

ŠOLSKI CENTER CELJE
SPLOŠNA IN STROKOVNA GIMNAZIJA LAVA

RAZISKOVALNA NALOGA

MOTNJE HRANJENJA
(Rizične skupine med dijaško populacijo)

Avtorici: Maja Dolšak
Doroteja Špec
Mentor: Bogomil Kropej, prof.

Celje, marec 2005

KAZALO

1. UVOD	4
2. TEORETIČNI DEL	5
2.1 MOTNJE HRANJENJA	5
2.2 HRANA V ŽIVLJENJU LJUDI	6
2.3 DEJAVNIKI, KI POVZROČAJO MOTNJE HRANJENJA	6
2.3.1 Družinski dejavniki tveganja.....	6
2.3.2 Socio-kulturni dejavniki tveganja	7
2.4 IDEALNA PODOBA.....	7
2.5 TELESNA SAMOPODOBA IN MEDIJI.....	8
2.6 BIOLOŠKO – GENETSKI DEJAVNIKI TVEGANJA	8
2.7 VRSTE	9
2.7.1 Anoreksija nevroza.....	9
2.7.2 Bulimija nevroza in bulimija ob normalni telesni teži	10
2.7.3 Pretirana ješčnost, povezana z drugimi duševnimi motnjami	10
2.8 ZDRAVLJENJE IN NAPOVED	11
2.9 SOCIOLOŠKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA	13
3. EMPIRIČNI DEL	14
3.1 METODOLOGIJA	14
3.2 STATISTIČNA OBDELAVA PODATKOV	15
3.2.1 Splošni rezultat dijakov glede na zbrane točke	19
3.2.2 Splošni vzorec najbolj ogroženih dijakov	20
3.4 OVREDNOTENJE HIPOTEZ	20
4. ZAKLJUČEK	21
5. VIRI IN LITERATURA	22
6. PRILOGE	23
6.1 ANKETA ZA SPLOŠNI IN ZDRAVI VZOREC.....	23
6.2 ANKETA ZA BOLNI VZOREC	27
6.3 VPRAŠANJA, KI SO BILA TOČKOVANA.....	32

ZAHVALA

Zahvaljujeva se vsem, ki ste bili pripravljeni sodelovati z nama in nama rešili anketo. Posebej pa se zahvaljujeva mentorju gospodu profesorju Bogomilu Kropaju in Ženski svetovalnici, pod vodstvom Ane Ziherl, ter njenim bolnicam, ki so bile pripravljene spregovoriti o tej temi.

1. UVOD

Predmet najinega raziskovanja je danes vse pogostejši pojav sodobne družbe, in sicer, problem motenj prehranjevanja, ki v večini prizadene predvsem dekleta v pozni puberteti.

Družba v kateri živimo, je družba z idealiziranimi postavami o telesu, polna predsodkov do močnejših ljudi in nasploh ljudi, ki že v najmanjši meri odstopajo od okvira podobe, ki nam jih določa okolica. Zato ni nič čudnega, da se je mišljenje o t.i. idealizirani predstavi lepega telesa, ki mora biti vitko, dotaknilo praktično vseh. In posledica takega mišljenja in ravnanja, da bi ustrezali merilom družbe, so izstradana telesa, uničena življenja in ne malokrat tudi smrt.

Najino raziskovanje bo temeljilo na področju sociologije. Z metodami; analizo sekundarnih virov ter izvedbo anket bova poskusili odkriti:

1. kje se skrivajo vzroki za motnje hranjenja,
2. kako se jih lahko rešimo, če je to sploh mogoče,
3. kakšen vpliv ima na nas družba, mediji in družina
4. kako preživljanje prostega časa in ustrezno oz. neustrezno prehranjevanje vpliva na kvaliteto našega življenja
5. kateri so dejavniki, ki vplivajo na nastanek motenj hranjenja
6. kateri deli mlade populacije so ji izpostavljeni
7. kolikšna je stopnja tveganja med mlado populacijo

Ker se zavedava, da je raziskovalno delo zahtevno delo in bi bilo nesmiselno začeti od začetka, sva se odločili za analizo sekundarnih virov. Obstoječi podatki nama bodo v veliko pomoč tudi pri izdelavi anketnega vprašalnika. Anketa nama bo omogočila kvantitativno obdelavo podatkov in veliko število sodelujočih oseb. Prav tako bova imeli možnost pridobljene podatke natančno primerjati. S pomočjo anket bova izvedli navzkrižno analizo in se tako bolje približali tematiki, ter na ta način poskusili pridobiti odgovore na zastavljena vprašanja.

K reševanju najine problematike naju bodo vodile naslednje domneve:

1. osebe, ki so imele v otroštvu možnost razviti osebne občutke glede sitosti, lakote, varnosti...
so manj podvržene motnjam hranjenja
2. oseba, ki izhaja eno starševske družine ali se počuti odrinjenega v družinskem okolju, čuti željo po dramatičnih spremembah
3. občutek manj pomembnosti, pomanjkanje samospoštovanja, samozavesti, zbadanje vrstnikov, vpliva na družbeno življenje posameznika in narekuje njegovo delovanje v družbi
4. med osebami, ki obolevajo za motnjam hranjenja, je neprimerno več deklet kot fantov
5. zbadanje glede prekomerne telesne teže med vrstniki ali v družini, lahko povzroči izgubo samozavesti, kar pa lahko pripelje do motenj v hranjenju
6. pravilno prehranjevanje zmanjšuje stopnjo tveganja, da bi zboleli za tovrstnimi motnjami
7. Če ima kdo v družini težave s prekomerno težo, obstaja večja možnost, da zbolíš za motnjam hranjenja

Domneve bodo na koncu bodisi potrjene ali pa ovržene.

2. TEORETIČNI DEL

2.1 MOTNJE HRANJENJA

Motnje hranjenja so kompleksen problem, ki se na zunaj kaže kot neobičajen odnos do osnovnih potreb svojega fizičnega telesa. Gre za pretirano usmerjanje svoje pozornosti v najbolj zunanji del samega sebe: v svoj telesni videz, v hranjenje, gibanje. Osebe, ki zaradi njih trpijo, ne zmorejo obvladovati svojega hranjenja.

Poznamo več vrst oblik motenj hranjenja:

- anoreksija (anorexia nervosa) - označuje pretirano zavračanje hrane
- bulimija (bulimia nervosa) – basanje s hrano, ki mu sledi bruhanje ali jemanje odvajal
- pretirano oz. kompulzivno prenajedanje (compulsive overeating)

Ker je vsem oblikam motenj hranjenja skupno to, da so prisilnega (kompulzivnega) značaja, kar pomeni, da se oseba zelo trudi, da bi s tem početjem prenehala (bruhanje, načrtno stradanje), vendar tega ne more storiti, jih označujemo tudi kot zasvojenost oz. odvisnost od hrane. Zaradi tega imajo nekaj skupnih značilnosti z drugimi oblikami zasvojenosti.

- Zasvojeni se počuti ujetega v začaran krog skupaj s stvarjo ali dejavnostjo, s katero je zasvojen. Čuti, da mora nekaj početi ali jemati, četudi se zaveda, da mu to škoduje, nešteto krat si obljubi, da bo jutri boljše. A poti iz zasvojenosti ne najde sam.
- Kot vse zasvojenosti pomenijo motnje hranjenja odgovor na osebno trpljenje, občutek pomanjkanje smisla, lahko so ritual prehoda (npr. iz otroštva v odraslost), kadar človek ne zmore prehoda preživeti bolj konstruktivno ali pa posledica neke nepredelane travme.
- Zasvojeni dolgo misli, da se lahko sam reši svoje odvisnosti, če bo le zares želel in se discipliniral. Z voljo skušajo mesece ali celo leta premagati odvisnost, a šele ob nekem zunanjem dogodku (izguba službe, neuspeh pri študiju,...) uvidijo, da se le vrtijo v krogu
- Prizadeta oseba zato povečini za reševanje svoje odvisnosti rabi pomoč »od zunaj«.

Poleg sličnosti z drugimi oblikami zasvojenosti pa imajo motnje hranjenja vsaj eno posebnost s tega vidika - rešitev ni v tem, da se prizadeti odrečejo hrani, od katere so odvisni, ampak da najdejo način, kako živeti tako, da hrana ne bo glavna skrb ali veselje v njihovem življenju. Glede na povedano lahko motnje hranjenja vidimo kot:

MEHANIZEM IZOGIBANJA – oseba večino svoje energije porabi za odnos hrane, tako ji zmanjka časa za soočanje s problemi življenja.

NAČIN OBVLADOVANJA ŽIVLJENJA – ki sicer izgleda neobvladljivo zaradi kupa težav ali ker prizadeta doživlja, da njeno življenje obvladujejo drugi.

NAČIN IZRAŽANJA SAMOSTOJNOSTI IN KONTROLE – kadar oseba nima občutka potrebne kontrole nad življenjem, ga lahko dobi iz kontroliranja prehrane. Poleg tega pa so motnje hranjenja lahko tudi

REAKCIJA NA PRETEKLO TRAVMO – ki ni razrešena

2.2 HRANA V ŽIVLJENJU LJUDI

Kaj nam pomeni hrana? V prvi vrsti je hrana sredstvo za preživetje. Tu ni izjeme in do tu je vse enostavno. Od tu dalje pa je prehranjevanje bolj zapletena reč. Jemo ne samo zato, da bi zadovoljili fizično lakoto, ampak tudi iz užitka. S hrano je povezanih kup občutkov, situacij, spominov in družbenih norm. Vse skupaj pa poleg lakote vpliva na to kaj bomo jedli, kje bomo jedli in koliko bomo pojedli. Hrana pa predstavlja tudi simbol skrbi in ljubezni. Dojenček npr. z materjo ne dobiva le fizične hrane za preživetje, nudi mu tudi stik z materjo, nežnost, varnost.

Že pri majhnih otrocih je vidno, da nekateri pojedjo več, drugi manj. Ko pa ljudje rastemo, obstaja pri hranjenju še večja raznolikost med nami, kako, kdaj in koliko hrane spravimo vase. Nekateri pojedjo več hrane kot drugi, enim se pozna na teži, drugim malo manj, kakor imamo tudi različne fizične in druge potrebe po hrani.

Včasih pa gredo ljudje s tem, kaj, koliko in kdaj bodo jedli tako daleč, da so celo pripravljene škodovati svojemu zdravju. Rabijo pomoč in nekateri celo umrejo za posledicami.

Kaj vse torej vpliva na to, koliko in kako bom jedli?

2.3 DEJAVNIKI, KI POVZROČAJO MOTNJE HRANJENJA

Dejavniki tveganja, ki pogojujejo nastanek motenj hranjenja so številni. Le redko lahko pri posamezniku izluščimo le enega. Večinoma gre za kombinacijo večjega števila dejavnikov, ki določeno osebo počasi, a vztrajno vodijo v eno izmed motenj hranjenja. Razdelimo jih lahko na tri skupine:

1. družinske dejavnike
2. socio-kulturne dejavnike
3. biološko-genetske dejavnike

2.3.1 Družinski dejavniki tveganja

Kronične telesne in duševne bolezni staršev povzročajo pri otroku in mladostniku občutek negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje varnosti.

