Znanja i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici

Sanković, Andreja

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:479738

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište
Sjever

Završni rad 1037/SS/2018

Znanje i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici

Andreja Maršić, 0630/336

Varaždin, listopad 2020. godine

Sveučilište
Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 10377/SS/2018

Znanje i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici

Student

Andreja Maršić, 0630/336

Mentor

dr.sc. Ivana Živoder

Varaždin, listopad 2020. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

PRISTUPNIK: Andreja Maršić | MATIČNI BROJ: 0630/336

DATUM: 27. 08. 2018. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega u zajednici

NASLOV RADA: Znanja i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Knowledge and attitudes about eating disorders in the community

MENTOR: Ivana Živoder, dipl. med. techn. | ZVANJE: Predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. doc.dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, predsjednik
2. Ivana Živoder, dipl. med. techn., mentor
3. doc.dr.sc. Karlo Houra, član
4. Melita Sajko, dipl. med. techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1037/SS/2018

OPIS:
Poremećaji prehrane najčešće se javljaju u prijelaznom razdoblju adolescencije i tijekom prijelaza iz adolescencije prema ranoj odrasloj dobi. Karakterizirani su teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju, a definiraju se kao kronično samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje. Općenito, poremećaje hranjenja karakterizira pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćena je neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane. Najpoznatiji poremećaji hranjenja današnjice (uz problem gojaznosti) su anoreksija i bulimija. Kako poremećaje u prehrani karakteriziraju zdravstvene poteškoće koje nerijetko zahtijevaju hospitalizaciju, važno ih je znati prepoznati, na vrijeme uočiti i pravovremeno reagirati. Čovjekovo zdravlje, kreativnost, efikasnost i raspoloženje direktno su uslovljeni načinom ishrane koju svakodnevno primjenjuje.

ZADATAK URUČEN | POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Ovaj rad izrađen je na odjelu za Sestrinstvo Sveučilišta Sjever u Varaždinu pod mentorstvom i vodstvom Ivane Živoder, te predan na ocjenu u akademskoj godini 2020./2021.

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Sveučilišta Sjever na predanom znanju i uloženom trudu. Hvala Vam na vašoj upornosti.

Zahvaljujem svojoj mentorici na uloženom vremenu i trudu u usmjeravanju pisanja ovog rada.

Posebno se zahvaljujem svojem budućem suprugu, obitelji i prijateljima na bezuvjetnoj podršci, poticanju, strpljenju, savjetima i vjeri u moj uspjeh.

Hvala Vam svima od srca.

Sažetak

Poremećaji prehrane, a u određenoj mjeri i problemi s hranjenjem (dijeta, prejedanje) javljaju se u prijelaznom razdoblju adolescencije i tijekom prijelaza iz adolescencije prema ranoj odrasloj dobi. Poremećaji hranjenja su karakterizirani s teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju, a definiraju se kao kronično samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje. Općenito, poremećaje hranjenja karakterizira pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćena je neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane. Najpoznatiji poremećaji hranjenja današnjice (uz problem gojaznosti) su anoreksija i bulimija. Kako poremećaje u prehrani karakteriziraju zdravstvene poteškoće koje nerijetko zahtijevaju hospitalizaciju, važno ih je znati prepoznati, na vrijeme uočiti i pravovremeno reagirati. Čovjekovo zdravlje, kreativnost, efikasnost i raspoloženje direktno su vezani načinom ishrane koji svakodnevno primjenjuje. Pravilna i zdrava ishrana pomaže pojedincu da se lakše suoči sa životnim teškoćama i da se zaštiti od mnogobrojnih fizičkih i psihičkih bolesti.

Tijekom izrade završnog rada provedeno je istraživanje putem društvenih mreža u razdoblju svibanj/lipanj 2020. godine. Cilj istraživanja bio je utvrditi znanje i stavove zajednice o poremećajima prehrane. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 120 ispitanika, 76,7% žena i 23,3% muškaraca. Rezultati istraživanja su pokazali da ispitanici imaju visoku razinu znanja o poremećaju prehrane.

Medicinske sestre trebale bi aktivno sudjelovati u prevenciji poremećaja prehrane kroz edukaciju populacije različite dobi te liječenju oboljelih, njihovih problema i potreba, te poticanja na njihovo aktivno sudjelovanje u samom procesu liječenja. Uloga medicinske sestre očituje se i u pomoći pri savjetovanju obitelji kako se ponašati prema oboljeloj osobi. Daljnja istraživanja kojima se prate već oboljeli od potvrđivanja dijagnoze do izlječenja omogućila bi bolje razumijevanje razvoja i tijeka bolesti. Istraživanja rizičnih faktora trebala bi biti fokusirana na obiteljske odnose i utjecaj obitelji na adolescente u razvoju, utjecaj medija, te utjecaj školskog okruženja.

Ključne riječi: prehrana, poremećaj, znanje, stavovi, zajednica

Summary

Eating disorders, as well as diet problems to some extent (diets, overeating) occur in the transitional period of adolescence and during transition from adolescence to early adult age. Eating disorders are characterized by severe disturbances in eating habits and behavior, while these are defined as chronic self-imposed starvation or overeating. In general, eating disorders are associated with exaggerated concern and focus of an individual on the control over the shape and weight of the body, which is accompanied with unsuitable, irregular or chaotic intake of food. Best known eating disorders nowadays (along with the problem of obesity) are anorexia and bulimia. Since eating disorders are accompanied with health difficulties which often demand hospitalization, it is important to recognize them, spot them on time and react timely. Person's health, creativity, efficiency and mood are directly connected to the diet on a daily basis. Proper and healthy diet helps an individual to face life difficulties easier and to protect themselves from many physical and psychological illnesses.

While doing this thesis, a research was conducted by using social networks in the period of May/June 2020. The aim of the research was to determine the knowledge and views of the community on the topic of eating disorders. In the research there were 120 participants, out of which 76.7% were women and 23.3% were men. The results of the research showed that the subjects have high level of knowledge about eating disorders.

Nurses should actively participate in the prevention of eating disorders through the education of the population of various ages and treating sick individuals, their problems and needs, as well as encouraging their active involvement in the process of treatment. The role of a nurse is also seen in the counseling assistance for the family on how to treat the sick person. Further researches that monitor the sick from the diagnosis to the healing could provide better understanding of the development and the process of the disease. The researches of the risk factors should be focused on family relationships and the influence of the family on adolescents in development, as well as media influence and the impact of school environment.

Key words: diet, disorder, knowledge, views, community

Popis korištenih kratica

tj.	to jest
i sl.	i slično
BMI	Body Mass Indeks
ITM	Indeks Tjelesne Mase
WHO	World Health Organisation
DSM	Diagnostic–Statistic Manual
tzv.	takozvano
BED	Binge Eating Disorder
npr.	na primjer

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Poremećaji prehrane 2
   2.1. Prevalencija i incidencija 3
   2.2. Oblici poremećaja hranjenja 3
      2.2.1. Anorexia nervosa 3
      2.2.2. Bulimija nervosa 8
      2.2.3. Kompulzivno prejedanje 11
      2.2.4. Neodređen poremećaj hranjenja 14
   2.3. Etiologija 15
      2.3.1. Biološki faktori kod poremećaja 17
      2.3.2. Psihološki faktori kod poremećaja 20
      2.3.3. Socijalni faktori kod poremećaja 21
   2.4. Poteškoće pri liječenju oboljelih s poremećajem prehrane 22
   2.5. Psihoterapija oboljelih od poremećaja u prehrani 24
3. Istraživanje 26
   3.1. Sudionici 26
   3.2. Metode 26
   3.3. Rezultati 26
4. Rasprava 36
5. Zaključak 38

Popis tablica i grafikona 44

Prilozi 45

1. Uvod

Predmet rada su znanje i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici. Poremećaji u prehrani nisu novost u medicinskom svijetu, ali porastom broja oboljelih od poremećaja prehrane u prošlom desetljeću, postali su jedni od visokorizičnih poremećaja s najvećom stopom smrtnosti u odnosu na druge psihičke poremećaje. Kod poremećaja prehrane važno je zapamtiti kako fizički simptomi, posljedice koje samoizgladnjivanje, prejedanje i čišćenje izazivaju su samo površina tih poremećaja. Pravi razlozi su dublji te mnogo problematičnije mentalne slike nego one fizičke unatoč što se čini kako u poremećajima prehrane izgled i vanjština su centar zabrinutosti oboljelih. U ovom radu obradit će se glavni poremećaji prehrane: anoreksija nervosa, bulimija nervosa i kompulzivno prejedanje. Anoreksija i bulimija nervosa su dva najčešća poremećaja prehrane, pogotovo u zapadnoj civilizaciji gdje je mnoštvo mladih opsjednuto idealima ljepote koje „postavljaju“ mediji ili modna industrija, no imaju i dublje psihološke korijene gdje mogu biti samo način kompenziranja za neke životne situacije ili obiteljske probleme. Kod kompulzivnog prejedanja u kojima određene dijete koje su najčešće nezdrave, a postavljaju nerealna očekivanja, upravljaju životom pojedinca radi velike psihološke potrebe za hranom što čini jedan začarani krug između perioda izgladnjivanja i perioda prejedanja. Poremećaji prehrane definiraju se kao mentalne bolesti koje proizlaze iz kombinacije dugotrajnih bihevioralnih, bioloških, emotivnih, psiholoških, osobnih te socijalnih faktora. Iako se poremećaji prehrane ponekad povezuju samo s hranom te okupiranošću oko tjelesne težine zapravo su to kompleksne bolesti s različitim uzrocima. Osobe koje boluju od poremećaja prehrane koriste hranu i kontroliranje hrane kao način kako bi se nosili s osjećajima i emocijama koje za njih mogu biti nadmoćne. Za neke, biti na dijeti, prejedati se, a potom koristiti razne metode čišćenja može biti početni način nošenja s bolnim emocijama te jedino na taj način imaju osjećaj kao da drže kontrolu nad vlastitim životom. Takvo ponašanje je štetno za tjelesno i emocionalno zdravlje, samopoštovanje, osjećaj kompetentnosti i kontrole.

Cilj završnog rada je utvrditi znanje i stavove cjelokupne zajednice o poremećaju prehrane.

Pri izradi rada korišteni su primarni i sekundarni izvori podataka. Sekundarni izvori obuhvaćali su domaću i stranu stručnu i znanstvenu literaturu, baze podataka i internet. Primarni izvor podataka bilo je istraživanje provedeno putem društvenih mreža u razdoblju svibanj/lipanj 2020. godine.

2. Poremećaji prehrane

Poremećaji prehrane definiraju se kao mentalne bolesti koje proizlaze iz kombinacije dugotrajnih bihevioralnih, bioloških, emotivnih, psiholoških, osobnih te socijalnih faktora. Glavna karakteristika poremećaja hranjenja je to što sekundarne smetnje nastaju prvenstveno zbog promjena u hranjenju, a ne zbog bilo koje druge tjelesne ili psihičke bolesti [1].

Iako se poremećaji prehrane ponekad povezuju samo s hranom te okupiranošću oko tjelesne težine zapravo su to kompleksne bolesti s različitim uzrocima. Osobe koje boluju od poremećaja prehrane koriste hranu i kontroliranje hrane kao način kako bi se nosili s osjećajima i emocijama koje za njih mogu biti nadmoćne. Za neke, biti na dijeti, prejedati se, a potom koristiti razne metode čišćenja može biti početni način nošenja s bolnim emocijama te jedino na taj način imaju osjećaj kao da drže kontrolu nad vlastitim životom. Takvo ponašanje je štetno za tjelesno i emocionalno zdravlje, samopoštovanje, osjećaj kompetentnosti i kontrole.

Poremećaji u prehrani nisu novost u medicinskom svijetu, ali porastom broja oboljelih od poremećaja prehrane u prošlom desetljeću, postali su jedni od visokorizičnih poremećaja s najvećom stopom smrtnosti u odnosu na druge psihičke poremećaje. Kod poremećaja prehrane važno je zapamtiti kako fizički simptomi, posljedice koje samo izgladnjivanje, prejedanje i čišćenje izazivaju su samo površina tih poremećaja. Pravi razlozi su dublji te mnogo problematičnije mentalne slike nego one fizičke unatoč što se čini kako u poremećajima prehrane izgled i vanjština su centar zabrinutosti bolesnika.

Anoreksija i bulimija su dva najčešća poremećaja prehrane, pogotovo u zapadnoj civilizaciji gdje je mnoštvo mladih opsjednuto idealima ljepote koje „postavljaju“ mediji ili modna industrija, no imaju i dublje psihološke korijene gdje mogu biti samo način kompenziranja za neke životne situacije ili obiteljske probleme.

Kod kompulzivnog prejedanja u kojima određene dijete koje su najčešće nezdrave, a postavljaju nerealna očekivanja, upravljaju životom pojedinca radi velike psihološke potrebe za hranom što čini jedan začarani krug između perioda izgladnjivanja i perioda prejedanja [2].

2.1. Prevalencija i incidencija

Poremećaji hranjenja zastupljeni su u oko 4% adolescenata. U posljednjem desetljeću anoreksija nervoza pojavljuje se sve češće, s tendencijom rasta kao poremećaj djevojčica adolescentne dobi. Češća je 20 puta u djevojčica nego u dječaka. Prevalencija u mladih žena je 5%. U početku se izvještavalo kao o poremećaju pripadnika više klase, što novija istraživanja ne potvrđuju [3].

Češće se pojavljuje u razvijenim zemljama, posebice u žena koje su manekenke, balerine. Anoreksija se uglavnom pojavljuje između 10.-te i 30.-te godine života. Nakon 13.-te godine frekvencija pojavljivanja rapidno raste s maksimumom između 17-te. i 18.-te godine [4]. 85% bolesnica staro je između 13 i 20 godina [5].

2.2. Oblici poremećaja hranjenja

Najčešći poremećaji hranjenja su anoreksija nervosa, bulimija nervosa, kompulzivno prejedanje i neodređeni poremećaj hranjenja.

2.2.1. Anorexia nervosa

Riječ „anorexia“ je grčkog podrijetla, a označuje odsutnost apetita. Anoreksija nervoza je psihički poremećaj u kojem osoba pati jer ima osjećaj da je pretila te se podvrgava strogom režimu prehrane i oblicima ponašanja koji vode gubitku na tjelesnoj težini [1]. Osobe koje boluju od anoreksije pokušavaju održati tjelesnu težinu koja je ispod normalne granice za njihovu dob i visinu. Kako bi spriječili dobitak na težini ili još dodatno izgubili kilograme, osoba s anoreksijom će gladovati i/ili pretjerano vježbati Najčešće se javlja u dobi između 14 i 25 godina, a češća je pojava kod žena [6]. U početku poremećaj, poput anoreksije, je ponekad teško razlikovati od uobičajenog provođenja dijete, ali ubrzo postaje očigledno da je ponašanje preokupirano oko hrane i tjelovježbe. Drugim riječima hrana i gubitak kilograma postaje njihova opsesija.

