

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

Tajda Rimc

Stigmatizacija oseb z motnjami hranjenja in iskanje pomoči

Diplomsko delo

Ljubljana, 2022

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

Tajda Rimc

Stigmatizacija oseb z motnjami hranjenja in iskanje pomoči

Diplomsko delo

Mentor: doc. dr. Milko Poštrak

Ljubljana, 2022

Zahvala

Iskrena hvala mentorju doc. dr. Milku Poštraku za vso strokovno podporo in usmeritve, ki so mi pomagale pri pisanju diplomskega dela in as. dr. Tamari Rape Žibera za pomoč pri statističnih izračunih.

Posebna zahvala tudi moji družini in prijateljem, ki so me podpirali, spodbujali in bili vir pozitivnih besed.

Lepo se zahvaljujem tudi vsem, ki so si vzeli čas in izpolnili anketo ter s tem pripomogli k moji raziskavi.

Podatki o diplomskem delu

Ime in priimek: Tajda Rimc

Naslov naloge: Stigmatizacija oseb z motnjami hranjenja in iskanje pomoči

Mentor: doc. dr. Milko Poštrak

Kraj: Ljubljana

Leto: 2022

Število strani: 60 **Število prilog:** 2 **Število tabel:** 11 **Število grafov:** 4

Povzetek: Namen diplomskega dela je ugotoviti povezavo med stigmatizacijo oseb z motnjami hranjenja in časom, ko se oseba odloči za iskanje pomoči. V teoretičnem uvodu sem najprej opredelila, kaj motnje hranjenja sploh so ter predstavila vzroke zanje in njihove posledice. Pri vzrokih za nastanek motenj hranjenja sem se bolj podrobno osredotočila na spol, družino, vrstnike in družbene ideale ter pojasnila njihov vpliv na nastanek motenj, pri posledicah, ki jih posamezniku prinašajo motnje hranjenja, pa sem podrobneje opisala fizične, psihične in socialne posledice. Del teoretičnega uvoda sem namenila tudi stigmatizaciji, kjer sem najprej opredelila, kaj stigma je ter se nato osredotočila še na znake stigmatizacije, opisala vzroke in posledice, ki jih stigmatizacija prinaša s seboj ter predstavila možne načine za zmanjšanje te. Zadnji del teoretičnega uvoda sem posvetila pomoči pri motnjah hranjenja, kjer sem najprej opisala možne oblike pomoči, ki so pri nas na voljo posameznikom, ki trpijo za motnjami hranjenja, ter potek zdravljenja. V tem delu sem eno podpoglavje posvetila tudi pomenu socialnih delavk pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja. V empiričnem delu sem želela ugotoviti, na katero področje v življenju posameznika imajo motnje hranjenja največji vpliv, kako se v življenju posameznika najbolj kaže vpliv motenj hranjenja, kakšen je vpliv mnenj, predsodkov ljudi do oseb z motnjami hranjenja na čas, v katerem oseba poišče pomoč, kako osebe z motnjami hranjenja ocenjujejo pomen socialnih delavk pri podpori in pomoči, kako pogosto pridejo osebe z motnjami hranjenja v stik s socialno delavko pri iskanju pomoči, ali obstaja povezava med doživljanjem stigmatizacije in časom, ko se oseba z motnjo hranjenja odloči za iskanje pomoči, in kakšen je vpliv pogostejšega doživljanja stigmatizacije na čas, v katerem se oseba odloči za iskanje pomoči. Izvedla sem kvantitativno raziskavo na neslučajnostnem vzorcu 130 oseb, starejših od 15 let, ki imajo ali so imele motnje hranjenja in so v času anketiranja živele v Sloveniji. Podatke sem zbrala s pomočjo spletne ankete. Ugotovila sem, da se anketiranci strinjajo, da imajo motnje hranjenja največji vpliv na samopodobo in da se motnje najbolj kažejo v pomanjkanju energije. Vprašani menijo, da mnenja ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšajo čas, v katerem se oseba odloči poiskati pomoč, jih pa večina ne ve, ali so socialne delavke pomembne pri pomoči in podpori, še vedno pa je večji delež tistih, ki menijo, da so pomembne kot pa tistih, ki menijo, da niso. Anketiranci v večini tudi ocenjujejo, da osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko. Prav tako sem ugotovila, da obstaja povezava med doživljanjem stigmatizacije in časom, ko se oseba odloči poiskati pomoč in da so najbolj pogosto stigmatizacijo doživljali posamezniki, ki pomoči niso poiskali, najredkeje pa tisti, ki so pomoč poiskali hitro, torej prej kot v šestih mesecih. Podrobnejše rezultate raziskave predstavim v analizi in obrazložim v razpravi. Za tem sem zapisala še sklepe in predloge ter dodala priloge.

Ključne besede: motnje hranjenja, vzroki, vpliv spola, vpliv družine, vpliv vrstnikov, družbeni ideali, posledice, stigma, predsodki, pomoč, socialno delo.

Title: Stigmatisation of people with eating disorders and seeking help

Abstract: The aim of this thesis is to establish the link between the stigmatisation of people with eating disorders and the time at which a person decides to seek help. In the theoretical introduction, I first define what eating disorders are and outline their causes and consequences. For the causes of eating disorders, I have looked in more detail at gender, family, peers and social ideals, explaining their influence on the onset of the disorder, and for the consequences of eating disorders, I have looked in more detail at the physical, psychological and social consequences. One part of the theoretical introduction was also devoted to stigma, where I again first defined what stigma is and then focused on the signs of stigma, describing the causes and consequences of stigma and presenting possible ways to reduce it. The last part of the theoretical introduction is devoted to eating disorder support, where I first describe the possible forms of support available to individuals suffering from eating disorders and the course of treatment. In this section, I have also devoted a subsection to the importance of social workers in helping and supporting people with eating disorders. In my empirical part, I wanted to find out which area of a person's life is most affected by eating disorders, how the impact of eating disorders is most evident in a person's life, what is the impact of opinions, prejudices, . . . people's attitudes towards people with eating disorders on the length of time it takes to seek help, how people with eating disorders rate the importance of social workers in supporting and helping them, how often people with eating disorders come into contact with a social worker when seeking help, whether there is a link between experiencing stigma and the time when a person with an eating disorder decides to seek help and what is the impact of more frequent stigmatisation on the time during which a person chooses to seek help. I carried out a quantitative survey on a non-unusual sample of 130 people over the age of 15 who have or had an eating disorder and lived in Slovenia at the time of the survey. I collected the data through an online survey. I found that respondents agree that eating disorders have the biggest impact on self-esteem and that eating disorders are most evident in a lack of energy. Respondents think that people's opinions about people with eating disorders increase the time it takes to seek help, but most do not know whether social workers are important in helping and supporting them, and there is still a higher proportion of those who think they are important than those who think they are not. Respondents also overwhelmingly perceive that people with eating disorders do not contact a social worker when seeking help. I also found that there was a link between experiencing stigma and the time when a person chooses to seek help and that the most common stigma was experienced by individuals who did not seek help at all, and the rarest of those who sought help quickly, i.e. earlier than six months. I present the detailed results of the survey in the analysis and explain them in the discussion. I then wrote down the conclusions and proposals and added the annexes.

Key words: eating disorders, causes, gender impact, family impact, peer influence, social ideals, consequences, stigma, prejudice, help, social work

KAZALO VSEBINE

1	TEORETIČNI UVOD	1
1.1	Motnje hranjenja.....	1
1.1.1	Opredelitev	1
1.1.2	Vzroki	3
1.1.2.1	Vpliv spola na razvoj motenj hranjenja.....	4
1.1.2.2	Vpliv družine na razvoj motenj hranjenja	5
1.1.2.3	Vpliv vrstnikov na razvoj motenj hranjenja	6
1.1.2.4	Vpliv družbenih idealov na razvoj motenj hranjenja	7
1.1.3	Vpliv motenj hranjenja na vsakdanje življenje	8
1.1.3.1	Fizične posledice	8
1.1.3.2	Psihične posledice	9
1.1.3.3	Socialne posledice	10
1.2	Stigma.....	11
1.2.1	Opredelitev	11
1.2.2	Znaki stigmatizacije: predsodki.....	12
1.2.3	Vzroki stigmatizacije	13
1.2.4	Posledice stigmatizacije.....	13
1.2.5	Načini zmanjševanja stigme	14
1.3	Pomoč.....	15
1.3.1	Oblike pomoči in zdravljenje	15
1.3.2	Vloga socialnih delavk pri pomoči in podpori	18
2	FORMULACIJA PROBLEMA	20
2.1	Hipoteze.....	21
2.1.1	Operacionalizacija	22
3	METODOLOGIJA.....	24
3.1	Vrsta raziskave	24
3.2	Merski instrument.....	25
3.3	Populacija in vzorčenje	26
3.4	Zbiranje podatkov.....	26
3.5	Obdelava in analiza podatkov	26
4	REZULTATI.....	27
4.1	Analiza podatkov.....	27
4.2	Preverjanje hipotez	35
5	RAZPRAVA	37
5.1	Področja vpliva motenj hranjenja.....	37
5.2	Načini vpliva motenj hranjenja	39
5.3	Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči.....	40
5.4	Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori.....	41
5.5	Mnenje o stiku s socialno delavko	42
5.6	Povezava med stigmatizacijo in časom iskanja pomoči.....	42
6	SKLEPI.....	43
7	PREDLOGI.....	45
8	VIRI IN LITERATURA	47
9	PRILOGE	53
9.1	Anketni vprašalnik	53
9.2	Tabele s podatki.....	56

Kazalo grafov

Graf 4.1: Starost.....	27
Graf 4.2: Odločitev za iskanje pomoči	31
Graf 4.3: Čas iskanja pomoči	32
Graf 4.4: Grafični prikaz indeksa stigmatizacije glede na čas iskanja pomoči	34

Kazalo tabel

Tabela 4.1: Področja vpliva motenj hranjenja	27
Tabela 4.2: Druga področja vpliva motenj hranjenja	28
Tabela 4.3: Načini vpliva motenj hranjenja.....	29
Tabela 4.4: Drugi načini vpliva motenj hranjenja	30
Tabela 4.5: Stigmatizacija	30
Tabela 4.6: Drugi načini stigmatizacije	31
Tabela 4.7: Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči.....	32
Tabela 4.8: Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori	33
Tabela 4.9: Mnenja o stiku s socialno delavko.....	33
Tabela 4.10: Indeks doživljanja stigmatizacije glede na čas iskanja pomoči.....	34
Tabela 4.11: Hi kvadrat	34

1 TEORETIČNI UVOD

1.1 Motnje hranjenja

1.1.1 Opredelitev

Motnje hranjenja so zbirka nenavadnih in skrivnostnih bolezni, ki se na široko raztezajo in pri katerih se veliko število ljudi spopada s strahom, žalostjo, zaprtostjo vase in sramom. Prizadenejo otroke in odrasle, moške in ženske. Presegajo rasne, etnične in socialno-ekonomske meje. Čeprav so motnje hranjenja običajno povezane s težavami mladostnic, se z njimi soočajo tudi mladi odrasli in starejši odrasli (Carnabucci in Ciotola, 2013).

Motnje hranjenja so opredeljene kot bolezen od druge polovice prejšnjega stoletja in jih uvrščamo med duševne motnje, saj so vzroki za njihov nastanek različne čustvene stiske, čeprav se na zunaj lahko kažejo tudi s telesnimi znaki. Nekateri od teh znakov so lahko prenehanje, bruhanje, stradanje, zloraba odvajal in diuretikov ter pretirana telesna aktivnost (Serbec, 2011a, str. 10).

Serbec (2011a, str. 9) motnje hranjenja opredeli kot čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Pravi, da predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, svoje čustvene težave prikaže s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Čeprav nekateri mislijo, da je problem povezan s hrano le navidezen, pa ta v resnici v globini skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi cele vrste različnih razlogov. Hranjenje in na drugi strani odklanjanje hrane tako postaneta izraz osvoboditve notranjih, bolečih in neprepoznanih čustev.

Tudi Reljič Prinčič (2003) zapiše, da so motnje hranjenja v osnovi čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Hrana in spremembe v prehranjevanju so po njenem mnenju samo znaki, ki prikrivajo globoko trpljenje in osebno nezadovoljstvo. Človek se ni sposoben soočiti s pravimi težavami in prepoznati boleča čustva, ki se mu zdijo pogubna, zato se posledično osredotoči na obliko in težo telesa. Svoja čustva ponotranji, jih ne prepozna več in jih kot taka začne doživljati kot nezadovoljstvo s svojim videzom. Prav ti med seboj neločljivo prepletajoči se spremenjeni vzorci prehranjevanja in motnega psihičnega doživljanja pa so glavni kazalnik kompleksnosti teh motenj.

Da so motnje hranjenja kompleksen problem, ki se na zunaj kaže kot neobičajen odnos do osnovnih potreb fizičnega telesa, se strinjajo tudi avtorice knjige, *Ko hrana ni več »hrana«* (Švab idr., 1998) in ob tem poudarijo, da gre za pretirano usmerjanje pozornosti v najbolj zunanji del samega sebe: v telesni videz, v hranjenje, gibanje.

Zaviršek (2000, str. 151) navaja, da motnje hranjenja govorijo o zavednih in nezavednih sporočilih, ki jih prejemamo v zvezi s samim seboj in svojimi telesi, o preživetem otroštvu in navadah hranjenja, o družbah, ki krojijo dobičke z odvisnostmi posameznic in posameznikov, o kreatorstvu 'lepih' teles, ki naj bi zabrisala negativno in negotovo pridobljeno identiteto, o samonadzorovanju in samokaznovanju. Tudi Zavirškova se torej strinja, da motnje hranjenja govorijo o čustvih in le malo o sami hrani.

Bercht (1997, v Zaviršek, 2000, str. 144) motnje hranjenja definira kot vrsto zasvojenosti ali odvisnosti, ki je vedno nekaj vseobsegajočega in eksistencialnega ter zadeva človeško mišljenje, čustvovanje, delovanje, torej vse telesne in duševne realitete.

Vsem oblikam motenj hranjenja je skupno, da so prisilnega značaja. To pomeni, da se oseba zelo trudi, da bi s tem početjem prenehala, vendar tega ne more storiti in ravno zaradi te značilnosti lahko motnje hranjenja uvrstimo tudi med zasvojenosti. Oseba mora namreč znova in znova ponavljati ritual omamljanja, saj pogosto tako, da omami svojo zavest, v sebi doživi trenutno pomiritev. Od ostalih zasvojenosti se motnje hranjenja med drugim razlikujejo po tem, da gre za skrito (celo najbližji tudi več let ne vedo, kaj se dogaja) in osamljeno početje (vsakdo ritual izvaja sam zase) (Švab idr., 1998).

Vseeno pa so, kot navaja Zaviršek (2000, str. 151), motnje hranjenja povezane prav s hrano in z učenjem, kako naj človek hrano uporablja, da spet postane užitek in ne trpljenje. Trdi, da so prav zaradi tega motnje hranjenja zapletenejša odvisnost od vseh drugih. Hrane, ki naj bi predstavljala tako imenovano 'nevarno substanco' namreč ne moremo prenehati uživati, temveč se moramo hraniti in hkrati naučiti jesti drugače in na novo. Pri odvisnosti z drugimi substancami se ozdravitev recimo meri s količino samodiscipline, ko rečemo, da smo popili zadnji kozarec ali pokadili zadnjo cigareto, kar daje občutek, da smo ozdravljeni, ničesar podobnega pa ne moremo uporabiti pri odvisnosti s hrano. Avtorica je zato prepričana, da lahko motnje hranjenja ozdravimo le, če najdemo vzroke njihovega nastanka, z drugimi

besedami, da spet začnemo živeti v svojih telesih, ne da bi preveč razmišljali o tem, kakšno mora biti, da bo pravo.

1.1.2 Vzroki

Ogromno je stvari, ki jih povezujejo s povečanim tveganjem za nastanek motenj hranjenja. Naj naštejemo le nekaj od teh, ki bi lahko nastanek motenj spodbudile. To so ustrahovanje, žalitve, težave s pomanjkanjem samospoštovanja, travmatična doživetja, kot sta nasilje ali spolno nasilje, huda skrb, depresija, stres, pritisk (s strani osebe same ali drugih ljudi), da kaj doseže, življenje ali delo v okolju, v katerem obstaja pritisk, da mora biti oseba vitka (na primer ples ali gimnastika), predhodne težave s telesno težo (pogosto v otroštvu) ipd. (Middleton in Smith, 2012).

Sernec (2011b, str. 61) zapiše, da so dejavniki, ki pogojujejo nastanek motenj hranjenja, številni in da lahko le redko pri posameznem bolniku izluščimo le en pomemben razlog. Pravi, da gre večinoma za kombinacijo večjega števila dejavnikov, ki določeno osebo počasi, a vztrajno vodijo v eno izmed oblik motenj hranjenja. Avtorica med pogostejše vzroke prišteva družinske dejavnike tveganja, kot so kronične telesne in duševne bolezni staršev, nefunkcionalen partnerski odnos, nefunkcionalen odnos med starši in otrokom, pogoste diete v družini (predvsem mati), duševna, telesna, spolna zloraba, nekompatibilnost med otrokom in staršem, socio-kulturne dejavnike tveganja, kot sta vpliv medijev in spremenjena vloga žensk (mora biti zaposlena in hkrati izpolnjevati vse tradicionalne naloge ženske) ter biološko-genske dejavnike tveganja, kot sta čezmerna telesna teža ob rojstvu in v otroštvu ter specifične osebnostne poteze.

Tudi Blodgett Salafia, Jones, Haugen in Schaefer (2015) zapišejo, da so dozdašnje raziskave pokazale biološke, psihološke in družbeno-kulturne dejavnike, povezane z razvojem motenj hranjenja.

Copak in Uzman (2010) pa pišeta, da je nizko samospoštovanje eden izmed največjih tveganjih dejavnikov motenj hranjenja. Pravita, da če je oseba v življenju izkusila veliko negativnih občutkov zaradi določenih situacij, je to zagotovo vplivalo na njeno samospoštovanje, in trdita, da kadar je samospoštovanje nizko, to onemogoča razvoj pozitivne in stabilne samopodobe.

Pandel Mikuš (2003a) kot razloge na področju samopodobe, ki so lahko tvegani dejavnik razvoja motnje hranjenja, omeni nizko samopodobo, nizko samovrednotenje, lakoto po ljubezni, negiranje čustvenih potreb, težave v medosebnih odnosih z moškimi, samopoškodbe, poskuse samomora, stalne občutke krivde, negativni prenos čustvovanja matere, perfekcionizem, potrebo po pozornosti, občutke neustreznosti in dvoma vase, strah pred zavrnitvijo, skrite alianse v družini.

Oseba, ki ima nizko samopodobo, si to po navadi začne ustvarjati in zviševati s pomočjo nadzora nad hranjenjem in nadzorovanjem telesne teže. S tem si namreč osebe ustvarjajo občutek veljave.

