

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

VERONIKA KOREN

Izola, 2015

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**MOTNJE HRANJENJA IN NEGOVALNE
DIAGNOZE PRI ADOLESCENTU Z ANOREKSIJO
NERVOZO**

**EATING DISORDERS AND NURSING DIAGNOSIS IN
ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA**

Študent: VERONIKA KOREN

Mentor: doc. dr. MAŠA ČERNELIČ BIZJAK, univ.dipl.psih.

Somentor: doc. dr. MELITA PERŠOLJA ČERNE prof. zdr. vzg., viš. med.
ses.

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

Izola, 2015

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Veronika Koren izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

- poskrbela sem, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- zavedam se, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Motnje hranjenja in negovalne diagnoze pri adolescentu z anoreksijo nervozo
Tip dela	diplomska naloga
Avtor	KOREN, Veronika
Sekundarni avtorji	ČERNELIČ BIZJAK, Maša (mentorica) / PERŠOLJA ČERNE, Melita (somentorica) / BOGATAJ, Urška (recezentka)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2015
Strani	V, 50 str., 53 vir
Ključne besede	anoreksija nervosa, negovalne diagnoze, teorija Virginie Henderson, intervencije zdravstvene nege
UDK	616.89-008.441.42
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	<p>Glede na to, da so motnje hranjenja trenutno v razmahu in se pojavljajo vedno nove oblike le-teh, je pomembno, da smo ustrezno seznanjeni vsaj z osnovnimi vrstami motenj. Tako lahko lažje pristopimo k obravnavi pacienta in njegove okolice. V slovenščini pa tudi v tuji literaturi je zelo malo člankov in del, ki bi opisovale negovalne diagnoze. Le-te so osnova za delo medicinske sestre, zato je bil glavni cilj diplomske naloge s pregledom strokovne in znanstvene literature na enem mestu zbrati osnovne podatke o anoreksiji nervozi, opisati glavne simptome in znake po posameznih življenjskih aktivnostih ter opisati negovalne diagnoze, ki se pri tej motnji hranjenja uporabljajo in aktivnosti, ki jih izvaja zdravstveno osebje. Osredotočili smo se na naslednje negovalne diagnoze: neuravnovešena prehrana, manj kot telo potrebuje; tekočine, nevarnost za neuravnotežen volumen tekočin, prenizek volumen; koža, nevarnost za spremembe kože; znanje, pomanjkljivo; telesna podoba, moteno doživljanje telesne podobe; obstipacija, nevarnost za obstipacijo; diareja; nevarnost aspiracije; hipotermija; odklanjanje terapevtskih navodil; aktivnosti, nezmožnost za telesno aktivnost; rast in razvoj, zaostanek; spanje, motnje spanja.</p>

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Eating Disorders And Nursing Diagnosis In Adolescents With Anorexia Nervosa
Type	Diploma work
Author	KOREN, Veronika
Secondary authors	ČERNELIČ BIZJAK, Maša (supervisor), PERŠOLJA ČERNE, Melita (co-advisor), BOGATAJ, Urška (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2015
Pages	V, 50 str., 53 vir.
Key words	anorexia nervosa, nursing diagnoses, theory of Virginia Henderson, nursing interventions
UDC	616.89-008.441.42
Language	Slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	Considering that the number of eating disorders is currently higher than ever and new types of them are occurring, it is very important that one is properly informed about them, as this can be helpful when dealing with the patient and their surroundings. There is not a lot literature about treatment of patients with anorexia nervosa in Slovenian or even any other language. When making this paper, our main goal was to review the literature and gather basic information about the disease itself, main symptoms and signs, to describe nursing diagnoses, which can be found when dealing with anorexia nervosa and the activities carried out by nurses. We concentrated on the following nursing diagnoses: Nutrition, altered: less than body requirements; Fluid volume deficit; Skin integrity, impaired: risk for; Knowledge deficit; Body image disturbance; Constipation; Diarrhoea; Aspiration, risk for; Hypothermia; Decline of therapeutic instructions; Physical mobility, impaired; Growth and development, decline; Sleep pattern disturbance..

KAZALO VSEBINE

Ključne informacije o delu	I
Key words documentation	II
Kazalo vsebine	III
Seznam kratic	V
1 Uvod	1
2 Namen in cilji naloge	4
3 Metode dela in materiali	5
4 Rezultati	6
4.1 Motnje hranjenja in anoreksija nervoza v adolescenci	6
4.1.1 Postavitev diagnoze anoreksije nervoze	7
4.1.2 Incidenca, prevalenca in smrtnost pri anoreksiji nervozi	8
4.1.3 Komplikacije pri anoreksiji nervozi	8
4.1.4 Indikacije za hospitalizacijo adolescenta z anoreksijo nervozo	11
4.1.5 Zdravljenje anoreksije nervoze	11
4.2 Model Virginie Henderson in povezava z anoreksijo nervozo	14
4.2.1 Dihanje	14
4.2.2 Prehranjevanje in pitje	14
4.2.3 Izločanje in odvajanje	16
4.2.4 Gibanje in ustrezna lega	17
4.2.5 Spanje in počitek	17
4.2.6 Oblačenje in slačenje	17
4.2.7 Vzdrževanje normalne telesne temperature	18
4.2.8 Osebna higiena in urejenost	18
4.2.9 Izogibanje nevarnostim v okolju	18
4.2.10 Komunikacija in izražanje čustev	18
4.2.11 Učenje	19
4.2.12 Izražanje verskih čustev	19
4.2.13 Koristno delo	19
4.2.14 Razvedrilo in rekreacija	20
4.3 Procesna metoda dela in negovalne diagnoze	20
4.4 Negovalne diagnoze za anoreksijo nervozo po PES shemi	22
4.4.1 Neuravnovešena prehrana, manj kot telo potrebuje	23
4.4.2 Tekočine, prenizek volumen tekočin	24
4.4.3 Znanje, pomanjkljivo	26
4.4.4 Telesna podoba, moteno doživljanje telesne podobe	27
4.4.5 Obstipacija	29
4.4.6 Diareja	30

4.4.7	Hipotermija.....	31
4.4.8	Odklanjanje terapevtskih navodil.....	32
4.4.9	Aktivnosti, nezmožnost za telesno aktivnost	33
4.4.10	Rast in razvoj, zaostanek	34
4.4.11	Spanje, motnje spanja.....	34
4.4.12	Koža, nevarnost za spremembe kože	35
4.4.13	Nevarnost aspiracije	36
5	Razprava.....	38
6	Zaključek.....	43
7	Viri	44
	Povzetek	48
	Summary	49
	Zahvala	50

SEZNAM KRATIC

ALT	Alanin-aminotransferaza
APA	American Psychological Association; Ameriško psihološko združenje
AST	Aspartat-aminotransferaza
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj
INR	International Normalised Ratio; čas strjevanja krvi
ITM	Indeks telesne mase
MRI	Magnetic Resonance Imaging; slikanje z magnetno resonanco
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association; Severnoameriško združenje za negovalne diagnoze
NGS	Nazogastrična sonda
RR	Rate regular; krvni tlak
TT	Telesna temperatura

1 UVOD

Hrana je lahko vir užitka in zadovoljstva, lahko pa nas opominja na slaba občutja, ki jih poskušamo potlačiti. Spremlja nas skozi vsa obdobja in dogodke v življenju (Middleton in Smith, 2010). Prvi stik s hranjenjem in hrano se vzpostavi že takoj po rojstvu s prvim podojem, ko otroka položijo materi na prsi. Preko dojenja mati otroku izkazuje toplino, sprejetost, daje mu občutek varnosti in zaščite in tako že od zgodnjega otroštva naprej predstavlja sredstvo in način komuniciranja (Černelič Bizjak, 2007). Starši lahko z uporabo hrane otroka kaznujejo, podkupujejo, nadzorujejo ali ga pohvalijo ter mu na ta način sporočajo svoje mnenje o določenih temah, otrok pa začne graditi svojo samopodobo. Občutja, ki so se porajala v povezavi s hrano in hranjenjem v otroštvu, se pojavljajo tudi v obdobju odraščanja in odraslosti in tako kot nek simbol otroštva v osebi zbujajo občutek ugodja in užitka, kar pa predstavlja težavo zlasti pri ločevanju telesnih in čustvenih potreb po hrani (Černelič Bizjak, 2007; Middleton in Smith, 2010). Tomori (1995) trdi, da so motnje hranjenja opozorilo, da je mnogim že zgodaj v razvoju onemogočeno zdravo izražanje samega sebe in da jim je lažje vračati se v preteklost kot soočati se s prihodnostjo.

V preteklosti je za motnje hranjenja veljalo, da naj bi se pretežno pojavljale v zahodnih in razvitejših državah, pri belcih in v industrijsko usmerjeni družbi, nedavne študije pa dokazujejo, da se motnje hranjenja pojavljajo po celem svetu, čemur botrujejo globalizacija in selitve prebivalstva, modernizacija, urbanizacija in izpostavljenost medijem ter njihovem poročanju, ki promovira »popolno telo« (Smink in sod., 2012). Še vedno pa je stopnja pojavnosti manjša v deželah, kjer je prisotna visoka stopnja revščine in s tem povezane lakote (Somalija, Etiopija) (Mrevlje, 1995).

Motnje hranjenja so torej težava sodobnega sveta in se pojavijo takrat, ko začnejo neurejeni vzorci prehranjevanja resno vplivati na človekovo čustveno in duševno zdravje (Middleton in Smith, 2010). So duševne motnje, ki se kažejo s spremenjenim odnosom do hrane in odražajo zunanji izraz globoke čustvene in duševne vznemirjenosti (Sernec, 2009). Ločimo 3 oblike motenj hranjenja, in sicer kompulzivno prenašanje, bulimijo nervozo in anoreksijo nervozo. Slednjo lahko razdelimo še na 2 podtipa, in sicer na restriktivni tip in purgativni tip, pri katerem se izmenjujejo obdobja prenašanja in bruhanja (Middleton in Smith, 2010; Miller; 2013). Hranjenje oziroma odklanjanje hranjenja pri večini obolelih postane način spoprijemanja z neznanimi in bolečimi čustvi, o čemer je najtežje govoriti, saj je oseba takrat najbolj izpostavljena in ranljiva, predstavlja njihov način umika pred realnostjo in povzroča čustveno otopelost (Colclough, 1998; Sernec, 2009). Dosežena nizka telesna teža kot posledica stradanja se z vidika oseb z anoreksijo nervozo ne smatra kot bolezen ali nesreča marveč kot izpolnjen cilj (Jurčić, 2004). Postane lahko tudi pripomoček za iskanje težje dosegljivih ugodij in je sredstvo lajšanja duševne tesnobe in nezadovoljstva (Černelič Bizjak, 2007).

V različnih razvojnih obdobjih se motnje hranjenja pojavljajo zaradi različnih dejavnikov. V otroštvu se pojavljajo v povezavi z občutji sprejetosti, ljubljenosti, varnosti in ugodja, v adolescenci se povezujejo s simboliko odraščanja in spremembami v telesnem razvoju, v odraslosti pa blažijo nezadovoljstvo zaradi nezmožnosti nadzorovanja življenja. Motnje hranjenja se najpogosteje pojavljajo prav v obdobju odraščanja, ko začnejo postajati vidne spremembe v telesni zgradbi in ker ne želijo

odraščati, jih ob tem prevevajo mešani občutki (Černelič Bizjak, 2007). Ker se vse spreminja, jim le nadzor telesne teže daje občutek moči in kontrole nad svojim življenjem (Brecelj-Kobe, 2003).

Na razvoj motenj hranjenja vplivajo biološko-genetski, družinski in socio-kulturni dejavniki, tveganje pa še povečujejo težave s pomanjkanjem samospoštovanja, pretekle travmatične izkušnje (na primer nasilje), huda skrb, depresija, stres, perfekcionizem, težave s telesno težo v otroštvu in življenje oziroma delo v okolju, ki zahteva popolnost in vitkost (na primer ples, gimnastika, manekenstvo) (Middleton in Smith, 2010). Temu se pridružijo še temperament, družinska patologija in druge dimenzije osebnosti (Yager in sod., 2006). Colclough (1998) trdi, da vzroki motenj hranjenja izvirajo iz doživetij v preteklosti in iz nepojasnjenih čustev. Sama hrana naj ne bi bila problem. Problem je tisto, kar naj bi s hrano nadomeščali.

Middleton in Smith (2010) ter Colclough (1998) opisujejo 3 faze nastanka motenj hranjenja. To so:

- težnja po doseganju idealov, ki se pojavlja predvsem v zahodni družbi, kjer velja miselnost, da je uspešnost pogojena z nizko telesno težo, debelost pa naj bi bila odraz vsega slabega v osebi;
- določitev omejitev glede prehrane, ko oseba določi, kaj sme in česa ne sme jesti, da ji ne bo škodovalo, drži se diete, trudi se jesti čim manj, šteje kalorije in upa, da bo na ta način izboljšala svoje počutje;
- uspeh ali neuspeh pri izvedbi načrtovanih aktivnosti, ki pa je odvisen predvsem od značajskih lastnosti osebe in če se oseba uspešno izogiba obrokom in je pri tem uspešna, je izguba telesne teže hitra, vsaka pozitivna opazka okolice pa jo le še bolj motivira, da nadaljuje s svojim početjem. Nekateri osebe pa dietnega režima ne upoštevajo v celoti, nadzor pri njih popusti in začnejo jesti večje količine hrane. To v njih sproža občutke krivde, razočaranja in obžalovanja ter sovraštva, ki je uperjeno v njih same, pojavljajo pa se tudi občutja gnusa, ničvrednosti in nesposobnosti.

Četudi težave s prehranjevanjem pestijo mnogo ljudi, je diagnoza motenj hranjenja postavljena v malo primerih. Osebe z motnjami hranjenja le redko poiščejo pomoč strokovnjakov, saj doživljajo občutek sramu, krivde ali strahu pred trenutnim doživljanjem, čemur se pridruži še zanikanje in prikrivanje bolezni. Poleg tega so oboleli pogosto mnenja, da ni z njimi nič narobe oziroma, da bodo zmogli težave rešiti sami, brez posredovanja drugih (Middleton in Smith, 2010; Smink in sod., 2012). Vsem obolelim je skupno to, da so po naravi zelo samostojni, vse želijo opraviti sami, prošnja za pomoč pa jim predstavlja priznanje poraza. Neradi se opirajo na druge ljudi, saj menijo, da jih nadlegujejo. Prav tako ne želijo razkrivati svojih čustev in misli (Middleton in Smith, 2010).

Motnje hranjenja predstavljajo problem, ki pa se ga lahko prepreči. Ker je izmed vseh motenj hranjenja prav anoreksija nervosa tista, ki se pojavlja največkrat in najbolj prizadene mlada dekleta v obdobju odraščanja, je zlasti pomembno to, da zna medicinska sestra, ki je članica interdisciplinarnega tima, na preventivnih pregledih na primarni ravni zdravstvenega varstva prepoznati znake in simptome, ki nakazujejo na prisotnost bolezni in že tam zajeziti napredovanje bolezni. Najbolj sistematično obravnavo omogoča teorija po Virginii Henderson, v kateri je predstavljenih 14

življenjskih aktivnosti. Zaradi bolezni same se težave pojavljajo predvsem na področju prehranjevanja in pitja, izločanja, razmerju med spanjem in počitkom, telesni aktivnosti, izražanju čustev in potreb, odnosu do svojega telesa in skrbi za urejenost. Po prepoznavi deficita na določenem področju sledi nadaljnja obravnava ter zdravstvena vzgoja, ki je ena glavnih aktivnosti medicinske sestre. Vloga medicinske sestre je ta, da bolniku pomaga pri odločitvi, kdaj in na kakšen način je pripravljen škodljive navade opustiti in ga k temu ne sili (Šolc, 2003; Škoberne, 2008). Poglavitna naloga medicinske sestre je zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Na primarni ravni obravnava zdravega posameznika in skupnost. Uči jih o zdravem načinu življenja in jih opozarja na dejavnike tveganja, ki lahko sprožijo pojav bolezni. Cilj, ki ga poskuša doseči, je eliminacija bolezni. Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni je namenjena rizičnim skupinam. Uči jih o dejavnikih tveganja, cilj vseh aktivnosti pa je, da znajo osebe te dejavnike zgodaj prepoznati in jih uspešno obvladovati oziroma se ubraniti njihovega vpliva. Na terciarni ravni pa poteka obravnava oseb, pri katerih so se že pojavili znaki in simptomi motenj hranjenja ter komplikacije, povezane s tem. Medicinska sestra se usmerja na zmanjševanje posledic bolezni, preprečevanje povrnitve bolezni in preprečevanje poslabšanja stanja. Ob hudi podhranjenosti in znakih ogroženosti, kot so dehidracija, elektrolitske motnje, nestabilnost življenjskih funkcij, zaostanku v rasti in razvoju, neuspešnosti zunajbolnišničnega vodenja, akutnem zavračanju hrane, zlorabi odvajal in bruhanju ter ob pojavu dodatnih stresnih dejavnikov se priporoča hospitalizacija, ki je skrajna stopnja obravnave pacienta z anoreksijo nervozo (Lapanja Kastelic, 1995; Šolc, 2003; Škoberne, 2008). Šele ob hospitalizaciji ima medicinska sestra možnost celostne in neprekinjene obravnave pacienta, saj z njim preživi več časa in lahko prepozna njegove potrebe po zdravstveni negi, preučuje njegove odzive na bolezensko stanje in opazuje odstopanja, ki se pojavljajo v povezavi s tem. Z namenom odprave teh odstopanj si medicinske sestre pri obravnavi pacientov z anoreksijo nervozo postavljajo negovalne diagnoze, kjer je opisan pacientov odziv na trenutno zdravstveno stanje, na podlagi tega pa načrtujejo intervencije za doseganje zastavljenih ciljev (Šolc, 2003; Škoberne, 2008).

2 NAMEN IN CILJI NALOGE

Pri pregledu tuje in domače strokovne in znanstvene literature s področja motenj hranjenja in negovalnih diagnoz, ki jih medicinska sestra postavlja ob obravnavi oseb z anoreksijo nervozo in so osnova za delo zdravstvenega osebja na tem področju, v slovenski literaturi nismo zasledili vsebin, ki bi na enem mestu opisovale dotične teme.

V diplomski nalogi obravnavamo motnje hranjenja s poudarkom na anoreksiji nervozi, saj se slednja najpogosteje pojavlja med mladostniki in povzroči največ zapletov, ki ogrožajo življenje posameznika. Poleg tega je število obolelih vsako leto večje. Literatura, ki jo lahko najdemo v slovenskem jeziku, je razpršena na več področij, ki obravnavajo motnje hranjenja, duševno zdravje, pediatrijo in interno medicino, zato mora medicinska sestra ob srečanju z osebo z anoreksijo nervozo preučiti več različnih virov, preden pride do kakršnih koli zaključkov. Viri so splošni in niso točno specifični za obravnavano temo, zato postane proces prenosa teorije v prakso dolgotrajnejši.

Cilji diplomske naloge so tako:

- s pregledom strokovne in znanstvene literature na enem mestu zbrati osnovne podatke o anoreksiji nervozi;
- opisati glavne simptome in znake po posameznih življenjskih aktivnostih;
- opisati negovalne diagnoze, ki se pojavljajo pri anoreksiji nervozi;
- opredeliti aktivnosti, ki jih izvaja tim zdravstvene nege glede na prepoznane negovalne diagnoze.

Prvotni namen diplomske naloge je z izpostavitvijo nekaterih najpomembnejših negovalnih diagnoz skrajšati čas izbire in oblikovanja intervencij, pomagati medicinskim sestram, ki se srečujejo z osebami z anoreksijo nervozo, pri usmeritvi njihovega področja opazovanja, poenotenju dela in izboljšani oskrbi pacientov. Študentom zdravstvenih smeri pa naloga lahko služi kot pripomoček za učenje pri predmetih, ki obravnavajo tematiko motenj hranjenja s poudarkom na anoreksiji nervozi.

