

Zdravstvena njega oboljelih od anoreksije nervoze - prikaz slučaja

Grabić, Jelena

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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:176:286702>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-27**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Jelena Grabić

**ZDRAVSTVENA NJEGA OBOLJELIH OD ANOREKSIJE
NERVOZE - PRIKAZ SLUČAJA**

Završni rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Jelena Grabić

**ZDRAVSTVENA NJEGA OBOLJELIH OD ANOREKSIJE
NERVOZE - PRIKAZ SLUČAJA**

**HEALTH CARE FOR ANOREXIA NERVOSA PATIENTS:
A CASE REPORT**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Diana Aranza, mag. med. techn.

Split, 2019.

Sadržaj

1. UVOD	4
1.1. Klasifikacija poremećaja hranjenja	4
1.2. Anoreksija nervoza	5
1.2.1. Teorija nastanka anoreksije nervoze	6
1.3. Epidemiologija anoreksije nervoze	7
1.4. Etiologija anoreksije nervoze	7
1.4.1. Biološki čimbenici anoreksije nervoze	8
1.4.2. Psihološki čimbenici anoreksije nervoze	9
1.4.3. Socijalni čimbenici anoreksije nervoze	9
1.5. Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze	10
1.5.1. Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze po DSM-IV	10
1.5.1.1. Mršavost i strah od debljanja	10
1.5.1.2. Iskrivljen doživljaj vlastitog tijela	11
1.5.1.3. Hormonski poremećaj	11
1.5.2. Podjela anoreksije nervoze	12
1.6. Diferencijalna dijagnoza anoreksije nervoze	13
1.7. Klinička slika anoreksije nervoze	14
1.7.1. Komplikacije anoreksije nervoze	15
1.7.2. Prognoza anoreksije nervoze	17
1.8. Liječenje anoreksije nervoze	18
1.8.1. Hospitalizacija oboljelih od anoreksije nervoze	20
1.8.2. Prehrana oboljelih od anoreksije nervoze	21
1.8.3. Farmakološko liječenje oboljelih od anoreksije nervoze	23
1.8.4. Psihoterapija oboljelih od anoreksije nervoze	23
1.8.5. Obiteljska terapija kod anoreksije nervoze	24
1.8.6. Uloga medicinske sestre u liječenju anoreksije nervoze	25
1.8.7. Uloga medicinske sestre u prevenciji poremećaja hranjenja	25
1.9. Epidemiološki podaci o poremećajima prehrane u Republici Hrvatskoj	26

1.9.1. Udruge oboljelih od poremećaja prehrane u Republici Hrvatskoj	26
1.9.2. Projekti prevencije za smanjenje poremećaja prehrane	28
2. CILJ RADA	29
3. RASPRAVA – PRIKAZ SLUČAJA	30
3.1. Sestrinska anamneza	30
3.2. Sestrinska skrb tijekom hospitalizacije	32
3.3. Sestrinske dijagnoze	33
3.4. Prikaz slučaja – sestrinske dijagnoze	34
4. ZAKLJUČAK	37
5. SAŽETAK	38
6. SUMMARY	39
7. LITERATURA	40
8. ŽIVOTOPIS	44

Popis korištenih kratica:

AN - anoreksija nervoza

BN - bulimija nervoza

DSM - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

MKB - Međunarodna klasifikacija bolesti

ITM - indeks tjelesne mase

1. UVOD

Unos hrane i pića jedna je od najvažnijih ljudskih potreba. Ukoliko dođe do poremećaja odnosa prema hrani i izgledu vlastitog tijela, govorimo o anoreksiji nervozi (AN), što dovodi do značajnog oštećenja tjelesnog zdravlja i psihoemocionalnog funkcioniranja. Najčešći poremećaji hranjenja su AN i bulimija nervoza (BN). Ove poremećaje uočavamo još od egipatskih hijeroglifa, perzijskih manuskripta, preko rimskih gozbi koje su uključivale prejedanje i povraćanje (1).

Znamo kako je pravilna i uravnotežena prehrana osnovni uvjet kako bi organizam mogao normalno funkcionirati. Stoga, ako zbog bilo kojeg razloga dođe do poremećaja prehrane karakteriziranim kao odbijanje hrane, govorimo o teškom stanju mentalnog zdravlja. Poremećaji hranjenja nastaju kao rezultat niza čimbenika, poput poremećaja ličnosti, emocionalnih poremećaja, pritiska obitelji i okoline, ali i opsjednutosti mislima o mršavošću. Adolescencija je jedno kritično doba za nastanak AN. Prosječna dob početka je 17 godina te se rijetko javlja nakon 40. godine. Promjenom tijela u pubertetu dolazi do zabrinutosti za vlastiti vanjski izgled. Mediji, časopisi i reklame svakodnevno nam nameću savršeni fizički izgled, što u djevojčica te dobi stvara iskrivljenu sliku o njima samima.

Oboljeli od AN započinju s dijetama nakon beznačajnog povoda (nekog komentara vanjskog izgleda). Najprije to bude izbjegavanje deserta, slatkiša, a s vremenom cijelih obroka, što dovodi do opće slabosti, poremećaja fizioloških funkcija, te je hospitalizacija neizbježna (1). Zbog neadekvatne prehrane dolazi do hormonskog poremećaja, amenoreje i drugih poremećaja. Uz to se javljaju psihički problemi, socijalna izoliranost, odnosno, osoba je dovedena u stanje da ne može normalno funkcionirati i obavljati svakodnevne aktivnosti. Gotovo se nikada osobe samoinicijativno ne javljaju na liječenje, već to čine zabrinuti prijatelji, rodbina te liječnici opće medicine. Liječenje je dugotrajno i iziskuje mnogo truda i napora liječničkog osoblja, jer je osobu ponekad potrebno i prisilno hraniti. Cilj liječenja je uspostaviti normalno stanje uzimanja hrane i nadomjestiti gubitak elektrolita. Pacijenti rijetko prihvaćaju i psihijatrijsko liječenje. Ova bolest ima visoku stopu mortaliteta, a potpuno izlječenje moguće je samo kod malog broja oboljelih.

1.1. Klasifikacija poremećaja hranjenja

Poremećaji hranjenja se najčešće javljaju u mlađoj životnoj dobi i adolescenciji. Osobe s tim poremećajima karakterizira poremećen odnos prema hrani, imaju negativnu sliku o svom tijelu, te im je samopoštovanje narušeno. Iako se različito manifestiraju, svim poremećajima je zajedničko to da zahtijevaju stručnu pomoć i liječenje. Osoba se nalazi u začaranom krugu gladovanja, prejedanja, vježbanja, povraćanja, zlouporabe tableta za mršavljenje (2). Poremećaji hranjenja obuhvaćaju AN, BN i neodređen poremećaj hranjenja. Neodređen tip je onaj u kojem osoba pokazuje poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava ni kriterije za AN, niti za BN. U tu skupinu spada i poremećaj nekontroliranog hranjenja, zvan binge eating disorder (3). Prema tome, dijagnostička podjela poremećaja hranjenja prema DSM-V iz 2014. godine je (4):

1. F 50.01/ F50.02 AN
2. F 50.2 BN
3. F 50.8 Poremećaj s prejedanjem
4. F 50.8 Drugi specifikirani poremećaji hranjenja ili jedenja
5. F 50.9 Nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) iz 1993. godine poremećaje hranjenja je podijelila na (5):

1. F 50.0 AN
2. F 50.1 AN psychogenes atypica
3. F 50.2 BN
4. F 50.3 BN atypica
5. F 50.4 Bulimija (proždrljivost) s drugim psihičkim smetnjama
6. F 50.5 Povraćanje s drugim psihičkim smetnjama
7. F 50.8 Drugi poremećaji prehrane
8. F 50.9 Poremećaj prehrane, neodređen

1.2. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza (AN) potječe od grčkih riječi "an" što znači bez i "orexis" što znači želja, apetit, tek. U doslovnom prijevodu bi značilo osoba bez apetita ili teka (6). Naziv anoreksija nije prikladan jer mnoge anoreksične osobe imaju normalan osjećaj gladi i želju za hranom, ali je zbog želje i težnje za mršavošću ograničavaju. One se također užasavaju pomisli da popuste nagonu i pojedu nešto, pa se izgledaju do stanja iscrpljenosti ili čak smrti (7).



Slika 1. Tipičan izgled anoreksične osobe

Izvor: <https://hr.sott.net/image/s15/318297/full/anoreksijaaaaa.jpg>

1.2.1. Teorija nastanka anoreksije nervoze

Prema psihološkim objašnjenjima o teoriji nastanka AN, koja se temelji na Freudovu shvaćanju, uzimanje hrane može biti zamjena za pokazivanje spolnih nagona. Na osnovu toga, odbijanje hrane kod anoreksičnih osoba je pokazatelj straha od sve veće spolne želje ili oralne impregnacije. Prema tumačenjima ostalih psihoanalitičara AN je izraz sukoba između želje za neovisnošću i samostalnošću u okviru obitelji s jedne strane i straha od odrastanja s druge strane. Teoretičari učenja smatraju da je AN zapravo strah od debljanja ili težnja da se postigne izgled vitke, prelijepo žene, koji je toliko silno promican u našem društvu. Osnovna pretpostavka kognitivno-bihevioralnih modela je da u osnovi poremećaja hranjenja postoji iskrivljena slika ili pogrešna ideja o tjelesnoj masi i izgledu

tijela. Vodeća fiziološka teorija govori da je riječ o abnormalnom funkcioniranju onog dijela hipotalamusa odgovornog za kontroliranje uzimanja hrane, spolne aktivnosti i menstruacije. No, i dalje ne znamo je li taj poremećaj funkcioniranja hipotalamusa uzrok AN, posljedica gubitka tjelesne mase i ograničenog unosa kalorija ili je posljedica emocionalnog stresa bolesnika (8).

