

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Tjaša Štesl

Motnje hranjenja med študentkami in študenti Fakultete za
socialno delo

Magistrsko delo

Ljubljana, 2019

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Tjaša Štesl

Motnje hranjenja med študentkami in študenti Fakultete za
socialno delo

Magistrsko delo

Mentorica: red. prof. dr. Vesna Leskošek

Ljubljana, 2019

Hvala!

Mentorici Vesni Leskošek za vso strokovno podporo in usmeritve, ki so mi pomagale pri pisanju magistrske naloge.

Družini za potrpežljivost in podporo med študijem.

Študentom in študentkam Fakultete za socialno delo, ki so si vzeli čas in pripomogli k moji raziskavi.

Girls developed eating disorders when our culture developed a standard of beauty that they couldn't obtain by being healthy. When unnatural thinness became attractive, girls did unnatural things to be thin.

Mary Pipher

Povzetek: Motnje hranjenja med študentkami in študenti Fakultete za socialno delo

Motnje hranjenja predstavljajo v sodobni družbi vedno večji problem, ki mu namenjamo premalo pozornosti. Pogosto kdo pravi, da je to zgolj trenutno in nič resnega. Družba, v kateri živimo, daje velik poudarek vitkosti in lepemu telesu, ljudje se cenijo po zunanosti. Taka sporočila otroci dobivajo že od rojstva. Motnje hranjenja so zelo resen problem, ki lahko ogrozi življenje mladostnika. Pri njih ne gre le za to, da se oseba nepravilno prehranjuje, temveč je v ozadju veliko večji problem, ki se na tak način le sprošča. Vzroke za nastanek lahko najdemo tako v družinskem okolju oziroma v primarni družini kot tudi v socialnem okolju. Vzroki so lahko tudi biološki oziroma genetski.

Osebe, ki trpijo za motnjo hranjenja, doživljajo hudo čustveno stisko, ki jo izražajo na napačen način. Na spletu je dostopnih veliko informacij o tem, vendar še vedno ostaja neke vrste tabu tema. O motnjah hranjenja še vedno govorimo s prisotnostjo stigme. Poleg bolj znanih motenj pa se vedno pogosteje pojavljajo tudi nove oblike motenj hranjenja, ki prav tako predstavljajo velik problem. Pri osebah, ki se soočajo z motnjo hranjenja, pogosto lahko opazimo še pridružene motnje, ki njihov problem dodatno zapletejo. Zaradi tega je zdravljenje lahko tudi dolgotrajnejše in bolj zapleteno. Motnje hranjenja torej posegajo v mnoge spektre življenja, vplivajo na celotno družino, prijatelje in vrstnike, šolo, službo ter celotno okolje, ki obdaja mladostnika. Predvsem zelo vplivajo na mladostnika, ki se sooča z veliko fizičnimi in tudi socialnimi posledicami. Pogosto se pridružijo še zdravstvene težave in tako postane njihov problem še večji.

Zaradi vsega zgoraj opisanega sem se odločila, da v magistrski nalogi podrobneje predstavim motnje hranjenja. V teoretičnem delu sem se posvetila teoriji: opredelila sem motnje hranjenja in vrste, vzroke za nastanek ter posledice, opredelila pa sem tudi pridružene motnje ter načine in vrste zdravljenja. V empiričnem delu sem izvedla raziskavo na Fakulteti za socialno delo, kjer sem preverjala, koliko o motnjah hranjenja študentje sploh vedo ter koliko študentov se s tem sooča oziroma se je soočalo v preteklosti. Za metodo sem uporabila nevodeno individualno anketo, v kateri je sodelovalo 120 študentov Fakultete za socialno delo.

Ključne besede: motnje hranjenja, anoreksija, bulimija, prenajedanje, psihoterapija

Abstract: Eating Disorders Among Students of Faculty of Social Work

In contemporary society, eating disorders present an increasing problem, which is not given enough attention. People often say it is just a current trend which means nothing serious. The society we live in strongly emphasizes thinness and a beautiful body, and people are appreciated according to their looks. Children receive such messages from the day they are born. Eating disorders are a very serious problem, the one that can jeopardize a life of an adolescent. In their case, having a bad diet is just a consequence resulting from a lot bigger problem, hidden inside their personality. Causes for the emergence of eating disorders can be found within a family environment, namely primary family, as well as social environment. Causes can also be biological or genetic.

People suffering from an eating disorder are facing severe emotional distress, which they reflect in a wrong way. The internet offers a variety of information, however, eating disorders still remain a taboo subject. There is a presence of stigma whenever we talk about eating disorders. Beside well known disorders there is an emergence of an increased number of eating disorders, which also present a big issue. In people facing an eating disorder, we often observe associative disorders, which additionally complicate their original problem. This can make a medical treatment longer and more difficult. Based on these facts, eating disorders interfere with many aspects of life, affecting the whole family, friends and peers, school, workplace, and all the environment surrounding an adolescent. More importantly, they have a strong influence on adolescents themselves. They face many physical as well as social consequences. Commonly, this is accompanied by medical issues, which makes their situation even worse.

Concluding the former facts, I have decided to present eating disorders in detail within my master's thesis. The theoretical part consists of theoretical information, a definition of eating disorders and their forms, causes and consequences of eating disorders, an identification of accompanying disorders together with possible forms of therapy. Within the empirical part I conducted a research on Faculty of social work, where I wanted to find out to what level students are informed about eating disorders, how many students are facing the problem or have ever faced it in their past. I used a method of a questionnaire, which was distributed to 120 students of Faculty of Social Work.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, binge eating, psychotherapy

Kazalo

1. Teoretični uvod	1
1.1. Kaj so motnje hranjenja	1
1.2. Vrste motenj hranjenja.....	2
1.2.1. Anoreksija nervoza	2
1.2.2. Bulimija nervoza	3
1.2.3. Kompulzivno prenažedanje.....	5
1.2.4. Nove oblike motenj hranjenja.....	5
1.2.4.1. Ortoreksija	5
1.2.4.2. Bigoreksija	6
1.2.5. Drugače klasificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja	7
1.3. Pridružene motnje	8
1.3.1. Samopoškodbeno vedenje	8
1.3.2. Depresija.....	9
1.3.3. Obsesivno-kompulzivna motnja	10
1.3.4. Odvisnost od psihoaktivnih snovi	11
1.3.5. Anksioznost	11
1.4. Vzroki in posledice	11
1.4.1. Družinski dejavniki tveganja za razvoj motenj hranjenja	12
1.4.2. Sociokulturni dejavniki tveganja za razvoj motenj hranjenja	12
1.4.3. Biološko-genetski dejavniki tveganja za nastanek motenj hranjenja	12
1.4.4. Drugi dejavniki	12
1.4.5. Fizične posledice	13
1.4.6. Čustvene posledice	13
1.4.7. Socialne posledice	13
1.4.8. Zdravstvene posledice	14
1.5. Vloga družine.....	14
1.6. Pomoč	14
1.6.1. Psihoterapija	15
1.6.2. Programi nevladnih organizacij	15
1.6.3. Ambulantno zdravljenje	16
1.6.4. Bolnišnično zdravljenje	17

1.6.5. Skupine za samopomoč	18
2. Problem	19
Za svojo raziskavo sem si zastavila naslednjih 9 hipotez:	19
3. Metodologija	20
3.1. Vrsta raziskave	20
3.2. Spremenljivke/teme raziskovanja	20
3.3. Merski instrumenti ali viri podatkov	22
3.4. Opredelitev enot raziskovanja	22
3.5. Načrt zbiranja podatkov oziroma empiričnega gradiva	22
3.6. Načrt obdelave gradiva	22
3.7. Načrt diseminacije rezultatov	23
4. Rezultati	24
4.1. Preverjanje hipotez	43
5. Razprava	45
6. Sklepi	49
7. Predlogi	50
8. Uporabljena literatura	51
9. Priloge	55
9.1. Anketni vprašalnik	55

Kazalo tabel

Tabela 1: Spol.....	24
Tabela 2: Letnik študija	24
Tabela 3: Poznavanje vrst motenj hranjenja.....	25
Tabela 4: Znaki anoreksije nervoze.....	26
Tabela 5: Znaki bulimije nervoze.....	27
Tabela 6: Znaki kompulzivnega prenajedanja.....	28
Tabela 7: Ortoreksija nervoza.....	29
Tabela 8: Bigoreksija nervoza	30
<i>Tabela 9: Oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja.....</i>	<i>31</i>
Tabela 10: Pridobljene informacije v času študija	32
Tabela 11: Zanimanje za problem motenj hranjenja	32
Tabela 12: Soočanje z motnjo hranjenja	33
Tabela 13: Soočanje z določeno vrsto motenj hranjenja	33
Tabela 14: Pridružene motnje.....	34
Tabela 15: »Drugo«.....	34
Tabela 16: Skrivanje samopoškodbenega vedenja	35
Tabela 17: Vpliv motnje hranjenja na izbiro študija socialnega dela.....	36
Tabela 18: Pričakovanja v zvezi s študijem socialnega dela	36
Tabela 19: Vpliv motnje hranjenja na odnose z bližnjimi.....	37
Tabela 20: Vpliv motnje hranjenja na odnose z bližnjimi.....	37
Tabela 21: Iskanje pomoči.....	38
Tabela 22: Začetek iskanja pomoči	38
Tabela 23: »Drugo«.....	39

Tabela 24: Koristnost pomoči	39
Tabela 25: Oblike pomoči, ki bi bile ustrezne/koristne	40
Tabela 26: Sedanje stanje.....	40
Tabela 27: Mnenja za konec.....	41
Tabela 28: Sovpadanje motenj hranjenja	42

Kazalo grafov

Graf 1: Letnik študija.....	25
Graf 2: Poznavanje vrst motenj hranjenja	26
Graf 3: Znaki anoreksije nervoze	27
Graf 4: Znaki bulimije nervoze	28
Graf 5: Znaki kompulzivnega prenajedanja	29
Graf 6: Ortoreksija nervoza	30
Graf 7: Bigoreksija nervoza.....	30
Graf 8: Oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja.....	32
Graf 9: Zanimanje za problem motenj hranjenja.....	33
Graf 10: Soočanje z določeno vrsto motenj hranjenja.....	34
Graf 11: Pridružene motnje	35
Graf 12: »Drugo«	35
Graf 13: Vpliv motnje hranjenja na odnose z bližnjimi	38
Graf 14: Začetek iskanja pomoči.....	39
Graf 15: Sovpadanje motenj hranjenja	42

1. Teoretični uvod

Špela Kranjec (2016, str. 84) je v svoji avtobiografiji *Pojedla sem anoreksijo* zapisala: »Bila sem le telo, navzven kot hladen, mrzel zid in navznoter le gmota bolečine in žalosti. Gmota, ki se je z bolečino in žalostjo soočala tako, da ju je raje pretvorila v obsesijo. Obsesijo s suhim telesom. In to je bil začaran krog.« Motnje hranjenja so zelo kompleksen problem, ki je čedalje pogostejši, vendar se o njem še vedno premalo govori. Motnje hranjenja ne prizadenejo samo tistega, ki se z njimi sooča, temveč celotno družino in ljudi, ki so tej osebi blizu. Živimo v družbi, ki idealizira vitko telo do te mere, da je to že postalo temelj samopodobe človeka (Zaviršek, 1995). Ženske od majhnega učijo, naj pazijo na svoj videz in naj bodo vedno pozorne na videz telesa (Sternad, 2001). K podobi idealnega ženskega telesa so močno doprinesli tudi mediji. Za uspešno žensko danes velja tista, ki ima dobro službo, družino, je žena, gospodinja in mati, hkrati pa je tudi postavna in vitka (Sernek, 2011a). Mladostnice so zato obremenjene z mnenji drugih, vendar je idealizirano telo tudi čedalje pogostejše problem fantov, ne le deklet. Trudijo se, da bi bili sprejeti v družbi in da bi zadovoljili zahtevam družbe o idealnem telesu, posledica tega pa je, da lahko hitro zapadejo v motnje hranjenja (Žigon, 2006). Tudi Danaja Lorenčič (2014, str. 7) v svoji knjigi *Ana v meni* piše: »Motnje hranjenja je preprosto spregledati, ker so kruta akumulacija vsega, kar sodobna družba časti – vitkosti, perfekcionizma, samokontrole in storilne naravnosti.«

1.1. Kaj so motnje hranjenja

Motnje hranjenja so zunanji odraz notranje stiske človeka. Gre torej za čustvene motnje, kjer oseba, ki trpi za motnjami hranjenja, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane. Mladostniki, ki trpijo za motnjo hranjenja, sebe doživljajo kot grde, neuspešne, nesposobne, imajo slabo samopodobo in nizko samozavest, prav tako pa nikoli niso zadovoljni s seboj, ne glede na to, kako dobro opravijo kakšno nalogo. Ravno zaradi tega lahko trdimo, da so motnje hranjenja v osnovi motnje v sprejemanju samega sebe (Sernek, 2011b). Medicina motnje hranjenja opredeljuje kot bolezen šele zadnjih 50 let. Uvršča jih med duševne motnje, ker je vzrok za njihov nastanek duševna stiska posameznika, ki se kaže s telesnimi znaki. Medicinsko so sicer opredeljene kot duševna motnja, vendar pa sociologi in antropologi menijo, da ima družbene izvore. Zaviršek (2000) omenja, da v življenju iz okolja dobivamo zavedna in nezavedna sporočila v zvezi z

našimi telesi. Navezujejo se na preživetost otroštvo, navade hranjenja ter samonadzorovanje in samokaznovanje, govorijo pa tudi o idealizaciji teles. Veliko število žensk že od rojstva pridobiva informacije o tem, kako morajo izgledati ter kaj in koliko morajo jesti, vse to pa lahko pripomore k razvoju motnje hranjenja. Sprva je veljalo, da so motnje hranjenja problem žensk, danes pa to več ne drži. Na 9–10 žensk z anoreksijo nervozo zboli 1 moški, prav tako pa 1 moški na 7–8 žensk zboli za bulimijo nervozo. Pri kompulzivnem prenašanju razlike med spoloma ni oziroma je razporeditev približno enaka (Serbec, 2011b).

1.2. Vrste motenj hranjenja

Med motne hranjenja uvrščamo anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prenašanje in nove oblike motenj hranjenja, kamor spadata ortoreksija nervoza in bigoreksija nervoza (Serbec, 2011c).

1.2.1. Anoreksija nervoza

Termin anoreksija je prvi uporabil Grull, in sicer leta 1873. Beseda pomeni izgubo apetita, kar je neustrezno, kajti večina oseb, ki trpi za to motnjo, navaja povečano željo po hrani. Najpogosteje se še vedno pojavlja pri dekletih med 14. in 18. letom starosti, vendar jo opazimo tudi pri fantih v adolescentnem obdobju (Sternad, 2001). Anoreksija nervoza je sindrom, pri katerem oseba zaradi bojazni pred debelostjo vzdržuje nizko telesno težo. Osebe pri anoreksiji nervozi vzdržujejo telesno težo vsaj 15 % pod pričakovano (Hrast, Smrdu, Gorenc, Pečenik in Dernovšek, 2008). Zadnjih 100 let velja za psihiatrični sindrom, vendar je šele od leta 1980 v medicini obravnavana kot kategorija duševne motnje. Za postavitev diagnoze anoreksija nervoza morajo biti izpolnjeni naslednji kriteriji:

- intenziven strah pred debelostjo, ki se ne zmanjša kljub zniževanju telesne teže,
- moteno doživljanje lastnega telesa,
- zavračanje ohranjanja vsaj minimalne telesne teže, ki bi ustrezala spodnji meji za določeno telesno višino,
- izguba menstruacije pri ženskah (Serbec, 2011a).

Anoreksijo nervozo delimo na dva podtipa:

- *restriktivna oblika anoreksije nervoze* (osebe s to obliko vzdržujejo nizko telesno težo predvsem z odklanjanjem hrane),
- *purgativna oblika anoreksije nervoze* (osebe s to obliko kot sredstvo za ohranjanje nizke telesne teže uporabljajo predvsem bruhanje, odvajala, diuretike ali/in pretirano telesno aktivnost) (Serbec, 2011a).

Osebe z anoreksijo nervozo zanikajo, koliko telesne teže so izgubile ali pa ji sploh ne pripišejo nobene pomembnosti. Prav tako svojo nizko težo skušajo prikriti. Pri teh osebah se pogosto pojavljajo simptomi, kot so utrujenost, depresija, tesnoba ali stres. Pogosti so tudi glavoboli, kar je posledica hipoglikemije ter nizkega prehranjevalnega statusa. Pogosto so prisotne bolečine v trebuhu in zaprtje. Bolniki izražajo tudi zaskrbljenost zaradi izgube las in krhkih nohtov (Pomeroy, 2004). O simptomih pri anoreksiji nervozi piše tudi Sternad (2001, str. 60). Znaki so naslednji:

- hipotermija (padec telesne temperature),
- bradikardija (upočasnjeno bitje srca),
- lanugo (puhaste dlačice),
- edemi (otekanje, povečanje tkiva),
- presnovne, hormonske spremembe,
- amenoreja (izguba menstruacije),
- spremembe v EKG-ju.

