

Poremećaji hranjenja kod adolescenata - prikaz slučaja

Pile, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:056835>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-20**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Valentina Pile

**POREMEĆAJI HRANJENJA KOD
ADOLESCENATA – PRIKAZ SLUČAJA**

Završni rad

Osijek, 2022.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Valentina Pile

**POREMEĆAJI HRANJENJA KOD
ADOLESCENATA – PRIKAZ SLUČAJA**

Završni rad

Osijek, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku te na osnovi vježbi provedenih u Kliničkom bolničkom centru Osijek na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju.

Mentor: izv. prof. prim. dr. sc. Katarina Dodig-Ćurković, dr. med.

Komentor: dr. sc. Nikolina Farčić, mag. med. techn.

Rad ima 25 listova.

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: sestrinstvo

Zahvala

Želim zahvaliti mentorici izv. prof. prim. dr. sc. Katarini Dodig-Ćurković i komentorici dr. sc. Nikolini Farčić mag. med. techn., na pomoći i vodstvu prilikom pisanja ovog završnog rada. Zahvaljujem svojoj obitelji i suprugu na velikoj podršci tijekom studiranja. Također želim zahvaliti kolegicama sa Zavoda za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC-a Osijek koje su mi jako pomogle i izlazile u susret za svako predavanje ili ispit, kad god mi je trebala zamjena smjene tijekom studija.

Valentina Pile

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Anoreksija nervoza	1
1.1.1. Etiologija	1
1.1.2. Epidemiologija	2
1.1.3. Klinička slika.....	2
1.1.4. Dijagnoza	3
1.1.5. Liječenje	3
1.1.6. Prehrana.....	4
1.2. Prevencija anoreksije nervoze	4
1.2.1. Uloga medicinske sestre u prevenciji anoreksije nervoze.....	5
1.3. Zdravstvena njega bolesnika s anoreksijom nervozom	5
1.4. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika s anoreksijom nervozom	6
2. CILJ.....	9
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	10
3.1. Prikaz slučaja	10
3.1.1. Sestrinska anamneza i status	10
3.1.2. Sestrinske dijagnoze i planovi.....	12
3.1.3. Sestrinsko otpusno pismo.....	14
4. RASPRAVA	17
5. ZAKLJUČAK	19
6. SAŽETAK	20
7. SUMMARY	21
8. LITERATURA	22
9. ŽIVOTOPIS.....	25

POPIS KRATICA

BN - Bulimija nervoza

AN - Anoreksija nervoza

ITM - Indeks tjelesne mase

RFS - Sindrom ponovnog hranjenja

1. UVOD

Kao najčešći psihijatrijski problemi spominju se poremećaji hranjenja (1). Uzimajući u obzir teoriju hijerarhije ljudskih potreba psihologa Abrahama Maslowa, hrana spada u fiziološku i najosnovniju potrebu. Svaka osoba ima različite potrebe za hranom i prehrambene navike, no kao i u svim sferama ljudskoga života, i tu se mogu javiti poremećaji te se prema Maslowljevoj teoriji smatra da gladan čovjek najvjerojatnije nije u stanju promišljati o višim potrebama dok god osnovna potreba nije zadovoljena (2). Takvi poremećaji spominju se još od davnina, a njihovi učinci postali su zabrinjavajući za zdravlje pojedinca jer uzrokuju brojne komplikacije te, u krajnjem slučaju, mogu rezultirati smrću (1). Poremećaji hranjenja najčešći su kod adolescenata i mlađih osoba. Poznato je da ljudi s ovim bolestima imaju abnormalne stavove prema hrani, negativnu sliku o tijelu i nisko samopoštovanje. Unatoč različitim simptomima, sve bolesti zahtijevaju liječničku pozornost i njegu. Osoba je zarobljena u začaranom krugu gubitka težine zbog zlouporabe tableta, povraćanja, prejedanja i vježbanja (3). Poremećaje hranjenja ima čak i do 3 % mladih odraslih ljudi i adolescenata, a u najvećem su broju zastupljeni kod žena. Temeljni oblici ovih poremećaja jesu bulimija nervoza (BN) i anoreksija nervoza (AN) (1).

1.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija je stanje u kojem osoba strogo slijedi dijetu. Ime je izvedeno iz grčke riječi koja znači "nedostatak apetita". Žene i muškarci svih dobi mogu biti pogođeni ovim teškim i zbunjujućim psihijatrijskim poremećajem. Ukratko rečeno, AN karakterizira niska tjelesna težina, strah od rasta težine, poremećaj u tome kako osoba doživljava svoju tjelesnu veličinu, poricanje bolesti ili pretjeran utjecaj težine na samoprocjenu. Važno je napomenuti da mnoge osobe s anoreksijom osjećaju žudnju za hranom, ali potiskuju i ograničavaju tu žudnju kako bi održale svoju težinu. Kao rezultat toga, izgledaju se do iscrpljenosti, izglednjivanja ili čak smrti (4, 5).

1.1.1. Etiologija

Iako su uzroci AN-a nepoznati, smatra se da različiti biološki, psihološki i društveni čimbenici igraju ulogu u razvoju poremećaja. Poremećaji prehrane često se prenose u obiteljima. Prema nekim studijama o blizancima, monozigotni blizanci imaju veću vjerojatnost da će razviti AN nego dizigotni blizanci. Ovisno o studiji, geni mogu predstavljati do 74 % rizika od razvoja AN-a. Budući da neurotransmiteri i njihove abnormalnosti igraju značajnu ulogu u razvoju AN-a, važno je naglasiti da su ljudi s nedostatkom serotonina u većem riziku od razvoja AN-

a. Različiti psihološki učinci i stresori također utječu na nastanak bolesti. Smatra se da su ljudi koji pate od AN-a manje emocionalno svjesni od onih s BN-om. Uočeno je kako skupine s višim stopama pretilosti imaju veću prevalenciju anoreksije. Neki od razloga za vjerovanje da je vjerojatnost razvoja anoreksije znatno veća tijekom puberteta uključuju povećanje ženskog masnog tkiva, hormonalne promjene i društvena očekivanja uzrokovana sve većom autonomijom i neovisnošću (6).

