

Prevenција poremećaja prehrane

Hrvatin, Lana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:575390>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-08**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij sestrinstvo

LANA HRVATIN

PREVENCIJA POREMEĆAJA PREHRANE

Završni rad

Pula, 2023. godine

SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij sestrinstvo

LANA HRVATIN

PREVENCIJA POREMEĆAJA PREHRANE

Završni rad

JMBAG:0303091106, redoviti student
Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo
Predmet: Psihijatrija i mentalno zdravlje
Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti
Znanstvena grana: Sestrinstvo
Mentor: Ivica Šain, dr. med.

Pula, 2023.godine



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, Lana Hrvatin, kandidat za prvostupnika sestrinstva ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

U Puli, 2023. godine



IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Lana Hrvatin, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom *Prevenција poremećaja prehrane* koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama. Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 2023. godine

Potpis

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. POREMEĆAJI PREHRANE	4
3.1. Poremećaj ili problem?	5
3.2. Klasifikacija poremećaja prehrane	6
4. ANOREXIA NERVOSA	7
4.1. Klinička slika	7
4.2. Epidemiologija	8
4.3. Etiologija	9
4.4. Dijagnostički kriteriji	9
4.5. Liječenje i prognoza	10
5. BULIMIJA	12
5.1. Klinička slika	12
5.2. Epidemiologija	13
5.3. Etiologija	13
5.4. Dijagnostički kriteriji	14
5.5. Liječenje	15
6. SINDROM PREJEDANJA	17
6.1. Klinička slika	17
6.2. Dijagnostički kriteriji	17
6.3. Liječenje	18
7. NESPECIFIČNI POREMEĆAJI PREHRANE	19
7.1. Pregoreksija	19
7.2. Ortoreksija	19
7.3. Drunkoreksija	19
7.4. Diabulimija	19
8. PREVENCIJA POREMEĆAJA PREHRANE	20
8.1. Razine preventivnih programa	20
8.1.1 Primarna prevencija	22
8.1.2 Sekundarna prevencija	22
8.1.3. Tercijarna prevencija	22
8.2. Programi prevencije poremećaja prehrane	22
8.3. Reaktivne mjere	25
9. ULOGA OBITELJI	27

10. ULOGA MEDICINSKE SESTRE	29
10.1. Sestrinske dijagnoze	30
10.2. Sestrinske intervencije i ciljevi.....	30
11. ZAKLJUČAK	32
12. SAŽETAK	34
13. SUMMARY	35
LITERATURA	36
POPIS KRATICA	39
POPIS SLIKA I TABLICA	40

1. UVOD

Poremećaj prehrane je ozbiljan poremećaj psihološke prirode koji ne utječe samo na fizičko stanje već uvelike utječe i na mentalno stanje pojedinca. Prehrana je jedna od osnovnih fizioloških potreba i obrazac koji je potreban za svakodnevno funkcioniranje. Kada je obrazac prehrane narušen, narušeni su i drugi aspekti funkcioniranja te je velika mogućnost ukoliko se ne zadovolji osnovne potrebe da će to utjecati na kvalitetu zadovoljavanja ostalih obrazaca potrebnih za svakodnevno funkcioniranje pojedinca. Poremećaj prehrane danas je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u cijelom svijetu. „Nezadovoljstvo tijelom dovodi do negativnih stavova prema hranjenju, zabrinutosti težinom i držanjem dijeta. Sve navedeno naposljetku može dovesti do poremećaja prehrane“ (Mohorić, 2007).

Poremećaj prehrane ne označuje samo gubitak zdravog odnosa sa hranom već je problematika puno dublja i često sa sobom povlači i emocionalni disbalans. Proces hranjenja seže i započinje već od najranije dobi i razvoja gdje se prvobitno stvara početni odnos sa hranom na razini fizioloških potreba, no i na emocionalnoj razini samog pojedinca. Prilikom osvrtnja na dob kod koje je poremećaj prehrane najučestaliji važno je napomenuti kako ova problematika najčešće pogađa adolescentsku dob ženskog spola. (Ambrosi-Randić, 2004).

Jedan od razloga tome je sve učestalija pojava nerealnih očekivanja, standarda i samog prikazivanja medija kako bi danas trebali izgledati. U današnje doba nije rijetka pojava promicanje nedostižnih standarda ljepote kroz medijske platforme pritom ne prikazujući realnu i cjelokupnu sliku stvarnog stanja. Obzirom da je adolescentno razdoblje jako osjetljivo te je prisutno stvaranje identiteta pojedinca, mediji mogu imati veliku ulogu u stvaranju slike mladih ljudi. Adolescenti često gledaju društvene platforme te na taj način traže ljude na koje će se ugledati i koji će im biti uzor. Često se ugledaju na ljude koji promiču mršavost i odbacuju ideju tijela koje nije kompatibilno današnjem „kalupu“ tijela te se iz tog razloga nerijetko dogodi nezdravi pogled prema hrani i loš odnos sa vlastitim tijelom. Upravo iz tog razloga mladi stvaraju prevelika očekivanja za sebe i kada ne uspijevaju u kratkom roku postignuti ne realnu sliku današnjeg standarda ljepote počinju imati nisko samopouzdanje, anksioznost, depresiju i druge obrasce psiholoških stanja koji mogu dovesti do razvijanja poremećaja prehrane. Osobe koje počnu razvijati poremećaj gotovo uvijek započinju sa dijetama, pretjeranim vježbanjem koji se na koncu razviju u pretjeranu opsesiju sa

hranom, ekstremnom zabrinutošću sa svojim izgledom i težinom. Problem nastaje kada osoba koja je ušla u cijeli „vrtlog“ poremećaja prehrane poriče da problem postoji (Ambrosi-Randić, 2004).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je opisati poremećaje prehrane kroz njihovu klasifikaciju, etiologiju, kliničku sliku te liječenje. U radu će biti opisani specifični kao i nespecifični poremećaji prehrane. Kroz rad će se prikazati moguće mjere prevencije kao i uloga medicinske sestre u edukaciji i prevenciji poremećaja prehrane kroz individualan i holistički pristup.

3. POREMEĆAJI PREHRANE

„Poremećaji prehrane mogu se definirati kao stalni poremećaji odnosa prema hrani i poremećaja slike o vlastitom tijelu, to sve rezultira poremećenim unosom hrane te oštećenjem tjelesnog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja“ (Sambol i Cikač, 2015).

Danas je poremećaj prehrane jedan od najčešćih psiholoških poremećaja u svijetu koji sa sobom nosi brojne komplikacije i smrtne ishode ukoliko se na vrijeme ne prepoznaju. Uzroci koji mogu biti povezani sa poremećajem prehrane su razni, od medija do bioloških i psihosocijalnih faktora, jedina zajednička stavka svim faktorima je promijenjen obrazac ponašanja koji se temelji na nezadovoljstvu vlastitim izgledom. „Ne postoji jedinstven uzrok poremećaja prehrane. Nastaju kao posljedica razvojnih i obiteljsko-socijalnih poremećaja i/ili su uzrokovani biološkim čimbenicima. Neki od faktora koji utječu na nastanak bolesti jesu: kulturološki i obiteljski pritisak, emocionalni poremećaji i poremećaji ličnosti“ (Hotujac i sur., 2006).

Poremećaji prehrane nazivaju se i „tihim ubojicama“ jer dolaze postepeno i često osoba nije svjesna problema u koji se uvlači. Prvobitno osoba ulazi u svijet dijeta zatim počinje začarani krug gladovanja te prejedanje odnosno cjelokupnog nezdravog odnosa sa hranom. Početkom začaranog kruga započinje i postojanje problema odnosno kompletno narušavanje fizičkog i psihičkog stanja pojedinca. Dva najčešća i najpoznatija poremećaja prehrane su anorexia nervosa i bulimia nervosa. Iznimna opterećenost tjelesnom težinom i oblikom tijela zajednička je karakteristika poremećajima prehrane a, kroz tekst dotaknuti ćemo se i njihovih razlika i specifikacija. (Jurčić, 2004)

Osobe kod kojih je prisutan poremećaj hranjenja često imaju i naviku uspoređivanja sa drugim ljudima pritom dodajući pažnju na dijelove svog tijela, provjeravajući konstantnu promjenu i nikad zadovoljenu potrebu za stalnim mijenjanjem svog tijela. Zbog konstantne prisutnosti nezadovoljstva svojim tijelom ne rijetko se javlja i gađenje te negativan stav prema vlastitome tijelu kao i iskrivljena slika vlastitog tijela. Kod prisutnog nezadovoljstva svojim tijelom javlja se i konstantna potreba za provjeravanjem dijelova tijela ne bi li se uočilo da su se smanjili režimima koje osoba stalno uvodi i primjenjuje . Prijezir prema vlastitom tijelu se očitava i u konstantnom traženju potvrde bližnjih u neprekidnoj težnji za ostvarivanjem zadanog cilja kojeg si je osoba postavila. Problem nastaje kada osoba ne vidi prisutnost problema ili ga negira

čak i kada nastupe ozbiljne komplikacije koje mogu biti po život opasne (Ambrosi-Randić, 2004).

Upravo iz tog razloga liječenje poremećaja prehrane je dugotrajan i složen proces a započinje onda kada osoba prihvati činjenicu da ima problem. Proces liječenja je dugotrajan i osim što se fokusira na stabiliziranje fizičkog stanja pojedinca potrebna je dugotrajna emocionalna i psihološka podrška kako bi proces rezultirao pozitivnim ishodom. Poremećaji prehrane se kod svake osobe različito očituju te svatko ima različite razloge međutim od izuzetne je važnosti pristupiti osobi holistički i individualno. Pružanjem psihološke podrške osobi fokus je na rješavanju problema koji ju je doveo do razvijanja poremećaja prehrane te je cilj ponovna uspostava zdravog odnosa sa prehranom. Tijekom liječenja osobe sa poremećajem prehrane medicinska sestra/tehničar ima veliku ulogu. Svojim radom kroz prevenciju poremećaja, edukaciju, uočavanja i sustavnog rješavanja problematike kao i prosvjeđivanja populacije o poremećajima prehrane uvelike olakšava liječenje i prevenciju problematike poremećaja prehrane. Prilikom pružanja psihološke potpore važno je naglasiti da je proces ozdravljenja dugotrajan te da je potrebno puno strpljenja i empatije od strane zdravstvenih djelatnika kako bi se došlo do zadanog cilja (Mahnik-Miloš, 2004).