Za osebe z anoreksijo so značilne tudi motnje razpoloženja, slaba samopodoba, perfekcionizem ter obsesivno kompulzivno vedenje. Bolnika ne zanimajo interesne dejavnosti in ima tudi manj stikov s prijatelji, vse to pa nadomešča s hrano (Eivors in Nesbitt, 2007). Deans (2011) navaja, da anoreksija prizadene približno 0,5 % žensk in 0,1 % moških. Anoreksija nervoza je najbolj nevarna, saj 5–10 % obolelih umre v desetih letih od prvih simptomov in kar 18–20 % v 20 letih od prvih simptomov. Vsako uro umre vsaj ena oseba za posledicami motenj hranjenja (Eating Disorders Coalition, 2016) in ena izmed petih smrti se konča s samomorom (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011).

1.2.2. Bulimija nervoza

Vedenje oseb z bulimijo je prav tako prvi opisal Grull, in sicer leta 1873 (Sternad, 2001). Bulimija nervoza je kot samostojna vrsta bolezni obravnavana šele od šestdesetih in sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Pred tem je veljala za obliko anoreksije nervoze.

Bulimija nervoza se pojavi nekoliko pozneje kot anoreksija nervoza, in sicer od srednje adolescence pa do zgodnjih dvajsetih let (Rejlić Prinčič, 2006). Pri osebi z bulimijo so značilna obdobja prenajedanja in različni mehanizmi zmanjšanja telesne teže. Osebe z bulimijo imajo večinoma ustrezno ali nekoliko povišano telesno težo. Med prenajedanjem pogosto pojejo večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana je pogosto visokokalorična (Serbec, 2011a). Pri osebah, ki trpijo za bulimijo, je uporaba odvajal in diuretikov redkejša, saj je glavni način vzdrževanja nizke telesne teže bruhanje (Sternad, 2001).

Bulimija nervoza se pojavlja pri dekletih in fantih, vendar pogosteje pri dekletih. Dekleta pa so tudi bolj samozavestna in si lažje in prej priznajo bolezen kot fantje ter o njej tudi prej spregovorijo in poiščejo pomoč (Jovanović, 2010). Pojavnost anoreksije nervoze se ni pretirano spremenila, vendar pa tega ne moremo trditi za bulimijo nervozo. Njena pojavnost strmo narašča. Na začetku so bile številke približno enake kot pri anoreksiji nervozi (0,5 % – 1 %), danes pa se je ta številka znatno povečala. Za bulimijo nervozo je obolelih 3–5 % žensk (Serbec, 2011b) in približno 0,1 % moških (Deans, 2011). V medicini menijo, da morajo biti za postavitev diagnoze bulimija nervoza izpolnjeni naslednji kriteriji:

- ponavljajoča se obdobja prenajedanja, imenovana tudi »volčja lakota«,
- občutek pomanjkljivega nadzora nad lastnim hranjenjem v obdobju prenajedanja,
- neustrezni mehanizmi zmanjševanja telesne teže po prenajedanju (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, prerana telesna aktivnost),
- obsedenost z obliko svojega telesa in telesno težo (strah pred debelostjo) (Serbec, 2011a).

Bulimijo nervozo v medicini delijo na dva tipa:

- *purgativna oblika bulimije nervoze* (bolnik se zaužite hrane znebi z bruhanjem ali jemanjem odvajal),
- *nepurgativna oblika bulimije nervoze* (bolnik hrano omejuje ali pa med obdobji prenajedanja pretirano telovadi, bruhanje in jemanje odvajal sta omejena) (Jovanović, 2010).

Pri osebah, ki trpijo za bulimijo nervozo pogosto opazimo občutek krivde, potrebo po nenehnem dokazovanju in potrjevanju, prisilno iskanje pozornosti, željo po ugajanju in

prilagajanju, strah, da bi pred drugimi naredili vtis naivneža, močno željo pomagati drugim ter nezmožnost ločevanja med pomembnim in nepomembnim (Jovanović, 2014).

1.2.3. Kompulzivno prenažedanje

Ta motnja je med vsemi motnjami hranjenja najmanj raziskana, čeprav se število raziskav v zadnjih letih povečuje (Serneć, 2011a). Kompulzivno prenažedanje se v populaciji pojavlja 0,4–7 %. Običajno se pojavlja v enakem obdobju kot bulimija nervoza (Rejlić Prinčič, 2006). Strokovnjaki in strokovnjakinje menijo, da znake kompulzivnega prenažedanja izpolnjuje približno 70–80 % oseb s prekomerno telesno težo (Serneć, 2011b). Za prisilno prenažedanje so značilna občasna obdobja prenažedanja, ki jim ne sledi obdobje omejevanja hrane. Ljudje z motnjo kompulzivnega prenažedanja zaužijejo do 10.000 kalorij dnevno (Deans, 2011). Za razliko od anoreksije in bulimije nervoze je za kompulzivno prenažedanje pogosto značilno, da se prične najkasneje – v zgodnjem ali srednjem odraslem obdobju (Serneć, 2011c).

Za prisilno prenažedanje so značilni:

- ponavljajoča se obdobja prenažedanja, imenovana tudi »volčja lakota«,
- občutek pomanjkljivega nadzora nad lastnim hranjenjem v obdobjih prenažedanja,
- uporaba vedenjskih vzorcev za zmanjševanje telesne teže po obdobju prenažedanja,
- pogosto prisotna prekomerna telesna teža (Serneć, 2011a).

Tudi pri tej obliki motnje hranjenja lahko opazimo pridružene motnje, ki so podobne kot pri bulimiji nervozi (Serneć, 2011a).

1.2.4. Nove oblike motenj hranjenja

Med nove oblike motenj hranjenja uvrščamo ortoreksijo nervozo in bigoreksijo nervozo.

1.2.4.1. Ortoreksija

Osebe z ortoreksijo nervozo so obsedene z zdravo, neoporečno prehrano (NIJZ, 2018). Ortoreksijo nervozo je kot prvi opisal Steven Bratman, in sicer leta 1997. Opredelil jo je kot patološko obsedenost s čisto prehrano (Serneć, 2011c). Obolevajo predvsem ženske v poznem mladostniškem in zgodnjem ter srednjem odraslem obdobju (NIJZ, 2018). V ozadju sta pogosto prisotni nizka samopodoba ter izrazita potreba po nazoru. Pri tej motnji ni strahu pred debelostjo, niti težnje po vitkosti (Serneć, 2011a).

Zasvojenost z zdravo hrano lahko izvira iz trendov, družinskih navad, nedavne bolezni in podobno, spodbujajo pa jo tudi mediji in knjige. Osebe z ortoreksijo nervozo porabijo veliko denarja za zdravo prehrano ter svoje jedilnike načrtujejo vnaprej. Njihov svet se vrti okrog hrane. Popolnoma se lahko sprostijo le, če vedo, da jedo čisto in biološko hrano. Vse aktivnosti in odnose z drugimi jim kroji jedilnik. Bolj kot motnja napreduje, krajši je seznam prehrane. Motnja se začne z zdravim načinom življenja, konča pa z obsedenostjo s tem, kaj naj bi bilo zdravo in neoporečno (Zupan, 2012).

Steven Bratman (2017) je razvil test, s katerim lahko vsak sam preveri, ali kaže znake za ortoreksijo. Test vsebuje naslednje trditve:

- Velik del svojega življenja porabim za razmišljanje, izbiranje in pripravo zdrave hrane, ki posega tudi v druge dimenzije mojega življenja, kot so ljubezen, ustvarjalnost, družina, prijateljstvo, delo in šola.
- Ko jem katerokoli hrano, za katero menim, da je nezdrava, se počutim tesnobno, krivo, nečisto ali oskrunjeno. Moti me celo bližina nezdrave hrane ter ljudje, ki jo jedo.
- Moj osebni občutek miru, sreče, zadovoljstva, varnosti in samozavesti je pretirano odvisen od čistosti in pravilnosti tega, kar jem.
- Včasih bi ob posebnih priložnostih (kot sta poroka ali obrok z družino ali prijatelji) rad sprostil/-a svoja pravila o dobri hrani, vendar ne morem.
- Sčasoma sem vztrajno izločil/-a več živil in razširil/-a seznam pravil o hrani, da bi poskušal/-a ohraniti ali izboljšati koristi za zdravje. Včasih lahko vzamem obstoječo teorijo o hrani in ji dodam svoje prepričanje.
- Izgubil/-a sem večjo težo, kot bi večina ljudi rekla, da je dobra zame, ali pa imam težave z izpadanjem las, izgubo menstruacije ali težave s kožo.

Oseba, ki pritrdilno odgovori na katerokoli vprašanje, lahko zboli za ortoreksijo, vsak dodatni pritrdilni odgovor pa samo poveča možnost razvoja motnje hranjenja. Na spletu je veliko teh testov, vendar je ta edini, ki ga je Steven Bratman odobril (Bratman, 2017).

1.2.4.2. Bigoreksija

Bigoreksijo nervozo lahko poimenujemo tudi mišična dismorfija in je relativno nova motnja. V strokovnih krogih se je prvič pojavila v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Zaradi svojih značilnosti jo eni imenujejo tudi »*Adonisov kompleks*« po grškem bogu lepote in poželenja (Svetovalni svet, b. d.). Robert Olivardia je leta 2001 prvi opredelil

bigoreksijo nervozo. Bigoreksija nervoza v ospredje postavlja obsedenost s potrebo po mišičastem telesu, značilno pa je, da obolevajo predvsem moški v poznem mladostniškem ali zgodnjem odraslem obdobju (NIJZ, 2018). Bigoreksija nervoza spada med tiste motnje, ki kažejo obsesivno kompulzivno sliko. Oseba, ki trpi za bigoreksijo nervozo, podredi vse ali večino aktivnosti izgrajevanju in ohranjanju mišične mase. Zaradi pretirane telesne vadbe in določenega prehranjevanja se pogosto zgodi, da oseba zanemari prijatelje, družino in ostale ljudi v življenju, ki so mu bili prej pomembni, prav tako pa lahko zanemari delovne obveznosti (Copak, 2010). Sčasoma torej pride do socialnega umika, sami motnji pa se lahko pridružijo še slabo razpoloženje, obsesivno-kompulzivne motnje in motnje spolnih funkcij. Pri obolelih lahko pogosto opazimo tudi zlorabo anaboličnih steroidov (NIJZ, 2018).

1.2.5. Drugače klasificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja

Drugače klasificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja so skupina motenj, pri katerih oseba trpi za patološkimi mislimi in vedenji, povezanimi s hrano in prehranjevanjem, vendar ne izpolnjuje vseh kriterijev specifične oblike motenj hranjenja, čeprav ji vzbuja izredno veliko čustveno stisko ter jo ovirajo pri vsakdanjem življenju (Svetovalni svet, b. d.).

Obstaja 5 vrst drugače klasificiranih motenj hranjenja:

- *Atipična anoreksija nervoza* (oseba ima vse znake anoreksije nervoze, le da je njena telesna teža še vedno normalna ali celo povečana kljub že veliki izgubi kilogramov).
- *Kompulzivno prenažedanje* (prenažedanje je manj pogosto – manj kot 1-krat tedensko – ali kratkotrajnejše – traja manj kot 3 mesece).
- *Bulimija nervoza* (vedenje, ki je sicer značilno za bulimijo nervozo, se pojavlja manj kot 1-krat tedensko ali pa je kratkotrajnejše – traja manj kot 3 mesece).
- *Motnja bruhanja* (oseba bruha kljub temu, da ni prišlo do prenažedanja).
- *Sindrom nočnega hranjenja* (oseba ponoči zaužije večje količine hrane, lahko se zbudi samo zato, da gre jest) (Svetovalni svet, b. d.).

1.3. Pridružene motnje

Kadar ima oseba pridruženo motnjo k motnji hranjenja, to pomeni daljše in težje okrevanje. Za uspešno okrevanje je ključno, da se odkrije, katera motnja je primarna. Pri osebah z motnjami hranjenja se najpogosteje pojavljajo v nadaljevanju opisane motnje: samopoškodbeno vedenje, depresija, obsesivno-kompulzivna motnja, odvisnost od psihoaktivnih snovi in anksioznost.

1.3.1. Samopoškodbeno vedenje

Samopoškodbeno vedenje je vedenje, ko se posameznik namerno poškoduje, torej namerno fizično škodi lastnemu telesu (Jovanović, 2018). Samopoškodovanje se po navadi pojavi med 14. in 16. letom starosti, lahko pa že veliko prej (v otroštvu) ali šele kasneje (v odraslosti); največ ga med mladostniki (Gorenc, 2012). Vzrokov za samopoškodbeno vedenje je lahko veliko. Med najpogostejše spadajo:

- nasilje,
- spolne zlorabe,
- depresija,
- zasvojenosti,
- motnje hranjenja,
- pritiski vrstnikov (Jovanović, 2018, str. 16).

Samopoškodbeno vedenje se največkrat pojavi takrat, kadar se pri osebi nakopičijo negativna čustva in išče način, kako bi jih sprostila. Samopoškodbeno vedenje je torej odraz notranje stiske posameznika, ki jo sprostijo tako, da si škodi. Oseba ob tem čuti sprostitev (Jovanović, 2018; Gorenc, 2012). Načini samopoškodovanja so različni, med najpogostejše spadajo:

- rezanje (z britvico, nožem, škarjami, žebli, šestilom ...),
- opekline (povzročene s cigareto, vžigalnikom, pečico, svečo ...),
- ščipanje (z nohti, vrati,...),
- udarjanje (v zid, ob trd predmet, namerni padci ...),
- puljenje (las, nohtov, obnohtne kože ...),
- grizenje (ustnic, jezika, rok, nog ...),
- praskanje krast,
- namerne nesreče (padci s kolesom, rolerji, ki povzročijo zlom, zvin ...) (Jovanović, 2018, str. 36).

Manj znana vrsta samopoškodbenega vedenja pa je, ko oseba dopusti drugi osebi, da jo poškoduje, na primer seksualni mazohizem (Jovanović, 2018).

O samopoškodbenem vedenju pogosteje razmišljajo dekleta kot fantje. Dekleta so tudi tista, ki ga večkrat izvedejo (Gorenc, 2012). Pri fantih je bolj izrazito samouničevalno ali agresivno vedenje, ki se kaže kot udarjanje z roko po mizi, vpitje, lomljenje ali brcanje različnih predmetov itn. (Jovanović, 2018). Podatki o pogostosti samopoškodbenega vedenja so različni. V splošnem raziskave kažejo, da je samopoškodbeno vedenje prisotno pri 12–35 % mladostnikov in študentov. To pomeni, da če je v skupini 10 mladostnikov, sta prisotna vsaj 2, ki se lahko samopoškodujeta. Lahko gre za kratkotrajno vedenje, lahko pa traja dalj časa. Podatki kažejo, da je samopoškodbeno vedenje prisotno pri 4 % odraslih ljudi (Gorenc, 2012). Večina mladostnikov, ki se samopoškoduje, to vedenje skuša skriti, saj se ga sramuje. K samopoškodovanju nagnjeni mladostniki se včasih zaupajo najboljšemu prijatelju/prijateljici, včasih pa nobenemu (Gorenc, 2012).

1.3.2. Depresija

Depresijo lahko opišemo kot bolezen duha in telesa. Čeprav velja splošno mnenje, da so vsi bolniki z depresijo pobiti in obupani, pa temu ni tako. Nekateri so lahko zaskrbljeni, čustveno otopeli, pri nekaterih pa se spremembe razpoloženja sploh ne pojavijo, se pa pojavijo telesne težave ali spremembe v vedenju. Med duševne znake depresije štejemo (McKenzie, 2005, str. 5):

- pobitost,
- nezanimanje za stvari, ki so nas včasih veselile,
- tesnoba,
- čustvena otopelost,
- težave z zbranostjo,
- težave s spominom,
- samomorilni nagibi.

Med telesne znake sodijo:

- motnje spanja,
- telesna in duševna počasnost,
- utrujenost,
- zaprtje,

- neredne menstruacije,
- povečanje ali zmanjšanje teže (McKenzie, 2005, str. 5).

Eden izmed znakov depresije je tudi depresivno razmišljanje, ki vključuje tri elemente:

- negativne misli,
- velika, pretirana pričakovanja,
- zmote pri razmišljanju (negativno sklepanje, osredotočanje na negativne podrobnosti, posploševanje na osnovi enega dogodka, občutek krivde za stvari, na katere ne moremo vplivati) (McKenzie, 2005, str. 7).

