

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ivana Viktoria Pehar

Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentnoj dobi

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ivana Viktoria Pehar

Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentnoj dobi

Eating disorders during childhood and adolescence

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Slavica Kozina, prof. psih.

Split, 2015.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Anoreksija nervoza	2
1.2. Bulimija nervoza.....	4
1.3. Poremećaj hranjenja, neodređen	6
1.4. Epidemiologija.....	7
1.5. Etiologija.....	7
1.5.1. Biološki faktori kod poremećaja hranjenja.....	8
1.5.2. Psihološki faktori kod poremećaja hranjenja.....	12
1.5.3. Socijalni faktori kod poremećaja hranjenja	13
1.6. Liječenje.....	13
2. Cilj rada	15
3. Rasprava	16
3.1. Uloga medicinske sestre	16
3.2. Sestrinska anamneza i intervencije	16
3.3. Poteškoće kod oboljelih od poremećaja hranjenja.....	18
3.4. Moguće sestrinske dijagnoze kod osoba s poremećajem hranjenja.....	19
3.5. Psihoterapija kod oboljelih od poremećaja hranjenja	21
3.6. Uloga obitelji i prijatelja	22
4. Zaključak.....	24
5. Sažetak	25
6. Summary	26
7. Literatura	27
8. Životopis.....	29

1. Uvod

Poremećaji hranjenja su karakterizirani sa teškim smetnjama u prehranbenim navikama i ponašanju. Poremećaji hranjenja i jedenja čest su medicinski problem u adolescentnoj dobi, a mogu se javiti u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu. Hrana sve više postaje prostor društvene kontrole, a sve manje prostor zadovoljenja potrebe ili zadovoljstva samog. Tako hranjenje iz područja nužnosti i zadovoljstva širi svoje simboličko područje i značenje čime se otvara put njegovoj „psihopatologizaciji“ (1).

Mnoge osobe imaju znakove i simptome poremećaja hranjenja, ali ne zadovoljavaju u potpunosti kriterije za postavljanje dijagnoze ili ne mare za to, pa je broj registriranih slučajeva u nerazmjeru s realnim problemom poremećaja hranjenja.

U poremećaje hranjenja ubrajamo anoreksiju i bulimiju nervozu. Prvi opis anoreksije nervoze u europskoj medicinskoj literaturi potječe od R. Mortona koji je u Londonu 1689. godine opisao pacijenta kao "skelet odjeven samo kožom" (2).

Karakteristika **Anoreksije nervoze** je odbijanje osobe da održi minimalnu normalnu tjelesnu težinu. Karakteristika **Bulimije nervoze** je ponavljanje epizoda prejedanja nakon kojih slijede neodgovarajuća kompenzatorna ponašanja, kao što su samoinducirano povraćanje, zloraba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili prekomjerno gimnasticiranje. Osnovna karakteristika i Anoreksije nervoze i Bulimije nervoze je poremećaj u percepciji oblika vlastitog tijela i težine. Za šifriranje poremećaja koji ne zadovoljavaju kriterij za određeni Poremećaj hranjenja danas je kategorija- Poremećaj hranjenja, neodređen (1).

1.1. Anoreksija nervoza

U tom je poremećaju osoba preokupirana hranom i dijetom. Ujedno je očito da se radi o poremećaju prehrane jer je tjelesni izgled oštećen i osoba svojim tjelesnim izgledom daje do znanja okolini da s prehranom ima problema (3).

Glavna obilježja Anoreksije nervoze jesu: osoba odbija zadržati normalnu tjelesnu težinu, jako je zabrinuta da će se udebljati, pokazuje značajan poremećaj u percepciji oblika ili veličine svoga tijela. Žene koje već imaju menstruaciju a obole od ovog poremećaja, pokazuju izostanak menstruacije.

Osobe održavaju tjelesnu težinu ispod minimalno normalne razine za dob i visinu (Kriterij A). Ako se Anoreksija nervoza razvija za vrijeme djetinjstva ili rane adolescencije, može se iskazati kao nemogućnost da se dosegne očekivana težina (tj. tijekom rasta u visinu), umjesto gubitka težine.

Kriterij A daje upute za određivanje da li osoba zadovoljava kriterije pothranjenosti. Prema njemu je osoba pothranjena ako teži manje od 85% težine koja se smatra normalnom za tu dob i visinu (obično se ona izračunava prema nekoj od objavljenih verzija tablica Meropoliten životnog osiguranja, ili prema pedijatrijskim kartama rasta). Alternativni i nešto strožiji kriterij zahtijeva da osoba ima indeks tjelesne mase (ITM) (izračunat kao težina u kilogramima/visina u metrima četvornim) jednak ili ispod 17,5 kg/m². Ove norme se ovdje navode samo kao smjernice za kliničare budući da nije opravdano određivati jedan standard za minimalnu normalnu težinu koji bi bio primjenljiv na sve pojedince određene dobi i težine. U određivanju minimalne normalne težine kliničar treba, osim ovih smjernica, razmotriti i građu tijela osobe te prijašnju težinu.

Prema DSM IV (1996), anoreksiju nervosus je moguće dijagnosticirati u slučaju zadovoljenja sljedećih kriterija:

A. Odbijanje da se održi tjelesna težina na ili iznad minimalne težine za dob i visinu (gubitak na težini doveo je do održavanja težine na razini manjoj od 85% od očekivane;

ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koji dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85% od očekivane).

B. Izuzetan strah od dobivanja na težini ili debljanja, čak i u slučaju smanjene težine.

C. Poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje, ili odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.

D. Kod žena u generativnoj dobi postoji amenoreja, tj. izostanak najmanje tri uzastopna menstrualna ciklusa (Amenoreja se uzima u obzir ako se jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena, menstruacija ponovo uspostavlja.).

Da bi se u sadašnjoj epizodi Anoreksije nervoze odredilo postojanje ili odsutnost uobičajenog prejedanja ili pražnjenja, koriste se sljedeći podtipovi:

- *restriktivni tip*: Ovaj podtip opisuje postojanje gubitka na težini prvenstveno zbog dijete, posta ili prekomjernog tjelesnog vježbanja. U vrijeme tekuće epizode ove osobe nemaju redovita prejedanja ili pražnjenja.
- *prežderavajući /purgativni tip*: Osobe koje se ubrajaju u ovaj tip redovito se prejedaju ili prazne (ili oboje) za vrijeme tekuće epizode bolesti. Mnoge osobe s Anoreksijom nervozom koje se prejedaju obično se prazne putem samoinduciranog povraćanja ili zlorabe laksativa, diuretika ili emetika. Neke osobe ubrojene u ovaj podtip ne prejedaju se ali se redovito prazne nakon konzumacije vrlo malih količina hrane. Čini se da najviše osoba ovog podtipa pokazuje to ponašanje najmanje jednom tjedno, no nema dostupnih podataka da bi se procijenio minimum učestalosti (1).