1.1.2. Epidemiologija

Prijavljeno je da je prevalencija AN-a tijekom života u općoj populaciji u zemljama s visokim dohotkom oko 1 % kod žena i manje od 0,5 % kod muškaraca. Neke studije podupiru porast adolescentne AN u posljednja dva do tri desetljeća. (7) Prevalencija AN-a vrlo je niska u Latinskoj Americi i Africi, kao i među Hispanoamerikancima u SAD-u. U Kini ona iznosi 1,05 %, a u Africi je manja od 0,01 %. U posljednjem desetljeću došlo je do pomaka u dobi početka AN-a s pacijentima mlađima od 15 godina koji su dijagnosticirani u Njemačkoj, Italiji i Portugalu. Najčešća dob početka bolesti je 12 - 15 godina, a devedesetih godina prošlog stoljeća to je bilo 16 - 19 godina (8). Više od 1000 sudionika iz SAD-a i Nizozemske odgovaralo je na *online* pitanja vezana uz COVID-19. Ukupno 62 %, odnosno 69 % pojedinaca imalo je anoreksiju nervozu i osjećali su zabrinutost zbog svog rasporeda prehrane. Uočen je povećan rizik od recidiva AN-a tijekom COVID-19 pandemije, a koji je uzrokovan novim životnim okolnostima, društvenim povlačenjem, samoizolacijom, promjenama u pristupu hrani, intenzivnijim korištenjem platformi društvenih medija, poremećajem dnevne rutine i otežanim pristupom pružateljima zdravstvenih usluga (9).

1.1.3. Klinička slika

Dijeta je gotovo uvijek početna točka poremećaja. Djeca često isprva postanu vegetarijanci jer ne žele sudjelovati u ubijanju životinja. Jedu samo "dobre stvari" poput voća, kruha od cjelovitih žitarica i povrća. Preferiraju niskoenergetsku i nemasnu hranu, za razliku od žena koje su zdrave i vitke bez simptoma AN-a (indeks tjelesne mase - ITM u petom percentilu). Bolest je česta i kod mladih sportaša koji svoje tijelo često uspoređuju s vršnjacima (8). U bolesnika s AN-om ITM koji se izračunava kao omjer mase izražene u kilogramima i visine izražene u metrima na kvadrat, manji je od $17,5 \text{ kg/m}^2$. Hormonska neravnoteža uzrokuje amenoreju, predpubertet kod djece, probleme s rastom i mentalnu retardaciju uzrokovanu pothranjenošću. Tu su i problemi psihičkih poteškoća, socijalne izolacije i svakodnevnog funkcioniranja općenito (10). Osobe s AN-om također imaju neadekvatne mehanizme suočavanja, perfekcionizam, preokupaciju, rigidnost, neuroticizam, negativnu emocionalnost,

izbjegavanje, kompulzivnost, društvenu inhibiciju, emocionalnu suzdržanost i nisko samopoštovanje (6).

1.1.4. Dijagnoza

Na temelju anamneze i uz pomoć podataka prikupljenih od obitelji ili prijatelja postavlja se dijagnoza. Fizikalnim pregledom, mjerenjem težine i visine te izračunom ITM-a utvrđuje se stupanj pothranjenosti. Ostali dijagnostički postupci manje su važni za postavljanje dijagnoze nego za utvrđivanje tjelesnog stanja bolesnika i mogućih komplikacija te uključuju laboratorijske pretrage, ultrazvuk i RTG. Diferencijalna dijagnoza uzima u obzir dijabetes, upalne bolesti crijeva i poremećaje rada štitnjače. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne bolesti (DSM-V) navodi tri kriterija koja se moraju zadovoljiti za postavljanje dijagnoze AN-a (10).

Tri kriterija za postavljanje dijagnoze AN-a prema DSM-V klasifikaciji jesu (10):

- intenzivan strah od debljanja
- nespremnost da se tjelesna masa održi na minimalnoj težini za dob i visinu
- neuravnotežena percepcija tjelesne težine i oblika.

Amenoreja je četvrti kriterij za dijagnosticiranje AN-a koji se spominje u DSM-V klasifikaciji bolesti, ali je izbačen jer se ne odnosi na sve žene, a ne može se koristiti ni za muškarce. Amenoreja je normalna pojava kod žena koje još nisu ušle u pubertet, kod žena u menopauzi, a može se javiti i kod žena koje koriste hormonsku kontracepciju (10).

1.1.5. Liječenje

Mogućnosti liječenja za osobe s poremećajima prehrane uključuju odlazak na psihoterapiju barem jednom tjedno, liječenje u ustanovi u kojoj osoba provodi barem dio dana, ostanak u ustanovi za liječenje dulje vrijeme i hospitalizaciju zbog ozbiljnog zdravstvenog stanja (3).

Unatoč ozbiljnosti morbiditeta, rizika od prerane smrti i društvenog tereta, nedostaje baza dokaza za liječenje AN-a, osobito kod odraslih. Američka psihijatrijska udruga preporučuje hospitalizaciju odraslih osoba s AN-om koje imaju 75 % ili manje od svoje idealne tjelesne težine (11) i bolničko liječenje u trajanju od dva do šest mjeseci. Iako je ova metoda učinkovita za dobivanje 1 - 2 kilograma tjedno, skupa je (12), a pacijenti obično odbijaju psihijatrijsku skrb. Osim toga, dobivanje na težini samo je početak liječenja bolesnika s AN-om. Nakon početnog povećanja tjelesne težine, štetni kognitivni i emocionalni simptomi AN-a nastavljaju se zbog čega rad s oboljelima zahtijeva kontinuiranu njegu (11). Važno je

naglasiti kako je otpor pacijenata s AN-om da traže, nastave ili da se uključe u liječenje često nedostatan jer za tim ne pokazuju nikakvu želju ili volju. Također, velik broj oboljelih odustane od liječenja ili relapsira nakon prvih 12 - 18 mjeseci nakon otpusta. Ako bolesnici s AN-om pristanu na program mentalnog liječenja, prihvaćaju djelomično kognitivnu i farmaceutsku strategiju liječenja (13). Psihoterapija obuhvaća kognitivno-bihevioralnu, kognitivno-analitičku, interpersonalnu i psihodinamsku terapiju te uključivanje u grupe. Usvajanje primjerenih prehrambenih navika, poticanje povećanja tjelesne težine i omogućavanje psihofizičke rehabilitacije ciljevi su psihoterapije (14). U liječenje se uključuje cijeli tim stručnjaka, ali i obitelj, te je vrlo važno da se oboljelima pristupa empatično i da im se pruža velika podrška. Kad ljudi imaju podršku i empatiju na svojoj strani, lakše se oslobađaju straha od debljanja i potrebe da se redovito hrane. Dva su glavna cilja liječenja: oporavak od poremećaja prehrane i rješavanje psiholoških i obiteljskih problema (12, 13).