V diplomski nalogi želimo odgovoriti na sledeča raziskovalna vprašanja:

1. Kako prepoznamo mladostnika z anoreksijo nervozo in kateri so dejavniki, ki do te motnje hranjenja pripeljejo?
2. Kakšen vpliv ima anoreksija nervoza na življenjske aktivnosti mladostnikov?
3. Katere so najpomembnejše negovalne diagnoze, ki se postavijo pri obravnavi mladostnikov z anoreksijo nervozo in katere intervencije je potrebno izvesti za doseg zastavljenih ciljev?

3 METODE DELA IN MATERIALI

Ob začetku pisanja diplome smo si postavili 3 raziskovalna vprašanja, ki zajemajo dejavnike, ki privedejo do anoreksije nervoze, znake in simptome anoreksije nervoze in njihov vpliv na življenjske aktivnosti mladostnikov z anoreksijo nervozo. Vprašali smo se tudi, katere so najpomembnejše negovalne diagnoze, ki se postavijo pri obravnavi mladostnika z anoreksijo nervozo ter katere intervencije je potrebno izvesti za doseg zastavljenih ciljev. Ob iskanju literature smo ugotovili, da v slovenski literaturi ne obstaja nobena poenotena zbirka negovalnih diagnoz, ki bi obravnavala to specifično tematiko, zato smo hoteli v tej nalogi zbrati nekatere najpomembnejše negovalne diagnoze, ki se pojavljajo pri obravnavi pacientov z anoreksijo nervozo, in predlagati intervencije, katere pomagajo pri doseg cilja, ki je trajna rehabilitacija pacienta.

Raziskovalno orodje v diplomski nalogi je bil sistematičen pregled literature s področja motenj hranjenja, anoreksije nervoze in negovalnih diagnoz. Uporabljena je bila metoda analize, sinteze in kompilacije besedila. Literaturo smo med marcem in avgustom iskali v Goriški knjižnici Franceta Bevka na oddelkih »nega bolnika«, »duševnost«, »psihologija« in »vzgoja«. Uporabili smo tudi elektronske baze podatkov in sicer EBSCOhost, kjer smo se osredotočili le na celotna besedila iz strokovnih revij, ki so izšla med leti 2000 in 2015. Kot ključne besede smo uporabili termine »anorexia nervosa in adolescents«, ki nam je ponudil 292 zadetkov, »anorexia nervosa epidemiology«, ki nam je ponudil 59 zadetkov ter »anorexia nervosa nursing diagnosis«, ki nam je ponudil 26 zadetkov. Uporabili smo tudi brskalnik Google, kjer smo uporabili termine »negovalne diagnoze pri anoreksiji nervozi«, »motnje hranjenja«, »anoreksija nervoza«, »epidemiology of eating disorders«, »epidemiology of anorexia nervosa«, »nursing interventions in anorexia nervosa«, »anorexia nervosa in males«, »prevalence of anorexia nervosa«, »APA«, »DSM-5 diagnostic criteria«, »anorexia nervosa medical complications«, »Journal of eating disorders«, »sestrinske dijagnoze«, v Google učenjaku pa smo iskali »nursing diagnosis for anorexia nervosa«, »nursing care plan anorexia nervosa«, »zdravstvena vzgoja«, »promocija zdravja« in »APA anorexia nervosa guidelines«. Največ člankov smo našli na straneh NCIB, Pubmed, Scribd in Elsevier Health.

4 REZULTATI

Motnje hranjenja so izraz globoke čustvene in duševne vznemirjenosti (Serbec, 2009), ki se v različnih razvojnih obdobjih pojavijo zaradi različnih dejavnikov (Černelič Bizjak, 2007). Najpogosteje se pojavljajo v obdobju odraščanja (Černelič Bizjak, 2007). Ker se vse spreminja, daje mladostnikom le nadzor telesne teže občutek moči in kontrole nad svojim življenjem (Brecelj-Kobe, 2003). V nadaljevanju naloge je podrobneje predstavljena anoreksija nervoza, ki se najpogosteje pojavlja prav pri adolescentih, diagnostični kriteriji za postavitev diagnoze, dejavniki tveganja za razvoj anoreksije nervoze, znaki, simptomi in komplikacije anoreksije nervoze, ki so razdeljene glede na organske sisteme, indikacije za hospitalizacijo adolescenta z anoreksijo nervozo in zdravljenje anoreksije nervoze. Nadalje je predstavljen model Virginie Henderson, ki zajema opis 14 življenjskih aktivnosti in njegova povezava z anoreksijo nervozo, procesna metoda dela in negovalne diagnoze na splošno ter 13 najpogostejših negovalnih diagnoz, ki si jih medicinska sestra postavi ob obravnavi pacienta z anoreksijo nervozo.

4.1 Motnje hranjenja in anoreksija nervoza v adolescenci

Prvi opisi bolezni prihajajo iz srednjega veka, prvo medicinsko poročilo o njej pa je leta 1689 sestavil dr. Morton. Opisovalo je žensko, ki je prostovoljno stradala, da je bila videti kot »okostje, prekrito s kožo« (Bradovski, 2010). Leta 1868 je Sir William Gull na srečanju British Medical Association predstavil bolezen, za katero so povečini zbolevala dekleta in žene med 16. in 23. letom starosti. Kljub odsotnosti organskih vzrokov so bile videti shujšane in izčrpane, prisotne so bile tudi bradikardija, hipotermija, endokrine komplikacije in amenoreja. Ti simptomi so ob ponovnem normalnem prehranjevanju izginili. Gull je zaključil, da je bolezen najverjetneje psihološkega izvora in ji je nadel ime anoreksija nervoza (Miller, 2013). Danes razdelimo omenjeno motnjo hranjenja še na dva podtipa, to sta restriktivni tip in purgativni tip, ki je oblika prenajedanja in samopovzročene bruhanja, oboleli pa lahko med tema dvema oblikama prehajajo (Yager in sod., 2006; Raatz in sod., 2015).

Anoreksija nervoza se najpogosteje pojavlja na prehodu iz otroštva v adolescenco, meja pa se vztrajno niža, kar pomeni, da zanjo oboleva vedno mlajša populacija (Jurčić, 2004; Middleton in Smith, 2010). V raziskavi, ki so jo opravili na Hrvaškem, je skoraj polovico deklet v starosti med 13 in 15 let že poskusilo z dieto v pričakovanju, da bodo po dosegu zelene nižje telesne teže srečnejše in zaradi boljše percepcije slike telesa tudi bolj socialno aktivne (Jurčić, 2004). Vsako hujšanje v otroški dobi je skrb vzbujajoče, saj lahko resno vpliva na otrokovo rast, razvoj in zdravstveno stanje ter predstavlja petkrat večje tveganje za razvoj motenj hranjenja v prihodnosti v primerjavi s sovrstniki, ki se diet ne poslužujejo (Brecelj-Kobe, 2003; Jurčić, 2004).

Dejavnike tveganja za razvoj anoreksije nervoze lahko razdelimo v 4 osnovne skupine (Bradovski, 2010):

- osebna predispozicija, kamor uvrščamo strah pred vnosom velikih ali majhnih zalogajev, osebno zadovoljstvo z izgubljanjem telesne teže ter depresija, ki pa je lahko sama po sebi tudi simptom stradanja;

- družinska predispozicija, za katero je značilno pomanjkanje družinske podpore v kriznih in pomembnih trenutkih, družinski odnosi so moteni, matere so ponavadi dominantne, očetje pa pasivni in neučinkoviti;
- socio-kulturna predispozicija, katero sestavlja kultura, v kateri posameznik živi, in je nagnjena k vitkosti telesa, posameznik pa je ponavadi član višjega družbenega sloja oziroma je višje izobražen;
- spodbujajoči faktorji, ki zajemajo nezaželene komentarje prijateljev in okolice glede izgleda ali telesne teže in sprememb v povezavi s tem zaradi pojava pubertete.

Za ustrezno in uspešno zdravljenje je potrebno hitro prepoznavanje bolezni. Pozorni moramo biti na naslednja odstopanja (Middleton in Smith, 2010):

- določene motnje v prehranjevanju in z njim povezano vedenje;
- strah pred debelostjo oziroma težnja za suhostjo;
- izkrivljen in moten odnos do lastnega telesa;
- motena zaznava oblike telesa in telesne teže;
- pretirano ukvarjanje s telesno težo in videzom;
- pretirana telesna dejavnost;
- nagnjenost k perfekcionizmu;
- pretiravanje v doslednosti v želji ustreči drugim;
- nizka samopodoba in samospoštovanje;
- odklanjanje sebe in posnemanje specifičnih idolov;
- izrazito pomanjkanje samozavesti;
- socialna izolacija;
- izrazita otožnost;
- pogostejše somatske bolezni;
- težave s spanjem.

4.1.1 Postavitev diagnoze anoreksije nervoze

Diagnozo anoreksije nervoze postavi specialist psihiater ali psiholog na podlagi kriterijev, ki so navedeni v priročniku za duševne bolezni DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ki ga izdaja Ameriško psihološko združenje APA. Zadnja verzija diagnostičnih kriterijev DSM-V je bila sprejeta leta 2013. Za postavitev diagnoze mora biti zadoščeno naslednjim pogojem (APA, 2013):

- vztrajno omejevanje energijskega vnosa, kar vodi do občutno nizke telesne teže v primerjavi z minimalno pričakovano telesno težo za določeno starost, spol, razvojno stopnjo in fizično zdravje;
- močan strah pred pridobivanjem telesne teže oziroma strah pred debelostjo ali pa vztrajno obnašanje, ki interferira s pridobivanjem telesne teže (tudi, če je telesna teža skrajno nizka);
- moteno doživljanje telesne teže ali oblike telesa ali pa vztrajno pomanjkanje prepoznavanja resnosti trenutno nizke telesne teže.

V prejšnji različici diagnostičnih kriterijev (DSM-IV) je bila pod diagnostične kriterije uvrščena tudi amenoreja, torej izguba menstruacije, vendar pa imajo lahko ženske z vsemi značilnostmi anoreksije nervoze in izjemno nizko telesno težo še vedno redne menstrualne cikle (Miller, 2013). Novi diagnostični kriteriji predstavljajo tudi premik k

odpravljanju stigme in ne tako »žensko orientirane« klasifikacije, saj za anoreksijo nervozo vedno bolj zbolevajo tudi moški (Mitchison in Mond, 2015). Novi kriteriji ne upoštevajo niti »namenja«, kot je na primer odklanjanje vzdrževanja telesne teže, saj je to zelo težko oceniti in je bila postavitev diagnoze s to postavko zaradi tega otežena (Singhal in sod., 2014).

4.1.2 Incidenca, prevalenca in smrtnost pri anoreksiji nervozi

Ocena števila vseh obolelih je problematična, saj se posamezniki z motnjami hranjenja zaradi pomanjkanja razumevanja in neprepoznavanja bolezni, zanikanja, sramu ali skrivnostnosti slabše odzivajo na epidemiološke študije. Temu veliko pripomore tudi stigma, ki se pojavlja pri odkrivanju bolezni (Mitchison in Mond, 2015).

Čeprav je splošna incidenca skozi desetletja ostajala približno enaka, pa je bil v zadnjem času opažen njen porast pri dekletih med 15. in 19. letom starosti. To lahko pripišemo zgodnjemu odkrivanju, zgodnjemu pojavljanju bolezni, boljši osveščenosti prebivalstva ali večjim možnostim zdravljenja. V študiji finskih dvojčkov med leti 1990 in 1998 je bila zaznana incidenca pri dekletih med 15. in 19. letom 270 na novo odkritih primerov na 100 000 prebivalcev, kar predstavlja 40 % vseh primerov (Smink in sod., 2012). Na Nizozemskem in v Združenih državah Amerike je ta številka skoraj polovico nižja (Keski-Rahkonen in sod., 2007). Pojavlja se vprašanje, ali incidenca anoreksije splošno gledano narašča, vendar pa zaradi dolgotrajnih epidemioloških študij in občutljivosti vzorca populacije na majhne spremembe v demografski sestavi populacije tega ni mogoče zagotovo dokazati (Smink in sod., 2012).

V primerjavi z drugimi duševnimi motnjami je prevalenca pri anoreksiji nervozi relativno nizka, vendar pa ima največjo stopnjo smrtnosti (Hunt in Churchill, 2013). Prevalenca je najučinkovitejše merilo za načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege in oblikovanja ustanov, ki bi za osebe s to boleznijo skrbele. Rezultati študij, v katerih so proučevali prevalenco anoreksije nervoze, se gibljejo med 1,2 % v kohortni študiji dvojčkov na Švedskem in 2,2 % v študiji dvojčkov, ki so bili rojeni med leti 1975 in 1979 na Finskem (Smink in sod., 2012). Prevalenca pri moških znaša 0,53 % (Mitchinson in Mond, 2015).

Stopnja smrtnosti je eden izmed kriterijev resnosti bolezni in je pri vseh motnjah hranjenja povišana, pa vendar največje tveganje predstavlja prav anoreksija nervoza, kjer je tveganje za smrt kar 12-krat večje od pričakovanega. To še dodatno povečujejo drugi dejavniki tveganja in vedenja, kot so na primer alkoholizem, višja starost, pretekli poskusi samomora ter resnost in trajanje bolezni. Tveganje za suicidalno vedenje je skoraj 56-krat večje glede na starost in spol kot pri zdravi populaciji (Smink in sod., 2012; Miller, 2013).

4.1.3 Komplikacije pri anoreksiji nervozi

Anoreksija nervoza je povezana s številnimi komplikacijami, ki prizadenejo vse organske sisteme, na stopnjo pojavnosti le-teh pa v največji meri vpliva dolgotrajnost bolezni. Nekatere izmed komplikacij so reverzibilne, kar pomeni, da po povrnitvi telesne teže na normalo izginejo, druge pa so ireverzibilne in pustijo posledice tudi po končani rehabilitaciji. Mehler in Brown (2015) delita komplikacije na:

a) Metabolične komplikacije

Sem poleg hipotermije, ki se kaže s hladno in bledo kožo, tresavico, akrocianozo in bradikardijo, uvrščamo še moteno elektrolitsko ravnovesje in hipoglikemijo. Metabolični odkloni so posledica fiziološkega prilagajanja na stradanje, nefiziološke manipulacije s prebavili, kamor prištevamo bruhanje, ter stranskih učinkov prekomerne in neustrezne uporabe diuretikov in laksativov (Preželj, 1995).

b) Kardiovaskularne komplikacije

Bradikardija in hipotenzija sta med najpogostejšimi komplikacijami. Bradikardija se pojavlja pri 95 % vseh obolelih. Tahikardija za anoreksijo nervozo ni značilna, nakazuje pa pojav infekcije. Tako nizek krvni tlak kot utrip po povrnitvi telesne teže na normalno vrednost narasteta na normalo.

Pri 22-71 % obolelih se pojavlja perikardni izliv, ki je posledica nizkega ITM-ja, hitre izgube telesne teže ali nizkega nivoja hormona T_3 v krvi. Po pridobitvi telesne teže se stanje popravi.

Prolaps mitralne zaklopke se pojavlja v redkih primerih, povzroča pa prsno bolečino in palpitacije.

c) Nevrološke komplikacije

Anoreksija nervosa je povezana z različno stopnjo možganske atrofije. Čeprav imajo pacienti s to boleznijo presenetljivo visoko stopnjo uspešnosti v šoli in pri delu, pa izguba telesne teže povzroča povečano nezmožnost za udeležbo pri pouku ali delu, pojavlja pa se tudi zmanjšana koncentracija. Skrb vzbuja predvsem dejstvo, da pridobivanje telesne teže ne vpliva takoj na normalizacijo stanja. Vse spremembe lahko opazujemo preko slikanja z magnetno resonanco (MRI).

d) Hematološke komplikacije

Vse vrste krvnih celic (eritrociti, levkociti in trombociti) so zaradi poteka bolezni prizadete. Pri 1/3 pacientov se pojavljata anemija in levkopenija, pri 10% pa se pojavlja trombocitopenija. Čas strjevanja krvi (INR) je zaradi poškodb jeter rahlo povišan. Kot posledica okvarjene sinteze faktorjev strjevanja krvi se lahko pojavijo petehije ali purpura. Pri osebah z motnjami strjevanja krvi je odsvetovana aplikacija terapije intramuskularno.

e) Gastroenterološke komplikacije

Gastropareza se pojavi zaradi omejevanja pri vnosu hranil in izgubi telesne teže pod 15-20 % od normalne vrednosti, nanaša pa se na upočasnjeno praznjenje želodca. Kaže se z napihnjenostjo, bolečino v zgornjem kvadrantu in hitrim pojavom sitosti.

Zaradi upočasnjenega praznjenja želodca se lahko pojavijo tudi akutna razširitev želodca, katero odkrijemo na rentgenskem slikanju. Zanj sta značilni bruhanje in močna bolečina v zgornjem levem kvadrantu. Če zaplet ni pravočasno odkrit in zdravljen, lahko vodi do gastrične nekroze, perforacije in smrti.

Napihnjenost je posledica povečanega vnosa vlaknin, ki jih pacienti uživajo z namenom ureditve počasne prebave.

Zaprteje je posledica drastično zmanjšanega vnosa hrane, kar vpliva na zmanjšanje aktivnosti črevesja. Posledično se lahko pojavi atonija črevesja.

Steatoza oziroma zamaščenost jeter se pojavi v zgodnji fazi ponovnega hranjenja kot posledica nenadnega presežka glukoze v krvi. To lahko omilimo z začasnim blagim zmanjšanjem dnevnega kaloričnega vnosa. Od 4 do 30-krat povišana aspartat-aminotransferaza (AST) in alanin-aminotransferaza (ALT) sta povezana s hudim potekom anoreksije nervoze in sta pokazatelj resnega odpovedovanja organov.

Akutni pankreatitis je pri pacientih z anoreksijo nervozo redek pojav, najverjetnejša etiologija pa zajema dejstvo, da podhranjenost aktivira encim tripsin, ki ga izloča trebušna slinavka, in poškoduje celice le-te. Kaže se z epigastrično bolečino, ki žari navzad, spremljajo pa jo slabost, bruhanje in povišanje amilaze in lipaze.

f) Endokrinološke komplikacije

Hipoglikemija je posledica prekinitev glukoneogeneze in izpraznitve jetrnih zalog glikogena. Vzrok je omejevanje pri prehrani in pretirano ukvarjanje s telovadbo, čemur sledi znižanje telesne teže. Pri nekaterih obolelih se lahko pojavi tudi diabetes tipa I, kar otežuje začetno fazo ponovnega hranjenja.

Amenoreja je definirana kot odsotnost treh zaporednih menstruacij, povezana pa naj bi bila s pomanjkanjem gonadotropinov kot posledica podhranjenosti in ekstremnih načinov uravnavanja telesne teže (Algars in sod., 2014). Predstavlja odgovor na izgubo telesne maščobe, podhranjenost in moten vnos mikro in makro hranil, pretirane telovadbe, anksioznosti in stresa (Jurčič, 2004). Pred pojavom amenoreje je menstruacija ponavadi redna. Nekatero ženske doživijo amenorejo še pred pojavom izgube telesne teže, pri večini pa se pojavi med samim potekom hujšanja (Mehler in Brown, 2015). Navkljub normalizaciji telesne teže pri približno 15 % deklet amenoreja vztraja še naprej, kar je neprijetno predvsem za mlade ženske (Jurčič, 2004; Miller, 2013).