1.3. Epidemiologija anoreksije nervoze

Prema nekim podacima, poremećaji hranjenja se javljaju u oko 4 % adolescenata. AN je u posljednjem desetljeću sve češća, i to 20 puta više javlja kod djevojčica adolescentne dobi, nego kod dječaka (1). Prosječna dob početak bolesti je 17 godina, rijetko se javlja nakon 40. godine. Neki podaci upućuju na dva vrhunca, u dobi od 14 i 18 godina te je povezana sa stresnim životnim razdobljem, kao što je odlazak na studij (9). Prema nekim istraživanjima (9), smatralo se da je AN češća u višim društvenim slojevima. No, novija istraživanja (10) povezuju bolest s profesijama čiji je imperativ mršavost, kao što su balet i manekenstvo. Cjeloživotna prevalencija za AN iznosi 0.4-3.7%, a posljednjih godina je zabilježen njen porast među djevojčicama mlađim od 12 godina (10). Prevalencija kod žena u kasnijoj adolescentnoj i ranoj odrasloj dobi iznosi između 0.5-1%, a incidencija se povećala posljednjih desetljeća (9).



Slika 2. Model

Izvor: http://www.istrazime.com/wp-content/uploads/2013/08/1002551_10201641553099850_952452_n-198x300.jpg

1.4. Etiologija anoreksije nervoze

Etiologija ove bolesti nije sasvim razjašnjena. Bolest uzrokuju mnogi biološki, psihološki i okolišni čimbenici. Tablica 1 (11) pokazuje da u psihijatriji postoje različiti čimbenici u razvoju pojedinih mentalnih poremećaja.

Tablica 1. Čimbenici koji uzrokuju AN (11)

Čimbenici	
Predisponirajući	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individualni- odnos prema tijelu 2. Obiteljski - doživljaj mjesta u obitelji, odnos majka-kćer, otac-kćer 3. Sociokulturni - ono što je moderno u određenoj kulturi
Precipitirajući	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stresori tijekom odrastanja
Podražavajući	<ol style="list-style-type: none"> 1. Razne dijete 2. Stalna potreba za smanjenjem tjelesne mase 3. Okolina koja podržava vitkost 4. Svjesnost mladih djevojaka da izgube na masi

1.4.1. Biološki čimbenici anoreksije nervoze

Istraživanja o utjecaju genetskih čimbenika na nastanak AN nisu sasvim razjašnjena, no izdvajaju se dob, spol, pubertet i tjelesna masa. No, također postoje i rizični čimbenici u prenatalnom i perinatalnom razdoblju, kao što su infekcije, konvulzije, razne traume, starija dob majke te niska porođajna masa (3). Primijećeno je da se AN češće javlja u monozigotnih, nego u dizigotnih blizanaca (11). Rizik obolijevanja od AN povećava se ukoliko je netko od članova uže obitelji prebolio ili već ima navedenu bolest. Nadalje, oboljeli od AN imaju povećani rizik od poremećaja raspoloženja, pogotovo ako imaju prežderavajući/purgativni tip AN (9). Muškarci su manje skloni traženju pomoći i procjenjuje se kako njihov udio iznosi 5-10 % na ukupan broj oboljelih od AN. No, zbog gore navedenog smatra se kako je taj broj i veći, ali nije dokumentiran (2).



Slika 3. Manoreksija - anoreksija kod muškaraca

Izvor: <http://nutricionizam-balans.com/web/wp-content/uploads/2012/11/manorexia.jpg>

1.4.2. Psihološki čimbenici anoreksije nervoze

Većinom se AN pojavljuje tijekom adolescencije, pri čemu dolazi do porasta interesa za neovisnost, te socijalnog i seksualnog funkcioniranja (11). Osobe oboljele od AN su strašljive, pesimistične, povučene, ambiciozne, perfekcionista, imaju nisko samopoštovanje, te su emocionalno udaljene. Opsesivno-kompulzivni poremećaj također preddisponira osobe za nastanak ove bolesti. U obitelji, pogotovo između majke i djeteta, postoji čvrsta veza jer otac puno radi te je obitelj okrenuta sebi, što rezultira smanjenim kontaktom s okolinom. Majke i anoreksična djeca su sklona idealizaciji, imaju teškoće u procesiranju emocija i nesigurnu privrženost (10). Zbog sveg navedenog, anoreksične djevojke teže prihvaćaju psihoterapijski tretman (11).

1.4.3. Socijalni čimbenici anoreksije nervoze

Sve veća pažnja se pridaje socijalnim faktorima, a to su socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žene, predrasude prema gojaznim i tendencija socijalnog uspoređivanja. Problem nastaje jer žene modele iz raznih reklama počinju doživljavati kao stvarne osobe, zanemarujući njihovu pripremu uz stručnjake. Također, socijalna uloga žena se promijenila. Od žena se očekuje da uz uspješnu karijeru, sretan brak budu uzorne majke sa savršenim tijelom te se žene počinju podcjenjivati jer smatraju da su neadekvatne (3).

1.5. Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze

Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze, heteroanamneze uzete od obitelji ili prijatelja. Bolesnikovo poricanje je glavna zapreka postavljanju dijagnoze i započinjanju liječenja. Kod AN ITM (index tjelesne mase), koji računamo kao omjer mase izražene u kilogramima i visine izražene u metrima kvadratnim, manji je od 17,5 kg/m², odnosno, tjelesna masa je 15 % ispod očekivane. Sekundarna amenoreja i drugi znakovi gubitka tjelesne mase bi trebali liječnike upozoriti da osoba boluje od poremećaja hranjenja. Ostale dijagnostičke pretrage daju uvid u fizičko stanje i komplikacije, no nemaju veliku ulogu u postavljanju dijagnoze. Pretrage koje se rade su elektrokardiogram, laboratorijski testovi i radiološke pretrage, kao što su ultrazvuk i rendgen (10).

1.5.1. Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze po DSM-IV

1. Odbijanje održavanja mase na ili iznad minimalne mase za dob i spol (gubitak na masi koji dovodi do održavanja tjelesne mase na razinu manju od 85 %, ili smanjeno dobivanje na masi tijekom rasta, što dovodi do 85 % manje tjelesne mase od očekivane)
2. Izuzetan strah od debljanja ili dobivanja na masi, čak i kada postoji gubitak mase.
3. Poremećen način na koji osoba doživljava oblik i težinu tijela, pretjerani utjecaj oblika i mase tijela na samoprocjenjivanje. Osoba odbija prihvatiti ozbiljnost niske tjelesne mase.
4. Postoji amenoreja u žena generativne životne dobi, odnosno izostanak najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa. Amenoreju uzimamo u obzir jedino ako se uzimanjem hormona menstruacija ponovo uspostavi (9).

1.5.1.1. Mršavost i strah od debljanja

Glavni problem AN je što osoba ima strah od debljanja te uslijed toga sama sebi nemeće dijetetska ograničenja. Iako na taj način oboljela osoba gubi na masi, taj strah se sve više povećava. Oboljela osoba sebe i dalje vidi kao "debelu", iako joj obitelj i prijatelji

govore suprotno. Njihove misli su neprestano usmjerene na hranu i oblik vlastitog tijela. Hrana za njih predstavlja neku vrstu ovisnosti i smatraju je lošom. Stvaraju neobične navike hranjenja te prođe dan tek da pojedu jednu ili dvije jabuke. Nikada sami sebi nisu dovoljno pametni, dobri, a pogotovo lijepi i vitki (12)

1.5.1.2. Iskrivljen doživljaj vlastitog tijela

Osobe s AN imaju promijenjen doživljaj dimenzije vlastitog tijela, dok u isto vrijeme tjelesnoj masi i obliku vlastitog tijela pridaju veliku važnost. Često se važu, misle da su debeli ili da im je neki dio tijela neproporcionalno debeo i ružan. Iako su svjesni svoje mršavosti i dalje ustraju na takvom mišljenju. Zbog niske tjelesne mase život im je ugrožen, ali oni to ne prihvaćaju i imaju nisku stopu samopouzdanja (12).



Slika 4. Iskrivljen doživljaj vlastitog tijela

Izvor: <https://sarajoredlocks.files.wordpress.com/2012/01/bdd.jpg>

1.5.1.3. Hormonski poremećaj

Uslijed drastičnog gubitka na masi dolazi do hormonalnog poremećaja. Hormoni, a osobito estrogen, stvaraju se u nedovoljnim količinama. I u onom trenutku kada se istopi mogućnost njihova stvaranja iz zaliha u naslagama sala na bokovima i stražnjici, količina estrogena se toliko smanjuju da više ne može regulirati mjesečni ciklus te menstruacija

izostaje. Usporedno s izostajanjem menstruacije, kosti slabe, postaju krhke i lomljive. Kako bi se uspostavila hormonalna ravnoteža i ponovni menstrualni ciklus, ženama se propisuju kontracepcijske pilule (12).

1.5.2. Podjela anoreksije nervoze

Razlikujemo dva podtipa AN:

1. Restriktivni tip: ovaj tip AN obilježen je dijetom i izgladnjivanjem koje je praćeno povećanom tjelesnom aktivnošću. Imaju jaku samokontrolu kod uzimanja hrane, sklone su socijalnoj izolaciji i opsesivno-kompulzivnom poremećaju.
2. Prežderavajući/purgativni tip: osoba je na dijeti, ali ima povremene faze prejedanja te nakon toga povraća, upotrebljava laksative ili diuretike kako bi izbacila hranu iz tijela. One nemaju samokontrolu nad hranom, sklone su depresiji i samoozljeđivanju, emocionalno su nestabilne te su sklone uzimanju alkohola i droga (9).