Pri osebah, ki trpijo za motnjo hranjenja, lahko pogosto opazimo znake depresije. Kot piše Jovanović (2014), lahko pri teh osebah pogosto opazimo občutek krivde, potrebo po nenehnem dokazovanju in potrjevanju, prisilno iskanje pozornosti, željo po ugajanju in prilagajanju, močno željo pomagati drugim ter nezmožnost ločevanja med pomembnim in nepomembnim. Čeprav lahko povlečemo neko vzporednico med simptomi motenj hranjenja in simptomi depresije, ne moremo trditi, da ima vsaka oseba, ki trpi za motnjo hranjenja, tudi težave z depresijo. Veliko oseb z motnjo hranjenja je veselih, dobro razpoloženih, družabnih, obstajajo pa taki, za katere lahko rečemo, da trpijo še za depresijo. Vendar pa tega ne moremo posplošiti na vse bolnike (Jovanović, 2016). Raziskave kažejo, da ima vsaj 70 % oseb z bulimijo nervozo in vsaj 40 % oseb z anoreksijo nervozo pridruženo tudi depresivno motnjo (Serbec, 2011b).

1.3.3. Obsesivno-kompulzivna motnja

Za obsesivno kompulzivno motnjo je značilno, da se pri posamezniku pojavljajo obsesivne misli, ki potem lahko vodijo v kompulzivna dejanja. Obsesije so ponavljajoče misli oziroma podobe, ki jih osebe doživljajo kot neželene in neprimerne in jim povzročajo hudo tesnobo (pri osebah z motnjo hranjenja je to možno opaziti pri njihovi telesni teži). Te misli potem poskušajo na nek način zatreti z določenim ravnanjem oziroma dejanjem (kompulzija), npr. s pretirano telovadbo (Inštitut za razvoj človeških virov, 2018a). Ljudje, ki trpijo za obsesivno-kompulzivno motnjo, lahko doživljajo velike nevšečnosti, saj včasih ne morejo iz začaranega kroga prisilnih misli in dejanj. Ta motnja se običajno pojavi v adolescenci in zgodnji odraslosti in pogosto tudi niha glede na stopnjo stresa, ki ga doživlja posameznik (Erzar, 2007).

1.3.4. Odvisnost od psihoaktivnih snovi

Pri odvisnosti od psihoaktivnih snovi gre za odvisnost tako od dovoljenih kot tudi nedovoljenih snovi. Med dovoljene droge spadajo tobak, alkohol in zdravila (najpogosteje pomirjevala in uspavala). Med nedovoljene droge pa Kastelic in Mikulan (2004) uvrščata marihuano, opioide, poživila ter halucinogene droge. Zloraba zdravil se še posebej opazi pri bolnikih z bulimijo, ki za zmanjševanje telesne teže ali njeno ohranjanje pogosto uporabljajo odvajala in diuretike (Sernek, 2011a). Osebe, ki trpijo za bigoreksijo nervozo, pa pogosto zlorabljajo anabolne steroide (NIJZ, 2018).

1.3.5. Anksioznost

Anksiozne motnje so skupina motenj, katerih skupna točka je tesnoba (Inštitut za razvoj človeških virov, 2018b). Lahko se pojavi nenadoma ali postopoma, razlikuje pa se glede na intenzivnost in trajanje. Znaki anksioznosti so podobni odzivu na stres, vendar so običajno izrazitejši. Pojavijo se pospešeno bitje srca, slabost v želodcu, potenje, tresenje, napetost mišic, težave s prebavo, oteženo dihanje, vrtoglavica, nespečnost, težave s koncentracijo ter občutki panike in strahu (NIJZ, 2014). Med anksiozne motnje spadajo:

- generalizirana anksiozna motnja,
- panična motnja,
- motnja separacijske anksioznosti,
- specifične fobije,
- socialna anksioznost,
- agorafobija,
- postravmatska stresna motnja (Inštitut za razvoj človeških virov, 2018b; Erzar, 2007).

1.4. Vzroki in posledice

Motnje hranjenja so kompleksen problem, ki ga lahko ozdravimo le, če prepoznamo vse dejavnike tveganja in vzroke za nastanek bolezni. Dejavnikov tveganja, ki so pogoj za nastanek motenj hranjenja, je veliko. Pogosto gre za preplet različnih dejavnikov in le redko se zgodi, da lahko pri posamezniku izluščimo le enega (NIJZ, 2016a). Tudi Nataša Končnik Goršič v knjigi *Moj otrok odrašča* (2004) piše, da je razlogov za nastanek motnje hranjenja več in da povezave med njimi še vedno niso povsem pojasnjene.

1.4.1. Družinski dejavniki tveganja za razvoj motenj hranjenja

Pod družinske dejavnike spadajo:

- kronične telesne in duševne bolezni staršev,
- pogoste diete v družini,
- uporaba hrane kot vzgojnega pripomočka,
- neustrezna komunikacija med staršema in otrokom,
- duševne, telesne in spolne zlorabe otrok s strani odraslih (NIJZ, 2016).

1.4.2. Sociokulturni dejavniki tveganja za razvoj motenj hranjenja

Med sociokulturne dejavnike štejemo predvsem medije. Čeprav se je vloga ženske v zadnjih desetletjih močno spremenila, še vedno velja za uspešno žensko tista, ki je hkrati zaposlena in prevzema vse vloge, ki so včasih veljale za tradicionalne ženske. Ob vsem tem pa seveda mora biti še vitka. O tem pričajo tudi vse revije, ki so namenjene dekletom in ženskam, kjer ne manjka nasvetov o hujšanju, dietah ter lepih vitkih mladenk na naslovnica (NIJZ, 2016a).

1.4.3. Biološko-genetski dejavniki tveganja za nastanek motenj hranjenja

Med pomembnejše dejavnike spada prekomerna teža ob rojstvu otroka. Otrok, ki ima prekomerno težo, je pogosto tarča posmeha med vrstniki, doživlja pa lahko tudi jezo staršev. Takšnemu otroku je izjemno težko popraviti slabo samopodobo, čeprav kasneje shujša. V genetski zasnovi imamo tudi nagnjenost k specifičnim osebnostnim potezam, ki prav tako lahko vplivajo na možnost razvoja motnje hranjenja. Sem spadajo:

- perfekcionizem,
- pretirana storilnost,
- izrazita pridnost,
- potreba po potrjevanju,
- potreba po pohvalah,
- potreba po potrditvah iz okolice (NIJZ, 2016).

1.4.4. Drugi dejavniki

Middleton in Smith (2012, str. 48) navajata naslednje vzroke za nastanek motnje hranjenja:

- ustrahovanje,
- žalitve,
- težave s pomanjkanjem samospoštovanja,
- travmatična doživetja (nasilje, spolno nasilje),

- huda skrb,
- depresija,
- stres,
- pritisk s strani okolice,
- predhodne težave s telesno težo,
- življenje ali delo v okolju, v katerem obstaja zahteva po vitkosti (npr. ples, gimnastika, smučarski skoki, tekmovalno kolesarstvo).

1.4.5. Fizične posledice

Fizične posledice se nanašajo na izgled telesa. Na začetku predstavljajo največji del dodatne stiske. Sem spadajo:

- nihanje telesne teže,
- pomanjkanje energije, zagona,
- razne bolezni,
- doživljajska otopelost,
- nerealistično zaznavanje telesa (Švab idr., 1998).

Posledice, ki se nanašajo na fizični izgled, lahko nekomu, ki trpi za motnjo hranjenja, na začetku povzročijo še dodatno stisko (Švab idr., 1998).

1.4.6. Čustvene posledice

Posledice, ki se nanašajo na čustveno raven človeka z motnjo hranjenja, so:

- depresija, otopelost,
- črnogledost,
- pomanjkanje volje,
- neizražanje svojih čustev, potreb,
- težave pri opravljanju vsakdanjih obveznosti (Švab idr., 1998).

1.4.7. Socialne posledice

Pri osebah, ki trpijo za motnjo hranjenja, pogosto opazimo tudi socialne posledice. Oseba spremeni svoj odnos do zunanjega sveta, ljudi in narave ter se zaradi stiske, ki jo doživlja, pogosto začne zapirati vase. Tako lahko pride do naslednjih posledic:

- nekomunikativnost,
- nezmožnost imeti partnerja,
- oseba težko skrbi za družino, otroke,
- pasivnost (na delovnem mestu, v šoli) (Švab idr., 1998).

1.4.8. Zdravstvene posledice

Poleg zgoraj naštetih posledic, ki se pojavijo pri osebi z motnjo hranjenja, pa se prejkoslej pojavijo tudi zdravstvene težave. Običajne zdravstvene težave, ki se pojavijo pri osebah z motnjo hranjenja, so lahko:

- nizek krvni tlak,
- pešanje srca,
- oslabelost drugih mišic,
- anemija,
- neplodnost,
- osteoporoza,
- bolezni srca in ožilja,
- težave s presnovo,
- oteženo gibanje,
- sladkorna bolezen tipa 2 (Middleton in Smith, 2012).

1.5. Vloga družine

Otroci svoje prve informacije o prehrani dobijo v primarni družini, kjer se prav tako izoblikujejo prehranjevalne navade (Folse in Krawzak, 2013). Končnik Goršič (2004) piše, da je pomembno, da družina sprejme dejstvo, da je otrok zbolel in da potrebuje pomoč. Sodelovanje družine je zelo pomemben dejavnik pri zdravljenju odvisnosti motenj hranjenja. Tudi Erzar (2007) piše, da je pomembno, da starši sodelujejo pri zdravljenju ter se zavedajo, da je v ozadju večji problem kot samo nepravilno hranjenje. V veliko primerih so prisotne družinske težave ter težave, ki izvirajo iz otroštva. Pogosto se dogaja, da starši iščejo krivca in se medsebojno obtožujejo. To pa lahko privede do še večjih težav.

1.6. Pomoč

Najpomembnejši predpogoj za okrevanje je, da oseba z motnjami hranjenja prepozna težavo in jo je pripravljena nasloviti tako, da poišče ustrezno obliko pomoči. Dokler se oseba sama ne odloči spremeniti svojega načina življenja in prehranskih praks, ki ji škodijo, in dokler sama ne uvidi, da ima težavo, okrevanje ne bo uspešno. V povprečju še vedno mine 5–6 let, preden oseba sploh poišče pomoč. Najustreznejše so tiste oblike pomoči, ki ne odpravljajo le simptomov motenj hranjenja, temveč tudi vzroke zanje (Serbec, 2011c).

1.6.1. Psihoterapija

Pri tej vrsti obravnave se uporabljata predvsem dve vrsti terapije:

- vedenjsko-kognitivna psihoterapija,
- dinamsko-razvojna psihoterapija (Serbec, 2011c).

Pri vedenjsko-kognitivni psihoterapiji gre za vplivanje na spremembo vedenjskih vzorcev in stališč s pomočjo spoznavnih procesov. Vedenjski-kognitivni pristop je usmerjen na delovanje »tukaj in zdaj« in se osredotoča na razvijanje skupnega pogleda terapevta in uporabnika na težavo. Vedenjski del terapije temelji na predpostavki, da je vedenje naučeno; če smo se ga torej naučili, se ga je mogoče tudi odvaditi in se naučiti funkcionalnejšega vedenja. Vedenjski in kognitivni del terapije sta zelo tesno povezana, saj s spremembo mišljenja vplivamo na čustvovanje in vedenje ter obratno (Inštitut za razvoj človeških virov, 2018c).

Ta vrsta terapije dokazano pomaga tistim, ki se borijo z motnjami hranjenja ali motnjami razpoloženja, prav tako pa zmanjšuje uničevalno vedenje. V zvezi z motnjami hranjenja ta terapija vključuje izdelavo načrta za pripravo obrokov, ima pa tudi nekaj izobraževalnih komponent (Ekern, 2012).

Dinamsko-razvojna psihoterapija seže še globlje kot vedenjsko-kognitivna. Usmerjena je predvsem na prepoznavanje vzrokov, ki so privedli do motnje. Med trajanjem obravnave se tako spremeni emocionalni odziv na težave in s tem pogosto tudi vedenjski vzorci (Serbec, 2010).

1.6.2. Programi nevladnih organizacij

Osebe, ki trpijo za motnjami hranjenja, lahko pomoč poiščejo tudi pri nevladnih organizacijah. Pri nas na področju motenj hranjenja delujejo 3 spodaj opisane nevladne organizacije.

1. Društvo svetovalni svet

V društvu svetovalni svet osebam z motnjo hranjenja nudijo različne oblike pomoči. Opravljajo psihosocialno svetovanje, katerega namen je razumeti dogajanje v ozadju ter ponuditi konstruktivnejše načine reševanja težav. Prav tako se posvečajo razvijanju bolj zdravega odnosa do hrane in lastnega telesa. Psihosocialno svetovanje izvaja socialna delavka. Poleg psihosocialnega svetovanja nudijo tudi podporne skupine tako za osebe z motnjami hranjenja kot tudi za njihove bližnje. Nudijo druženje ter pogovore z osebami, ki

so doživle motnje hranjenja, prirejajo pa tudi različna predavanja in delavnice (Svetovalni svet, b. d.).

2. Muza – svetovalnica za motnje hranjenja

Svetovalnica Muza nudi strokovno pomoč osebam z motnjami hranjenja. Izvajajo kontinuiran program, ki traja minimalno eno šolsko leto in obsega prvi informativni pogovor, uvodni intervju, sklenitev terapijskega dogovora, pripravo individualnega načrta, vključenost v skupino, kreativne in tematske delavnice, izlete v naravo, dvodnevni seminar ob zaključku šolskega leta, sodelovanje pri evalvaciji programa in svetovanje v krizi. Poleg strokovne pomoči nudijo še podporne skupine za starše in bližnje, izvajajo pa tudi terapijske skupine, ki so namenjene staršem oseb z motnjo hranjenja (Svetovalnica za motnje hranjenja MUZA, 2007).

3. Ženska svetovalnica

Ženska svetovalnica je prostovoljna ženska organizacija, ki nudi pomoč osebam, ki trpijo za motnjo hranjenja. Ženskam v stiski nudijo brezplačno svetovanje, zagovorništvo, informacije o pristojnih službah ter pomoč pri organizaciji skupin za samopomoč (NIJZ, 2016b).

1.6.3. Ambulantno zdravljenje

Pogoja za vključitev v ambulantno zdravljenje sta visoka lastna motivacija in mejna telesna teža (po določilih WHO-BMI vsaj 18/ITM vsaj 13). Ambulantno zdravljenje pri nas že 7 let poteka po metodi dr. Huberta Laceyja, zdravljenje pa vodita psihiatrinja in klinična psihologinja. Celotno zdravljenje sloni na kognitivnih načelih, cilj pa je obolele naučiti normalno jesti, prepoznati svoja čustva, jih naučiti novih načinov obvladovanja čustev ter vztrajati na normalni telesni teži (Pandel Mikuš, 2003).

Pri odločitvi za usmeritev v ambulantno zdravljenje velja, da se tja usmerja:

- bolnike, pri katerih bruhanje in zloraba odvajal še nista del bolezni,
- bolnike, pri katerih družina sodeluje in sprejema psihogenezo bolezni,
- bolnike, pri katerih je opaziti visok nivo motivacije,
- bolnike, pri katerih je prisotna vsaj minimalna ali mejna telesna teža (Grilč, 2005).

1.6.4. Bolnišnično zdravljenje

V Sloveniji motnje hranjenja zdravijo na enoti za zdravljenje motenj hranjenja v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana na kliničnem oddelku za mentalno zdravje v Ljubljani. Oddelek je primeren za starejše od 17 let, mlajše pa že več let ustrezno zdravijo na Pediatrični kliniki v Ljubljani, in sicer na oddelku za pedopsihiatrijo. Čakalna doba za sprejem na oddelek je dolga – v povprečju od dveh do štirih mesecev – in je del terapevtskega procesa, saj oseba v tem času redno obiskuje psihiatrično ambulanto, kjer ob strokovni pomoči utrjuje in krepi svojo motivacijo, lahko pa obiskuje tudi skupine za samopomoč (Sernek, 2003).

Bolnišnično zdravljenje se začne z dolgim pogovorom, ki lahko traja tudi do 3 ur. V zdravljenje se vključita tako oseba, ki ima motnjo hranjenja, kot tudi njena družina. Pri tem je pomembno, da je celoten tim, ki sodeluje pri zdravljenju, enoten in ga vodi samo en terapevt (Pandel Mikuš, 2003).

Bolnišnično zdravljenje poteka v štirih fazah:

- Prva faza: orientacijska. Zdravljenje v prvi fazi poteka na simptomatski ravni. Zaposleni skušajo pri osebi z motnjo hranjenja vzpostaviti pravilen odnos do hrane, telesne teže ter lastne samopodobe. V ospredju je pomembnost izražanja čustev. Oseba, ki trpi za motnjo hranjenja, začne pisati dnevnik. Ta faza traja od 2 do 4 tednov.
- Druga faza: terapevtska. Zdravljenje se nadaljuje na psihodinamskem nivoju in poteka po principih kognitivne terapije. Začne se aktivno delati na težavah. Uvedejo se mesečne evalvacije, kjer se oseba sprašuje, »kje sem in kam grem«. Ta faza nima omejitve trajanja, prilagojena je vsakemu posamezniku, v povprečju pa traja od 2 do 3 mesecev. V tem času tudi telesna teža počasi narašča.
- Tretja faza: reintegracijska. Poudarek je na zapustitvi bolnišnice in vrnitvi v družino ali samostojno življenje. Običajno se izpelje postopoma – dnevna oskrba. Ta faza traja od 2 do 4 tednov. Osnovni pogoj, da sploh dosežemo to fazo, je stabilna telesna teža oziroma telesna teža v naraščanju.
- Četrta faza: ambulantna. Pomeni nadaljevanje reintegracijske faze. Potrebna je predvsem, ker obstaja velika nevarnost ponovitve motnje hranjenja. Ta faza naj ne

bi trajala več kot 5 let, saj bi potem obstajala nevarnost prevelike navezanosti na psihoterapevta (Pandel Mikuš, 2003).