Gordon (1990, v Mrevlje, 1995, str. 23) med drugim opozarja, da bi šlo za nevarno posploševanje, če bi vse večjo razširjenost motenj hranjenja povezovali s preobilico hrane in gospodarskim razvojem. Sam vidi porast teh motenj predvsem v naslednjem:

- Vloga ženske, zlasti od petdesetih let našega stoletja naprej, se bistveno spreminja. Ženske komaj lovijo ravnotežje med ideali uspešnosti in tradicionalnimi pričakovanji, ki jih ima okolje do njih.
- Preobremenitev ljudi z videzom in telesno podobo se stopnjuje in je povezana z zapovedmi modne industrije in potrošništva, kjer imajo mediji in komercializacija vse več segmentov našega življenja, poseben pomen.
- Zunanji vidiki te obsedenosti z videzom se odražajo v kulturnih normah in vrednotah, pravih vedenja in pritiskih na neprestan nadzor telesne teže in spodbujanju strahu pred čezmerno telesno težo.

1.1.2.1 Vpliv spola na razvoj motenj hranjenja

Sternad (2001, str. 23) piše o tem, da je ženska tista, ki jo že od malih nog učijo, naj bo vedno pozorna, kakšno je videti njeno telo, naj se nenehno opazuje in pregleduje. Pravi, da mora ženska paziti na vse, kar je, in na vse kar počne, ker je ključnega pomena, kakšna je videti drugim, in končno, kakšna je videti moškim.

Živimo v družbi, kjer postaja telo eno središčnih orodij samopodobe oziroma skoraj že identiteta posameznika. Idealiziranje vitkega ženskega telesa je doseglo najvišjo točko, zato pri motnjah hranjenja nekateri avtorji trdijo, da gre za žensko vprašanje (Pandel Mikuš,

2003b).

Zaviršek (1995, str. 68) opozarja, da so na ženske naslovljena protislovna sporočila, ki so vezana na to, da so bile ženske vedno v zgodovini povezane s pripravljanjem hrane, hkrati pa danes ženske hrane, ki jo pripravljajo za druge, same ne smejo več uživati. Pravi, da tistega, kar lahko privoščijo drugim, ne smejo privoščiti sebi, saj morajo svoje telo nenehno podrežati dietnim tehnikam. Nanje se namreč naslavlja vprašanja, kot so, kakšne bodo videti letos v kopalkah in da naj se pripravijo na poletje.

Danes, ko govorimo o veliki razširjenosti motenj hranjenja, ostaja še vedno dejstvo, da gre za bolezenske motnje, ki so razširjene pretežno med žensko populacijo. Pri ženskah jih srečujemo devetkrat pogosteje kot pri moških. Mrevlje (1995, str. 24) pravi, da je treba to razumeti kot odraz dramatično spremenjenih socialnih pričakovanj do žensk v zadnjih štirih desetletjih. Pritiski na ženske glede njihove uspešnosti, sposobnosti tekmovalnosti, večje avtonomnosti in neodvisnosti so vse večji. Dekleta so še vedno vzgajana s ciljem, kako ugajati drugim, manj pa v smislu večje samoiniciativnosti in avtonomnosti, če to primerjamo z vzgojo dečkov.

1.1.2.2 Vpliv družine na razvoj motenj hranjenja

Družina je osnovna institucija zasebnega življenja, kjer se oblikuje večina za ljudi pomembnih socialnih odnosov. Od vseh socialnih skupin, v katerih živimo, se družina loči po tem, da nas v našem življenju vsak dan poziva k temu, da se odzivamo nanjo in na potrebe njenih članov (Ule, 2008, str. 81).

Družine, v katerih se motnje hranjenja pojavljajo pogosteje, so opisane kot tiste, ki visoko vrednotijo zunanji vtis, gojijo idealizirano podobo, so močnih, prepletenih vezi, nejasnih vlog in skupnega nediferenciranega ega (Minuchin, 1991).

V teh družinah pogosto prihaja do motene dinamike odnosov. Čeprav na zunaj delujejo usklajeno, pa se v njih pojavlja ogromno elementov nefunkcionalne družine. Pogosto je zanikanje čustvenih potreb. To se kaže v tem, da družinski člani ne zmorejo ali nočejo izražati svojih čustev, dekle pa zato posledično začne čustva zadrževati v sebi. Kot rešitev za to, da bi ta čustva potisnile globoko vase, ker jih preprosto ni primerno izražati, pa

uporabljajo hrano. V teh družinah se prav tako ne pogovarjajo o težavah, ampak se običajno vsi pretvarjajo, da jih ni. In prav zato, ker se težav ne rešuje, deklet nima predstave o tem, kaj jo boli. Resnejših težav deklet tako ne sme in ne zmore reševati, zato svojo energijo usmeri v reševanje namišljenih težav (bitka za idealno težo) (Pandel Mikuš, 2003a).

Za te družine, ki delujejo navidezno varno, brez sporov in negativnih čustev, so značilne visoke zahteve in ambiciozna pričakovanja. Osrednjo vlogo imajo matere. Te so opisane kot avtoritarne, prezaščitniške, nezmožne upoštevati individualnost posameznika, lahko čustveno hladne ali ambivalentne s težnjo po čezmernem nadzoru in obvladovanju. Očetje na drugi strani pa so večinoma pasivni, medli, odsotni, brez avtoritete, največkrat tudi sami z vrsto nedokončanih in neizpolnjenih nalog lastne adolescence. Iz takšnih družin običajno prihajajo pretirano poslušni, pridni, po navadi že s ponotranjenimi visokimi zahtevami do sebe, storilnostno naravnani otroci, ki so se vajeni podrežati pričakovanjem, željam in potrebam drugih (Rojc, 1995, str. 57).

1.1.2.3 Vpliv vrstnikov na razvoj motenj hranjenja

Dekleva (1983) pravi, da vrstniške skupine predstavljajo socialni kontekst, v katerem ima posameznik v družbi enake možnosti preizkušati različna vedenja, oblikovati svojo vlogo, si pridobivati izkušnje na področju obvladovanja in uporabe medosebne agresivnosti, razvijanja intimnih odnosov z drugimi, občutiti odgovornost za drugega, prostovoljno stopati v odnose sodelovanja, razvijati svojo spolno vlogo ter druge spretnosti in vedenja.

Vloga vrstnikov je v adolescenčnem obdobju velika. Vrstniki prevzemajo vrsto različnih vlog, ki oblikujejo mladostnikovo osebnost. Omogočajo razvoj občutja pripadnosti širši, ne le družinski skupnosti, urjenja in preizkušanja različnih socialnih vlog, učenje sodelovanja in pripadnosti, tekmovanja in pomoči drugemu. Pritisk vrstnikov odločilno spodbuja, ali zavira določene oblike vedenja, ki so za posameznika v adolescenci lahko usodne, tako v pozitivnem kot v negativnem smislu. Mesto med vrstniki pa vpliva tudi na samopodobo (Tomori, Stergar, Pinter, Rus Makovec in Stikovič, 1998).

Mladostnikom veliko pomeni, da najdejo v sovrstnikih sogovornike, saj se tako počutijo bolj varne. V skupini vrstnikov prejemajo moč, v njih se prepoznajo in se čutijo potrjene. Mnenje vrstnikov dobi posebno težo, zelo pomembna pa postane tudi sprejetost v posamezne

vrstniške skupine. Za mladostnika, ki ima slabo samopodobo, so vrstniške skupine s svojimi komentarji in zbadanji glede teže lahko pomemben dejavnik za razvoj motenj hranjenja (Rener, 2000, str. 101).

Večina ljudi z duševno boleznijo, kar motnje hranjenja so, skuša prijateljem prikriti svoje težave zaradi pričakovane diskriminacije, saj menijo, da je prikrivanje potrebno za njihovo »socialno preživetje«. Verjetnost, da se jih bodo zaradi bolezni izogibali (socialna distanca), je velika. Bolezen pa je po drugi strani tudi priložnost za izboljšanje odnosov in izbiro prijateljev (Švab, 2009, str. 38).

1.1.2.4 Vpliv družbenih idealov na razvoj motenj hranjenja

Kuhar (2011, str. 41) piše, da ima vsaka družba oziroma obdobje svoje standarde lepega videza, ampak pravi, da še nikoli ni bilo nikjer toliko naslovnice, oglasnih panojev, filmov in televizijskih oddaj s podobami idealno oblikovanih, kirurško popravljenih, profesionalno fotografiranih in računalniško obdelanih teles mladih, suhih manekenk in mišičastih manekenov, ki nenehno utrjujejo predstavo, da je lepota vse.

Zahodni lepotni ideali postajajo vedno zahtevnejši, danes je zato vse težje izpolniti »dolžnost« biti lep in predvsem lepa. V zadnjem stoletju je na zahodu zavezujoča lepota zahteva vitkost. Ženske v zahodnih industrializiranih državah mediji nenehno spodbujajo, da se na vse pretege borijo za vitko postavo, čeprav je naravna tendenca ženskega telesa, da pridobi določeno količino tolšče. Zahodna kultura jih zasipava z jasnimi sporočili, da mora biti čezmerna teža »pokurjena«, »uničena«, »odstranjena« (Kuhar, 2004, str. 41).

Ideal, ki ga predstavljajo igralka in modeli, lahko doseže le en odstotek najvitkejših žensk, pa še te se morajo za ohranjanje postave nenehno ukvarjati z vadbo in paziti na prehrano (Kuhar, 2011, str. 47).

Deklicam daje učinkovito lekcijo, kaj družba vrednoti kot lepo, otroška igrara Barbika: lepa, vitka in zelo popularna punčka. Na leto se proda več kot bilijon teh punčk, po videzu niso podobne niti deklicam, ki se z njimi igrajo, niti njihovim mamam. To sanjsko dekle je postalo tudi kult in estetska obsesija odraslih (Kuhar, 2004, str. 42).

Thompson, Heinberg, Altabe in Tantleff-Dunn (1999, str. 85) pišejo, da so leta 1997 zaradi

protesta številnih ženskih skupin začeli izdelovati tudi bolj »stvarne« Barbike z manjšim oprsjem, širšim pasom in krajšimi nogami. Toda spremenjene dimenzije ima le ena na štiriindvajset novo izdelanih Barbik.

Težava je predvsem v neskladnosti med tem, katera teža in telesne obline veljajo za zdrave in kaj si številni predstavijo kot ideal. Osebo, ki je zelo obremenjena z videzom, v primeru, da ne doseže svojih nerealno zastavljenih ciljev, občutki neuspešnosti vodijo k nadaljnjemu upadanju samospoštovanja tudi k še bolj negativni telesni samopodobi, v skrajnem primeru celo k depresivnosti in izogibanju družabnim situacijam. Posledice obravnave telesa kot fetiša so, da telo postane vir globoke odtujenosti od subjektivne telesne zavesti, zanemarja pa se tudi upoštevanja psiholoških in fizioloških občutij potreb po hrani, počitku in drugih telesnih apetitih. Končna posledica te izjemne manipulacije s telesom pa so vedenja, kot so motnje hranjenja in odvisnost od vadbe (Kuhar, 2011, str. 48).

1.1.3 Vpliv motenj hranjenja na vsakdanje življenje

Posledice motenj hranjenja predstavljajo dodatno stisko, zaradi katere oseba doživlja vse večji brezup nad sabo in tudi nad življenjem. Prvotna stiska se tako nekako porazgubi oziroma postane drugotnega pomena, zato se da motnje hranjenja odpraviti samo z odkrivanjem vzrokov, ki so jo ustvarili (Švab idr., 1998).

1.1.3.1 Fizične posledice

Posledice, ki se vežejo na zunanji izgled telesa, predstavljajo na začetku največji del dodatne stiske, kasneje pa oseba stik s svojim fizičnim telesom prekine, saj je bolečina ob pogledu nanj (še vedno nima zaželene oblike) prehuda. Paradoks je v tem, da oseba prav v ta del sebe usmerja vedno več pozornosti in energije, vendar je stik z njim vse slabši. Oseba se obnaša tako, kot bi bilo telo neki objekt, brez svoje inteligence. Potrebe in želje mu določa ona, namesto da bi svoje telo vprašala zanje. Fizične posledice, ki se pokažejo na telesu, so nihanje telesne teže, pomanjkanje energije, zagona, vitalnosti, razne bolezni, pretrgan stik s telesom, neprepoznavanje telesnih signalov, kar vodi v destruktivno ravnanje s telesom, doživljajska otopelost, nerealistično zaznavanje telesa in podobno (Švab idr., 1998).

1.1.3.2 Psihične posledice

Švab idr. (1998) opazajo, da oseba z motnjo hranjenja prekine stik z določenimi svojimi čustvi in mislimi. Številnih svojih čustev in stališč zato ne prepozna več, npr. jeze, žalosti, spolnih občutij, navdušenja, preživetih stališč o sebi itn. Tisto, kar oseba doživlja, je pogosto le neka nejasna praznina ali nemir znotraj sebe. Posledice, ki se vežejo na psihično razsežnost človeka z motnjo hranjenja, so pojav depresivnosti, otopelosti, črnogledost, pomanjkanje navdušenja, volje, ne izražanje čustev, želja, potreb, ker jih oseba ne prepozna več, nezmožnost ustvarjalnega izražanja, težave pri opravljanju vsakodnevnih obveznosti, miselna preobremenjenost z razmišljanjem o hrani, načrtovanje dejavnosti za takrat, ko bo oseba brez tega problema in tako naprej. Lahko pa oseba izgubi tudi stik z lastnim jazom in ob tem občuti posledice, kot so na primer izgubljenost, nemoč, izguba svobodne volje, doživljanje neznosne praznine, brezizhodnosti, notranja neizpolnjenost, ne doživljanje najglobljih kvalitete samega sebe: ljubezen, upanje, volja, radost, čudenje nad življenjem, občutek, da življenje polzi mimo, misel na samomor, nezmožnost vživeti se v trenutke, doživljajska otopelost, pomanjkanje smisla in zavedanje svoje identitete in podobno.

Še dve psihični posledici motenj hranjenja sta nizka samopodoba in nizko samovrednotenje, ki sta hkrati tudi najpogostejša pojava pri vseh vrstah motenj hranjenja. Kobal Grum (2000, str. 24) samopodobo opredeli kot značilnosti, poteze, občutja, upodobitve, vidike, sposobnosti in druge psihične vsebine, ki jih posamezna oseba pripisuje sama sebi.

Pri telesni samopodobi gre za posameznikovo zaznavanje, čustva in misli o svojem telesu ter se običajno povezuje z ocenjevanjem privlačnosti telesa na podlagi posameznikovega pogleda na velikost in obliko telesa (Grogan, 2006). Dolenc (2010) pravi, da je to najosnovnejša samopodoba, saj se začne razvijati v zgodnjem obdobju posameznikovega življenja in je odločilna za oblikovanje ostalih sestavin samopodobe.

Kuhar (2004, str. 49) med drugim poudari, da ne bi bilo travmatičnih učinkov na telesno samopodobo, če družba ne bi v tako veliki meri poudarjala zunanega videza. Pravi, da je pglavitno, da zlasti pojem »idealiziranega« telesa destruktivno vpliva na samopodobo.

1.1.3.3 Socialne posledice

Socialne posledice se pojavijo, ker oseba z motnjo hranjenja spremeni svoj odnos do zunanjega sveta, ljudi in narave. Stiska znotraj nje postaja vse hujša, začne se zapirati v svoj svet, pri čemer pa lahko pride do posledic, kot so nekomunikativnost, nezmožnost intimnih odnosov ali pa težave pri vzdrževanju teh, nezmožnost imeti partnerja, oseba težko skrbi za družino, otroke, pasivnost na delovnem mestu, v šoli in podobno (Švab idr., 1998).

Tudi Sernec in Copak (2011, str. 92) zapišeta, da posamezniki z motnjami hranjenja zaradi stalne napetosti, zaskrbljenosti, negotovosti, manjvrednosti in preobčutljivosti za kritiko ne zmorejo delovati v medosebnih odnosih, čeprav hrepenijo po sprejetosti in ljubezni. Pravita, da lahko težave na področju vzpostavljanja in vzdrževanja medosebnih odnosov pri osebah z motnjami hranjenja narekujejo tudi večjo mero konfliktnosti v samih odnosih in trdita, da je razumljivo, da oseba z motnjo hranjenja nima ne moči ne volje za vzdrževanje funkcionalnih medosebnih odnosov, saj je preobremenjena s svojo boleznijo. Omenita pa tudi to, da je področje intimnosti za te osebe precej boleče področje in da že same težave v socialnem delovanju nakazujejo negotovost in konfliktnost na tem področju. Osebe imajo zaradi nizke stopnje avtonomnosti večje nezaupanje vase, ob tem pa postavljajo vse več zahtev drugim, kar otežuje že samo vzpostavitev intimnega odnosa. V samem odnosu so takšne osebe bolj podvržene nadzorovanju, usmerjene na lastno popolnost, pri čemer pa težje izražajo svoja čustva, z namenom, da se ne bi preveč razkrile in postale ranljive. V takšnem odnosu se zato hitro pojavi čustvena hladnost in odtujenost. Druga skrajnost pri vzpostavljanju odnosov oseb z motnjami hranjenja pa je impulzivno iskanje partnerjev in prehitro odločanje za vstop v partnersko zvezo. S tem osebe z motnjami hranjenja hitro zmanjšajo napetosti, ki jih povzročijo želje po bližini in sprejetosti.

Osebe z motnjo hranjenja se izogibajo tudi tesnejšim stikom s sošolci, kolegi, kot razlog za to pa običajno navajajo, da so oni popolnoma drugačni, v resnici pa zase menijo, da niso dovolj dobri ter se hkrati bojijo, da jih zaradi tega ne bi cenili in sprejeli medse. Velikokrat se zaradi telesnih znakov (prenizka telesna teža ali povišana telesna teža) lahko začnejo izogibati sovrstnikom, predvsem zaradi strahu, da jih ti ne bi zasmehovali. Socialna izolacija pa vsekakor močno vpliva tudi na čustveni razvoj posameznika (Čarapić, 2011, str. 80).

Osebi z motnjo hranjenja zelo pomemben postane dom, ki predstavlja najvarnejše zatočišče,

vendar bolj v smislu umika iz socialnega življenja, ne pa iz želje, da bi bili več s starši. V času same bolezni tako postanejo zunanje vezi vedno slabše in manj pomembne, okrepijo pa se vezi s starši, od katerih postanejo zaradi posledic bolezni vse bolj odvisni (Čarapić, 2011, str. 88).

1.2 Stigma

1.2.1 Opredelitev

Termin stigma so iznašli Stari Grki in se je nanašal na telesne znake ter je izpostavljal nenavadno in slabo v moralnem statusu njihovega nosilca. Znaki so bili vrezani ali vžgani v telo in so oznanjali, da je njihov nosilec suženj, hudodelec ali izdajalec – omadeževana, obredno nečista oseba, ki se ji je treba izogibati, zlasti na javnih mestih (Goffman, 2008, str. 11).

Danes pa je stigma opredeljena kot močan pojav, neločljivo povezan z vrednostjo, ki jo imajo različne družbene identitete. Gre za družbeno konstrukcijo, ki vključuje vsaj dve temeljni komponenti: prepoznavanje razlike na podlagi neke razlikovalne značilnosti ali znaka in posledično razvrednotenje osebe (Dovidio, Major in Crocker, 2003, str. 3).

Po Goffmanu (2008, str. 12) je stigma lastnost, po kateri se posameznik razlikuje od drugih v kategoriji oseb, v katero bi se lahko uvrstil. To ga spremeni v nekoga manj zaželenega – v skrajnem primeru v osebo, ki je popolnoma slaba, nevarna ali šibka. Tako je v naših mislih iz popolne, običajne osebe reduciran na pomanjkljivo in nepopolno. Taka lastnost je torej stigma, sploh kadar je njen diskreditirajoči učinek zelo širok, včasih se ji reče tudi hiba, pomanjkljivost ali prizadetost.