Postoje dvije vrste anoreksije (Zavod za javno zdravstvo, 2014):

- Restriktivni tip anoreksije (tijekom epizoda anoreksije nema redovitog prejedanja ili čišćenja).
- Tip anoreksije s prejedanjem/čišćenjem (tijekom epizoda anoreksije javlja se redovito prejedanje ili čišćenje tj. namjerno povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira).

Unatoč mnogim mitovima vezanim uz anoreksiju te kako osobe koje boluju od nje uopće ne jedu, istina je da unatoč negiranju hrane i kontroliranju unosa koliko i što jedu, osoba može zadržati apetit za hranu, ali je u nemogućnosti dopustiti samoj sebi da konzumira hranu bez osjećaja gubitka kontrole [7].

To je čest psihološki obrazac koji vidimo na bolesnicima koji boluju od anoreksije. Najčešće drže sve pod kontrolom dok upravljaju hranom, izbirljivo probiru „sigurne“ namirnice, ne dovrše jelo do kraja, pretjerano vježbaju nakon obroka kako bi izgubili kalorije koje su unijeli [7]. Postoje i osobe koje odbijaju jelo u potpunosti te čak dolazi do stanja gdje osoba odbija i vodu.

Kod poremećaja poput anoreksije iznimno je važno rano otkrivanje i liječenje. Osobe koje boluju od anoreksije često imaju tjelesnu težinu 15% ili više ispod granice očekivane za njihovu dob, spol te visinu [8].

Simptomi anoreksije

Simptomi anoreksije mogu biti fizički, psihološki te bihevioralni odnosno vezani uz ponašanje. Fizički simptomi anoreksije očituju se kroz [9]:

- nagli gubitak na težini ili često variranje tjelesne težine
- vrtoglavica,
- nesvjestica,
- konstipacija, nadutost,
- osjećaj umora, nesanica,
- čest osjećaj hladnoće čak i tijekom toplijih mjeseci u godini (uzrokovano slabom cirkulacijom),
- manjak energije,
- amenoreja/neregularne menstruacije kod žena te smanjen libido kod muškaraca,
- promjene na koži (blijeda, suha koža, pojava lanugo dlačica).

Psihološki simptomi anoreksije [10]:

- nisko samopouzdanje
- preokupacija hranom za gubitak kilograma i oblik tijela te kako bi ono „trebalo“ izgledati,
- izražen strah od debljanja,
- anksioznost tijekom obroka,
- depresija,

- odbijanje ideje dolaska do normalne težine za svoju dob, visinu,
- problemi s koncentracijom,
- dijeljenje hrane na „dobru i lošu“, što utječe na njihovu percepciju samih sebe (ukoliko su pojeli „lošu“ hranu, osjećaju se kao da su i oni loši, izvan kontrole, „neuspješni“),
- iskrivljena slika tijela (sebe vide kao pretile osobe dok su zapravo pothranjeni),
- preosjetljivost na komentare vezane uz dijete, tjelovježbu, hranu, tjelesnu težinu, oblik tijela.

Bihevioralni simptomi anoreksije su [9]:

- računanje kalorija,
- izbjegavanje određene vrste hrane poput jednostavnih ugljikohidrata i masti,
- usitnjavanje hrane na sitne komadiće,
- preskakanje obroka, post,
- uzimanje tableta za smanjenje apetita i/ili laksativa,
- često mjerenje tjelesne težine, preokupiranost izgledom i traženjem mana na svome tijelu,
- izbjegavanje društva,
- izbjegavanje situacija gdje moraju jesti pred ljudima,
- skrivanje hrane koju su trebali pojesti, govore kako su jeli iako zapravo nisu, skrivanje mjesta gdje odbacuju nepojedeni obrok,
- pretjerana i česta tjelovježba koju provode unatoč bolesti, ozljedama,
- opsesivni rituali oko pripreme hrane, preferiraju pripremati hranu za druge,
- samoozljeđivanje, suicidalne misli i suicidalni pokušaji,
- osobe koje pate od tipa anoreksije s prejedanjem-čišćenjem, često skrivaju tragove hrane koje su pojeli te metode čišćenja odnosno bočice laksativa ili drugih načina kojima provode čišćenje.

Osobe koje boluju od anoreksije velikim brojem jesu osobe ženskog spola, iako su 5% do 10% oboljelih muškarci [11]. Broj muškaraca oboljelih od anoreksije je sve veći [9], isto kao što se ovaj poremećaj počeo pojavljivati i kod osoba različite životne dobi, rase te socioekonomskog statusa. Ne postoji jedan razlog zašto osoba razvije poremećaj poput anoreksije. Često je on ukorijenjen s više čimbenika, što dovodi do saznanja koliko je zapravo anoreksija ozbiljna psihološka bolest. Rizični faktori koji mogu kod pojedinca razviti poremećaj prehrane su: socio-kulturološki

čimbenici, genetika, osobine pojedinca, pritisak obitelji, traume, stresovi i sl. [12]. Važno je napomenuti da anoreksija često nije jedina psihološka bolest već je udružena s drugim psihičkim bolestima poput depresije, opsesivno kompulzivnog poremećaja, suicidalnih misli, samoozljeđivanja. Česta osobina koju osobe koju boluju od anoreksije imaju jest perfekcionizam upravo zbog težnje da budu savršeni te da imaju sve pod svojom kontrolom.

U zdravstvenoj njezi bolesnika sa poremećajem u prehrani poput anoreksije mjeri se BMI (engl. body mass indeks) ili ITM (indeks tjelesne mase). To je pokazatelj stupnja uhranjenosti tijela, a izračunava se omjerom tjelesne težine u kilogramima i kvadrata tjelesne visine u metrima (TM kg/TV m^2). Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (engl. World Health Organisation, WHO) indeks tjelesne mase klasificira se na način prikazan u tablici 2.2.1.1.

Pothranjenost	< 18,5
Normalna uhranjenost	18,5 - 24,9
Pretilost:	25,0 – 29,9
Pretilost I stupnja	30,0 – 34,9
Pretilost II stupnja	35,0 – 39,9
Pretilost III stupnja	> 40,0.

Tablica 2.2.1.1 Klasifikacija indeksa tjelesne mase.

Izvor: D. Marčinko: Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

Osobe koje boluju od anoreksije ne moraju automatski imati ITM manji od 18,5. Poremećaj često počne prije nego što osoba počne naglo gubiti na težini, što je jedan od razloga kasnog otkrivanja poremećaja koji može biti dugotrajan te dovesti do teško psihofizičkog stanja bolesnika prije nego što se otkrije uzrok svih simptoma koje anoreksija uzrokuje.

Američka Psihijatrijska Asocijacija je 2013. godine izdala tablicu za ITM koja se koristi za kategoriziranje anoreksije (tablica 2.2.1.2).

Blaga anoreksija:	≥ 17,0
Umjerena anoreksija:	16,9 – 16,0
Teška anoreksija:	15,9-15,0
Ekstremna anoreksija:	< 15,0

Tablica 2.2.1.2 Klasifikacija indeksa tjelesne mase.

Izvor: D. Marčinko: Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

Prema dijagnostičkim parametrima osoba koja izražava strah od dobitka na tjelesnoj težini, ponašanjem pokušava spriječiti dobitak na tjelesnoj težini, ima iskrivljenu sliku o svome tijelu, tjelesna težina je ispod granice normalne vrijednosti za dob i visinu, imala bi anoreksiju. Osobe koje boluju od anoreksije mogu biti u potencijalno životno ugroženom stanju zbog odbijanja tretmana oporavka, dugog prikrivanja bolesti te neshvaćanja ozbiljnosti posljedica.
Anoreksija nervosa ima najveći mortalitet od svih mentalnih bolesti, oko 5% osoba koje su oboljele od anoreksije umiru od komplikacija uzrokovanih anoreksijom [13]. Često je njihov strah od povećanja tjelesne težine mnogo veći nego strah od smrti zbog komplikacija svoje bolesti.

Posljedice dugogodišnje anoreksije

Prema National Institute of Mental Health, Eating Disorders (2014) najčešće posljedice su:

- smanjenje koštane mase (osteopenija, osteoporoza),
- slaba kosa i nokti,
- suha i žućkasta koža,
- pojava laganih dlačica po cijelom tijelu,
- anemija, atrofija mišića, slabost,
- teška opstipacija,
- nizak krvni tlak, usporeno disanje,
- bradikardija,
- oštećenja strukture i funkcije srčanog mišića,
- oštećenje mozga,
- otkazivanje rada više organa,
- smanjenje unutarnje tjelesne temperature,
- letargija, osjećaj umora tijekom cijelog dana,
- neplodnost.

Manoreksija

Povremeni slučajevi anoreksije uočavali su se kod muškaraca od 1689. kada je Morton opisao slučaj jednog mladića [14].
U međunarodnoj literaturi postoji vrlo malo istraživanja o poremećajima hranjenja kod muškaraca [9,15]. U općoj populaciji ova vrsta poremećaja je još uvijek jedna velika nepoznanica. Dostupne studije zabilježile su da u prosjeku na deset osoba pogođenih anoreksijom nervozom samo jedna

pripada muškom spolu s rasponom koji se kreće, po nekim autorima od 5% do 15% od ukupnog broja slučajeva. Što se tiče incidencije anoreksije kod muškaraca, misli se da je ona godišnje ispod jednog slučaja na 100.000 stanovnika. Malobrojni podaci kojima se raspolaže pokazuju da je među muškarcima pogođenima poremećajima hranjenja povećana prevalencija onih homoseksualne orijentacije (20%) i velika prevalencija premorbidne pretilosti (50%), depresije i zlouporabe psihoaktivnih tvari [14].

Stručnjaci upozoravaju da manoreksija pogađa sve veći broj dječaka, najčešće u dobi između 10 i 14 godina. Osim što se izgladnjuju, da bi imali što bolje tijelo posežu za drogom i dodacima ishrani koji povećavaju mišićnu masu. Na iskrivljenu sliku svakako utječu mediji koji stvaraju prividnu sliku savršenog tijela. Sve to dovodi do razvoja manoreksije koja zahtijeva dugotrajno liječenje.

Izgladnjivanje, doživljaj sebe kao pretiloga iako vaga pokazuje tjelesnu težinu nižu od prosječne u odnosu na visinu, mržnja prema svom tijelu, niska razina samopouzdanja, korištenje sredstava za mršavljenje, pretjerano razmišljanje o svom tijelu i njegovu izgledu, nedostatak seksualne želje, depresija, uzimanje laksativa i diuretika, izoliranje od društva, glavni su znakovi manoreksije [15].

2.2.2. Bulimija nervosa

Bulimija je ozbiljan poremećaj prehrane koji potencijalno može biti opasan po život. Karakteriziraju ga dva ciklusa, prejedanje te kompenzacijsko ponašanje kao što je samostalno isprovocirano povraćanje kako bi poništili učinke prejedanja [16].

Kod bulimije čišćenje može biti samo inducirano povraćanje, korištenje laksativa ili diuretika, emetika, pretjerana tjelovježba kako bi osoba izbacila što veću količinu hrane ili tekućine koja je unesena tijekom ciklusa prejedanja. ITM u pojedinca koji boluje od bulimije općenito je u granicama normale ili u visoko normalnim granicama [17].

Osjećaj gubitka kontrole se pojavljuje nakon ciklusa prejedanja, ujedno osjećaj krivnje i srama su jedni od katalizatora koji će potaknuti osobu da provede čišćenje. Dijagnostički kriteriji za bulimiju prema Dijagnostičko–statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5 klasifikacija, 2013).

Ponavljajuće epizode prejedanja koje su karakterizirane sljedećim [16]:

- U kraćem vremenskom razdoblju (2 sata) osoba unosi količinu hrane koja je zamjetno veća od količine koju bi većina ljudi pojela tijekom sličnog vremenskog razdoblja i tijekom sličnih okolnosti
- Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom trajanja epizode prejedanja (osoba osjeća da ne može prestati jesti ili kontrolirati koliko jede)

- Ponavljajuća neprikladna kompenzacijska ponašanja (tzv. „čišćenja“) s ciljem sprječavanja dobivanja na težini (samo izazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, gladovanje ili prekomjerna tjelovježba)
- I prejedanje i neprikladna kompenzacijska ponašanja (tzv. „čišćenja“) javljaju se prosječno jednom tjedno kroz tri mjeseca
- Tjelesna težina i oblik tijela pretjerano utječu na procjenjivanje samog/same sebe
- Smetnje se ne javljaju isključivo tijekom epizoda anoreksije

Popularno je mišljenje manje informiranih ljudi kako samo osobe koje povraćaju boluju od bulimije; iako veliki broj oboljelih od upravo koristi samo inducirano povraćanje kako bi „poništili“ ono što su napravili tijekom procesa prejedanja.
To nije jedini način čišćenja kao što se prvotno napomenulo, oboljeli može idući dan nakon ciklusa prejedanja gladovati ili uvesti težak režim tjelovježbe, koristiti diuretike, laksative te emetike kako bi se „pročistila“ od hrane koju je pojela.
Klinička slika bulimije ima dvije kategorije: prejedanje s čišćenjem i prejedanje bez uporabe laksativa, diuretika i emetika gdje bolesnici koriste kompenzacijsko ponašanje radi regulacije tjelesne težine. Pojedinac može u ciklusu prejedanja unijeti u sebe između 1000 do 6000 kalorija u tijeku od jednog do dva sata [18].
Takvi ciklusi prejedanja najčešće uzrokuju širenje želudca. Osoba može imati problema s opstipacijom ili regurgitacijom hrane [19].

Simptomi bulimije

Najčešći simptomi uočeni kod osoba koje boluju od bulimije su:

- dokazi o prejedanju, npr. nestanci velikih količina hrana u kratkom vremenskom razdoblju, pronalasci omota koji indiciraju na konzumaciju velike količine hrane,
- česti odlasci na toalet nakon obroka, znakovi i mirisi povraćanja, omoti ili pakiranja kutijica laksativa, diuretika, emetika,
- natečeni obrazi, upaljene žlijezde slinovnice,
- žuljevi na prednjoj strani ruku ili na zglavcima prstiju od samo induciranja povraćanja,
- promjena pigmentacije zubi,
- socijalna izoliranost,
- preokupiranost tjelesnom težinom, gubitkom na tjelesnoj težini, kontroliranjem prehrane,
- rigidne tjelovježbe bez obzira na vrijeme, ozljede ili bolesti,

- kreiranje planova ili rituala kada će se odviti ciklus prejedanja – čišćenja,
- nisko samopouzdanje.

Bulimija može djelovati iznimno štetno na tijelo oboljele osobe. Kada se ciklus prejedanja i čišćenja odvija neko vrijeme, cijeli gastrointestinalni sustav može biti oštećen. Zbog ciklusa čišćenja može doći do neravnoteže elektrolita u tijelu koji mogu uzrokovati oštećenje srca ili drugih vitalnih organa.