1.6.5. Skupine za samopomoč

V današnjem času dajemo zelo velik poudarek skupinam za samopomoč. Skupine za samopomoč so edinstvene, saj jih ne povezuje strokovno znanje, temveč izkušnje, osebe z istimi težavami, ki so si med seboj enakovredne (Sternad, 2001).

Za skupine za samopomoč je značilno, da so prostovoljne in razmeroma majhne ter da služijo obojestranski pomoči članov pri doseganju specifičnega cilja. Za resnično emancipacijo je pomembno, da skupino sestavljajo resnično enakovredni člani. Člani svoje težave premagujejo s skupnimi moči in na ta način lažje dosežejo želene spremembe. Velik poudarek je na osebnem sodelovanju in prevzemanju odgovornosti (Sternad, 2001).

Najpomembnejše funkcije skupin za samopomoč, o katerih poročajo člani, so:

- čustvena opora,
- prisotnost vzornikov,
- skupna ideologija,
- dostopnost do ustreznih informacij,
- izmenjava izkušenj o načinih spoprijemanja s skupnim problemom,
- možnost pomagati drugim,
- druženje,
- občutek lastnega nadzora in obvladovanja (Sternad, 2001).

2. Problem

Motnje hranjenja predstavljajo vedno večji problem v naši družbi. Pomembno je, da se študentje Fakultete za socialno delo s to tematiko seznanimo že med študijem, vendar pa na omenjeni fakulteti nimamo nobenega predmeta na to temo. Ker smo se o tem primorani pozanimati sami, me je zanimalo, koliko študentje to temo poznajo. Zanimalo me je tudi, koliko je takih študentov, ki so se ali se še (vedno) s temi težavami soočajo sami. Čeprav so motnje hranjenja samostojna motnja, pa sem jih povezala tudi s samopoškodbenim vedenjem. To povezavo sem skušala najti tudi v raziskavi. Rezultati raziskave so pojasnili povezavo med obema fenomenoma in bodo pomembni tudi za prakso socialnega dela, še posebej za izvajalske organizacije.

Za svojo raziskavo sem si zastavila naslednjih 9 hipotez:

Hipoteza 1: Prisilno prenašanje pri osebah, ki trpijo za motnjami hranjenja, v več kot 80 % sovpada z anoreksijo ali bulimijo.

Hipoteza 2: Manj kot polovica študentk in študentov Fakultete za socialno delo pozna ortoreksijo in bigoreksijo.

Hipoteza 3: Pri osebah z motnjami hranjenja je v več kot 50 % prisotno tudi samopoškodbeno vedenje.

Hipoteza 4: Več kot 70 % oseb, ki so se v preteklosti samopoškodovale, je poskušalo svoja dejanja skriti.

Hipoteza 5: Manj kot 20 % oseb z motnjami hranjenja in samopoškodbenim vedenjem poišče pomoč.

Hipoteza 6: Izkušnja z motnjo hranjenja je imela velik vpliv pri izbiri študija socialnega dela.

Hipoteza 7: Več kot 40 % študentov Fakultete za socialno delo ne pozna nobene oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja.

Hipoteza 8: Več kot 70 % študentov Fakultete za socialno delo meni, da nima dovolj informacij o motnjah hranjenja.

Hipoteza 9: Več kot polovica vprašanih bi želela med študijem pridobiti več informacij o motnjah hranjenja.

3. Metodologija

3.1. Vrsta raziskave

Raziskava je opisna oziroma deskriptivna. Zanimalo nas je, v kolikšni meri so študentje Fakultete za socialno delo seznanjeni z motnjami hranjenja ter v kolikšni meri se osebno soočajo z njimi. Raziskava je tudi empirična in kvantitativna. Zbirala sem izkustveno gradivo, ki sem ga predstavila v obliki tabel in grafov. To raziskavo sem izbrala, ker s kvantitativno raziskavo lažje dobim več odgovorov kot s kvalitativno. Ker vprašanja niso zelo poglobljena, se mi zdi ta način raziskovanja primernejši.

3.2. Spremenljivke/teme raziskovanja

SPREMENLJIVKA	INDIKATOR	VREDNOST
Spol		Moški; ženski.
Letnik študija		1. letnik; 2. letnik; 3. letnik; 4. letnik; absolvent/dodatno leto; 1. letnik podiplomskega študija.
Poznavanje motenj hranjenja	Katere motnje hranjenja poznaš?	Anoreksija nervoza; bulimija nervoza; kompulzivno prenažedanje; ortoreksija nervoza; bigoreksija nervoza.
Anoreksija nervoza	Naštej nekaj najznačilnejših znakov anoreksije nervoze.	
Bulimija nervoza	Naštej nekaj najznačilnejših znakov bulimije nervoze.	
Kompulzivno prenažedanje	Naštej nekaj najznačilnejših znakov kompulzivnega prenažedanja.	
Ortoreksija nervoza	Na kratko opiši, kaj je ortoreksija nervoza.	
Bigoreksija nervoza	Na kratko opiši, kaj je bigoreksija nervoza.	
Oblike zdravljenja	Katere oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja poznaš?	
Informacije o motnjah hranjenja	Ali meniš, da si v času študija pridobil/-a dovolj informacij o motnjah	Da; ne.

	hranjenja?	
Spoznavanje problema med študijem	Bi želel/-a med študijem bolje spoznati problem motenj hranjenja?	Da; ne; ta tema me ne zanima.
Soočanje z motnjo hranjenja	Ali si se sam/-a soočal/-a ali se še vedno soočaš s katero od motenj hranjenja?	Da; ne.
Vrste motenj hranjenja	S katero od motenj hranjenja si se soočal/-a ali se soočaš?	Anoreksija nervoza; bulimija nervoza; kompulzivno prenažanje; ortoreksija nervoza; bigoreksija nervoza.
Pridružene motnje	Ali se je poleg te motnje pojavljalo še kaj od spodaj naštetega?	Samopoškodbeno vedenje; depresija; obsesivno-kompulzivna motnja; odvisnost od psihoaktivnih snovi; drugo; nič od naštetega.
Samopoškodbeno vedenje	Ali si poskušal/-a svoja dejanja skriti?	Da; ne.
Vpliv na izbiro študija	Ali je izkušnja z motnjo hranjenja vplivala tudi na izbiro študija socialnega dela?	Da; ne.
Pričakovanja	Kakšna so bila tvoja pričakovanja? Kako misliš, da bi študij socialnega dela vplival na težave z motnjami hranjenja?	
Odnosi	Ali je motnja hranjenja vplivala na odnose s prijatelji/partnerjem/družino?	Da; ne.
Vpliv na odnose	Kako?	
Pomoč	Ali si koga zaprosil/-a za pomoč?	Da; ne.
Pomoč	Koga si najprej zaprosil/-a za pomoč?	Družina; prijatelji; partner; skupina za samopomoč; zdravstvena pomoč; drugo.
Koristnost pomoči	Ali si prejel/-a pomoč, ki ti je koristila?	Da; ne.
Želje, potrebe	Kaj bi ti takrat	

	koristilo/pomagalo?	
Soočanje z motnjo hranjenja	Ali se še vedno spopadaš z motnjami hranjenja?	Da; ne.
Mnenje, želje	Bi za konec želel/-a še kaj povedati?	

3.3. Merski instrumenti ali viri podatkov

Anketni vprašalnik sem sestavila sama in je bil anonimen. Vprašalnik je sestavljen iz 16 vprašanj, ki so odprtega, polodprtega in zaprtega tipa. Vprašanja imajo tudi podvprašanja. Vprašalnik sem sestavila v spletni obliki. Izbrala sem ga, ker je lažje dostopen anketirancem ter tudi zato, ker sem bila prepričana, da bom na ta način pridobila več odgovorov.

3.4. Opredelitev enot raziskovanja

Stvarna opredelitev populacije v moji raziskavi so študentje dodiplomskega in podiplomskega študija Fakultete za socialno delo. Krajevna opredelitev populacije je Fakulteta za socialno delo. Populacija je heterogena, saj so anketirani tako moškega kot ženskega spola. Vzorec je neslučajnostni priložnostni. Anketo sem posredovala študentom Fakultete za socialno delo v vse letnike. Anketo sem pustila objavljeno, dokler je bil interes za reševanje, zbrala pa sem 120 odgovorov.

3.5. Načrt zbiranja podatkov oziroma empiričnega gradiva

Za metodo zbiranja podatkov sem izbrala nevedeno individualno spletno anketo. Spletno anketo sem izbrala zaradi lažje dostopnosti anketirancem. Vprašalnik sem sestavila sama, in sicer v aplikaciji 1ka. Podatke sem zbirala od 25. 2. 2019 do 8. 4. 2019. Anketa je bila anonimna in prostovoljna.

3.6. Načrt obdelave gradiva

Obdelava podatkov je kvantitativna. Hipoteze sem preverila s pomočjo statističnih testov, in sicer χ^2 -testa, podatke pa sem predstavila tudi v obliki odstotkov. Analizirala sem samo v celoti rešene ankete, ki jih je 120. Pridobljene podatke sem analizirala s pomočjo Excela, rezultate pa sem predstavila v obliki tabel in grafov.

3.7. Načrt diseminacije rezultatov

Najprej sem izdelala poročilo o raziskavi, ki vsebuje problematiko, formulacijo problema ter opis metodologije. Sledita prikaz rezultatov v tabelah in grafih ter sklep pri vsakem vprašanju. Na koncu sem dodala še svoje predloge. V razpravi sem dodala svoj razmislek, da sem še dodatno pojasnila rezultate raziskave. Z rezultati sem želela seznaniti študente in študentke Fakultete za socialno delo – tiste, ki so v raziskavi sodelovali, in tudi tiste, ki niso. Smiselno bi bilo raziskovalno poročilo objaviti tudi v kakšni reviji, ki je na voljo širši publiki. Z rezultati raziskave bi bilo dobro seznaniti tudi zaposlene na omenjeni fakulteti, saj bi se na ta način pripomoglo k prepoznavanju problema in hkrati izobraževanju o problemu.

4. Rezultati

Splošni podatki

Tabela 1: Spol

Spol		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Moški	1	1,00
Ženska	119	99,00
Skupaj	120	100,00

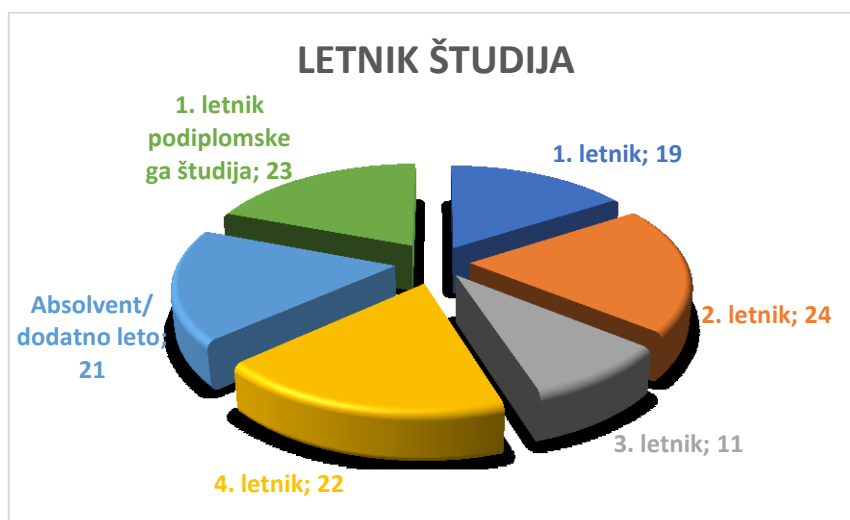
Tabela 1 prikazuje spol anketirancev. Razvidno je, da so se za izpolnjevanje ankete pretežno odločile študentke in zgolj 1 študent.

Tabela 2: Letnik študija

Letnik študija		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
1. letnik	19	16,00
2. letnik	24	20,00
3. letnik	11	9,00
4. letnik	22	18,00
Absolvent/dodatno leto	21	18,00
1. letnik podiplomskega študija	23	19,00
Skupaj	120	100,00

V tabeli 2 je prikazan delež anketirancev po letnikih študija. Anketo je rešilo največ študentov iz drugega letnika in najmanj iz tretjega letnika.

Graf 1: Letnik študija



Poznavanje motenj hranjenja

Tabela 3: Poznavanje vrst motenj hranjenja

1. Katere motnje hranjenja poznaš?		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Anoreksija nervoza	118	98,00
Bulimija nervoza	114	95,00
Kompulzivno prenažedanje	89	74,00
Ortoreksija nervoza	32	27,00
Bigoreksija nervoza	16	13,00
Skupaj	120	

V tabeli 3 je prikazano, s katerimi motnjami hranjenja so študentje Fakultete za socialno delo seznanjeni. Razvidno je, da največ študentov pozna anoreksijo nervozo, najmanj pa bigoreksijo nervozo.

Graf 2: Poznavanje vrst motenj hranjenja

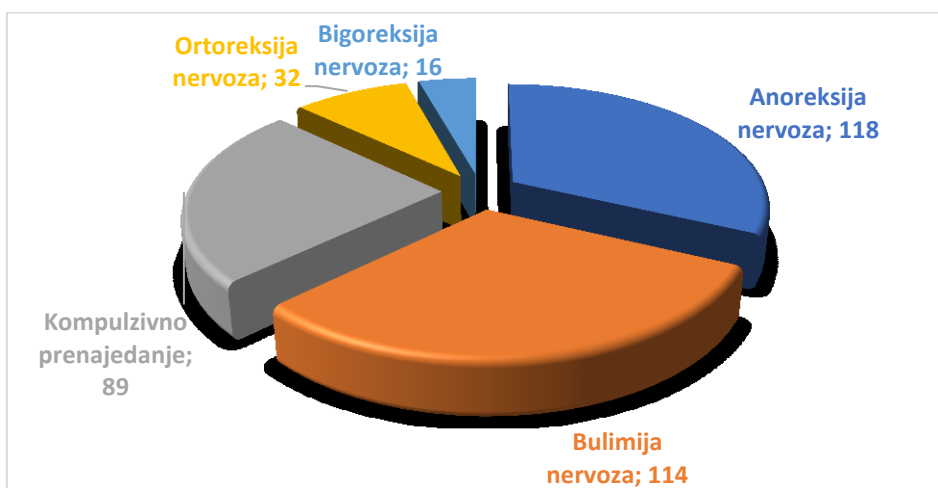


Tabela 4: Znaki anoreksije nervoze

1a.) Naštej nekaj najznačilnejših znakov anoreksije nervoze		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Stradanje	55	47,00
Prenizka telesna teža/podhranjenost	30	25,00
Hitra izguba kilogramov/hitro hujšanje	15	13,00
Pretirano štetje kalorij	12	10,00
Izogibanje hrani/zavračanje hrane	30	25,00
Izguba menstruacije	3	3,00
Pojav lanugo dlačic	2	2,00
Izguba las	2	2,00
Zdravstvene težave	17	14,00
Čustvena nihanja	3	3,00
Slaba samopodoba	5	4,00
Občutki krivde/sramu	2	2,00
Prikrivanje/skrivanje pred bližnjimi	2	2,00
Pretirana vadba	15	13,00
Nezadovoljstvo z izgledom telesa	14	12,00
Bruhanje	11	9,00
Prenajedanje	1	1,00
Skrivanje hrane	4	3,00
Pitje velikih količin vode	2	2,00
Ne vem	4	3,00
Skupaj	118	

Tabela 4 prikazuje odgovore študentov o najznačilnejših znakih anoreksije nervoze. Kot najpogostejši znak je navedeno stradanje, nekaj odgovorov pa ni pravih.