Stigma je izraz, ki vključuje tako odklonskost kot tudi predsodke, ki pa jih presega. Vključuje zaznavanje odklonskosti, vendar se razteza na splošnejše atribucije o značaju in identiteti. Stigma je bolj vključujoča kot predsodki, saj vključuje odzive na odklonskost, ki temeljijo na posamezniku, in tudi odzive, ki temeljijo na skupini in so odvisni od pripadnosti kategoriji. Ker je družbeno opredeljena, se v različnih kulturah in času precej razlikuje glede tega, katere značilnosti so stigmatizirane (Dovidio, Major in Crocker, 2003, str. 5).

Goffman (2008, str. 13) pravi, da v grobem razlikujemo tri vrste stigme. Prvič, telesno odbojnost, torej različne fizične iznakaženosti. Drugič, značajske slabosti, ki jih pripisujemo neodločnosti, nebrzdanim ali nenaravnim strastem, nevarnim ali okostenelim prepričanjem ter nepoštenosti in o katerih sklepamo na podlagi znanih dejstev, na primer, o duševni bolezni, zaporni kazni, razvadah odvisnosti, alkoholizmu, homoseksualni spolni usmeritvi, brezposelnosti, poskusih samomora in radikalnem političnem obnašanju. Tretja vrsta so skupinske stigme rase, narodnosti in veroizpovedi, ki se lahko prenašajo iz roda v rod in v enaki meri prizadenejo vse člane družine. Ob tem pa pove še to, da je pri vseh oblikah stigme, vključno s tisto, ki so jo imeli v mislih Grki, mogoče najti iste sociološke značilnosti: posameznik, ki bi bil v običajnih socialnih odnosih zlahka sprejet, ima lastnost, ki pritegne pozornost in odvrta od njega vse, ki ga srečajo, pri tem pa razveljavlja vtis, ki ga imajo na ljudi njegove druge lastnosti. Tak posameznik je nosilec stigme, nezaželene drugačnosti, ki neprijetno odstopa od pričakovanj.

1.2.2 Znaki stigmatizacije: predsodki

Predsodki so pogosto definirani kot »stališča, ki niso upravičena, argumentirana in preverjena, a jih spremljajo močna čustva in so odporna na spremembe« (Rot, 1977, v Ule, 1992, str. 120).

Temelj predsodkov je vsakdanji svet ljudi, vsakodnevne interakcije z drugimi in drugačnimi, kot smo »mi«. To se kaže predvsem v nespoštljivem, nestrpnem, ponižujočem ali prezirljivem odnosu do drugih in drugačnih; kot so pripadniki drugih narodov, etničnih skupnosti, ras, kultur, osebe z drugačnim načinom življenja, religioznimi, spolnimi usmeritvami ipd. (Ule, 2004, str. 165).

Predsodki se v vedenju posameznika in skupine odražajo na različne načine, na primer kot obrekovanje, izogibanje, zapostavljanje. Najpogostejši predsodki o ljudeh z duševno motnjo se nanašajo na njihove lastnosti, na primer predsodki o njihovi manjši sposobnosti, lenobi, nezanesljivosti, nepredvidljivosti, nevarnosti, nasilnem vedenju, nadpovprečni umetniški ustvarjalnosti, zunanji prepoznavnosti, nezmožnosti za komunikacijo, neumnosti, nesposobnosti za sodelovanje pri zdravljenju in za odločanje o svojem življenju ter nesposobnosti za delo (Strbad in Švab, 2005).

1.2.3 Vzroki stigmatizacije

Pri obravnavi tega vprašanja Dovidio, Major in Crocker (2003, str. 32) izrecno predpostavljajo, da stigmatiziranje drugih služi pomembnim funkcijam za tiste, ki to počnejo. Pravijo, da funkcionalni pristop k stigmatizaciji ni novost in da so bile predlagane in empirično podprte številne koristi za psihologijo posameznika, ki stigmatizira. Ljudje lahko na primer delno stigmatizirajo druge, da bi zmanjšali zapletenost razumevanja teh ljudi kot večplastnih posameznikov, da bi se bolje počutili sami, da bi se bolje počutili v svoji skupini, da bi upravičili prednostni status v družbi ali potrdili pomemben pogled na svet.

V strokovni literaturi pa se kot razlog za stigmatizacijo največkrat navajata neznanje in nepoučenost. Drugi pomemben razlog je zgodovinski. V preteklosti so si duševne motnje razlagali demonistično, to je kot obsedenost s hudičem. Razlog je tudi v strahu vsakega posameznika, da bi sam izgubil nadzor nad mišljenjem ali zaznavanjem, saj so možnosti za pojav duševnih motenj velike. Eden izmed vzrokov stigmatizacije je tudi zavajajoče obveščanje medijev. Ti namreč prikazujejo ljudi z duševno motnjo kot nevarne in nasilne, nemoralne, posiljevalce, morilce z razcepljenimi osebnostmi. Na odnos do duševno bolnih pa vplivajo tudi posledice stranskih učinkov zdravil, ki jih ti bolniki prejemajo (Strbad in Švab, 2005).

1.2.4 Posledice stigmatizacije

Ljudje z duševnimi motnjami, kar motnje hranjenja, kot sem zapisala v začetku so, so izpostavljeni stigmatizaciji, zapostavljanju in odrivanju na obrobje družbe. Zaradi teh vplivov okolja pogosto izražajo negativna čustva, kot so strah, krivda, sram, opisujejo negativno samopodobo in se neustrezno vedejo. Ni pomembno, ali bolniki stigmatiziranost dejansko izkusijo ali pa jo le predvidevajo, v obeh primerih jih ovira v družbenih stikih, iskanju zaposlitve in zmanjšuje kakovost njihovega življenja. Stigma slabša samopodobo in znižuje samospoštovanje ter ovira bolnike pri iskanju pomoči in pri sodelovanju v zdravljenju. Stigmatizacija se kaže v slabši komunikaciji, nemiru, slabši skrbi zase, težavah pri druženju in vsakdanjih dejavnostih. Zmanjšuje možnosti za izobraževanje in zaposlovanje (Strbad in Švab, 2005).

Rüsch, Angermeyer in Corrigan (2020) podobno kot zapisano že v prejšnjem odstavku

omenijo dve škodljivi posledici stigmatizacije. Prvič, javna stigma, ki je posledica vsakodnevne diskriminacije, s katero se osebe z duševno boleznijo srečujejo v medosebnih odnosih, ter stereotipov in negativnih podob duševnih bolezni v medijih in drugič, strukturna diskriminacija, ki vključuje zasebne in javne institucije, ki namerno ali nenamerno omejujejo možnosti oseb z duševno boleznijo. Prav tako pa se avtorji v članku osredotočijo še na eno negativno posledico, ki je povezana z načinom, kako se oseba z duševno boleznijo odziva na izkušnjo stigmatizacije v družbi: zaradi strahu pred stigmatizacijo se namreč upira zdravljenju.

1.2.5 Načini zmanjševanja stigme

Corrigan in Watson (2002) sta predstavila tri pristope za zmanjšanje stigme, in sicer protest, izobraževanje in stike.

Protest se pogosto uporablja proti stigmatizirajočim javnim izjavam, medijskim poročilom in oglasom. Številni protestni posegi so uspešno spremenili takšne javne izjave (Rüsch, Angermeyer in Corrigan, 2020). Morebitna pomanjkljivost uporabe protesta je, da se lahko stigma dejansko poveča, namesto da bi se zmanjšala. Raziskave so namreč pokazale, da je poučevanje posameznikov, naj ignorirajo, ali zatrejo negativne misli in odnos do določene skupine, lahko imelo paradoksalne povratne učinke; stigmatizacija se je torej povečala, ne pa zmanjšala (Penn in Couture, 2002).

Izobraževanje poskuša zmanjšati stigmo z zagotavljanjem nasprotujočih si informacij. Za predajo tovrstnih informacij so bile uporabljene različne oblike, kot so knjige, videoposnetki in strukturirani učni programi. Vendar pa raziskave o izobraževalnih kampanjah kažejo, da so programi učinkovitejši za udeležence, ki imajo boljše znanje o duševnih boleznih pred izobraževanjem ali stik z osebo z duševno boleznijo. Tako izobraževalni programi običajno dosežejo tiste, ki se s sporočilom že strinjajo. Stiki z osebami z duševno boleznijo pa lahko povečajo učinek izobraževanja na zmanjšanje stigme. Raziskave so pokazale, da je manj verjetno, da bodo pripadniki večine, ki so spoznali pripadnike manjšine, stigmatizirali pripadnike te manjšine. Zato je stik lahko pomembna strategija za zmanjšanje stereotipov in stigmatizacije na področju duševnega zdravja. Pomembni so tudi pripadniki manjšine, ki ne potrjujejo stereotipa o tej manjšini. Po stiku se lahko naravni stereotip o manjšinski skupini nadomesti z drugo, bolj pozitivno podobo manjšinske skupine. Na primer, po delu z osebo z

duševno boleznijo na novem delovnem mestu lahko posameznik zavrne stereotipe o tem, da je ta oseba nevarna ali nesposobna. Rüsch, Angermeyer in Corrigan (2020) na koncu povzamejo, da je najbolj uspešna pot za zmanjšanje stigme stik v kombinaciji z izobraževanjem.

Strbad in Švab (2005) pišeta, da so negativni odnosi do ljudi z duševnimi motnjami večinoma posledica neznanja o teh motnjah. Pravita, da so eden od načinov zmanjševanja stigme protistigmatizacijski programi, ki so lahko učinkoviti, le če se upošteva zapletenost procesa stigmatizacije in če ločujejo posamezne duševne bolezni. Večina programov proti stigmatizaciji je usmerjenih v javno delovanje, v nekaterih državah pa se posebej osredotočajo na izobraževanje študentov in strokovnjakov. Menita, da na družbeno zadržanost ljudi z duševnimi motnjami vpliva predvsem predsodek, da so ti ljudje nepredvidljivi in nevarni, zato bi se po njunem mnenju izobraževanje javnosti moralo usmerjati posebej na ta stereotip.

Tudi Blodgett Salafia, Jones, Haugen in Schaefer (2015) menijo, da lahko pridobivanje znanja in natančnejše informacije o motnjah hranjenja pomagajo zmanjšati stigmatizacijo v zvezi z motnjami hranjenja, kar lahko spodbudi, da tisti, ki imajo simptome, prej poiščejo pomoč, saj se ne bojijo več negativnih povratnih informacij s strani vrstnikov in družine, ki takšno stigmo povzročajo.

Na splošno se zdi, da bi vsi posamezniki imeli koristi, če bi več vedeli o motnjah hranjenja in njihovih vzrokih. Poznavanje tega bi lahko bilo še posebej koristno za posameznike, ki se zdravijo zaradi motenj hranjenja, in tudi terapevte, ki bi to znanje lahko delili s svojimi bližnjimi, ki se spopadajo z motnjami hranjenja. To bi lahko pomenilo tudi večjo podporo in povezanost med družinskimi člani in prijatelji, kar bi pomagalo odpraviti stigmo, ki spremlja te težave in omogočiti tistim, ki so v težavah, da poiščejo pomoč (Blodgett Salafia, Jones, Haugen in Schaefer, 2015).

1.3 Pomoč

1.3.1 Oblike pomoči in zdravljenje

Različne oblike pomoči pri zdravljenju motenj hranjenja so se pri nas razvile na podlagi

poznavanja različnih modelov zdravljenja motenj v Evropi. Motivirana oseba se lahko vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko psihoterapevtsko obravnavo. Za osebo, pri kateri pa so simptomi motenj hranjenja bolj izraziti in trajajo dlje časa, pa je bolj priporočljivo bolnišnično zdravljenje. Osnova vseh oblik pomoči pri zdravljenju oseb z motnjami hranjenja je individualna ali skupinska psihoterapija, ki obsega elemente vedenjsko-kognitivne in dinamsko-razvojne psihoterapije. Prva je usmerjena predvsem v obvladovanje simptomatike posamezne motnje, druga pa je usmerjena v prepoznavanje vzrokov, ki so do motnje pripeljali (Sernec, 2010).

Ambulantno zdravljenje je ena izmed prvih oblik zdravljenja v večini primerov. Vodi ga psihiater, psiholog, socialni delavec in splošni ali družinski zdravnik. Prednosti te oblike pomoči so ohranjanje bolnikovega socialnega in poklicnega delovanja, obravnava motnje v okolju, kjer je ta nastala, in manjša možnost stigmatizacije. Za razliko od ambulantnega zdravljenja, ki je prožno, je bolnišnično zdravljenje omejeno na bolnišnico, kjer oseba ostane za čas, ko je njeno stanje ogrožajoče. Prvotni cilj bolnišničnega zdravljenja je zmanjševanje življenjske ogroženosti, glavni cilj pa je vzpostavitev zdravega odnosa do hrane, pijače in telesne podobe. Osnove te oblike pomoči je psihoterapija (Sernec, 2006).

Zelo dobra metoda dela pa je lahko tudi skupina za samopomoč, ki hkrati zagotavlja tudi podporno socialno mrežo. Skupina za samopomoč temelji na skupnih izkušnjah in vključuje interese za iste stiske in probleme. Članice se med seboj povezujejo zaradi podobnih težav, ki jih imajo. Podpora drugih članic jim pomaga, da dosežejo pomembne spremembe, tako na socialnem kot tudi osebnostnem področju (Bogataj, 2004).

Pri okrevanju sta pomoč in podpora nujno potrebna. Posameznik potrebuje razne ljudi, kot so prijatelji, ki mu stojijo ob strani in mu prisluhnejo v težkih trenutkih, terapevte, ki mu pomagajo razumeti čustvene vzroke motnje hranjenja ter zdravniško oskrbo, če ima zdravstvene težave. Na voljo so tudi razne organizacije, ki so lahko zelo koristne, saj ima njihovo osebje pogosto lastne izkušnje z motnjo hranjenja, zato lahko zares razumejo, kaj posameznik doživlja, skupine za samopomoč, ki so lahko zelo dober vir podpore in pomoči na poti do ozdravitve, tako za bolnike kot njihove svojce, različne oblike svetovanja, ki posamezniku zagotavljajo določen čas in prostor, da lahko spregovori o tem, kako se počuti in ima ob tem priložnost, da uredi svoje misli in da ima nekoga za pogovor, ne da bi moral ob tem skrbeti, kaj si nekdo misli o njem ... (Middleton in Smith, 2012).

Za spremembo življenja, kakršno je treba narediti pri motnji hranjenja, se precej lažje odloči človek, ki ni zasvojen in mu po drugi strani tega ni treba storiti. Oseba, ki je razvila motnjo hranjenja, pa na neki točki svojega življenja postane prisiljena, da stori to spremembo. Zaradi posledic, ki so se v njej nabrale čez leta, mora zbrati precej moči, da spremembo stori. Švab idr. (1998) ugotavljajo, da se motnja hranjenja lahko dolgoročno preseže le z veliko potrpežljivosti in vztrajnosti in da faza, skozi katero motnja hranjenja preide v zelo blago obliko ali se prekine, traja pogosto prav toliko časa, kolikor se je oseba vrtela v začaranem krogu.

Middleton in Smith (2012) ob tem poudarita, da je resnična ozdravitev veliko več kot le povečanje in ustalitev telesne teže ali celo samo opustitev prenašanja ali čiščenja. Pravita, da je okrevanje proces, ki je usmerjen na razloge, zakaj posameznik hrano uporablja kot pripomoček za premagovanje težav, in tudi na to, kako vidi sebe in svoje življenje. Glavni poudarek pri okrevanju je na tem, da se posameznik nauči gledati stvari drugače. Resnična ozdravitev zahteva čas in podporo, ki jo je posameznik deležen tudi po končanem »uradnem« zdravljenju, medtem ko se uči, kako živeti drugače.

Kastelic (1995, str. 32) zapiše, da je za uspešno zdravljenje motenj hranjenja pomembno, da je družina (večina bolnikov namreč še živi doma) v rednih stikih s psihiatrom, ne le, da nadzoruje težo, temveč, da daje oporo pacientki in celi družini, ki je po navadi v hudem stresu. Tu lahko po mojem mnenju veliko vlogo odigra tudi socialno delo z družino. Čačinovič Vogrinčič (2008) meni, da je socialno delo z družinami pomembno področje socialnega dela. Reševanje problemov pogosto zahteva udeležnost družine uporabnikov. Včasih potrebujemo sodelovanje družine kot vira podpore in moči. Včasih moramo posredovati, da bi obvarovali člana, ki ga družina ogroža, ali družino, ker jo ogroža član. In včasih so družine same v vlogi uporabnika, ker potrebujejo spremembe, ki jih člani sami, brez pomoči, ne morejo oblikovati. V procesu pomoči pri socialnem delu z družinami gre za raziskovanje dobrih izidov za vse udeležene v problemu. Predmet socialnega dela z družino je pomoč (opora, podpora) družini pri reševanju kompleksnih psihosocialnih težav. Sodelovanje pa mobilizira moč same družine.

Hkrati Kastelic (1995, str. 32) piše tudi o tem, da je za uspešno zdravljenje pomembno, da oseba ne pobegne v druge nevrotične motnje ter da v času zdravljenja prepozna dejavnike, ki vzdržujejo bizarno vedenje in razvije druge načine za izpolnitev čustvenih potreb. Tu

bi bilo dobro omeniti tudi teorijo sinergetike, ki jo uporabljamo tudi v socialnem delu. Sinergetika govori o spontanem razvijanju novih vzorcev vedenja sistema, s katerimi sistem odgovori oziroma se prilagodi na spremenjene življenjske, bivanjske, delovne, družinske, socialne, zdravstvene in druge okoliščine (Šugman Bohinc, 2011, str. 37). Šugman Bohinc (2011, str. 39) piše, da v delovnem odnosu socialne delavke zanima, katere spodbudne okoliščine potrebuje uporabnik, da bi se nanje začel prilagajati s spontanim opuščanjem manj zadovoljivih delovanj in jih nadomestil z razvojem drugotnih, uspešnejših načinov delovanja, torej s samodejnim reorganiziranjem oziroma samoorganiziranjem svojega delovanja. V ustreznih razmerah bo sistem tiste nove odzive, s katerimi se je učinkovito odzval na aktualno situacijo, utrjeval do stopnje, na kateri lahko alternativno vedenje interpretiramo kot novi, prevladujoči, njemu lastni vzorec delovanja.

Kastelic (1995, str. 36) poudari še odnos med terapevtom in pacientom, ki je zelo pomemben, saj je nujno upoštevati, da ta ni konfrontirajoč ali avtoritativen, vendar pušča pacientki odgovornost za izboljšavo in spodbuja njeno motivacijo. Takšen je odnos tudi v socialnem delu med socialno delavko in uporabnikom, ki omogoča raziskovanje in sooblikovanje dobrih izidov. Socialni delavec kot spoštljiv in odgovoren zaveznik in uporabnik kot ekspert iz izkušenj v delovnem odnosu nastopata kot sodelavca v skupnem projektu, kjer imata oba nalogo, da soustvarita deleže v rešitvi (Čaćinović Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005).

