Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije

Alagić, Katarina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:293438

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište
Sjever

Završni rad br. 1048/SS/2018

Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije

Katarina Alagić, 0604/336

Varaždin, rujan 2018. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvno

Završni rad br. 1048/SS/2018

Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije

Student

Katarina Alagić, 0604/336

Mentor

Doc. dr. sc. Natalija Uršulin-Trstenjak., prof.v.š.

Varaždin, rujan 2018. Godine

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

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

PRISTUPNIK: Katarina Alagić | MATIČNI BROJ: 0604/336

DATUM: 29.08.2018. | KOLEGIJ: Dijetetika

NASLOV RADA: Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Case representation of a self initiated anorexia healing process

MENTOR: doc dr. sc. Natalija Uršulin - Trstenjak | ZVANJE: viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. doc.dr.sc. Karlo Houra, predsjednik
2. doc. dr. sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, mentor
3. Marija Božičević, mag.med.techn., član
4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1048/SS/2018

OPIS

Poremećaji hranjenja vrsta su poremećaja kojima je vrlo dugo bilo posvećeno premalo pažnje. Glavna dva oblika poremećaja hranjenja su anoreksija nervosa i bulimija nervosa, iako je moguća i kombinacija ovih poremećaja.Anoreksija je psihički poremećaj od kojeg umire najveći broj ljudi s nekim psihičkim poremećajem ili smetnjom. Česte posljedice koje se javljaju kod ove teške bolesti su: gubitak menstrualnog ciklusa, zatvor stolice i bolovi u abdomenu, netoleranciju hladnoće, bezvoljnost i gubitak energije. Kod ovih bolesnika medicinska sestra svojim intervencijama utječe na pacijentovo prihvaćanje liječenja i stvaranje osjećaja sigurnosti te najviše vremena provodi sa oboljelima te ono najbitnije prva uviđa promjene na njima.

U ovom radu bilo je potrebno prikazati slučaj 23-ogodišnje Eme Brajdić koja je svojom snagom volje, uma i upornošću pobijedila tu bolest na samoinicijativan način. Uzimanjem stvari u svoje ruke, svakodnevnom požrtvovnošću i stjecanjem zdravih navika Ema je došla do toga da je danas uzor mnogim mladim djevojkama diljem Hrvatske te im daje potporu u izlječenju.
U radu je potrebno :
- opisati pojam i povijesni razvoj anoreksije
- obraditi pojam anoreksije u svijetu i u Republici Hrvatskoj
- detaljno obraditi prikaz slučaja
- opisati život Eme Brajdić nakon borbe s anoreksijom
- izvući zaključak iz cijelog slučaja
- citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN 14.09.2018. | POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA 5 SVEUČILIŠTE SJEVER KOPRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici, doc. dr. sc. Nataliji Uršulin - Trstenjak na ukazanom povjerenju i pruženoj pomoći tijekom izrade diplomskog rada.

Od srca zahvaljujem svojoj obitelji na pruženoj potpori tijekom studija.

U Varaždinu, 2018. godine

Sažetak

Poremećaji hranjenja vrsta su poremećaja kojima je vrlo dugo bilo posvećeno premalo pažnje. Glavna dva oblika poremećaja hranjenja su anoreksija nervosa i bulimija nervosa, iako je moguća i kombinacija ovih poremećaja.

Na području Republike Hrvatske procijenjena brojka oboljelih od poremećaja hranjenja jest oko 90.000! U SAD-u 1-2% tinejdžerica boluje od anoreksije nervose a 2-4% od bulimije nervose, što je 1-2 milijuna djece s bulimijom u SAD-u. Podaci dosadašnjih istraživanja slažu se da je prosječna dob javljanja anoreksije 14 godina dok se bulimija javlja nešto kasnije.

Anoreksija je psihički poremećaj od kojeg umire najveći broj ljudi s nekim psihičkim poremećajem ili smetnjom. Česte posljedice koje se javljaju kod ove teške bolesti su: gubitak menstrualnog ciklusa, zatvor stolice i bolovi u abdomenu, netoleranciju hladnoće, bezvoljnost i gubitakenergije.

Kod pacijenata oboljelih od anoreksije veoma je važna uloga medicinske sestre/tehničara. Oni provode najviše vremena sa oboljelima te kao član tima donosi odluke vezane uz liječenje i uviđa stanja i promjene kod pacijenata. Medicinska sestra/tehničar svakodnevno pruža podršku, empatiju i daje osjećaj sigurnosti pacijentima i svakodnevnim provođenjem intervencija bolesnicima se na taj način pomaže i olakšava hospitalizacija.

U ovom radu bilo je potrebno prikazati slučaj 23-ogodišnje Eme Brajdić koja je svojom snagom volje, uma i upornošću pobijedila tu bolest na samoinicijativan način. Uzimanjem stvari u svoje ruke, svakodnvenom požrtvovnošću i stjecanjem zdravih navika Ema je došla do toga da je danas uzor mnogim mladim djevojkama diljem Hrvatske te im daje potporu u izlječenju.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, anoreksija, bulimija, Republika Hrvatska, intervencije, empatija, medicinska sestra/tehničar, motivacija

Summary

Eating disorders are a type of disorder, to which too little attention was devoted for too long. The main two types of eating disorders are the anorexia nervosa and the bulimia nervosa, although a combination of these two is possible.

The estimated number of those afflicted with eating disorders on the territory of the Republic of Croatia is around 90.000! In the USA 1-2 % of teenage girls suffer from anorexia nervosa and 2-4% from bulima nervosa, which is 1-2 million children afflicted with bulimia in the USA. The data from all the researches so far agrees that the average age of anorexia is 14, while bulimia occurs somewhat later.

Anorexia is a mental disorder, from which the greatest number of people with a mental disorder or disturbance dies. Common consequences of this severe illness are: the absence of the menstrual cycle, constipation and abdominal pain, cold intolerance, abulia and the loss of energy.

The main role of a nurse/technician with patients who are suffering of anorexia is very important. They spend most time with patients and as a team member make decisions regarding the treatment and recognizes changes of patients. The nurse / technician daily provides support, empathy and gives a sense of security to the patients and with the daily interventions to the patients helps and makes hospitalization.

In this final assignment, it was necessary to represent the case of the 23-year-old Ema Brajdić who with her power of will, mind and perseverance won that illness in a self-inspiring manner. By taking matter into her own hand with everyday devotion and sacrifice and acquiring healthy habits Ema became to be a role model to man young girl all over Croatia today and gives them support in their healing process.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, Republic of Croatia, intervention, empathy, nurse / technician, motivation

Popis korištenih kratica

- **AN** – Anoreksija nervosa
- **BN** – Bulimija nervosa
- **ITM** – indeks tjelesne mase
- **TT** – tjelesna težina
- **BMI** – body mass index
- **PRO ANA** – „pro anorexic“ / „Proud to be anorexic“

Sadržaj

1. Uvod....1
2. Poremećaji Hranjenja: Dijagnoza I Klasifikacija....3
   2.1. Anoreksija Nervosa....3
   2.2. Bulimia Nervosa....4
3. Općenito O Anoreksiji I Kriterijima Za Njenu Dijagnostiku....6
   3.1. Mršavost....6
   3.2. Strah Od Debljanja....6
   3.3. Promijenjen Doživljaj Dimenzija Vlastitog Tijela....7
   3.4. Hormonski Poremećaj....7
4. Povijesni Pregled Razvoja Prepoznavanja I Razumijevanja Anoreksije Nervose....8
5. Razvoj I Nastanak Anoreksije....11
   5.1. Biološki Faktori U Nastanku Anoreksije....11
   5.2. Psihološki Faktori Nastanka Anoreksije....12
      5.2.1. Povezanost Poremećaja Ličnosti I Poremećaja Hranjenja....13
   5.3. Socijalni Faktori Nastanka Anoreksije....14
      5.3.1. Pro Ana....14
6. Liječenje Anoreksije....16
   6.1. Priroda Bolničkog Liječenja....17
   6.2. Medicinsko Vođenje Hospitaliziranih Bolesnika....18
   6.3. Liječenje Bolesnika Anoreksije Nervose Tijekom Hospitalizacije....19
7. Uloga Medicinske Sestre/Tehničara Kod Osoba Oboljelih Od Anoreksije Nervose....20
   7.1. Sestrinske Dijagnoze I Intervencije Kod Anoreksije Nervose....20
      7.1.1. Neuravnotežena Prehrana....21
      7.1.2. Poremećaj Tjelesnog Izgleda....21
      7.1.3. Visok Rizik Za Suicid....22
8. Prikaz Slučaja....23
   8.1. Sažetak Slučaja....23
   8.2. Uvod U Slučaj....23
   8.3. Faza Anoreksije....24
   8.4. Emino Samoinicijativno Izlječenje....27
   8.5. Emina Prehrana Danas....29
   8.6. Trnovit Put Do Uspjeha....31
9. Zaključak....**Error! Bookmark not defined.**
10. Literatura....35
11. Popis Slika....36
12. Prilog....37

1. Uvod

U današnje vrijeme gdje je svijet postao užurbano mjesto, gdje ljudi imaju jako malo vremena za posvetiti se sebi i svome zdravlju dolazi do sve više ozbiljnih zdravstvenih problema. Tako i dolazimo do problema poremećaja hranjenja koji su danas postali sve učestaliji, a mnogobojna istraživanja ukazuju na to da broj oboljelih iz godine u godinu sve više raste.

Poremećaj hranjenja predstavlja kronično samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje. Ono nastaje kao posljedica držanja restriktivnih dijeta i to kod osoba koje su emocionalno i psihički osjetljive i nestabilne, odnosno kod onih osoba koje rade na štetu vlastitog zdravlja prakticirajući nepravilne dijete, uzimanjem neprovjerenih dijetetskih pripravaka i određivanje svoje vlastite idealne tjelesne težine koja je najčešće ispod adekvatne. Dva najpoznatija poremećaja hranjenja su bulimija nervosa i anoreksija nervosa.
Osobe koje pate od bulimije imaju neodoljivu potrebu za hranom koju nastoje zadovoljiti unosom velike količine hrane u vrlo kratkom roku, zbog čega se javlja osjećaj srama i krivnje zbog pojedenog. Nakon toga izazivaju povraćanje, upotrebljavaju laksative i diuretike ili pretjerano vježbaju.