1.1.6. Prehrana

Kod bolesnika oboljelih od AN-a vrlo je važan nutritivni oporavak. Idealno je dobiti 1 - 2 kg svaki tjedan (11). Većina pacijenata s AN-om može se hraniti oralno. Prisilno hranjenje i/ili korištenje nazogastrične sonde te intravenozne prehrane (osim ako pacijentov život nije ugrožen) ne preporučuje se i nije u skladu s etičkim načelima. Vjeruje se da prisilno hranjenje može pogoršati dugoročnu prognozu bolesti i povećati rizik od recidiva bolesti. Prehrambena terapija ima za cilj postići pozitivnu ravnotežu postupnim povećanjem energetskeg unosa uz minimiziranje potrošnje (15). Trenutačno su prijedlozi za najbolje tehnike ponovnog hranjenja ili skrbi vezanu uz prehranu pacijenata s AN-om nedosljedni. Zbog mogućnosti sindroma ponovnog hranjenja (RFS), potencijalno kobne promjene elektrolita koja se može dogoditi kod ozbiljno pothranjenih ljudi nakon ponovnog uvođenja hrane, za mlade pacijente preporučuje se konzervativni energetskeg unos na početku liječenja od 800 - 1000 kcal/dan (16). U sklopu raznolike prehrane potrebno je omogućiti osobi barem pet do šest manjih obroka dnevno. Prilikom izrade plana prehrane potrebno je zadovoljiti preporučene omjere hranjivih tvari prema kojima bi proteini trebali činiti 15 - 30 % ukupnog energetskeg unosa, zatim masti 25 - 30 % i ugljikohidrati 50 - 55 %. Zbog stalnog nedostatka esencijalnih masnih kiselina, prehrana bi također trebala uključivati visokokvalitetna biljna ulja, sjemenke i orašaste plodove, kao i ribu i školjke ili dodatke omega-3 masnih kiselina (17).

1.2. Prevencija anoreksije nervoze

Budući da poremećaji prehrane obično počinju u ranoj adolescenciji ili dok je osoba u školskoj dobi, ključno je razviti učinkovite intervencijske programe za korištenje u školama,

tj. ključno je započeti s prevencijom što je prije moguće. Primarna prevencija odnosi se na radnje koje se poduzimaju kako bi se zaustavila pojava i napredovanje poremećaja prije nego što se manifestira. Obično uključuje napore za rješavanje čimbenika rizika s ciljem smanjenja njihova utjecaja i poboljšanja zaštitnih čimbenika. Da bi se to ostvarilo, rizične skupine moraju biti svjesne rizika i zaštitnih čimbenika uključenih u nastanak i napredovanje stanja. Edukacija je jedna od najčešće korištenih preventivnih mjera (18). Republika Hrvatska od 2009. godine provodi program prevencije poremećaja hranjenja „Tko je u ogledalu“ koji je pokazao značajnu učinkovitost i smanjenje rizičnih ponašanja među srednjoškolcima (19).

1.2.1. Uloga medicinske sestre u prevenciji anoreksije nervoze

Budući da se poremećaji hranjenja manifestiraju u ranoj dobi, s prevencijom treba početi što prije. Medicinske sestre osobe su koje, između ostalog, rade u zdravstvenim i obrazovnim ustanovama. Bave se zdravstvenom politikom i organizacijom raznih zdravstvenih akcija. Jelovnici za vrtiće, škole, bolnice i druga mjesta na kojima se okupljaju djeca, tinejdžeri i odrasli, trebali bi uključivati savjete medicinskih sestara. Medicinske sestre osobe su koje će promovirati različite zdravstveno-odgojne aktivnosti koje za cilj imaju upoznavanje djece s osnovnim pojmovima iz područja prehrane, upoznavanje djece s hranjivim tvarima potrebnim za optimalno funkcioniranje organizma, preporučenim dnevnim količinama za unos hrane te stjecanje znanja o osnovnim poremećajima prehrane. Cilj je prevencije smanjenje predrasuda o izgledu i ljepoti tijela, podizanje samopouzdanja ciljnih skupina te poticanje usvajanja zdravih životnih i prehrambenih navika uz promicanje prihvatljivijeg načina razmišljanja i slike o tijelu. Medicinske će sestre educirati osobe o tome kako prepoznati prisutnost AN-a te gdje, kada, kako i kome se obratiti za pomoć i podršku (20).

1.3. Zdravstvena njega bolesnika s anoreksijom nervozom

Primarni su ciljevi sestrinstva procijeniti reakcije pacijenta i obitelji na ljudske probleme, razinu dobrobiti i potrebu za pomoći; pružanje fizičke skrbi, emocionalne skrbi, poučavanja, usmjeravanja i savjetovanja; provođenje preventivne intervencije te pomoć pacijentu u ispunjavanju vlastitih potreba i zdravstvenih ciljeva. Primarna je odgovornost medicinske sestre pomoći pacijentima i njihovim obiteljima da funkcioniraju i brinu se o sebi na najbolji mogući način. Proces zdravstvene njege, koji koristi metodologiju rješavanja problema za prepoznavanje i rješavanje problema pacijenata, nudi okvir za pomoć pacijentima i njihovim obiteljima u postizanju vrhunskog funkcioniranja i što bržeg osamostaljivanja. Procjena, postavljanje dijagnoze, planiranje zdravstvene njege, implementacija i evaluacija njegovih su pet dinamičkih i fluidnih aspekata. Pacijentova priča integrirana je u svaku od ovih faza i

koristi se kao osnova za informacije, prosudbu i intervencije koje se primjenjuju u provođenju pacijentove skrbi (21).

1.4. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika s anoreksijom nervozom

Medicinske sestre imaju važnu ulogu u pružanju zdravstvene njege adolescentima koji pate od poremećaja hranjenja kao što je AN i one bi trebale pružiti bolesnicima njegu bez osuđivanja. Potrebno je odrediti težinu i visinu bolesnika. One također uzimaju podatke od pacijenta i provode temeljitu procjenu kako bi mogle sastaviti adekvatne i valjane sestrinske dijagnoze na osnovu prisutnih ili potencijalnih problema. Temeljita procjena uključuje fizičke i psihičke procjene. Kako bi odredile pacijentove prehrambene navike i razinu zadovoljstva svojim izgledom, medicinske sestre procjenjuju konzumaciju hrane, promjene težine, izgled tijela i aktivnost (22).

U procesu zdravstvene njege bolesnika s anoreksijom nervozom prema literaturi mogu se postaviti sljedeće dijagnoze (23):

- neuravnotežena prehrana: unos manji od tjelesnih potreba u/s neadekvatnim unosom hrane, pretjeranim korištenjem laksativa
- nedostatak znanja o terapijskim postupcima u/s nepoznavanjem informacija o bolesti
- poremećaj misaonog procesa u/s teškom malnutricijom i disbalansom elektrolita, osjećajem niske vlastite vrijednosti
- visok rizik za dehidraciju u/s neadekvatnim unosom hrane i tekućine, pretjeranim korištenjem laksativa
- visok rizik za oštećenje integriteta kože u/s promijenjenim nutritivnim/metaboličkim stanjem, dehidracijom i kahetičkim promjenama.