Posljedice bulimije

Najčešće posljedice koje može uzrokovati bulimija su:

- poremećaji ravnoteže elektrolita mogu dovesti do neodgovarajućeg srčanog ritma, mogućeg zastoja srca te smrti, uzrokovano dehidracijom te manjkom kalija, natrija kao rezultata ciklusa čišćenja,
- upala te moguća ruptura jednjaka zbog čestog samo induciranog povraćanja,
- karijes te mrlje po zubima zbog želučane kiseline koja nagriza caklinu zubi te ih čini slabijima, a nastaje zbog samo induciranog povraćanja,
- kronično nepravilna peristaltika crijeva te opstipacija zbog zlouporabe laksativa, diuretika,
- ruptura želuca je rijetka pojava, ali je moguća kod bulimije zbog ciklusa prejedanja.

Postotak ženskih osoba oboljelih od bulimije je u porastu, utječe na 1-2% adolescenata i mladih odraslih žena, a oko 80% bolesnika oboljelih su žene [16].

Velik broj osoba s bulimijom pokazuju simptome depresije te poremećaja prilagodbe koji je izazvan novonastalim životnim situacijama poput preseljenja, promjene škole, okruženja, odlaskom na fakultetsko obrazovanje u drugi grad, odnosno promjena koje zahtijevaju socijalnu prilagodbu. Uobičajeni tijek bolesti je kroničan i traje mnogo godina s povremenim remisijama [20].

Razina ozbiljnosti poremećaja poput bulimije, temelji se na učestalosti neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja [16]:

a) **Blaga bulimija:** prosjek od 1-3 epizode neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.
b) **Umjerena bulimija:** 4-7 epizoda neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.
c) **Teška bulimija:** 8-13 epizoda neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.
d) **Ekstremna bulimija:** 14 ili više epizoda neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.

Pojam „prejedanje“ u današnjem društvu se često koristi te većina ljudi točno može opisati taj osjećaj i povezati ga s ciklusom prejedanja koji se događa u osoba koje boluju od bulimije. No, za osobe koje boluju od bulimije taj pojam je primarno povezan s osjećajem da su izvan kontrole te nemogućnosti zaustavljanja. Vrsta hrane tijekom prejedanja je različita kod svakog pojedinca, ali može se i mijenjati od jednog ciklusa do drugog. Većina oboljelih će ipak posegnuti za visoko kalorijskim namirnicama, primjerice brzom hranom, slatkišima, kolačima. Prejedanje često započne tako da pojedinac pojede jedan dio „zabranjene“ hrane kao što je na primjer jedan komad kolača i odmah se pojavi osjećaj krivnje koji kod većine dovede do odluke da pošto su ionako upropastili svoju „dobru“ prehranu ili dijetu, nastavit će sa prejedanjem. Kod nekih bolesnika prejedanje uzrokuje iznimna želja za prejedanjem. Oni osjećaju kako njihovo tijelo žudi za tim, osjećaji postaju sve intenzivniji, a jedini način da ga se riješe je da započnu novu epizodu prejedanja [21].

Na početku epizoda prejedanja može se i uzrokovati osjećaj zadovoljstva i olakšanja, no ubrzo te emocije zamjenjuje osjećaj krivnje, gađenja prema samome sebi, ljutnje pogotovo nakon što epizoda završi. Nakon završetka prejedanja, jedini način umirivanja tih emocija te straha od debljanja jest neki oblik čišćenja [22]. I tako se ciklus između epizoda prejedanje i čišćenja nastavlja u začaranom krugu. Osjećaj srama oko svojih navika hranjenja je jako izražen te će se potruditi sakriti ih. Radi tajnovitosti, straha od osuđivanja, krivice te kritiziranja, osobe koje boluju od bulimije neće podijeliti niti s najbližima svoj problem te su sposobni mnogo godina čuvati tu tajnu prije nego što potraže pomoć [23].

Za osobe koje boluju od bulimije je manje vjerojatno da će biti hospitalizirane u svrhu liječenja. Kod pojedinca čija krvna slika prikazuje poremećaj elektrolita, nedostatak hranjivih tvari ili koji su depresivni i suicidalni, hospitalizacija je nužna [24].

2.2.3. Kompulzivno prejedanje

Kompulzivno prejedanje je poremećaj prehrane kojeg karakteristika unos velike količine hrane kao odgovor na stres, emocije, probleme s kojima osoba nije u mogućnosti ispravno upravljati ili ih riješiti. Razlika između kompulzivnog prejedanja te bulimije je u tome što osobe koje boluju od kompulzivnog prejedanja ne koriste nikakve metode čišćenja nakon što završi ciklus prejedanja. Isto tako oni ne moraju nužno pojesti velike količine hrane u kratkom periodu kao što je to tipično za osobe koje boluju od bulimije. Jednako kao i kod anoreksije te bulimije, kompulzivno prejedanje može dovesti do ozbiljnih psihofizičkih oštećenja. Takve osobe imaju povećani rizik za nastanak komorbiditeta kao što su šećerna bolest tipa 2, hipertenzija, moždani udar, određene vrste karcinoma, neplodnost i druga stanja [12].

Postoji nekoliko statistika koje odražavaju broj osoba koje sudjeluju u istraživanju o kompulzivnom prejedanju, međutim opća procjena pokazuje da je otprilike 2% opće populacije pod utjecajem tih ponašanja, a 8% stanovništva se bori sa pretilošću radi kompulzivnog prejedanja. Uzroci kompulzivnog prejedanja mogu biti genetika, traumatski događaji koje je osoba proživjela, ukoliko je bila žrtva nasilja te zanemarivanja, nisko samopouzdanje, već postojeće dijagnoze psihičkih bolesti ili netko u obitelji ima psihičku bolest ili poremećaj prehrane [12].

Simptomi kompulzivnog prejedanja

Simptomi kompulzivnog prejedanja mogu se očitovati kao fizički, bihevioralni, psihološki, emotivni i socijalni. Fizički simptomi kompulzivnog prejedanja prepoznaju se kroz [1]:

- pretilost
- visoke razine kolesterola
- kratke udisaje
- šećernu bolest
- povećanje tjelesne težine
- varikozne vene
- otežanu mobilnost
- hipertenziju
- deprivaciju sna
- umor
- bolesti srca
- mogućnost infarkta srca, te smrti
- artritis.

Simptomi bihevioralnog ponašanja kod kompulzivnog prejedanja su:

- prejedanje čak i kada glad nije prisutna, osoba bez kontrole unosi velike količine hrane,
- jedenje hrane brže nego što je to uobičajeno,
- stalno isprobavanje različitih dijeta.

Psihički simptomi kompulzivnog prejedanja karakteriziraju se sljedećim ponašanjem i navikama:

- osoba je svjesna svojih prehrambenih navika te koliko su one abnormalne,
- preokupacija hranom i tjelesnom težinom,

- depresija i anksioznost,
- Samopercepcija svojeg oblika tijela.

Simptomi emotivnog kompulzivnog prejedanja karakteriziraju se:

- promjenom raspoloženja,
- iznimnom samokritičnošću,
- strahom o nemogućnosti prestanka jedenja,
- ponižavajućim mislima o samome sebi nakon prejedanja.

Simptomi socijalnog ponašanja kod kompulzivnog prejedanja su:

- u društvu osoba jede manje količine hrane,
- svoje socijalne te profesionalne neuspjehe pripisuje tjelesnoj težini,
- povlači se iz aktivnosti zbog srama oko svog izgleda[20-41].

Osobe koje boluju od kompulzivnog prejedanja često započnu različite dijete te nakon što i izgube kilograme ostanu preokupirane svojim izgledom te im je dovoljan jedan negativan događaj kako bi ponovno krenuli s prejedanjem. Često čujemo termin „emotivno prejedanje“ što kod osoba koji boluju od kompulzivnog prejedanja opisuje njihov odnos s hranom. Njima je hrana poput droge koja im pruža trenutni „ispušni ventil“ za sve emocije koje imaju, međutim, uskoro nakon što završi prejedanje, osoba osjeća veliki sram te grižnju savjesti zbog svega što je pojela[20-41].
Kompulzivno prejedanje može biti rezultat obiteljskih prehrambenih navika. Sve češće je zabilježen porast u broju pretile djece zbog nezdravog pristupa prehrani. Mnogi temeljni čimbenici vežu se uz povećanje porcija serviranja, hranjenje u restoranima brze hrane, sve veću upotrebu elektronike, gledanje televizije za vrijeme obroka, a sve manje provođenje tjelesne aktivnosti na otvorenim prostorima. Pretilo dijete često postaje pretili adolescent te na kraju i pretila odrasla osoba [24]. Dijete dobiva navike prehrane od svojeg okruženja. Ukoliko roditelji sami konzumiraju velike i nezdrave porcije hrane, velika je mogućnost da dijete nikada nije razvilo normalan stav prema hrani. Mogu imati jednake simptome kompulzivnog prejedanja, a često i kad ne osjećaju glad imaju potrebu za hranom. Hranu koriste kao „utjehu“ zbog socijalne izoliranosti, neshvaćanja ili drugih problema sa kojima se susreću. Djeca i adolescenti su sve manje tjelesno aktivni te imaju loše prehrambene navike koje mogu rezultirati razvojem poremećaja prehrane kompulzivnog prejedanja. Zato je bitno rano uočavanje problema, poticanje na promjene te razvijanje zdravih prehrambenih navika [25].

Jedan od problema koji se susreće kod kompulzivnog prejedanja je neshvaćanje ozbiljnosti tog poremećaja te da je on jednako štetan kao što su to takozvani „popularni“ poremećaji prehrane poput anoreksije te bulimije.
Diljem svijeta prekomjerna tjelesna težina kod djece je u porastu te se predviđa da će do 2020. godine već oko 9% predškolske djece (60 milijuna) biti prekomjerne tjelesne težine ili pretilo te je razvijanje učinkovite strategije za liječenje ovog problema od iznimne važnosti [26-28]. Zato je bitno podići svijest ne samo roditeljima već i cijeloj zajednici o ozbiljnosti poremećaja kompulzivnog prejedanja, posljedice koje se razvijaju ukoliko se on ne detektira u ranijim stadijima.

2.2.4. Neodređen poremećaj hranjenja

Pod neodređenim poremećajem hranjenja podrazumijevaju se svi slučajevi u kojima osoba iskazuje neka ponašanja tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije i bulimije nervoze [31].
Ova se dijagnoza postavlja relativno često te, uključuje i poremećaj nekontroliranog hranjenja (BED) koji se sve češće pojavljuje kao zaseban poremećaj. Učestalost poremećaja nekontroliranog hranjenja kreće se u rasponu od 0.7-4% u općoj populaciji [21].

Prema DSM-V klasifikaciji, poremećaj hranjenja, neodređen, odnosi se na sljedeće primjere:
(A) Kod žena su zadovoljeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu osim što osoba ima redovite menstrualne cikluse.
(B) Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu osim što usprkos gubitku na težini osoba ima normalnu težinu.
(C) Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju tijekom najmanje tri mjeseca, manje od dva puta tjedno.
(D) Ponašanje pri kojem osoba s normalnom težinom koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane.
(E) Ponavljano žvakanje te pljuvanje, ali ne i gutanje velikih količina hrane.
(F) Ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu.

Poremećaj nekontroliranog jedenja (engl. „binge eating disorder“ BED) je poremećaj u kojem pacijenti imaju epizode prejedanja, ali ne upotrebljavaju kompenzacijska ponašanja za regulaciju tjelesne težine koja su karakteristična za bulimiju nervozu. Da bi se moglo govoriti o poremećaju

nekontroliranog jedenja, napadi jedenja se moraju pojaviti najmanje dva dana tjedno u razdoblju od šest mjeseci. Poremećaj nastaje u ranoj odrasloj dobi i to najčešće nakon značajnog smanjenja tjelesne težine zbog provođenja dijete. Glavna obilježja nekontroliranog poremećaja jedenja: česta prejedanja, nemogućnost kontrole tijekom epizode, velika tjelesna težina, često na neuspjelim dijetama, prisutan osjećaj krivnje i srama.

2.3. Etiologija

Uzrok poremećaja hranjenja je nepoznat, međutim činjenice podupiru ulogu bio psihosocijalnih čimbenika [29]. Od bioloških faktora najznačajniji su dob, spol i tjelesna težina. Kod psiholoških faktora značajnu ulogu imaju samopoštovanje, perfekcionizam te zadovoljstvo slikom tijela [30]. Kada je riječ o socijalnim faktorima najčešći su utjecaj medija, vršnjaka i roditelja na sliku tijela. Funkcija hipotalamo-hipofizno-gonadalne osi je poremećena. Kortizol u plazmi je povišen, njegov metabolizam smanjen, povišen kortikotropni oslobađajući hormon, povišeni endogeni opijati, a serotonin je snižen kao posljedica malnutricije. Funkcija štitne žlijezde je također „prigušena“[29].

Dijeta u mladih osoba može biti uvod u poremećaj hranjenja ako je udružena s niskim samopouzdanjem, negativnim doživljajem tijela te kada u obitelji već postoje osobe s poremećajem hranjenja. Psihološki čimbenici najviše utječu na nastanak poremećaja hranjenja uvažavanjem aktualnog shvaćanja ljepote i promocijom mršavosti kao ideala [31].

Poremećaj hranjenja je jedna od čestih tema koja zaokuplja pažnju roditelja djece mlađeg uzrasta. Često članovi uže i šire obitelji zajednički sudjeluju u pronalaženju postupaka koji bi donijeli željenu promjenu bilo da se kod djeteta radi o konzumiranju premalo ili previše hrane. Najčešće se radi ipak o tome da su roditelji često bezrazložno opterećeni količinom hrane koju dijete uzima, iako ono nije premršavo. Osobe s poremećajima hranjenja usvajaju ekstremna i rigidna dijetna pravila. Ta pravila uključuju vrijeme (npr. nikada prije večere), vrstu hrane (npr. samo voće i povrće) te količinu (npr. jako malene porcije). Ostala tipična pravila uključuju: brojanje kalorija prije, za vrijeme i nakon jela, stalno čitanje etiketa s kalorijskim sastavom namirnica, nikada ne jesti s drugima, uvijek jesti manje od drugih, ne jesti kada se ne osjeća glad, ne nadoknađivati preskočeni obrok, jesti što kasnije, nikada ne ići u restoran ili pizzeriju [31].

Istraživanja pokazuju da tijekom adolescencije 80% osoba drži dijetu. Dijeta je potencijalno učinkovita strategija kojom se kontrolira tjelesna težina te tako sprječavaju poremećaji kao što su kardiovaskularne bolesti i dijabetes, koji se vezuju uz prekomjernu težinu.

S druge strane, dijeta u adolescenciji se učestalo javlja kod poremećaja prehrane. Osobe na dijeti su posebno rizična skupina za razvoj ovih poremećaja.

Postoje tri osnovne vrste dijete, a osobe koje se prejedaju, posebno one s bulimijom nervozom, koriste sva tri načina kako bi postigle željeni cilj.

