Zdravstvena njega oboljelih od Bulimije nervoze

Horvat, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:490313

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. 758/SS/2016

Zdravstvena njega oboljelih od Bulimije nervoze

Nikolina Horvat, 5390/601

Varaždin, rujan 2016. godine

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 758/SS/2016

Zdravstvena njega oboljelih od Bulimije nervoze

Student

Nikolina Horvat, 5390/601

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2016.godine

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

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Nikolina Horvat | MATIČNI BROJ: 5390/601

DATUM: 14.07.2016. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Zdravstvena njega oboljelih od Bulimije nervoze

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Health care of patients suffering from Bulimia nervosa

MENTOR: Marija Božičević, mag.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. doc.dr.sc. Rudolf Milanović, predsjednik
2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor
3. Nikola Bradić, dr.med., član
4. Marijana Neuberg, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 758/SS/2016

OPIS:

Poremećaji hranjenja spadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose i rizik ranije smrti. Poremećaji hranjenja se uglavnom javljaju u mlađoj životnoj dobi i adolescenciji. Karakterističan je poremećen odnos prema hrani, te iskrivljena i negativna slika o svome tijelu. Tri su osnovna tipa poremećaja hranjenja: bulimija, anoreksija i kompulzivno prejedanje.
Bulimija nervoza se često opisuje kao sindrom prežderavanja/pražnjenja, a sastoji se od epizoda prežderavanja nakon kojega slijedi inducirano povraćanje ili zloupotreba laksativa.
Liječenje je vrlo kompleksno, te zahtijeva uključivanje multidisciplinarnog tima. U nutritivnoj njezi kod oboljelih uključena je procjena nutritivnog statusa, dijetni savjeti i edukacija o prehrani kao i medicinska nutritivna terapija. Važnu ulogu u liječenju ima medicinska sestra, koja provodi najviše vremena sa oboljelima i važno je naglasiti njezinu ulogu.

U radu je potrebno:
- definirati osnovne pojmove: bulimija nervoza
- prikazati epidemiologiju i etiologiju bolesti
- objasniti kliničku sliku
- prikazati dijagnozu
- prikazati liječenje
- prikazati i pojasniti sestrinske dijagnoze i intervencije

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

ZADATAK URUČEN: 31.08.2016 | POTPIS MENTORA: Marija Božičević

Predgovor

Posebna zahvala za strpljenje, pomoć i vodstvo svojoj mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn., koja je svojim dragocjenim savjetima i strpljenjem pomogla pri izradi završnog rada.

Najljepša hvala roditeljima koji su mi uvijek bili čvrst oslonac, te što su mi osigurali obrazovanje i bili podrška.

Želim se zahvaliti svojoj braći i Karlu, što su imali strpljenja i razumijevanja kroz ove 3.godine.

Hvala.

Sažetak

U svijetu u kojem živimo, izloženi smo stalnom izvoru informacija od strane medija i interneta, koji nameću kult mršavosti i dijeta, brišući sve više spolnu diferencijaciju i atribute ženstvenosti.

Poremećaji hranjenja obilježeni su teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju. Spadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose i rizik ranije smrti. Bulimija nervoza i anoreksija nervoza dva su glavna oblika poremećaja hranjenja.

Bulimija se često opisuje kao sindrom prežderavanja/pražnjenja, a sastoji se od epizoda prežderavanja nakon kojega slijedi inducirano povraćanje ili zloupotreba laksativa. Bulimiju karakterizira želja za mršavosti, no to se postiže drukčijim ritualima od anoreksije. Njihova želja za hranom je prejaka da bi ju svladale te se prejedaju, nakon čega zbog osjećaja krivnje i velikog straha povraćaju. Uzroke se može pronaći u biološkim, psihološkim i socijalnim čimbenicima.

Međutim, zbog prejedanja i pražnjenja, kod osoba s bulimijom česte su fiziološke posljedice, kao upale grla i ždrijela, otečene žlijezde slinovnice, te razaranje zubnog enamela kiselim sadržajem povraćevine. Također je moguće oštećenje crijevne stjenke, nutritivni deficiti i dehidracija. Smanjena koncentracija kalija i drugi poremećaji elektrolita mogu ugroziti život, jer osobe s bulimijom mogu doživjeti zastoj srca što dovodi do iznenadne smrti.

Liječenje ima dvostruki cilj: vraćanje u režim normalne prehrane i navika hranjenja te liječenje psiholoških i obiteljskih problema povezanih s poremećajem hranjenja. U liječenju bulimije bitno je korigirati ponašanje i razbiti krug neumjerenog jela i povraćanja, uz korekciju percepcije i neadekvatne ekspresije emocija.

Medicinske sestre kao osobe koje provode najviše vremena sa pacijentom imaju važnu ulogu u liječenju. Stvaranjem pozitivne atmosfere i zadobivanjem povjerenja pacijenata, ishodi liječenja su pozitivni. Naglasak je na edukaciji ne samo oboljele osobe nego i njezine obitelji i zajednice u kojoj živi. Prevencija bulimije nervoze, a i ostalih poremećaja hranjenja leži u edukaciji i osvještavanju svakog pojedinca o posljedicama.

Ključne riječi: bulimija nervoza, liječenje, medicinska sestra

Abstract

In the world we live, we are exposed to a constant source of information by the media and the Internet, which imposed a cult of thinness and dieting, wiping more sexual differentiation and attributes of femininity.

Eating disorders are characterized by severe disturbances in eating habits and behavior. They are the most common mental disorders and are associated with a number of physical complications that involve the risk of early death. Bulimia nervosa and anorexia nervosa are the two main forms of eating disorders.

Bulimia is often described as a syndrome of overeating / discharging, and it consists of episodes of overeating followed by induced vomiting or misuse of laxatives. Bulimia is characterized by a desire for thinness, but this is achieved by different rituals than anorexia. Their desire for food is too strong to overcome it and than they overeat, after which, because of the guilt and the great fear, they vomiting. The causes can be found in the biological, psychological and social factors.

However, due to overeating and discharging, people with bulimia often have physiological effects, like sore throats and throat, swollen salivary glands, and the destruction of tooth enamel due to the acidic contents during vomiting. It is also possible damage to the intestinal wall, nutritional deficiencies and dehydration. Decreased levels of potassium and other electrolytes disorders can be life threatening, because people with bulimia may experience a cardiac arrest leading to sudden death.

Treatment has two goals: the return to normal diet and eating habits and treatment of psychological and family problems associated with eating disorders. In the treatment of bulimia, it is important to correct behavior and break the cycle of the excessive eating and vomiting, corrected perception and inadequate expression of emotion.

Nurses as persons who spend the most time with the patient play an important role in the treatment. By creating a positive atmosphere and gaining the trust of patients, outcomes are positive. The emphasis is on educating not only the person's care and her family but also on the community in which he lives. Prevention of bulimia nervosa, and other eating disorders lies in educating and raising the awareness of every individual about the consequences.

Keywords: bulimia nervosa, treatment, nurse

Popis korištenih kratica

DSM – III/ V Diagnostic and statistical manual of mental diordrs (third /fifth edition)
Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (treće/ peto izdanje)

KBT – BN Kognitivno bihevioralna teorija u održavanju bulimije nervoze

(CBT – E) Personalised psychological treatment for eating disorders

Sadržaj

1. Uvod 9
2. Bulimia nervosa 1

2.1. Epidemiologija 4
2.2. Etiologija 4
2.2.1. Biološki čimbenici u nastanku bulimije nervoze 4
2.2.2. Psihološki čimbenici u nastanku bulimije nervoze 5
2.2.3. Sociokulturalni čimbenici u nastanku bulimije nervoze 6
2.3. Klinička slika 6
2.4. Dijagnostički kriteriji za bulimiju (prema DSM-V klasifikaciji) 8
2.5. Prognoza 8
2.6. Liječenje 9
2.6.1. Terapije 10
2.6.1.1. Kognitivno bihevioralna terapija i bulimija 12

3. Zdravstvena njega kod bulimije nervoze 15

3.1. Najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije kod oboljelih od bulimije nervoze 15
3.2. Prikaz slučaja 23
3.2.1. Plan zdravstvene njege 23

4. Prevencija bulimije nervoze kroz edukaciju 25

4.1. Udruge i projekti u Republici Hrvatskoj 26
4.1.1. Udruge 26
4.1.2. Projekti 27

5. Zaključak 29
6. Literatura 30

1. Uvod

U svijetu u kojem živimo, izloženi smo stalnom izvoru informacija od strane medija i interneta, koji nameću kult mršavosti i dijeta, brišući sve više spolnu diferencijaciju i atribute ženstvenosti. Brojne su opasnosti koje vrebaju, naročito mlade, nesigurne i neizgrađene, kako u svojoj osobnosti tako i u svojoj spolnosti. Potreba za identifikacijom sa „slavnima i uspješnima" obilježje je svake mladosti koja teži priznavanju i prihvaćanju, prije svega od strane svojih vršnjaka, a zatim i šire zajednice. Odgovornost medija, časopisa, internetskih portala za zdravlje mladih puno je veća nego li smo toga svjesni, a uspjeh i slava ne bi smjeli biti tako često povezani sa blijedim, iscrpljenim, ispijenim, zategnutim, neprirodnim i premršavim licima sa naslovnih strana modnih časopisa. Nesigurna i povodljiva mladost mora imati bolje i zdravije uzore i vodiče. Odgovornost zajednice, a prije svega obrazovnog i zdravstvenog sustava jeste da odgoji i obrazuje zdrave, sigurne, samosvjesne i sretne ljude. Zdravstvena edukacija mora biti jednako dostupna te mladima prihvatljiva i atraktivna kako bi pravovremenim i adekvatnim informiranjem prevenirala sve moguće negativne posljedice djelovanja trendovskih imperativa ljepote.[1]

