Prevencija poremećaja prehrane
Prevention of eating disorders

Marija Ćuk1, Josipa Rožman2

1 Dom zdravlja Jastrebarsko, Ulica kralja Tomislava 29, 10 450 Jastrebarsko
2 Opća bolnica Karlovac, Odjel za psihijatriju, Andrije Štampara 3, 47 000 Karlovac

Sažetak
Uzroci poremećaja prehrane povezuju se s biološkim, psihološkim i sociokulturnim čimbenicima, a dovode do promjena obrazaca ponašanja koji izmiču kontrole te se javlja nezadovoljstvo vlastitim izgledom i sobom u cjelini. Poremeći prehrane javljaju se postepeno — osoba ulazi u začarani krug prejeđanja, gladovanja, povraćanja, zlouporete tableta. Najveća je teškoća u poremećajima prehrane u nepropoznavanju navedenih problema (ili negiranje postojanja problema) što vodi narušenom fizičkom i mentalnom stanju s lošim ishodom bolesti. Cilj je rada prikazati glavne poremećaje prehrane, etiologiju nastanka poremećaja te mogućnosti liječenja i prevencije iz pozicije sestrinske skrbi. U radu su prikazani specifični poremećaji prehrane: anoreksija, bulimija i prejeđanje, kao i najčešći nespecifični poremećaji hranjenja: pregoreksija, ortoreksija, diabulimija i drunkoreksija. Uloga medicinske sestre važna je u: edukaciji i prevenciji poremećaja prehrane; osvješćivanju prisutnog problema; edukaciji o mogućim čimbenicima koji se povezuju s nastankom poremećaja prehrane i štetnim naređenima; pružanju psihološke podrške te pomoći prilikom rješavanja strahova i problema; procjeni i praćenju zdravstvenog stanja bolesnika. Navedeni poremećaji prehrane ostavljaju negativan efekt na zdravlje. Potrebna je suradnja sa zdravstvenim stručnjacima te edukacija obitelji, prijatelja i šire zajednice. Također, poremećaji prehrane zahtijevaju dugotrajno liječenje. Različiti su razlozi nastanka poremećaja prehrane te je, sukladno tome, potrebno pristupiti individualno i holistički. Poremećaji hranjenja različiti su razlozi nastanka poremećaja prehrane te je, sukladno tome, potrebno pristupiti individualno i holistički. Također, poremećaji prehrane zahtijevaju dugotrajno liječenje. Različiti su razlozi nastanka poremećaja prehrane te je, sukladno tome, potrebno pristupiti individualno i holistički. Također, poremećaji prehrane zahtijevaju dugotrajno liječenje. Različiti su razlozi nastanka poremećaja prehrane te je, sukladno tome, potrebno pristupiti individualno i holistički.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, bulimija, anoreksija, prevencija, liječenje

Abstract
The causes of eating disorders are associated with biological, psychological and sociocultural factors which lead to changes in patterns of behavior that can get out of control. In people with eating disorders usually occurs dissatisfaction with their appearance and personal dissatisfaction in general. Eating disorders appear gradually, the person enters a vicious circle of overeating, starvation, vomiting and abuse of pills. The biggest problem in eating disorders is in not recognizing the above difficulties or denying the existence of the problem which leads to impaired physical and mental condition with a poor disease outcome. The aim of this paper is to present the main eating disorders, etiology of disorder, treatment and prevention options from a nursing perspective. The paper presents specific eating disorders - anorexia, bulimia and overeating, as well as the most common nonspecific eating disorders: pregorexia, orthorexia, diabulimia and drunkorexia. The role of the nurse is important in educating and preventing eating disorders, raising awareness of the problem, educating about possible risk factors associated with eating disorders and harmful habits, providing psychological support and assistance in resolving fears and problems, assessing and monitoring the health of patients. These eating disorders most often occur in adolescents, younger women although its occurrence is also possible in middle age. They are more common in women than men. The consequences of eating disorders negatively affect the health of patients. Cooperation with health professionals is needed, as well as education of family, friends and the wider community. Eating disorders require long-term treatment. There are various reasons for the occurrence of eating disorders, and accordingly, it is necessary to approach each patient individually and holistically. Eating disorders manifest themselves differently, but regardless of the differences, they require treatment and professional help.