3.1. Poremećaj ili problem?

U današnje vrijeme često se u medijima može vidjeti korištenje izraza „poremećaj prehrane“ kao i prisutnost tog pojma u svakodnevnom razgovoru, međutim istovremeno se pojavljuje i izraz „problem prehrane“. Iako naizgled možemo reći da su to isti termini uvelike se razlikuju i bitno ih je razlikovati. Osoba koja ima prisutan problem hranjenja ne mora označavati da ima i prisutan poremećaj hranjenja. Poremećaji prehrane se zbog iskrivljene percepcije vlastitog tijela i namjernog izgladnjivanja ili prejedanja povezuju sa psihološkim i emocionalnim aspektima pojedinca. Kod problema sa prehranom slika je malo drugačija osoba koja se povremeno prejeda ili izgladnjuje nema prisutan poremećaj prehrane već problem. Važno je i naglasiti da kod takvog prejedanja kod kojeg je prisutan problem nema prisutnog narušavanja psihosocijalnog funkcioniranja pojedinca. Kod poremećaja prehrane su s druge strane prisutne učestale epizode prejedanja/ restrikcije koje mogu izazvati bolne epizode pomiješane sa vrtlogom emocija nastale zbog narušenog odnosa sa hranom i ujedno narušavanjem psihosocijalnog funkcioniranja. Dakle, bitna

razlika u problemu sa prehranom i poremećaju prehrane je emocionalna povezanost i narušena slika o samom sebi (Ambrosi-Randić, 2004).

3.2. Klasifikacija poremećaja prehrane

Razlikujemo razne definicije i oblike poremećaja prehrane. Glavna podjela poremećaja prehrane je na specifične poremećaje prehrane i ne specifične poremećaje prehrane. Pod specifične oblike poremećaja prehrane prema DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013) spadaju bulimija nervoza, anoreksija nervoza i poremećaj kompulzivnog prejedanja. DSM V uključuje i dva podtipa anoreksije nervoze: tip prejedanja (prejedanje s zloupotrebom laksativa i izazvanim povraćanjem) i restriktivni tip (prekomjerno vježbanje ili ograničavanje unosa hrane do gubitka energije).

Pod nespecifične poremećaje prehrane prema DSM V spada: noćno prejedanje, atipična bulimija, atipična anoreksija, purgativni poremećaji te ostali nespecificirani poremećaji prehrane.

Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB, 2012) pod specifične poremećaje prehrane poremećaje prehrane spada bulimija nervoza, atipična bulimija nervoza, anoreksija nervoza, atipična anoreksija nervoza, povraćanje s udruženim ostalim psihičkim poremećajima, prejedanje s udruženim ostalim psihičkim poremećajima.

Osim specifičnih poremećaja prehrane prema MKB 10 i DSM V poznajemo i nespecifične poremećaje prehrane. Nespecifični poremećaji prehrane su pregoreksija (anoreksija kod trudnica), ortoreksija (nezdrava opsjednutost sa zdravom prehranom), diabulimija (poremećaj prehrane kod dijabetičara) i drunkoreksija (opasna kombinacija striktnog izgladnjivanja, opijanja i noćnog prejedanja). Da bi se postavila dijagnoza potrebno je koristiti razne striktno kriterije kako bi se dijagnoza prepoznala u ranoj fazi i pružila adekvatna pomoć i skrb (Ćuk i Rožman, 2021).

4. ANOREXIA NERVOSA

Anoreksija nervoza, široj populaciji poznatija kao anoreksija je ozbiljan poremećaj prehrane. Osobe dijagnosticirane sa anoreksijom imaju intenzivan strah od debljanja i iskrivljenu sliku o vlastitom tijelu. Zbog toga osobe sa anoreksijom ograničavaju unos kalorija i vrstu hrane koje unose. Osim ograničavanja prehrane često se može događati da izazivaju povraćanje ili zloupotrebljavaju laksative ne bi li što više ograničili unos kalorija. Ograničavajući unos kalorija na kraju gube na tjelesnoj težini te ne mogu održavati odgovarajuću tjelesnu težinu na temelju njihove dobi, visine i fizičkog zdravlja. Osobe sa anoreksijom nervozom smatraju da imaju višak kilograma iako su u stvarnosti pothranjeni (Meštrović, 2014).

Zbog poremećene slike tijela često nije ču postojanje problema. Konstantno izgladnjivanje koje dovodi do ekstremne mršavosti dovodi do pothranjenosti koja može imati velike posljedice i komplikacije za zdravlje i nakraju dovesti do smrti. Anoreksija je ozbiljno stanje koje se mora na vrijeme prepoznati i time pružiti adekvatnu skrb i liječenje. U ekstremnim slučajevima postoji mogućnost da osoba ne prihvaća i konstantno odbija intervencije za vraćanje tjelesne težine te se u tim slučajevima se primjenjuje prisilna hospitalizacija uključujući obitelj koja donosi odluku umjesto pojedinca ne bi li se poduzelo sve kako bi dobili adekvatnu skrb i liječenje. U tom se slučaju osoba vodi pod tim da ne može samostalno donijeti odluku pritom ne ugrožavajući vlastito zdravlje te se po nalogu liječnika i uz dopuštenje obitelji postavlja NGS (Marčinko, 2013.).

4.1. Klinička slika

Kod osoba sa anoreksijom često u kombinaciji sa ograničavanjem unosa kalorija su prisutne i druge karakteristike. Osim što imaju iskrivljenu percepciju svoga tijela često se moraju nositi i sa drugim psihološkim karakteristikama koje idu uz samu bolest. Javljanjem potrebe za kontroliranjem unosa kalorija često se javlja i depresija kada nisu ispunili vlastite očekivane standarde. Mnoge se osobe povlače u sebe i izoliraju se od društva. Uz prisutno povlačenje u sebe javlja se i nesаница kao i pretežito depresivno raspoloženje. S obzirom da imaju potrebu kontrolirati unos hrane često osobe sa anoreksijom projiciraju tu kontrolu i u druge sfere svog života. Dakle, nije rijetkost da osobe koje imaju anoreksiju imaju i opsesivno-kompulzivni poremećaj. Često si zbog same potrebe za kontrolom ne žele priznati da imaju problem te nisu suglasni na liječenje (Marčinko, 2013).

Težina bolesti procjenjuje se indeksom tjelesne mase (BMI) kod odraslih osoba prema DSM V razlikujemo:

- Blaga bolest BMI iznad 17
- Umjerena BMI od 16 do 17
- Teška BMI od 15 do 16
- Ekstremna BMI manji od 15

Prema MKB-10 za postavljanje dijagnoze anoreksia nervosa koristi se kriterij da je tjelesna težina najmanje 15% ispod očekivane težine odnosno da je BMI ispod 17,5.

Osobe sa anoreksijom fizičkim su izgledom neuhranjene i konstantno se izgledaju dok ne počnu gubiti energiju za svakodnevne obaveze. Koža, nokti i kosa su im slabi, blijedi i lako lomljivi. Zbog nedostatka energije krvna slika im je loša stoga se javljaju anemija, leukopenija, trombocitopenija te limfocitoza. Osim krvne slike pada im i krvni tlak pa je često prisutna bradikardija. S obzirom na restrikciju prehrane javljaju se i problemi sa probavom i usnom šupljinom. Zubi su oštećeni a, usna šupljina izrazito suha. Ne dobivajući dovoljno nutrijenata pati i acidobazni status, kod žena je često prisutna amenoreja odnosno potpuni izostanak mjesečnice. Zbog nastalih komplikacija i lošeg općeg stanja često je prisutna i naklonost suicidu ili barem prisutnost suicidalnih misli (Ambrosi-Randić, 2004).

4.2. Epidemiologija

Anorexia nervosa kao poremećaj prehrane najčešće pogađa ženski spol u adolescentskoj dobi iako se može javiti i kod muškog spola te u srednjim godinama muškaraca i žena. Procjenjuje se da od 0,5 do 3,7% žena pati od anoreksie nervosa. Stopa smrtnosti oboljelih od anoreksije iznosi 0,56% godišnje. S druge strane od anoreksije mogu oboljeti i muškarci koji čine 5-10% sveukupne populacije oboljele od anoreksije (Crnogorac Šabić, 2017).

Često se pojavnost anoreksije pojavljuje i u određenim sportovima i zanimanjima kao što su atletika, ples i svijet mode. Razlog pojavnosti poremećaja prehrane u baš ovim zanimanjima je prisutnost natjecateljskog duha te utjecaj društvenog pritiska pod kojim se poklekne. Prosječna životna dob u kojoj se ipak primjećuje najviše simptoma i znakova anoreksije su u dobi od 12 do 23 godina. Razlog tolike pojavnosti ovog

poremećaja u adolescentskoj dobi je upravo taj što se u toj dobi djevojke a i mladići najviše brinu o svome izgledu. U ovoj je dobi najviše prisutna briga o svome tijelu kao i briga za mišljenje ostatka društva. Simptomi variraju od osobe do osobe ali svima započinje iskrivljenom percepcijom o vlastitom tijelu (Sedić, 2007).

4.3. Etiologija

Za nastanak anoreksije potrebna je kombinacija i djelovanje više čimbenika iako ni dan danas usprkos brojnim istraživanjima nije definiran razlog nastanka anoreksije. Iako je razlog nepoznat neki istražitelji tvrde da je u nekim slučajevima nasljedno a, u nekim okolinski. Prema istraživanju bioloških faktora blizanaca uočeno je da u 28% do 58% šanse da ako jedan blizanac ima anoreksiju da će je imati i drugi (Thornton, Mazzeo i Bulik, 2011).