Prva vrsta je izbjegavanje jela. Osobe ne jedu apsolutno ništa između jedne i druge epizode prejedanja. Ponekad ne jedu danima. Trude se da tijekom dana izdrže što duže bez jela, najčešće do večere. Ovo ponašanje je tipično za četvrtinu bulimičnih osoba dok u općoj populaciji samo 1% osoba ne jede tokom cijelog dana.

Druga vrsta je ograničavanje količine. Obično uključuje kontrolu nad količinom hrane koja mora biti ispod neke kalorijske vrijednosti. Mnogim osobama s bulimijom nervozom ta je granica 1000 ili 1200 kalorija što je znatno ispod neophodne dnevne količine. Manji broj osoba određuje još ekstremnije granice. Programi posta uz uzimanje tekućine što iznosi samo 450-800 kalorija na dan.

Treća vrsta je izbjegavanje hrane. Osobe koje izbjegavaju određenu vrstu hrane smatraju da ih takva hrana deblja ili im je u prošlosti njezino uzimanje potaknulo bulimičnu epizodu. Često takvu vrstu hrane opisuju kao lošu, zabranjenu ili opasnu. Istraživanja pokazuju da jedna od pet žena drži takvu vrstu dijete. Suprotno tome, ovu metodu koriste tri od četiri bulimične osobe i pedeset posto osoba s poremećajem kompulzivnog prejedanja [31].

Efekti držanja dijete manifestiraju se na tjelesnom i psihološkom stanju. Tjelesni efekti držanja dijete su mnogobrojni, a uz to neki i vrlo štetni. Ponavljani ciklusi gubitka na težini koji se ponekad nazivaju „jo-jo dijetom“, mogu djelovati na sastav i metabolizam tijela tako da svaki sljedeći pokušaj gubitka težine postaje sve teži. U tjelesne efekte ubrajamo bolove u mišićima, hipotermiju, preosjetljivost na buku i svjetlost, smetnje u glasu, gastrointestinalne smetnje [32], parestezije, smanjeni bazalni metabolizam, opća slabost te smanjena količina energije. Uz to se javljaju poremećaji sna i spavanje te pad seksualnog interesa. Ekstremne dijete mogu utjecati na hormone koji uzrokuju neredovite menstruacije i njihov nestanak. Obzirom na to da redoviti menstrualni ciklusi zahtijevaju izvjesnu minimalnu razinu masnoća u tijelu razumljivo je zašto žene oboljele od anoreksije gube menstruaciju. Iako je količina masnoće dovoljna, dijeta može utjecati na menstruaciju [33]. Hormonski poremećaj je utvrđen kod polovine bulimičnih i četvrtine osoba s poremećajem kompulzivnog prejedanja.

Psihološki efekti držanja dijete uključuju promjene u ponašanju i stavovima u odnosu na hranu te niz emotivnih, kognitivnih i socijalnih promjena. U području stavova se javlja povećana zabrinutost za izgled i prehranu. Javljaju se neke neobične navike hranjenja te se povećava potrošnja čaja, kave i začina. Na emotivnom se planu javlja euforija koja je karakteristična za početnu fazu držanja dijete, a nakon toga ju mijenjaju negativne emocije, apatija, razdražljivost, ljutnja, depresija, anksioznost te emotivna labilnost. Također su moguće psihotične epizode, opsesivni simptomi, promjene ličnosti i socijalna izolacija. Na kognitivnom se planu javlja pad koncentracije te smanjena sposobnost apstraktnog razmišljanja [34,35]. Neke su osobe potpuno

zaokupljene upravo onime što pokušavaju izbjegavati te su nesposobne razmišljati o bilo kojim drugim stvarima osim o hrani.
Iako se trude zaokupiti svakodnevnim aktivnostima koje zahtijevaju pozornost poput čitanja, razgovaranja, gledanja televizije, obavljanje takvih aktivnosti je gotovo nemoguće. Zanimljivo je navesti da se u populacijama gdje je učestalije provođenje dijete javlja više slučajeva anoreksije nervoze. Naravno svaka osoba koja je na dijeti neće razviti anoreksiju, međutim, činjenica je da taj broj raste s porastom broja osoba koje su na dijeti [34].

2.3.1. Biološki faktori kod poremećaja

Postoji cijeli niz istraživanja o utjecaju bioloških faktora na razvoj poremećaja hranjenja, također i niz pokušaja da se nastanak poremećaja hranjenja objasni genetskim uzročnicima, ali još uvijek nisu točno poznati genetski mehanizmi koji se nalaze u osnovi poremećaja hranjenja.
Usprkos tome, sa sigurnošću se može tvrditi da biološka predispozicija djelomično jest genetska što objašnjavaju nalazi u kojima je zapažen povećan rizik kod bliskih srodnika i monozigotnih blizanaca. Istraživanja su pokazala da postoji obiteljska sklonost anoreksiji gdje povećan rizik imaju osobe kojima srodnik prvog reda boluje od tog poremećaja. Također rizik za razvoj anoreksije može stvoriti i rani pubertetski razvoj [35].

Dob

Poremećaji hranjenja predstavljaju poremećaje tipične za mlade žene, iako se neki pojavljuju već u djetinjstvu, to jest prije 14.-te godine. Najčešći je poremećaj hranjenja u dječjoj dobi anoreksija, dok se pravi sindrom bulimije vrlo rijetko viđa prije 14.-te godine. Anoreksija nervoza vrlo rijetko počinje prije puberteta, a isto tako rijetko počinje u žena starijih od 40. godina. Prosječna dob u kojoj se pojavljuje je 17 godina. Klinička i znanstvena istraživanja dokazuju da u sredini kasne adolescencije poremećaj postiže svoj maksimalan nastup. U kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi obično započinje bulimija nervoza, a prosječno se pojavljuje oko 20 godina.
Istraživanja poremećaja djece u *školskoj dobi* pokazuju da djeca već u osnovnoj školi žele biti mršavija nego što jesu: oko 45% djece želi biti mršavije, 37% djece na neki način pokušava smanjiti svoju tjelesnu težinu, a 6.9% djece postiže na adaptiranoj verziji Upitnika navike hranjenja rezultat u rangu patološkog [36].
U skupini djece čiji je rezultat upućivao na to da postoji patologija hranjenja, iskrivljena predodžba o tijelu bila je povezana s dijetom i brigom zbog težine. Kod djece školske dobi je prisutno odbijanje hrane, rituali tijekom obroka te fobična ponašanja [36].

U *srednjoškolskoj dobi* djevojke su rizična skupina za razvoj poremećaja hranjenja. Poremećaji hranjenja koji se javljaju u tom razdoblju mogu se kretati od nezadovoljstva vlastitim tijelom preko nepatološkog držanja dijete, pa sve do čistih poremećaja hranjenja (anoreksija i bulimija). I dok samo 3,5% svih adolescentnih djevojaka pati od nesumnjivih, „čistih" poremećaja hranjenja, većina ih drži dijetu. Držanje dijete se može smatrati problematičnim ponašanjem jer može dovesti do fluktuacije u težini i prejedanja, a oba ponašanja oštećuju zdravlje. *Prvi model* usmjeren je na relativni trenutak pubertetskog sazrijevanja. Obzirom na taj trenutak djevojke mogu biti razvijene rano, pravovremeno ili kasno. Istraživanjem je potvrđeno da djevojke koje rano sazrijevaju iskazuju negativnie stavove o vlastitom tijelu i drže dijetu u većem stupnju nego što to čine njihove vršnjakinje koje su u trenutku dostizanja puberteta bile starije. Učinci ranog sazrijevanja su dugotrajni te je vidljivo da nezadovoljstvo tijelom i učestalost držanja dijete rastu upravo tijekom puberteta [36].

Drugi model ukazuje da kumulativni stres djeluje negativno na psihosocijalno funkcioniranje. Simmons i Blyth (1987) su dokazali da djevojke imaju veće šanse nego dječaci da dožive prijelaz iz osnovne u srednju školu paralelno s nastupom puberteta i početkom izlaženja, dok su Levine i Smolak (1996) potvrdili da pojava prve menstruacije i sastanaka unutar iste godine predstavlja jedinstveni stres za mlade djevojke u odnosu na predodžbu o vlastitom tijelu, dijetu i poremećene navike hranjenja. Attie i Brooks – Gunn (1989) u svojoj su longitudinalnoj studiji potvrdile da se poremećaji hranjenja javljaju kao odgovor na pubertetske promjene. Djevojke koje su se odnosile negativno prema svom tijelu u pubertetu bile su pod većim rizikom za razvoj problema u hranjenju.

Spol

Poremećaji hranjenja su primjer poremećaja u kojima je prevalencija za muškarce mnogo niža nego za žene. Iako je prvi slučaj muškarca s poremećajem hranjenja zabilježen još davne 1689. godine, muškarci s poremećajem hranjenja uglavnom su bili ignorirani, zanemareni i izostavljani iz istraživanja zbog toga što su u statističkom smislu predstavljali rijetkost. Podaci govore da otprilike 5% do 15% od ukupnog broja oboljelih čine muškarci.

Pretpostavlja se da je taj broj u realnosti i veći jer su muškarci manje skloni traženju pomoći. Kada je riječ o adolescentskoj dobi puno je veći broj oboljelih djevojaka. Istraživanja provedena na adolescentima pokazuju da su zabrinutost tjelesnim izgledom i težinom od većeg značenja za djevojke nego za dječake. Kod djevojaka u adolescenciji dolazi do prosječnog povećanja tjelesne težine što većinu djevojaka udaljava od dominantnog, nametnutog ideala tjelesne težine [33,37]. Adolescencija je i vrijeme kada se formiraju odnosi s vršnjacima te vlastiti identitet što uz navedeno predstavlja značajne životne stresore.

Tjelesna težina

Tjelesna težina predstavlja glavni problem kod poremećaja hranjenja. Kod osoba s poremećajem hranjenja prisutna je izrazita zabrinutost zbog težine koja se često pokušava smanjiti i kontrolirati, no težina, odnosno debljina i mršavost su rezultat složenih bioloških, psiholoških i socijalnih procesa [23]. Gubitak na težini uglavnom je uzrokovan smanjenjem ukupnog unosa hrane u organizam. Pojedinci mogu početi isključujući iz prehrane visokokaloričnu hranu, ali najčešće završavaju s vrlo restriktrivnom dijetom koja je često ograničena na svega nekoliko namirnica. Dodatne metode za gubitak težine uključuju „čišćenje“ (samoinducirano povraćanje, zlouporabu laksativa ili diuretika) i intenzivno ili prekomjerno vježbanje.
Proporcionalnost tjelesne visine i težine poznata je pod nazivom Indeks tjelesne mase (ITM), odnosno Quetletov indeks. Izračunava se tako da se tjelesna težina izražena u kilogramima podijeli s kvadratom tjelesne visine izražene u metrima. Indeks tjelesne mase može se kretati u rasponu od 10 do 50, a prema Fairburnu (1996) se vrijednosti interpretiraju na sljedeći način:

- ispod 16 – ekstremno ispodprosječna težina
- 16-18 – umjereno ispodprosječna
- 18-20 – blago ispodprosječna
- 20-25 – prosječna težina
- 25-27 – blago iznadprosječna
- 27-30 – iznadprosječna
- 30-40 – umjereno iznadprosječna
- Iznad 40 – ekstremno iznadprosječna težina

Vaganje je jednostavan postupak kojim ljudi određuju svoju tjelesnu težinu. Osobe s poremećajima hranjenja u usporedbi s drugim osobama se razlikuju po čestoći kojom se važu. Istraživanja su pokazala da se 60% žena u općoj populaciji važe 1-4 puta mjesečno, 20% se uopće ne važe, a preostalih 20% se važe više od 4 puta mjesečno. Kod osoba s poremećajima hranjenja broj onih koji se važu od 1 do 4 puta mjesečno nešto je manji i iznosi 35-45%, ali 25% se važe od 9 do 27 puta mjesečno, dok se skupina bulimičnih važe čak više od 28 puta mjesečno. Istraživanja su također pokazala da su osobe koje su se vagale svaki dan tijekom dva tjedna pokazivali pad raspoloženja (povećana anksioznost i depresivnost) u usporedbi s ispitanicima koji se nisu vagali. Također su ispitanici koji su se vagali razvili manjak samopoštovanja [23]. Posebno je važno napomenuti da se prilikom dijagnosticiranja poremećaja prehrane obrati pozornost osim na

vrijednost indeksa tjelesne mase, na tjelesnu građu osobe, dosadašnju tjelesnu težinu te očekivani prosjek indeksa tjelesne mase u pojedinoj populaciji za pojedinu dob kojoj osoba pripada.

2.3.2. Psihološki faktori kod poremećaja

Psihološki faktori u nastanku poremećaja hranjenja do danas su najbrojnija i najbolje istražena skupina faktora. Najčešći psihološki faktori su depresivnost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije, perfekcionizam, poremećaji ličnosti i anksioznost [32]. Samopoštovanje je termin koji se najčešće koristi za označavanje globalnog vrednovanja samog sebe.

Coopersmith pod tim pojmom podrazumijeva evaluaciju kojom pojedinac odražava stav prihvaćanja ili ne prihvaćanja samoga sebe. Samopoštovanje često ovisi o vanjskim faktorima poput tjelesnog izgleda [32].

Zapadni stereotipi ljepote i mršavosti podržavaju upotrebu raznih dijeta među djevojkama koje su nesigurne u vlastiti identitet i zabrinute zbog osuđivanja okoline te mnogim djevojkama ostaje nedostižan, čime njihovo samopoštovanje može biti ozbiljno narušeno. Samopoštovanje djevojaka prije puberteta te u adolescenciji važan je faktor u njihovoj predispoziciji za razvoj poremećaja hranjenja. Žene s poremećajima hranjenja imaju ekstremno nisko samopoštovanje, posebno kod anoreksije i bulimije nervoze. Istraživanja su pokazala da su djevojke sa sniženim samopoštovanjem u dobi 11-12 godina značajno rizičnije za razvoj simptoma poremećaja hranjenja kao i drugih psiholoških problema [32]. Depresivnost je jedan od najčešćih psiholoških čimbenika kod osoba s poremećajem hranjenja. Depresivan čovjek je „bezvoljan“ čovjek i „muče ga crne misli“ što znači da ima mračan, negativan pogled na svijet te da pesimistično i dramatično doživljava život, prošlost, budućnost i sadašnjost [32]. Smatra se da je razina depresije u osoba s poremećajima hranjenja prvi put ispitana u istraživanju Morgana i Russella (1975). To je istraživanje uključivalo 41 anoreksičnu osobu ispitanu 4 do 10 godina nakon prvog nastupa bolesti. U vrijeme istraživanja 55% ispitanika nije više imalo poremećaj hranjenja, 20% potpuno anoreksično, dok su ostali iznosili neke simptome anoreksičnog tipa. Zanimljivo je da je razina depresivnosti ostala gotovo nepromijenjena: 42% pri nastupu bolesti i 45% kasnije. Oko 50% pacijenata s poremećajima hranjenja je izjavilo da su u povijesti imali veliki depresivni poremećaj. Među epidemiološkim nalazima najuočljivija je činjenica da se i depresija i poremećaji hranjenja javljaju uglavnom među ženama te oba doživljavaju veliki porast incidencije u vrijeme adolescencije. Nezadovoljstvo sobom i loše raspoloženje potiču držanje dijete koja predstavlja pokušaj uspostavljanja kontrole nad svojim tjelesnim izgledom kao i pokušaj suzbijanja depresivnog raspoloženja. Razlikovati poremećaje hranjenja i depresiju vrlo je teško zbog sličnih

znakova i simptoma, obiteljskih tendencija [38] i odgovorima na liječenje. Usprkos sličnostima, malo je dokaza koji će podržati shvaćanje poremećaja hranjenja kao oblika depresivnog poremećaja. Prihvaćeno je da depresivni simptomi koji se javljaju među osobama s poremećajima hranjenja predstavljaju sekundarne posljedice poremećaja hranjenja.

