

Mestna občina Celje
Komisija mladi za Celje

»JE, DA BI BRUHAL, IN BRUHA, DA BI JEDEL«

**RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED
CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI**

RAZISKOVALNA NALOGA

ŠIFRA: mhranjenja

LETNIK: 2. LETNIK

Celje, marec 2024

»JE, DA BI BRUHAL, IN BRUHA, DA BI JEDEL«

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

»JE, DA BI BRUHAL, IN BRUHA, DA BI JEDEL«

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI
SREDNJEŠOLCI

RAZISKOVALNA NALOGA

ŠIFRA: mhranjenja

LETNIK: 2. *LETNIK*

Mestna občina Celje, Mladi za Celje

Celje, 2024

POVZETEK

Motnje hranjenja so v družbi prisotne že desetletja. V zadnjih letih je njihova prevalenca drastično narasla in predstavlja velik družbeni problem, kateremu družba (kot kažejo raziskave) ne posveča dovolj pozornosti. Med drugim se razvijajo nove oblike motenj hranjenja (ortoreksija in bigoreksija), o katerih so mladi slabo ozaveščeni. V raziskovalni nalogi *»Je, da bi bruhal, in bruha, da bi jedel« Razširjenost mitov o nekaterih motnjah hranjenja med celjskimi srednješolci* smo preučevali znanje o motnjah hranjenja, poznavanje mitov in prepoznavanje določenih vrst motenj hranjenja glede na njihove simptome. Zanimalo nas je tudi, kako na to vplivajo različne spremenljivke (spol in starost anketirancev, stopnja izobrazbe staršev in izkušnja s katero izmed motenj hranjenja). V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja – spletno anketiranje. Raziskava je bila narejena po nemškem, italijanskem in avstralskem vzorcu vprašalnika, s katerim so v teh državah preučevali razširjenost mitov in poznavanje trditev o motnjah hranjenja. V naši raziskavi je sodelovalo 386 anketirancev, celjskih srednješolcev, starih 14–19 let. Celjski srednješolci so izkazali dobro znanje na vseh področjih preučevanja. Rezultati so pokazali, da je spol tista (neodvisna) spremenljivka, ki najbolj vpliva na poznavanje motenj hranjenja. Slabše znanje so anketirani izkazali na področju poznavanja dejavnikov, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja, (nepurgativne) bulimije nervoze, kompulzivnega prenajedanja in poznavanju pojmov ortoreksije in bigoreksije. Motnje hranjenja so sicer ocenili kot resne motnje, a so o njihovi stopnji smrtnosti premalo ozaveščeni. Z raziskavo želimo poudariti, da je pri izobraževanju celjskih srednješolcevo motnjah hranjenja treba posebno pozornost posvečati predvsem prej izpostavljenih področjem. Pomembno bi bilo izboljšati odnos mladih do zdravstvenih delavcev, predvsem zaupanje v družbene institucije. Znanje, ki ga mladi pridobivajo v šoli, se je izkazalo kot zadostno in v skladu z obstoječo literaturo. Šole zato še v naprej spodbujamo v izobraževanje mladih o motnjah hranjenja. Z boljšim znanjem lahko pripomoremo k izkoreninjenju mitov, manjši stigmi in zmanjšanju deleža nediagnosticiranih bolnikov.

Ključne besede: motnje hranjenja, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prenajedanje, miti

ABSTRACT

Eating disorders have been present in our society for decades. In recent years, their prevalence has increased dramatically and they have become a major social issue, which, according to research, society does not pay enough attention to. In addition, new forms of eating disorders, such as orthorexia and bigorexia are developing and young people have little awareness of them. In the research "Eating to vomit and vomiting to eat?" - The prevalence of myths about certain eating disorders among secondary school students in Celje"- we examined the students' knowledge about eating disorders, their awareness of myths and the identification of certain types of eating disorders according to their symptoms. We were also interested in the influence of different variables such as gender and age of the respondents, educational level of parents and experience with an eating disorder. We used a quantitative research method - an online survey. The survey was based on the German, Italian and Australian questionnaires, which have been used to study the prevalence of myths and knowledge about eating disorders in these countries. The 386 respondents in our study were 14–19-year-old secondary school students from Celje. They proved to have good knowledge in all areas of the research. The results showed that gender is the independent variable that has the greatest influence on knowledge about eating disorders. The respondents showed lower knowledge of the factors influencing the development of eating disorders, (nonpurging) bulimia nervosa, compulsive eating disorder and knowledge of the terms orthorexia and bigorexia. Although eating disorders are considered to be serious illnesses by our respondents, there is a lack of awareness of their mortality rates. This study aims to highlight that, when educating secondary school students in Celje about eating disorders, we need to pay special attention to those areas, in which respondents have shown insufficient knowledge. It is vital that we improve young people's attitudes towards health professionals, especially enhance their trust in social institutions. The knowledge that young people acquire at school has proven to be sufficient and correct. Therefore, schools should be further encouraged to educate young people about eating disorders. By providing more knowledge on the subject we can help to dispel myths, reduce stigma and decrease the proportion of undiagnosed patients.

ZAHVALA

Za pomoč, podporo, čas in spodbudne besede se v prvi vrsti zahvaljujem svoji mentorici, [REDACTED]. Hvala vam, ker ste mi odprli vrata v nov svet in mi s svojimi nasveti ob kakršnem koli dvomu pokazali pravo pot. Poskrbeli ste, da me je moja prva izkušnja z raziskovanjem več kot le navdihnila za nadaljnje raziskovanje. Zato vam bom za vedno neizmerno hvaležna.

Posebno zahvalo posvečam tudi osebi, ki me k uspehu vodi že celotno življenje, me podpira in mi vedno stoji ob strani. Osebi, ki je moj vzor in me je pravzaprav popeljala v raziskovalne vode. Mami, hvala, ker si z mano (pre)trpela in mi pomagala prebresti najtežje obdobje mojega življenja, ki je nenazadnje glavni motiv, za nastanek te raziskovalne naloge. Osvobodila si me iz kletke, v kateri sem bila ujeta kot nemočna gosjenica, ki je zahvaljujoč tebi prosto odletela kot metulj in se danes spopada z novimi izzivi.

Hvala tudi tebi, dragi ati, in tebi, draga sestra, ter vsem bližnjim, ki mi nudijo podporo na vsakem koraku in me spodbujajo, da vedno znova, poskušam kaj novega.

Hvala tudi vsem, ki so sodelovali kot respondenti in mi pomagali zbrati tolikšen vzorec ter s tem doprinesli k rezultatom raziskovalne naloge. Hvala vsem prijateljem, prijateljicam, bivšim in sedanjim sošolcem, ki so mi pomagali pri zbiranju vzorca.

KAZALO VSEBINE

POVZETEK	1
ABSTRACT	2
ZAHVALA.....	3
KAZALO VSEBINE.....	4
KAZALO TABEL.....	6
1. UVOD	7
1.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA.....	10
1.1.1 HIPOTEZE.....	10
1.2 METODOLOGIJA	11
1.3 POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV.....	11
1.4 RAZISKOVALNI VZOREC	12
1.5 MERSKI INSTRUMENT.....	12
2. TEORETIČNI DEL.....	24
2.1 VRSTE MOTENJ HRANJENJA.....	24
2.1.1 ANOREKSIJA NERVOZA	24
2.1.2 BULIMIJA NERVOZA	26
2.1.3 KOMPULZIVNO PRENAJEDANJE	29
2.1.4 ORTOREKSIJA.....	31
2.1.5 BIGOREKSIJA	33
2.2 RAZVOJ MOTENJ HRANJENJA	34
2.3 ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA	36
2.4 SMRTNOST MOTENJ HRANJENJA.....	39
2.5 POGOSTOST MOTENJ HRANJENJA.....	40
2.5.1 POGOSTOST MOTENJ HRANJENJA V SLOVENIJI.....	42
2.6 SOCIOLOŠKI VIDIK MOTENJ HRANJENJA	43
2.6.1 DRUŽBENA KONSTRUKCIJA TELES	43
2.6.2 POTROŠNIŠKA KULTURA IN UKVARJANJE S TELESOM V MODERNIH DRUŽBAH.....	44
2.6.3 VPLIV DRUŽBENIH OMREŽIJ	45
2.6.4 POGLED SOCIOLOŠKIH PARADIGEM NA MOTNJE HRANJENJA.....	47

2.6.5	<i>DRUŽBENA STIGMA</i>	48
2.6.6	<i>POGLED DRUŽBE NA UČINKOVITOST ZDRAVLJENJA</i>	49
2.6.7	<i>BIOLOŠKI IN DRUŽBENI SPOL</i>	49
2.7	EATING DISORDER MENTAL HEALTH LITERACY (ED-MHL)	51
2.7.1	<i>VPLIV IZOBRAZBE STARŠEV NA ED-MHL</i>	53
2.8	KJE POISKATI POMOČ	54
2.9	VIR ZNANJA MLADIH O MOTNJAH HRANJENJA	54
2.10	RAZLIKE O ZNANJU O MOTNJAH HRANJENJA MED ŽENSKAMI IN MOŠKIMI	55
3.	REZULTATI	59
3.1	STATISTIČNA PREDSTAVITEV RAZISKOVALNEGA VZORCA	59
3.2	INTERPRETACIJA REZULTATOV	62
3.3	POVEZAVA MED MITI IN TRDITVAMI, POVEZANIMI Z MOTNJAMI HRANJENJA	110
3.4	OMEJITVE RAZISKAVE	114
4.	ZAKLJUČEK	115
5.	VIRI	121
6.	PRILOGA	137
	PRILOGA A: ANKETNI VPRAŠALNIK	137
	PRILOGA B: BROŠURA	142

KAZALO TABEL

Tabela 1: Seznam mitov	14
Tabela 2: Seznam trditev.	22
Tabela 3: Raziskovalni vzorec po spolu.....	59
Tabela 4: Starost anketirancev.....	60
Tabela 5: Izobrazba staršev anketirancev	60
Tabela 6: Raziskovalni vzorec glede na izkušnjo z motnjo hranjenja	61
Tabela 7: Raziskovalni vzorec po spolu glede na izkušnjo z motnjo hranjenja.....	61
Tabela 8: Rezultati za vprašanje o poznavanju anoreksije.....	62
Tabela 9: : Rezultati za vprašanje o poznavanju kompulzivnega prenajedanja.....	63
Tabela 10: Rezultati za vprašanje o poznavanju bulimije	63
Tabela 11: Mnenje o tem, katera oblika motenj hranjenja je najpogostejša	67
Tabela 12: Splošno poznavanje mitov o motnjah hranjenja	69
Tabela 13: Strinjanje z miti glede na starost anketirancev	71
Tabela 14: Strinjanje z miti glede na spol anketirancev	78
Tabela 15: Strinjanje z miti glede na to, od kod so anketiranci pridobili znanje o motnjah hranjenja	82
Tabela 16: Splošno poznavanje trditev o motnjah hranjenja.....	89
Tabela 17: Poznavanje trditev o motnjah hranjenja glede na lastno izkušnjo z motnjami hranjenja	93
Tabela 18: Kje po mnenju anketirancev (ki imajo ali nimajo izkušnje z motnjo hranjenja) oseba največkrat poišče pomoč.....	96
Tabela 19: Poznavanje trditev glede na izobrazbo staršev anketirancev	99
Tabela 20: Mnenje anketirancev o tem, pri kom osebe z motnjami hranjenja največkrat poiščejo pomoč.....	103
Tabela 21: Razlike po spolu anketirancev glede mnenja, kam se osebe z motnjami hranjenja zatečejo po pomoč	105
Tabela 22: Poznavanje pojma ortoreksija	107
Tabela 23: Poznavanje pojma bigoreksija.....	108
Tabela 24: Viri znanja anketirancev o motnjah hranjenja	109
Tabela 25: Povezava med miti in trditvami.....	111
Tabela 26: Razlogi za porast motenj hranjenja po mnenju anketirancev.....	112

1. UVOD

Podoba idealnega telesa in s tem lepotni družbeni ideali so se razvili že v Stari Grčiji. Ti so se izoblikovali znotraj posameznih kultur in se skozi zgodovino spreminjali; od suhega do močnejšega, z oblinami obdanega telesa. Danes je v Zahodnih kulturah zaželena kombinacija obojega; ozek pas, široki boki ter veliko oprsje pri ženskah inmišičasto telo pri moških. Pomembnejša vrednota je postala potreba po zunanji privlačnosti in doseganje lepotnih idealov. V sodobnih družbah je uresničitev te vedno težja, od posameznika pa zahteva veliko truda, časa, samodiscipline in nemalokrat tudi finančnega vložka. Posebej dovzetni za doseganje teh idealov so mladi. Obdobje mladosti je zaznamovano z biološkimi spremembami, zaradi katerih se oblika telesa mladih opazno spreminja. Če te spremembe niso v skladu s kulturnimi ideali in ne zadoščajo lepotnim idealom v kulturi, se mladi začnejo pretirano obremenjevati s svojim telesom. To jih velikokrat vodi v nezadovoljstvo in nižjo samopodobo, hkrati pa njih vzbudi še močnejšo željo po doseganju lepotnih idealov (ki so kot ideali poimenovani z razlogom, torej nedosegljivi). Želja po nadzoru nad svojim življenjem pa nemalokrat nezavedno vodi v nenadzorovano vedenje, ki povzroči razvoj različnih duševnih motenj – med njimi tudi motenj hranjenja.

Motnje hranjenja so kompleksna duševna motnja (Altum Health, 2021), katere vzrok so notranje stiske, kažejo pa se kot izguba nadzora nad vrsto in količino hrane, ki jo zaužijemo, kar se kaže kot sprememba prehranjevalnega vedenja. Pandel Mikuš (2003) pravi, da težave s hranjenjem postanejo motnje hranjenja takrat, ko se okoli hrane začne vrteti večina misli, notranjih konfliktov in občutkov krivde. Pri bolnikih je lahko prisotna tudi pretirana obremenjenost z zunanjim izgledom in telesno maso, ni pa nujno. Motnja se navzven kaže s telesnimi oziroma zunanjimi znaki, kot so prenašanje, bruhanje, stradanje, zloraba odvajal ali diuretikov, socialni odmik, strah pred prehranjevanjem ali posledicam uživanja določene hrane in pretirana telesna aktivnost. Znaki se lahko kažejo podobno kot zasvojenost (American Psychiatric Association, 2023) in ogrožajo zasebno in družinsko delovanje posameznika z motnjo (Feldhege idr., 2022). Več kot 70 % bolnikov z motnjami hranjenja (Keski-Rahkonen in Mustelin, 2016) ima poleg motenj hranjenja pogosto prisotne tudi druge duševne motnje, kot so anksioznost, panični napadi, obsesivna kompulzivna motnja, zloraba drog in alkohola (American Psychiatric Association, 2023).

Z motnjami hranjenja se danes sooča kar 70 milijonov svetovnega prebivalstva (Fernandez-Aranda, Banka, Herbet in Piatkowska-Chimel, 2023) njihova stopnja smrtnosti, pa je med duševnimi motnjami v samem vrhu (Meczekalski, Podfigurna-Stopa in Katulski, 2013). V deležu bolnih za drugimi državami ne zaostaja niti Slovenija, ampak s svojim deležem preseže mnoge evropske države. Raziskave kažejo, da je vedno manj (slovenskih) mladih zadovoljnih s svojim zdravjem in življenjem (Lavrič idr., 2021). Pri mladostnikih raziskave kažejo na visoko obremenjenost s telesno maso in zelo visoko stopnjo nezadovoljstva s telesom (Roberts idr., 2009). Vse to so vzroki, ki jim raziskovalci pripisujejo porast motenj hranjenja. V Sloveniji je narastel delež tako podhranjenih kot prekomerno hranjenih (Lavrič idr., 2021), čemur družba posveča premalo pozornosti in ponudi premalo ukrepov, ki bi stanje izboljšali. Mladi svoje duševne težave največkrat zadržijo zase, le redki se po pomoč obrnejo osebi, ki jim lahko nudi strokovno pomoč in jim omogoči učinkovito zdravljenje (Lavrič idr., 2021). Na mlade se vršijo vedno večji pritiski, da bi zadostili lepotnim idealom, ki so jim (predvsem na družbenih omrežjih) prikazani kot v družbi edini zaželeno in dosegljivi z le »kratko dieto« in »malce telovadbe«. Želja ponadзору, pa se pri posamezniku hitro spreobrne v nenadzorovano vedenje (UR Medicine, 2023), posamezniki pa se resnosti stanja navadno zavedo šele po letih trpljenja in mučenja svojega telesa ter krhanja odnosa z bližnjimi.

Bolnikom z motnjami hranjenja je ob zdravljenju težko. Med zdravljenjem se v njih nadaljuje notranji boj med željo po spremembi in nadaljevanju življenja z motnjo, hkrati pa je tu prisotna še posameznikova želja po ohranitvi anonimnosti zaradi družbenestigme. Z boljšo ozaveščenostjo prebivalstva na področju motenj hranjenja lahko pripomoremo k izkoreninjenju mitov in zmanjšanju stigme do bolnikov. Prav zato smose v naši raziskavi odločili, da analiziramo in ovrednotimo znanje in poznavanje mitovo motnjah hranjenja med celjskimi srednješolci. Da bi ugotovili, s čim lahko k izboljšanju znanja pripomoremo, nas je v raziskavi zanimalo, kateri so dejavniki, ki na znanje in poznavanje mitov o motnjah hranjenja vplivajo. K temu spodbujamo še druge raziskovalce. Večji nabor podatkov nam lahko omogoča oblikovanje zanesljivih sklepov, na podlagi katerih lahko oblikujemo ukrepe, ki bi pripomogli k izboljšanju sedanjega stanja.

K še večjemu sodelovanju na področju širjenja znanja spodbujamo predvsem šole, ki lahko z raznovrstnimi dejavnostmi in dodatnimi izobraževanji mlade podučijo o prepoznavi simptomov in ustreznemu pristopu do bolnikov z motnjami hranjenja. S podobnimi ukrepi lahko pripomoremo k zmanjšanju števila nediagnosticiranih bolnikov in izboljšamo kvaliteto življenja mnogih posameznikov, ki se sami ne morejo rešiti iz začaranega kroga, v katerega so se nenamerno in nezavedno ujeli.

1.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

1.1.1 HIPOTEZE

V raziskovalni nalogi smo si zastavili naslednje hipoteze:

1. Ženske anketiranke v povprečju pravilneje prepoznajo značilne motnje hranjenja kot moški.
2. Anketirani bodo na podlagi značilnega opisa motenj hranjenja v večini (70 % ali več) pravilno prepoznali anoreksijo nervozo kot vrsto motnje hranjenja.
3. Obstajajo razlike glede na starost o mnenju, katera oblika motnja hranjenja je najpogostejša.
 - 3a: Starejši anketirani (18–19) bodo prepoznali kompulzivno prenažedanje kot najpogostejšo motnjo hranjenja.
 - 3b: Mlajši anketirani (14–15) pa bodo prepoznali anoreksijo nervozo kot najpogostejšo obliko motnjo hranjenja.
4. Mlajši anketiranci (14–15 let) bodo izkazali več strinjanja z miti kot starejši (18–19 let).
5. Anketiranci, ki so znanje o motnjah hranjenja pridobili v družini, bodo izkazali več strinjanja z miti.
6. Anketiranci, ki so se ali se še vedno spopadajo z motnjo/-ami, bodo v trditvah, povezanih z motnjami hranjenja, izkazali višjo stopnjo poznavanja motenj hranjenja.
7. Anketiranci, katerih starši imajo vsaj višješolsko izobrazbo, bodo v trditvah, povezanih z motnjami hranjenja, izkazali višjo stopnjo poznavanja motenj hranjenja.
8. Obstajajo razlike glede na spol anketiranih o mnenju, pri kom osebe z motnjami hranjenja največkrat poiščejo pomoč.
 - 8a: Ženske anketiranke menijo, da osebe z motnjami hranjenja največkrat pomoč poiščejo pri materi.
 - 8b: Moški anketirani menijo, da osebe z motnjami hranjenja največkrat pomoč poiščejo pri prijatelju.
9. Večini anketirancev (70 % ali več) pojem ortoreksija ni poznan.
10. Večini anketirancev (70 % ali več) pojem bigoreksija ni poznan.

1.2 METODOLOGIJA

V raziskovalni nalogi smo uporabili naslednje raziskovalne metode:

- Z deskriptivno metodo smo predstavili teoretična izhodišča.
- Z metodo komparacije smo teoretična izhodišča, ki so že na voljo, povzemali in primerjali.
- S kvantitativno metodo anketiranja smo zbrali empirične podatke o poznavanju mitov in znanju celjskih srednješolcev o motnjah hranjenja.
- Z metodo analize smo primerjali že opravljene študije primera z rezultati ankete.
- Z metodo analize smo interpretirali ugotovitve analitičnega dela raziskovalne naloge.

1.3 POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV

V prejšnjem poglavju *Metodologija* smo že predstavili metode, ki so bile uporabljene pri raziskovanju. V teoretičnem delu smo tako večinoma uporabili deskriptivno metodo, s katero smo opisali teoretična izhodišča, analizirali primarne in sekundarne vire domačih in tujih avtorjev ter z metodo komparacije primerjali že znana spoznanja.

Za potrebe raziskave v empiričnem delu raziskovalne naloge smo podatke zbrali s pomočjo kvantitativne metode zbiranja podatkov, in sicer s spletno anketo – orodje 1KA. Spletna anketa je bila dostopna od 4. januarja 2024. V času do 30. januarja 2024 smo zbrali za analizo potrebno število respondentov, zato smo anketo deaktivirali. Anketo smo objavili na svojih družbenih omrežjih (Facebook, Instagram, Snapchat) k reševanju in deljenju ankete smo povabili prijatelje, znance in profesorje ter tako s pomočjo metode snežne kepe zbirali respondente. K sodelovanju smo povabili tako dijake celjskih gimnazij (Gimnazija Celje – Center, I. Gimnazija v Celju, Ekonomska šola Celje (program ekonomska gimnazija) in Gimnazija Lava), kot dijake celjskih strokovnih šol (štiri- in triletni programi na Šolskem centru Celje, Srednji šoli za storitvene dejavnosti in logistiko ter Ekonomski šoli Celje, Srednji zdravstveni in kozmetični šoli Celje). Zbrani podatki so bili obdelani v programu IBM SPSS 22. Za izbrane (neodvisne in/ali odvisne) spremenljivke smo s programom izdelali preglednice, ki so prikazale absolutne in relativne frekvence.

Anketo smo oblikovali po italijanskem (Napolitano, Bencivenga, Pompili in Angellino, 2019), avstralskem (Mond idr., 2007) in nemškem vzorcu (Feldhege idr., 2022) vprašalnika, ki so bili ustvarjeni za preučevanje znanja mladih o motnjah hranjenja in njihovega odnosa do bolnikov.

Vprašalnik smo prilagodili tako, da omogoča preverjanje zastavljenih hipotez, primerjavo z že izvedenimi raziskavami in da vprašalnik glede na število in zahtevnost vprašanj ni predolg, saj bi to lahko povzročilo izpad anketirancev med reševanjem.

Anketa je dodana kot priloga (priloga A) raziskovalni nalogi.

1.4 RAZISKOVALNI VZOREC

V raziskavo smo želeli vključiti celjske srednješolke in srednješolce stare med 14 in 19 let, katerih starši imajo različno stopnjo izobrazbe. Med respondente smo želeli vključiti tiste, ki se niso soočali z motnjo/-ami hranjenja, kot tudi tiste, ki se še vedno ali so se spopadali z motnjo/-ami hranjenja. Spletno anketo je rešilo 496 anketirancev, od tega je bilo za analizo ustreznih 368 anket. Raziskovalni vzorec je predstavljen v poglavju *3.1 Statistična predstavitev raziskovalnega vzorca*.

1.5 MERSKI INSTRUMENT

V raziskavo so bili vključeni naslednji merski instrumenti: sociodemografska dejavnika – spol, starost; stopnja izobrazbe staršev in izkušnja z motnjo/-ami hranjenja. Anketa je bila oblikovana po italijanskem (Napolitano idr., 2019), avstralskem (Mond idr., 2007) in nemškem vzorcu (Feldhege idr., 2022) vprašalnika.

Pri vprašanju o spolu smo anketiranim ponudili dva odgovora: moški (1) in ženski (2) spol.¹ Na vprašanje o starosti smo ponudili tri različne odgovore: 14–15 let (1), 16–17 let (2) in 18–19 let (3). Pri vprašanju o stopnji izobrazbe staršev so anketirani izbrali med štirimi ponujenimi odgovori (1 = osnovnošolska izobrazba, 2 = srednješolska izobrazba, 3 = visokošolska ali višješolska izobrazba, 4 = doktorat znanosti ali znanstveni magisterij). Anketirani smo povprašali tudi če se oziroma so se spopadali z motnjo/-ami hranjenja in jim ponudili dva odgovora: da (1) in ne (2).

V vprašalniku smo se najbolj osredotočili na poznavanje treh vrst motenj hranjenja: anoreksije nervoze, bulimije nervoze in kompulzivnega prenažedanja. Da bi preverili poznavanje splošnih definicij motenj hranjenja smo navedli definicijo značilno za zgoraj naštetih vrst motenj hranjenja in anketiranim ponudili tri odgovore (1 = anoreksija nervoza, 2 = bulimija nervoza in 3 = kompulzivno prenažedanje), kar smo povzeli po italijanskem vzorcu vprašalnika (Napolitano idr., 2019). Nato nas je zanimalo, od kod so anketirani pridobili znanje, s katerim so odgovorili na ta vprašanja in jim ponudili sedem odgovorov (1 = družinsko okolje, 2 = prijatelji, 3 = v šoli, 4 = družbena omrežja, 5 = splet, 6 = od zdravstvenih delavcev in 7 = drugo, pri čemer so imeli možnost vpisa poljubnega odgovora). Anketirance smo nato vprašali, katera motnja hranjenja je po njihovem mnenju najpogostejša in jim na izbiro dali tri odgovore (1 = anoreksija nervoza, 2 = bulimija nervoza in 3 = kompulzivno prenažedanje; pri tem smo k vsaki motnji dopisali še ustrezno definicijo motnje – v primeru da anketirani katere izmed motenj ne bi poznali).

V nadaljevanju ankete smo respondentom ponudili dve tabeli, s katerima smo preverjali poznavanje mitov² in ED-MHL (Eating Disorder Mental Health Literacy) anketiranih. V prvi tabeli je bilo navedenih 15 mitov pridobljenih iz nemške raziskave (Feldhege idr., 2022) in spletnih strani (Rachael Hartley Nutrition, 2017; UR Medicine, 2023; Oliver-Pyatt, 2023; Eating Recovery Center, 2020; Hopkins Medicine, 2023), na katere so anketirani odgovarjali z drži (1) ali ne drži (2). Miti so bili izbrani po pregledani številni literaturi in končnemu izboru tistih, ki so bili najdeni v vsaj dveh virih. V tabeli 1 so zapisani miti, vključeni v anketo.

¹ Glej poglavje biološki in družbeni spol.

² Mit razumemo v drugem pomenu razlage v slovarskem sestavku Slovarja slovenskega knjižnega jezika: 'zelo pozitivna, a nerealna predstava o določenih dogodkih, pojavih, ljudeh'.

Tabela 1: Seznam mitov

MIT	PRAVILNI ODGOVOR
1. Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.	Ne drži
2. Motnje hranjenja so odločitev.	Ne drži
3. Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.	Ne drži
4. Starši so tisti, ki povzročijo nastanek motenj hranjenja pri svojih otrocih.	Ne drži
5. Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.	Ne drži
6. Motnje hranjenja so le obdobje, ki bo minilo samo od sebe.	Ne drži
7. Ljudje z normalno telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja.	Ne drži
8. Motnje hranjenja niso resna motnja.	Ne drži
9. Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.	Ne drži
10. Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanem izgledu.	Ne drži
11. Biti športnik ali zvest zdravi prehrani, pomeni, da si zdrav.	Ne drži
12. Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.	Ne drži
13. Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.	Ne drži
14. Bolnik z motnjami hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.	Ne drži
15. Dieta je normalen del življenja posameznika.	Ne drži

Miti 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13 in 15 so bili povzeti po raziskavi Feldhege idr. (2022). Mit 1 je bil pridobljen na spletni strani Rachael Hartley Nutrition (2023), mit 7 na spletni strani UR Medicine (2023), mita 8 in 11 na spletni strani Dr. Wendy Oliver-Pyatt (2023), mit 9 na spletni strani Eating Recovery Center (2020), mit 14 pa je bil pridobljen s spletne strani Hopkins Medicine (2023).

V nadaljevanju pa so – podrobneje, na podlagi raziskav – miti, vključeni v anketo, natančneje razloženi (zakaj so zbrane trditve označene kot miti).

1. Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.

Motnje hranjenja prizadenejo posameznike ne glede na njihov spol, starost, narodno pripadnost, telesno maso, spolno usmerjenost ali družbeno-ekonomski status (Altum Health, 2021; Rachael Hartley Nutrition, 2023). Že res, da v večji meri prizadenejo ženske, a je kljub temu prepričanje v družbi, da je to »ženska bolezen« napačno (Altum Health, 2021). Raziskave kažejo, da kar 40 % oseb z motnjami hranjenja

predstavljajo moški (Hudson, Hiripi, Pope in Kessler, 2007). Med drugim National Eating Disorder Association (2018) trdi, da bo kar 10 milijonov moških na določeni točki svojega življenja trpelo za motnjami hranjenja. Od žensk družba pričakuje, da bodo suhe, medtem ko si moški želijo izoblikovati mišičasto telo, ki je prikazano na socialnih omrežjih (Seeds of Hope, 2018). Družba ima drugačno mnenje o prehranjevanju ženskin moških (Oliver-Pyatt, 2023). Primer tega so izdelki podjetja »Hungry Man Dinners«. Izdelek je bil v trgovinah ZDA množično prodajan, česar za izdelek pod imenom »Hungry Woman Dinners« ne bi pričakovali (Oliver-Pyatt, 2023). Ravno zaradi stigmatizacije moških z motnjami hranjenja ti za motnjo velikokrat niso diagnosticirani ali pa jim je diagnoza postavljena, ko so opazne že hude posledice (Rachael Hartley Nutrition, 2023; Seeds of Hope, 2018; Altum Health, 2021).

2. Motnje hranjenja so odločitev.

National Institute of Health (2021) pravi, da motnje hranjenja zajemajo kompleksne zdravstvene in psihične težave. So biopsihosocialna motnja, ki je posledica genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023). Velikokrat se začne s posameznikovo željo, da bi živel »bolj zdravo« in zato začne z dieto in redno telovadbo (UR Medicine, 2023). Posamezniki si želijo pridobiti nadzor nad svojim življenjem, kar se lahko hitro in nezavedno sprevrže v nenadzorovano vedenje (UR Medicine, 2023). Kljub temu so motnje hranjenja bolj kompleksne kot zgolj »dieta, ki se ni izšla, kot bi se morala« (Rachael Hartley Nutrition, 2023). Velikokrat so vzrok posameznikovega nadzora lastnih prehranskih vzorcev tudi stigma zaradi telesne mase ali način spopadanja s travmami (Rachael Hartley Nutrition, 2023).

3. Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.

Raziskave potrjujejo, da so motnje hranjenja ob ustrezni pomoči popolnoma ozdravljive (National Institute of Mental Health, 2023). Zaskrbljujoč je podatek, da le 1 od 10 oseb z motnjami hranjenja prejme zdravstveno pomoč (Oliver-Pyatt, 2023). Med bolniki z motnjami hranjenja se z motnjo celotno življenje v največji meri soočajo bolnikis kompulzivnim prenažanjem (1,3–2,8 %) (Duncan, Ziobrowski in Nicol, 2017). Z bulimijo nervozo se celotno življenje sooča 1,00–1,69 % bolnikov, najmanj pa z anoreksijo nervozo (0,6–0,69 %) (Duncan, Ziobrowski in Nicol, 2017). Pri zdravljenju je pomembno, da so zdravniki osredotočeni ne le na doseganje ustrezne telesne

mase, temveč da najdejo psihološke in sociološke vzroke, ki so do razvoja motenj hranjenja pripeljali in motnje hranjenja zdravijo na podlagi teh (Oliver-Pyatt, 2023). Čeprav je bolnik dosegel ustrezno telesno maso, se lahko namreč še vedno sooča s psihičnimi motnjami, kot je na primer depresija, kar lahko pripelje do ponovitve motenj hranjenja (Oliver-Pyatt, 2023). Tudi čas zdravljenja se od posameznika do posameznika razlikuje (Medical News Today, 2020), raziskave pa kažejo, da zgodnejše kot je zdravljenje, bolj je učinkovito in traja manj časa (Mond, 2014). V raziskavi Monda in sodelavcev (Mond idr., 2007) se je večina anketirancev strinjala, da bolniki z motnjami hranjenja po zdravljenju ozdravijo, a je hkrati skoraj polovica (40,5 %) anketirancev trdila, da se bo motnja v prihodnosti ponovila.