Druge studije su pokazale da ako rođak u prvom koljenu ima anoreksiju da je mogućnost za razvijanje anoreksije do 12 puta veća nego inače. (Hildebrandt i Downey, 2013). S druge strane osobe koje imaju razvijene gastrointestinalne poremećaje imaju isto veći rizik za razvijanje anoreksije (Satherley, Howard i Higgs, 2015).

Razlog većeg rizika za stvaranje anoreksije leži u odbojnosti prema hrani koju ljudi oboljeli od gastrointestinalnih bolesti razviju. Jedan od faktora razvitka anoreksije može biti i izazvano traumom iz djetinjstva . Prema istraživanjima postoji velika mogućnost i povezanost traume i kasnije stvaranje anoreksije (Reyes-Rodríguez i sur., 2011).

Razlog tome je što žrtve traume nakon traumatičnog događaja žele imati kontrolu koju su izgubili traumom te se osjećaju kao da tu kontrolu vraćaju restrikcijom unosa kalorija. Osim navedenih čimbenika jedan od važnih faktora može biti i utjecaj medija na mlađu populaciju. Stvarajući pogrešnu sliku kako bi tijelo trebalo izgledati mediji stvaraju pritisak na adolescente koji smatraju da moraju odgovarati određenom „kalupu“ (Labre, 2002). Prilikom utjecaja medija na mlađu populaciju stvara se dodatan rizik za nastanak anoreksije kod mlađe populacije.

4.4. Dijagnostički kriteriji

Kako bi se postavila dijagnoza anoreksije nervoze mora se uzeti fizička procjena osobe, anamneza prijašnjih bolesti kao i obiteljska anamneza. Prilikom procjene važno je obuhvatiti i mentalni status osobe kao i procjenu obrazaca prehrane. Prema

dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje ne postoji definirana težina odnosno BMI u dijagnozi anoreksije. Nadalje u tablici su prikazani dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze prema DSM V i MKB-10.

DSM V	MKB-10
1. Namjerno odbijanje ili smanjenje unosa hrane koje dovodi do značajnog gubitka tjelesne težine.	1. Namjerno odbijanje ili smanjenje unosa hrane koje dovodi do značajnog gubitka tjelesne težine.
2. Intezivan strah od debljanja ili debljine čak i ako je osoba izrazito mršava.	2. Intezivan strah od debljanja ili debljine čak i ako je osoba izrazito mršava.
3. Poremećaj doživljavanja tijela i pretjerana važnost koju pridodaje svojoj tjelesnoj težini.	3. Poremećaj doživljavanja tijela i pretjerana važnost koju pridodaje svojoj tjelesnoj težini.
4. Kod ženskog spola odsutnost najmanje tri menstrualna ciklusa ili neredoviti menstrualni ciklusi ako je osoba u postmenarhijskoj dobi.	

Tablica 1. Usporedba dijagnostičkih kriterija anoreksije nervoze (DSM V i MKB 10)

Razlika između MKB-10 i DSM V je četvrta stavka koja se odnosi na odsutnost menstrualnih ciklusa. Također, u DSM V se navode fizički simptomi i druge karakteristike anoreksije nervose koje mogu biti korisne u postavljanju dijagnoze. U slučaju da se radi o ženi koja doji, koja je u menopauzi ili uzima kontracepcijske pilule četvrti kriterij se ne uvažava.

4.5. Liječenje i prognoza

Liječenje kod anoreksije ima dvostruki cilj: vraćanje tjelesne težine i pružanje adekvatne psihološke pomoći pacijentu. Pojedina istraživanja sugeriraju medikamentoznu terapiju poput antidepresiva, anksiolitika i antipsihotika kao pomoć u liječenju anoreksije. Navedene skupine lijekova pomogle bi osobi sa popratnim pojavama kao što su promjene raspoloženja i tjeskobe koji se često javljaju. Različite vrste terapije kao što su grupna, obiteljska i individualna mogu biti od velike pomoći u rješavanju psihološkog dijela bolesti (Sedić, 2007).

Psihološka terapija uvelike pomaže kod utvrđivanja problema nastanka poremećaja i same prevencije. Prognoza liječenja u većini slučajeva je loša, pacijenti postignu odgovarajuću tjelesnu težinu no i dalje im ostaje preokupacija prehranom i iskrivljena slika tijela (Moro i sur., 2011).

Najveći problem kod liječenja je taj da osobe sa anoreksijom u većini slučajeva smatraju kako problem ne postoji te odbijaju liječenje. Iz tog razloga program liječenja osoba sa anoreksijom je dugotrajan proces koji iziskuje puno truda i rada na samom problemu. Svaki slučaj anoreksije treba prilagoditi individualnim pristupom i potrebama pacijenta i obitelji. Obiteljska terapija se može primijeniti kao dio kompleksnog tretmana koji uključuje farmakoterapiju, individualnu, psihoterapiju i ostale terapijske pristupe (Vidović, 2004).



Slika 1. Prikaz anoreksične osobe. Preuzeto sa: <https://vitamini.hr/znanost-industrija/znanost/anoreksija-dijeli-slicnosti-s-poremecajima-ovisnosti-12186/> Pristupljeno: 30.01.2023.

5. BULIMIJA

Bulimija ili bulimija nervoza je poremećaj prehrane koji je karakteriziran takozvanim „čišćenjem“. Kod ovog poremećaja osoba često ima naviku prejedanja koje je praćeno čišćenjem odnosno povraćanjem. Kao i kod anoreksije i kod bulimije je prisutna opterećenost težinom kao i iskrivljenom percepcijom tijela. Kod faze prejedanja osobe dijagnosticirane sa bulimijom pojedu do 5 000 kalorija. Fazu prejedanja prati faza čišćenja gdje se osobe na razne načine čiste a, u većini slučajeva je riječ o povraćanju u kombinaciji sa zloupotrebom laksativa i antiemetika (Sedić, 2007).

Za razliku od anoreksije osobe koje boluju od bulimije ne moraju biti pothranjeni te su u većini slučajeva normalne tjelesne težine. Forsiranjem povraćanja često ostavi posljedice na tijelo kao što su kvar zubi, poremećen metabolizam te disfunkcija štitnjače. Uz fizičke simptome tu su i posljedice na mentalno zdravlje te nije rijetkost da se uz ovaj poremećaj prehrane veže i anksioznost, poremećaj osobnosti i depresija. Bulimija je kronični oblik poremećaja prehrane s povremenim remisijama međutim ima bolju prognozu od anoreksije. (Moro i sur., 2011).

5.1. Klinička slika

Kod bulimije je često izraženo povraćanje. Osobe koje boluju od ovog poremećaja izazivaju povraćanje prema svojoj želji i inicijaciji. Smatraju da ovom metodom mogu i dalje jesti štogod požele jer samim činom povraćanja smanjuju nadutost i bolove u trbuhu. Kod bulimije je uz povraćanje često prisutna i depresija. (Hotujac, 2006). Tijekom epizoda uzimaju visokokaloričnu hranu. Hrana koju konzumiraju najčešće je slatka i mekana te je u većini slučajeva ni ne žvaču. Imaju sklonost uzimati veliku količinu hrane u tajnosti koju kasnije izbacuju činom izazvanog povraćanja. Kada je riječ o tjelesnoj težini većina ljudi koji boluju od bulimije imaju normalnu tjelesnu težinu za razliku od onih koji boluju od anoreksije (Hotujac, 2006).

Kod ovog poremećaja jako je izražena zabrinutost za vlastiti imidž odnosno način na koji drugi ljudi percipiraju njihovo tijelo. Bulimija nervoza također može izazvati i velike probleme kod elektrolita u serumu. Stanja koja se najčešće pojavljuju kod elektronskog disbalansa su hipomagnezemije te metabolička alkalozna. Bradikardija i hipotenzija također je prisutna kod ovakvih pacijenata kao i poremećaj menstrualnog ciklusa. (Hotujac, 2006).

Zbog pretjeranog konzumiranja slatkih namirnica nije rijetka pojava da pacijenti razviju

dentalnu eroziju, odnosno oštećenje zubne cakline. Kod izazvanog povraćanja razvija im se i pojačano lučenje slina stoga imaju blago deformirani izgled. Zbog hiperkarotinemije imaju žućkastu boju kože. Na dorzalnoj strani ruke mogu imati i prisutne žuljeve radi provociranja povraćanja. Često u kombinaciji sa povraćanjem koriste i laksative pa je prisutan i problem opstipacije (Hotujac, 2006). Međutim, jedne od najopasnijih komplikacija su prolaps rektuma, srčane aritmije te ruptura želuca. Pacijenti koji boluju od bulimije nervoze generalno imaju bolju prognozu bolesti od onih koji boluju od anoreksije nervoze. Tijekom procesa poboljšanja i dalje imaju simptome iz razloga što je bulimija nervoze kronični poremećaj s promjenjivim tokom (Hotujac, 2006).

5.2. Epidemiologija

Bulimija nervoze češće se pojavljuje od anoreksije nervoze. Stopa pojave je 1-3 posto i češća je kod mladih žena. Iako nije često zna se pojavljivati i u ranom djetinjstvu. 40 % djevojaka u adolescenciji ima simptomatologiju bulimije nervoze u Velikoj Britaniji. Za razliku od anoreksije nervoze bulimija nervoze započinje kasnije (Nikolić i Marangunić, 2004). Pregledni radovi koji su uključivali podatke o epidemiologiji poremećaja prehrane iznose kako je prosječna prevalencija poremećaja najčešće u zapadnoj Europi 1%. Najrizičnija dobna skupina za razvoj bulimije nervoze su žene u razdoblju od 20 do 24 godine (Knez, Pokrajac-Bulian i Peršić, 2015).