Podobne posledice ima tudi **nefunkcionalen (neustrezen) partnerski odnos** v smislu stalnih prepirov, pretirane nadvlade enega od staršev nad drugim ali celo nasilnosti. Ustrezen partnerski odnos je eden najmočnejših varovalnih dejavnikov za zdrav razvoj otroka. Podobno funkcijo igra **ustrezno oz. neustrezno starševstvo**, ko mora otrok prevzemati vloge, ki jim ni dorasel: vloga posredovalca, pogajalca, amortizerja ali razsodnika med staršema. Nefunkcionalno starševstvo je prisotno tudi takrat, ko eden ali oba starša svojega otroka ali pretirano varujeta, ga želita ubraniti "vsega hudega" ali pa mu prepuščata odločitve in samostojnosti, ki jim ni dorasel.

Pogost problem predstavljajo tudi **diete v družini**, predvsem s strani matere. Te nikakor niso koristna popotnica za doraščajočega otroka, ki prevzema vedenjske vzorce tistih najbližjih.

Dejavnik tveganja je tudi **uporaba hrane kot vzgojni pripomoček**. V tem primeru se otrok pričinja izogibati skupnim obrokom ali pa se jih že v naprej boji, saj ve, da ga bosta starša zasliševala glede šole, prijateljev, ga kregala in vršila nadzor nad njim. Hrana ni in ne sme biti sredstvo nagrajevanja ali kaznovanja.

Med pomembne dejavnike tveganja sodi tudi **neustrezna komunikacija med staršema in otrokom**. Sem sodijo predvsem tako imenovana "dvojna sporočila". Dvojno sporočilo pomeni, da nam nekdo z besedami zatrjuje eno, z dejanji (vedenjem) pa ravno nasprotno.

Omeniti velja tudi **duševne, telesne in spolne zlorabe** s strani odraslih do otroka. Vedeti je treba, da otrok za grehe odraslih pogosto išče krivdo v sebi in se posledično čuti slabega, nevrednega spoštovanja in tako razvije slabo samopodobo in nizko samospoštovanje.

Preventivno lahko starši delujejo tako, da pri otroku spodbujajo "zdravo agresivnost" (postaviti se zase, poskusiti nove stvari, upati si stopiti v svet), individualnost ter odprto in direktno komunikacijo, pohvaliti je potrebno trud in ne le dosežen cilj. Zavedati se morajo, da so otrokovi vzorniki in da ne morejo od otroka pričakovati tistega, česar sami ne zmorejo in ga niso naučili.

2.3.2 Socio-kulturni dejavniki tveganja

Vloga ženske se je v zadnjih desetletjih zelo spremenila. Danes je samo po sebi umevno, da je ženska zaposlena, hkrati pa večinoma še vedno prevzema vse naloge, ki so včasih veljale za tradicionalno žensko. V naši družbi velja za uspešno tista ženska, ki je hkrati lepa, negovana, zaposlena, izpolnjuje vse tradicionalne funkcije (mati, gospodinja,..) in je seveda vitka. Veliko so k tej "**idealni**" **podobi ženske** doprinesli tudi **mediji**, ki promovirajo vitkost za vsako ceno. Tako je potrebno odpreti le katero koli revijo namenjeno dekletom in ženskam in že smo dobredno oblegani z razno raznimi **dietami**, z naslovnici pa se nam smehljajo čudovito lepe, vitke mladenke, modeli, ki v nas vzbujajo občutke krivde ob vsakem gramu zaužite hrane.

2.4 IDEALNA PODOBA

V sodobni družbi velja vitkost za ključno značilnost telesne privlačnosti. Trenutni telesni ideal je bistveno vitkejši, kot je dejanska postava večine ljudi. Zlasti ženske se pogosto počutijo nepopolne in so nezadovoljne s svojim telesom. Množični mediji jih namreč nenehno spodbujajo, da se na vse pretege borijo za vitko postavo, čeprav je naravna tendenca ženskega telesa, da pridobi določeno količino maščevja. Zahodna kultura jih zasipava z jasnimi sporočili, da mora biti prekomerna teža "pokurjena", "uničena", "odstranjena", torej telo, ki ga predstavljajo igralke (vitko – po merilih Zahodne kulture), dosega le 5 % najvitkejših žensk, 95% žensk pa ne more doseči takega telesa. Mnoge ženske so prepričane, da bi morale shujšati, čeprav po medicinskih standardih sploh niso predebele. Ideal ženskega telesa pa je še strožji: zahteva raven trebuh, deške boke, vitka in čvrsta stegna ter polno oprsje. Naravni potencial za tako telo ima le kak odstotek žensk. Idealna oblika ženskega telesa torej ni običajna in naravno dana, z idealnim telesom se ne moreš roditi, temveč ga lahko dosežeš le, če za to žrtvuješ obilo časa in denarja ter prilagodiš svoj življenjski stil.

Moški so v povprečju bolj zadovoljni s svojim telesom kot ženske, saj je moški ideal krepkega in mišičastega telesa zanje lažje dosegljiv, saj bolj upošteva njihovo biološko osnovo. Kljub temu, da so moški izpostavljeni mnogo manj strogim pravilom, kaj je sprejemljiv videz, pa se tudi oni videza vedno bolj zavedajo. Skrbijo jih lasje, koža, oblačila, postava. Ta skrb se razširja tako med mladimi kakor tudi med starejšimi moškimi, čeprav je

med slednjimi še vedno veliko takih, ki se jim zdi tovrstno obnašanje silno problematično. Kljub temu, da za moške telo ni osrednjega pomena za samopodobo, je obremenjenost moških z videzom postala problem, ki je pogosto podcenjen in spregledan.

2.5 TELESNA SAMOPODOBA IN MEDIJI

Na začetku 21. stoletja si je težko zamišljati svet brez množičnih medijev. Knjige, revije, časopisi, radio, televizija in kino, plošče, kasete, video - skratka, takšne ali drugačne oblike množičnih medijev obvladujejo sodobno družbo, so odločilne za naše življenje in zagotavljajo informacije in zabavo ter ponujajo stereotipe, identitete in neskončne možnosti identifikacij. Mediji nenehno prikazujejo privlačna telesa. Ženska, rojena po letu 1960, vidi dnevno več podob nedosegljivo lepih žensk v seksualnih pozah, kot jih je njena mama videla skozi celo puberteto. Zlasti filmi, televizija, revije, oglasi dajejo lepoti gospodovalno navzočnost v naših življenjih in ob tem oblikujejo naš pogled na privlačnost. Mediji promovirajo prepričanje, da so privlačni, lepi ljudje bolj uspešni, samozavestni, bogati.

Med gledanjem televizije ali oglasov pa ne pomislimo, da modeli oz. igralci in igralko prebijejo pred fotografiranjem ali snemanjem po več ur z modnimi dizajnerji, profesionalnimi frizerji in vizažisti ter imajo ob tem neusmiljene dietne in vadbene programe. Idealno oblikovana telesa mladih, mršavih manekenk in mišičastih manekenov z naslovnih revij, oglasov in televizijskih ekranov so pogosto še kirurško popravljena, profesionalno fotografirana in za povrh računalniško obdelana! In taka telesa nam postavljajo standarde našega videza!

Predvsem mlade ženske so velika tarča industrije lepotnih izdelkov. Oglasi nam obljublajo spremembo videza. Gre za primer popolne industrije: pri ljudeh ustvarjajo oz. ohranjajo problem (npr. celulit) - nenehno nezadovoljstvo s telesom - in jim nato ponujajo rešitve zanj. Zadnja stvar, ki jo industrija - navkljub svoji retoriki - želi, je, da bi dosegli fizično privlačnost enkrat za zmeraj. Potrošniški kapitalizem je zlato jamo našel tudi v moških potrošnikih, zato jih spodbuja, da trošijo vedno več denarja za lepote pripomočke, kot so parfumi, kozmetika in oblačila, ter za vzdrževanje vitkosti in čilosti.

2.6 BIOLOŠKO – GENETSKI DEJAVNIKI TVEGANJA

Pomemben dejavnik tveganja je prekomerna telesna teža ob rojstvu in v otroštvu. Debel otrok je tarča posmeha vrstnikov, jeze staršev. Četudi kasneje shujša, je težko popraviti slabo samopodobo, ki si jo je ustvaril o sebi.

Deduje pa se tudi nagnjenost k specifičnim osebnostnim potezom, ki so rizične za razvoj motenj hranjenja. Med njih uvrščamo: perfekcionizem, pretirano storilnost, izrazito pridnost, potrebo po potrjevanju, pohvalah in potrditvah s strani okolice.

2.7 VRSTE

Termin motnje hranjenja pokriva širok spekter motenj v vedenju okrog hrane, ki pa se da zožiti na tri osnovne vrste: anoreksija, bulimija, kompulzivno prenašanje.

Taka klasifikacija se uporablja v psihiatrični diagnostiki, vendar pa se pogosto te vrste med seboj prepletajo; v konkretnih primerih je možno opaziti vedenje iz dveh ali vseh treh vrst, ali pa gre za kakšno manj tipično obliko preokupiranosti s hrano.

2.7.1 Anoreksija nevroza

Termin anoreksija je prvi uporabil Gull leta 1873 in je z njim opisal skupino adolescentk in mlajših odraslih žensk, ki so odklanjale hrano. Beseda sama pomeni izgubo apetita in je neustrezna, saj večina pacientk navaja povečano željo po hrani.

Anoreksija nevroza je bolezen, ki jo označuje zavestno povzročeno znižanje telesne teže s strani samega bolnika. Najpogostejša je pri dekletih v adolescentnem obdobju in mladih ženskah, pojavlja pa se, sicer mnogo redkeje, tudi pri fantih v adolescentnem obdobju. Je bolezen razvitega sveta, v večini primerov gre za dekleta iz srednjega in višjega družbenega sloja, družin, ki imajo posebno družinsko dinamiko s prikrito disfunkcionalnostjo. Povprečna starost pacientk je 14 – 18 let.

Poleg telesne teže je za anoreksično osebo značilna motena telesna podoba oziroma nestvarna predstava o njenem, telesu ter primarna ali sekundarna amenoreja pri dekletih. Motnja telesne podobe se kaže kot pretiran občutek debelosti ali hud strah pred njo, ne glede na dejansko telesno težo, ki je po navadi nizka ali celo zelo nizka. Anoreksične osebe so preobremenjene s svojo zunanjo podobo in z vprašanji glede hrane. Shujšajo zaradi odklanjanja hrane ali pa zaradi različnih manevrov ob hranjenju: z bruhanjem, uživanjem odvajal ali diuretikov, intenzivnimi telesnimi vajami. Poleg telesne teže, ki se pogosto zmanjša tudi precej pod 85 odstotkov tiste, ki je ustrezna za starost in telesno višino bolnice, se pojavijo tudi drugi bolezenski znaki: hipotermija, bradikardija, lanugo, edemi ter razne presnovne, hormonske in elektrolitne spremembe. Značilno je tudi vedenje anoreksičnih bolnic. Mnoge so s kuhanjem in pripravo hrane za druge že prav nasilne, same pa so za svoj moten odnos do hrane in včasih že prav skrajno stopnjo hujšanja povsem neuvidevne. Možne so tudi dodatne oblike prisilnega vedenja, npr. pretirano umivanje rok in slaba kontrola impulzov, tudi zloraba psihoaktivnih snovi, zlasti alkohola. Mnoge anoreksične bolnice imajo nekatere osebnostne značilnosti že pred opaznim hujšanjem: redne so, doma vzorne, storilne, perfekcionistične. So skrajno telesno in psihično aktivne, ukvarjajo se s športi, kjer se zahteva vztrajnost, aktivirajo se v šoli ali v službi, manjši pomen pa dajejo medsebojni komunikaciji, se izolirajo iz družbe, predvsem pa nimajo potrebe po navezovanju partnerstva. Značilna je tudi družinska dinamika, vendar je disfunkcija družine običajno navzven prikrita.