Tablica 2. Spektar poremećaja u jedenju i Great Ormond Street dijagnostički kriteriji za AN u djece (tzv. early onset poremećaji) (13)

A. Anoreksija nervosa	1. Utvrđen gubitak u tjelesnoj masi (npr. izbjegavanje hrane, samoizazvano povraćanje, pretjerano vježbanje, zloupotreba laksativa) 2. Abnormalan doživljaj oblika i/ili tjelesne mase
--------------------------	---

	3. Bolesna preokupacija tjelesnom masom ili oblikom tijela
B.	Izbjegavanje jela zbog emocionalnog poremećaja
C.	Odbijanje hrane
D.	Sveobuhvatno odbijanje
E.	Selektivno jedenje
F.	Gubitak apetita zbog depresije
G.	Bulimija nervoza

1.6. Diferencijalna dijagnoza anoreksije nervoze

U diferencijalnoj dijagnozi AN trebaju biti razmatrani i drugi mogući uzroci gubitka tjelesne mase, pogotovo ako su prisutna netipična obilježja, kao što je početak poslije 40-te godine života. U diferencijalnoj dijagnozi razmatramo:

1. Opća zdravstvena stanja (gastrointestinalne bolesti, tumori mozga, pritajeni malignitet, AIDS) - javlja se gubitak mase, ali ove osobe nemaju iskrivljenu sliku o tijelu i želju za gubitkom kilograma.
2. Sindrom gornje mezenterične arterije - karakteriziran je postprandijalnim povraćanjem. Iako se razlikuje od AN, može se razviti i u osoba s AN zbog njihove mršavosti.
3. Veliki depresivni poremećaj - javlja se gubitak tjelesne mase, ali osobe nemaju želju za gubitkom kilograma niti strah od dobivanja kilograma.
4. Shizofrenija - ovi bolesnici mogu povremeno značajno izgubiti na masi, ali ne pokazuju strah od povećanja tjelesne mase i nemaju poremećenu predodžbu o tijelu (9).

Također, obilježja AN mogu ukazivati i na:

1. Socijalnu fobiju - osobe se osjećaju poniženo ili smeteno ako su videne da jedu javno.

2. Opsesivno-kompulzivni poremećaj - osobe pokazuju opsesije i kompulzije.
3. Poremećaj sheme vlastitog tijela - osobe su zaokupljene umišljenom manom o tjelesnom izgledu (9).

1.7. Klinička slika anoreksije nervoze

Misli bolesnika s AN stalno su opsjednute hranom i to je ono što najviše izaziva patnju kod takvih osoba. Potpuni gubitak teka javlja se u kasnijim fazama ove bolesti (1). S jedne strane, imamo opsjednutost vitkošću i vlastitim izgledom, a s druge strane te stalne misli o hrani dovode do psihičkih poremećaja. AN se rijetko javlja prije puberteta, a ukoliko se pojavi u predpubertetskoj dobi, masa duševnih smetnji se povećava. Prognoza izlječenja AN je povoljnija ukoliko bolest počne tijekom rane adolescencije (između 13. i 18. godine). U više od 90 % slučajeva bolest se javlja kod žena (9). Bolest se najčešće javlja nakon promjena tijela u pubertetu (povećanje grudi, bokova i trbuha), što rezultira pretjeranom zabrinutošću i nezadovoljstvom vlastitim izgledom (1).

U samom početku bolesti okolina ne primjećuje da osoba drastično gubi kilograme (11). Sve počinje beznačajnim dijetama, koje uzrokuju neprimjereni komentari osoba iz okoline oboljele osobe. Oboljele osobe u početku izbjegavaju deserte, slatkiše, dok malo po malo počinju izbjegavati cijele obroke te obroke u krugu obitelji ili na javnim mjestima. Kako bi dodatno izgubili kilograme, počinju drastično vježbati, te uzimaju i laksative (1).

Ove osobe imaju iskrivljenu sliku o svom tijelu. Rebra su jasno uočljiva, kosti kukova strše, lice im je nalik lubanji, udovi su im tanki poput drška metle. Amenoreja se pojavljuje i prije izraženijeg mršavljenja. Ovi bolesnici imaju suhu kožu koja brzo popuca, žućkasti ten, krhke i lomljive nokte, nježno polegnute dlačice na licu i vratu, sniženu temperaturu, mišićnu slabost, opstipaciju, te usporeno bilo. No, unatoč svim simptomima, oni i dalje misle da su predebeli pa zloporabe laksative te se iscrpljuju pretjeranom tjelovježbom. Bolesnici su zaokupljeni hranom, čak i kada je ne nastoje jesti. Zanimaju ih načini pripremanja hrane, skupljaju kulinarske knjige, iskušavaju nove recepte. Za druge osobe pripremaju objede od mnoštvo pojedinačnih jela i slastica.

Anoreksične osobe neće priznati da su ikad gladne, a ako i priznaju, samoprisilom se suzdržavaju od jela (8).

Imaju puno slatkiša, čak i po džepovima, a hrane ima svuda po kući. Troše puno vremena na uzimanje hrane, lome ju na vrlo male komadiće, te jedu vrlo polagano. Problem postaje sve vidljiviji, ali osobe odbijaju bilo kakav razgovor o svom problemu. Pojavljuju se povraćanje, bolovi u trbuhu, pretjerana izbirljivost, sporo jedenje i dugo zadržavanje hrane u ustima. Mnoge pacijentice imaju tjelesnu težinu od 35 do 40 kilograma bez obzira na visinu. Osobe su sklone perfekcionizmu, opsesivno kompulzivnom ponašanju, negativnim mislima, socijalno su izolirane, seksualno nezainteresirane, te postaju depresivne i anksiozne. U većini slučajeva bolesnici poriču da imaju problem i odbijaju liječenje. Na liječenje dođu kada okolina postane zabrinuta za njihov život, odnosno, kada je bolest uznapredovala i kada je već došlo do raznih tjelesnih promjena i komplikacija (11).



Slika 5. Potpuna devastacija mišićnoj i masnog tkiva

Izvor: http://www.teen385.com/frontend/images/rte/022017/86687-16467299_1356947494380405_542362819_n.jpg

1.7.1. Komplikacije anoreksije nervoze

AN može uzrokovati razne somatske komplikacije, koje su navedene u tablici 3 (14).

Tablica 3. Komplikacije AN (14)

Kardiovaskularne	<ul style="list-style-type: none"> - bradikardija (<60 otkucaja/min) - hipotenzija (<90/60 mmHg) - ortostatska hipotenzija - srčana palpitacija i aritmija (povezana s hipokalemijom) - kongestivno zatajenje srca (rijetko) - iznenadna smrt
Dermatološke	<ul style="list-style-type: none"> - Russellov znak - suha koža - krhka kosa i nokti - gubita kose - lanugo - gubitak potkožnog masnog tkiva - žuta boja kože
Endokrinološki i metabolički	<ul style="list-style-type: none"> - amenoreja - hipoglikemija - povećana parotidna žlijezda - smanjen estrogen, luteinizirajući hormon, folikulo-stimulirajući hormon, testosteron (muškarci), tioroksin i triodronin - hipotermija - povećani hormon rasta, kortizol, kolesterol, testovi funkcije jetre
Tekućina i elektroliti	<ul style="list-style-type: none"> - povišeni dušik uree u krvi - hipokalemija - hipomagnezaemija - hiponatremija - hipofosfatemija (povezana s čestim povraćanjem) - metabolička alkalozna (povišeni natrijev bikarbonat, vezan uz povraćanje) - metabolička acidoza (smanjeni natrijev bikarbonat zbog zlorabe laksativa)

Gastrointestinalne	<ul style="list-style-type: none"> - zatvor - proljev (vezan uz zlouporabu laksativa) - nadutost - odgođeno pražnjenje želuca - probavne žgaravnice - ruptura želuca (rijetka, povezana s binge eatingom) - abdominalni grčevi - hematemeza - zubni karijes
Hematološke	<ul style="list-style-type: none"> - anemija - leukopenija - trombocitopenija - hipofosfatemija - hipoalbuminemija
Mišićno-koštane	<ul style="list-style-type: none"> - prijelomi - osteoporoza
Neurološke	<ul style="list-style-type: none"> - umor - depresija - vrtoglavica - sinkopa
Plućne	<ul style="list-style-type: none"> - plućni edem (rijetko)

1.7.2. Prognoza anoreksije nervoze

Tijek AN može biti različit. Blagi oblici bolesti, koji su često i neotkriveni rijetko dovode do smrti. No, kod težih oblika koji se ne liječe, smrtnost je približno 10 %. Polovica oboljelih uz liječenje vraća većinu izgubljene mase, te im se povlače endokrini poremećaji i druge komplikacije. U 25 % slučajeva dolazi do recidiva bolesti, dok u preostalih 25 % ostaju trajne tjelesne i psihičke komplikacije, te je sam ishod bolesti loš. Adolescenti, za razliku od odraslih, imaju bolju prognozu; kod 70 % oboljelih se bilježi oporavak. Hospitalizirani pacijenti koji su dovršili liječenje na vrijeme imaju uspješniji ishod od pacijenata koji nisu bili hospitalizirani. Najučinkovitijom terapijom se pokazala

obiteljska terapija. Ukoliko je klinička slika na početku liječenja ozbiljnija, te što je hospitalizacija kraća, povećava se vjerojatnost recidiva, te će rezultati liječenja biti lošiji (15).