4. Starši so tisti, ki povzročijo nastanek motenj hranjenja pri svojih otrocih.

Včasih so vzroke za razvoj motenj hranjenja res pripisovali družini (First steps ED, 2022). Menili so, da slabo samopodobo in težavnost izražanja otroci prevzamejo od svojih staršev in da na razvoj motenj hranjenja pri otroku vplivajo negativni in žaljivi komentarji o njegovi obliki telesa, telesni masi in njegovih prehranskih navadah s strani družine (First steps ED, 2022). Danes vemo, da motnje hranjenja niso posledica zgolj enega vzroka (UR Medicine, 2023), temveč so posledica kombinacije genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023). Starševski odnos do otroka sicer lahko vpliva na razvoj motenj hranjenja, a temu ne moremo pripisovati krivde v celoti (First steps ED, 2022). Več avtorjev navaja (Serneck, 2010; First steps ED, 2022; UK Medicine, 2023), da je pomembno, da je družina vključena v sam proces zdravljenja, saj bolniku med zdravljenjem nudi podporo. Serneck (2010) navaja, da ima družina pomembno vlogo predvsem v obdobju, ki sledi, ko je zdravljenje zaključeno. Skrbi predvsem za to, da se motnja v nadaljnjem življenju pacienta ponovno ne pojavi.

5. Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.

Ljudje ne razvijejo motenj hranjenja zato, da bi pridobili pozornost v družbi. Nastanek motenj je veliko bolj zapleten in zajema vplive genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023), med katere iskanje pozornosti ne sodi (Medical News Today, 2020). Bolniki z motnjami hranjenja sprejemajo pohvale iz okolice pozitivno le v začetni fazi razvoja motnje. V

kasnejših obdobjih si vzbujanja pozornosti in družbenega opazanja njihove spremembe ne želijo (UR Medicine, 2023). Večina pacientov svoje suho telo skriva pred okolico, tako da nosijo ohlapna oblačila (UR Medicine, 2023; Medical News Today, 2020), saj sebe vidijo debele (UR Medicine, 2023) ali pa želijo zgolj skriti izgubo telesne mase (Medical News Today, 2020).

6. Motnje hranjenja so le obdobje, ki bo minilo samo od sebe.

Motnje hranjenja so resna motnja (Oliver-Pyatt, 2023) in je za njeno ozdravitev nujno potrebno medicinsko zdravljenje (Oliver-Pyatt, 2023; Hopkins Medicine, 2023). Sernec (2010) pravi, da se oseba spopada z motnjami hranjenja v povprečju 5 do 6 let preden se odloči za iskanje pomoči. Zdravljenje je lahko uspešno le, če oseba sama izrazi močno željo po zdravljenju in je za to motivirana (Sernec, 2010). Zdravljenje je za bolnika težko in naporno, v njem se namreč še vedno nadaljuje notranji boj med željo po spremembi in nadaljevanju življenja z motnjo (Sernec, 2010). Raziskave kažejo, da zgodnejše kot je zdravljenje, učinkovitejše bo in za ozdravitev bo potrebno krajše časovno obdobje (Oliver-Pyatt, 2023). V svojem prispevku Sernec (2010) navaja, da ima pri zdravljenju pomembno vlogo tudi družina. Ta med procesom zdravljenja bolniku nudi podporo, kar pripomore k uspešnejšemu zdravljenju.

7. Ljudje z normalno³ telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja.

V družbi je ta mit zelo razširjen, mediji namreč bolnike z motnjami hranjenja prikazujejo kot podhranjene (Medical News Today, 2020). Samo po zunanjem izgledu ne moremotrditi, da ima oseba motnje hranjenja (Medical News Today, 2020; Altum Health, 2021). Statistika kaže, da je le 6 % diagnosticiranih z motnjami hranjenja podhranjenih (Rachael Hartley Nutrition, 2018). Prenizek indeks telesne mase (v nadaljevanju ITM) je značilen le za bolnike z anoreksijo nervozo (Sernec, 2010).

³ Pridevnik *normalen* je povezan z indeksom telesne mase (v nadaljevanju ITM). Indeks telesne mase (ITM) je antropološka mera, ki se uporablja za porazdelitev ljudi v skupine, glede na njihovo višino in telesno maso. Normalen ITM (ki predstavlja normalno telesno maso) je definiran med 20–24,9 kg/m². Prekomerno hranjenji imajo ITM 25–29,9 kg/m², debelost pa je diagnosticirana posameznikom, ki imajo ITM < 30 kg/m². Podhranjenost je definirana z ITM 15–19,9 kg/m² (Nuttall, 2015).

Za bolnike z atipično anoreksijo nervozo je značilno, da imajo značilne vedenjske vzorce in zdravstvene probleme kot bolniki z anoreksijo nervozo (Medical News Today, 2020), vendar imajo normalno telesno maso (Medical News Today, 2020; Rachael Hartley Nutrition, 2018). Atipična anoreksija nervoza je v primerjavi z anoreksijo nervozo bolj razširjena, s prevalenco 28 % proti 1 %, ki je značilna za anoreksijo nervozo (Rachael Hartley Nutrition, 2018). Poleg tega sta v primerjavi z anoreksijo nervozo bolj razširjeni tako bulimija nervoza kot kompulzivno prenažanje (Altum Health, 2021), ki je danes najpogostejša motnja hranjenja (Eating disorder hope, 2023; Hudson idr., 2007). Za obe motnji je značilna normalna ali celo prekomerna telesna masa (Serbec, 2010), kar 70–80 % bolnikov s kompulzivnim prenažanjem namreč dosega kriterije debelosti (Serbec, 2010). Mit je ogrožajoč za posameznike, ki trpijo za motnjami in imajo normalno telesno maso ter tako mislijo, da so popolnoma zdravi in ne iščejo pomoči (Medical News Today, 2020).

8. Motnje hranjenja niso resna motnja.

Motnje hranjenja so lahko smrtno nevarne (Oliver-Pyatt, 2023). Imajo najvišjo stopnjo smrti med vsemi duševnimi boleznimi (Oliver-Pyatt, 2023; Altum Health, 2021; Meczekalski, Podfigurna-Stopa in Katulski, 2013). Altum Health (2021) navaja, da kar 20 % bolnikov z motnjami hranjenja brez zdravljenja umre. Veliko jih umre zaradi zastoja srca, podhranjenosti, odpovedi organov ali samomora kot stranskih posledic motenj hranjenja (Oliver-Pyatt, 2023). Raziskava Franka s sodelavci (2013) razkriva, da je stopnja smrtnosti pri anoreksiji nervozi 4 % in 3,9 % pri bulimiji nervozi.

Motnje hranjenja prav tako povzročijo nižji pritisk, šibek srčni utrip, dentalne težave, izgubo elektrolitov in nižjo koncentracijo testosterona, ki v večini primerov povzroči izgubo menstruacije pri ženskah (Altum Health, 2021).

9. Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.

Eden od simptomov motenj hranjenja je lahko obsedenost z nadzorovanjem kaloričnega vnosa (Eating Recovery Center, 2020), a to ni eden izmed vzrokov nastanka. Motnje hranjenja so biopsihosocialna motnja, ki je posledica genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023).

Družina in bližnji se pri zdravljenju večinoma preveč osredotočajo le v spodbujanje bolnika da je več, manj ali bolj zdravo, medtem ko motnje hranjenja za popolno ozdravitev zahtevajo preplet zdravstvenih, psihičnih, terapevtskih in dietetičnih posegov (Eating Recovery Center, 2020).

10. Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanem izgledu.

Samo po zunanem izgledu ne moremo trditi, da ima oseba motnje hranjenja (Medical News Today, 2020; Altum Health, 2021). Mit je podrobneje razložen že pod mitom 7.

11. Biti športnik ali zvest zdravi prehrani, pomeni, da si zdrav.

Družba občuduje posameznike z atletsko postavo, kar pa vedno ne pomeni, da je posameznik zdrav. Posamezniki, ki pretirano trenirajo, se lahko soočajo z insomnijo, depresijo, izčrpanostjo, anksioznostjo in dolgotrajnimi telesnimi poškodbami (Oliver-Pyatt, 2023). Hkrati je v družbi pogosto razširjeno prepričanje, da so posamezniki, kise držijo zdrave prehrane, zagotovo zdravi. Ne pomislimo pa, da se lahko to razvije v obsedenost, ki za posameznika ni več zdrava. Motnji hranjenja, pri kateri so posamezniki obsedeni z zdravo prehrano in se striktno držijo te, pravimo ortoreksija (Sernec, 2010). Ortoreksija lahko vodi v podhranjenost, izgubo socialnih stikov in čustvene motnje, prebavne motnje ter v razvoj anemije in osteoporoze (Sernec, 2010; The Recovery Village, 2023) in s tem na zdravje posameznika vpliva bolj negativno kot pa pozitivno.

12. Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.

Motnje hranjenja so biopsihosocialna motnja, ki je posledica genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023). Pritiski družbe, ki od posameznika zahtevajo določeno obliko telesa, lepotni standardi, družbena omrežja, oglaševanje ter stigma so lahko eden izmed mnogih dejavnikov, ki vplivajo na nastanek motenj hranjenja (Eating Disorder Foundation, 2023). Ker so motnje hranjenja kompleksna motnja (Altum Health, 2021), vzrok nikoli ni en sam (Oxford Health NHS Foundation Trust, 2023).

13. Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.

Raziskave so pokazale, da imajo geni od 40–60 odstotni vpliv na razvoj motenj hranjenja. Gotovo pa na razvoj ne vpliva le genetika, znanstveniki namreč še niso odkrili določenega gena, ki bi povzročal razvoj motenj hranjenja (Trace, Baker, Penas-Lledo, Bulik, 2013).

14. Bolnik z motnjami hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.

Bolniki imajo poleg motenj hranjenja pogosto pridružene druge duševne motnje, kot so anksioznost, panični napadi, obsesivno-kompulzivna motnja, zloraba drog in alkohola (American Psychiatric Association, 2023). Motnje hranjenja imajo globlji vzrok, velikokrat gre za posameznikov način spopadanja s travmami (Rachael Hartley Nutrition, 2023). Pri zdravljenju je pomembno, da se specialisti osredotočijo na globlje vzroke nastanka motnje in ne le na fizično stanje posameznika (Hopkins Medicine, 2023). Pri tem je v procesu zdravljenja pomembna predvsem dramsko-razvojna psihoterapija, pri kateri se osredotočimo na prepoznavanje vzrokov motnje in spreminjanje vedenjskih vzorcev pacienta (Sernec, 2010).

15. Dieta je normalen del življenja posameznika.

Raziskave so pokazale, da se motnje hranjenja pojavijo pri skoraj vsakem posamezniku, ki se je posluževal diete ali katerih kolih nezdravih vedenjskih vzorcev (National Eating Disorder Collaboration, 2023). Dietiranje lahko povzroči tudi druge zdravstvene težave, kot so prebavne motnje, zvišanje telesne mase, depresijo in anksioznost.

Še posebej so k tovrstnemu vedenju podvrženi najstniki – predvsem zaradi pritiskov družbe. Posledice so za njih še toliko bolj nevarne, saj je puberteta pomembno obdobje bioloških, psihičnih in fizičnih sprememb (National Eating Disorder Collaboration, 2023).

V drugi tabeli (tabela 2) so zapisane trditve, povezane z motnjami hranjenja, ki so bile vključene v anketo. Nekatere so bile resnične, druge pa neresnične, anketirani pa so izbrali med dvema odgovoroma: drži (1) in ne drži (2). Trditve so bile zasnovane tako, da smo v njih zajeli vse štiri komponente, ki sestavljajo ED-MHL (prepoznava simptomov, značilnih za motnjo; znanje o načinih in dostopnosti zdravljenja; odnosi (stigma in diskriminacija) do bolnikov; kako pomagati posamezniku, ki razvija ali se sooča z motnjo). Trditve so bile pridobljene v nemški raziskavi (Feldhege idr., 2022) in spletni strani (Center for Discovery Eating Disorder Treatment, 2023). V tabeli 2 so v levem stolpcu zapisane trditve, vključene v anketo, v desnem stolpcu pa je zapisano, ali trditev (glede na pregledano strokovno in znanstveno literaturo) drži oz. ne drži.

Tabela 2: Seznam trditev.

TRDITEV	PRAVILEN ODGOVOR
1. Velika izguba telesne mase v kratkem časovnem obdobju je simptom anoreksije nervoze.	Drži
2. Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja.	Ne drži
3. Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrtnosti v primerjavi z ostalimi duševnimi motnjami.	Drži
4. Moški lahko zbolijo za anoreksijo nervozo, a ne za bulimijo nervozo.	Ne drži
5. Zgodnejše od pojava motnje, ko bolnik najde pomoč za zdravljenje, hitrejša in učinkovitejša bo njegovo okrevanje.	Drži
6. Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso.	Drži
7. Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati.	Ne drži
8. Navadno osebe z motnjami hranjenja sočasno prizadenejo še druge duševne motnje, kot je depresija.	Drži
9. Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	Ne drži
10. Motnje hranjenja prizadenejo le najstnice in mlade odrasle ženske.	Ne drži
11. Osebi z motnjami hranjenja je težko prositi za pomoč družinske člane in prijatelje.	Drži
12. Bolniki z motnjami hranjenja se navadno distancirajo od družbe.	Drži
13. Motnje hranjenja so huda življenjska stiska, ki ogroža zasebno in družinsko delovanje posameznika z motnjo.	Drži

Kot v avstralski raziskavi (Mond idr., 2007) je tudi nas zanimalo, kje po mnenju anketirancev oseba z motnjami hranjenja največkrat poišče pomoč. Pri vprašanju smo jim ponudili devet odgovorov; 1 = mama; 2 = oče; 3 = prijateljica; 4 = prijatelj; 5 = svetovalna služba; 6 = splet; 7 = osebni zdravnik; 8 = strokovna psihiatrična pomoč; 9 = ne iščejo pomoči. Moški in ženski spol smo pri starših in prijateljih ločili, saj so raziskave pokazale, da ljudje menijo, da so ženske v primerjavi z moškimi, do bolnikov z motnjami hranjenja bolj empatične (Mond idr., 2007).

Zanimalo nas je tudi, kaj je oziroma so po mnenju anketirancev razlogi za porast motenj hranjenja. Anketiranci so izbrali enega izmed štirih odgovorov (1 = pogostejša araba družbenih omrežij; 2 = vedno težje dosegljivi lepotni ideali; 3 = težje dostopno zdravljenje; 4 = drugo – pri čemer so imeli anketiranci možnost vpisati poljubni odgovor).

Na koncu vprašalnika nas je zanimalo še, ali anketiranci poznajo novi obliki motenj hranjenja, ki sta v družbi vedno bolj razširjeni: ortoreksija in bigoreksija. Pri vprašanju ali pojem poznajo, so lahko odgovorili z da (1) ali ne (2).

2. TEORETIČNI DEL

2.1 VRSTE MOTENJ HRANJENJA

2.1.1 ANOREKSIJA NERVOZA

Beseda anoreksija izhaja iz grščine in pomeni »brez apetita«. Od leta 1980 je uvrščena v kategorijo duševnih motenj (Fairburn in Brownell, 2002; Haworth-Hoeppner, 2016)

Za osebe z anoreksijo nervozo je značilna izrazito motena telesna shema in strah pred debelostjo, ki ostane tudi po zniževanju telesne mase. Bolniki v kratkem časovnem obdobju izgubijo veliko kilogramov (Mayo Clinic, 2018) in nadaljnjo zniževanje telesne mase vzdržujejo na različne načine. Ločimo purgativno in restriktivno obliko anoreksije. Osebe z restriktivno obliko vzdržujejo nizko telesno maso predvsem z odklanjanjem hrane (načeloma vseh vrst, včasih pa le ogljikovih hidratov in druge hrane, za kateromenijo, da je visokokalorična). V večini se te osebe poslužujejo tudi prekomerne telesne aktivnosti, s katero znižajo že tako prenizko telesno maso. Bolniki s purgativno obliko anoreksije se poslužujejo predvsem bruhanja zaradi predhodnega prenajedanja, uporabi odvajal in/ali diuretikov (Serbec, 2010). Za obe obliki je značilno, da bolniki posegajo po »zdravi hrani«, kot sta sadje in zelenjava, mnogi med njimi postanejo vegetarijanci. Bolniki zelo omejijo količino hrane, ki jo dnevno zaužijejo, pri prehranjevanju pa se pojavljajo tudi posebni prehranski vzorci: osebe hrano zrežejo na manjše delčke, jejo počasneje, da prej občutijo sitost, takoj po hranjenju odidejo v toaletne prostore in ne želijo jesti v bližini ljudi, zato se pri hranjenju navadno osamijo (MedinePlus, 2020).

Osebe z anoreksijo nervozo se počutijo neučinkovite in nemočne, neodločne in imajo navadno težave z zbranostjo, saj se njihove misli vrtijo le okoli hrane in idealne telesne podobe (Pandel Mikuš, 2010). Osebnostne poteze, značilne za paciente z anoreksijo nervozo so: obsesivnost, negotovost, introvertiranost, čustvena hladnost, socialna negotovost, ekstremna ustrežljivost, perfekcionizem, nagnjenost k sampoškodovanju, pomanjkanje avtonomije ter rigidno in stereotipno mišljenje (Bruch, 1978). Zanje sta značilni predvsem nizko samospoštovanje in nizka samopodoba (Serbec, 2010).

Posledice anoreksije se kažejo tudi v telesnih znakih. Vidna je izguba mišične mase in maščobe, osebe so zelo občutljive na mraz, zaradi prenizkega kaloričnega vnosa ženske izgubijo menstruacijo, kar lahko vodi v manjšanje kostne gostote (osteoporoza), koža je suha ali porumenela, lasje se tanjšajo ali izpadajo, osebe so dehidrirane in imajo znižan srčni utrip (MedinePlus, 2020)

Diagnoza anoreksije nervoze je postavljena osebi, pri kateri je poleg vedenjskih znakov značilnih za anoreksijo nervozo $ITM < 17,5 \text{ kg/ m}^2$ (Ser nec, 2010).

Anoreksija nervoza je psihična motnja z najvišjo stopnjo smrtnosti (Meczekalski, Podfigurna-Stopa in Katulski, 2013). Anoreksija je tretja najpogostejša kronična motnja med najstnicami, njena prevalenca je 1 %. (Ser nec, 2010). Razmerje med moškimi in ženskami obolelimi je 1 : 10, med otroki pa 1 : 4 (Pandel Mikuš, 2003). Raziskave kažejo, da incidenca in prevalenca ne naraščata in sta stabilni (Keski, Rahkonen in Mustelin, 2016). Razvije se postopoma, največkrat pa na prehodu iz otroštva v adolescenco, najpogosteje med 14. in 18. letom, lahko tudi kasneje, le redko pa prej (Reich in Kröger, 2009, 13) in traja dlje v odraslost (Ser nec, 2010).

Vzrokov za nastanek anoreksije je več. Na nastanek lahko vplivajo: doživljanje travmali posilstva v preteklosti, zmerjanje zaradi telesne mase, ločitev staršev, izguba družinskega člana, perfekcionizem in anksioznost. Večjo možnost za razvoj imajo posamezniki, katerih družinski član se je soočal z motnjami hranjenja ali drugo duševno boleznijo in bolniki s sladkorno boleznijo tipa 1 (PsychCentral, 2021).

2.1.2 BULIMIJA NERVOZA

Beseda bulimija izhaja iz grščine in pomeni »volčja lakota« (Mymed, 2017). Bulimijo nervozo obravnavamo kot samostojno motnjo in je vključena v klasifikacije duševnih motenj šele od osemdesetih let prejšnjega stoletja, prej pa je veljala za atipično obliko anoreksije (Sernec, 2010).

Za osebe z bulimijo so značilna obdobja prenajedanja, ko oseba poje bistveno večje količine hrane, kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Količina hrane, ki jo oseba zaužije naenkrat, je lahko od 3- do 30-krat večja kot količina hrane, ki jo posameznik zaužije v celotnem dnevu. To znaša med 5 000 in 15 000 kalorijami (Pandel Mikuš, 2003). Osebe z bulimijo uživajo predvsem visokokalorično hrano, ki je sestavljena predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob ter jo je enostavno pogoltniti (na primer torte, sladice in čokolada) (Sernec, 2010). Jedo zelo hitro in to počnejo na samem, saj sesvojega vedenja sramujejo, prenajedajo pa se, dokler se ne pojavi huda bolečina v želodcu. Te epizode prenajedanja so večkrat vnaprej načrtovane, bolniki jih navadno komaj čakajo, saj do takrat stradajo in se postijo. Z uživanjem velikih količin hrane oseba sprošča napetost, zatem pa se pojavita krivda in sram, ki jima sledijo kompenzatorni vedenjski vzorci, s katerimi želi oseba vzdrževati ustrezno telesno maso zaradi paničnega strahu pred debelostjo (Sernec, 2010). Mednje sodijo bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje in pretirana telesna aktivnost.

Glede na vrsto uporabljenih kompenzatornih vedenjskih vzorcev za vzdrževanje željene telesne mase poznamo dve obliki bulimije nervoze: purgativno in nepurgativno. Pri purgativni obliki prenajedanju sprva sledi hoteno izzvano bruhanje, ki je kasneje že refleksivno, ali pa uporaba odvajal in/ali diuretikov. Ta oblika predstavlja 80–90 % vseh primerov bulimije nervoze. Pri tej obliki se pojavlja več telesnih zapletov in pridruženih duševnih motenj kot pri nepurgativni obliki. Za slednjo je značilno, da bolniki ob prenajedanju želene telesno maso dosegajo s stradanjem ali pretirano telesno dejavnostjo. (Sernec, 2010).

Tudi pri osebi z bulimijo nervozo je prisotna prevelika obremenitev z obliko svojega telesa in telesno maso, medtem ko je pri teh osebah ITM v mejah normale (večinoma med 18 kg/m² in 25 kg/m²). Pri osebah so prisotni stalen strah pred debelostjo ter občutki pomanjkljivega nadzora nad lastnim hranjenjem (Sernec, 2010).

Osebnostne lastnosti pacientk z bulimijo nervozo so: izrazita čustvena nestabilnost, opazna je anksioznost in nagnjenost k impulzivnemu vedenju, ki je lahko tudi izjemno ekstremno ter se kaže kot kraja, zloraba različnih substanc in samopoškodovanje. Osebe imajo tudi težave v medsebojnih odnosih in so izjemno občutljive na odzive in mnenja drugih ljudi ter se raje umaknejo iz družbe, kot da bi tvegale, da bi jih družba zavrnila. To ravnanje jih navadno vodi v izolacijo. Za te osebe sta značilna nizka samopodoba in samospoštovanje, ki se kažeta kot občutka nemoči, krivde in dvoma vase. Bolniki si navadno postavljajo višje standarde, si ves čas prizadevajo za popolnost, ki pa jo po lastnem mnenju nikoli ne dosežejo (Pandel Mikuš, 2003).

Telesni znaki bolnikov z bulimijo nervozo se kažejo kot kronično vneto grlo, otekle slinavke v vratu in pod čeljustjo, kar povzroča zabuhle ličnice in obraz, obrabljen zobna sklenina zaradi pogoste izpostavljenosti želodčni kislini, pojavi se lahko motnja gastroezofagalnega refluksa zaradi neprestanega bruhanja, črevesnih težav zaradi zlorabe odvajal, težav z ledvicami zaradi zlorabe diuretikov in hude dehidracije (American Psychiatric Association, 2023).

Oseba je diagnosticirana s tovrstno motnjo, če se obdobja prenašanja in neustreznih kompenzatornih vedenjskih vzorcev pojavljajo vsaj dvakrat tedensko vsaj tri mesece. Število bulimičnih epizod je pri pacientih različno, navadno se giblje med 1 in 6 na dan (Pandel Mikuš, 2003).

Raziskave so pokazale splošno življenjsko prevalenco bulimije nervoze 1–4,2 % populacije (Serbec, 2010). V življenju za bulimijo zbolijo 3 % žensk in 1 % moških (van Eeden, van Hoeken in Hoek, 2021). Za ženske obstaja 2,5-kratna večja verjetnost, da zbolijo za bulimijo, kot da za to motnjo zbolijo moški (Jade Poole, 2017). Bulimija je najbolj razširjena med dijakinjami in študentkami (Serbec, 2010). Slovenska raziskava iz leta 2000 je pokazala prisotnost prenašanja pri 13,8 % dijakinj in 7,8 % dijakov, na vzorcu 4700 srednješolcev. Podobno kot pri anoreksiji, je 90–95% oseb z bulimijo nervozo ženskega spola (Serbec, 2010). Bulimija nervoze je motnja, ki se pojavi v najstniškem obdobju, povprečna starost pojava motnje je 12 let (Healthline, 2022).

Vzroki za nastanek bulimije nervoze so različni. Na razvoj lahko vpliva genetika, duševno stanje posameznika in vplivi družbe na idealno podobo telesa in njena pričakovanja (Mayo Clinic Staff, 2018).

Večjo možnost za razvoj imajo osebe, ki so od družbe prejele kritike zaradi lastnih prehranskih navad, oblike telesa ali teže, osebe, ki se pretirano obremenjujejo z dejstvom, da želijo biti suhe, so anksiozne, perfekcionisti, imajo nizko samozavest ali so bile spolno zlorabljene (HSE, 2022). Bolj ogrožene so osebe, katerih starši so v življenju preboleli motnje hranjenja, depresijo, odvisnost od drog ali alkohola (HSE, 2022).

2.1.3 KOMPULZIVNO PRENAJEDANJE

Izraz kompulzivno prenaajedanje ali »bulamreksija« se je uveljavil v zadnjih desetletjih (Pandel Mikuš, 2003).

Za bolnike je značilno, da zaužijejo ogromne količine hrane v kratkem časovnem obdobju. Osebe se prenaajedajo, bašejo oziroma prenažirajo s hrano. Uživajo predvsem visokokalorično hrano, z visoko vsebnostjo rafiniranih ogljikovih hidratov in maščob. Zaužijejo večje količine hrane kot ostali ljudje ob podobnih priložnostih. Jedotudi, ko niso lačni, napad prenaajedanja navadno traja dokler osebe ne začutijo hudih bolečin v želodcu in fizične slabosti. Jedo veliko hitreje kot običajne osebe, pri hranjenju pa se izolirajo. Pri tem nimajo nadzora nad vrsto in količino hrane, ki jo pojedjo. Gre torej za prisilno vedenje, kjer človek ponavlja, česar ne želi, ampak sedejanju ne more upreti. Po prenaajedanju osebe občutijo krivdo, sram ali gnus (EatingRecovery Center, 2016).

Vedenje je deloma podobno bulimiji. Za obe motnji so značilne epizode prenaajedanja, ki pa so pri osebi z bulimijo krajše. Bolniki z bulimijo imajo prav tako moteno telesno shemo, kar za bolnike s kompulzivnim prenaajedanjem ni značilno, zato po prenaajedanju tudi ne izvajajo kompenzatornih vedenjskih vzorcev, s čimer bi preprečili pridobivanje telesne mase (Pandel Mikuš, 2003). Te osebe so posledično prekomerno hranjene ($ITM > 25 \text{ kg/m}^2$) (Serbec, 2010).

Večjo možnost za razvoj motnje imajo sladkorni bolniki, osebe, diagnosticirane z debelostjo, ljudje, ki imajo travmatične izkušnje iz otroštva (družinske težave, izkusili so zbadanje zaradi telesne oblike, telesne mase ali prehranskih navad) in osebe, ki imajo nizko samopodobo in samospoštovanje (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021).

Kompulzivno prenaajedanje pomembno vpliva na naše zdravje in lahko povzroči razvoj ostalih obolenj, na primer debelosti, sladkorne bolezni tipa 2, srčne bolezni ali določenih vrst rakavih obolenj. Lahko vodi v razvoj duševnih motenj, kot so anksioznost, samomorilnost ali depresija. Bolniki imajo pogosto težave s spanjem, prebavnim sistemom, imajo bolečine v sklepih in mišicah in se izolirajo od družbe (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021).

Diagnoza je postavljena osebi, ki v določenem času poje bistveno večjo količino hrane, kot bi jo v enakem času in pod enakimi pogoji pojedla večina posameznikov. Ob tem občutijo izgubo nadzora nad količino hrane, ki jo zaužijejo. Napad prenajedanja se zgodi vsaj enkrat tedensko v obdobju treh mesecev. (National Eating Disorders Association, 2023)

Raziskave so pokazale, da naj bi 70–80% ljudi s prekomerno težo izpolnjevalo kriterije za kompulzivno prenajedanje, razdelitev po spolu naj bi bila enakovredna (Serbec, 2010). Je najpogostejša motnja hranjenja (Eating disorder hope, 2023; Hudson idr., 2007), v primerjavi z bulimijo in anoreksijo nervozo pa kar trikrat pogostejša (Eating disorder hope, 2023). Statistike so pokazale, da ima 1,25 % odraslih žensk in 0,42 % odraslih moških motnjo kompulzivnega prenajedanja (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021). Razširjena je tudi med najstniki; 1,6 % najstnikov, starih 13–18 let se sooča s kompulzivnim prenajedanjem (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021). Je motnja, ki se prične najkasneje (glede na ostale opisane motnje hranjenja) in se pojavlja po 25. letu starosti (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021).

2.1.4 ORTOREKSIJA

Ortoreksija sodi med novejšje motnje hranjenja, prvi jo je definiral ameriški zdravnik Steve Bratman, leta 1997 (Healthline, 2022). Je zloženka grških besed »orthos«, ki pomeni pravilen, in »orexis«, ki pomeni apetit, kar potemtakem pomeni »pravilna dieta« (Healthline, 2022). Zaenkrat še ni uvrščena v mednarodno klasifikacije bolezni, je pa na seznamu čakajočih (Serneć, 2010).

Bolniki z ortoreksijo so obsedeni z zdravim načinom prehranjevanja. Njihovi simptomi se po eni strani približujejo anoreksiji, po drugi strani pa obsesivno-kompulzivni motnji (Patološka obsedenost z zdravo hrano oz. ortoreksija, 2023). Njihove misli so osredotočene na hrano 24 ur dnevno, previdno načrtujejo vsak svoj obrok in o njem predhodno razmišljajo (ABCzdravja, 2017). Če na koncu ugotovijo, da si tega obroka ne morejo pripraviti, jim to povzroča velik stres. Neprestano preverjajo, katere snovi so v hrani prisotne in katere pozitivne oziroma negativne učinke bodo sestavine imele na njihovo zdravje.

Pri prehranjevanju se dosledno držijo »čiste, zdrave prehrane« in z jedilnika črtajo nekatere skupine hranil (živalski izdelki, maščobe, sladkorji, soli, prehranska barvila, pesticidi). Najekstremnejši primeri bolnikov z ortoreksijo uživajo le sadje, zelenjavo ali organsko hrano (Center for discovery, 2023). Ob uživanju zdrave hrane občutijo ponos, počutijo se pomembnejše od drugih, v primeru uživanja nezdrave hrane pa se globoko zaničujejo. Izogibajo se dogodkom, ki vključujejo druženje ob hrani, saj sehrane, ki so jo kupili ali pripravili drugi, bojijo, saj niso popolnoma prepričani, kaj vsebuje. Prav tako bodo zelo verjetno kritični do posameznikov, ki to hrano uživajo (Center of discovery Eating Disorder Treatment, 2023). V primerjavi z anoreksijo so strah pred debelostjo, težnja po vitkosti in motena telesna shema odsotni (The Recovery Village, 2023).

Izstopajoče osebnostne poteze, ki lahko vodijo v nastanek ortoreksije so: nizka samopodoba in samospoštovanje, perfekcionizem, pretirana storilnost, rigidnost in velika potreba po potrditvi od okolice (Serneć, 2010). Večjo možnost za razvoj imajo vegani in posamezniki z več znanjem o prehrani (predvsem dietetičarji, športniki, biologi in kineziologi) ter višjim ekonomskim položajem, saj imajo lažji dostop do organsko pridelane hrane.

Na razvoj pomembno vpliva tudi uporaba družbenih omrežij, na katerih so prikazani idealni, zdravi krožniki – prav okoli teh se misli osebe z ortoreksijo vrtijo večino časa (Healthline, 2022).

Ortoreksija lahko vodi v podhranjenost, izgubo socialnih stikov in čustvene (Serbec, 2010) ali prebavne motnje ter v razvoj anemije in osteoporoze (The Recovery Village, 2023).