Sljedeći tekst, na temelju nalaza istraživanja relevantne literature, opisuje planove zdravstvene njege bolesnika s anoreksijom nervozom.

Neuravnotežena prehrana: unos manji od tjelesnih potreba u/s neadekvatnim unosom hrane, pretjeranim korištenjem laksativa.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnik će uspostaviti obrazac prehrane s unosom kalorija primjerenim za ponovno dobivanje/održavanje odgovarajuće težine.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- utvrditi s bolesnikom koju hranu voli jesti

- pripremiti hranu bolesniku, naizgled privlačnu, u manjim obrocima
- nadzirati bolesnika tijekom obroka i određeno vrijeme nakon obroka (obično jedan sat)
- učiniti dostupnim selektivni jelovnik i dopustiti bolesniku da kontrolira izbore što je više moguće
- dogovoriti i održavati redoviti raspored vaganja, prije doručka u istoj odjeći, te grafički prikazivati rezultate
- pratiti program vježbanja i ograničiti tjelesne aktivnosti
- uključiti bolesnika u provođenje programa modifikacije ponašanja
- osigurati nagradu za povećanje tjelesne težine prema individualnoj odluci
- dati propisanu medikamentoznu terapiju (23).

Nedostatak znanja o terapijskim postupcima u/s nepoznavanjem informacija o bolesti.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnik će verbalizirati potrebe za promjenama načina života i planirati ih za održavanje normalne težine.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- utvrditi razinu znanja i spremnosti za učenje
- prilagoditi učenje bolesnikovim sposobnostima
- dati pisane informacije pacijentu i njegovoj obitelji
- poticati bolesnika na razgovor o posljedicama ponašanja
- educirati bolesnika o korištenju tehnika opuštanja i drugih tehnika upravljanja stresom
- poticati bolesnika da postavlja pitanja i odgovarati mu na njih (23).

Poremećaj misaonog procesa u/s teškom malnutricijom i disbalansom elektrolita, osjećajem niske vlastite vrijednosti.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnik će pokazati poboljšanu sposobnost donošenja odluka i rješavanja problema.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- prilikom provođenja njege imati na umu bolesnikovu iskrivljenu sposobnost razmišljanja
- koristiti kratke i jasne rečenice prilikom opisivanja postupaka
- strogo se pridržavati režima prehrane
- uzimati uzorke za laboratorijske pretrage

- dati propisanu terapiju i. v. elektrolita (23) .

Visok rizik za dehidraciju u/s neadekvatnim unosom hrane i tekućine i/li pretjeranim korištenjem laksativa.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnik će održavati adekvatnu ravnotežu tekućine što se dokazuje odgovarajućom količinom urina, stabilnim vitalnim znakovima, vlažnim sluznicama, dobrim turgorom kože.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- mjeriti i bilježiti vitalne znakove, kapilarno punjenje, status sluznice, turgor kože
- bilježiti količinu i vrste unosa tekućine te količinu urina
- dogovoriti s bolesnikom određen raspored unosa tekućine
- uzimati uzorke za laboratorijske pretrage
- dati propisane i. v. pripravke i suplemente elektrolita (23).

Visok rizik za oštećenje integriteta kože u/s promijenjenim nutritivnim/metaboličkim stanjem, dehidracijom, kahetičkim promjenama.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnikova koža ostat će neoštećena.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- promatrati kožu, obratiti pozornost na pocrvenjela, blijeda i izbočena područja na koži
- poticati bolesnika na kupanje svaki drugi dan umjesto svakodnevno
- poticati bolesnika na korištenje losiona za hidrataciju kože, barem dva put dnevno
- objasniti bolesniku važnost čestih promjena položaja u krevetu
- objasniti bolesniku važnost adekvatne prehrane i unosa tekućine (23).

2. CILJ

Cilj je rada na temelju prikaza slučaja bolesnika s anoreksijom nervozom prikazati utvrđene sestrinske dijagnoze i ciljeve te planirane i provedene intervencije pri provođenju zdravstvene njege bolesnika.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Prikaz slučaja

U radu se prikazuje slučaj bolesnice N. N. u dobi od 15 godina koja se javila na Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC-a Osijek zbog nedostatka apetita, redovnim prijemom.

Rad je odobren od Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu KBC-a Osijek.

Bolesnica i njezini roditelji bili su obaviješteni o cilju završnoga rada, dobili su na uvid pisanu obavijest o svrsi i važnosti izrade završnog rada te izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog bolesnika za sudjelovanje. Svi postupci provedeni su u skladu s etičkim standardima. Bolesnici i njezinim roditeljima objašnjeno je da je sudjelovanje anonimno te da u radu neće biti otkrivene informacije koje mogu otkriti identitet bolesnice (ime i prezime, inicijali, bolnička zaporka). Roditelji bolesnice i bolesnica dobrovoljno su pristali sudjelovati u izradi završnoga rada što su potvrdili svojim potpisom u informiranom pristanku.

U daljnjem tekstu prikazana je sestrinska skrb za bolesnicu koja obuhvaća sestrinsku anamnezu i status, definirane dijagnoze u procesu zdravstvene njege, ciljeve sestrinske skrbi, planirane i provedene intervencije te evaluaciju.

3.1.1. Sestrinska anamneza i status

Bolesnica N. N. živi s obitelji u stanu. Pohađa srednju školu, smjer: kemijski tehničar. Komunikacija je u obitelji dobra, odnosi su dobri i obitelj joj je podrška. Ekonomski status obitelji dobar je. Negira alergije. Ne puši. Negativna anamneza na traume glave, gubitak svijesti i infektivne bolesti središnjeg živčanog sustava. Bolesnica nije izuzetno religiozna. U obitelji oca i majke negiraju se psihijatrijske bolesti.