Pri večini pacientk srečamo še kakšno dodatno psihiatrično motnjo, kot je obsesivno kompulzivno vedenje, depresivnost in anksioznost, nemir in motnje spanja. Nagnjene so h krajji in zlorabi raznih substanc – redkeje. Ena od glavnih značilnosti, potrebna za postavitev diagnoze je amenoreja, ki je lahko primarna (pacientka sploh ne dobi menstruacije, ker se njeno hujšanje začne tako zgodaj) ali pa sekundarna (pacientka menstruacijo zgubi skupaj z izgubo določenega procenta telesne teže).

Ostale somatske težave, ki ogrožajo pacientkino življenje so povezane z izgubo telesne teže in posledičnimi varovalnimi mehanizmi, ki jih vklopi telo. To so hipotermija, edemi, bradikardija, hipotenzija, motnje elektrolitskega ravnotežja spremembe v EKG-ju. Značilen je tudi pojav lanuga po telesu.

Pacientke svoje motnje ne opazijo, še več, celo zanikajo jo, ko je že evidentna in so lahko že življenjsko ogrožene. K zdravniku pridejo zaradi drugih težav (amenoreje ali somatskih motenj). Zaradi tega so tudi zelo uporne pri obravnavi.

2.7.2 Bulimija nevroza in bulimija ob normalni telesni teži

Vedenje kakršnega kažejo bulimične pacientke je prav tako prvi opisal Gull leta 1873 in sicer v povezavi z anoreksijo. Kasneje pa je to postala samostojna entiteta, s svojim značilnostmi.

Glavna značilnost bolezni so razdobja izrazito pretiranega hranjenja, ki imajo obliko nekakšnih »napadov«, nakar sledi zavestno izzvano bruhanje. Te vedenjske značilnosti spremlja občutek, da ne zmorejo več nadzirati takega vedenja in preobremenjevanja z doživljanjem telesne podobe, postave in telesne teže. Zloraba odvajal in diuretikov je redkejša, saj je bruhanje glavno sredstvo obvladovanja telesne teže, neredko ob količinah zaužite hrane. »Napadi« prekomernega hranjenja so zelo pogosti, tudi večkrat dnevno. Nekaterim bolnicam in bolnikom daje že samo bruhanje neko ugodje, tako da je pretirano hranjenje zanje le sredstvo, ki sproži bruhanje. Takemu vedenju praviloma sledijo občutek krivde in lastne nevrednosti, depresivno reagiranje in druge motnje razpoloženja. Telesna teža lahko niha, postopoma pada ali pa ostaja na približno normalni ravni. Zloraba psihoaktivnih snovi je sorazmerno pogosta. Pogoste so razne oblike impulzivnega vedenja, na primer kraje. Potek bolezni je dolgotrajen, traja več let, lahko ga prekinejo krajša obdobja brez simptomov.

Bulimija se prične običajno v adolescenci ali v zgodnjem odraslem obdobju; pri dekletih je pogostejša kot pri fantih. Če traja dolgo in je huda, jo spremljajo različni telesni zapleti (motnje v ravnotežju elektrolitov, tetanija, srčna aritmija in druge). Za premorbidno osebnost je značilna negotovost vase, nesposobnost izražanja čustev navzven, pretirano poudarjena skrb za vtis, ki ga napravijo na druge in narcistična bojazen pred pomanjkljivostmi zunanje podobe.

Neposredna simbolika te bolezni govori o razdvojenosti med dajanjem in jemanjem, sprejemanjem in odklanjanjem. Večina pacientk se ukvarja s svojo spolno privlačnostjo in so tudi spolno aktivne, včasih celo promiskuitetne.

Somatske težave, ki jih najdemo pri teh pacientkah so večinoma vezane na prebavni trakt. Zaradi enormnih količin hrane lahko pride do dilatacije želodca, zaradi bruhanja in s tem stalnega vdora želodčne kisline v požiralnik, pa do kroničnih vnetij le-tega.

2.7.3 Pretirana ješčnost, povezana z drugimi duševnimi motnjami

V to klinično skupino uvrščajo tiste primere pretiranega hranjenja, ki slede kakšni pomembni čustveni prizadetosti, na primer izgubi svojca, nesreči, operaciji, ki je bolnika vrednostno prizadela. Taka opredelitev vsekakor ne more zadovoljiti klinikov, ki imajo pogosteje kot tako »reaktivno« ješčnost srečujejo tiste primere pretiranega hranjenja s posledično zvišano telesno težo, pri katerih takega sprožilnega dogodka v anamnezi ni mogoče zaslediti. Neustrezne prehranjevalne navade v celotni družini, osebni ali že kar družinski slog življenja s premalo gibanja in telesne dejavnosti nasploh, so razlogi, ki so pri vzrokih debelosti sicer pomembni, a pogosto odločilni le v začetnem obdobju.

Že pri majhnih otrocih lahko opazamo pretirano željo po hrani kot znak čustvene nezadoščenosti. Debelost otroka, ki je posledica njegovih poskusov, da bi pogrešana čustva nadomestil s hrano, je treba ločiti od tiste, ki sprošča o ponavadi podedovanem veselju do jedi, povezanem z drugimi neustreznimi življenjskimi navadami. Prekomerna telesna teža pri

otroku že sorazmerno zgodaj vpliva na njegovo predstavo o njem, sproži nezadovoljstvo s seboj in pomanjkljivo samospoštovanje. Od tu pa do odmika v socialno osamitev je le korak. Osamljen in nesrečen otrok zamuja priložnosti običajnega socialnega učenja, med vrstniki se ne znajde dobro in začne dejansko nabirati slabe izkušnje s seboj in z drugimi. Ta razočaranja in neizpolnjena pričakovanja ga še bolj silijo v umik in dodatno tolaženje s hrano, kar še bolj opazno oblikuje njegovo zunanjo podobo. Družinska dinamika, ki njegovo odvisnost še spodbuja, vključuje v to rastočo spiralo še ostale člane njegove družine, zlasti mater. Ta vstopa v bolezensko sožitje z otrokom, si z njegovo odvisnostjo povečuje občutek lastne potrebnosti in pomena, otroka pa še bolj ohromi za dejavno in samostojno življenje.

Mnogi debeli otroci pri prehodu v adolescenco, opazno shujšajo, še posebno, če njihove osebne poteze in življenjski interesi ter navade niso združljive s pasivno odvisnostjo. Drugi pa se razvijejo v debele mladostnike. Čeprav je njihova zunanja podoba ravno nasprotna kot pri anoreksiji, je v psihodinamiki pretiranega hranjenja v adolescenci pri mladostnikih obeh spolov pogosto skrit podoben odpor do odraslosti in samostojnosti. Namesto drobnega telesca, ki daje anoreksični mladostnici lažen občutek, da je še otrok in ji zagotavlja varnost pred vsem, kar bi ji lahko prinesla odraslost, je tudi zatekanje najlažje dosegljivega ugodja, poskus zadržati čas in zastati pred možnimi nevarnostmi, ki prežijo v odraslosti. Medtem, ko je anoreksija povezana izključno z osebnostnimi potezami, kot so izrazita aktivnost, odločnost, perfekcionizem in doslednost, pri pretirano debelih mladostnikih teh lastnosti sploh ni, kar jih po navadi močno ovira na vseh področjih njihovega življenja.

Tudi tedaj kadar motnje hranjenja nimajo globljih in težko razrešljivih duševnih vzrokov, so v adolescenci za zdrav osebnostni razvoj lahko hudo moteče že samo njihove posledice. Nezadovoljstvo z zunanjo podobo je lahko mladostniku, ki ima še posebno ranljivo samospoštovanje, močan razlog za slabo samovrednotenje. Zaradi svoje opazne drugačnosti se izogiba družabnim stikom z vrstniki in se zateka v samoto. Čeprav se za to zaradi pretirane občutljivosti odloči sam, se počuti odrinjenega in nesprijetega. Zaščita doma mu je hkrati neskončno nujna in neskončno odveč. Ta razdvojenost ga sili v spore z domačimi; občutja krivde po njih pa še večjo potrebo po tolažbi s hrano. Ker je vloga matere v našem sociokulturnem okolju v večini družin še najbolj neposredno povezana s hranjenjem in čustveno zadostitvijo otrok, tudi raziskave, ki se ukvarjajo s problematiko motenj hranjenja v razvojnem obdobju, povezujejo te otrokove težave z njegovim odnosom do matere. Ugotavljajo, da so matere debelih otrok v svoji materinski vlogi pogosto negotove in zato otroka preveč silijo k jedi, saj je to v njihovi predstavi potrditev dobrega materinstva. Matere otrok, ki se premočno zredijo v adolescenci, pa so pogosto negotove v svoji ženski vlogi ali celo odkrito nezadovoljne z njo. Zato kot vzor za istovetenje pri hčerah in spodbuda za razvoj moštosti pri sinovih niso povsem ustrezne, kar pospeši otrokove težave pri razvijanju in oblikovanju spolne in odrasle identitete (Tomori, 1993).

2.8 ZDRAVLJENJE IN NAPOVED

Motnje hranjenja so ena najbolj trdovratnih človekovih bolezni (kar lahko potrdi vsakdo, ki se je že dvatisočkrat odločil normalizirati svojo telesno težo in tisočkrat to tudi že poskusil). Pogostna ponavljanja, trdovratno rastoča ali padajoča teža (z vsemi čustvenimi, vedenjskimi in socialnimi spremljevalci) ter pogosto opuščanje že zastavljenih prizadevanj, neprestano vračanje na staro stanje že po opaznem izboljšanju – vse to potrjuje, da se v problematiko hranjenja vključujejo zapleteni in težko razrešljivi problemi, ki jih ne more dokončno razplesti le svetovanje o zdravi prehrani, pa četudi je izrečeno iz strokovnih ust izza avtoritete belega plašča.

Tako ali drugače se skorajda vsak človek kdaj v življenju zaplete v problem, povezan s hranjenjem. To je tudi razumljivo, saj sta hrana in uživanje hrane neposredno in posredno prek simbolike prepletena z vsesplošnimi človeškimi težavami: z jemanjem in dajanjem, odklanjanjem in sprejemanjem, s podobo o sebi, s tesnobo, ugodjem, odvisnostjo, druženjem in osamelostjo. Motnje hranjenja so lahko kratkotrajne in le eden od prehodnih odzivov človeka na življenjske okoliščine, ki ga čustveno obremenjujejo. Kadar pa se vključujejo v način življenja in pri bolniku odražajo njegov moten odnos do sebe, lahko trajno ogrozijo tudi njegovo telesno zdravje.