Ker motnja še ni uvrščena v mednarodne klasifikacije bolezni, njena diagnoza še ni točno določena. Zdravstveni delavci za njeno potrditev uporabljajo različne vprašalnike, s katerih lahko razberejo, ali posameznik kaže simptome ortoreksije (The Recovery Village, 2023). Meja med zdravim in bolezenskim prehranjevanjem je stanje obsedenosti, obsedenost pa je vse, kar moti ustrezno psihosocialno funkcioniranje (ABCzdravja, 2017).

Motnja je v sodobnem svetu vedno bolj prisotna, njena prevalenca pa narašča, kar naj bi bilo povezano z naraščajočim vplivom družbenih omrežij. Raziskave so namreč pokazale, da naj bi kar 49 % posameznikov, ki na socialnih omrežjih sledijo stranem, ki objavljajo vsebine, povezane z zdravo prehrano, imelo simptome, značilne za ortoreksijo. V splošnem je motnja prisotna pri 1–7 % prebivalstva (The Recovery Village, 2023).

Raziskave še niso točno pokazale, pri katerem spolu motnja prevladuje. Nekatere raziskave namreč kažejo, da zbolijo več žensk kot moških, saj mediji v ospredje postavljajo izgled in zdravje žensk (The Recovery Village, 2023). V veliki meri je prisotna že med študenti (25 %), v največji meri pa med posamezniki, ki se ukvarjajo s športom (52 %) (The Recovery Village, 2023). Najpogosteje se motnja razvije med adolescenco in srednjim odraslim obdobjem, torej med 18. in 35. letom starosti (ABCzdravja, 2017).

Zdravljenje ortoreksije vključuje kognitivno-vedenjsko terapijo in dietetično vodenje (Center for discovery Eating Disorder Treatment, 2023). Statistika kaže, da se samostojno pozdravi četrtna bolnikov, četrtna po ambulantnem, četrtna po bolnišničnem zdravljenju, četrtna bolnikov pa se z motnjo sooča celotno življenje. Proces zdravljenja v povprečju traja od tri do šest let (ABCzdravja, 2017).

2.1.5 BIGOREKSIJA

Bigoreksijo, imenovano tudi mišična dismorfija, je prvi poimenoval italijanski psihiater, Enrico Morseli, leta 1891. Beseda izhaja iz grške besede »dysmorphia«, ki pomeni »strah pred grdoto« (B. Cororve in H. Gleaves, 2001). Zaenkrat še ni uvrščena v mednarodno klasifikacijo bolezni, je pa na seznamu čakajočih (Sernec, 2010).

Za motnjo obolevajo predvsem moški, ki večino svojega časa preživijo v fitnes studiih. Obsedeni so z mišičastim telesom in imajo izrazito moteno telesno shemo (Sernec, 2010). Kljub mišičastemu telesu svoje telo vidijo kot majhno, suho in ne dovolj mišičasto. Prekomerno in preveč intenzivno se poslužujejo vadbe in z njo ne odnehajoniti ob poškodbah ali hudi izčrpanosti (Newport Academy, 2023), ob tem pa pogosto zlorablajo tudi anabolne steroide, ki vodijo v motnje spolnih funkcij (Sernec, 2010).

Za te bolnike sta značilni nizka samopodoba in slabo samospoštovanje (Newport Academy, 2023). Izogibajo se priložnostim, za katere vedo, da bo prisotna hrana (na primer večerjam v restavraciji), saj jim onemogočajo nadzor nad količino hrane, ki jo pojedjo. Svoje obroke vnaprej načrtujejo in izračunajo kalorično vrednost. Izogibajo se mestom, kjer bi njihovo telo bilo navzočno javnosti (bazeni, plaže) in nosijo več slojev oblačil, da bi izgledali močnejši in večji (Newport Academy, 2023).

Ker motnja še ni uvrščena v mednarodno klasifikacijo bolezni, točne meje za postavitevše niso bile določene. Trenutni kriteriji za diagnosticiranje bigoreksije, ki jih navaja DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Disorders) so: pretirana obremenjenost in nezadovoljstvo z zunanjim izgledom, podcenjevanje lastne mišične mase, dvigovanje uteži po več ur dnevno, ne glede na poškodbe in utrujenost, striktna dieta in izogibanje dogodkom, ki bi porušili njihove načrte (Newport Academy, 2023).

Raziskave so pokazale, da motnja prizadene 2 % svetovne populacije (The Recovery Village, 2023). Za motnjo zbolijo predvsem moški v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti (Sernec, 2010). Večjo verjetnost da zbolijo, imajo ljudje, ki se ukvarjajo z bodibildingom in dvigovanjem uteži na sploh (Tovt in Kajanová, 2021). Pomemben vpliv na razvoj imajo tudi družbena omrežja, ki prikazujejo predvsem mišičasto idealnopo dobo. Na njih nekateri moški objavljajo svoj napredek in s tem mlade spodbujajo, daje z vadbo in zdravo prehrano ter predanostjo možno doseči »idealno, mišičasto« telo (Newport Academy, 2023).

2.2 RAZVOJ MOTENJ HRANJENJA

National Institute of Health (2021) pravi, da motnje hranjenja zajemajo kompleksne zdravstvene in psihične težave. Motnje hranjenja posameznik razvije postopoma in z namenom, da bi živel »bolj zdravo« (UR Medicine, 2023) in ne da bi svojemu telesu škodil (ABCzdravja, 2017). Navadno je posameznikov cilj, da izgubi »par kilogramov« (ABCzdravja, 2017), zaradi česar začne z dieto in redno telovadbo (UR Medicine, 2023).

Posamezniki si želijo pridobiti nadzor nad svojim življenjem, kar se lahko hitro in nezavedno sprevrže v nenadzorovano vedenje (UR Medicine, 2023). Motnje hranjenja so kompleksnejše kot zgolj »dieta, ki se ni izšla, kot bi se morala« (Rachael Hartley Nutrition, 2023). Velikokrat sta vzrok za nadzor lastnih prehranskih vzorcev tudi stigma zaradi telesne mase ali način spopadanja s travmami (Rachael Hartley Nutrition, 2023).

Razvoj motenj hranjenja razdelimo na dve fazi. V prvi je bolezenski dobiček večji kot škoda. To fazo imenujemo medeni tedni. Osebe so ponosne na svoj napredek, počutijo se samozavestne in želijo svoj način prehranjevanja razširiti tudi med druge. Ta fazalahko traja tudi nekaj let, preden se pojavi druga faza, kjer bolezenska škoda prevladanad njeno koristjo. V tej fazi se začnejo kazati zdravstveni problemi, kot sta izguba telesne mase in pešanje organskih sistemov. Poleg zdravstvenih težav začnejo osebe izgubljati socialne stike, se izolirajo, partnerski odnosi postanejo nefunkcionalni ali se prekinejo. V tej fazi začnejo osebe navadno iskati pomoč (Serneck, 2010).

Raziskave so pokazale, da imajo geni 40–60 % vpliv na razvoj motenj hranjenja (Trace idr., 2013). Genetsko pogojeni dejavniki, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja so lahko: prisotnost motenj hranjenja v družini, neravnovesje hormonov, ki uravnavajo apetit, lakoto in občutek zadovoljstva, in temperament posameznika (Eating Disorder Foundation, 2023). Znanstveniki še niso odkrili določenega gena, ki bi povzročal razvoj motenj hranjenja (Trace idr., 2013). Pod sociološke dejavnike sodijo: pritiski družbe, ki od posameznika zahtevajo določeno obliko telesa, lepotni standardi, družbena omrežja in oglaševanje ter stigma (Eating Disorder Foundation, 2023). Psihološki dejavniki, ki lahko vplivajo na razvoj motenj hranjenja so: nizka samopodoba, depresija in anksioznost, težave z izražanjem čustev, doživetje posilstva ali travm,

perfekcionizem in (pre)občutljivost na nagrado in kazen (Eating Disorder Foundation, 2023).

Biološki razvoj motnje pojasnjuje Hartley (2023), ki pravi, da ko naši možgani prejmejo premalo kalorij, se v njih sprožijo misli o hrani in podobi telesa, ki nas zasvojijo, hkrati pa lahko povečajo vpliv že prej prisotnih mentalnih obolenj, kot sta tesnoba in obsesivno-kompulzivna motnja. To dokazuje tudi Minnesota eksperiment (Kalm in Semba, 2005) iz leta 1944, v katerem je bilo 36 mladih moških premalo hranjenih z namenom, da bi ugotovili psihične posledice, ki jih stradanje povzroči posamezniku. Rezultati so pokazali, da so vsi moški razvili simptome motenj hranjenja. S tem so potrdili biološki razvoj motnje, moški v letu 1944 namreč niso bili izpostavljeni takšnim lepotnim idealom in pritiskom družbe kot s(m)o danes.

2.3 ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA

Namen zdravljenja je doseči tako telesno kot duševno zdravje osebe. Osebe še dolgo od pojava motnje simptome pri sebi zanikajo in si ne priznajo, da se z motnjo zares soočajo (Carmella Wint, 2017). Raziskave so pokazale, da se oseba z motnjami hranjenja za zdravljenje v povprečju odloči 5 do 6 let od pojava motnje, ko se v bolniku pojavi želja, da ne želi več živeti življenja, ki je dnevno prežeto s hrano, nezadovoljstvom in življenjsko disfunkcionalnostjo. Zdravljenje v povprečju poteka nadaljnjih pet do šest let. Zdravljenje motenj hranjenja je mogoče le, če je oseba za to motivirana, na kar vpliva postavitve jasnih indikacij in motivacijski postopek oziroma priprava bolnikov na zdravljenje. Pri zdravljenju se je treba zavedati, da tudi ko bolnik izrazi željo po zdravljenju, se v njem nadaljuje notranji boj med željo po spremembi in nadaljevanju življenja z motnjo. Glede na stanje bolnikov, ločimo dve vrsti zdravljenja: ambulantno in bolnišnično zdravljenje. (Serneck, 2010)

V ambulantno zdravljenje so lahko vključeni bolniki, ki so visoko motivirani, nimajo močno izražene slike ene izmed motenj hranjenja (Serneck, 2010), po določilih WHOpa njihov ITM znaša vsaj 18 kg/m² (Pandel Mikuš, 2003). Pri nas je ta oblika zdravljenja zasnovana na metodi dr. Huberta Laceyja. Program vodita psihiatrinja in klinična psihologinja. Zdravljenje temelji na kognitivno vedenjskih načelih. Specialisti se spopadejo z bolnikovimi težavami in šele kasneje s psihološkim ozadjem motnje. Cilj zdravljenja je, da se bolnik nauči izražanja in obvladovanja čustev, rednega in načrtovanega prehranjevanja, prenehanja uporabe kompenzatornih vedenjskih vzorcev za zmanjševanje telesne mase (bruhanje, pretirana športna aktivnost, zloraba diuretikov in/ali odvajal) in vzdrževanja naravne (ne idealne) telesne mase. Po raziskavah je zdravljenje uspešno pri tretjini bolnikov (Pandel Mikuš, 2003).

Pri bolnikih, pri katerih so simptomi motenj hranjenja zelo izraziti in so prisotni že dolgo časa (Serneck, 2010), bolniki imajo nizko telesno maso in nizko motivacijo, je priporočljiva uporaba hospitalnega zdravljenja (Pandel Mikuš, 2003). Zdravljenje se začne s pogovorom, dolgim 2–3 ure. V zdravljenje so vključeni pacient, njegova družina in zdravstveni tim. Zelo pomembno je, da je ta pri zdravljenju enoten, da terapijo vodi en sam terapevt in je zdravljenje zasnovano na individualni ravni pacienta. (Pandel Mikuš, 2003)

Osnova zdravljenja oseb z motnjami hranjenja je individualna ali skupinska psihoterapija zdravljenja, ki temelji na vedenjsko-kognitivni (obvladovanje simptomov motnje, močnih čustev in izboljšanje samopodobe) (Wint, 2017) in dramsko-razvojni (prepoznavanje vzrokov motnje in spreminjanje vedenjskih vzorcev pacienta) psihoterapiji (Serneck, 2010). Če so motnjam hranjenja pridružene še druge duševne motnje (depresija, motnje razpoloženja, obsesivno-kompulzivna motnja) se poleg psihoterapije uporabi tudi farmakoterapija (dodajanje antidepresivov, atipičnih nevroleptikov) (Serneck, 2010).

Družina (lahko) ima dvojno vlogo: lahko predstavlja enega od faktorjev, ki je prispevalk razvoju motenj hranjenja, a ima hkrati tudi pomembno vlogo v procesu zdravljenja, predvsem v obdobju, ki sledi, ko je zdravljenje že zaključeno. Družina skrbi predvsem za to, da se motnja v nadaljnjem življenju pacienta ponovno ne pojavi, med zdravljenjem pa bolniku daje podporo in je zato tudi vključena v sam proces zdravljenja (Serneck, 2010). Mond s sodelavci (2007) hkrati opozarja, da bi morali v proces edukacije vključiti ne le družino, ampak tudi dobre prijatelje, glede na to, da raziskave kažejo, da se mladi v večini po pomoč zatečejo k mami ali dobri prijateljici.

Od leta 2000 imamo na Psihiatrični kliniki v Ljubljani edino specializirano enoto za zdravljenje motenj hranjenja v Sloveniji. Za zdravljenje se uporablja belgijski model, ki vključuje izvajanje programa zdravljenja v štirih fazah (Pandel Mikuš, 2003).

Keski-Rahkonen in Mustelin (2016) sta v svoji raziskavi na evropski populaciji respondentov ugotovili, da se samo manjšina obolelih z motnjami hranjenja zdravi v bolnišnici. Zdravljenje je v povprečju uspešno. Raziskave kažejo, da 46,9 % bolnikov z motnjami hranjenja popolnoma ozdravi, pri 33,5 % se stanje izboljša, 20,8 % pa za motnjo nikoli ne ozdravi (Rikani idr., 2013). Tako pri anoreksiji kot pri bulimiji, se motnja ponovi pri 33 % ozdravljenih. Kar polovica oseb z anoreksijo med potekom motnje razvije simptome bulimije. Anoreksija pa je v primerjavi z bulimijo tudi težje ozdravljiva, kar 20 % anoreksičnih bolnikov namreč ne ozdravi, zdravljenje je daljše, ponovitev motnje pa verjetnejša (Serneck, 2010). Težje ozdravljivi so posamezniki z daljšim trajanjem motnje, izrazitejšimi simptomi, v primerih, pri katerih je bila prisotna odvisnost od psihoaktivnih snovi, so bile pridružene druge osebnostne motnje, ali pa se je motnja pojavila že pred začetkom pubertete (Serneck, 2010). Leta 2018 se je za motnjami hranjenja zdravilo največ mladostnikov med 19. in 24. letom (25 %). Leta 2022 je starost padla na starostno skupino med 14. in 18. letom, kar danes predstavlja 28 %

vseh zdravljenj za motnjami hranjenja, sledi pa ji starostna skupina med 19. in 24. letom, ki predstavlja 23 % vseh zdravljenj (Axios Vitals, 2023). Med bolniki prevladujejo ženske, moški predstavljajo le 10 % vseh obravnavanih primerov (Weltzin, Weisensel, Franczyk, Burnett, Klitz in Bean, 2005).

2.4 SMRTNOST MOTENJ HRANJENJA

Motnje hranjenja letno povzročijo v povprečju 10 200 smrti, torej eno smrt vsakih 52 minut (Social and economic cost of eating disorders in the United States of America, 2020). Anoreksija ima najvišjo stopnjo smrtnosti med vsemi duševnimi boleznimi (Meczekalski, Podfigurna-Stopa in Katulski, 2013). Franko s sodelavci (2013) v svoji raziskavi navaja, da je stopnja umrljivosti pri anoreksiji nervozi 4 %, pri bulimiji nervozi pa 3,9 %. Znanstveniki navajajo, da 10 % bolnikov z anoreksijo nervozo umre v obdobju 10 let od pojava motnje (Rikani idr., 2013).

Smrt v veliko primerih ni le posledica fizičnega stanja bolnika, temveč so v veliki meri vzrok samomori. Ti so namreč drugi najpogostejši vzrok smrti bolnikov z motnjami hranjenja.

Kar 10–20 % anoreksičnih bolnikov in 25–35 % bulimičnih bolnikov je vsaj enkrat poskusilo storiti samomor (Dalle Grave idr., 2007). Pacienti z anoreksijo imajo 18-krat večjo možnost, da naredijo samomor, kot pa ljudje brez motnje hranjenja (Smith, Zuromski in Dodd, 2018). Za bolnike, ki imajo že zelo izrazite simptome motenj hranjenja, obstaja 11-kratna za paciente z anoreksijo pa kar 18-kratna verjetnost, da poskusijo narediti samomor, v primerjavi z njihovimi vrstniki, ki te motnje nimajo (Lipson in Sonnevile, 2019).

2.5 POGOSTOST MOTENJ HRANJENJA

Z motnjami hranjenja se danes sooča kar 70 milijonov svetovnega prebivalstva (Fernandez-aranda, Banka, Herbert in Piatkowska-Chimel, 2023), kar predstavlja 9 % svetovne populacije (moških in žensk vseh starosti) (Fernandez-aranda, Banka, Herbert in Piatkowska-Chimel, 2023). Od tega se z anoreksijo nervozo sooča 0,21 %, 0,81 % z bulimijo nervozo in 2,22 % s kompulzivnim prenažanjem (Le, Barendregt, Hay in Mihalopoulos, 2017). Motnje hranjenja so od 18. leta dalje že skoraj epidemičen pojav (Pandel Mikuš, 2003). V povprečju se pojavijo pri 21. letih, tako pri moških kot pri ženskah (Ward, Rodriguez in Wright, 2019), anoreksija nervozna in bulimija nervozna pa pri 18. letih, saj veliko mladih v obdobju adolescence ni zadovoljnih s svojim telesom in so pod vplivi zahodne kulture, ki kot lepa vrednoti le suha telesa (Keski-Rahkonen in Mustelin, 2016). Hkrati se mladi znotraj prijateljskega kroga veliko pogovarjajo o zunanjem izgledu in dietah, zaradi česar se motnje hranjenja v večji meri pojavijo v mladostniškem kot pa odraslem obdobju (Smolak, Levine, Striegel-Moore, 1996). Kar 20 % žensk v tej starosti kaže znake bulimije, katerih od tega 11 % predstavljajo srednješolke. Delež obolelih za anoreksijo je nižji in predstavlja 2 % vseh srednješolkv Ameriki (Pandel Mikuš, 2003). Motnje hranjenja v večji meri prizadenejo ženske, razmerje med moškimi in ženskami se giblje med 1 : 20 (Pandel Mikuš, 2003). Četrtno bolnikov z anoreksijo nervozo predstavljajo moški. Pri njih je potek motnje bolj rizičen v primerjavi z ženskami, saj so zaradi stigme družbe v povprečju kasneje diagnosticirani. V družbi je namreč široko razširjen mit, da moški za motnjami hranjenja ne zbolijo (Eating Disorders Resource Catalogue, 2014).

Večina sodobnih raziskav kaže na porast motenj hranjenja. Med letoma 2000 in 2006 je razširjenost motenj hranjenja narastla za 3,5 %, od leta 2013 do 2018 pa kar za 7,8 % (Marie, Pierre, Grégory in Marie Pierre, 2019). Pogostost še vedno narašča in je iz leta 2018 na 2022 narastla kar za 65 %. Raziskave kažejo, da naj bi najvišji porast doživelo kompulzivno prenažanje (81 %) (FAIR Health, 2023), ki je danes najpogostejša motnja hranjenja (Le idr., 2017). Visoko porast beleži tudi anoreksija nervozna (73 %), medtem ko se delež bolnikov z bulimijo nervozo ni bistveno spremenil (porast za 3 %) (FAIR Health, 2023). V nasprotju s tem raziskava iz leta 2016 kaže, daje stopnja razširjenosti anoreksije stabilna (Keski-Rahkonen in Mustelin, 2016), kar trditudi Sernec (2010), stopnja razširjenosti bulimije nervoze pa naj bi celo upadala (Keski-Rahkonen in Mustelin, 2016).

Najpogostejše diagnosticirani motnji danes sta kompulzivno prenažedanje, ki predstavlja 24,3 % izmed diagnosticiranih bolnikov za motnjami hranjenja, in anoreksija nervoza, ki predstavlja 24,1 %. Bulimija nervoza predstavlja 5,3 %, medtem ko ima kar 10,1 % pacientov hkrati prisotnih več motenj hranjenja (FAIR Health, 2023).

Motnje hranjenja so bolj razširjene v zahodnih kulturah kot v Azijskih državah (Qian, Hu, Wan, Li, Wu, Ren in Yu, 2013). Nekatere raziskave so namreč pokazale, da na porast motenj hranjenja pomembno vpliva današnja zahodna kultura, ki ceni suho žensko telo (Shekriladze in Tchanturia, 2016). V državah kot so Japonska, Iran in Singapur razširjenost motenj hranjenja narašča med ženskami, ki so bile izpostavljene zahodni kulturi – pa naj so tam bivale med časom šolanja, bile na krajših počitnicah ali pa je zahodna kultura na njih vplivala preko družbenih omrežij (Rikani idr., 2013).

Najvišjo stopnjo razširjenosti motenj hranjenja v Evropi ima Avstrija, kjer se je leta 2012 z motnjo soočalo kar 1,55 % prebivalstva, sledi ji Francija (1,42 %), najnižjo stopnjo razširjenosti pa imata severna Irska in Nizozemska (Psychology Today, 2013).

Izven Evrope so motnje hranjenja v veliki meri prisotne predvsem v Združenih državah Amerike. Raziskave na populaciji Američanov so pokazale, da kar 60 milijonov Američanov trpi za motnjami hranjenja (Keski-Rahkonen in Mustelin, 2016). V življenju naj bi se z eno izmed motenj hranjenja soočilo kar 9 % Američanov (Social and economic cost of eating disorders in the United States of America, 2020).

Motnje hranjenja so visoko razširjene tudi v državah, ki imajo na razpolago omejeno količino gospodarskih dobrin. Takšni državi sta na primer Poljska, v kateri se z motnjami hranjenja spopada od 700 000 od 39 milijonov prebivalcev, in Turčija, kjer sez motnjami hranjenja sooča 2,56 % prebivalstva (Psychology Today, 2013).

2.5.1 POGOSTOST MOTENJ HRANJENJA V SLOVENIJI

Pogostost motenj hranjenja v Sloveniji spada v evropski vrh. Raziskave HBSC (Roberts idr., 2009), ki so potekale med leti 2002 in 2014 na slovenskih mladostnikih, kažejo zelo visoko obremenjenost s telesno težo oziroma zelo visoko stopnjo nezadovoljstva s telesom. Podobno ugotavlja tudi raziskava Mladina 2020 (Lavrič idr., 2021). V zadnjem desetletju je upadel delež mladih, zadovoljnih s svojim zdravjem in življenjem. Večje zadovoljstvo so pokazali posamezniki, ki pogosteje jedo sadje in zelenjavo, ne uživajo tobaka, marihuane, ne posegajo po »trdih drogah« in imajo »normalni« ITM. Slednjih je med mladimi vse manj, narasel je tako delež podhranjenih (za 46 %) kot tudi prekomerno hranjenih (za 35 %). Po teh podatkih je pogostost motenj hranjenja pričakovana. Leta 2010 je na Slovenskem potekala mednarodna raziskava ECB (Evropskega sveta za možgane), ki je pokazala, da je v tem letu pri nas živelo 5951 oseb z motnjami hranjenja, kar je predstavljalo 0,3 % slovenske populacije. Raziskava, ki je potekala med letoma 2005 in 2013, je pokazala, da je bilo zaradi anoreksije, bulimije in neopredeljenih motenj hranjenja (OSFED) 1109 bolnišničnih zdravljenj pri osebah, starih med 7 in 49 let – 71 % zaradi anoreksije in 29 % zaradi bulimije. Od tega je bilo bolnišnično zdravljenih kar 90 % žensk. Največ zdravljenj je potekalo pri bolnikih, starih med 10. in 29. let (91 %), skoraj polovica od teh (43 %) med 15. in 19. letom, 23 % pa jih je moralo v bolnišnično zdravljenje že med 10. in 14. letom. Motnje hranjenja v Sloveniji povzročijo vsaj eno smrt letno, zaradi napačno določenih osnovnih vzrokov smrti (motnje srčnega ritma, samomor) pa lahko sklepamo, da je teh smrti še več. Povprečna starost umrlih je nizka (34,8 let), kar potrjuje zgoden nastop in kroničen potek motenj hranjenja (Motnje hranjenja, 2021).

Lavrič s sodelavci (2021) ugotavlja, da ste se poleg poslabšanja stanja telesne mase drastično povečali tudi težavi občutja osamljenosti in stresa. To nakazuje na celotno poslabšanje psihofizičnega zdravja mladih, kljub izboljšanju zdravega življenjskega sloga in boljšim dejavnikom bivanja. Hkrati raziskava navaja, da bi se le 11,7 % mladih ob tovrstnih težavah zateklo po pomoč k psihologu ali psihiatru, kar je lahko povezano z majhnim številom diagnosticiranih bolnikov z motnjami hranjenja in pozno postavljeno diagnozo ter daljšim in manj uspešnim potekom zdravljenja.

2.6 SOCIOLOŠKI VIDIK MOTENJ HRANJENJA

2.6.1 DRUŽBENA KONSTRUKCIJA TELES

Skozi zgodovino so se v vsaki družbi izoblikovali standardi, ki opredeljujejo podobe idealnih teles; katere oblike teles veljajo za zaželeno, bolj privlačne. Ti so se med zgodovino spreminjali, razlikovali so se tudi med različnimi kulturami (primer majhnih stopal na Kitajskem, visokih (žirafjih) vratov v nekaterih afriških plemenih, ploščata čela Majev).

Telesne značilnosti so pogosto povezovali z značajskimi lastnostmi. Lepa telesa so pogosto enačili z zaželenimi osebnostnimi lastnostmi in moralnostjo, prevelikemu odstopanju od standardov, »grdoti« pa so pripisovali ravno obratno.

Sprva so se zanimali zgolj za moška telesa: v stari Grčiji se je razvila podoba idealnega moškega telesa, ki je ponekod prisotna še danes. To je atletsko, proporcionalno zgrajeno mišičasto moško telo. Zanimanje za žensko telo se pojavi v renesansi, ko je francoska kraljica Katarina Medičejska za svoje dvorne dame vpeljala normo obsega pasu, in sicer 33 cm. Po 16. stoletju so se ideali ženskega telesa spremenili in zaželeni so postali široki boki, razkošne obline in veliko oprsje. Vitke in suhe ženske so videli kot grde in nezdrave. S telesom so izražali svoj družbeni status, obilje so si namreč lahko privoščili le bogatejši. Ti standardi so se obdržali vse do 20. stoletja, podpirali so jih tudi zdravniki, ki so menili, da je nadpovprečna teža dobra, ker pomeni rezervo ob bolezni ali pomanjkanju hrane in so jo dojemali kot znak zdravja. Povezovali so jo z blaginjo, zdravjem, plodnostjo in ekonomsko varnostjo. Že pred 20. stoletjem je bila hrana razpoložljiva večini prebivalstva in lepotni standardi so se začeli spreminjati v drugo smer. Stigmatizacija debelega telesa se je začela v prvi polovici 20. stoletja v ZDA. V 50. in 60. letih 20. stoletja je bila debelost že definirana kot bolezen, kar je postala že splošna, konvencionalna modrost. V bogatih deželah danes obilno telo povezujejo s pomanjkanjem samonadzora in lenobo. Antropologi kljub temu navajajo, da je danes v vsaj 80 % kultur cenjena polna postava, kot je bila v preteklosti (Počkarin Tavčar Krajnc, 2011, 11).

2.6.2 *POTROŠNIŠKA KULTURA IN UKVARJANJE S TELESOM V MODERNIH DRUŽBAH*

V današnjih, modernih družbah ni več tako pomembno produktivno telo, telo, ki je sposobno delati, saj so človeško fizično delo v proizvodnji zamenjali razni stroji, temvečje pomembnejše hedonistično telo, ki je zmožno uživati v prostem času. Na oblikovanje današnje družbe je močno vplival kapitalizem, množično širjenje pa povzročajopredvsem mediji. Kapitalizem danes od nas na eni strani zahteva potrošnjo dobrin in storitev, po drugi strani pa zahteva trdo delo in disciplino. Če se želimo »igrati« s svojimi telesi, z njimi eksperimentirati, moramo za to vložiti finančne vloške. (Počkar in Tavčar Krajnc, 2011, 16)

Ustvarila se je močna povezava med potrošništvom, delom, prostim časom, samouresničenjem in uživanjem. Ljudje smo postali močno obsedeni z zunanjim videzom, obliko telesa, prehrano, počutjem in telesno kondicijo. Na razvoj teh vrednotje predvsem vplivala potrošniška kultura: industrija prostega časa, kozmetična, farmacevtska, modna in oglaševalna industrija, ter večja pestrost storitev, ki so nam na tem področju na voljo (fitnes, ponudba različnih rekreativnih dejavnosti, lepotna in estetska kirurgija ...). (Počkar in Tavčar Krajnc, 2011, str. 17)

Najpomembnejša vrednota je postala potreba po zunanji privlačnosti, kar zahteva veliko discipline. Zadovoljevanje lepotnih idealov je skoraj fantazija. Ljudje imajo namreč druge obveznosti, kot so skrb za preživetje, družinsko življenje ali se posvečajo drugim dejavnostim, npr. izobraževanju. Mediji pri prikazovanju idealnih teles hkrati uporabljajo različne pripomočke retuširanja, na kar ljudje velikokrat pozabijo, ko se primerjajo z njimi. Pri mnogih se zato razvije občutek nezadovoljstva z lastnim telesom in potreba po izboljšanju tega. Obremenjeni so s količino in vrsto hrane ter telesno aktivnostjo. Ukvarjanje s telesom in izboljšanje njegovega videza, hkrati pripomore k samozavesti posameznika, izboljšanju počutja in uspešnosti na različnih področjih življenja. Želja po vitkosti, zadovoljevanju lepotnih standardov, občutek nezadovoljstva in želja po nadzoru nemalokrat vodijo v razvoj motenj hranjenja. Anoreksija in bulimijasta neke vrste kulturno nasilje nad človeškim telesom, naše telo namreč ni usmerjenok vitkosti, temveč h kopičenju maščobnih zalog (Počkar in Tavčar Krajnc, 2011, 17)

2.6.3 VPLIV DRUŽBENIH OMREŽIJ

Družbena omrežja in oglasi so dejavniki, ki v družbi močno vplivata na porast motenj hranjenja med mladimi (Engaged Society, 2017). Mediji že leta promovirajo kult mladosti in suhega telesa in te zunanje lastnosti enačijo z dobrim počutjem in samopodobo. Fischler (1990) pravi, da naša družba postaja »lipophobična«. Beseda izhaja iz grščine in pomeni »strah pred debelostjo« (Czepczor, Kościcka in Brytek-Matera, 2016); sociologi pa ta pojem poimenujejo kult telesa. Ženske vedno bolj strmijo suhemu in mlademu telesu ter se izogibajo maščevju (Czepczor, Kościcka in Brytek-Matera, 2016). Družbena omrežja družbi prikazujejo idealna telesa, zdrav način življenja ter načine, kako doseči popolno postavo (Engaged Society, 2017) in s promocijo tega kulta pomembno vplivajo na mlade in na njihovo mišljenje (Kościcka in Brytek-Matera, 2016). Mladi lahko posledično dobijo napačno predstavo o tem, kaj lepota je (Engaged Society, 2017). To potrjuje raziskava Feldhegea s sodelavci. (2022), v kateri se je večina mladih anketirancev strinjala z mitom »Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.«.

Takoimenovani vplivneži (influencerji) vplivajo na družbo na mikro, mezo in makro ravni. Mikro raven se osredotoča na posameznika. Mediji dajejo mladim misliti, da niso dovolj dobri in da s svojim izgledom ne zadovoljujejo lepotnim standardom. To posameznika vodi v različne diete, pretirano telovadbo in bruhanje, kar ima negativne posledice na posameznikovo telo in lahko vodi v razvoj drugih bolezni (anemija, nepravilno bitje srca, neredna menstruacija, prebavne motnje, odpoved ledvic ...). V mezo raven sodijo posameznikova družina in bližnji. Ti se navadno počutijo izgubljene, ne vedo kako ukrepati, se ne zavedajo popolnoma, kaj se dogaja in se po navadi počutijo krive za razvoj bolezni. Makro raven predstavlja celoten svet, v katerem so motnje hranjenja v današnjem času v veliki meri prisotne. Socialni mediji vplivajo predvsem na mlade, katerim telesa, ki so na njih prikazana, postanejo cilj, edini lepotni ideal, ki ga želijo doseči. Če jim to ne uspe, lahko posameznike nezadovoljstvo s svojim telesom vodi v samosovraštvo, ki se lahko razvije v številne duševne motnje, kot sta depresija in motnje hranjenja (Engaged Society, 2017).