Doslovno značenje riječi „anoreksija“ je nedostatak apetita, izbjegavanje i gnušanje prema hrani. Karakterizira ju jaki nagon da osoba bude mršava, kao i psihološki strah od povećanja tjelesne mase i gubitka kontrole nad prehranom. Anoreksija nervosa u prehrani može biti rezultat brojnih faktora koji uključuju poremećaje ličnosti, pritisak u obitelji, moguća genetska predispozicija i opsjednutost idealnom težinom. Najčešće zahvaća adolescente, ali i osobe u ranoj odrasloj dobi. Osobe oboljele od anoreksije često su suicidalne i misle da ne zavrjeđuju ništa dobro u svome životu, pate od depresije veoma su negativne prema sebi, i to je također jedan od razloga njihovog ne uzimanja hrane. Katkad dolazi do čestog otuđivanja od svih, izoliraju se, ne izlaze sa prijateljima i poznanicima, nemaju nikakvu komunikaciju sa obitelji, točnije vrlo često odbijaju njihovu pomoć te zbog toga dolazi do često narušenih obiteljskih odnosa. Anoreksija nervosa može imati veoma ozbiljne posljedice na zdravlje, a vrlo često završi i smrću. Smrt može biti razlog nepravilnog rada srca (aritmije) ili disbalansa elektrolita [3].

Treća kategorija poremećaja u uzimanju hrane su nespecificirani poremećaji, koji se ne mogu definirati niti kao anoreksija niti kao bulimija. Ta kategorija uključuje pretjerano uzimanje bez izbacivanja hrane, rijetke epizode pretjeranog uzimanja i izbacivanja hrane (manje od dva puta tjedno ili takvo ponašanje koje traje manje od tri mjeseca), ponovljeno žvakanje i pljuvanje bez

gutanja većih količina hrane, ili normalnu težinu u ljudi s anoreksičnim ponašanjem. U skupinu s najvećim rizikom spadaju ljudi koji imaju i teške psihološke poremećaje. U mnogim ispitivanjima anoreksičnih bolesnika zabilježena je stopa smrtnosti od 4% do 20% te je rizik od rane smrti je dvostruko veći u bulimičnih anoreksičara nego u bolesnika s restriktivnom anoreksijom [1].

U djece i adolescenata s anoreksijom rast je usporen zbog smanjenih razina hormona rasta, dok s druge strane povratak menstruacije, koji ukazuje na ponovno uspostavljene razine estrogena i povećanje težine, poboljšava izglede za pozitivan ishod. Međutim kod teške anoreksije, čak i nakon liječenja, 25% pacijentica više ne dobije menstruaciju. Žene koje zatrudne prije nešto što povrate normalnu tjelesnu težinu suočavaju se s lošom reproduktivnom budućnošću, malom težinom djece pri porodu, čestim pobačajima, i visokom stopom djece s prirođenim anomalijama. Gubitak koštanih minerala (osteopenija) i osteoporoza, uzrokovane niskom razinom estrogena i povećanim steroidnim hormonima, dovode do visokog poroziteta kostiju koje su sklone frakturama. Kod pacijenata s anoreksijom može doći do oštećenja živaca, poremećenog razmišljanja, gubitka osjeta ili ostalih problema sa živcima u rukama ili stopalima, a snimke mozga pokazuju da su dijelovi mozga izloženi strukturalnim promjenama i abnormalnom djelovanju tijekom anoreksije. Međutim, neke se od tih promjena vraćaju u normalu nakon povećanja težine, ali neka oštećenja mogu biti stalna.
O kojem god se poremećaju radilo, važno je napomenuti da je pri njegovom rješavanju neophodna stručna pomoć – uzroci ovih poremećaja mogu biti razni i zapravo je nemoguće generalizirati i svrstati ih pod jedan nazivnik.

U nastavku ovog završnog rada detaljnije ćemo se upoznati samo s jednom vrstom poremećaja hranjenja, a to je – anoreksija nervosa. Ući ćemo u povijesni tijek bolesti, problematiku, nastanak i ostale bitne stvari vezane uz ovaj ozbiljan zdravstveni problem. Isto tako, u drugom dijelu rada vidjet ćemo prikaz slučaja jedne mlade djevojke koja je bolovala od anoreksije dugi niz godina, ali koja se uz volju, hrabrost, promjenu okoline i društva, snagu uma i tijela uspjela izvući i danas je uzor mnogim mladim ljudima te velika motivacija u sportu i zdravom načinu života [1].

2. Poremećaji hranjenja: dijagnoza i klasifikacija

Poremećaji hranjenja spadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose i rizik ranije smrti. Mnogobrojni ljudi su danas jako dobro upoznati s postojanjem poremećaja hranjenja i razaranja metabolizma koji je veoma karakterističan upravo za industrijalizirane zemlje Zapada.

Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje kako vanjskoga tako i unutrašnjeg svijeta, vezan je uz emocije i iskustva još od najranijeg razvoja. U nekim člancima i časopisima izrazi kao „problem hranjenja“ i „poremećaji hranjenja“, koriste se naizmjenično, ne vodeći računa o različitosti njihova značenja. Veliki broj ljudi se prejeda, ali unatoč tome oni nemaju ni problem ni poremećaj hranjenja, već hranu katkada koriste kao „utapanje emocija“. Takovo ponašanje, ako nije učestalo, nije štetno, čak štoviše katkada je i korisno jer ne narušava kvalitetu života. S druge strane, ima određen broj osoba kod kojih te epizode prejedanja interferiraju, u većoj ili manjoj mjeri, s kvalitetom života, mogu biti učestale, bolne i narušavaju fizičko zdravlje. Upravo u takvim slučajevima govorimo da osoba ima problema s prehranom te joj je potrebna medicinska pomoć.

Za razliku od problema, poremećaji su hranjenja obilježeni teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju. Dva službeno priznata poremećaja hranjenja, anoreksija nervoza (AN) i bulimija nervoza (BN), proteklih 25 godina privlačila su najveću pažnju istraživačke i javnosti uopće [1].

2.1. Anoreksija nervosa

Anoreksija nervosa psihički je poremećaj u kojem osoba pati zbog osjećaja da je predebela i zbog toga se podvrgava strogom režimu prehrane koji za posljedicu ima gubitak tjelesne težine. Sama riječ anorexia grčkog je podrijetla i znači odsutnost apetita. Anoreksija nervosa načešće se javlja u dobi od 14-25 godina, a kriteriji pomoću kojih ju možemo klasificirati su sljedeći:

- Odbijanje da se težina održi na ili iznad granice normalne
- Strah od dobivanja na težini
- Promjena u načinu doživljavanja svog tijela
- Odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti neke tjelesne težine
- Odsutnost menstruacijska ciklusa kod žena

Postoje dva tipa anoreksije:

1. RESTRIKTIVNI TIP → osoba je na dijeti, a izgladnjivanje je u velikom broju slučajeva popraćeno pretjeranom fizičkom aktivnošću.
2. PREŽDERAVAJUĆE – PURGATIVNI TIP → osoba je na dijeti koju prati povremeno prejedanje te izbacivanje hrane povraćanjem, laksativima i diureticima [1].

2.2. Bulimia nervosa

Bulimija je sindrom prejedanja/pražnjenja, a sastoji se od prejedanja nakon kojeg slijedi inducirano povraćanje ili zloporaba laksativa s ciljem izbacivanja golemih količina hrane iz tijela. Bolesnici hranu gutaju bez mnogo žvakanja i ubrzo potom kreću u potragu za dodatnim količinama hrane. Kao i kod anoreksije i bulimiju karakterizira želja za mršavošću, ali se željeni cilj postiže drugačijim postupcima nego što je to slučaj kod anoreksije. Bulimija najčešće započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi, a sličnost između nje i anoreksije leži u patološkom doživljavanju vlastitog tijela, nezadovoljstvo njime i sklonosti da postoji pretjerani naglasak na oblik tijela i njegovu težinu.

Kriteriji prema kojima bulimiju možemo klasificirati su sljedeći:

- Ponavljanje epizoda prejedanja
- Sprječavanje povećanja težine pomoću samoizazvanog povraćanja i uporabe laksativa
- Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela
- Poremećaj se ne pojavljuje isključivo tijekom epizoda anoreksije

Dva su tipa bulimije:

1. PURGATIVNI TIP → nakon prejedanja se osoba „prazni“ samoizazvanim povraćanjem, laksativima ili diureticima
2. NEPURGATIVNI TIP → nakon prejedanja osoba pribjegava postu ili pretjeranom vježbanju, ali ne koristi samoizazvano povraćanje, laksative ili diuretike.

Osim spomenute dvije vrste poremećaja u hranjenju, postoje i oni neodređeni pod kojima podrazumijevano sve one slučajeve u kojima osoba iskazuje neka ponašanja koja su tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije [1].

3. Općenito o anoreksiji i kriterijima za njenu dijagnostiku

Prema općeprihvaćenoj klasifikaciji anoreksija nervosa svrstava se u poremećaje uzimanja hrane čija se dijagnostika zasniva na četiri glavna kriterija: mršavost, strah od debljanja, promijenjen doživljaj dimenzija vlastitog tijela te hormonski poremećaj [2].

3.1. Mršavost

Glavna odrednica anoreksije je odbijanje zadržavanja minimalno normalne tjelesne težine uz redovnu pojavnost straha bolesnika od dobivanja na težini. Ovaj kriterij označava stanje kad se za jednu osobu može reći da teži manje od 86% normalne težine za svoju dob i visinu. Normalna se težina procjenjuje različitim tablicama kod kojih se indeks tjelesne mase izračunava tako da se težina u kilogramima podijeli s kvadratom visine izražene u metrima. Na primjer:

Tjelesna težina = 40 kg

Visina = 1,60 m

ITM= $TT/(V)^2 = 40/(1,6)^2 = 40/2,56 = 15,62$

Granična vrijednost koja dijeli mršave od pretjerano mršavih je 17,5. To znači da je osoba koja ima indeks tjelesne težine manji od navedene vrijednosti postigla jedan od četiri kriterija za utvrđivanje dijagnoze anoreksije. No, unatoč spomenutim kriterijima svaki liječnik mora voditi računa i o tjelesnog građi osobe i dosadašnjoj težini kao i činjenici da se i u nekim drugim tjelesnim bolestima također smanjuje tjelesna težina (npr. Insuficijencija gušterače, dijabetes,…) [3].

3.2. Strah od debljanja

Osobe koje razviju anoreksiju imaju toliko jak strah od debljanja da se cjelokupno psihičko stanje ne može ublažiti ni kada dođe do stvarnog gubitka na težini. Upravo zbog tog razloga jako je važno rano početi s liječenjem jer je izuzetno važno prekinuti začarani krug mršavljenja i straha od debljanja. Strah od debljanja može biti toliko izražen da se bolesnik boji svake hrane i doživljava ju opasnom i lošom, a sam je strah toliko iracionalan da osim hrane bolesnik ima strah i od doticaja jedućeg pribora s hranom koju smatra lošom [3].

3.3. Promijenjen doživljaj dimenzija vlastitog tijela

Bolesnici koji boluju od AN često su pretjerano zaokupljeni izgledom vlastitog tijela i uvjereni su da su debeli posvuda ili pak da su im pojedini dijelovi tijela ružnog oblika (obrazi, trbuh, bokovi,…). U situacijama kada potpuno smršave neki bolesnici uopće nisu svjetni toga već i dalje ostaju u uvjerenju da im je određeni dio tijela predebeo. Obzirom da iz vlastite percepcije njihovo tijelo nikada nije dovoljno malo niti je zadovoljavajućeg oblika, samopouzdanje kod ovakvih osoba izuzetno je nisko, jer upravo ono najviše ovisi o doživljaju oblika njihovog tijela [2].