1.3.2 Vloga socialnih delavk pri pomoči in podpori

Socialne delavke imamo pomembno vlogo pri podpori in pomoči osebam z motnjami hranjenja, saj jim pomagamo pri okrevanju in ponovni vključitvi v šolo, delo in življenje v skupnosti. Raziskujemo, kako posameznik deluje v svojem okolju, v svoji skupnosti, v svoji socialni mreži ter kako vse to vpliva nanj in na njegovo bolezen. Naša naloga je, da delujemo z vidika perspektive moči. Saleebey pravi, da praksa, ki temelji na perspektivi moči pomeni, da bo vse, kar delaš kot socialni delavec, utemeljeno s tem, da pomagaš odkriti, olupšati, raziskati in izkoristiti strankino moč in vire, ko mu pomagaš, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje in razbija okove ovir in nesreč. S perspektive moči torej sprašujemo po zaželenih razpletih, po dobrih izidih, po sanjah in upanju, sprašujemo po virih, po opori v skupnosti, po dobrih izkušnjah iz preteklosti itn. (Čaćinović Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005).

Ob tem je pomembno, da uporabljamo tudi koncept etike udeležnosti, ki nas usmerja v to, da objektivnega opazovalca, socialno delavko, nadomesti sodelovanje, v katerem nihče nima zadnje besede. Hoffman (1994, v Čačinovič idr., 2005) jasno opozori, da socialni delavec odstopi od moči, ki mu ne pripada, od moči, da določa resnice in rešitve. Strokovnjakovo moč nadomesti skupno iskanje in raziskovanje.

Vse več oseb z motnjami hranjenja se po pomoč raje zateče na splet, kot pa poišče profesionalno pomoč. Internet ponuja dragoceno možnost anonimnega pridobivanja informacij, vodenja in čustvene podpore (Branley in Covey, 2017). Ključnega pomena je, da smo socialne delavke obveščene o širokem številu spletnih virov, ki so zlahka dostopni uporabnikom in jih pogosto uporabljajo osebe z motnjami hranjenja. Če uporabniki razkrijejo, da so pomoč iskali na spletu, ima socialni delavec lahko predstavo o tem, kakšne nasvete so si ogledali oziroma prejeli in posledično uporabnika vodi k nadaljnjemu pogovoru o netočnih informacijah, ki jih je prejel ter k učinkovitejšemu okrevanju. Socialna delavka lahko uporabnika nato usmeri k varnejšim, boljšim alternativam, npr. k skupini za samopomoč, če je uporabnik izrazil, da se je v svoji bolezni počutil osamljenega (Černe, 2020, str. 22–23). Reali (2015) govori o tem, da bi morale biti teme, kot so kritična analiza spletnih forumov o motnjah hranjenja, kako ti vplivajo na motnje hranjenja in kako obravnavati njihovo uporabo pri zdravljenju, vključene v strokovno usposabljanje socialnih delavk na področju motenj hranjenja.

2 FORMULACIJA PROBLEMA

Motnje hranjenja so zelo široka in pomembna tema, ki pa je po mojem mnenju kljub vse večji razširjenosti še vedno preveč zapostavljena v družbi in njenem poznavanju teh. So težka preizkušnja, ki ima vpliv na različna področja posameznikovega življenja.

Strokovnjaki so si enotni v prepričanju, da so motnje hranjenja kompleksen pojav, ki jih ne moremo razložiti z vplivom le enega, najbolj izstopajočega dejavnika (Copak, 2011, str. 32).

Motnje hranjenja so dandanes še vedno zelo tesno povezane s stigmo. Stigma je opredeljena kot pojem, ki zajema tiste lastnosti ali znake, ki posameznika v družbeni skupnosti in kulturi, ki ji pripada, globoko diskreditirajo in ga diskvalificirajo za polno družbeno priznanje (Ule, 2009).

Lepkowska (2014) navaja, da naj bi družba posameznike z motnjami hranjenja obravnavala kot plehke, nezanesljive, nadležne, šibke in nedisciplinirane. Prav tako obstajajo prepričanja, da so te motnje povzročene s strani posameznika ter da bi jih ta lahko nadzoroval. Vsa ta zmotna prepričanja krepijo stigmatizacijo, kar pa vodi v hude posledice za trpeče posameznike.

Glede na klinične izkušnje pridejo osebe z motnjami hranjenja po pomoč takrat, ko se razvije 24-urna preobremenjenost s hrano, polna občutkov krivde, sramu in širše življenjske disfunkcionalnosti. Veliko jih v povprečju prvič poišče strokovno pomoč, ko preteče pet do šest let od pojava motenj hranjenja (Sernek, 2010).

Sernec (2006) piše, da mora biti pomoč usmerjena v obvladovanje simptomov motnje hranjenja in v odkrivanje vzrokov nastanka, možnih pridruženih motenj ali vedenj, kot sta samopoškodovanje ali samomorilnost. Temelj za začetek procesa zdravljenja je odločitev spremeniti način življenja. Dobro je, da se oseba, ki trpi za motnjo hranjenja, čim hitreje vključi v proces, saj lahko tako preprečimo nekatere škodljive posledice in skrajšamo sam čas okrevanja (Rožman, 2013).

Pobuda za izbiro te teme mojega diplomskega dela je bila ugotovitev, da povezave med stigmatizacijo oseb z motnjami hranjenja in časom, v katerem se oseba odloči za iskanje

pomoči, še niso raziskovali, zato se mi je zdelo pomembno pridobiti informacije o tem. K raziskovanju so me dodatno spodbudile tudi moje lastne izkušnje z motnjami hranjenja. Prvič sem se z motnjami hranjenja srečala že v osnovni šoli, ko pravzaprav sploh še nisem imela prave predstave o tem, kaj to motnje hranjenja sploh so. V srednji šoli sem opazila velik porast teh, zato sem tej tematiki začela posvečati več pozornosti in se iz leta v leto bolj poglobljati v informacije o tej nadležni bolezni. Ker motnje hranjenja uvrščamo med duševne bolezni, so nedvomno tako kot ostale oblike duševnih motenj, tudi te povezane s stigmatizacijo. Z raziskavo sem želela ugotoviti, kakšen vpliv imajo motnje na vsakdanje življenje posameznika, ali ti občutijo stigmatizacijo, in če, kako to vpliva na čas, ko se odločijo za iskanje pomoči. Predvidevam namreč, da zaradi negativnih odzivov družbe, ki jih ta stigma prinaša s seboj, odlašajo z iskanjem pomoči oziroma te ne poiščejo. Kot bodoča socialna delavka pa sem želela pridobiti tudi informacije o tem, ali osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči pridejo v stik s socialno delavko in kako pomembno vlogo nam pri tem pripisujejo. Še en od namenov mojega diplomskega dela pa je bil, da opozorim na problematiko stigmatizacije oseb z motnjami hranjenja in morda naredim pomemben korak v zmanjšanju te.

Raziskovalna vprašanja, na katera iščem odgovore, so:

- Na katero področje v življenju posameznika imajo motnje hranjenja največji vpliv?
- Kako se v življenju posameznika najbolj kaže vpliv motenj hranjenja?
- Kakšen je vpliv mnenj, predsodkov ... ljudi do oseb z motnjami hranjenja na čas, v katerem oseba poišče pomoč?
- Kako osebe z motnjami hranjenja ocenjujejo pomen socialnih delavk pri podpori in pomoči?
- Kako pogosto pridejo osebe z motnjami hranjenja v stik s socialno delavko pri iskanju pomoči?
- Ali pri vprašanih obstaja povezava med pogostostjo doživljanja stigmatizacije in časom, ko se posameznik odloči za iskanje pomoči?
- Kakšen je vpliv pogostejšega doživljanja stigmatizacije na čas, v katerem se oseba odloči za iskanje pomoči?

2.1 Hipoteze

H1: Vprašani se v povprečju najbolj strinjajo, da imajo motnje hranjenja največji vpliv na

samopodobo.

H2: Vprašani se v povprečju najbolj strinjajo, da se vpliv motenj hranjenja najbolj kaže v izogibanju tesnejšim stikom.

H3: Več kot polovica vprašanih se strinja, da mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšajo čas, v katerem se oseba odloči poiskati pomoč.

H4: Več kot polovica vprašanih ocenjuje, da so socialne delavke pomembne pri podpori in pomoči.

H5: Več kot polovica vprašanih ocenjuje, da osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko.

H6: Pogostost doživljanja stigmatizacije je povezana s časom, ko se posameznik odloči za iskanje pomoči.

H7: Vprašani, ki so bolj pogosto doživljali stigmatizacijo, so potrebovali več časa, da so se odločili za iskanje pomoči.

2.1.1 Operacionalizacija

1. Področja vpliva motenj hranjenja

Med navedenimi področji, na katera vplivajo motnje hranjenja, se anketirani z največjo povprečno vrednostjo strinjajo, da je to vpliv na samopodobo.

2. Načini vpliva motenj hranjenja

Med navedenimi načini, na katere se najbolj kaže vpliv motenj hranjenja v življenju posameznika, se anketirani z največjo povprečno vrednostjo strinjajo, da je to izogibanje tesnejšim stikom.

3. Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči

Mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšajo čas, v katerem se oseba odloči poiskati pomoč, če je več kot polovica (50 %) anketiranih oseb pri 10. vprašanju izbralo odgovor, strinjam se oziroma popolnoma se strinjam.

4. Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori

Socialne delavke so pomembne pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja, če je pri 11. vprašanju več kot polovica (50 %) anketiranih oseb ocenila tako, je torej izbrala odgovor strinjam se oziroma popolnoma se strinjam.

5. Mnenja o stiku s socialno delavko

Osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko, če je pri 12. vprašanju več kot polovica (50 %) anketiranih oseb ocenila tako, je torej izbrala odgovor strinjam se oziroma popolnoma se strinjam.

6. Povezava med stigmatizacijo in časom iskanja pomoči

Povezava med spremenljivkama stigmatizacija in čas iskanja pomoči obstaja, če je izračunan Hi kvadrat na podlagi pridobljenih podatkov anketiranih, večji od 0.

7. Vpliv pogostejšega doživljanja stigmatizacije na čas iskanja pomoči

Osebe, ki so bolj pogosto doživljale stigmatizacijo, so potrebovale več časa, da so se odločile za iskanje pomoči, če je bil povprečen indeks doživljanja stigmatizacije pri teh, ki so pomoč poiskali pozno višji, kot pri osebah, ki so pomoč poiskale hitro. Vprašane sem razdelila v tri skupine glede na čas iskanja pomoči, torej hitro iskanje pomoči (do šest mesecev), pozno iskanje pomoči (šest mesecev ali več) in ni poiskal pomoči ter za vsako skupino izračunala povprečen indeks doživljanja stigmatizacije. Povprečen indeks doživljanja stigmatizacije sem izračunala tako, da sem seštel odgovore vsakega posameznika pri posamezni postavki pri šestem vprašanju, najmanjša vrednost je lahko bila 5, če je vprašani pri vsaki postavki izbral odgovor 1 (nikoli ali skoraj nikoli), največja vrednost pa 25, če je vprašani pri vsaki postavki izbral odgovor 5 (zelo pogosto), ter nato seštel indekse doživljanja stigmatizacije vsake skupine ter seštevek delila s številom oseb, ki so spadale v določeno skupino.

3 METODOLOGIJA

3.1 Vrsta raziskave

Raziskava, ki sem jo izvedla, je deskriptivna ali opisna, saj je njen namen količinsko (kvantitativno) oceniti povezavo med dvema ali več pojavi, v mojem primeru povezavo med stigmatizacijo oseb z motnjami hranjenja in časom, ko se te osebe odločijo poiskati pomoč (Mesec, 1997, str. 81).

Raziskava je tudi kvantitativna, saj sem zbrane podatke preštela in kvantitativno analizirala. Zbrala sem številčne podatke o pojavih, ki so me zanimali. Podatke pa sem pridobila s spletno anketo (Mesec, 1997, str. 85).

Slika 3.1: Spremenljivke

SPREMENLJIVKA	INDIKATOR	MODALITETE	RAVEN MERJENJA
Starost	Število let	Prost odgovor	Razmernostna raven
Področja vpliva motenj hranjenja	Stopnja strinjanja glede vpliva motenj hranjenja na zdravje.	1,2,3,4,5 (številska lestvica) Izbrano število na 5-stopenjski lestvici iz vprašalnika (1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pomeni popolnoma se strinjam).	Ordinalna raven
	Stopnja strinjanja glede vpliva motenj hranjenja na medsebojne odnose.		
	Stopnja strinjanja glede vpliva motenj hranjenja na opravljanje vsakodnevnih aktivnosti.		
	Stopnja strinjanja glede vpliva motenj hranjenja na samopodobo.		
	Stopnja strinjanja glede vpliva motenj hranjenja na splošno počutje.		
	Stopnja strinjanja glede vpliva motenj hranjenja na šolanje.		
Načini vpliva motenj hranjenja	Stopnja strinjanja glede kazanja motenj hranjenja v raznih boleznih.	1,2,3,4,5 (številska lestvica) Izbrano število na 5-stopenjski lestvici iz vprašalnika (1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pomeni popolnoma se strinjam).	Ordinalna raven
	Stopnja strinjanja glede kazanja motenj hranjenja v izogibanju tesnejšim stikom.		
	Stopnja strinjanja glede kazanja motenj hranjenja v težavah pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti.		
	Stopnja strinjanja glede kazanja motenj hranjenja v pomanjkanju energije.		

SPREMENLJIVKA	INDIKATOR	MODALITETE	RAVEN MERJENJA
Stigmatizacija	Ocena pogostosti nespoštljivega odnosa ljudi.	1,2,3,4,5 (številski lestvica) Izbrano število na 5-stopenjski lestvici (1 pomeni nikoli ali skoraj nikoli, 5 pomeni zelo pogosto).	Ordinalna raven
	Ocena pogostosti nestrpnega odnosa ljudi.		
	Ocena pogostosti obrekovanja.		
	Ocena pogostosti izogibanja.		
	Ocena pogostosti zapostavljanja.		
Odločitev za iskanje pomoči	Obkrožen odgovor anketiranca iz vprašalnika.	Da, ne	Nominalna raven
Čas iskanja pomoči	Obkrožen odgovor anketiranca iz vprašalnika.	Manj kot 2 meseca, 2 – 4 mesece, 4 – 6 mesecev, več kot 6 mesecev, nisem poiskal pomoči.	Ordinalna raven
Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči	Stopnja strinjanja, da mnenja, predsodki ... ljudi podaljšajo čas iskanja pomoči.	1,2,3,4,5 (številski lestvica) Izbrano število na 5-stopenjski lestvici iz vprašalnika (1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pomeni popolnoma se strinjam).	Ordinalna raven
Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori	Stopnja strinjanja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori.	1,2,3,4,5 (številski lestvica) Izbrano število na 5-stopenjski lestvici iz vprašalnika (1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pomeni popolnoma se strinjam).	Ordinalna raven
Mnenja o stiku s socialno delavko	Stopnja strinjanja glede stika s socialno delavko.	1,2,3,4,5 (številski lestvica) Izbrano število na 5-stopenjski lestvici iz vprašalnika (1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pomeni popolnoma se strinjam).	Ordinalna raven

Navajam še dve spremenljivki in odnos med njima (povezavo):

Stigmatizacija → čas iskanja pomoči

3.2 Merski instrument

V raziskavi sem kot raziskovalni instrument uporabila anketni vprašalnik, ki sem ga oblikovala sama glede na raziskovalna vprašanja in hipoteze, ki sem si jih zastavila na začetku. Celoten vprašalnik vsebuje 12 vprašanj, ki so zaprtega in polodprtega tipa. Odgovori so glede na mersko lestvico ordinalni, eden je razmernostni in eden nominalni. Vprašalnik sem kot priložo 1 priložila na koncu diplomskega dela.

3.3 Populacija in vzorčenje

Populacijo v moji raziskavi predstavljajo osebe, starejše od 15 let, ki imajo ali so imele motnje hranjenja in so v času anketiranja živele v Sloveniji. Vzorec je neslučajnostni priročni, saj sem raziskavo izvedla na skupinah ljudi, ki so mi najbolj dostopne. V raziskavi je sodelovalo 130 anketirancev.

3.4 Zbiranje podatkov

Metoda, ki sem jo uporabila pri zbiranju podatkov, je bila spletna anketa. Anketo sem objavila v različnih skupinah v aplikaciji Facebook ter jo preposlala društvu Svetovalni svet, za pomoč pri motnjah hranjenja, trem svetovalnicam za osebe z motnjami hranjenja Muza, Introspekta in Svobodna ter Enoti za motnje hranjenja na Psihiatrični kliniki v Ljubljani. Prav tako sem k izpolnjevanju ankete spodbudila znance, za katere vem, da so se oziroma se še vedno soočajo z motnjami hranjenja. Anketa je bila aktivna, dokler nisem zbrala zadostnega števila odgovorov in dokler sem videla, da še obstaja interes za reševanje. Anketiranje je potekalo od 15. 3. 2022 do 28. 3. 2022.

3.5 Obdelava in analiza podatkov

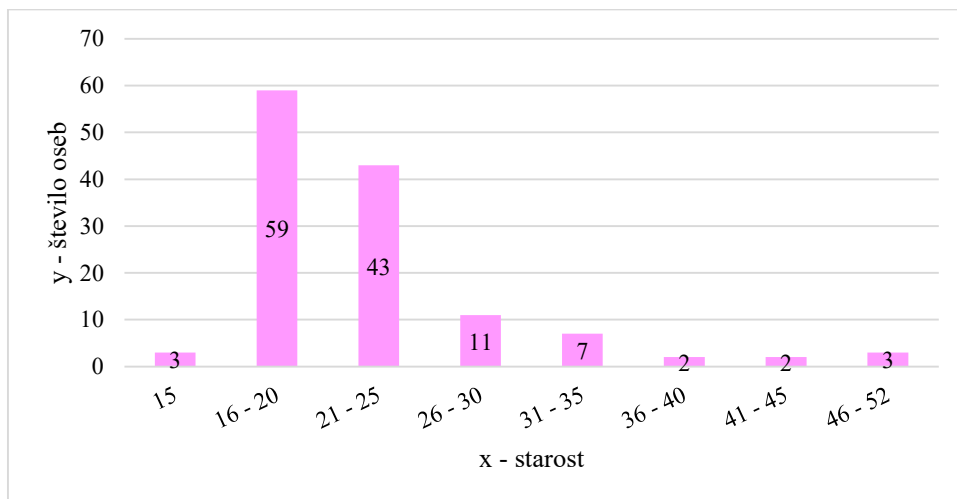
Podatke sem obdelala kvantitativno in jih uredila glede na postavljene hipoteze in raziskovalna vprašanja. Gradivo sem obdelala računalniško s pomočjo programa Microsoft Excel, rezultate pa sem predstavila v obliki grafov in tabel.

4 REZULTATI

4.1 Analiza podatkov

1. vprašanje: Starost

Graf 4.1: Starost



V raziskavi je sodelovalo 130 (100 %) anketirancev, od tega so bili 3 (2,3 %) stari 15 let, 59 (45,4 %) jih je bilo starih med 16 in 20 let, 43 (33,1 %) med 21 in 25 let, 11 (8,5 %) med 26 in 30 let, 7 (5,4 %) med 31 in 35 let, 2 (1,5 %) med 36 in 40 let, 2 (1,5 %) med 41 in 45 let ter 3 (2,3 %) anketiranci med 46 in 52 let. Povprečna starost anketirancev je bila 23,1 let, standardni odklon, ki kaže, kako razpršene so vrednosti pa je 6,75.