Zaradi zmanjšanja nivoja hormonov, ki vplivajo na reprodukcijo, imajo pacientke težave z zanositvijo. Če do ovulacije in nosečnosti vseeno pride, obstaja večja nevarnost komplikacij že začasa nosečnosti in kasneje pri novorojencu. Otrok se lahko rodi pred rokom, ima nižjo telesno težo in manjši obseg glave, je majhen za svojo gestacijsko starost, lahko se pojavi tudi defekt v nevralni cevi. Ženske z aktivno anoreksijo nervozo imajo višje tveganje za carski rez in poporodno depresijo, prav tako pa naj bi imele več težav pri oskrbi in hranjenju dojenčka tudi kasneje. Stopnja splavov je v takih primerih povečana (Yager in sod., 2006).

Nivo testosterona pri moških se niža sorazmerno z izgubo telesne teže, pregled mod pa razkrije pomanjšane testise.

Osteoporoza in osteopenija se pojavljata pri 85 % obolelih. Posebej ogroženi so tisti, pri katerih se motnje hranjenja pojavijo zgodaj v obdobju rasti. Nižja kostna gostota je posledica zmanjšane tvorbe in povečane razgradnje kostnine. Pojavlja se tudi pri moških, kjer je znižanje kostne gostote povezano z nizkim nivojem testosterona. Na kostno gostoto vplivajo dednost, rasa, mišična moč, fizična aktivnost, vnos kalcija in beljakovin ter vpliv estrogenov. Zmanjšana kostna gostota je povezana s trajanjem stradanja več kot 12 mesecev, stopnjo $ITM < 15 \text{ kg/m}^2$, nezadostno fizično aktivnostjo in nezadostnim vnosom kalcija (Jurčič, 2004). Posledica zmanjšane kostne gostote je večja nevarnost za pojav atravmatskih zlomov. Ta možnost je pri osebah z osteoporozo ali osteopenijo kar 7-krat večja, kot pri zdravi populaciji (Miller, 2013). Kot eno izmed

možnosti izboljšanja kostne gostote pri dekletih z anoreksijo nervozo nekateri avtorji navajajo nadomeščanje estrogena (Singhal in sod., 2014).

g) Dermatološke komplikacije

Zaradi slabe prehranjenosti in pomanjkanja hranil je za paciente z anoreksijo nervozo značilna suha koža, ki pogosto razpoka in zakrvavi, zlasti na prstih. Na distalnih delih telesa (konice prstov), ušesih in nosu se pojavlja akrocianoza, ki je posledica prerazporeditve krvi v centralne dele telesa kot odgovor na hipotermijo.

Ob straneh obraza in po poteku hrbtenice začne rasti lanugo, ki je ena izmed prilagoditev telesa na izgubo toplote in maščobe.

Lasje so suhi in nagnjeni k izpadanju, nohti se luščijo in so lomljivi (Bradovski, 2010).

Zaradi izgube maščobnega tkiva obstaja povečano tveganje za nastanek razjed zaradi pritiska na izpostavljenih mestih. Temu je potrebno pri pregledu nameniti še posebno pozornost, saj je celjenje ran zaradi slabšega stanja prehranjenosti podaljšano. Prav tako je zaradi pomanjkanja podkožnega maščevja in motenj v strjevanju krvi hitrejši nastanek podplutb.

4.1.4 Indikacije za hospitalizacijo adolescenta z anoreksijo nervozo

Indikacije za hospitalizacijo adolescenta z anoreksijo nervozo so (Jurčić, 2004; Bradovski, 2010):

- telesna teža manjša od 75 % normalne telesne teže ali izguba telesne teže kljub intenzivnemu zdravljenju;
- odklanjanje hranjenja;
- pulz < 50/min čez dan in < 45/min ponoči;
- sistolični tlak < 90 mmHg;
- dehidracija;
- elektrolitsko neravnovesje;
- aritmija srca;
- zastoj v rasti in razvoju;
- nekontrolirano prenajedanje in čiščenje (bruhanje);
- samomorilno vedenje;
- akutna psihoza;
- akutne komplikacije (sinkopa, konvulzije, odpoved srca, pankreatitis);
- spremljajoče bolezni, ki se pojavijo tekom zdravljenja motenj hranjenja (težka depresija, kompulzivne motnje, težke družinske razmere).

4.1.5 Zdravljenje anoreksije nervoze

Reljič Prinčič (2003) trdi, da je osnovni problem zdravljenja anoreksije nervoze ta, da pri pacientu obstaja želja po vnosu hrane, a ga je strah pred izgubo nadzora nad količino zaužite hrane. Ta strah se razširi tudi na druga področja njegovega življenja, zato je premagovanje straha osnovna in najtežja naloga zdravljenja.

Cilji zdravljenja anoreksije nervoze kot jih navajajo Yager in sod. (2012) so:

- pridobiti zdravo telesno težo (v povezavi s povratkom menstruacije in normalne ovulacije pri ženskah, normalnega spolnega nagona in normalizacije v hormonskem ravnovesju pri moških in normalnim fizičnim in spolnim razvojem in rastjo pri otrocih in mladostnikih);
- zdravljenje fizičnih komplikacij;
- spodbuditi pacientovo motivacijo za sodelovanje pri povrnitvi zdravega načina prehranjevanja;
- pomoč pacientu pri ponovnem doseganju in spremembi disfunkcionalnega zaznavanja, obnašanja, motivov, konfliktov in čustev v povezavi z motnjami hranjenja;
- obravnava povezanih psihičnih stanj, vključujoč z deficitom v razpoloženju in impulzivnim obnašanjem, samopodobo in težavami z obnašanjem;
- vključevanje družinske podpore in zagotavljanje družinskega svetovanja in terapije, kjer je to potrebno;
- preprečitev ponovitev.

Napovedniki za izboljšanje oziroma okrevanje pri anoreksiji nervozi še vedno ostajajo slabo definirani. Na okrevanje vpliva predvsem kompleksnost faktorjev, kamor uvrščamo tudi samosprejemanje, odločnost in duhovnost. Pri izbiri načina zdravljenja je pomembno preučiti pacientovo fizično stanje, duševno stanje, obnašanje in socialne okoliščine. Reljič Prinčič (2003) trdi, da je zdravljenje uspešno le takrat, ko se začne dovolj zgodaj in ima oboleli vseskozi podporo bližnjih.

a) Psihoterapija

Psihoterapija naj bi bila v pomoč takrat, ko je podhranjenost urejena in je pacient že začel s pridobivanjem telesne teže. Največji problem, s katerim se terapevti soočajo, je pomanjkanje motivacije (Yager in sod., 2012). Motivacija je sestavljena iz več stopenj in prav stopnja, na kateri je pacient, pogojuje uspešnost zdravljenja. Pacienti, ki so v 1. fazi motivacije, svojega problema še ne zaznavajo. Pomagamo jim tako, da z njimi razpravljamo o prednostih in slabostih stanja, ki bi ga dosegli s spremembo vedenja. V 2. fazi se naučijo prepoznati problem in premišljujejo o spremembah. Pacientu poskušamo povrniti zaupanje vase in ga podpiramo pri dosegu zastavljenih ciljev. V 3. fazi so pacienti pripravljani na spremembe in znajo prejete nasvete uporabiti za približanje cilju. V 4. fazi jim pomagamo pri utrditvi sprememb in nadaljnji poti do popolne ozdravitve, vendar pa si stopnje ne sledijo vedno po tem vrstnem redu (Reljič Prinčič, 2003). Z uporabo relaksacijskih tehnik, na primer joge, se je pri osebah, ki so se je posluževale, zmanjšala stopnja anksioznosti in depresije, prav tako so se zmanjšali tudi drugi simptomi motenj hranjenja in osebe niso bile več tako obremenjene s hrano. Cilji intervencij so pomoč pacientu z anoreksijo nervozo, da razume in sodeluje pri prehranski in duševni rehabilitaciji, da razume in spremeni obnašanje in disfunkcionalni odnos v povezavi z motnjami hranjenja, da izboljša medosebno in socialno funkcioniranje ter da poimenuje pridružene konflikte, ki vplivajo na to, da ne more okrevati (Yager in sod., 2012).

Med akutno fazo anoreksije nervoze, ko prihaja do porasta telesne teže, je nujno zagotoviti pacientom individualno psihoterapijo, ki omogoča empatično razumevanje, pojasnitve, podporo, spodbujanje in druge pozitivne vedenjske okrepitve. Za otroke in

mladostnike je družinska terapija najučinkovitejša intervencija. Tam, kjer je družina vključena v obravnavo, se je povečal porast telesne teže, saj pojejo več in se lažje uprejo pretirani telovadbi in bruhanju (Yager in sod., 2006).

Ko je bila podhranjenost popravljena in se je začelo pridobivanje telesne teže, pomaga psihoterapija pacientom razumeti in sprejeti njihovo bolezen, razumeti zaznavne motnje in kako so te vodile do simptomatskega obnašanja ter faktorje, ki so vplivali na bolezen, kako je njihova bolezen lahko le slab poizkus neučinkovitega sprejemanja in regulacije njihovih čustev in spoprijemanja z njimi, kako se izogniti oziroma zmanjšati možnost ponovitve in kako se boljše spoprijemati s prihajajočimi težavami v prihodnosti. Za mladostnike, ki so bolni manj kot tri leta, je družinska terapija po normalizaciji telesne teže pomembna komponenta zdravljenja. Pomembno je, da osebje usmeri pozornost tudi na kulturno ozadje pacienta, spol terapevta, možnosti zlorab, zanemarjanja ali drugih travm, ki so se zgodile tekom odrasčanja. Zaradi dolgotrajnega procesa zdravljenja je psihoterapija potrebna vsaj 1 leto, traja pa lahko tudi več časa (Yager in sod., 2006).

Pacienti s kronično anoreksijo nervozo na splošno gledano kažejo primanjkljaj kliničnega odgovora na zdravljenje in psihoterapijo. Vendar pa nekateri v par letih preidejo v remisijo, kar nudi upanje pacientom in njihovim družinam. Pacientom, ki imajo težave s pogovorom o svojih problemih, pridejo prav druge tehnike, kot na primer umetnost in gibalna terapija (Yager in sod., 2006).

Pri obravnavi sodeluje več profilov zdravstvenih delavcev. Za doseg optimalnih rezultatov je pomembna izobrazba članov tima, primeren nadzor in vodenje izkušenega vodje. Že takoj ob začetku obravnave si je pomembno pridobiti pacientovo zaupanje in spoštovanje ter razviti terapevtsko razmerje. Veliko pacientov ima v začetku odklonilen odnos do zdravljenja in prikrivajo svoje stanje zaradi občutka sramu, osredotočajo pa se le na poglobitve probleme. Pacienti ob preveč direktnem pristopu terapevta lahko dobijo občutek, da jim hoče škoditi oziroma, da želi, da se zredijo in se ne poistovetijo z njihovimi notranjimi čustvi. Pacientom je potrebno dati vedeti, da popolno okrevanje potrebuje čas. Prav tako je pomembno preveriti pacientovo razumevanje bolezni, kako se razvija in kakšne posledice ima ter preveriti stanje v družini: duševne motnje, motnje hranjenja, zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, debelost, družinski odnosi v povezavi s pacientovo boleznijo (Yager in sod., 2012).

b) Družinska terapija

Vključenost družine v terapevtski proces je v pomoč tako pri mlajših kot pri starejših pacientih, vendar pa se družinska terapija v začetni fazi zdravljenja ne priporoča, saj je takrat stopnja starševske kritike povečana in lahko to negativno vpliva na potek zdravljenja (Yager in sod., 2012).

c) Farmakoterapija

Glede na raziskave sodeč naj ne bi nobeno specifično hormonsko zdravljenje ali vnos vitaminov pomagal pri pridobivanju telesne teže. Preparati estrogena naj bi imeli sicer pozitivne, a nezanesljive učinke na amenorejo, vendar bi se jih zaradi tega morali izogibati (Yager in sod., 2012).

4.2 Model Virginie Henderson in povezava z anoreksijo nervozo

Čeprav je obravnava anoreksije nervoze pod taktirko zdravnikov specialistov, se z motnjo najprej srečajo zaposleni na primarni ravni zdravstvenega varstva (Hunt in Churchill, 2013). Prva, ki stopi v stik s pacientom, je medicinska sestra. Ob hudem poslabšanju stanja so osebe z anoreksijo nervozo hospitalizirane in preidejo na sekundarno ali terciarno raven obravnave. Takrat pridejo v še tesnejši stik z medicinsko sestro, ki je na področju zdravstvene nege samostojna in ima pravico pobude in nadzora (Henderson, 1998). Virginia Henderson je dejala, da je prvotna naloga medicinske sestre ta, da ravna v dobrobit pacienta takrat, ko mu primanjkuje znanja, moči ali volje, da bi lahko sam poskrbel zase (Theoretical Foundations of Nursing, 2011). Vlogo medicinske sestre je opisala kot nadomestno, saj opravlja aktivnosti namesto pacienta z namenom nudenja pomoči. Glavni cilj njenega ravnanja je, da postane oseba v čim krajšem času ponovno samostojna. Glavni koncepti, ki jih je Hendersonova obravnavala, so bili človek, družba in okolje, zdravje in zdravstvena nega. Ravnala se je po predpostavkah, da (Nursing Theories, 2012):

- medicinske sestre skrbijo za paciente, dokler tega ne zmorejo sami;
- si pacienti želijo ozdraveti;
- so medicinske sestre pripravljene služiti in se posvetiti pacientom;
- sta telo in um neločljivo povezana.

Predstavila je 14 življenjskih aktivnosti, katere naj bi medicinska sestra ob obravnavi pacienta opazovala (Henderson, 1998).

4.2.1 Dihanje

Zunanje dihanje je sprejemanje kisika, ki se preko stene pljučnih alveol veže na hemoglobin. Pri dihanju opazujemo frekvenco, ritem in tip dihanja. Normalno dihanje uravnava center za dihanje. Frekvenca znaša 16-18 vdihov na minuto. Če je dihanje pospešeno, to imenujemo tahipneja. Pojavi se takrat, ko je potreba po kisiku povečana. Nasprotna ji je bradipneja, kjer je dihanje upočasnjeno. S spremembo frekvence dihanja se povezuje tudi sprememba barve kože (cianoza), sprememba pulza in krvnega tlaka ter sprememba splošnega počutja (Kisner in sod., 1998). Nežadostna izmenjava plinov pri anoreksiji nervози je lahko posledica čustvene stiske ali oslabeledosti mišic, ki se kaže z zmanjšanjem moči oziroma z zmanjšano vzdržljivostjo (Henderson, 1998; Middleton in Smith, 2010). Zaradi dehidracije kot posledice premajhnega vnosa tekočin, uporabe laksativov, diuretikov ali izzvanega bruhanja, se pri anoreksiji nervози pojavlja pospešeno dihanje (Bradovski, 2010).

Pri ponovnem uvajanju prehrane se lahko zaradi disfagije, ki jo povzroča oslabeledost faringelanih mišic kot posledica slabe prehranjenosti ter oteženega požiranja, pojavi tudi aspiracija hrane v dihalne poti in posledično aspiracijska pljučnica. Ta zaplet se največkrat pojavlja pri hujših primerih bolezni (Mehler in Brown, 2015).

4.2.2 Prehranjevanje in pitje

Za normalno delovanje vseh telesnih funkcij potrebuje organizem hrano. Poleg količine in časa uživanja hrane je pomembno tudi to, kaj jemo in kako je urejena okolica. Na prehranske navade ljudi vplivajo način življenja, kraj bivanja in izbira prehranskih

izdelkov. Oseba brez kakršnih koli bolezni zna prepoznati potrebe telesa po hrani in jih tudi uspešno zadovoljiti, pri čemer telesna teža le minimalno niha. Pri nekaterih pa je ta sposobnost okrnjena (Kisner in sod., 1998). Medicinska sestra je v primeru hospitalizacije ves čas ob pacientu in ga spodbuja k uživanju hrane in pijače. Oceni, kaj ima rad in česa ne ter vodi bilanco tekočin. V skrajnih primerih anoreksije nervoze, ko oseba ne more več sama jesti, se priporoča vstavitve NGS sonde ali intravenozno hranjenje. Oba ukrepa sta sicer rešila veliko življenj, a je tveganje za komplikacije večje, poleg tega pa sta oba postopka neprijetna za pacienta (Henderson, 1998). Prednosti vstavitve NGS sonde so hitrejše pridobivanje telesne teže, po koncu zdravljenja pa se pacienti lažje vzdržijo bruhanja in prenajedanja, imajo daljše obdobje remisije in na splošno boljšo kvaliteto življenja (Yager in sod., 2006). Kot posledica parenteralnega hranjenja pa se lahko pojavi okrnjena gastrointestinalna funkcija in atrofija črevesja (Sevilla, 2010). Če pacient zavrača hranjenje tudi po NGS in si jo izpuli, se uvede hranjenje preko gastrostome ali jejunostome. Glavno vodilo je vsekakor dobrobit pacienta.

Višji kalorični vnos na začetku je pomembno povezan s hitrejšim pridobivanjem telesne teže in krajšim obdobjem hospitalizacije. Cilj prehranske rehabilitacije je povrnitev telesne teže na normalo, normalizacija vzorcev prehranjevanja ter doseg normalne percepcije občutka lakote in sitosti ter poprava bioloških in psiholoških posledic slabe prehranjenosti. V začetnem obdobju zdravljenja se priporoča pridobivanje telesne teže za 1-1,4 kg/ teden pri hospitaliziranih pacientih in 0,2-0,5 kg/ teden pri pacientih, ki se zdravijo doma. Kalorični vnos naj bi se začel pri 30-40 kcal/kg telesne teže na dan, kar zneso približno 1000-1600 kcal/dan (Yager in sod., 2006). V kolikor je pacient pripravljen jesti in je obrok estetsko pripravljen, poje več, kot bi sicer. V primeru, da je pacient zelo prizadet, mu pri hranjenju pomaga medicinska sestra. To je lahko zanj zelo psihično obremenjujoče, saj s tem priznava poraz in odvisnost od drugih (Henderson, 1998). Pomembno je, da daje osebe pacientu vedeti, da skrbi zanj in mu ne dovoli umreti. Pri temu igra veliko vlogo tudi komunikacija, ki mora biti jasna in pacientu ne sme dajati vtisa, da je komu podrejen (Yager in sod., 2006). Slabo stanje prehranjenosti je vzrok za nihanje razpoloženja, kar lahko privede v depresijo, agitacijo in vpliva na kognitivne funkcije. Če želimo torej začeti z delom na psihološkem nivoju motenj hranjenja, je potrebno izboljšati prehrambni status (Sevilla, 2010).

Pri resno podhranjenih pacientih, katerih telesna teža je manjša od 70 % normalne telesne teže, je potrebno biti pozoren na kontrolo vitalnih funkcij ter bilanco tekočin in hrane, saj lahko kaj hitro pride do nastanka edemov, hitrega porasta telesne teže zaradi preobremenitve s tekočino in srčne odpovedi. Nivoji serumskega fosforja, magnezija, kalija in kalcija bi morali biti določeni vsak dan v prvem tednu po začetku hranjenja in potem vsak drugi dan (Yager in sod., 2006).

Telesno težo nadzorujemo z rednim tehtanjem, ki naj se vrši vsako jutro ali vsaj 3-krat na teden ob isti uri (pred zajtrkom) v istih oblačilih. To nam omogoča točno in jasno spremljanje pridobivanja oziroma izgubljanja telesne teže in spremljanje učinkovitosti zdravljenja (Sevilla, 2010). Ker velikokrat prihaja do prevar in se pacienti pred tehtanjem izdatno hidrirajo in poskušajo tako prikazati napredek, je potrebno beležiti bilanco tekočin (Yager in sod., 2006). Pri tehtanju naj stoji pacient s hrbtom obrnjen proti merilni skali, saj je lahko ob pogledu na merilno skalo omajano zaupanje v osebe in njihov način dela (Sevilla, 2010). Paciente je potrebno opozoriti, da lahko

pridobivanje telesne teže pri njih sproži spremembe tudi na psihičnem področju, na primer tesnoba, simptome depresije, razdražljivost in včasih samomorilne misli, ki pa po nekajtedenskem vzdrževanju telesne teže izzvenijo. S pridobivanjem telesne teže se lahko pojavijo tudi akne in občutljivost dojk ter abdominalna bolečina in napihnjenost po obroku kot posledica zapoznelega praznjenja želodca (Yager in sod., 2006).