Obzirom da oboljeli od AN često vide nerealnu i izobličenu sliku svog tijela, u psihoterapiji poremećaja hranjenja neizbježno je bavljenje poremećenom slikom tijela i poremećenim odnosom bolesnika prema svom tijelu [1].

3.4. Hormonski poremećaj

Poremećaj funkcije hipofize važan je pokazatelj fizioloških poremećaja u anoreksiji pa je i sam izostanak menstruacije posljedica naglog gubitka težine. Kod manjeg broja osoba izostanak menstruacije može prethoditi gubitku na težini, a kod djevojčica menstruacija može biti odgođena zbog bolesti [1].

4. Povijesni pregled razvoja prepoznavanja i razumijevanja anoreksije nervose

Danas u mnogim literaturama možemo pročitati da je anoreksija nervoza veoma stara bolest koja se nije tako uvijek zvala, a davnih dana nije bila smatrana bolešću. Slavni liječnici Hipokrat u Grčkoj i Galen u Rimu mogli su uočavati i pratiti namjerno izgladnjivanje, a u srednjem vijeku bila je uobičajena među „sveticama“ te među vješticama za koje su tvrdili da su opsjednute vragom (Pallazolli-Selvini, 1974.).

Prvi detaljni opis vezan uz anoreksiju nervozu vezuje se uz ime engleskog liječnika Richarda Mortona koji je sastavio klinički opis dvaju slučajeva anoreksije koji potječu iz 1689.godine i odnosi se na kćer gospodina Dukea i sina gospara Steelea koji su oboje završili fatalno. U slučaju gospođice Duke simptomi su zaključivali amenoreju, pretjeranu fizičku aktivnost i gubitak na težini. Te Iste osobine danas čine osnovu kliničke slike anoreksije nervoze. Dr. Morton, nakon spomenutog slučaja, počeo je upotrebljavati termin „nervna atrofija“ . Time je htio označiti i naglasiti sušicu koja nije bila praćena dispnejom ili vrućicom, već probavnim poteškoćama i nedostatkom apetita. Nije mogao naći nikakve druge patološke znakove osim sniženja tjelesne težine te je također zapazio da su pacijenti veoma ravnodušni prema svojem trenutnom stanju ili liječenju [2].

Nakon gotovo više od pola stoljeća napokon se u medicinskoj literaturi našao detaljan opis „nove bolesti“, a za to su zaslužna dva poznata liječnika toga doba – Francuz Ernest Charles Lasegue i Englez Sir William W. Gull.

Sir William Gull (1816.-1890.) bio je jedan od najuglednijih i najpoznatijih liječnika i kliničara u Engleskoj. Bio je svestran i veliki akademik tog doba koji je uveo nova saznanja u medicini te je uspješno liječio tifus gotovo svakodnevno. Djelovao je i kretao se u najvišim društvenim slojevima te se za njega govorilo da nalikuje Napoleonu zbog toga što je bio svojeglav, arogantan prema suradnicima, a prema bolesnicima totalna suprotnost – pun pažnje i strpljenja. Nije mu bilo bitno da li liječi nekoga iz aristokratskog sloja ili nekoga sa dna društvene ljestvice, Gull je liječio i prostitutke i nastojao im je pomoći te je to dovelo do sumnje i do gotovo fantastičnih priča da je umiješan u zločine Jacka Trbosjeka, odnosno da je to bio on sam [2].

Ernest Charles Lasegue (1816.-1883.) u Francuskoj je imao ugled izvrsnog psihijatra. 1870. godine postao je profesor kliničke medicine u bolnici La Pitie. Bio je izrazio mirna i skromna osoba, omiljen među kolegama i bolesnicima.

U travnju 1873. godine Lasegue je tiskao članak „O histeričnoj anoreksiji“ te je u njemu spomenuo osam sučajeva bolesti i naveo je da upravo ti slučajevi uzrokuju neobično psihičko stanje koje su bolesnice prikrivale ili priznavale. On je tvrdio da bolest ima tri stadija. Prvi stadij opisuje kao probavne poteškoće i premalen unos hrane, drugi stadij naziva „mentalnom perverzijom“ koju pospješuju obitelj vezana za bolesničko stane i njezina zaokupljenost mršavošću. Treća, posljednja, faza govori o razvitku depresije, gubitku turgora kože, blijedilu, amenoreji i opstipaciji te se naziva kahektičnom fazom. Lasegue navodi: „Nakon nekoliko mjeseci bolesnica konačno dospijeva u stanje koje se s pravom može nazvati histeričnom anoreksijom. Obitelj je u previranju. Uvjeravanja i prijetnje samo stvaraju još veću tvrdoglavost. Bolesničin psihički horizont i interesi se i dalje smanjuju, a pojavljuju se hipohondrijske ideje ili sumanutost. Liječnik je izgubio svoj autoritet, lijekovi nemaju nikakva učinka, osim laksativa koji suzbiju konstipaciju. Bolesnica tvrdi da se nikada nije bolje osjećala, ni na što se ne tuži, ne shvaća da je bolesna i nema želje da se izliječi. Ovaj bi opis. Međutim bio nepotpun bez spominjanja njihova obiteljskog života. Pacijentica i njezina obitelj formiraju čvrsto spletenu cjelinu i dobili bismo pogrešnu sliku bolesti ako bismo svoja zapažanja ograničili samo na pacijenticu“ [5]. Onako kako mi danas bolest vidimo je upravo ovo šta je liječnik Lesegue naveo prije gotovo stotinu godina te time dao prezican opis bolesti.

Njegov rad izvorno je tiskan u francuskom časopisu, ali je preveden na engleski i objavljen u časopisu Medical Times and Gazette. U listopadu 1973. godine na sastanku Kliničkog društva u Londonu Sir William W. Gull predstavio je svoj rad o miksedemu, a zatim još jedan s nazivom „Anorexa hysterica“ koji je poslije objavljen pod nazivom „Anorexia nervosa“. Na tom sastanku je detaljno opisao svoj radi i šta se krije pod nazivom „Anorexia nervosa“ te ni u jednom trenutku nije hito otkriti broj bolesnica koje je liječio. Pretpostavlja se da je Gull predložio riječ „nervosa“ zbog svojevrsne nesnošljivosti prema histeriji koju su Francuzi tada veoma uspješno naveliko proučavali. Naveo je isto tako da se bolest javlja ne samo kod žena, već i kod muškaraca [9].

Ubrzo je došlo do sukoba između W.W. Gulla i Laseguea. Gull je bio svjestan da mora pozvati svjedoke koji su trebali potvrditi da nije prije stvaranja svojeg rada čitao Lasegueov članak. To nije bilo nimalo teško jer Gull je bio iznimno cijenjen i bio je veoma prihvaćen u tadašnjim britanskim medicinskim krugovima. No danas se prihvaća teza da su obojica liječnika čudnom koincidencijom došli približno istovremeno do istih zaključaka bolesti.

Pred kraj devetnaestog stoljeća bilo je prihvaćeno u cijelosti da je anoreksija nervoza psihička bolest. Najveći su se autoriteti slagali da se izlječenje moglo postići jedino bolesničkom izolacijom i prisilnim hranjenjem. Nakon iscrpnih psihijatrijskih studija osoba koje su patile od anoreksije koje su pedesetih godina ovog stoljeća publicirali psihijatri fenomenološke

orijentacije za bolest su se zainteresirali i psihoanalitičari čije su studije bacile novo svjetlo na psihogene faktore u nastanku anoreksije [2].

5. Razvoj i nastanak anoreksije

Razvoj poremećaja hranjenja, pa tako i bolesti anoreksije proces je koji se sastoji od tri različita stadija. Početni stadij obuhvaća vrijeme od rođenja do pojave tzv. prethodnice u ponašanju. U ovom početnom stadiju osoba može biti izložena određenim faktorima koji se javljaju prije nastupa anoreksije, ali povećavaju rizik za njen razvoj. U drugi stadij smješteno je razdoblje od prethodnika u ponašanju do nastupa poremećaja. U najvećem broju slučajeva prethodnik nastanka poremećaja je dijeta koja se vrlo često javlja prije anoreksije. U trećem stadiju bitni faktori su oni koji određuju kakva će točno bolest nastupiti, hoće li ona biti prolaznog karaktera ili će biti kronična.

Iako se već dugi niz godina glasno i sve više govori općenito o poremećajima hranjenja, pa samim time i anoreksiji, još uvijek nije sasvim jasno i malo se zna o prirodnom razvoju tog poremećaja. Međutim, brojni predisponirajući faktori za nastanak AN mogu se svrstati u tri skupine: biološku, psihološku i socijalnu [4].

5.1. Biološki faktori u nastanku anoreksije

Više od dvjesto godina poznato je da uzrok anoreksije može ležati i u genetskom naslijeđu. U novijim, suvremenijim istraživanjima koja se općenito bave genetskim uzročnicima poremećaja hranjenja (pa tako i anoreksije) koriste se tri metode:

1. Utvrđivanje stupnja učestalosti oboljenja kod članova obitelji
2. Podudaranje bolesti kod jednojajčanih blizanaca
3. Istraživanje veza između poremećaja hranjenja i drugih psihijatrijskih oboljenja

Unatoč tome što su do danas obavljena brojna istraživanja ove problematike, još uvijek nije sa sigurnošću utvrđeno je li prijenos anoreksije uzrokovan pretežito genetskim faktorima ili faktorima okoline. Ipak, genetske faktore nikako ne smijemo isključiti.

Važno je spomenuti nekoliko najvažnijih bioloških faktora koji su važni pri nastanku anoreksije, a to su:

- **DOB** → poremećaji hranjenja, u ovom slučaju anoreksije nervose, karakteristični su za mlade žene iako se u nekim slučajevima poremećaj javlja već i u djetinjstvu

(prije 14. godine starosti), a rjeđi su slučajevi kada od anoreksije oboljevaju osobe starije od 40 godina. Prosječna dob u kojoj se anoreksija pojavljuje je 17 godina.

- **SPOL** → anoreksija je čak devet puta učestalija kod žena nego muškaraca. Uzrok tome pokušala su dati brojna istraživanja koja su u svojim zaključcima navodila odgovore na pitanje zašto, pa između ostalog i činjenicu da je pubertetski razvoj žene mnogo složeniji nego kod muškaraca pa su samim time žene u toj razvojnoj dobi ranjivije i osjetljivije te tvrdnju da žene imaju više predispozcija za razvoj endogene depresije koja može biti povezana sa bilo kojim od navedenih poremećaja hranjenja.