5.3. Etiologija

Kao i kod anoreksije nervoze kod bulimije nervoze je prisutno više čimbenika koji određuju poremećaj. Kod bioloških čimbenika nema jasne povezanosti sa nastankom poremećaja i nasljednosti međutim gotovo uvijek bulimija ima obiteljski uzorak. Kod neurofizioloških studija prikazano je da je prisutan poremećaj serotonina (Kaplan, 1994). Tu teoriju dokazuje i upotreba lijekova koji se koriste kod bulimije nervoze odnosno lijekovi koji inhibiraju ponovnu pohranu serotonina. Začarani krug prejedanja i povraćanja kod mladih djevojaka se općenito povećava u predmenstrualnom ciklusu te se često koriste ovom metodom u načinu nošenja sa stresom. Takvim ciklusom prejedanja pa zatim povraćanja donose si olakšanje i samim time povećanje endorfina koje rezultira samoobnavljajućim krugom. Jedan od važnijih psihosocijalnih faktora je preokupacija savršenom linijom. Predisponirajući faktori za sam nastanak bulimije

nervoze mogu uvelike biti obiteljsko nasilje kao i sama anoreksija nervoza. Stres sam po sebi može također biti veliki predisponirajući faktor za nastanak bulimije nervoze (Nikolić i Marangunić, 2004).

Veliku ulogu u nastanku bulimije nervoze ima obiteljski uzorak. Za razliku od kontrolirajućih majki kod anoreksije nervoze kod bulije nervoze majke pacijentica ne rijetko su neodgovorne i negirajuće. Zbog zaokupljenosti svojim problemima majka u ovoj situaciji zanemaruje emocionalne potrebe djeteta te ono zbog svojih nesigurnosti ne uspijeva razviti svijest o sebi. Ne razvivši pravilnu sliku o sebi to dijete postaje nesigurno u sebe i očekuje tu potvrdu od drugih i kasnije u životu. Uz nesigurnost koju steknu imaju i izričito nisko samopouzdanje te prazninu koju kasnije nadopunjuju sa hranom i prejedanjem (Nikolić i Marangunić, 2004).

Crte osobnosti kod bulimičnih osoba su pretjerana ambicioznost i burno reagiranje i na malu dozu stresa. Također, prisutna je i emocionalna nestabilnost kao i strah od napuštanja. Kod bulimije nervoze prisutno je konstantno preklapanje između želje da se prestanu sputavati i uživaju u hrani i želje konstantne restrikcije zbog potrebe da budu privlačne okolini. Bulimija nervoza najčešće nastane kombinacijom predisponirajućih faktora u kombinaciji sa stresom koji potakne cijelu priču (Nikolić i Marangunić, 2004).

5.4 Dijagnostički kriteriji

Kako bi se mogla postaviti dijagnoza bulimije nervoze moraju se postaviti kriteriji putem DSM V ili MKB 10. Ako se navike prejedanja i čišćenja odvijaju tijekom anoreksije nervoze tada se postavlja dijagnoza anoreksije nervoze. Sličnost između postavljanja kriterija putem DSM V i MKB 10 su velike. Jedina razlika je to što se u MKB 10 isključuje dijagnoza anoreksije nervoze ako su prisutne epizode prejedanja, dok se u DSM V isključuje dijagnoza ako su epizode prejedanja za vrijeme anoreksije nervoze (Crnković, 2012). U procjenu mora biti uključeno dobivanje na težini, fizikalnim pregledom i laboratorijskim nalazima (Nikolić i Marangunić, 2004).

Nadalje je kroz tabelu prikazana razlika dijagnostičkih kriterija za postavljanje dijagnoze bulimija nervoza prema MKB 10 i DSM V.

DSM V	MKB 10
1. Ponavljajuće epizode prejedanja popraćene gubitkom kontrole nad hranom	1. Ponavljajuće epizode prejedanja popraćene gubitkom kontrole nad hranom
2. Ponavljajuće kompluzivno provođenje mjera kako bi se spriječilo debljanje kao što su povraćanje, uzimanje laksativa..	2. Ponavljajuće kompluzivno provođenje mjera kako bi se spriječilo debljanje kao što su povraćanje, uzimanje laksativa..
3. Prva dva kriterija pojavljuju se najmanje dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca	3. Prva dva kriterija pojavljuju se najmanje dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca
4. Slika poremećaja prehrane ne može se objasniti prisutstvom drugog poremećaja kao što je anoreksia nervosa	4. Slika poremećaja prehrane ne može se objasniti prisutstvom drugog poremećaja kao što je anoreksia nervosa
5. Poremećaj ne može biti objašnjen prisutnošću druge mentalne ili somatske bolesti	5. Poremećaj ne može biti objašnjen prisutnošću druge mentalne ili somatske bolesti
6. Uz taj poremećaj ne postoji prisutnost redovitog prekomjerenog fizičkog vježbanja	
7. Poremećaj se ne javlja tijekom epizoda anorexia nervose	
8. Ukoliko je prisutan BMI ispod 18,5 treba uzeti u obzir je li prisutan faktor izostanka menstruacije	

Tablica 2. Usporedba dijagnostičkih kriterija bulimije nervose kod MKB 10 i DSM V

Kod same dijagnostike bulimije nervoze mora se uzeti u obzir diferencijalno-dijagnostičke dijagnoze kao što su :

- Kleine- Levinov sindrom
- Tumor pituitarne žlijezde
- Veliki depresivni poremećaj
- Anoreksija nervoza podtip „prejedanje/čišćenje“
- Granični poremećaj ličnosti

5.5. Liječenje

Liječenje bulimie nervose bazira se na kombinaciji farmakoterapijskih ili psihoterapijskih tehnika često i kombiniranje istih (Moro i sur., 2011.) Cilj liječenja bulimije je da se uspostavi normalni model hranjenja. Primarno je prekinuti začarani krug povraćanja i istovremenog prejedanja uspostavljajući zdrave navike i odnos s

hranom te pružanje adekvatne emocionalne potpore (Nikolić i Marangunić, 2004). Kada su prisutne suicidalne misli i konstantno prejedanje i povraćanje tada je indicirana hospitalizacija. Tijekom hospitalizacije medicinski djelatnici se baziraju na multidiscipliniranom pristupu prema kojem se brinu o tjelesnom i emocionalnom stanju pacijenta. Kao i kod anorexie nervose potrebna je individualna terapija no i uključenje obitelji kako bi se došlo do željenog rezultata. Kod bulimije neprestani ciklus prejedanja koje prati povraćanje se ne može samo tako zaustaviti međutim može se ograničiti samo prejedanje. Kod ograničavanja prejedanja potrebno je biti uz pacijenta prilikom njegovog svakog obroka kako bi se imao uvid u samu prehranu i unos hrane. Proces ograničavanja traje početnu između 4 do 6 mjeseci. Tijekom tog perioda važno je da pacijent konzumira 3 obroka dnevno i da se pazi na količinu hrane koju unese. S obzirom da se kod bulimije javljaju emocionalne poteškoće često se javlja depresija te je kombinacija liječenja sa antidepresivima neizbježna. Kod biranja namirnica za kontrolu prehrane biraju se „lagane“ namirnice koje ne padaju teško na želudac te mekana i usitnjena hrana (Vidović, 2009).



Slika 2. Prikaz bulimične osobe. Preuzeto sa: <https://hipokrat.com.hr/bulimija-uzrok-simptomi-i-lijecenje/> Pristupljeno: 30.01.2023.

6. SINDROM PREJEDANJA

Prejedanje je osim anoreksije i bulimije jedan od češćih poremećaja prehrane. Ovu vrstu poremećaja karakteriziraju epizode neumjerenog unosa hrane. Prilikom konzumiranja neuobičajene količine hrane nema karakteristike čišćenja odnosno samoizazvanog povraćanja nakon unosa. Kao i kod ostalih poremećaja prehrane pa tako i kod ovoga prisutne su negativne misli i stavovi osobe o vlastitom tijelu i izgledu kao i manjak samopouzdanja. Sindrom prejedanja često je prisutan u kombinaciji sa depresijom a, može biti prisutna i bulimija. Osoba prilikom epizoda prejedanja nema prisutne epizode odbijanja hrane ni korištenje potpomognutih sredstava za čišćenje (Ćuk i Rožman, 2021).

Prilikom konzumiranja većih količina hrane javlja se grižnja savjesti pa se osoba često stavi na dijetu dok se u potpunosti ne izglatni i onda nanovo kreće krug prejedanja i nezadovoljstva. Upravo iz tog razloga liječenje je usredotočeno na izgrađivanje samopouzdanja i suočavanje sa vlastitim emocionalnim odgovorima. Pojavnost je između 1-5% cjelokupne populacije i jednako je rasprostranjena među ženama i muškarcima. (Meštrović, 2014).

6.1. Klinička slika

Kod osoba sa sindromom prejedanja prisutno je nekoliko simptoma karakterističnih za ovaj poremećaj. Prilikom konzumiranja hrane osoba sa sindromom prejedanja unosi kalorijske vrijednosti za čak deset puta više od uobičajene potrebe dnevnog unosa. Prilikom odnosa sa hranom javlja se ne kontrola nad unosom i konzumacijom hrane. Uz prisutnu ne kontrolu česti simptomi koji se javljaju su: osjećaj grižnje savjesti, depresija, socijalna izolacija, potištenost i strah od gubitka kontrole. Uz navedene simptome sindroma prejedanja mogu se javiti i opsjednutost izgledom tijela te depresija. (Meštrović, 2014).

6.2. Dijagnostički kriteriji

Prilikom uspostavljanja dijagnoze sindroma prejedanja važno je da se pripazi na određene kriterije koje odgovaraju ovoj vrsti poremećaja prehrane. Kriteriji za postavljanje dijagnoze sindroma prejedanja prema DSM V i MKB 10 klasifikaciji su:

1. Epizode prejedanja koje se događaju u kratkom vremenskom periodu ili epizode u kojima je prisutan gubitak kontrole nad hranom.