Keywords: eating disorders, bulimia, anorexia, prevention, treatment

Running head: Eating disorders

Uvod
Poremećaji hranjenja spadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose rizik ranije smrti. Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje vanjskog i unutarnjeg svijeta te je vezan za emocije i iskustva još od najranijeg razvoja. Bulimia nervosa i anoreksija nervosa dva su glavna oblika poremećaja hranjenja [1]. Cilj je rada prikazati glavne poremećaje prehrane, etiologiju nastanka poremećaja te mogućnosti liječenja i prevencije iz pozicije sestrinske skrbi.

Introduction
Eating disorders are among the most common mental disorders and are associated with a number of physical complications that carry the risk of early death. Nutrition is a process that involves experiences of both the outer and inner world and is related to emotions and experiences from the earliest development. Bulimia nervosa and anorexia nervosa are the two main forms of eating disorders [1]. The aim of this paper is to present the main eating disorders, the etiology of the disorder and the possibilities of treatment and prevention from the position of nursing.
Poremečaji prehrane gotovo uvijek započinju kao dijetalna prehrana, ali ne tiču se samo hrane i težine. Osobe koje pate od njih također pate i od nedostatka samopouzdanja, depresije, anksioznosti ili nekih drugih psiholoških stanja [1]. Učestalost poremečaja hranja raste u razvijenim zemljama i posljedično se povezuje s brojnim komplikacijama i smrtnim ishodom. Ekstremna zabinutost zbog tjelesnog oblika i tjelesne težine zajednica je anoreksije i bulimije, kao i različita ponašanja osobe usmjerenja na kontroliranje tjelesne težine [2]. Osobe s poremečajima hranja često se vaju te su zato zabinute za svako, pa i najmanje variranje u težini, a druge pak potpuno izbjegavaju vaganje i stalno su u strahu zbog težine. Može biti prisutna i zaokupljenost oblikom tijela, što objašnjava stalno provjeravanje oblika tijela (promatranje dijelova tijela u ogledalu, dodirivanje na- kupina sada rukama, uspoređivanje vlastita tijela s tijelima drugih osoba). Nekada se pridavanje prevelike važnosti težini i obliku tijela manifestira pravim prezirom prema vlastiti težini tijela, što se izražava izbjegavanjem gledanja vlastita tijela ili izlaganja dijelova tijela pogledu drugih [3]. Najveći problem u poremećajima prehrane je u neprepoznavanju navedenih znakova (ili negiranju postojanja problema) što vodi narušenom fizičkom i mentalnom stanju s lošim ishodom bolesti.

Poremećaji hranja

Svi su poremećaji prehrane dijelom psihijatrijske prirode. Pogled na vlastito tijelo izaziva neugodne osjećaje koje po-jedinac nastoji ublažiti određenim pothvatima u prehrani ili promjenom tjelesne težine. Tjelesna težina izražava se indeksom tjelesne mase, a kod poremećaja prehrane javlja se gubitak tjelesne mase. BMI - Indeks tjelesne mase, jedan je od načina procjene uhranjenosti. Relativno ga je jedno-stavno izračunati ili očitati iz tablica [4]. Vrijednosti prepo-ručenog BMI-a iste su za oba spola, iznosi 18,5 – 24,9 kg/ m2 prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije za europsko stanovništvo [5]. Ove se norme mogu primjenju- vati za muškarce i žene iznadj 16 godina, dok je za djecu i adolescente neophodno upotrebljavati tablice distribucije indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol [6].

Anoreksija

Anorexia nervosa (anoreksija) ozbiljan je poremećaj hranjenja koji je karakteriziran namjernim izbacivanjem unosa hrane. Bolest je prvi opisao Richard Morton još 1689. godine kao samovoljno izglađivanje žene koja je ravnodušno odbijala to za svako, pa i najmanje variranje u težini, a druge pak potpuno izbjegavaju vaganje i stalno su u strahu zbog težine. Može biti prisutna i zaokupljenost oblikom tijela, što objašnjava stalno provjeravanje oblika tijela (promatranje dijelova tijela u ogledalu, dodirivanje na- kupina sada rukama, uspoređivanje vlastita tijela s tijelima drugih osoba). Nekada se pridavanje prevelike važnosti težini i obliku tijela manifestira pravim prezirom prema vlastiti težini tijela, što se izražava izbjegavanjem gledanja vlastita tijela ili izlaganja dijelova tijela pogledu drugih [3]. Najveći problem u poremećajima prehrane je u neprepoznavanju navedenih znakova (ili negiranju postojanja problema) što vodi narušenom fizičkom i mentalnom stanju s lošim ishodom bolesti.