  Također, kod oba spola sportski status osobe može predstavljati faktor rizika za razvoj poremećaja hranjenja i zabrinutosti zbog tijela, jer je utvrđeno da su gimnastičari, atletičari, bodybuilderi, veslači i hrvači skupine sportaša s povećanim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja.
- **TJELESNA TEŽINA** → iako sama za sebe tjelesna težina ne predstavlja patološku vrijednost, ona je temeljni problem kod pojave poremećaja hranjenja. Određivanjem trenutne tjelesne težine i prethodnih promjena u težini dobivaju se osnovne dijagnostičke informacije na temelju kojih se mogu istražiti osnove psihopatologije anoreksije. Kao što je već ranije navedeno, kod osoba oboljelih od anoreksije prisutna je stalna zabrinutost zbog težine. Isto tako, poznato je da se osobe s poremećajem hranjenja češće važu od ostatka populacije [1].

5.2. Psihološki faktori nastanka anoreksije

Ova je skupina faktora, koja se još naziva i psihološko-psihijatrijski faktori rizika, najbolje istražena skupina faktora koji utječu na nastanak anoreksije, pa i svih drugih poremećaja hranjenja. Među onim najčešće proučavanima su depresivnost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, perfekcionizam, poremećaji ličnosti i anksioznost.

Dosadašnja su istraživanja pokazala da žene imaju više problema sa samopoštovanjem, jer za razliku od muškaraca, njihovo je samopoštovanje usko povezano i uz vanjske faktore kao što je, primjerice, tjelesni izgled. Samopoštovanje djevojaka u adolescentskoj dobi važan je faktor u njihovoj predispoziciji za razvojem anoreksije, a opći je osjećaj samopoštovanja usko povezan sa zadovoljstvom vlastitim tijelom. Obzirom na važnost koje se pridaje izgledu tijela, ne

čudi podatak kako sve više mladih djevojaka vlastitu vrijednost povezuje s posjedovanjem savršenog tijela [3].

Također, prije mnogo godina dokazan je visok stupanj povezanosti između poremećaja hranjenja i depresije. Mnogi su se autori znanstvenici bavili istraživanjem ovih dvaju poveznica, a rezultati su bili šaroliki. U novije vrijeme, vezano za povezanost pojave anoreksije i depresije, sve se veća pažnja poklanja udjelu sociokulturnih faktora. Kulturne norme mogu djelovati na razvoj stavova i osjećaj zadovoljstva samim sobom i zadovoljstvom vlastitim tijelom. Ako ti sociokulturni faktori vode prema stavovima i ponašanjima koji su po općeprihvaćenim normama negativni, to može dovesti do razvoja problema sa samopodcjenjivanjem, depresijom i poremećenim navikama hranjenja [4].

5.2.1. Povezanost poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja

Veliki broj oboljelih od poremećaja hranjenja ima i značajnu patologiju karaktera koja se svrstava u poremećaje ličnosti. Obzirom na to da su simptomi depresije česti kod oboljelih od poremećaja hranjenja od velike je važnosti procjena radi li se o simptomima u okviru depresivnog poremećaja ili tzv.karakterološkoj depresiji koja je sastavni dio ličnosti.

Procjena patološkog narcizma važna je kod bolesnika s poremećajem hranjenja, a psihotonični simptomi mogu biti skupni kod anoreksije. Isto tako, opsesivno kompulzivni poremećaji česti su kod osoba oboljelih od anoreksije. Zbog navedenoga, prilikom liječenja bolesnika od velike je važnosti procijeniti nekoliko sljedećih faktora kod bolesnika:

- Dominantna karakterna patologija
- Identitet
- Dominantni mehanizmi obrane
- Antisocijalne crte ličnosti [1]

5.3. Socijalni faktori nastanka anoreksije

Unatoč brojnim istraživanjima i dalje ne postoji jedinstvena socijalna teorija koja objašnjava nastanak i održavanje anoreksije, već postoji više sociokulturnih modela. Pregledom literature može se ustanoviti da sljedeći socijalni faktori:

1. Socijalni pritisci prema mršavosti
2. Promijenjena socijalna uloga žena
3. Glorifikacija poremećaja hranjenja
4. Predrasude prema gojaznima
5. Tendencija socijalnog uspoređivanja

Govoreći o socijalnim pritiscima prema mršavosti, od velike je važnosti spomenuti povijesni razvoj modne industrije u vidu nametnutih kriterija ljepote i mršavosti kao imperativu. Isprva se željeni tjelesni oblik nije postizao upotrebom dijeta već steznicima i posebnim vrstama odjeće da bi se sredinom sedamdesetih godina pred žene stavio novi zahtjev: osim mršavosti, zahtijevala se i tjelesna kondicija te mišićavo tijelo s malo masnoća. Suvremeni ideal mršavosti koju se poistovjećuje s privlačnošću, a koji propisuje određenu tjelesnu težinu koja je za mnoge žene preniska (obzirom na biološke i fiziološke čimbenike) jedan je od temeljnih faktora sve većeg broja anoreksije kod mladih žena. Anoreksija nervosa u najvećem se broju javlja u industrijaliziranim, razvijenim zemljama, tehnološki naprednim gdje je utjecaj medija i dostupnost nefiltriranih informacija ogroman. U skladu s time, u narednom ću dijelu završnog rada prikazati zabrinjavajuće raširen pokret pod nazivom Pro-Ana [10].

5.3.1. Pro Ana

Pro ana skraćenica je za izraz „pro anorexia“, pokret kojim se na direktan način promovira način života koji podržava poremećaje prehrane. Pro ana je i skraćenica za izraz *„Proud to be anorexic“* gdje pro ana sljedbenice, dajući anoreksiji ljudsko ime, personaliziraju vlastiti poremećaj nazivajući "Anu" svojom najboljom prijateljicom.

Pro ana pokret nastao je na internetu. Pokrenute su brojne internetske stranice, blogovi i forumi u kojima se podržavaju anoreksija, bulimija i ostali poremećaji u prehrani. Nastanak

pokreta povezuje se s 1998. godinom i pojavom stranice *„Anorexic Nation“* nakon koje je slijedio porast nastanka stranica sličnog tipa. Djevojke koje se okupljaju na takvim mjestima formiraju tzv. sestrinstva, razmjenjuju mišljenja, iskustva, frustracije svojom težinom ili prehrambenim navikama, uporno tvrdeći kako im nije potrebno liječenje, oporavak i rehabilitacija te tako negirajući vlastiti problem. Zajednice i sestrinstva uglavnom okupljaju ženske članice, no ima i muškaraca u manjem broju. Pro ana sljedbenice inspirirane su fotografijama slavnih manekenki, citatima koji im pomažu da izdrže (tzv. *thinspiration*), i fotografijama debelih osoba koje im služe kao opomena šta će postati ukoliko budu previše jele [5].

Pojava pro ana stranica nije nepoznanica ni kod nas. Istražujući spomenuti problem pronašla sam na internetu nekoliko blogova sljedbenica pro ana pokreta. U narednom dijelu citiram dijelove teksta sedamnaestogodišnje djevojke, vlasnice jednog od bloga.

„Želim postati ništavilo. Nitko, ništa. Želim biti rupa, antimaterija. Želim stati na vagu i ne imati ništa, ni grama. Želim još i manje. Želim minus. Želim imati svaki kilogram koji imam, ali u minusu. Ne želim više pričati koliko kilograma imam, nego koliko nemam, koliko mi fali da bi postojala. Ne želim da se brinu za mene jer sam blijeda, želim da me zaborave. Želim hodati, a da me ne vide. Da misle da nisam, ne postojati. Želim biti samo kosti, u zadnjoj klupi, promatrati svijet kojem ne pripadam.

…

„Znači, bio mi je maturalni ples prošli vikend, na svakoj sam slici ispala kao debela krava. Međutim, to me potaknulo da ništa ne jedem puna 3 dana. Nisam ništa pojela ni u subotu...nedjelju...ponedjeljak.. i onda mi je postalo jako loše pa sam nešto pojela. Neki dan sam pojela ručak i naravno, kad sam došla u školu, odmah već prvi sat išla to izbaciti iz sebe [6]“.

6. Liječenje anoreksije

Programi bolničkog liječenja anoreksije spoj su više elemenata koji uključuju oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak. Točan spoj ovih različitih modela liječenja bit će različit, ovisno o dobi bolesnika i njegovoj ili njezinoj individualnoj situaciji. Muškarci su obično tretirani zajedno sa ženama i ne postoje specifične razlike u liječenju muškaraca i žena.

Danas postoji suglasje u stručnom mišljenju o tome kada bolesnika s dijagnozom poremećaja hranjenja treba hospitalizirati. Većinu bolesnika se hospitalizira i zbog liječenja specifičnih medicinskih komplikacija. Bolesnici koji boluju od anoreksije nervoze hospitaliziraju se i zbog kratkog medicinskog vođenja i zbog konačnog liječenja.

Naglo smanjenje težine uglavnom je glavni kriterij indikacije za prijam. Gubitak od 25% od normalne propisane težine obično se uzima kao indikacija za hospitalizaciju. Druge situacije koje sugeriraju bolničko liječenje prije nego li dijelom bolničko liječenje ili nebolničko liječenje uključuju teške ortostatske hipotenzije, vidljivu bradikardiju (manje od 40 otkucaja srca u minuti), pojavu tahiaritmije ili hipokalijemiju. Pojedinci koji mnogo povraćaju ili vježbaju mogu izvući korist u više zatvorenom obliku tretmana.

Postoji značajna kontroverzija glede nesvojevoljnog prijama. Većina kliničara slaže se da će liječenje biti uspješnije ako je bolesnik motiviran da se promijeni i ako je spreman uključiti se u liječenje. Prijam bolesnika protiv njegove volje promatra se kao hitna mjera i ne smije se miješati s konačnim liječenjem. Ne postoji točno određena težina pri kojoj bi trebalo hospitalizirati bolesnika protiv njegove volje, ili na koliko dugo ga držati protiv njegove volje. Prisilna se hospitalizacija obično događa kada je bolesnik ozbiljno bolestan, a ne želi pristati na liječenje ili čak praćenje akutnih medicinskih problema.

Uvjeti prema kojima bi se pojedinac trebao hospitalizirati protiv svoje volje su različiti. Ne samo da su točne indikacije zbog kojih bi bolesnik trebao biti hospitaliziran protiv svoje volje različite, nego je različito i trajanje takvog liječenja i mjere koje se smiju poduzeti. No, rizik smrti zbog niske težine, bradikardija, tahiaritmija, hipokalijemija, bol u prsištu i teška ortostatska hipotenzija najčešći su razlozi zbog kojih su pacijenti primljeni protiv svoje volje.

Općenito, treba upotrijebiti najmanje nametljiv pristup. No, ako je bolesnikova težina prihvatljiva, a razina kalija niska, primjeren odgovor bi trebala biti administracija kalija, a ne pokušaj debljanja. Intervencija protiv bolesnikove volje trebala bi biti što kraća, iako bi cilj hospitalizacije bolesnika protiv njegove volje trebao biti jasan na početku liječenja [7].