1.2. Bulimija nervoza

Taj je poremećaj karakteriziran epizodnim, nekontroliranim, prisilnim i naglim unošenjem velike količine hrane u kratkom vremenu. Fizička nelagoda koja time nastaje, kao što su trbušni bolovi ili potreba za povraćanjem, kraj je bulimičke epizode, nakon koje slijedi osjećaj krivnje, depresija i gađenje prema vlastitoj osobi. Osobe s bulimičkim simptomima redovito uzimaju laksative i diuretike ili proizvedu povraćanje drugim načinima i purgativima (3).

Bitno je naglasiti kako bulimične osobe za razliku od anoreksičnih nisu uvijek abnormalno mršave, ali obje skupine oboljelih abnormalno brinu o vlastitoj tjelesno težini i imaju morbidni strah od debljanja i gojaznosti. Bulimija se obično pojavljuje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi, a prosječna dob pojavljivanja je između 16. i 19. godine (4).

Prejedanje se definira kao jedenje, u određenim vremenskim razdobljima, količine hrane značajno veće od one koju bi većina ljudi pojela u sličnim okolnostima (Kriterij A). Kliničar treba uzeti u obzir okolnosti u kojima se uzima hrana - ono što bi se smatralo prekomjernim uzimanjem hrane u slučaju normalnog obroka, smatra se normalnim u slučaju slavljeničkog ili prazničkog obroka. „Određeno vremensko razdoblje“ označava ograničeno razdoblje, obično kraće od 2 sata. Pojedinačna epizoda prejedanja ne mora biti ograničena na jedno mjesto. Npr. osoba može početi s prejedanjem u restoranu i onda nastaviti po povratku kući. Kontinuirano uzimanje malih količina hrane tijekom dana ne smatra se prejedanjem.

Prema DSM IV bulimiju je moguće dijagnosticirati ako su prisutni sljedeći kriteriji:

A. Pojavljivanje epizode prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja karakterizirana je s oba sljedeća elementa:

1. jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) a količina pojedene hrane značajno je veća od one koju bi većina osoba pojela u isto vrijeme i u sličnim okolnostima.

2. Osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode prejedanja (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede).

B. Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje sa svrhom prevencije povećanja težine, kao što su: samoizazvano povraćanje, zloraba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova; post ili prekomjerno vježbanje.

C. Prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju se, prosječno, najmanje dva puta tjedno tijekom tri mjeseca.

D. Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i tjelesnoj težini.

E. Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze.

Razlikujemo dva tipa bulimije nervoze:

- *purgativni tip*: tijekom sadašnje epizode Bulimije nervoze osoba uobičajeno pribjegava samoizazvanim povraćanjima ili zlorabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje
- *nepurgativni tip*: tijekom sadašnje epizode Bulimije nervoze osoba ima neko drugo neodgovarajuće ponašanje, kao što je post ili pretjerano tjelesno vježbanje, ali ne pribjegava samoizazvanom povraćanju ili zlorabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje (1).

Ono što ove poremećaje čini sličnima je to što se oba javljaju u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi i to većinom u žena, te je kod oba poremećaja naglašena pretjerana zabrinutost tjelesnom težinom i oblikom tijela. Jedna od bitnih razlika je ta što je tjelesna težina anoreksičara ispodprosječna, dok većina oboljelih od bulimije ima normalnu tjelesnu težinu što naravno otežava prepoznavanje poremećaja (5).

1.3. Poremećaj hranjenja, neodređen

Poremećaj hranjenja, neodređen je kategorija za poremećaje uzimanja hrane u DSM IV koji ne zadovoljava kriterije za dijagnozu anoreksije i bulimije nervose.

Prema DSM IV kriterijima, dijagnoza poremećaj hranjenja, neodređen se postavlja u sljedećim slučajevima:

1. Kod žena, zadovoljeni su svi kriteriji za anoreksiju nervosu, osim što osoba ima redovite menstruacije.
2. Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju nervosu osim što, usprkos gubitku na težini, osoba ima težinu u normalnim okvirima.
3. Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervosu osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
4. Ponašanje kod kojeg osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane (npr. samoizazvano povraćanje poslije konzumacije dva kolača).
5. Ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje, velikih količina hrane-
6. Prežderavanje: ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu (1).

Poremećaj hranjenja, neodređen se odnosi na sve one slučajeve u kojima pacijenti ne zadovoljavaju sve kriterije za bilo koji osebujni poremećaj hranjenja (anoreksiju i bulimiju nervozu). Dijagnoza ovog poremećaja hranjenja se u posljednje vrijeme postavlja vrlo često, a uključuje i poremećaj nekontroliranog jedenja ili binge eating disorder (BED) u kojem pacijenti imaju epizode prejedanja, ali ne upotrebljavaju kompenzatorna ponašanja za regulaciju tjelesne težine koja su karakteristična za BN. Da bi se moglo govoriti o poremećaju nekontroliranog jedenja, napadi jedenja moraju se pojaviti najmanje dva dana tjedno u razdoblju od šest mjeseci.

Poremećaj nastupa u ranoj odrasloj dobi i to najčešće nakon značajnog smanjenja težine zbog dijete. Glavna obilježja poremećaja nekontroliranog jedenja: česta prejedanja, nemogućnost kontrole tijekom epizode, osjećaj krivnje i srama, često na neuspjelim dijetama, velika tjelesna težina.

Dijagnostički kriteriji vrlo jasno definiraju poremećaje hranjenja, nažalost u kliničkoj praksi pojavni oblici ovih poremećaja nisu tako jasno definirani. Npr. u mnogim slučajevima ponašanja anoreksičnog i bulimičnog tipa prelaze jedna u druge, te se međusobno izmjenjuju. Ovakvi nalazi i slučajevi upućuju na mogućnost postojanja kontinuuma poremećaja, umjesto kategorija (6).