Poremećaji hranjenja obilježeni su teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju. Spadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose i rizik ranije smrti. Bulimija nervoza i anoreksija nervoza dva su glavna oblika poremećaja hranjenja. Ekstremna zabrinutost zbog tjelesnog oblika i tjelesne težine zajednička je anoreksiji i bulimiji kao i različita ponašanja usmjerena na kontroliranje tjelesne težine. [2]

U proteklih godina anoreksija nervoza i bulimija nervoza, privlačila su najveću pažnju istraživačke struke i javnosti. Ove bolesti pogađaju 3% žena tijekom njihova života, a bulimija nervoza, koja je češći poremećaj, postaje sve učestalija. [3]

Na području Republike Hrvatske procijenjena brojka oboljelih od poremećaja hranjenja jest oko 90.000. U SAD-u 1-2% tinejdžerica boluje od anoreksije nervoze a 2-4% od bulimije nervoze, što je 1-2 milijuna djece s bulimijom u SAD-u. [4]

Istraživanja pokazuju da od poremećaja hranjenja pati sve više ljudi. Žene su u mnogo većoj mjeri pogođene poremećajima hranjenja i to u omjeru 10 : 1 u odnosu na muškarce. U životnom vijeku od anoreksije oboli 0,5 – 3,7 % žena. Od bulimije oboli 1,1 - 4,2 % žena, a od poremećaja prejedanja trpi 2 – 5 % osoba oba spola. Osobe oboljele od anoreksije imaju 15 %

manju težinu od idealne, a oboljeli od bulimije 10 %, no mogu imati i nešto veću težinu od idealne. Držati dijetu danas je uobičajeno kod velikog broja adolescenata, ali kada se dijeta pokaže neuspješnom, neke djevojke tada pokušavaju izgubiti težinu izgladnjivanjem i/ili namjerno izazivanim povraćanjem i u tom trenutku započinje poremećaj hranjenja. Poremećaj hranjenja je bolest koja se očituje u različitim oblicima nezdrave prehrane i navici kontroliranja težine, može postati opsesivno - kompulzivne i/ili impulzivne prirode. Skoro uvijek započinju kao dijetalna prehrana, ali ne tiču se samo hrane i težine. Nedostatak samopouzdanja, depresija, anksioznost ili neka druga psihološka stanja također su prisutna kod osoba koji boluju od ovoga poremećaja. Osim toga, oni izazivaju i određene zdravstvene komplikacije, od hipotermije i gubitka kose do rupture jednjaka. Mogu se pojaviti i teške srčane bolesti te otkazivanje bubrega što može završiti smrću. Zbog svega toga važnost prepoznavanje poremećaja hranjenja kao stvarnih i izlječivih bolesti od presudnog je značenja. [5]

Poremećaji hranjenja nastaju kao posljedica spleta bioloških, psiholoških i sociokulturalnih faktora koji međusobno utječu jedan na drugog.

Wenar (2003) navodi multidimenzionalni model faktora koji dovode do poremećaja hranjenja. Faktore dijeli na:

- intrapersonalne (ženski spol, nedostatak osjećaja sposobnosti i autonomije, strahovi od sazrijevanja, nesigurnosti i poslušnost, teškoće hranjenja u ranoj dobi, rigidno mišljenje, fiziološke disfunkcije)
- interpersonalne (roditelji skloni kontrolirajućem ponašanju, roditelji orijentirani na uspjeh, roditelji u sukobu, depresivni impulzivni roditelji)
- faktore višeg reda (društveno preferiranje mršavosti, pritisak za uspjehom)
- precipitirajuće faktore (osjećaj gubitka samopoštovanja i samokontrole, nove i nepoznate okolnosti kao što su seksualna intimnost, odvajanje ili gubitak) [6]

Anoreksija i bulimija prvi su se put pojavile 1980. godine u DSM – III kao podvrste poremećaja djetinjstva i adolescencije. Postoje različite teorije o uzrocima nastanka poremećaja hranjenja. Iako ne postoji suglasnost istraživača o relativnom značenju uloge bioloških faktora, ličnosti, obiteljskih varijabli, te socio – kulturnog konteksta u nastanku poremećaja hranjenja, smatra se da oni odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične zadatke adolescencije. [7]

2. Bulimia nervosa

Riječ *bulimia* je grčkog porijekla i znači „bikova glad“. Bulimija se često opisuje kao sindrom prežderavanja/pražnjenja, a sastoji se od epizoda prežderavanja nakon kojega slijedi inducirano povraćanje ili zloupotreba laksativa. Bolesnici hranu brzo gutaju, bez mnogo žvakanja, tijekom kratkog razdoblja, a potom mogu krenuti u potragu za još hrane. Bulimiju također karakterizira želja za mršavosti, no to se postiže drukčijim ritualima od anoreksije. Njihova želja za hranom je prejaka da bi ju svladale te se prejedaju, nakon čega zbog osjećaja krivnje i velikog straha povraćaju. Veliku sličnost između anoreksije i bulimije nalazimo u patološkom doživljavanju vlastitoga tijela, nezadovoljstvu njime i sklonosti da postoji pretjerani naglasak na oblik tijela i njegovu težinu te da je to glavna odrednica po kojoj se osoba vrednuje. [2]

Bulimija je prvi put opisana u medicinskoj literaturi 1979. godine. Praksa prejedanja i povraćanja, odnosno čišćenja laksativima bila je poznata već u starom Egiptu, Grčkoj, Rimu i Arabiji. Liječnici su nekada povraćanje i čišćenje smatrali potrebnim radi očuvanja zdravlja. U literaturi se još uvijek raspravlja jesu li ove pojave i činjenica da su se bogati Rimljani često gostili, a nakon toga čistili, zapravo bile neke varijante danas poznate bulimije nervoze ili ne. U kasnijim stoljećima kroz literaturu se spominju osobe koje su prema povijesnim izvorima imale simptome nalik bulimiji s ciljem namjernog mršavljenja. [8]

Danas se ona definira kao psihički poremećaj. Mnoge bulimične osobe imaju anoreksičnu prošlost i problem prekomjerne debljine. Bulimija je jedan od najopasnijih prehrambenih poremećaja. Bulimična osoba se također može naći u problemima s alkoholom, pušenjem i drogama. Te su osobe često zbunjene oko toga kako se osjećaju, često ne znaju da li su gladne ili site. Poremećaj obično započinje u adolescenciji, kada mlade djevojke isprobavaju različite dijete te, u slučaju neuspjeha, reagiraju prekomjernim uzimanjem hrane. Obično zahvaća osobe u dobi između 15 i 45 godina. Bulimija nervoza je četiri puta češća od anoreksije nervoze, ali ju je teže ustanoviti.

Prvi znakovi kao ubrzan tempo života i prevelika osobna i obiteljska očekivanja drže većinu današnjih djevojaka i žena u stresnom stanju. One postaju kronično napete, tjeskobne i zabrinute. Budući da je u današnjem društvu neprihvatljivo pokazivanje takvih emocija pred drugima, djevojka ili žena nauči ih vješto skrivati. U tim trenucima čokolade, kolači, peciva ili keksi postaju najbolji tješitelji jer uspješno uklanjaju napetost i nezadovoljstvo, donoseći smirenje i ugodu. Djelovanje tih “sedativa” kratkotrajno je i prolazno jer se ubrzo javlja žudnja za novom količinom slatke hrane. [9]

2.1. Epidemiologija

U 90% slučajeva poremećaj se javlja kod žena, s početkom u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi. Prevalencija bulimije nervoze među ženskim adolescentima i među ženama mlađe odrasle dobi je otprilike 1-3%; stupanj pojavljivanja ovog poremećaja u muškaraca je otprilike 1/10 onog kod žena. [10]

Bulimija se u pravilu javlja nešto kasnije nego anoreksija. S tim u skladu su i nalazi istraživanja Monda i sur. (2004) koji navode da djevojke ispod dvadeset i pete godine predstavljaju populaciju koja je najviše podložna oboljenju od bulimije. Također, bulimija u najvećem postotku pogađa samo žensku populaciju. U prilog tomu su nalazi istraživanja (Rikani i sur., 2013) koja ukazuju da bulimija utječe na 0.5% adolescentnih dječaka i mladih odraslih muškaraca, a od ukupne populacije oboljele od bulimije, postotak muškaraca čini samo 10- 15%. [11]

2.2. Etiologija

Uzroke se može pronaći u biološkim, psihološkim i socijalnim čimbenicima. Biološki čimbenici slični su onima u anoreksiji i vezani su uz endogene opioide i promjenu u neurotransmitorskom sustavu serotonina i norepinefrina. Socijalni čimbenici izrazito su prisutni u stalnom pritisku sredine u stvaranju prihvatljivog lika mlade osobe. Psihološki su problemi u nemogućnosti svladavanja ljutnje i impulzivnih reakcija. Alkoholizam, kompulzivno kupovanje, emocionalna labilnost i pokušaji samoubojstava česti su u bolesnika s poremećajem bulimija nervoza. Ti bolesnici češće traže pomoć psihijatra nego bolesnici s poremećajem anoreksija nervoza. [12]

2.2.1. Biološki čimbenici u nastanku bulimije nervoze

Bulimija i anoreksija dijele slične genske faktore. Povećan rizik za razvijanje bulimije zabilježen je kod monozigotnih blizanaca i bliskih srodnika. Pokazuje se kako je ona čak četiri puta češća u obiteljima u kojima majka ili sestra boluju ili su bolovale od bulimije. Istraživači su se također usmjerili na abnormalnu aktivnost hipotalamusa, strukture u mozgu odgovorne za regulaciju hranjenja, te na disbalans neurotransmitera poput serotonina i noradrenalina. Tako, primjerice, istraživanje Rama i suradnika (2012) ukazuje da se u mozgu tj. hipotalamusu kod osoba koje pate od bulimije ne može izazvati osjećaj sitosti. To istraživanje pokazuje da osobe s bulimijom i nakon obroka ne osjećaju da su unijeli dovoljnu količinu hrane. Kod tih se osoba

najčešće radi o prekomjernom konzumiranju ugljikohidrata koji u sebi sadrže triptofan, tvar koja se u tijelu pretvara u serotonin-hormon koji donosi osjećaj spokoja i zadovoljstva. Pretpostavlja se da niske razine serotonina rezultiraju prekomjernim konzumiranjem hrane, te da mogu dovesti i održavati stanja depresije i anksioznosti, koja su prisutna kod oboljelih.