Kada bolesnika treba hraniti protiv njegove volje, treba ga također informirati o količini kilograma koju mora postići da bi bili otpušten, te ponuditi izbor da jede samostalno ili da bude hranjen na silu. Ako ne želi samostalno jesti, tada se preferira nasogastrično hranjenje. To zahtijeva konzultacije s internistom i pažljivo medicinsko motrenje. Medicinski problemi koji se najčešće javljaju su hipofosfatemija i preopterećenje tekućinom. Parenteralno hranjenje je mnogo složenije i nosi značajni medicinski rizik od infekcije. Ova mogućnost trebala bi biti sačuvana samo za krajnje situacije.

U svakom slučaju, hranjenje protiv bolesnikove volje trebalo bi izvesti što je moguće nježnije i što je kraće moguće. Nikad se ne smije upotrebljavati kao kazna [1].

6.1. Priroda bolničkog liječenja

Programi bolničkog liječenja trebali bi biti spoj više elemenata, te postoji klinički konsenzus o tome koji bi elementi trebali biti uključeni. Potrebni elementi trebali bi uključivati oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak.

Oporavak prehrane uključuje dobivanje na težini i razvoj normalnih prehrambenih navika. Za bolničko liječenje cilj je dobivanje 1 do 2 kilograma tjedno, te vrijednost BMI-a od 18.5 do 20. Davanje prave hrane bolesnicima više se preferira nego davanje smjese sastojaka, iako će neki pacijenti tražiti visokokalorični unos hrane da dobiju na težini i unos smjese sastojaka kao dio njihove kalorične prehrane. Oporavak prehrane trebao bi omogućiti da liječnik daje pacijentu prikladne informacije o normalnoj prehrani, kupovanju i pripremi hrane. Dvije studije upućuju da pojedinci, čija težina nije u potpunosti vraćena na normalu, na kraju bolničkog liječenja imaju manje šanse za povoljni ishod bolesti nego oni koji vrate normalnu tjelesnu težinu.

Teško bolesnim pojedincima koji boluju od anoreksije nervoze koristit će ograničena aktivnost, iako prisilno vezanje uz krevet nije potrebno u programima kojima je pacijent pristupio svojevoljno. Ne zna se koliko bi takvim bolesnicima trebalo dopustiti fizičku aktivnost,

no fizička se aktivnost ne bi trebala miješati s dobivanjem na težini, a bolesnicima treba omogućiti uvid u psihologiju vraćanja težine i efekt koji tjelovježba ima na to.

Psihoterapijsko liječenje može biti na razini pojedinca ili grupe. Naglasci na određenim stvarima ovisit će o potrebama bolesnika. Dok će jako izgladnjeli bolesnici psihoterapijski participirati do određene razine, većini će koristiti potpora. Naglasak na razumijevanje problema i liječenje usredotočeno na poremećaj slike tijela najčešće su komponente bolničkog liječenja. Tradicionalno, strože bihevioralno liječenje polagano prepušta mjesto "blažem" liječenju usredotočenom na bolesnike koji su spremni promijeniti se, i izgleda da taj pristup na takvu grupu pacijenata daje podjednake šanse za oporavak kao i tradicionalni, stroži pristup. Čak i u strogom bihevioralnom liječenju treba pokušati izbjeći da se liječenje pretvori u rat između bolesnika i medicinskog osoblja [1].

Opće je prihvaćeno stajalište da je obiteljski tretman ključan za mlađe bolesnike, a isto tako jako dragocjen za one starije. Postoje dokazi koji sugeriraju da je posthospitalizirani obiteljski tretman bolji od individualnog tretmana za bolesnike koji su povratili izgubljene kilograme, a mlađi su od 18 godina. Obitelj bi trebala biti uključena od početka bolničkog liječenja. Za starije je bolesnike primjereno da se pod terminom "obitelj" uključi i prijatelje, cimere, partnere, supružnike i djecu.

Psihosocijalni oporavak važan je za bolesnike svih uzrasta. Za mlađe bolesnike to je usredotočeno uglavnom na školu. Za starije bolesnike učenje i zainteresiranost za posao su također važni. Problemi vezani za socijalne odnose gotovo se uvijek ističu kod teško bolesnih anoreksičnih pacijenata koji potražuju dugotrajno psihoterapijsko liječenje nakon što su se težina i prehrana normalizirale [2].

6.2. Medicinsko vođenje hospitaliziranih bolesnika

Medicinsko i psihološko vođenje treba se provoditi do krajnje moguće granice. Svi bolesnici primljeni u bolnicu traže osnovnu medicinsku pažnju. To bi trebalo uključivati najmanje fizički pregled, vađenje krvi, mjerenje elektrolita, pregled funkcije bubrega i mogući pregled funkcije štitnjače. Mora se utvrditi radi li se o fenomenu povezanom s izgladnjivanjem, a ne o nekom drugom tipu patologije. Na primjer, tipično je da izgladnjeli bolesnici imaju niske pokazatelje štitnjače - ti pacijenti ne trebaju liječenje hormonima štitnjače [10].

6.3. Liječenje bolesnika anoreksije nervose tijekom hospitalizacije

Svakom bolesniku trebalo bi izmjeriti težinu rano ujutro nakon prvog mokrenja. Dnevni unos tekućina i količinu urina trebalo bi bilježiti. Ako bolesnik povraća, medicinsko osoblje treba stalno motriti na razinu elektrolita seruma zbog mogućnosti hipokalijemije. Nakon obroka bolesnik namjerno izaziva povraćanje hrane koju je upravo pojeo. Medicinsko osoblje moglo bi kontrolirati povraćanje ako zaključa kupaonicu na barem dva sata nakon obroka ili postavi nekoga unutar kupaonice koji bi mogao spriječiti povraćanje bolesnika. Konstipacija u bolesnika anoreksije nervoze nastaje kada počnu normalno jesti. Ponekad se daju omekšivači stolice, ali nikad laksativi. Ako se dijareja pojavi, to obično upućuje da bolesnik kradomice uzima laksative. Zbog rijetkih slučajeva dilatacije želuca i mogućnosti preopterećenja cirkulacije, ako bolesnik odmah počne jesti velik broj kalorija, bolničko osoblje trebalo bi početi davati bolesniku 500 kalorija više od potrebnog da bi se očuvala sadašnja težina (obično 1500 do 2000 kalorija dnevno). Mudro je davati toliku količinu kalorija tijekom šest obroka dnevno, tako da bolesnik ne mora jesti velike količine hrane odjednom. Davanje tekućih dodataka hrani, kao što je Ensure, preporučljivo je jer bolesnici misle da će dobiti manje težine na taj način nego krutom hranom. Jako izgladnjeli pojedinci zahtijevaju posebnu pažnju kada počinju dobivati na težini. Manjak fosfata uobičajena je pojava u malnutriciji, a količina ugljikohidrata koja prati porast težine potisnut će fosfat intracelularno, što dovodi to značajne hipofosfatemije. Hipomagnezija i hipokalcijemija također su česte. Poremećaji natrija i klora ponekad su prisutni u izgladnjelog bolesnika, obično kao posljedica perifernog odbijanja antidiuretskog hormona. Hipokalijemija nije problem u bolesnika koji ne povraćaju. Poneki bolesnik će imati grad mal napad rano u postupku vraćanja izgubljenih kilograma. Ako se to dogodi, potrebna je neurološka konzultacija [8].

7. Uloga medicinske sestre/tehničara kod osoba oboljelih od anoreksije nervose

Veoma je važna uloga medicinske sestre/tehničara u zbrinjavanju pacijenata oboljelih od AN. Ona provodi najviše vremena sa oboljelima te kao član tima donosi odluke vezane uz liječenje i uviđa stanja i promjene kod pacijenata od AN.

Medicinska sestra/tehničar svakodnevno pruža podršku, empatiju i daje osjećaj sigurnosti pacijentima. Svakodnevnim provođenjem intervencija bolesnicima se pomaže i olakšava hospitalizacija te ih se pokušava suočiti sa bolešću i problemima koje ona nosi. Ličnost oboljele osobe je veoma promijenjena te su takve osobe vrlo uporne u svojim zahtjevima i upravo zbog toga medicinsko osoblje treba imati veliku dozu empatije i strpljenja. Medicinska sestra/tehničar pacijente oboljele od AN mora nadzirati 24h na dan [10].

Posebna pozornost se isto tako pridaje i vaganju koje se vrši svaki dan te je u nekim situacijama gdje pacijent nije suradljiv potrebno je mirovanje i humana fiksacija čime se štedi energija pacijenta. Tokom hranjenja važna uloga medicinske sestre/tehničara je u sprečavanju kompikacija pri primjeni parenteralne prehrane. Naime, vrlo je bitno nadziranje i održavanje procesa hranjenja sa posebnim naglaskom na održavanje njege centralnog venskog katatera ukoliko je on postavljen.Održavanje podrazumijeva primjenu aseptičkog načina rada. Uz to, potrebno je i procijeniti nutritivne i energetske potrebe kako ne bi došlo do prekomjernog unosa nutrijenata [1].

7.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod anoreksije nervose

Neke od najvažnijih sestrinskih dijagnoza kod anoreksije nervose su vezane upravo uz svakodnevnu prahranu i psihološke faktore te poremećaj vlastite ličnosti. Jedne od vodećih intervencija su upravo te da se nadzor nad pacijentom obavlja neprekidno 24h, bilježenje unosa hrane i dobivanje na kilaži te pomoć pacijentu u razvijanju realnih i prihvatljivih slika sebe i hrane [10].

7.1.1. Neuravnotežena prehrana

DEFINICIJA: Unos nutrijenata je nedostatan da se zadovolje metaboličke potrebe organizma [10].

Intervencije:

1. Bilježiti pacijentovu tjelesnu težinu i visinu, mjerenje tjelesne težine istom vagom, u isto vrijeme u istoj odjeći
2. Provoditi procjenu prehane putem dnevnika prehane
3. Procijeniti pacijentova uvjerenja i stavove o hrani i debljanju
4. Procijeniti ponašanje koje pacijent koristi kako bi smanjio unos kalorija
5. Monitoring unosa i izlučivanje hrane
6. Postaviti granice za pretjeranu tjelovježbu, ali dozvoliti dnevne aktivnosti [11]

7.1.2. Poremećaj tjelesnog izgleda

DEFINICIJA: Iskrivljena slika o vlastitom tjelesnom izgledu i težini vlastitog tijela [10].

Intervencije:

1. Istražiti pacijentovo razumijevanje vlastitog fizičkog stanja
2. Procijeniti sposobnost pacijenta da identificira emocionalna negativna stanja i ponašanja
3. Osigurati edukaciju pacijenta i njegove obitelji vezana uz prehranu i debljanje
4. Pomoć pacijentu u razvijanju realnih i prihvatljivih slika sebe i hrane
5. Potaknut pacijenta na sudjelovanju u individualnom savjetovanju
6. Poticati pacijenta da sudjeluje u grupama podrške [11]

7.1.3. Visok rizik za suicid

DEFINICIJA: Rizik za nanošenje po život opasnih ozljeda [10].