Eating disorders

All eating disorders are part of a psychiatric nature. The sight of one’s own body causes unpleasant feelings that an individual tries to alleviate by certain interventions in the diet or by changing body weight. Body weight is expressed by body mass index, and weight loss occurs in eating dis- orders. BMI - Body Mass Index is one way to assess nutrition status. Of all the known indices, the body mass index is most closely related to the amount of excess adipose tissue in the human body, and in addition it is relatively easy to calculate or read from the tables [4]. The values of the re- commended BMI are the same for both genders, it is from 18.5 to 24.9 kg / m2 according to the classification of the World Health Organization for the European population [5]. These norms can be applied for men and women over 16 years of age, while for children and adolescents it is nece- sary to use tables of body mass index distribution according to age and gender [6].

Anorexia

Anorexia nervosa is a serious eating disorder, characte- rized by deliberate expulsion of food intake. The disease was first described by Richard Morton in 1689 as the arbi- trary starvation of a woman who indifferently refused tre- atment. The disorder begins in adolescents as a desire for a perfect physical appearance or as a reaction to failure, for example after being rejected in a romantic relationship, a breakup, a ridicule in the presence of others, or a remark from a close person that it would be good to lose weight. The person then starts a diet and follows stricter diets than their peers. When the others have already stopped dieting, the anorexic person, driven by anxiety, continues on. People tell the person that he/she is thin and he/she enjoys it, but deep down he/she still thinks he/she should lose more

SG/NJ 2021;26:50-6
sićne osobe isprava ne trpe toliko od gubitka apetita koliko se boje debljanja [7]. Nastupanje bolesti gotovo je nepri-
metno. Osoba koja je do tada bila društvena, odjednom se počinje povlačiti iz društva i postaje zaokupljena dijетama za mraštvanje. Sve se više zanima za kalorijsku vrijednost hrane te izbjegava sve što po njezinu mišljenju debija. Je-
lovnik se postupno svodi na sve manji broj namirnica koje su pripremljene bez dodataka koje sadrže kalorije, a glad ublažava tako što pije velike količine vode [4]. Te osobe odbijaju jesti dovoljno da bi zadržale minimalnu tjelesnu težinu, a intenzivno se boje da će postati gojazne [8]. Sa-
moizglađivanje koje anoreksične osobe same sebi name-
ču, uzrokuje promjene koje su katkad gotovo ireverzibilne. Procjene se razlikuju, no oko 5 % takvih osoba umire. Kod drugih 25 % tijek bolesti nastavlja se bez poboljšanja i tije-
kom dvije godine nakon postavljanja dijagnoze, a preostale osobe koje pate od anoreksije tijekom terapije se postupno počinju vraćati na normalnu tjelesnu težinu [7].

Glavna su obilježja anoreksije nervous:• namjeran gubitak tjelesne težine;
• mraštvanje;
• odbijanje ili smanjenje unosa hrane;
• strah od dobivanja na težini;
• poremećaj slike tijela;
• amnenoreja (izostanak menstruacije) kod žena.

Anoreksija je jedan od čestih poremećaja hranjenja, a oso-
bito je značajan porast oboljelih u posljednjih nekoliko de-
setljeća. Pojavljuje se kod 0,5 % – 1 % adolescentnih dijé-
jaka. Bolest se općenito mnogo češće javlja kod žena. Može se javiti i prije puberteta, u srednjoj dobi pa čak i u meno-
pauzi. Kod muškaraca se javlja obično u razdoblju adoles-
cencije [9].