2. vprašanje: Področja vpliva motenj hranjenja

Tabela 4.1: Področja vpliva motenj hranjenja

Obkrožite na lestvici od 1 do 5 (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam) v kolikšni meri se strinjate, da motnje hranjenja vplivajo/so vplivale na naslednja področja vašega življenja:							
	1	2	3	4	5	Povprečje	Std. odklon
ZDRAVJE	0 (0 %)	7 (5 %)	11 (8 %)	40 (31 %)	72 (55 %)	4,4	0,9
MEDSEBOJNI ODNOSI	2 (2 %)	5 (4 %)	18 (14 %)	37 (28 %)	68 (52 %)	4,3	0,9
OPRAVLJANJE VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI	4 (3 %)	7 (5 %)	31 (24 %)	44 (34 %)	44 (34 %)	3,9	1,0
SAMOPODOBA	1 (1 %)	1 (1 %)	14 (11 %)	22 (17 %)	92 (71 %)	4,6	0,8
SPLOŠNO POČUTJE	1 (1 %)	4 (3 %)	9 (7 %)	40 (31 %)	76 (58 %)	4,4	0,8
ŠOLANJE	15 (12 %)	26 (20 %)	37 (28 %)	30 (23 %)	22 (17 %)	3,1	1,2

Raziskava je pokazala, da so se anketiranci v povprečju 4,6 najbolj strinjali, da imajo motnje hranjenja največji vpliv na samopodobo s standardnim odklonom 0,8. S tem odgovorom se je popolnoma strinjalo 92 (71 %) vprašanih, strinjalo 22 (17 %) vprašanih, 14 (11 %) vprašanih je izbralo se niti ne strinjam, niti strinjam, 1 (1 %) vprašan se ni strinjal, prav tako pa je le 1 (1 %) vprašan izbral odgovor sploh se ne strinjam. Sledili sta področji zdravje in splošno počutje s povprečno vrednostjo 4,4, pri čemer je imelo zdravje standardni odklon 0,9, splošno počutje pa 0,8. Nato medsebojni odnosi s povprečno vrednostjo 4,3 in standardnim odklonom 0,8, zatem opravljanje vsakodnevnih aktivnosti s povprečno vrednostjo 3,9 in standardnim odklonom 1,0. Najmanj so se anketiranci v povprečju strinjali, da imajo motnje hranjenja vpliv na šolanje, saj je ta odgovor dosegel povprečno vrednost 3,1 in standardni odklon 1,2.

3. vprašanje: Druga področja vpliva motenj hranjenja

31 (23,8 %) anketirancev pa je zapisalo še druga področja, na katera vplivajo motnje hranjenja v njihovem življenju in jih nisem navedla. Omenjena področja so odnosi, šport, prosti čas, partnerstvo, duševno zdravje in vsakodnevno življenje. Rezultate prikazuje spodnja tabela.

Tabela 4.2: Druga področja vpliva motenj hranjenja

SKUPINA	ODGOVOR	FREKVENCA
ODNOSI	odnosi v družini	1
ŠPORT	odnos do športa	4
	odnos do telesne aktivnosti	
	šport (2)	
PROSTI ČAS	odnos do živali	4
	dejavnosti v prostem času, sem jih popolnoma opustila zaradi nizke samopodobe	
	hobiji	
	telesna aktivnost (prostočasne dejavnosti)	
PARTNERSTVO	ljubezensko življenje	8
	spolnost (3)	
	intimni partnerski odnosi	
	partnerski odnosi (2)	
	zveza	
DUŠEVNO ZDRAVJE	psiho socialno	9
	zaupanje v ljudi	
	na osebno rast	
	duševno zdravje (2)	
	socializacijo – držanje zase	
	samozavest	
	motivacija	
	socializacija	
VSAKDAN	energija za vsakodnevno življenje	7

SKUPINA	ODGOVOR	FREKVENCA
	pozornost, fokus	
	spanje	
	celo življenje	
	vsakodnevno mišljenje	
	delo – nalagala sem si vse več zadolžitev, da sem ga lahko uporabljala za izgovor, da nisem jedla	
	Služba	

4. vprašanje: Načini vplivanja motenj hranjenja

Tabela 4.3: Načini vpliva motenj hranjenja

Obkrožite na lestvici od 1 do 5 (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam) v kolikšni meri se strinjate, da se kaže/je kazal vpliv motenj hranjenja v vašem življenju na naslednje načine:							
	1	2	3	4	5	Povprečje	Std. odklon
V RAZNIH BOLEZNIH	23 (18 %)	36 (28 %)	27 (21 %)	26 (20 %)	18 (14 %)	2,8	1,3
V IZOGIBANJU TESNEJŠIM STIKOM	8 (6 %)	7 (5 %)	20 (15 %)	47 (36 %)	48 (37 %)	3,9	1,1
V TEŽAVAH PRI OPRAVLJANJU VSAKODNEVNIH DEJAVNOSTI	11 (8 %)	23 (18 %)	33 (25 %)	34 (26 %)	29 (22 %)	3,4	1,2
V POMANJKANJU ENERGIJE	4 (3 %)	8 (6 %)	16 (12 %)	32 (25 %)	70 (54 %)	4,2	1,1

Rezultati so pokazali, da so se anketiranci v povprečju 4,2 in s standardnim odklonom 1,1 najbolj strinjali, da se vpliv motenj hranjenja v njihovem življenju najbolj kaže v pomanjkanju energije. S tem odgovorom se je popolnoma strinjalo 70 (54 %) vprašanih, odgovor strinjam se je izbralo 32 (25 %) vprašanih, se niti ne strinjam, niti strinjam 16 (12 %) vprašanih, ni se strinjalo 8 (6 %) anketirancev, popolnoma proti pa so bili 4 (3 %), ki so izbrali odgovor sploh se ne strinjam. Sledil je odgovor v izogibanju tesnejšim stikom, ki je dosegel povprečno vrednost 3,9 in standardni odklon 1,1. Naslednji odgovor s povprečno vrednostjo 3,4 in standardnim odklonom 1,2 je bil, da se vpliv motenj hranjenja najbolj kaže v težavah pri opravljanju vsakodnevni dejavnosti. Najmanj pa so se anketiranci v povprečju strinjali, da se vpliv motenj hranjenja kaže v raznih boleznih, saj je ta odgovor dosegel povprečno vrednost 2,8 in standardni odklon 1,3.

5. vprašanje: Drugi načini vpliva motenj hranjenja

20 (15,4 %) vprašanih pa je zapisalo še druge načine, na katere se kaže vpliv motenj hranjenja v njihovem življenju. Ti vplivi so se po njihovem mnenju kazali v športu, na

zdravju, na čustvih, v prostem času, na vedenju, v socializaciji in na odnosih. Rezultate prikazuje spodnja tabela.

Tabela 4.4: Drugi načini vpliva motenj hranjenja

SKUPINA	ODGOVOR	FREKVENCA
ŠPORT	šport	3
	čezmerno športanje	
	slabši rezultat pri treningih oz. sploh nezmožnost trenirati (sem trenirala atletiko v atletskem klubu – tek na dolge proge)	
ZDRAVJE	izguba menstruacije	2
	poškodbe telesa (vidni znaki na rokah, težave z želodcem)	
ČUSTVA	iritiranost	5
	čustvovanje – pogostejši izbruhi jeze, napetost, tesnoba	
	malodušje	
	razpoloženje	
	neupoštevanje svojih stisk	
PROSTI ČAS	manjši interes za hobije	1
VEDENJE	grabežljivost, nabiranje 'gratis' hrane	9
	konstantno tehtanje	
	večna borba pri obrokih	
	razdraženost	
	hitro spreminjanje volje (iz 'dobrega' v 'tečno' ipd.)	
	laganje staršem (in prijateljem)	
	nenehno primerjanje z ostalimi	
	potreba po dokazovanju	
	večja strogost do sebe, več discipline	
SOCIALIZACIJA	splošna močna socialna anksioznost	3
	izogibanje družabnim dogodkom	
	samoizolacija	
ODNOSI	slabši dialog	2
	v odnosih, predvsem jeza	

6. vprašanje: Stigmatizacija

Tabela 4.5: Stigmatizacija

Ocenite na lestvici od 1 do 5 (1 – nikoli ali skoraj nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto) kako pogosto je prišlo do stigmatiziranja na naslednje načine:							
	1	2	3	4	5	Povprečje	Std. odklon
NESPOŠTLJIV ODNOS LJUDI DO VAS	11 (8 %)	19 (15 %)	31 (24 %)	49 (38 %)	20 (15 %)	3,4	1,2
NESTRPEN ODNOS LJUDI DO VAS	12 (9 %)	16 (12 %)	36 (28 %)	45 (35 %)	21 (16 %)	3,4	1,2
OBREKOVANJE	9 (7 %)	19 (15 %)	33 (25 %)	42 (32 %)	27 (21 %)	3,5	1,2
IZOGIBANJE	23 (18 %)	13 (10 %)	22 (17 %)	44 (34 %)	28 (22 %)	3,3	1,4
ZAPOSTAVLJANJE	16 (12 %)	23 (18 %)	26 (20 %)	39 (30 %)	26 (20 %)	3,3	1,3

Anketiranci so se v povprečju 3,5 in standardnim odklonom 1,2 najbolj strinjali, da se je stigmatizacija najbolj pogosto kazala v obrekovanju. Odgovor zelo pogosto je izbralo 27 (21 %) vprašanih, pogosto 42 (32 %) vprašanih, včasih 33 (25 %) vprašanih, redko 19 (15 %)

vprašanih, nikoli pa stigmatizacije na tak način ni občutilo 9 (7 %) vprašanih. Sledila sta odgovora nespoštljiv odnos in nestrpen odnos ljudi do oseb z motnjami hranjenja, ki sta dosegla povprečno vrednost 3,4 in standardni odklon 1,2. Najredkeje pa so vprašani stigmatizacijo občutili na način izogibanja ali zapostavljanja, saj sta ta dva odgovora dosegla najnižjo povprečno vrednost, in sicer 3,3.

7. vprašanje: Drugi načini stigmatizacije

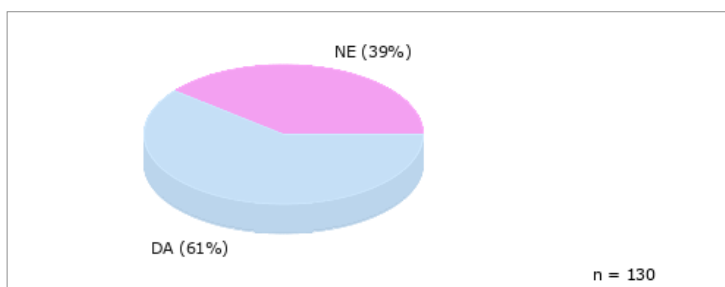
11 (8,5 %) anketirancev pa je zapisalo še druge načine stigmatizacije, ki so jih opazili v svojem življenju. Nekateri od spodaj navedenih odgovorov bi sodili tudi v že definirane kategorije pri prejšnjem vprašanju.

Tabela 4.6: Drugi načini stigmatizacije

Odgovori	Frekvenca
Posploševanje, delanje svojih lastnih zaključkov in predstav o moji bolezni, ki niso imela veliko opraviti z resničnostjo. Pripisujem to splošnemu pomanjkanju informacij glede teh težav.	1
Nekoč sem povedala neki profesorici, da imam težave ... pa me zaradi tega potem ni želela vzeti s seboj na ekskurzijo v tujino, ko bi šli za več dni nekam. To se mi danes zdi naravnost smešno, saj vem, da sem bila s precej bolj akutnimi motnjami hranjenja marsikje, pa sem vedno preživela, nespoštovanje za tisto profesorico. Se je menda \ "bala ...	1
Ni prihajalo do stigmatiziranja, saj drugi ljudje za to niso vedeli.	1
Želela sem pomoč, a starši niso bili za, saj bi po njihovem mnenju to vplivalo na moj poskus zaposlitve kasneje v življenju.	1
Nestrpen/žaljiv odnos družine.	1
Besedno nasilje vrstnikov.	1
Da sem sam/a kriv/a za to.	1
Norčevanje in žaljenje.	1
Zbadanje.	1
Nezaupanje (a upravičeno).	1
Nisem bila stigmatizirana, ker skoraj nihče ni vedel.	1

8. vprašanje: Odločitev za iskanje pomoči

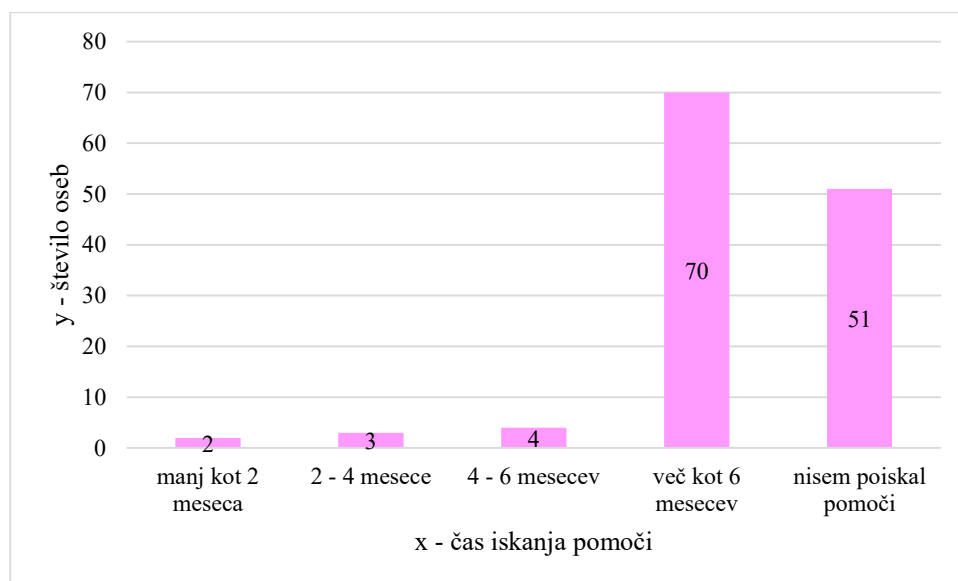
Graf 4.2: Odločitev za iskanje pomoči



Na vprašanje o tem, ali so se odločili poiskati pomoč pri motnjah hranjenja je 79 (61 %) anketirancev odgovorili z DA. 51 (39 %) vprašanih se za iskanje pomoči ni odločilo. Iz odgovorov lahko razberemo, da se je več vprašanih odločilo poiskati pomoč kot pa ne.

9. vprašanje: Čas iskanja pomoči

Graf 4.3: Čas iskanja pomoči



Rezultati so pokazali, da se je kar 79 (61 %) anketirancev odločilo poiskati pomoč, pri tem jih je, kar 70 (53,8 %) za to odločitev potrebovalo več kot šest mesecev, to je 88,6 % od tistih, ki so se odločili za iskanje pomoči, 4 (3,1 %) vprašani so za to potrebovali 4 – 6 mesecev, 3 (2,3 %) 2–4 mesece, le 2 (1,5 %) vprašana pa sta pomoč poiskala prej kot v dveh mesecih. Za iskanje pomoči se ni odločilo 51 (39 %) vprašanih.

10. vprašanje: Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči

Tabela 4.7: Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči

Obkrožite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).							
	1	2	3	4	5	Povprečje	Std. odklon
Mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja so podaljšali čas, ki sem ga potreboval, da sem poiskal pomoč.	5 (4 %)	3 (2 %)	14 (11 %)	55 (42 %)	53 (41 %)	4,1	0,97

Rezultati raziskave so pokazali, da so anketiranci na vprašanje v kolikšni meri se strinjajo, da mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšajo čas iskanja pomoči v povprečju (4,1), odgovorili so se strinjam s standardnim odklonom 0,97. 53 (41 %) vprašanih se je s tem popolnoma strinjalo, 55 (42 %) anketiranih se je s tem strinjalo, nevtralnih, torej oseb, ki so izbrale odgovor se niti ne strinjam, niti strinjam, je bilo 14 (11 %). S trditvijo se niso strinjali 3 (2 %) anketiranci. Popolnoma proti, torej oseb, ki so izbrale odgovor sploh se ne strinjam, pa je bilo 5 (4 %).

11. vprašanje: Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori

Tabela 4.8: Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori

Na podlagi vaših izkušenj in opažanj ocenite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).							
	1	2	3	4	5	Povprečje	Std. odklon
Socialne delavke so pomembne pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja.	11 (8 %)	19 (15 %)	52 (40 %)	21 (16 %)	27 (21 %)	3,3	1,2

Rezultati so pokazali, da so anketiranci na vprašanje v kolikšni meri se strinjajo, da so socialne delavke pomembne pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja v povprečju (3,3) odgovorili se niti ne strinjam, niti strinjam, s standardnim odklonom 1,2. 27 (21 %) vprašanih se je popolnoma strinjalo s trditvijo, 21 (16 %) vprašanih je izbralo odgovor strinjam se. Neopredeljenih oseb, ki so izbrali odgovor se niti ne strinjam, niti strinjam je bilo 52 (40 %). S trditvijo se ni strinjalo 19 (15 %) vprašanih. Popolnoma proti pa je bilo 11 (8 %) anketirancev.

12. vprašanje: Mnenja o stiku s socialno delavko

Tabela 4.9: Mnenja o stiku s socialno delavko

Na podlagi vaših izkušenj in opažanj ocenite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).							
	1	2	3	4	5	Povprečje	Std. odklon
Osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko.	8 (6 %)	10 (8 %)	40 (31 %)	44 (34 %)	28 (22 %)	3,6	1,1

Rezultati raziskave so pokazali, da so anketiranci na vprašanje v kolikšni meri se strinjajo, da osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko v povprečju (3,6) odgovorili strinjam se, s standardnim odklonom 1,1. 28 (22 %) vprašanih se je s trditvijo popolnoma strinjalo, 44 (34 %) vprašanih se je strinjalo, neopredeljenih oseb, ki so izbrali odgovor se niti ne strinjam, niti strinjam, je bilo 40 (31 %). S trditvijo se ni strinjalo 10 (8 %) vprašanih. Popolnoma proti pa je bilo 8 (6 %) anketirancev.