1.4. Epidemiologija

Poremećaji hranjenja zastupljeni su u oko 4% adolescenata. U posljednjem desetljeću anoreksija nervoza pojavljuje se sve češće, s tendencijom rasta kao poremećaj djevojčica adolescentne dobi. Češća je 20 puta u djevojčica nego u dječaka. Prevalencija u mladih žena je 5%. U početku se izvještavalo kao o poremećaju pripadnika više klase, što novija istraživanja ne potvrđuju. Češće se pojavljuje u razvijenim zemljama, posebice u žena koje su manekenke, balerine. Anoreksija se uglavnom pojavljuje između 10. i 30. godine života. Nakon 13-te godine frekvencija pojavljivanja rapidno raste, s maksimumom između 17-e i 18-e godine. Osamdeset pet posto bolesnica staro je između 13 i 20 godina (2).

1.5. Etiologija

Uzrok poremećaja hranjenja je nepoznat, ali činjenice podupiru ulogu biopsihosocijalnih čimbenika. Od bioloških faktora najčešće se navode dob, spol i tjelesna težina, dok kod psiholoških faktora značajnu ulogu imaju samopoštovanje,

perfekcionizam, te zadovoljstvo slikom tijela. Kada je riječ o socijalnim faktorima najčešće se navode utjecaj medija, vršnjaka i roditelja na sliku tijela (2).

Smetnje hranjenja su jedna od češćih tema koje zaokupljaju pažnju roditelja djece mlađeg uzrasta. Nerijetko članovi uže i šire obitelji zajednički sudjeluju u pronalaženju postupaka koji bi donijeli željenu promjenu, bilo da se kod djeteta radi o konzumiranju premalo ili previše hrane. Najčešće se ipak radi o tome da su roditelji često bezrazložno opterećeni količinom hrane koju dijete uzima, iako ono nije premršavo (7).

Poremećena je funkcija hipotalamohipofizno-gonadalne osi. Povišen je kortizol u plazmi, smanjen je njegov metabolizam, povišen je kortikotropni oslobađajući hormon, povišeni su endogeni opijati, a serotonin je snižen kao posljedica malnutricije. Funkcija štitnjače žlijezde je također „prigušena“.

1.5.1. Biološki faktori kod poremećaja hranjenja

Istraživanja su pokazala da postoji obiteljska sklonost anoreksiji- povećan rizik imaju osobe kojima srodnik prvog reda boluje od tog poremećaja. Rani pubertetski razvoj također može stvoriti rizik za njegov razvoj (8).

Postoji cijeli niz istraživanja o utjecaju bioloških faktora na razvoj poremećaja hranjenja, kao i niz pokušaja da se nastanak poremećaja hranjenja objasni genetskim uzročnicima, ali još uvijek nisu točno poznati genetski mehanizmi koji se nalaze u osnovi poremećaja hranjenja. Usprkos tome, sa sigurnošću se može tvrditi da biološka predispozicija djelomično jest genetska, što objašnjavaju nalazi u kojima je zapažen povećan rizik kod bliskih srodnika i monozigotnih blizanaca.

Budući da je to bolest koja zahvaća uglavnom mlade žene, možemo reći da su značajni biološki faktori dob i spol (4).

1.5.1.1. Dob

Anoreksija nervoza rijetko počinje prije puberteta, ali postoje mišljenja da težina duševnih smetnji može biti veća kod osoba kod kojih se bolest razvija u pubertetu. Ipak podaci također pokazuju da, ako bolest počinje tijekom rane adolescencije (između 13 i 18 god.) prognoza može biti povoljnija. U više od 90% slučajeva poremećaj se javlja kod žena. Prosječna dob početka Anoreksije nervoze je 17 godina, a neki podaci upućuju na dva vrhunca (u dobi od 14 i 18 godina). Poremećaj rijetko počinje u žena starijih od 40 godina. Početak bolesti je često udružen sa stresnim životnim događajem, kao što je odlazak na studij.

Bulimija nervoza obično počinje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Prejedanje često počinje tijekom ili poslije epizode dijete. Ponašanje sa smetnjama hranjenja traje najmanje nekoliko godina u visokom postotku kliničkih uzoraka. Tijek može biti kroničan ili intermitentan, s periodima remisije koji se izmjenjuju s povratnim prejedanjima (9).

Razvoj djevojaka u ranoj adolescenciji povezan je s porastom tjelesne mase, negativnom slikom tijela, željom za mršavošću, te povećanom potrebom za provođenjem dijete. Srednja škola predstavlja razdoblje u kojem su posebno djevojke rizična skupina za razvoj poremećaja hranjenja, a nezadovoljstvo tijelom i dijeta smatraju se normativnim ponašanjem (4).

Poznato je kako način na koji roditelji zadovoljavaju djetetove potrebe u prvim godinama života, općenito utječe na razvoj djetetove sigurnosti, također slike o sebi, što uključuje i sliku o svome tijelu. Postupci roditelja koji suviše štite, ali i onih s visokim očekivanjima, a ponekad oboje u kombinaciji, čine rizik po razvoj poremećaja u prehrani njihove djece.

S druge pak strane djeca pred koju njihovi roditelji stavljaju prevelike zahtjeve, znaju postati izbirljiva, odbacivati hranu u nekom obliku ili pojedine namirnice, ponekad mogu pokazivati osjetljivost prema nekim mirisima, dapače i boji te izgledu hrane. Navedeno je, iako u rijetkim slučajevima, put u pothranjenost u dječjoj dobi (7).

1.5.1.2. Spol

Iako su većina osoba oboljelih od poremećaja hranjenja žene, zabluda je da je to problem koji se ne događa muškarcima. Podaci govore da otprilike 5% do 10% od ukupnog broja oboljelih čine muškarci. Pretpostavlja se da je u realnosti taj broj i veći jer su muškarci manje skloni traženju pomoći. Kod muškaraca je posebno čest poremećaj kompulzivnog prejedanja.

Zanimljivo je naglasiti da kad je riječ o poremećajima hranjenja u djece mnogo je više oboljelih dječaka (do 25%). Ipak kada je riječ o adolescentskoj dobi, kao što je spomenuto, veći je broj oboljelih djevojaka. Istraživanja provedena na adolescentima sugeriraju da su zabrinutost tjelesnim izgledom i težinom od većeg značenja za djevojke nego za mladiće

Kod djevojaka u adolescenciji dolazi do prosječnog povećanja tjelesne težine što većinu djevojaka udaljava od dominantnog ideala tjelesne težine. Uz spomenuto adolescencija je i vrijeme kada se formiraju odnosi s vršnjacima, te se postiže osjećaj vlastitog identiteta što uz navedeno predstavlja značajne životne stresore.