Pacientu zagotovimo več manjših obrokov na dan, če ustanova to dopušča, pa ga lahko povabimo k sodelovanju pri načrtovanju obrokov. Prednost tega je, da pacient na ta način pridobi zaupanje sam vase in občutek nadzora, ki ga je imel pred zdravljenjem. Ko se pacient hrani, smo z njim v prostoru, da ne pride do skrivanja hrane in pijače po prostoru.

Cilj prehranske rehabilitacije je povrnitev telesne teže, normalizacija prehranskih navad, doseganje normalne percepcije lakote in sitosti ter odprava psiholoških in fizičnih posledic podhranjenosti. Pri uvajanju prehrane je potrebno upoštevati tudi omejitve, na primer kulturo, religijo, okolje ali morebitne alergije (Yager in sod., 2006).

4.2.3 Izločanje in odvajanje

Prehranjevanje je direktno povezano s praznjenjem črevesja. Na izločanje in odvajanje vplivajo biofiziološki faktorji (prehranjevanje, gibanje in delovanje vegetativnega živčnega sistema), psihični faktorji (strah, stres, potrnost, agresija), socialno-kulturni faktorji (kultura in okolje) ter faktorji okolja (urejenost toaletnih prostorov) (Kisner in sod., 1998).

Urin je proizvod ledvic, vsebuje pa presnovne produkte. Količina urina je odvisna od razmerja med sprejeto in oddano količino tekočine (skozi kožo, pljuča in črevesje), krvnega tlaka in delovanja ledvic ter vseh drugih organov, ki sodelujejo pri tvorbi urina. Pri odraslem človeku je dnevna količina urina od 1000-2000 ml, katera se izloči v 4-6 izločanjih. Normalna specifična količina je odvisna od količine popite tekočine, potenja, bruhanja ali diareje. Normalno je svež urin bister in svetlo rumene barve, pri močni koncentraciji pa je temno rumen. Vonj je neznaten (Kisner in sod., 1998).

Človek normalno izloča blato enkrat do dvakrat dnevno, lahko pa tudi redkeje, če je vzorec odvajanja stalen. Dnevna količina blata je odvisna od količine zaužite hrane in pri odraslem človeku znaša približno 250 gramov, blato je temno obarvano. Je mehke konsistence, vendar obdrži obliko. V primeru pojava sluzi, krvi ali gnoja v blatu, gre za patološko stanje (Kisner in sod., 1998). Pri osebah z anoreksijo nervozo je zaradi neurejenega in neprimerne prehranjevanja moten tudi red in vzorec odvajanja (Šolc, 2003).

Medicinska sestra mora poznati primerne časovne razpone pri izločanju vode in blata in izgled obeh snovi. Pomembno je, da zna na podlagi videzov izločkov oceniti zdravstveno stanje pacienta. V primeru močno koncentriranega urina to pomeni, da je količina vnesene tekočine premajhna oziroma se tekočina izgublja po drugi poti. Pomembno je vodenje bilance tekočin skozi dan, da lahko spremljamo in lažje razlagamo težave, ki se pri tem pojavijo (Henderson, 1998). Pacient se lahko vzdrži vnosa tekočine zaradi bojazni pred zaužitjem izdatnih kalorij in povečanjem telesne teže (Sevilla, 2010).

S pogostostjo izločanja je pogosto povezan stres. Ob stresnih situacijah lahko pride bodisi do zaprtja, kar lahko preprečimo z uporabo sredstev, ki mehčajo blato, bodisi do diareje. Glede na starost in kulturo pacienta je potrebno poskrbeti za zagotavljanje zasebnosti in telesnega udobja pri defekaciji in mikciji (Henderson, 1998; Yager in sod., 2006).

4.2.4 Gibanje in ustrezna lega

V drži se zrcali človekovo razpoloženje in njegov odnos do življenja (Henderson, 1998). Normalno gibanje je odvisno od trenutnega razpoloženja. Ko je človek v ravnovesju, je njegovo gibanje harmonično in prilagojeno situaciji. Na gibanje vplivajo biološki faktorji (starost, konstitucija, telesna moč in motorika), psihični faktorji (karakterni tip), sociokulturni faktorji in vpliv okolja (stanovanjske razmere, geografske razmere). Vsaka fizična drža in gibanje odražata tudi psihično stanje (Kisner in sod., 1998). Fizična aktivnost pacienta, ki se zdravi za motnjami hranjenja, naj bo prilagojena njegovemu vnosu hranil in porabi energije, ker veliko obolelih izkorišča fizično aktivnost kot način vzdrževanja nizke telesne teže. Organizirana telovadba vpliva na to, da dobi pacient užitek in se ne počuti, da je v to prisiljen. Program mora vsebovati vaje, ob katerih pacient uživa, cilj pa ni zmaga, izguba kalorij ali oblikovanje telesa. Vrste aktivnosti, ki se priporočajo, so nogomet, košarka, odbojka, tenis. To so skupinski športi, kjer je pomembno tudi sodelovanje in interakcija z drugimi člani skupine. Klinične izkušnje kažejo na to, da se s povrnitvijo telesne teže poveča tudi raznolikost v prehrani, zmanjša se obsedenost s hrano, ni pa rečeno, da tudi izgine (Yager in sod., 2006).

4.2.5 Spanje in počitek

Potrebe ljudi po spanju so različne. V času spanja se telo regenerira. Mišice so sproščene, bitje srca, dihanje in presnova pa so upočasnjeni. Na spanje vplivajo potreba po spanju, ki se s starostjo manjša, gibanje in telesna aktivnost, uživanje hrane in pijače pred spanjem, psihični stres in močna čustva, hrup in okolje. Kvaliteto spanja je težko oceniti, zato se zanašamo na pacientovo opisovanje, ki pa je zelo subjektivno (Kisner in sod., 1998). Pri osebah z anoreksijo nervozo je prisotna nespečnost ali pa povečana potreba po spanju. Nespečnost je predvsem odločitev posameznika, saj meni, da mu bo povečana telesna aktivnost pomagala pri hitrejši izgubi telesne teže. Ker pa je čez dan pod nadzorom oziroma je prezaseden, prične s telovadbo pozno zvečer ali ponoči (Sevilla, 2010).

4.2.6 Oblačenje in slačenje

Oblačenje je odraz nekega okolja ali kulture. S pomočjo oblačil posameznik izraža svojo individualnost (Kisner in sod., 1998). Obleka je podaljšek osebnosti in krepí občutek samozavesti, če človek meni, da ga obleka polepša oziroma izraža določen družbeni položaj. Tisti, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem, vidijo v zanimanju za obleko in v skrbi za zunanost pozitivno znamenje. Zanimanje obojega pomeni znamenje bolezni, saj poskuša oseba z nošnjo ohlapnih oblačil zakriti svoj izgled telesa. Če se hospitaliziran pacient, ki mu primanjkuje telesne moči, ne more obleči ali sleči, mu pri tem pomaga medicinska sestra (Henderson, 1998).

4.2.7 Vzdrževanje normalne telesne temperature

Vzdrževanje konstantne telesne temperature je v domeni centralnega živčnega sistema. Telesna temperatura je stalna med 36,2 °C in 37,5 °C. Na proizvodnjo toplote vplivajo vazokonstrikcija, zaviranje znojenja, počasnejše dihanje, gibanje in drgetanje. Ob oddajanju toplote se pojavi vazodilatacija, močno znojenje, hitrejše dihanje, zmanjšana aktivnost telesa, omejitev prehrane in oddajanje toplote v hladnejšem prostoru. Pri anoreksiji nervози se pojavlja hipotermija, kjer gre za znižanje telesne temperature pod 36°C (Kisner in sod., 1998). S primernim oblačenjem pa se človek prilagaja temperaturi v okolju. Temeljna zdravstvena nega vključuje ohranjanje telesne temperature pacienta v mejah normale. To je razmeroma lahko, če pacient zmore in želi razkriti svoje potrebe. Medicinska sestra mora poznati osnovna fiziološka načela segrevanja in ohlajanja telesa ter mora biti seznanjena s tem, kako lahko s spremembo temperature, vlažnosti, gibanja zraka, s spremembo prehrane ali količine gibanja vplivamo tudi na telesno temperaturo (Henderson, 1998).

4.2.8 Osebna higiena in urejenost

Človekova urejenost je zunanje znamenje njegovega zunanega in notranjega stanja (Henderson, 1998). Na potrebo po telesni negi vplivajo delo in poklic, starost, spol, vloga posameznika v družbi, finančne možnosti in družinske navade. Nego telesa se izvaja zaradi potreb po čistoči in predstavlja skrb za zdravje (Kisner in sod., 1998). Vsak pacient mora imeti na voljo pripomočke in potrebno pomoč za vzdrževanje osebne higiene. Medicinska sestra mora znati poskrbeti za pacientovo čistočo, ne glede na njegovo velikost, položaj, telesno in čustveno stanje. Pomembno je, da medicinska sestra skrbi za ustno higieno bolnih in onemoglih, ne glede na stanje zavesti. Med boleznijo je potrebno zobe in dlesni še skrbneje negovati. Suhost ustnic najbolje preprečujemo z uporabo vlažilca ali balzama za ustnice (Henderson, 1998).

4.2.9 Izogibanje nevarnostim v okolju

Maslow je potrebo po varnosti opisal na 3 področjih, in sicer pripadnost in ljubezen, spoštovanje in samouveljavljanje. Vse tri potrebe so pomembne za zdrav duševni razvoj in lahko ob neprimerni zadovoljitvi katere izmed njih vodijo v duševno neravnovesje (Kisner in sod., 1998). Del temeljne zdravstvene nege je tudi zaščita pacienta pred mehanskimi poškodbami, na primer pred padcem, patogenimi bakterijami v okolju (Henderson, 1998). Infekcijo bomo preprečili takrat, ko bomo zagotovili ustrezne pogoje za delo in bomo postopek izvajali neprekinjeno in brez napak po predpisanih protokolih (Kisner in sod., 1998).

4.2.10 Komunikacija in izražanje čustev

Nemogoče je nekomunicirati. Ločimo dve vrsti komunikacije: verbalno in neverbalno. Pri besedni komunikaciji se lažje nadzorujemo, saj se lažje izogibamo stvarim, ki jih ne želimo izdati. Po drugi strani pa je nebesedno komunikacijo zelo težko nadzirati, saj lahko z govorico telesa izdamo precej več, kot bi želeli (Kotar, 2001). Medicinska sestra lahko ob srečanju z osebo z anoreksijo nervozo naleti na njen odpor, sovraštvo in nesodelovanje. S tem poskušajo oboleli preveriti trdnost medicinske sestre, njeno neomajnost in vztrajnost ter na ta način razviti lastno neodvisnost (Šolc, 2003).

Duša in telo sta med seboj neločljivo povezana in soodvisna. Vsaka duševna bolezen prizadene telo in obratno. »Duševna« depresija se kaže v telesni držji, negibnem izrazu in splošni nedejavnosti. Medicinska sestra pomaga pacientu, da razume samega sebe, odstrani vzroke slabega počutja in sprejme situacijo tako, kot je. Čim bolj je medicinska sestra razumevajoča, tem bolj ji pacient in bližnji zaupajo in to pomaga pacientu lažje premagati psihične stiske, ki spremljajo bolezen. Včasih predstavlja medicinska sestra posrednika med zdravnikom in pacientom, če se le-ta vidita le za kratek čas. Kakovost ustnih in pisnih poročil medicinske sestre je najpomembnejši kazalec njene usposobljenosti (Henderson, 1998).

Depresija, ki se pojavlja, se pri pacientih kaže na ta način, da večino dneva preležijo v postelji, izgubijo interes za svet okoli sebe, ne morejo se skoncentrirati. Komunikacija je zelo otežkočena in na začetku zdravljenja skoraj nemogoča (Bradovski, 2010).

4.2.11 Učenje

Včasih ljudje niso motivirani, da bi živeli zdravo, pogosto pa obolevajo tudi zato ker ne vedo nič o preprečevanju ali zdravljenju motnje, za katero trpijo. V takem primeru je okrevanje ali preprečitev izbruha bolezni odvisna od poučenosti. Ponovno učenje in rehabilitacija postavljata na preizkušnjo sposobnost strokovnjakov. Najpomembnejše je, da pri vsem tem sodeluje tudi pacient, saj je on tisti, ki se mora držati novih pravil in si želeli spremembe. V nasprotnem primeru režim ne bo obrodil sadov. Čim bolj je pacient zavzet, tem učinkovitejši je program. Medicinske sestre bi se morale bolj zavedati, kako pomembna je njihova pedagoška vloga. Na vprašanja, ki zadevajo aktivnosti, ki bi jih pacient lahko izvedel sam, če bi bil zdrav, lahko odgovarjajo svobodno in kompetentno (Henderson, 1998).

4.2.12 Izražanje verskih čustev

Zdravje je odraz telesnega, emocionalnega, intelektualnega, socialnega in duhovnega blagostanja. V primeru bolezni pa se ljudje preveč pogosto osredotočamo le na telesne dimenzije zdravja in vse drugo zanemarimo. Za zdravstvenega delavca je pomembno, da se zaveda, da ljudje na različne načine izražajo svojo versko pripadnost in pogled na svet. Medtem ko se eni osredotočajo vedno le na slabe stvari, ki so se dogodile v življenju, se drugi osredotočajo bolj na pozitivne vidike bivanja. Duhovnost nam pomaga najti pomen življenja in je lahko v nekaterih primerih tudi bilka, ki daje upanje pacientu, da bo še vse v redu. Negativne reakcije, ki se lahko pojavijo ob bolezni, so občutek manjvrednosti, negativen odnos do sebe ali drugih in pretirana moralna strogost. Pacient, ki je hospitaliziran, potrebuje občutek varnosti, razumevanja in dodatne spodbude in prav medicinska sestra je tista, ki mu lahko pomaga pri dosegu le-tega (Kisner in sod., 1998).

4.2.13 Koristno delo

Medicinska sestra skupaj s pacientom načrtuje njegov urnik in spodbuja sodelovanje pri aktivnostih. Razpon aktivnosti mora biti širok, da lahko pacient uživa v tistem, kar počne (Henderson, 1998).

4.2.14 Razvedrilo in rekreacija

Notranje ravnotežje je eden izmed pogojev za normalno funkcioniranje posameznika. Nasprotje dela je razvedrilo, ki omogoča uravnoteženje naših zmogljivosti (Kisner in sod., 1998). Bolezen oropa pacienta za pestre oblike sprostitve, oddiha in rekreacije. Izbira posameznih aktivnosti je odvisna od pacientovega spola, starosti, inteligence, izkušenj in okusa, zdravstvenega stanja in resnosti bolezni. Pristop k pacientu je holističen, temelji pa na zaupanju med vsemi udeleženci. V začetku se lahko zgodi, da dekleta zavračajo sodelovanje in so nezaupljiva, kar pa se sčasoma spremeni. Pristop se razlikuje od pacienta do pacienta, ker je vsaka oseba edinstvena in specifična (Bradovski, 2010; Theroretical Foudations of Nursing, 2012).

4.3 Procesna metoda dela in negovalne diagnoze

Procesna metoda dela nam omogoča kontinuirano oskrbo pacienta preko posameznih faz, ki se med seboj povezujejo in nadgrajujejo. Proces zdravstvene nege sestoji iz 6 faz. Prva faza je faza ocenjevanja, v kateri preko primarnih (pacient sam) in sekundarnih virov (svojci, člani zdravstvenega tima, dokumentacija zdravstvene nege in medicinska dokumentacija) s pomočjo intervjuja, opazovanja in meritev pridobimo podatke za nadaljnjo obravnavo. V tej fazi prepoznavamo splošne in specifične probleme, ki se pojavljajo kot posledica trenutnega stanja (Hajdinjak in Meglič, 2012).

V drugi fazi oblikujemo negovalne diagnoze, ki jih v tretji fazi razvrstimo po prioriteti reševanja in oblikujemo cilje oziroma zaželene rezultate. Najprej se zadovolji tiste potrebe, od katerih je odvisno preživetje, vrstni red pa mora biti usklajen tudi z realnimi možnostmi reševanja, kjer moramo pomisliti na razpolaganje s kadri, uporabo prostorov, opreme in podobno (Hajdinjak in Meglič, 2012).

Cilji morajo biti kratki in jasni, specifični, vezani na pacienta, realni in merljivi. So podlaga za vrednotenje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene nege pri posameznem pacientu. Ločimo (Hajdinjak in Meglič, 2012):

- kratkoročne cilje, ki so usmerjeni v sedanost in zahtevajo hitro reševanje, omogočajo pa tudi hitro povratno informacijo o učinkovitosti zdravstvene nege;
- dolgoročne cilje, ki jih poskušamo doseči v daljšem časovnem obdobju (več kot en mesec). Postavljamo jih takrat, ko problema ni mogoče hitro rešiti. Ker je njihovo doseganje podaljšano, si zastavimo še etapne cilje, ki omogočajo vmesno vrednotenje za ugotavljanje napredka pri obravnavi.

V četrti fazi načrtujemo intervencije zdravstvene nege, kar zagotavlja neprekinjenost zdravstvene nege. Zastavljamo si vprašanje: »Kaj je potrebno storiti, da bi zastavljene cilje dosegli?« Med samostojne intervencije, ki so v celoti v domeni stroke zdravstvene nege uvrščamo tudi zdravstveno-vzgojno delo (Hajdinjak in Meglič, 2012). Je sestavni del vsakodnevnega dela zdravstvenih delavcev in ga uvrščamo med najpomembnejše naloge medicinske sestre (Farkaš-Lainščak, 2011, Hajdinjak in Meglič, 2012). Zdravstveno-vzgojno delo je stalen proces, ki se nenehno prilagaja spremembam okolja in družbenim navadam (Štemberger Kolnik, 2011), izvajalec pa ima nalogo, da posameznika motivira tako, da bo sprejemal priporočena vedenja in hkrati imel občutek, da deluje prostovoljno (Kamin, 2011). Zdravstvena vzgoja se uporablja kot pomoč v procesu zdravljenja, preprečevanja posledic ali zapletov že prisotne bolezni ali pa kot

pomoč za razvijanje veščin za obvladovanje bolezni s strani pacienta (Farkaš-Lainščak, 2011). Pri anoreksiji nervozi se uporablja zdravstvena vzgoja na sekundarni in terciarni ravni. Sekundarna raven je namenjena rizični skupini ljudi. Učimo in vzgajamo jih v zvezi z dejavniki tveganja, ki jih ogrožajo. Dejavnike morajo prepoznati, se znati pred njimi varovati ter razviti take vzorce vedenja, da je tveganja čim manj. Terciarna raven pa je namenjena vzgoji ljudi, kjer je škoda že nastala in želimo preprečiti povrnitev bolezni ali poslabšanje stanja (Kvas, 2011).

Kolaborativne intervencije se nanašajo na obravnavo v multidisciplinarnem timu, kjer medicinska sestra sodeluje z drugimi zdravstvenimi delavci. Tako kot cilji morajo biti tudi intervencije zapisane kratko, jasno in natančno, da jih razumejo vsi člani tima (Hajdinjak in Meglič, 2012).

V peti fazi izvedemo prej predstavljene negovalne intervencije. Sproti preverjamo stanje in obnašanje pacienta ter ocenjujemo pogoje za izvajanje načrtovanih intervencij.