2. Epizode kod kojih osoba jede brzo, jede u osami ili jede ako nema prisutan osjećaj gladi.
3. Epizode prejedanja koje nisu popraćene aktom povraćanja ili uporabom laksativa
4. Epizode prejedanja više od jedanput tjedno tijekom tri mjeseca
5. Epizode prejedanja koje nisu povezane sa bulimijom i anoreksijom

Prilikom postavljanja dijagnoze MKB 10 i DSM V se razlikuju jedino što DSM V ne zahtjeva da se osoba uklapa u specifičan obrazac ponašanja tijekom epizode prejedanja te je uklonio kriterij količine hrane koju osoba unese tijekom epizode prejedanja.

6.3.Liječenje

Kako bi se sindrom prejedanja uspio izliječiti potrebno je kombinirano liječenje. Ono uključuje upotrebu lijekova kao i kognitivnu-bihevioralnu terapiju. Tijekom liječenja fokus je na emocije i poboljšanje razmišljanja o vlastitom izgledu. Bitna stavka u uspješnom liječenju je i korigirati prehranu odnosno ponovno uspostaviti zdravu vezu i odnos sa hranom. Prilikom reguliranja prehrane važno je uvesti intervencije u ograničavanju količine i broja obroka. Kod uspostavljanja zdrave veze sa hranom također je bitno fokusirati se na vraćanje potrebnih nutrijenata koje je osoba izgubila u sindromu prejedanja. Osim reguliranja prehrane potrebno je uvesti i fizičku aktivnost i redovitu tjelovježbu. Ističu se i grupne terapije radi boljeg postizanja rezultata i pružanje međusobne podrške (Walsh, Attia i Glasofer, 2020).

7. NESPECIFIČNI POREMEĆAJI PREHRANE

7.1. Pregoreksija

Pregoreksija je skup simptoma koji su nalik anoreksiji kod trudnica i skupine žena koje su nedavno rodile. Sama pregoreksija započinje opsesijom vlastitog izgleda i strahom od debljanja. Prilikom toga pojavljuje se i želja za brojanjem kalorija i nekontroliranim vježbanjem koje mogu dovesti do ozbiljnih komplikacija tijekom i nakon trudnoće (Ćuk i Rožman, 2021).

7.2. Ortoreksija

Ortoreksija je vrsta poremećaja prehrane kod kojeg je osoba nekontrolirano opsjednuta sa zdravom prehranom. Osoba nije usredotočena na količinu već na kvalitetu hrane koju unose. Kod ovog poremećaja fokus je na tome da je hrana čista i kvalitetna a, ne sam čin mršavljenja (Ćuk i Rožman, 2021).

7.3. Drunkoreksija

Drunkoreksija je proces kod kojeg dolazi do kombinacije neumjerne gladi i konzumiranja alkohola. Razlog izazivanja gladi prilikom unosa alkohola je fokus na ograničavanje kalorija. Ovaj poremećaj čest je kod mladih ženskih osoba u razdoblju od 18-24 godina (Ćuk i Rožman, 2021).

7.4. Diabulimija

Diabulimija je vrsta poremećaja koja je prisutna kod osoba oboljelih od dijabetesa tipa 1. Kod ovog poremećaja osoba ograničava količinu inzulina kako bi izgubila kilograme pri čemu može doći do raznih stanja opasnih po život (Ćuk i Rožman, 2021).

8. PREVENCIJA POREMEĆAJA PREHRANE

Poremećaji prehrane mogu biti pod utjecajem raznih čimbenika te se iz tog razloga mogu provoditi preventivni programi. Preventivni programi od iznimne su pomoći kako bi osoba sa poremećajem prehrane mogla shvatiti ozbiljnost problema, kako bi se uklonile posljedice poremećaja i naposljetku kako bi se spriječio i sam nastanak poremećaja. Početak poremećaja prehrane odvija se već od predškolske dobi tako da je to i idealna dob za uvođenje preventivnih programa. Fokus preventivnih programa trebao bi biti na sve poremećaje prehrane, a ne samo na jedan. Prilikom provođenja preventivnih programa radi se i na promjenu stavova i mišljenja prema prehrani čime se smanjuje razvoj samog poremećaja. Osim što smanjuju negativne faktore provođenjem preventivnih programa jačaju se potpora i zaštitni faktori u samoj borbi protiv poremećaja prehrane. Prevencija se u ovom slučaju provodi na tri razine: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini (Ambrosi-Randić, 2004).

8.1. Razine preventivnih programa

Prema Shawu i Sticeu (2004) razlikujemo tri generacije preventivnih programa. Kada je u pitanju razina rizika autori navode kako na osobu u većem riziku bolje utječu preventivni programi u odnosu na osobe koje su u nižem riziku. Razlog tome je što osobe koje imaju veći rizik za nastanak poremećaja prehrane imaju i veću motiviranost i napredak u odnosu na one sa manjim rizikom. Kada uzmemo u obzir spol sudionika, ženski spol je u vodećem koeficijentu, a kada je riječ o dobnoj skupini, studije navode da je dobna skupina od 15-19 godina najčešće pogođena te iz tog razloga je najpogodnije ciljati na tu dob kada su u pitanju preventivni programi zbog učestalosti pojave prvih simptoma poremećaja prehrane. Prilikom izrade programa važno je gledati da je program interaktivan i uključuje vježbe kojima sudionici pokazuju svoje vještine, što rezultira uključenjem sudionika u sami program i naposljetku davanjem boljih rezultata.

GENERACIJE PREVENTIVNIH PROGRAMA	
PRVA GENERACIJA	Programi namijenjeni adolescentskoj skupini provođeni kroz didaktičke psihoedukacijske materijale.
DRUGA GENERACIJA	Univerzalni i didaktički programi sa komponentom promoviranja zdravog načina prehrane i otklanjanjem socijalnom pritisku idealnog izgleda.
TREĆA GENERACIJA	Selektivni programi koji uključuju visokorizične osobe sa provođenjem interaktivnih vježba i samog uključivanja u program prevencije poremećaja prehrane.

Tablica 3. Prikaz generacija preventivnih programa (Shaw i Stice, 2004).

Program prevencije mora se temeljiti na dokazanim rizičnim čimbenicima i provoditi se više puta tjedno u raspoređenim seansama. Prema istraživanju Stice, Shaw, Marti (2007) o učinkovitosti preventivnih programa dobiveni su sljedeći rezultati:

- Selektivni programi imaju veći utjecaj na rezultate u odnosu na univerzalne programe.
- Rezultati preventivnih programa su učinkovitiji ukoliko se cilja na dobnu skupinu iznad 15 godina.
- Preventivni program ima veće učinke kada ga provodi educirano osoblje.
- 29% programa reduciralo je razvoj budućih poremećaja prehrane te je 51% preventivnih programa smanjilo razvojne čimbenike poremećaja prehrane.
- Preventivni programi koji ciljaju na jedan spol su uspješniji od onih koji uključuju oba istovremeno.
- Preventivni programi koji su imali fokus na prihvaćanju tjelesnog izgleda su imali bolje i uspješnije rezultate.

8.1.1 Primarna prevencija

Primarna ili univerzalna prevencija obuhvaća smanjenje učestalosti bolesti u cjelokupnoj populaciji. Kroz primarnu prevenciju može se utjecati na smanjenje čimbenika rizika, edukaciju, zadovoljstvo tijelom te edukacijom o štetnosti i pojavi poremećaja prehrane (Ambrosi-Randić, 2004).

8.1.2 Sekundarna prevencija

Sekundarna ili selektivna prevencija se bazira na ranom prepoznavanju znakova i simptoma poremećaja prehrane kako ne bi došlo do daljnjeg razvijanja poremećaja. Ona se zasniva na ubrzavanju intervencija i samim time skraćivanju tijeka bolesti. Populacija na koju se selektivna prevencija odnosi su djeca koje imaju povećane rizične faktore kao što su prisutnost poremećaja prehrane u obitelji. Važno je na vrijeme uočiti rizične čimbenike koji ukazuju na poziv za pomoć kako bi odmah mogli u kraćem vremenskom periodu primijeniti intervencije kada i ako pomoć bude zaista potrebna. Ovom prevencijom se pomaže djeci doći do zdravog odnosa sa prehranom i vlastitim tijelom te pozitivnom stavu o svome izgledu. Individualni pristup osobi sa rizičnim čimbenicima ima veće rezultate u ovoj fazi prevencije od univerzalnih programa (Ćuk i Rožman, 2021).

8.1.3. Tercijarna prevencija

Tercijarna ili indicirana prevencija usmjerena je na smanjenje već postojećih dugoročnih posljedica, odnosno na smanjenje smrtnosti i razvijanja daljnjih komplikacija već prisutnih poremećaja prehrane. Primarni cilj ove prevencije je ublažavanje postojećih simptoma i razvijanje mehanizma za lakše nošenje s istima (Ćuk i Rožman, 2021).

8.2. Programi prevencije poremećaja prehrane

U Republici Hrvatskoj postoje program i udruge koje se bave prevencijom poremećaja prehrane već dugi niz godina. Za početak tu je nacionalni program „Živjeti zdravo“ koji je osnovan 2015. godine sa ciljem unaprjeđenja zdravlja u školama i vrtićima. Program ima svrhu promicanja zdravog načina života kroz edukaciju o zdravoj prehrani, bavljenju fizičkom aktivnošću i građenju zdravog odnosa sa prehranom. Program je napravljen na način da se sastoji od pet ključnih elemenata: prehrana, fizička aktivnost, educiranje o zdravlju, radnom mjestu i okolišu. Osim programa „Živjeti zdravo“ tu su i udruge koje već dugi niz godina provode prevenciju poremećaja prehrane a to su:

1. Udruga „Libella“
2. Udruga „Nada“
3. BEA-centar za poremećaje hranjenja

1. Udruga „Libella“ je udruga koja pomaže osobama oboljelim od anorexie nervose i bulimie nervose kao i pružanje podrške njima i njihovim obiteljima. Prema načelima udruge ciljevi djelovanja su: pomoć oboljelima i njihovim obiteljima, informiranje o samoj bolesti i suočavanje sa istom, prevencija nastanka same bolesti, unaprjeđenje kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji, promicanje aktivnosti koje bi pridonijele organizaciji specifičnih ustanova za poremećaje prehrane te unaprjeđenje znanstvene i stručne razine liječenja poremećaja prehrane. Osim pružanje pomoći osobama oboljelih od poremećaja prehrane promiču i prevenciju nastanka bolesti. Udruga „Libella“ pruža znanstvene i stručne razine liječenja, brigu o osposobljavanju izobrazbi članova udruge i pružanje pomoći uključujući i obitelj oboljelih. Djelovanje same udruge odvija se putem javnog oglašavanja, provođenjem same edukacije djece, mladih i odraslih, savjetovanja putem telefonskih linija, praćenje literature, organizacija susreta oboljelih radi pružanje međusobne podrške, predavanja i drugih oblika usavršavanja te kontakt i suradnja sa ostalim udrugama u Hrvatskoj. Udruga „Libella“ je jedna od prvih udruge osnovanih u Hrvatskoj i djeluje na području Istre sa sjedištem u Rijeci (udruga „Libella“).