1.5.1.3. Tjelesna težina

Gubitak na težini obično je uzrokovan smanjenjem ukupnog unosa hrane u organizam. Premda pojedinci mogu započeti isključujući iz prehrane ono za što smatraju da je visokokalorična hrana, najčešće završavaju s vrlo restriktivnom dijetom koja je nekad ograničena i na svega nekoliko namirnica. Dodatne metode za gubitak težine uključuju „čišćenje“ (odnosno samoinducirano povraćanje ili zlorabu laksativa ili diuretika) i intenzivno ili prekomjerno tjelesno vježbanje.

Doživljaj i značaj tjelesne težine i oblika tijela kod ovih su osoba poremećeni. Neke osobe se osjećaju općenito predebele. Druge smatraju da su mršave, ali su ipak zaokupljene određenim dijelovima tijela, posebno trbuhom, stražnjicom i bokovima, za koje misle da su „predebeli“. Mogu se služiti raznim tehnikama za procjenu svoje

tjelesne veličine ili težine, uključujući i prekomjerno vaganje, opsesivno mjerenje dijelova tijela. Samoprocjena osoba s Anoreksijom nervozom je visoko ovisna o njihovom tjelesnom obliku i težini. Gubitak težine se doživljava kao impresivno dostignuće i znak izuzetne samodiscipline, dok se dobitak težine doživljava kao neprihvatljivi gubitak samokontrole. Iako neke osobe s ovim poremećajem mogu prihvatiti da su mršave, tipično je da poriču ozbiljne zdravstvene posljedice koje su posljedica stanja izgladnjelosti (1).

U adolescenciji dolazi i do povećanja mišićne mase, i to izrazitije kod dječaka nego kod djevojčica. Promjene u skeletnom sustavu, okoštavanje, rast unutrašnjih organa, te općenito pojedinih dijelova tijela i organizma u cjelini također značajno doprinose psihofizičkom razvoju mlade osobe. Poznato je da su mlade žene koje u odnosu na svoje vršnjakinje, imaju veću tjelesnu težinu i više tjelesne masnoće, manje zadovoljne vlastitim tijelom, češće provode dijetu i pokazuju simptome poremećaja hranjenja. Međutim, nalazi brojnih autora potvrđuju da tjelesna težina nije jedini i dovoljan prediktor nastanku odstupajućih navika hranjenja.

Indeks tjelesne mase može se kretati u rasponu od 10 do 50, a prema Fairburnu (1996), vrijednosti se interpretiraju na sljedeći način:

- ispod 16 – ekstremno ispodprosječna tjelesna masa
- 16-18 – umjereno ispodprosječna tjelesna masa
- 18-20 – blago ispodprosječna tjelesna masa
- 20-25 – prosječna tjelesna masa
- 25-27 – blago iznadprosječna tjelesna masa
- 27-30- iznadprosječna tjelesna masa
- 30-40 – umjereno iznadprosječna tjelesna masa
- iznad 40 – ekstremno iznadprosječna tjelesna masa

Kao što je prethodno spomenuto zabrinutost tjelesnom težinom nerijetko vodi ponašanjima poput držanja dijete i rizični je faktor za poremećaj hranjenja. Ipak uz spomenute biološke faktore bitan utjecaj imaju i psihološki faktori koji su opisani dalje u tekstu (5).

1.5.2. Psihološki faktori kod poremećaja hranjenja

Anoreksija se pojavljuje kao reakcija na zahtjeve adolescentnoga razvoja za većom neovisnošću i porastom interesa socijalnoga i seksualnoga funkcioniranja. U psihodinamici nastanka anoreksije, koja je najčešća u adolescenciji i u djevojčica, znantnu ulogu ima promijenjen odnos s roditeljima, psihički i relacijski poremećaji roditelja i nasilan i krut stav i strahovanja roditelja u pogledu hranjenja. Anorektične djevojke pokazuju dvojaka osjećanja prema drugim osobama, smetnje psihoseksualnog identiteta, teškoće poistovjećivanja s majkom i prihvaćanjem svoje ženske uloge. Zbog svega navedenoga vrlo teško prihvaćaju i psihoterapijski tretman. Što se tiče čimbenika okruženja, na žalost svi mladi ljudi imaju podršku zajednice u vježbanju i postizanju što manje tjelesne mase i veće vitkosti.

Nedostatak samopoštovanja- samopoštovanje žena često ovisi o vanjskim faktorima poput tjelesnog izgleda. Zapadni stereotipi ljepote i mršavosti mnogim djevojkama ostaje nedostižan čime njihovo samopoštovanje može biti ozbiljno narušeno. Postoji visoka povezanost između poremećaja hranjenja i depresije, no još nije jasno javlja li se prije afektivni poremećaj ili poremećaj hranjenja. Predodžba o vlastitom tijelu je također važan faktor, kao i niži osjećaj autonomije. Obitelji u kojima se pojavljuje anoreksija su često neorganizirane i oboljele osobe osjećaju da se njihovo mišljenje ne uzima u obzir te na ovaj način žele pridobiti pažnju. Također, ponekad se osoba ne osjeća dovoljno kompetentnom za sudjelovanje u odraslom svijetu pa smanjenim unosom kalorija pokušava odgoditi odrastanje (10).

Sniženo samopoštovanje osobina je koja je prisutna i u osoba s anoreksijom i bulimijom nervozom, a pretpostavlja se da je i jedan od rizičnih faktora za razvoj poremećaja.

Među ženama s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja percepcija tjelesne težine i zadovoljstva tijelom narušene su u većoj mjeri kod onih sa niskim samopoštovanjem (4).

1.5.3. Socijalni faktori kod poremećaja hranjenja

Socijalni faktor u nastanku ovisnosti o hrani povezan je s kulturnim konceptom ljepote pri čemu je vitka linija često jedini ili barem nužan kriterij ljepote. U nametanju kulturnih stereotipa važnu ulogu igraju mediji koji djevojkama sugeriraju kako će mršavim tijelom doći sve: i uspješna karijera, i ljubav, i poštovanje okoline, i unutarnja sreća.

Rani početak izlazaka može također imati utjecaj na predodžbu o vlastitom tijelu. Razlog tome jest usvajanje ponašanja odraslih, među kojima je i držanje dijete. Djevojke u tom razdoblju uče da je privlačnost važna za partnerstvo sa suprotnim spolom te se trude biti privlačne kako im nalažu društvene norme (8) .

Pripadnici zapadnjačkih kultura nerijetko teže spomenutim idealima, što dovodi do ponašanja rizičnih za razvoj poremećaja hranjenja. Istraživanja pokazuju kako su žene te kod kojih je sociokulturalni pritisak ka postizanju ideala veći. Ideali koji su nametnuti pretežno su nedostižni što rezultira nezadovoljstvom vlastitim izgledom, što može rezultirati nizom nepoželjnih ishoda.