Predodžba o vlastitom tijelu odražava mišljenja i osjećaje osobe u vezi s tijelom i tjelesnim iskustvima. Poremećaj predodžbe o vlastitom tijelu jedan je od tri neophodna faktora u razvoju anoreksije nervoze te je najvažnije psihopatološko obilježje anoreksije. Istraživanjem je utvrđeno da osobe s anoreksijom nervozom usprkos svom iscrpljenom stanju precjenjuju veličinu svojih tjelesnih sposobnosti u usporedbi s osobama bez poremećaja hranjenja.

Nezadovoljstvo vlastitim tijelom jedan je od poremećaja predodžbe o tijelu koji se može kretati od laganog nezadovoljstva specifičnim dijelovima tijela pa sve do ekstremnog omalovažavanja izgleda pri čemu osobe smatraju svoje tijelo odbojnim i odvratnim [39].

Nezadovoljstvo tijelom i pokušaji gubitka na težini su česti među adolescentnim djevojkama u zapadnoj kulturi. Istraživanja pokazuju da više od 50% djevojaka priznaje da su držale dijetu, a još veći postotak izjavljuje da žele biti mršavije. Zabrinutost za tijelo i pokušaji držanja dijete u adolescenata uznemirujuće su pojave jer su to rizični faktori za kasniji razvoj poremećaja hranjenja i uvijek su na subkliničkoj razini povezani s depresijom, niskim samopoštovanjem i anksioznošću. Postoje evidentni podaci prema kojima je negativna predodžba o tijelu prediktor ozbiljnosti u patologiji hranjenja i držanju dijeta [40].

Negativni verbalni komentar (zadirkivanje) je razvojni faktor koji u posljednje vrijeme privlači sve veću pažnju istraživača. Zadirkivanje je značajno povezano s nezadovoljstvom vlastitim tijelom, poremećajima hranjenja i samopoštovanjem. Žene koje su za vrijeme adolescencije bile zadirkivane su razvile manjak samopoštovanja te uvelike povećale rizik od nastanka poremećaja hranjenja [40].

2.3.3. Socijalni faktori kod poremećaja

Mediji, naročito televizija i časopisi su najmoćniji prijenosnici sociokulturnih ideala. Lakoff i Scherr (1984) tvrde da je utjecaj televizije i časopisa posebno negativan zbog toga što se modeli u tim medijima shvaćaju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao manipulirane i umjetno stvorene slike. Budući da je adolescencija razdoblje intenzivnog razvoja identiteta i istraživanja spolne uloge, utjecaj medija je neporeciv te ga ne možemo i ne smijemo zanemariti. Socijalni faktori koji posebno utječu na razvoj poremećaja hranjenja su socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žena, glorifikacija poremećaja hranjenja, predrasude prema gojaznima te tendencija socijalnog uspoređivanja. Suvremeni ideal ljepote „mršavost jednako

privlačnost“ propisuje takvu tjelesnu težinu koja je za mnoge žene nestvarno niska zbog bioloških i fizioloških čimbenika. Činjenica je da se tijelo ne može mijenjati po želji i nije beskonačno promjenjivo. Prema istraživanjima, broj poremećaja prehrane tijekom godina je rastao proporcionalno s porastom članaka o dijetama. Doduše, mediji sami po sebi ne potiču anoreksiju, bulimiju ili prejedanje. U protivnom, bilo bi puno više pacijenata. To su različiti čimbenici rizika koji zajedno izazivaju poremećaje prehrane. Oni su psihološke, genetičke, biološke i kulturološke prirode. Ipak, mediji promiču dijete, a dijete su čimbenik rizika [16].

2.4. Poteškoće pri liječenju oboljelih s poremećajem prehrane

Liječenje zahtijeva multidisciplinarni pristup te tim stručnjaka (gastroenterologa, psihijatra, psihologa, endokrinologa, ginekologa i dijabetologa) koji će pružiti kompletan tretman oboljelima. Uloga liječnika vrlo je bitna, osobito u ranim fazama bolesti kada se bolest može zaustaviti i izliječiti. Važno je naglasiti da je prognoza bolja ako se oboljeli u ranoj fazi javi liječniku i surađuje u procesu liječenja u kontinuitetu. Iznimno je značajan odnos povjerenja između liječnika i bolesnika [41].

Liječenje ima dvostruki cilj: vraćanje u režim normalne prehrane i navika hranjenja, te liječenje psiholoških i obiteljskih problema povezanih s poremećajem hranjenja [42,43]. Liječnik i tim stručnjaka moraju pružiti potrebnu potporu bolesniku kao i njegovoj obitelji te bližnjima. Kroz razgovor s obitelji savjetovati izbjegavanje negativnog komentiranja bolesnikovog tijela ili tijela bilo koje druge osobe. Obitelj treba imati na umu da liječenje poremećaja prehrane nije kratkotrajan proces. Jednako je važno da osoba koja boluje od poremećaja prehrane kao i obitelj oboljelog, ne krivi sebe ili nekoga za nastanak bolesti.

Terapijske opcije su farmakoterapija, hospitalizacija, centri za liječenje te psihoterapija [43]. Farmakološke studije nisu još identificirale standardnu terapiju anoreksije nervoze dok je terapija za bulimiju nervozu za sada registriran samo fluoksetin. Neka izvješća govore o korištenju ciproheptadina, lijeka s antihistaminskim i antiserotoninergičkim svojstvima u restriktivnih oblika anoreksije nervoze. Najviše se koriste antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, a smatra se da su učinkoviti u prevenciji relapsa anoreksije. Ako u komorbiditetu postoji depresija ili obuzeto-prisilni poremećaj, takva stanja se trebaju adekvatno liječiti [44]. Često se primjenjuju i antipsihotici druge generacije, npr. olanzapin, budući da je poremećaj doživljaja izgleda vlastitog tijela na psihotičnoj razini. Pri tome se koristi i ono što se u drugim terapijama označava nuspojavom olanzapina, a to je pojačanje teka što u slučaju anoreksije predstavlja specifičan terapijski učinak.

Psihoterapijsko liječenje je individualno ili grupno. U psihoterapiji se preferira kognitivno-bihevioralni pristup kod praćenja i održavanja tjelesne mase [45,46]. Glavni je problem što u grupnom tretmanu postoji velik broj osoba koje odustaju. Čini se da te pacijentice ne podnose dobro grupnu terapiju. Međutim, nisu rađene usporedbe istog programa u grupnoj i individualnoj primjeni [47]. Bolest često prate neriješeni obiteljski konflikti pa je indicirana i obiteljska psihoterapija, osobito u bolesnika mlađe životne dobi.

Psihoedukacija se također može koristiti u terapiji poremećaja hranjenja. Pacijentica saznaje sve potrebne činjenice o poremećaju, educira se o psihičkim i medicinskim učincima ponašanja u vezi s hranjenjem. Pri tome se izbjegava moralistički pristup prema kojemu su pacijentica i njezina okolina „krivi“ za poremećaj hranjenja [43].

Kod liječenja anoreksije važno je istaknuti bitnost razumijevanja prirode poremećaja, pozadine simptoma bolesti te podršku bližnjih i cijelog tima koji je uključen u liječenje ovog tipa poremećaja. Uz psihoterapiju često se potiče bolesnike na grupne terapije kako bi se smanjila socijalna izoliranost te povećala svijest da nisu sami u svojim problemima. Potrebno je bolesniku promijeniti osjećaj kontrole koji povezuju sa hranom te pronaći uzrok koji je kod pojedinca izazvao ili potaknuo poremećaj prehrane. Načini na koji se osoba može liječiti su [48]:

- vanjsko liječenje što bi značilo dolazak na psihoterapiju jednom tjedno,
- odlazak u dnevnu bolnicu gdje se svaki dan dolazi na pružanje pomoći,
- rezidencijalno liječenje u kojem je pacijent smješten određen period u ustanovi za pružanje pomoći, približno tri mjeseca,
- hospitalizacija koja slijedi kada je osoba životno ugrožena zbog posljedica anoreksije.

Ponekad tijekom liječenja u bolnici kada bolesnici i dalje odbijaju hranu ili ne dobivaju na tjelesnoj težini potrebno je uvesti nasogastričnu sondu. Medicinsko osoblje mora odrediti veličinu nasogastrične sonde, ispravno je unijeti i provjeriti poziciju sonde kako bi se uklonio mogući rizik od pojave aspiracije.

Liječenje bulimije provodi se uz psihoterapiju, a ukoliko je osoba depresivna ili ima još neku psihijatrijsku dijagnozu i farmakoterapijom. Osobi koja boluje od bulimije je važna podrška bližnjih te zdravstvenog tima koji sudjeluju u oporavku. Liječenje bulimije kao i kod anoreksije započinje time da osoba razvije normalan odnos prema prehrani. Ujedino se radi na liječenju problema koji su uzrokovali poremećaj prehrane, kao na primjer disfunkcionalna obitelj, odnos između majke-kćeri.

Majčin utjecaj na kćer postaje važan u razumijevanju poremećaja prehrane te tjelesnog nezadovoljstva. Izravno majčinsko poticanje kćeri da izgubi na tjelesnoj težini može biti povezano s razvojem simptoma. Dodatni rezultati ukazuju da kod kćeri čije su majke samo govorile o dijetama te su imale negativan stav o vlastitom tijelu imale su i veći postotak vjerojatnosti da će im biti dijagnosticirana dijagnoza poremećaja [49].

Mnogi programi liječenja kompulzivnog prejedanja fokusiraju se isključivo na liječenje simptoma poremećaja prehrane. Potrebno je gledati osobu u cijelini. Otkriveno je da velik postotak žena koji boluje od poremećaja kompulzivnog prejedanja ima i druge neidentificirane prateće psihijatrijske probleme ili ovisnosti. Ti ponekad neshvatljivi uvjeti mogu pridonijeti ili aktivirati prejedanje, a postoji mogućnost da se razviju kako se osoba pokušava nositi sa nuspojavama poremećaja prehrane [49].

Liječenje protiv volje oboljelog je ponekad potrebno iz razloga što poremećaj ugrožava vitalno stanje. To se obično događa kada je bolesnik ozbiljno bolestan, a ne želi pristati na liječenje ili praćenje akutnih medicinskih problema. Uvjeti hospitalizacije protiv svoje volje su različiti. Ne samo da su točne indikacije zbog kojih bi oboljeli trebao biti hospitaliziran protiv svoje volje različite, nego je različito i trajanje liječenja i mjera koje se poduzimaju. Veliki rizik smrti zbog niske težine, bradikardije, aritmije s tahikardijom, hipokalijemija, bol u prsištu i teška ortostatska hipotenzija najčešći su razlozi zbog kojih su oboljeli prisilno [50].

Treba upotrebljavati najmanje nametljiv pristup, no ako je bolesnikova težina prihvatljiva, a razina kalija niska, primjeren odgovor trebala bi biti administracija kalija, a ne pokušaj vraćanja na normalnu tjelesnu težinu. Intervencija za prisilnu hospitalizaciju trebala bi biti što kraća iako bi cilj hospitalizacije bolesnika trebao biti razjašnjen na samom početku liječenja. Kada bolesnika treba hraniti protiv njegove volje, treba ga također informirati o količini kilograma kako bi bio otpušten te ponuditi izbor da jede samostalno ili da bude hranjen na silu. Ako ne želi samostalno jesti, tada treba primijeniti hranjenje putem nazogastrične sonde. To zahtjeva konzultaciju s liječnikom i pažljivo medicinsko promatranje. Medicinski problemi koji se također javljaju su hipofosfatemija i preopterećenje tekućinom. Parenteralno hranjenje je mnogo složenije i ima veliki rizik od infekcije. Parenteralna prehrana trebala bi se provoditi samo u krajnjoj situaciji. U svakom slučaju hranjenje protiv bolesnikove volje trebalo bi izvesti što kraće i nježnije moguće. Nikada se ne smije upotrebljavati kao kazna [50].

2.5. Psihoterapija oboljelih od poremećaja u prehrani

Psihoterapija ima za cilj da oboljeli nadvlada nedostatke svog razvoja, osjećaja nemoći i teškoća socijalnog kontakta [51]. Lewis Wolberg (2013) definira psihoterapiju kao: tretman (1)

psihološkim sredstvima (2), problema (3) emocionalne prirode u kojemu (4) educirana osoba uspostavlja (5) dobrovoljni odnos (6) s pacijentom s ciljem (7) otklanjanja, mijenjanja, zaustavljanja simptoma (8) posredstvom ponašanja koja izazivaju poteškoće i (9) promoviranjem pozitivnog osobnog rasta i razvoj [52]. Svrhe psihoterapije su vrlo ekspandirane, od limitirajuće ideje eliminiranja simptoma do oslobađanja vrijednosti personalnih vještina oboljelih u tretmanu, a uz njih još uvijek dolaze eliminacija simptoma ili tegoba, stoga psihoterapija oboljelima pomaže da iskuse misli, djelovanja ili emocije manje depresivnog, odnosno anksioznog karaktera [53].

Oboljelima sve veće razumijevanje samog sebe, veća sposobnost rješavanja problema iz svoje okoline, mogućnost da se osjeća bolje te više slobodno, oblikovanje zdravih međuljudskih odnosa te porast kvalitete života su konsekvence do kojih dolazi nakon djelovanja psihoterapije.

U procesu tretmana oboljeli može bolje razumjeti svoja raspoloženja, emocije, stavove i djelovanja te na sebe gledati iz drugačijeg kuta, što rezultira ostvarenjem mogućnosti da izmjeni mišljenje o nekoj poteškoći te samim time i osjećaje koje ima vezane uz nju. Do danas još nije nađen učinkovit način medikamentnog liječenja anoreksije i bulimije, stoga je dugotrajna psihodinamska psihoterapija najčešće korištena metoda ambulantnog liječenja.

Herzog (1995) smatra da se psihodinamska psihoterapija nudi kao primarno liječenje za one anorektične osobe koje pokazuju značajnu karakternu patologiju ili one osobe koje imaju kronične tegobe ili rezidualne tegobe nakon liječenja drugim metodama.