Čeprav se te motnje marsikdaj jasno kažejo tudi na bolnikovi zunanji podobi in nanje opozarjajo že temeljni klinični in laboratorijski izvidi, pa bolnik sam pogosto zmanjšuje njihov pomen in jih pred zdravnikom prikriva. Tako bi morali biti na možnost motenj hranjenja bolj pozorni predvsem tisti zdravniki, ki se prvi srečujejo z bolniki s takimi motnjami, predvsem torej pediatri, šolski in družinski zdravniki.

Motnje hranjenja spremlja velika obolevnost in umrljivost. Pri anoreksiji sta predvsem posledici pomanjkanja hrane (kaloričnega vnosa in hranil), pri bulimiji pa z motnjami v sestavi telesnih tekočin in prizadetostjo požiralnika. Umrljivost pri motnjah hranjenja se vzpenja do 15 odstotkov. Najpogostejši vzroki so motnje srčnega ritma, želodčne krvavitve in samomor.

Pri anoreksiji sta temeljna občutek nemoči in težnja k perfekcionizmu, medtem ko gre pri bulimiji za čustveno prikrajšanost in odvisnost. Šele spoznanje, da so te motnje vedno posledica spleta biopsihosocialnih okoliščin, je omogočilo sodoben, večplasten pristop k njihovemu zdravljenju. Zdravljenje obsega psihoterapijo in zdravila. Po raziskavi hospitaliziranih otrok s klasično ali zgodnjo anoreksijo se je v zadnjem 10-letnem obdobju v Pediatrični bolnišnici Ljubljana povečala za desetkrat. Med bolniki, ki so potrebovali intenzivnejšo psihoterapevtsko obravnavo in so bili zato premeščeni na pedopsihiatrični oddelek klinike, pa je bilo presenetljivo več dečkov kot deklic. Smrtnost v opazovanem obdobju je bila 0,9 odstotna (Bratanič in drugi, 2000).

Psihoterapija je predvsem kognitivno – vedenjska in se dotika vprašanj neurejenega hranjenja, lakote, nezadostnega vnosa kalorij, pogojnih odzivov in globokega strahu pred izražanjem čustev, zlasti jeze in žalosti. Ustrezajo različni načini: kognitivno zdravljenje, učenje odločnosti v komuniciranju in spodbujanje izražanja čustev, ki zadevajo vprašanja identitete in samospoštovanja.

Preden pa se lotimo obravnave pacienta z eno od motenj hranjenja, se moramo zavedati, da večina pacientov sebe ne vidi kot bolnika in svojega prehranjevanja ne kot problematičnega, razen v primeru, ko so že življenjsko ogroženi. Terapija izbora je psihoterapevtska obravnavo in le v primeru pridruženih psihiatričnih motenj (depresij) ali somatske ogroženosti se uporablja tudi terapija z zdravili.

Opraviti je s pacienti z nizko motivacijo in nizkim bolezenskim pritiskom. Zato je potrebno začetno obravnavo posvetiti vprašanju normalne telesne teže, koliko kalorij dnevno je potrebno pojesti za vzdrževanje, koliko za pridobivanje na teži in kako preprečiti, da bi postala teža previsoka. Za dober uspeh je potrebno pridobiti vse družinske člane in jim pojasniti, da je nizka telesna teža samo zunanji odraz globljih psihičnih stisk.

Pomembno spoznanje v zvezi z motnjami hranjenja je, da so to resne bolezni, ki zahtevajo odločno zdravljenje in nenazadnje takšno posredovanje ne rešuje le zdravja, ampak marsikdaj tudi življenje. Strinjava se z Darjo Zaviršek, ki meni, da »motnje hranjenja lahko zdravimo le, če najdemo vzroke njihovega nastanka. Z drugimi besedami, ko spet začnemo živeti v svojih telesih, ne da bi preveč razmišljali o tem, kakšno mora biti, da bo pravo, in kaj naj še pojemo, da nam ni treba odkriti, kaj bi si v tistem hipu zares želeli zase« (Zaviršek, 2000: 143).

2.9 SOCIOLOŠKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA

Dejstvo in spoznanje je, da lahko motnja, ki jo razumemo kot izraz deviantnosti pa tudi sprejemljivosti vedenja, razloži vso ambivalenco okolice, ki se kaže od zavisti, občudovanja in spoštovanja, do sovraštva, kontrolnih, kaznovalnih ter represivnih reakcij in ukrepov. Posledica tega je potreba po soglasju in usklajenem odnosu okolja do takšne motnje, kar pomeni pričetek neke »politike« ali »doktrine« do tega problema.

Simptom motenj hranjenja leži v zahodni kulturi. Gre za družbe, kjer imajo ženske le omejen in moralno sankcioniran dostop do drugih substanc, ki povzročajo odvisnost, kot so ilegalne droge, žgane pijače, igre na srečo, plačana seksualnost. Bolnice posnemajo, izkoriščajo in nadgradijo siceršnje preokupacije ljudi v določenem okolju (diete, vitkost, telesni trening in skrb za telo) in jih uporabijo kot obrambe za rešitev svojih intimnih stisk, katerih skupni imenovalec je iskanje in oblikovanje svoje identitete. Gre torej za socialni vzorec, katerega bistvo je doseganje posebnosti in pozornosti prek odklonskosti.

V socialnem smislu se danes te motnje širijo iz višjih slojev v srednje in tudi že v nižje. Posebej družine, ki so se »prebile« v tako imenovani srednji ali višji srednji sloj so ponosne na ta svoj uspeh in ga pogosto izpostavljajo, sočasno pa svojim ženskim članicam posredujejo zelo ambivalentna sporočila o njihovi odvisnosti oz. neodvisnosti. Poleg tega imajo te družine v svoji zgodovini za seboj pogosto izkušnjo ekonomske negotovosti, starši so po svojih ocenah in splošnih družbenih merilih presegli svoje predhodnike.

Dejstvo, da ostajajo anoreksične in bulimične motnje še vedno pretežno ženske bolezni, je zato potrebno razumeti tudi 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, kar je še vedno v nasprotju z veljavno tradicionalno definicijo ženske vloge v zahodni kulturi. Dekleta so še vedno vzgajana pretežno s ciljem, kako ugajati drugim, manj pa v smislu samoiniciativnosti in avtonomnosti, če to primerjamo z načeli vzgoje fantov. Vrednost ženske se še vedno določa s tem, kako in koliko pomaga in je na razpolago drugim. Takšna vzgoja in kasneje osebna orientacija na zunanje vplive in s ciljem biti vedno na voljo, lahko pomeni, da je neka dejavnost (na primer delo mladostnice v šoli) darilo drugim in ne pomeni lastne potrditve. Prične se razvijati konflikt med potrebo po tem, da bi ugodila drugim in vse slabšim počutjem.

3. EMPIRIČNI DEL

3.1 METODOLOGIJA

Za najino raziskovalno nalogo sva izbrali posebno metodo raziskovanja, ker se nama je zdela zelo zanimiva in bi dala dobre rezultate. Predvsem **naju je zanimalo** kateri so dejavniki motenj hranjenja in kateri imajo največji vpliv.

Da bi to ugotovili, sva izvedli primerjavo med anketami zdravega, bolnega in naključnega vzorca. Za temeljitejšo in čimbolj kvalitetno izvedbo najine raziskovalne naloge sva sodelovali z Žensko svetovalnico v Ljubljani, devet bolnikov z motnjami hranjenja nama je bilo pripravljeno odgovoriti na najino anketo (priložena zadaj) s čimer sva dobili dober vpogled v njihove težave. Nato sva potrebovali še vzorec desetih zdravih ljudi, ki sva jih poiskali v svojem okolju. Za njih je bilo bistveno, da še niso nikoli hujšali in se obremenjevali s svojo postavo. To isto anketo (tudi priložena zadaj) kot sva jo dali zdravim **dijakom** je izpolnjeval tudi naključni vzorec. Ta pa je obsegal po dvajset dijakov iz vsakega letnika (od prvega do četrtega).

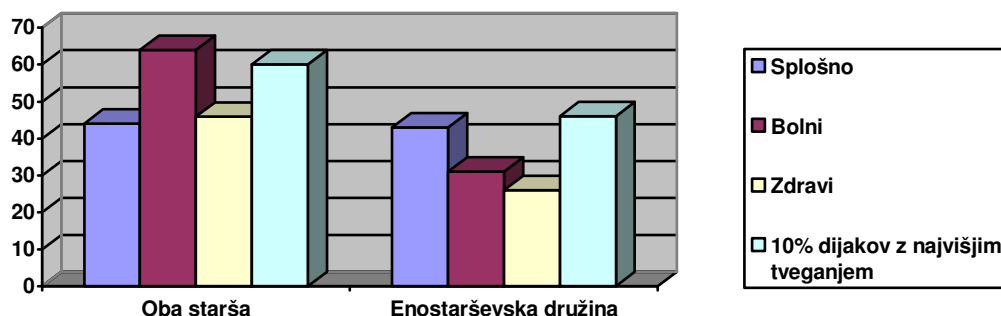
Najino raziskovanje je temeljilo na primerjalni analizi teh anket pri čemer naju je zanimalo kakšen procent tveganja predstavlja določen dejavnik. Kar je pomenilo, da sta anketi vsebovali deset popolnoma enakih vprašanj in odgovorov točkovanih od 1 do 5, s tem da sva pri anketi za bolne avtomatsko prišteli 5 točk pri vprašanju kolikokrat si že poskusil s hujšanjem. Najvišje število možnih točk je bilo 50, tisti ki so bili bolni so dosegli višje število točk.

Zanimali so naju različni dejavniki, zato sva pod vsakim vprašanjem analizirali odgovore bolnih in zdravih. Nakar sva izvedli navzkrižno analizo naključnega vzorca in ugotovili odstotek tveganja posameznega dejavnika npr. enostarševska družina, položaj v družini ipd. Pri vsakem dejavniku sva poiskali še 10% dijakov z najvišjim tveganjem. Vse to sva predstavili z grafi, kjer se nazorno vidi za kakšno stopnjo ogroženosti gre pri posameznem dejavniku. Pri teh najbolj ogroženih dijakih sva poiskali še ostale dejavnike, tako da sva našli tipično osebo z najvišjo ogroženostjo.

Kot zanimivost pa sva na koncu predstavili še krivuljo iz katere je razvidno koliko dijakov ima visoko stopnjo tveganja in koliko dijakov nizko. 0% nama je predstavljalo povprečje zbranih točk zdravih dijakov, kar je bilo 15 točk, 100% pa nama je predstavljala povpreček bolnih dijakov, kar je bilo 34 točk.