2. Udruga „Nada“ je neprofitna udruga koja pruža pomoć oboljelima od poremećaja prehrane još od 2002. godine sa sjedištem u Zagrebu. Članovi koji sudjeluju u udruzi su 10 liječnika razne specijalnosti. Ciljevi udruge su: edukacija oboljelih i njihovih obitelji; oglašavanje o ozbiljnosti situacije putem medija; destigmatizacija poremećaja prehrane; razna okupljanja radi pružanje međusobne podrške prilikom liječenja; provođenje prevencije poremećaja prehrane; upućivanje obitelji i oboljelih na mjesta koja im mogu pomoći pri izlječenju te uklanjanje kulturoloških predrasuda i stereotipa o poremećajima prehrane. Liječnici koji sudjeluju u udruzi zalažu se za multidisciplinarnan pristup i liječenje prema osobama oboljelim od poremećaja prehrane. Najpoznatiji projekti udruge „Nada“ su „Edukacija oboljelih i njihovih obitelji“ sa ciljem osvještavanja oboljelih i njihovih obitelji o ozbiljnosti situacije i načinu nošenja sa istom te savjetovanište „Tračak nade“ koje ima svrhu pružanja podrške i savjeta obitelji i oboljelima od poremećaja prehrane te svima zainteresiranima (Udruga „Nada“).

3. Centar „BEA“ predstavlja nastavak suradnje stručnjaka kroz grupe podrška i preventivnog programa „Tko je to u ogledalu“. Pruža svoje usluge od 2012. godine sa sjedištem u Zagrebu. Svrha centra je edukacija javnosti o problematici poremećaja prehrane, pružanje podrške obitelji i oboljelima, povezivanje sa stručnjacima diljem inozemstva radi postizanja kvalitetnijeg sustava prevencije i pružanja podrške. Centar pruža razne djelatnosti:

- a) Savjetovalište - pružanje podrške oboljelima od strane socijalnih radnika, psihologa i psihoterapeuta
- b) Grupe podrške - grupa za mlađe oboljele (do 18 godina - pojačavanje motivacije za liječenjem, razvoj pozitivne slike o sebi, stvaranje pozitivne emocionalne povezanosti sa prehranom te dijeljenje iskustva radi pružanja međusobne podrške), grupa za starije oboljele (19+ godina - izražavanje emocija, pozitivan odnos prema hrani i međusobna podrška), za obitelj oboljelih i zrelije osobe (40+ godina - radi se na upoznavanju emocija, razvijanju pozitivnog odnosa sa hranom te dijeljenju iskustva) , nutricionistička grupa - za sve dobne skupine (prepoznavanje mehanizama održavanje kontrole nad poremećajem prehrane, usvajanje novih obrazaca prema hrani kao i borba sa starim, štetnim navikama) te posebna grupa za mladiće koja se još nije razvila dokraja.
- c) Prevencija - Provođenje programa prevencije pod nazivom „Tko je to u ogledalu“ u suradnji sa Ministarstvom zdravlja RH, Gradskim uredom za sport te Gradskim uredom za obrazovanje.

Centar okuplja grupu stručnjaka iz inozemstva radi unaprjeđenja prevencije poremećaja u Hrvatskoj. Dosada su u sklopu toga napravili nekoliko brošura- „Liječenje poremećaja prehrane“; „Poremećaji hranjenja - vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći“ te sažeti referentni vodič za poremećaje prehrane. Prema planu razvoja javnog zdravstva za razdoblje od 2011.-2015. osnovni cilj je bio osigurati najveću moguću razinu zdravlja odnosno pružanje kvalitete života. Između ostalog spominje se problematika prehrane i prekomjerne tjelesne težine, no nema spomena o samim poremećajima prehrane. Iz tog razloga, centar za poremećaje hranjenja BEA u suradnji s TASCIO (tehnička pomoć organizacijama civilnog društva) inicira pokretanje izrade strategijskih smjernica za unaprjeđenje i prevenciju poremećaja prehrane u Hrvatskoj. U samom planu sudjeluje grupa stručnjaka te bi se

samim time ovaj dokument smatrao prvim koji bi direktno bio okretnica na poremećaj prehrane (BEA, 2013).

8.3 Reaktivne mjere

Ranije navedeno preventivne mjere su one koje sprječavaju čimbenike koje utječu na nastanak poremećaja prehrane ili se nastoji smanjiti već postojeće posljedice te ubrzati postupak liječenja. Reaktivne mjere s druge strane obuhvaćaju liječenje pacijenata kada je poremećaj prehrane dosegao ozbiljnu fazu po život opasnu za pacijenta. Preventivne i reaktivne mjere se često isprepliću stoga je teško odrediti kada jedno počinje, a drugo završava. Kod tercijarne prevencije se može vidjeti ispreplitanje jednog i drugog iz razloga što je cilj tercijarne prevencije pružiti pomoć ljudima koji su već razvili oblik poremećaja prehrane na način da se prevenira daljnje pogoršanje i da se počne sa liječenjem. Liječenje bi trebalo biti kombinirano multidisciplinarno sa psihoterapijom i načelima reguliranja tjelesne težine (Vidović, 2004).

Prema Mahniku-Milošu (2004) potrebni elementi kako bi liječenje bilo uspješno obuhvaćaju kombinaciju reguliranja prehrane, psihosocijalni tretman, medicinska pomoć i obiteljska terapije. Terapija bi trebala započinjati u bolničkim uvjetima i nakon dovođenja pacijenta u stabilno stanje liječenje se nastavlja kombiniranom terapijom u izvanbolničkim uvjetima.

S druge strane prema Vidović (2004) učinci psihoterapije su kvalitetni i pozitivni jedino kada su multidisciplinarno kombinirani sa medicinskim i kliničkim aspektima liječenja. Ista autorica se zalaže da se kod bulimie nervose najbolji rezultati postižu sa kombinacijom kognitivno-bihevioralne terapije te na fokusu bihevioralnog pristupa kod dobivanja na težini. Kod anoreksije mlađim pacijenticama od 18-te godine više odgovara obiteljska terapija dok su one starije od 18-te više pozitivnih učinaka imali na individualnoj terapiji. U Hrvatskoj postoje ustanove sa posebnim odjelima gdje se provodi liječenje i rehabilitacija osoba sa poremećajem prehrane, a to su:

1. ZZJZ „Andrija Štampar“- služba za adolescentsku i školsku populaciju. U sklopu ove službe djeluje savjetovalište koje je isključivo namijenjeno mlađoj populaciji sa sjedištem u Zagrebu. Služba ima funkciju savjetovališta i terapije. ZZJZ „Andrija Štampar“ ima svrhu tercijarne prevencije gdje se nastoji pružiti pomoć

u smanjivanju i ublažavanju simptoma poremećaja prehrane , a ujedno i tretman liječenja poremećaja prehrane.

2. KBC Zagreb - u sklopu bolničkog centra postoji i specijalistički zavod za poremećaje hranjenja za osobe starije od 18 godina koji pruža psihološku pomoć i liječenje. Specijalistički zavod nudi mogućnost ambulantnog liječenja kao i mogućnost dnevne bolnice. Kod pacijenata koji imaju indikaciju provodi se obiteljska psihoterapija kao i redovite tjedne grupe podrške. Primjenjuje se i stručna evaluacija koja procjenjuje pacijenta prilikom dolaska, tijekom terapije i nakon odlaska sa terapije odnosno kroz ambulantno liječenje.
3. Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ – vodeća ustanova za promicanje mentalnog zdravlja sa sjedištem u Zagrebu. Uključuje dijagnostiku, rehabilitaciju i prevenciju poremećaja prehrane. Odjel za poremećaje prehrane nudi multidisciplinarni pristup svim poremećajima prehrane. Također psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ provodi programe prevencije i edukacije kako bi osnažila ljude da potraže pomoć kada im je to najpotrebnije.
4. H(RANA) - dnevna bolnica za pacijente sa poremećajem prehrane sa sjedištem u Zagrebu. Tim dnevne bolnice čine 2 psihijatra, više medicinske sestre, psihologinje te radne terapeutkinje. U ustanovi se provodi devetomjesečni program baziran na nekoliko vrsta radne terapije, psihofarmakoterapije, psihoterapije i redovitog praćenja pacijenata koji su pod konstantnim nadzorom. Program koji se provodi se sastoji od 3 ciklusa - 1.ciklus se sastoji od niza jednotjednih edukacija, 2. ciklus se sastoji od 5 susreta po tjednu tokom 2 mjeseca i nakraju 3. ciklus je tijekom jednotjednih sastanka u trajanju od 6 mjeseci.
5. KBC Sestre milosrdnice - Klinika za pedijatriju za poremećaje prehrane. U klinici se vrši hitni prijem pacijentica tokom 7 dana u tjednu tijekom 24 sata. U poliklinici se hospitaliziraju i teži slučajevi koji imaju konstantan nadzor. Klinika nudi ciklus predavanja za osoblje koja se temelje na najnovijim otkrićima razvoja poremećaja prehrane te je formirana suportivna grupa za pacijente koji boluju od poremećaja prehrane.