Psihoanalitički psihoterapeuti će se u radu s oboljelim od anoreksije usredotočiti na simbiotsku fazu razvoja, self-psiholozi na empatiju, a oni koji se oslanjaju na škole objektnih odnosa govoriti će o ranim obranama. U liječenju osoba s poremećajima kao što su anoreksija ili bulimija oni će biti jednako fleksibilni i aktivni u kontaktima s oboljelim. Priroda bolesti i njezin opasan tijek nalažu da terapeut ponekad podržava propisivanje medikamenta, zanima se za tjelesno stanje oboljelog, bavi očekivanjima i pregovaranjima u pogledu minimalnih zahtjeva za održavanjem težine, koordinira kontakte oboljelog s ostalim kliničarima, po čemu se psihoterapija anorektičnih i bulimičnih osoba razlikuje od psihoterapije u drugim poremećajima.

Istraživanja koja procjenjuju učinkovitost psihoterapijskih postupaka suočavaju se s brojnim metodološkim problemima. Na transferu osnovane psihoterapijske tehnike primjenjuju se u liječenju već više od sedamdeset godina, pojedini oboljeli i njihovo liječenje su detaljno opisani, međutim, ipak kao da ne postoje "čvrsti dokazi" da su ove terapije uspješne [53].

To upravo tako izgleda kad se usporedi sa suvremenim, preciznim, knjiški primijenjenim tehnikama u kojima je svaka seansa detaljno opisana i odrađena kod svakog poboljelog na isti način (što je nezamislivo u psihodinamskim terapijama), i kada se kao mjera učinkovitosti uzima samo učestalost pojave određenih ponašanja nakon ciklusa terapije.

3. Istraživanje

3.1. Sudionici

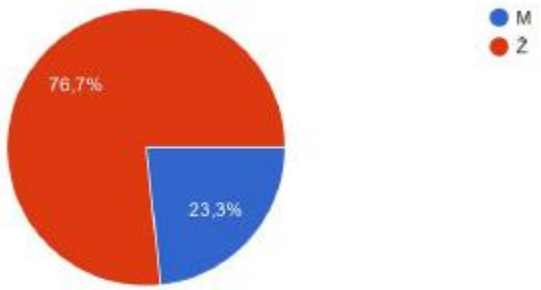
U Istraživanju je sudjelovalo ukupno 120 sudionika, 76,7% žena i 23,3% muškaraca.

3.2. Metode

Pri izradi rada korišteni su primarni i sekundarni izvori podataka. Sekundarni izvori obuhvaćali su domaću i stranu stručnu i znanstvenu literaturu, baze podataka i internet. Primarni izvor podataka bilo je istraživanje putem društvenih mreža u razdoblju svibanj/lipanj 2020. godine. Instrument istraživanja bio je anketni upitnik koji je sadržavao pitanja o znanju i stavovima cjelokupne zajednice o poremećaju prehrane.

3.3. Rezultati

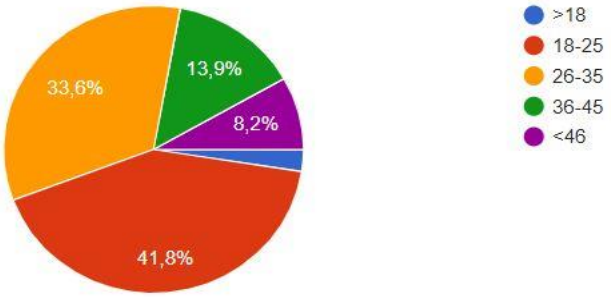
Prema dobivenim rezultatima u istraživanju je sudjelovalo ukupno 120 sudionika od čega je 76,7% osoba ženskog spola, naspram 23,3% osoba muškog spola. Grafikon 3.3.3 prikazuje veću zastupljenost ženskog spola (76,7%), naspram muškog (23.3%) spola.



Grafikon 3.3.1 Prikaz spola sudionika

Izvor: autor; A.M.

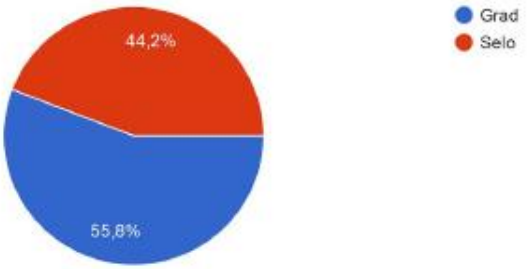
Grafikon 3.3.2 opisuje zastupljenost različitih dobnih skupina u anketi, najzastupljenija dobna skupina bila je između 18-25 godine (41,8%), zatim dobna skupina između 26-35 godine (33,6%), slijedi dobna skupina između 36-45 godine (13.9%), u dobnoj skupini iznad 46 godina sudjelovalo 8.2% sudionika, a u dobnoj skupini ispod 18 godina sudjelovalo je 2,5% sudionika.



Grafikon 3.3.1 Prikaz podjele dobi sudionika

Izvor: autor; A.M.

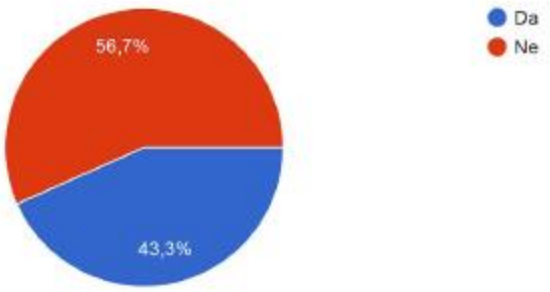
Grafikon 3.3.3 opisuje podijeljenost sudionika s obzirom na mjesto stanovanja, iz čega proizlazi da većina sudionika (55,8%) živi u gradu, dok njih 44,2% živi na selu.



Grafikon 3.2.3 Mjesto stanovanja

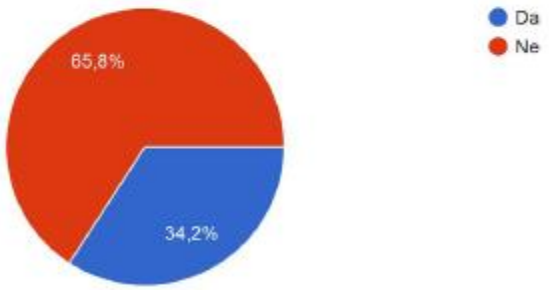
Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.4 prikazuje kako više od polovice sudionika (56,7%) poznaje osobu koja boluje od poremećaja prehrane, dok je ostatak (43.3%) sudionika odgovorio negativnim odgovorom.



Grafikon 3.3.3 Poznajete li osobu koja boluje od poremećaja prehrane?
Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.5 prikazuje kako većina sudionika (65.8%) nije imala radno iskustvo s osobama koje boluju od poremećaja prehrane, dok je ostatak sudionika (34.2%) odgovorio pozitivnim odgovorom.



Grafikon 3.3.4 Jeste li tijekom života imali iskustvo rada s osobom koja boluje od poremećaja prehrane?
Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.6 prikazuje kako je većina (98,3%) sudionika upoznata s poremećajima prehrane, te prepopznaju vrste poremećaja prehrane, dok njih 1.7% nije upoznat i/ili ne prepoznaje vrste poremećaja prehrane.



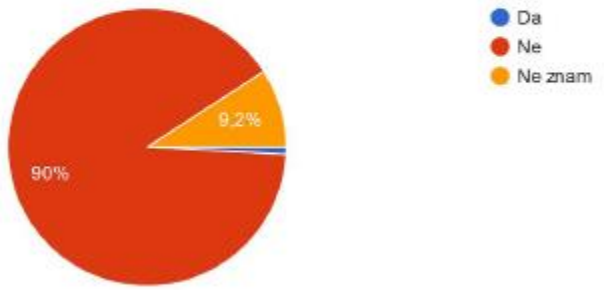
Grafikon 3.3.5 Bulimia nervosis, anoreksija, gojaznost spadaju u poremećaje prehrane?
Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.7 prikazuje odgovor na pitanje „Da li su osobe koje su oboljele od anoreksije sklonije depresiji, tjeskobi?“, većina sudionika (97,5%) odgovorila je da smatraju, dok ostatak sudionika (2,5%) smatra da osobe oboljele od anoreksije nisu sklone depresiji, tjeskobi.



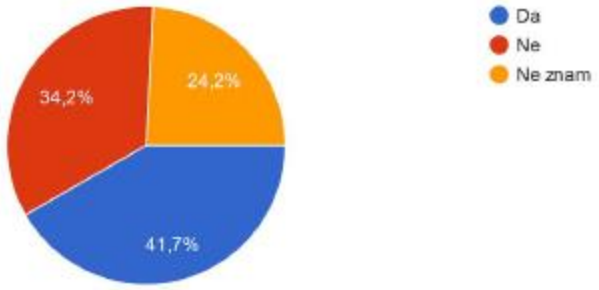
Grafikon 3.3.6 Da li su osobe oboljele od anoreksije sklonije depresiji, tjeskobi?.
Izvor: autor; A.M.

Većina sudionika (90%) smatra kako od poremećaja prehrane ne obolijevaju samo žene, 9,2% sudionika odgovara suprotno, dok 0,8% sudionika nezna. Sve navedeno je prikazano u grafikonu 3.3.8.



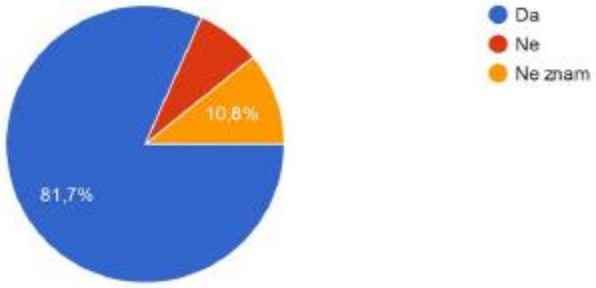
Grafikon 3.3.7 Od poremećaja prehrane obolijevaju samo žene?
Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.9 prikazuje da 41,7% sudionika smatra kako premećaji prehrane nastaju zbog manjka samokontrole, dok se 34,2% sudionika ne slaže s navedenom tvrdnjom. 24,2% sudionika nemaju znanje i stav o moći samokontrole.



Grafikon 3.3.8. Poremećaji prehrane se javljaju zbog manjka samokontrole pojedinca?.
Izvor: autor; A.M.

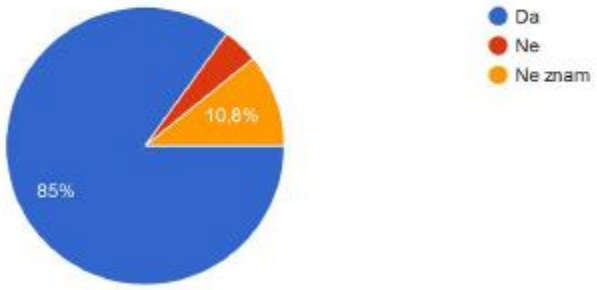
Grafikon 3.3.10 prikazuje kako je većina sudionika (81,7%) upoznata s lošim utjecajem medija na poremećaje prehrane, dok 10,8 % sudionika ne zna, na kraju 7,5% sudionika smatra da mediji nemaju loš utjecaj u svezi s poremećajima prehrane.



Grafikon 3.3.9 Potiču li mediji poremećaje prehrane?

Izvor: autor; A.M.

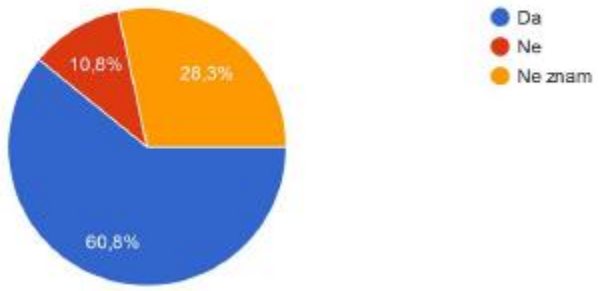
Grafikon 3.3.11 prikazuje kako većina (85%) sudionika smatra da kulturološke norme imaju velik utjecaj na poticanje poremećaja prehrane, njih 10,8% ne zna odgovor na to pitanje, dok ostatak (4.2%) smatra da kulturuloške norme nemaju utjecaj na pojavu poremećaja prehrane.



Grafikon 3.3.10 Potiče li poremećaje prehrane kulturološko poticanje mršavosti?

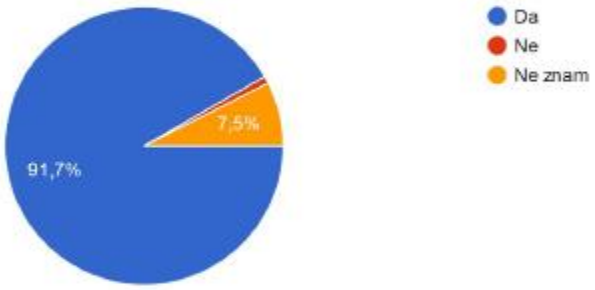
Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.12 prikazuje kako većina sudionika (60,8%) smatra da biološki čimbenici pridonose razvoju poremećaja prehrane, njih 28,3% odgovorilo je negativnim odgovorom, dok ostatak (10,8%) ne zna pridonose li biološki čimbenici razvoju poremećaja prehrane.



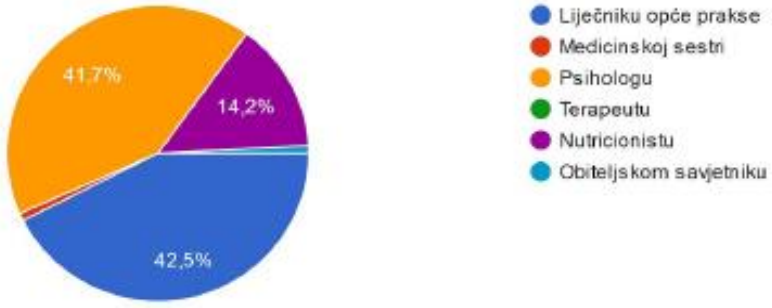
Grafikon 3.3.11 Pridonose li biološki čimbenici razvoju poremećaja prehrane kod pojedinca? Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.13 prikazuje kako većina sudionika (91,7%) smatra da psihološki čimbenici pridonose razvoju poremećaja prehrane, njih 7,5% odgovorilo je da ne zna utječu li isti na razvoj poremećaja prehrane, dok ostatak (0,8%) smatra da psihološki čimbenici ne utječu na razvoj poremećaja prehrane.



Grafikon 3.3.12 Pridonose li psihološki čimbenici razvoju poremećaja prehrane kod pojedinca? Izvor: autor; A.M.