V šesti fazi vrednotimo učinkovitost in uspešnost zdravstvene nege. Vrednotenje obsega oceno stanja in obnašanja pacienta, vrednotenje ciljev, intervencij zdravstvene nege in učinkovitosti ter uspešnosti zdravstvene nege. Če cilji niso bili doseženi, se ponovno vrnemo v prvo fazo procesa in še enkrat preverimo pridobljene podatke, zberemo nove informacije in analiziramo vzroke za neuspeh (Hajdinjak in Meglič, 2012).

Negovalne diagnoze so rezultat sistematičnega zbiranja podatkov, njihove analize in preučitve potreb po zdravstveni negi posameznika, družine ali lokalne skupnosti (Kisner in sod., 1998). Obstaja več definicij, kaj negovalna diagnoza je. Vsem je skupno to, da predstavljajo opis odziva posameznika, družine ali skupnosti na zdravstveno stanje ali življenjsko situacijo. So osnova za načrtovanje ustreznih negovalnih intervencij, za katere je odgovorna medicinska sestra in jih je sposobna opraviti samostojno, ker ima za to potrebno znanje, spretnosti in izkušnje (Ščavničar, 1998; Hajdinjak in Meglič, 2012). Enotno definicijo negovalne diagnoze je postavilo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) leta 1990 in pravi, da »negovalna diagnoza predstavlja strokovno oceno reakcij posameznika, družine ali skupnosti na aktualne ali potencialne probleme zdravja ali življenjskih procesov. Negovalne diagnoze predstavljajo osnovo za izbor intervencij zdravstvene nege in za doseg pričakovanih rezultatov zdravstvene nege, za katere je medicinska sestra odgovorna« (Ščavničar, 1998; Hajdinjak in Meglič, 2012; NANDA, 2015). Negovalna diagnoza je lahko aktualna ali potencialna. Aktualna negovalna diagnoza obravnava aktualen negovalni problem, ki ga varovanec doživlja v tem trenutku in zaradi česar je njegova sposobnost za zadovoljevanje življenjskih potreb motena oziroma neustrezna (Ščavničar, 1998). Potencialna negovalna diagnoza pa predstavlja možen negovalni problem, do katerega bo prišlo, če ne bomo pravilno ukrepali (Kisner in sod., 1998). Razlika med zdravniško in negovalno diagnozo je ta, da gre pri negovalni diagnozi za opis pacientove osebne reakcije na obolenje, usmerjena je k posamezniku in njegovim problemom, oblikujemo in spreminjamo jo glede na potrebe pacienta in je vodilo medicinski sestri za delo po načrtu zdravstvene nege. Za zdravniško diagnozo pa je značilno, da je to opis procesa obolenja, usmerjena je k patologiji in traja tako dolgo, dokler traja obolenje. Je vodilo zdravniku, del aktivnosti pa prevzame tudi medicinska sestra (Kisner in sod., 1998; Hajdinjak in Meglič, 2012).

Najbolj uveljavljen model formuliranja negovalne diagnoze je model PES, katerega avtorica je Marjory Gordon (Kisner in sod., 1998).

Problem (P) predstavlja odziv posameznika ali skupine na obolenje, zdravljenje ali življenjski slog (Ščavničar, 1998). Zaznan je v 1. fazi procesne metode dela, kjer zbiramo in strukturiramo informacije (Hajdinjak in Meglič, 2012). E (Etiology) predstavlja vzroke, ki so pripeljali do pojava problema, S (Symptoms) pa predstavlja znake in simptome, s katerimi se problem kaže (Ščavničar, 1998).

Pri ugotavljanju negovalnih diagnoz je varovanec središče obravnave, zato je potrebno z njim vzpostaviti tak odnos, da bo v središču pozornosti (Ščavničar, 1998).

4.4 Negovalne diagnoze za anoreksijo nervozo po PES shemi

Negovalna diagnoza se lahko oblikuje na različne načine, čeprav se v svetu najpogosteje uporablja model PES, ki ga predlaga M. Gordon (Kisner in sod., 1998). Kratica PES izhaja iz angleškega poimenovanja glavnih komponent sheme (Ščavničar, 1998):

P = težava (problem)

E = vzrok (etiology)

S = znak (sign), simptom (symptom).

Strokovnjaki zdravstvene nege se pri obravnavi mladostnika z anoreksijo nervozo najpogosteje srečujejo z negovalnimi diagnozami, ki so predstavljene v nadaljevanju. Povzete so po Gordonovi (2006) in Sevilli (2010) ter dodatnih avtorjih, ki so navedeni pri posamezni negovalni diagnozi.

4.4.1 Neuravnovešena prehrana, manj kot telo potrebuje

Vzroki

- nezadosten vnos hranil;
- nezmožnost prebave hrane, absorpcije ali presnove hranil;
- samopovzročeno bruhanje;
- kronična in pretirana uporaba odvajal;
- deficit v znanju;
- zavračanje hrane.

Simptomi

- telesna teža je 15% ali več pod pričakovano težo glede na telesno višino, starost in stopnjo razvoja;
- bleda veznica in sluznice;
- zmanjšan turgor kože in mišični tonus;
- povečano izpadanje las, povečana rast dlak po telesu (lanugo);
- amenoreja;
- hipotermija;
- bradikardija, motnje srčnega ritma, hipotenzija.

Cilji

- pacient pridobi potrebno znanje o prehrani in hranilih ter verbalizira razumevanje o prehranskih potrebah;
- pacient vzpostavi prehranski vzorec, katerega kalorični vnos je primeren za pridobivanje ali vzdrževanje primerne telesne teže glede na starost, spol in telesno višino;
- pridobivanje telesne teže proti načrtovanemu območju.

Intervencije

- pridobivanje podatkov o motnjah hranjenja v preteklosti pri posamezniku ali njegovi družini;
- dokumentacija začetne telesne teže;
- določitev zelene telesne teže in izračun dnevnih potreb;
- spremljanje obnašanja v povezavi z zmanjšanim vnosom hranil;
- spodbujanje pacientov, da vodijo dnevnik prehranjevanja;
- tehtanje pacientov vsak drugi dan (pred zajtrkom, vedno v istih oblačilih);
- posvet z dietetikom glede napotil in priporočil za nadaljnjo prehransko rehabilitacijo:
 - o poučitev o osnovnih skupinah živil in potrebah telesa po določenih vitaminih in mineralih;
 - o poučitev o pomembnosti zadostnega kaloričnega vnosa in potrebah organizma;
 - o prepoved gaziranih pijač in kofeinskih napitkov (povzročajo hitrejši občutek sitosti);
 - o predstavitev visoko proteinske hrane, ki povzroča hitrejšo pridobivanje telesne teže;

- več manjših obrokov;
- uporaba začimb pri osebah z motnjami okušanja.
- spodbujanje prijetne ureditve okolice pred hranjenjem;
- spodbujanje telovadbe za pospeševanje metabolizma;
- spremljanje programa telesne aktivnosti in postavitve omejitev glede le-te;
- odvzem krvi za laboratorijske preiskave: serumski albumini, transferin, rdeča in bela krvna slika, vrednost elektrolitov;
- pri hranjenju preko NGS ali i.v. dostopa:
 - vstavitev NGS po aseptični metodi dela, če pacient ne je dovolj oziroma noče jesti;
 - kontrola lege sonde z avskultacijo, aspiracijo želodčnega soka;
 - aplikacija tekoče prehrane preko NGS, kjer začnemo z majhnimi količinami hrane;
- preverjanje intaktnosti sistema ali komplikacij (izpad NGS, poškodba cevke, zamašitev cevke, flebitis pri i.v. dostopu);
- opozorilo pacienta, da bo v začetku porast telesne teže hitrejši zaradi ponovne hidracije;
- uporaba »stop tehnike«: namen te tehnike je ustaviti željo po prenajedanju pri purgativnem tipu anoreksije nervoze; pacient ob prihodu na oddelek določi tehniko, ki jo bo izvajal, ko se bo pojavila želja po prenajedanju; medicinska sestra je seznanjena s tehniko, ki si jo je izbral pacient in ga spodbuja pri izvedbi (na primer recitiranje pesmi, ploskanje in podobno) (Kastelic, 1995; Klopp in Gullanick, 2012).

4.4.2 Tekočine, prenizek volumen tekočin

Vzroki

- nezadosten vnos tekočine;
- aktivna izguba tekočine (diureza, diareja, samopovzročeno bruhanje);
- povečana ali kronična uporaba laksativov in diuretikov;
- elektrolitsko neravnovesje.

Simptomi

- suha in bleda koža;
- suhe in lepljive sluznice;
- zmanjšan turgor kože;
- znižan krvni tlak;
- zmanjšana polnjenost vratnih ven;
- povečan pulz in telesna temperatura;
- negativna tekočinska bilanca (iznos je večji, kot vnos) zaradi uporabe diuretikov;
- zmanjšana količina urina (manj kot 50 ml/h), ki je koncentriran;
- laboratorijski izvidi: porast uree in kreatinina v serumu, povišan hematokrit, motnje elektrolitov;
- slabost;
- utrujenost;
- spremembe v psihičnem stanju;
- hemokonzracija, porušeno elektrolitsko ravnovesje;

- pospešeno dihanje;
- povečan občutek žeje;
- upadle oči;
- padec centralnega venskega pritiska;
- hiter padec telesne teže.

Cilji

- pacient bo izboljšal tekočinsko ravnovesje in ga tudi vzdrževal, kar se kaže na zadostni količini urina, stabilnih vitalnih znakov, vlažnih sluznicah in primernem turgorju kože;
- verbalizacija razumevanja vzročnih faktorjev in vedenja, ki je potrebno za popravo tekočinskega deficita oziroma neravnovesja;
- pacient bo razumel vzroke problema in načine, na katere se mu lahko pomaga, pokazal bo željo in interes za vnos tekočin;
- pacient ne bo kazal znakov in simptomov dehidracije, imel bo dober turgor kože, vlažen jezik in sluznice vseh 24 ur;
- pacient bo povečal vnos tekočine na minimalno 2000 ml v 24 urah, diureza bo 1300 ml/dan (oziroma 30 ml/h), specifična teža urina pa naj bo v mejah normalnih vrednosti;
- RR, TT in dihanje bodo v mejah normalnih vrednosti.

Intervencije

- spremljanje pacientove zgodovine za določitev morebitnega vzroka tekočinskega neravnovesja;
- spremljanje tekočinskega vnosa in izločanja;
- dnevno tehtanje pacienta za spremljanje napredka;
- ocena statusa hidracije z nadzorom turgorja kože, količine in izgleda urina;
- spremljanje vitalnih funkcij vsake 4 ure pri stabilnih pacientih, pri nestabilnih pacientih pogosteje;
- spremljanje kapilarnega povratka, polnjenosti vratnih ven, stanja turgorja kože in stanja mukoznih membran za znake dehidracije;
- spremljanje krvnega tlaka za prepoznavo ortostatskih sprememb (položaj pacienta v postelji);
- beleženje pojava tahikardije, tahipneje, oslabiljenega pulza, hipotenzije ter povišane ali znižane telesne temperature;
- spremljanje mentalnega statusa: pojav razdražljivosti, zmedenosti in zaspanosti kaže na dehidracijo;
- prepoznavanje znakov obremenitve cirkulacije: glavobol, rdeča in topla koža, tahikardija, dilatacija ven, povišan centralni venski pritisk, kratek dah, povišan krvni tlak, tahipneja, kašelj;
- spremljanje barve in količine urina;
- spremljanje telesne temperature, saj lahko povišana telesna temperatura dodatno poveča izgubo tekočin;
- spremljanje izgube tekočin preko ran, NGS, diareje, krvavitev, bruhanja;
- pacientu pojasnimo pomembnost vnosa predpisane tekočine in naredimo načrt časa pitja tekočin preko dneva;
- pacientu zagotovimo svežo vodo oziroma napitek, ki ga ima ob sebi 24 ur na dan in ga na primer čez dan užije 1200 ml, zvečer 800 ml, ponoči pa 200 ml;

- pacientu ponudimo pomoč, če ne more piti samostojno. Pri težji dehidraciji nadomeščanje tekočin parenteralno;
- pacienta opozorimo, da imajo napitki, kot so kava, čaj in sok grenivke diuretski učinek, ki lahko privede do še večje izgube tekočin, zato omejimo dostop do njih;
- izvajanje ustne nege vsaj 2-krat na dan;
- seznanjenost z laboratorijskimi rezultati elektrolitskih in ledvičnih parametrov, saj lahko zmanjšana ledvična funkcija resno ogrozi pacientove možnosti za izboljšanje stanja in lahko zahteva dodatne intervencije;
- nadzor nad i.v. potjo, po kateri dovajamo tekočine, kar je skrajni ukrep pri popravilu tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja za preprečitev aritmij;
- pogovor o strategijah za preprečevanje bruhanja in uporabe laksativov in diuretikov kot način soočanja s čustvi. To prepreči nadaljnje tekočinsko izgubljanje (Šepec in sod., 2011; Galanes in Gulanick, 2012a).

4.4.3 Znanje, pomanjkljivo

Vzroki

- kompleksnost zdravljenja;
- starost pacienta;
- nezainteresiranost za ozdravitev.

Simptomi

- preobremenjenost z ekstremnim strahom pred debelostjo in zmotno sliko svojega telesa;
- zavrnitev uživanja hrane, prenajedanje in bruhanje, zloraba laksativov in diuretikov, prekomerna telovadba;
- poročanje o potrebi po dodatnih informacijah;
- izražanje želje po učenju primernejših načinov spopadanja s stresorji;
- zanikanje prisotnosti bolezni in potrebe po učenju;
- pomanjkanje seznanjenosti z informacijami glede stanja bolezni;
- naučene sposobnosti spoprijemanja s težavami niso primerne.

Cilji

- pacient izrazi željo za načrt za spremembe življenjskega sloga za doseganje in vzdrževanje normalne telesne teže;
- pacient prikaže motivacijo za učenje;
- identifikacija razmerja med znaki in simptomi ter tveganim vedenjem (odklanjanje hrane, prenajedanje in bruhanje);
- pacient verbalizira razumevanje zaželenih ciljev in izvede zelene aktivnosti za doseg zastavljenih ciljev.

Intervencije

- ocena stopnje znanja, stanja motivacije in pripravljenosti za učenje ter izvajanje potrebnih intervencij za doseg zdravja;

- prepoznavanje dejavnikov, ki ovirajo učenje. Sem uvrščamo podhranjenost, družinske težave, zlorabe PAS, afektivne motnje in obsesivno-kompulzivne simptome in jih moramo kot take čim prej odstraniti;
- pogovor o posledicah, ki jih prinaša tvegano obnašanje;
- določitev prioritet pri potrebah po učenju;
- identifikacija zmot, ki se pojavljajo pri učenju zaradi prejšnjih zmotnih informacij;
- določitev kulturnih vplivov na zdravstveno vzgojo;
- določitev pacientove samozadostnosti za učenje in aplikacijo novega znanja v proces rehabilitacije;
- zagotovitev fizičnega udobja za pacienta, kar poveča koncentracijo na obravnavano temo;
- zagotovitev mirnega in tihega okolja za učenje;
- dopustitev pacientu, da prepozna, kaj je zanj pomembno in določitev prioritet;
- preučitev obnašanja in počutja glede sprememb;
- ponujanje informacij naj bo jasno in predstavljeno na primerih ter preko različnih kanalov (razlaga, diskusija, demonstracija, slikovni material);
- ob predstavitvi novih podatkov se pomikamo od že znanih dejstev proti manj znanim dejstvom oziroma kompleksnejšim pojmom;
- spodbujanje postavljanja vprašanj;
- vključevanje pacientovih pomembnih drugih za spodbudo pacientu in lažje učenje;
- zagotoviti pisne informacije za svojce (Gullanick, 2012a).

4.4.4 Telesna podoba, moteno doživljanje telesne podobe

Vzroki

- situacijske spremembe: vstavitve NGS sonde;
- strah pred debelostjo; zaznana izguba nadzora v nekaterih aspektih življenja;
- osebna ranljivost; neizpolnjene potrebe po odvisnosti;
- disfunkcionalna družina;
- ponavljajoče se negativno samoocenjevanje.

Simptomi

- poročanje o spremenjeni strukturi ali funkciji telesa ali telesnega dela;
- zavrnitev pogovora ali zaznavanja spremembe;
- osredotočanje na spremenjen del telesa ali pa zavrnitev pogleda nanj;
- spremembe v socialnem obnašanju (izolacija, odmik);
- uporaba oblačil, ki bi zakrile nepravilnosti;
- motena telesna slika: zaznava se drugačnega, kot v resnici je;
- izražanje zaskrbljenosti, uporaba zanikanja kot obrambnega mehanizma, občutek nemoči za preprečitev ali izvedbo sprememb;
- izražanje sramu ali krivde;
- težnja po ustrežanju drugim, odvisnost od tujega mnenja.

Cilji

- pacient vzpostavi realističen pogleda na telo;
- pacient prepoznava sebe kot posameznika in sprejemanje odgovornosti za svoja dejanja;
- pacient izraža sprejemanje telesa s pogovorom, dotikom ali pogledom na, po njegovem mnenju, problematične dele telesa.

Intervencije

- ocena zaznavanja spremembe in strukture v funkciji dela telesa;
- ocena vpliva zaznanih sprememb na vsakodnevne aktivnosti, obnašanje, razmerja med osebami;
- ocena pogostosti kritik na račun samega sebe;
- pomoč pacientu pri prepoznavanju aktualnih sprememb;
- spodbujanje verbalizacije pozitivnih in negativnih občutij glede zaznanih sprememb;
- pomoč pacientu pri identifikaciji načinov spoprijemanja s telesno podobo;
- pomoč pacientom pri spoprijemanju s spremembami, povezanimi s puberteto in strahovi pred spolnostjo;
- vzpostavitev terapevtskega odnosa med pacientom in medicinsko sestro, saj le prijeten in spodbuden odnos vodi v zaupanje pri poizkušanju novih stvari;
- postavitve jasnih meja glede urnika tehtanja, hranjenja in aplikacije zdravil ter seznanitev pacientov s posledicami, ki se lahko zgodijo, če se pacient tega ne drži;
- pomoč pacientu pri pridobivanju kontrole na področjih, ki ne zajemajo le prehrane in izgube telesne teže, ampak tudi na področju načrtovanja dnevnih aktivnosti, dela in prostega časa;
- pomoč pacientu pri oblikovanju ciljev in izdelavi načrta za postopno doseganje le-teh;
- opazovanje pacientovega odmika ali izražanja neudobja v socialnih stikih, ki se kaže kot občutek izolacije in strah pred zavrnitvijo oziroma kritiko drugih;
- spodbujanje pacienta, da prevzame nadzor nad svojim življenjem na ta način, da se sam odloča in sprejema samega sebe glede na trenutno stanje;
- pozornost na samomorilne misli ali obnašanje v tej smeri, saj lahko depresija in občutek nemoči vodita do poskusa samomora, predvsem če je pacient impulziven;
- vključitev v skupinsko terapijo je priložnost za odkrit pogovor o čustvih in za preizkušanje novega obnašanja in vedenja;
- vključevanje v razne krožke in delavnice, kjer pacient razvije zanimanje za stvari, ki zapolnijo čas, katerega je pacient prej porabil za razmišljanje o prehrani;
- vključevanje terapevta s področja spolnosti, saj lahko potrebuje pacient pomoč za spoprijemanje s težavami, povezanimi s spolnostjo in za sprejemanje sebe kot spolno dozorele osebe (Klopp, 2012b).

4.4.5 Obstipacija

Vzroki

- nezadosten vnos tekočine, dehidracija;
- nezadosten vnos hrane;
- zmanjšan vnos vlaknin;
- težave pri požiranju;
- pogosta uporaba laksativov in diuretikov;
- psihološke težave: anksioznost, stres;
- zmanjšana gibljivost prebavnega trakta;
- zmanjšana fizična aktivnost.