Graf 3: Znaki anoreksije nervoze

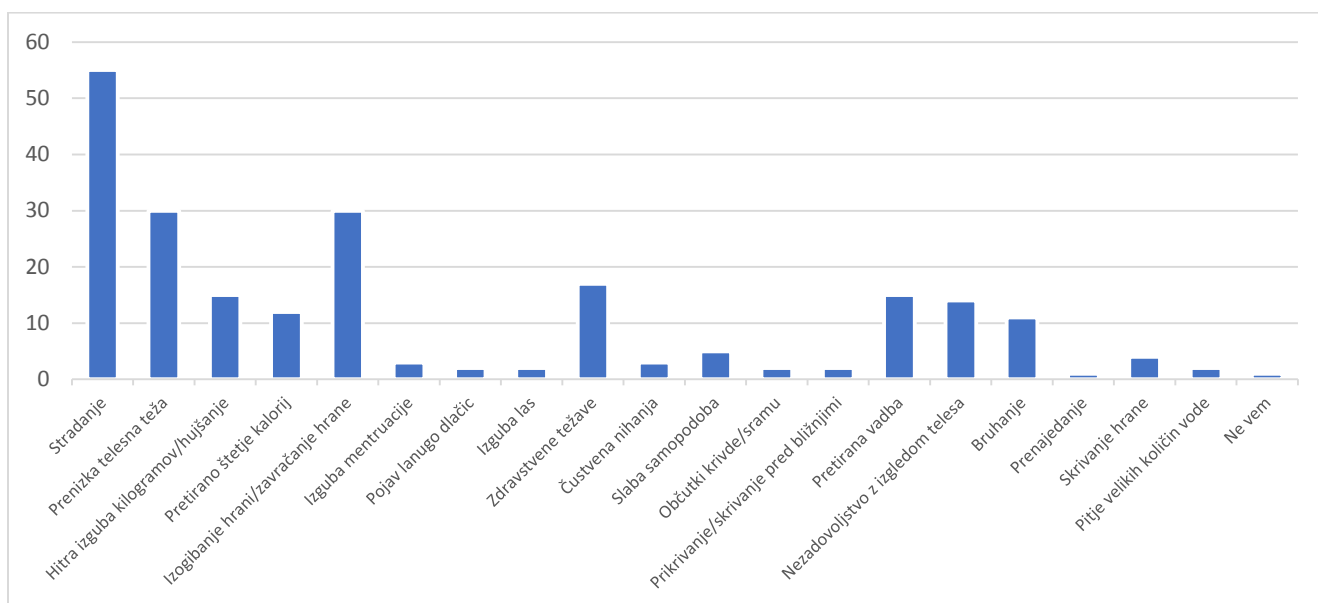


Tabela 5: Znaki bulimije nervoze

1b.) Naštev najznačilnejših znakov bulimije nervoze		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Prenajedanje	53	46,00
Bruhanje	101	89,00
Debelost	2	2,00
Stradanje	3	3,00
Nezadovoljstvo z izgledom telesa	5	4,00
Občutki krivde/slaba vest	6	5,00
Zdravstvene težave	19	17,00
Neustrezno zmanjševanje teže/hujšanje	8	7,00
Normalna telesna teža	1	1,00
Prenizka telesna teža	5	4,00
Tolažba s hrano	1	1,00
Skrivanje pred bližnjimi	4	4,00
Volčja lakota	2	2,00
Pretirana vadba	3	3,00
Uporaba odvajal	2	2,00
Skupaj	114	

Tabela 5 prikazuje odgovore študentov o najznačilnejših znakih bulimije nervoze. Kot najpogostejša odgovora se pojavljata bruhanje in prenaedanje.

Graf 4: Znaki bulimije nervoze

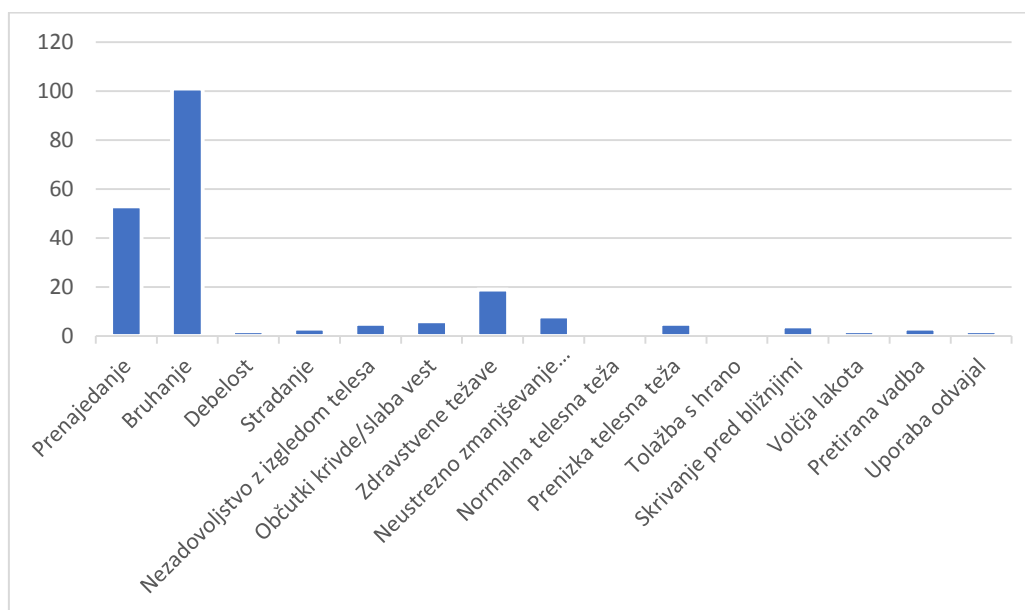


Tabela 6: Znaki kompulzivnega prenažedanja

1c.) Naštej nekaj najznačilnejših znakov kompulzivnega prenažedanja		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Nikoli nisi sit/prenažedanje	55	62,00
Nadaljevanje s hranjenjem, kljub občutku sitosti	15	17,00
Debelost/prekomerna telesna teža	9	10,00
Zdravstvene težave	9	10,00
Sledita stradanje in bruhanje	5	6,00
Tolažba s hrano	21	24,00
Občutki krivde/sramu	9	10,00
Hranjenje na skrivaj/kopičenje hrane	4	5,00
Skupaj	89	

Tabela 6 prikazuje odgovore študentov o najznačilnejših znakih kompulzivnega prenažedanja. Študentje so kot najpogostejši znak kompulzivnega prenažedanja navedli, da nikoli nisi sit oziroma se prenažedaš.

Graf 5: Znaki kompulzivnega prenajedanja

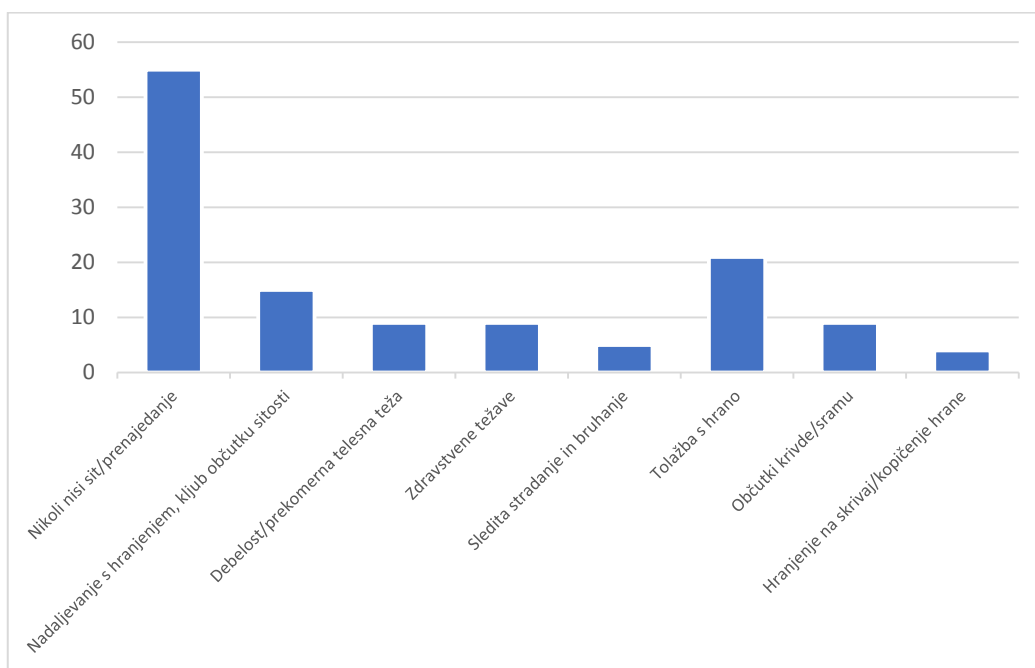


Tabela 7: Ortoreksija nervoza

1d.) Na kratko opiši, kaj je ortoreksija nervoza		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Obsedenost z zdravo prehrano	24	75,00
Stradanje	1	3,00
Pretirano zdrav življenjski slog	6	19,00
Zasvojenost z dietami	2	6,00
Pretirana telovadba	2	6,00
Skupaj	32	

Tabela 7 prikazuje odgovore študentov o tem, kaj je ortoreksija nervoza. Študentje so največkrat odgovorili, da je ortoreksija nervoza obsedenost z zdravo prehrano.

Graf 6: Ortoreksija nervoza

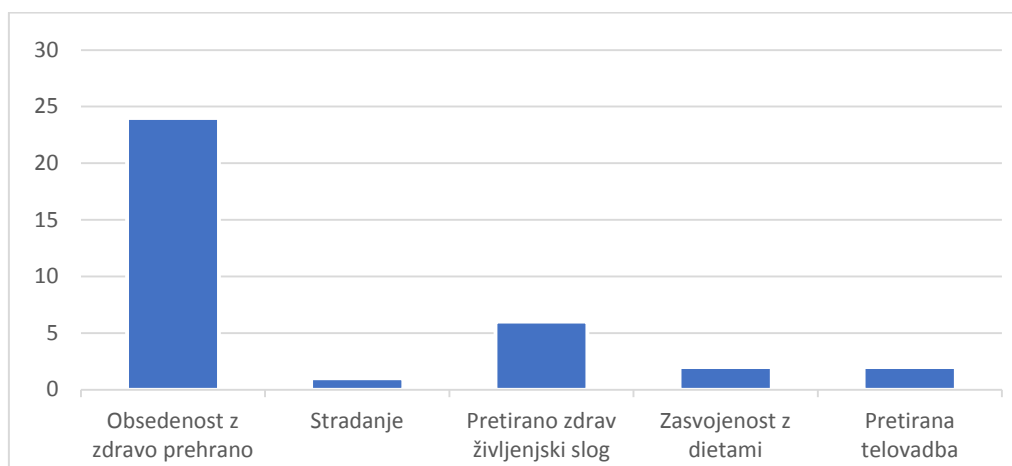


Tabela 8: Bigoreksija nervoza

1e.) Na kratko opiši, kaj je bigoreksija nervoza		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Obsedenost z mišičastim telesom	13	81,00
Hranjenje s proteini	2	13,00
Pretirana telovadba	1	6,00
Večinoma zbolijo moški	1	6,00
Pretiravanje z zdravo prehrano	2	13,00
Skupaj	16	

Tabela 8 prikazuje odgovore študentov o tem, kaj je bigoreksija nervoza. To motnjo študentje poznajo najslabše. Najpogosteje so odgovorili, da je to obsedenost z mišičastim telesom. Dva navedena odgovora sta napačna.

Graf 7: Bigoreksija nervoza

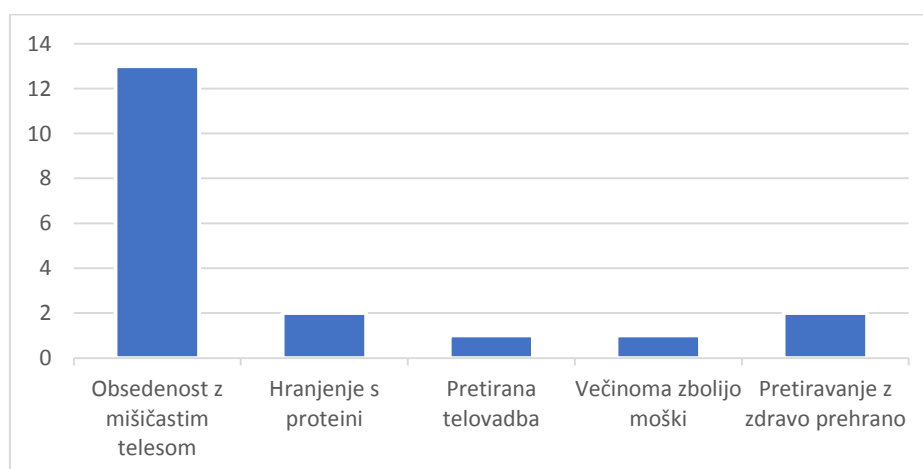
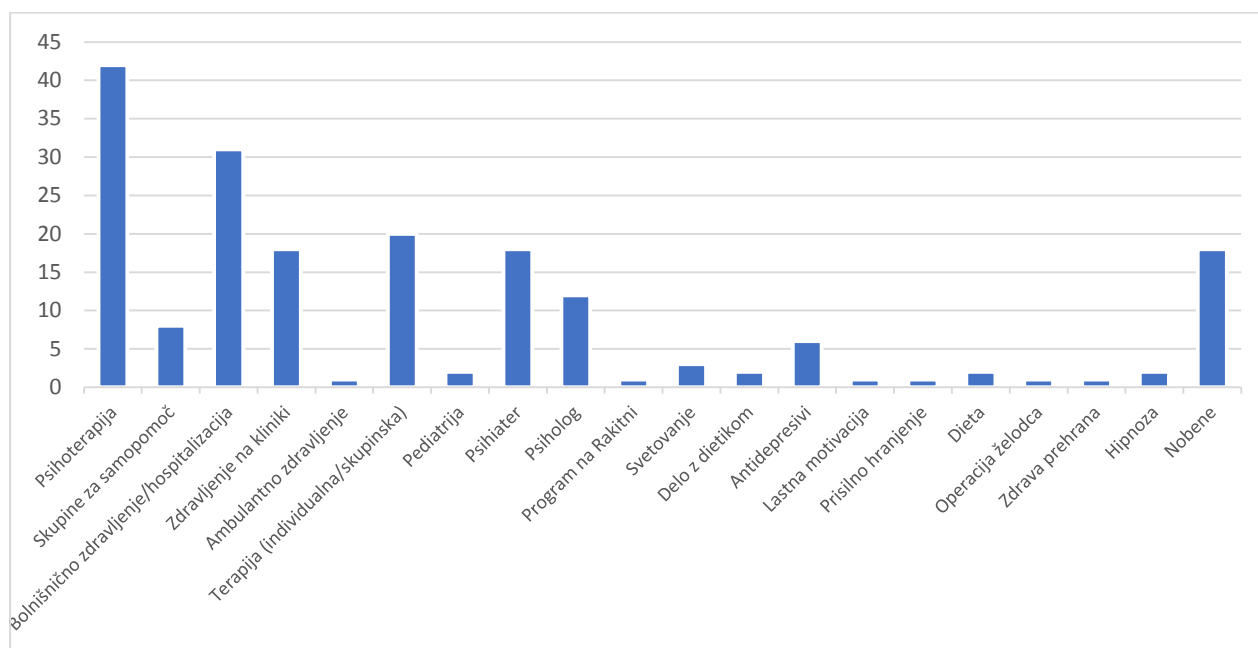


Tabela 9: Oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja

1. Katere oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja poznaš?		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Psihoterapija	42	35,00
Skupine za samopomoč	8	7,00
Bolnišnično zdravljenje/hospitalizacija	31	26,00
Zdravljenje na kliniki	18	15,00
Ambulantno zdravljenje	1	1,00
Terapija (individualna/skupinska)	20	17,00
Pedriatrija	2	2,00
Psihiater	18	15,00
Psiholog	12	10,00
Program na Rakitni	1	1,00
Svetovanje	3	3,00
Delo z dietikom	2	2,00
Antidepresivi	6	5,00
Lastna motivacija	1	1,00
Prisilno hranjenje	1	1,00
Dieta	2	2,00
Operacija želodca	1	1,00
Zdrava prehrana	1	1,00
Hipnoza	2	2,00
Nobene	18	15,00
Skupaj	120	

Tabela 9 prikazuje načine zdravljenja oseb z motnjami hranjenja, s katerimi so seznanjeni študentje socialnega dela. Kot možnost zdravljenja najpogosteje navajajo psihoterapijo in hospitalizacijo.

Graf 8: Oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja



Viri znanja o motnjah hranjenja

Tabela 10: Pridobljene informacije v času študija

2. Ali meniš, da si v času študija pridobil/-a dovolj informacij o motnjah hranjenja?		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	14	12,00
Ne	106	88,00
Skupaj	120	100,00

Tabela 10 prikazuje odgovore študentov, ali so v času študija pridobili dovolj informacij o motnjah hranjenja. Večina jih odgovarja, da o tem ve premalo.

Tabela 11: Zanimanje za problem motenj hranjenja

3. Bi želel/-a med študijem bolje spoznati problem motenj hranjenja?		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	97	81,00
Ne	12	10,00
Ta tema me ne zanima	11	9,00
Skupaj	120	100,00

Tabela 11 prikazuje odgovore študentov na vprašanje, ali bi med študijem želeli bolje spoznati problem motenj hranjenja. Večina jih meni, da bi to bilo koristno.

Graf 9: Zanimanje za problem motenj hranjenja



Lastne izkušnje z motnjami hranjenja

Tabela 12: Soočanje z motnjo hranjenja

4. Ali si se sam/-a soočal/-a ali se (še vedno) soočaš s katero od motenj hranjenja?		
Odgovori	Frekvenca	Odstotki [%]
Da	26	22,00
Ne	94	78,00
Skupaj	120	100,00

Tabela 12 prikazuje odstotek študentov Fakultete za socialno delo, ki so se (ali ne) kdaj soočali ali se (še vedno) soočajo z motnjami hranjenja.