13. Izračun povezave med spremenljivkama stigmatizacija in čas iskanja pomoči

Tabela 4.10: Indeks doživljanja stigmatizacije glede na čas iskanja pomoči

INDEKS STIGMATIZACIJE/ ČAS ISKANJA POMOČI	5-11	12-18	19-25	SKUPAJ
HITRO ISKANJE POMOČI	9	0	0	9
POZNO ISKANJE POMOČI	16	43	11	70
NI POISKAL POMOČI	0	7	44	51
SKUPAJ	25	50	55	130

Graf 4.4: Grafični prikaz indeksa stigmatizacije glede na čas iskanja pomoči

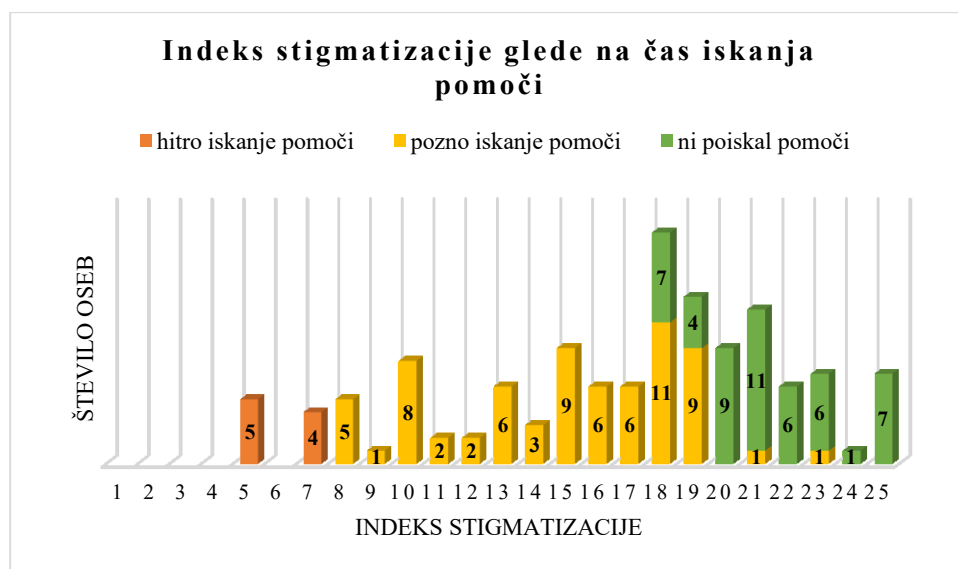


Tabela 4.11: Hi kvadrat

OZNAKA	$f_{(o)}$ (opažena)	$f_{(t)}$ (teoretična)	$f_{(o)} - f_{(t)}$	$(f_{(o)} - f_{(t)})^2$	$(f_{(o)} - f_{(t)})^2 / f_{(t)}$
A	9	1,731	7,269	52,838	30,525
B	16	13,462	2,538	6,441	0,479
C	0	9,808	-9,808	96,197	9,808
D	0	3,462	-3,462	11,985	3,462
E	43	26,923	16,077	258,47	9,600
F	7	19,615	-12,615	159,138	8,113
G	0	3,808	-3,808	14,501	3,808
H	11	29,615	-18,615	346,518	11,701
I	44	21,577	22,423	502,791	23,302
SKUPAJ					100,798 (Hi kvadrat)

$$\alpha = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2_{\max}}} = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(h-1)}} = 0,623$$

Na podlagi dobljenega rezultata lahko ugotovim, da med spremenljivkama stigmatizacija in čas iskanja pomoči obstaja povezanost, saj je H_1 kvadrat večji od nič. Povezanost je močna, saj je Cramerjev α zavzel vrednost med 0,6 in 1.

Povprečni indeks doživljanja stigmatizacije glede na čas iskanja pomoči:

- hitro iskanje pomoči:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n} = 5,8$$

- pozno iskanje pomoči:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n} = 14,9$$

- ni poiskal pomoči:

$\bar{x} = \frac{\sum x}{n} = 21,2$

Glede na izračunan povprečen indeks doživljanja stigmatizacije, kjer sem seštel odgovore vsakega posameznika pri posamezni postavki, najmanjša vrednost je lahko bila 5, če je vprašani pri vsaki postavki izbral odgovor 1 (nikoli ali skoraj nikoli), največja vrednost pa 25, če je vprašani pri vsaki postavki izbral odgovor 5 (zelo pogosto), v primerjavi s časom, ko se je oseba odločila za iskanje pomoči, sem ugotovila, da so najbolj pogosto stigmatizacijo doživljali posamezniki, ki pomoči sploh niso poiskali, saj je bil povprečen indeks doživljanja stigmatizacije pri tej skupini najvišji, in sicer 21,2, najredkeje pa so stigmatizacijo občutili posamezniki, ki so pomoč poiskali hitro, torej prej kot v šestih mesecih, saj je bil povprečen indeks doživljanja stigmatizacije pri tej skupini 5,8.

4.2 Preverjanje hipotez

H1: Motnje hranjenja imajo največji vpliv na samopodobo.

Hipotezo lahko potrdim, saj je iz rezultatov anket razvidno, da so se anketirani z največjo

povprečno vrednostjo, in sicer 4,6, strinjali, da imajo/so imele motnje hranjenja največji vpliv na samopodobo.

H2: Vpliv motenj hranjenja se najbolj kaže v izogibanju tesnejšim stikom.

Hipotezo lahko ovržem, saj se anketirani v povprečju niso najbolj strinjali, da se vpliv motenj hranjenja najbolj kaže/je kazal v izogibanju tesnejšim stikom. Največjo povprečno vrednost strinjanja je imel odgovor, da se vpliv motenj hranjenja najbolj kaže/je kazal v pomanjkanju energije, in sicer 4,2. Če bi želela potrditi to hipotezo, bi morala biti povprečna vrednost strinjanja pri odgovoru v izogibanju tesnejšim stikom večja od 4,2.

H3: Mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšajo čas, v katerem se oseba odloči poiskati pomoč.

To hipotezo lahko potrdim, saj se je več kot polovica anketiranih strinjala, torej so izbrali odgovor se strinjam oziroma popolnoma se strinjam, da mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšajo čas, v katerem se oseba odloči poiskati pomoč. S to trditvijo se je namreč strinjalo 107 (83 %) vprašanih.

H4: Osebe z motnjami hranjenja ocenjujejo, da so socialne delavke pomembne pri podpori in pomoči.

To hipotezo lahko ovržem, saj je največ vprašanih na to vprašanje odgovorilo se niti ne strinjam, niti strinjam, kar pomeni, da ostajajo neopredeljeni. Le 48 (37 %) vprašanih namreč ocenjuje, je torej izbralo odgovor, se strinjam oziroma popolnoma se strinjam, da so socialne delavke pomembne pri podpori in pomoči. Če bi želela hipotezo potrditi, bi morala tako oceniti več kot polovica anketiranih.

H5: Osebe z motnjami hranjenja ocenjujejo, da osebe s tovrstnimi izzivi pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko.

To hipotezo lahko potrdim, saj več kot polovica vprašanih ocenjuje, je torej izbrala odgovor strinjam se oziroma popolnoma se strinjam, da osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko. Tako ocenjuje 72 (56 %) vprašanih.

H6: Pogostost doživljanja stigmatizacije je povezana s časom, ko se posameznik odloči za iskanje pomoči.

Tudi to hipotezo lahko potrdim, saj sem z izračunanim H_i kvadratom ugotovila, da obstaja

povezava med spremenljivkama stigmatizacija in čas iskanja pomoči (H_i kvadrat = 100,798). Na podlagi izračunanega kontingenčnega koeficienta Cramerjev α pa sem ugotovila, da je ta povezava močna ($\alpha = 0,623$).

H7: Vprašani, ki so bolj pogosto doživljali stigmatizacijo, so potrebovali več časa, da so se odločili za iskanje pomoči.

Potrdim lahko tudi zadnjo hipotezo, saj sem na podlagi izračunanega povprečnega indeksa doživljanja stigmatizacije glede na čas, v katerem se je posameznik odločil za iskanje pomoči, ugotovila, da je bil povprečen indeks doživljanja stigmatizacije pri osebah, ki so pomoč poiskale pozno ali je sploh niso poiskale višji kot pri osebah, ki so pomoč poiskale hitro.

5 RAZPRAVA

V raziskavi je sodelovalo 130 anketirancev, starih od 15 do 52 let, od tega so bili 3 (2,3 %) stari 15 let, 59 (45,4 %) jih je bilo starih med 16 in 20 let, 43 (33,1 %) med 21 in 25 let, 11 (8,5 %) med 26 in 30 let, 7 (5,4 %) med 31 in 35 let, 2 (1,5 %) med 36 in 40 let, 2 (1,5 %) med 41 in 45 let ter 3 (2,3 %) anketiranci med 46 in 52 let. Sodelujoči so bili posamezniki, starejši od 15 let, ki imajo ali so imeli motnje hranjenja in so v času anketiranja živeli v Sloveniji.

V nadaljevanju bom razpravo strukturirala po šestih raziskovalnih vprašanjih. Raziskovalna vprašanja, ki sem si jih zastavila, so naslednja: na katero področje v življenju posameznika imajo motnje hranjenja največji vpliv, kako se v življenju posameznika najbolj kaže vpliv motenj hranjenja, kakšen je vpliv mnenj, predsodkov ... ljudi do oseb z motnjami hranjenja na čas, v katerem oseba poišče pomoč, kako osebe z motnjami hranjenja ocenjujejo pomen socialnih delavk pri podpori in pomoči, kako pogosto pridejo osebe z motnjami hranjenja v stik s socialno delavko pri iskanju pomoči in ali pri vprašanih obstaja povezava med stopnjo doživljanja stigmatizacije in časom, ko se posameznik odloči za iskanje pomoči.

5.1 Področja vpliva motenj hranjenja

Zanimalo me je, na katera področja v življenju posameznika imajo motnje hranjenja največji vpliv. Raziskava je pokazala, da so se anketiranci v največji meri strinjali, da je to vpliv na

samopodobo, saj je strinjanje pri tem področju izkazalo kar 92 (71 %) vprašanih. Tudi Kobal (2000), kot sem navedla že v teoretičnem uvodu, kot eno najpogostejših psihičnih posledic motenj hranjenja opredeli nizko samopodobo, ki je značilen pojav pri vseh vrstah motenj hranjenja. V veliki večini je za to kriva družba, ki v tako veliki meri poudarja pomen zunanjega videza. Predvsem poudarjanje pojma »idealiziranega« telesa, ki destruktivno vpliva na samopodobo (Kuhar, 2004, str. 49). Sledil je odgovor splošno počutje, ki ga je izbralo 76 (58 %) anketirancev, in nato zdravje, s katerim se je popolnoma strinjalo 72 (55 %) anketirancev. Motnje hranjenja so že po definiciji povezane z neustreznim vnosom hranljivih snovi, kar se slej ko prej pokaže tudi na telesu. Telesno stanje je pogosto prav tisti simptom, ki bolnika privede do zdravnika. Telesno stanje je lahko že samo po sebi ogrožajoče in narekuje nujno ukrepanje, večinoma pa potrebuje kot oporno točko pri vrednotenju uspešnosti zdravljenja (Preželj, 1995). Najpogostejši zapleti so oslabeledost mišic zaradi čezmerne telesne aktivnosti, znižanje telesne temperature, metabolične in elektrolitske motnje zaradi izgube vode, nizek krvni tlak, počasno bitje srca, srčne aritmije, zaprtje, hormonske motnje (izguba menstruacije), zmanjšana kostna gostota, težave z ledvicami, izjemna utrujenost, neplodnost pri ženskah, pri bulimiji tudi krčevite bolečine v trebuhu kot posledica prevelikih obrokov, zobna gniloba, vnetja in razjede v požiralniku, pri prenašanju je eden od pogostih zapletov tudi sladkorna bolezen (Hafner, 2011).

Velik delež vprašanih, in sicer kar 68 (52 %) se je strinjalo, da imajo motnje hranjenja velik vpliv tudi na medsebojne odnose. Za posameznike z motnjami hranjenja so značilne stalna napetost, zaskrbljenost, negotovost, manjvrednost in preobčutljivosti za kritiko, zaradi česar ne zmorejo funkcionirati v medosebnih odnosih, čeprav hrepenijo po sprejetosti in ljubezni. Pojavijo se lahko težave na področju vzpostavljanja in tudi vzdrževanja medosebnih odnosov, ti pa so lahko tudi bolj konfliktni (Serbec in Copak, 2011). 44 (34 %) anketirancev je izbralo odgovor opravljanje vsakodnevnih aktivnosti, najmanj pa so se v povprečju anketiranci strinjali, da imajo motnje hranjenja vpliv na šolanje, saj je ta odgovor izbralo le 22 (17 %) oseb. Menim, da je imel ta odgovor tako nizko stopnjo strinjanja, saj so anketo reševali večinoma posamezniki, ki so z osnovnošolskim in srednješolskim šolanjem že zaključili, zato mogoče, če se jim je motnja hranjenja pojavila kasneje, tega vpliva niso občutili. Kljub temu pa lahko v literaturi zasledimo razlago, da ko se simptomi bolezni dodobra razvijejo, posamezniki vse težje usklajujejo učne obveznosti ali opravljanje vsakodnevnih aktivnosti in rituale, kot so pogosta hranjenja in telesna aktivnost, kar počasi vodi v izgubo motiviranosti tako za učenje kot tudi delo. Bolezen tako počasi vse bolj

načenja kvaliteto posameznikovega življenja, za dobre rezultate v šoli in za opravljanje vsakodnevnih aktivnosti zato potrebujejo večje napore, kar je posledica obvladovanja simptomov bolezni (Čarapić, 2011).

To, da motnje hranjenja res konkretno posežejo na različna in številna področja človekovega življenja pa so potrdili tudi anketiranci z zapisom še drugih področji, na katera so po njihovih izkušnjah vplivale motnje hranjenja. Največkrat zapisan odgovor je bil spolnost, intimni, partnerski odnosi, zveza oziroma ljubezensko življenje. Sernec in Copak (2011) omenita, kot sem zapisala že v teoretičnem uvodu, da je področje intimnosti za te osebe precej boleče področje in da že same težave v socialnem funkcioniranju nakazujejo negotovost in konfliktnost na tem področju. Osebe imajo zaradi nizke stopnje avtonomnosti večje nezaupanje vase, ob tem pa postavljajo vse več zahtev drugim, kar otežuje že samo vzpostavitev intimnega odnosa. V samem odnosu so takšne osebe bolj kontrolirajoče, usmerjene na lastno popolnost, pri čemer težje izražajo svoja čustva, z namenom, da se ne bi preveč razkrile in postale ranljive. V takšnem odnosu se zato hitro pojavi čustvena hladnost in odtujenost. Na drugi strani pa je treba pri vzpostavljanju odnosov oseb z motnjami hranjenja omeniti tudi impulzivno iskanje partnerjev in prehitro odločanje za vstop v partnersko zvezo. Med navedenimi odgovori lahko najdemo tudi šport, službo, duševno zdravje, spanje in še nekaj drugih.

5.2 Načini vpliva motenj hranjenja

Pri tem vprašanju me je zanimalo, na kakšen način se v življenju posameznika kaže vpliv motenj hranjenja, in prišla sem do ugotovitve, da se je največ anketirancev, in sicer 102 (79 %) strinjalo, da se vpliv motenj hranjenja najbolj kaže v pomanjkanju energije. Več študij je pokazalo povezavo med motnjami hranjenja in težavami s spanjem. Ljudje pogosto ne morejo zaspati, se ponoči zbujajo, imajo more in podobno. Vse to pa potem vpliva tudi na količino energije, ki jo imajo posamezniki čez dan. Če spanec ni kakovosten in če se to ponavlja več časa, posamezniki ne najdejo več energije za normalno delovanje (Cooper, Loeb in McGlinchey, 2020). Pri osebah z anoreksijo sta pogosta tudi čezmerna telesna aktivnost in hranjenje z energijsko redko hrano, ki vodita do izjemne utrujenosti in izčrpanosti (Hafner, 2011).

Sledil je odgovor v izogibanju tesnejšim stikom, ki ga je izbralo 95 (73 %) vprašanih. Oseba

z motnjo hranjenja spremeni svoj odnos do zunanjega sveta, ljudi in narave. Stiska znotraj nje postaja vse hujša, zato se začne zapirati v svoj svet (Švab idr., 1998). Čarapić (2011), kot sem navedla že v teoretičnem uvodu, zapiše, da se te osebe začnejo izogibati tudi tesnejšim stikom s sošolci, kolegi, običajno z izgovori, da so oni popolnoma drugačni, v bistvu pa zase menijo, da niso dovolj dobri in se hkrati bojijo, da jih zaradi tega vrstniki ne bi cenili in sprejeli medse. Zaradi telesnega videza (prenizka telesna teža ali povišana telesna teža) se lahko zgodi, da se začnejo izogibati sovrstnikom v strahu, da jih ti ne bi zasmehovali.

Tako jim dom postane najvarnejše zatočišče, vendar bolj v smislu umika iz družbenega življenja, ne pa iz želje, da bi bili več časa s starši. Posledica tega pa je, da v procesu bolezni postanejo zunanje vezi vedno slabše in manj pomembne (Čarapić, 2011).

63 (48 %) anketirancev se je strinjalo, da se vpliv motenj hranjenja kaže v opravljanju vsakodnevnih dejavnosti. Ta odgovor lahko povežem z odgovorom na prejšnje vprašanje, kjer se je približno enak odstotek vprašanih strinjal, da imajo motnje hranjenja vpliv na opravljanje vsakodnevnih aktivnosti.

Najmanj pa so se vprašani strinjali z odgovorom, da se vpliv motenj hranjenja v njihovem življenju kaže v raznih boleznih, in sicer le 44 (34 %) vprašanih. Še vedno pa menim, da je tudi ta odgovor dosegel precej visoko stopnjo strinjanja, da pa ta ni večja, kar bi glede na podatke o posledicah motenj hranjenja na zdravje pričakovala, pa bi verjetno lahko pripisala temu, kdo je anketo izpolnjeval. Morda je bilo med sodelujočimi veliko posameznikov, ki so motnjo prepoznali dovolj hitro in tako pravočasno začeli ukrepati, da ta ni prinesla hujših posledic, ali pa je bilo med njimi več takih, ki so razvili katero od novejših oblik motenj hranjenja, ki imajo več posledic na psihično kot fizično zdravje. Znano je namreč, da je anoreksija nervoza tista oblika, ki zaradi drastičnega upada telesne teže, pusti največ posledic na telesnem zdravju. Podatki tudi kažejo, da je večina smrti zaradi motenj hranjenja posledica ravno anoreksije nervoze (Hafner, 2011).

5.3 Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči

S tem vprašanjem sem želela ugotoviti, kako mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja vplivajo na čas, ki ga posameznik potrebuje, da se odloči poiskati pomoč. Prišla sem do ugotovitve, da se je 108 (83 %) vprašanih strinjalo, da mnenja, predsodki ... ljudi

podaljšajo čas, v katerem se oseba z motnjo hranjenja odloči poiskati pomoč. Tudi Rüsch, Angermeyer in Corrigan (2020) omenijo to negativno posledico, ki je povezana z načinom, kako se oseba z duševno boleznijo odziva na izkušnjo stigmatizacije v družbi. Ta se zaradi strahu pred stigmatizacijo namreč upira zdravljenju.

Nekateri zato menijo, da bi lahko pridobivanje znanja in natančnejše informacije o motnjah hranjenja pomagali zmanjšati stigmatizacijo v povezavi z motnjami hranjenja, kar bi lahko spodbudilo tiste, ki imajo simptome, da se prej odločijo za iskanje pomoči, saj jih tako ne bi bilo več strah negativnih povratnih informacij s strani vrstnikov in družine, ki jih takšna stigma povzroča (Blodgett Salafia, Jones, Haugen in Schaefer, 2015).

To bi lahko hkrati pomenilo tudi večjo podporo in povezanost med družinskimi člani in prijatelji, kar bi pomagalo odpraviti stigmo, ki spremlja motnje hranjenja in omogočiti tistim, ki so v težavah, da poiščejo pomoč (Blodgett Salafia, Jones, Haugen in Schaefer, 2015).