Liječenje anoreksije
Psihoterapija, redovno medicinsko praćenje i vođenje pra-
vilne prehrane trebali bi biti dio svakog programa liječenja anoreksije. Liječenje anoreksije razlikovat će se ovisno o
stadiju u kojemu se prepozna te o pacijentovoj spremnosti na suradnju. Hospitalizacija je nužna kod osoba koje su iz-
gubile više od 25 % tjelesne težine. Provodi se individualna
psihoterapija kako bi se otkrili emocionalni problemi i teš-
koće u međuljudskim odnosima koji su potencijalno uzroci
bolesti. Obiteljska terapija također je vrlo važna ako paci-
jent živi s obitelji, a bihevioristička terapija može pomoći u
mijenjanju štetnih navika [4]. Terapija anoreksije proces je
koji se odvija u dva dijela. Izravni je cilj terapije da se ano-
reksičnoj osobi pomogne vratiti tjelesna težina kako bi se izbjegle medicinske komplikacije i smrt [7]. U cijelosti, pro-
gnoza obično nije dobra ni kod bolesnika koji postignu
odgovarajuću tjelesnu masu. Ostaje preokupacija hranom
gnozo obično nije dobra ni kod bolesnika koji postignu
izbjegle medicinske komplikacije i smrt [7]. U cijelosti, pro-
gnoza obično nije dobra ni kod bolesnika koji postignu
odgovarajuću tjelesnu masu. Ostaje preokupacija hranom

• Intentional weight loss,
• Weight loss,
• Refusal of food or reduced food intake,
• Fear of gaining weight,
• Body image disorder and amenorrhea in women.

Anorexia is one of the common eating disorders, and there
has been a particularly significant increase in diseased pati-
ents in the last few decades. It occurs in 0.5 to 1% of adoles-
cent girls. The disease occurs much more often in women.
It can occur before puberty, in middle age and even in me-
nopause. In men, it usually occurs during adolescence [9].

Treatment of anorexia
Psychotherapy, regular medical monitoring, and proper
nutrition should be part of any anorexia treatment pro-
gram. The treatment of anorexia will vary depending on the
stage at which the patient’s willingness to cooperate is
recognized. Hospitalization is necessary in people who
have lost more than 25% of their body weight. Individual
psychotherapy is performed, in order to discover emo-
tional problems and difficulties of interpersonal relationships that may be behind the illness. Family therapy is also very
important if the patient lives with a family, and behavioral
therapy can help change harmful habits [4]. The therapy of
anorexia is a process that takes place in two segments. The
direct goal of therapy is to help the anorexic person rega-
in weight, to avoid medical complications and death [7].
Overall, the treatment is not good in patients who achieve
adequate body weight. Preoccupation with food and body
weight remains, social contacts are very poor and many
become depressed [8]. In the treatment of people
with anorexia nervosa, the biggest problem is the fact that
the person does not see the seriousness of the problem.

The main features of anorexia nervosa are:
Bulimija

Razlika između anoreksije nervosa i bulimije nervosa ni na koji način nije jasna ako se koristimo samo tjelesnom težinom kao prepoznatljivim obilježjem [11]. Poremećaj se često opisuje i kao sindrom prežderavanja/pražnjenja, a sadrži se od epizoda velikog prežderavanja nakon kojega slijedi samoizazivana povraćanja ili zlouporaba laksativa da bi se iz tijela izbacile goleme količine progutane hrane [7]. Za razliku od anoreksične osobe, osoba s bulimijom nije uvijek mršava, no obje skupine bolesnika prekomjerno brinu o vlastitoj tjelesnoj težini te imaju strah od debljanja i gojaznosti [7]. Razlikujemo dva tipa bulimije:

- purgativni tip: osoba uobičajeno pribjegava samoizazivanju povraćanja ili zlouporabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje;
- nepurgativni tip: osobu karakterizira drugačije neodgođuvanje ili zlouporabe povraćaja, kao što je post ili pretjerano tjelesno vježbanje, ali ne pribjegava samoizazivanom povraćanju ili zlouporabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje [12].

Bolesnici s poremećajem bulimije nerveze brinu se o svojim tjelesnom izgledu, važno im je kako ih drugi vide i jesu li seksualno atraktivni. Mnogi s tom bolesti seksualno su aktivni za razliku od osoba s poremećajem anoreksije nerveze. Ne zna se mnogo o tijeku bolesti, ali je očigledno da ima bolju proguzu od anoreksije. Uobičajeni je tijek bolesti kronični i traje mnogo godina s povremenim remisijama [8].