Tabela 13: Soočanje z določeno vrsto motenj hranjenja

5. S katero od motenj hranjenja si se soočal/-a ali se (še vedno) soočaš?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Anoreksija nervoza	15	58,00
Bulimija nervoza	6	23,00
Kompulzivno prenažedanje	13	50,00
Ortoreksija nervoza	3	12,00
Bigoreksija nervoza	0	0,00
Skupaj	26	

Tabela 13 prikazuje, s katero od motenj hranjenja so se soočali ali se (še vedno) soočajo študentje socialnega dela. Opazimo, da se najpogosteje soočajo z anoreksijo nervozo in kompulzivnim prenažedanjem.

Graf 10: Soočanje z določeno vrsto motenj hranjenja

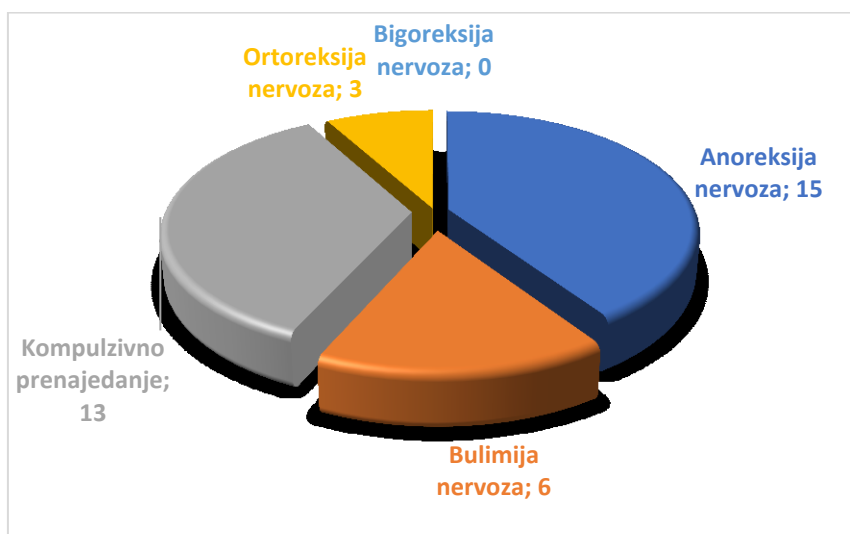


Tabela 14: Pridružene motnje

6. Ali se je poleg te motnje pojavljalo še kaj od spodaj naštetega?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Samopoškodbeno vedenje	9	35,00
Depresija	18	69,00
Obsesivno-kompulzivna motnja	8	31,00
Odvisnost od psihoaktivnih snovi	0	0,00
Drugo	3	12,00
Nič od naštetega	4	15,00
Skupaj	26	

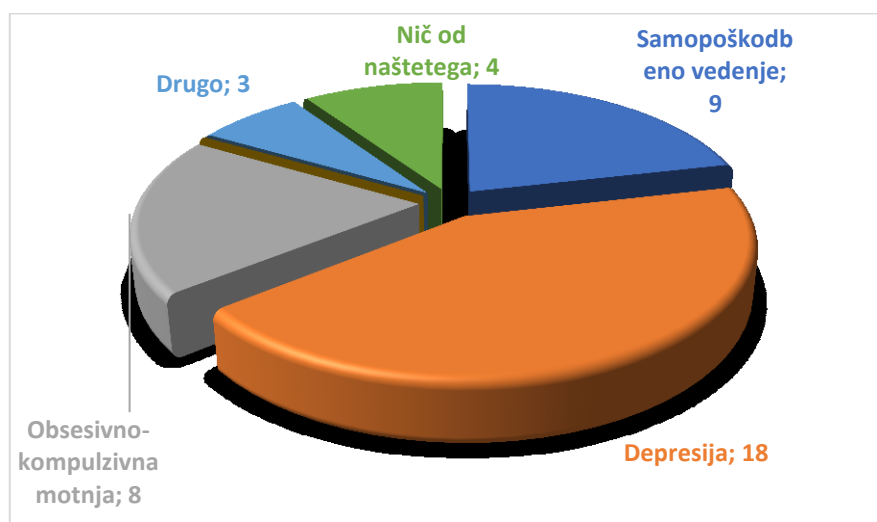
V tabeli 14 so prikazane pridružene motnje. Najpogosteje se poleg motnje hranjenja pojavlja še depresija.

Tabela 15: »Drugo«

Odgovor »drugo«		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Živčnost	1	33,00
Težave v medosebnih odnosih, težave s samopodobo	1	33,00
Pomanjkanje volje za karkoli	1	33,00
Skupaj	3	100,00

V tabeli 15 so prikazani odgovori, ki so jih anketiranci napisali pod možnost »drugo«.

Graf 11: Pridružene motnje



Graf 12: »Drugo«

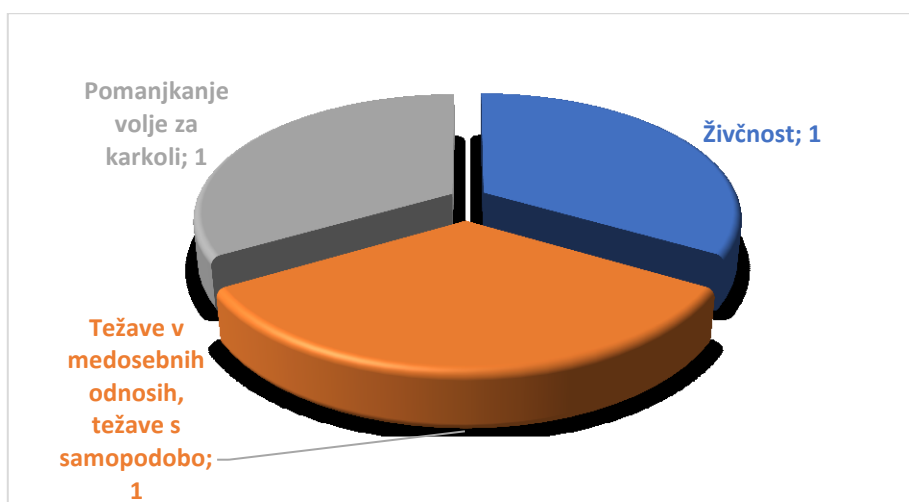


Tabela 16: Skrivanje samopoškodbenega vedenja

7. a) Ali si poskušala samopoškodbeno vedenje skriti?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	9	100,00
Ne	0	0,00
Skupaj	9	100,00

V tabeli 16 so prikazani odgovori na vprašanje, ali so poskušali anketiranci skriti samopoškodbeno vedenje. Razvidno je, da so na to vprašanje vsi odgovorili pritrdilno.

Vpliv izkušnje motnje hranjenja na študij socialnega dela

Tabela 17: Vpliv motnje hranjenja na izbiro študija socialnega dela

2. Ali je izkušnja z motnjo hranjenja vplivala tudi na izbiro študija socialnega dela?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	5	19,00
Ne	21	81,00
Skupaj	26	100,00

Tabela 17 prikazuje vpliv motnje hranjenja pri anketirancih na izbiro študija socialnega dela. Razvidno je, da na večino anketirancev to ni vplivalo.

Tabela 18: Pričakovanja v zvezi s študijem socialnega dela

3. Kakšna so bila tvoja pričakovanja? Kako misliš, da bi študij socialnega dela vplival na težave z motnjami hranjenja?		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Faks mi je pomagal, da sem se odprla, spregovorila, tako da danes sploh nimam težav, da o tej izkušnji ne bi govorila. Pričakovala sem tudi, da bom postala bolj samozavestna, si izoblikovala boljše samopodobo, dobila neko širino znanja, pri čemer je faks seveda pripomogel. (1)	1	20,00
Izkušnja z motnjo hranjenja je vplivala na mojo izbiro študija tako, da sem se začela nasploh bolj zanimati za duševne, socialne stiske. (2)	1	20,00
Bolje razumem sebe in družbo okoli mene. (3)	1	20,00
Predvsem to, da bi bolje spoznala sebe, svoje doživljanje, svoje občutke. Menim, da ima študij pozitiven vpliv. (4)	1	20,00
Pričakovala sem, da se bomo med študijem s to temo bolj ukvarjali. Glede na to, s kako široko populacijo delajo socialni delavci, sem pričakovala, da se bomo dotaknili tudi tega problema, saj bi z ustreznim znanjem lahko bolj učinkovito pomagali ter tudi prej prepoznali znake motenj hranjenja. (5)	1	20,00
Skupaj	5	100,00

V tabeli 18 so prikazani odgovori tistih študentov, ki so pri prejšnjem vprašanju odgovorili, da je motnja hranjenja vplivala na njihovo izbiro študija socialnega dela.

Vpliv motnje hranjenja na odnose

Tabela 19: Vpliv motnje hranjenja na odnose z bližnjimi

4. Ali je motnja hranjenja vplivala tudi na odnose s prijatelji/partnerjem/družino?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	19	73,00
Ne	7	27,00
Skupaj	26	100,00

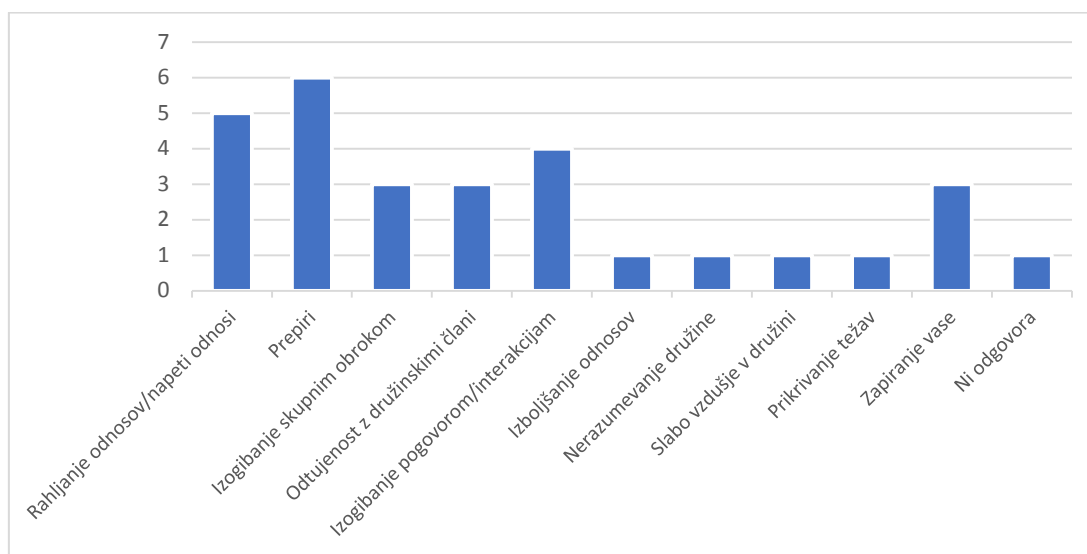
V tabeli 19 je prikazano, pri koliko anketirancih je motnja hranjenja vplivala tudi na druge osebe – prijatelje, partnerja in družino.

Tabela 20: Vpliv motnje hranjenja na odnose z bližnjimi

10. a) Kako je motnja hranjenja vplivala na odnose z bližnjimi?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Rahljanje odnosov/napeti odnosi	5	26,00
Prepiri	6	32,00
Izogibanje skupnim obrokom	3	10,00
Odtujenost z družinskimi člani	3	10,00
Izogibanje pogovorom/interakcijam	4	14,00
Izboljšanje odnosov	1	3,00
Nerazumevanje družine	1	3,00
Slabo vzdušje v družini	1	3,00
Prikrivanje težav	1	3,00
Zapiranje vase	3	10,00
Ni odgovora	1	3,00
Skupaj	19	

Tabela 20 prikazuje, na kakšen način je motnja hranjenja anketirancev vplivala na njihove odnose z drugimi osebami. Kot je razvidno iz tabele, je le v enem primeru bil vpliv pozitiven.

Graf 13: Vpliv motnje hranjenja na odnose z bližnjimi



Iskanje pomoči

Tabela 21: Iskanje pomoči

11. Ali si koga zaprosil/-a za pomoč?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	12	46,00
Ne	14	54,00
Skupaj	26	100,00

Tabela 21 prikazuje, ali so anketiranci koga zaprosili za pomoč. Več kot polovica jih ni poiskala pomoči.

Tabela 22: Začetek iskanja pomoči

12. Koga si najprej zaprosil/-a za pomoč?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Družino	7	58,00
Prijatelje	6	50,00
Partnerja	2	17,00
Skupino za samopomoč	1	8,00
Zdravstveno pomoč	3	25,00
Drugo	4	33,00
Skupaj	12	

Iz tabele 22 je razvidno, da so se tisti, ki so zaprosili za pomoč, najpogosteje obrnili na družino in prijatelje.

Tabela 23: »Drugo«

Odgovor »drugo«		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Bioresonančna delavka	1	25,00
Mama me je s pomočjo zvižgače spravila do osebne zdravnice, ki me je napotila k psihiatrinji	1	25,00
Individualna terapija	2	50,00
Skupaj	4	100%

V tabeli 23 so prikazani še drugi odgovori, koga so anketiranci zaprosili za pomoč.

Graf 14: Začetek iskanja pomoči

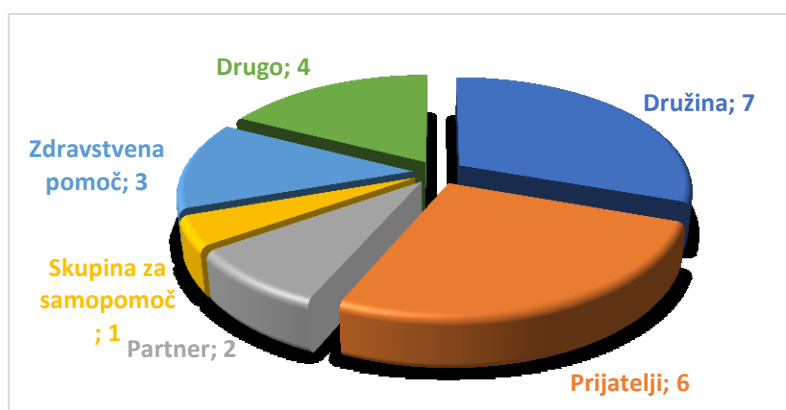


Tabela 24: Koristnost pomoči

13. Ali si prejel/-a pomoč, ki ti je koristila?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	15	58,00
Ne	11	42,00
Skupaj	26	100,00

Kot je razvidno iz tabele 24, jih več kot polovica meni, da so dobili pomoč, ki jim je takrat koristila, še vedno pa je veliko takih, ki niso prejeli koristne pomoči.

Tabela 25: Oblike pomoči, ki bi bile ustrezne/koristne

14. Kaj bi ti takrat koristilo/pomagalo?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Skupina za samopomoč	1	9,00
Manj medijskega »pompa« o popolnih telesih	1	9,00
Da bi me psihiatrinja razumela	1	9,00
Pomoč sorodnikov	1	9,00
Izolacija	1	9,00
Nekaj, kar bi mi preusmerilo pozornost/zaposlilo moje misli	1	9,00
Menjava okolja	1	9,00
Širši pogled na situacijo	1	9,00
Pogovor z osebami s podobno izkušnjo	1	9,00
Pogovor z osebo, ki me ne bi obsojala	1	9,00
Drugačne življenjske okoliščine	1	9,00
Pogovor z odraslo osebo	1	9,00
Nič, stvari sem morala razčistiti sama pri sebi	1	9,00
Ne vem	2	18,00
Skupaj	11	100,00

Tabela 25 prikazuje odgovore na vprašanje, kakšno pomoč bi anketiranci takrat potrebovali oziroma kaj menijo, da bi jim takrat koristilo.

Sedanje stanje

Tabela 26: Sedanje stanje

15. Ali se še vedno spopadaš z motnjami hranjenja?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Da	11	42,00
Ne	15	58,00
Skupaj	26	100,00

Tabela 26 prikazuje, koliko anketiranih se še vedno sooča z motnjami hranjenja. Še vedno se jih s tem spopada skoraj polovica.