9. ULOGA OBITELJI

Sama socijalizacija i začetak osnovnih društvenih vrijednosti započinje u samoj obitelji. Upravo je to razlog zašto je sama obitelj značajna u najranijem oblikovanju prehrambenih navika. Prilikom oblikovanja prehrambenih navika važno je naglasiti psihološki aspekt. U psihološkom pogledu važno je stjecanje zdravih navika od malena no i prisutna opuštena atmosfera. Razlog opuštene atmosfere je stvaranje pozitivne emocionalne povezanosti sa prehranom kao i zdrav odnos prema istoj (Vidović, 2004). Obitelj ima veliku ulogu u stjecanju zdravih navika i postizanju zdravog odnosa sa samom hranom. Svaki roditelj ima svoje prehrambene navike no važno je da se od malena djetetu pruža raznolika prehrana kako bi i samo moglo steći svoje prehrambene navike i samim time svoj odnos sa hranom. Prilikom stvaranja odnosa sa hranom važno je izbjegavati prisiljavanje na hranu kao i pritisak da se nešto mora napraviti odmah u tom trenu. Kako bi u samom početku dijete razvilo pozitivan pogled na konzumiranje obroka važno ga je uključiti u sam odabir hrane kao i sitne poslove oko pripremanje iste kao što su naprimjer postavljanje stola prije objeda. Pri jelu roditelji bi trebali izbjegavati požurivanje djeteta kao i ostavljanje djeteta za stolom da „počisti“ cijeli tanjur. Samom prisilom da dijete radi nešto što u tom trenu ne želi odražava se negativnim emocionalnim odgovorom prema hrani i odnosu sa prehranom u kasnijoj dobi (Buljan Flander, 2015).

Osim u samoj prevenciji u ranijoj dobi obitelj ima i veliku ulogu u samom liječenju poremećaja prehrane. Prethodno opisana važnost obiteljskih odnosa za vrijeme stvaranja odnosa sa hranom kasnije omogućuje stvaranje i zdravije slike o sebi. Različite vrste obiteljskih terapija razlikuju se prema čimbenicima i iz čega sam poremećaj prehrane proizlazi. Međutim iako obitelj može biti ključan faktor u terapiji poremećaja prehrane mogu biti i obrazac koji utječe na kasnije odnose djeteta sa hranom (Buljan Flander, 2015).

Prema Stober i Humphreyu (1987) postoji razlika između onih obitelji koje imaju prisutne poremećaje u prehrani kao i one koje nemaju. Po njihovim navođenjima majke anoreksičnih osoba često su perfekcionista koji su previše zaštitnički nastrojene prema svojem djetetu dok su očevi s druge strane distancirani i hladni. Povodom toga osobe sa anorexiom nervosom teško se odvajaju od svojih obitelji i grade vlastiti život.

S druge strane prema Humphreyu (1987) u obitelji bulimičnih osoba oba roditelja su konfliktna i deorganizirana. Pacijenti ih opisuju kao distanciranima i hladnima. Doduše

prema istraživanju Eisler (1995) obitelj kao uzrok poremećaja više navode kliničari nego njihovi pacijenti. Takva teorija dovodi u pitanje je li obitelj ključna u nastajanju poremećaja prehrane ili odgovor na bolest.

10. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Uloga ms/t je biti potpora za pacijenta, pružanje pacijentu pažnje i asertivni pristup kroz edukaciju o poremećaju prehrane. Kako bi se pacijent otvorio medicinskoj sestri i ujedno liječenje bilo lakše potrebno je stvoriti odnos povjerenja između pacijenta i medicinske sestre. Stvarajući odnos povjerenja pacijentu se lakše otvoriti te je lakše graditi komunikaciju na uzajamnom uvažavanju i poštovanju. Prilikom stvaranja odnosa s pacijentom važno je da se paralelno stvara i odnos sa samom obitelji. Kada se radi o samim prehranbenim navikama važno je uočiti na vrijeme patologiju u emocionalnoj povezanosti sa hranom i na vrijeme spriječiti nastajanje daljnjih posljedica (Walsh, Attia i Glasofer, 2020).

Medicinska sestra treba provoditi prevenciju još od predškolske dobi. Treba sudjelovati u izradi jelovnika za škole, dječje vrtiće, bolnice i slično. Cilj slaganja prehranbenih jelovnika je ujedno i upoznavanje djece sa zdravim namirnicama, to jest upoznavanje djece sa osnovnim nutrijentima koji su im potrebni za normalno funkcioniranje tijela. Prilikom upoznavanja namirnica djeca upoznaju i količinu koju moraju unositi tokom dana za normalno funkcioniranje i patološki oblici unosa hrane. Prevencija poremećaja prehrane može se provoditi i kroz edukaciju u školama kroz radionice o umanjivanju stereotipa ljepote, poboljšanju mišljenja o svome tijelu kao i podizanje samopouzdanja sa ciljem pozitivnog prihvaćanja vlastitog tijela (Grabić, 2019).

Programi prevencije poremećaja prehrane mogu se primijeniti individualno na djecu sa čimbenicima rizika ili na cjelokupnu populaciju koja ima povećan rizik za nastanak poremećaja prehrane. Uloga medicinske sestre je pružiti i podršku obitelji te ih uputiti u ustanove u kojima mogu dobiti podršku koja im je potrebna. Dijeljenjem iskustva sa drugim osobama obitelj će se osjećati kao da nisu sami i bit će im lakše kroz cijeli put liječenja. Ako sama bolest izmiče kontroli obitelj se također mogu obratiti zdravstvenim ustanovama gdje će dobiti pomoć koja im je potrebna. Oboljele i njihove obitelji treba uputiti u udruge i grupe samopomoći u kojima mogu dobiti potrebnu pomoć i podršku. Razmjenjujući informacije s drugim članovima, osvijestit će da nisu sami u tome. Ako osjete da bolest izmiče kontroli, tamo također mogu dobiti informacije o zdravstvenim ustanovama u kojima mogu dobiti pomoć (Vidović, 2009). S obzirom da je najveći udio pomoć medicinske sestre u samoj edukaciji pacijenata sa poremećajem prehrane i onima koji imaju povećan rizik bitno je da medicinska sestra ulaže u svoje znanje i vještine. Pacijentima je od iznimne važnosti da imaju osobu od povjerenja koja je

educirana o njihovom stanju. Važno je da medicinska sestra osim svojeg znanja i vještina pruži i pacijentu odnos pun povjerenja i razumijevanja. Isto tako potrebno je navesti kako osim empatije i razumijevanja medicinska sestra treba znati na vrijeme prepoznati rizik te pogoršanje stanja pacijenta kako bi mogla na vrijeme pružiti adekvatnu pomoć pacijentu (Vidović, 2009).

10.1. Sestrinske dijagnoze

Kako bi bilo moguće postaviti određene intervencije mora se prvo utvrditi sestrinska dijagnoza. Kod postavljanja sestrinske dijagnoze i mogućnosti za izradu plana zdravstvene njege medicinska sestra mora utvrditi stanje pacijenta i uzeti podatke putem anamneze. Kod poremećaja prehrane najčešće dijagnoze koje se mogu pojaviti su:

- VR za dehidraciju
- VR za opstipaciju
- VR za nesanicu
- VR za infekciju
- VR za samoozljeđivanje
- VR za samoubojstvo
- VR za poremećaj elektrolita
- Depresija
- Anksioznost
- Nesanica
- Opstipacija
- Socijalna izolacija
- Strah

10.2. Sestrinske intervencije i ciljevi

Nakon postavljanja sestrinske dijagnoze formiraju se intervencije. Za formiranje intervencija medicinska sestra mora imati uvid u pacijentovo stanje i prihvaćanje bolesti kao i prisutan odnos međusobnom povjerenja i razumijevanja. Cilj postavljenih intervencija je što prije dovesti pacijenta do najvišeg stupnja samostalnosti i zadovoljiti što više osnovnih ljudskim potreba. Intervencije se mogu podjeliti u 4 kategorije, a to su:

1. Poučavanje i praćenje pacijenta tijekom obroka, konstantno educiranje pacijenta o zdravim navikama prehrane i uzimanju pravilno raspoređenih obroka.
2. Poticanje i motiviranje pacijenta tijekom obroka uz riječi ohrabivanja kako bi mogao nastaviti obrok.
3. Razumijevanje i pružanje podrške tijekom liječenja
4. Edukacija pacijenta o prehranbenim navikama, karakteristikama bolesti, rizičnim čimbenicima, životnim stilovima i načinima nošenja sa bolesti.

Sestrinske intervencije u prevenciji se većinom baziraju na edukaciji pacijenta. Važno je na vrijeme uočiti pacijenta sa rizikom za poremećaj prehrane i na vrijeme reagirati. Samom edukacijom zdravstvenih djelatnika omogućujemo stručnim osobama lakše snalaženje u kritičnim situacijama kao i pravodobno uočavanje kritičnih čimbenika. Samim pravodobnim uočavanjem rizičnog ponašanja medicinska sestra kroz edukaciju može uvelike prevenirati čimbenike poremećaja prehrane kao i spriječiti da samog poremećaja i dođe (Meštrović, 2014).