Liječenje bulimije

Liječenje bulimije temelji se na psihoterapijskim tehnikama i farmakoterapiji ili na primjeni obiju zajedno [8]. Od psihoterapijskih je tehnika na prvom mjestu kognitivna psihoterapija, a od medikamenta antidepressivi. Najbolji rezultat pokazuje kombinacija psihoterapijskih tehnika i farmakoterapije. Ako se ne liječi, bulimija uglavnom neće spontano nestati [7]. Psihološki tretmani bulimije mogu uključivati individualnu, obiteljsku ili grupnu psihoterapiju. Sesije su obično usmjerene na analiziranje ponašanja i smišljanje načina za njegovu promjenu, a pacijent slijedi određene uputstva između sesija [7]. Kognitivna terapija usredotočena je na istraživanje i suzbijanje negativnih misli koje su u osnovi destruktivnih navika.

Prejedanje

Prejedanje je poremećaj prekomjernog unosa hrane. Ovo stanje ne prati izazivanje povraćanja, čišćenja ili smanjeni

and resists any attempt to receive help from other people [10]. Psychotherapy is applied after a person is no longer in a life-threatening situation and it is a matter of choice (although it is highly recommended) [10]. Psychopharmaceuticals have not been shown to be extremely successful, but in combination with psychotherapy, antidepressants and olanzapine are given, which have been shown to be successful in weight gain [10]. Most people with anorexia nervosa successfully recover, and a small number of people develop a chronic disorder. Some people, even after no longer having symptoms of anorexia, show poor health, low self-esteem and depression for some time [10].

Bulimija

The difference between anorexia nervosa and bulimia nervosa is by no means clear if we use body weight as a recognizable feature [11]. The disorder is also often described as overeating / emptying syndrome, and consists of episodes of large overeating followed by self-induced vomiting or laxative abuse, to expel huge amounts of ingested food from the body [7]. Unlike an anorexic person, a person with bulimia is not always thin, but both groups of patients worry excessively about their own body weight and have a fear of weight gain and obesity [7].

We distinguish two types of bulimia:

- Purging type: the person usually resorts to self-induced vomiting or abuse of laxatives, diuretics or enemas,
- Non-purging type: the person has some other inappropriate behavior, such as fasting or excessive physical exercise, but does not resort to self-induced vomiting or abuse of laxatives, diuretics, or enemas [12].

Patients with bulimia nervosa care about their physical appearance, it is important to them how others see them and whether they are sexually attractive. Many with this disease are sexually active, unlike people with anorexia nervosa disorder. Not much is known about the course of the disease, but it is obvious that it has a better prognosis than anorexia. The normal course of the disease is chronic and lasts for many years with occasional remissions [8].

Treatment of bulimia

Treatment of this disease is based on psychotherapeutic techniques and pharmacotherapy or on the application of both together [8]. Of the psychotherapeutic techniques, cognitive psychotherapy is in the first place, and of the drugs, antidepressants. The best result is shown by a combination of psychotherapeutic technique and pharmacotherapy. When left untreated, bulimia will generally not go away spontaneously [7]. Psychological treatments for bulimia may include individual, family, or group psychotherapy. Sessions are usually devoted to analyzing behavior and devising ways to change it, and the patient follows certain instructions between sessions [7]. Cognitive therapy focuses on exploring and suppressing negative thoughts that underlie destructive habits.

Overeating

Overeating is a disorder of excessive food intake. This condition is not accompanied by vomiting, cleansing or redu-
unos hrane. Bolest se sve češće pojavljuje u posljednjem desetljeću u podjednakom ili većom učestalosću nego ano-
reksija [9]. Poremećaj prejedanja češće se pojavljuje kod že-
na. Psihološka objašnjenja upućuju na nisko samopoštova-
je, neprihvaćanje slike vlastita tijela i nezadovoljstvo izgled-
dom osoba s ovim poremećajem. Pojavljuje se s drugim poremećajima hranjenja (naročito bulimijom) i depresijom
[9]. Osoba ima više epizoda u kojima obilno jede. Tijekom i
između epizoda nema povraćanja, čišćenja organizma lak-
sativima i purgativima ni odbijanja hrane. Ovo stanje treba
razlikovati od drugih poremećaja hranjenja, poremećaja
raspoloženja, poremećaja ličnosti i shizofrenije [9].