Bolesnica N. N. boluje od anoreksije nervoze. Prvi je put hospitalizirana prije par godina zbog neuhranjenosti. Tada joj je dijagnosticiran anksiozno-depresivni poremećaj. Od tada liječena je kod psihijatra i medikamentno. Bolesnica je nakon prve hospitalizacije dobila medikamentnu terapiju te se, kako ona kaže, „borila s bolešću i funkcionirala je, koliko-toliko.“ Počela se pridržavati režima prehrane i hranu je donekle jela. Psihoterapija je išla u dobrom smjeru te je čak počela dobivati i na kilaži. Nakon nekog vremena opet je počela gubiti na težini i prestajala jesti. Iznova je postala beznadna, nije više vodila brigu za vlastito stanje. Obitelj joj je bila podrška i nastojali su u tim trenucima biti uz nju. Lijekovi su

korigirani i isprobana je drugačija terapija. Bolesnica je počela izbjegavati kontakte s drugim ljudima. Prepustila se svojim razmišljanjima i stanjima te se počela samoozljeđivati. Izjavljuje: „Izgubila sam nadu u sve i utjehu sam pronalazila tako što sam si rezala podlaktice.“ Nakon toga promijenjena je medikamentna terapija i zakazan je češći raspored posjećivanja psihologa. Bolesnica je drugi put hospitalizirana na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju, redovnim prijemom na preporuku liječnika obiteljske medicine. Kaže: „Kad sam u bolnici, čini mi se da se stanje poboljšava, ali kada odem kući strah me da opet ne ode sve na staro.“ Navodi kako nakon prve hospitalizacije nije htjela biti u bolnici, ali je kasnije shvatila da joj to pomaže. Izjavljuje: „Teško mi je bilo prihvatiti da mi je potrebna pomoć.“ Navodi kako su joj misli obilovale lošim idejama i da nije shvaćala da nije sama u ovoj borbi. Izjavljuje: „Ponekad se osjećam usamljeno i mislim da me drugi osuđuju zbog moje bolesti.“ Dosta je prijatelja izgubila i od njih se izolirala. Izjavljuje: „Ne volim biti među ljudima.“ Voli ponekad popričati sa svojom majkom i ocem. Bolesnica se pri prijemu žalila na depresivno raspoloženje. Izjavljuje: „Znam da sam samo na teret svojoj obitelji zbog ove bolesti i sramota me zbog toga.“ Bolesnica je pri svijesti, kontaktibilna, uredno je orijentirana u svim smjerovima. Promatrajući bolesnicu, uočava se tjeskoba i blaga uplašenost. Bolesnica nije pretjerano komunikativna, priča normalnom brzinom, ali minimalno i ima tendenciju ponavljanja rečenica. Ne odaje dojam postojanja perceptivnih obmana ili halucinacija te ih i ona sama negira. Bolesnica nije agresivna. Izbjegava komunikaciju s drugim bolesnicima i potrebno ju je poticati i motivirati kako bi pojela hranu. Izjavljuje: „Ne da mi se komunicirati s drugim ljudima, dobro mi je samoj sa sobom.“ Negira popratne bolesti. Bolesnica u bolnici ima tri obroka, pojede većinu, nakon motiviranja od osoblja, a jede ono što sama izabere od ponuđenog. Na dan pojede 3 hiperkalorijska napitka ensure. Kad je bila dobrog raspoloženja, znala je pojesti slatkiš ili slane grickalice. Izjavljuje: „Nekad se osjećam krivo kad pojedem cijeli obrok, smatram da sam loša zbog toga, ne želim se udebljati.“ Bolesnica također izjavljuje: „Ne sviđa mi se kako izgledam trenutno, ali me strah da se previše ne udebljam.“

Fizikalni pregled bolesnika

Bolesnica ima 46 kilograma tjelesne mase i 169 centimetara tjelesne visine. Tlak izmjeren na desnoj ruci u sjedećem položaju iznosio je 110/80 mm/Hg. Frekvencija pulsa izmjerena na radijalnoj arteriji bila je 63 otkucaja u minuti. Puls je dobro punjen i ujednačen. Temperatura izmjerena beskontaktnim toplompjerom iznosila je 36,3°. Disanje normalno, 17 udisaja i izdisaja u minuti, bez prisutne zaduhe. Boja kože normalna, topla na dodir, turgor normalan. Koštana izbočenja prisutna na cijelom tijelu. Lezija, svrbeža, edema nije bilo. Usna šupljina

uredna, bez naslaga, bolesnica ima vlastite sanirane zube. Orijentirana u vremenu i prostoru. Normalno pokretna.

3.1.2. Sestrinske dijagnoze i planovi

Tijekom hospitalizacije kod bolesnice su utvrđene dijagnoze u procesu zdravstvene njege te su postavljeni ciljevi i napravljene intervencije sa svrhom zadovoljenja bolesničkih potreba.

1. Socijalna izolacija u/s promjenom u zdravlju i izgledu 2° anoreksije što se očituje osjećajem usamljenosti, lošom komunikacijom s obitelji, lošim odnosima s vršnjacima, povlačenjem u sebe i izjavom: „Ne volim biti među ljudima.“

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnica će aktivno provoditi vrijeme s drugim bolesnicima i povećat će stupanj komunikacije.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- stvoriti profesionalan i empatijski odnos povjerenja s bolesnicom
- odrediti fizička i mentalna ograničenja
- procijeniti bolesničke osjećaje i percepcije
- obratiti pažnju na neobična društvena ponašanja ili nedostatne društvene znakove
- aktivno slušati bolesnicu bez osuđivanja
- omogućiti multidisciplinarnu podršku za pomoć u socijalnim vještinama
- potaknuti sudjelovanje u grupama za podršku
- savjetovati razgovor sa psihologom prema potrebi.

Evaluacija: tijekom hospitalizacije bolesnica je aktivno provodila vrijeme s drugim bolesnicima i povećala je stupanj komunikacije. Cilj je postignut.

2. Bepomoćnost u/s sramom što se očituje društvenom izolacijom i izjavom: „Znam da sam samo na teret svojoj obitelji...“

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnica će identificirati ponašanje koje joj onemogućuje socijalnu interakciju i razvit će suradljiv odnos s okolinom.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- uspostaviti profesionalan i empatijski odnos povjerenja
- pružiti podršku bolesnici

- podučiti bolesnicu tehnikama suočavanja sa stresom
- poticati bolesnicu na uključivanje u grupnu terapiju
- nadzirati uzimanje medikamentozne terapije
- ukazati bolesnici na neprihvatljivo ponašanje
- poučiti bolesnicu vještinama komunikacije i poticati ju na komunikaciju s drugim bolesnicima
- poticati bolesnicu da verbalizira svoje osjećaje
- pohvaliti bolesnicu za svaku socijalnu interakciju.

Evaluacija: tijekom hospitalizacije bolesnica je identificirala ponašanje koje joj onemogućuje socijalnu interakciju i razvila je suradljiv odnos s okolinom. Cilj je postignut.

3. Nisko samopoštovanje u/sa strahom od debljanja što se očituje izjavom: „... smatram da sam loša zbog toga...“

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnica će verbalizirati pozitivne osjećaje o sebi.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- omogućiti bolesnici da verbalizira svoje osjećaje
- omogućiti privatnost i adekvatan prostor za razgovor
- slušati bolesnicu, pokazati razumijevanje i interes za problem
- omogućiti bolesnici da sudjeluje u donošenju odluka
- pružiti bolesnici pozitivnu povratnu informaciju i ohrabrenje
- omogućiti razgovor sa psihijatrom
- uključiti bolesnicu u grupnu terapiju.