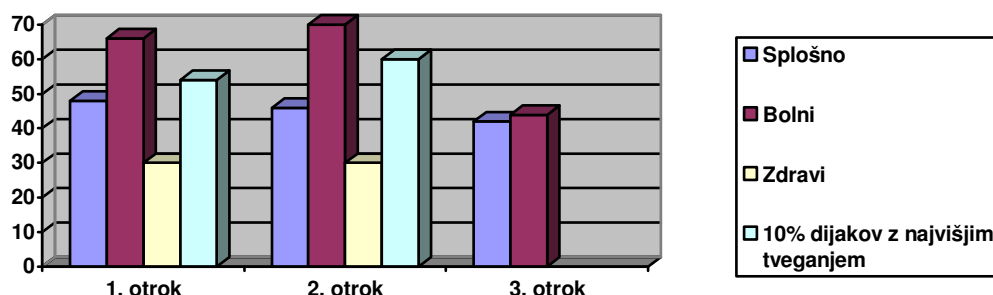
3.2 STATISTIČNA OBDELAVA PODATKOV

1. Kakšno je stanje v družini oz. ali imajo oba starša?



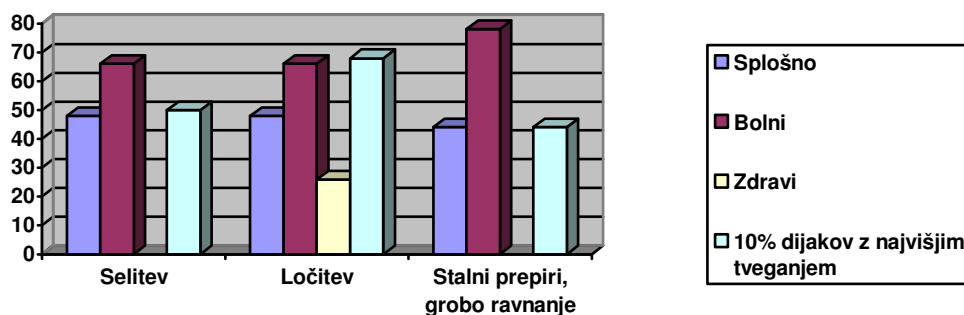
Na podlagi tega lahko sklepamo, da je procent tveganja pri enostarševskih družinah manjši. Še posebej, če se osredotočimo na 10% delež najbolj ogroženih dijakov. Čeprav, ko pa pogledamo splošni vzorec ni mogoče zaznati razlike med tveganjem, iz česar sklepamo, da v celem vzeto stanje v družini skoraj, da ne vpliva na boleznj motenj hranjenja pri mladini.

2. Katero mesto zasedaš v družini?



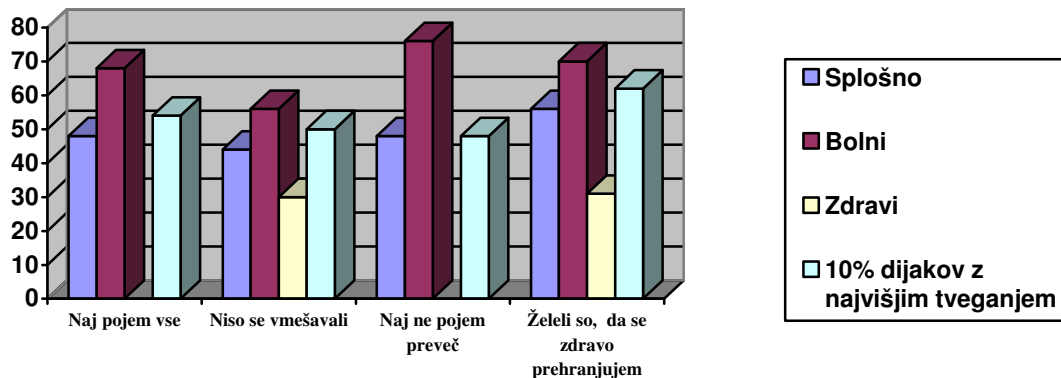
Iz grafa lahko sklepamo, da je tretje rojeni otrok najmanj ogrožen. Čeprav primera zdrave osebe in osebe iz 10% deleža najbolj ogroženih, ki bi bila tretji otrok nisva našli, lahko razberemo stanje. Med prvorojenim in drugorojenim otrokom skoraj, da ni opaznih razlik. Vidi pa se občutno manjše tveganje za tretje rojenega otroka.

3. Kakšno zgodnje otroštvo si imel/-a?



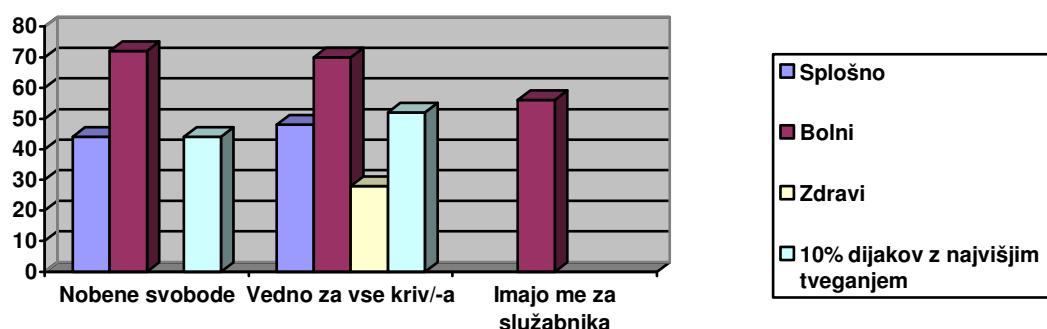
Znano je, da so neustrezno starševstvo ali večji pretresljivi dogodki, ki se zgodijo v času otroštva lahko poglavitni razlogi za razvoj motenj v prehranjevanju. Iz grafa je razvidno, da so stalni prepiri in grobo ravnanje najmočnejši dejavnik za nastanek motenj, medtem ko ločitev staršev in selitev predstavljata manjšo stopnjo ogroženosti. Zanimivo pa je, da je od 10% dijakov, ki predstavljajo najvišjo stopnjo ogroženosti, najmočnejši dejavnik ločitev, medtem, ko selitev in stalni prepiri ter grobo ravnanje bistveno ne odstopata.

4. Zahteve staršev pri prehranjevanju



Možno je ugotoviti, da so starši, ki opozarjajo svoje otroke naj ne pojedjo preveč najmočnejši dejavnik, ki pogojuje nastanku motenj hranjenja. Najšibkejši dejavnik pa po najinih pričakovanjih predstavljajo starši, ki se niso vmešavali v otrokovo prehranjevanje. Zanimivo a hkrati tudi po pričakovanjih je to, da se pri zdravih dijakih ne pojavljajo zahteve, da naj pojedjo vse ali pa opozarjanja, da naj ne pojedjo preveč. Pri njih so starši želeli le da se zdravo prehranjujejo ali pa se sploh niso vmešavali v prehranjevanje.

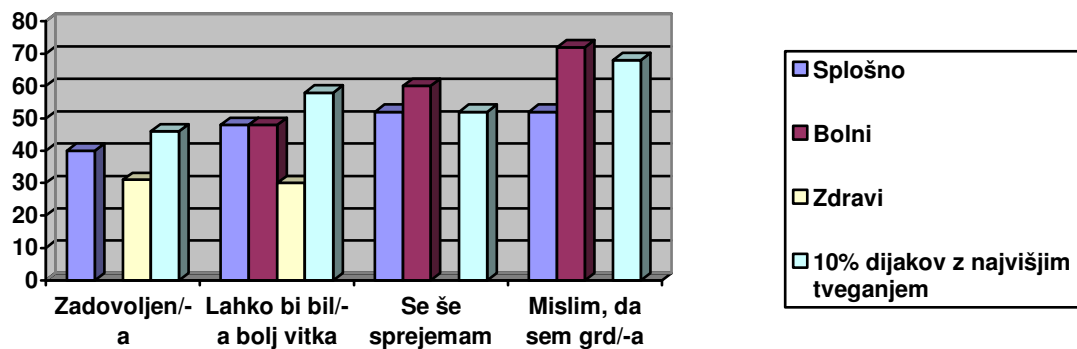
5. Odnos v družini



Razberemo lahko, da se pri bolnih največkrat pojavlja občutek, da so vedno za vse krivi ali pa nimajo nobene svobode. Razvidno je tudi da je občutek sluge oz. služabnika v družini velik dejavnik tveganja, saj se ta pojavlja samo v vzorcu bolnih. Razvidno je tudi, da splošni vzorec dijakov in delež 10% najbolj ogroženih dijakov pri odgovorih, da dijak nima nobene svobode ali pa je vedno za vse krivi, ne odstopata bistveno drug od drugega.

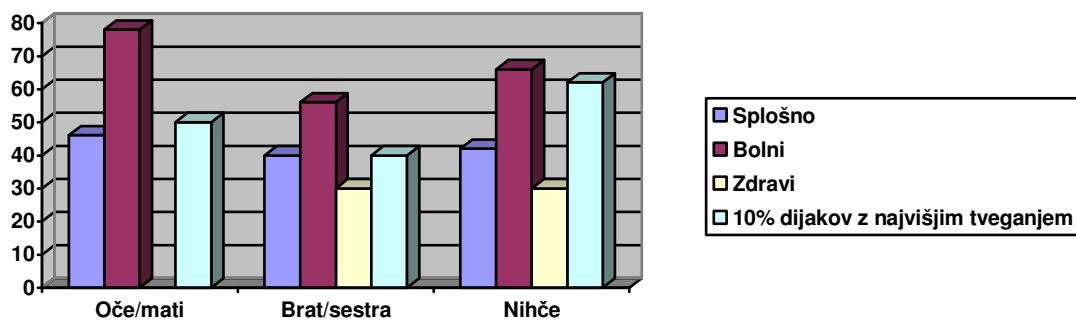
Vendar pa imajo več možnosti, da bodo zboleli za motnjo hranjenja tisti, ki se počutijo, da so vedno za vse krivi.

6. Mnenje o svoji postavi



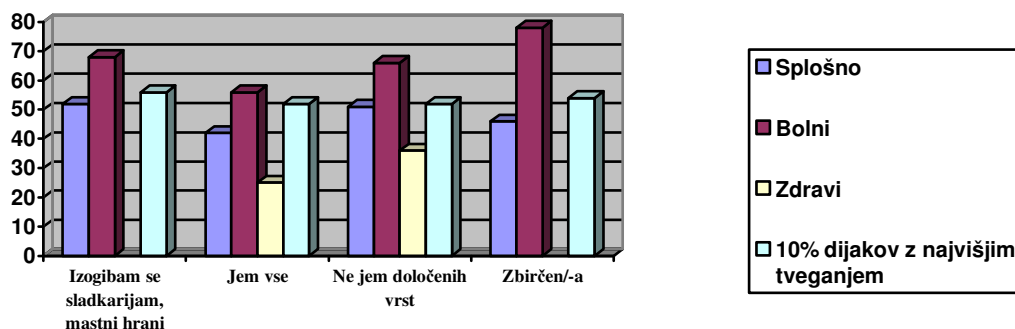
Ta graf nam predstavlja vpogled v samopodobo. Vidno je, da predstavlja misel, da je oseba grda zdaleč največjo stopnjo ogroženosti, kar predstavljajo bolni in tudi 10% odstotek najbolj ogroženih dijakov, pri zdravih pa takšnega mišljenja sploh ni opaziti. Razvidno je tudi, da splošni vzorec pri mnenju, da bi lahko bil bolj vitek/a, ne odstopa od vzorca bolnih, nasprotno pa se kaže pri deležu najbolj ogroženih dijakov.