Intervencije :

1. Procijeniti pacijentov rizik za samoubojstvom
2. Suzdržati se od osuđivanja pacijenta i pokazivanja neprikladne mimike lica na pacijentovu verbalizaciju suicidalnih misli
3. Slušati vlastite i pacijentove osjećaje. Prije razgovora sa pacijentom zauzeti neutralan stav upravljajući stresom i anksioznošću
4. Reći pacijentu kako suicid nije alternativno rješenje za životne probleme
5. Napraviti dnevni plan pacijentovih aktivnosti
6. Biti pažljiv i suosjećajan u razgovoru s pacijentom o suicidalnim idejama [11]

8. Prikaz slučaja

8.1. Sažetak slučaja

Poremećaji u prehrani obilježeni su teškim smetnjama u prehrambenim navikama, ponašanju i svakodnevnom funkcioniranju, a najčešće se vežu uz adolescenciju, razdoblje koje je obilježeno brojnim razvojnim promjenama, između ostalog i značajnim promjenama u tjelesnom izgledu.

„Iako su u našoj kulturi gubitak mišićne mase i povećanje masnih naslaga normalna pojava, to nisu nužno prirodna stanja te ih ne moramo prihvatiti. Ona su uzrokovana neaktivnošću i mentalnim stavom. Svatko želi biti istinski sretan i zadovoljan samim sobom te će napraviti sve što je u njegovoj moći da to i ostvari. Nažalost, ako treba dovesti će i svoje zdravlje i razum u pitanje. Današnje društvo namjerno pokazuje poremećaje prehrane kroz prizmu glamura. Eventualno se „ubaci" koja priča iz stvarnog života osobe koja pati od poremećaja pa ljudi imaju osjećaj da su to rijetki razmaženi pojedinci.", rekla je Ema Brajdić koja je i sama bolovala od ove bolesti modernoga doba, ali uz vlastitu volju, želju i snagu uspjela pobijediti i izaći iz svega kao pobjednica u svakom smislu te riječi. Borba i oporavak od anoreksije nije ni malo lak te rijetko tko ovu bolest može doživjeti ozbiljno ako se i u stvarnom svijetu nije susreo s njom. Svakodnevna borba te snaga volje i uma može katkada pomoći u izlječenju ove bolesti, a to je dokazala i sama Ema.

8.2. Uvod u slučaj

Ema Brajdić rođena je 2. kolovoza 1994. u Virovitici, ali cijelo svoje djetinjstvo i adolescenciju provela je u centru Slatine sa svojom obitelj. U Slatini je završila osnovnu te srednju ekonomsku školu kao odlična učenica kroz cijelo srednjoškolsko obrazovanje.

Ema je danas studentica 1. godine diplomskog studija novinarstva na Sveučilištu Sjever u Koprivnici gdje živi sa svojom sestrom u podstanarstvu. Dolazi iz sretne i stabilne obitelji, otac Ivan radi kao dugogodišnji policajac, svima poznat u Slatini, a maja Ivanka kao računovođa u autoškoli. Ema ima sestru Anu koja je mlađa od nje godinu i pol dana i koja joj je uz majku i oca najveća podrška i potpora u svemu kroz život i njegove nedaće.

Još kao mala, Ema je bila razigrano dijete i uvijek okružena ljudima koji ju vole te joj nikada ništa nije nedostajalo. Majka je njoj i sestri uvijek udovoljavala kroz sve segmente

njihovog djetinjstva te im bila najveća potpora i pomagala im u ostvarivanju njihovih ciljeva, dok s druge strane zaštitnički nastrojen otac Ivan uvijek je pazio da imaju sve što požele i da se osjećaju sigurno i voljeno.

Ema je još kao mala bila sitnije građe što je genetski naslijedila od svojih roditelja, ali nikada u ranom djetinjstvu nije odbijala hranu. Upravo suprotno, bila je ljubiteljica mamine kuhinje, a kao najdraža jela navodi gris, žgance, pire krumpir, šnicle i sve moguće vrste čokolade i slastica. Kako su godine odmicale i kako je vrijeme primarne socijalizacije prošlo, Ema je ušla u fazu puberteta i adolescencije i pred kraj osnovne škole upoznala svoje tadašnje kolegice koje su mnogo utjecale na njen fizički i psihički razvoj kroz srednjoškolsko doba uz razne razvojne promjene, ponašanje i prehrambene navike nje same.

8.3. Faza anoreksije

Kako to biva u adolescenciji svakim danom sve je više važniji fizički izgled te kako okolina gleda na nas. U današnje moderno vrijeme okruženi smo medijima sa svih strana , idealima ženske ljepote koji nam se nameću i na kraju naslovi poput „Kako izgubiti 5 kila u tjedan dana“, „Idealna mršavost u samo tri koraka“, itd. Ta laka dostupnost informacija, jedan klik koji nas dijeli od cijelog svijeta i svih mogućih informacija veoma utječe na razvoj mozga te cjelokupne ličnosti u ranoj adolescenciji te je naposljetku isto tako jako utjecao i na Emu Brajdić. Svakim danom sve je više odbijala hranu i uz potporu novonastalog društva koje je stekla u 1. razredu ekonomske škole, skrivala u ormaru svoje sobe školsku užinu i bacala hranu, koju je nekada obožavala i koja joj je bila omiljena, u kantu za smeće pored svoje zgrade. Djevojke s kojima se počela družiti osnovale su vlastiti blog pod nazivom „Ideal Body“ gdje su one i Ema svojim vršnjakinjama davale savjete kako bi trebale izgledati i kako najlakše skinuti neželjene kile. Njezino čudno ponašanje eskaliralo je jako brzo, a njezini roditelji pripisivali su to fazi puberteta.

„Po samoj sebi primijetila sam kako je to psihički poremećaj kojeg se je teško riješiti. Naime, oduvijek me privlačio zdrav način života: pravilna prehrana i tjelovježba. Početkom srednje škole počela sam pomnije birati što i kada jedem. Nikada nisam imala višak kilograma, no nisam bila zadovoljna u potpunosti. Počela sam se pridržavati svojih novih pravila te su rezultati brzo došli. Izgubila sam par kilograma i osjećala se energičnije. S vremenom sam si ograničavala mnogo toga, pa čak i šalicu kave ili komadić čokolade o kojoj sam ovisna. S gađenjem sam promatrala masnoću na mesu, proučavala sam kalorijske tablice i izbjegavala hranu koju sam

prije obožavala. Bila sam sretna jer sam imala svoje kolegice koje su također htjele biti što mršavije. Jednoj od njih životni san bio je doći do 0 kila, htjela je da nestane sa ovoga svijeta te da odlepršа kao list negdje u nepoznato. Meni je to bilo fora, činilo mi se apstraktnim i „totalno drugačijim od drugih", htjela sam i ja biti poput nje te sam slijedila i njezine upute. Ona je u tajnosti svoje obitelji također skupa samnom skupljala hranu i kada bi se srele u školi sa osmijehom na licu smo je bacale po školskom grmlju. Sa interneta smo skidale slike ekstremno mršavih cura, iz novina smo izrezivale slike poznatih modela i sve to lijepile u našu „Pink Body" bilježnicu.

Vježbala sam po šesnaest puta dnevno samo kako bi se koža što više utegnula. Hrana mi je s vremenom postala opsesija. Imala sam još jednu bilježnicu u koju sam upisivala sve što sam pojela. Kada bi me uhvatila glad pila bih što više vode. Spartanski režim kojeg sam si nametnula imao je ozbiljne posljedice po moje zdravlje i psihu. Roditelji su shvatili kako nešto nije u redu jer bi radila probleme kada bi bilo vrijeme večere. Primijetili su kako mi je konstantno hladno i kako sam bezvoljna. Molili su me da se promijenim i da shvatim kako samoj sebi štetim. Najviše od svega htjeli su da mi na fakultetu kojeg sam toliko željela upisati bude prekrasno. Svakodnevno su mi prijetili odlaskom doktoru te zvanjem Hitne pomoći. Odmah nakon tih prijetnji primila se tanjura jer sam znala šta će biti samnom ako završim u bolnici, a prisilno bolničko hranjenje nisam htjela ni najgorem neprijatelju. Odmah nakon tog obroka u tajnosti bi se kažnjavala u sobi vježbajući i trčeći na mjestu i po 2h da sagorim nakupljene kalorije u prethodnom obroku. Najteže mi je pao gubitak kose. Svako jutro skupljala bih snopove po podu. Tada sam odlučila stati!", govori Ema.

Kako je bolest izmicala i kako je svakim danom sve više uznapredovala, Ema više nije imala volju za životom, od svih prijatelja i obitelji se potpuno udaljila. Ema je u ogledalu voljela svoj „koščati" izgled te je uvijek mislila da može bolje. *(slike br. 8.3.1., 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4.)* U tom najkritičnijem razdoblju na svojih 160 cm visine imala je 38 kilograma i život joj je doslovno bio na samom rubu. Čim bi ju misli o bolnici, sondama, liječnicima u kutama, medicinskim sestrama okupirale posegnula bi za komadićem neke hrane te je na taj način ublažavala svoje trenutno mentalno stanje i ubrzo nakon toga nije imala grižnju savjesti radi ne uzimanja hrane. Znalo je proći i po par dana kroz koje bi unosila samo jednu bananu ili jabuku i po 6 litara vode, a sve to s ciljem da ne osjeti glad i da joj se kako ona kaže „stomak napuše". Prijateljice s kojima je vodila blog, i imala iste interese u vezi mršavosti otišle su iz Slatine na kraju školovanja i društvo se raspalo. Ema je znala noćima i danima plakati u svojoj sobi zatvorena ne puštajući svoje bližnje blizu sebe jer ju je bilo sram i nije htjela priznati koliko je slaba. Svakodnevno je samu sebe uzdizala znajući da sve ovo što radi nije normalno i da joj je zdravlje veoma ugroženo.



8.3.1.: Emina leđa u ranijoj fazi bolesti

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.3.2.: Emin odraz u zrcalu, 2012.godina

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.3.3.: Emin 20. rođendan

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.3.4.:Emin odraz u zrcalu, 2013 god.

Izvor: Privatna arhiva E.B.