Prevalencija bulimije veća je među djevojkama, iako se javlja i kod muškaraca i to posebice kod onih: a) homoseksualne orijentacije, b) kod kojih je zabilježena veća postojanost prekomjerne tjelesne težine u djetinjstvu i adolescenciji te c) koji su u manjoj mjeri pazili na osobnu samokontrolu.

Rizični faktor za bulimiju može biti i ranije dobivanje prve menstruacije. [10]

2.2.2. Psihološki čimbenici u nastanku bulimije nervoze

Skupina psiholoških faktora u nastanku poremećaja hranjenja do danas je najbrojnija i najbolje istražena skupina faktora. Najčešće izučavani faktori su depresivnost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije, perfekcionizam, poremećaj ličnosti i anksioznost.[3]

Oboljeli pojedinci koriste svoj izgled i težinu kao odgovor na probleme s identitetom, samopoštovanjem, samokontrolom te regulacijom negativnih afektivnih stanja. Smatra se kako su okidači za razvoj bulimije različiti i specifični za svaku osobu, no da je uzrok bulimičnog ponašanja kod svih jednak. Uzrokom bulimije drži se jaki emocionalni stres, odnosno bolna psihološka rana izazvana poremećajem nekog njima važnog međuljudskog odnosa.

U akutnoj fazi bolesti karakteristični su poremećaji raspoloženja koji rezultiraju opetovanim prejedanjem i pražnjenjem, a sve to ima izravan utjecaj na psihološku prilagodbu. Najizraženiji komorbiditet s bulimijom ima depresija te anksiozni poremećaji, poput opsesivno-kompulzivnog poremećaja te sa socijalnom anksioznošću. Socijalna anksioznost se kod osoba s bulimijom najčešće ispoljava kroz perfekcionističko ponašanje karakteristično za bulimične osobe.

Velik broj istraživanja posvećen je istraživanju povezanosti između bulimije i korištenja psihoaktivnih tvari. Nalazi konzistentno pokazuju da je niska razina kontrole, emocionalna nestabilnost, samoozljeđivanje, anksioznost te granični i antisocijalni poremećaji ličnosti učestaliji kod bulimičnih osoba koje koriste dodatne psihoaktivne tvari. Ujedno, smatra se da varijable poput neuroticizma i depresije koje su prisutne tijekom bolesti, povećavaju rizik za razvoj drugih poremećaja, posebice ovisnosti o drogama.

Prilikom objašnjavanja etiologije bulimije neizostavno je spomenuti odnos oboljele osobe s roditeljima. Djevojke svoje roditelje doživljavanju manje zainteresiranima i visoko

kontrolirajućima te pokazuju nesigurni stil privrženosti i to posebice s ocem. Taj odnos pokazao se kao rizični čimbenik za razvoj psihičkog poremećaja. Problematičan odnos s ocem rezultira produženom depresijom i anksioznošću. Djevojke su izvještavale o većoj zaokupljenosti tjelesnom težinom i oblikom tijela te učestalijim zadirkivanjem od strane vršnjaka i obitelji što je odnos s ocem bio nepovoljniji. [10]

2.2.3. Sociokulturalni čimbenici u nastanku bulimije nervoze

Žene od obitelji i prijatelja te iz medija uče kakvo je privlačno tijelo i kakve su one u usporedbi s tim idealom. U prenošenju da je mršavo tijelo idealno sudjeluju svi mediji. U skladu s tim, suvremena istraživanja ukazuju da su žene sklone doživljavati se debljima i težima nego što to doista i jesu i da je taj učinak pojačan ako su neposredno prije (ili u tom trenutku) bile izložene medijskim prikazima mršavih žena.

Sociokulturalna očekivanja od muškaraca su se promijenila. Današnje poimanje idealnog muškarca u odnosu na ranija razdoblja su da on bude znatno mišićaviji. [10]

Osim uloge medija, snažan je i utjecaj vršnjaka na psihofizički razvoj adolescenta. Na primjer, tendencija socijalnog uspoređivanja, koja je vrlo izražena u adolescentnom razdoblju, može dovesti do nezadovoljstva tijelom. No, osim svog negativnog tj. destruktivnog utjecaja na mlade, socijalni utjecaji mogu također biti i konstruktivno usmjereni (kao npr. pozitivan primjer odgojno – obrazovnih televizijskih emisija usmjerenih na zdravi način prehrane i zdrav odnos prema svome tijelu). [13]

2.3. Klinička slika

Esencijalna klinička slika sastoji se u povratnim epizodama pretjeranog jedenja. Prisutno je stalno izazivanje povraćanja i upotrebe laksativa i diuretika, stroge dijete, intenzivno vježbanje da bi se preduhitrilo povećanje tjelesne mase. Bolesnici izazivaju povraćanje guranjem prsta ili samom željom za povraćanjem, što smanjuje trbušne bolove i obnavlja želju za jedenjem. Tijekom toga razdoblja ne strahuju da će dobiti na tjelesnoj masi. Kada bulimična epizoda završi, pojavljuje se depresija. [12]

Kod osoba s bulimijom nervozom primjećujemo postiđenost zbog problema s uzimanjem hrane i one pokušavaju sakriti svoje simptome. Prejedanje se odvija u tajnosti, ili koliko je to moguće tajno, a neobična je brza konzumacija hrane sve dok se ne postigne osjećaj neugode ili čak bolne

punoće. Negativno raspoloženje, stresna situacija u međuljudskim odnosima, jaka glad kao posljedica dijete ili osjećaji vezani za tjelesnu težinu, oblik tijela ili hranu prethodi samom činu prejedanja. Nakon prejedanja često slijedi ponižavajuća samokritika i depresivno raspoloženje. Epizoda prejedanja je ujedno praćena i osjećajem samokontrole. [10]

Tjelesne karakteristike oboljelih:

- Karijes, erozija zubne cakline
- Oštećenja kože prstiju i dlanova (Russellov znak)
- Grlobolja, upale grla i ždrijela, parotitis, ispucale usne
- Elektrolitski disbalans, metaboličke promjene
- Iregularan menstrualni ciklus
- Problemi sa štitnjačom
- Mogući kardiološki problemi zbog snižene koncentracija kalija

Psihološke karakteristike oboljelih:

- Dihotomno razmišljanje (sve ili ništa)
- Depresivnost
- Impulzivnost, poteškoće u kontroli ljutnje i agresije
- Zlouporaba lijekova i alkohola
- Samoozljeđivanje, suicidalnost
- Nepoštivanje sebe, osjećaj krivnje i straha
- Snažna potreba za odobravanjem i prihvaćanjem od strane okoline

Osobe koje boluju od bulimije:

- Imaju intenzivni strah od debljanja
- Tjelesna težina je normalna ili povišena
- Izrazito su nezadovoljne težinom i oblikom svog tijela
- Velika želja za mršavošću
- Često izmišljaju razloge za odlazak u kupaonicu odmah nakon obroka
- Konzumiraju isključivo niskokalorične namirnice (osim tijekom prejedanja)
- Konzumiranje hrane u pretjeranim količinama, tajno konzumiranje hrane
- Redovito kupuju laksative ili diuretike
- Provode većinu svog vremena vježbajući ili pokušavajući potrošiti kalorije

- Povlače se iz društvenih aktivnosti, posebno onih koje uključuju hranu
- Čest osjećaj gladi
- Preokupacija mislima o hrani, konzumiranju i nekonzumiranju hrane
- Osjećaj gubitka kontrole u blizini hrane. [14]

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američkog psihijatrijskog udruženja (DSM - V) postoje dva podtipa bulimije nervoze obzirom na metode pražnjenja kao kompenzaciju za prejedanje:

- PURGATIVNI TIP opisuje stanje kada osoba uobičajeno pribjegava samoizazivanju povraćanja ili zloporabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje tijekom tekuće epizode.

- NEPURGATIVNI TIP opisuje stanje kada osoba ima neko drugo neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje, kao što je post ili pretjerano tjelesno vježbanje, ali nepribjegava samoizazvanom povraćanju, zloporabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje tijekom tekuće epizode [7].

2.4. Dijagnostički kriteriji za bulimiju (prema DSM-V klasifikaciji)

- Ponavljajuće epizode prejedanja koje su karakterizirane sljedećim:

  • U kraćem vremenskom razdoblju (npr. 2 sata) osoba unose količinu hrane koja je zamjetno veća od količine koju bi većina ljudi pojela tijekom sličnog vremenskog perioda i tijekom sličnih okolnosti.

  • Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom trajanja epizode prejedanja (npr. 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. [1]

2.5. Prognoza

Još uvijek nisu poznate dugotrajne posljedice bulimije nervoze, ukoliko se ne kompliciraju elektrolitnim disbalansom i metaboličkom alkalozom. Ponašanje sa smetnjama hranjenja traje

najmanje nekoliko godina. Tijek bolesti može biti kroničan ili intermitentan, s periodima remisije koji se izmjenjuju s povratnim prejedanjima. Sklonost impulzivnom ponašanju, narkomaniji i alkoholizmu te depresiji prisutno je kod osoba s ovim poremećajem. [5]

Prema nalazima brojnih autora, kod bulimije postoji povećana učestalost depresivnih simptoma ili poremećaja raspoloženja, te da bulimične osobe pokazuju impulzivno ponašanje, samoozljeđivanje, ovisnost i nisko samopoštovanje. [13]

Unatoč velikim problemima s hranjenjem, bulimične osobe nisu uvijek upadno mršave, što dodatno otežava rano uočavanje i sprečavanje daljnjeg tijeka bolesti. Nepravilnosti menstrualnog ciklusa kod ženskih osoba nisu jako izražene niti ozbiljne. Međutim, zbog prejedanja i pražnjenja, kod osoba s bulimijom česte su fiziološke posljedice, kao upale grla i ždrijela, otečene žlijezde slinovnice, te razaranje zubnog enamela kiselim sadržajem povraćevine. Također je moguće oštećenje crijevne stjenke, nutritivni deficiti i dehidracija. Smanjena koncentracija kalija i drugi poremećaji elektrolita mogu ugroziti život, jer osobe s bulimijom mogu doživjeti zastoj srca što dovodi do iznenadne smrti. [7]

To nažalost nisu jedine medicinske komplikacije koje se mogu javiti, a karakteristično je da one ostaju neotkrivene duže vrijeme jer bulimična osoba često zbog nelagode nikome ne otkriva svoje probleme hranjenja, dok njezin vanjski izgled, za razliku od anoreksije, ostaje i dalje neupadan. [13]

2.6. Liječenje

Liječenje te bolesti temelji se na psihoterapijskim tehnikama i farmakoterapiji ili na primjeni obiju zajedno. Od psihoterapijskih je tehnika na prvom mjestu kognitivna psihoterapija, a od medikamenta antidepresivi. [12]

Liječenje ima dvostruki cilj: vraćanje u režim normalne prehrane i navika hranjenja te liječenje psiholoških i obiteljskih problema povezanih s poremećajem hranjenja. U liječenju bulimije bitno je korigirati ponašanje i razbiti krug neumjerenog jela i povraćanja, uz korekciju percepcije i neadekvatne ekspresije emocija. U početku su česti otpori, odbijanje i rezistencija na terapiju. Bolničko liječenje je potrebno u slučajevima kada je medicinsko stanje teško i vezano uz tešku denutriciju, dehidraciju ili elektrolitski disbalans, kada je visok suicidalni rizik, obiteljska situacija nezadovoljavajuća ili kada postoji smanjenja motivacija za izlječenjem. U početku se daju svi

potrebni nutrijensi, ali u manjoj količini nego što se preporučuje za normalan organizam. Prebrzo vraćanje na normalnu količinu nutrijensa lako može dovesti do opsežnih perifernih edema. Hrana se može davati u suradnji s bolesnicom na usta. Bolesnika treba uvjeriti da je najbolje početi s malim, ali čestim obrocima hrane. Cilj svake dijetoterapije je ponovno uspostaviti normalnu, svakodnevnu prehranu. Neki se bolesnici odupiru visokokaloričnim obrocima pa ih se upozorava na pravilnu prehranu i njezine prednosti. Posebno treba paziti na skrivanje hrane i potajno vježbanje.

Za vrijeme bolničkog liječenja iznimno je važno striktno se držati određenog programa:

- Vaganje rano ujutro nakon mokrenja
- Pratiti dnevni unos i eliminaciju tekućine
- Praćenje stanja elektrolita (hipokalijemija) ako pacijent povraća
- Zbog sprječavanja povraćanja nakon hranjenja, dva sata ne smije na WC
- Praćenje opstipacije (najčešće prestaje s uspostavom normalnog ciklusa hranjenja). Ako se pojavi dijareja, to je vjerojatno znak uzimanja laksativa
- Hranu davati u šest jednakih obroka
- Daljnje praćenje bolesnika nakon otpusta iz bolnice uz nastavak psihijatrijskog tretmana [15]

2.6.1. Terapije

1. Kognitivna bihevioristička terapija – to je terapija koja djeluje na principu da se promijeni model krivog razmišljanja i uvjerenja o vlastitom tijelu. Proces obično traje od četiri do šest mjeseci. U tom periodu pacijent dobiva do tri obroka dnevno, pazi na dnevni unos hrane i na cikluse prekomjernog uzimanja i zatim izbacivanja hrane. Razgovorom s terapeutom pacijent sam može raspoznati krive stavove o tijelu koji su osnova njegovom protivljenju hrani i zdravlju.

2. Interpersonalna terapija – to je terapija koja se bavi depresijom ili anksioznošću koje mogu biti uzrok poremećaja uzimanja hrane, kao i društvenim faktorima koji mogu utjecati na prehrambene navike. Ona se bavi težinom, hranom ili percepcijom tijela. Ciljevi su izraziti osjećaje i razviti jak osjećaj individualnosti i neovisnosti. Ta se terapija bavi i spolnim pitanjima i bilo kojim traumatičnim i nasilnim ponašanjem koje bi moglo biti uzrok poremećaja.

3. Obiteljska terapija – budući da obiteljski stavovi igraju glavnu ulogu u poremećajima u uzimanju hrane, može se tvrditi da je jedan od prvih koraka u liječenju - liječenje obitelji. Važno je da obitelj u potpunosti razumije opasnost od tog poremećaja. Ako je pacijent u bolnici, preporučuje se da obiteljska terapija započne nakon što je pacijent dobio na težini. Terapija se treba nastaviti i nakon izlaska iz bolnice, posebno je učinkovita za mlađe bolesnike, na koje obitelj još uvijek vrši jak utjecaj. [9]

Prva pretpostavka obiteljske terapije jest da je disfunkcionalno ponašanje jedenja povezano s krivnjom koju osoba osjeća, što negativno djeluje na njihov razvoj kao i na zbunjenost i nemoć samih roditelja da pruže adekvatnu pomoć. Druga pretpostavka polazi od toga da je krivnja koju roditelji osjećaju povezana s uzrocima poremećaja i simptomima anksioznosti. Kao posljedica, terapija za cilj ima poticati zajednički napor kako bi osnažile roditelje i potaknula adolescente da prekinu restriktivnu dijetu, prejedanje i pražnjenje i druge patološke načine kontrole tjelesne težine. Konačno, kako bi povećali roditeljsku angažiranost i smanjili odbijanje djeteta za njihovu pomoć, obiteljska terapija ciljno eksternalizira poremećaj, odnosno nastoji razdvojiti neuredno ponašanje koje je pogodilo adolescenta. Liječenje zahtjeva vrijeme i prije svega usmjereno je na otklanjanje krivlje koju osjećaju i roditelji i oboljela osoba. Tijekom terapije, terapeut zauzima nedirektivan stav s tim da je donošenje odluka u potpunosti prepušteno roditeljima, a to posljedično povećava njihovu snagu da ustraju u procesu. Terapeut je stoga obitelji u isto vrijeme pedagog, savjetnik i podrška. [10]

4. Terapija lijekovima – što se tiče liječenja lijekovima bulimije nervoze, zbog učestale depresije u pacijenata s bulimijom, često se preporučuju antidepresivi. Kod liječenja lijekovima anoreksije nervoze, nijedna terapija nije se pokazala djelotvornom. Posljedice gladovanja smanjuju djelotvornost antidepresiva, a osim toga, većina antidepresiva smanjuje apetit i pridonosi gubitku težine. [9]

Antidepresivi mogu smanjiti učestalost prejedanja i povraćanja, ali dugoročni učinci nisu poznati. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (konkretno fluoksetin) lijekovi su prvog izbora za liječenje bulimije u smislu suradljivosti, podnošljivosti i smanjenja simptoma. Za osobe s bulimijom učinkovita doza fluoksetina veća je nego za depresiju (60mg dnevno). Niti jedan drugi lijek, osim antidepresiva, ne preporuča se za liječenje bulimije. [14]

5. Drugi pristupi - neka istraživanja pokazala su da bi hipnoza mogla biti korisna u liječenju poremećaja; druga su istraživanja pokazala da bi terapija intenzivnim direktnim svjetlom mogla biti korisna, jer je kod nekih osoba depresija pojačana tijekom tamnih zimskih mjeseci. Također je veoma često prakticirana metoda liječenja pomoću slika kojima žrtva može otkriti svoju unutrašnju muku. Crtež je neverbalni način sklapanja savezništva s vanjskim svijetom. Iako postoji mnogo varijacija na temu, pacijent često prikazuje svoj nedostatak moći slikajući sebe u kavezu ili zatvoru, kako pliva u moru bez nade da dospije na obalu, ili pak crta čudovišta koja ga muče. [9]

2.6.1.1. Kognitivno bihevioralna terapija i bulimija

Prilikom istraživanja učinaka psihoterapijskih pravaca, jedna od najučinkovitijih terapija pokazala se *kognitivno bihevioralna teorija*, detaljnije razrađena od Chrisa Fairburna (2008). [10]