7. Je že kdo v družini rekel, da so predebeli?



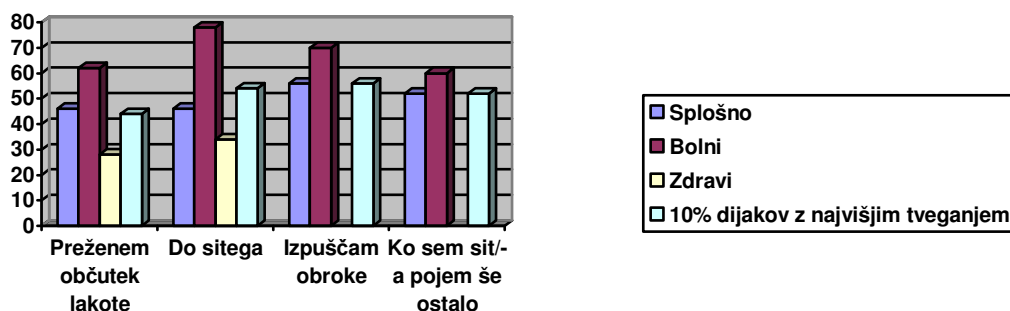
Iz grafa je razvidno, da lahko starša, ki sta otroku rekla, da je predebel, pripomoreta k razvoju motenj hranjenja. Opazno je, da se tako vedenje staršev ne opaža pri zdravih dijakih. Vendar pa to ni glavni dejavnik, ki povzroča takšno vrsto motenj, saj je velik delež med bolnimi tak, ki jim starša nista tega nikoli omenila pa so vseeno zboleli, kar je razvidno tudi pri deležu najbolj ogroženih dijakov, saj takšen odgovor predstavlja največjo vrednost. Medtem, ko se anketirani na mnenja bratov ali sester ozirajo bistveno manj.

8. Način prehranjevanja



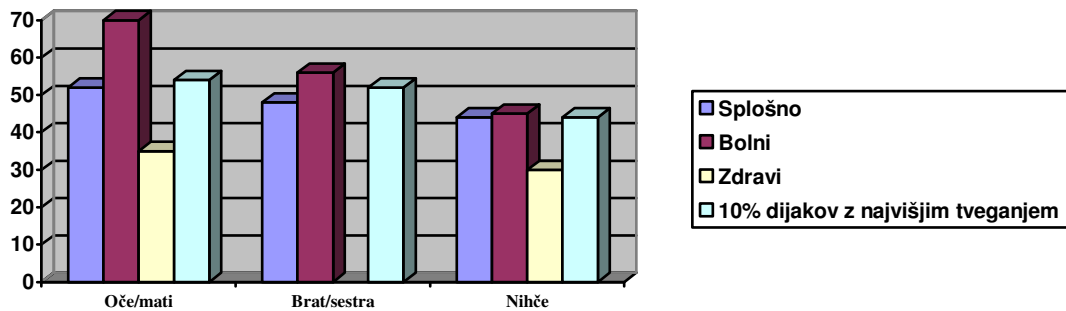
Iz tega grafa lahko razberemo, da predstavljata izbirčnost in izogibanje mastni hrani ter sladkarijam močno ogroženost, kar je razvidno pri vzorcu zdravih dijakov, saj se ta ne pojavlja v nobenem od njih. Vendar pa je moč ugotoviti, da ima izbirčnost pri prehranjevanju za odtenek močnejši vpliv na nastanek motenj hranjenja. Prav tako je razvidno, da pri dijakih, ki predstavljajo najvišjo stopnjo tveganja to ni bistveni dejavnik, saj pri njih skorajda ne pride do razlik med različnimi načini prehranjevanja.

9. Koliko pojesh?



Največjo stopnjo ogroženosti predstavlja izpuščanje obrokov. Sledita prehranjevanje do sitega in prehranjevanje, ko občutimo, da smo siti, vendar se nam zdi škoda, da bi ostalo kaj na mizi. Vendar med njima skorajda ni razlike. Občutno manjše tveganje pa predstavlja le tolikšno prehranjevanje, da preženemo lakoto. Razberemo lahko, da med zdravimi ni takih, ki bi izpuščali obroke, ali jedli tudi takrat, ko ne občutijo lakote. Medtem, ko je pri bolnih, ki že trpijo za motnjami največ takih, ki se najedo vedno do sitega, sledijo taki, ki izpuščajo obroke skorajda isti odstotek pa predstavljajo taki, ki pojedjo toliko, da preženejo občutek lakote ali pa jedo tudi, ko so že siti.

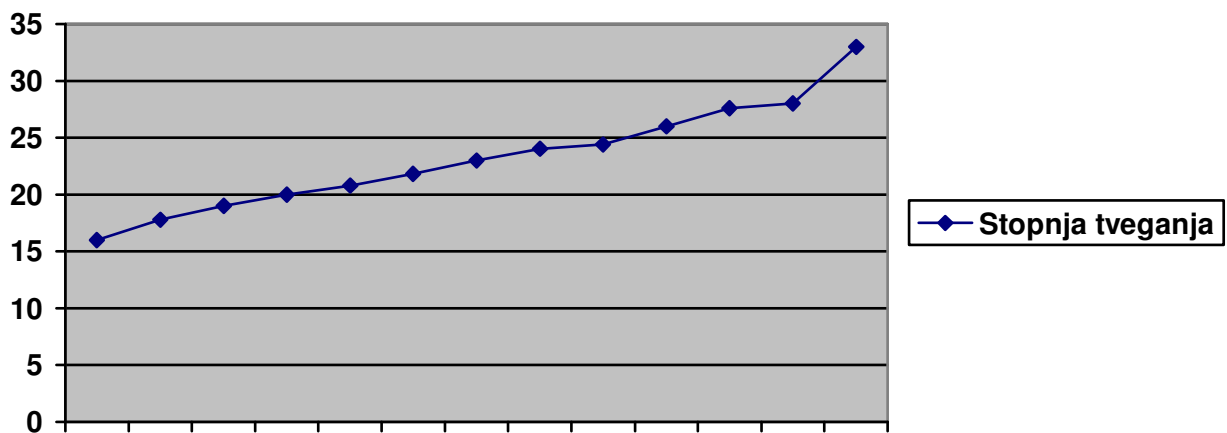
10. Ali ima kdo v družini težave s prekomerno težo?



Določeno stopnjo tveganja predstavljajo tudi težave s prekomerno težo v družini.

Vidno je, da je ogroženost večja v družini, kjer imata probleme s telesno težo oče ali mati, za odtenek manjšo ogroženost pa predstavljajo težave s prekomerno težo, ki jih imata brat/sestra. Vendar pa ni nujno, da bo zaradi tega prišlo do motenj, saj se tudi pri bolnih pojavlja delež takšnih oseb, kjer v družini ni nikakršnih težav s prekomerno telesno težo.

3.2.1 Splošni rezultat dijakov glede na zbrane točke



Če si predstavljamo, da povprečje točk zdravih dijakov pomeni 0%, kar je 15 točk in povprečje bolnih dijakov 100%, kar je 34 točk. Imamo vzorec 80 dijakov. Torej iz tega lahko razberemo, da je zelo malo število dijakov zelo ogroženo, saj graf počasi narašča.

Predpostavljamo, da je X os zasnovana od večjega števila proti manjšemu.

(Iz tega lahko izpeljujete ugotovitve, kako prepoznavati motnje hranjenja, da je to težavno, ker nikjer ni skokovite razlike itd.)

3.2.2 Splošni vzorec najbolj ogroženih dijakov

Tipična oseba z visoko stopnjo tveganja predstavlja oseba, ki je ženskega spola, stara 16 let, živi z obema staršema in ima brata ali sestro. V njenem zgodnjem otroštvu ni opaziti pretresljivih dogodkov, otroštvo je bilo lepo, brez posebnih težav. Družina nima finančnih težav, stanje prihodka, je solidno. Opazno je, da je težava s prekomerno telesno težo prisotna pri ostalih družinskih članih, bodisi pri očetu ali materi, redkeje pri bratu ali sestri. V družini se lepo razumejo, ima možnost da izrazi svoje mnenje, je deležna medsebojnega zaupanja. Je pridna učenka, šolo zdeluje s prav dobrim uspehom. S športom se na teden ukvarja 3x ali večkrat. O sebi meni, da je predebela. Prav tako veliko da na svoj videz. Želi biti vitka, imeti popolno postavo in kolikor se le da, slediti modi. Po prehranjevalnih navadah ne odstopa od drugih, je, ko jedo ostali, vendar poje le toliko, da prežene občutek lakote. Večkrat je poskusila izgubiti telesno težo, predvsem pred poletjem, saj je to čas, ko smo bolj pomanjkljivo oblečeni. Drugi dejavnik, ki vpliva na željo po izgubi odvečnih kilogramov pa se skriva v želji, da bi bila čimbolj podobna fotomodelom oz. osebam, ki se pojavljajo v množičnih medijih.

3.4 OVREDNOTENJE HIPOTEZ

Po raziskovalnem delu naloge sva prišli do naslednjih ugotovitev:

- H1 - Domneva, da so osebe, ki so imele v otroštvu možnost razviti osebne občutke glede sitosti, lakote, varnosti, osebne svobode, enakopravnosti... manj podvržene motnjam hranjenja- je potrjena
- H2 - Predpostavka, da oseba, ki izhaja iz eno starševske družine ali se počuti odrinjenega v družinskem okolju, čuti željo po dramatičnih spremembah – delno drži, saj predstavlja močnejši dejavnik tveganja družina v kateri sta prisotna oba starša
- H3 - Domneva, da občutek manj pomembnosti, pomanjkanje samospoštovanja, samozavesti, zbadanje vrstnikov, vpliva na družbeno življenje posameznika in narekuje njegovo delovanje v družbi – je potrjena.
- H4 - Domneva, da je med osebami, ki obolevajo zaradi motenj hranjenja, neprimerno več deklet kot fantov - je potrjena, saj je bil med devetimi bolnimi, ki so izpolnjevali anketo le en predstavnik moškega spola.
- H5 - Predpostavka, da zbadanje glede prekomerne telesne teže med vrstniki ali v družini, lahko povzroči izgubo samozavesti, kar pa lahko pripelje do motenj v hranjenju - je potrjena
- H6 - Predpostavka, da pravilno prehranjevanje zmanjšuje stopnjo tveganja, da bi zboleli za tovrstnimi motnjami – je potrjena
- H7 - Domneva, ki trdi, da če ima kdo v družini težave s prekomerno težo, obstaja večja možnost, da zbolíš za motnjam hranjenja - je potrjena.

4. ZAKLJUČEK

Ob zaključku seminarske naloge sva ugotovili, da so se najine hipoteze, ki sva si jih zastavili, potrdile. Najino raziskovanje je temeljilo, na dejavnikih, ki predstavljajo motnjo hranjenja, prav tako pa naju je zanimalo tudi, kakšna je sploh stopnja ogroženosti določenega dejavnika. Znano je, da je takšnih dejavnikov več in bi le redko lahko pri posamezniku izluščili le enega. Ti osebo pripeljejo tako daleč, da vstopi v začaran krog večnega boja s hrano. Dejavnike je možno razdeliti v tri skupine in sicer: družinske, socio-kulturne in biološko-genetske dejavnike, vendar pa sva se midve usmerili predvsem v družinsko okolje. Vplivi zgodnjega otroštva, poseganje staršev v prehranjevalne navade, medsebojni odnosi v družini, način prehranjevanja ter izkrivljena samopodoba, predstavljajo večjo stopnjo tveganja kot pa mesto v družini (edinec, brat, sestra), težave s prekomerno telesno težo, ki jo predstavljajo ostali družinski člani in enostarševske ali dvostarševske družine. Potrebno pa je seveda omeniti, da je odvisno predvsem od posameznika, kako bo kateri dejavnik vplival nanj.