Simptomi

- spremembe v frekvenci izločanja: manj kot 3 stolice na teden;
- zmanjšan volumen stolice (trda in suha);
- boleča in otežena defekacija;
- občutek polnosti v danki;
- pogosti in neproduktivni dražljaji za defekacijo;
- slabost;
- distenzija abdomna;
- tipna masa v danki;
- glavobol, nespečnost, depresija;
- slabost in bruhanje;
- poročanje o bolečini ali strahu pred bolečino ob iztrebljanju.

Cilji

- pacient bo redno izločal mehke stolice po aplikaciji klizme ali laksativov;
- pacient bo izločal formirano blato 3-krat na teden;
- pacient ne bo občutil pritiska v danki;
- pacient se ne bo počutil nelagodno tekom defekacije.

Intervencije

- ocena običajnega vzorca odvajanja in primerjava s trenutnim vzorcem: pomembni so količina, frekvenca, barva in kvaliteta;
- avskultacija peristaltike in otip fekalne mase;
- ocena uporabe laksativov: katere laksative uporablja in kako pogosto;
- ocena običajnih prehranskih navad, urnika prehranjevanja in vnosa tekočin;
- ocena stanja aktivnosti;
- zagotovitev zasebnosti;
- ocena strahu pred bolečino;
- spodbujanje dnevnega vnosa tekočin na vsaj 2000 do 3000 ml, v kolikor ni kontraindicirano;
- spodbujanje vnosa hrane z več vlakninami, uživanje sliv, fig, mineralnih napitkov, žitaric in stročnic, več svežega sadja in zelenjave ter lanenega semena;
- spodbujanje pacienta, da dnevno vnese vsaj 20 g prehranskih vlaken (na primer integralne žitarice, zelenjava);

- spodbujanje redne telesne aktivnosti;
- slediti aplikaciji predpisanih zdravil (analgetiki, narkotiki, diuretiki);
- spodbujati pacienta k redni telesni aktivnosti: minimalno 15-20 minut dnevno;
- svetovati pacientu, da naj se ne sili in napenja na školjki, da ne pride do poškodb črevesne sluznice;
- zagotoviti dostop do toaletnih prostorov 15-20 minut po obroku, še posebej po zajtrku;
- svetovati pacientu, da naj ne zanemari občutka, da mora na stranišče (Šepec in sod., 2011; Klopp in Cachero- Salavrakos, 2012).

4.4.6 Diareja

Vzroki

- prehranske motnje in malabsorpcija;
- metabolične in endokrine spremembe;
- zloraba laksativov;
- hranjenje preko NGS.

Simptomi

- izločanje tekoče ali pol-tekoče stolice najmanj trikrat na dan;
- povečana peristaltika črevesa;
- hiter odhod na stranišče;
- splošna oslabelost;
- abdominalna bolečina in krči;
- hipotenzija;
- dehidracija.

Cilji

- pacient bo razumel probleme in vzroke, ki privedejo do diareje;
- pacient bo razumel načine, na katere mu želimo pomagati in se ne bo počutil nelagodno;
- pacient bo sodeloval pri načrtovanju in izvedbi intervencij skladno s svojimi sposobnostmi;
- pacientove prehranske potrebe bodo zadovoljene;
- pacient bo poročal o manjšem številu tekočih stolic;
- pacient bo znal opisati konsistenco in patološke spremembe v stolicah.

Intervencije

- ocena vzročnih faktorjev, ki privedejo do pojava diareje;
- ocena kvalitete zaužite hrane zaradi nevarnosti kontaminacije;
- pravilno hranjenje preko NGS (po protokolu);
- določitev potrebnega vnosa tekočine v 24 urah in vodenje evidence;
- svetovanje glede uživanja tekočin: negazirana voda, čaj, pripravki za rehidracijo;
- nadomeščanje tekočine in elektrolitov parenteralno po predpisu zdravnika;
- zagotavljanje primerne prehrane: prežgana juha brez maščobe, riž, kuhan v slani vodi, korenčkova juha, suhi in nemastni keksi, slane palčke, ribana jabolka,

- pečena jabolka, banana, svež manj masten kravji sir, jogurt, trdo kuhano jajce, hrana, bogata s kalijem in natrijem;
- zagotovitev malih in pogostih obrokov;
- zagotovitev bližine stranišča;
- pojasniti pacientu, na kaj mora biti pozoren pri opazovanju stolice (kri, sluz) in vpliv diareje na hidracijo in delovanje organizma;
- pojasniti pacientu pomembnost preprečevanja prenosa infekcije: umivanje rok, primerno pripravljena hrana;
- prepoznavati znake dehidracije;
- dokumentiranje števila tekočih in poltekočih stolic;
- vzdrževati higieno perianalne regije prepoznavati simptome in znake vzdružene kože;
- dnevne meritve telesne teže;
- meritve in dokumentacija vitalnih znakov (Šepec in sod., 2011; Klopp, 2012a).

4.4.7 Hipotermija

Vzroki

- nezadostna prehranjenost;
- malo maščobnega tkiva;
- slaba cirkulacija.

Simptomi

- hladna in bela koža;
- zmedenost;
- odsotnost znojenja;
- aritmija;
- motnje v elektrolitskem ravnovesju;
- akrocianoza;
- bradikardija;
- petehialne krvavitve po koži in sluznicah.

Cilji

- telesna temperatura bo nad 35°C;
- vrednost krvnega tlaka, pulza in dihanja bodo v normalnih mejah.

Intervencije

- odstranitev vzrokov, ki so privedli do podhladitve;
- gretje prostorov, v katerih pacient prebiva (21-24 °C);
- uporaba zunanjšega ogrevanja: topla pokrivala, topla voda (dogovor z zdravnikom)-še posebej v področju glave in vrata;
- obdržati pacienta v suhih in toplih oblačilih in postelji;
- zagotoviti toplo tekočino za pitje;
- zagotoviti notranje segrevanje: vdihavanje toplega in navlaženega kisika (100%, 40 °C), intravenska infuzija na 40-42 °C;
- meritve telesne temperature vsako uro;

- pri srednji in težki podhladitvi je potrebno meriti telesno temperaturo kontinuirano preko pljučnega arterijskega katetra ali direktno v mehurju;
- pri budnem pacientu temperaturo meriti oralno (bolj točen rezultat). Vedno uporabimo isto metodo in mesto merjenja telesne temperature;
- ocena stanja GCS vsako uro;
- stalno nadziranje stanja zavesti in prepoznavanje spremembe;
- vzpostaviti kontinuiran EKG, invazivno merjenje arterijskega tlaka in pulzno oksimetrijo po predpisu zdravnika;
- asistenca pri vstavitvi CVK;
- meritve centralnega venskega pritiska v intervalih po navodilih zdravnika;
- meritve urne diureze in opazovanje barve in izgleda urina;
- spremljati in opazovati spremembe, ki nastanejo kot posledica hipotermije: pojav bradikardije, aritmije, hipotenzije;
- beležiti bilanco tekočin;
- odvzem laboratorijskih vzorcev po navodilih zdravnika;
- beležiti znake hipotermije: drgetanje, hladna koža, piloerекcija, slabo kapilarno polnjenje, cianoza okončin;
- opazovati znake pojava koagulopatije: krvavitev okrog iv. katetra, petehialna krvavitev po koži in sluznici;
- uporaba ogretega in navlaženega kisika preko maske;
- asistenca pri morebitni vstavitvi NGS;
- izogibanje intramuskularni in subkutani injekciji (Šepec in sod., 2011).

4.4.8 Odklanjanje terapevtskih navodil

Vzroki

- vrednote;
- pomanjkanje znanja ali spretnosti;
- zaznana neučinkovitost terapevtskega procesa;
- zanikanje bolezni;
- nizka motivacija;
- zapleten terapevtski režim.

Simptomi

- neposredno poročanje o odklanjanju terapevtskih navodil s strani pacienta ali okolice;
- objektivni testi, ki dokazujejo odklanjanje (fiziološke meritve);
- pri zdravljenju ni napredka;
- nespoštovanje dogovorov.

Cilji

- pacient bo sprejel navodila za ohranjanje zdravja;
- viden bo napredek pri zdravljenju;
- pacient bo spoštoval dogovore sprejete med medicinsko sestro in njim samim.

Intervencije

- ocena stanja in ugotavljanje vzrokov, ki so pripeljali do odklanjanja terapevtskih navodil;
- sprememba načina podajanja informacij, sprememba okolja ali izvajalca zdravstvene nege;
- motiviranje pacienta za spremembe;
- postavljanje kratkoročnih ciljev, ki ob izpolnitvi motivirajo pacienta za nadaljnje delo (Gulanick, 2012b).

4.4.9 Aktivnosti, nezmožnost za telesno aktivnost

Vzroki

- oslABLJena mišična moč;
- medicinske prepovedi;
- bolečina in neugodje;
- depresija in anksioznost;
- predpisana prepoved premikanja.

Simptomi

- nezmožnost, da se oseba zavedno premakne;
- omejen obseg gibanja;
- zmanjšana mišična moč, vzdržljivost ali kontrola;
- bolečina in neugodje.

Cilji

- pacient izvede fizično aktivnost neodvisno ali z asistenco;
- pri pacientu se ne pojavljajo zapleti, povezani z nemobilnostjo: koža je nepoškodovana, tromboflebitis ni prisoten, vzorec odvajanja je normalen.

Intervencije

- ocena dejavnikov, ki preprečujejo mobilnost: nizka telesna teža, nevarnost padcev, prepoved zaradi načina vzdrževanja telesne teže;
- ocena znanja pacienta in okolice o posledicah nemobilnosti;
- ocena znakov za tromboflebitis (bolečine v mečih, rdečina, lokalizirana oteklina, povišana temperatura v tistem predelu);
- ocena stanja kože: iščemo znake rdečice ali ishemije tkiva po ušesih, ramenih, komolcih, križnici, bokih, petah, gležnjih in prstih na nogah;
- vodenje evidence hranjenja: pravilno hranjenje omogoča dovolj energije za ukvarjanje z aktivnostjo;
- ocena odvajanja, saj neaktivnost povzroča obstipacijo;
- ocena varnosti okolja in odstranitev ovir, ki bi lahko povzročale padec;
- primeren transport pacienta z uporabo primerne asistencije drugih oseb ali pripomočkov;
- spodbujanje pacientov, da opravljajo aktivnost tako hitro, kolikor želijo;
- postelja naj bo na najnižji stopnji, ograjice naj bodo dvignjene;

- obračanje in sprememba položaja vsaki 2 uri za spodbuditev prekrvavitve in sprostitev pritiska;
- koža naj bo čista, suha in navlažena za preprečevanje razjed zaradi pritiska;
- spodbujanje vnosa tekočin vsaj 2000-3000 ml na dan za preprečitev obstipacije;
- visokobeljakovinska prehrana za ohranitev primerne energije;
- spodbujanje pogovora o občutkih, moči, slabostih in skrbeh (Yager in sod., 2006).

4.4.10 Rast in razvoj, zaostanek

Vzroki

- slabo stanje prehranjenosti;
- neprimerno odzivanje na dražljaje;
- pomanjkljivosti v okolju;
- način spoprijemanja s težavami;
- strah pred odraslostjo in spremembami telesne podobe.

Simptomi

- zaostajanje v rasti;
- nizka telesna teža;
- zmanjšanje kostne gostote;
- sekundarni spolni znaki niso razviti;
- odsotnost menstruacije;
- odklanjanje pogovora o čustvih in doživljanju.

Cilji

- pacient bo primerno prehranjen, njegova telesna teža bo primerna njegovi starosti in telesni višini;
- kostna gostota ne bo zmanjšana;
- sekundarni spolni znaki bodo prisotni.

Intervencije

- ocena stanja pacienta in primerjava s parametri, značilnimi za določeno starost;
- pogovor o odraščanju in prehodu iz otroštva v puberteto: katere spremembe to prinaša;
- pogovor o pomembnosti primerne prehranjenosti za normalno delovanje organizma (Gordon, 2006).

4.4.11 Spanje, motnje spanja

Vzroki

- neudobje in bolečina;
- spremembe okolja;
- anksioznost in strah;
- depresija.

Simptomi

- poročanje o težavah pred spanjem;
- zbujanje prej ali pozneje od zastavljene ure;
- prekinjeno spanje;
- poročanje o utrujenosti, navkljub počitku;
- razdražljivost;
- zehanje;
- obrazni izrazi: prazen pogled, utrujen videz.

Cilji

- pacient prejme optimalno količino spanca, kar se kaže na spočitem izgledu, poroča o tem, da je spočit.

Intervencije

- ocena preteklih vzorcev spanja v normalnem okolju: količina, rituali pred spanjem, globina in dolžina spanca, mogoče motnje;
- ocena pacientovega mnenja o težavah s spanjem;
- dokumentiranje opazovanja spanja in zbujanja, opis fizioloških ali psiholoških faktorjev, ki motijo spanec (hrup, bolečina, neudobje, strah, anksioznost);
- spodbujanje pacientov, da sledijo urniku in poskušajo iti v posteljo in vstati vedno ob isti uri. To spodbuja regulacijo cirkadianega ritma in zmanjša potrebe po energiji, ki je potrebna za prilagoditev na spremembe;
- izogibanje težkim in obilnim obrokom, vnosu alkohola ali velikih količin tekočin, kofeina ali kajenja pred spanjem;
- povečanje stopnje dnevne aktivnosti za zmanjšanje stresa;
- izogibanje stresnim dejavnostim pred spanjem;
- urejanje okolja za lažji spanec (tiho, udobno okolje, s stalno temperaturo, zračen prostor, temen, zaprta vrata);
- spodbujanje relaksacijskih tehnik pred spanjem (topla kopel, mirna glasba, branje knjige);
- poučitev o nefarmakoloških tehnikah, ki spodbujajo spanec (Gordon, 2006; Galanes in Gulanick, 2012b).

4.4.12 Koža, nevarnost za spremembe kože

Vzroki

- povečano metabolno stanje;
- dehidracija;
- kahektične spremembe;
- slabo stanje prehranjenosti;
- delovanje mehaničnih sil;
- slaba cirkulacija;
- hipotermija.

Cilji

- verbalizacija razumevanja dejavnikov, ki povzročajo poškodbe in odsotnost srbečice;
- pacientova koža bo ostala nepoškodovana, brez prisotnosti rdečine in s kapilarnim povratkom < 6 sekund na območjih morebitne rdečine;
- prepoznavna in uporaba vedenja, ki vzdržuje kožo mehko, voljno in nepoškodovano.

Intervencije

- ocena splošnega stanja kože: turgor, koža je topla in suha na dotik, brez odrgnin ali drugih vidnih poškodb, hiter kapilarni povratek (manj kot 6 sekund);
- ocena stanja kože na izpostavljenih mestih, kot so trtica, komolci, pete, kolena, boki) zaradi povečanega tveganja za ishemijo;
- ocena pacientove zmožnosti premikanja;
- ocena pacientovega stanja prehranjenosti;
- ocena prisotnosti edemov;
- če je pacient vezan na posteljo, je potrebno urediti urnik obračanja oziroma spreminjanja položaja v postelji;
- nežna masaža kože čez področja, kjer je zmanjšana količina podkožnega maščevja, kar spodbuja prekrvavitev in tonus kože;
- očiščenje, sušenje in vlaženje kože, še posebno preko kritičnih mest dvakrat na dan. Spodbujanje k umivanju vsak drugi dan in ne vsakodnevno, saj pogosto umivanje povzroča suho kožo;
- uporaba kreme za telo dvakrat na dan in še posebej po umivanju, saj vlaži kožo in zmanjša srbečico;
- zagotovitev zadostnega zaužitja hrane in pijače;
- poučitev pacientov o vzrokih za razvoj ulceroznih sprememb: pritisk na kožo, še posebej na kritičnih mestih; inkontinenca; slabo stanje prehranjenosti; drgnjenje kože;
- pogovor o pomembnosti pogoste menjave položajev in potreba po aktivnosti, kar spodbuja cirkulacijo in perfuzijo tkiv, s čimer se preprečuje nastanek razjed zaradi pritiska (Šepec in sod., 2011; Klopp in sod., 2012c).

4.4.13 Nevarnost aspiracije

Vzroki

- uporaba NGS;
- zmanjšan požiralni refleks;
- zmanjša črevesna gibljivost;
- oslabelelo požiranje;
- oslabelelost mišic;
- nekoordiniran prehod hrane iz ust do želodca.

Cilji

- pacientovo tveganje za aspiracijo je zmanjšano kot posledica primerne ocene stanja in zgodnjih intervencij.

Intervencije

- nadzor stanja zavesti, saj je zmanjšano stanje zavesti primarni dejavnik tveganja za aspiracijo;
- nadzor zmožnosti požiranja: nadzor kašljanja po požiranju, preverjanje zaostajanja hrane v ustih po obroku;
- avskultacija črevesne peristaltike za oceno delovanja črevesja. Zmanjšana črevesna peristaltika poveča nevarnost za aspiracijo, ker hrana in tekočine zaostajajo v želodcu;
- ocena prisotnosti slabosti in bruhanja;
- ocena stanja dihal za klinične dokaze aspiracije. Poslušamo dihalne šume, saj se aspiracija majhnih delcev lahko dogodi tudi brez pojava kašljanja;
- prisotnost seta za aspiracijo v bližini;
- ponujanje hrane take konsistence, da jo lahko pacient brez težav požre;
- spodbujanje pacientov, da prežvečijo hrano in jejo počasi, med hranjenjem pa naj ne govorijo;
- pri pacientih z NGS je pred hranjenjem potrebno preveriti pozicijo sonde, saj lahko napačno uvedena cevka vodi v dihala;
- pred hranjenjem preverimo ostanke prejšnjega hranjenja. Če je ostanek večji od 50 %, to nakazuje na zapoznelo želodčno praznjenje, kar vodi v distenzijo želodca in bruhanja. Postelja naj ima naklon 30-45°;
- pacientu pojasnimo potrebo po pravilni poziciji za zmanjšanje rizika aspiracije;
- poučitev o primernih tehnikah hranjenja in znakih ter simptomih aspiracije (Galanes, 2012).

5 RAZPRAVA

Cilji diplomske naloge so bili s pregledom strokovne in znanstvene literature na enem mestu zbrati osnovne podatke o anoreksiji nervozi, opisati glavne simptome in znake bolezni po posameznih življenjskih aktivnostih, opisati najpogostejše negovalne diagnoze, ki se pojavljajo pri anoreksiji nervozi ter opredeliti aktivnosti, ki jih izvaja tim zdravstvene nege glede na zastavljene izide zdravljenja anoreksije nervoze pri mladostniku. V ta namen smo si zastavili tri raziskovalna vprašanja, ki so predstavljena v nadaljevanju.

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kateri so dejavniki, ki vodijo do anoreksije nervoze in kateri so simptomi in znaki, preko katerih se ta oblika motenj hranjenja kaže. S pregledom literature smo dognali, da je anoreksija nervoza bolezen, katere incidenca je zaradi strahu in stigme pred postavitvijo diagnoze še vedno dokaj neznan (Mitchison in Mond, 2015). Smink in sod. (2012) trdijo, da pojavljanju motenj hranjenja botrujejo globalizacija, selitve prebivalstva, modernizacija, urbanizacija in izpostavljenost medijem. Menimo, da imajo izmed vseh naštetih dejavnikov, ki vplivajo na pojavnost anoreksije nervoze, največji vpliv ravno slednji. Otroci vedno več časa preživijo pred televizijo, kjer hote ali nehote spremljajo različne oddaje, ki ustvarjajo ideale popolnega telesa. Videno in slišano se jim vtisne v spomin in lahko vpliva na njihovo obnašanje v prihodnosti, najpogosteje v obdobju odraščanja. Jurčić (2004) trdi, da se bolezen najpogosteje pojavlja prav na prehodu iz otroštva v adolescenco, saj so otroci takrat najbolj podvrženi socializaciji, pletenju socialne mreže ter občutljivosti na mnenje drugih in bi naredili vse, da bi bili sprejeti. To je tudi obdobje velikih telesnih, čustvenih in miselnih sprememb. Razumevanje in sprejetje sprememb, ki jih prinašata rast in razvoj, je po našem mnenju odvisno od otrokove čustvene in miselne razvitosti, na kar pa vplivata otrokova osebnost in v največji meri vzgoja.