Iako kulturalni pritisak sam po sebi ne dovodi do razvoja poremećaja, svakako je vrlo snažan rizičan čimbenik kod osoba koje imaju druge predispozicije (4).

1.6. Liječenje

Terapijske opcije su hospitalizacija, psihoterapija i farmakoterapija. Hospitalizacija se sugerira kada postoji gubitak od 25% normalne propisane težine ili je indeks tjelesne

mase (body mass index- BMI; težina u kilogramima podijeljena s visinom u metrima na kvadrat) manji od 17, ili kada postoje značajne somatske komplikacije.

Prisilna hospitalizacija realizira se kao hitna mjera kod vitalno ugroženih bolesnika. Programi bolničkog liječenja uključuju oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak. Oporavak prehrane uključuje dobivanje na težini i razvoj normalnih prehrambenih navika. Cilj je dobivanje 1 do 2 kilograma tjedno. Preferira se davanje prave hrane bolesnicima u odnosu na hranjenje sondom.

Psihoterapijsko liječenje može biti individualno ili grupno. U psihoterapiji se preferira kognitivno- bihevioralni pristup pri praćenju i održavanju tjelesne mase. Bolest često prati i neriješeni obiteljski konflikt pa je indicirana i obiteljska psihoterapija, osobito u mlađih bolesnika.

Farmakološke studije nisu još identificirale standardnu terapiju anoreksije nervoze, a za terapiju bulimije nervoze za sada je registriran samo fluoksetin. Neka izvješća govore o uporabi ciproheptadina, lijeka s antihistaminskim i antiserotoninergičkim svojstvima u restriktivnih oblika anoreksije nervoze. Najviše se primjenjuju antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, a smatra se da su učinkoviti u prevenciji relapsa anoreksije. Ako u komorbiditetu postoji depresija ili obuzeto- prisilni poremećaj, ta se stanja trebaju adekvatno liječiti.

Često se primjenjuju i antipsihotici druge generacije (npr. olanzapin) budući da je poremećaj doživljaja izgleda vlastitog tijela na psihotičnoj razini. Pri tome se koristi i ono što u drugoj terapiji označujemo nuspojavom olanzapina a to je pojačanje teka što u slučaju anoreksije predstavlja specifičan terapijski učinak (2).

2. Cilj rada

Cilj ovog rada je:

- upoznati se sa pojmovima, epidemiologijom, etiologijom (rizičnim faktorima za nastanak poremećaja hranjenja), dijagnostikom i načinom liječenja oboljelih.
- prikazati važnost medicinske sestre kao dijela terapijskog tima kod oboljelih od poremećaja hranjenja.
- prikazati primjenu procesa zdravstvene njege te navesti najčešće sestrinske dijagnoze kod oboljelih od poremećaja hranjenja.

3. Rasprava

Programi liječenja su različiti. Bolnička skupina se uglavnom sastoji od psihijatra, psihijatrijskog specijalizanta, psihologa, medicinske sestre, socijalnog radnika, dijetetičara i ovisno o dobi pacijenta, stručnjaka koji će se baviti profesionalnom rehabilitacijom ili edukacijom ako je riječ o pacijentu koji je u procesu školovanja. Modaliteti liječenja uključuju grupne, individualne i obiteljske metode. Članovi tima usko surađuju kako bi osigurali strukturu i podršku pacijentima (11).

3.1. Uloga medicinske sestre

Pristup svakom pacijentu je holistički te uključuje osobne, okolinske, obiteljske okolnosti te rad na području obiteljske i specijalne medicine. Medicinska sestra mora biti sposobna pružati podršku pacijentima i imati razumijevanja za njihovo stanje, a istovremeno biti educirane da izbjegnu zamke njihovih manipulacija i izazova. Da bi metode bile učinkovite potrebno je prepoznati potrebe i mogućnosti svakog pojedinca. Svaki plan zdravstvene njege je individualan što znači da je svaka osoba posebna i za svaku osobu je posebno rađen plan zdravstvene njege. Dobar odnos pacijent-medicinska sestra od velike je važnosti od samog početka jer povjerenje koje se stvara u osobu koja pomaže, uvelike pospješuje i ubrzava tijek liječenja.

3.2. Sestrinska anamneza i intervencije

Medicinska sestra mora uzeti sestrinsku anamnezu i status pacijenta kako bi mogla planirati zdravstvenu njegu. Treba prikupiti podatke od pacijenta koristeći se intervjuom i dokumentacijom (liječnička anamneza, povijest bolesti), a pacijentov status utvrditi će promatranjem i mjerenjem. Do podataka o pacijentu također može doći preko roditelja

pacijenta ili bliskih osoba. Sestrinskom anamnezom dobivamo sve potrebne podatke koji nam daju potpuni uvid u pacijentove želje i potrebe. Sestrinska anamneza olakšava rad medicinske sestre te način ophođenja prema pacijentu. Nakon uzete anamneze medicinska sestra postavlja sestrinske dijagnoze. Na temelju postavljenih dijagnoza formiramo cilj i daljnje intervencije uzimajući u obzir da će nam evaluacija biti uspješna.

Pri prijemu medicinska sestra:

- smješta bolesnicu u krevet
- kontrolira vitalne funkcije i opće stanje bolesnice
- uzima sestrinsku anamnezu
- evidentira izmjereno i učinjeno
- primjenjuje ordiniranu terapiju

Svi bolesnici koji su primljeni traže osnovnu medicinsku pažnju. To bi trebalo uključivati najmanje fizički pregled, vađenje krvi, mjerenje elektrolita, pregled funkcije bubrega i mogući pregled funkcije štitnjače. Mora se utvrditi radi li se o fenomenu povezanom s izgladnjivanjem, a ne o nekom drugom tipu patologije.

Svakom bolesniku trebalo bi rano ujutro izmjeriti težinu nakon prvog mokrenja. Unos i iznos tekućina trebalo bi se pratiti i bilježiti. Ako bolesnik povraća medicinsko osoblje mora stalno pratiti raznu elektrolita u serumu zbog mogućnosti hipokalijemije. Nakon obroka bolesnik najčešće namjerno izaziva povraćanje hrane koju je upravo pojeo. U tom slučaju medicinsko osoblje bi moglo kontrolirati bolesnikovo povraćanje ako zaključa kupaonicu barem dva sata nakon obroka ili postavi nekoga unutar kupaonice koji bi mogao spriječiti bolesnikovo povraćanje (11).