Tabela 27: Mnenja za konec

16. Bi za konec želel/-a še kaj povedati?		
Odgovor	Frekvenca	Odstotek [%]
Bolje je poiskati zasebno pomoč	1	1,00
Potrebujemo več pogovora o tej temi	8	7,00
Na FSD bi se morali več izobraževati na to temo	9	8,00
Tema se mi zdi oddaljena/o njej nič ne vem	2	2,00
Želela bi spoznati osebo z motnjo hranjenja, da bi nam zaupala svojo izkušnjo	1	1,00
Fizično bolezen hitro premagaš, težava je v psihi	2	2,00
V teoriji je stvar logična, v praksi pa bi potrebovali več znanja	2	2,00
Rada bi se seznanila z oblikami zdravljenja	2	2,00
Zelo hitro lahko padeš v motnje hranjenja	3	3,00
Danes imam raje kakšen kilogram več	2	2,00
Motnje hranjenja so tudi družbeni problem	1	1,00
Ne	35	29,00
Ni odgovora	55	46,00
Skupaj	120	

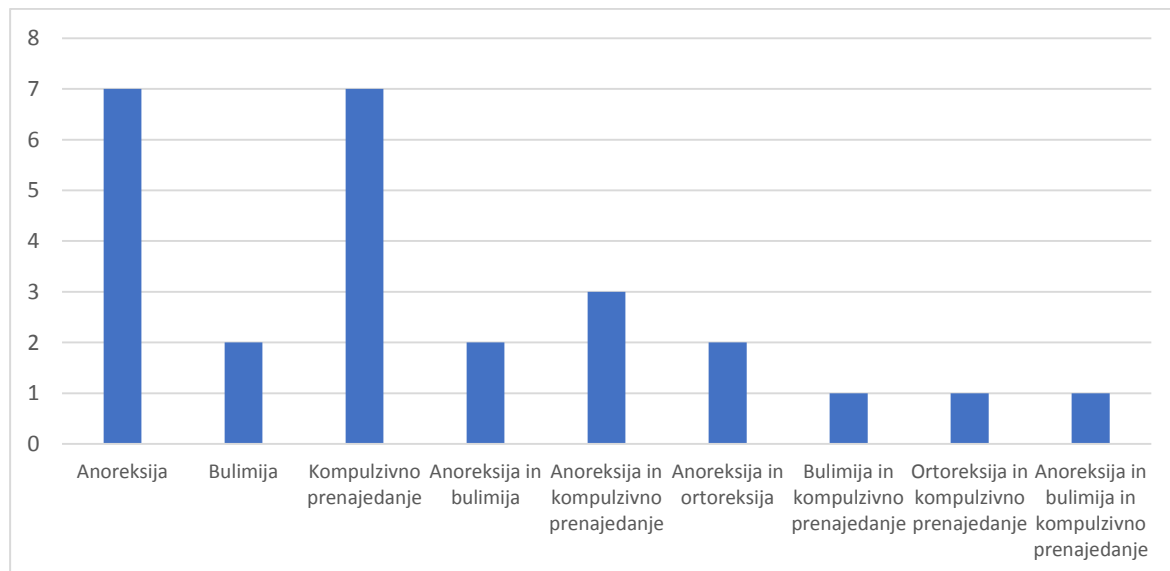
V zgornji tabeli so prikazana mnenja, misli, ki so jih anketiranci lahko izrazili na koncu ankete.

Tabela 28: Sovpadanje motenj hranjenja

Sovpadanje motenj hranjenja		
Odgovori	Frekvenca	Odstotek [%]
Anoreksija	7	27,00
Bulimija	2	8,00
Kompulzivno prenažedanje	7	27,00
Anoreksija in bulimija	2	7,00
Anoreksija in kompulzivno prenažedanje	3	12,00
Anoreksija in ortoreksija	2	7,00
Bulimija in kompulzivno prenažedanje	1	4,00
Ortoreksija in kompulzivno prenažedanje	1	4,00
Anoreksija in bulimija in kompulzivno prenažedanje	1	4,00
Skupaj	26	100,00

Tabela 28 prikazuje sovpadanje različnih motenj hranjenja. Kot je razvidno iz tabele, najpogostejše sovpadata anoreksija in kompulzivno prenažedanje, kot samostojni motnji pa sta najpogostejši anoreksija in kompulzivno prenažedanje.

Graf 15: Sovpadanje motenj hranjenja



4.1. Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Prisilno prenaajedanje pri osebah, ki trpijo za motnjami hranjenja, v več kot 80 % sovpada z anoreksijo ali bulimijo.

Hipotezo zavržem, saj je iz rezultatov anket razvidno, da pri osebah, ki trpijo za motnjami hranjenja, kompulzivno prenaajedanje in anoreksija oziroma bulimija sovpadata v samo 5 primerih (20 %). Kompulzivno prenaajedanje se tako pogosteje pojavlja kot samostojna motnja hranjenja.

Hipoteza 2: Manj kot polovica študentk in študentov Fakultete za socialno delo pozna ortoreksijo in bigoreksijo.

Hipotezo potrdim, saj se je izkazalo, da izmed vseh motenj hranjenja študentje Fakultete za socialno delo najmanj poznajo ravno ortoreksijo in bigoreksijo. Od 120 študentkov, ki so sodelovali v raziskavi, ortoreksijo pozna 32 študentov oziroma 27 %, bigoreksijo pa 16 študentov oziroma 13 %.

Hipoteza 3: Pri osebah z motnjami hranjenja je v več kot 50 % prisotno tudi samopoškodbeno vedenje.

Hipotezo zavržem, saj sem ugotovila, da se samopoškodbeno vedenje pojavlja v povezavi z motnjami hranjenja, vendar ne tako pogosto. Samopoškodbeno vedenje se kot pridružena motnja pojavi v 9 primerih oziroma 35 %.

Hipoteza 4: Več kot 70 % oseb, ki so se v preteklosti samopoškodovale, je poskušalo svoja dejanja skriti.

Hipotezo potrdim, saj sem ugotovila, da so prav vse osebe, ki so imele težavo s samopoškodbenim vedenjem, poskušale to prikriti.

Hipoteza 5: Manj kot 20 % oseb z motnjami hranjenja in samopoškodbenim vedenjem poišče pomoč.

Peto hipotezo zavržem, saj sem ugotovila, da osebe, ki imajo težave z motnjami hranjenja, pogosteje poiščejo pomoč, kot sem sprva predvidevala. Pomoč je poiskalo 46 % vprašanih, ki so imeli težave z motnjami hranjenja.

Hipoteza 6: Izkušnja z motnjo hranjenja je imela velik vpliv pri izbiri študija socialnega dela.

Hipotezo zavržem, saj so rezultati raziskave pokazali, da je le pri 5 oseb (19 %) motnja hranjenja vplivala na izbiro študija. Pri ostalih 21 (81 %) izkušnja z motnjo hranjenja ni vplivala na izbiro študija.

Hipoteza 7: Več kot 40 % študentov Fakultete za socialno delo ne pozna nobene oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja.

Hipotezo zavržem, saj so rezultati raziskave pokazali, da le 15 % vprašanih ne pozna nobene oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja.

Hipoteza 8: Več kot 70 % študentov Fakultete za socialno delo meni, da nima dovolj informacij o motnjah hranjenja.

Hipotezo potrdim, saj kar 106 študentov oziroma 88 % vprašanih meni, da med študijem niso pridobili dovolj informacij o tej temi.

Hipoteza 9: Več kot polovica vprašanih bi želela med študijem pridobiti več informacij o motnjah hranjenja.

Hipotezo potrdim, saj je kar 81 % študentov izrazilo željo, da bi želeli motnje hranjenja in njihovo problematiko bolje spoznati.

5. Razprava

V raziskavi je sodelovalo 120 študentk in študentov Fakultete za socialno delo. Kar 119 sodelujočih je ženskega spola, kar niti ni tako presenetljivo, saj je znano, da se za študij socialnega dela še vedno pretežno odločajo ženske. Za reševanje ankete se jih je odločilo največ iz 2. letnika, najmanj pa iz 3. letnika. Število odgovorov glede na letnik se mi v primerjavi s številom vpisanih zdi sorazmerno nizko.

Izmed vseh vrst motenj hranjenja so študentke najbolj seznanjene z anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo, veliko pa jih prepozna tudi kompulzivno prenajedanje. Najmanj jih pozna bigoreksijo nervozo, kar je nekako pričakovano, saj to je ena izmed novejših motenj hranjenja, o kateri še ni veliko govora.

Pri naslednjem vprašanju je bilo mogoče zapisati nekaj najprepoznavnejših znakov anoreksije nervoze. Veliko odgovorov je pravilnih in se skladajo s to boleznijo, nekaj pa je tudi takih, ki niso pravilni, npr. prenajedanje, ki je bolj značilno za bulimijo nervozo in kompulzivno prenajedanje. V splošnem se mi zdi, da so študentje na to vprašanje dobro odgovarjali, saj je vsak napisala več kot le en odgovor. Štirikrat se je pojavil odgovor »ne vem«, kar pomeni, da anoreksije nervoze v bistvu ne poznajo ali pa jo poznajo le po imenu, čeprav so najprej odgovorili, da jo poznajo. T. Erzar (2007) med najbolj prepoznavne znake anoreksije nervoze uvršča nizko telesno težo in stradanje.

Kot najpogostejša odgovora pri znakih bulimije nervoze se pojavljata bruhanje in prenajedanje, kar je skladno s to motnjo. Nekajkrat se pojavi tudi odgovor prenizka telesna teža, kar za bulimijo ne drži popolnoma. Osebe z bulimijo imajo po navadi normalno telesno težo. Tudi ta odgovor se sklada z avtorji, ki pravijo, da je za bulimijo nervozo značilno prenajedanje, ki mu potem sledi namerno bruhanje (Erzar, 2007).

Anketiranci, ki so označili, da poznajo kompulzivno prenajedanje, so odgovarjali pravilno. Najpogosteje se je pojavljal odgovor, da oseba ni nikoli sita in se prenajeda – torej je kljub občutku sitosti.

Tudi pri ortoreksiji nervozi so se pojavljali pretežno pravilni odgovori o njenih značilnostih. Le eden izmed odgovorov je bil napačen, in sicer, da ortoreksija pomeni stradanje. Ostali so odgovarjali, da je za ortoreksijo značilna zasvojenost s čisto, zdravo prehrano.

Pri bigoreksiji nervozi je večina odgovorila pravilno, dva odgovora pa sta napačna; sklepam, da sta ju anketiranca zamenjala z ortoreksijo nervozo, saj sta odgovorila, da je bigoreksija nervoza pretiravanje z zdravo prehrano.

Pri oblikah okrevanja so anketiranke navedle veliko različnih oblik. Največkrat se sicer pojavljata odgovora psihoterapija oziroma terapija ter bolnišnično zdravljenje, vendar so načeloma vsi odgovori pravilni. Le en anketiranec je omenil ambulantno zdravljenje, čeprav je to eden izmed pogostejših načinov zdravljenja, kar 18 (15 %) pa jih je navedlo, da ne poznajo nobene oblike zdravljenja. Sernec (2011c) piše, da se lahko oseba, ki je motivirana in nima močno izražene klinične slike, vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko psihoterapijo. Za osebo z bolj izraženo klinično sliko ali dalj časa trajajočo motnjo hranjenja pa je priporočljivo, da se vključi v bolnišnično psihoterapevtsko zdravljenje, ki traja od 3 do 4 mesecev, šele nato pa se vključi v izvenbolnišnično psihoterapevtsko skupino in kasneje še nekajletno ambulantno spremljanje.

Kar 88 % anketirancev meni, da med študijem niso pridobili dovolj informacij o motnjah hranjenja. Kar 81 % jih želi o tej temi izvedeti več. Želijo si bolj spoznati problematiko motenj hranjenja. 19 % jih ne želi pridobiti novih informacij ali pa jih ta tema ne zanima. Izmed vseh vprašanih je 26 anketirank, ki so se v preteklosti ali pa se (še vedno) soočajo z motnjo hranjenja. Za takšne sem pripravila dodaten sklop vprašanj. Največ se jih je soočalo/se jih sooča z anoreksijo nervozo (58 %) in kompulzivnim prenažanjem (50 %). Pri več kot polovici (69 %) se je kot pridružena motnja pojavila depresija, pri 35 % je bilo ali pa je prisotno tudi samopoškodbeno vedenje in prav vsi so ga skušali prikriti. Kot ostale odgovore so navedli še živčnost, težave v medosebnih odnosih, težave s samopodobo ter pomanjkanje volje. Za anoreksijo nervozo zbolijo 0,5–1 % populacije, medtem ko je bulimija nervoza v visokem porastu – pojavi se pri 3–5 % populacije (Sernec, 2011b). Kompulzivno prenažanje je najpogostejše, in sicer zajema 0,4–7 % populacije (Rejlić Prinčič, 2006) oziroma je prisotno pri 70–80 % vseh oseb s prekomerno telesno težo (Sernec, 2011b).

Motnje hranjenja pri večini anketirank niso vplivale na izbiro študija socialnega dela. Bolj jim je študij pomagal v tej smeri, da so se odprle in spregovorile o svojih težavah ali pa so se bolj začele zanimati za določena področja študija. Ena izmed anketiranih odgovarja: *»Faks mi je pomagal, da sem se odprla, spregovorila, tako da danes sploh nimam več težav, da o tej izkušnji ne bi govorila. Pričakovala sem tudi, da bom postala bolj*

samozavestna, si izoblikovala boljšo samopodobo, dobila neko širino znanja, pri čemer je faks seveda pripomogel.» Ena izmed anketiranih pa je omenila, da je pričakovala, da se bo ta tema med študijem bolj obravnavala, glede na to, kako široko področje dela zajema socialno delo.

Pri večini (73 %) je motnja hranjenja vplivala na medsebojne odnose s prijatelji, družino ali partnerjem. Izpostavile so predvsem prepire, odtujenost, izogibanje skupnim obrokom, slabo vzdušje, prikrivanje težav ter na splošno napete odnose. Pri nekaterih je motnja hranjenja pozitivno vplivala na odnose – so se izboljšali. V družinah, kjer je prisotna motnja hranjenja, prevladujeta perfekcionizem in zaščita s strani staršev. Družinska dinamika je naravnana tako, da zahteva poslušnost s strani staršev, komunikacija med družinskimi člani pa je pogosto brez prave čustvene vsebine (Gostečnik, 2013). Sternad (2001) pravi, da je vsem družinam skupno to, da skušajo problem rešiti same, ker se bojijo družbene stigme. Zato okrog težav sezidajo pravo obzidje sprenevedanja. Vendar pa prejkoslej pridejo do točke, na kateri se morajo odločiti, ali si bodo še naprej zatiskale oči ali pa bodo svojemu otroku pomagale po svojih najboljših močeh; takrat se spremenijo tudi odnosi.

Od 26 anketirank, ki so povedale, da se soočajo z motnjami hranjenja, je še vedno veliko takih, ki niso poiskale pomoči. Teh je kar 54 %. Tiste, ki so poiskale pomoč, so se najprej obrnile na družino in prijatelje ali pa so poiskale zdravstveno pomoč. Manj je takih, ki so oporo poiskale v partnerju ali v skupini za samopomoč. Dve sta se odločili za individualno terapijo. Žal pa pomoč še ni koristila vsem. Uspešna je bila le v 58 % primerov, kar pomeni, da jih še vedno veliko ni okrevalo kljub vključitvi v eno od oblik pomoči. Izpostavile so, da bi bilo koristno, če bi bilo manj medijskega pritiska o popolnih telesih in če bi imele možnost pogovora z osebo, ki je imela enako izkušnjo. Koristil bi tudi pogovor z nekom, ki jih ne bi obsojal. Nekaterim bi koristila izolacija ali menjava okolja. Dve izmed vprašanih nimata ideje, kaj bi koristilo, ena pa je odgovorila, da bi preprosto potrebovala drugačne življenjske okoliščine.

Od skupno 26 anketirank, ki so se soočale z motnjo hranjenja, je 11 (42 %) takih, ki se s tem še vedno spopadajo. To se mi zdi še vedno visok delež in mislim, da bi bilo potrebno storiti več, da bi bila pomoč dostopnejša, manj stigmatizirana.

Pri mnenjih na koncu ankete so med drugim navajali: *»Potrebujemo več pogovora o tej temi.«* *»Na FSD bi se morali več izobraževati na to temo.«* *»Želela bi spoznati osebo z*

motnjo hranjenja, da bi nam zaupala svojo izkušnjo.« »V teoriji je stvar logična, v praksi pa bi potrebovali več znanja.« »Danes imam raje kakšen kilogram več.« »Fizično bolezen zelo hitro premagaš, težava je v psihi.« Kar 90 anketirank ni podalo odgovora ali pa so odgovorile z »ne«.

Ugotavljala sem tudi, kako različne motnje sovpadajo med seboj. Pri eni osebi lahko opazimo dve ali celo tri različne motnje; ni nujno, da oseba trpi samo za eno motnjo. Ugotovila sem, da najpogostejše sovpadata anoreksija in kompulzivno prenašanje kot tudi anoreksija in bulimija ter anoreksija in ortoreksija. Pri takih osebah je zdravljenje dolgotrajnejše in obravnava težja.

Z raziskavo sem ugotovila, da motnje hranjenja niso samo problem posameznika, ampak odraz vsega, kar se dogaja v naši družbi. Velik vpliv ima že primarno okolje – družina, kasneje pa tudi vrstniki, mediji in vsi ostali, ki so na kakršenkoli način prisotni v življenju osebe z motnjo hranjenja. Motnje hranjenja mogoče res ni težko prepoznati, jo je pa težko razumeti. Za njo se skriva veliko čustvenih stisk in težav, ki jih izražajo na napačen način. Zato pomembno je, da se o tem govori, da se mlade seznani z nevarnostmi, ki jih povzroči motnja hranjenja, da se jih pouči o tem, kako pomembno in na kakšen način se je potrebno soočati s težavami. Osebam, ki so že zapadle v motnje hranjenja, pa je potrebno nuditi čim bolj kakovostno pomoč in jih poskušati razumeti.