Motena zaznava oblike telesa in telesne teže, izkrivljen in moten odnos do lastnega telesa, pretiravanje v doslednosti in želji ustreči drugim ter pomanjkanje samozavesti naj bi bili kazalniki, ki jih Middleton in Smith (2010) navajata kot ključne za hitro prepoznavanje bolezni, vendar so dokaj splošni in se po našem mnenju pojavljajo pri veliki večini adolescentov. Strah pred debelostjo oziroma težnja za suhostjo se lahko pojavljata pri vseh, ki jim je mar za svoje zdravje, ampak lahko to uravnavajo z upoštevanjem pravil zdravega prehranjevanja in redno telesno aktivnostjo in ne z omejevanjem vnosa hrane. Pomembno vlogo pri predstavitvi zdravega načina življenja ima z zdravstveno-vzgojnim delom prav medicinska sestra, ki deluje na primarnem nivoju zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih. Je prva, ki se lahko sreča s pacienti z anoreksijo nervozo, vendar nima stalnega nadzora nad njihovim razvojem in obnašanjem. Sistematski pregledi, ki se izvajajo v času šolanja na vsaki 2 leti, so po našem mnenju eden glavnih načinov odkrivanja bolezni, a je časovni interval med enim in drugim pregledom žal prevelik. Poleg tega se zdravstveno osebe z mladostniki sreča le ob obisku, takrat preveri njihovo telesno težo, telesno višino in telesni razvoj, ne more pa opazovati njihove interakcije v okolju, duševnega razvoja in dožemanja samega sebe. Za opazovanje in nadzorovanje prej omenjenih elementov bi bilo smotno v šole uvesti profil šolske medicinske sestre, ki bi delovala pod okriljem zdravstvenih domov in bi najhitreje zaznala morebitne motnje hranjenja in druge zdravstvene težave šolarjev, saj bi imela z mladostniki vsakodnevni stik. Vodila bi tudi razne delavnice, kjer bi obravnavali tematike kot so zdrava prehrana, telesna aktivnost, spolnost, telesne

spremembe med odraščanjem, preživljanje prostega časa, načini sprostitve in podobno. Da lahko medicinska sestra ugotovi, na katerih področjih delovanja mladostnika se pojavljajo težave, mora imeti dobro sposobnost opazovanja, za kar pa mora biti primerno in zadostno izučena. Opazovanje je, poleg meritev in intervjuja, orodje zbiranja podatkov v fazi ocenjevanja, ki jo kot prvo izmed šestih faz procesne metode dela opisuje Kisner s sodelavci (1998). Najpomembnejši vir informacij je pacient sam, vendar nam zaradi strahu pred postavitvijo diagnoze ali drugih dejavnikov ne bo hotel povedati vsega. Informacij ne bo mogoče dobiti niti s strani svojcev, saj se družinski člani največkrat skrivajo za predstavo nedotakljivosti in popolnosti njihove družine. Bradovski (2010) navaja, da družine, iz katerih izhajajo pacienti, veljajo za zaprte, zanje je značilno pomanjkanje družinske podpore v kriznih in pomembnih trenutkih, družinski odnosi so moteni, matere so ponavadi dominantne, očetje pa pasivni in neučinkoviti. Bolezen bi lahko veliko hitreje prepoznali in pričeli z njeno obravnavo če bi se starši otrok z motnjami hranjenja po zdravniško pomoč obračali dovolj zgodaj, si ne bi zatiskali oči pred trenutnim stanjem in ne bi poskušali reševati težav na svoj način. Šele ob dolgotrajnejšem stiku z mladostnikom lahko spoznamo njegove notranje vzgibe, ki bi lahko vodili do pojava motenj hranjenja. Ker pa ob preventivnih pregledih medicinske sestre te možnosti nimajo, morajo biti še posebej izučene, da hitro ocenijo mladostnika, predvsem njegovo neverbalno komunikacijo. Menimo, da je v programu šolanja zdravstvenih delavcev premalo pozornosti namenjene vzpostavljanju in ocenjevanju komunikacije, zato težko prepoznavamo znake, ki na prvi pogled niso vidni. Pomanjkljivosti v programu izobraževanja zdravstvenih delavcev je v raziskavi iz leta 2004 potrdila tudi Ramjan, ki je preučevala odnos med medicinsko sestro in osebo z anoreksijo nervozo. Medicinske sestre so poročale o pomanjkanju programov za izobraževanje, o zastarelosti smernic obravnave, izrazile pa so tudi željo po boljšem sodelovanju pri sestavi rehabilitacijskih programov. Z izsledki raziskav se strinjamo, saj se tudi v Sloveniji pojavlja problem na področju izobraževanja ustreznih kadrov glede motenj hranjenja. Glede na to, da se anoreksija nervoza pojavlja v vedno večjem obsegu in pri vedno mlajših osebah, bi morali organizirati več izobraževanj na to tematiko. Menimo tudi, da bi morala biti predavanja obsežnejša in celovitejša ter se ne bi smela osredotočati izključno na prepoznavanje simptomov in znakov bolezni, temveč bi morala nuditi tudi vedno nove smernice za primerno obravnavo pacientov. Velik poudarek bi morali nameniti tudi komunikaciji, kjer bi se seznanili z empatičnim pristopom, saj se ob obravnavi pacientov opaža pomanjkanje empatije, slabo prepoznavanje njihovih čustev oziroma zatiskanje oči pred resničnim doživljanjem, ker oseb ne želimo prizadeti.

Z drugim in tretjim raziskovalnim vprašanjem, ki smo si ga postavili, smo želeli ugotoviti, kakšen vpliv ima anoreksija nervoza na 14 življenjskih aktivnosti mladostnika, katere so najpogostejše negovalne diagnoze, ki se postavijo pri obravnavi mladostnikov z motnjami hranjenja ter katere intervencije je potrebno izvesti za doseg zastavljenih ciljev. V nalogi predstavljene negovalne diagnoze so osnova za delo medicinskih sester v bolnišnicah in terciarnih ustanovah, saj lahko le na ta način uspešno obravnavajo paciente in jim pomagajo k izboljšanju stanja. Zaradi pomanjkanja časa, kadrov in prevelikega števila pacientov v obravnavi se negovalne diagnoze, kot jih opisujejo Gordon (2006), Yager (2006), Sevilla (2010), Gallanes s sodelavci (2012), Gulanic s sodelavci (2012) in Klopp s sodelavci (2012) na primarni ravni zdravstvenega varstva ne postavljajo. Intervencije, ki jih prej omenjeni avtorji

predlagajo, bi lahko znatno pripomogle k zmanjšanju števila hospitaliziranih pacientov, če bi bila bolezen prej odkrita in bi bila obravnava bolj sistematična.

Če se oseba zdravi ambulantno, se moramo zavedati, da obstaja velika možnost, da se ne bo držala prejetih navodil, ker bo hotela imeti nadzor nad svojim življenjem, kar je tudi ena izmed predlaganih intervencij pri obravnavi motene telesne samopodobe. Za osebe z anoreksijo nervozo velja, da so inteligentne in perfekcionisti, zato tu ne smemo trditi, da je sprejemanje informacij oteženo ali moteno (Middleton in Smith, 2010). Prej gre za odklanjanje terapevtskih navodil (Gordon, 2006). Pri njih se najpogosteje pojavlja pomanjkanje motivacije. S pogovorom o strahovih je potrebno najti vzrok, zaradi katerega se je motnja pojavila ter pacientu pomagati priti do spoznanja, zakaj si želi spremembe. Motivacija za učenje in identifikacija sprememb kot pozitivno stvar so cilji, ki jih poskušamo z zdravljenjem doseči v sklopu obravnave pomanjkljivega znanja. Če ambulantno zdravljenje ni uspešno, se priporoča hospitalizacija.

Jurčić (2004) in Bradovski (2010) kot indikacije za hospitalizacijo adolescenta z anoreksijo nervozo navajata telesno težo, ki je manjša od 75 % normalne telesne teže, odklanjanje hranjenja, dehidracijo, elektrolitsko neravnovesje, aritmijo, zastoj v rasti in razvoju in druge, ki pa so znak že kritične faze bolezni. Glavni cilj obravnave je odprava ogrožajočih stanj, ki lahko vodijo v smrt, ter čim hitrejša vzpostavitev elektrolitskega ravnovesja in normalne stopnje prehranjenosti. Ko je ogrožajoče stanje rešeno, lahko pričnemo z drugimi vrstami zdravljenja. Strinjamo se z ugotovitvami Yager-a in sod. (2006), ki trdijo, da naj bi bila psihoterapija v pomoč takrat, ko je podhranjenost urejena in se je že začelo pridobivanje telesne teže, saj bo imel pacient šele tedaj dovolj fizične moči za sodelovanje pri terapevtskih aktivnostih in bo rehabilitacija uspešna. Po mnenju Yager in sod. (2006) je pomembno, da si že ob začetku obravnave pridobimo pacientovo zaupanje in spoštovanje. Naše mnenje je, da je to zelo težko doseči, ker pacient odriva vse proč od sebe. Vsaki intervenciji, ki bi jo radi opravili zdravstveni delavci, bodo nasprotovali, ker se bojijo naraščanja telesne teže. Mogoče je ta pristop uspešen pri starejših, ki zbolijo za anoreksijo nervozo, pri otrocih in adolescentih pa je skoraj nemogoč, ker želijo z odklanjanjem in neupoštevanjem drugih dokazati svoj prav. Potrebno je vztrajati pri aktivnostih, tudi če takrat pacienti tega ne želijo. Po končani rehabilitaciji bodo prišli do spoznanja, da je bil cilj vseh udeleženih v obravnavi njihova dobrobit. V obravnavo motenj hranjenja je vključena tudi družina, ki obolelemu pomaga pri spremembi vedenja in ga spodbuja k ozdravitvi. V začetni fazi zdravljenja pa se družinska terapija ne priporoča, saj je takrat stopnja starševske kritike povečana in lahko to negativno vpliva na potek zdravljenja (Yager in sod., 2012). Strinjamo se s prej omenjeno trditvijo Yager-a in sod. (2012) in dodajamo, da bi morali osebe z motnjami hranjenja takoj po končani hospitalizaciji poslati v posebne ustanove, kjer bi se srečevali še z drugimi mladostniki z motnjami hranjenja oziroma boleznimi v telesnem razvoju. To ne bi smela biti možnost, ki si jo oboleli lahko izbere, ampak standardni postopek pri rehabilitaciji. V kolikor čakamo, da oseba sprejme odločitev, se lahko stanje spet poslabša in je potrebno z rehabilitacijo začeti znova. To slabo vpliva na pacientovo družino, saj jim da občutek, da recidiva niso mogli preprečiti, in na pacienta samega, ker izgubi voljo in motivacijo, katero je pridobil ob koncu prvega zdravljenja in mu poraja dvom, kako bo, ko se bo zaključilo novo zdravljenje. Poleg tega ima ponovno zdravljenje tudi negativne ekonomske učinke, saj se stroški obravnave sedaj ponovijo, denar pa bi lahko bil že v začetku porabljen za ustrezno rehabilitacijo. Vzporedno z obravnavo pacienta bi morala potekati tudi

obravnavajo družine, njihovih odnosov in načinov spoprijemanja z boleznijo, da jih lahko ustrezno pripravimo na vrnitev mladostnika nazaj domov. Reljič Prinčič (2003) pravi, da je osnovni problem zdravljenja anoreksije nervoze ta, da pri pacientu obstaja želja po vnosu hrane, a ga je strah pred izgubo nadzora nad količino zaužite hrane. Dokler strah pred vnosom hrane ne bo odpravljen, tudi zdravljenje ne bo uspešno, saj neuravnovešena prehrana in vnos premajhnih količin le-te pomembno vpliva na vse življenjske aktivnosti, kot jih opisuje Henderson (1998). Največji vpliv ima na izločanje in odvajanje, komplikacije, ki se povezujejo s prehranjevanjem in pitjem pa se odražajo na vseh organskih sistemih (Mehler in Brown, 2015). Preden medicinska sestra na primarnem nivoju zdravstvenega varstva opazi neustrezno prehranjenost, je bolezen že preveč napredovala, saj je takrat telesna teža že zelo nizka. Navkljub zdravstveno-vzgojnemu delu, obravnavi dotičnih tem v šoli in na delavnicah zdravega prehranjevanja in zdravega načina življenja obstaja velika verjetnost, da pacient prejetih navodil ne bo upošteval, četudi se zaveda, da njegovo ravnanje ni primerno. Kot eno izmed intervencij smo pri obravnavani negovalni diagnozi navedli tudi spodbujanje telesne aktivnosti za pospešitev metabolizma, vendar je tu potrebno biti pozoren na to, da lahko osebe z anoreksijo nervozo to izkoristijo in se poslužujejo prekomerne telesne aktivnosti kot poskus zniževanja telesne teže. Bistvo vseh intervencij pri tej negovalni diagnozi je vzpostavitev prehranskega vzorca, katerega kalorični vnos je primeren za pridobivanje telesne teže proti načrtovanemu območju in s tem tudi odprava komplikacij bolezni, ki se pojavljajo zaradi slabe prehranjenosti (Klopp in Gullanick, 2012).

S prekomernim vnosom tekočin poskušajo oboleli prikazati napredek v zdravljenju, saj lahko to dejanje neposredno pred tehtanjem povzroči lažne rezultate oziroma le začasni dvig telesne teže, kar nas ne privede nič bližje cilju. Prenizek volumen tekočin je poleg zmanjšane vnosa tekočin lahko tudi posledica povečanega iznosa. S tem imamo v mislih bruhanje in diarejo zaradi uporabe laksativov in diuretikov. Mogoče bi bila tudi tu priporočljiva uporaba »stop tehnike«, čeprav nismo nikjer zasledili nobene omembe uporabe te tehnike pri preprečitvi bruhanja, ampak le kot preprečitev prenajedanja (Kastelic, 1995). Bistvo vseh intervencij pri obravnavi prenizkega volumna tekočin je izboljšati tekočinsko ravnovesje, odprava dehidracije in normalizacija vitalnih funkcij (krvni tlak, telesna temperatura in dihanje) (Šepec in sod., 2011; Galanes in Gulanick, 2012a). Z vzpostavitvijo tekočinskega ravnovesja in zadostnim vnosom prehrane lahko preprečimo tudi obstipacijo. Kot eno izmed intervencij pri tej negovalni diagnozi smo navedli tudi zagotovitev dostopa do toaletnih prostorov 15-20 minut po obroku, s čimer želimo doseči stalen vzorec odvajanja (Gordon, 2006; Šepec in sod., 2011; Klopp in Cachero-Salavrakos, 2012). Vendar pa lahko, podobno kot z izrabo telesne aktivnosti, tudi tu pride do zlorabe ponujene možnosti in se oseba zateče k bruhanju. V kolikor bi bil ob odhodu v toaletne prostore pacient pod nadzorom medicinske sestre, bi to v njem najverjetneje vzbudilo še večji občutek podrejenosti. In to je nekaj, čemur želijo vsi z motnjami hranjenja ubežati.

Kot posledica neuravnovešene prehrane in zmanjšane vnosa hranil se pojavlja zaostanek v rasti in razvoju, ki se v začetku še ne pozna veliko, predvsem če se bolezen pojavi pred puberteto, a se znaki hitro pokažejo v adolescenci. Otrok se mora zavedati, da se fiziološke spremembe kot posledica odraščanja pojavijo pri vseh, pri enih sicer prej kot pri drugih, in da so naravne. Pa vendar to težko dopovemo otroku, katerega življenje se vrti okoli primerjave z drugimi. Ena izmed intervencij je pogovor o odraščanju in spremembah, ki jih to prinaša. Tu je zlasti pomemben pristop medicinske

sestre, ki mora biti potrpežljiva, sproščena in iznajdljiva, da zna na primeren način otroku predstaviti pričakovane spremembe. Cilji intervencij, ki si jih postavljamo pri tej negovalni diagnozi, so usmerjeni predvsem na telesne znake rasti, na primer na primerno prehranjenost, razvitost sekundarnih spolnih znakov in primerno stopnjo kostne gostote (Gordon, 2006).

Primerna stopnja prehranjenosti vpliva tudi na telesno aktivnost. Nezmožnost za telesno aktivnost obravnavamo predvsem v dobi hospitalizacije, ko je pacient prvič sprejet na oddelek in je njegovo stanje tako resno, da je svetovano stalno ležanje in hranjenje preko NGS ali ko ima premalo moči za kakršnokoli aktivnost (Yager in sod., 2006). V povezavi z nezmožnostjo za telesno aktivnost obravnavamo tudi nevarnost za poškodbe kože, saj se zaradi stalnega ležanja in delovanja strižne sile na izpostavljene dele telesa, kot so komolci, lopatice, križnica, boki, pete, gležnji in prsti na nogah, lahko pojavijo razjede zaradi pritiska). Stalna menjava položaja na 2 uri, kot to priporoča Yager (2006), lahko da pacientu občutek, da ni zmožen sam poskrbeti zase, da ga stalno nadzirajo in usmerjajo njegovo življenje. Lahko se zgodi, da začne zavračati hranjenje preko NGS in so zato potrebnejši radikalnejši ukrepi, kot je na primer hranjenje preko gastrostome ali jejunostome (Yager in sod., 2006).

Izmed vseh obravnavanih negovalnih diagnoz pa so mogoče motnje spanja tiste, katere se po našem mnenju najredkeje pojavljajo oziroma jih najtežje opazimo. Nezdosten vnos hranilnih snovi opazimo na znižani telesni teži, pomanjkljiv vnos tekočin se odraža na stanju sluznic in kože ter količini in barvi urina, pomanjkljivo spanje oziroma motnje s spanjem pa se lahko dokaže le s poročanjem o težavah s spancem. Med simptome sicer uvrščamo tudi razdražljivost, zehanje in prazen pogled ter utrujen videz, vendar je lahko to tudi posledica nezadostnega vnosa hranilnih snovi, tekočin in vdanosti v usodo (Gordon, 2006; Galanes in Gulanick, 2012b). Menimo, da lahko negovalno diagnozo motenj spanja postavi le tista medicinska sestra, ki uspe s pacientom navezati tak prijateljski odnos, da ji bo pacient pripravljen to zaupati. Za to pa je potreben čas.

Menimo, da je navkljub temu, da so motnje hranjenja že dolgo prisotne med nami, potrebna še veliko dela, da se dokončno odpravi stigma, ki jo postavitve diagnoze prinaša. Vzrokov za bolezen ne smemo iskati samo pri obolelemu, temveč tudi v njegovi okolici, v zdravljenje pa je potrebno poleg pacienta samega čim bolj aktivno vključiti tudi njegovo družino. Le s primerno podporo okolice lahko pacient popolnoma okreva, čeprav bodo nekatere posledice bolezni tudi po končani rehabilitaciji še vedno vidne. Pomembno je, da zna pacient ob stiku z neprijetno izkušnjo primerno odreagirati in se ne usmeri spet v lajšanje težav s pomočjo hrane. Zavedati se mora, da so bili slaba prehranjenosti ter nezadosten vnos hranil in tekočin povod za pojav komplikacij na vseh področjih posameznikovega delovanja ter da je bil cilj zdravstvene obravnave in vseh izvedenih intervencij čim prejšnja vzpostavitev stanja, ki ne bi ogrožalo pacientovega življenja. Dolgoročno gledano pa je cilj zdravstvene obravnave in zdravstvene vzgoje ta, da se prepreči recidiv bolezni in posameznika usposobi za primerno soočanje s težavami in prikritimi čustvi.