11. ZAKLJUČAK

Poremećaj prehrane danas je veliki javnozdravstveni problem. Sam poremećaj ne označuje samo gubitak zdravog odnosa sa hranom već sa sobom povlači i emocionalni disbalans i poremećen obrazac psihosocijalnog funkcioniranja. Jedan od razloga nastanka samog poremećaja je sve veća pojava nerealnih očekivanja i standarda putem medijskih platformi. Kao jedan od najčešćih psiholoških poremećaja u svijetu sa sobom nosi brojne komplikacije i mogućnost od letalnog ishoda ukoliko se na vrijeme ne prepozna. Upravo iz tog razloga liječenje poremećaja je dugotrajan i složen proces, a proces nastaje kada osoba prihvati da ima problem. Proces liječenja osim što je dugotrajan i fokusira se na fizičko izlječenje bitno je da se tijekom procesa pacijentu pruža emocionalna i psihološka podrška. Kroz prvi dio rada opisani su poremećaji do kojih može doći tijekom patološke povezanosti sa hranom. Kroz svaki poremećaj opisani su tijekom poremećaja kao i čimbenici koji mogu dovesti do poremećaja prehrane. Iako je sam poremećaj prehrane u pubertetu na vrhuncu problem zapravo nastaje u samom djetinjstvu gdje je izuzetno bitna uloga obitelji i medicinske sestre kod edukacije i preventivnog djela. Sam pristup problemu mora biti multidisciplinarni i obuhvatiti sve aspekte bolesti kako bi došlo do izlječenja. Da bi došlo do poremećaja prehrane moraju biti prisutni razni čimbenici koji se mogu prevenirati. Provođenje prevencije putem preventivnih programa mogu biti od velike pomoći pojedincu kako bi se shvatila ozbiljnost problema, uklonile posljedice poremećaja i spriječio sam nastanak poremećaja. Idealno doba za početak provođenja preventivnih programa je predškolska dob. Provođenjem preventivnih programa u toj dobi može se uvelike utjecati na stav djece i pozitivnog razmišljanja prema prehrani i vlastitom izgledu. Kada su u pitanju prevencija i preventivni programi udruge koje se najviše ističu su: udruga „Libella“, udruga „Nada“ i centar BEA. Osim udruge koje uvelike pomažu u prevenciji i edukaciji kao i liječenju i rehabilitaciji poremećaja prehrane tu su i ustanove koje imaju veliku ulogu u borbi sa poremećajem prehrane kao što su: ZZJZ „Andrija Štampar“, KBC Zagreb, KBC Sestra milosrdnica, H(RANA) te psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“. S obzirom da su roditelji tu od samog početka sa djecom i na njima je da se uključe u samu edukaciju djece o važnosti pravilne i zdrave prehrane. Edukacijom roditelja važno je napomenuti da se pritom mora graditi odnos pun povjerenja sa međusobnom komunikacijom oko prehrane i problema koje ona može nositi. Kako bi poremećaji prehrane bili rješivi potrebno je osvrnuti se na njihovu etiologiju odnosno kritične

čimbenike koji dovode do samog poremećaja prehrane. Osim samih roditelja, medija i cjelokupnog društva medicinska sestra također ima veliku ulogu u prevenciji poremećaja prehrane. Uloga medicinske sestre je pružanje pacijentu asertivan pristup pun razumijevanja kroz pružanje edukacije počevši od najmlađih skupina. Iako se kroz vrijeme uočava znatni napredak u prevenciji poremećaja prehrane i dalje se ne pridodaje onoliko pažnje i vremena koliko bi zapravo trebalo ovom poremećaju. Uz postojeće udruge za prevenciju poremećaja prehrane trebala bi se pružiti i šira slika javnosti da svaka osoba koja se osjeća izostavljeno da zna da nije sama u ovome i da može dobiti adekvatnu skrb i njegu.

12. SAŽETAK

U preglednom radu „Prevenција poremećaja prehrane“ se opisuju poremećaji prehrane, preventivne mjere kao i preventivni programi te uloga obitelji i medicinske sestre kod prevencije poremećaja prehrane. Poremećaj prehrane predstavlja ozbiljan problem koji je sve više raširen među mlađom populacijom. Sam poremećaj ne utječe samo na obrazac prehrane već ima veliki utjecaj i na mentalno zdravlje pojedinca. Poremećaj prehrane je danas jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u čitavom svijetu. Svugdje u svijetu pa tako i u Hrvatskoj sve je veći utjecaj medija na nerealne ideale ljepote koji mladi uporno pokušavaju dostići. Upravo su iz toga proizašli preventivni programi koji se spominju kroz rad koji već dugi niz godina pomažu mladima u prevenciji poremećaja prehrane. Uz preventivne programe tu je i uloga roditelja i medicinskih djelatnika u samoj edukaciji mladih o prevenciji samog poremećaja. Cilj ovog rada bio je prikazati ozbiljnost poremećaja prehrane i na koji način se oni mogu prevenirati već kod najmlađih dobnih skupina. Osim prikaza prevencije i opisa samih poremećaja bio je cilj prikazati važnost sudjelovanja i pružanja podrške osobama koje boluju ili su u riziku od razvijanja poremećaja prehrane.

Ključne riječi: prevencija, preventivne mjere, poremećaj prehrane.

13. SUMMARY

The overview paper "Prevention of Eating Disorders" describes eating disorders, preventive measures as well as preventive programs and the role of families and nurses in the prevention of eating disorders. Eating disorders are a serious problem that is increasingly widespread among the younger population. The disorder itself not only affects the eating pattern, but also has a great impact on the individual's mental health. Eating disorders are one of the leading public health problems worldwide today. Everywhere in the world, including in Croatia, the influence of the media on the unrealistic ideals of beauty that young people persistently try to achieve is increasing. It is precisely from this that the preventive programs that are mentioned in the work emerged, which have been helping young people in the prevention of eating disorders for many years. In addition to preventive programs, there is also the role of parents and medical professionals in educating young people about the prevention of the disorder itself. The aim of this work was to show the seriousness of eating disorders and how they can be prevented already in the youngest age groups. In addition to the presentation of prevention and description of the disorders themselves, the goal was to show the importance of participation and support for people who suffer from or are at risk of developing eating disorders.

Key words: prevention, preventive measures, eating disorder.

LITERATURA

Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja prehrane. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.

BEA, Centar za poremećaje hranjenja - <http://www.centarbea.hr/> . (Pristupljeno 15.01.2023.)

Buljan Flander, G., Dugić, S., i Handabaka, I. (2015). 'Odnos elektroničkog nasilja, samopoštovanja i reoditeljskih čimbenika kod adolescenata', Klinička psihologija, 8(2), str. 167-180. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/169741> (Datum pristupa: 05.02.2023.)

Charney, Dennis S., Tom Hildebrandt and A. P. Downey. "The Neurobiology of Eating Disorders." (2013).

Ćuk, M., i Rožman, J. (2021). 'Prevention of eating disorders - Prevencija poremećaja prehrane', Sestrinski glasnik, 26(1), str. 50-57. <https://doi.org/10.11608/sgnj.26.1.9> (Pristupljeno 15.01.2023.)

DSM-V American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd., American Psychiatric Organization, Washington, 2013; 334- 54

Grabić J. Zdravstvena njega oboljelih od anoreksije nervoze – prikaz slučaja. Završni rad. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2019.

Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006.

Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 2. Dostupno na: https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.p df .(Pristupljeno: 15.01.2023.)

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012): Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10).Zagreb: Medicinska naklada.

Jurčić Z. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. Medix 2004;52:40–5.

Kaplan HI i sur. Synopsis of psychiatry. Seventh edition. Baltimore, 1994.

Labre, M. P. (2002). Adolescent boys and the muscular male body ideal. Journal of Adolescent Health, 30(4,Suppl), 233–242. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00413-X](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00413-X) (Pristupljeno: 15.01.2023.)

Libella, Udruga za pomoć oboljelima od anoreksije nervose i bulimije nervose - <http://klub.posluh.hr/libella/> (Pristupljeno 15.01.2023.)

Mahnik-Miloš M. (2006) Poremećaji prehrane. U: Ljubomir Hotujac i sur. Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada.

Marčinko D. (2013) Poremećaji prehrane od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.

Meštrović, A. (2014) Poremećaji hranjenja: Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zagreb.

Moro LJ. i sur. (2011) Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada.

Nada, Udruga za pomoć oboljelima od poremećaja u prehrani. [Online] Dostupno na: <http://www.hope.hr/> (Pristupljeno 15.01.2023.)

Naša povijest. Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan. [Online] Dostupno: www.sveti-ivan.hr/ona/nasa-povijest/ (Pristupljeno 03.05.2023.)

Nikolić S., M M. i sur. (2004.) Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb, Školska knjiga.

Pearce, JM. (2004) Richard Morton: origins of anorexia nervosa. Eur Neurol; 52:191–192 Google Scholar.

Pokrajac-Bulian, A. , Živčić-Bećirević. I. (2004) Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. Medix. 10(52), 67-68.

Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T. i Đurović, D. (2007) Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijeta kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*. 16(1), 27-46.

Reyes-Rodríguez ML i sur. (2011) Eating Disorders The Journal of Treatment & Prevention Family involvement in eating disorder treatment among Latinas, *Academia*.

Sambol, K., Cikač, T. (2015) Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus*. 24(2), 165-171

Satherley R., Howard R., Higgs S. (2015) Disordered eating practices in gastrointestinal disorders. *Appetite* 84:240-250.

Sedić, B. (2007) Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Stice, E. , Shaw, E. (2004): Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-analytic Review. *Psychological Bullient*. 130(2), 206-227.

Šabić-Crnogorac N. (2017) Anoreksija poremećaj hranjenja. *Vjesnik*, br 48, 2, pp 9-10.

Thornton LM., Mazzeo SE., Bulik CM. (2011) The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Curr Top Behav Neurosci*. 6:141-56. [Online] Dostupno na: 10.1007/7854_2010_91. (Pristupljeno: 07.06.2023.)

Vidović V. (2004) Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix*; 52:50–4.

Vidović, V. (2009) Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*. 10(52), 69-74.

Walsh T.B., Attia, E., Glasofer D.R. (2020) *Eating Disorders: What Everyone Needs to Know*. Oxford University Press.

POPIS KRATICA

DSM - dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

MKB - međunarodna klasifikacija bolesti

Ms/t – medicinska sestra/tehničar

NGS – nazogastrična sonda

VR – visok rizik

POPIS SLIKA I TABLICA

Slika 1. Prikaz anoreksične osobe	11
Slika 2. Prikaz bulimične osobe	16
Tablica 1. Usporedba dijagnostičkih kriterija anoreksije nervoze (DSM V i MKB 10)	10
Tablica 2. Usporedba dijagnostičkih kriterija bulimije nervose kod MKB 10 i DSM V	15
Tablica 3. Prikaz generacija preventivnih programa (Shaw i Stice, 2004).	21