The National Eating Disorders Association (2012) opozarja, da bi ljudje, predvsem učenci, potrebovali spletne strani, ki bi jim podale zanesljive informacije o motnjah hranjenja in bi jih na tem področju izobrazile. Raziskava o mladih v Sloveniji, Mladina 2020, (Lavrič idr., 2021) je pokazala, da se le 40 % mladih čuti sposobne dobre presoje verodostojnosti spletnih vsebin. Hkrati mladi od družbenih omrežij v največji meri uporabljajo Facebook (80,9 %) in Instagram (77,8 %). Ti odstotki so zaskrbljujoči, Facebook in Instagram sta namreč eni izmed družbenih omrežij, na katerih lahko posamezniki objavljajo svojo »idealno postavo« in »brezskrbno življenje«, s čimer lahko hitro zaslepijo mlade in negativno vplivajo na njihovo samopodobo (Kościcka in Brytek-Matera, 2016).

2.6.4 *POGLED SOCIOLOŠKIH PARADIGEM NA MOTNJE HRANJENJA*

S stališča socioloških teorij oz. paradigem (funkcionalizem, konfliktna teorija in simbolni interakcionizem) v literaturi, ki vzroke za motnje hranjenja išče v družbenih dejstvih in vzrokih, izstopa (simbolni) interakcionizem (mikrosociološka teorija). Ta pravi, da se dojemanje posameznikov, predmetov, pojavov, situacij idr. oblikuje v interakciji med člani družbe. Ta pa poteka na simbolni ravni.

Posamezniki, ki objavljajo na družbenih omrežjih tako niti ne dojemajo, da lahko s svojimi objavami oblikujejo predstave o tem, kaj je lepo, zaželeno, tudi popolno oz. kakšno je lepo, zaželeno, tudi popolno telo. Družba svoje člane (posredno ali neposredno) uči, da sprejmejo informacije, ki jih dobijo na spletu, saj ta ponuja široko bazo znanja, dostopnega na dlani (dobesedno). Po drugi strani pa nas (tudi s premalo poudarka na medijski vzgoji) družba ne poduči dovolj, kako lahko objave na (predvsem družbenih) omrežjih vplivajo na samopodobo tistega na drugi strani zaslona. Med avtorjem objave in prejemnikom sporočila (gledalcem) se tako ustvarijo predstave o tem, kaj je lepo, zaželeno, lepotni ideal (Engaged Society, 2017).

Motnje hranjenja so izredno strašljiv družbeni problem. Včasih je težko prepoznati posameznika okoli sebe, ki za motnjo trpi. Družba bi morala biti zato na tem področju bolj izobrazena, bolj previdna o opazkah, ki jih daje, o kontekstu, ki ga objavlja na socialnih omrežjih in se zavedati resnosti tega problema, ki ne prizadene le posameznika, ampak celotno družino in bližnje. (Engaged Society, 2017).

Po pregledu literature nismo našli ustreznega vira, ki bi motnje hranjenja umestil v makrosociološki teoriji – funkcionalizem in konfliktno teorijo. Ker smo se o tem podučili pri pouku sociologije, bomo ta pogled na kratko izpeljali iz lastnega poznavanja in razumevanja teorij. Funkcionalizem bi motnje hranjenja dojemal kot družben pojav, ki omogoča (preventivno) delovanje zdravstvenega sistema na tem področju (službe, preventivne akcije), hkrati pa omogoča opredeljevanje »idealnega« telesa, ki je družbeni, kulturni vedno dogovor. Konfliktna teorija bi v ospredje postavile zaslužkarski posel zdravstvenega sistema in farmacevtske industrije, ki služijo s koriščenjem zdravstvenih storitev in predpisovanjem zdravil, ter medije, ki svoj imperij gradijo na »nikoli dovolj« zadovoljnih uporabnikov.

2.6.5 DRUŽBENA STIGMA

Veliko raziskav potrjuje, da je stigmatizacija motenj hranjenja bolj prisotna pri moških kot pri ženskah (Austen in Griffiths, 2018). Na razlike med spoloma ne vpliva biološki, temveč družbeni spol, ki se izoblikuje skozi proces socializacije ter zadovoljevanja moških in ženskih spolnih norm. Motnje hranjenja so bolj stigmatizirane s strani moških, saj v družbi velja mišljenje, da so motnje hranjenja »ženska bolezen«, katerevedenjski vzorci se ne skladajo z nekaterimi moškimi normami. Moški naj bi namreč bili čustveno stoični, samostojni in neodvisni od drugih. Moške z mentalno boleznijo družba velikokrat prepozna kot šibke in nezmožne zadovoljevanja moških norm (Judd idr., 2006; Magovcevic in Addis, 2005). Družba na moške ustvarja večji pritisk, da zadovoljijo spolno določenim normam, kot na ženske. Spodbuja jih, da krepijo svojo moškost, tako da jih ob nemoškem ravnanju »kaznuje«. Če moški zbolijo za mentalno boleznijo, ki je v družbi stigmatizirana kot ženska (vključno z motnjami hranjenja), to bolj ogroža družbeni pogled na njihovo moškost in status v družbi, kot če ženska zbolijo eno izmed moško stigmatiziranih motenj (na primer alkoholizem). To vpliva na različen odnos in stigmo moških in žensk do mentalnih bolezni, vključno z motnjami hranjenja. Posledično je diagnosticiranih manj bolnikov z motnjami hranjenja (v primerjavi z bolnicami), saj ti bolezen v večji meri zadržijo zase, v povprečju kasneje iščejo pomoč in družba njihovo motnjo kasneje zazna oziroma opazi. Raziskave namreč kažejo tudi na razlike v stigmatizaciji do moških in žensk, obolelih za motnjami hranjenja (Austen in Griffiths, 2018). Moški, ki zbolijo za motnjami hranjenja (ki veljajo za žensko motnjo), so stigmatizirani drugačne kot ženske z isto diagnozo. Slednje družba dojema, kot da so za razvoj motnje »krive same«, saj je njihova motnja povezana z žensko ekstremno normo o suhem telesu, medtem ko lahko moške ocenijo za »poženščene« in »manj moške« (Griffiths, Mond, Murray in Touyz, 2014).

Že več raziskav (Rodgers idr., 2015; Feldhege idr., 2022) je pokazalo, da je boljše znanje o motnjah hranjenja povezano z manjšo stigmo, kar dokazuje, da je izboljšanje znanja pomemben faktor za zmanjšanje stigme. Za zmanjševanje stigme moških bolnikov z motnjami hranjenja, bi morali poudarjati, da bolniki z motnjami hranjenja niso »poženščeni« ali šibki. Pogosteje bi morali izpostaviti izkušnje moških z motnjami hranjenja. Tako bi se pri bolnikih zmanjšal strah pred iskanjem pomoči zaradi stigme in mnenja družbe (Austen in Griffiths, 2018).

2.6.6 *POGLED DRUŽBE NA UČINKOVITOST ZDRAVLJENJA*

Več raziskav je že pokazalo, da mladi izkazujejo slabo znanje predvsem na področju zdravljenja motenj hranjenja. Med mladimi vlada prepričanje, da je zdravljenje težko dostopno in nedosegljivo in tudi neučinkovito ter da je samopomoč ali pomoč dobrih prijateljev pri zdravljenju učinkovitejša kot pomoč specialista, hkrati pa je prepoznavna vedenjskih vzorcev, značilnih za motnje hranjenja, pri mladih slaba (Mond idr., 2007; Mond, 2014). Ti vzorci so poleg značajskih lastnosti bolnika z motnjo (sram in želja po diskretnosti) glavni razlogi, zakaj se bolniki z motnjami hranjenja ne odločijo za zdravljenje, motnje pa so zato vedno pogostejše in skrite v družbi (Vitousek, Daly in Heiser, 1991). Če se odločijo za iskanje pomoči, navadno ne vedo, h komu se zateči po pomoč in kdo jim lahko zares pomaga. Poleg pomanjkanja znanja na to vplivajo tudi stigma in slab dostop do zdravljenja tudi s finančnega vidika (Mond, 2014). Forests sodelavci (2017) in Bother s sodelavci(2017) navajata, da mladostniki, če za takšno motnjo obolijo, iščejo pomoč v manjši meri kot starejši. Raziskava Monda s sodelavci (2007) je ugotovila, da je med mladimi prisotno prepričanje, da motnje hranjenja niso ozdravljive, tudi če je bolniku nudeno primerno zdravljenje. Večina jih namreč meni, da se bo bolnik po zdravljenju ponovno soočil z motnjo (40,5 %).

2.6.7 *BIOLOŠKI IN DRUŽBENI SPOL*

Zaradi družbeno vedno bolj perečega vprašanja o spolu ter spolni identiteti in ker smo v anketi dodali neodvisno spremenljivko spol in anketirancem ponudili samo odgovora moški in ženski (zaradi lažje analize in interpretacije podatkov), v tem poglavju izpostavljamo sociološko dožemanje spola: biološko in družbeno. S tem smo želeli nakazati, da poznamo in sprejemamo sociološki pogled na spol in spolno identiteto posameznika.

Z biološko določenimi telesnimi oziroma fizičnimi, anatomskimi, morfološkimi, fiziološkimi značilnostmi in razlikami med človeškimi bitji ter različnima biološkima vlogama moškega in ženske v reprodukciji vrste, govorimo o biološkem spolu. Biološke razlike označujemo s pojmom spolni dimorfizem. Biološki spol določajo primarni (genitalije) in sekundarni (oblika telesa, telesna sorazmerja, telesna višina) spolni znaki. (Počkar in Tavčar Krajnc, 2011, 8)

Družbeni spol posameznika oblikujejo posameznikovo dojemanje, doživljanje sebe in svoje spolne identitete ter družbeni in kulturni vidiki razlik med spoloma (vrednotenjenjuna položaja, različna pričakovanja glede vedenja, osebne lastnosti, ki naj bi jih oblikovala in izražala, njun družbeni pomen). Družbeno razlikovanje označimo kot spolno dihotomijo ali spolno asimetrijo. (Počkar in Tavčar Krajnc, 2011, 8)

2.7 EATING DISORDER MENTAL HEALTH LITERACY (ED-MHL)

Jorm je sredi 90. let 20. stoletja pojem (v prevodu) pismenost na področju duševnega zdravja (ang. *mental health literacy*) (v nadaljevanju MDL) definiral kot znanje in vedenje o duševnih motnjah, ki pomagajo pri prepoznavanju, obvladovanju ali preprečevanju duševnih motenj (Mond, 2014).

To znanje oz. vedenje sestavljajo štiri komponente: prepoznavanje simptomov, značilnih za motnjo; znanje o načinih in dostopnosti zdravljenja; odnosi (stigma in diskriminacija) do bolnikov; kako pomagati posamezniku, ki razvija ali se sooča z motnjo (Mond, 2014).

Pojem pismenost o motnjah hranjenja na področju duševnega zdravja (ang. *eating disorder mental health literacy*) (v nadaljevanju ED-MHL) se nanaša na posameznikovo znanje o simptomih in vzrokih ter načinih zdravljenja motenj hranjenja. Ta pomembno vpliva na posameznikov odnos do bolnikov z motnjami hranjenja in pripomoči, ki jo posamezniku z motnjo znamo nuditi (Feldhege idr., 2022).

Na področju ED-MHL še ni bilo izpeljanih veliko raziskav, te pa do sedaj kažejo, da je poznavanje motenj hranjenja slabo (Napolitano idr., 2019; Mond, 2014; Mond idr., 2007; Feldhege idr., 2022). Večina ljudi pod tem pojmom prepozna anoreksijo, z bulimijo asociira bruhanje, medtem ko sta kompulzivno prenašanje in nepurgativna oblika bulimije slabo poznani (Mond, 2014). Zaradi slabega znanja o posledicah motenj hranjenja, jih večina vidi ali kot redke in resne motnje ali pa pogoste in zlahka ozdravljive, medtem ko so motnje tako resne kot pogosto prisotne (Mond, 2014). V družbi je razširjeno veliko mitov, s katerimi je povezana stigma do posameznikov, ki za motnjo oboli (Mond, 2014).

Raziskave kažejo, da le ozaveščenost o motnjah hranjenja ni dovolj. V raziskavi Godala in sodelavcev (Godala, Karaińska, Trafalska, Kolmaga in Szatko, 2012) je 90 % anketirancev poznalo pojem anoreksije nervoze, nadaljnja vprašanja pa so pokazala, da je le 11 % anketirancev izkazalo pravilno znanje o motnji. Že več raziskav je pokazalo (Godala idr., 2012; Murray, Touyz in Beumont, 1998; Napolitano idr., 2019), da so ljudje bolj ozaveščeni o anoreksiji nervozi kot pa bulimiji nervozi. To potrjuje tudi raziskava iz leta 2019 v Italiji (Napolitano idr., 2019), v kateri je 59,4 % anketirancev prepoznalo pravilno definicijo anoreksije nervoze, 39,8 % bulimije nervoze. V isti raziskavi se je pokazalo zelo nizko poznavanje kompulzivnega

prenajedanja, le 5,6 % je poznalo pravilno definicijo in 7,5 % je bilo ozaveščenih o zdravstvenih zapletih, ki jih motnje hranjenja lahko povzročijo. Le 22,8 % anketirancev je poznalo tako definicijo anoreksije nervoze kot bulimije nervoze (Napolitano idr., 2019).

Ker so motnje hranjenja v družbi vedno bolj prisotne, narašča tudi zanimanje, da bi lahko izboljšali ozaveščenost družbe o motnjah hranjenja (White, Reynolds-Malear in Cordero, 2011), ki se je pokazalo kot nezadostno (Godala idr., 2012). Hkrati se želja po izboljšanju lastnega znanja o motnjah hranjenja pojavlja tudi med mladimi. Tako je v raziskavi Napolitana s sodelavci (2019) več kot polovica anketiranih italijanskih učencev izrazila, da potrebujejo več znanja o motnjah hranjenja.

Izboljšanje znanja o motnjah hranjenja v družbi je pomembno, da zmanjšamo stigmo in popravimo napačna prepričanja, ki so z miti zakoreninjena v družbi. Z izboljšanim znanjem bi se razširjenost motenj hranjenja v družbi zmanjšala, saj bi bolnike družbaprej opazila in bi ti zelo verjetno hitreje našli pomoč, imeli blažje posledice in prej ozdraveli (Mond, 2014). Napolitano (Napolitano idr., 2019) navaja, da imajo pomembno vlogo pri širjenju znanja o motnjah hranjenja zdravstveni delavci, saj lahko z odnosom pacient – zdravnik edini to znanje izboljšajo in hkrati podajo zanesljive informacije. Hkrati italijanska raziskovalna skupina spodbuja obiske zdravstvenih delavcev po šolah, da bi se izboljšalo tudi znanje mladih. Raziskava hkrati priporoča, da bi morali izobraževanje o motnjah hranjenja vključiti že v kurikulum predšolskega izobraževanja, da bi učenci pridobili pravilne informacije in znanje. Hkrati poudarja, da bi morali biti tudi starši bolj pozorni na to, da otrokom predajo pravilne informacije, glede na to, da so bili za skoraj polovico anketirancev prav ti glavni vir informacij o motnjah hranjenja (Napolitano idr., 2019).

Pojem ED-MHL še ni dobro raziskan, zato več raziskav navaja, da bi bile pred uvedbo ukrepov za izboljšanje znanja (izobraževalne programe) potrebne dodatne raziskave o ED-MHL (Nishida-Hikiji, Okamoto, Iwanaga, Nakane in Tanaka, 2019; Feldhege idr., 2022).

2.7.1 VPLIV IZOBRAZBE STARŠEV NA ED-MHL

Že več raziskav je pokazalo pozitivno povezanost izobrazbe staršev in znanja njihovih otrok o boleznih na sploh (Napolitano idr., 2019; Napolitano, Napolitano in Angelillo, 2017; Tedesco, Di Giuseppe, Napolitano, Angelillo, 2015; Morrone, Napolitano, Albano, Di Giuseppe, 2017). V raziskavi Napolitana s sodelavci (2019) je bilo znanje mladih anketirancev o motnjah hranjenja višje med posamezniki, pri katerih je imel vsajeden od staršev visokošolsko ali višjo izobrazbo.

Mladi prav tako za dostop do zdravstvenih delavcev potrebujejo podporo staršev in so odvisni od njihove čustvene podpore (Austin, 2000; Raby, 2013). Austin (2000) in Raby (2013) navajata, da bi se prav zato tudi družinski člani morali udeležiti predavanj o znakih in zdravljenju motenj hranjenja, v srednje šole pa bi moralo biti vključeno izobraževanje na to temo, saj imajo mladi o motnji napačno predstavo. Če se motnja razvije, svojih simptomov in znakov ne prepoznajo. Zdravljenje bi izboljšala tudi zagotovitev dobrih šolskih psihoterapevtov, ki bi pomagali pri zgodnji prepoznavi motnje in njenemu nadaljnjemu zdravljenju.

2.8 KJE POISKATI POMOČ

Veliko raziskav je pokazalo, da kot bolj zanesljivo pomoč ljudje vrednotijo žensko populacijo. Na to verjetno vpliva družbeno dožemanje moških kot manj empatičnih osebnosti do bolnikov z duševnimi težavami (Mond idr., 2007). V mlajšem in srednjem obdobju odraščanja so prijatelji za mlade pomembna socialna podpora (Smolak, P. Levine in Striegel-Moore, 1996). Raziskave kažejo, da bi starejši (33–45 let) sprva pristopili do osebnega zdravnika (59,3 %) mlajši (18–32 let) pa bi sprva pristopili k družinskemu članu (20,6 %) ali dobremu prijatelju (22,2 %). Mlade avstralske študentke so v raziskavi iz leta 2007 za osebo, h kateri bi ob tovrstnih težavah najprej pristopile, izbrale mamo, tretjina bi pristopila k dobri prijateljici, veliko pa bi jih najprej pristopilo tudi k osebnemu zdravniku (Mond idr., 2007). V drugi raziskavi Monda s sodelavci (2004) pa bi se anketiranci v večini najprej zatekli k osebnemu zdravniku in ne k strokovni psihiatrični pomoči.

V raziskavi Monda (2006) anketiranci, ki se ne spopadajo z motnjami hranjenja, v primerjavi z anketiranci, ki se spopadajo z motnjami hranjenja, v večjem deležu menijo, da so mati, oče in šolska svetovalna služba osebe, ki lahko pomagajo bolniku z motnjami hranjenja. V enakem deležu bi sprva pristopili k najboljši prijateljici.

2.9 VIR ZNANJA MLADIH O MOTNJAH HRANJENJA

Raziskave kažejo, da mladi večino znanja o motnjah hranjenja pridobijo preko medijev in interneta (Czepczor, Kościcka in Brytek-Matera, 2016). Podatki, ki jih te spletne strani podajajo, so navadno nezanesljivi, kar negativno vpliva na oblikovanje stereotipov povezanih z motnjami hranjenja (Murray, Touyz in Beumont, 1990; Christensen in Griffiths, 2000). V raziskavi Godale s sodelavci (2012) so ženske anketiranke pridobile največ informacij preko medijev, medtem ko so se moški bolj zanesli na znanje zdravnikov, prijateljev, družine in strokovne literature. V raziskavi Czepora s sodelavci (2016) pa je kot vir informacij o motnjah hranjenja internet uporabljalo več moških (50 %) kot žensk (27,3 %). Poleg medijev pa mladi kot vir informacij o motnjah hranjenja navajajo tudi starše, prijatelje, zdravstvene delavce in šolo. V raziskavi Napolitana (2019) so anketiranci večino svojih informacij o motnjah hranjenja pridobili od staršev (44,9 %), sledijo prijatelji (25,3 %), mediji (21,1 %), internet (15,7 %), zdravstveni delavci (8,5 %) in šola (6,2 %).

2.10 RAZLIKE O ZNANJU O MOTNJAH HRANJENJA MED ŽENSKAMI IN MOŠKIMI

Že več raziskav je pokazalo, da je znanje moških o motnjah hranjenja slabše v primerjavi z znanjem žensk (Smith, Pruitt, McLaughlin Mann in Thelen, 1986; Napolitano idr., 2019). Razlike med spoloma se kažejo v prepoznavanju motnje in resnosti stanja ter empatičnosti do bolnikov. Avstralska raziskava (Mond in Arrighi, 2011) na vzorcu avstralskih študentov je pokazala, da kar četrtna moških do bolnikovz motnjami hranjenja ne bi pokazala sočutja, meni, da je bolezen zlahka ozdravljiva in da je stanje zmerno zaskrbljujoče. Hkrati večina, tako moških kot žensk, simptomov bulimije ni prepoznala in so menili, da je glavni vzrok nizka samopodoba in ne motnjahranjenja. Znotraj tega so moški vzrok bulimije nivoze prepoznali v pomanjkanju samokontrole in v večji meri kot ženske prepoznali, da so simptomi bulimije nivoze pokazatelji nepopolnosti in šibkosti bolnika. V nasprotju z večino raziskav sta v tej raziskavi v večini oba spola motnje hranjenja prepoznala kot pogoste in resne motnje. Večina raziskav je namreč pokazala da, če so anketiranci menili, da so motnje hranjenja resna motnja, so hkrati menili, da niso pogosta motnja, in obratno, če so menili, da so pogosta motnja, so hkrati menili, da motnja ni ogrožajoča in težavna za posameznika (Mond, Hay, Rodgers in Owen, 2004). V raziskavi Wilsona s sodelavci (2009) so na velikem vzorcu mladih moških in žensk pokazali, da moški v večji meri kot ženske menijo, da je kompulzivno prenašanje problem, ki ne zahteva zdravljenja. Moški v povprečju podcenjujejo resnost motenj hranjenja (Mond in Arrighi, 2011), saj mladim moškim primanjkuje informacij o odnosih in prepričanjih do bolnikov z motnjami hranjenja (Mond, Hay, Paxton, Rodgers, Darby, Nillson, Quirk in Owen, 2010). Kljub temu, da se je znanje moških o motnjah hranjenja v zadnjih dveh desetletjih izboljšalo (Hunt in Rothman, 2007), pri prepoznavanju resnosti motenj in odnosu ter prepričanjih o njih, še vedno zaostajajo za ženskami. K temu veliko avtorjev pripomni, da naj bi ravno to pripomoglo k oblikovanju stigme in diskriminacije (Crisp, Gelder, Rix, Melzer in Rowlands, 2000; Mond, Robertson-Smith in Vetere, 2006; Roerig in McLean, 2010; Mond idr., 2010).

Ženske v večini motnje hranjenja prepoznajo kot resne motnje, ki jih je težko zdraviti in menijo, da si bolniki zaslužijo veliko sočutja (Mond, Hay, Rodgers, Owen in Beumont, 2004).

Raziskava Czepczorja s sodelavci (Czepczor, Kościcka in Brytek-Matera, 2016) je prav tako pokazala, da so imele učenke več znanja o zapletih, ki jih motnje hranjenjalahko povzročajo, hkrati so pokazale tudi večje zanimanje o tematiki motnjah hranjenja v primerjavi z učenci. Tudi številne druge raziskave (Godala, Karaińska, Trafalska, Kolmaga in Szatko, 2012; Ziora idr., 2006; Napolitano idr., 2019) so pokazale, da so ženske bolj opremljene z znanjem o motnjah hranjenja kot moški, v večji meri prepoznajo motnjo glede na njene simptome in bolj pravilno opišejo klinično sliko bolnikov z motnjami hranjenja, so bolj ozaveščene o stopnji smrtnosti in se zavedajo, da je za večino bolnikov značilna motena telesna shema. V raziskavi Monda in Arrighi (2011) so ženske v večji meri kot moški motnje hranjenja prepoznale kot doživljenjsko motnjo.

V raziskavi Monda in Arrighi (2011) je večina tako moških kot žensk prepoznala simptome anoreksije nervoze, medtem ko so za bulimijo nervozo menili, da je glavni problem nizka samopodoba in ne motnje hranjenja. To nakazuje na pomanjkanje znanja in slabo prepoznavo simptomov, ki sta razloga, da veliko bolnikov z motnjami hranjenja svojih simptomov dolgo ne prepozna in začne iskati pomoč šele po letih od pojava motnje in je zato njihovo zdravljenje toliko zahtevnejše, na kar opozarja več avtorjev (Mond idr., 2008; Mond idr., 2010; Mond idr., 2006; Mond idr., 2009). Hkrati je v raziskavi avstralskih študentov večina anketirancev precenila resnost motenj hranjenja (Mond in Arrighi, 2011). To lahko negativno vpliva predvsem na posameznike, ki so že tako bolj »podvrženi« nastanku motenj hranjenja. Poveča lahko verjetnost, da bodo ti posamezniki želeli preizkusiti simptome značilne za motnje hranjenja (npr. bruhanje in prenajedanje), zaradi prepričanja, da so ti nekaj normalnega in v družbi splošno razširjenega (Mond idr., 2010; Crandall, 1988; Vander Wal in Thelen, 1997). To velja predvsem za moške, za katere so nekatere raziskave pokazale, da vedenjske vzorce, značilne za motnje hranjenja (bulimijo nervozo) prepoznajo kot »sprejemljive« (Vander Wal in Thelen, 1997).

V raziskavi Monda in Arrighi leta 2011 so tako moški kot ženske anoreksijo nervozo prepoznali kot resnejšo motnjo v primerjavi z bulimijo nervozo, medtem ko so bulimijo nervozo prepoznali kot bolj razširjeno motnjo kot anoreksijo nervozo.

Tudi raziskava na vzorcu nemških mladostnikov (Feldhege idr., 2022) je pokazala očitne razlike v strinjanju z miti, povezanimi z motnjami hranjenja med spoloma, pri čemer avtorji navajajo, da je večje strinjanje z miti o motnjah hranjenja povezano s slabim ED-MHL. Moški so se z miti o motnjah hranjenja strinjali v večji meri kot ženske. Te razlike so se pokazale tudi pri številu pravilnih odgovorov pri testiranju ED-MHL. Ženske so v raziskavi odgovorile pravilno na več odgovorov kot moški. Znanje vzorce je bilo vrednoteno kot zmerno, saj so v povprečju odgovorili pravilno na 8 od 18 trditev. Pokazali so dobro znanje na področju zdravljenja motenj hranjenja, medtem ko je bilo njihovo znanje o vzrokih nastanka motenj hranjenja in znanje o anoreksiji nervozi ter bulimiji nervozi pretežno nizko.

V raziskavi Czepczorja, Kościcka in Bryteka-Matera (2016) so anketiranci v večini prepoznali tako anoreksijo nervozo kot bulimijo nervozo. Hkrati večina meni, da sta bolezni nevarni, prepoznajo jih celo kot smrtni. Težave pa so imeli pri prepoznavi znakov, ki lahko kažejo na motnje hranjenja, kot sta na primer izguba telesne mase, kar je kot znak prepoznalo le 11 %, in motena telesna shema, kar je prepoznala slaba desetina anketirancev.

Že nekaj raziskav je preučevalo povezanost ED-MHL, stigme in starosti in zaenkrat razlik med mlajšimi in starejšimi najstniki niso dokazale (Gratwick-Sarll, Bentley, Harrison in Mond, 2016; Feldhege idr., 2022). Kljub temu so v raziskavi Feldhega s sodelavci (2022) starejši mladostniki pokazali večje strinjanje z miti o motnjah hranjenja.

Motnje hranjenja lahko vodijo v kompleksne zaplete in se pojavljajo tako pri moških kot pri ženskah in so v zadnjem času v porastu. Sepulveda s sodelavci (Sepulveda, Carrobbles in Gandarillas, 2008) v svojem prispevku navaja, da je splošna prevalenca rizičnosti razvoja motenj hranjenja okoli 11 %, pri ženskah se giblje med 7,3 in 18 %, pri moških pa med 0,9 in 3 %. Število obolelih še vedno narašča, zato zveza National Eating Disorder Collaboration še posebej opozarja, da bi se morala družba osredotočiti na zmanjšanje razširjenosti motenj hranjenja.

To bi med drugim dosegli z boljšo izobrazbo, ki bi vplivala na hitrejšo prepoznavo simptomov in hitrejši začetek zdravljenja bolnikov (National Eating Disorder Collaboration, 2012). Raziskave namreč kažejo, da mladi motnje hranjenja sami pri sebi le redko prepoznajo (Gratwick-Sarll idr., 2014; Feldhege idr., 2021; Mond idr., 2007). Osredotočiti bi se morali posebej na mlajše, saj raziskave kažejo, da starost, pri kateri se motnje hranjenja pojavijo, pada in so v vedno večji meri diagnosticirane že pri otrocih (Nicholls, Lynn in Viner, 2011). Nicholls in Bryant-Waugh (2009) v svojem prispevku navajata, da naj bi bila anoreksija nervoza diagnosticirana že pri sedemletnikih. Večina raziskav opozarja, da bi morali dajati večji poudarek na izobraževanje predvsem mladih moških, osredotočiti pa bi se morali predvsem na odnos do bolnikov in prepričanja, ki jih mladi o motnjah in bolnikih imajo (Cotton, Wright, Harris, Jorm in McGlorry, 2006; Kaneko in Motohashi, 2007; Jorm in Wright, 2008; Feldhege idr., 2022).

3. REZULTATI

3.1 STATISTIČNA PREDSTAVITEV RAZISKOVALNEGA VZORCA

Pred analizo hipotez in interpretacijo rezultatov v spodnjih tabelah predstavljamo raziskovalni vzorec. V tabelah 3–8 so predstavljene osnovne značilnosti vzorca glede na sociodemografski spremenljivki, izkušnjo z motnjami hranjenja in stopnjo izobrazbe staršev. Vsi podatki v tabeli imajo enoten vir: lastni anketni podatki.

Tabela 3: Raziskovalni vzorec po spolu

Spol		
	f ⁴	f % ⁵
Moški	73	18,9
Ženska	313	81,1
Skupaj	386	100,0

Na anketo je odgovorilo 81,8 % žensk in 18,9 % moških (tabela 3). Vzorec je neenakomerno razporejen. To pripisujemo temu, da večina anketirancev, ki so sodelovali v naši raziskavi, obiskuje gimnazijske programe na katerih prevladujejo dijakinje. Zakaj smo kot možna odgovora pri vprašanju o spolu ponudili samo moški in ženska, podrobno pojasnujemo v poglavju 2.6.7 *Biološki in družbeni spol*. V anketi smo sodelujoče povprašali po njihovem biološkem spolu, saj smo zajeli anketirance v starostnem obdobju, v katerem njihov družbeni spol še ni dokončno izoblikovan, prav tako nismo ponudili možnosti »*Drugo*« zaradi lažje analize in interpretacije podatkov.

⁴ Oznaka f v nadaljevanju pomeni število odgovorov.

⁵ Oznaka f % v nadaljevanju pomeni odstotek odgovorov (od 100%), poimenovan tudi strukturni odstotek.

Tabela 4: Starost anketirancev

Starost		
	f	f %
14–15 let	121	31,3
16–17 let	226	58,5
18–19 let	39	10,1
Skupaj	386	100,0

Anketirance smo razdelili v tri starostne skupine: 14–15 let, 16–17 let in 18–19 let. V anketi je sodelovalo 31,3 % dijakov, starih 14–15 let, 58,5 % dijakov starosti 16–17 let in 10,1 % dijakov starih 18–19 let (tabela 4). Delež starih 18–19 let je manjši, saj je anketa očitno večje zanimanje požela pri nižjima starostnima skupinama, od 14 do 17 let.).

Tabela 5: Izobrazba staršev anketirancev

Izobrazba staršev		
	f	f %
Osnovnošolska izobrazba	3	0,8
Srednješolska izobrazba (nižje poklicno izobraževanje, srednje poklicno in tehniško izobraževanje, gimnazijsko izobraževanje)	121	31,3
Visokošolska ali višješolska izobrazba (univerzitetna izobrazba)	210	54,4
Doktorat znanosti ali znanstveni magisterij	52	13,5
Skupaj	386	100,0

Tabela 5 prikazuje, da je imelo 0,8 % anketirancev starša z osnovnošolsko izobrazbo, 31,3 % s srednješolsko izobrazbo, 54,4 % z visokošolsko ali višješolsko izobrazbo (univerzitetna izobrazba) in 13,5 % starša z doktoratom ali znanstvenim magisterijem. Pri tem smo anketirance prosili, da pri izpolnjevanju upoštevajo starša, ki ima višjo izobrazbo. Delež anketirancev katerih starši imajo osnovnošolsko izobrazbo je bil zelo nizek (trije anketiranci), zato smo ga pri nadaljnji analizi rezultatov zanemarili.