6 ZAKLJUČEK

Anoreksija nervoza je duševna bolezen, ki najpogosteje prizadene odraščajočo populacijo med 15. in 19. letom starosti. Incidenca ostaja približno enaka skozi ves čas, vendar je bilo opaziti porast prav v prej omenjeni populaciji. To lahko pripišemo zgodnjemu pojavljanju bolezni, boljši osveščenosti prebivalstva ali večjim možnostim zdravljenja. Dejavnikov za pojav bolezni je več. Med najpomembnejšimi so strah pred vnosom hrane zaradi povečanja telesne teže, zadovoljstvo z izgubljanjem telesne teže, pomanjkanje podpore v družini oziroma moteni družinski odnosi, kultura in regija, v kateri posameznik živi, področje dela, vpliv okolice, negativnih komentarjev glede izgleda in poročanje o idealnem telesu s strani medijev. Težave se odražajo na vseh organskih sistemih. Med najpomembnejše zaplete spadajo nize krvni pritisk, pešanje srca, oslabelost mišic, anemija, izostanek menstruacije, neplodnost, zmanjšana kostna gostota, elektrolitsko neravnovesje in prebavne težave. Poleg telesnih zapletov se pojavijo tudi težave pri odnosih v družbi, delu in študiju, kjer so zaradi zmanjšane storilnosti primorani opustiti del vsakdanjih aktivnosti.

Medicinska sestra se v obravnavo vključi v primarnem zdravstvenem varstvu, v še tesnejši stik s pacientom pa pride ob hospitalizaciji in zdravljenju na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva. Pacientu pomaga v tistih aktivnostih, ki bi jih drugače izvedel sam, če bi imel za to potrebno znanje, moč in voljo. Osnova njenega dela so negovalne diagnoze, ki so odgovor posameznika na trenutno zdravstveno stanje. Največ problemov se pojavlja na področju dihanja, prehranjevanja in pitja, izločanja in odvajanja, vzdrževanja normalne telesne temperature ter izražanju čustev. Največ težav povzroča deficit v prehranjenosti, ki je vzrok za vse ostale komplikacije. Do tega pride zaradi čustvene ranljivosti pacienta, četudi oseba na zunaj izgleda popolna. Pri obravnavi se je zato potrebno osredotočiti na odpravo čustvenih motenj, s čemer bomo vplivali na tudi na stopnjo prehranjenosti.

7 VIRI

- ALGARS, M., HUANG, L., VAN HOLLE, AF., PEAT, C., THORNTON, L., LICHENSTEIN, P., BULIK, CM., 2014. Binge eating and menstrual dysfunction. *Journal of Psychosomatic Research*, letn. 76, št. 1, str. 19–22.
- APA. *Feeding and Eating Disorders, 2013* [spletni vir]. [Datum dostopa: 6.6.2015]. Dostopno na <http://www.dsm5.org/documents/eating%20disorders%20fact%20sheet.pdf>
- BIZJAK ČERNELIČ, M., 2007. Ko je hrana užitek in strup – psihološki pomen hrane in motenj hranjenja. *Primorska srečanja*, letn. 31, št. 314/315, str. 48–56.
- BRADOVSKI, Z., 2010. *Zdravstvena njega i edukacija djece oboljele od anoreksije nervoze s osvrtno na komplikacije vezane uz bolest, Hrvaška, 2010* [spletni vir]. [Datum dostopa 16.6.2015]. Dostopno na http://sestrinstvo.kbcsm.hr/arhiv/strucni_sadrzaj/ss15/ss15.html
- BRECELJ-KOBE, M., *Motnje hranjenja v otroštvu, 2013* [spletni vir]. [Datum dostopa 6.8.2015]. Dostopno na http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=40&naslovclanek=Motnje_hranjenja_v_otro%C5%A1tvu
- COLCLOUGH, B., 1998. *Ne kaj ješ – kaj te žene, da ješ! : Umetnost vojskovanja s prehransko motenostjo*. Ljubljana: Debora, str. 4, 7, 25, 64.
- FARKAŠ-LAINŠČAK, J., 2011. Promocija zdravja v bolnišnicah: od ideje o podpornih okoljih do razvoja Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. V: FARKAŠ-LAINŠČAK, J., KOŠNIK, M., ur. *Promocija zdravja v bolnišnicah: strokovno srečanje ob ustanovitvi Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, str. 4–13.
- GALANES, S. *Aspiration, Risk for, 2012* [spletni vir]. [Datum dostopa 18.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick05.html>
- a GALANES, S., GULANICK, M., *Fluid Volume Deficit – Hypovolemia; Dehydration, 2012* [spletni vir]. [Datum dostopa 18.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick21.html>
- b GALANES, S., GULANICK, M., *Sleep Pattern Disturbance – Insomnia, 2012* [spletni vir]. [Datum dostopa 21.6.2015]. Dostopno na: <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick48.html>
- GORDON, M., 2006. *Negovalne diagnoze*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Antona Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, str. 68, 84, 94, 103, 112, 116, 122, 134, 158, 186, 201, 234.
- a GULANICK, M., *Knowledge Deficit – Patient Teaching; Health Education, 2012* [spletni vir]. [Datum dostopa: 18.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick34.html>
- b GULANICK, M., *Ineffective Management of Therapeutic Regimen: Individual, 2012* [spletni vir]. [Datum dostopa: 18.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick32.html>

- HAJDINJAK, G., MEGLIČ, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, str. 3, 9–10, 95, 96, 95–111, 114–121, 126–141.
- HENDERSON, V., 1998. *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, str. 19, 38, 39, 44–74, 76–85.
- HUNT, D., CHURCHILL, R., 2013. Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: a focus group study. *Family practice*, letn. 30, št. 4, str. 459–465.
- JURČIČ, Z., 2004. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. *Medix*, letn. 10, št. 52, str. 40–45.
- KAMIN, T., 2011. Promocija zdravja. V: KVAS, A., ur. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 1–20.
- KASTELIC, A., 1995. Celostna obravnava oseb z motnjami hranjenja. V: TOMORI, M., ur. *Motnje hranjenja, IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, str. 29–37.
- KESKI-RAHKONEN, A., HOEK, H.W., SUSSER, E.S., LINNA, S.M., SIHVOLA, E., RAEVUORI, A., BULIK, C.M., KAPRIO, J., RISSANEN, A., 2007. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry*, letn. 164, št. 8, str. 1259–1265.
- KISNER, N., ROZMAN, M., KLASINC, M., PERNAT, S., 1998. *Zdravstvena nega*. Maribor: Obzornik, str. 21, 22, 27–30, 50–53, 81, 120–122, 134–137, 149–150, 160–163, 176–179, 192–193, 211–212, 227–231.
- a KLOPP, A. *Diarrhea – Loose Stools, Clostridium difficile (C. difficile)*, 2012 [spletni vir]. [Datum dostopa: 18.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanic16.html>
- b KLOPP, A. *Body Image Disturbance*, 2012 [spletni vir]. [Datum dostopa: 18.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanic06.html>
- c KLOPP, A., STOREY, VM., BRONSTEIN, KS., *Skin Integrity, Impaired: Risk For – Pressure Sores; Pressure*, 2012 [spletni vir]. [Datum dostopa: 19.6. 2015]. Dostopno na: <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanic47.html>
- KLOPP, A., CACHERO-SALAVRAKOS, MD., *Constipation – Impaciton; Obstipation*, 2012 [spletni vir]. [Datum dostopa: 18.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanic13.html>
- KLOPP, A., GULLANICK, M., *Nutrition, Altered: Less than Body Requirements – Starvation*, 2012 [spletni vir]. [Datum dostopa: 24.6.2015]. Dostopno na <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanic36.html>
- KOTAR M., 2001. Govorica obraza. V: STROKOVNO SREČANJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV. *Bolnik/varovanec – naša skupna skrb: zbornik predavanj 2. strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Celje, 28. september 2001*. Celje: Splošna bolnišnica, str. 91–94.
- KVAS, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? V: KVAS, A., ur. *Zdravstvena vzgoja – moč*

- medicinskih sester*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 33–46.
- LAPANJA KASTELIC, D., 1995. Mladostniki z motnjami hranjenja v šolskem dispanzerju. V: TOMORI, M., ur. *Motnje hranjenja, IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, str. 45–53.
- MEHLER, P.S., BROWN, C., 2015. Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of eating disorders*, letn. 3, št. 11, str. 1–8.
- MIDDLETON, K., SMITH, J., 2012. *Motnje hranjenja: Prvi koraki na poti do ozdravitve*. Koper: Ognjišče, str. 6–8, 10, 11, 17, 20, 22, 26–30, 37–40, 43, 49, 80, 123–125.
- MILLER, K.K., 2013. Endocrine Effects of anorexia Nervosa. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, letn. 42, št. 3, str. 515–528.
- MITCHISON, D., MOND, J., 2015. Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of eating disorders*, letn. 3, št. 20. Dostopno na <http://www.jeatdisord.com/content/pdf/s40337-015-0058-y.pdf>
- MREVLJE, G. V., 1995. Sociološki vidiki motenj hranjenja. V: TOMORI, M., ur. *Motnje hranjenja, IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, str. 19–27.
- NANDA. *Glossary of Terms, Združene države Amerike, 2015* [spletni vir]. [Datum dostopa 16.6.2015]. Dostopno na <http://www.nanda.org/nanda-international-glossary-of-terms.html>
- NURSING THEORIES: A COMPANION TO NURSING THEORIES AND MODELS. *Virginia Henderson's Need Theory, 2012* [spletni vir]. [Datum dostopa: 16.6.2015]. Dostopno na http://currentnursing.com/nursing_theory/Henderson.html
- PREŽELJ, J., 1995. Somatski vidiki motenj hranjenja. V: TOMORI, M., ur. *Motnje hranjenja, IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, str. 13–17.
- RAATZ, SK., JAHNS, L., JOHNSON, LK., CROSBY, R., MITCHEL, JE., CROW, S., PETERSON, C., LE GRANGE, D., WONDERLICH, SA, 2015. Nutritional Adequacy of Dietary Intake in Women with Anorexia Nervosa. *Nutrients*, letn. 7, št. 5, str. 3652–3665.
- RAMJAN, L.M., 2004. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 45, št. 5, str. 495–503.
- RELJIČ PRINČIČ, A., *Izkušnje pri zdravljenju v ambulanti, 2003* [spletni vir]. [Datum dostopa 6.8.2015]. Dostopno na http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=40&naslovclanek=Izku%C5%A1nje_pri_zdravljenju_v_ambulantih
- SERNEC, K., 2009. Motnje hranjenja. V: PREGELJ, P. in KOBENTAR, R., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 249.
- SEVILLA, C. *Eating Disorders: Anorexia Nervosa/Bulimia Nervosa, 2010* [spletni vir]. [Datum dostopa 15.6.2015]. Dostopno na <http://www.scribd.com/doc/25880893/Eating-Disorders-Anorexia-Nervosa-Bulimia-Nervosa>

- SINGHAL, V., MISRA, M., KLIBANSKI, A., 2014. Endocrinology of anorexia nervosa in young people: recent insights. *Current Opinion Endocrinology Diabetes Obesity*, letn. 21, št. 1, str. 64–70.
- SMINK, F.R.E., VAN HOEKEN, D., HOEK, H.W., 2012. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, letn. 14, št. 4, str. 406–414.
- ŠČAVNIČAR, E., 1998. Negovalna diagnoza. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 32, št. 3–4, str. 167–172.
- ŠEPEC, S., KURTOVIĆ, B., MUNKO, T., VICO, M., ABCU ALDAN, D., BABIĆ, D., TURINA, A., 2011. *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, str. 4, 9–13, 24–27, 28–30, 74–76.
- ŠKOBERNE, J., 2008. *Odnos mladostnic do lastnega telesa z vidika načina prehranjevanja*: diplomska naloga. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, str. 10–12, 14, 16.
- ŠOLC, Saša., 2003. *Vloga medicinske sestre pri bolniku*, Slovenija, 2003 [spletni vir]. [Datum dostopa 2.8.2015]. Dostopno na http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=40&naslovclanek=Vloga_medicinske_sestre_pri_bolniku
- ŠTEMBERGER KOLNIK, T., 2011. Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. V: KVAS, A., ur. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 119–127.
- THEORETICAL FOUNDATIONS OF NURSING. *Virginia Henderson, 2011* [spletni vir]. [Datum dostopa: 15. 6. 2015]. Dostopno na <http://nursingtheories.weebly.com/virginia-henderson.html>.
- TOMORI, M., 1995. Telo – med ugodjem in tesnobo. V: TOMORI, M., ur. *Motnje hranjenja, IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, str. 5–12.
- YAGER, J., DEVLIN, M.J., HALMI, K.A., HERZOG, D.B., MITCHELL, J.E., POWERS, P., ZERBE, K.J., 2006. Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders: Third Edition. Str. 12, 14, 16–17, 25, 27, 29–31, 35, 40–51, 57–68, 70–71, 73.
- YAGER, J., DEVLIN, M.J., HALMI, K.A., HERZOG, D.B., MITCHELL III, J.E., POWERS, P., ZERBE, K.J., 2012. Guideline watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition (str. 2–8).

POVZETEK

Hrana je že od nekdaj bila vir užitka in sredstvo sporazumevanja. Preko nje lahko izrazimo svoje mnenje o določeni stvari, pomaga pa nam tudi pri premagovanju čustvenih težav. Motnje hranjenja se pojavljajo v obdobju adolescence in otroštva, zato je pomembno, da smo ustrezno seznanjeni vsaj z osnovnimi motnje, da lažje pristopimo k obravnavi pacienta in njegove okolice. V slovenščini pa tudi v tuji literaturi je zelo malo člankov in del, ki bi opisovale negovalne diagnoze, ki so osnova za delo medicinske sestre, zato je bil glavni cilj diplomske naloge s pregledom strokovne in znanstvene literature na enem mestu zbrati osnovne podatke o anoreksiji nervozi, opisati glavne simptome in znake po posameznih življenjskih aktivnostih ter opisati negovalne diagnoze, ki se pojavljajo pri anoreksiji nervozi in aktivnosti, ki jih izvaja zdravstveno osebje. V prvem delu so na kratko opisane motnje hranjenja, v nadaljevanju pa je predstavljena in opisana anoreksija nervoza, vzroki, ki vodijo do te bolezni, njena pojavnost in diagnostični kriteriji, simptomi, znaki, zapleti in zdravljenje. V nadaljevanju je opisana teorija Virginie Henderson, katera je osnova za opazovanje in prepoznavo problemov, ki jih na podlagi postavljene negovalne diagnoze poskušamo rešiti. Predstavljene so tudi nekatere najpogostejše negovalne diagnoze, ki se pojavljajo pri obravnavi pacientov z anoreksijo nervozo in načini, kako ukrepati za preprečitev nadaljnjih komplikacij. Vse težave, ki se pojavljajo, so posledica slabe prehranjenosti, zato je potrebno delovanje na tem nivoju na normalizacijo telesne teže.

Ključne besede: anoreksija nervoza, negovalne diagnoze, teorija Virginie Henderson, intervencije zdravstvene nege

SUMMARY

Food has always been source of joy, pleasure and a mean of communication. Through it, we can express our opinions about a certain thing and it is helpful when dealing with emotional problems. Since the number of eating disorders is even higher during puberty than ever, it is very important to be properly informed about them, which can be helpful when dealing with the patient and their surroundings. There is not a lot literature about treatment of patients with anorexia nervosa in Slovenian or even any other language. Our main goal was to review the literature and gather basic information about the disease itself, main symptoms and signs and to describe nursing diagnoses which can be found when dealing with anorexia nervosa and the activities carried out by nurses. In the introduction, eating disorders and causes that lead to them are generally presented. In the result section, anorexia nervosa is described, its incidence and prevalence, diagnostic criteria, symptoms, signs, complications and treatment. Furthermore, we present the theory of Virginia Henderson, which is the starting point for observation and recognition of the problems that we try to solve on the basis of nursing diagnosis. Some of the most frequent nursing diagnosis that appear when dealing with the patients with anorexia nervosa and the measures we need to take to prevent the further complications are also presented. All the problems that appear are a result of malnutrition, so our main goal when dealing with eating disorders is how to normalize one's body weight and prevent other complications.

Key words: anorexia nervosa, nursing diagnoses, theory of Virginia Henderson, nursing interventions

ZAHVALA

*V mladih brezah tiha pomlad,
v mladih brezah gnezdijo sanje-
za vse tiste velike in male,
ki še verjamejo vanje.
Za vse tiste, ki jim nemir v očeh
zasije ob prvem pomladnem cvetu,
za tiste, ki se srce razboli jim,
ko dež zašumi v marčnem vetru,
za vse, ki dolgo dolgo v večer
na oknu zamišljeni preslonijo
in sami ne vejo, kaj čakajo
in po čem hrepenijo.
O, v mladih brezah je tisoč sanj,
pomladi in zastrtih smehljajev,
kot v pravljicah Tisoč in ene noči
iz daljnih, prečudnih krajev.
O, v mladih brezah je tisoč življenj
za vse tiste, ki ne znajo živeti
in le mimo življenja gredo
kot slepci in zagrenjeni poeti.*

Ivan Minatti

Ko v otroštvu sanjamo, kaj bomo, ko odrastemo, si vedno zamišljamo, da bomo junaki, ki pomagajo tistim, ki si sami ne morejo. Četudi nam poskuša okolica dopovedati, da svet ni tak, kot si ga zamišljamo, da moramo nanj gledati z veliko mero preudarnosti in kritike, pa vseeno v nas še vedno tli ta otroška radoživost, ki nas žene naprej k doseganju ciljev. Junak je lahko vsak, ki se za to odloči. Vsak, ki želi pomagati drugim pri doseganju njihovih ciljev. Zato bi se rada zahvalila tistim, ki so meni pomagali pri doseganju mojih ciljev. V prvi meri gre zahvala moji družini, ki me je podpirala pri mojih odločitvah, mi svetovala in me vodila pri izbiri študija ter znala poskrbeti, da nisem obupala v trenutkih, ko mi je bilo težko. Nikoli si ne bi mislila, da lahko v vseh letih šolanja spoznaš toliko ljudi, ki ti prirastejo k srcu in jih lahko imenuješ prijatelji. Vsak na svoj način me je znal razvedriti v trenutkih, ko sem to najbolj potrebovala in vedno so našli pravo rešitev za moje težave. Za to sem jim hvaležna in mi bodo vedno ostali v spominu. Hvala mentorici, doc. dr. Maši Černelič Bizjak, ki mi je svetovala pri izbiri teme in naslova diplomske naloge in me z nasveti usmerjala skozi proces raziskovanja, kritičnega razmišljanja in izdelave diplomske naloge ter somentorici doc. dr. Meliti Peršolja, prof. zdr. vzg. in viš. med. ses., ki mi je pomagala pri oblikovanju negovalnih diagnoz, opredelitvi intervencij ter me vodila skozi fazo kritičnega razmišljanja ob obravnavani tematiki. Hvala tudi lektorici Mariji Bajc, ki je poskrbela za slovnično pravilnost in berljivost diplomske naloge ter Anji Štokelj, ki je poskrbela za slovnično pravilnost tujejezičnih delov diplomske naloge.

Kot pravi Minatti, v mladih brezah gnezdijo sanje, za vse tiste, ki še verjamejo vanje. Naj bo to vodilo tudi za nas, kot bodoče diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, da si bomo drznili videti v osebah njihove prave potrebe in jim vlivati upanje na boljši jutri.