Sve poremećaje hranjenja objedinjuje negativno percipi-
ranje sebe s obzirom na vanjski izgled i težinu te neredo-
vit ili povećan unos hrane. Iako su najpoznatiji poremećaji
prehrane anoreksija i bulimija nervosa, sve se veća pažnja
pridaje i proučavanju kompulzivnog prejedanja kao poseb-
nog poremećaja prehrane, ali i kao obrasca ponašanja što
znači da ne mora nužno imati obilježja poremećaja. Kom-
pulzivnom prejedanju treba pristupiti ozbiljno jer u odsut-
nosti pravovremenog liječenja može napredovati u ozbi-
ljan poremećaj hranjenja, dok prejedanje kao obrazac hra-
njenja nakon nekog vremena može i prestati [13].

**Nespecificni poremečaji hranjenja**

**Pregoreksija** je izraz koji se upotrebljava za opis prisutno-
sti simptoma sličnih anoreksiji kod trudnica. Žene s ovim
poremećajem imaju pretjeran strah od debljanja koji je po-
vezan s trudnoćom. Trudnica se raznim metodama, uključu-
jući ekstremne rutine vježbanja i ograničenje kalorija, kako
bi izbjegle povećanje tjelesne težine. Potencijalne posljedice ovakva
ponašanja uključuju komplikacije u trudnoći, prijevremeni
izlazak, nepovratak, težište i težene žene. U određenim stanja
kao i u anoreksiji, kardiovaskularne posljedice koje uključuju
morbidnu komplikaciju grudi. Ako se prema teškoće ne podigne
pravilno težina, mogu se izravno pokazati negativne posljedice
za funkciju srdca.

**Ortoreksija** je poremećaj prehrane koji uključuje nezdra-
vu opsesivnost zdravom prehranom. Za razliku od ostalih
poremećaja prehrane, ortoreksija je usmjerena na kvalitet
hrane, a ne količinu. Suprotno osobama koje pate od ano-
reksije ili bulimije, osobe s ortoreksijom riječ je o stručno-
noj, pravilnoj, težini težinom. Ovo stanje može napredovati
u poseban proces koji uključuje obilno jedući, ponašanje
kojeg karakterizira radost od neznačajnog dodatka hrane.

**Diabulimija** je pojam nastao u medicini koji se odnosi na
poremećaj prehrane kod osoba s dijabetesom, tipično dija-
betesom tipa I, pri čemu osoba mnogo ograničava unos
inulina kako bi smršavljela.

**Drunkoreksija** je proces koji uključuje opasnu kombina-
ciju gladi, prekomjernog pijenja i čestog prejedanja nakon
noćnog provoda. Ova obuća se naročito pojavljuje u osoba s
poremećajima hranjenja, a posebno u osoba s dijabetesom,
susreta s drugim poremećajima hranjenja, poremećaji
raspoloženja te shizofrenije.

All eating disorders are united by a negative perception of
oneself in terms of appearance and weight, and irregular
or increased food intake. Although the most well-known
eating disorders are anorexia and bulimia nervosa,
more and more attention is paid to the study of compulsive
overeating as a special eating disorder, but also as a pattern
of behavior which means that it does not have to have the
characteristics of the disorder. Compulsive overeating shoul-
d be taken seriously because in the absence of timely tre-
ment, it can progress to a serious eating disorder, while
overeating as a pattern of eating may stop after a while [13].
Uloga medicinske sestre u prevenciji poremećaja prehrane

Planiranje programa prevencije i probira bolesti složen je proces na koji utječu stavovi brojnih sudionika – kako stručnjaka, tako i opće populacije. Odnos društva prema prevenciji bolesti mijenja se u skladu sa svjetonazorom, društveno-političkim uređenjem i socijalno-ekonomskim mogućnostima [14].

Prevenciji bi trebalo provoditi od predškolske dobi. Medicinska sestra treba sudjelovati u izradi jelovnika za dječje vrtiće, škole, bolnice i druge ustanove u kojima borave djeca, adolescenti i odrasle osobe. Cilj zdravstveno-odgojnih aktivnosti, uz izlaganje djece zdravim namirnicama, jest upoznati djecu s osnovnim pojmovima vezanima za prehranu, osnovnim nutrijentima potrebnima za normalno funkcioniranje organizma, preporučenim dnevnim količinama hrane, ali i s osnovnim poremećajima prehrane [11].