Tabela 6: Raziskovalni vzorec glede na izkušnjo z motnjo hranjenja

Ali ste se oziroma se spopadate z motnjami hranjenja?		
	f	f %
Da	106	27,5
Ne	280	72,5
Skupaj	386	100,0

Tabela 7: Raziskovalni vzorec po spolu glede na izkušnjo z motnjo hranjenja

			Ali ste se, oziroma se spopadate z motnjami hranjenja?		Skupaj
			Da	Ne	
Spol	Moški	f	10	63	73
		f %	13,7	86,3	100,0
	Ženska	f	96	217	313
		f %	30,7	69,3	100,0

27,5 % anketirancev se/so se spopadali z motnjami hranjenja, 72,5 % anketirancev pa osebne izkušnje z motnjami hranjenja še ni imela (tabela 6). Spomnimo: z motnjami hranjenja se danes sooča kar 70 milijonov svetovnega prebivalstva (National Eating Disorders Association), kar predstavlja 9 % svetovne populacije (moških in žensk vseh starosti) (Fernandez-Aranda, Banka, Herbet in Piatkowska-Chimel, 2023). Leta 2010 je na Slovenskem potekala mednarodna raziskava ECB (Evropskega sveta za možgane), ki je pokazala, da je v tem letu pri nas živel 5951 oseb z motnjami hranjenja, kar je predstavljalo 0,3 % slovenske populacije. Rezultati zato niso presenetljivi, saj sklepamo, da je to število danes še višje.

Tabela 7 prikazuje, da se je od moških anketirancev z motnjami hranjenja soočalo 13 %, od žensk anketiranih pa 30,7 %.

3.2 INTERPRETACIJA REZULTATOV

V nadaljevanju so analizirani rezultati ankete, s katerimi smo potrdili oz. ovrgli hipoteze, ki smo si jih zastavili na začetku raziskovalnega procesa. Pred tem opozarjamo na omejitve: poznavanje mitov in ED-MHL anketirancev smo preverjali s še ne potrjenimi merilniki, na kar opozarjamo pri vrednotenju rezultatov. Pri izbiri mitov in trditev smo si v največji meri pomagali z raziskavo Feldhega s sodelavci (2022), ki je imela podobne cilje raziskave.

Hipoteza 1: Ženske anketiranke v povprečju pravilneje prepoznajo značilne motnje hranjenja kot moški.

Definicije anoreksije nervoze, bulimije nervoze in kompulzivnega prenajedanja, ki so bile prevedene in vključene v anketo, so povzete po raziskavi Napolitana s sodelavci (2019).

Tabela 8: Rezultati za vprašanje o poznavanju anoreksije

			Bolniki s to motnjo, imajo prekomerno nizko maso, velik strah pred pridobivanjem mase, saj njena vrednost za njih nikoli ni dovolj nizka.			Skupaj
			Anoreksija nervosa	Bulimija nervosa	Kompulzivno prenajedanje	
Spol	Moški	f	63	7	3	73
		f %	86,3	9,6	4,1	100,0
	Ženska	f	303	6	4	313
		f %	96,8	1,9	1,3	100,0
Skupaj		f	366	13	7	386
		f %	94,8	3,4	1,8	100,0

Tabela 9: : Rezultati za vprašanje o poznavanju kompulzivnega prenajedanja

			Bolniki s to motnjo pojedjo velike količine hrane, med prehranjevanjem izgubijo nadzor nad količino zaužite hrane. Zaradi velikega presežka zaužitih kalorij so ti bolniki navadno prekomerno težki.			Skupaj
			Anoreksija nervoza	Bulimija Nervoza	Kompulzivno prenajedanje	
Spol	Moški	f	5	27	41	73
		f %	6,8	37,0	56,2	100,0
	Ženska	f	3	36	274	313
		f %	1,0	11,5	87,5	100,0
Skupaj		f	8	63	315	386
		f %	2,1	16,3	81,6	100,0

Tabela 10: Rezultati za vprašanje o poznavanju bulimije

			Bolniki s to motnjo pojedjo ogromne količine hrane, med prehranjevanjem izgubijo nadzor in preveliko količino zaužite hrane navadno izbruha ali se dodatnih kalorij znebijo s pretirano vadbo, uporabo odvajal in/ali diuretikov.			Skupaj
			Anoreksija nervoza	Bulimija Nervoza	Kompulzivno prenajedanje	
Spol	Moški	f	6	41	26	73
		f %	8,2	56,2	35,6	100,0
	Ženska	f	6	270	37	313
		f %	1,9	86,3	11,8	100,0
Skupaj		f	12	311	63	386
		f %	3,1	80,6	16,3	100,0

Tabele 8, 9 in 10 prikazujejo, kako spol vpliva na pravilno prepoznavanje motenj hranjenja glede na podano definicijo. Rezultati kažejo, da ženske v povprečju res pravilneje prepoznajo značilne motnje hranjenja kot moški, kar **je v skladu z našo prvo hipotezo in jo zato potrjujemo**. To je razvidno predvsem iz tabel 9 in 10, ki prikazujeta, da je kompulzivno prenažedanje oziroma bulimijo nervozo prepoznala večina žensk (87,5 % oziroma 86,3 %) in le dobra polovica moških (56,2 %). Tabela 8 ne kaže pomembnih razlik prepoznavanja anoreksije nervoze glede na spol. Motnjo je prepoznala tako večina moških (86,3 %) kot večina žensk (96,8 %).

Že več raziskav je pokazalo, da imajo ženske boljše znanje o motnjah hranjenja kot moški (Smith idr., 1986; Napolitano idr., 2019). Slabše prepoznavanje motenj hranjenja s strani moških, bi lahko pripisali tudi dejstvu, da so motnje hranjenja v večji meri prisotne pri ženskah, kot pri moških (Pandel Mikuš, 2003), kar je značilno tudi za naš vzorec (tabela 7). Iz tabel 9 in 10 je razvidno, da so imeli anketiranci (predvsem moški) težave pri prepoznavanju bulimije nervoze in kompulzivnega prenažedanja in so motnji med seboj zamešali. Slabo prepoznavanje bulimije nervoze je pokazala tudi raziskava Monda in Arrighi (2011) izvedena na vzorcu avstralskih študentov. Slabo prepoznavanje kompulzivnega prenažedanja pri moških je zaskrbljujoče, saj je motnjav porastu in je danes poleg anoreksije nervoze najpogostejša motnja hranjenja (FAIR Health, 2023). Iz rezultatov lahko sklepamo, da bi se bilo potrebno osredotočiti predvsem na izobraževanje moških, s poudarkom na področju bulimije nervoze in kompulzivnega prenažedanja.

HIPOTEZA 1 JE POTRJENA.

Hipoteza 2: Anketirani bodo na podlagi značilnega opisa motenj hranjenja v večini (70 % ali več) pravilno prepoznali anoreksijo nervozo kot vrsto motnje hranjenja.

Iz tabel 8, 9 in 10 je razvidno, da so anketiranci izmed vseh treh motenj hranjenja v največjem deležu prepoznali anoreksijo nervozo. Anoreksijo nervozo je glede na ustrezno definicijo prepoznalo 94,8 % anketirancev, **s čimer potrjujemo našo drugo hipotezo**. Iz tabel 9 in 10 je razvidno, da nekateri izmed anketirancev ne ločijo bulimije nervoze in kompulzivnega prenajedanja in motnji med seboj zamenjujejo. Nekateri vedenjski vzorci bulimije nervoze in kompulzivnega prenajedanja so sicer enaki, vendar so med motnjama prisotne razlike, ki igrajo pomembno vlogo pri zdravljenju. Za obe motnji so značilne epizode prenajedanja, ki pa so pri osebi z bulimijo nervozokrajše. Bolniki z bulimijo nervozo imajo prav tako moteno telesno shemo, kar za bolnike s kompulzivnim prenajedanjem ni značilno, zato po prenajedanju tudi ne izvajajo kompenzatornih vedenjskih vzorcev, s čimer bi preprečili pridobivanje telesne mase (Pandel Mikuš, 2003). Razlika, ki smo jo izpostavili v anketi, je bila, da bolniki z bulimijo nervozo, da bi izgubili dodatno zaužite kalorije, pretirano telovadijo, uporabljajo odvajala in/ali diuretike in hrano navadno izbruhajo. Menimo namreč, da je to za prepoznavo motnje s stališča družbe, izmed navedenih razlik, ta za družbo najopaznejša. Še vedno pa rezultati kažejo, da je večina anketirancev prepoznala tako definicijo kompulzivnega prenajedanja (81,6 %) kot bulimije nervoze (80,6 %). Boljše prepoznavanje anoreksije nervoze lahko pripišemo dejstvu, da je to prva oblika motenj hranjenja, ki se je pojavila v zgodovini in je bila kot prva sprejeta med kategorije duševnih motenj, leta 1980 (Fairburn in Brownell, 2002; Haworth-Hoepfner, 2016). To lahko podkrepimo tudi z dejstvom, da je anoreksija nervoza, ki je poleg kompulzivnega prenajedanja, po raziskavah najpogostejša motnja hranjenja in je še danes v porastu (FAIR Health, 2023). Že več raziskav je pokazalo (Godala idr., 2012; Murray idr., 1998; Napolitano idr., 2019), da so ljudje bolj ozaveščeni o anoreksiji nervozi kot pa bulimiji nervozi. V primerjavi z raziskavo Napolitana s sodelavci (2019) so celjski srednješolci očitno bolje prepoznali ustrezne motnje hranjenja. Med italijanskimi anketiranci je zgolj 59,4 % prepoznalo definicijo anoreksije nervoze, 39,8 % je prepoznalo definicijo bulimije nervoze in le 5,6 % je prepoznalo definicijo kompulzivnega prenajedanja. Na podlagi teh rezultatov lahko trdimo, da celjski srednješolci dobro prepoznavajo simptome glavnih treh vrst motenj hranjenja.

»JE, DA BI BRUHAL, IN BRUHA, DA BI JEDEL«

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

HIPOTEZA 2 JE POTRJENA.

Hipoteza 3: Obstajajo razlike glede na starost o mnenju, katera oblika motnja hranjenja je najpogostejša.

3a: Starejši anketirani (18–19) bodo prepoznali kompulzivno prenažedanje kot najpogostejšo motnjo hranjenja.

3b: Mlajši anketirani (14–15) pa bodo prepoznali anoreksijo nervozo kot najpogostejšo obliko motnjo hranjenja.

Tabela 11: Mnenje o tem, katera oblika motenj hranjenja je najpogostejša

			Katera motnja hranjenja je po vašem mnenju najpogostejša?			Skupaj
			Anoreksija nervoza	Bulimija Nervoza	Kompulzivno prenajedanje	
Starost	14–15 let	f	71	27	23	121
		f %	58,7	22,3	19,0	100,0
	16–17 let	f	151	20	55	226
		f %	66,8	8,8	24,3	100,0
	18–19 let	f	24	5	10	39
		f %	61,5	12,8	25,6	100,0
Skupaj		f	246	52	88	386
		f %	63,7	13,5	22,8	100,0

Tabela 11 prikazuje, kako starost vpliva na prepoznavanje najpogostejše motnje hranjenja. Iz tabele 11 je razvidno, da anketiranci v povprečju menijo, da je najpogostejša motnja hranjenja anoreksija nervoza (63,7 %), za najmanj pogosto motnjo pa vrednotijo bulimijo nervozo (13,5 %). Pri tem se razlike glede na starost niso pokazale, **s čimer hipotezo 3 in njeni podhipotezi (3a in 3b) ovržemo.**

Rezultate lahko pripišemo dejstvu, da med anketiranci ni velikega starostnega razpona. V obdobju med 14. in 19. letom je najbolj značilen razvoj anoreksije nervoze (Reich in Kröger, 2009, 13) in bulimije nervoze (Healthline, 2022). Razvoj kompulzivnega prenažedanja je postavljen v zgodnjo odraslo dobo (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021), zaradi česar so naši anketiranci morda manj ozaveščeni o njeni pogostosti. Morda bi se razlike glede na starost pokazale pri primerjavi našega vzorca s starejšo starostno skupino (30 let in

več), pri kateri je kompulzivno prenažedanje bolj zastopana motnja hranjenja kot anoreksija nervoza.

Vrednotenje anoreksije nervoze kot najpogostejše motnja hranjenja lahko – kot že navedeno pri interpretaciji hipoteze 2 – pripišemo tudi dejstvu, da je anoreksija nervoza prva oblika motenj hranjenja, ki se je pojavila v zgodovini motenj hranjenja (Fairburn in Brownell, 2002; Haworth-Hoeppner, 2016) in je v največji meri (poleg kompulzivnega prenažedanja) prisotna še danes (FAIR Health, 2023).

Že več raziskav je pokazalo (Godala idr., 2012; Murray idr., 1998; Napolitano idr., 2019), da so ljudje bolj ozaveščeni o anoreksiji nervozi kot pa bulimiji nervozi.

HIPOTEZA 3 JE OVRŽENA.

Hipoteza 4: Mlajši anketiranci (14–15 let) bodo izkazali več strinjanja z miti kot starejši (18–19 let).

Tabela 12: Splošno poznavanje mitov o motnjah hranjenja.

		f	f %
Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.	DRŽI	15	3,9
	NE DRŽI	371	96,1
Motnje hranjenja so odločitev.	DRŽI	85	22,0
	NE DRŽI	301	78,0
Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.	DRŽI	29	7,5
	NE DRŽI	357	92,5
Starši so tisti, ki povzročijo nastanek motenj hranjenja pri svojih otrocih.	DRŽI	78	20,2
	NE DRŽI	308	79,8
Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.	DRŽI	33	8,5
	NE DRŽI	353	91,5
Motnje hranjenja so le obdobje, ki bo minilo samo od sebe.	DRŽI	17	4,4
	NE DRŽI	369	95,6
Ljudje z normalno telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja.	DRŽI	18	4,7
	NE DRŽI	368	95,3
Motnje hranjenja niso resna motnja.	DRŽI	10	2,6
	NE DRŽI	376	97,4
Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.	DRŽI	217	56,2
	NE DRŽI	169	43,8
Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.	DRŽI	106	27,5
	NE DRŽI	280	72,5

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		f	f %
Biti športnik ali zvest zdravi prehrani pomeni, da si zdrav.	DRŽI	103	26,7
	NE DRŽI	283	73,3
Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.	DRŽI	72	18,7
	NE DRŽI	314	81,3
Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.	DRŽI	16	4,1
	NE DRŽI	370	95,9
Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.	DRŽI	50	13,0
	NE DRŽI	336	87,0
Dieta je normalen del življenja posameznika.	DRŽI	165	42,7
	NE DRŽI	221	57,3

Tabela 13: Strinjanje z miti glede na starost anketirancev

		Starost					
		14–15 let		16–17 let		18–19 let	
		f	f %	f	f %	f	f %
Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.	DRŽI	4	3,3	7	3,1	4	10,3
	NE DRŽI	117	96,7	219	96,9	35	89,7
Motnje hranjenja so odločitev.	DRŽI	32	26,4	44	19,5	9	23,1
	NE DRŽI	89	73,6	182	80,5	30	76,9
Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.	DRŽI	7	5,8	15	6,6	7	17,9
	NE DRŽI	114	94,2	211	93,4	32	82,1
Starši so tisti, ki povzročijo nastanek motenj hranjenja pri svojih otrocih.	DRŽI	30	24,8	37	16,4	11	28,2
	NE DRŽI	91	75,2	189	83,6	28	71,8
Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.	DRŽI	10	8,3	19	8,4	4	10,3
	NE DRŽI	111	91,7	207	91,6	35	89,7
Motnje hranjenja so le obdobje, ki bo minilo samo od sebe.	DRŽI	6	5,0	9	4,0	2	5,1
	NE DRŽI	115	95,0	217	96,0	37	94,9
Ljudje z normalno telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja.	DRŽI	8	6,6	8	3,5	2	5,1
	NE DRŽI	113	93,4	218	96,5	37	94,9
Motnje hranjenja niso resna motnja.	DRŽI	2	1,7	6	2,7	2	5,1
	NE DRŽI	119	98,3	220	97,3	37	94,9
Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.	DRŽI	70	57,9	126	55,8	21	53,8
	NE DRŽI	51	42,1	100	44,2	18	46,2
Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.	DRŽI	46	38,0	53	23,5	7	17,9
	NE DRŽI	75	62,0	173	76,5	32	82,1

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		Starost					
		14–15 let		16–17 let		18–19 let	
		f	f %	f	f %	f	f %
Biti športnik ali zvest zdravi prehrani pomeni, da si zdrav.	DRŽI	38	31,4	57	25,2	8	20,5
	NE DRŽI	83	68,6	169	74,8	31	79,5
Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.	DRŽI	28	23,1	39	17,3	5	12,8
	NE DRŽI	93	76,9	187	82,7	34	87,2
Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.	DRŽI	7	5,8	5	2,2	4	10,3
	NE DRŽI	114	94,2	221	97,8	35	89,7
Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.	DRŽI	26	21,5	21	9,3	3	7,7
	NE DRŽI	95	78,5	205	90,7	36	92,3
Dieta je normalen del življenja posameznika.	DRŽI	52	43,0	95	42,0	18	46,2
	NE DRŽI	69	57,0	131	58,0	21	53,8

Tabela 12 prikazuje, kako so anketiranci v splošnem prepoznavali mite o motnjah hranjenja. Iz tabele je razvidno, da se anketiranci z večino mitov **ne strinjajo**. Najmanjši delež anketirancev (2,6 %) se je strinjal z mitom *Motnje hranjenja niso resna motnja*. Med miti iz tabele bomo izpostavili tiste štiri, s katerimi se je strinjal največji delež anketirancev. Ti so:

- Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.
- Dieta je normalen del življenja posameznika.
- Da ima oseba motnjo hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.
- Biti športnik ali zvest zdravi prehrani pomeni, da si zdrav.

Največji delež anketirancev se je strinjal z mitom *Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev*. Z mitom se je strinjalo kar 56,2 % anketirancev, kar je več kot polovica. Ta podatek je zaskrbljujoč, saj nakazuje, da mladi nezdravih prehranskih vzorcev ne prepoznajo le kot simptom motnje, temveč menijo, da je to vzrok njenega nastanka. Mladi se ne zavedajo, kako kompleksna bolezen motnje hranjenja v resnici so in da na njihov razvoj vpliva kombinacija genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023). Obsedenost z nadzorovanjem kaloričnega vnosa, izločanje določenih skupin živil iz prehrane in bruhanje so le nekateri izmed simptomov motenj hranjenja, ki se razvijejo kot posledica zgoraj navedenih dejavnikov (Eating Recovery Center, 2020). Zaradi napačnega prepričanja se družina in bližnji pri zdravljenju bolnika preveč osredotočajo le na spodbujanje bolnika, da zaužije večje količine hrane. Za učinkovito zdravljenje pa se je treba osredotočiti na vzroke nastanka motnje. Za popolno ozdravitev bolnikov je pri zdravljenju potrebno zajeti kombinacijo zdravstvenih, psihičnih, terapevtskih in dietetičnih posegov (Eating Recovery Center, 2020).

Z mitom *Dieta je normalen del življenja posameznika* se je strinjala malo manj kot polovica anketirancev (42,7 %). National Eating Disorder Collaboration (2023) navaja, da so k dietiranju predvsem podvrženi najstniki in za to krivi pritiske družbe. Družbena omrežja mladim prikazujejo idealna telesa, zdrav način življenja ter načine, kako doseči popolno postavo (Engaged Society, 2017) in s promocijo tega kulta pomembno vplivajo na mlade in na njihovo mišljenje (Kościcka in Brytek-Matera, 2016). Mediji dajejo mladim misliti, da niso dovolj dobri in da s svojim izgledom ne zadovoljujejo lepotnim standardom.

To posameznika vodi v različne diete, pretirano telovadbo in bruhanje, kar ima negativne posledice na posameznikovo telo in lahko vodi v razvoj drugih bolezni (anemija, nepravilno bitje srca, neredna menstruacija, prebavne motnje, odpoved ledvic ...) (Engaged Society, 2017). Kot poudarja UR Medicine (2023) se dieta hitro sprevrže v nenadzorovano vedenje, ki vodi v nezaželen razvoj motenj hranjenja. To podpirajo tudi druge raziskave, ki so pokazale, da se motnje hranjenja pojavijo pri skoraj vsakem posamezniku, ki se je posluževal diete ali kakršnih koli nezdravih vedenjskih vzorcev (National Eating Disorder Collaboration, 2023). Tudi v raziskavi Feldhegeja in sodelavcev (2022) je bil delež anketirancev (34,5 %), ki te trditve ni prepoznal kot mit, podoben.

Z mitom *Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu se je* strinjala malo manj kot tretjina anketirancev (27,5 %). Več avtorjev navaja, da samo po zunanjem izgledu ne moremo trditi, da se oseba spopada z motnjami hranjenja (Medical News Today, 2020; Altum Health, 2021). Statistika namreč kaže, da je le 6 % diagnosticiranih z motnjami hranjenja podhranjenih (Rachael Hartley Nutrition, 2018). Strinjanje z mitom pri nekaterih udeležencih v našem vzorcu lahko pripišemo rezultatom, prikazanim v tabelah 8 in 11, ki kažejo, da so anketiranci v največji meri pravilno prepoznali ustrezno definicijo anoreksije nervoze in v večini menijo, da je anoreksija nervoza najpogostejša motnja hranjenja, za katero je značilen prenizek ITM (Serbec, 2010). Ta za druge motnje hranjenja, ki jih po rezultatih raziskave anketiranci slabše poznajo, ni značilen. Iz tabele 16 v nadaljevanju lahko razberemo, da se polovica anketirancev ni strinjala s trditvijo *Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso*, ki je sicer pravilna. Kot je razvidno iz tabele 12, se večina anketirancev (95,3 %) z mitom *Ljudje z normalno telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja* ni strinjala. Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da je med nekaterimi anketiranci verjetno razširjeno prepričanje, da so bolniki z anoreksijo in bulimijo nervozo (pretirano) suhi oziroma imajo prenizko telesno maso, kar lahko seveda prepoznamo že po njihovem zunanem izgledu. Anketiranci pa hkrati menijo, da je za nekatere motnje hranjenja značilno, da imajo bolniki normalno telesno maso. V tabelah 22 in 23 je razvidno, da večina anketirancev (73,3 % oziroma 76,7 %) novih oblik motenj hranjenja ne pozna. Iz tega lahko sklepamo, da nekateri anketiranci normalno telesno maso pripisujejo le bolnikom s kompulzivnim prenejanjem.

Statistike kažejo, da je danes v večji meri kot tipična oblika anoreksije nervoze (za katero je značilen prenizek ITM) razširjena atipična oblika anoreksije, ki se od tipične oblike razlikuje po tem, da je za bolnike značilna normalna telesna masa (Medical News Today, 2020; Rachael Hartley Nutrition, 2018). Družba o današnjih spremembah in razvoju novih oblik motenj hranjenja ni dovolj ozaveščena, kar se kaže tudi v tabelah 22 in 23. Na prisotnost mita v družbi v veliki meri vplivajo tudi mediji, ki bolnike z motnjami hranjenja večinoma prikazujejo kot podhranjene in izredno suhe (Feldhegeidr., 2022). Tudi v nemški raziskavi mladih anketirancev in njihovem poznavanju mitovo motnjah hranjenja se je ta mit pokazal kot najslabše prepoznan med anketiranci. Avtorji raziskave vzrok pripisujejo vplivu medijev (Feldhege idr., 2022). Medical NewsToday (2020) navaja, da je izkoreninjenje mita v družbi izredno pomembno, saj lahko vpliva na bolnike z motnjami hranjenja, ki imajo normalno telesno maso in zato mislijo da so zdravi in posledično ne iščejo pomoči.

Radi bi izpostavili tudi mit *Biti športnik ali zvest zdravi prehrani pomeni, da si zdrav*, ki ga kot mit ni prepoznala skoraj tretjina anketirancev (26,7 %). Rezultati so zaskrbljujoči, saj so z mitom neposredno povezani rezultati, prikazani v tabeli 22 in 23. Mit smo vključili v našo raziskavo zato, ker menimo, da zaradi prikazovanja zdravega načina življenja na družbenih omrežjih družba čuti vedno večji pritisk k izpopolnjevanju le tega. To navajata tudi Počkar in Tavčar Krajnc (2011), ki pravita, da je družba vedno bolj obremenjena s količino in vrsto hrane ter telesno aktivnostjo. Pomembno je, da družbo na tem področju bolje izobrazimo in da ji damo vedeti, da atletska postava vedno ne zagotavlja posameznikovega zdravja (Oliver-Pyatt, 2023). Posamezniki, ki pretirano trenirajo, se lahko soočajo z insomnijo, depresijo, izčrpanostjo, anksioznostjo in dolgotrajnimi telesnimi poškodbami (Oliver-Pyatt, 2023). Med drugim se lahko vrednota uživanja zgolj zdrave prehrane hitro razvije v odvisnost. Tudi ta ima na koncu na posameznika več negativnih kot pozitivnih posledic; lahko vodi v podhranjenost, izgubo socialnih stikov, čustvene in prebavne motnje ter razvoj anemije in osteoporoze (Serbec, 2010; The Recovery Village 2023). Ker sta se vrednoti športa in zdrave prehrane danes že pri veliko posameznikih razvili v obsedenost, so je zdravstvo kategoriziralo novi obliki motenj hranjenja; bigoreksijo in ortoreksijo. Iz tabel 22 in 23 je razvidno, da večina anketirancev pojma bigoreksije in ortoreksije ne pozna in na podlagi tega sklepamo, da ne poznajo posledic, do katerih lahko (pretirana) športna aktivnost in zdrava prehrana pripeljeta.

Anketiranci so pokazali dobro znanje na področju zdravljenja motenj hranjenja, saj so večino mitov, ki se navezujejo na to vsebino, prepoznali kot mite – torej nepravilne trditve. Z mitom *Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso* se je strinjalo le 13 % anketirancev, še manjši delež pa z mitom *Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo* (7,5 %). Podobne rezultate je pokazala tudi nemška raziskava (Feldhege idr., 2022). V nasprotju z rezultati naše raziskave, so anketiranci v avstralski raziskavi v večini menili, da popolna ozdravitev ni verjetna (Mond idr., 2007). Hkrati so prepoznali tudi, da motnje hranjenja niso le obdobje, ki bo minilo samo od sebe (95,6 %), temveč gre za resno motnjo (2,6 %).

V družbi je razširjeno veliko mitov, s katerimi je povezana stigma do posameznikov, ki za motnjo oboli (Mond, 2014). Mond (2014) navaja, da je z miti, ki so razširjeni v družbi, povezana stigmatizacija posameznikov, ki za motnjami hranjenja zbolijo, kar pa vpliva na to, da bolniki ne iščejo pomoči (Austen in Griffiths, 2018). Ravno zaradi tega, je še posebej pomembno, da mite izkoreninimo iz družbe in jih zamenjamo z zanesljivimi in praviimi dejstvi.

Tabela 13 tako prikazuje vpliv starosti anketirancev na njihovo poznavanje mitov o motnjah hranjenja. Kot razvidno iz tabele, se v povprečju glede na starost niso pokazale razlike o poznavanju mitov povezanih z motnjami hranjenja. V povprečju je mite prepoznalo 78,5 % najmlajših anketirancev (14–15 let) in 80,8 % najstarejših anketirancev (18–19 let). **Našo hipotezo, da bodo mlajši anketiranci (14–15 let) izkazali več strinjanja z miti kot starejši (18–19 let), s tem ovržemo.**

Izpostavili bi le dva mita, pri katerih so se pokazale največje razlike v prepoznavanju glede na starost anketirancev:

- Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.
- Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanem izgledu.

Najmlajši anketiranci so v primerjavi z najstarejšimi slabše prepoznali mit: *Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso*. Z mitom se je strinjalo 21,5 % mlajših in 7,7 % starejših anketirancev. Podobni rezultati se kažejo tudi pri mitu *Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanem izgledu*, s katerim se je strinjalo 38 % najmlajših in 17,9 % najstarejših anketirancev. Mlajši anketiranci v primerjavi s starejšimi kažejo manjše razumevanje motenj hranjenja, kot biopsihosocialne motnje, ki je posledica genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških

in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023). Razlog za razlike med anketiranci glede na starost v prepoznavanju mitov povezujemo s tabelo 24. Iz tabele 24 je razvidno, da so anketiranci znanje o motnjah hranjenja v največjem deležu pridobili v šoli. Najstarejši anketiranci so imeli med izobraževanjem v primerjavi z najmlajšimi več možnosti, pri katerih so se lahko spoznali s tematiko, ne samo motenj hranjenja, temveč duševnih motenj v splošnem, tako v okviru učnega sistema kot drugih aktivnosti, ki so vključevala izobraževanja na to temo.

Že več raziskav je preučevalo vpliv starosti na znanje in stigmo do bolnikov z motnjami hranjenja, a zaenkrat, v skladu z našo raziskavo, razlik med mlajšimi in starejšimi najstniki niso dokazale (Gratwick-Sarll idr., 2016; Feldhege idr., 2022). Nemška raziskava (Feldhege idr., 2022) je edina izmed nabora raziskav, ki smo jih na to temo našli, in nasprotuje spoznanju večine raziskav. Ta je namreč pokazala, da so se starejši najstniki v večji meri strinjali z miti kot mlajši anketiranci. Čeprav večina raziskav ni pokazala povezanosti med starostjo anketirancev in poznavanjem mitov, znanjem in stigmo motenj hranjenja, nekatere raziskave navajajo, da bi morali izobraževanje vključiti že v kurikulum predšolskih otrok, da bi že otroci prejeli pravilne informacije in znanje ter s tem preprečili kasnejšo stigmatizacijo ter pripomogli k izkoreninjenju mitov (Napolitano idr., 2019).

HIPOTEZA 4 JE OVRŽENA.

Tabela 14: Strinjanje z miti glede na spol anketirancev

		Spol			
		Moški		Ženska	
		f	f %	f	f %
Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.	DRŽI	8	11,0	7	2,2
	NE DRŽI	65	89,0	306	97,8
Motnje hranjenja so odločitev.	DRŽI	32	43,8	53	16,9
	NE DRŽI	41	56,2	260	83,1
Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.	DRŽI	8	11,0	21	6,7
	NE DRŽI	65	89,0	292	93,3
Starši so tisti, ki povzročijo nastanek motenj hranjenja pri svojih otrocih.	DRŽI	13	17,8	65	20,8
	NE DRŽI	60	82,2	248	79,2
Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.	DRŽI	16	21,9	17	5,4
	NE DRŽI	57	78,1	296	94,6
Motnje hranjenja so le obdobje, ki bo minilo samo od sebe.	DRŽI	8	11,0	9	2,9
	NE DRŽI	65	89,0	304	97,1
Ljudje z normalno telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja.	DRŽI	8	11,0	10	3,2
	NE DRŽI	65	89,0	303	96,8
Motnje hranjenja niso resna motnja.	DRŽI	7	9,6	3	1,0
	NE DRŽI	66	90,4	310	99,0
Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.	DRŽI	43	58,9	174	55,6
	NE DRŽI	30	41,1	139	44,4

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		Spol			
		Moški		Ženska	
		f	f %	f	f %
Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanem izgledu.	DRŽI	31	42,5	75	24,0
	NE DRŽI	42	57,5	238	76,0
Biti športnik ali zvest zdravi prehrani pomeni, da si zdrav.	DRŽI	28	38,4	75	24,0
	NE DRŽI	45	61,6	238	76,0
Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.	DRŽI	21	28,8	51	16,3
	NE DRŽI	52	71,2	262	83,7
Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.	DRŽI	9	12,3	7	2,2
	NE DRŽI	64	87,7	306	97,8
Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.	DRŽI	14	19,2	36	11,5
	NE DRŽI	59	80,8	277	88,5
Dieta je normalen del življenja posameznika.	DRŽI	39	53,4	126	40,3
	NE DRŽI	34	46,6	187	59,7

Ker se povezava med starostjo anketirancev in poznavanjem mitov ni pokazala, nas je zanimalo, ali na poznavanje mitov morda vpliva spol anketirancev. Rezultati so prikazani v tabeli 14. Kot je razvidno iz tabele 14, so se pokazale razlike pri poznavanju mitov glede na spol. Ženske anketirane so v povprečju bolje prepoznale mite o motnjah hranjenja kot moški, torej so se z miti v manjši meri strinjale. Velika odstopanja (prepoznavanja mitov glede na spol) se kažejo pri treh mitih, ki jih bomo v nadaljevanju podrobneje analizirali:

- Motnje hranjenja so odločitev.
- Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.
- Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.