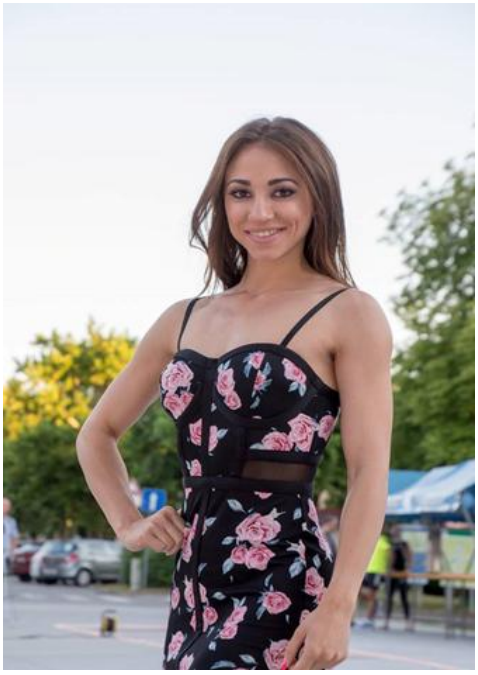
8.4. Emino samoinicijativno izlječenje

Svoj tijek misli Ema je odlučila promijeniti te je postepeno negativno počela pretvarati u pozitivno. Uvidjela je kako ni sebi, a ni drugima sa svojih 42 kilograma nije nimalo više privlačna. Uvijek bi se pitala *„pa kome bi se sviđale sve te kosti i rebra na mojoj koži?“*

Zbog cijele situacije i bolesti obiteljski odnosi u obitelji su se narušili jer Ema nije htjela slušati nikoga osim sebe. Pošto je već tada imala 19 godina roditelji ju nisu mogli prisiliti na hospitalizaciju i svakodnevno su sami sebe tješili da će se nešto promijeniti .

U tom periodu Ema je završila ekonomsku srednju školu u Slatini i ubrzo nakon toga upisala preddiplomski studij novinarstva u Koprivnici. Selidba i promjena načina života jako je pozitivno utjecala na nju i na njezino ponašanje. Dolaskom u Koprivnicu upisala je teretanu u centru grada želeći izgraditi nešto mišićne mase. Kroz par dana u teretani upoznala je svog tadašnjeg dečka koji joj je bio velika potpora u samoinicijativnom izlječenju od anoreksije te bi se u njezinom slučaju moglo reći da ljubav zaista čini čuda. Marko se već duže vrijeme bavi bodybuildingom i razumije se u prehranu i vježbanje. Svakodnevno su išli u kupnju namirnica, kuhali zajedno raznovrsnu prehranu i trenirali. On ju je oslobodio onog jakog straha od hrane. *„ Za ovo kratko vrijeme studiranja postala sam zrelija i shvaćam kako mi je energija prijeko potrebna radi učenja i druženja uz svoje divne prijateljice s fakulteta i dečka koje su mi podrška u svemu. Moj tadašnji dečko otvorio mi je nove horizonte i zaista me naučio šta znači zdrava prehrana i zdrav način života. Prestala sam se bojati hrane, počela sam uživati u svakom zalogaju i novom okusu kojeg bi otkrila. Svakim novim tjednom dobivala sam na masi i to je za mene i moju obitelj bio najveći uspjeh uz odlične ocjene na fakultetu. Postala sam puna životnog elana, sretna, stalno nasmiješena i puna poštovanja prema sebi. Jednostavno rečeno – pucala sam od samopouzdanja! (slike br. 8.4.5., 8.4.6., 8.4.7.)*

Prestala sam gledati koliko unosim kalorija kroz obrok, prestala sam vagati hranu u gram i počela sam jesti svoje omiljene čokolade i namirnice koje sam zadnji puta probala u ranom djetinjstvu. Nikada neću zaboraviti dana kada sam doslovno počela plakati od sreće nakon šta sam uzela žlicu grisa sa kakaom nakon godina suzdržavanja. Za mene je to bila neopisiva sreća . Uživam u svakom danu te se ne opterećujem s količinom vode koju sam unijela u tijelo i koliko sam trbušnjaka napravila. Sretnija sam nego ikad prije i zadovoljna svojim izgledom i novostvorenom zdravom psihom.“ , navodi Ema.



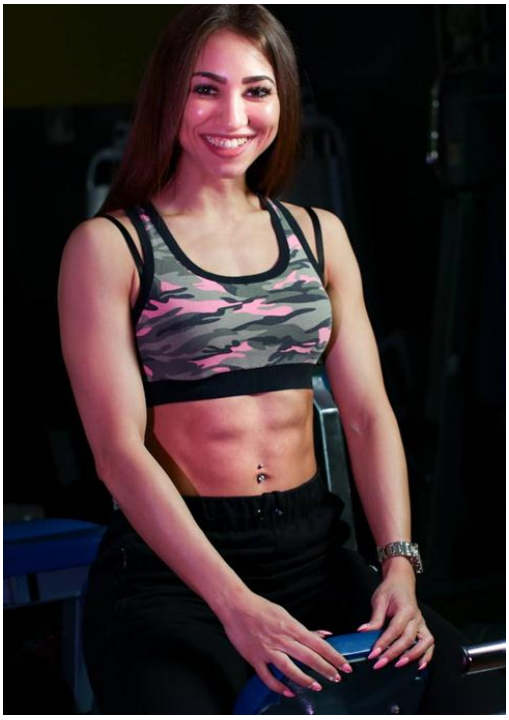
Slika 8.4.5. Ema nakon oporavka,2015.god.

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.4.6.: Ema,2015.god.

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.4.7.: Ema u teretani, 2016. God.

Izvor: Privatna arhiva E.B.

8.5. Emina prehrana danas

Nakon dugogodišnjeg razdoblja gdje je Emin želudac dobivao mizerne količine hrane na dan danas je potpuno drugačije. Njezina prehrana danas je zaista šarolika i raznovrsna. Ema navodi: *„Do prije dolaska u Koprivnicu nisam znala ništa skuhati no silom prilika morala sam naučiti. Međutim, u tome mi je pomogao i moj tadašnji dečko koji se zaista razumije u kuhinju i sve tipove namirnica. Čak sam posudila i neke knjige o prehrani u knjižnici i puno toga istraživala na internetu. Svakim danom bila sam sve zainteresiranija i veoma znatiželjna. Počeli su me zanimati i začini, koji ide u koje jelo, koji začin koju namirnicu „podiže", koji daje bogatstvo okusa, u koju vrstu kuhinje ide određeni začin. Kroz par mjeseci ja sam u svakom segmentu života postala nova Ema, Ema koja je dobila krila i volju za životom. Moje tijelo je počelo dobivati obline, moji nokti su se učvrstili, kosa mi je dobila volumen i gustoću, svaka stanica moga tijela kao da je oživjela, a sve to zahvaljujući prehrani."* Emina prehrana danas se sastoji od puno proteina kroz dan, ugljikohidrata i masti *(slika br. 8.5.8.).* Ponekad kada ima puno obaveza na fakultetu dan prije pripremi u posudicama obroke i nosi to sa sobom. Ema je posvećena sportu i prehrani maksimalno i ništa joj nije teško jer svakodnevno na svome tijelu vidi napredak te niže uspjeh za uspjehom. Od svih namirnica najviše koristi piletinu, odnosno nemasno meso, svakodnevno jede povrće i razne salate u neograničenim količinama.

Pošto se bavi bikini fitnessom Ema u fazi priprema za natjecanje, koje traju 2 mjeseca, ima strogi režim prehrane i točno u danu zna koliko mora pojesti proteina, masti i ugljikohidrata kroz dan, a sve te savjete joj daje njezin trener. Tih 60ak dana Emi ponekad veoma teško pada jer je postala pravi gurman i velika ovisnica o čokoladi. *„Hrana mi je postala jako bitan segment u životu i zaista tek sada vidim koliko je važna za sve funkcije u organizmu i za potrebnu energiju kroz dan. Sretna sam jer ponovno jedem mamine štrudle, gris, knedle, šnicle, pire krumpir i svu onu hranu koja mi je obilježila rano djetinjstvo."*, govori Ema. Što se tiče voća i povrća Ema koristi samo ono koje je karakteristično za naše podneblje i svaki petak ili subotu ujutro odlazi u nabavku na tržnicu. Bademe i lješnjake, kao zdravi izvor masti, koristi svako jutro uz prokuhane zobene pahuljice *(slika 8.5.9.)*. Za užinu dok je na fakultetu obavezno u posudici nosi pureću salamu i crni kruh, ručak joj se sastoji od izvora proteina (omlet od jaja *(slika 8.5.10.)*, crveno ili bijelo meso, riba) i lisnatog povrća uz papirku koja joj je omiljeno povrće. Velika je ljubiteljica slatkog i često si priušti palačinke, a najviše od svega voli mamine štrudle kada se vrati vikendom u Slatinu *(slika 8.5.11.).*



Slika 8.5.8.: Emin zdravi obrok: povrće i bijelo meso

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.5.9.: Doručak : prokuhane zobene pahuljice i bademi

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.5.10.:Omlet uz salatu od krastavaca

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.5.11.: Emino omiljeno jelo – štrudle

Izvor: Privatna arhiva E.B.

8.6. Trnovit put do uspjeha

Sve prethodne godine za Emu Brajdić bile su jako mukotrpne, iscrpljujuće, bezvoljne i puste sve dok nije uhvatila ritam u novom studentskom gradu gdje se doselila, točnije u Koprivnici.

Ema navodi: *„ Na svu sreću, imala sam u glavi jednu veliku viziju. Oduvijek sam maštala o tome da studiram u većem gradu gdje postoje i brojne teretane i ljudi koji su stručni u području treninga i pravilne, zdrave prehrane. Znala sam da ako želim vježbati, a to sam htjela najviše na svijetu, da moram početi i jesti. I to dosta. Mišići od nečeg moraju rasti zar ne? Upoznala sam mnogo dobrih i dragih ljudi koji su znali za moj psihički problem te su mi mnogi pomogli svojim toplim savjetima. Počela sam unositi više hrane, trenirati pametno i svakodnevno te su rezultati polako dolazili. Samopouzdanje je samo raslo i raslo. Imam odličnu genetiku i to mi je bilo idealno za ostvarenje još jednog sna, onog najvećeg – biti bikini fitness natjecateljica. Kao mala, u svom stanu u Slatini, uvijek sam gledala na internetu te ženstvene sportašice kako poziraju na bini i oduvijek mi je bio san biti jedna od njih. Ženstveno, čvrsto, predivno oblikovano tijelo, poput siluete uz prekrasan osmijeh i uspravno, samouvjereno držanje. Znala sam da imam sve to u sebi i da se moram truditi svaki dan da dođem do zamišljenog. Djevojka mora imati u sebi dozu elegancije, seksipila i znati privući pozornost. Do izražaja svakako dolaze prekrasni bikiniji i štikle koje se moraju nositi na bini. Naravno, postoje određeni standardi kako sve mora izgledati i pravila se treba držati. Zacrtala sam si cilj i išla ravno prema tome, a to sam sebi napokon mogla priuštiti jer se nisam više bojala hrane i naučila sam dosta toga o svome tijelu i samoj fiziologiji čovjeka„*