Prevencija poremećaja hranjenja može se provoditi u školama organiziranjem radionica za učenike viših razreda osnovnih škola te učenike srednjih škola s ciljem umanjivanja stereotipa o ljepotu, oblikovanju i tijelu, samopouzdanju te s ciljem razvijanja pravnih prehrabrenih navika kako bi se postiglo pozitivno prihvaćanje vlastita tijela [11]. Programi prevencije i probira mogu se primijeniti na cjelokupnu populaciju s povećanim rizicima za razvoj bolesti ili pak individualno na pojedino dijete s čimbenicima rizika ili bez njih [14].

Obolele i njihove obitelji treba uputiti u udruge i grupe samopomoci u kojima mogu dobiti potrebnu pomoć i podršku. Razmjenujući informacije s drugim članovima, osvijetljujući se o problemima koje imaju, ćemo dobiti znanje i osjećaj da ne su sami u tome. Ako osjećaju da bolest izmiče koncom, tamo također mogu dobiti informacije o zdravstvenim ustanovama u kojima mogu dobiti pomoć [11].

Primarna prevencija

Primarna prevencija provodi se s ciljem smanjivanja incidence bolesti. Unatoč nastojanjima da se učenje i promocija zdrave prehrane i hranjenja postane obavezno, ove aktivnosti vode u zrnu. Zato je potrebno da se primjerice u školama pokuša promijeniti pokrivalo, u kojem se izgubljava vrijeme. Također, osećaj da je potrebna pomoć i podrška, prema istraživanjima, raste u m unitsama. U skladu s ovim osećajem, potrebno je osigurati da se medicinski radnici osvještaju o zdravim namirnicama i namještanju hrane.

Sekundarna prevencija

Sekundarna prevencija temelji se na ranom otkrivanju poremećaja kako se ne bi u potpunosti razvili, primjerice u kronična oštećenja [7]. Sekundarna je prevencija važna jer je usmjerenata na skraćivanje trajanja bolesti i ubrzavanje intervencije. Potrebno je skratiti interval od nastupa bolesti do traženja pomoći. Treba poznati faktore koji otežavaju ili olakšavaju traženje pomoći. Prije svega, karakterističan je nedostatak uvida u problem, uvjerenje da to se sam od sebe

The role of the nurse in the prevention of eating disorders

Planning disease prevention and screening programs is a complex process influenced by the views of many participants - both professionals and the general population. The prevention of eating disorders is implemented from preschool age. The nurse should participate in the development of menus for kindergartens, schools, hospitals and other institutions where children, adolescents and adults spend their time. The goal of health education activities, in addition to exposing children to healthy foods, is to acquaint children with basic concepts related to nutrition, basic nutrients needed for normal body function, recommended daily amounts, but also to get acquainted with basic eating disorders [11].

Prevention of eating disorders can be implemented in schools through educational activities, but also to get acquainted with basic eating disorders [11]. Patients and their families should be referred to self-help associations and groups where they can receive the necessary help and support. By sharing information with other members they will realize that they are not alone. If they feel the disease is spiraling out of control, they can also get information about health facilities where they can get help [11].

Primary prevention

Primary prevention is carried out with the aim of reducing the incidence of the disease. Despite efforts to reduce the prevalence of diet use, intentional vomiting, and laxative use among school children through educational programs, studies of the effectiveness of these programs applied to school children are unsatisfactory [15]. The primary prevention strategy can select as the target group the one who is at risk for the development of eating disorders, but if it succeeds, there would be no greater effect because members of the risk groups in the general patient population make up a very small part. Attempts to influence the fashion and diet industries have also had problematic success due to the capital behind the industries that make money from fashion, food or weight loss promotion [15].

Secondary prevention

Secondary prevention is based on early detection of disorders so that they do not fully develop, for example into chronic impairments [7]. Secondary prevention is important because it deals with shortening the duration of the disease and speeding up interventions. It is important to shorten the interval from the onset of the disease to seeking help. One needs to know the factors that make it difficult or easier to seek help. First of all, there is the lack of
proći te zavaravanje da problem nije dovoljno ozbiljan. U pristupu liječenju bitno je boriti se protiv straha od liječenja koji je prisutan jer se povezuje s dobitkom na težini [15].