Za tiste, ki so zboleli za motnjami prehranjevanja je znano, da imajo razne težave, kot so izoliranost od drugih ljudi, agresivnost ali pasivnost, nasilje, probleme z zakonom (kraje), prometne nesreče (povzročajo jih utrujenost, nenadne slabosti, izguba koncentracije,...). Zdravljenje, ki je potrebno, da se bolezni lahko znebimo je dolgotrajno, potrebno je sodelovanje celotne družine, razumevanje, spoštovanje,... Vendar pa se žal velikokrat pripeti, da si družina oz. okolica ter posameznik zatiskajo oči pred resnico, kar lahko bolnika pahne tudi v smrt.

Na vprašanje zakaj je vse več takšnih ljudi, predvsem mladih, ki obolevajo za motnjami hranjenja, bi najbrž morali iskati odgovore v današnji družbi. Saj je družba tista, ki narekuje življenje posameznika in mu vsiljuje svoje norme ter pravila. Torej se poraja vprašanje kaj je narobe z našo družbo, da sili posameznika v dejanja, ki ga lahko vodijo v smrt?

5. VIRI IN LITERATURA

1. **S. Ashworth**, Proč z namišljeno debelostjo, Ljubljana, 2000
2. **B. Colclough**, Ne kaj ješ – kaj te žene, da ješ!, Ljubljana, 1998
3. **A. Švab, V. Šolar, A. Cihel**, Ko hrana ni več »hrana«, Ljubljana, 1998
4. **T. Batellino**, Debelost in motnje hranjenja, Ljubljana, 2000
5. **M. Tomori**, Motnje hranjenja, Ljubljana, 1995
6. **MOTNJE** hranjenja. [online]. [Citirano 10.feb.2005; 18:00]. Dostopno na spletnem naslovu:
7. **MOTNJE** hranjenja. [online]. [Citirano 10.feb.2005; 20:00]. Dostopno na spletnem naslovu: http://www.drustvo-zenska-svetovalnica.si/motnje_1.php

6. PRILOGE

6.1 ANKETA ZA SPLOŠNI IN ZDRAVI VZOREC

MOTNJE HRANJENJA

Sva Doroteja Špec in Maja Dolšak dijakinji 3.d letnika Splošne in strokovne gimnazije Lava. Anketa je sestavni del raziskovalne naloge, z naslovom Motnje hranjenja. Anonimnost anketirancev je zagotovljena. Prosim, če odgovarjate na vprašanja iskreno, kajti le tako bova lahko pridobili ustrezne informacije na zastavljeno temo. Hvala za sodelovanje.

Pri nekaterih vprašanjih je možnih več odgovorov.

1. Spol:

m ž

2. Starost:

3. Tvoja teža in višina:

4. Izobrazba ali vrsta šole:

- a) Poklicna šola.
- b) Tehniška šola.
- c) Gimnazija.
- d) Skrajšani program.

5. Kakšno je stanje v družini?

- a) Živim samo z materjo.
- b) Živim samo z očetom.
- c) Sem edinec/edinka
- d) Imam brata/sestro.
- e) Oba starša.
- f) Rejniki.
- g) Ostalo: _____

6. Katero mesto imaš v družini?

- a) Sem prvi otrok.
- b) Sem drugi otrok.
- c) Sem tretji otrok.
- d) Sem najmlajši otrok.

7. Zgodnje otroštvo?

- a) Nič posebnega, lepo brez težav.
- b) Selitev.
- c) Ločitev staršev.
- d) Grobo ravnanje.
- e) Stalni prepiri.
- f) Drugo: _____

8. Kakšno je finančno stanje v družin?

- a) Slabo.
- b) Solidno
- c) Zelo dobro.
- d) Počutimo se revne.

9. Kakšen je tvoj uspeh v šoli?

- a) Zadosten.
- b) Dober.
- c) Prav dober.
- d) Odličen.
- e) Ne zdelujem redno.

10. Kaj ti predstavlja hrana?

- a) Sovražnica, ki je ne morem premagati.
- b) Rahljanje tesnobe in lajšanje občutkov osamljenosti.
- c) Nima posebnega pomena, lahko sem tudi brez.
- d) Grožnja pred izgubo vitkega telesa.
- e) Nič posebnega, jem da živim.

11. Ali imate občutek, da ste debeli?

- a) Sam/-a sebi se zdim grda.
- b) Zadovoljna sem s postavo.
- c) Sem predebela, vendar še sprejemam svoje telo.
- d) Lahko bi bila bolj vitka.
- e) Zaskrbljena sem zaradi videza.

12. Kako se prehranjuješ?

- a) Jem vse.
- b) Sem zelo izbirčen/ -a.
- c) Ne jem določenih vrst živil: _____
- d) Izogibam se sladkarijam in mastni hrani.
- e) Večino časa jem nizko kalorično hrano, kateri izbruhi nekontroliranega prenajedanja.

13. Kolikokrat na dan ješ?

- a) 1x.
- b) Ko starši zahtevajo.
- c) Med obroki.
- d) Ko jedo vsi ostali.
- e) Pijem samo vodo.

14. Koliko poješ?

- a) Vedno do sitega.
- b) Ko sem sit/-a pojem še ostalo, da ne ostane.
- c) Toliko, da preženem občutek lakote.
- d) Jem samo zato, ker moram.
- e) Zelo malo, ker namerno izpuščam obroke.

15. S katerim stavkom se strinjaš?

- a) Vedno mi je prav tako kot je.
- b) Sem potr/-a in depresiven/-a, ker sem daleč od popolnosti.
- c) Tudi, ko mi ne gre se ne obremenjujem.
- d) Želim izboljšati stanje, vendar mi zmeraj spodleti.
- e) Občasno sem slabe volje in želim izboljšati stanje.

16. Če si že kdaj zares poskusil/-a s hujšanjem, kdaj je to bilo?

- a) Vedno pozimi, da jem manj kot bi želel/-a.
- b) Poleti, ko smo bolj pomanjkljivo oblečeni.
- c) Vedno, ko imam občutek, da sem se zredil/-a.
- d) Še nisem hujšal/ -a.

17. Kolikokrat si že poskusil/-a?

- a) Nikoli.
- b) 1-2x.
- c) Nekajkrat.
- d) Velikokrat vendar mi nikoli ni uspelo.
- e) Nekajkrat sem poskusil/ - a manj jesti.

18. So imeli starši kdaj kakršne koli zahteve pri tvojem prehranjevanju?

- a) Silili so me, da pojem vse.
- b) Želeli so le, da se zdravo prehranjujem.
- c) Opozarjali so me, naj ne pojem preveč.
- d) V moje prehranjevanje se niso vmešavali.
- e) Zahtevali so vitko, popolno telo.

19. Zakaj si se odločil/-a, da pričneš s hujšanjem?

- a) Ker me je nekdo užalil z opazko, da sem debel/a.
- b) Ker bi rad/-a zgedal/-a tako kot fotomodeli z naslovnice.
- c) Da bi se na ta način uprl/-a staršem.
- d) Ker sem poskušal/-a pridobiti pozornost.
- e) Ker se bliža poletje in mi določena oblačila bolje pristajajo, če zgubim 1kg ali 2.
- f) Ker imam predsodke glede debelih ljudi in se na tak način poskušam izogniti, da bi bil tak kot oni, in se s tem obraniti tovrstnih predsodkov.
- g) Nimam pravega razloga.
- h) Ker imam tako nadzor nad svetom.
- i) Zaradi zdravja.
- j) Da bi pridobil/ - a prijatelje.

20. Tvoj položaj v družini?

- a) Imajo me za služabnika.
- b) Vedno sem za vse kriv/ -a.
- c) Nobene svobode.
- d) So nasilni do mene.
- e) Me zlorablajo.
- g) Drugo _____

21. Kako uveljaviš svoj prav v družini?

- a) Vidijo samo svoje probleme.
- b) Do mene so zaščitniški in strogi.
- c) Nikoli nimam prav.
- d) Vedno lahko povem svoje mnenje in me vedno poslušajo.
- e) Ne razumejo me.
- f) Odnos imamo kot bi bili prijatelji, vse si zaupamo.
- g) Vedno dosežem svoje.

22. Si kot otrok dobival ustrezne odzive (si lahko razvil lastni občutek sitosti, lakote, bil deležen ljubezni, varnosti, spodbude, uspeha...) od svojih staršev?

- a) Da. Komentar: _____
- b) Ne. Komentar: _____

23. Se veliko ukvarjaš s svojim videzom?

- a) Ne.
- b) Rad/-a sem urejen/ -a, vendar temu ne dajem pretiranega pomena.
- c) Da, ker želim biti vitek/ - a, imeti popolno postavo in oblečen/ -a po zadnji modi.
- d) Nekako poskušam slediti modi.
- e) Povprečna postava in dokaj moderna obleka je meni dovolj.

24. Kolikokrat na teden se aktivno ukvarjaš s športom?

- a) Nikoli.
- b) 1-2x.
- c) 3x ali več.
- d) Vsak dan.

25. Kateri stavek se ti zdi najustreznejši?

- a) Oseba, ki je močnejše postave se težje vključuje v družbeno življenje, v smislu zavračanja sovrstnikov.
- b) Oseba, ki je debela težje dobi službo.
- c) Oseba, ki je debela ima slabo mnenje o sebi, izkrivljeno samopodobo in pomanjkanje samozavesti.
- d) Debelost ne vpliva na kvaliteto življenja.
- e) Debeli ljudje so srečnejši.

26. Kaj meniš, bi moral/ -a storiti, da bi se pravilno prehranjeval/-a?

- a) Manj sladkarij, več zelenjave.
- b) Prenehati s prenajedanjem.
- c) Več manjših obrokov.
- d) Nimam težav s tem.
- e) Če bi se izboljšali naši medsebojni odnosi, bi te težave same izginile.

27. Katera slavna oseba ima zate popolno postavo?

28. Ali te je že kdo v družini rekel, da si predebel/-a oz. da bi bilo dobro če bi shujšal/-a?

- a) Oče.
- b) Mama.
- c) Brat/ sestra.
- d) Nihče.

29. Je imelo to kakšen vpliv nate?

- a) Ne.
- b) Malo sem se sekiral/-a, ampak nisem začel/-a hujšati.
- c) Začel/-a sem hujšati.
- d) Mi še nihče ni rekel.

30. Ima kdo v družini težave s čezmerno telesno težo?

- a) Oče.
- b) Mama.
- c) Brat/ sestra.
- d) Nihče.

6.2 ANKETA ZA BOLNI VZOREC

MOTNJE HRANJENJA

Sva Doroteja Špec in Maja Dolšak dijakinji 3.d letnika Splošne in strokovne gimnazije Lava. Anketa je sestavni del raziskovalne naloge, z naslovom Motnje hranjenja. Anonimnost anketirancev je zagotovljena. Prosim, če odgovarjate na vprašanja iskreno, kajti le tako bova lahko pridobili ustrezne informacije na zastavljeno temo. Hvala za sodelovanje.

Pri nekaterih vprašanjih je možnih več odgovorov.

1. Spol:

m ž

2. Starost:

3. Velikost

4. Telesna teža

5. Poklic oz. naziv:

- a) Osnovna šola.
- b) Srednja šola.
- c) Univerzitetna izobrazba.
- d) Poklicna izobrazba.