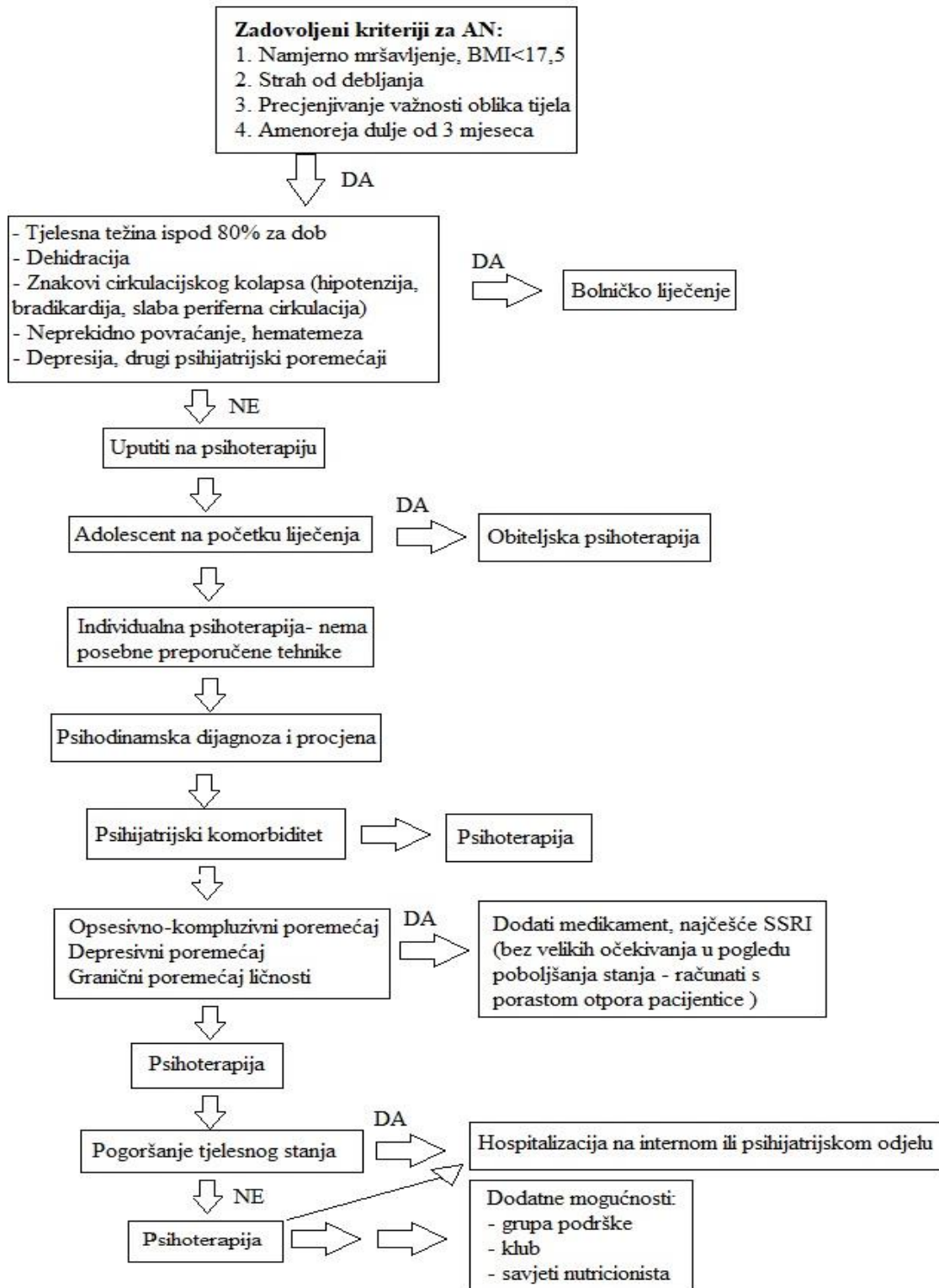
1.8. Liječenje anoreksije nervoze

Liječenje AN je dugotrajno i teško zbog psihološke prirode nastanka i mogućih somatskih komplikacija. Prema DSM-V glavni cilj je rano otkrivanje simptoma bolesti, postavljanje dijagnoze i adekvatno liječenje.

Načini provođenja liječenja oboljelih od poremećaj hranjenja su:

1. Vanjsko liječenje (npr. osoba odlazi na psihoterapiju jedanput tjedno)
2. Dnevna bolnica (osoba dio dana provodi u ustanovi za pružanje pomoći).
3. Rezidencijsko liječenje (osoba se duže vremena smješta u ustanovu za pružanje pomoći, npr. tri mjeseca)
4. Hospitalizacija uslijed akutnog somatskog stanja (zbog stanja životne ugroženosti)

U Hrvatskoj oboljeli mogu koristiti samo neke usluge jer se se tek postavlja temelj sustavnog liječenja poremećaja prehrane (2).



Slika 7. Prijedlog algoritma za liječenje anoreksije nervoze

Izvor: http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=5

1.8.1. Hospitalizacija oboljelih od anoreksije nervoze

Hospitalizacija se provodi kada je ITM manji od 17, odnosno kada postoji gubitak 25 % normalne mase, ili kada postoje somatske komplikacije. Bolničko liječenje podrazumijeva medicinski oporavak, oporavak prehrane, obiteljsku terapiju i psihosocijalni oporavak (1).

Tablica 4. Prema HSU, postoji 8 bitnih ciljeva bolničkog liječenja AN (16):

1. Ponovno dobivanje tjelesne mase zajedno s individualom i obiteljskom terapijom, kako pacijenti ne bi osjećali da je dobivanje tjelesne mase jedini cilj.
2. Uspostavljanje povjerenja između pacijenta i medicinskih osoblja. Dobivanje na masi mora biti kontrolirano.
3. Postupno dobivanje na masi (200 g dnevno).
4. Jedenje uz prisutnost medicinskog osoblja. Motiviranje i ohrabrivanje pacijenta, te razgovor o strahovima.
5. Vaganje u određenim vremenskim razmacima da i sam pacijent može kontrolirati dobitak ili pad na masi.
6. Pozitivno i negativno potkrepljivanje kako bi pacijent shvatio da može kontrolirati svoje ponašanje i njegove posljedice.
7. Kontroliranje povraćanja ili čišćenja.
8. Disfunkcionalni sukobi s obitelji u svezi bolesti se jedino mogu uspostaviti na terapiji.

Tablica 5. Kriteriji* za hospitalizaciju djece, adolescenata i mladih odraslih osoba s anoreksijom nervozom (13).

1. < 75% idealne mase, ili gubitak na masi unatoč intenzivnom liječenju.
2. Odbijanje hranjenja.
3. Puls < 50/min po danu; < 45/min po noći.
4. Sistolički tlak < 90 mmHg.
5. Ortostatske promjene pulsa (>20/min) ili krvnog tlaka (>10 mmHg).
6. Zastoj rasta i razvoja.

7. Akutne medicinske komplikacije pothranjenosti.
8. Akutni psihijatrijski poremećaji.
9. Pridružene dijagnoze koje interferiraju s liječenjem poremećaja u jedenju (npr. teška depresija, opsesivno kompulzivne smetnje, obiteljska disfunkcija).

*Svaki od ovih kriterija, ili više njih, opravdava hospitalizaciju

1.8.2. Prehrana oboljelih od anoreksije nervoze

Cilj oporavka prehrane je dobivanje na masi te razvoj normalnih prehrambenih navika. Poželjno je dobiti 1-2 kilograma tjedno (1). U razgovoru s pacijentom poželjno je saznati koju vrstu hrane više voli. Jelovnik treba prilagoditi željama pacijenta i naravno, paziti da dobiva potrebne nutritivne vrijednosti.

Američko društvo Society for Adolescent Medicine (SAM) objavilo je smjernice za hospitalizaciju oboljelih od anoreksije, odnosno one koji imaju manje od 75% prosječne idealne tjelesne mase koja odgovara njihovoj dobi, spolu i tjelesnoj visini. Iako je moguća primjena nazogastrične sonde, većina oboljelih od anoreksije može se hraniti oralno. Korištenje nazogastrične sonde se smatra prisilnim hranjenjem i predmet je kontroverza koje poživaju i na kliničkim i na etičkim temeljima. Smatra se da prisilno hranjenje kod anoreksije može povisiti izgleda za recidiv bolesti i negativno se odraziti na dugoročni ishod bolesti. Cilj terapije prehranom je postupno povišenje energetskeg unosa, uz smanjenje potrošnje da bi se postigla pozitivna ravnoteža. Preporučuje se energetskeg unos od 130 % vrijednosti bazalnog metabolizma. Počinje se s 1200-1400 kcal/dan, a energetskeg unos se postupno povisuje za 100-200 kcal kako bi se dobilo na tjelesnoj masi (17).