Medicinska sestra mora:

- motivirati bolesnika i članove obitelji da aktivno sudjeluju u terapijskom postupku

- zapažati terapijski učinak na bolesniku (uključujući i nuspojave farmakološke terapije)
- pružiti informacije oboljelom
- ohrabrivati kontakt s rodbinom i prijateljima
- vršiti trening socijalnih i životnih vještina (terapijska komunikacija)
- poštivati jedinstvenost ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo
- uključivati bolesnika i pomoći mu pri učinkovitijoj prilagodbi

Intervencije koje će sestra provoditi ne moraju uvijek biti iste. S vremenom kako se stanje pacijenta bude mijenjalo – na bolje ili na gore, one se mijenjaju. Sestra svoje intervencije izvodi u suradnji s liječnikom. Aktivno slušanje pacijenta izaziva respekt i prihvaćanje, omogućava lakšu i bolju suradnju te izvođenje intervencija u suradnji sa sestrom. Uz dobar odnos s oboljelim, sestra može lakše odlučiti i procijeniti koju intervenciju treba zadržati, a koju u konačnici odbaciti.

Zdravstvena njega koju sestra provodi, smanjuje duljinu hospitalizacije i povećava zadovoljstvo pacijenta. Za veću kvalitetu zdravstvene njege potrebno je slijediti postojeća dostignuća i kontinuirano se profesionalno usavršavati

3.3. Poteškoće kod oboljelih od poremećaja hranjenja

Liječenje bolesnika protiv njegove volje. Neki pacijenti trebaju se hospitalizirati protiv svoje volje. To se obično događa kada je bolesnik ozbiljno bolestan, a ne želi pristati na liječenje ili čak praćenje akutnih medicinskih problema. Uvjeti prema kojima bi se pojedinac trebao hospitalizirati protiv svoje volje su različiti. Ne samo da su točne indikacije zbog kojih bi bolesnik trebao biti hospitaliziran protiv svoje volje različite, nego je različito i trajanje takvog liječenja i mjere koje se smiju poduzeti. No, rizik smrti zbog niske težine, bradikardija, aritmija s tahikardijom, hipokalijemija, bol u prsištu i teška ortostatska hipotenzija najčešći su razlozi zbog kojih su pacijenti primljeni protiv svoje volje. Općenito, treba upotrijebiti najmanje nametljiv pristup. No, ako je bolesnikova težina prihvatljiva, a razina kalija niska, primjeren odgovor bi trebala

biti administracija kalija, a ne pokušaj debljanja. Intervencija protiv bolesnikove volje trebala bi biti što kraća, iako bi cilj hospitalizacije bolesnika protiv njegove volje trebao biti jasan na početku liječenja. Kada bolesnika treba hraniti protiv njegove volje, treba ga također informirati o količini kilograma koju mora postići da bi bio otpušten, te ponuditi izbor da jede samostalno ili da bude hranjen na silu. Ako ne želi samostalno jesti, tada se preferira nazogastrično hranjenje. To zahtijeva konzultacije s internistom i pažljivo medicinsko motrenje. Medicinski problemi koji se najčešće javljaju su hipofosfatemija i preopterećenje tekućinom. Parenteralno hranjenje je mnogo složenije i nosi značajni medicinski rizik od infekcije. Ova mogućnost trebala bi biti sačuvana samo za krajnje situacije. U svakom slučaju, hranjenje protiv bolesnikove volje trebalo bi izvesti što je moguće nježnije i što je kraće moguće. Nikad se ne smije upotrebljavati kao kazna (12).

3.4. Moguće sestrinske dijagnoze kod osoba s poremećajem hranjenja

1. Gubitak samopoštovanja
2. Tjeskoba
3. Poremećaj body imagea
4. VR za samoozljeđivanje
5. Pothranjenost
6. VR za povraćanje
7. VR za dehidraciju
8. VR za aspiraciju
9. Oštećenje integriteta kože
10. Hipotermija
11. Nepridržavanje zdravstvenih preporuka
12. Socijalna izolacija

Sniženo samopoštovanje osobina je koja je prisutna i u osoba s anoreksijom i bulimijom nervozom, a pretpostavlja se da je i jedan od rizičnih faktora za razvoj poremećaja. Među ženama s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja percepcija tjelesne težine i zadovoljstva tijelom narušene su u većoj mjeri kod onih sa niskim samopoštovanjem (4).

Postoji povećana učestalost depresivnih simptoma ili Poremećaja raspoloženja u osoba s Bulimijom nervozom. Kod mnogih ili većine osoba, smetnje počinju u isto vrijeme ili slijede razvoj Bulimije nervoze, i one često pripisuju svoje smetnje raspoloženja Bulimiji nervozi. Ipak, u nekih osoba smetnje raspoloženja jasno prethode razvoju Bulimije nervoze. Također može biti povećana učestalost simptoma anksioznosti (npr. strah od socijalnih situacija) ili Anksioznog poremećaja. Ove smetnje raspoloženja i anksioznosti često se povlače nakon uspješnog liječenja.

Zloraba i Ovisnost o psihoaktivnim tvarima, a posebno o alkoholu i stimulansima, javljaju se u oko jedne trećine osoba s Bulimijom nervozom. Upotreba stimulansa često počinje kao pokušaj kontrole apetita i težine.

Dehidracija može biti praćena povišenjem vrijednosti dušika iz ureje u krvi (BUN). Hiperkolesterolemija je česta. Funkcijski jetreni testovi mogu biti povišeni. Povremeno se nalaze: hipomagnezijemija, hipocinkemija, hipofosfatemija i hiperamilazemija. Izazvano povraćanje može dovesti do metaboličke alkaloze (povišeni bikarbonati u serumu), hipokloremije i hipokalijemije, a zloraba laksativa može uzrokovati metaboličku acidozu.

Uz amenoreju, osobe se mogu žaliti na konstipaciju, bolove u abdomenu, netoleranciju hladnoće, letargiju i gubitak energije. Također mogu biti prisutni: hipotenzija, hipotermija i suha koža. Kod nekih osoba koža postaje žuta, što je udruženo s hiperkarotinemijom. Hipertrofija žlijezda slinovnica, posebno parotida, može biti prisutna. Osobe koje izazivaju povraćanje mogu imati eroziju zubnog cementa, a neke osobe mogu imati ožiljke ili kaluse na dorzumu šake, uzrokovane zubima a nastale kada osoba rukom izaziva povraćanje (1).