Svakodnevno trudeći se, vježbajući, unoseći veliku količinu hrane i važnih makro i mikro nutrijenata u svoj organizam Ema je bila sve bliže svome cilju. U teretani je stekla puno poznanstava i prijatelja pa je tako dobila priliku biti vođena od strane poznatog križevačkog trenera koji joj je prišao u teretani i predložio želi li da ju sprema za prvo veliko bikini fitness natjecanje. Emi su se snovi počeli ostvarivati, dobila je još jači vjetar u leđa i motivaciju. Ema se prisjeća : *„Natjecanje se održalo 22.travnja 2017. u West Gate-u u Zaprešiću i taj datum zauvijek ću pamtiti jer mi se taj dan ostvario san (slika br.8.6.12.). Toliko truda sam uložila u taj dan da je to neopisivo. Dva mjeseca trajale su mi pripreme, znači strogo određena prehrana i određen način treniranja svake mišićne skupine. Trenirala sam svaki dan. Pošto sam cijele godine u dobroj formi s pripremama sam krenula dva mjeseca prije i to polagano. Organizam mi se nije šokirao nego je sve išlo svojim tokom i u smjeru koji sam i htjela. Naravno, uz sebe sam imala predivnu osobu koja mi je pomogla najviše što je mogla, prijatelja, a onda i trenera*

Danijela Miklečića. Zahvalna sam mu do neba jer me on i doveo na binu. Slušala sam svaku njegovu riječ i naporno radila. Skupa smo došli do moje odlične forme i postignutog uspjeha. Najvažnije mi je bilo da on bude zadovoljan, a onda i ja te moja obitelj i prijatelji. Svi su bili uz mene, podržavali me, došli me gledati i bodriti, slikati me i snimati kako bih imala što više uspomena na taj dan. Jednostavno nemam riječi koliko dragih ljudi me zapravo podupire i svi oni su moja motivacija za dalje. Roditelji su mi podrška kakvu samo mogu poželjeti, sve su ovo prihvatili i zavoljeli kao i ja. Oni su mi najveći oslonac za sve u životu i beskrajno sam im zahvalna na tome. Fitness je moj način života, a ne neko prolazno stanje ili hir. Živim kroz fitness i nikada sretnija i zdravija nisam bila, svaki dan mi je ispunjen srećom i uživam. Pišem za dva sportska portala, imam profesionalna fotografiranja, pomažem onima koji trebaju savjete, napredujem i psihički i fizički svaki dan, što mi više treba? Još uvijek sam pod dojmovima od svega što se dogodilo zadnje dvije godine. Postala sam viceprvakinja Hrvatske u seniorskoj bikini fitness kategoriji te brončana u juniorskoj Open kategoriji i ponosna sam na sebe. To je bio moj prvi izlazak na binu i postigla sam izvanredan uspjeh.“

Od tog natjecanja Emi su se počela otvarati mnogobrojna vrata, nizala je uspjeh za uspjehom, kako u privatnom tako i u natjecateljskom svijetu. Neki internetski portali prepoznali su njezino znanje oko prehrane i vježbanja i ponudili joj da svakodnevno piše za njih razne članke što je za nju bila dodatna praksa vezana uz fakultet koji studira – novinarstvo. Na bodybuilding i fitness natjecanju u sklopu Sport Festa, održanom u Zagrebu, oko vrata stavila je i zlato u juniorkama i srebro u seniorkama, a nakon toga u Sloveniji na Maxximum Open natjecanju koje se održalo 7.10. 2017. osvojila je dvije brončane medalje.

Nakon par mjeseci i silnih medalja Ema je dobila ponudu da ide na izbor za Miss Sporta i je tamo postala i Miss fotogeničnosti, primivši nagradu u vrijednosti od 45.000 kuna za diplomski studij u Visokoj školi za sportski menadžment ASPIRA *(slika br. 8.6.13.)*.

Od nezadovoljne osobe postala je motivacija mnogobrojnim mladim ljudima i svojim primjerom dokazala da se može mnogo toga uz puno truda, volje i snage i potpore koju ti pruža okolina i najbliži. Svaki dan za nju je važan jer prisjeća se dana kada je bolovala i kada nije znala da li će preživjeti noć od manjka energije.

„Živim život punim plućima, ne bojim se ničega, imam najbitnije ljude uza sebe i radim ono što volim i što mi je najveće ispunjenje. Volim prije spavanja pogledati u svoje silne medalje i pehare koje sam osvojila u protekloj godini i zaista sam ponosna na sebe (slika br.8.6.14.). Jednog dana željela bi otvoriti savjetovalište za osobe oboljele od anoreksije i želim biti potpora svim mladim curama koje boluju od te opake bolesti. Mislim da sam adekvatna osoba za to jer sam i sama taj pakao prošla, uz svu sreću bez hospitalizacije“, navodi Ema.



Slika 8.6.12.:Emino prvo natjecanje 2017. god.

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.6.13.: Miss fotogeničnosti,2017.god.

Izvor: Privatna arhiva E.B.



Slika 8.6.14.: Emini osvojeni pehari i medalji kroz razna natjecanja

Izvor: Privatna arhiva E.B.

9. ZAKLJUČAK

Dan danas, bez obzira na dostupnost informacija sa svih strana, dostupnosti literature na svakom koraku, ljudi još uvijek nisu svjesni ozbiljnosti ove bolesti čija se učestalost povećava iz dana u dan, a mnogi ljudi ne znaju osnovne karakteristike tih bolesti. Dijete i razni pripravci za mršavljenje danas su toliko prisutne i normalne pa se kasno primijeti da je dijeta uzela maha i prerasla u ozbiljan poremećaj u prehrani. Mlađe osobe zbog nedostatka samopouzdanja i nesigurnosti najlakše podliježu ovoj bolesti, a i ostalim poremećajima hranjenja.

Iz godine u godinu broj oboljelih rapidno raste. Da li je za to kriv utjecaj medija? Utjecaj nametnutih ideala ljepote? Utjecaj modnih kampanja kako bi svaka „lijepa žena" trebala izgledati? Utjecaj Instagram i Facebook generacije gdje sve što vidite su slike čistog perfekcionizma i ljepote u obliku pretjerane mršavosti i nasmiješena lica?

Od ključne je važnosti što više informirati mlade i razgovarati s njima o poremećajima, maknuti stigmu psihijatrijskih bolesnika, učiti o važnosti pravilne prehrane od malih nogu, razbiti predrasude i da jednom zauvijek anoreksija prestane biti tabu tema u školama i ostalim ustanovama za obrazovanje i odgoj. Osobama bilo koje dobi treba jačati samopouzdanje, ukazivati koliko je bitno samopoštovanje u svakom dijelu i situaciji u životu, kako ih brige o njihovoj nesavršenosti ne bi dovele na put ka izgladnjivanju.

Jer ipak na kraju, svaka nesavršenost na našem tijelu savršena je na svoj način.

U Varaždinu, 27.9.2018. Godine

Potpis studenta Klagić Katarina

34

9. LITERATURA

[1] Mrčinko D. i suradnici, Poremećaji hranjenja: Od razumijevanja do liječenja. Medicinska naklada, Zagreb 2013.

[2] Vidović Vesna, Anoreksija i bulimija, Zagreb, 1998.

[3] Davidson, Gerlad C., Neale, John: Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Jastrebarsko, 2002.

[4] N. Ambrosi – Randić, Neala: Razvoj poremećaja hranjenja, Naknada Slap, Zagreb, 2004..

[5] T. Frančišković, LJ. Moro i sur.:Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.

[6] http://www.eradovi.info/index.php?option=btg_rad&idrad=967&idtip=#.WxRI70iFPIV, 23.4.2018.

[7] http://blog.dnevnik.hr/iliveforanorexia/2007/12/1623739423/tuzna-sam.html, 25.5.2018.

[8] http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=5, 26.5.2018.

[9] Yager J., Gwirtsman H.,Edelstein, C., Special problem sin maniging eating disorders. Washington DC, 1992.

[10] P.Horvat: Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja – Anoreksija nervoza, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2016.

[11] M.Gulanick, J.L. Mers i sur.: Nursing care plans – Fifth edition, Moshanaffiliateof Elsevier, St. Louis, 2003.

10. POPIS SLIKA

[1] Slika 8.3.1. Emina leđa u ranijoj fazi bolesti
Izvor: privatna arhiva E.B
[2] Slika 8.3.2. Emin odraz u zdrcalu, 2012. godina
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[3] Slika 8.3.3. Emin 20. Rođendan
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[4] Slika 8.3.4. Emin odraz u zrcalu, 2013. godina
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[5] Slika 8.4.5. Ema nakon oporavka
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[6] Slika 8.4.6. Ema, 2014. Godine
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[7] Slika 8.4.7. Ema u teretani, 2016. Godine
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[8] Slika 8.5.8. Emin zdravi obrok, povrće i bijelo meso
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[9] Slika 8.5.9. Doručak: prokuhane zobene
Izvor: privatna arhiva E.B.
[10] Slika 8.5.10. Omlet uz salatu od krastavaca
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[11] Slika 8.5.11. Emino omiljeno jelo – štrudle
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[12] Slika 8.6.12. Emino prvo natjecanje 2017. godine
Izvor: Privatna arhiva E.B.
[13] Slika 8.6.13. Miss fotogeničnosti, 2017. Godina
Izvor: privatna arhiva E.B.
[14] Slika 8.6.14. Emini osvojeni pehati i medalje kroz razna natjecanja
Izvor: privatna arhiva E.B.

12. PRILOG 1

INFORMIRANI PRISTANAK NA SUDJELOVANJE U IZRADI STRUČNOG ZAVRŠNOG RADA SVEUČILIŠTA SJEVER

Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije
Varaždin
Katarina Alagić, studentica 3. godine studija sestrinstva

Pošrovani,

Pozivamo Vas da u svojstvu ispitanika sudjelujete u završnom radu pod nazivom Prikaz slučaja samoinicijativnog izlječenja od anoreksije.

Ispitivanje se provodi u svrhu završnog rada. Vaše sudjelovanje u ovom ispitivanju je dobrovoljno. Informirani pristanak potpisuje i ispitivač.

Student – Ispitivač koji provodi ovo ispitivanje neće primiti nikakvu financijsku naknadu

Osobni podaci ispitanika dobiveni intervjuom te svi podaci o praćenju i procjeni stanja pacijenta, bit će korišteni samo u predloženom završnom radu i neće biti korišteni u druge svrhe, prema Zakonu i zaštiti prava pacijenata i etičkom kodeksu medicinske svrhe.

Ovaj rad odobren je od strane Sveučilišta Sjever

Za dodatna pitanja o samom radu možete se obratiti studentici Katarini Alagić

Svojim potpisom potvrđujem da sam informirana o ciljevima, prednostima i rizicima ovog završnog rada i pristajem u njemu sudjelovati.

Varaždin, ožujak 2018.

Potpis sudionika

Potpis studenta

Sveučilište
Sjever

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, Katarina Magić *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Prikaz slučaja samoinicijativnog izlaganja od anoreksije *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Magić Katarina
(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, Katarina Magić *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Prikaz slučaja samoinicijativnog izgladnjivanja od anoreksije *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Magić Katarina
(vlastoručni potpis)