6. Kakšno je stanje v družini?

- a) Živim samo z materjo.
- b) Živim samo z očetom.
- c) Sem edinec/edinka
- d) Imam brata/sestro.
- e) Oba starša.
- f) Rejniki.
- g) Ostalo: _____

7. Katero mesto imaš v družini?

- a) Sem prvi otrok.
- b) Sem drugi otrok.
- c) Sem tretji otrok.
- d) Sem najmlajši otrok.

8. Zgodnje otroštvo?

- a) Nič posebnega, lepo brez težav.
- b) Selitev.
- c) Ločitev staršev.
- d) Grobo ravnanje.
- e) Stalni prepiri.
- f) Drugo: _____

9. Kakšno je finančno stanje v družini?

- a) Slabo.
- b) Solidno
- c) Zelo dobro.
- d) Počutimo se revne.

10. Kakšen je tvoj uspeh v šoli?

- a) Zadosten.
- b) Dober.
- c) Prav dober.
- d) Odličen.
- e) Ne zdelujem redno.

11. Kaj ti predstavlja hrana?

- a) Sovražnica, ki je ne morem premagati.
- b) Rahljanje tesnobe in lajšanje občutkov osamljenosti.
- c) Nima posebnega pomena, lahko sem tudi brez.
- d) Grožnja pred izgubo vitkega telesa.
- e) Nič posebnega, jem da živim.

12. Ali imate občutek, da ste debeli?

- a) Sam/-a sebi se zdim grda.
- b) Zadovoljna sem s postavo.
- c) Sem predebela, vendar še sprejemam svoje telo.
- d) Lahko bi bila bolj vitka.
- e) Zaskrbljena sem zaradi videza.

13. Kako se prehranjuješ?

- a) Jem vse.
- b) Sem zelo izbirčen/ -a.
- c) Ne jem določenih vrst živil: _____
- d) Izogibam se sladkarijam in mastni hrani.
- e) Večino časa jem nizko kalorično hrano, kateri izbruhi nekontroliranega prenajedanja.

14. Kolikokrat na dan ješ?

- a) 1x.
- b) Ko starši zahtevajo.
- c) Med obroki.
- d) Ko jedo vsi ostali.
- e) Pijem samo vodo.

15. Koliko pojesh?

- a) Vedno do sitega.
- b) Ko sem sit/-a pojem še ostalo, da ne ostane.
- c) Toliko, da preženem občutek lakote.
- d) Jem samo zato, ker moram.
- e) Zelo malo, ker namerno izpuščam obroke.

16. S katerim stavkom se strinjaš?

- a) Vedno mi je prav tako kot je.
- b) Sem potr/-a in depresiven/-a, ker sem daleč od popolnosti.
- c) Tudi, ko mi ne gre se ne obremenjujem.
- d) Želim izboljšati stanje, vendar mi zmeraj spodleti.
- e) Občasno sem slabe volje in želim izboljšati stanje.

17. Kako si se spopadel/ -a s svojo boleznijo?

- a) Molčala sem.
- b) Povedala sem staršem.
- c) Sploh nisem čutila stiske, le nezadovoljstvo.
- d) Povedala sem prijatelju.

18. Kako dolgo se že ubadaš s svojo telesno težo?

- a) Od osnovne šole.
- b) Srednja šola.
- c) Obdobje pubertete.
- d) Drugo _____

19. So imeli starši kdaj kakršne koli zahteve pri tvojem prehranjevanju?

- a) Silili so me, da pojem vse.
- b) Želeli so le, da se zdravo prehranjujem.
- c) Opozarjali so me, naj ne pojem preveč.
- d) V moje prehranjevanje se niso vmešavali.
- e) Zahtevali so vitko, popolno telo.

20. Zakaj si se odločil/-a, da pričneš z hujšanjem?

- a) Ker me je nekdo užalil z opazko, da sem debel/a.
- b) Ker bi rad/-a zgedal/-a tako kot fotodeli z naslovnice.
- c) Da bi se na ta način uprl/-a staršem.
- d) Ker sem poskušal/-a pridobiti pozornost.
- e) Ker se bliža poletje in mi določena oblačila bolje pristajajo, če zgubim 1kg ali 2.
- f) Ker imam predsodke glede debelih ljudi in se na tak način poskušam izogniti, da bi bil tak kot oni, in se s tem obraniti tovrstnih predsodkov.
- g) Nimam pravega razloga.
- h) Ker imam tako nadzor nad svetom.
- i) Zaradi zdravja.
- j) Da bi pridobil/ - a prijatelje.

21. Tvoj položaj v družini?

- a) Imajo me za služabnika.
- b) Vedno sem za vse kriv/ -a.
- c) Nobene svobode.
- d) So nasilni do mene.
- e) Me zlorablajo.

22. Kako uveljaviš svoj prav v družini?

- a) Vidijo samo svoje probleme.
- b) Do mene so zaščitniški in strogi.
- c) Nikoli nimam prav.
- d) Vedno lahko povem svoje mnenje in me vedno poslušajo.
- e) Ne razumejo me.
- f) Odnos imamo kot bi bili prijatelji, vse si zaupamo.
- g) Vedno dosežem svoje.

23. Si kot otrok dobival ustrezne odzive (si lahko razvil lastni občutek sitosti, lakote, bil deležen ljubezni, varnosti, spodbude, uspeha...) od svojih staršev?

- a) Da. Komentar: _____
- b) Ne. Komentar: _____

24. Se veliko ukvarjaš s svojim videzom?

- a) Ne.
- b) Rad/-a sem urejen/ -a, vendar temu ne dajem pretiranega pomena.
- c) Da, ker želim biti vitek/ - a, imeti popolno postavo in oblečen/ -a po zadnji modi.
- d) Nekako poskušam slediti modi.
- e) Povprečna postava in dokaj moderna obleka je meni dovolj.

25. Kolikokrat na teden se aktivno ukvarjaš s športom?

- a) Nikoli.
- b) 1-2x.
- c) 3x ali več.
- d) Vsak dan.

26. Kateri stavek se ti zdi najustreznejši?

- a) Oseba, ki je močnejše postave se težje vključuje v družbeno življenje, v smislu zavračanja sovrstnikov.
- b) Oseba, ki je debela težje dobi službo.
- c) Oseba, ki je debela ima slabo mnenje o sebi, izkrivljeno samopodobo in pomanjkanje samozavesti.
- d) Debelost ne vpliva na kvaliteto življenja.
- e) Debeli ljudje so srečnejši.

27. Kaj meniš, bi moral/ -a storiti, da bi se pravilno prehranjeval/-a?

- a) Manj sladkarij, več zelenjave.
- b) Prenehati s prenajedanjem.
- c) Več manjših obrokov.
- d) Nimam težav s tem.
- e) Če bi se izboljšali naši medsebojni odnosi, bi te težave same izginile.

28. Posledice motenj hranjenja, ki so te doletele zaradi motenj hranjenja?

- a) Izguba prijateljev.
- b) Misel na samomor.
- c) Samozaničevanje.
- d) Depresija.
- e) Živčnost.
- f) Izguba motivacije.

29. Ali te je že kdo v družini rekel, da si predebel/-a oz. da bi bilo dobro če bi shujšal/-a?

- a) Oče.
- b) Mama.
- c) Brat/ sestra.
- d) Nihče.

30. Je imelo to kakšen vpliv nate?

- a) Ne.
- b) Malo sem se sekiral/-a, ampak nisem začel/-a hujšati.
- c) Začel/-a sem hujšati.
- d) Mi še nihče ni rekel..

31. Ima kdo v družini težave s čezmerno telesno težo?

- a) Oče.
- b) Mama.
- c) Brat/ sestra.
- d) Nihče.
- e) Drugo _____

6.3 VPRAŠANJA, KI SO BILA TOČKOVANA

1. Kolikokrat na dan ješ?

- a) 1x. 4
- b) Ko starši zahtevajo. 3
- c) Med obroki. 1
- d) Ko jedo vsi ostali. 2
- e) Pijem samo vodo. 5

2. Kolikokrat si že poskusil/-a s hujšanjem?

- a) Nikoli. 4
- b) 1-2x. 1
- c) Nekajkrat. 3
- d) Velikokrat vendar mi nikoli ni uspelo. 2
- e) Nekajkrat sem poskusil/ - a manj jesti. 5

3. Ali imate občutek, da ste debeli?

- a) Sam/-a sebi se zdim grda. 5
- b) Zadovoljna sem s postavo. 1
- c) Sem predebela, vendar še sprejemam svoje telo. 3
- d) Lahko bi bila bolj vitka. 2
- e) Zaskrbljena sem zaradi videza. 4

4. S katerim stavkom se strinjaš?

- a) Vedno mi je prav tako kot je. 1
- b) Sem potr/-a in depresiven/-a, ker sem daleč od popolnosti. 5
- c) Tudi, ko mi ne gre se ne obremenjujem. 2
- d) Želim izboljšati stanje, vendar mi zmeraj spodleti. 4
- e) Občasno sem slabe volje in želim izboljšati stanje. 3

5. Kako se prehranjuješ?

- a) Jem vse. 1
- b) Sem zelo izbirčen/ -a. 2
- c) Ne jem določenih vrst živil: _____ 3
- d) Izogibam se sladkarijam in mastni hrani. 4
- e) Večino časa jem nizko kalorično hrano, kateri izbruhi nekontroliranega prenajedanja. 5

6. Koliko poješ?

- a) Vedno do sitega. 2
- b) Ko sem sit/-a pojem še ostalo, da ne ostane. 3
- c) Toliko, da preženem občutek lakote. 1
- d) Jem samo zato, ker moram. 4
- e) Zelo malo, ker namerno izpuščam obroke. 5

7. Kaj ti predstavlja hrana?

- a) Sovražnica, ki je ne morem premagati. **5**
- b) Rahljanje tesnobe in lajšanje občutkov osamljenosti. **2**
- c) Nima posebnega pomena, lahko sem tudi brez. **3**
- d) Grožnja pred izgubo vitkega telesa. **4**
- e) Nič posebnega, jem da živim. **1**

8. So imeli kdaj starši kakšne zahteve pri tvojem prehranjevanju?

- a) Silili so me, da pojem vse. **4**
- b) Želeli so le, da se zdravo prehranjujem. **1**
- c) Opozarjali so me, naj ne pojem preveč. **3**
- d) V moje prehranjevanje se niso vmešavali. **2**
- e) Zahtevali so vitko, popolno telo. **5**

9. Kateri stavek se ti zdi najustreznejši?

- a) Oseba, ki je močnejše postave se težje vključuje v družbeno življenje, v smislu zavračanja sovrstnikov. **4**
- b) Oseba, ki je debela težje dobi službo. **3**
- c) Oseba, ki je debela ima slabo mnenje o sebi, izkrivljeno samopodobo in pomanjkanje samozavesti. **5**
- d) Debelost ne vpliva na kvaliteto življenja. **1**
- e) Debeli ljudje so srečnejši. **2**

10. Se veliko ukvarjaš s svojim videzom?

- a) Ne. **1**
- b) Rad/-a sem urejen/ -a, vendar temu ne dajem pretiranega pomena. **2**
- c) Da, ker želim biti vitek/ - a, imeti popolno postavo in oblečen/ -a po zadnji modi. **5**
- d) Nekako poskušam slediti modi. **4**
- e) Povprečna postava in dokaj moderna obleka je meni dovolj. **3**