Tablica 6. Smjernice za dijetoterapiju AN (17):

<p>1. Energetski unos</p> <p>A. 1.3 x izmjerena vrijednost potrošnje energije u stanju mirovanja (REE)</p> <p>B. 1.3 x vrijednost bazalnog metabolizma izračunata putem Harris-Benedictove formule:</p> <p>a. Izražen putem Harris-Benedictove formule: BM (kcal)= 655 + 9.56xTT + 1.85xV - 4.67xD (TT = tjelesna masa (kg); V = visina (cm); D = dob (g))</p> <p>b. Prilagodba za hipermetaboličko stanje: (1.84 x BM izračunat formulom - 1435) 1.3 (1.84 x BM izračunat formulom - 1435)</p> <p>C. U početku se obično propisuje 1200-1400 kcal dnevno</p> <p>D. Dodatni energetski unos potreban je kod pojačane tjelesne aktivnosti</p> <p>E. Energetski unos povisuje se postupno za 100-200 kcal</p>
<p>2. Makronutrijenti</p> <p>A. Proteini</p> <p>a. Minimalni unos = 0.8 g/kg tjelesne mase</p> <p>b. 15-20% ukupnog energetskog unosa</p> <p>c. Odabir proteina visoke biološke vrijednosti</p> <p>B. Ugljikohidrati</p> <p>a. 50-55% ukupnog energetskog unosa</p> <p>b. Poticati unos netopljivih prehrambenih vlakana u svrhu prevencije i terapije konstipacije</p>

C. Masti

- a. 25-30% ukupnog energetskeg unosa
- b. Poticati postupno povišenje unosa masti
- c. Osigurati unos esencijalnih masnih kiselina

3. Mikronutrijenti

- a. Uvrstiti multivitaminsko-mineralni pripravak koji zadovoljava 100% RDA
- b. Imati na umu da pripravak koji sadrži željezo može pogoršati stanje konstipacije

1.8.3. Farmakološko liječenje oboljelih od anoreksije nervoze

Psihofarmaci se do danas, nažalost, nisu pokazali dovoljno uspješnima u liječenju AN. U praksi se Olanzapin pokazao uspješnim za podizanje tjelesne mase, ukoliko pacijenti pristanu na terapiju. Fluoksetin se daje za održavanje ponovno popravljene tjelesne mase u prvoj godini nakon oporavaka. Antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina se daju ukoliko pacijenti imaju depresivni poremećaj (18).

1.8.4. Psihoterapija oboljelih od anoreksije nervoze

Vrste psihoterapije koje se provode:

1. kognitivno-bihevioralna
2. kognitivno-analitička
3. interpersonalna
4. psihodinamska

Cilj psihoterapije je steći zdrave prehrambene navike, potaknuti porast tjelesne mase te olakšati psihofizički oporavak. Ambulantno se psihoterapija pruža najmanje 6 mjeseci. Ukoliko nema pomaka ili se stanje pogorša, u obzir dolazi stacionarno liječenje ili dnevna bolnica (10).

1.8.5. Obiteljska terapija kod anoreksije nervoze

Liječenje bolesnika s AN provodi se kroz dva međusobno povezana puta. U oba pristupa osnovni i glavni cilj je pomoći oboljeloj osobi da povrati i zadrži normalnu tjelesnu težinu, kako bi se izbjegle medicinske komplikacije i moguća smrt. Prvi korak je hospitalizacija, te parenteralno hranjenje kako bi anoreksična osoba dobila prijeko potrebne hranjive tvari za život. Međutim, sam taj korak ne donosi dugoročne rezultate ukoliko u terapiju ne uključimo članove obitelji anoreksične osobe. Stoga je obiteljska terapija korak koji vodi do cilja, odnosno, dugoročnog održavanja povoljne tjelesne mase oboljele osobe. Studija obiteljske terapije koju su proveli Salvador Minuchin i njegovi suradnici (8) pokazuje kako su oboljele osobe, njih čak 86 % od 50 anoreksičnih kćeri koje su prošle obiteljsku terapiju zadržale dobro stanje u razdoblju od 3 mjeseca do 4 godine. Svoj oblik terapije zajednički su nazvali "Sastanak za obiteljskim objedom". Salvador Minuchin smatra kako je zapravo AN vidljivi izraz obiteljske patologije. U osnovi, u takvoj obitelji postoje problemi o kojima nitko ne govori, ignorira ih se, nema zajedničke komunikacije oca i majke. Roditelji ne govore o svojim (stvarnim) problemima, nego se pretjerano i zaštitnički odnose, najčešće prema kćeri. Dijete im služi za odvlačenje pažnje od stvarnih problema, a time i same bolesti. Bolest smanjuje napete odnose roditelja. Svaki roditelj zasebno je više povezan sa samim djetetom ponaosob, nego da to rade zajednički. Minuchin nastoji da oni na terapiji iznesu taj skriveni problem. Saznanjem stvarnog problema oboljela osoba se oslobađa. Njena bolest više ne mora služiti za odvratanje od stvarnih obiteljskih problema. Bolest ne mora više biti ta ružna karika što ih prividno drži zajedno. Roditelji trebaju shvatiti da samo oni zajednički mogu pomoći djetetu. Stoga anoreksija nije individualni, već interpersonalni problem, smatra Minuchin. Terapija se provodi tako što terapeut posjećuje obitelj za vrijeme zajedničkog objeda. Tada je problem najočitiiji. Sastanci za vrijeme obroka imaju 3 cilja:

1. Promijeniti ulogu bolesnika iz anoreksične u neku drugu ulogu.
2. Redefinirati problem uzimanja hrane kao interpersonalni problem.
3. Spriječiti roditelje da anoreksiju svog djeteta koriste kao sredstvo izbjegavanja sukoba.

Nastoji se da svaki roditelj ostane sam s djetetom i pokuša ga nagovoriti da jede, a drugi roditelj za to vrijeme može napustiti prostoriju. Kako u tom osobnom nagovaranju dolazi do niza frustracija i neuspjeha, i otac i majka shvaćaju kako samo zajednički mogu pomoći svome djetetu. Nagovoriti ga da jede mogu samo ako su njih dvoje postali jedinstveni, ponovno povezani. I tada bolest prestaje biti izvor sukoba i postaje izvor suradnje i boljeg, međusobnog odnosa djeteta i roditelja. Dijete osjeti njihovo zajedništvo, prisnost i spremno je prepustiti se ozdravljenju, oslobađanju od bolesti. Takav pristup obiteljske terapije u liječenju anoreksije je oblik koji obećava uspjeh (8).

1.8.6. Uloga medicinske sestre u liječenju anoreksije nervoze

U liječenju oboljelih od AN uloga medicinske sestre je veoma važna jer ona provodi najveći dio vremena s pacijentom. Ona preuzima ulogu pregovarača između pacijenta i ostalih članova medicinskog tima. Potrebno je uspostaviti kvalitetan odnos na relaciji pacijent-medicinska sestra kako bi se pacijent osjećao sigurnim, shvaćenim i nestigmatiziranim. Bitna stavka u liječenju je uspostavljanje i dobivanje povjerenja od strane pacijenta, što kod njega razvija samopouzdanje i brži oporavak. Pristup svakom pacijentu treba biti holistički, medicinska sestra treba biti podrška pacijentu u svakom trenutku, imati razumijevanja za njegovo stanje, dok istovremeno mora biti veoma educirana kako ne bi upala u njegove zamke i manipulacije. Stoga medicinske sestre koje rade s pacijentima oboljelim od AN trebaju proći napredne oblike obrazovanja usmjereno na edukaciju rada s takvom grupom pacijenata. Medicinska sestra u razgovoru s pacijentom na suptilan i nenametljiv način treba usmjeriti pacijenta da donese ispravne odluke za svoje liječenje, ali na način da pacijent ni u jednom trenutku ne osjeti da je te odluke donio pod tuđom prisilom ili pritiskom, već vlastitom odlukom. Svakom pacijentu treba pristupiti individualno, prepoznati njegove potrebe i osjećaje, te svojim medicinsko-motivacijskim vještinama voditi pacijenta ka što bržem oporavku.

1.8.7. Uloga medicinske sestre u prevenciji poremećaja hranjenja

Budući da poremećaji prehrane obuhvaćaju najraniju dobnu skupinu, uloga medicinske sestre u prevenciji treba početi još od vrtićkih dana. Medicinska sestra treba

sudjelovati u izradi zdravog jelovnika za vrtiće, škole, bolnice i druge ustanove gdje borave djeca, adolescenti i odrasle osobe. Cilj izrade takvih zdravih jelovnika jest upoznati djecu s osnovnim pojmovima vezanim uz prehranu, naučiti ih koji su osnovni nutrijenti potrebni za normalno funkcioniranje organizma, koje su preporučene dnevne doze i upoznati ih s osnovnim poremećajima u prehrani te pravilima pravilne prehrane. Prevencija poremećaja hranjenja može se provoditi i u školama tako što bi medicinska sestra organizirala radionice za učenike viših razreda osnovnih škola te učenike srednjih škola s ciljem razbijanja medijskih stereotipa o ženskoj ljepoti, oblikovanju ženskog tijela, samopouzdanju te razvijanju pravilnih prehrambenih navika u cilju što pozitivnijeg odnosa i prihvaćanja vlastitog tijela. Oboljele i njihove obitelji treba obavijestiti i uputiti u ustanove gdje djeluju udruge i skupine samopomoći i potpore. U navedenim udrugama dobit će svu potrebnu pomoć i podršku. Razmjenjujući informacije s drugim članovima osjećat će se puno bolje i postat će sve svjesni kako nisu sami. Ukoliko osjete da bolest izmiče kontroli, tu će također dobiti informacije o medicinskim ustanovama, gdje mogu dobiti adekvatnu liječničku pomoć.