Evaluacija: tijekom hospitalizacije bolesnica je verbalizirala pozitivne osjećaje o sebi. Cilj je postignut.

4. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u/sa strahom od pretilosti.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnica će verbalizirati prihvaćanje promjena u izgledu.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- ohrabriti bolesnicu da verbalizira osjećaje povezane s percepcijom vlastitog tijela

- pomoći bolesnici da preuzme kontrolu u drugim područjima osim dijete i mršavljenja, kao što je upravljanje vlastitim dnevnim aktivnostima, rad i odabir slobodnoga vremena
- poticati kontakte s bliskim osobama, članovima obitelji i prijateljima
- poticati bolesnicu na verbaliziranje osjećaja
- omogućiti razmjenu iskustava s osobama koje su bile u sličnoj situaciji
- savjetovati bolesnici nošenje šire i udobnije odjeće.

Evaluacija: tijekom hospitalizacije bolesnica je verbalizirala prihvaćanje promjena u izgledu.

5. Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osjećajem bespomoćnosti, usamljenosti ili beznađa.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnica se neće samoozljeđivati.

Planirane intervencije: medicinska sestra će:

- pobrinuti se da bolesnica ne ostane sama ni u jednom trenutku tijekom hospitalizacije
- aktivno slušati bolesnicu bez osuđivanja
- educirati obitelj o načinima kako prepoznati razine prijetećeg samoozljeđivanja
- educirati bolesnicu o razumijevanju da je samoozljeđivanje izbor, a ne nešto što se ne može kontrolirati
- poticati bolesnicu da izrazi svoje osjećaje i strahove
- educirati bolesnicu tehnikama suočavanja sa stresom
- poticati obitelj da pružaju podršku bolesnici
- savjetovati razgovor sa psihologom.

Evaluacija: tijekom hospitalizacije bolesnica se nije samoozljeđivala. Cilj je postignut.

3.1.3. Sestrinsko otpusno pismo

Bolesnica N.N. živi s obitelji. Boluje od anoreksije nervoze. Pohađa srednju školu.

Tijekom hospitalizacije utvrđene su sljedeće dijagnoze u procesu zdravstvene njege:

1. socijalna izolacija u/s promjenom u zdravlju i izgledu 2° anoreksije što se očituje osjećajem usamljenosti, lošom komunikacijom s obitelji, lošim odnosima s vršnjacima, povlačenjem u sebe i izjavom: „Ne volim biti među ljudima.“
2. bespomoćnost u/sa sramom što se očituje društvenom izolacijom i izjavom: „Znam da sam samo na teret svojoj obitelji...“

3. nisko samopoštovanje u/sa strahom od debljanja što se očituje izjavom: „...smatram da sam loša zbog toga...“
4. neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u/sa straha od pretilosti
5. visok rizik za samoozljeđivanje u/s osjećajem bespomoćnosti, usamljenosti ili beznađa.

Ad 1. Kod bolesnice je došlo do socijalne izolacije zbog promjena u zdravlju i izgledu. Stvoren je profesionalan i empatijski odnos povjerenja s bolesnicom i određena su fizička i mentalna ograničenja. Procijenjeni su bolesničini osjećaji i percepcije. Pridana je posebna pozornost neobičnim društvenim ponašanjima ili nedostatnim društvenim znakovima. Bolesnicu se aktivno slušalo bez osuđivanja i omogućena joj je multidisciplinarna podrška za pomoć u socijalnim vještinama. Bolesnicu se potaknulo na sudjelovanje u grupama za podršku i savjetovan joj je razgovor sa psihologom prema potrebi. Bolesnici se savjetuje odlazak na redovite kontrole kod psihologa nakon otpusta.

Ad 2. Kod bolesnice je došlo do osjećaja bespomoćnosti. Stvoren je profesionalan i empatijski odnos povjerenja s bolesnicom te joj je pružena podrška. Bolesnica je podučena tehnikama suočavanja sa stresom i poticalo ju se na uključivanje u grupnu terapiju. Nadzirano je uzimanje medikamentozne terapije. Bolesnici je ukazano na neprihvatljivo ponašanje i poučena je vještinama komunikacije i poticana je na komunikaciju s drugim bolesnicima. Bolesnicu se poticalo da verbalizira svoje osjećaje i pohvaljena je za svaku socijalnu interakciju. Bolesnici se savjetuje da ne izbjegava socijalne interakcije te da podjeli svoje osjećaje s obitelji. Također se savjetuje odlazak na redovite kontrole kod psihologa nakon otpusta.

Ad 3. Kod bolesnice je došlo do niskog samopoštovanja. Bolesnici je omogućeno da verbalizira svoje osjećaje i omogućena joj je privatnost i adekvatan prostor za razgovor. Bolesnicu se slušalo, pokazalo se razumijevanje i interes za problem. Bolesnici je omogućeno da sudjeluje u donošenju odluka i pružena joj je pozitivna povratna informacija i ohrabrenje te joj je omogućen razgovor sa psihijatrom i uključena je u grupnu terapiju. Bolesnici se savjetuje nastavak odlaska na kontrole kod psihijatra i nastavak sudjelovanja u grupnim terapijama nakon otpusta.

Ad 4. Kod bolesnice je došlo do neprihvatanja vlastitog tjelesnog izgleda. Bolesnicu se ohrabrilo da verbalizira osjećaje povezane s percepcijom vlastitog tijela i pomoglo joj se da preuzme kontrolu u drugim područjima osim dijete i mršavljenja, kao što je upravljanje vlastitim dnevnim aktivnostima, rad i odabir slobodnog vremena. Bolesnicu se poticalo na

kontakte s bliskim osobama, članovima obitelji i prijateljima te na verbalizaciju osjećaja. Bolesnici je omogućena razmjena iskustava s osobama koje su bile u sličnoj situaciji te joj je savjetovano da nosi širu i udobniju odjeću. Bolesnici se savjetuje odlazak na redovite liječničke kontrole nakon otpusta.

Ad 5. Kod bolesnice postoji visok rizik od samoozljeđivanja. Bolesnica tijekom hospitalizacije niti u jednom trenutku nije bila sama. Bolesnicu se aktivno slušalo, bez osuđivanja. Obitelj je poučena o načinima kako prepoznati razine prijetećeg samoozljeđivanja. Bolesnica je educirana o razumijevanju da je samoozljeđivanje izbor, a ne nešto što se ne može kontrolirati. Bolesnica je poticana da izrazi svoje osjećaje i strahove te je poučena o tehnikama suočavanja sa stresom. Obitelj je poticana da pružaju podršku bolesnici. Bolesnici je savjetovan razgovor sa psihologom. Bolesnici se savjetuje odlazak na redovite kontrole kod psihologa nakon otpusta.