Tercijarna prevencija
Kod tercijarne prevencije radi se na smanjenju dugoročnih posljedica poremećaja i uglavnom odgovara terapiji [7]. Tercijarna prevencija usmjerena je na smanjenje pobola i smrtnosti. Trenutno stanje prevencije poremećaja jedena opterećeno je nedostatkom relevantnih studija o učinkovitosti preventivnih programa [15].

Zaključak
Često se smatra da osobe obojile od poremećaja hranjenja žele usmjeriti pažnju na sebe, no zapravo je potrebno razumjeti složeniju etiologiju poremećaja prehrane. Osim bioloških predispozicija, velika pozornost usmjerena je na psihološke i sociokulturne čimbenike [16]. Značaj se prijaje patološkoj zaokupljenosti i nezadovoljstvu tijelom zbog uloge koju čini rizični čimbenici, imaju na razvoj depresije, anksioznosti i niskog samopostavljanja [16]. Ranim otkrivanjem i praćenjem položajelih može se prevenirati prelazak bolesti u kronični oblik i nastanak brojnih zdravstvenih problema. Važno je pratiti zdravstveno stanje svakog pacijenta i biti što dosljedniji u pružanju zdravstvene skrbi. Obitelj, prvenstveno roditelji, najvažniji su faktor u boljem razumijevanju djeteta. Svaki roditelj treba znati da poremećaji hranjenja zapravo nemaju veze s hranom, nego je riječ o emocionalnom zdravlju. Potrebno je biti iskren i uvjeriti svoje dijete da doista nije bitan izgled, već osobnost. Bez obzira na dob pacijenta, važno je usmjeriti pozornost na sebe, no zapravo je potrebno razumjeti složeniju etiologiju poremećaja prehrane [8].

Literatura
[1] Costin C. Poremećaji prehrane 100 pitanja i odgovora. Mozaik knjiga, Zagreb, 2010.
[2] Marčinko D. Poremećaji hranjenja od razumijevanja do liječenja. Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
[3] Dalle Grave R. Kako pobijediti poremećaje hranjenja. Veble commerce, Zagreb, 2015.
[4] Horvat I. Anoreksija i Bulimija. Drvo znanja, Zagreb, 2006.
[5] https://www.plivazdravlje.hr/zdravlje-online/bmi; Preuzeto 8. 9. 2020.
[6] Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja hranjenja. Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004.
[7] Davidson G. C., Neale M. J. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.
[8] Moro L.J. i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
[9] Begić D. Psihopatologija. Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
[10] Vidović V. Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja hranjenja u Hrvatskoj. Medix, Zagreb, 2010.
[11] Grabić J. Zdravstvena njega obojelih od anoreksije nervoze – prikaz slučaja. Zavrhni rad. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2019. Preuzeto 8. 9. 2020.

Nema sukoba interesa

Authors declare no conflict of interest

Tertiary prevention
Tertiary prevention works to reduce the long-term consequences of the disorder, and is generally appropriate for therapy [7]. Tertiary prevention works to reduce morbidity and mortality. The current state of prevention of eating disorders is burdened by the lack of relevant studies on the effectiveness of prevention programs [15].

Conclusion
It is often thought that people with an eating disorder want to focus on themselves, but it is actually necessary to understand the complex etiology of an eating disorder. In addition to physical predisposition, much attention is paid to psychological and sociocultural factors [16]. Much attention is paid to pathological preoccupation and dissatisfaction with the body due to the role they play as risk factors in the development of depression, anxiety and low self-esteem [16]. Early detection and monitoring of patients can prevent the transition of the disease to a chronic form and the emergence of numerous health problems. It is important to monitor the health of each patient and be as consistent as possible in providing health care. The family, and primarily the parents, are the most important factor in understanding a child. Every parent should know that eating disorders are not really related to food, but it is about emotional health. One needs to be honest, and the child needs to be convinced that it's not appearance that matters, but personality. Regardless of the age of the patient, it is important to establish a trusting relationship between the nurse and the patient. Such a relationship contributes to the early detection of symptoms, positive cooperation with the patient and family members, and easier implementation of therapy [17].