Največje razlike pri prepoznavanju mita glede na spol so se pokazale pri mitu *Motnje hranjenja so odločitev*. Skoraj polovica moških anketirancev (43,8 %) se je z mitom strinjala, medtem ko je delež žensk, ki so se z mitom strinjale, znatno manjši (16,9 %). Rezultate bi lahko razložili s pomočjo tabele 7. Tabela 7 prikazuje, da se znotraj vzorca z motnjami hranjenja sooča večji delež žensk anketiranih (30,7 %) kot pa moških (13,7 %). To pomeni, da se je več žensk že soočalo z motnjami hranjenja in se jih večzaveda, da njihov razvoj ni odločitev posameznika. V avstralski raziskavi (Mond in Arrighi, 2011) so moški vzrok bulimije nervoze prepoznali v pomanjkanju samokontrole in v večji meri kot ženske prepoznali, da so simptomi bulimije nervoze pokazatelji nepopolnosti in šibkosti bolnika. Te rezultate bi morda lahko povezali z ugotovitvami naše raziskave. Če skoraj polovica moških meni, da so motnje hranjenja odločitev, bolnike najbrž prepoznajo kot šibke in v pomanjkanju samokontrole. Tako tudi Mond sodelavci (2010) v članku navaja, da mladim moškim primanjkuje informacij o odnosih in prepričanjih o bolnikih z motnjami hranjenja.

Velike razlike pri poznavanju mita glede na spol, so se pokazale tudi pri mitu: *Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu*. Mit se je izkazal za slabo prepoznanega tako pri moških kot pri ženskah, vendar je delež moški očitno presegel delež žensk, ki so mit prepoznale. Z mitom se je strinjalo 42,5 % moških in 24 % žensk. Moški torej v primerjavi z ženskami v večjem deležu menijo, da lahko bolnika z motnjami hranjenja prepoznamo že po zunanjem izgledu. Predvidevamo, daso rezultati posledica tega, da je znanje moških o motnjah hranjenja slabše kot znanje žensk (Smith idr., 1986; Napolitano idr., 2019). Prav tako lahko rezultate pojasnimo z

dejstvom, da je stigmatizacija motenj hranjenja bolj prisotna pri moških kot pri ženskah (Austen in Griffiths, 2018).

Iz tabele 14 je razvidno, da so se pokazale pomembne razlike o poznavanju mitov glede na spol anketirancev tudi pri mitu *Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti*. Ugotovitev bi lahko interpretirali s pomočjo avstralske raziskave (Mond in Arrighi, 2011), ki je pokazala, da moški menijo, da so motnje hranjenja zlahka ozdravljive in je zdravstveno stanje bolnikov zmerno zaskrbljujoče. V isti raziskavi bolj kot problem motenj hranjenja pri posamezniku prepoznajo nizko samopodobo in menijo, da so motnje hranjenja pokazatelj nepopolnosti. Podcenjevanje resnosti motenj hranjenja s strani moških je izpostavila tudi raziskava Vander Wal in Thelen (1997), v kateri so moški vedenjske vzorce, značilne za motnje hranjenja (bulimijo nervozo), prepoznali kot »sprejemljive«. Nemška raziskava (Feldhege idr., 2022), ki je preučevala poznavanje mitov motenj hranjenja med mladimi, je prav tako pokazala, da so se moški v večji meri strinjali z miti in jih prepoznali slabše kot ženske. Avtorji vzrok pripisujejo slabšemu ED-MHL, ki je bil pri moških prepoznan že v več raziskavah (Smith idr., 1986; Napolitano idr., 2019).

Glede na rezultate, razvidne iz tabele 14, lahko ugotovimo, da moškim anketirancem primanjkuje predvsem znanja o možnih dejavnikih, ki povzročijo razvoj motenj. Te ugotovitve so v skladu z nemško raziskavo (Feldhege idr., 2022). V naši raziskavi moški motnje hranjenja večinoma prepoznajo kot krivdo posameznika in ne kot splet genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov. Hkrati motnje hranjenja v večji meri vrednotijo kot manj resne, kar je v skladu z raziskavama Mondain Arrighi (2011) ter Vanderja Wala in Thelen (1997). Kot je že več raziskav pokazalo, je verjetno glavna težava, da mladim moškim primanjkuje informacij o odnosih in prepričanjih do bolnikov z motnjami hranjenja (Mond idr., 2010). Več avtorjev poudarja, da je izboljšanje znanja pomemben faktor pri zmanjševanju stigme (Rodgers idr., 2015; Feldhege idr., 2022). Zato poudarjajo predvsem pomembnost izobraževanja moških (Cotton idr., 2006; Kaneko in Motohashi, 2007; Jorm in Wright, 2008; Feldhege idr., 2022), pri katerih je stigma prisotna v večji meri kot pri ženskah (Austen in Griffiths, 2018). S tem bi pripomogli k zmanjšanju stigme, izkoreninjenju mitov, ki so v družbi prisotni in med drugim pripomogli tudi k hitrejši prepoznavi simptomov motenj hranjenja in zgodnejšemu zdravljenju bolnikov.

Hipoteza 5: Anketiranci, ki so znanje o motnjah hranjenja pridobili preko družine, bodo izkazali več strinjanja z miti.

Tabela 15: Strinjanje z miti glede na to, od kod so anketiranci pridobili znanje o motnjah hranjenja

		Družinsko okolje		Prijatelji		V šoli		Družbena omrežja		Splet		Od zdravstvenih delavcev		Drugo:	
		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.	DRŽI	3	7,5	3	13,6	6	4,2	1	1,4	1	1,3	0	0,0	1	4,8
	NE DRŽI	37	92,5	19	86,4	136	95,8	72	98,6	75	98,7	12	100,0	20	95,2
Motnje hranjenja so odločitev.	DRŽI	10	25,0	4	18,2	37	26,1	11	15,1	15	19,7	3	25,0	5	23,8
	NE DRŽI	30	75,0	18	81,8	105	73,9	62	84,9	61	80,3	9	75,0	16	76,2
Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.	DRŽI	4	10,0	4	18,2	8	5,6	4	5,5	5	6,6	2	16,7	2	9,5
	NE DRŽI	36	90,0	18	81,8	134	94,4	69	94,5	71	93,4	10	83,3	19	90,5

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		Družinsko okolje		Prijatelji		V šoli		Družbena omrežja		Splet		Od zdravstvenih delavcev		Drugo:	
		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Starši so tisti, ki povzročijo nastanek motenj hranjenja pri svojih otrocih.	DRŽI	9	22,5	7	31,8	18	12,7	21	28,8	14	18,4	6	50,0	3	14,3
	NE DRŽI	31	77,5	15	68,2	124	87,3	52	71,2	62	81,6	6	50,0	18	85,7
Motnje hranjenja so le posameznikov o hrepenenje po pozornosti.	DRŽI	7	17,5	0	0,0	19	13,4	4	5,5	1	1,3	1	8,3	1	4,8
	NE DRŽI	33	82,5	22	100,0	123	86,6	69	94,5	75	98,7	11	91,7	20	95,2
Motnje hranjenja so le obdobje, ki bo minilo samo od sebe.	DRŽI	2	5,0	2	9,1	6	4,2	2	2,7	3	3,9	1	8,3	1	4,8
	NE DRŽI	38	95,0	20	90,9	136	95,8	71	97,3	73	96,1	11	91,7	20	95,2
Ljudje z normalno telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja.	DRŽI	2	5,0	3	13,6	7	4,9	5	6,8	0	0,0	0	0,0	1	4,8
	NE DRŽI	38	95,0	19	86,4	135	95,1	68	93,2	76	100,0	12	100,0	20	95,2

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		Družinsko okolje		Prijatelji		V šoli		Družbena omrežja		Splet		Od zdravstvenih delavcev		Drugo:	
		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Motnje hranjenja niso resna motnja.	DRŽI	2	5,0	3	13,6	3	2,1	0	0,0	2	2,6	0	0,0	0	0,0
	NE DRŽI	38	95,0	19	86,4	139	97,9	73	100,0	74	97,4	12	100,0	21	100,0
Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.	DRŽI	22	55,0	7	31,8	83	58,5	48	65,8	41	53,9	9	75,0	7	33,3
	NE DRŽI	18	45,0	15	68,2	59	41,5	25	34,2	35	46,1	3	25,0	14	66,7
Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu	DRŽI	12	30,0	10	45,5	46	32,4	16	21,9	12	15,8	4	33,3	6	28,6
	NE DRŽI	28	70,0	12	54,5	96	67,6	57	78,1	64	84,2	8	66,7	15	71,4
Biti športnik ali zvest zdravi prehrani pomeni, da si zdrav.	DRŽI	9	22,5	8	36,4	45	31,7	17	23,3	11	14,5	6	50,0	7	33,3
	NE DRŽI	31	77,5	14	63,6	97	68,3	56	76,7	65	85,5	6	50,0	14	66,7

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		Družinsko okolje		Prijatelji		V šoli		Družbena omrežja		Splet		Od zdravstvenih delavcev		Drugo:	
		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.	DRŽI	11	27,5	5	22,7	32	22,5	9	12,3	8	10,5	2	16,7	5	23,8
	NE DRŽI	29	72,5	17	77,3	110	77,5	64	87,7	68	89,5	10	83,3	16	76,2
Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.	DRŽI	1	2,5	1	4,5	8	5,6	4	5,5	1	1,3	0	0,0	1	4,8
	NE DRŽI	39	97,5	21	95,5	134	94,4	69	94,5	75	98,7	12	100,0	20	95,2
Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.	DRŽI	4	10,0	3	13,6	22	15,5	7	9,6	5	6,6	4	33,3	5	23,8
	NE DRŽI	36	90,0	19	86,4	120	84,5	66	90,4	71	93,4	8	66,7	16	76,2
Dieta je normalen del življenja posameznika.	DRŽI	19	47,5	7	31,8	66	46,5	27	37,0	33	43,4	6	50,0	7	33,3
	NE DRŽI	21	52,5	15	68,2	76	53,5	46	63,0	43	56,6	6	50,0	14	66,7

Tabela 15 prikazuje poznavanje mitov anketirancev glede na vir, pri katerem so anketiranci dobili informacije o motnjah hranjenja. Če pri vrednotenju zajamemo povprečje poznavanja anketirancev vseh 15 mitov, se glede na vir pridobljenih informacij razlike niso pokazale. S tem **našo peto hipotezo ovržemo**.

Vrednotenje rezultatov, prikazanih v tabeli 15, je omejeno, saj tabela 24 prikazuje, da so anketiranci pridobili znanje iz zelo različnih virov in je vzorec zelo razpršen. Zelo malo anketirancev je znanje pridobilo pri prijateljih (5,7 %), od zdravstvenih delavcev (3,1 %) in od »drugih« (5,4 %). Pri slednjem so anketiranci v največjem deležu navedli, da so znanje pridobili iz vseh v anketi navedenih virov. Pri analizi podatkov za to hipotezo bomo zato odgovore anketirancev, ki so znanje pridobili pri teh virih, zanemarili. Ker se pri analizi poznavanja vseh mitov glede na vir informacij razlike nisopkazale, smo se odločili, da podrobneje analiziramo posamezne mite, pri katerih so se pokazala odstopanja.

Največje razlike so se pokazale med anketiranci, ki so znanje pridobili v družinskem okolju in anketiranci, ki so znanje pridobili na spletu. Kot razvidno iz tabele 15, so se največja odstopanja pokazala pri treh mitih:

- Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.
- Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.
- Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.

Pri vseh treh mitih so anketiranci, ki so pridobili znanje na spletu, mit v večji meri zanikali kot anketiranci, ki so znanje dobili v družinskem okolju. Z mitom *Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti* se je strinjalo 17,5 % anketirancev, ki so znanje pridobili v družinskem okolju, in 1,3 % anketirancev, ki so znanje pridobili na spletnih straneh. Z mitom *Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu* se je strinjalo 30 % anketirancev, ki so znanje pridobili v družinskem okolju, in 15,8 % anketirancev, ki so znanje pridobili na spletnih straneh. Z mitom *Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev* se je strinjalo 27,5 % anketirancev, ki so znanje pridobili v družinskem okolju in 12,3 % anketirancev, ki so znanje pridobili na spletnih straneh. Čeprav The National Eating Disorders Association (2012) opozarja, da bi potrebovali več spletnih strani, ki bi podajale zanesljive informacije, so naši rezultati pokazali, da so našim anketirancem spletne strani podale zanesljive in pravilne informacije.

Raziskava Mladina 2020 (Lavrič idr., 2021) je pokazala, da se le 40 % mladih čuti sposobne dobre presoje verodostojnosti spletnih vsebin. Zato bi kljub našim rezultatom želeli spodbuditi izboljšanje zanesljivosti spletnih strani. Kot vidimo v tabeli 24, je to pomembno, saj je petina anketirancev (19,7 %) kot vir informacij označila splet. V družinskem okolju je pridobilo nanje le 10,4 % anketirancev. Znotraj družine navadnoni veliko govora o duševnih boleznih, vključno z motnjami hranjenja. Hkrati v obdobju mladosti najstniki manj zaupajo svojim staršem in teh težav ne izpostavljajo. Odkar so vse te informacije dostopne na spletu, so jim na ta način lažje in hitreje dostopne, pri iskanju pa se hkrati ne bodo izpostavili, da jih tema zanima in bodo ostali anonimni. Danes lahko na spletu najdemo velik nabor spletnih strani, ki podajajo in izpostavljajo mite o motnjah hranjenja poleg njih pa podajajo dejstva, ki o motnjah hranjenja zares držijo. Zanimivo je, da je kar polovica anketirancev v italijanski raziskavi (Napolitano idr., 2019) kot vir informacij navedla starše, medtem ko je delež takšnih anketirancev naši raziskavi bistveno manjši. To lahko verjetno pripisujemo takoimenovanemu mediteranskemu modelu starševstva oz. družinskih odnosov – višja stopnja zaupanja, povezanosti med družinskimi člani, navezanost na družino pri iskanju informacij.

Če rezultate italijanske raziskave (Napolitano idr., 2019) povežemo z našimi, lahko sklepamo, da so znotraj družinskega okolja prisotni miti ali da starši velikokrat širijo napačne in nenatančne informacije o motnjah hranjenja. V italijanski raziskavi je skoraj polovica anketirancev (44,9 %) pridobila znanje od staršev. Anketiranci so bistveno slabše prepoznali določene motnje hranjenja glede na podano definicijo. V italijanski raziskavi je le 59,4 % prepoznalo anoreksijo nervozo, 39,8 % bulimijo nervozo in 5,6 % kompulzivno prenažanje. V naši raziskavi, so anoreksijo nervozo prepoznali skoraj vsi anketiranci (94,8 %), bulimijo nervozo (80,6 %) in kompulzivno prenažanje (81,6 %) pa je prav tako prepoznala večina anketirancev. V naši raziskavi so anketiranci v večini pridobili znanje v šoli (36,8 %) v italijanski raziskavi pa le 6,2 %.

Tako lahko sklepamo, da je širjenje znanja v šoli ustrezno in ima na znanje mladih in njihovo ustrezno poznavanje motanj hranjenja pozitivne rezultate. S temi ugotovitvami želimo poudariti, da je izobraževanje mladih o motnjah hranjenja v šolskem okolju zelo pomembno. Verjamemo, da lahko z dodatnimi izobraževanji ali dejavnostmi, ki jih šole izvajajo na to temo pripomoremo k izkoreninjenju mitov o motnjah hranjenja med mladimi.

Že več raziskav je pokazalo, da je boljše znanje o motnjah hranjenja povezano z boljšim poznavanjem mitov (Feldhege idr., 2022) in z manjšo stigmo do bolnikov z motnjami hranjenja (Rodgers idr., 2015; Feldhege idr., 2022).

HIPOTEZA 5 JE OVRŽENA.

Hipoteza 6: Anketiranci, ki so se ali se še vedno spopadajo z motnjami hranjenja, bodo v trditvah, povezanih z motnjami hranjenja, izkazali višjo stopnjo poznavanja motenj hranjenja.

Tabela 16: Splošno poznavanje trditev o motnjah hranjenja

		f	f %
Velika izguba telesne mase v kratkem časovnem obdobju je lahko simptom anoreksije nervoze.	DRŽI	318	82,4
	NE DRŽI	68	17,6
Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja.	DRŽI	139	36,0
	NE DRŽI	247	64,0
Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi duševnimi motnjami.	DRŽI	179	46,4
	NE DRŽI	207	53,6
Moški lahko zbolijo za anoreksijo nervozo, a ne za bulimijo nervozo.	DRŽI	37	9,6
	NE DRŽI	349	90,4
Zgodnejše, od pojava motnje, ko bolnik najde pomoč za zdravljenje, hitrejša in učinkovitejša bo njegovo okrevanje.	DRŽI	330	85,5
	NE DRŽI	56	14,5
Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso.	DRŽI	194	50,3
	NE DRŽI	192	49,7
Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati.	DRŽI	176	45,6
	NE DRŽI	210	54,4
Navadno osebe z motnjami hranjenja sočasno prizadenejo še druge duševne motnje, kot je depresija.	DRŽI	358	92,7
	NE DRŽI	28	7,3
Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	DRŽI	41	10,6
	NE DRŽI	345	89,4
Motnje hranjenja prizadenejo le najstnice in mlade odrasle ženske.	DRŽI	38	9,8
	NE DRŽI	348	90,2
Motnje hranjenja povzročajo le vplivi zahodne kulture, predvsem njihovo vrednotenje suhih teles.	DRŽI	78	20,2
	NE DRŽI	308	79,8
Osebi z motnjami hranjenja je težko prositi za pomoč družinske člane in prijatelje.	DRŽI	328	85,0
	NE DRŽI	58	15,0
Bolniki z motnjami hranjenja se navadno distancirajo od družbe.	DRŽI	308	79,8
	NE DRŽI	78	20,2
Motnje hranjenja so huda življenjska stiska, ki ogroža zasebno in družinsko delovanje posameznika z motnjo.	DRŽI	359	93,0
	NE DRŽI	27	7,0

V tabeli 16 je prikazano, kako so anketiranci na splošno odgovarjali na trditve o motnjah hranjenja. Anketiranci so pokazali dobro znanje o motnjah hranjenja. Na trditvi *Motnje hranjenja so huda življenjska stiska, ki ogroža zasebno in družinsko delovanje posameznika z motnjo* in *Navadno osebe z motnjami hranjenja sočasno prizadenejo še druge duševne motnje, kot je depresija* je večina anketirancev (93 % oziroma 92,7 %) odgovorila pravilno. V nadaljevanju bomo izpostavili štiri trditve, pri katerih so anketiranci izkazali najnižjo stopnjo poznavanja:

- Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi motnjami.
- Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso.
- Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati.
- Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja.

Na trditev *Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi motnjami* je napačno odgovoril največji delež anketirancev (53,6 %). Iz tabele 12 je razvidno, da anketiranci sicer menijo, da so motnje hranjenja resna motnja, vendar njeno stanje še vedno podcenjujejo. V nemški raziskavi (Feldhege idr., 2022) so anketiranci izkazali še slabše poznavanje tega dejstva (napačno je odgovorilo 74,8 % anketirancev). S temi rezultati poudarjamo, da bi bilo treba mlade bolje ozavešiti o resnosti motenj hranjenja. Znanstveniki namreč poudarjajo, da za bolnike, ki imajo že zelo izrazite simptome motenj hranjenja, obstaja 11-kratna, za paciente z anoreksijo pa kar 18-kratna (Smith, Zuromski in Dodd, 2018) verjetnost, da poskusijo narediti samomor, v primerjavi z njihovimi vrstniki, ki te motnje nimajo (Lipson in Sonnevile, 2019).

Na trditev *Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso* je napačno odgovorila polovica anketirancev (49,7 %). Tudi na trditev *Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati* je napačno odgovorila skoraj polovica (45,6 %) anketirancev. S tem so anketiranci v povprečju pokazali slabše znanje o bulimiji nervozi. Podobno je ugotovila tudi nemška raziskava (Feldhege idr., 2022), v kateri so respondenti najslabše odgovorili na trditve, ki zajemajo znanje o bulimiji nervozi.

Nemški anketiranci so izkazali slabše znanje o bulimiji nervozi kot anketiranci v naši raziskavi. Na trditev *Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso* je v nemški raziskavi (Feldhege idr., 2022) napačno odgovorilo 72 % anketirancev. Na trditev *Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati* pa kar 80,2 % anketirancev.

Skoraj polovica anketirancev v naši raziskavi meni, da mora oseba bruhati, da je diagnosticirana za bulimijo nervozo. To je sicer značilno za purgativno obliko bulimije nervoze, ki sicer predstavlja 80–90 % vseh primerov bulimije nervoze. Bruhanje pa ni značilno za nepurgativno obliko, pri kateri bolniki ob prenehanju želeno telesno maso dosegajo s stradanjem ali pretirano telesno dejavnostjo (Serbec, 2010). V skladu z našo raziskavo tudi Mond (2014) navaja, da večina ljudi z bulimijo asociira bruhanje, nepurgativna oblika bulimije nervoze pa je slabo poznana. Mladi se ne zavedajo, da se lahko ljudje spopadajo z motnjami hranjenja, čeprav ne ustrezajo vsem simptomov določene motnje hranjenja. Ti posamezniki so diagnosticirani kot OSFED (ang. *other specified feeding or eating disorder*) – v prevodu druge specifične motnje hranjenja oz. prehranjevanja. Če bi mlade o tem ozavestili, bi lahko pripomogli k boljši prepoznavi bolnikov z motnjami hranjenja s strani družbe in pripomogli k hitrejšemu diagnosticiranju bolnikov.

Malo več kot tretjina anketirancev (36,0 %) je napačno odgovorila na trditev *Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja*. Glede na to, da večina anketirancev (95,9 %) meni, da na razvoj motenj hranjenja ne vpliva le genetika (kot razvidno iz tabele 12) predvidevamo, da se jih več kot polovica zaveda, da genetika vpliva na motnje hranjenja, vendar na njihov razvoj vpliva več dejavnikov. Iz rezultatov pa lahko sklepamo tudi, da delež anketirancev meni, da genetika ni eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja. Raziskave so pokazale, da genetika prispeva 40–60 % k razvoju motenj hranjenja (Trace, Baker, Penas-Lledo in Bulik, 2013). Ta delež je zelo visok inbi zato mlade o vplivu genetike morali bolje izobraziti.

Na področju ED-MHL sicer še ni bilo izpeljanih veliko raziskav, a te so do sedaj pokazale, da je znanje o motnjah hranjenja slabo (Napolitano idr., 2019; Mond, 2014; Mond idr., 2007; Feldhege idr., 2022). V primerjavi z drugimi raziskavami so tako naši anketiranci pokazali dobro znanje o motnjah hranjenja. Iz tabele 24 je razvidno, da so anketiranci znanje v največjem deležu (36,8 %) pridobili v šoli. Tako lahko predvidevamo, da šola mladim podaja zanesljive informacije o motnjah hranjenja in

celjskim srednješolcem zagotavlja dobro znanje na tem področju. Naše predvidevanje lahko podpremo še z rezultati italijanske raziskave (Napolitano idr., 2019), v kateri je le 6,2 % anketirancev pridobilo znanje v šoli, njihovo znanje o motnjah hranjenja pa se je izkazalo kot neustrezno, nezadostno in slabše v primerjavi z znanjem naših anketirancev.

Tabela 17: Poznavanje trditev o motnjah hranjenja glede na lastno izkušnjo z motnjami hranjenja

		Ali ste se, oziroma se spopadate z motnjami hranjenja?			
		Da		Ne	
		f	f %	f	f %
Velika izguba telesne mase v kratkem časovnem obdobju je lahko simptom anoreksije nervoze.	DRŽI	96	90,6	222	79,3
	NE DRŽI	10	9,4	58	20,7
Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja.	DRŽI	31	29,2	108	38,6
	NE DRŽI	75	70,8	172	61,4
Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi duševnimi motnjami.	DRŽI	53	50,0	126	45,0
	NE DRŽI	53	50,0	154	55,0
Moški lahko zbolijo za anoreksijo nervozo, a ne za bulimijo nervozo.	DRŽI	10	9,4	27	9,6
	NE DRŽI	96	90,6	253	90,4
Zgodnejše, od pojava motnje, ko bolnik najde pomoč za zdravljenje, hitrejše in učinkoviteje bo njegovo okrevanje.	DRŽI	90	84,9	240	85,7
	NE DRŽI	16	15,1	40	14,3
Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso.	DRŽI	56	52,8	138	49,3
	NE DRŽI	50	47,2	142	50,7
Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati.	DRŽI	40	37,7	136	48,6
	NE DRŽI	66	62,3	144	51,4
Navadno osebe z motnjami hranjenja sočasno prizadenejo še druge duševne motnje, kot je depresija.	DRŽI	101	95,3	257	91,8
	NE DRŽI	5	4,7	23	8,2
Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	DRŽI	6	5,7	35	12,5
	NE DRŽI	100	94,3	245	87,5
Motnje hranjenja prizadenejo le najstnice in mlade odrasle ženske.	DRŽI	9	8,5	29	10,4
	NE DRŽI	97	91,5	251	89,6
Motnje hranjenja povzročajo le vplivi zahodne kulture, predvsem njihovo vrednotenje suhih teles.	DRŽI	18	17,0	60	21,4
	NE DRŽI	88	83,0	220	78,6

		Ali ste se, oziroma se spopadate z motnjami hranjenja?			
		Da		Ne	
		f	f %	f	f %
Osebi z motnjami hranjenja je težko prositi za pomoč družinske člane in prijatelje.	DRŽI	96	90,6	232	82,9
	NE DRŽI	10	9,4	48	17,1
Bolniki z motnjami hranjenja se navadno distancirajo od družbe.	DRŽI	89	84,0	219	78,2
	NE DRŽI	17	16,0	61	21,8
Motnje hranjenja so huda življenjska stiska, ki ogroža zasebno in družinsko delovanje posameznika z motnjo.	DRŽI	102	96,2	257	91,8
	NE DRŽI	4	3,8	23	8,2

Tabela 17 prikazuje primerjavo znanja o motnjah hranjenja anketirancev, ki se/so se spopadali z motnjami hranjenja in anketirancev, ki osebne izkušnje z motnjami nimajo. Iz tabele je razvidno, da izkušnja z motnjami hranjenja na znanje anketirancev ne vpliva. Večja odstopanja se niso pokazala tudi pri podrobnejši analizi posameznih trditvev. S tem spoznanjem **našo hipotezo, da bodo anketiranci, ki so se ali se še vedno spopadajo z motnjami hranjenja, v trditvah, povezanih z motnjami hranjenja, izkazali višjo stopnjo poznavanja motenj hranjenja, ovržemo.**

Camela Wint (2017) pravi, da bolniki z motnjami hranjenja še dolgo od pojava motnje simptome pri sebi zanikajo in si ne priznajo, da se z motnjo zares soočajo. Iz tega lahko sklepamo, da tudi po tem, ko so bolniki z motnjo diagnosticirani, sicer poznajo simptome, značilne za njihovo motnjo hranjenja, ni pa nujno, da poznajo tudi simptome, značilne za druge vrste motenj hranjenja. Na podlagi izkušnje tudi ne morejo vedeti, kateri so vsi dejavniki, ki lahko povzročijo nastanek motenj hranjenja. Sam razvoj motnje se namreč od posameznika do posameznika razlikuje. Na njihov razvoj vpliva kombinacija genetskih, bioloških, psiholoških in socioloških dejavnikov (National Institute of Mental Health, 2023), zato je tudi za vsakega posameznika težko določiti, kaj je glavni vzrok, da se je motnja hranjenja pri njemu razvila.

Na podlagi rezultatov, prikazanih v tabeli 17, lahko sklepamo, da osebna izkušnja z motnjo hranjenja na znanje posameznika na tem področju ne vpliva. Menimo torej, daje na znanje naših anketirancev v največjem deležu s svojimi dejavnostmi in izobraževanji vplivala šola, glede na to, da jo je največji delež anketirancev označil kot vir informacij (prikazano v tabeli 24).

Pri interpretaciji naših rezultatov si ne moremo pomagati z nobeno raziskavo, saj raziskave, ki bi preučevala vpliv osebne izkušnje z motnjami hranjenja na znanje na tem področju, nismo našli. Čeprav se je znotraj našega vzorca skoraj tretjina (27,5 %) anketirancev spopadala z motnjami hranjenja in se razlike o znanju niso pokazale, menimo, da bi na tem področju moralo biti izpeljanih več raziskav, ki bi naše rezultate potrdile oziroma ovrgle.

Glede na to, da je avstralska raziskava (Mond idr., 2007) ugotovila razlike glede na osebne izkušnje z motnjo in osebo, h kateri anketiranci menijo, da se bolniki z motnjami hranjenja zatečejo po pomoč, nas je zanimalo, kakšne rezultate je pokazala naša raziskava.

HIPOTEZA 6 JE OVRŽENA.

Tabela 18: Kje po mnenju anketirancev (ki imajo ali nimajo izkušnje z motnjo hranjenja) oseba največkrat poišče pomoč

			Kje po vašem mnenju oseba največkrat poišče pomoč, če se spopada z motnjami hranjenja?									Skupaj
			Mama	Oče	Prijateljica	Prijatelj	Svetovalna služba	Splet	Osebni zdravnik	Strokovna psihiatrična pomoč	Ne iščejo pomoči	
Ali ste se, oziroma se spopadate z motnjami hranjenja?	Da	f	8	1	21	2	0	22	4	2	46	106
		f %	7,5	0,9	19,8	1,9	0,0	20,8	3,8	1,9	43,4	100,0
	Ne	f	33	1	63	18	4	62	8	8	83	280
		f %	11,8	0,4	22,5	6,4	1,4	22,1	2,9	2,9	29,6	100,0
Skupaj		f	41	2	84	20	4	84	12	10	129	386
		f %	10,6	0,5	21,8	5,2	1,0	21,8	3,1	2,6	33,4	100,0

Tabela 18 prikazuje, ali osebna izkušnja z motnjami hranjenja vpliva na mnenje, kje oseba z motnjami hranjenja največkrat poišče pomoč. Iz tabele je razvidno, da se pomembne razlike niso pokazale. Naši rezultati so tako v nasprotju z rezultati avstralske raziskave (Mond idr., 2007). V tej raziskavi so tisti, ki se niso spopadali z motnjami hranjenja, starše (mamo in očeta) izbrali v večjem deležu kot anketiranci, ki so se spopadali z motnjami hranjenja. V naši raziskavi se delež anketirancev, ki se/so se spopadali z motnjami hranjenja (19,8 %) skoraj enak deležu anketirancev ki se niso spopadali z motnjami hranjenja (22,5 %), ki menijo, da bolniki pomoč poiščejo pri prijateljici. Do podobnih rezultatov je prišla tudi avstralska raziskava (Mond idr., 2007). V tej raziskavi je bil delež anketirancev, ki so označili to trditev, večji (34,2 % oziroma 36,1 %) v primerjavi z našim. Iz tabele 18 je razvidno, da so anketiranci, ki se/so se spopadali z motnjami hranjenja, v večjem deležu (43,4 %), kot anketiranci, ki se z motnjami hranjenja niso soočali, menijo, da osebe z motnjami hranjenja ne iščejo pomoči. Več avtorjev navaja, da osebe še dolgo od pojava motnje simptome pri sebi zanikajo in si ne priznajo, da se z motnjo zares soočajo (Wint, 2017). Raziskave so pokazale, da se oseba z motnjami hranjenja za zdravljenje v povprečju odloči 5 do 6 let od pojava motnje, ko se v bolniku pojavi želja, da ne želi več živeti življenja, ki je 24 ur okupirano s hrano, nezadovoljstvom in življenjsko disfunkcionalnostjo (Ser nec, 2010). Ser nec (2010) hkrati navaja, da se je pri zdravljenju potrebno zavedati, da tudi ko bolnik izrazi željo po zdravljenju, se v njem nadaljuje notranji boj med željo po spremembi in nadaljevanju življenja z motnjo. Predvsem na moške pri iskanju pomoči vplivajo pritiski družbe in stigmatizacija. Ker motnje hranjenja veljajo za »žensko« bolezen, moške, ki za to motnjo obolijo, družba velikokrat oceni kot »poženščene« in »manj moške« (Griffiths idr., 2014). Austen in Griffiths (2018) navajata, da je posledično diagnosticiranih manj bolnikov z motnjami hranjenja, v primerjavi z bolnicami, saj ti bolezen v večji meri zadržijo zase, v povprečju kasneje iščejo pomoč in družba njihovo motnjo kasneje zazna oziroma opazi. Anketiranci, ki so se z motnjo že soočili, so seveda že sami pri sebi ugotovili, da je o motnji težko spregovoriti in si priznati, da so pri njih res prisotni simptomi značilni za motnje hranjenja in da potrebujejo zdravljenje.