4. RASPRAVA

Patološki strah od debljanja, štetna ponašanja koja sprječavaju rast tjelesne težine i ekstremne dijete obilježja su anoreksije nervoze koja prvenstveno pogađa adolescentice i mlade žene. Medicinskim sestrama koje su na prvoj liniji suočavanja s ovim problemom i imaju najbliži kontakt s bolesnicima, posebno je teško brinuti se o oboljelima od AN-a. Stalna usredotočenost bolesnika oboljelih od AN-a na prehranu i težinu dok su u bolnici, zajedno s potrebnim medicinskim postupcima, mogu brzo uzrokovati promjene raspoloženja. Zbog toga je za medicinske sestre izazovno uspostaviti terapijski odnos s njima. Povezivanje je ključna komponenta terapije bolesnika s AN-om, u čemu medicinske sestre igraju ključnu ulogu. Veza bolesnika i medicinske sestre izgrađena je na snažnom partnerstvu koje se odlikuje ključnim obilježjima kao što su povjerenje, povjerljivost, osjetljivost, iskrenost i dosljednost (25).

Kod bolesnice u prikazu slučaja došlo je do socijalne izolacije zbog promjene u zdravlju i izgledu. Utvrđeno je da teška i dugotrajna AN može značajno utjecati na obitelj i prijatelje oboljelog pojedinca te da postoji potreba da službe za praćenje poremećaja prehrane koriste asertivan pristup pružanju pomoći. Važno je da medicinska sestra i drugi članovi tima prepoznaju negativne učinke na obitelj i prijatelje zbog nedostatka usluga za njih, tako da psihoedukacija treba uključiti obitelj i značajne druge osobe. Medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje mogu biti neki od ključnih kontakata i društvenih interakcija za ljude koji su društveno izolirani. Medicinske sestre moraju biti svjesne prepreka s kojima se ti pacijenti suočavaju i biti oprezne jer oboljele osobe možda neće biti voljne dijeliti svoju usamljenost. Medicinske sestre moraju biti suosjećajni savjetnici, ohrabrujući zagovornici ili samo suputnici koji slušaju bolesnike koji se osjećaju izolirano (26).

Kod bolesnice N. N. došlo je do osjećaja bespomoćnosti. U istraživanju koje su proveli Stockford i sur. zabilježeno je da se osjećaj bespomoćnosti često javlja kod osoba ženskog spola. Potrebno je poduzeti mjere opreza kako bi se osiguralo da terapija ne uzrokuje osjećaj ugroženosti kod bolesnice ne bi li se izbjeglo pogoršavanje osjećaja bespomoćnosti. Medicinske sestre koje rade s oboljelima od AN-a moraju znati na koji način će razumjeti i odgovoriti na emocionalne potrebe bolesnika. Medicinska sestra prilikom rada s takvim bolesnicima mora znati prepoznati znakove i simptome bespomoćnosti te ojačati mehanizme tolerancije i otpornosti na stres kod bolesnika provođenjem individualnih intervencija (27).

Kod bolesnice je došlo do niskog samopoštovanja. Samopoštovanje se definira kao način na koji pojedinac razmišlja o sebi i koliko se dobro osjeća. Kada se osoba osjeća samouvjereno i sposobna je nositi se s poteškoćama i stresorima, pozitivno samopoštovanje raste. Nisko samopoštovanje, međutim, pojavljuje se kad osoba pokaže suptilnu do upečatljivu promjenu u tome kako sebe doživljava kao što je na primjer negativnost prema sebi. Prilikom pružanja zdravstvene njege medicinska sestra mora pokazati neosuđivačko ponašanje, postaviti granice pacijentu i dati mu osjećaj da je i dalje vrijedan (28).

Kod bolesnice u prikazu slučaja došlo je do neprihvatanja vlastitog tjelesnog izgleda. Percepcije povezane s tijelom, očekivanja, misli, osjećaji i ponašanja dio su složene konstrukcije poznate kao tjelesni izgled i svi su pohranjeni u određenim moždanim sklopovima. Kao rezultat toga, osobe s AN-om često procjenjuju svoju tjelesnu veličinu i izražavaju nezadovoljstvo tijelom više nego zdrave osobe. To je zato što AN utječe i na perceptivne i na kognitivno-emocionalne komponente reprezentacije tijela. Medicinska se sestra treba usredotočiti na tu nesigurnost i koristiti je kao polazište u radu na poboljšanju slike o tijelu (29).

Kod bolesnice u prikazu slučaja postoji visok rizik od samoozljeđivanja. Kao glavni čimbenici samoozljeđivanja smatraju se dob, spol, rasa, prisutnost ili povijest mentalnog poremećaja, prisutnost ili povijest nasilja, zlorporaba alkohola, duhana i drugih droga te različiti negativni osjećaji. Medicinska sestra procjenjuje i upravlja sigurnošću okoliša na sustavnoj razini, unapređuje protokole, politike i prakse u skladu s nultom stopom samoubojstva te surađuje u obuci osoblja. Medicinska sestra promatra i nadzire pacijente koji su rizični za samoozljeđivanje, ispituje učinkovitost svih mjera i nudi specifične psihoterapijske intervencije na razini bolesnika (30).

5. ZAKLJUČAK

Anoreksija nervoza poremećaj je prehrane čija su obilježja abnormalno niska tjelesna težina, jaki strah od debljanja i iskrivljena percepcija težine. Anoreksične osobe stavljaju veliki naglasak na održavanje svoje težine i fizičkog izgleda često poduzimajući pretjerane pokušaje da smršave što im ozbiljno remeti život.

U prikazu slučaja prikazana je bolesnica s AN-om kojoj su utvrđene dijagnoze: socijalna izolacija u/s promjenom u zdravlju i izgledu 2° anoreksije; bespomoćnost u/s sramom; nisko samopoštovanje u/s strahom od debljanja; neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u/sa strahom od pretilosti; visok rizik za samoozljeđivanje. Provedene su sestrinske intervencije koje su prilagođene i individualizirane te su problemi otklonjeni.

Važan je multidisciplinarni pristup u liječenju bolesnika s AN-om kako bi se postavili temelji za oporavak, a medicinske su sestre nerijetko prva točka kontakta za osobe s poremećajima prehrane. To posebno vrijedi za pacijente koji možda nisu svjesni da imaju problem. Kod takvih bolesnika važno je obratiti pozornost na njihove jače strane i djelovati na njih.

6. SAŽETAK

Cilj rada: prikazati utvrđene sestrinske dijagnoze i ciljeve te planirane i provedene intervencije pri provođenju zdravstvene njege bolesnika s anoreksijom nervozom.