1.9. Epidemiološki podaci o poremećajima prehrane u Republici Hrvatskoj

S obzirom da se još ne zna točna etiologija nastanka poremećaja prehrane i učinkovite metode liječenja, službenih podataka o oboljelima nema. No, sve veći broj novih pacijenata ukazuje na potrebe otvaranja specijaliziranih odjela za liječenje poremećaja prehrane (16). U listopadu 2014. s radom je započela Dnevna bolnica za poremećaje prehrane H(RANA) u sklopu Psihijatrijske bolnice "Sveti Ivan" u Zagrebu (19). U Republici Hrvatskoj također postoje razne udruge i projekti koji nastoje pomoći oboljelima i njihovim obiteljima.

1.9.1. Udruge oboljelih od poremećaja prehrane u Republici Hrvatskoj

1. Centar za poremećaje hranjenja-BEA- Zagreb (www.centarbea.hr)

Centar za poremećaje hranjenja BEA je osnovan u srpnju 2012. godine s ciljem educiranja javnosti, provođenja preventivnih programa, pružanja podrške oboljelima i njihovim obiteljima. Da bi stvorili što kvalitetniji sustav prevencije i liječenja oboljelih od AN, BN i nespecifičnog poremećaja hranjenja (isključivo emocionalno prejedanje) povezali su stručnjake iz Hrvatske i inozemstva (20).

2. Udruga Libella-Rijeka (www.klub.posluh.hr)

Udruga Libella pomaže oboljelima od AN i BN, njihovim obiteljima i svima kojima je potrebna takva pomoć. Ciljevi udruge su:

1. Informiranje o ozbiljnosti ovih poremećaja.
2. Unapređivanje stručne i znanstvene razine liječenja.
3. Preveniranje nastanka ovih poremećaja.
4. Pomoći oboljelima i članovima njihove obitelji.
5. Brinuti o osposobljavanju i edukaciji članova Udruge.
6. Promicanje i ostvarivanje ideja unapređenja života članova Udruge u široj društvenoj zajednici.
7. Promicanje aktivnosti koje pridonose organizaciji specijalnih ustanova za liječenje ovih poremećaja.
8. Ostvarivanje i zaštita interesa članova Udruge (21).

3. Udruga Nada-Zagreb (www.hope.hr)

Udruga Nada je osnovana u listopadu 2002. godine. Zalaže se za osnivanje centra za liječenje oboljelih u kojemu bi surađivalo multidisciplinarni tim liječnika i medicinskog osoblja svih potrebnih specijalnosti koji su potrebni za stručnu pomoć oboljelima. Udruga, nadalje, želi senzibilizirati javnost o ovim poremećajima s obzirom na njihovu težinu i ozbiljnost i sve veći broj novooboljelih, educirati oboljele i njihove obitelji, pravodobno uputiti oboljele na odgovarajuća mjesta liječenja te očuvati dostojanstvo i integritet oboljelih (22).

4. Udruga PET PLUS - Zagreb (www.petplus.hr)

Udruga PET PLUS je neprofitna organizacija osnovana 1999., a registrirana 2000. godine. Od tada aktivno provodi programe prevencije ovisnosti, poremećaja prehrane, neprihvatljivog ponašanja i njihovu resocijalizaciju i rehabilitaciju (23).

5. Udruga Tesa-Zagreb (www.tesa.hr)

Već 26 godina Udruga Tesa djeluje povodeći psihološka savjetovanja i psihoedukacije građana, grupa mladih, studenata i profesionalaca (24).

1.9.2. Projekti prevencije za smanjenje poremećaja prehrane

1. "Tko je to u ogledalu"

"Tko je to u ogledalu" je projekt prevencije ovisnosti o hrani (AN, BN, nespecifični poremećaj hranjenja) udruge PET PLUS. Projekt je trajao od 2009.-2012. godine i bio je namijenjen učenicima srednjih škola grada Zagreba. Razredi koji su bili uključeni u projekt, sudjelovali su u 10 radionica u nizu. Ovaj projekt je pozitivno ocijenila i Agencija za odgoj i obrazovanje pri Ministarstvu znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske (25).

2. "Mi jedemo odgovorno"

Ovim projektom se nastoji potaknuti odgovorna prehrana od najranijih dana. Udruga Lijepa Naša je nacionalni koordinator za Republiku Hrvatsku. Europska Unija osigurava 95% sredstava i okuplja 9 udruga iz 9 zemalja. Projekt će trajati 3 godine, trebao bi obuhvatiti 1800 nastavnika, 90 000 djece, učenika i studenata, 100 000 roditelja i članova lokalne zajednice. Cilj projekta je izraditi školski program koji rješava ključna pitanja o potrošnji hrane na području Europske Unije kroz 7 koraka Eko-škole i pedagošku metodologiju (26).

3. “Savjetovalište Tračak nade” te projekt “Edukacija oboljelih i njihovih obitelji”

Ovo su projekti udruge Nada. Namijenjeni su svima koji traže bilo kakvu pomoć u liječenju poremećaja prehrane. Žele osigurati dostupnost znanja o bolestima i njihovom liječenju (22).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je prikazati sestrinske postupke prilikom prijama, planiranja, provođenja i evaluiranja sestrinske skrbi u prevenciji i liječenju oboljelih od AN kroz prikaz slučaja. Naglašava medicinsku sestru kao jednog od člana tima zdravstvenih

djelatnika koja svojim kompetencijama i profesionalnošću uvelike pomaže oboljelima u ozdravljenju te obitelji oboljeloga. Cilj rada je pokazati koliko su metode i postupci u planiranju i provođenju sestrinske skrbi neophodni i potrebni kako bi se postigla što kvalitetnija skrb za oboljele od AN i tako mu omogućilo i ubrzalo ozdravljenje. Rad pokazuje i izazov za medicinsku sestru zbog stalne potrebe za usavršavanjem sestrinskih vještina i kompetencija što doprinosi njihovoj osobnoj profesionalnosti, kvalitetnijem liječenju te oporavku i dobrobiti bolesnika.

3. RASPRAVA – PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Sestrinska anamneza

Pacijentica XX (1998.), studentica, je došla u pratnji majke na bolnički prijem. Navodi da se osjeća malaksalo, da je gubila svijest nekoliko puta, dehidrirana. Odbija hranu, ima

loš apetit, neredovitu stolicu. Mokrenje uredno. Amenoreja 4 mjeseca. Negira alergije na lijekove, kao i teže somatske bolesti. Koristi vitamine, željezo i kalcij kao dodatke prehrani. Iz razgovora saznajemo da ih je otac napustio i nema nikakav kontakt s njim, a sestra blizanka je u psihijatrijskom tretmanu. Cijela obiteljska situacija veoma ju pogađa te malo po malo gubi želju za hranom. Par tjedana prije prijema nije ništa jela, te je gubila na masi. Fizikalnim pregledom vidi se da je ITM 10.41 (tjelesna visina 164 cm, tjelesna masa 28 kg), RR 100/65 mmHg, puls frekvencije 65/min, afebrilna, eupnoična, neurološki status u granicama normale. Pri svijesti je, sniženog raspoloženja, psihodinamski usporena. Ovo joj je prva hospitalizacija te je smještena na odjel Psihijatrije KBC Split, pod dijagnozom: Anoreksija nervoza i depresije. Pacijentica ne želi priznati da ima poremećaj prehrane, što se vidi izjavom: "AN nije bolest, to je stil života". Pošto nije imala stolicu 5 dana, pacijentici je uz adekvatnu prehranu i terapiju primjenjen Dulcolax čepić 1-0-0. U daljnjem toku hospitalizacije, da bi spriječili VR za dehidraciju i VR za opstipaciju, medicinska sestra je osigurala dovoljnu količinu tekućine (2-3 L dnevno) te hranu koja je bogata vlaknima. Pacijenticu potičemo da iza svakog obroka pije dovoljnu količinu tekućine i također smo omogućili da uz sebe uvijek ima dovoljnu količinu vode. Zbog hormonalnog poremećaja i amenoreje, u terapiju su uključene i kontracepcijske pilule. Liječena je Olanzapinom tbl a 5 mg, Zyprexa tbl a 5 mg 0-0-1, Ensure plus napitak 0-1-1 i Fresubine susp. 1-1-1. Budući da je pacijentica tjeskobna i izbjegava društvo, medicinska sestra provodi više vremena s njom, potiče ju na izražavanje osjećaja. Omogućen joj je razgovor s oboljelima od iste bolesti i posjete bliskih osoba. Uključena je u grupnu terapiju. Tijekom hospitalizacije je provedeno liječenje peroralnim i parenteralnim visokokaloričnim pripravcima uz jelovnik koji je sastavljen u suradnji s nutricionistom. Hranu joj serviramo primamljivo na tanjur i stavljamo cijeli pribor. Prije i poslije obroka je potičemo i pomažemo da očisti usnu šupljinu kako bi hrana imala što bolji okus. Potičemo je da sama uzima hranu. Uz nju smo tijekom cijelog obroka kako bi kontrolirali količinu uzete hrane. Tjelesnu težinu smo mjerili svaki dan. Na dan otpusta tjelesna masa je iznosila 33 kilograma. Pacijentica je otpuštena pod dijagnozom: Emocionalno nestabilna ličnost (F 60.3) te AN (F 50), uz redovitu kontrolu psihijatra. Pacijentica je također upućena u koje grupe potpore oboljelima da se učlani. Za terapiju je dobila Zyprexa tbl a 5 mg 0-0-1, Fresubine susp. 1-1-1, te Ensure plus napitak 0-1-1.