5.4 Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori

Pri tem vprašanju me je zanimalo, kako anketiranci na podlagi lastnih izkušenj ocenjujejo pomembnost socialnih delavk pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja. Prišla sem do ugotovitve, da je več vprašanih, in sicer 48 (32 %) ocenilo, da so socialne delavke pomembne pri pomoči in podpori kot pa, da niso pomembne, kar je ocenilo 30 (23 %) vprašanih. Vseeno pa je večina vprašanih pri tem odgovoru ostala neopredeljenih. Kot sem zapisala že v teoretičnem uvodu, socialne delavke vsekakor smo pomembne pri podpori in pomoči osebam z motnjami hranjenja, saj jim pomagamo pri okrevanju in ponovni vključitvi v šolo, delo in življenje v skupnosti. Raziskujemo, kako posameznik deluje v svojem okolju, v svoji skupnosti, v svoji socialni mreži ter kako vse to vpliva nanj in na njegovo bolezen. Naša naloga je, da delujemo z vidika perspektive moči. Ob tem je pomembno, da uporabljamo tudi koncept etike udeležенosti, ki nas usmerja v to, da objektivnega opazovalca, socialno delavko, nadomesti sodelovanje, v katerem nihče nima zadnje besede (Čačinovič Vogrinčič idr., 2005).

Ključnega pomena je, da smo socialne delavke obveščene o širokem številu spletnih virov, ki so zlahka dostopni uporabnikom in jih pogosto uporabljajo osebe z motnjami hranjenja. Socialna delavka lahko uporabnika usmeri k varnejšim, boljšim alternativam, npr. k skupini

za samopomoč (Černe, 2020, str. 22–23).

5.5 Mnenje o stiku s socialno delavko

Želela sem ugotoviti, ali osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči sploh pridejo v stik s socialno delavko. Rezultati so pokazali, da je večina, in sicer 72 (56 %) vprašanih na podlagi lastnih izkušenj ocenilo, da pri iskanju pomoči osebe z motnjami hranjenja ne pridejo v stik s socialno delavko. Prvi korak do iskanja pomoči in reševanja oziroma zdravljenja motenj hranjenja je obisk osebnega zdravnika, ki opravi pregled telesnega zdravja ter na podlagi pogovora osebi z motnjo hranjenja predlaga še druge službe in strokovnjake, ki bi ji lahko bili v pomoč, saj je poleg telesnega počutja pomembno tudi, kako se oseba počuti čustveno. Največkrat je to psiholog, psihiater, psihoterapevt in kasneje pri pridobivanju boljših prehranjevalnih navad tudi strokovnjak za prehrano ali dietetik (Middleton in Smith, 2012). Socialne delavke tako niso med najpogostejšimi osebami, h katerim se osebe z motnjami hranjenja zatečejo po pomoč. Menim, da bi bil stik z njimi pogostejši, če bi se ljudje zavedali pomembnosti socialnih delavk ter njihovih pristopov in načinov dela, ki so lahko po mojem mnenju pri zdravljenju, pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja izredno učinkoviti.

5.6 Povezava med stigmatizacijo in časom iskanja pomoči

Želela sem ugotoviti, ali obstaja povezava med stopnjo doživljanja stigmatizacije in časom, v katerem se oseba odloči za iskanje pomoči. Podatki iz raziskave so pokazali, da obstaja močna povezanost med stigmatizacijo in časom iskanja pomoči, in da so najbolj pogosto stigmatizacijo doživljali posamezniki, ki pomoči sploh niso poiskali, najredkeje pa so stigmatizacijo občutili posamezniki, ki so pomoč poiskali hitro, torej prej kot v šestih mesecih. Podobne ugotovitve sem zapisala že v teoretičnem uvodu. Stigma namreč slabša samopodobo in znižuje samospoštovanje ter ovira bolnike pri iskanju pomoči in pri sodelovanju v zdravljenju (Strbad in Švab, 2005).

Rüsch, Angermeyer in Corrigan (2020) podobno kot zapisano že prej omenijo še eno negativno posledico, ki je povezana z načinom, kako se oseba z duševno boleznijo odziva na izkušnjo stigmatizacije v družbi: zaradi strahu pred stigmatizacijo se namreč upira zdravljenju.

6 SKLEPI

Z raziskavo sem prišla do naslednjih sklepov. Na vprašalnik so v večini odgovarjale osebe stare 20 let, je bil pa razpon sodelujočih v raziskavi po letih kar velik, saj je imel najmlajši udeleženec le 15 let, najstarejši pa 52 let.

1. Področja vpliva motenj hranjenja

Vprašani menijo, da imajo motnje hranjenja največji vpliv na samopodobo. Velik odstotek strinjanja pa so dosegli tudi odgovori splošno počutje, zdravje in medsebojni odnosi. Najmanj so se vprašani v povprečju strinjali, da imajo motnje hranjenja vpliv na šolanje.

2. Načini vpliva motenj hranjenja

Vprašani menijo, da se vpliv motenj hranjenja v življenju posameznika najbolj kaže v pomanjkanju energije. Velik odstotek strinjanja pa je dosegel tudi odgovor v pomanjkanju energije. Najmanj so se vprašani v povprečju strinjali, da se vpliv motenj hranjenja v njihovem življenju kaže v raznih boleznih.

3. Stigmatizacija

Nekateri anketirani so se strinjali, da so bili zaradi motenj hranjenja stigmatizirani, najbolj pogosto pa so stigmatizacijo opazili, ko so se jim drugi začeli izogibati. Nekaj je bilo tudi takšnih, ki stigmatizacije sploh niso občutili.

4. Iskanje pomoči

Vprašani so se v večini odločili poiskati pomoč pri motnjah hranjenja, za to pa so potrebovali šest mesecev ali več.

5. Mnenja o vplivu predsodkov na čas iskanja pomoči

Anketirani so se strinjali, da so mnenja, predsodki ... ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšali čas iskanja pomoči.

6. Mnenja o pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori

O pomembnosti socialnih delavk pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja so vprašani v večini ostali neopredeljeni, vseeno pa jih je več izrazilo mnenje o tem, da so socialne delavke pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja pomembne kot pa

mnenje o tem, da niso.

7. Mnenja o stiku s socialno delavko

Rezultati so pokazali, da je večina vprašanih na podlagi lastnih izkušenj mnenja, da pri iskanju pomoči osebe z motnjami hranjenja ne pridejo v stik s socialno delavko.

8. Povezava med stigmatizacijo in časom iskanja pomoči

Ugotovila sem, da sta stigmatizacija in čas iskanja pomoči povezana in da so najbolj pogosto stigmatizacijo doživljali posamezniki, ki pomoči sploh niso poiskali, najredkeje pa so stigmatizacijo občutili posamezniki, ki so pomoč poiskali hitro, torej prej kot v šestih mesecih.

7 PREDLOGI

Po končani raziskavi in pregledu pridobljenih podatkov sem začela razmišljati, kaj bi se še dalo raziskati na omenjeno tematiko in kako bi rezultati lahko pomagali izboljšati trenutno stanje. Motnje hranjenja so dandanes namreč še vedno zelo tesno povezane s stigmo, zaradi česar številni še vedno ne poiščejo pomoči. Ker še ni bilo narejeno veliko raziskav o povezavi med stigmatizacijo oseb z motnjami hranjenja in časom, ko se te osebe odločijo poiskati pomoč, se mi zdi smiselno, da bi v prihodnje naredili čim več raziskav na to temo in tako ugotovili, ali predsodki ljudi do oseb z motnjami hranjenja res vplivajo na čas iskanja pomoči. V raziskavi sem to preverjala tudi sama in ugotovila, da mnenja in predsodki ljudi o osebah z motnjami hranjenja podaljšajo čas, v katerem se oseba odloči poiskati pomoč. Ker pa je v raziskavi sodelovalo le 130 anketirancev, bi za natančnejšo sliko in bolj točne podatke potrebovala večje število sodelujočih, zato se mi zdi smiselno, da bi podobno raziskavo z več udeleženi še ponovili.

Pomemben se mi zdi tudi vpliv motenj hranjenja na vsakdanje življenje posameznikov, in ker sem jaz v svoji raziskavi ugotavljala le, na katero področje v življenju posameznika imajo motnje hranjenja največji vpliv, se mi zdi smiselno, da bi raziskali še, kateri dejavniki, na primer spol, družina, vrstniki, mediji in podobno najbolj vplivajo na razvoj motenj hranjenja, ter da bi ob tem pogledali še razlike med spoloma, torej če ima določen dejavnik večji vpliv na ženske kot pa na moške.

Prav tako se mi zdi smiselno, da bi dali večji poudarek na pomembnost socialnega dela pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja. V raziskavi sem namreč ugotovila, da večina vprašanih ostaja neopredeljenih glede tega, ali so socialne delavke pomembne ali ne, in da večina pri iskanju pomoči ne pride v stik s socialno delavko. Zdi se mi, da ima socialno delo na tem področju pomembno vlogo, predvsem z vidika, da se zaveda, da so motnje hranjenja odziv posameznika na neke zanj nerešljive okoliščine, v katerih se je znašel. Izredno pomembno se mi zdi tudi to, da socialne delavke motnje hranjenja ne opredeljujejo kot odklon oziroma patologijo, uporabljajo jezik, ki ne razvrednoti človeka, temveč mu dodaja moč, torej upoštevajo perspektivo moči in koncept etike udeležnosti, kjer ne zavzamejo drže vedočega, ampak v procesu pomoči sodelujejo z uporabniki, eksperti za svoje življenje. Socialno delo ima tudi to moč, da uporabniku pomaga spreminjati stare, nefunkcionalne vzorce vedenja, da jih ta nadomesti z novimi, alternativnimi, zanj bolj

smiselnimi. Prav tako pa mu pomaga oblikovati varovalne dejavnike, če bi se uporabnik znašel v nestabilnem položaju in bi se pri odločanju o tem, ali naj izbere star vzorec ali novega, pravilno odločil za nov, bolj učinkovit vzorec. Pri motnjah hranjenja je prav ta sprememba odnosa do 'prepovedane' hrane, ki uporabniku povzroča občutek slabe vesti ključna za uspešno ozdravitev. Zdi se mi, da je socialno delo v Sloveniji premalo aktivno na področju motenj hranjenja, čeprav imamo, kot sem zapisala prej, odlične koncepte in pristope dela za pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju, ki bi bili zagotovo učinkoviti tudi pri delu z osebami z motnjami hranjenja. Smiselno bi bilo morda raziskati, kako učinkoviti so ti koncepti in pristopi pri delu z osebami z motnjami hranjenja. S tem bi dobili dodatno potrditev, da bi bilo naše delo lahko izjemno učinkovito pri osebah s tovrstnimi izzivi.

Ker pa se mi zdi, da so motnje hranjenja kljub vse večji razširjenosti v družbi še vedno pogosto spregledane in preveč patologizirane, si želim kot bodoča socialna delavka podati še nekaj idej o tem, kaj bi naša stroka lahko naredila za to, da bi zmanjšala ali celo preprečila predsodke do ljudi z motnjami hranjenja in da bi bile te čim hitreje opažene ter s tem posledično tudi najlažje rešljive. To bi bilo po mojem mnenju mogoče doseči z ustreznimi informacijami, ki bi bile dostopne prav vsakomur, ne nazadnje nikoli ne veš, kdo v tvoji bližini bi se lahko znašel v takšni stiski. Sem pa še vedno mnenja, da so motnje hranjena pri nas še vedno tabu tema, in da bo tako ostalo še nekaj časa, saj so predsodki ljudi o osebah z motnjami hranjena močno ukoreninjeni v podzavesti. Zato bi lahko mi socialni delavci pa tudi drugi zdravstveni delavci, ki imamo verjetno najbolj točne informacije o vzrokih bolezni pa tudi o načinih preprečevanja te, ustrezno ozaveščali druge, kako se ji izogniti. Hkrati pa bi lahko izvedli tudi, kakšna predavanja ali kaj podobnega na temo, kako prepoznati, preprečevati in uspešno zdraviti motnje. Menim, da bi že majhni koraki lahko postopoma zmanjšali predsodke do teh ljudi, ki bi bili posledično boljše sprejeti v družbi. Pomembno je, da ljudje spoznajo, da so tudi osebe z motnjami hranjenja del naše družbe in da so kljub težavam, ki jih imajo, še vedno samo ljudje, potrebni ljubezni in spoštovanja.

8 VIRI IN LITERATURA

1. Blodgett Salafia, E. H., Jones, M. E., Haugen, E. C., & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3(32). Pridobljeno 4. 3. 2022 s <https://jeatdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40337-015-0069-8.pdf>
2. Bogataj, A. (2004). Skupina za samopomoč za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. *Socialno delo*, 43(2/3). Pridobljeno 24. 3. 2022 s https://www.revija-socialnodelo.si/mma/Skupina_URN_NBN_SI_DOC-IRL6GPVQ.pdf/2019020516424836/
3. Branley, D. B., & Covey, J. (2017). Pro-ana versus Pro-recovery: A Content Analytic Comparison of Social Media Users' Communication about Eating Disorders on Twitter and Tumblr. *Frontiers in psychology*, 8(1356). Pridobljeno 4. 3. 2022 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554530/pdf/fpsyg-08-01356.pdf>
4. Carnabucci, K., & Ciotola, L. (2013). *Healing eating disorders with psychodrama and other action methods: beyond the silence and the fury*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
5. Cooper, A., Loeb, K., & McGlinchey, E. (2020). Sleep and eating disorders: current research and future directions. *Current opinion in Psychology*, 34(1). Pridobljeno 20. 4. 2022 s <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352250X19301988?token=BF191658172F739B090AB9C7336D458FB057D85C309E4C9F305537B5E62DFE3FA0092902C9FBBE124604DA378AD857DD&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220420150919>
6. Copak, M., & Učman, S. (2010). Nefarmakološki pristop pri zdravljenju motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik: strokovno glasilo slovenske farmacije*, 61(2). Pridobljeno 23. 3. 2022 s <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-LEWNAYHF/8e1e4b1b-b661-41d4-9a4f-2a2d49b5c1c3/PDF>
7. Copak, M. (2011). Psihološki dejavniki in motnje hranjenja. V A. Hafner, K. Sernec, M. Kuhar, & J. Čarapić (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 29–40). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
8. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1). Pridobljeno 23. 3. 2022 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/pdf/wpa010016.pdf>

9. Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., & Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebne stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
10. Čačinovič Vogrinčič, G. (2008). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
11. Čarapić, J. (2011). Vplivi motenj hranjenja na socialno vključevanje in izobraževanje. V A. Hafner, K. Sernec, M. Copak, & M. Kuhar (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 75–88). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
12. Černe, G. (2020). *Vloga pro-ana spletnih strani pri težavah z motnjami hranjenja* (Diplomsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana. Pridobljeno 4. 3. 2022 s <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=133900&lang=slv>
13. Dekleva, B. (1983). Vrstniške skupine mladostnikov in socialno delo. *Socialno delo*, 22(2). Pridobljeno 21. 3. 2022 s <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-2MHI81GQ/6b6a004c-5d4c-4f0b-b956-adf3932555f7/PDF>
14. Dolenc, P. (2010). Telesna samopodoba kot pomemben motivacijski dejavnik za gibalno/športno aktivnost otrok in mladostnikov. *Revija za elementarno izobraževanje*, 3(1). Pridobljeno 23. 3. 2022 s <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-5FU5VOFW/e8e4b184-ab76-412a-9c12-730c0c0520ce/PDF>
15. Dovidio, F. J., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and overview. V T. F. Heatherton (ur.), *The social psychology of stigma* (str. 1–32). New York: Guilford Press.
16. Goffman, E. (2008). Stigma in socialna identiteta. V J. Unuk, & M. Ule (ur.), *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete* (str. 11–42). Maribor: Aristej.
17. Grogan, S. (2006). Body image and health: Contemporary Perspectives. *Journal of Health Psychology*, 11(4). Pridobljeno 23. 3. 2022 s <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105306065013>
18. Hafner, A. (2011). Vplivi motenj hranjenja na zdravje. V K. Sernec, M. Copak, M. Kuhar, & J. Čarapić (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 67–74). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
19. Kastelic, A. (1995). Celostna obravnava oseb z motnjami hranjenja. V M. Tomori, J. Preželj, G. V. Mrevlje, T. Pačnik, D. Lapanja-Kastelic, S. Rojc, M. Kramar, D. Zaviršek, M. Pahole, A. Plemelj, & L. Šinkovec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 29–37). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Psihiatrična klinika.

20. Kobal, D. (2000). Uvod v psihološko terminologijo, povezano s samopodobo. V J. Musek, & J. Justin (ur.), *Temeljni vidiki samopodobe* (str. 17–38). Ljubljana: Pedagoški inštitut.
21. Kuhar, M. (2004). Sodobni telesni ideali. V M. Kuhar (ur.), *V imenu lepote: družbena konstrukcija telesne samopodobe* (str. 41-55). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
22. Kuhar, M. (2011). Sodobna družba in stremljenje po fizični popolnosti. V A. Hafner, K. Serbec, M. Copak, & J. Čarapić (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 47–60). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
23. Lepkowska, D. (2014). Reducing misunderstanding and stigma of eating disorders. *British Journal of School Nursing*, 9(3). Pridobljeno 6. 3. 2022 s <https://sci-hub.hkvisa.net/10.12968/bjsn.2014.9.3.112>
24. Mesec, B. (1997). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I: Načrtovanje raziskave*. Študijsko gradivo za interno uporabo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
25. Middleton, K., & Smith, J. (2012). *Motnje hranjenja: prvi koraki na poti do ozdravitve*. Koper: Ognjišče.
26. Minuchin, S. (1991). *Families and family therapy*. London: Routledge.
27. Mrevlje, V. G. (1995). Sociološki vidiki motenj hranjenja. V M. Tomori, J. Preželj, A. Kastelic, T. Pačnik, D. Lapanja-Kastelic, S. Rojc, M. Kramar, D. Zaviršek, M. Pahole, A. Plemelj, & L. Šinkovec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 19–27). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Psihiatrična klinika.
28. Neuberger, L. S., Smith, M. D., & Asher, T. (2003). Why people stigmatize: toward a biocultural framework. V T. F. Heatherton (ur.), *The social psychology of stigma* (str. 31–61). New York: Guilford Press.
29. Pandel Mikuš, R. (2003a). Individualna doživljanja žensk z motnjami hranjenja (2. del). *Obzornik zdravstvene nege: strokovno glasilo Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 37(2). Pridobljeno 23. 3. 2022 s <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-S4R4I9XD/4f2119d6-e7c4-4fb3-b63d-a5222f670e3e/PDF>
30. Pandel Mikuš, R. (2003b). Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah. *Obzornik zdravstvene nege: strokovno glasilo Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 37(1). Pridobljeno 21. 3. 2022 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-5R785TYX/c68a0473-ebec-4dc4-8436-5faf4d0d2ba1/PDF>
31. Penn, L. D., & Couture, M. S. (2002). Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1). Pridobljeno 3. 3. 2022 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489812/pdf/wpa010020.pdf>

32. Preželj, J. (1995). Somatski vidiki motenj hranjenja. V M. Tomori, G. V. Mrevlje, A. Kastelic, T. Pačnik, D. Lapanja-Kastelic, S. Rojc, M. Kramar, D. Zaviršek, M. Pahole, A. Plemelj, & L. Šinkovec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 13–17). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Psihiatrična klinika.
33. Reali, E. C. (2015). *Advice giving in online eating disorder forums : what clinical social workers need to know* (Magistrsko delo). Pridobljeno 4. 3. 2022 s <https://scholarworks.smith.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1728&context=theses>
34. Reljič Prinčič, A. (2003). Motnje hranjenja. *Vzgoja: revija za učitelje, vzgojitelje in starše*, 5(18), 20–24.
35. Rener, T. (2000). Ranljivost, mladi in zasebno okolje. V M. Ule, M. Mencin Čeplak, & B. Tivadar (ur.), *Socialna ranljivost mladih* (str. 93–118). Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino in Aristej.
36. Rojc, S. (1995). Psihodinamsko razumevanje motenj hranjenja. V M. Tomori, J. Preželj, G. V. Mrevlje, A. Kastelic, T. Pačnik, D. Lapanja-Kastelic, M. Kramar, D. Zaviršek, M. Pahole, A. Plemelj, & L. Šinkovec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 55–59). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Psihiatrična klinika.
37. Rožman, A. (2013). Motnje hranjenja, boleče strategije preživetja. *Didakta*, 22(162). Pridobljeno 24. 3. 2022 s <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-8W60QM35/3d125c4c-9dec-44a3-b8c3-0c3c93c66cac/PDF>
38. Rüsch, N., Angermeyer, C. M., & Corrigan, W. P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8). Pridobljeno 3. 3. 2022 s <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/3AE7283F0F35980994B4BD71E92C3C08/S0924933800066943a.pdf/mental-illness-stigma-concepts-consequences-and-initiatives-to-reduce-stigma.pdf>
39. Sernec, K. (2006). Bolezen modernega časa: motnje hranjenja II. del. *Viva: revija za zdravo življenje*, 13(141). Pridobljeno 24. 3. 2022 s <https://www.viva.si/Psihiatrija/1592/Motnje-hranjenja-II-del>
40. Sernec, K. (2010). Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik: strokovno glasilo slovenske farmacije*, 61(2). Pridobljeno 23. 3. 2022 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-67SFLNU7/872ba61b-4808-413c-ac21-a32de484cb13/PDF>
41. Sernec, K. (2011a). Definicije in vrste motenj hranjenja. V A. Hafner, M. Copak, M. Kuhar, & J. Čarapić (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 9–21). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.