Cilj zdravstvene njege kod ovih bolesnika je dovesti bolesnika do što bržeg osamostaljenja i do što većeg stupnja zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Medicinska sestra ima veliku ulogu u psihološkoj podršci bolesniku i obitelji jer poznaje psihosocijalni aspekt bolesnika koji su suočeni s ovom bolešću.

3.5. Psihoterapija kod oboljelih od poremećaja hranjenja

Psihoterapeuti nude psihološku pomoć oboljelima u borbi s prikrivenim problemima, načinu na koji doživljavaju svoje tijelo, odnosu s drugima i specifičnim oblicima ponašanja koji se javljaju kod određenog oblika poremećaja hranjenja. Vrsta psihoterapijskog rada može biti individualna, grupna ili obiteljska a postoje i različiti psihoterapijski pravci koji na različite načine pristupaju liječenju poremećaja hranjenja. Uz psihoterapiju, ponekad je potrebna i procjena psihičkog stanja i propisivanje lijekova od strane psihijatra. Uz psihoterapeute i psihijatre, važna je i suradnja sa psiholozima, nutricionistima, liječnicima koji prate zdravstveno stanje oboljele osobe te drugim stručnjacima za mentalno zdravlje. Kao pomoć oboljelima od poremećaja hranjenja korisni su i drugi oblici rada kao što su: psihoedukativne radionice, grupe podrške i grupe samopomoći kreativne radionice, terapija glazbom, terapija pokretom, sportske aktivnosti, terapije opuštanja i sl.

Načini provođenja liječenja oboljelih od poremećaja hranjenja su:

- vanjsko liječenje (npr. odlasci na psihoterapiju jednom tjedno)
- dnevna bolnica (osoba svakodnevno dio dana provodi u ustanovi za pružanje pomoći)
- rezidencijalno liječenje (osoba je na duže vremena smještena u ustanovi za pružanje pomoći, npr. 3 mjeseca)
- hospitalizacija uslijed akutnog somatskog stanja (osoba je hospitalizirana u bolnici zbog stanja životne ugroženosti) (13).

U Hrvatskoj su do sada ovi poremećaji najčešće liječeni na psihijatrijskim, internističkim ili pedijatrijskim odjelima. Iskustva su pokazala da ovakav način liječenja nije u potpunosti adekvatan te da je postotak izlječenja relativno nizak. Danas se zbog tog razloga počinju osnivati specijalizirane ustanove za liječenje bolesnika s poremećajima hranjenja. Osnova liječenja u tim ustanovama je dugotrajnija hospitalizacija (od 3 do 12 mjeseci) (14).

3.6. Uloga obitelji i prijatelja

Obitelj je primarna sredina u kojoj se odvija socijalizacija, te samim time ima značajnu ulogu u prenošenju društvenih vrijednosti. Ističe se kako roditelji mogu oblikovati navike hranjenja djece već u ranom djetinjstvu, te da roditeljsko usvajanje ideala zapadnjačkih kultura može utjecati na rane oblike ponašanja kod djece.

U psihološkom je pogledu važno emocionalno ozračje u kojem jede, pri čemu je važno obratiti pažnju na navike pri konzumiranju hrane koje postoje u obitelji, a isto tako i na ponašanje djeteta pri hranjenju. Opuštena atmosfera je dobra prilika za razmjenu doživljaja i podjelu osjećaja među članovima obitelji. Neki od najboljih trenutaka za komunikaciju s djetetom su, pored odlaska na spavanje, i vrijeme objeda. Ukoliko je moguće s obzirom na uzrast djeteta, dobro je uključiti ga u manje poslove oko postavljanja stola, pripreme hrane, općenito dati priliku da sudjeluje u odabiru namirnica. Pri jelu je važno izbjegavati pritisak, te dozvoliti selektivno uzimanje hrane, koje je na tom uzrastu često vezano uz psihofizičko stanje organizma. Također, ukoliko roditelj imaju svoje specifične navike u prehrani, važno je pružati djetetu mogućnost raznolike prehrane i davati djetetu priliku da ono radi svoje odabire hrane. Svjesnost o tome što smo i koliko pojeli, se postiže tako da hranu konzumiramo u mirnoj atmosferi, bez požurivanja, i bez popratnih sadržaja, primjerice u vidu televizije (7).

Brojna su istraživanja koja govore o obitelji kao bitnom faktoru za nastanak poremećaja hranjenja. Roditelji zabrinutošću za vlastiti izgled, korištenjem različitih metoda za promjenu izgleda, negativnim komentarima upućenim djeci vezano za njihov

izgled kao i poticanjem djece na gubljenje težine povećavaju nezadovoljstvo tijelom kod djece, te povećavaju rizik za korištenjem različitih pomagala i strategija kako bi smanjili težinu.

Vršnjaci se navode kao jedan od socijalnih faktora koji ima utjecaj na razvoj poremećaja hranjenja, ali istraživanja na ovu temu je relativno malo. Istraživanja vršnjačkih odnosa pokazuju da adolescentni prijatelji teže tome da sličje jedan drugom i to u mnogo dimenzija pa tako i onima vezano uz tjelesni izgled. U adolescenciji dolazi do niza promjena kao i do nastanka novih prijateljstva i veza, pa je adolescencija između ostalog karakteristična po izrazitoj potrebi za pripadanjem i prihvaćenošću od strane vršnjaka, te samim time mišljenja i stavovi vršnjaka dobivaju veliku važnost. Vrlo česta tema među adolescentima, posebno djevojkama je i tjelesni izgled, jer je upravo on u adolescenciji bitna odrednica samovrednovanja i vrednovanja drugih.

Izgled i privlačnost posebno su značajni za djevojke pri prijelazu iz djetinjstva u adolescenciju. Velik broj djevojaka razgovara s prijateljima o težini, izgledu i dijeti. Najčešće se razgovara o različitim načinima kontrole težine i o strahu od debljanja tako da djevojke koje se međusobno druže, dijele sličnu razinu nezadovoljstva tijelom, želje za mršavošću i dijetnoga ponašanja (4).

4. Zaključak

Poremećaji u prehrani karakterizirani su teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanjima. Osnovno obilježje jest preokupacija tjelesnom masom, odnosno trajna i pretjerana briga o tjelesnom izgledu i težini.

Tjelesna masa kod anoreksije je niska dok bulimičari često imaju normalnu tjelesnu masu ili su ponekad i pretili. Anorektični bolesnici svojevolumeno strogo kontroliraju unos hrane dok bulimičari ne mogu uspostaviti kontrolu nad prehranom.