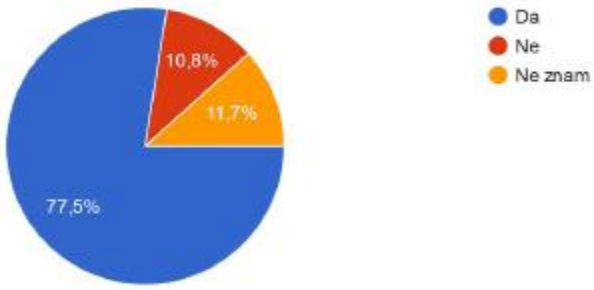
Grafikon 3.3.14 opisuje kako bi se usred problema zbog nekog od poremećaja u prehrani 42,5% sudionika prvo obratilo obiteljskom lječniku, nutricionistu bi se obratilo njih 41.7%, kod psihologa bi otišlo 14.2%, dok njih 1,6% pomoć bi potražilo kod obiteljskog savjetnika, medicinske sestre ili nekog drugoga terapeuta.



Grafikon 3.3.13 Kojoj stručnoj osobi bi se obratili ukoliko smatrate da bolujete od poremećaja

Izvor: autor; A.M.

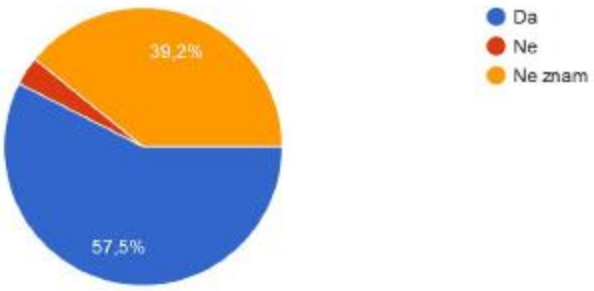
Grafikon 3.3.15 opisuje kako većina sudionika (77,5%) smatra da je za oboljele od poremećaja prehrane program liječenja od presudne važnosti, njih 11.7% ne zna odgovor na to pitanje, dok ostatak (10,8%) smatra da program liječenja nije od presudne važnosti u liječenju poremećaja prehrane.



Grafikon 3.3.14 Je li program liječenja od presudne važnosti za oboljele od poremećaja prehrane?

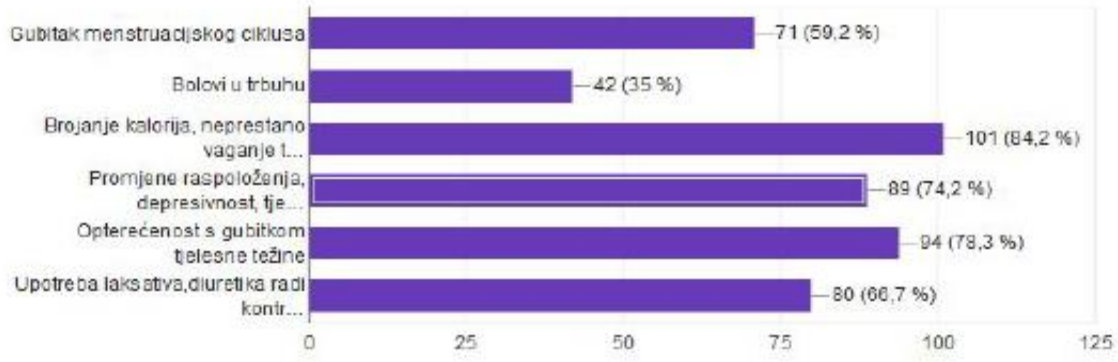
Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.16 prikazuje kako najveći broj (57,5%) sudionika smatra da osobe s poremećajima prehrane imaju loše navike spavanja, njih 39,2% ne zna odgovor na to pitanje, dok 10.3% sudionika smatra da osobe s poremećajima prehrane nemaju probleme sa spavanjem.



Grafikon 3.3.15 Da li osobe s poremećajem prehrane boluju od nesanice, loše navike spavanja?.
Izvor: autor; A.M.

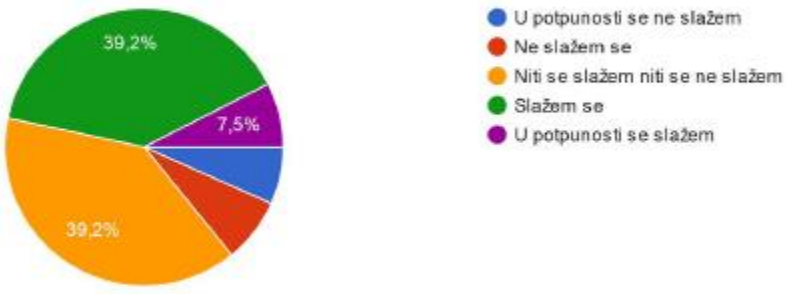
Na pitanje kako bi prepoznali poremećaj prehrane kod pojedinaca, 84,2% sudionika odgovorilo je: brojanjem kalorija, neprestanim vaganje tjelesne težine, 78,3% sudionika smatra da jedan od znakova poremećaja prehrane je opterećenost gubitkom tjelesne težine, 74,2% sudionika smatra kako promjene raspoloženja , depresivnost, tjeskoba su povezani s poremećajem prehrane, 66,7% sudionika smatra kako oboljeli od poremećaja prehrane koriste laksative, diuretike radi kontrole tjelesne težine. 59.2% sudionika smatra kako gubitak menstruacijskog ciklusa je povezan s poremećajem prehrane, dok 35% sudionika povezuje poremećaje prehrane s bolovima u trbuhu.



Grafikon 3.3.16 Kako biste prepoznali poremećaj prehrane kod pojedinaca? (moguće više odgovora)
Izvor: autor; A.M.

.

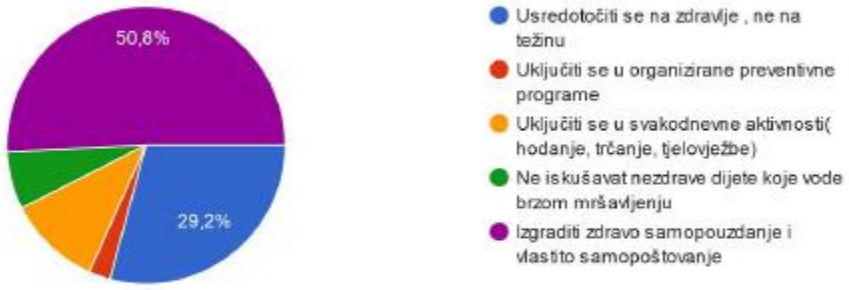
Grafikon 3.3.18 prikazuje odgovor na pitanje “ Smatrate li da se poremećaji prehrane mogu spriječiti pojavom prvih simptoma?“ 39,2% sudionika odgovorilo je da se“ slažu“ s pitanjem, i isti postotak sudionika odgovorilo je da“ niti se slažu niti se ne slažu“ samo 7.5% sudionika se “ u potpunosti slaže“, dok se 10% sudionika ne slaže.



Grafikon 3.3.17 Smatrate li da se poremećaji prehrane mogu spriječiti pojavom prvih simptoma? .

Izvor: autor; A.M.

Grafikon 3.3.19 prikazuje odgovor na pitanje “Što smatrate važnim kako bi spriječili poremećaj prehrane?“ Od ukupnog broja sudionika, njih 50,8% smatra kako su izgradnja samopouzdanja i samopoštovanja jedan od važnih fakora u sprječavanju poremećaja prehrane, 29,2% sudionika odgovara kako se pojedinac mora usredotočiti na zdravlje, a ne na tjelesnu težinu, oko 20% sudionika smatra da je fizička aktivnost jedan od važnih faktora za sprječavanje nastanka poremećaja prehrane, ostatak ispitanika (15%) odgovara da ne bi trebali iskušavati nezdrave dijete koje rezultiraju brzim gubitkom tjelesne težine, a 5% ispitanika smatra kako uključivanje u organizirane preventivne programe predstavlja jedan od faktora sprječavanja nastanka poremećaja prehrane.



Grafikon 3.3.18 Što smatrate važnim kako bi spriječili poremećaj prehrane?

Izvor: autor; A.M.

4. Rasprava

Anoreksija, bulimija i gojaznost čine velik javnozdravstveni problem današnjice. Najviše pogađa najosjetljivije dobne skupine, tinejdžere i adolescente koji su kao takvi podložni različitim medijskim manipulacijama. Nije nepoznata loša sveza medija i razvoja poremećaja prehrane zbog nametanja i zastupljenosti samo jednog koncepta fizičkog izgleda kojeg isti prikazuju u različitim domaćim i stranim filmovima, serijama, te reklamama. Naravno radi se o „fit“ i isklesanim muškim, a posebice ženskim tijelima koja se prikazuju u sasvim drugačijem svijetlu nego što izgleda tijelo prosječne osobe koja ima sve obveze i probleme iz realnog života. Na taj način se iskrivljuje javna percpecija i shvaćanje o tome kako bi ljudsko tijelo trebalao izgledati, kako ono izgleda nakon različitih bioloških procesa (trudnoće, starenja), te koja je svrha čovjeka kao takvog, da izgleda kao lutka ili živi život koji će ostaviti svoje tragove? Potaknuti iskrivljenim društvenim normama, te kao osoba koja je i sama imala jedan od oblika poremećaja prehrane potrebno je bilo učiniti istraživanje te provesti anketu o procjeni znanja i stavova o poremećajima prehrane ljudi u široj zajednici.

Istraživanjem se utvrdilo da većina sudionika (56,7%) ne poznaje osobu koja boluje od poremećaja prehrane. Tijekom života njih 65,8% nije imalo iskustvo rada s osobom koja boluje od poremećaja prehrane. Većina sudionika (98,3%) se slaže da bulimia nervosis, anoreksija i gojaznost spadaju u poremećaje prehrane. Također, dijele mišljenje da su osobe oboljele od anoreksije, sklonije depresiji i tjeskobi (97,5%) i da od poremećaja prehrane ne obolijevaju samo žene (90,0%). Većina sudionika (41,7%) nije sigurna da li se poremećaji prehrane javljaju zbog manjka samokontrole pojedinca, ali su sigurni da mediji potiču poremećaje prehrane (81,7%). Ispitanici smatraju da poremećaju prehrane kod pojedinca pridonose kulturološki (85%), biološki (60,8%) i psihološki čimbenici (91,7%). Ukoliko bi smatrali da boluju od poremećaja prehrane, najviše sudionika (42,5%) bi se obratilo liječniku opće prakse, 41,7% bi se obratilo psihologu, a 14,2% nutricionisti. Prema većini sudionika (77,5%) program liječenja od presudne je važnosti za oboljele od poremećaja prehrane. Sudionici, njih 57,5% su sigurni da osobe s poremećajem prehrane boluju od nesanice, loše navike spavanja. Sudionici bi kod pojedinca prema brojanju kalorija i neprestanom vaganju težine (84,2%), opterećenosti s gubitkom tjelesne težine (78,3%), promjenom raspoloženja i depresivnosti (74,2%) prepoznalo poremećaj prehrane. Sudionici smatraju da se poremećaji prehrane mogu spriječiti pojavom prvih simptoma (78,4%). Kako bi spriječili poremećaj prehrane, najviše sudionika (50,8%) bi primarno izgradilo zdravo samopouzdanje i vlastito samopoštovanje.

Uzmu li se u obzir ranije izneseni rezultati ovog istraživanja te se isti usporede s ranije iznesenim teorijskim analizama te rezultatima koje su u svojim istraživanjima prikazali istraživači navedeni u uvodnom dijelu može se primijetiti kako nisu primijećena značajna odstupanja u odnosu na rezultate drugih istraživanja i teorijsku analizu koja je proučena prilikom izrade ovog rada.

5. Zaključak

Poremećaji prehrane zadnjih desetljeća pojavljuju se u sve većem broju, bez obzira na rasu, ekonomske čimbenike, spol ili dob. Važno je što prije primijetiti promjene u ponašanju te reagirati jer ove bolesti ukoliko traju dugotrajno ostavljaju velike posljedice na život pojedinca. Osim što zapadnjačka ideja ljepote može pridonijeti iskrivljenom pogledu na ljepotu i ideal, ovi poremećaji su najčešće ukorijenjeni dubljim emocionalnim i mentalnim problemima. Kod poremećaja u prehrani, izgled te vanjština su samo simptomi bolesti, pravi razlozi se pronalaze u reagiranju na stres, traume, promjene u okolini i socijalni pritisak.

Nijedan poremećaj prehrane nije neizlječiv [54] te je za liječnika i njegov tim bitno da ne osuđuju, pruže podršku u svakom koraku oporavka i pokažu empatiju. Razgovarati s osobom koja boluje od poremećaja prehrane nije ponekad jednostavno, većina se oboljelih izolira te povlači u sebe ili negira postojanje problema. Važno je ostati uporan u poticanju oboljelih, kako bi pronašli odgovor na svoje probleme u liječenju, a ne dublje ulazili u bolest te kontrolu hrane.

Poremećaji prehrane mogu utjecati na sve aspekte života oboljelog, od fizičkog, socijalnog te emotivnog. Oporavak može trajati duže ukoliko je bolest dugotrajna. Osoba može jedno razdoblje života i uspostaviti normalan, zdrav odnos što se tiče prehrane pa se nakon nekog vremena bolest može ponovno pojaviti. Bitno je oboljelom koji boluje od poremećaja u prehrani, kognitivno bihevioralnom terapijom promijeniti način na koji povezuje kontrolu nad hranom ili u slučaju kompulzivnog prejedanja gubitak kontrole s drugim problemima u životu. Kako se ovi poremećaji često pojavljuju udruženi s drugim mentalnim bolestima poput depresije, važno je ukomponirati i liječenje te bolesti u skladu s liječenjem poremećaja prehrane. Najčešća pojava u promjeni ponašanja prema prehrani događa se u adolescentskoj dobi zbog velikih promjena koju tada adolescenti proživljavaju. Osim životnih promjena, na razvoj poremećaja prehrane može utjecati uveliko i obitelj, prehrambene navike naučene od roditelja, starije braće ili sestara. Stoga je potrebno osvijestiti roditelje i cijelu zajednicu o ovim poremećajima kako bi što prije primjetili moguće simptome te potražili odgovarajuću pomoć.

Multidisciplinaran tim stručnjaka koji uključuje i medicinsku sestru pruža pomoć oboljelima od poremećaja prehrane, može pripomoći u prihvaćanju novih promjena koje će se događati u procesu oporavka. Za njihov oporavak potrebno je posvetiti mnogo vremena kako bi dopustili prilagodbu novim promjenama, novim planovima prehrane i iskorijenili razloge zbog kojih je došlo do poremećaja hranjena. Zdravstveni djelatnici mogu značajno pomoći pri savjetovanju obitelji kako se ponašati prema oboljelom s poremećajem prehrane.

Oboljeli koji boluju od bulimije ili anoreksije mogu često imati slične simptome socijalne izolacije, dok sve poremećaje u prehrani najčešće povezuje niska razina samopoštovanja. Zato je bitno da stručni tim, uključujući i medicinsku sestru potiču pozitivne misli kod oboljelih s poremećajem prehrane, kako bi ih motivirali za oporavak.