42. Sernec, K. (2011b). Dejavniki tveganja in vzroki za razvoj motenj hranjenja. V A. Hafner, M. Copak, M. Kuhar, & J. Čarapić (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 61–66). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
43. Sernec, K., & Copak, M. (2011). Vpliv motenj hranjenja na medosebne odnose in delovno uspešnost. V A. Hafner, M. Kuhar, & J. Čarapić (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 89–95). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
44. Strbad, M., & Švab, V. (2005). Stigmatizacija in psihiatrija. *Medicinski razgledi: [medicinski pregledni, strokovni in raziskovalni članki]*, 44(2). Pridobljeno 3. 3. 2022 s http://medrazgl.si/arhiv/mr05_2_03.pdf
45. Sternad, D. M. (2001). Motnje hranjenja znotraj področja duševnega zdravja in duševnih motenj. V D. Zaviršek (ur.), *Od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo* (str. 18–32). Ljubljana: samozaložba.
46. Šugman Bohinc, L. (2011). Sinergetika soustvarjanja učenja in pomoči v šoli. V L. Šugman Bohinc (ur.), *Učenci z učnimi težavami: Izvirni delovni projekt pomoči* (str. 36–79). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
47. Švab, A., Šolar, V., Ziherl, A., Ibic, L., Čufer, B., & Trivič, S. A. (1998). *Ko hrana ni več 'hrana': predstavitev vizije skupin za (samo)pomoč pri motnjah hranjenja*. Ljubljana: ŠOU.
48. Švab, V. (2009). Prijateljstva. V A. Ledenik (ur.), *Duševna bolezen in stigma* (str. 38–39). Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.
49. Thompson, K. J. (1999). Sociocultural theory: The media and society. V J. L. Heinberg, M. Altabe, & S. Tantleff-Dunn (ur.), *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance* (str. 85–124). Washington DC: American Psychological Association.
50. Tomori, M., Stergar, E., Pinter, B., Rus Makovec, M. & Stikovič, S. (1998). *Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
51. Ule, M. (1992). *Socialna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
52. Ule, M. (2004). Psihologija predsodkov in diskriminacije. V M. Ule (ur.), *Socialna psihologija* (str. 159–203). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
53. Ule, M. (2008). Psihosocialni konteksti odraščanja. V V. Leskošek, & M. Polič (ur.), *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja* (str. 48–117). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

54. Ule, M. (2009). Stigma: Zapiski o upravljanju poškodovane identitete. *Družboslovne razprave*, 25(62). Pridobljeno 6. 3. 2022 s <http://dk.fdv.uni-lj.si/druzboslovnerazprave/pdfs/dr62Ule.pdf>
55. Zaviršek, D. (1995). Motnje hranjenja – 'žensko vprašanje'? V M. Tomori, J. Preželj, G. V. Mrevlje, A. Kastelic, T. Pačnik, D. Lapanja-Kastelic, S. Rojc, M. Kramar, M. Pahole, A. Plemelj, & L. Šinkovec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 67–74). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Psihiatrična klinika.
56. Zaviršek, D. (2000). Telo v prostorih zasebnega in javnega: sociološki in psihosocialni modeli motenj hranjenja. V T. Battelino, C. Kržišnik, N. Bratanič, M. Breclj-Kobe, I. Zupančič, J. Peterka Novak, M. Jurčec, & B. Marolt Meden (ur.), *Debelost in motnje hranjenja* (str. 143–151). Ljubljana: Klinični center.

9 PRILOGE

9.1 Anketni vprašalnik

Sem Tajda Rimc, študentka četrtega letnika Fakultete za socialno delo. Za svoje diplomsko delo delam raziskavo z naslovom Življenjski poteki oseb z motnjami hranjenja s poudarkom na stigmatizaciji motenj in iskanju pomoči. Vprašalnik je namenjen vsem osebam, ki imajo oziroma so imele motnje hranjenja ter so stare 15 let ali več. Prosila bi vas, da si vzamete nekaj minut in ga izpolnite. Anketa je anonimna, rezultati pa bodo uporabljeni zgolj za namene diplomskega dela. Vsem se že vnaprej zahvaljujem za sodelovanje. Za dodatne informacije in vprašanja mi lahko pišete na tajda.rimc@gmail.com.

1. Starost: _____

2. Obkrožite na lestvici od 1 do 5 (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam) v kolikšni meri se strinjate, da motnje hranjenja vplivajo/so vplivale na naslednja področja vašega življenja.

ZDRAVJE	1	2	3	4	5
MEDSEBOJNI ODNOSI	1	2	3	4	5
OPRAVLJANJE VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI	1	2	3	4	5
SAMOPODOBA	1	2	3	4	5
SPLOŠNO POČUTJE	1	2	3	4	5
ŠOLANJE	1	2	3	4	5

3. V kolikor motnje hranjenja vplivajo/so vplivale na katero drugo področje vašega življenja, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite!

4. Obkrožite na lestvici od 1 do 5 (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam) v kolikšni meri se strinjate, da se kaže/je kazal vpliv motenj hranjenja v vašem življenju na naslednje načine:

V RAZNIH BOLEZNIH	1	2	3	4	5
V IZOGIBANJU TESNEJŠIM STIKOM	1	2	3	4	5
V TEŽAVAH PRI OPRAVLJANJU VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI	1	2	3	4	5
V POMANJKANJU ENERGIJE	1	2	3	4	5

5. V kolikor se kaže/je kazal vpliv motenj hranjenja v vašem življenju na kakšen drugačen način, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite.

6. Ocenite na lestvici od 1 do 5 (1 – nikoli ali skoraj nikoli, 2 - redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto) kako pogosto je prišlo do stigmatiziranja na naslednje načine:

NESPOŠTLJIV ODNOS LJUDI DO VAS	1	2	3	4	5
NESTRPEN ODNOS LJUDI DO VAS	1	2	3	4	5
OBREKOVANJE	1	2	3	4	5
IZOGIBANJE	1	2	3	4	5
ZAPOSTAVLJANJE	1	2	3	4	5

7. V kolikor je prišlo do stigmatiziranja na kakšen drug način, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite.

8. Ali ste se odločili poiskati pomoč pri motnjah hranjenja?

- a) DA
- b) NE

9. Koliko časa ste potrebovali, da ste poiskali pomoč?

- a) manj kot 2 meseca
- b) 2 – 4 mesece
- c) 4 – 6 mesecev
- d) več kot 6 mesecev
- e) nisem poiskal pomoči

10. Obkrožite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).

Mnenja, predsodki,... ljudi o osebah z motnjami hranjenja so podaljšali čas, ki sem ga potreboval, da sem poiskal pomoč.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

11. Na podlagi vaših izkušenj in opažanj ocenite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).

Socialne delavke so pomembne pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

12. Na podlagi vaših izkušenj in opažanj ocenite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).

Osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

9.2 Tabele s podatki

Q1	STAROST						
		Veljavno	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon	Minimum	Maksimum
		130	130	23,1	6,75	15	52

Q2	Obkrožite na lestvici od 1 do 5 (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam) v kolikšni meri se strinjate, da motnje hranjenja vplivajo/so vplivale na naslednja področja vašega življenja:										
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
Q2a	Zdravje	1 0 (0%)	2 7 (5%)	3 11 (8%)	4 40 (31%)	5 72 (55%)	Skupaj 130 (100%)	130	130	4,4	0,9
Q2b	Medsebojni odnosi	2 (2%)	5 (4%)	18 (14%)	37 (28%)	68 (52%)	130 (100%)	130	130	4,3	0,9
Q2c	Opravljanje vsakodnevnih aktivnosti	4 (3%)	7 (5%)	31 (24%)	44 (34%)	44 (34%)	130 (100%)	130	130	3,9	1,0
Q2d	Samopodoba	1 (1%)	1 (1%)	14 (11%)	22 (17%)	92 (71%)	130 (100%)	130	130	4,6	0,8
Q2e	Splošno počutje	1 (1%)	4 (3%)	9 (7%)	40 (31%)	76 (58%)	130 (100%)	130	130	4,4	0,8
Q2f	Šolanje	15 (12%)	26 (20%)	37 (28%)	30 (23%)	22 (17%)	130 (100%)	130	130	3,1	1,2

Q3	V kolikor motnje hranjenja vplivajo/so vplivale na katero drugo področje vašega življenja, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite!				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	odnosi v družini	1	1%	3%	3%
	odnos do športa	1	1%	3%	6%
	psiho socialno	1	1%	3%	9%
	socializacija, zaupanje v ljudi	1	1%	3%	12%
	odnos do živali	1	1%	3%	15%
	šport	1	1%	3%	18%
	25	1	1%	3%	21%
	ljubezenski življenje	1	1%	3%	24%
	na osebnostno rast	1	1%	3%	27%
	telesno aktivnost (prostočasne dejavnosti)	1	1%	3%	30%
	energija za vsakodnevno življenje	1	1%	3%	33%
	aktivnosti v prostem času. sem jih popolnoma opustila zaradi nizke samopodobe.	1	1%	3%	36%
	spolnost	3	2%	9%	45%
	pozornost, fokus	1	1%	3%	48%
	duševno zdravje	2	2%	6%	55%
	zveza	1	1%	3%	58%
	socializacijo-držanje zase	1	1%	3%	61%
	šport	1	1%	3%	64%
	spanje	1	1%	3%	67%
	celo življenje	1	1%	3%	70%
	samozavest	1	1%	3%	73%
	intimni partnerski odnosi	1	1%	3%	76%
	partnerski odnosi	1	1%	3%	79%
	motivacijo, vsakodnevno mišljenje	1	1%	3%	82%
	delo- nalagala sem si vse več zadolžitev, da sem ga lahko uporabljala za izgovor, da nisem jedla.	1	1%	3%	85%

Q3	V kolikor motnje hranjenja vplivajo/so vplivale na katero drugo področje vašega življenja, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite!				
	služba	1	1%	3%	88%
	hobiji (šport)	1	1%	3%	91%
	odnos do telesne aktivnosti	1	1%	3%	94%
	partnerski odnos	1	1%	3%	97%
	/	1	1%	3%	100%
Veljavni	Skupaj	33	25%	100%	

Q4	Obkrožite na lestvici od 1 do 5 (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam) v kolikšni meri se strinjate, da se kaže/je kazal vpliv motenj hranjenja v vašem življenju na naslednje načine:										
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
Q4a	V raznih boleznih	1 23 (18%)	2 36 (28%)	3 27 (21%)	4 26 (20%)	5 18 (14%)	Skupaj 130 (100%)	130	130	2,8	1,3
Q4b	V izogibanju tesnejšim stikom	8 (6%)	7 (5%)	20 (15%)	47 (36%)	48 (37%)	130 (100%)	130	130	3,9	1,1
Q4c	V težavah pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti	11 (8%)	23 (18%)	33 (25%)	34 (26%)	29 (22%)	130 (100%)	130	130	3,4	1,2
Q4d	V pomanjkanju energije	4 (3%)	8 (6%)	16 (12%)	32 (25%)	70 (54%)	130 (100%)	130	130	4,2	1,1

Q5	V kolikor se kaže/je kazal vpliv motenj hranjenja v vašem življenju na kakšen drugačen način, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite.				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	iritiranost	1	1%	4%	4%
	grabežljivost, nabiranje \ "gratis\ " hrane	1	1%	4%	8%
	večja strogost do sebe, več discipline	1	1%	4%	13%
	šport	1	1%	4%	17%
	konstantnemu tehtanju	1	1%	4%	21%
	čustvovanje - pogostejši izbruhi jeze, napetost, tesnoba, ...	1	1%	4%	25%
	pri obrokih in prehranjevanju nasploh, večna borba.	1	1%	4%	29%
	izguba menstruacije	1	1%	4%	33%
	splošna močna socialna anksioznost	1	1%	4%	38%
	samoizolacija, preživljanje prostega časa, manjši interes za hobije	1	1%	4%	42%
	malodušje	1	1%	4%	46%
	v razpoloženju	1	1%	4%	50%
	razdraženost	1	1%	4%	54%
	izogibanje družabnim dogodkom	1	1%	4%	58%
	poškodbe telesa (vidni znaki na rokah, težave z želodcem..), hitro spreminjanje volje (iz 'dobrega' v tečno ipd.)	1	1%	4%	63%
	slabši dialog, ignoriranje svojih stisk	1	1%	4%	67%
	mislim da ga ni področja na kat nebi vplivalo.	1	1%	4%	71%
	/	4	3%	17%	88%
	v odnosih, predvsem jeza.	1	1%	4%	92%
	prekomerno športanje, laganje staršem (in prijateljem), nenehno primerjanje z ostalimi, potreba po dokazovanju	1	1%	4%	96%

Q5	V kolikor se kaže/je kazal vpliv motenj hranjenja v vašem življenju na kakšen drugačen način, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite.				
	slabši rezultat pri treningih oz. sploh nezmožnost trenirati (sem trenirala atletiko v atletskem klubu - tek na dolge proge)	1	1%	4%	100%
Veljavni	Skupaj	24	18%	100%	

Q6	Ocenite na lestvici od 1 do 5 (1 – nikoli ali skoraj nikoli, 2 - redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto) kako pogosto je prišlo do stigmatiziranja na naslednje načine:										
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
Q6a	Nespoštljiv odnos ljudi do vas	1 11 (8%)	2 19 (15%)	3 31 (24%)	4 49 (38%)	5 20 (15%)	Skupaj 130 (100%)	130	130	3,4	1,2
Q6b	Nestrpen odnos ljudi do vas	12 (9%)	16 (12%)	36 (28%)	45 (35%)	21 (16%)	130 (100%)	130	130	3,4	1,2
Q6c	Obrekovanje	9 (7%)	19 (15%)	33 (25%)	42 (32%)	27 (21%)	130 (100%)	130	130	3,5	1,2
Q6d	Izogibanje	23 (18%)	13 (10%)	22 (17%)	44 (34%)	28 (22%)	130 (100%)	130	130	3,3	1,4
Q6e	Zapostavljanje	16 (12%)	23 (18%)	26 (20%)	39 (30%)	26 (20%)	130 (100%)	130	130	3,3	1,3

Q7	V kolikor je prišlo do stigmatiziranja na kakšen drugačen način, ki ga zgoraj nisem navedla, ga prosim zapišite.				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	posploševanje, delanje svojih lastnih zaključkov in predstav o moji bolezni, ki niso imela veliko opraviti z realnostjo. pripisujem to splošnemu pomanjkanju informacij glede teh težav.	1	1%	7%	7%
	nekoč sem povedala neki profesorici, da imam težave ... pa me zaradi tega potem ni želela vzeti s seboj na ekskurzijo v tujino, ko bi šli za več dni nekam. to se mi danes zdi naravnost smešno, saj vem, da sem bila s precej precej bolj akutnimi motnjami hranjenja marsikje, pa sem vedno preživela. disrespect za tisto profesorico. se je menda \ "bala ...	1	1%	7%	13%
	ni prihajalo do stigmatiziranja, saj drugi ljudje za to niso vedeli.	1	1%	7%	20%
	/	4	3%	27%	47%
	želela sem pomoč, a starši niso bili za, saj bi po njihovem mnenju to vplivalo na moj poskus zaposlitve kasneje v življenju.	1	1%	7%	53%
	nestrpen/žaljiv odnos družine.	1	1%	7%	60%
	besedno nasilje vrstnikov	1	1%	7%	67%
	da sem sam/a kriv/a za to	1	1%	7%	73%
	norčevanje in žaljenje.	1	1%	7%	80%
	zbadanje	1	1%	7%	87%
	nezaupanje (a upravičeno)	1	1%	7%	93%
	nisem bila stigmatizirana, ker skoraj nihče ni vedel	1	1%	7%	100%
Veljavni	Skupaj	15	12%	100%	

Q8	Ali ste se odločili poiskati pomoč pri motnjah hranjenja?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (DA)	79	61%	61%	61%
	2 (NE)	51	39%	39%	100%
Veljavni	Skupaj	130	100%	100%	
		Povprečje	1,4	Std. Odklon	0,5

Q9	Koliko časa ste potrebovali, da ste poiskali pomoč?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (manj kot 2 meseca)	2	2%	2%	2%
	2 (2 – 4 mesece)	3	2%	2%	4%
	3 (4 – 6 mesecev)	4	3%	3%	7%
	4 (več kot 6 mesecev)	70	54%	54%	61%
	5 (nisem poiskal pomoči)	51	39%	39%	100%
Veljavni	Skupaj	130	100%	100%	
		Povprečje	4,3	Std. Odklon	0,8

Q10	Obkrožite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).										
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
Q10a	Mnenja, predsodki,... ljudi o osebah z motnjami hranjenja so podaljšali čas, ki sem ga potreboval, da sem poiskal pomoč.	1 5 (4%)	2 3 (2%)	3 14 (11%)	4 55 (42%)	5 53 (41%)	Skupaj 130 (100%)	130	130	4,1	1,0

Q11 Na podlagi vaših izkušenj in opažanj ocenite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).											
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
Q11a	Socialne delavke so pomembne pri pomoči in podpori osebam z motnjami hranjenja.	1 11 (8%)	2 19 (15%)	3 52 (40%)	4 21 (16%)	5 27 (21%)	Skupaj 130 (100%)	130	130	3,3	1,2

Q12	Na podlagi vaših izkušenj in opažanj ocenite v kolikšni meri se strinjate s trditvijo (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam).										
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
		1	2	3	4	5	Skupaj				
Q12a	Osebe z motnjami hranjenja pri iskanju pomoči ne pridejo v stik s socialno delavko.	8 (6%)	10 (8%)	40 (31%)	44 (34%)	28 (22%)	130 (100%)	130	130	3,6	1,1