U današnjem svijetu poremećaji u prehrani predstavljaju izuzetno važan problem čije je liječenje teško i dugotrajno, a simptomi bolesti se često vraćaju.

5. Sažetak

Poremećaji hranjenja uglavnom se javljaju kod osoba pubertetske dobi i adolescenata. Za njih je karakterističan poremećen odnos prema hrani, negativna slika o svom tijelu te narušeno samopoštovanje. Tri su osnovna tipa poremećaja hranjenja: anoreksija, bulimija i kompulzivno prejedanje. Uz njih, postoje i nespecifični oblici poremećaja hranjenja koji se ne mogu svrstati u neki od tri osnovna tipa, no i dalje predstavljaju ozbiljan problem.

Na razvoj poremećaja hranjenja bitnu ulogu imaju biološki, psihološki i socijalni faktori. Od bioloških faktora najčešće se navode dob, spol i tjelesna težina, dok kod psiholoških faktora značajnu ulogu imaju samopoštovanje, perfekcionizam, te zadovoljstvo slikom tijela. Kada je riječ o socijalnim faktorima najčešće se navode utjecaj medija, vršnjaka i roditelja na sliku tijela.

Programi bolničkog liječenja anoreksije i bulimije spoj su više elemenata, a uključuju oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak. Točan spoj ovih različitih modela liječenja bit će različit, ovisno o dobi bolesnika i njegovoj ili njezinoj individualnoj situaciji.

Uloga medicinske sestre je uzimanje sestrinske anamneze te holistički pristup pacijentu. Glavna uloga sestre je pomoć pacijentu i obitelji da prihvate bolest te motiviraju pacijenta da se aktivno i uspješno suoči s bolešću.

6. Summary

Eating disorders are usually developed by teenagers and adolescents. The characteristics are disturbed views considering food, the negative body image and disrupted self-esteem respectively. There are three main types of eating disorders: anorexia, bulimia and compulsive overeating. Besides them, there are non-specific forms of eating disorders that can not be classified into one of three basic types, but remain a serious problem

Biological, psychological and social factors have important role in development of eating disorders . Often cited biological factors are age, gender and body weight, whilst the psychological factors that play an important role are self-esteem, perfectionism, and satisfaction with body image. When it comes to social factors often cited are the influence of media, peers and parents on body image.

Hospital treatment programs of anorexia and bulimia are a combination of several elements, including a recovery diet, medical recovery, psychotherapeutic treatment, family treatment and psycho-social recovery. The exact combination of these different models of treatment will be different, depending on the age of the patient and his or her individual situation.

The role of the nurse is taking a nurse anamnesis, and holistic approach to the patient. The most important role of nurse is to help the patient and family to accept disease and motivate patient to cope with the disease actively, and successfully.

7. Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa (DSM-IVTM), Hrvatsko izdanje: prof. dr. sci. Vera Folnegović- Šmale, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996: 553-565 str.
2. Mirta Mahnik-Miloš, Poremećaji hranjenja, U: Ljubomir Hotujac i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006: 219-223 str.
3. Ljiljana Moro, Poremećaji hranjenja, U: Tanja Frančišković, Ljiljana Moro i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2009: 289-293 str.
4. Marija Colić, Učestalost i odrednice provođenja dijeta kod adolescenata, 2013.
Dostupno na:
<http://www.unizd.hr/Portals/12/Diplomske%20pdf/DIPLOMSKI%20Marija%20Colic.pdf>, Preuzeto: 02. 12. 2015.
5. Gordana Novković, Učestalost i odrednice provođenja dijeta kod adolescenata, 2013.
Dostupno na : <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/133/1/GordanaNovkovi%C4%87.pdf>
Preuzeto: 02. 12. 2015.
6. Tajana Zubčić, Poremećaji hranjenja, Dostupno na:
http://www.unizd.hr/Portals/27/pdf/Letci_pdf/POREME%C4%86AJI%20HRANJENJA.pdf Preuzeto: 03. 12. 2015
7. Gordana Buljan Flander, Poremećaji prehrane kod djece predškolske dobi, Dostupno na : <http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/poremecaji-prehrane-kod-djece-predskolske-dobi/> Preuzeto: 03. 12. 2015.
8. Nutricionistički tim Balans, Uzroci anoreksije i liječenje, Dostupno na : <http://nutricionizam-balans.com/web/uzroci-anoreksije-i-lijecenje/> Preuzeto: 04. 02. 2015.
9. Kelly D. Brownell, Eating disorders, U: Christopher G. Fairburn, Kelly D. Brownell: Eating disorders and obesity, New York, London, The Guilford press, 2002: 53-60 str.

10. Jill Elka Harkaway, Eating disorders, U: James C. Hansen, Jill Elka Harkaway: Eating disorders, The family Therapy Collections, Maryland, An Aspen Publication, 1987: 75-79 str.
11. Vesna Vidović, Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj, Dostupno na :
http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=5
Preuzeto: 04. 02. 2015.
12. Mirta Mahnik-Miloš, Bolničko liječenje anoreksije i bulimije, Dostupno na:
http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=5
Preuzeto: 05. 12. 2015.
13. Antonela Meštrović, Poremećaji hranjenja, vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći, Zagreb, 2014. Dostupno na:
<http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf>
Preuzeto: 05. 12. 2015.
14. Mladen Peršić, Inge Vlašić-Cicvarić, Rajna Knez, Zrinka Korotaj, Radenka Munjas, Uloga udruge za pomoć oboljelima od anoreksije nervoze i bulimije nervoze "Libella"- Rijeka, Dostupno na:
http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=5
Preuzeto: 06. 12. 2015.
15. Gordana Fučkar: Proces zdravstvene njege, Zagreb, 1992.
16. Prlić, Rogina, Muk: Zdravstvena njega 4; Školska knjiga, Zagreb, 2008.
17. Gordana Fučkar: Uvod u sestrinske dijagnoze, Zagreb, 1996

8. Životopis

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Ivana Viktoria Pehar
Datum i mjesto rođenja: 10. 03. 1992.god., Split
Adresa: Dubrovačka 63, Split
Telefon: 095/ 801 7721
E-mail: ivanaviktoriapehar@gmail.com

OBRAZOVANJE

2012.-2015. Odjel zdravstvenih studija u Splitu, smjer sestrinstvo
2006.-2010. Srednja Zdravstvena škola u Splitu, smjer farmaceutski tehničar
1998.-2006. Osnovna škola Blatine-Škrape u Splitu

Vještine:

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu.

Strani jezici: Engleski jezik aktivno koristi