Strpljenje, briga i empatija su važne komponente koje stručnjaci iz različitih područja moraju pokazati prema oboljelima od poremećaja prehrane. Stoga je bitno savjetovati obitelj i bližnje oboljelih da ne okrivljuju nikoga za nastanke poremećaja prehrane te da se fokusiraju na dobrobit oboljelih, pruže dovoljno vremena i ljubavi prema osobi koja boluje od ovog poremećaja.

U Varaždinu_____2020. Andreja Maršić

6. Literatura

[1] D. Marčinko: Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[2] H. Roux, A. Ali, S. Lambert: Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa, BMC Psychiatry, br. 16, 2016.

[3] G. Waller: Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions, Current Psychiatry Reports, br. 18, 2016, str. 36.

[4] T.D. Wade, A. Keski-Rahkonen, J.I. Hudson: Epidemiology of eating disorders. Textbook of Psychiatric Epidemiology, br. 4, 2011, str. 343-360.

[5] V. Vidović: Poremećaji hranjenja. U: Lj. Hotujac: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.

[6] L.M. Gianini, D.A. Klein, C. Call: Physical activity and post-treatment weight trajectory in anorexia nervosa, International Journal of Eating Disorders, 49(5), 2016, str. 482–489.

[7] P.B. Shiha, C. Morisseaub, T. Lea, B. Woodsidec, J.B. German: Personalized polyunsaturated fatty acids as a potential adjunctive treatment for anorexia nervosa, Prostaglandins Other Lipid Mediat, br. 133, 2017; str. 11–19.

[8] http://niamhwellbeing.org/Leaflets/Leaflets-8386-79186.html dostupno 12.08.2020.

[9] L. de Sousa Fortes, F.M. Cipriani, S. de Sousa Almeida, M.E. Caputo, M.E. Ferreira: Eating disorder symptoms: association with perfectionism traits in male adolescents, Arch Clin Psychiatry, 41(5), 2014, str. 117-20.

[10] E. Zoletić, E. Duraković-Belko: Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students, Psychiatria Danubina, 21(3), 2009, str. 302–309.

[11] http://nurseslabs.com/category/nursing-care-plans/ dostupno 12.08.2020.

[12] Striegel-Moore RH. And Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders, American Psychologist, 62(3), 2007, str. 181–199.

[13] http://www.eatingdisorderscoalition.org/inner_template/facts_and_info/facts-abouteating-disorders.html dostupno 16.08.2020.

[14] J. Balabanić Mavrović: Kako pobijediti poremećaje hranjenja, Veble commerce, Zagreb, 2015.

[15] A. Baum: Eating Disorders in the Male Athlete, Department of Psychiatry, 36(1), 2006, str. 1-6.

[16] http://www.nationaleatingdisorders.org/bulimia-nervosa dostupno 13.08.2020.

[17] C.M. Bulik, M.D. Marcus, S. Zerwas: The The Changing "Weightscape" of Bulimia Nervosa, American Journal of Psychiatry, 169, 2014, str. 1031–1036.

[18] C.A. Stegeman, L.H. Slim: Recognizing and Managing Eating Disorders in Dental Patients. CERP, 2011.

[19] C.G. Fairburn, S.L. Welch, H.A. Doll. Risk Factors for Bulimia Nervosa, A Community-Based Case-Control Study, General Psychiatry, 54(6), 1997, str. 509-517.

[20] T. Frančišković, T. Moro: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.

[21] C.B. Peterson, P. Thurasb, D. Ackard: Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity, Comprehensive Psychiatry, 51, 2010, str. 31–36.

[22] M.D. Marcus: Obesity and eating disorders, International Journal of Eating Disorders, 51, 2018, str. 1296–1299.

[23] B.T. Walsh, M.J. Devlin: Eating disorders: progress and problems, Science, 280, 1998, str. 1387- 1390.

[24] C.A. Levinson, L.C. Brosof, I.A. Vanzhula: Perfectionism Group Treatment for Eating Disorders in an Inpatient, Partial Hospitalization, and Outpatient Setting, Eur Eat Disord Rev, 25(6), 2017, str. 579–585.

[25] C.S. Reiter, L. Graves: Nutrition Therapy for Eating Disorders, Nutrition in Clinical Practice, 25(2), 2010, str. 122-136.

[26] M. De Onis, M. Blossner, E. Borghi: Global Prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children, Am J Clin Nutr, 92, 2010, str.1257-1264.

[27] A.B. Fagundo, R. de la Torre, S. Jime´nez-Murcia, Z. Aguera, R. Granero: Executive Functions Profile in Extreme Eating/Weight Conditions: From Anorexia Nervosa to Obesity, PLOS ONE, 7(8), 2012, str. 1-9.

[28] B.C. Harrington, C. Haxton, D.C. Jimerson: Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, American Family Physician, 91(1), 2015, str. 46-53.

[29] D.A. Williamson, N.L. Zucker, C.K. Martin, A. M. Smeets Monique: Etiology and Management of Eating Disorders, Comprehensive Handbook of Psychopathology, Plenum Publishers, 23, 2001, str. 641- 670.

[30] P.K. Keel, K.J. Forney: Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders, International Journal of Eating Disorders, 46, 2013, str. 433–439.

[31] K. Sambol, T. Cikač: Anoreksija i bulimija nervoza - rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, 24, 2015, str. 165-171.

[32] Ż Malczyk, J. Oświęcimska: Gastrointestinal complications and refeeding guidelines in patients with anorexia nervosa, Psychiatr, Pol, 51(2), 2017, str. 219–229.

[33] J.M. Lavendera, T.B. Masona, L.M. Utzingera: Examining Affect and Perfectionism in Relation to Eating Disorder Symptoms among Women with Anorexia Nervosa, Psychiatry Res, 241, 2016, str. 267–272.

[34] C.G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment, Behaviour Research and Therapy, 41, 2003, str. 509–528.

[35] A. Wayne, Bowers, E. Arnold, M.D. Andersen: Cognitive-Behavior Therapy With Eating Disorders: The Role of Medications in Treatment, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 21(1), 2007, str. 16-27.

[36] L. Beato-Fernández, T. Rodríguez-Cano, A. Belmonte-Llario, C. Martínez-Delgado: Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study, European Child & Adolescent Psychiatry, 13, 2004, str. 287–2.

[37] A. Burrows, M. Cooper: Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls, International Journal of Obesity, 26, 2002, str. 1268–1273.

[38] J. Canals, C. Sancho, M.V. Arija: Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents, Eur Child Adolesc Psychiatry, 18, 2009, str. 353–359.

[39] C. Davis, G. Claridge, J. Fox: Not Just a Pretty Face: Physical Attractiveness and Perfectionism in the Risk for Eating Disorders, International Journal of Eating Disorders, 27(1), 2000, str. 67-73.

[40] H. Roux, A. Ali, S. Lambert: Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa, BMC Psychiatry, 16, 2016, str. x- 339.

[41] M. Milovilović: Anoreksija težina ljepote, Profil, Zagreb, 2014.

[42] R.I. Stein: Treatment of Eating Disorders in Women, The counseling psychologist, 29(5), 2001, str. 695-732.

[43] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2006.

[44] W.H. Kaye, C.M. Bulik, L. Thornton: Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa, Am J Psychiatry, 161, 2004, str. 2215–2221.

[45] J. de Groot, G. Rodin: Coming Alive: The Psychotherapeutic Treatment of Patients With Eating Disorders, The Canadian Journal of Psychiatry, 43, 1998, str. 359-366.

[46] R. Murphy, S. Straebler, Z. Cooper, G.C. Fairburn: Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, Psychiatr Clin North Am, 33(3), 2010, str. 611–627.

[47] K. Matešić, V. Ružić: Hrvatska standardizacija Freiburškog inventara ličnosti, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2008.

[48] A.K. Garber, S.M. Sawyer, N.H. Golden: A systematic review of approaches to refeeding hospitalized patients with anorexia nervosa, Journal of Eating Disorders, 49(3), 2016, str. 293–310.

[49] http://www.timberlineknolls.com/eating-disorder/compulsive-over-eating/ dostupno 16.08.2020.

[50] V. Vidović: Anoreksija i bulimija, Biblioteka časopisa PSIHA, Zagreb, 1998.

[51] D. Kocijan-Hercigonja: Obiteljska terapija anoreksije nervoze, Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 52, 2004, str. 56-57.

[52] L. Wolber: The Technique of Psychotherapy, International Psychotherapy Institute E-Books, USA, 2013.

[53] J. Vanderlinden, H. Buis, G. Pieters, M. Probs: Which Elements in the Treatment of Eating Disorders Are Necessary 'Ingredients' in the Recovery Process?—A Comparison between the Patient's and Therapist's View, European Eating Disorders Review, 15, 2007, str. 357–365.

[54] A.M. Bardone-Cone, S.A. Wonderlich, R.O. Frost: Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions, Clinical Psychology Review, 27, 2007, str. 384–405.

Popis tablica i grafikona

Popis tablica

Tablica 2.2.1.1 Klasifikacija indeksa tjelesne mase 6
Tablica 2.2.1.2 Klasifikacija indeksa tjelesne mase 6

Popis grafikona

Grafikon 3.3.1 Prikaz spola sudionika.....26
Grafikon 3.3.2 Prikaz dobi sudionika.....27
Grafikon 3.3.3 Mjesto stanovanja.....27
Grafikon 3.3.4 Poznajete li osobu koja boluje od poremećaja prehrane? 28
Grafikon 3.3.5 Jeste li tijekom života imali iskustvo rada s osobom koja boluje od poremećaja prehrane? 28
Grafikon 3.3.6 Bulimia nervosis, anoreksija, gojaznost spadaju u poremećaje prehrane? 29
Grafikon 3.3.7 Osobe oboljele od anoreksije sklonije su depresiji, tjeskobi?.....29
Grafikon 3.3.8 Od poremećaja prehrane obolijevaju samo žene?.....30
Grafikon 3.3.9 Poremećaji prehrane se javljaju zbog manjka samokontrole pojedinca?.....30
Grafikon 3.3.10 Potiču li mediji poremećaje prehrane?.....31
Grafikon 3.3.11 Potiče li poremećaje prehrane kulturološko poticanje na mršavosti? 31
Grafikon 3.3.12 Pridonose li biološki čimbenici razvoju poremećaja prehrane kod pojedinca? .32
Grafikon 3.3.13 Pridonose li psihološki čimbenici razvoju poremećaja prehrane kod pojedinca? 32
Grafikon 3.3.14 Kojoj stručnoj osobi bi se obratili ukoliko smatrate da bolujete od poremećaja prehrane? 33
Grafikon 3.3.15 Je li program liječenja od presudne važnosti za oboljele od poremećaja prehrane? 33
Grafikon 3.3.16 Je li osobe s poremećajem prehrane boluju od nesanice, loše navike spavanja? 34
Grafikon 3.3.17 Kako biste prepoznali poremećaj prehrane kod pojedinaca? [moguće više odgovora].....34
Grafikon 3.3.18 Smatrate li da se poremećaji prehrane mogu spriječiti pojavom prvih simptoma? 35
Grafikon 3.3.19 Što smatrate važnim kako bi spriječili poremećaj prehrane?.....35

Prilozi

Anketni upitnik

Znanje i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici

Poštovane/i

Pred Vama je anketa kojom se žele dobiti podatci za istraživački završni rad na studiju sestrinstva Sveučilišta Sjever u Varaždinu. Anketa je u potpunosti anonimna i Vaši će odgovori biti korišteni isključivo u istraživačke svrhe. Unaprijed Vam zahvaljujem na suradnji!

*Obavezno

SPOL *
a) M
b) Ž

DOB *
a) > 18
b) 18-25
c) 26-35
d) 36-45
e) < 46

OBRAZOVANJE *
a) OŠ
b) SSS
c) VŠS
d) VSS
e) MR/DR

MJESTO STANOVANJA *
a) Grad
b) Selo

1. **Poznajete li osobu koja boluje od poremećaja prehrane? ***
a) Da
b) Ne

2. **Jeste li tijekom života imali iskustvo rada s osobom koja boluje od poremećaja prehrane?** *
a) Da
b) Ne

3. **Koje poremećaje prehrane poznajete? ***

_____

4. **Bulimia nervosis, anoreksija, gojaznost spadaju u poremećaje prehrane?** *
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

5. **Osobe oboljele od anoreksije sklonije su depresiji, tjeskobi? ***
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

6. **Poremećaji prehrane su bolesti adolescencije?** *
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

7. **Od poremećaja prehrane obolijevaju samo žene?** *
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

8. **Poremećaji prehrane se javljaju zbog manjka samokontrole pojedinca?** *
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

9. **Potiču li mediji poremećaje prehrane? ***
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

10. **Potiče li poremećaje prehrane kulturološko poticanje mršavosti?** *
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

11. **Pridonose li biološki čimbenici razvoju poremećaja prehrane kod pojedinca**? *
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

12. **Pridonose li psihološki čimbenici razvoju poremećaja prehrane kod pojedinca? ***
a) Da
b) Ne
c) Ne znam

13. Kojoj stručnoj osobi bi se obratili ukoliko smatrate da bolujete od poremećaja prehrane? *

a) Liječniku opće prakse
b) Medicinskoj sestri
c) Psihologu
d) Terapeutu
e) Nutricionistu
f) Obiteljskom savjetniku

14. Je li program liječenja od presudne važnosti za oboljele od poremećaja prehrane? *

a) Da
b) Ne
c) Ne znam

15. Je li osobe s poremećajem prehrane boluju od nesanice, loše navike spavanja? *

a) Da
b) Ne
c) Ne znam

16. Kako biste prepoznali poremećaj prehrane kod pojedinca? * (moguće više odgovora)

a) Gubitak menstruacijskog ciklusa
b) Bolovi u trbuhu
c) Brojanje kalorija, neprestano vaganje tjelesne težine
d) Promjene raspoloženja, depresivnost, tjeskoba, nervoza, nezadovoljstvo, umor
e) Opterećenost s gubitkom tjelesne težine
f) Upotreba laksativa,diuretika radi kontrole tjelesne težine

17. Smatrate li da se poremećaji prehrane mogu spriječiti pojavom prvih simptoma? *

a) U potpunosti se ne slažem
b) Ne slažem se
c) Niti se slažem niti se ne slažem
d) Slažem se
e) U potpunosti se slažem

18. Što smatrate važnim kako bi spriječili poremećaj prehrane? *

a) Usredotočiti se na zdravlje , ne na težinu
b) Uključiti se u organizirane preventivne programe
c) Uključiti se u svakodnevne aktivnosti(hodanje, trčanje, tjelovježba)
d) Ne iskušavati nezdrave dijete koje vode brzom mršavljenju
e) Izgraditi zdravo samopouzdanje i vlastito samopoštovanje

Sveučilište
Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANDREJA MARŠIĆ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZNANJE I STAVOVI O PREHRANI U ZAJEDNICI *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Andreja Maršić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ANDREJA MARŠIĆ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZNANJE I STAVOVI O PREHRANI U ZAJEDNICI *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Andreja Maršić
(vlastoručni potpis)