Opis slučaja: u prikazu slučaja prikazana je bolesnica s AN-om kojoj su utvrđene dijagnoze: socijalna izolacija u/s promjenom u zdravlju i izgledu 2° anoreksije; bespomoćnost u/s sramom; nisko samopoštovanje u/s strahom od debljanja; neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u/s strahom od pretilosti; visok rizik za samoozljeđivanje u/s osjećajem bespomoćnosti, usamljenosti ili beznađa. Provedene su sestrinske intervencije koje su prilagođene i individualizirane te su problemi otklonjeni.

Zaključak: važan je multidisciplinarni pristup u liječenju bolesnika s AN-om kako bi se postavili temelji za oporavak, a medicinske sestre nerijetko su prva točka kontakta za osobe s poremećajima prehrane. To posebno vrijedi za pacijente koji možda nisu svjesni da imaju problem. Kod takvih bolesnika važno je obratiti pozornost na njihove jače strane i djelovati na njih.

Ključne riječi: anoreksija; poremećaji prehrane; zdravstvena njega.

7. SUMMARY

Eating disorders in adolescents - a casa report

Objectives: To present established nursing diagnoses and goals, as well as planned and implemented interventions in the implementation of anorexia nervosa health care.

Case: The case study depicts a patient with AN who was diagnosed with: social isolation related to changes in health and appearance; powerlessness related to shame; low self-esteem related to fear of gaining weight; disturbed body image related to fear of obesity; high risk for self-harm related to feelings of helplessness, loneliness, or hopelessness. Nursing interventions that were adjusted and personalized were implemented, and the problems were resolved.

Conclusion: A multidisciplinary approach is important in the treatment of patients with AN, and nurses are frequently the first point of contact for people with eating disorders in order to lay the groundwork for recovery. This is especially true for patients who may be unaware of a problem. It is critical to recognize and capitalize on these patients' strengths.

Key words: Anorexia; eating disorders; health care

8. LITERATURA

1. Pupić I. *Poremećaji hranjenja: psihijatrijski aspekti*. Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/za-roditelje/stresni-dogadaji/poremecaji-hranjenja-psihijatrijski-aspekti/>. Datum pristupa: 14. 4. 2022.
2. Healy K. *A Theory of Human Motivation by Abraham H. Maslow - reflection*. Br J Psychiatry. 2016;208(4):313.
3. Meštrović A. *Poremećaj hranjenja - Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći*. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"; 2014.
4. D. Marčinko i suradnici. *Poremećaji hranjenja - Od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
5. Wener C. *Razvojna psihopatologija i psihijatrija od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
6. Moskowitz, L, Weiselberg E. *Anorexia Nervosa / Atypical Anorexia Nervosa*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017;47(4):70–84.
7. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. *Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment*. Lancet Psychiatry. 2015;2(12):1099–111.
8. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. *Children in need—diagnostics, epidemiology, treatment and outcome of early onset Anorexia Nervosa*. Nutrients. 2019;11:1932.
9. Dumitrascu MC, Sandru F, Carsote M, Petca RC, Gheorghisan-galateanu AA, Petca A, i sur. *Anorexia nervosa: COVID-19 pandemic period (Review)*. Exp Ther Med. 2021;22:804.
10. Sambol K, Cikač T. *Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini*. Medicus. 2015;24(2):165-71.
11. Bulik CM, Baucom DH, Kirby JS. *Treating anorexia nervosa in the couple context*. J Cogn Psychother. 2012;26(1):19–33.
12. Moro LJ, Frančišković T, i sur. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
13. Gregertsen EC, Mandy W, Serpell L. *The egosyntonic nature of Anorexia: an impediment to recovery in Anorexia Nervosa treatment*. Front Psychol. 2017;8:2273.
14. Rowe E. *Early detection of eating disorders in general practice*. Aust Fam Physician. 2017;46(11):833-8.
15. Hay P. *Current approach to eating disorders: a clinical update*. Intern Med J. 2020;50(1):24-9.

16. Rocks T, Pelly F, Wilkinson P. *Nutrition therapy during initiation of refeeding in underweight children and adolescent inpatients with Anorexia Nervosa: A systematic review of the evidence*. J Acad Nutr Diet. 2014; 114(6): 897–907.
17. Suárez-Pinilla P, Peña-Pérez C, Arbaizar-Barrenechea B, Crespo-Facorro B, Del Barrio JA, Treasure J, Llorca-Díaz J. *Inpatient treatment for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials*. J Psychiatr Pract. 2015;21(1):49-59.
18. Pettersson C, Svedlund A, Wallengren O, Swolin-Eide D, Paulson Karlsson G, Ellegård L. *Dietary intake and nutritional status in adolescents and young adults with anorexia nervosa: A 3-year follow-up study*. Clin Nutr. 2021;40(10):5391-8.
19. Bea-centar za poremećaje hranjenja. *Program prevencije poremećaja hranjenja „Tko je to u ogledalu?“* Bea- centar za poremećaje hranjenja. Dostupno na: <http://www.centarbea.hr/Prevencija>. Datum pristupa: 9. 8. 2022.
20. Ćuk M, Rožman J. *Prevencija poremećaja prehrane*. SG/NJ. 2021;26:50-6
21. Ackley BJ, Ladwig GB, Flynn Makic MB, Martinez-Kratz M, Zanotti M. *Nursing diagnosis Handbook E-book: An evidence-based guide to planning care*. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2019.
22. Peterson K, Fuller R. *Anorexia nervosa in adolescents*. Nursing. 2019;49(10):24–30.
23. Mairs R, Nicholls D. *Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents*. Arch Dis Child. 2016;101(12):1168-75.
24. Abcu Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, i sur. *Sestrinske dijagnoze III*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.
25. Wu WL, Chen SL. *Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative study*. Int J Ment Health Nurs. 2021;30:1386-94.
26. Schut L, Wright KM. *Exploring the factors that affect quality of life in women with severe and enduring anorexia nervosa*. Mental Health Practice. 2021
27. Stockford C, Stenfert Kroese B, Beesley A, Leung N. *Women's recovery from anorexia nervosa: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research*. Eat Disord. 2018;1–26.
28. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, Onate K, Denis JL, Pomey MP. *Engaging patients to improve quality of care: a systematic review*. Implement Sci. 2018;13(1):98.

29. Provenzano L, Porciello G, Ciccarone S, Lenggenhager B, Tieri G, Marucci M, i sur. *Characterizing body image distortion and bodily self-plasticity in Anorexia nervosa via visuo-tactile stimulation in virtual reality*. J Clin Med. 2019;9(1):98.
30. Peixoto ICF, Toscano MC, Santos DS. *Self-mutilation nursing diagnosis concept of analysis of the NANDA-I taxonomy*. Nurse Care Open Acces J. 2018;5(4):265-72.