U osnovi teorije koja podupire kognitivno bihevioralni tretman za bulimiju nervozu (KBT-BN) leže procesi koji održavaju poremećaj, a istodobno su značajni u njegovu nastanku. Središnje obilježje održavanja bulimije nervoze je disfunkcionalan način samovrednovanja. Većina osoba vrednuje se na temelju percipirane uspješnosti u različitim područjima života, primjerice, kvalitete interpersonalnih odnosa, uspješnosti na poslu, dok se osobe s poremećajima hranjenja vrednuju isključivo u terminima navika hranjenja, oblika i težine tijela te sposobnosti njihove kontrole. Posljedično, njihovi su životi usmjereni na hranjenje, težinu, izgled, nastoje postići kontrolu hranjenja, mršavost i gubitak težine dok maksimalno izbjegavaju prejedanje, debljinu i porast težine. Prema kognitivno bihevioralnoj teoriji u održavanju bulimije nervoze ključno je ekstremno značenje koje se pridaje hranjenju, obliku i težini tijela. Ostale kliničke značajke bulimije nervoze potječu iz te "sržne psihopatologije", uključujući ekstremnu kontrolu težine (kontinuirani pokušaji ograničavanja unosa hrane, samoizazvano povraćanje, zloporaba laksativa i diuretika, te ekstremna tjelovježba), kontinuirano provjeravanje izgleda tijela, izbjegavanje izlaganja te zabrinutost težinom i oblikom tijela. Jedino obilježje koje nije izravna ekspresija bazične psihopatologije tih pacijenata su epizode prejedanja. Prema KBT-BN prejedanje je rezultat pokušaja ograničavanja unosa hrane, bez obzira postoji li ili ne energetski deficit u organizmu. [13]

Kognitivno bihevioralna teorija održavanja bulimije nervoze ima jasne implikacije za tretman. Tretman se usmjerava na faktore održavanja, ambulantnoga je tipa, a uključuje 15 do 20 susreta u trajanju od pet mjeseci. U tretmanu se koriste različiti kognitivno bihevioralni zadaci i probe

ponašanja, a tretman se prilagođava čimbenicima održavanja tipičnim za pojedinca. KBT ima značajan efekt na učestalost prejedanja i purgativnoga ponašanja te na ostale psihopatološke aspekte bulimije. Među osobama koje završavaju tretman (80-85%), oko 40-45% potpuno prestaje s prejedanjem i purgativnim ponašanjem, a efekti su dugoročni. Istraživanja pokazuju da je kognitivno bihevioralna teorija održavanja bulimije nervoze mnogo učinkovitiji od farmakoterapije. Usporedbe s nizom drugih psiholoških tretmana uključujući suportivnu psihoterapiju, suportivnu-ekspresivnu psihoterapiju, interpersonalnu psihoterapiju, hipnobihevioralni tretman, upravljanje stresom, nutricionističko savjetovanje, bihevioralni tretman i različite oblike tretmana izlaganjem uz prevenciju odgovora, pokazale su da je KBT-BN jednako efikasan ili efikasniji od svih navedenih tretmana. [16]

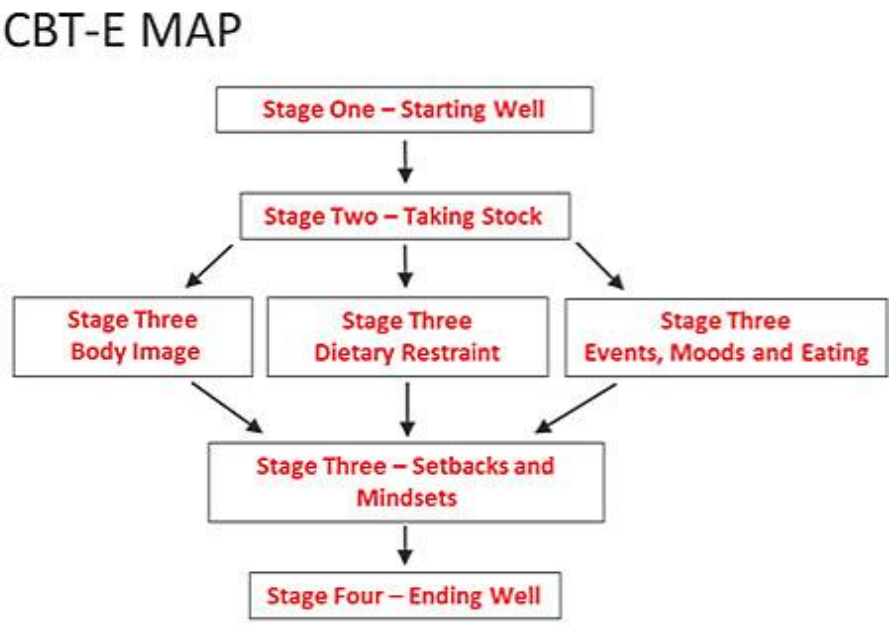
KBT-BN je vrlo individualiziran tretman. Dizajniran je kako bi odgovarao poteškoćama osobe poput „rukavice“ te da se može modificirati tijekom bolesnikova napretka.

KBT-BN ima četiri faze (vidi sliku). U prvom stupnju, fokus je na povećanju zajedničkog razumijevanja bolesnikovog poremećaja prehrane i pomaže mu mijenjati i stabilizirati svoj način prehrane. Tu je i naglasak na personaliziranoj edukaciji i rješavanju zabrinutosti oko težine. To je najbolje ako su početne sesije dva puta tjedno.

U kratkoj 2.fazi napredak se sustavno preispituje i napravljeni su planovi za glavni dio tretmana. Treća faza se sastoji od tjednih sesiji usmjerenih na zbivanja koji se održavaju u problemu prehrane osobe. Obično to znači rješavanje pitanja u vezi prehrane; jačanje sposobnosti da se bave svakodnevnim događajima i raspoloženjima; i rješavanju ekstremnog dijetalnog ograničavanja.

Krajem treće faze i u četvrtoj fazi naglasak se prebacuje na budućnost. Tu je fokus na nošenju sa preprekama i održavanju stečenih promjena.

Općenito osvrt na tretman održava se nekoliko mjeseci nakon što je liječenje završilo. Osvrt pruža mogućnost za provjeru napretka i rješavanju problema koji su ostali ili su se pojavili. [17]



Slika 2.6.1.1. Faze kognitivno bihevioralna terapije, Izvor: http://www.credo-oxford.com/4.1.html (15.9.2016.)

3. Zdravstvena njega kod bulimije nervoze

Pozitivna atmosfera je temelj u prihvaćanju liječenja. Ona može značajno pojačati osjećaj sigurnosti, te na taj način potaknuti pozitivne potencijale kod oboljelih koji su bitni u borbi protiv bolesti. Stvaranje pozitivne i opuštene atmosfere, međusobno upoznavanje i prihvaćanje, održavanje iskrenosti, povjerenja i empatije postižemo holističkim pristupom prema oboljelima. [5]

Medicinska sestra mora uzeti sestrinsku anamnezu i status pacijenta kako bi mogla planirati zdravstvenu njegu. Treba prikupiti podatke od pacijenta koristeći se intervjuom i dokumentacijom (liječnička anamneza, povijest bolesti), a pacijentov status utvrditi će promatranjem i mjerenjem. Do podataka o pacijentu također može doći preko roditelja pacijenta ili bliskih osoba. Sestrinskom anamnezom dobivamo sve potrebne podatke koji nam daju potpuni uvid u pacijentove želje i potrebe. Sestrinska anamneza olakšava rad medicinske sestre te način ophođenja prema pacijentu. Nakon uzete anamneze medicinska sestra postavlja sestrinske dijagnoze. Na temelju postavljenih dijagnoza formiramo cilj i daljnje intervencije uzimajući u obzir da će nam evaluacija biti uspješna. [18]

3.1. Najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije kod oboljelih od bulimije nervoze

1. *Prekomjerna tjelesna aktivnost u/s osnovnom bolešću*
    - Sestrinske intervencije
        - Planirati s pacijentom svakodnevne aktivnosti i odmor
        - Stvoriti prijateljsku atmosferu i suradljiv odnos
        - Osigurati 4-5 minuta odmora tijekom aktivnosti
        - Poticati pacijenta da provodi plan svakodnevnih aktivnosti i pohvaliti napredak
        - Osigurati neometani odmor i spavanje
        - Osigurati prehranu i unos tekućine sukladno pacijentovim potrebama
        - Poticati pacijenta na manje, češće dnevne obroke
        - Educirati pacijenta o mogućim negativnim efektima prekomjernog vježbanja (usporeni imunološki odgovor, promjene raspoloženja, mehanička opterećenja)
        - Poticati pacijenta da govori o svojim emocijama u svezi zdravstvenog stanja

- Podučiti pacijenta pravilnom načinu planiranja svakodnevnih aktivnosti koristeći jasne jednostavne upute
- Zajedno sa pacijentom osmisliti plan vježbi kroz tjedan

2. *Neupućenost u rizike osnovne bolesti*
    - Sestrinske intervencije
        - Poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina
        - Prilagoditi učenje pacijentovim kognitivnim sposobnostima
        - Podučiti pacijenta specifičnom znanju o posljedicama bulimije nervoze
        - Poticati pacijenta da postavlja pitanja
        - Poticati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
        - Osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog
        - Pohvaliti bolesnika za usvojena znanja. [20]

3. *Neuravnotežena prehrana: manja od tjelesnih potreba u/s namjerno izazvanim povraćanjem*
    - Sestrinske intervencije
        - Vagati pacijenta svaki dan ujutro.
        - Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti
        - U suradnji sa nutricionistom izraditi plan prehrane
        - Osigurati pacijentu psihološku potporu
        - Poticati pacijenta na provođenje oralne higijene prije i poslije jela
        - Poticati pacijenta da jede u društvu
        - Nadzirati unos i iznos tekućina
        - Poticati ga da vodi dnevnik prehrane i tjelesnih aktivnosti
        - Osigurati mirnu okolinu tijekom jela i dovoljno vremena za obrok
        - Uputiti pacijenta da uvijek jede na određenom mjestu
        - Omogućiti korištenje malih tanjura (manji ali češći obroci)
        - Savjetovati pacijenta da žvače polako
        - Podučiti pacijenta da izbjegava napitke sa šećerom
        - Dati pacijentu pisane upute o pravilnoj prehrani
        - Provoditi edukaciju pravilne prehrane
        - Poticati pacijenta u izradi jelovnika [20]

4. *Visok rizik za dehidraciju*
    - Sestrinske intervencije
        - Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine tekućine
        - Podučiti pacijenta rizičnim čimbenicima
        - Objasniti pacijentu da se ne oslanja na žeđ kao pokazatelj za uzimanje tekućine
        - Osigurati tekućinu nadohvat ruke
        - Pomoći bolesniku uzeti tekućinu
        - Pratiti unos i iznos tekućina
        - Mjeriti vitalne funkcije
        - Uočiti znakove promijenjenog mentalnog statusa
        - Pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza
        - Poticati pacijenta da provodi oralnu higijenu
        - Obavijestiti liječnika o promjenama
        - Primijeniti ordiniranu terapiju
        - Kontrolirati turgor kože
        - Kontrolirati sluznice
        - Dokumentirati učinjeno [20]

5. *Anksioznost*
    - Sestrinske intervencije
        - Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
        - Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno.
        - Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...).
        - Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
        - Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
        - Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
        - Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći.
        - Poučiti pacijenta postupcima/procedurama koje će se provoditi.
        - Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.

- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
- Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
- Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
- Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
- Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
- Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti: vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka; vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije; okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija); humor; terapeutska masaža i dodir
- Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
- Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede…). [19]

6. Kronično nisko samopoštovanje u/s nedostatkom pozitivnih povratnih informacija
    - Sestrinske intervencije
        - Procijeniti postojeću osobnu snagu i sposobnosti suočavanja, te pružati mogućnosti za njihovo izražavanje i prepoznavanje.
        - Ojačati osobnu snagu i pozitivne percepcije koje pacijent otkriva. Održavanje optimizma može smanjiti ljutnju i negativne životne događaje.
        - Prepoznati i ograničiti negativne samoprocjene
        - Poticanje realnih i dostižnih ciljeva
        - Poticati samostalno donošenje odluka pregledom mogućnosti i njihove moguće posljedice
        - Koristiti neuspjeh kao priliku za pružanje vrijedne povratne informacije
        - Promicati pozitivnu okolinu i aktivnosti koje poboljšavaju samopoštovanje
        - Pomoći pacijentu da poveća osjećaj pripadnosti
        - Poticati obitelj da pružaju podršku

- Ako je pacijentu uključen u savjetovanje ili u skupine za samopomoć, pratiti i poticati sudjelovanje. Pomoći pacijentu prepoznati vrijednost sudjelovanja nakon svakog susreta [21]

7. Nemoć u/s namjerno izazvanim povraćanjem nakon jela
    - Sestrinske dijagnoze
        - Paziti na ponašanje pacijenata koji pokušavaju nametnuti vlast. Pomoći pacijentima kanalizirati svoje ponašanje na učinkovit način
        - Procijeniti pacijentov lokus kontrole vezane za njegovo zdravlje
        - Procijeniti znakove / simptome depresije i obratiti posebnu pozornost na dostupnost socijalne podrške
        - Uspostaviti terapijski odnos s pacijentom, dodijeliti istu medicinsku sestru/ tehničara, ispuniti obećanja (npr. „ Vratit ću se poslije i odgovoriti Vam na pitanja.“), pružati ohrabrenje i biti suosjećajni
        - Omogućiti klijentu da izrazi nadu. Slušati prioritete pacijenta i pokušati ih ugraditi u terapijski režimu, gdje god je to moguće
        - Podržati pacijenata u nastojanju da povrati kontrolu nad svojim životom, učeći sve što može o svojoj bolesti [21]

8. Poremećena slika tijela u/s krivom percepcijom stvarnog izgleda i tjelesne težine
    - Sestrinske dijagnoze
        - Proučiti pacijentove uobičajene mehanizme suočavanja sa stresom i ojačati njihovu uporabu u sadašnjoj krizi
        - Ispitati mogućnosti za pomoć pacijentu da razvije realnu sliku o svom tijelu
        - Prihvatiti poricanje, bijes ili depresiju kao normalne osjećaje pri prilagodbi u tijelu i načinu života
        - Poticati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje, ali ga ne prisiljavati
        - Ohrabriti pacijenta na razgovor o interpersonalnim i socijalnim konfliktima koji se mogu pojaviti
        - Ohrabriti pacijenta da napravi vlastite odluke, da sudjeluje u zdravstvenoj njezi i da prihvati i nedostatke i prednosti
        - Pomoći pacijentu da prihvati pomoć drugih; dati mu popis udruga u zajednici

- Pomoći pacijentu da opiše svoje ideale i identificira samokritike i da prihvati sam sebe [21]

9. Obrambeno suočavanje u/s poremećajem jedenja
    - Sestrinske intervencije
        - Procijeniti prisutnost poricanja kao mehanizam suočavanja
        - Utvrditi da li pacijent ima pozitivne ili negativne stavove o situaciji
        - Odrediti pacijentovu percepciju problema
        - Pomoći pacijentu identificirati uzorke reagiranja u životu koji mogu biti neprikladni. Iskreno ponovno prebrojavanje životnih zbivanja i njihovih posljedica u povjerljivom odnosu može pružiti motivaciju potrebnu da se teži promjenama u ponašanju
        - Promicati pacijentove osjećaje vlastite vrijednosti pomoću grupnih ili individualnih terapija
        - Koristiti rečenice „ Primam na znanje“ ili „ Želim da..“
        - Reći pacijentu kada je napravo nešto dobro
        - Naučiti pacijenta da koristi pozitivno razmišljanje blokirajući negativne misli sa riječi „Stop“
        - Ohrabriti pacijenta da koristi „Ja“ izjave i da prihvati odgovornost i za posljedice [21]

10. Kompromitirano obiteljsko suočavanje u/s neriješenim osjećajima krivnje, ljutnje, neprijateljstva
    - Sestrinske intervencije
        - Procijeniti prednosti i nedostatke obiteljskog sustava
        - Procijeniti kako članovi obitelji međusobno djeluju; promatrati verbalno i neverbalno komunikaciju i individualne i grupne reakcije na stres
        - Uspostaviti odnos sa obitelji pružanjem točnih podataka
        - Uzeti u obzir korištenje „obiteljske teorije“ kao okvir koji će vam pomoći intervencije (teorija obiteljski stres, teorija uloga)
        - Pomoći članovima obitelji da prepoznaju potrebu za pomoći i naučiti ih kako pitati za nju
        - Potaknuti ekspresiju pozitivnih misli i emocija.
        - Potaknuti članove obitelji da verbaliziraju osjećaje.

- Provesti vrijeme s obitelji, sjesti i napraviti kontakt očima, nuditi kavu i drugu hranu.
- Majka može zahtijevati dodatnu podršku u njezinoj ulozi brige za bolesnu djecu
- Osigurati privatnost prilikom obiteljskih posjeta. Ako je moguće, zadržati fleksibilno vrijeme posjeta za češće posjete. Ako je moguće, organizirati zadatke za osoblje tako da isti djelatnici imaju kontakt s obitelji.
- Upoznajte i druge zaposlenike o situaciji u odsustvu uobičajenog osoblja.
- Utvrditi da li obitelj pati od dodatnih stresora (drugi obiteljski problemi, financijski problemi)
- Uputiti obitelj sa bolesnim članovima obitelji na odgovarajuće udruge za pomoć (savjetovanje, psihoterapija, financijsku ili duhovnu potporu)
- Procijeniti adolescentsku percepciju podrške od obitelji i prijatelja za vrijeme krize [21]

11. Strah u/s uzimanjem hrane, porastom tjelesne težine
    - Sestrinske intervencije
        - Procijeniti izvor straha
        - Procijeniti povijest tjeskobe
        - Zamoliti pacijenta da nacrta objekt straha
        - Razgovarati o situaciji s pacijentom i pomoći mu razlikovati između stvarnog i zamišljenog straha
        - Ohrabriti pacijenta da istraži temeljni osjećaj koji može utjecati na stvaranje straha
        - Ostati s pacijentom kad izražava strah; ako potrebno, zagrliti ili dodirnuti pacijenta (samo uz njegovo dopuštenje i ako je kulturološki prihvatljivo)
        - Istražiti mehanizme suočavanja sa strahom prethodno korištene od strane pacijenta; pojačati te vještine i istražiti druge
        - Uputiti na kognitivne terapije ponašanja
        - Naučiti klijenta razliku između opravdanog i pretjeranog straha [21]

12. Nesuradnja u/s negativnim osjećajima prema tretmanu

- Sestrinske intervencije
  - Pitati pacijenta zašto se ne slaže sa propisanom zdravstvenom njegom. Neka pacijent ispriča svoju priču i ne ga osuđivati.
  - Omogućiti pacijentu da bude aktivan partner u odlučivanju u vlastitu zdravstvenu njegu. Shvatiti da klijent ima apsolutnu kontrolu nad time hoće li on slijedi režim zdravstvene njege. Uvijek tretirati pacijenta s poštovanjem.
  - Objasniti pacijentu kako riješiti problem te kako se nositi s bolesti i potrebom za lijekovima ili propisanom njegom
  - Ako je pacijent u fazi poricanja: pružiti informacije, stvoriti bezuvjetno pozitivan odnos, izbjeći distanciranje sebe, biti prisutan psihički i fizički
  - Promatrati uzrok nesuradnje. Biti svjesni da je neslaganje vrlo često.
  - Odrediti pacijentovu i obiteljsko poznavanje bolesti i liječenja. Naučiti ih o bolesti i svrsi liječenja ako je potrebno
  - Promatrati da li je pacijentov lokus kontrole unutarnji ili vanjski. Treba shvatiti da ljudi s vanjskim lokusom kontrole misle da oni sami sebi ne mogu pomoći. Oni vjeruju da je sve stvar sreće ili sudbine.
  - Pratiti pacijentove znakove depresije koji mogu uzrokovati neslaganje.
  - Procijeniti pacijentove sposobnosti da slijedi upute, rješava problem i koncentrira se
  - Izbjegavajte korištenje poslastice, pritiska ili pobuđivanje straha da bi se pacijent pridržavao uputa
  - Utvrditi da li pacijentov sustav za podršku pomaže ili ometa terapiju.
  - Ohrabriti pacijenta da sudjeluje u samoregulaciji i samoupravljanju bolesti. Neka pacijent pomogne u planiranju njege kad god je to moguće (npr. Određivanje vremena da se okupa i sl.)
  - Ohrabriti pacijenta da podijeli svoja uvjerenja, misli i očekivanja o svojoj bolesti
  - Pomoći pacijentu da navodi zdrave ciljeve i prioritete koje bi htio postići
  - Pomoći pacijentu identificirati faktore koji nisu pod njegovom kontrolom [21]

3.2. Prikaz slučaja

N. N., žena u dobi od 31 godinu, rastavljena, majka jednog djeteta (5.god.), vlasnica restorana, zatražila je psihijatrijsku pomoć, nakon što se u jednom "ženskom" časopisu susrela s "kriterijima" bulimije nervoze.