6. Sklepi

V raziskavi sem prišla do sklepov, opisanih po točkah.

Splošni podatki

Na vprašalnik so odgovarjale predvsem študentke, največ odgovorov pa sem pridobila od študentov 2. letnika.

Poznavanje motenj hranjenja

Študentje so najbolj seznanjeni z anoreksijo in bulimijo nervozo, nekoliko manj pa poznajo kompulzivno prenažedanje, ortoreksijo in bigoreksijo nervozo.

Viri znanja o motnjah hranjenja

Večina študentov meni, da premalo pozna problematiko motenj hranjenja in bi želela o tem izvedeti več.

Lastne izkušnje z motnjami hranjenja

Šestindvajset anketirancev se je ali pa se (še vedno) sooča z motnjo hranjenja. Najpogosteje sta to anoreksija in kompulzivno prenažedanje. Pri teh anketirancih se pojavljajo tudi pridružene motnje – najpogosteje depresija in samopoškodbeno vedenje.

Vpliv izkušnje z motnjo hranjenja na študij socialnega dela

Pri večini študentov izkušnja z motnjo hranjenja ni vplivala na izbiro študija socialnega dela. Tisti, pri katerih je vplivala, pa pravijo, da jim je študij pomagal spregovoriti, pridobiti samozavest ter dobiti dodatno znanje.

Vpliv motnje hranjenja na odnose

Motnja hranjenja je pomembno vplivala na odnose z bližnjimi. Nekatere je povezala in imajo sedaj boljše odnose, pri večini pa so se pojavile težave – odnosi so se poslabšali.

Iskanje pomoči

Približno polovica jih je že poiskala pomoč v družini, pri prijateljih, partnerju ali pa so poiskali zdravniško pomoč, medtem ko druga polovica (še) ni poiskala pomoči.

Sedanje stanje

Kar 15 anketirancev se (še vedno) sooča z motnjo hranjenja.

7. Predlogi

Kot sem v nalogi že večkrat omenila, se mi motnje hranjenja zdijo zelo resen problem, o katerem še vedno premalo govorimo. Glede predlogov sem izhaja iz navedb anketirank in iz lastnega mnenja o tem, kaj je potrebno storiti, da bi se o teh težavah več govorilo in ozaveščalo.

Za bodoče socialne delavce in delavke se mi zdi ključnega pomena, da se o tej temi bolj izobrazijo. Spekter dela socialnega delavca ali delavke je zelo širok in hitro se lahko zgodi, da bomo kasneje v življenju soočeni s situacijo, kjer bomo morali pomagati osebi, ki trpi za motnjo hranjenja, vendar o tem ne bomo imeli dovolj znanja. Zato se mi zdi zelo pomembno, da se že med študijem izobrazimo, da dobimo vsaj neko osnovno znanje, ki ga lahko potem nadgrajujemo. Primerno bi bilo, da se uvede nov obvezni ali izbirni predmet, saj bi se na ta način o tej temi seznanili tisti, ki jih to res zanima. Tudi anketiranci so izjavili, da o tej temi vedo občutno premalo in bi se želeli naučiti več.

Ker so motnje hranjenja problem, s katerim se še vedno pretežno soočajo dekleta v najbolj občutljivem življenjskem obdobju, se mi zdi pomembno, da bi se o tej temi ozaveščalo tudi v osnovnih šolah. Dobro bi bilo, da pridobijo določene informacije o tem, preden zapadejo v težave. Preventiva je pomemben korak v smeri, da se pomaga čim več mladostnikom, ki imajo težave z motnjami hranjenja. Lahko bi se organizirale tudi delavnice na to temo, še bolj koristno pa se mi zdi, da slišijo kakšno izkušnjo iz prve roke. Na ta način se mi zdi, da bodo bolj pozorni na simptome motenj hranjenja, prav tako pa bodo lahko sami komu priskočili na pomoč.

Velik korak v smeri okrevanja čim več oseb bi bil tudi, da se poveča število postelj na oddelku na zdravljenje motenj hranjenja, saj jih trenutno imajo na voljo le 12, kar se mi zdi občutno premalo, glede na to, da so motnje hranjenja v velikem porastu in se vsako leto s tem sooča več mladostnikov.

Za konec pa bi rada izpostavila še medije, ki bistveno pripomorejo k izoblikovanju samopodobe mladostnikov. Ker se veliko poudarjajo lepa, vitka telesa, to spodbuja mlade, da hitro zapadejo v nepravilno hranjenje. V vsaki reviji, ki jo kupimo, lahko preberemo kakšen članek, kako moramo ceniti svoje telo, vendar na naslednji strani najdemo članek o dieti. Ta nasprotujoča sporočila lahko na mladih pustijo velik pečat, prav tako pa povečajo možnost, da hitro zapadejo v kakšne diete, ki potem lahko vodijo do resnejših težav.

8. Uporabljena literatura

1. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., Nielsen, S. (2011). Morality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731.
2. Bratman, S. (2017). *The Authoized Bratman Orthorexia Self – Test*. Pridobljeno 6. 8. 2019 s <http://www.orthorexia.com/the-authorized-bratman-orthorexia-self-test/>.
3. Copak, M. (2010). *Bigoreksija ali »moška anoreksija«*. Pridobljeno 6. 8. 2019 s <https://siol.net/trendi/bigoreksija-ali-moska-anoreksija-249106>.
4. Deans, E. (2011). *A History of Eating Disorders*. Pridobljeno 22. 11. 2018 s <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/evolutionary-psychiatry/201112/history-eating-disorders>.
5. Eating disorders coalition. (2016). *Facts About Eating Disorders: What The Research Shows*. Pridobljeno 11. 9. 2019 s http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/factsheet_2016.pdf.
6. Eivors, A. & Nesbitt, S. (2007). *Lačni razumevanja*. Maribor: Obzorja.
7. Ekern, J. (2012). *Types of Eating Disorder Treatment & Therapy*. Pridobljeno 8. 8. 2019 s <https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/types-of-treatments>.
8. Erzar, T. (2007). *Duševne motnje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
9. Folse, V. N., Krawzak, K. M. (2013). Family Experience With Eating Disorders Scale: A Systematic Way to Engage the Family in Treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(4), 269–77.
10. Gorenc, M. (2012). *Kaj je samopoškodbeno vedenje?* Pridobljeno 8. 8. 2019 s <http://tusmo.si/clanki/o-samoposkodbenem-vedenju/opredelitev-samoposkodbenega-vedenja/>.
11. Gostečnik, C. (2013). *Me imata kaj rada?* Ljubljana: Brat Frančišek.
12. Grilč, S. (2005). *Motnje hranjenja in pomen skupin za samopomoč*. (Diplomsko delo). Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
13. Hrast, I., Smrdu, M., Gorenc, M., Pečenik, S., Dernovšek, M. (2008). *Motnje hranjenja: intervencije zdravljenja in obravnave anoreksije nervoze, bulimije nervoze in sodobnih motenj hranjenja. Nacionalne smernice klinične prakse CG9*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara.

14. Inštitut za razvoj človekovih virov. (2018a). *Obsesivno-kompulzivna motnja*. Pridobljeno 3. 8. 2019 s <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/dusevne-motnje/obsesivno-kompulzivna-motnja>.
15. Inštitut za razvoj človekovih virov. (2018b). *Anksiozne motnje*. Pridobljeno 8. 8. 2019 s <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/dusevne-motnje/anksiozne-motnje>
16. Inštitut za razvoj človekovih virov. (2018b). *Kognitivno-vedenjska terapija*. Pridobljeno 8. 8. 2019 s <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/psihoterapija/oblike-in-vrste-psihoterapije/kognitivno-vedenjska-terapija>.
17. Jovanović, K. (2010). *Izgubljeni v iskanju sebe*. Ljubljana: Buča.
18. Jovanović, K. (2014). *Ločena celota*. Ljubljana: Samozaložba.
19. Jovanović, K. (2016). *Korelacija med bulimijo in depresijo*. Ljubljana: Samopodoba.
20. Jovanović, K. (2018). *Brazgotine na duši*. Ljubljana: Samopodoba.
21. Kastelic, A. in Mikulan, M. (2004). *Mladostnik in droga: priročnik za starše in učitelje*. Ljubljana: Prohealth.
22. Končnik-Goršič, N. (2004). *Moj otrok odrašča. Medsebojni odnosi, šola, strah, trma, žepnina, ljubezen, spolnost, alkohol, droge, motnje hranjenja*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
23. Kranjec, Š. (2016). *Pojedla sem anoreksijo*. Postojna: Samozaložba.
24. Lorenčič, D. (2014). *Ana v meni*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
25. McKenzie, K. (2005). *Kako razumeti depresijo*. Ljubljana: Pisanica.
26. Middleton, K. & Smith, J. (2012). *Motnje hranjenja. Prvi koraki na poti do ozdravitve*. Koper: Ognjišče.
27. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2014). *Ansioznost ali tesnoba*. Pridobljeno 8. 8. 2019 s <https://www.nijz.si/sl/anksioznost-ali-tesnoba>.
28. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016a). *#tosemjaz – motnje hranjenja*. Pridobljeno 4. 8. 2019 s <http://www.tosemjaz.net/clanki/motnje-hranjenja/>.
29. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016b). *#tosemjaz – ženska svetovalnica*. Pridobljeno 11. 9. 2019 s <http://www.tosemjaz.net/kam-po-pomoc/zenska-svetovalnica/>.
30. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2018). *Kako razumeti motnje hranjenja?* Pridobljeno 6. 8. 2019 s <https://www.nijz.si/sl/publikacije/razumeti-motnje-hranjenja>.

31. Pandel Mikuš, R. (2003). Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah. *Obzornik zdravstvene nege* 37 (1). Pridobljeno 8. 8. 2019 s <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2003.37.1.29>.
32. Pomeroy, C. (2004). Assessment of medical status and physical factors. V J. K. Thompson (ur.), *Handbook of eating disorders and obesity* (str. 81–111). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
33. Rejlič Prinčič, A. (2006). *Motnje hranjenja*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
34. Sernec, K. (2003). *Predstavitev enote za zdravljenje motnje hranjenja*. Pridobljeno 8. 8. 2019 s https://www.revija-vita.com/vita/40/Predstavitev_enote_za_zdravljenje_motenj_hranjenja.
35. Sernec, K. (2010). Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik*, 61(2), 106–109.
36. Sernec, K. (2011a). Definicije in vrste motenj hranjenja. V A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja*. (str. 9–14). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
37. Sernec, K. (2011b). *Motnje hranjenja. Celosten pogled na težave*. Pridobljeno 5. 8. 2019 s: http://pza.si/Clanek/Motnje-hranjenja_1.aspx.
38. Sernec, K. (2011c). *Motnje hranjenja. Vrste motenj in zdravljenje*. Pridobljeno 5. 8. 2019 s: http://pza.si/Clanek/Motnje-hranjenja_2.aspx.
39. Sternad, M. (2001). *Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo, k besedam, ki celijo*. Ljubljana: Samozaložba.
40. Svetovalni svet. (b. d.). *Drugače klasificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja*. Pridobljeno 11. 9. 2019 s <http://svetovalni-svet.si/motnje-hranjenja/drugace-klasificirane-motnje-hranjenja/>.
41. Svetovalni svet (b. d.). *Oblike pomoči pri motnjah hranjenja*. Pridobljeno 11. 9. 2019 s <http://svetovalni-svet.si/oblike-pomoci/>.
42. Svetovalnica za motnje hranjenja MUZA. (2007). *Dejavnosti*. Pridobljeno 11. 9. 2019 s <http://www.svetovalnicamuza.si/Dejavnosti.html>.
43. Švab, A., Šolar, V., Ziherl, A., Ibic, L., Čufer, B., Trivič, A. (1998). *Ko hrana ni več hrana*. Ljubljana: ŠOU.
44. Zaviršek, D. (1995). Motnje hranjenja: Žensko telo med kaosom in nadzorom. *Delta: revija za ženske študije in feministično teorijo*, 1(1/2).
45. Zaviršek, D. (2000). Telo v prostorih zasebnega in javnega: sociološki vidiki in psihosocialni modeli motenj hranjenja. V Batellino, T. (ur.), *Debelost in motnje*

hranjenja. (str. 143-151). Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni.

46. Zupan, N. (2012). *Ortoreksija – preveč zdravega škodi*. Pridobljeno 6. 8. 2019 s <http://www.diva.si/clanki/lifestyle/ortoreksija-prevec-zdravega-skodi>.
47. Žigon, N. (2006). *Ko nam tehnika kroji življenje*. Pridobljeno 4. 8. 2019 s <https://www.viva.si/Psihijatrija/35/Ko-nam-tehnica-kroji-%C5%BEivljenje>.

9. Priloge

9.1. Anketni vprašalnik

Pozdravljeni! Sem Tjaša Štesl, študentka podiplomskega študija Fakultete za socialno delo in pišem magistrsko delo na temo motenj hranjenja med študenti in študentkami Fakultete za socialno delo. Namen raziskave je ugotoviti, koliko so študentke in študentje FSD seznanjeni z motnjami hranjenja ter kako obsežen je ta pojav. Vaše sodelovanje v anketi zelo pomembno, zato prosim za sodelovanje. Anketa je anonimna, zbrani podatki bodo obravnavani strogo zaupno ter analizirani splošno in ne na ravni posameznika. Uporabljeni bodo izključno za pripravo magistrske naloge.

Spol:

- ☐ Moški
- ☐ Ženski

Letnik študija

- ☐ 1. letnik
- ☐ 2. letnik
- ☐ 3. letnik
- ☐ 4. letnik
- ☐ Absolvent/dodatno leto
- ☐ 1. letnik podiplomskega študija

1. Katere motnje hranjenja poznaš?

Možnih je več odgovorov

- ☐ Anoreksija nervoza
- ☐ Bulimija nervoza
- ☐ Kompulzivno prenehanje
- ☐ Ortoreksija nervoza
- ☐ Bigoreksija nervoza

Na kratko opiši, kaj je bigoreksija nervoza.

Na kratko opiši, kaj je ortoreksija nervoza.

Naštej nekaj najznačilnejših znakov kompulzivnega prenajedanja.

Naštej nekaj najznačilnejših znakov bulimije nervoze.

Naštej nekaj najznačilnejših znakov anoreksije nervoze.

2. Katere oblike zdravljenja oseb z motnjami hranjenja poznaš?

3. Ali meniš, da si v času študija pridobil/-a dovolj informacij o motnjah hranjenja?

- ☐ Da
☐ Ne

4. Bi želel/-a med študijem bolje spoznati problem motenj hranjenja?

- ☐ Da
☐ Ne
☐ Ta tema me ne zanima

5. Ali si se sam/-a soočal/-a ali se (še vedno) soočaš s katero od motenj hranjenja?

- ☐ Da
☐ Ne

6. S katero od motenj hranjenja si se soočal/-a ali se (še vedno) soočaš?

Možnih je več odgovorov.

- ☐ Anoreksija nervoza
☐ Bulimija nervoza

- ☐ Kompulzivno prenašanje
- ☐ Ortoreksija nervoza
- ☐ Bigoreksija nervoza

7. Ali se je poleg te motnje pojavljalo še kaj od spodaj naštetega?

Možnih je več odgovorov.

- ☐ Samopoškodbeno vedenje
- ☐ Depresija
- ☐ Obsesivno-kompulzivna motnja
- ☐ Odvisnost od psihoaktivnih snovi
- ☐ Drugo:
- ☐ Nič od naštetega

Ali si poskušal/-a samopoškodbeno vedenje skriti? ☐ Da ☐ Ne

8. Ali je izkušnja motnje hranjenja vplivala tudi na izbiro študija socialnega dela?

- ☐ Da
- ☐ Ne

9. Kakšna so bila tvoja pričakovanja? Kako misliš, da bi študij socialnega dela vplival na težave z motnjami hranjenja?

10. Ali je motnja hranjenja vplivala tudi na odnose s prijatelji/partnerjem/družino?

- ☐ Da
- ☐ Ne

Kako?

11. Ali si koga zaprosil/-a za pomoč?

- ☐ Da
- ☐ Ne

12. Koga si najprej zaprosil/-a za pomoč?

Možnih je več odgovorov.

- ☐ Družino

- ☐ Prijatelje
- ☐ Partnerja
- ☐ Skupino za samopomoč
- ☐ Zdravstveno pomoč
- ☐ Drugo:

13. Ali si prejel/-a pomoč, ki ti je koristila?

- ☐ Da
- ☐ Ne

14. Kaj bi ti takrat koristilo/pomagalo?

15. Ali se še vedno spopadaš z motnjami hranjenja?

- ☐ Da
- ☐ Ne

16. Bi za konec želel/-a še kaj povedati?