Prilikom otpusta moguće sestrinske dijagnoze su:

- VR za ponovni nedovoljni unos kalorija
- VR za opstipaciju
- VR za dehidraciju
- Nepridržavanje zdravstvenih preporuka
- Socijalna izolacija
- Nisko samopoštovanje

3.2. Sestrinska skrb tijekom hospitalizacije

Prilikom prijema medicinska sestra je uzela sestrinsku anamnezu i status pacijentice, koji su joj pomogli u planiranju zdravstvene njege. Anamnezu je dobila od pacijentice koristeći se intervjuom i prijašnjom liječničkom dokumentacijom. Do podataka o pacijentici došla je i putem razgovora s majkom pacijentice, budući da joj je ona najbliža i od početka je upoznata s problemom svoje kćeri. Uvid u anamnezu medicinskoj sestri uvelike olakšava rad te pomaže da lakše shvati njene strahove, želje i potrebe. Zatim medicinska sestra pacijenticu dovodi u sobu, pokazuje joj njen krevet, kupaona i upoznaje ju s ostalim pacijentima u sobi. Status pacijentice dobiva mjerenjem i promatranjem. Status uključuje fizički pregled i mjerenje vitalnih funkcija. Doktor je također ordinirao vađenje krvi i mjerenje elektrolita da bi se utvrdilo da se ne radi o nekoj drugoj patologiji. Sestra svoje intervencije provodi u dogovoru s liječnikom, te se iste mogu mijenjati, zavisno od stanja pacijentice, na bolje ili na gore. Tijekom hospitalizacije svako jutro nakon prvog mokrenja pacijentici je mjerena tjelesna masa. Vodila se evidencija o unosu/iznosu tekućina. Zbog stanja pacijentice medicinska sestra je bila prisutna tijekom i 1 sat poslije obroka kako ne bi došlo do namjernog povraćanja ili bacanja hrane. Budući da je pacijentica bila veoma neraspoložena i depresivna, u liječenje je uključen i specijalist psiholog. Liječenje se također provodilo uz pomoć parenteralnih i peroralnih visokokaloričnih pripravaka. Medicinska sestra pazi da pacijentica uzima propisanu terapiju. Nastoji na pacijenticu djelovati motivirajuće kako bi bolesnica aktivno sudjelovala u propisanoj terapiji, te ju potiče na kontakt s rodbinom i prijateljima. Educira pacijenticu o bolesti kako bi lakše nadišla krize u pojedinim fazama bolesti te je poštiva

kao jedinstveno ljudsko biće, ne osuđujući je ni u jednom trenutku. Informirali smo pacijenticu kako dodaci za prehranu nisu zamjena za hranu. Komunikacijske vještine medicinske sestre na samu pacijenticu djeluje stimulirajuće, te postaje hrabrija i odlučujuća u borbi protiv bolesti. U terapiju se uključuju i članovi obitelji i prijatelji jer socijalizacija je prvi korak k ozdravljenju. U samoj bolnici pacijentici je omogućen razgovor s istim oboljelima kako se ne bi osjećala osamljeno i izolirano. Takva razmjena informacija i iskustava oboljelima veoma pomaže da ne posustanu s liječenjem. Također, medicinska sestra je pacijentici dala informacije u koje grupne terapije da se uključi nakon hospitalizacije. U svim tim trenucima medicinska sestra ne smije nikada zaboraviti na svoju profesionalnost ma koliko se zbližila s oboljelom osobom. Treba poštivati njenu jedinstvenost, privatnost i dostojanstvo za što bolju zdravstvenu njegu. Potrebno je neprekidno profesionalno usavršavanje medicinskih sestara.

3.3. Sestrinske dijagnoze

Neke od sestrinskih dijagnoza koje se pojavljuju kod oboljelih od AN su:

- Poremećaj prehrane- nedovoljan unos kalorija
- Neprihvatanje bolesti
- Opstipacija
- VR za opstipaciju
- VR za oštećenje sluznice usne šupljine
- Dehidracija
- VR za dehidraciju
- VR za poremećaj termoregulacije
- Smanjeno podnošenje napora
- VR za pad
- Poremećaj misaonog procesa
- Nisko samopoštovanje
- Poremećaj tjelesnog izgleda
- Tjeskoba
- Anksioznost

- Socijalna izolacija

3.4. Prikaz slučaja – sestrinske dijagnoze

Tablica 6. Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane 2° AN.

Sestrinska dijagnoza	Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane 2° AN što se očituje ITM 10.41.
Cilj u procesu zdravstvene njege	Pacijentica će zadovoljiti nutritivne potrebe od 2000 kcal kroz 5 obroka dnevno tijekom hospitalizacije. Pacijentica će dobiti 0.5 kg u 2 tjedna.
Sestrinske intervencije	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pozvati nutricionista. 2. U suradnji s nutricionistom izraditi plan prehrane. 3. Objasniti pacijentici važnost unosa propisane količine hrane. 4. Mjeriti tjelesnu masu pacijentice svako jutro. 5. Poticati pacijenticu na konzumaciju manjih, ali češćih obroka. 6. Osigurati dovoljno vremena za obrok. 7. Poticati pacijenticu na uzimanje tekućine (2 L dnevno). 8. Poticati pacijenticu na provođenje oralne higijene prije i poslije obroka. 9. Ostati s pacijenticom 1 h nakon obroka. 10. Nadzirati unos/iznos tekućine. 11. Osigurati psihološku potporu. 12. Evidentirati učinjeno.
Evaluacija	<p>Cilj postignut, pacijentica je zadovoljila nutritivne potrebe od 2000 kcal dnevno kroz 5 obroka dnevno,.</p> <p>Cilj postignut, pacijentica je nakon 2 tjedna dobila 0.5 kg.</p>

Tablica 7. Neprihvatanje bolesti u/s osnovnom bolešću 2° AN što se očituje izjavom: "AN nije bolest, to je stil života."

Sestrinska dijagnoza	Neprihvatanje bolesti u/s osnovnom bolešću 2° AN što se očituje izjavom: "AN nije bolest, to je stil života."
Cilj u procesu zdravstvene njege	Pacijentica će prihvatiti bolest tijekom hospitalizacije.
Sestrinske intervencije	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educirati pacijenticu o poremećaju prehrane. 2. Omogućiti pacijentici brošure o poremećajima prehrane. 3. Poticati pacijenticu da izrazi svoje osjećaje i strahove. 4. Pružiti dovoljno vremena za razgovor s pacijenticom. 5. Ohrabrivati pacijenticu. 6. Omogućiti pacijentici razmjenu iskustva s oboljelima od istog poremećaja. 7. Uključiti pacijenticu i obitelj u grupnu terapiju. 8. Evidentirati učinjeno.
Evaluacija	Cilj djelomično postignut, pacijentica nije do kraja prihvatila svoju bolest.

Tablica 8. VR za dehidraciju u/s smanjenim unosom tekućine

Sestrinska dijagnoza	VR za dehidraciju u/s smanjenim unosom tekućine
Cilj u procesu zdravstvene njege	Pacijentica neće biti dehidrirana tijekom hospitalizacije.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objasniti pacijentici važnost redovitog uzimanja tekućine (2 L dnevno).

Sestrinske intervencije	<ol style="list-style-type: none"> 2. Objasniti pacijentici da se ne oslanja na žeđ kao indikatorom za unosom tekućine. 3. Osigurati dovoljnu količinu tekućine. 4. Osigurati tekućinu nadohvat ruke 5. Osigurati adekvatnu prehranu u suradnji s nutricionistom. 6. Poticati pacijenticu na provođenje oralne higijene. 7. Pratiti unos/iznos tekućine. 8. Kontrolirati sluznice i turgor kože. 9. Evidentirati učinjeno.
Evaluacija	Cilj postignut, pacijentica nije dehidrirala.

Tablica 9. Tjeskoba u/s nezadovoljstvom vlastitim izgledom 2° AN što se očituje izjavom: "Ne osjećam se ugodno u svojoj koži."

Sestrinska dijagnoza	Tjeskoba u/s nezadovoljstvom vlastitim izgledom 2° AN što se očituje izjavom: "Ne osjećam se ugodno u svojoj koži."
Cilj u procesu zdravstvene njege	Pacijentica će verbalizirati svoju tjeskobu i smanjiti će njenu razinu tijekom hospitalizacije.
Sestrinske intervencije	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uspostaviti odnos povjerenja. 2. Educirati pacijenticu o mogućim ishodima bolesti. 3. Opažati neverbalne znakove tjeskobe (smanjena komunikativnosti). 4. Poticati pacijenticu na verbalizaciju tjeskobe. 5. Poticati pacijenticu da potraži sestru kad osjeti tjeskobu. 6. Provoditi više vremena s pacijenticom. 7. Poticati pacijenticu na socijalizaciju. 8. Uključiti pacijenticu i obitelj u grupnu terapiju. 9. Evidentirati učinjeno.