Pacijentica navodi da već nekoliko godina, povremeno, u trenucima osamljenosti pojede ogromnu količinu hrane, radi čega poslije ima osjećaj krivnje, da bi nakon toga uslijedilo "pražnjenje". Prakticirala je uzimanje laksativa i sredstava za povraćanje, a povraćanje je izazivala i mehaničkim putem. Prije dvije godine se razvela, i od tada je podvostručila broj vježbi na aerobiku, tako da je počela vježbati svaki dan, kako bi prevenirala porast tjelesne težine. Nitko iz njezine okoline nije primijetio da pati od poremećaja jedenja, uspijevala ga je držati skrivenim, zato jer je svoju tjelesnu težinu održavala unutar normalnih vrijednosti. Okolina ju je doživljavala kao zadovoljnu osobu koja osobit značaj pridaje "odgovarajućoj ishrani".

U trenucima prejedanja preferirala je slatkiše i hranu bogatu ugljikohidratima. Kako pacijentica navodi, prejedanja bi obično uslijedila nakon osjećaja poniženja, krivnje i samooptuživanja. Pacijentica je inicijalno kontrolirala tjelesnu težinu vježbanjem, ali je kasnije posegnula i za metodama "pražnjenja". Iako se nije doimala bolesno, laboratorijske pretrage su pokazale blaži elektrolitni disbalans (alkaloza, hipokloremija, hipokalijemija). U obitelji nije bilo duševnih bolesti. U životu nije teže somatski bolovala niti se do sada psihijatrijski liječila. Puši, alkohol konzumira prigodno, negira ovisnost o psihoaktivnim sredstvima, nikakve lijekove ne uzima. [10]

3.2.1. Plan zdravstvene njege

SESTRINSKA DIJAGNOZA	*Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s namjerno izazvanim povraćanjem*	*Disbalans elektrolita*
MOGUĆI CILJEVI	1. Pacijentova sluznica usne šupljine bit će očuvana 2. Pacijent će demonstrirati higijenu usne šupljine	1. Pacijentica će nadoknaditi potrebne elektrolite 2. Pacijentica će znati nabrojati negativne efekte
SESTRINSKE INTERVENCIJE	1. Uputiti pacijenta u važnost svakodnevne higijene usne	1. Pratiti osmolaritet, elektrolite, acetone u krvi,

	šupljine 2. Podučiti pacijenta u ispravno provođenje higijene usne šupljine 3. Izvaditi i očistiti protezu iza svakog obroka 4. Čistiti zube zubnim koncem svakodnevno 5. Prati zube iza svakog obroka 6. Podučiti pacijenta da izbjegava ispiranje usta tekućinama s visokim udjelom alkohola ili limuna 7. Podučiti pacijenta da izbjegava sokove od agruma, 8. Ne davati pacijentu jako začinjenu hranu, 9. Ne davati pacijentu jako vruću ili hladnu hranu 10. Primijeniti lubrikant na usne svaka dva sata ili po potrebi 11. Podučiti pacijenta pravilnom ispiranju usta 12. Osigurati dovoljan unos tekućine 13. Podučiti pacijenta čimbenicima koji doprinose oštećenjima sluznice usne šupljine 14. Podučiti pacijenta potrebi redovitih stomatoloških pregleda	specifičnu težinu bolesnika 2. Bilježiti unos i iznos tekućine 3. Nadoknaditi nedostatne elektrolite 4. Primijeniti propisanu terapiju 5. Educirati pacijenticu o mogućim negativnim nuspojavama nedostatka elektrolita 6. Osigurati tekućinu nadohvat ruke 7. Pomoći pacijentici uzeti tekućinu 8. Mjeriti vitalne funkcije 9. Izraditi plan unosa hrane i tekućine 10. Osigurati male, učestale obroke 11. Osigurati hranu bogatu vlaknima

MOGUĆI ISHODI/ EVALUACIJA	1. Pacijentova sluznica usne šupljine je očuvana 2. Pacijent demonstrira higijenu usne šupljine 3. Pacijentova sluznica usne šupljine je oštećena.	1. Pacijentica je nadoknadila potrebne elektrolite 2. Pacijentica nije nadoknadila potrebne elektrolite 3. Pacijentica zna nabrojati negativne efekte 4. Pacijentica zna djelomično nabrojati negativne efekte

Tablica 3.2.1. Plan zdravstvene njege, Izvor: http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf (16.9.2016.); https://issuu.com/nursehr/docs/shock-rujan-listopad-2012/34 (16.9.2016.)

4. Prevencija bulimije nervoze kroz edukaciju

Primarna prevencija odnosi se na intervencije prije razvoja određenog poremećaja kojima se pokušava spriječiti njegova pojava i razvoj. Obično uključuje pokušaje djelovanja na rizične faktore, u smislu smanjenja njihova utjecaja, kao i jačanje zaštitnih faktora. Ove strategije pretpostavljaju poznavanje kako rizičnih, tako i zaštitnih faktora koji su povezani s pojavom i razvojem poremećaja. Jedna od najčešće korištenih strategija u primarnoj prevenciji je edukacija. U slučaju anoreksije nervoze i bulimije nervoze, u primarnoj prevenciji moguće je djelovati na niz faktora. Među njima je želja za mršavošću, povezana s pokušajima provođenja dijete, koja je sve učestalija u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi kod žena zapadne kulture, pa se smatra gotovo normalnom. [22]

Primarna prevencija može se usmjeriti i na edukaciju opće populacije i stručnjaka koji se susreću s visokorizičnim dobnim skupinama, među kojima su prvenstveno adolescenti. Kako poremećaji u hranjenju obično nastaju u ranoj adolescenciji, dakle u školskoj dobi, svakako je od velikog značenja kreiranje efikasnih interventnih programa namijenjenih školskoj primjeni. [8]

Medicinski stručnjaci trebaju biti svjesni činjenice da mnogi ljudi s poremećajima hranjenja imaju podvojen stav u vezi liječenja. Medicinski stručnjaci također trebaju prepoznati zahtjeve i izazove koji iz toga proizlaze.

Prevenciju poremećaja prehrane medicinska sestra može provoditi na više načina: kako poremećaji u prehrani obično nastaju u ranoj adolescenciji, dakle u školskoj dobi, svakako je od

velikog značenja kreiranje efikasnih interventnih programa namijenjenih školskoj primjeni. Jedan od načina provođenja takve prevencije je izrada radionica za učenike viših razreda osnovnih škola, te učenike srednjih škola. Medicinska sestra bi kroz radionice trebala s određenom dobnom skupinom obrađivati sadržaje koji se odnose na oblikovanja ženskog identiteta, stjecanja samopouzdanja, razbijanja medijskih stereotipa o ženskoj ljepoti, poboljšanja prehrambenih navika, te razvijanja pozitivnog odnosa prema tijelu. [14]

Da bi se osigurala pravilna prehrana učenika/ca za vrijeme boravka u osnovnoj školi Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske propisalo je krajem 2012. godine „Normative za prehranu učenika u osnovnoj školi" koji sadrži preporučene vrste hrane i jela, optimalni unos energije i hranjivih tvari, broj obroka te raspodjelu preporučenog unosa energije po obrocima. Namjera ovoga je da se izrade „Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama". [5]

4.1. Udruge i projekti u Republici Hrvatskoj

4.1.1. Udruge

Udruge koje se bave poremećajem hranjenja u Republici Hrvatskoj su :

- Centar za poremećaj hranjenja BEA – Zagreb (www.centarbea.hr)

Centar za poremećaje hranjenja BEA osnovan je u srpnju 2012.godine kako bi pružili podršku oboljelima od poremećaja hranjenja i njihovim obiteljima, provodili preventivne programe, educirali javnost, te povezali stručnjake iz Hrvatske i inozemstva u stvaranju što kvalitetnijeg sustava prevencije i liječenja oboljelih od anoreksije, bulimije i nespecifičnog poremećaja hranjenja (uključivo emocionalno prejedanje). [1]

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

Svrha Udruge jest pomaganje oboljelima od anoreksije nervoze i bulimije nervoze te pomoć članovima obitelji oboljelih i svim ostalim zainteresiranima kojima je takva pomoć potrebna.
Ciljevi Udruge jesu:

1. Informiranje o stvarnom karakteru i ozbiljnosti ovih bolesti
2. Unapređivanje stručne i znanstvene razine liječenja
3. Prevencija nastanka bolesti