Austen in Griffiths (2018) v svoji raziskavi poudarjata, da bi bilo treba zmanjšati stigmo predvsem moških bolnikov z motnjami hranjenja. S tem bi zmanjšali strah bolnikov pred mnenjem družbe, ki velikokrat igra pomembno vlogo pri strahu iskanja pomoči. Tako bi pripomogli k temu, da bi bilo diagnosticiranih več bolnikov z motnjami hranjenja in motnje hranjenja ne bi ostale tako skrite pred družbo.

Hipoteza 7: Anketiranci, katerih starši imajo vsaj višješolsko izobrazbo, bodo v trditvah, povezanih z motnjami hranjenja, izkazali višjo stopnjo poznavanja motenj hranjenja.

Tabela 19: Poznavanje trditev glede na izobrazbo staršev anketirancev

		Izobrazba staršev							
		Osnovnošolska izobrazba		Srednješolska izobrazba		Visokošolska ali višješolska izobrazba		Doktorat znanosti ali znanstveni magisterij	
		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Velika izguba telesne mase v kratkem časovnem obdobju je lahko simptom anoreksije nervoze.	DRŽI	2	66,7	104	86,0	169	80,5	43	82,7
	NE DRŽI	1	33,3	17	14,0	41	19,5	9	17,3
Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja.	DRŽI	0	0,0	45	37,2	77	36,7	17	32,7
	NE DRŽI	3	100,0	76	62,8	133	63,3	35	67,3
Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi duševnimi motnjami.	DRŽI	1	33,3	59	48,8	92	43,8	27	51,9
	NE DRŽI	2	66,7	62	51,2	118	56,2	25	48,1
Moški lahko zbolijo za anoreksijo nervozo, a ne za bulimijo nervozo.	DRŽI	1	33,3	16	13,2	16	7,6	4	7,7
	NE DRŽI	2	66,7	105	86,8	194	92,4	48	92,3

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		Izobrazba staršev							
		Osnovnošolska izobrazba		Srednješolska izobrazba		Visokošolska ali višješolska izobrazba		Doktorat znanosti ali znanstveni magisterij	
		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Zgodnejše, od pojava motnje, ko bolnik najde pomoč za zdravljenje, hitrejša in učinkovitejša bo njegovo okrevanje.	DRŽI	3	100,0	98	81,0	185	88,1	44	84,6
	NE DRŽI	0	0,0	23	19,0	25	11,9	8	15,4
Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso.	DRŽI	2	66,7	62	51,2	106	50,5	24	46,2
	NE DRŽI	1	33,3	59	48,8	104	49,5	28	53,8
Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati.	DRŽI	1	33,3	52	43,0	97	46,2	26	50,0
	NE DRŽI	2	66,7	69	57,0	113	53,8	26	50,0
Navadno osebe z motnjami hranjenja sočasno prizadenejo še druge duševne motnje, kot je depresija.	DRŽI	3	100,0	112	92,6	194	92,4	49	94,2
	NE DRŽI	0	0,0	9	7,4	16	7,6	3	5,8
Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	DRŽI	0	0,0	13	10,7	23	11,0	5	9,6
	NE DRŽI	3	100,0	108	89,3	187	89,0	47	90,4

RAZŠIRJENOST MITOV O NEKATERIH MOTNJAH HRANJENJA MED CELJSKIMI SREDNJEŠOLCI

		Izobrazba staršev							
		Osnovnošolska izobrazba		Srednješolska izobrazba		Visokošolska ali višješolska izobrazba		Doktorat znanosti ali znanstveni magisterij	
		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Motnje hranjenja prizadenejo le najstnice in mlade odrasle ženske.	DRŽI	1	33,3	15	12,4	17	8,1	5	9,6
	NE DRŽI	2	66,7	106	87,6	193	91,9	47	90,4
Motnje hranjenja povzročajo le vplivi zahodne kulture, predvsem njihovo vrednotenje suhih teles.	DRŽI	1	33,3	20	16,5	47	22,4	10	19,2
	NE DRŽI	2	66,7	101	83,5	163	77,6	42	80,8
Osebi z motnjami hranjenja je težko prositi za pomoč družinske člane in prijatelje.	DRŽI	3	100,0	98	81,0	185	88,1	42	80,8
	NE DRŽI	0	0,0	23	19,0	25	11,9	10	19,2
Bolniki z motnjami hranjenja se navadno distancirajo od družbe.	DRŽI	2	66,7	94	77,7	171	81,4	41	78,8
	NE DRŽI	1	33,3	27	22,3	39	18,6	11	21,2
Motnje hranjenja so huda življenjska stiska, ki ogroža zasebno in družinsko delovanje posameznika z motnjo.	DRŽI	3	100,0	109	90,1	198	94,3	49	94,2
	NE DRŽI	0	0,0	12	9,9	12	5,7	3	5,8

Tabela 19 prikazuje vpliv izobrazbe staršev na znanje anketirancev o motnjah hranjenja. Pri analizi podatkov smo anketirance, katerih starši imajo osnovnošolsko izobrazbo, izključili. Iz tabele 5 je namreč razvidno, da je delež anketirancev (0,8 %), katerih starši imajo osnovnošolsko izobrazbo, zanemarljiv. Iz tabele 19 je razvidno, da se razlike med anketiranci z različno izobrazbo staršev niso pokazale. Razlik nismo opazili niti pri analizi vsake trditve posebej. S tem spoznanjem **našo hipotezo, da bodo anketiranci, katerih starši imajo vsaj višješolsko izobrazbo, v trditvah povezanih z motnjami hranjenja, izkazali višjo stopnjo poznavanja motenj hranjenja ovržemo**. Iz tabele 24 lahko razberemo, da je le 10,4 % anketirancev znanje pridobilo v družinskem okolju, znotraj katerega štejemo predvsem starše. S tem pojasnjujemo, zakaj se glede na izobrazbo staršev razlike o znanju o motnjah hranjenja anketirancev niso pokazale.

V italijanski raziskavi (Napolitano idr., 2019) je skoraj polovica anketirancev (44,9 %) znanje pridobila od svojih staršev. V tej raziskavi so anketiranci, ki so imeli starša z višješolsko ali višjo stopnjo izobrazbe izkazali boljše znanje v primerjavi z anketiranci, ki so imeli starša z nižjo stopnjo izobrazbe.

Zaradi majhnega deleža anketirancev, ki so znanje pridobili od svojih staršev v naši raziskavi ne moremo sklepati, ali izobrazba staršev vpliva na znanje mladih o motnjah hranjenja. Poudarjamo, da bi potrebovali več raziskav, ki bi preiskovale vpliv izobrazbe staršev na znanje mladih o motnjah hranjenja.

HIPOTEZA 7 JE OVRŽENA.

Hipoteza 8: Obstajajo razlike glede na spol anketiranih o mnenju, pri kom osebe z motnjami hranjenja največkrat poiščejo pomoč.

8a: Ženske anketiranke menijo, da osebe z motnjami hranjenja največkrat pomoč poiščejo pri materi.

8b: Moški anketirani menijo, da osebe z motnjami hranjenja največkrat pomoč poiščejo pri prijatelju.

Tabela 20: Mnenje anketirancev o tem, pri kom osebe z motnjami hranjenja največkrat poiščejo pomoč

	f	f %
Mama	41	10,6
Oče	2	0,5
Prijateljica	84	21,8
Prijatelj	20	5,2
Svetovalna služba	4	1,0
Splet	84	21,8
Osebni zdravnik	12	3,1
Strokovna psihiatrična pomoč	10	2,6
Ne iščejo pomoči	129	33,4
Skupaj	386	100,0

Tabela 20 prikazuje, h komu anketiranci menijo, da bi se oseba, ki se spopada z motnjami hranjenja, največkrat zatekla po pomoč. Najvišji delež anketirancev (33,4 %) meni, da bolniki z motnjami hranjenja ne iščejo pomoči. Zanimljiv delež anketirancev (0,5 %) je mnenja, da se bolniki z motnjami hranjenja po pomoč največkrat zatečejo k očetu.

Za preprostejšo analizo podatkov smo v nadaljevanju možne odgovore združili v skupine. Odgovora »mama« in »prijateljica« smo združili v skupino »ženske«. Odgovora »oče« in »prijatelj« smo združili v skupino »moški«. Odgovore »svetovalna služba«, »osebni zdravnik« in »strokovna psihiatrična pomoč« smo združili v skupino »strokovna pomoč«.

Iz tabele 21 je tako razvidno, da anketiranci v največjem deležu (32,4 %) menijo, da se osebe z motnjami hranjenja največkrat zatečejo k osebam ženskega spola. V tabeli 21 lahko vidimo, da je ta razporeditev skoraj enaka pri moškem (30,1 %) in ženskem (32,9 %) spolu.

Veliko raziskav je že pokazalo, da kot bolj zanesljivo pomoč družba vrednoti žensko populacijo. Na to verjetno vpliva družbeno dojemanje moških kot manj empatičnih osebnosti do bolnikov z duševnimi težavami (Mond idr., 2007).

Anketiranci v naši raziskavi v zelo majhnem deležu (6,7 %) menijo, da osebe z motnjami hranjenja pomoč poiščejo pri strokovni pomoči. Ti rezultati se glede na spol anketirancev ne razlikujejo (tabela 21). Mond s sodelavci (2007) v svoji raziskavi navaja, da se pri tem kažejo razlike glede na starost. V njihovi raziskavi so starejši anketiranci (33–45 let) menili, da bolniki z motnjami hranjenja sprva po pomoč pristopijo do osebnega zdravnika (59,3 % proti 23,8 %), medtem ko so mlajši anketiranci (18–32 let) mnenja, da pristopijo k družinskemu članu (20,6 % proti 11,4 %) ali dobremu prijatelju (22,2 % proti 12,9 %).

Menimo, da so rezultati naše raziskave zaskrbljujoči. Strokovna pomoč bi morala biti tista, h kateri se bolniki z motnjami hranjenja največkrat zatečejo po pomoč. Mladi bi morali biti bolj ozaveščeni, da lahko le strokovna pomoč bolnikom nudi ustrezno zdravljenje. Napolitano s sodelavci (2019) navaja, da imajo pomembno vlogo pri širjenju znanja o motnjah hranjenja zdravstveni delavci, ki lahko z odnosom pacient–zdravnik edini to znanje izboljšajo in hkrati podajo zanesljive informacije. Tako bi se tudi bolniki z motnjami hranjenja k njim po pomoč zatekli v večjem deležu in bili prej diagnosticirani. S tem bi pripomogli k zmanjšanju deleža nediagnosticiranih bolnikov. Nekatero raziskavo (Napolitano idr., 2019) zato spodbujajo obiske zdravstvenih delavcev po šolah, ki lahko pripomorejo k izboljšanju znanja o motnjah hranjenja pri mladih in izboljšajo njihovo zaupanje do strokovne pomoči.

Anketiranci v naši raziskavi v velikem deležu (27 %) menijo, da osebe z motnjami hranjenja pomoč največkrat poiščejo v svojem prijateljskem krogu. V mlajšem in srednjem obdobju odraščanja, so prijatelji za mlade pomembna socialna podpora (Smolak, Levine in Striegel-Moore, 1996). Na podlagi tega sklepamo, da tudi naši anketiranci menijo, da so prijatelji oziroma prijateljice osebe, katerim bolniki z motnjami hranjenja lahko zaupajo in zato v velikem deležu menijo, da se po pomoč največkrat zatečejo k njim.

Tabela 21: Razlike po spolu anketirancev glede mnenja, kam se osebe z motnjami hranjenja zatečejo po pomoč

	Spol			
	Moški		Ženska	
	f	f %	f	f %
Mama	13	16,4	28	8,9
Oče	1	1,4	1	0,3
Prijateljica	9	12,3	75	24,0
Prijatelj	12	17,8	8	2,6
Svetovalna služba	2	2,7	2	0,6
Splet	10	13,7	74	23,6
Osebni zdravnik	4	5,5	8	2,6
Strokovna psihiatrična pomoč	2	2,7	8	2,6
Ne iščejo pomoči	20	27,4	109	34,8

Tabela 21 prikazuje vpliv spola na izbiro osebe, pri kateri anketiranci menijo, da oseba z motnjami hranjenja največkrat poišče pomoč. Iz tabele je razvidno, da ženske anketirane menijo, da bi se osebe z motnjami hranjenja v največji meri zatele k prijateljici (24 %), moški pa k prijatelju (17,8 %). Moški anketiranci v višjem deležu (16,4 %) kot ženske (8,9 %) menijo, da se oseba z motnjami hranjenja največkrat zateče k mami. **S tem hipotezo 8a ovržemo.** Moški anketiranci v večjem deležu (17,8 %) kot ženske (2,6 %) menijo, da bolniki z motnjami hranjenja pomoč največkrat poiščejo pri najboljšem prijatelju. **S temi rezultati lahko hipotezo 8b potrdimo.**

Delež moških (16,4 %) anketirancev, ki je pri vprašanju izbral »mama« se bistveno ne razlikuje od deleža žensk (8,9 %), ki so izbrale isti odgovor. Tako ne moremo biti popolnoma prepričani, da moški res bolj kot ženske menijo, da bolniki z motnjami hranjenja pomoč poiščejo pri mami. Iz tabele 7 je razvidno, da se je z motnjami hranjenja spopadal večji delež žensk (30,7 %) kot moških (13,7 %). Iz tega lahko sklepamo, da se več žensk kot moških anketirancev zaveda, da je bolnikom z motnjami hranjenja težko govoriti o svojih težavah z družinskimi člani in tako v večji meri (23,6 %) kot moški (13,7 %) menijo, da osebe z motnjami hranjenja pomoč poiščejo na spletu. Na spletu namreč o svojih težavah ne rabijo spregovoriti na glas in hkrati ob iskanju pomoči ostanejo anonimni.

Morda ravno zato ženske anketirane v naši raziskavi v manjšem deležu (9,2 %) kot moški (17,8 %) menijo, da osebe z motnjami hranjenja pomoč največkrat poiščejo pri starših.

Moški v večjem deležu (17,8 %) kot ženske (2,6 %) menijo, da se osebe z motnjami hranjenja po pomoč največkrat zatečejo k prijatelju. Prijateljski krog moških običajno vveči meri predstavljajo moški kot ženske, za ženske pa navadno velja obratno. Moški anketirani tako prijatelju verjetno zaupajo v večji meri kot svojim prijateljem zaupajo ženske. Te zato v večjem deležu (24 %) kot moški (12,3 %) menijo, da osebe, ki sespopadajo z motnjami hranjenja pomoč poiščejo pri prijateljici.

V avstralski raziskavi (Mond idr., 2007) so ženske anketirane v največjem deležu (73 %) izbrale mamo, kot osebo, pri kateri osebe z motnjami hranjenja največkrat poiščejo pomoč. To ni v skladu z našo raziskavo, kjer je bil odgovor mama pri ženskah dokaj nizko zastopan (8,9 %). V naši raziskavi ženske v največjem deležu menijo, da osebe z motnjami hranjenja pomoč poiščejo pri prijateljici (24 %), na spletu (23,6 %) ali pomoči sploh ne iščejo (34,8 %). Delež anketiranih v naši raziskavi, ki meni, da bolniki pomoč poiščejo pri prijateljici, je podoben avstralski raziskavi. V avstralski raziskavi je takšnega mnenja tretjina anketiranih (33,7 %), v naši raziskavi pa je delež malo manjši (24 %).

HIPOTEZA 8 JE DELNO POTRJENA.

Hipoteza 9: Večini anketirancev (70 % ali več) pojem ortoreksija ni poznan.

Tabela 22: Poznavanje pojma ortoreksija

	f	f %
Da	101	26,2
Ne	283	73,3
Skupaj	386	100,0

Tabela 22 prikazuje poznavanje ortoreksije med anketiranci. Iz tabele je razvidno, da pojem ortoreksija večini (73,3 %) anketirancev ni poznan. **S to ugotovitvijo lahko hipotezo 9 potrdimo.**

Ortoreksija sodi med nove oblike motenj hranjenja in še ni uvrščena v mednarodne klasifikacije bolezni (The Recovery Village, 2023). Prevalenca anoreksije narašča, kar nekateri avtorji pripisujejo naraščajočemu vplivu družbenih omrežij (The Recovery Village, 2023). Raziskave so namreč pokazale, da naj bi kar 49 % posameznikov, ki na socialnih omrežjih sledijo stranem, ki objavljajo vsebino, povezano z zdravo prehrano, imelo prisotne simptome, značilne za ortoreksijo. Raziskava o mladih v Sloveniji, Mladina 2020 (Lavrič idr., 2021) je pokazala, da mladi od družbenih omrežij največji meri uporabljajo Facebook (80,9 %) in Instagram (77,8 %). Ti procenti so zaskrbljujoči, Facebook in Instagram sta namreč eni izmed družbenih omrežij, na katerih posamezniki v veliki meri objavljajo obroke, ki jih uživajo čez dan in kakšnim dietam se poslužujejo, da dosežejo »idealno« postavo. Ortoreksija se v večini primerov razvije med adolescenco in srednjim odraslim obdobjem (med 18. in 35. letom) (ABC zdravlja, 2017). Ravno zato je pomembno, da celjske srednješolce o tej motnji bolje izobrazimo. Če motnje ne poznajo obstaja majhna verjetnost, da bodo simptom motnje prepoznali pri sebi in poiskali pomoč.

HIPOTEZA 9 JE POTRJENA.

Hipoteza 10: Večini anketirancev (70 % ali več) pojem bigoreksija ni poznan.

Tabela 23: Poznavanje pojma bigoreksija

	f	f %
Da	88	22,8
Ne	296	76,7
Skupaj	386	100,0

Tabela 23 prikazuje poznavanje bigoreksije med anketiranci. Iz tabele je razvidno, da večini anketirancev (76,7 %) pojem bigoreksija ni poznan. **S temi rezultati hipotezo 10 potrjujemo.**

Tako kot ortoreksija tudi bigoreksija sodita med nove oblike motenj hranjenja in še nista uvrščeni v mednarodno klasifikacije bolezni (Serneck, 2010). Prevalenca motnje danes hitro narašča. Po raziskavah naj bi se z bigoreksijo spopadalo že 2 % svetovne populacije (The Recovery Village, 2023). Vzrok prevalence bigoreksije nekateri avtorji pripisujejo družbenim omrežjem, na katerih moški objavljajo svoje »idealno, mišičasto telo« (Newport Academy, 2023). S tem v veliki meri vplivajo predvsem na mlade moške, ki se zato, da bi dosegli takšno postavo, poslužujejo različnih diet in pretirani vadbi (predvsem dvigovanju uteži). Raziskave, izvedene do sedaj, kažejo, da za motnjo zbolijo predvsem moški v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti (Serneck, 2010). Prav zato bi morali mlade že pred vstopom v srednjo šolo o motnji dobro izobraziti. S tem bi povečali verjetnost, da bodo mladi, če za motnjo obolijo, simptome pri sebi zgodnejše prepoznali. Hkrati bi k prepoznavi simptomov pripomogla tudi družba, če bi bila na področju bigoreksije bolj izobražena.

HIPOTEZA 10 JE POTRJENA.

Tabela 24: Viri znanja anketirancev o motnjah hranjenja

	f	f %
Družinsko okolje	40	10,4
Prijatelji	22	5,7
V šoli	142	36,8
Družbena omrežja	73	18,9
Splet	76	19,7
Od zdravstvenih delavcev	12	3,1
Drugo:	21	5,4
Skupaj	386	100,0

Empiričnemu delu raziskovalne naloge dodajamo še tabelo 24, ki smo jo med interpretacijo rezultatov večkrat omenili. Tabela prikazuje vire znanja naših anketirancev o motnjah hranjenja. Naši anketiranci so znanje o motnjah hranjenja v največji meri (36,8 %) pridobili v šoli. V sam pouk biologije v skladu z učnim načrtom in po poročanju profesorice biologije, ki poučujejo na Gimnaziji Celje – Center, motnje hranjenja niso posebej vključene kot obvezne vsebine, ki jih dijaki in dijakinje obravnavajo med poukom. Ti rezultati nam povedo, da je torej v največji meri šolski prostor tisti, ki lahko ali prispeva ali k temu, da se bodo miti o motnjah hranjenja poglobili, ali pa bodo prihodnje generacije izkazale boljše poznavanje trditev, povezanih z motnjo hranjenja in tako izkoreninili vseprisotne mite.

3.3 POVEZAVA MED MITI IN TRDITVAMI, POVEZANIMI Z MOTNJAMI HRANJENJA

Zanimalo nas je, ali lahko znanje o motnjah hranjenja, ki so ga anketiranci izkazali pri odgovarjanju na trditve, povežemo z njihovim poznavanjem mitov o motnjah hranjenja. Tabela 25 prikazuje nekatere izmed mitov, ki smo jih lahko na podlagi vsebine povezali s trditvami. Iz tabele je razvidno, da se delež anketirancev, ki se ni strinjal z mitom, ujema z deležem anketirancev, ki so pravilno odgovorili na trditev, ki se s tem mitom glede na vsebino povezuje. Na podlagi tega lahko sklepamo, da so **anketiranci, ki so izkazali pravilno znanje pri določeni trditvi, prepoznali in tudi zanikali tudi mit, povezan s to trditvijo.**

Podobne rezultate je pokazala tudi nemška raziskava (Feldhege idr., 2022). Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da lahko z izboljšanjem znanja pripomoremo k izkoreninjenju mitov o motnjah hranjenja. Hkrati je že več raziskav pokazalo negativno korelacijo med znanjem o motnjah hranjenja in stigmatizacijo bolnikov z motnjami hranjenja (boljše znanje o motnjah hranjenja je povezano z manjšo stigmo) (Rodgers idr., 2015; Feldhege idr., 2022). Več raziskovalcev zato opozarja, kako pomembno je izboljšati znanje o motnjah hranjenja. Pri tem poudarek dajejo predvsem na moško populacijo, katerih znanje se je v večini raziskav (Smith idr., 1986; Napolitano idr., 2019) (med drugimi tudi naši) pokazalo kot slabše kot znanje žensk. V povezavi s tem se je pokazalo slabše poznavanje mitov o motnjah hranjenja pri moških (Feldhege, idr., 2022) in večja stigmatizacija motenj hranjenja s strani moških (Austen in Griffiths, 2018).

Tabela 25: Povezava med miti in trditvami

MITI		f	f %	TRDITVE		f	f %
Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.	DRŽI	217	56,2	Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati.	DRŽI	176	45,6
Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.	DRŽI	106	27,5	Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno maso.	NE DRŽI	192	49,7
Motnje hranjenja so odločitev.	DRŽI	85	22,0	Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	DRŽI	41	10,6
Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.	DRŽI	72	18,7	Motnje hranjenja povzročajo le vplivi zahodne kulture, predvsem njihovo vrednotenje suhih teles.	DRŽI	78	20,2
Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.	DRŽI	33	8,5	Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	DRŽI	41	10,6
Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.	DRŽI	29	7,5	Zgodnejše, od pojava motnje, ko bolnik najde pomoč za zdravljenje, hitrejša in učinkovitejša bo njegovo okrevanje.	NE DRŽI	56	14,5
Motnje hranjenja so le obdobje, ki bo minilo samo od sebe.	DRŽI	17	4,4	Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	DRŽI	41	10,6
Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.	DRŽI	16	4,1	Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja.	DRŽI	139	36,0
Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.	DRŽI	15	3,9	Motnje hranjenja prizadenejo le najstnice in mlade odrasle ženske.	DRŽI	38	9,8
Motnje hranjenja niso resna motnja.	DRŽI	10	2,6	Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi duševnimi motnjami.	NE DRŽI	207	53,6

Tabela 26: Razlogi za porast motenj hranjenja po mnenju anketirancev

		f	f %
Pogostejša raba družbenih omrežij	IZBRAN	282	73,1
	NI IZBRAN	104	26,9
Vedno težje dosegljivi lepotni ideali	IZBRAN	310	80,3
	NI IZBRAN	76	19,7
Težje dostopno zdravljenje	IZBRAN	32	8,3
	NI IZBRAN	354	91,7
Drugo	IZBRAN	25	6,5
	NI IZBRAN	361	93,5

Na koncu ankete smo anketirance povprašali še po tem, kaj so njihovi razlogi za porast motenj hranjenja. Rezultati so prikazani v tabeli 26. Pri odgovarjanju so anketiranci imeli možnost, da izberejo več odgovorov. Iz tabele 26 je razvidno, da anketiranci za porast motenj hranjenja v največjem deležu (80,3 %) krivijo vedno težje dosegljive lepotne ideale. Velik delež anketirancev (73,1 %) prav tako meni, da na porast motenj hranjenja vpliva pogostejša raba družbenih omrežij. Le malo anketirancev (8,3 %) razlog za porast motenj hranjenja pripisuje težje dostopnemu zdravljenju. V odgovoru drugo so anketiranci v največjem deležu navedli: pritiski s strani in težave znotraj družinskega okolja, zbadanje s strani družbe in mednajstniško psihično nasilje, stresin pritiski okolja. Njihov delež je bil v primerjavi z ostalimi odgovori relativno nizek (6,5 %).

Kot anketiranci v naši raziskavi pogostejšo rabo družbenih omrežij kot vzrok za porast motenj hranjenja poudarjajo tudi nekateri avtorji (The Recovery Village, 2023; Newport Academy, 2023). Družbena omrežja vplivnežem (influencerjem) omogočajo objavo idealne postave in zdravega načina življenja ter prikazovanje metod, s katerimi so svoje telesne spremembe dosegli (Engaged Society, 2017). Nekateri avtorji opozarjajo, da s tem pomembno vplivajo na mlade in na njihovo mišljenje (Kościcka in Brytek-Matera, 2016). Mladi lahko posledično dobijo napačno predstavo o tem, kaj lepota je (Engaged Society, 2017). Hkrati jim dajo misliti, da niso dovolj dobri in da s svojim izgledom ne zadovoljujejo lepotnim standardom (Engaged Society, 2017), kar negativno vpliva na njihovo samopodobo (Kościcka in Brytek-Matera, 2016).

To posameznika vodi v različne diete, pretirano telovadbo in bruhanje, kar ima negativne posledice na posameznikovo telo in lahko vodi v razvoj drugih bolezni (anemija, nepravilno bitje srca, neredna menstruacija, prebavne motnje, odpoved ledvic ...), med drugimi tudi duševne motnje kot sta depresija in motnje hranjenja (Engaged Society, 2017).

3.4 OMEJITVE RAZISKAVE

V raziskavi izpostavljammo najpogostejše mite o motnjah hranjenja in trditve, o katerih imajo, po mnenju nekaterih avtorjev (Feldhege idr., 2022), prebivalci v splošnem napačno znanje. Zavedamo pa se, da smo s tem nekoliko omejili naše rezultate, saj nismo izčrpali vseh obstoječih mitov in trditev, ki opisujejo znanje o motnjah hranjenja. V nasprotju z večino raziskav v našo raziskavo tudi nismo vključili testa ITM. Namesto slednjega, smo anketirance neposredno vprašali, ali so se/se spopadajo z motnjami hranjenja. S tem je bila analiza podatkov za nas enostavnejša, hkrati pa smo izvedeli, kateri anketiranci se zagotovo spopadajo z motnjami hranjenja in se bolezni pri sebi zavedajo. Z uporabo ITM testa bi sicer lahko sklepali tudi, kateri posamezniki bi se še lahko spopadali z motnjami hranjenja in se tega pri sebi ne zavedajo. Med drugim pa se nam uporaba zgolj ITM testa ne zdi zanesljiva, glede na to, da motnjam hranjenja ne prepisujemo le prenizkega ITM. Značilen ITM se od motnje do motnje razlikuje. Motnje hranjenja tako zajemajo bolnike s prenizkim, normalnim in previsokim ITM.

Naša raziskava je tudi krajevno in starostno omejena. Vanjo smo zajeli prebivalce savinjske regije, ki obiskujejo srednjo šolo v Celju. Med njimi so večino anketirancev predstavljali gimnazijci, ki načeloma dosegajo višji nivo znanja v primerjavi s svojimi vrstniki drugih srednjih šol. Rezultati bi morda bili popolnoma drugačni, če bi v raziskavo zajeli le dijake poklicnih, strokovnih srednjih šol. Težave nam je pri analizi podatkov povzročal tudi neuravnotežen vzorec po spolu in starosti. V raziskavi so prevladovale ženske anketirane in dijaki, stari 16–17 let. V naši raziskavi je tudi sodeloval le majhen delež anketirancev, ki so znanje o motnjah hranjenja pridobili v družinskem okolju, od prijateljev ali zdravstvenih delavcev, zato je bila njihova primerjava in ocena vpliva na znanje anketirancev omejena.

V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno odpraviti nekatere omejitve raziskave in tako razširiti vzorec na dijake, ki so bili v naši raziskavi zastopani v manjšem deležu, to so na primer dijaki poklicnih srednjih šol, dijaki moškega spola ter dijaki zaključnih letnikov srednjih šol. Vzorec bi bilo smiselno razširiti tudi na druge slovenske regije.

4. ZAKLJUČEK

V raziskovalni nalogi z naslovom »*Je, da bi bruhal, in bruha, da bi jedel*« *Razširjenost mitov o nekaterih motnjah hranjenja med celjskimi srednješolci* smo preučevali poznavanje mitov in znanje o motnjah hranjenja med celjskimi srednješolci. S pomočjo kvantitativne metode spletnega anketiranja smo raziskali, kako spremenljivke spol, starost, izkušnja z motnjami hranjenja in izobrazba staršev vplivajo na posameznikovo poznavanje mitov in njegovo znanje o motnjah hranjenja.

Celjski srednješolci so izkazali dobro poznavanje mitov, dobro so prepoznali določene motnje hranjenja glede na simptome in pokazali dobro znanje pri analizi trditev o motnjah hranjenja. To je v nasprotju z večino raziskav, ki so pokazale, da je znanje mladih o motnjah hranjenja slabo in nezadostno (Napolitano idr., 2019; Mond, 2014; Mond idr., 2007; Feldhege idr., 2022). Najslabše so prepoznali mit *Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev*. Najmanjši delež pravih odgovorov je prejela trditev *Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi duševnimi motnjami*.

Anketiranci so izkazali zelo dobro znanje o anoreksiji nervozi in prepoznavi njenih simptomov. Slabše znanje so pokazali pri prepoznavi simptomov bulimije nervoze in kompulzivnega prenajedanja, ter so motnji med seboj zamešavali. Slabo znanje so pokazali pri poznavanju nepurgativne oblike bulimije nervoze. Boljšo ozaveščenost o anoreksiji nervozi kot o drugih oblikah motenj hranjenja, je pokazalo že več raziskav (Godala idr., 2012; Murray, Touyz in Beumont, 1998; Napolitano idr., 2019), katerih rezultati so v skladu z našimi. Slabo poznavanje nepurgativne oblike bulimije nervoze in kompulzivnega prenajedanja v svoji raziskavi navaja tudi Mond (2014). Večina celjskih srednješolcev novih oblik motenj hranjenja (ortoreksije in bigoreksije) ne pozna. Med njimi so se zato kot slabo prepoznane izkazali nekateri miti in trditve, ki se na slednje navezujejo.

Celjski srednješolci so pokazali dobro znanje na področju zdravljenja motenj hranjenja. Menijo, da je zdravljenje bolnikom dobro dostopno in da je popolna ozdravitev mogoča. Zavedajo se, da cilj zdravljenja ni le, da bolnik doseže normalno telesno maso ter vedo, da bo zdravljenje bolnika hitrejše in učinkovitejše, če mu bo pomoč nudena v zgodnjem obdobju razvoja motnje hranjenja. Naši rezultati so v skladu z nemško raziskavo (Feldhege idr., 2022), a nasprotujejo večini raziskav (Mond, 2014; Mond idr., 2007).

Kljub zavedanju učinkovitosti in uspešnosti zdravljenja naši anketiranci v večini menijo, da osebe z motnjami hranjenja pomoči največkrat ne poiščejo pri strokovni pomoči (osebnemu zdravniku, strokovni psihiatrični pomoči, svetovalni službi).

Naši anketiranci se zavedajo, da so motnje hranjenja resna motnja, a resnost motnje še vedno podcenjujejo. Vedo, da ne gre le za posameznikovo hrepenenje po pozornosti, da bolniki nad svojim vedenjem nimajo nadzora in da motnje hranjenja niso le obdobje, ki bo minilo samo od sebe. Veliko anketirancev se ne zaveda, da imajo motnje hranjenja med duševnimi motnjami najvišjo stopnjo smrti. Do podobnih sklepov je prišla tudi nemška raziskava (Feldhege idr., 2022).