Evalvacija	Cilj postignut, pacijentica je verbalizirala svoju tjeskobu i smanjila njenu razinu.
------------	--

4. ZAKLJUČAK

AN označava nesklad odnosa između uzimanja hrane i vlastitog tijela. Ukoliko se ne liječi, AN postaje poremećaj opasan po život. Mislim da nema djevojke ili žene koja tijekom života bare jednom nije bila na dijeti jer je bila nezadovoljna vlastitim izgledom. U zapadnom društvu debljina se smatra neprivlačnom i nezdravom, te se čak i kod male djece javlja želja za mršavošću. Naravno, treba voditi računa o zdravoj prehrani kako ne bismo ugrozili vlastito zdravlje. Ali, u onom trenutku kada ta želja preraste u opsesiju i

ITM postane prenizak, govorimo o AN. Uzrok nastanka AN uglavnom je emocionalne prirode, što najbolje vidimo na primjeru naše pacijentice. Naša pacijentica (20 godina), studentica, primljena je na Kliniku za Psihijatriju "KBC Split" s kliničkom slikom AN i depresije. Tijekom hospitalizacije je postala svjesna ozbiljnosti svoje zdravstvene situacije i maksimalno sudjeluje u liječenju. Liječenje AN zahtjeva cijeli tim stručnjaka liječnika, psihijataru i psihologa. Potreban je i izuzetan napor obitelji kako bi se ponovo uspostavio izgubljeni emocionalni kontakt te uključivanje u grupnu terapiju. U cijelom tijeku liječenja uloga medicinske sestre je veoma važna. Ona je bitna poveznica između pacijenta i ostatka medicinskog tima. Svojom profesionalnošću, stalnom educiranošću, individualnim i holističkim pristupom medicinska sestra na pacijenta treba djelovati motivirajuće kako bi on stekao samopouzdanje, ustrajao u liječenju i što brže se oporavio. Budući da ona provodi najviše vremena s pacijentom, ona prva uočava svaku promjenu na njemu, te o tome obavještava liječnika. Pacijent se u njenom društvu treba osjećati ugodno i ni u jednom trenutku se ne smije misliti da ga netko osuđuje ili stigmatizira zbog bolesti. U procesu liječenja između oboljele osobe i medicinske sestre uspostavlja se poseban kontakt, ali medicinska sestra u svakom trenutku mora misliti na svoju profesionalnost, jedinstvenost i dostojanstvo pacijenta. Liječenje AN je veoma težak i dugotrajan proces. Nažalost, često i smrtonosan. Ukoliko se oboljela osoba ne liječi na vrijeme, dolazi do teških oštećenja i sve to povećava stopu smrtnosti. Bolesnik se gotovo nikad sam ne javi liječniku, već to učini netko iz njegove bliže okoline. Ukoliko poznajete osobu za koju mislite da je oboljela od ove bolesti, pokušajte ju nagovoriti da se ide liječiti. Uz pravilno liječenje bolesnik može vratiti zdrave navike jedenja i povratiti svoje tjelesno i mentalno zdravlje.

5. SAŽETAK

U današnje vrijeme poremećaji hranjenja sve su učestaliji, te u njih ubrajamo anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i neodređeni poremećaj hranjenja. Anoreksija nervozna je poremećaj jedenja opasan po život. Iako je u središtu bolesti hrana, anoreksija nervozna je zapravo psihijatrijska bolest. Češća je u žena, te u osoba koje se bave profesijama u kojima je društveni pritisak za biti mršav veoma jak (modeli, plesači).

U pacijentovoj glavi stvara se iskrivljena slika o vlastitom izgledu, te sve više propadaju, kako fizički, tako i psihički. Postoje dokazi za biološke, psihološke i sociokulturne čimbenike rizika bolesti, ali točan uzrok poremećaja prehrane je nepoznat.

Bolesnici koji pate od anoreksije nervoze odbijaju priznati svoj problem, te na tuđu zabrinutost reagiraju ljutito ili obrambeno. U liječenju sudjeluje čitav niz liječnika i medicinskih sestara, te je najbitnije otkriti „središnji“ razlog straha od debljanja, započeti adekvatno liječenje, te vratiti pacijenta na normalnu tjelesnu težinu.

Medicinske sestre imaju središnju ulogu u liječenju ove bolesti, budući da su one te koje provode najviše vremena s oboljelom osobom. Sve to doprinosi stvaranju povjerenja, pozitivne atmosfere, te je liječenje uspješnije.

Ključne riječi: anoreksija nervoza, prehrana, dijeta, sestrinska skrb, sestrinske dijagnoze

6. SUMMARY

Today, eating disorders become more frequent and they include anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder, indefinite. Anorexia nervosa is a eating disorder dangerous to life. Although it is at the center of the disease food, anorexia nervosa is actually a psychiatric disease. It is more frequent in women, and in those persons who deal with professions where is a strong social pressure to be skinny (models, dancers...).

Inside of patient's head a distorted picture of their own appearance is created and that is why they are increasingly decaying both, mentally and physically. There is evidence for biological, psychological and sociocultural factors of the disease, but the exact cause of the eating disorder is unknown.

Patients suffering from anorexia nervosa refuse to acknowledge their problem, and others worry angrily or defensively. A whole team of doctors and nurses is involved in the treatment, and it is most common to discover the "central" reason for fear of being overweight, starting adequate treatment, and returning the patient to normal body weight.

Nurses have a central role to play in treating this disease, since they are the ones who spend most time with the affected person. All this contributes to the creation of confidence, positive atmosphere and treatment more successfully.

Keywords: anorexia nervosa, meals, diet, nursing care, nurses diagnosis

7. LITERATURA

1. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006; 219-223.
2. Meštrović A. Poremećaj hranjanja - Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"; 2014.
Preuzeto 10.09.2018.

<http://centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20brošura.pdf>

3. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja hranjenja. Zagreb: Naklada Slap; 2004.
Preuzeto 10.09.2018.
<http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Razvoj%20poremećaja%20hranjenja%20-%20pog.pdf>
4. BEA - Centar za poremećaje jedenja. F50 anoreksija, bulimija, prejedanje. Zagreb; 2016.
Preuzeto 10.09.2018.
<http://www.f50-anoreksija-bulimija-prejedanje.centarbea.hr/F50-DSM-V>
5. MKB - 10. F50 Poremećaj ishrane. 2009.
Preuzeto 10.09.2018.
<http://mkb-dijagnoza.blogspot.com/2009/03/f50-poremećaj-ishrane.html?m=1>
6. Peršić M, Palčevski G. Organski uzroci anoreksije: Anoreksija kao simptom. *Pediatr Croat*; 2008; 52 Suppl 1:102-105
7. Wener C. Razvojna psihopatologija i psihijatrija od dojenačke dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap; (3); 2003.
8. Davison GC, Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
9. Američka psihijatrijska udruga. DSM IV izdanje: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996; 553-559.
10. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza-rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Varaždin; Medicus*; 2015-24(2):165-171
Preuzeto 10.09.2018.
<https://hrcak.srce.hr/148323>

11. Frančišković T, Moro Lj, i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009; 289-292
12. Vidović V. Anoreksija i bulimija: Psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela adolescentica. Zagreb: M.A.K.- GOLDEN; 1998.
13. Jurčić Z. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. Zagreb: NADA-Udruga za pomoć oboljelima od poremećaja u prehrani; 2004.
Preuzeto 15.09.2018.
http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=11&Itemid=5
14. Wolfe BE, Gimby LB.: Caring for the hospitalized patient with an eating disorder, Boston: Nurs. Clin. N. Am. 2003; 38 (1); 75-99.
Preuzeto 15.09.2018.:
[https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(02\)00064-6/fulltext](https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(02)00064-6/fulltext)
15. Škoro Petranović V, Žaja O, Banjari I. Pokazatelji uhranjenosti i nutritivna potpora adolescentica oboljelih od anoreksije nervoze. Zagreb; Hrana u zdravlju i bolesti, znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku, 2014; 3(2) 63-70.
Preuzeto 15.09.2018.
https://hrcak.srce.hr/index.php?id_clanak_jezik=197644&show=clanak
16. Vidović V. Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. Zagreb: Medix; 2004; 69-74
Preuzeto 21.09.2018.
http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=5
17. Krznarić Ž, Vranešić D. Enteralna prehrana u kliničkoj praksi i primjena kod anoreksije nervoze. Zagreb: Medix; 2004; 61-63
Preuzeto 21.09.2018.

<https://hrcak.srce.hr/20251>

18. Vidović V. Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. Zagreb: Medicus; 2009. Vol. 18. No.2. 185-191

Preuzeto 21.09.2018.

<https://hrcak.srce.hr/57168>

19. H(RANA) – Dnevna bolnica za poremećaje prehrane. Zagreb: Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan"; 2014.

Preuzeto 01.10.2018.

<http://www.pbsvi.hr/dnevne-bolnice/dnevna-bolnica-za-poremećaje-prehrane-hrana/>

20. Kapor M. BEA – Centar za poremećaje hranjenja. Zagreb; 2012.

Preuzeto 01.10.2018.

http://www.centarbea.hr/o_nama

21. Libella – Udruga za pomoć oboljelima od anoreksije nervose i bulimije nervose. Rijeka; 2001.

Preuzeto 01.10.2018.

<http://klub.posluh.hr/libella/statut.htm>

22. NADA - Udruga za pomoć oboljelima od poremećaja u prehrani; 2004.

Preuzeto 01.10.2018.

http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=3&Itemid=2

23. Udruga PET PLUS; 2000.

Preuzeto 05.10.2018.

<https://petplus.hr>

24. Psihološki centar TESA; 1991.

Preuzeto 05.10.2018.

<http://www.tesa.hr/o-nama/>

25. Udruga PET PLUS. Projekt "Tko je to u ogledalu". Zagreb; 2010.

Preuzeto 05.10.2018.

<https://petplus.hr/projekt-tko-je-to-u-ogledalu/>

26. Nastavni zavod za javno zdravstvo " Dr. Andrija Štampar". Projekt "Mi jedemo odgovorno". Zagreb; 2016.

Preuzeto 05.10.2018.

<http://www.stampar.hr/hr/odgovorna-prehrana-kao-kljuc-buducnosti-svijeta>

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime	Jelena Grabić
Adresa	Trg Gojka Šuška 5, 21230 Sinj
E-mail	grabicj@gmail.com
Datum rođenja	01.02.1996.

Obrazovanje

2010. – 2014. - Srednja zdravstvena škola, Split; fizioterapeutski tehničar

2015. – 2018. - Preddiplomski studij sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija