje voće pacijent preferira i ono će mu biti uključeno u plan prehrane. Također, educiraju pacijente o važnosti nutritivno uravnotežene prehrane za održavanje zdravlja. Uče ih o ulozi vitamina, minerala, proteina, ugljikohidrata i masti u održavanju normalnih tjelesnih funkcija. Poseban fokus stavlja se na postupno povećanje unosa hrane kako bi se izbjegle komplikacije. Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provede uz pacijenta. Budući da su stalno u blizini, one postaju prvi kontakt pacijentima kada trebaju savjet, pomoć ili kada dođe do pogoršanja stanja. Kontinuirano prati napredak pacijenta u smislu težine i psihičkog stanja (20). Većinom medicinska sestra prva uoči znakove stagnacije te obavještava nutricionistu o potrebi za promjenom plana prehrane. Cilj je pomoći pacijentu da razvije zdrave prehrambene navike, odnosno zdraviji odnos prema hrani te da gleda na hranu kao nužan izvor zdravlja i energije, a ne kao prijetnju.

Medicinske sestre često su prva točka kontakta s pacijentima. Pacijenti se mogu pojaviti u liječničkoj ordinaciji, a medicinske sestre su prve koje pacijenta intervjuiraju o njihovom cjelovitom zdravlju. Kao rezultat toga, mogu prepoznati AN putem rutinskih procjena vitalnih znakova, težine i prehrambenih trendova (19). Fizički i emocionalni znakovi mogu upozoriti medicinske sestre na poremećaje prehrane. Zadatci medicinske sestre su ciklički, od otkrivanja do oporavka i kontinuiranog praćenja. Medicinske sestre moraju biti savjesne kada komuniciraju s pacijentima s AN. Trebaju se suzdržati od komentiranja njihove težine i izgleda (18). Pacijent se može suočiti s problemima na putu oporavka. Identificiranje stresora može pomoći u smanjenju mogućnosti povratka. Pacijenti mogu prevladati prepreke planom prevencije recidiva koji navodi njihove okidače. Medicinske sestre trebale bi provjeriti pacijentov apetit pri svakom pregledu i obratiti pozornost na promjene vitalnih znakova, visine i težine ali također trebaju imati na umu da ne žele svi pacijenti čuti o svojoj težini. To im može biti poticaj i natjerati ih da razmišljaju o svom prehrambenom ponašanju (19). Usmjeravajući pacijente prema oporavku, medicinske

sestre im mogu pomoći da razviju plan njege koji uključuje obroke, fizičke i društvene aktivnosti te upravljanje svim aspektima zdravijeg života. Medicinske sestre pružaju sigurno okruženje aktivno slušanje, otvorenu komunikaciju i empatiju. Kao zagovornici, medicinske sestre osiguravaju multidisciplinarni i holistički timski pristup. Oni mogu pružiti opcije upućivanja pacijentima i njihovim voljenim, kao što su informacije o grupama podrške i drugim resursima za poremećaje prehrane.

Preventivne mjere treba poduzimati od malih nogu. Medicinske sestre imaju odgovornost pomoći u formuliranju obroka za djecu, adolescente i odrasle koji borave u vrtićima, školama, bolnicama ili drugim ustanovama (18). Kako bi se smanjila pojava bolesti, provodi se primarna prevencija. Rano prepoznavanje AN ključno je u sekundarnoj prevenciji jer se na taj način sprječava potpuni razvoj bolesti u kronično stanje. Sekundarna intervencija je ključna jer nastoji skratiti duljinu bolesti i ubrzati intervencije. Tercijarna prevencija ima za cilj smanjiti dugoročne posljedice poremećaja. Tercijarna prevencija usmjerena je smanjenje morbiditeta i mortaliteta. Medicinske sestre pružaju pacijentu informacije o njegovom dugoročnom oporavku, uključujući kako održavati zdravu prehranu, poboljšati sliku vlastitog tijela i spriječiti recidiv. Tijekom edukacije pacijenti dobivaju upute o svakodnevnom životu. To podrazumijeva smjernice o tome kako planirati svoje obroke, kloniti se stresnih situacija s hranom i postupno uvesti redovite prehrambene navike. Medicinske sestre također educiraju i članove obitelji o AN te na koji način da budu podrška oboljelom. Terapijske grupe, radionice i druge aktivnosti koje potiču ozdravljenje te pružaju osjećaj zajedništva i podrške, također su dio proces edukacije pacijenta.

Zadatci medicinske sestre na odjelu nadilazi osnovne medicinske zadatke jer osigurava kontinuitet skrbi, stabilizira pacijenta te potiče psihološki oporavak. Svojom sposobnošću uspostavljanja odnosa, nadgledanja stanja i primjene personaliziranog pristupa, medicinska sestra postaje kao most između oboljelog od AN i ostatka tima. Holistički pristup medicinske sestre uvelike podupire oporavak pacijenta i njegov povratak u društvo.

3.5.1. SESTRINSKE DIJAGNOZE

Zdravstvena njega i sestrinske dijagnoze važne su u liječenju adolescenata s AN. Medicinske sestre trebaju imati znanja iz područja dijetetike te odgovorne su za pružanje znanja pacijentima o njihovim poremećajima prehrane, uključujući piramidu zdravih namirnica, obroka i kalorija zajedno s informacijama o poremećajima i njihovoj kliničkoj prezentaciji, kao i o najboljim načinima za njihovo liječenje. Medicinske sestre koriste sestrinske dijagnoze kako bi identificirale specifične potrebe pacijenata s AN. Nakon što se postavi odgovarajuća dijagnoza, medicinska sestra skuplja anamnestičke informacije o pacijentu, ali također skuplja informacije od članova obitelji koji mogu iskreno objasniti pacijentov život, probleme i navike (19). Nakon toga utvrđuje zdravstvene potrebe, identificira potencijalne i aktualne probleme. Te dijagnoze mogu biti vezane uz samopercepciju, prehranu, aktivnosti, eliminaciju i odnose s drugima.

Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolesti 2°AN.

Stanje kod kojeg osoba pokazuje znakove da će se sam namjerno ozlijediti (21).

Intervencije (21):

- 1) Osigurati povjerljiv odnos.
- 2) Poticati pacijenta da verbalizira osjećaje.
- 3) Pružiti osjećaj zaštićenosti pacijentu.
- 4) Upoznati pacijenta s grupama podrške.
- 5) Ukloniti sve predmete koji mogu predstavljati opasnost za pacijenta.
- 6) Pratiti ponašanje pacijenta.
- 7) Paziti da pacijent nije sam u sobi.
- 1) Poticati pacijenta na prepoznavanje stresnih situacija.

Neprihvatanje vlastitog tijela u/s osnovnom bolesti 2°AN.

Promjena u poimanju osobnog fizičkog izgleda (21).

Intervencije (21):

- 1) Poticati pacijenta da verbalizira osjećaje o percepciji vlastitog tijela.
- 2) Slušati pacijenta i dopustiti postavljanje pitanja.
- 3) Omogućiti posjete voljenih osoba.
- 4) Omogućiti razgovor s osobom koja je prošla sličnu situaciju.

Pothranjenost u/s smanjenim unosom hranjivih tvari.

Smanjena tjelesna težina zbog nedovoljnog unosa potrebnih hranjivih tvari u organizam (21).

Intervencije (22):

- 1) Vagati pacijenta nakon obroka.
- 2) Ukazati pacijentu važnost konzumiranja propisane hrane.
- 3) Izraditi plan prehrane.
- 4) Nadzirati unos hrane i izlučivanje urina.
- 5) Biti s pacijentom pola sata nakon obroka.
- 6) Osigurati hranu koju pacijent voli.
- 7) Poticati pacijenta da sve bilježi u dnevnik prehrane.

Visok rizik za dehidraciju u/s smanjenim unosom tekućine.

Stanje potencijalnog rizika od deficita volumena tekućine ().

Intervencije (22):

- 1) Bilježiti vitalne znakove.
- 2) Educirati pacijenta o rizičnim čimbenicima.
- 3) Pratiti znakove izmijenjenog mentalnog stanja.
- 4) Dokumentirati količinu unosa tekućine te količinu izlučenog urina.
- 5) Pratiti parametre laboratorijskih nalaza.

Anksioznost u/ osnovnom bolesti 2°AN.

Osjećaj zabrinutosti ili straha popraćen napetošću, panikom ili tjeskobom, obično uzrokovan neposrednom opasnošću ili gubitkom sigurnosti (23).

Intervencije (23):

- 1) Ostvariti empatijski odnos s pacijentom.
- 2) Omogućiti osjećaj sigurnosti.
- 3) Uočiti neverbalne prikaze anksioznosti.
- 4) Upoznati pacijenta s aktivnostima i okolinom.
- 5) Poticati pacijenta da zovne pomoć kad osjeti anksioznost.

4. ZAKLJUČAK

Adolescencija je ključan period razvoja koji obilježavaju brojne fizičke, emocionalne i psihološke promjene. Mladost je faza traženja identiteta i izgradnje samopouzdanja, a AN može ozbiljno poremetiti ovaj proces. Kod oboljelih od AN, ove promjene postaju izrazito složene i potencijalno opasne. AN značajno utječe na tjelesni razvoj, dovodeći do pothranjenosti i ozbiljnih zdravstvenih komplikacija. Današnje društvo ne shvaća AN kao poremećaj nego je doživljava kao izbor pojedinca. Psihološki aspekt dovodi do razvoja iskrivljene slike tijela, niskog samopouzdanja i povećane potrebe za kontrolom tjelesne težine. Na društvenoj razini, AN može dovesti do povlačenja iz društvenih odnosa, povećanog osjećaja izoliranosti i promjene u obiteljskim odnosima. Potrebno je svakodnevno provoditi edukacije i vršiti primarnu prevenciju. Rana intervencija i sveobuhvatan pristup liječenju, koji uključuje medicinsku skrb, psihoterapiju i podršku obitelji, ključni su za ublažavanje negativnih posljedica AN i omogućavanje adolescentima zdrav razvoj kroz ovaj osjetljivi životni period. S pravim strategijama i podrškom, moguće je pomoći adolescentima da prevladaju AN, obnove svoje fizičko i emocionalno zdravlje, te se vrate pozitivnom razvoju i ispunjenom životu. Živimo u vremenu u kojem smo previše izloženi medijima i krivim vrijednostima. I baš su adolescenti ti koji prvi padnu pod utjecaj lažnih ideala. Potrebno je zadržati svoju osobnost te ulagati u nju i svoje zdravlje.

5. LITERATURA

1. Backes EP, Bonnie RJ. The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth. [Internet]. NIH. 2019. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545476/>
2. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. British Journal of Hospital Medicine. 2020. lipnja 2;81(6):1–8. Dostupno na: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/hmed.2020.0099>
3. Ranzenhofer LM, Jablonski M, Davis L, Posner J, Walsh BT, Steinglass JE. Early Course of Symptom Development in Anorexia Nervosa. Journal of Adolescent Health [Internet]. 13. kolovoza 2022.;0(0). Dostupno na: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(22\)00505-5/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(22)00505-5/fulltext)
4. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Current Opinion in Psychiatry [Internet]. 2021. 20. kolovoza;34(6):515–24. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8500372/>
5. Nagy H, Paul T, Jain E, Loh H, Kazmi SH, Dua R, et al. A Clinical Overview of Anorexia Nervosa and Overcoming Treatment Resistance. Avicenna Journal of Medicine. 21. prosinca 2022.; 13 (1). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10038755/>
6. Espie J, Eisler I. Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. 2015. siječnja; 6:9. Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/AHMT.S70300#d1e101>
7. Filipponi C, Visentini C, Filippini T, Cutino A, Ferri P, Rovesti S, et al. The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. MDPI 4. prosinca 2022.;19(23):16237. Dostupno na: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/23/16237>
8. Eating disorders in adolescents: Principles of diagnosis and treatment. Paediatr Child Health. 1998 May;3(3):189-96. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851329/>

9. Vo M, Golden N. Medical complications and management of atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 16. prosinca 2022.; 10 (1). Dostupno na: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00720-9>
10. Zehr J, Culbert K, Sisk C, Klump K. An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Horm Behav*. 2007. studeni;52(4):427–35. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080669/>
11. (PDF) Eating disorders in adolescence: social causes and consequences, u: *Ad Alta*, 2019, 9(2) [Internet]. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/338720381_Eating_disorders_in_adolescence_social_causes_and_consequences_In_Ad_Alta_2019_92
12. Del Casale A, Adriani B, Modesti MN, Virzi S, Parmigiani G, Vento AE, et al. Anorexia nervosa and familial risk factors: a systematic review of the literature. *Current Psychology*. 2022. 25. kolovoza; 42. Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-022-03563-4>
13. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, Touyz S, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review13. travnja 2021.;13(4):1265. Dostupno na: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00717-4>
14. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*. 31. ožujka 2015; 3 (1). Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-015-0040-8>
15. Herpertz-Dahlmann B. Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 13. travnja 2021.;13(4):1265. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8068891/>
16. Baile JI, Rabito-Alcón MF. Cognitive Behavioural Therapy for an Adolescent with Anorexia Nervosa. *Children* [Internet]. 10. siječnja 2022.; 9 (1): 92. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8774730/>
17. Rienecke R. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolesc Health Med Ther*. [Internet]. 2017. lipanj; svezak 8(8):69–79. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5459462/>

18. Dugan J. Nurse's Guide to Caring for Patients With Eating Disorders. NurseJournal.org [Internet]. NurseJournal. 2022. Dostupno na: <https://nursejournal.org/resources/caring-for-patients-with-eating-disorders/>
19. Salzmann-Erikson M, Dahlén J. Nurses' establishment of health promoting relationships: A descriptive synthesis of anorexia nervosa research. Journal of Child and Family Studies [Internet]. 2017 Sep 13;26(1):1–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219017/>
20. Foà C, Bertuol M, Deiana L, Rossi S, Sarli L, Artioli G. The Case/Care Manager in Eating Disorders: the nurse's role and responsibilities. Acta Bio Medica : Atenei Parmensis [Internet]. 2019;90 (Dodatak 11):17–28. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7233626/>
21. HKMS sestriinske dijagnoze 3. Dostupno na: http://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestriinske_dijagnoze_3.pdf
22. HKMS sestriinske dijagnoze 2. Dostupno na: <https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/05/Sestriinske-dijagnoze-2.pdf>
23. HKMS Sestriinske dijagnoze 1. Dostupno na: https://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestriinske_dijagnoze_kopletno.pdf

6. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Paula Ivičević

Datum i mjesto rođenja: 15.07.2002. Split

OBRAZOVANJE:

2009.2017. Osnovna škola Vladimira Nazora Ploče

2017.-2021. Srednja škola fra Andrije Kačića Miošića Ploče, gimnazija

2021.-2024. Sveučilišni prijediplomski studij sestrinstva, Odjel za zdravstvene studije

STEČENO ISKUSTVO:

Vježbe tijekom studiranja u KBC Split

PRILOZI

Popis slika

Slika 1. Percepcija tijela anoreksične osobe

Izvor: <https://medicine.umich.edu/dept/psychiatry/news/archive/202302/what-i-wish-i%E2%80%99d-known-about-teens-eating-disorders>

Slika 2. Prikaz jednog čimbenika

Izvor: https://www.researchgate.net/publication/338720381_EATING_DISORDERS_IN_ADOLESCENCE_SOCIAL_CAUSES_AND_CONSEQUENCES_In_Ad_Alta_2019_92

Slika3. Kocka kao prikaz svih čimbenika

Izvor: https://www.researchgate.net/publication/338720381_EATING_DISORDERS_IN_ADOLESCENCE_SOCIAL_CAUSES_AND_CONSEQUENCES_In_Ad_Alta_2019_92

Slika 4. Anoreksični model

Izvor: <https://fionamcdonald1.wordpress.com/tag/perfect-body-shape/>

Slika 5. Prikaz KBT

Izvor: <https://www.klearminds.com/blog/how-can-cbt-therapy-help-with-unhealthy-eating-patterns/>

Popis tablica

Tablica 1. Medicinske komplikacije

Izvor: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-015-0040-8/tables/1>

POPIS KRATICA

AN - anoreksija nervoza

AAN – atipična anoreksija nervoza

DSM-5 – dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

ITM – indeks tjelesne mase

KBT – kognitivno bihevioralna terapija