4. Pomoć oboljelima i članovima obitelji oboljelih od ovih bolesti
5. Briga o osposobljavanju i izobrazbi članova Udruge.
6. Promicanje i ostvarivanje ideje unapređenja života članova Udruge u široj društvenoj zajednici.
7. Lobiranja i promicanja aktivnosti koje će pridonijeti organizaciji specijalne ustanove za liječenje ovih bolesti
8. Ostvarivanje i zaštita interesa članova Udruge. [23]

- Udruga Nada – Zagreb (www.hope.hr)

Ciljevi Udruge su senzibilizacija javnosti s obzirom na težinu i ozbiljnost bolesti kao i na njenu sve veću prisutnost, destigmatizacija bolesti zbog krivih kulturoloških stereotipa o bolesti, edukacija oboljelih i članova njihovih obitelji, ukazivanje na dostupnu literaturu, pravodobno upućivanje oboljelih na odgovarajuća mjesta liječenja, koordinacija dislociranih mjesta liječenja, razni oblici druženja, očuvanje dostojanstva i integriteta oboljelih. Udruga se posebno zalaže za osnivanje centra za liječenje oboljelih u kojemu bi multidisciplinarno surađivali liječnici svih potrebnih specijalnosti nužnih za stručni tretman oboljelih. [8]

- Udruga Petplus – Zagreb (www.petplus.hr)

Udruga PET PLUS je neprofitna organizacija koja se bavi promicanjem zdravih životnih izbora među djecom i mladima. Udruga je osnovana 1999.godine, a registrirana 2000. Od tada aktivno provodimo programe prevencije ovisnosti, te pomažemo pri resocijalizaciji ovisnika o drogama. Od 2009. Udruga proširuje svoju djelatnost na područje poremećaja prehrane i općenite promocije zdravlja i ekologije. [24]

- Udruga Tesa – Zagreb (www.tesa.hr)

Psihološki centar TESA već 25 godina djeluje provodeći psihološka savjetovanje i psihoedukacije građana. U sklopu raznih projekata provode se edukacije i savjetovanja grupa mladih, roditelja, no i edukacije studenata i profesionalaca u psihološkom savjetovanju. [4]

4.1.2. Projekti

Projekt **„Tko je to u ogledalu?“** (udruge PET PLUS) je projekt prevencije ovisnosti o hrani – anoreksije, bulimije i nespecifičnom poremećaju prehrane – namijenjen učenicama srednjih škola grada Zagreba. Razredi uključeni u projekt prevencije ovisnosti o hrani sudjeluju u 10

radionica u nizu. Tijekom provedbe projekta (2009-2012) uključeno je preko 600 srednjoškolki. Projekt prevencije ovisnosti o hrani dobio je pozitivno mišljenje Agencije za odgoj i obrazovanje pri Ministarstvu znanosti, obrazovanja i športa RH. [23]

„Mi jedemo odgovorno“ – projekt kojim se želi potaknuti odgovorna prehrana već od najranijih dana. Nacionalni koordinator projekta „Mi jedemo odgovorno“ u Republici Hrvatskoj je Udruga Lijepa Naša, za koji 95% sredstava osigurava Europska unija, a koji okuplja devet udruga iz devet zemalja. Projekt se realizira u 100 Eko-škola na području Hrvatske i trajat će tri godine, a trebao bi obuhvatiti ukupno 1 800 nastavnika, 90 000 djece, učenika i studenata te 100 000 roditelja i članova lokalne zajednice u 9 zemalja uključenih u projekt. Ovaj pilot projekt ima za cilj izgraditi školski program koji rješava ključna pitanja potrošnje hrane na području Europske unije, kroz akcijski orijentiranu pedagošku metodologiju i sedam koraka Eko-škole. [25]

„Savjetovalište Tračak nade", koji je namijenjen svima koji traže bilo kakvu pomoć u liječenju kao putokaz u savjetodavnom smislu te projekt **"Edukacija oboljelih i njihovih obitelji"**, kako bi se osigurao minimum dostupnosti elementarnih znanja o bolesti i njenom liječenju zbog poteškoća koje proizlaze iz antagonizma u bližoj okolini oboljelih, projekti su udruge Nada. [8]

Nabrojeni su samo neki od mnogih projekata, ali i ti ne navedeni nisu manje bitni. Svaki projekt je korak bliže da se nečiji život promijeni.

5. Zaključak

U današnjem svijetu teško se oduprijeti utjecaju medija koji najviše stvaraju sliku o „idealnom“ tijelu. Poremećaji hranjenja postaju sve veći problem iz godine u godinu i sve je više mladih oboljelih od tih bolesti. U podlozi poremećaja hranjenja nije samo narušena vlastita slika o sebi i tijelu, već i ulogu u nastojanju bolesti imaju mnogobrojni biološki, psihološki i socijalni faktori. Poznato je da mladi ljudi teže samostalnosti, adolescenti žele naći sebe i svoj stil, pa tako puno puta podliježu utjecaju vršnjaka. Nekad su ti utjecaji dobri, a nekad loši, pa tako i vršnjaci imaju ulogu u nastajanju poremećaja hranjenja.

Bulimija nervoza samo je jedna od poremećaja hranjenja. Osobe oboljele od bulimije nervoze imaju potrebu za konzumiranjem velike količine hrane, ali nakon toga javlja se srah od debljanja pa posežu za laksativima i diureticima, pa i namjerno izazivaju povraćanje. Takvo stanje dovodi do niza tjelesnih posljedica opasnih po život. Upale i rane na jednjaku, povećane žlijezde slinovnice, krvarenje desni, teškoće gutanja, anemija i poremećen rad srca zbog nedostatka elektrolita samo su neki od tih posljedica. Bulimija nervoza teško se otkriva jer oboljeli lako skrivaju svoju bolest jer se njihova tjelesna masa značajno ne mijenja.

U liječenju bulimije nervoze imamo nekoliko vrsta terapija, ali najviše značaja se pridodaje kognitivno bihevioralnom pristupu koji djeluje na principu da se promijeni model krivog razmišljanja i uvjerenja o vlastitom tijelu. Medicinske sestre/ tehničari imaju veliku ulogu u liječenju i pružanju psihološke podrške oboljelima i njihovim obiteljima.

Medicinska sestra/ tehničar kod prijema pacijenta uzima sestrinsku anamnezu da bi mogla sastaviti plan zdravstvene njege. Svakom bolesniku pristupa se holistički i individualno.

U Hrvatskoj postoje razne udruge koje pomažu oboljelima da zatraže pomoć, a i da preveniraju pojavnost poremećaja prehrane kroz razne projekte.

6. Literatura

[1]http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf (8.9.2016.)

[2] Marčinko D. i sur., Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[3] Ambrosi-Randić N, Razvoj poremećaja hranjenja, Naklada slap,2004.

[4] http://www.tesa.hr/clanciza-mlade/poremecaji-hranjenja-poremecaji-hranjenja-sto-su-tko-su-najcesce-oboljeli-kako-se-lijece/ (8.9.2016.)

[5] Žeželj N., Uloga medicinske sestre kod bolesnika s poremećajem hranjenja, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2013.

[6] Bradaš Z, Božičević M, Marčinko D, Poremećaji hranjenja u psihijatriji, Zdravstveno veleučilište, HUMS, Zagreb, 2013.

[7] Basara L, Indeks tjelesne mase i osobine ličnosti kao mogući prediktori ponašanja rizičnog za bulimiju, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2004.

[8]http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=3 (8.9.2016.)

[9] http://www.zzjzpgz.hr/nzl/66/dodatak.htm (8.9.2016.)

[10] http://www.cybermed.hr/clanci/bulimija_nervoza (8.9.2016.)

[11] Asančić S, Poremećaji hranjenja – anoreksija i bulimija, Završni rad, Sveučilište J.J. Strossmayera, Osijek, 2015.

[12] Frančišković T, Moro Lj, i sur, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

[13]Novković G, Odrednice provođenja dijete kod adolescentica, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2003.

[14] Rajković K, Medicinska sestra u prevenciji poremećaja prehrane, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2015.

[15] Sedić B, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007.

[16] http://bib.irb.hr/prikazi-rad?rad=349269 (10.9.2016.)

[17] http://www.credo-oxford.com/4.1.html (10.9.2016.)

[18] Pehar I. V., Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentskoj dobi, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2015.

[19]http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf (12.9.2016.)

[20] http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf (12.9.2016.)

[21] Ackley J. Betty, Ladwig B. Gail, Nursing diagnosis handbook (seventh edition), Mosby Elsevier, 2005

[22] Pokrajac-Bulin A, Živčić-Bećirević I, Prevencija poremećaja u hranjenju u adolescenciji, Medix, ožujak 2004, broj 52 (str. 68.) (15.9.2016.)

[23] http://klub.posluh.hr/libella/statut.htm (15.9.2016.)

[24] http://www.petplus.hr/o-nama/ (15.9.2016.)

[25] http://www.stampar.hr/hr/odgovorna-prehrana-kao-kljuc-buducnosti-svijeta (16.9.2016.)

Popis slika i tablica

Slika 2.6.1.1. Faze kognitivno bihevioralna terapije, Izvor: http://www.credo-oxford.com/4.1.html (15.9.2016.) ……14

Tablica 3.2.1. Plan zdravstvene njege, Izvor: http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf (16.9.2016.);https://issuu.com/nursehr/docs/shock-rujan-listopad-2012/34 (16.9.2016.).....23

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, NIKOLINA HORVAT (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/~~diplomskog~~ (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRASTVENA NJEGA OBOLJELIH OD BULIMIJE NERVOZE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Horvat Nikolina
(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, _____ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

_____
(vlastoručni potpis)