Celjski srednješolci so v raziskavi pokazali zmerno znanje na področju prepoznavanja dejavnikov, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja. Zavedajo se, da na motnje hranjenja vplivajo psihološki in sociološki dejavniki. Veliko anketirancev pa se ne zaveda, da ima pri razvoju motenj hranjenja pomembno vlogo tudi genetika. Hkrati veliko anketirancev nezdrave prehranske vzorce pripisuje vzroku za nastanek motenj hranjenja, kar pa je v resnici zgolj eden od simptomov.

Ugotovili smo, da so moški anketiranci izkazali slabše znanje o motnjah hranjenja, slabše poznavanje mitov o motnjah hranjenja in so na podlagi simptomov slabše prepoznali motnje hranjenja v primerjavi z ženskami anketiranimi. Enake rezultate je pokazalo že več raziskav (Smith idr., 1986; Napolitano idr., 2019). Moškim anketiranimv naši raziskavi primanjkuje predvsem znanja o dejavnikih, ki lahko vplivajo na razvoj motenj hranjenja. Bolnike z motnjami hranjenja v večjem deležu kot ženske prepoznajokot krivdo posameznika in ne kot splet genetskih, bioloških, psiholoških in socioloških dejavnikov.

Glede na starost so se v naši raziskavi pokazale razlike v poglobljenem razumevanju motenj hranjenja. Mlajši anketiranci (14–15 let) so v primerjavi s starejšimi anketiranci (18–19 let) izkazali slabše razumevanje motenj hranjenja kot biopsihosocialne motnje, ki je posledica genetskih, bioloških, psiholoških in socioloških dejavnikov. Večje razlike se pri znanju o motnjah hranjenja in poznavanju mitov glede na starost anketirancev niso pokazale. To je v skladu z večino raziskav (Gratwick-Sarll idr., 2016), nasprotujepa rezultatom nemške raziskave (Feldhege idr., 2022), v kateri so se starejši anketiraniv večji meri strinjali z miti o motnjah hranjenja kot mlajši.

Pokazale so se razlike pri prepoznavanju mitov in trditev o motnjah hranjenja glede na vir, pri katerem so anketiranci pridobili znanje o motnjah hranjenja. Tisti anketiranci, ki so znanje pridobili na spletu, so izkazali boljše poznavanje nekaterih mitov, kot anketiranci, ki so znanje pridobili v družinskem okolju. Več avtorjev (Napolitano idr., 2019; Austin, 2000; Raby, 2013) poudarja, da bi se morali osredotočiti tudi na boljšo izobrazbo staršev, ti pa bi morali biti previdni, da svojim otrokom podajajo zanesljive informacije.

S primerjavo rezultatov naše raziskave in italijanske raziskave (Napolitano idr., 2019) smo ugotovili, da je izobraževanje staršev na področju motenj hranjenja izjemnega pomena. Boljše znanje naših anketirancev v primerjavi z anketiranci italijanske raziskave morda lahko pripišemo viru, pri katerem so anketiranci pridobili svoje znanje. Največji delež naših anketirancev je znanje pridobil v šoli, medtem ko je bil ta delež pri italijanskih anketirancih zelo nizek. Ti so v največjem deležu znanje pridobili od svojih staršev. Na podlagi tega sklepamo, da šole dijakom in učencem podajajo zanesljive informacije in vplivajo na izboljšanje njihovega znanja. V naši raziskavi primerjava anketirancev, ki so znanje pridobili v družinskem okolju z anketiranci, ki so znanje dobili v šoli, zaradi neuravnoteženega vzorca ni bila mogoča.

Velik delež anketiranih (tako moških kot žensk) v naši raziskavi meni, da osebe z motnjami hranjenja ne iščejo pomoči. V najmanjšem deležu menijo, da osebe z motnjami hranjenja pomoč največkrat poiščejo pri strokovni pomoči (svetovalna služba, osebni zdravnik, strokovna psihiatrična pomoč). Celjski srednješolci menijo, da se osebe z motnjami hranjenja po pomoč največkrat zatečejo k osebam ženskega spola. Enake ugotovitve je pokazalo že več raziskav (Mond idr., 2007). Hkrati anketiranci menijo, da se osebe z motnjami hranjenja po pomoč večkrat zatečejo k prijateljem oziroma prijateljicam, kot pa k staršem (mami oziroma očetu). Smolak, Levine in Stiegel-Moore (1996) ugotavljata, da so prijatelji za mlade v mlajšem in srednjem obdobju odraščanja pomembna socialna podpora.

Glede na to, da se je že na naši populaciji vzorca (386) pokazalo, da se veliko celjskih srednješolcev (skoraj tretjina) spopada z motnjami hranjenja, menimo, da je pomembno, da so celjski srednješolci o motnjah hranjenja dovolj dobro ozaveščeni, imajo o njih dobro znanje in znajo osebi, ki se z motnjo hranjenja spopada, tudi pomagati.

Glede na rezultate naše in mnogih drugih raziskav (Smith idr., 1986; Napolitano idr., 2019) želimo izpostaviti, da se je pri izobraževanju celjskih srednješolcev o motnjah hranjenja potrebno osredotočiti predvsem na moško populacijo. Naša raziskava je pokazala pomanjkanje znanja na področju poznavanja dejavnikov, ki lahko vplivajo na razvoj motenj hranjenja. Potrebne bi bile tudi izboljšave znanja na področju bulimije, nervoze (predvsem nepurgativne oblike), kompulzivnega prenejanja ter novih oblik motenj hranjenja (ortoreksije in bigoreksije). Celjskim srednješolcem primanjkuje zavedanje resnosti motenj hranjenja, katerih smrtnost je med duševnimi boleznimi v samem vrhu.

Med razširjenimi miti o motnjah hranjenja bi se pri celjskih srednješolcih v prihodnosti morali osredotočiti predvsem na izkoreninjenje mita *Da ima oseba motnja hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu*. Povečati bi morali zaupanje med mladimi in osebami, ki lahko osebam z motnjo hranjenja nudijo strokovno pomoč (osebnizdravnik, strokovna psihiatrična pomoč, socialna služba). Ti so namreč edini, ki lahko osebam z motnjami hranjenja omogočijo učinkovito in uspešno zdravljenje. Glede nato, da je kar velik delež anketirancev znanje o motnjah hranjenja pridobil na spletu ali družbenih omrežjih, bi bilo mlade smiselno podučiti, kako na spletu prepoznati zanesljive podatke in kakšen vpliv družbena omrežja na naše mišljenje in samopodobo lahko imajo.

Ker prevalenca motenj hranjenja hitro narašča (FAIR Health, 2023) in ker so te v porastu tudi v Sloveniji, se nam zdi pomembno, da kot družba pripomoremo k izboljšanju stanja. Ob pisanju raziskovalne naloge in analizi podatkov so se nam porodile številne ideje in vidiki, ki bi lahko vplivali na izboljšanje znanja o motnjah hranjenja in pripomogli k boljši prepoznavi bolnikov z motnjami hranjenja v družbi in s tem prispevali, k večjemu številu diagnosticiranih bolnikov.

Zelo majhen delež anketirancev v naši raziskavi je znanje o motnjah hranjenja pridobil od zdravstvenih delavcev. Predlagamo torej, da bi spodbudili večji obisk zdravstvenih delavcev v šolah, saj bi ti lahko mladim podajali ustrezno strokovno znanje o motnjah hranjenja. Napolitano s sodelavci (2019) navaja, da imajo pomembno vlogo pri širjenju znanja o motnjah hranjenja zdravstveni delavci, ki lahko z odnosom pacient–zdravnik edini to znanje izboljšajo in hkrati podajo zanesljive informacije. Med drugim bi se izboljšal njihov odnos z mladimi, ki morda ravno zaradi nezaupanja menijo, da bolnik z motnjami hranjenja pri njih največkrat ne poišče pomoči.

Z rezultati naše raziskave ne moremo potrditi, da so med starejšo populacijo (starši), razširjeni miti in nezanesljive informacije, ki bi s tem vplivali na znanje mladih. Zato bi spodbudili, da bi se v prihodnosti na tem področju izvedlo več raziskav, ki bi lahko z ustreznim vzorcem, oblikovali končne sklepe. S temi rezultati bi ugotovili, ali se je potrebno osredotočiti tudi na izobraževanje starejše populacije (staršev), katerih vloga je med drugim tudi, da motnje hranjenja prepoznajo pri svojih otrocih.

Ker so motnje hranjenja danes v porastu predvsem med mladimi imajo pomembno vlogo pri prepoznavi le teh tudi profesorji. Z analizo znanja profesorjev bi ugotovili, ali jim je morda treba ponuditi dodatna izobraževanja, fokusne skupine na to temo. Pomembno je, da znajo prepoznati osebo, ki se z motnjami hranjenja sooča, do nje pristopiti in jo znati usmerjati ter ji nuditi pomoč. Dodatne raziskave bi bile potrebne, da bi ugotovili, ali tudi mladi na tem področju potrebujejo dodatna izobraževanja, ali so dovolj dobro usposobljeni in vedo kako pristopiti do osebe z motnjami hranjenja in kakoji pri problemu pomagati, kaj predvsem ni primerno reči in lahko bolnika z motnjami hranjenja zelo prizadene ...

Ker se je izkazalo, da šole kot pomembne družbene institucije učencem podajajo ustrezno znanje in pripomorejo k izboljšavi le tega jih še v večji meri spodbujamo, da z raznovrstnimi aktivnostmi in dodatnimi izobraževanji mladim predajo še več znanja in jih spodbudijo, da prepoznajo in pomagajo posameznikom, ki za motnjami hranjenja trpijo. Z izboljšanjem znanja na teh področjih lahko pripomoremo k boljšemu prepoznavanju bolnikov z motnjami hranjenja s strani družbe. S tem bi pripomogli k zmanjšanju števila nediagnosticiranih in bolnikom z motnjami hranjenja omogočili zgodnejše in učinkovitejše zdravljenje. Prav zato smo zaradi pobude šolske svetovalne službe Gimnazije Celje – Center in Zdravstvenega doma Celje, Centra za duševno zdravje otrok in mladostnikov, pripravili brošuro o štirih najpogostejših mitih o motnjah hranjenja (izkazanimi med celjskimi srednješolci v pričujoči raziskovalni nalogi) s podatki o virih pomoči. Brošuro bomo po predstavitvi raziskovalne naloge posredovali vsem svetovalnim službam, ki delujejo na osnovnih in srednjih šolah v Mestni občini Celje. Brošura je dodana kot priloga B raziskovalni nalogi.

V današnjih, modernih družbah ni več tako zaželeno človeško telo, ki je sposobno delati, saj so fizično delo v proizvodnji nadomestili stroji, temveč je pomembnejše hedonistično telo, ki je zmožno uživati v prostem času (Počkar in Tavčar Krajnc, 2011, 16). Mediji že leta promovirajo kult mladosti in suhega telesa in te zunanje lastnosti enačijo z dobrim počutjem in samopodobo. Fischler (1990) pravi, da naša družba postaja »lipophobična«, sociologi pa ta pojem poimenujejo kult telesa. Motnje hranjenja so družbeno obremenjujoč problem. Včasih je težko prepoznati posameznika okoli sebe, ki za motnjo trpi – zlasti zaradi mitov, ki so, kot smo lahko ugotovili, razširjeni.

Šola kot družbena institucija ima moč, da mlade (tudi njihove starše in strokovne delavce) opremi z dovolj informacijami o preventivnih ukrepih in ponudi dovolj varno družbeno okolje, v katerem se bodo mladi lahko naučili kako se soočiti z družbeno stigmo in vedno bolj nedosegljivimi lepotnimi ideali.

Mladim na pot pa kot oseba, ki je prestala boleč proces zdravljenja motenj hranjenja, sporočam: bodite izjemno previdni z na videz nedolžnimi opazkami o podobi idealnega telesa, pazite na vsebino, ki jo objavljate na družbenih omrežjih in se vprašajte, ali bibili pripravljeni le za trenutek stopiti v čevlje nekoga, ki trpi za motnjo/-ami ohranjanje. Ta ne prizadene le posameznika, ampak celotno družino in bližnje.

5. VIRI

1. 6 Common Misconceptions about Eating Disorders. 2021. *Altum Health*. [Citirano 7. jan 2024; 20:58]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.altumhealth.co.uk/6-common-misconceptions-about-eating-disorders/> >.
2. About Eating Disorders: Understanding what Causes an Eating Disorder to Develop?. 2023. *The Eating Disorder Foundation*. [Citirano 14. jan. 2024; 22:29]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://eatingdisorderfoundation.org/learn-more/about-eating-disorders/contributing-factors/> >.
3. An Integrated Response to Complexity: National Eating Disorders Framework. 2012. *National Eating Disorders Collaboration*. [Citirano 1. jan. 2024; 11:49]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.nedc.com.au/assets/NEDC-Publications/National-Framework-An-integrated-Response-to-Complexity-2012-Final.pdf> >.
4. Anorexia [online]. 2022. *MedlinePlus*. [Citirano 20. okt. 2023; 18:35]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://medlineplus.gov/ency/article/000362.htm> >.
5. Anorexia Nervosa. 2017. *healthline*. [Citirano 21. okt. 2023; 18:00]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.healthline.com/health/anorexia-nervosa> >.
6. Anorexia Nervosa. 2023. *Medscape*. [Citirano 21. okt. 2023; 17:30]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://emedicine.medscape.com/article/912187-overview#a5?form=fpf> >.
7. AUSTEN, Emma, in GRIFFITHS, Scott. 2018. *Eating Disorders The Journal of Treatment & Prevention* [online]. Julij, 27, št. 3, [citirano 28. dec. 2023; 23:58], str. 267-290. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10640266.2018.1499337?scroll=top&needAccess=true> >.
8. AUSTIN, S. Bryn. 2000. *Psychological Medicine* [online]. November, 30, št. 6, [citirano 10. dec. 2023; 18:29], str. 1249–1262. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/prevention-research-in-eating-disorders-theory-and-new-directions/AAE1A4588759C2F6E82316FCF4A828D1> >.

9. B. CORORVE, Michelle, in H. GLEAVES, David. 2001. *Clinical Psychology Review* [online]. Avgust, 21, št. 6, [citirano 23. dec. 2023; 21:30], str. 949–970. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735800000751?via%3Dihub> >. ISSN 0272-7358.
10. Bigorexia and Eating Disorders in Teen Boys: Recognizing the Signs. 2023. *Newport Academy*. [Citirano 23. dec. 2023; 21:50]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.newportacademy.com/resources/mental-health/bigorexia/> >.
11. Binge Eating Disorder (BED). 2023. *National Eating Disorders Association*. [Citirano 30. okt. 2023; 16:30]. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://www.nationaleatingdisorders.org/binge-eating-disorder/#sources> >.
12. Body Dysmorphic Disorder Facts and Statistics. 2023. *The Recovery Village*. [Citirano 16. nov. 2023; 17:57]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/body-dysmorphic-disorder/bdd-statistics/> >.
13. BOHRER, Brittany K., CARROLL, Ian A., FORBUSH, Kelsie T., in CHEN, Po-Yi. 2017. *International Journal of Eating Disorders* [online]. September, 50, št. 12, [citirano 1. jan. 2024; 14:46], str. 1341–1349]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22785> >.
14. BRUCH, Hilde. 1978. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press. ISBN 9780674005846.
15. Bulimia Nervosa. 2017. *mymed.com*. [Citirano 21. okt. 2023; 18:33]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.mymed.com/diseases-conditions/bulimia-nervosa> >.
16. Bulimia nervosa. 2018. *Mayo clinic*. [Citirano 21. okt. 2023; 19:25]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bulimia/symptoms-causes/syc-20353615> >.
17. Bulimia Nervosa: What It Is, Symptoms, Causes, and More. 2022. *healthline*. [Citirano 2. jan. 2024; 20:58]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.healthline.com/health/bulimia-nervosa> >.
18. Bulimia symptoms. 2022. *HSE*. [Citirano 30. okt. 2023; 15:15]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www2.hse.ie/conditions/bulimia/> >.

19. Busting common eating disorder myths. 2018. *Rachael Hartley Nutrition*. [Citirano 20. dec. 2023; 16:12]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.rachaelhartleynutrition.com/blog/eating-disorder-myths> >.
20. Child and Adolescent Eating Disorders Program: Myths About Eating Disorders. 2023. *UR Medicine Golisano Children's Hospital*. [Citirano 20. dec. 2023; 15:30]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/adolescent/eating-disorders/myths.aspx> >.
21. CHRISTENSEN, Helen, in GRIFFITHS, Kathleen. 2000. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. December, 34, št. 6, [citirano 10. dec. 2023; 19:20]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/000486700272> >.
22. Compulsive Overeating Treatment, Symptoms, % Causes. 2016. Eating Recovery Center. [Citirano 30. okt. 2023; 15:45]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.eatingrecoverycenter.com/conditions/compulsive-overeating> >.
23. COTTON, Sue M., WRIGHT, Annemarie, HARRIS, Meredith G., JORM, Anthony F., in MCGORRY, Patrick D. 2006. *Aust N Z J Psychiatry* [online]. September, 40, št. 9, [citirano 30. dec. 2023; 16:48], str. 790-796. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16911755/> >.
24. CRANDALL, Christian S. 1988. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. 55, št. 4, [citirano 30. dec. 2023; 16:33], str. 588–598. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://psycnet.apa.org/record/1989-05607-001> >.
25. CRISP, Arthur H., GELDER, Michael G., RIX, Susannah, MELTZER, Howard I., in ROWLANDS, Olwen J. 2018. *The British Journal of Psychiatry* [online]. Januar, 177, [citirano 30. dec. 2023; 16:05], str. 4–7. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10945080/> >.
26. CZEPCZOR, Kamila, KOŚCICKA, Katarzyna, in BRYTEK-MATERA, Anna. 2016. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy* [online]. 18, št. 1, [citirano 31. dec. 2023; 18:44], str. 48. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aqcd%3A11%3A19161387/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aqcd%3A115095971&crl=c> >. ISSN 1509-2046.

27. DALLE GRAVE, Riccardo, CALUGI, Simona, BRAMBILLA, Francesca, ABBATE-DAGA, Giovanni, FASSINO, Secondo, in MARCHESINI, Giulio. 2007. *Behaviour Research and Therapy* [online]. Junij, 45, št. 6, [citirano 24. dec. 2023; 23:02], str. 1335–1344. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796706002312> >.
28. Debunking the myths about eating disorders. 2020. *Medical News Today*. [Citirano 7. jan. 2024; 22:25]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.medicalnewstoday.com/articles/eating-disorders-myths-facts> >.
29. Definition & Facts for Binge Eating Disorder. 2021. *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*. [Citirano 30. okt. 2023; 16:04]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/binge-eating-disorder/definition-facts> >.
30. DUNCAN, Alexis E., ZIOBROWSKI, Hannah N., in NICOL, Ginger. 2017. *Eur Eat Disord Rev* [online]. Maj, 25, št. 3, [citirano 15. jan. 2024; 22:16], str. 165–171. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28127825/> >.
31. Eating disorder claim lines increase significantly from 2018 to 2022. 2023. *News-Medical.net*. [citirano 25. dec. 2023; 22:30]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.news-medical.net/news/20231115/Eating-disorder-claim-lines-increase-significantly-from-2018-to-2022.aspx> >.
32. Eating Disorder Facts % Myths. 2020. *Eating Recovery Center*. [Citirano 20. dec. 2023; 15:03]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.eatingrecoverycenter.com/blog/eating-disorder-facts-myths> >.
33. Eating disorders skewed younger during pandemic. 2023. *Axios Vitals*. [Citirano 25. dec. 2023; 22:37]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.axios.com/2023/11/15/eating-disorders-teens-mental-health-pandemic> >.
34. Eating Disorders: About More Than Food. 2021. *National Institute of Mental Health*. [Citirano 7. jan. 2024; 22:22]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders> >.
35. Eating disorders: Myths about eating disorders. 2023. *Oxford Health NHS Foundation Trust*. [Citirano 18. jan. 2024; 21:28]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.oxfordhealth.nhs.uk/camhs/self-care/ed/myths/> >.

36. Eating Disorders: Risk factors. 2023. *National Institute of Mental Health*. [Citirano 14. jan. 2024; 22:34]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders> >.
37. EDs Across Cultures-Increasing in Prevalence & Awareness?: Moving beyond culture: creating environment for prevention & better treatment. 2013. *Psychology Today*. [Citirano 25. dec. 2023; 21:34]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.psychologytoday.com/us/blog/when-food-is-family/201302/eds-across-cultures-increasing-in-prevalence-awareness> >.
38. FELDHEGE, Johannes Markus, GULEC, Hayriye, MOESSNER, Markus, STIELER, Christiane, VAN STIPELEN, Jhana, in BAUER, Stephanie. 2021. *Journal of Mental Health* [online]. September, 31, št. 1, [citirano 1. jan. 2024; 14:11], str. 99–108. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2021.1979484> >.
39. FELDHEGE, Johannes, BILIC, Sally, ALI, Kathina, B. FESSNACHT, Daniel, MOESSNER, Markus, M. FARRER, Louise, M. GRIFFITHS, Kathleen, in BAUER, Stephanie. 2022. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. Junij, 19, št. 11, [citirano 2. dec. 2023; 20:15]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35682445/> >. ISSN 6861.
40. FERNANDEZ-ARANDA, Fernando, BANKA, Bartosz, HERBET, Mariola, in PIATKOWSKA-CHIMEL, Iwona. 2023. *Nutrients* [online]. September, 15, št. 18, [citirano 4. mar. 2024; 20:55], str. 3955. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10538145/> >.
41. FISCHLER, Claude. 1990. *L'Homnivore: Le Goût, la Cuisine et le Corps*. Paris: Odila Jacob. ISBN 2-02-019961-0.
42. FORREST, Lauren N., SMITH, April R., in SWANSON, Sonja A. 2017. *International Journal of Eating Disorders* [online]. Marec, 50, št. 7, [citirano 1. jan. 2024; 14:43], str. 826–833. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22702> >.
43. FRANKO, Debra L., KESHAVIAH, Aparna, EDDY, Kamryn T., KRISHNA, Meera, DAVIS, Martha C., KEEL, Pamela K., in HERZOG, David B. 2013. *The American Journal of Psychiatry* [online]. Avgust, 170, [citirano 17. jan. 2024; 20:38], 917–925. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ajp.2013.12070868> >.

44. GODALA, Małgorzata, KARASIŃSKA, Ewelina, TRAFALSKA Elzbieta, KOLMAGA, Agnieszka, in SZATKO, Franciszek. 2012. *Problemy Higieny i Epidemiologii* [online]. 93, št. 1, [citirano 31. dec. 2023; 18:37], str. 80–85. Dostopno na spletnem naslovu: < <http://www.phie.pl/phe.php?opc=AR&lng=en&art=730> >.
45. GRATWICK-SARLL, Kassandra, BENTLEY, Caroline, HARRISON, Carmel, in MOND, Jonathan. 2014. *Early Intervention in Psychiatry* [online]. Avgust, 10, št. 4, [citirano 1. jan. 2024; 14:14], str. 316–323. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eip.12168> >.
46. GRIFFITHS, Scott, MOND, Jonathan M., MURRAY, Stuart B., in TOUYZ, Stephen. 2014. *International Journal of Eating Disorders* [online]. September, 48, št. 6, [citirano 27. dec. 2023; 23:40], str. 767–774. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22353> >.
47. HAWORTH-HOEPPNER, Susan. 2016. *Family, Culture, and Self in the Development of Eating Disorders* [online]. London: Taylor & Francis, 2016. [Citirano 17. okt. 2023; 19:00]. Dostopno na spletnem naslovu: < https://www.google.si/books/edition/Family_Culture_and_Self_in_the_Development/PmrADAAAQBAJ?hl=sl&gbpv=0 >. ISBN 9781317274148.
48. Hrana: Ortoreksija nervoza - obsedenost z zdravo prehrano. 2017. *ABCzdravja*. [Citirano 14. nov. 2023; 19:00]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.abczdravja.si/hrana/ortoreksija-nervoza-obsedenost-z-zdravo-prehrano/> >.
49. HUDSON, James I. HRIPI, Eva, POPE, Harrison G., in KESSLER, Ronald C. 2007. *Biol Psychiatry* [online]. Februar, 61, št. 3, [citirano 7. jan. 2024; 21:00], str. 348–358. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/> >.
50. HUDSON, James I., HIRIPI, Eva, POPE, Harrison G., KESSLER, Ronald C. 2007. *Biol Psychiatry* [online]. Februar, 61, št. 3, [citirano 16. jan. 2024; 22:27], str. 348–358. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/> >.
51. HUNT, Jennifer S., in ROTHMAN, Alexander J. 2007. *Appetite* [online]. Maj, 48, št. 3, [citirano 30. dec. 2023; 15:59], str. 289–300. Dostopno na spletnem naslovu: <

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666306004144> >. ISSN 0195-6663.

52. J. WARD, Zachary, RODRIGUEZ, Patricia, in R. WRIGHT, Davene. 2019. *JAMA Newt Open* [online]. Oktober, 10, št. 2, [citirano 25. dec. 2023; 19:25]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2752577> >.
53. JORM, Anthony F., in WRIGHT, AnneMarie. 2008. *Br J Psychiatry* [online]. Februar, 192, št. 2, [citirano 30. dec. 2023; 16:56], str. 144–149. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18245033/> >.
54. JUDD, Fiona, JACKSON, Henry, KOMITI, Angela, MURRAY, Greg, FRASER, Caitlin, GRIEVE, Aaron, in GOMEZ, Rapson. 2006. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. September, 40, št. 9, [citirano 27. dec. 2023; 23:48], str. 769–776. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://journals.sagepub.com/doi/10.1080/j.1440-1614.2006.01882.x> >.
55. K. LIPSON, Sarah, in SONNEVILLE, Kendrin. 2019. *International Journal of Eating Disorders* [online]. Oktober, 53, št. 2, [citirano 24. dec. 2023; 23:29], str. 229–238. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23188> >.
56. KALM, Leah M., in SEMBA, Richard D. 2005. *J Nutr* [online]. Junij, 135, št. 6, [citirano 7. jan. 2024; 22:19], str. 1347–1352. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15930436/> >.
57. KANEKO, Yoshihiro, in MOTOHASHI, Yutaka. 2007. *J Epidemiol.* [online]. Julij, 17, št. 4, [citirano 30. dec. 2023; 16:51], str. 114–119. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17641446/> >.
58. KESKI-RAHKONEN, Anna, in MUSTELIN, Linda. 2016. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* [online]. November, 29, št. 6, [citirano 21. okt. 2023; 17:10]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/> >.
59. KESKI-RAHKONEN, Anna, in MUSTELIN, Linda. 2016. *Wolters Kluwer Health* [online]. November, 29, št. 6, [citirano 30. nov. 2023; 18:45]. Dostopno na spletnem naslovu: < https://www.researchgate.net/profile/Anna-Keski-Rahkonen/publication/308549216_Epidemiology_of_eating_disorders_in_Europe_prevalence_incidence_comorbidity_course_consequences_and_risk_fact >.

[ors/links/57ea6b2608ae91a0c8d3c76c/Epidemiology-of-eating-disorders-in-Europe-prevalence-incidence-comorbidity-course-consequences-and-risk-factors.pdf](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735816300150?via%3Dihub) >. ISSN 0951-7367.

60. LAVRIČ, Miran, idr. 2021. MLADINA 2020. Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani. ISBN 978-961-7158-01-7.
61. LE, Long Khanh-Dao, BARENDREGT, Jan J., HAY, Phillipa, in MIHALOPOULUS, Cathrine. 2017. *Clinical Psychology Review* [online]. April, 53, [citirano 25. dec. 2023; 20:23], str. 46–58. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735816300150?via%3Dihub> >. ISSN 0272-7358.
62. Loneliness and Eating Disorders. 2023. *Center for Discovery Eating Disorder Treatment*. [Citirano 19. dec. 2023; 21:01]. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://centerfordiscovery.com/blog/loneliness-eating-disorders/> >.
63. MOND, Jonathan. 2014. *Journal of Mental Health* [online]. April, 23, št. 2, [citirano 26. dec. 2023; 23:25], str. 51–54. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.3109%2F09638237.2014.889286> >.
64. MAGOVCEVIC, Mariola, in ADDIS, Michael E. 2005. *Psychology of Men % Masculinity* [online]. 6, št. 2, [citirano 27. dec. 2023; 23:56], str. 127–136. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://psycnet.apa.org/record/2005-03190-005> >.
65. MARIE, Galmiche, PIERRE, Décholette, GRÉGOR, Y, Lambert, in MARIE PIERRE, Tavoracci. 2019. *The American Journal of Clinical Nutrition* [online]. Maj, 109, št. 5, [citirano 25. dec. 2023; 21:51], str. 1402–1413. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000291652203177X?via%3Dihub> >. ISSN 0002-9165.
66. MECZEKALSKI, Blazej, PODFIGURNA-STOPA, Agnieszka, in KATULSKI, Krzysztof. 2013. *Maturitas* [online]. Julij, 75, št. 3, [citirano 2. jan. 2024; 21:37], str. 215–220. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512213001254> >. ISSN 0378-5122.
67. MOND, J.M, MARKS, P., HAY, P. J., RODGERS, B., KELLY, C., OWEN, C., PAXTON, S. J. 2007. *Youth Adolescence* [online]. Februar, 36, [citirano 12. dec.

- 2023; 21:15], str. 753–762. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-006-9087-9> >.
68. MOND, Jonathan M., HAY, Phillipa J., DARBY, Anita, PAXTON, Susan J., QUIRK, Frances, BUTTNER, P., OWEN, Cathy, RODGERS, Bryan. 2009. *J Consult Clin Psychol*. [online]. Oktober, 77, št. 5, [citirano 30. dec. 2023; 16:28], str. 835–844. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19803564/> >.
69. MOND, Jonathan M., HAY, Phillipa J., PAXTON, Susan J., RODGERS, Bryan, DARBY, Anita, NILLSON, Jodi, QUIRK, Frances, in OWEN, Cathy. 2010. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* [online]. Julij, 18, št. 4, [citirano 30. dec. 2023; 15:52], str. 267–285. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2010.490115> >.
70. MOND, Jonathan M., HAY, Phillipa J., RODGERS, Bryan, in OWEN, Cathy. 2004. *Behave Res Ther* [online]. Januar, 44, št. 1, [citirano 30. dec. 2023; 15:37], str. 53–62. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16301014/> >.
71. MOND, Jonathan M., HAY, Phillipa J., RODGERS, Bryan, in OWEN, Cathy. 2009. *Journal of Mental Health* [online]. Julij, 17, št. 6, [citirano 30. dec. 2023; 16:19], str. 565–575. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F09638230701677787> >.
72. MOND, Jonathan M., HAY, Phillipa J., RODGERS, Bryan, in OWEN, Cathy. 2006. *Int J Eat Disord*. [online]. December, 39, št. 8, [citirano 30. dec. 2023; 16:24], str. 747–753. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16941624/> >.
73. MOND, Jonathan M., HAY, Phillipa J., RODGERS, Bryan, OWEN, Cathy, in BEUMONT, Pierre J. 2004. *International Journal of Eating Disorders* [online]. Junij, 36, št. 1, [citirano 2. jan. 2024; 10:55], str. 62–68. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20004> >.
74. MOND, Jonathan M., in ARRIGHI, Anais. 2011. *Early Intervention in Psychiatry* [online]. Januar, 5, št. 1, [citirano 30. dec. 2023; 15:28], str. 41–49. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1751-7893.2010.00257.x> >.

75. MOND, Jonathan M., MARKS, Peta, HAY, Phillipa J., RODGERS, Bryan, KELLY, Claire Megan, OWEN, Cathy, in PAXTON, Susan J. 2007. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. Avgust, 36, št. 6, [citirano 1. jan. 2024; 14:26], str. 753–762. Dostopno na spletnem naslovu: < https://www.researchgate.net/publication/227031790_Mental_Health_Literacy_and_Eating-Disordered_Behavior_Beliefs_of_Adolescent_Girls_Concerning_the_Treatment_of_and_Treatment-Seeking_for_Bulimia_Nervosa >.
76. MOND, Jonathan M., ROBERTSON-SMITH, Gemma, in VETERE, Arlene. 2009. *Journal of Mental Health* [online]. Julij, 15, št. 5, [citirano 30. dec. 2023; 16:10], str. 519–532. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230600902559> >.
77. MOND, Jonathan.M., HAY, P.J., RODGERS, B., OWEN, C. BEUMONT, P.J. 2004. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [online]. April, 39, št. 4, [citirano 30. dec. 2023, 15:24], str. 299–304. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15085332/> >.
78. MORRONE, Teresa, NAPOLITANO, Francesco, ALBANO, Luciana, in DI GIUSEPPE, Gabriella. 2017. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* [online]. Maj, 13, št. 8, [citirano 2. jan. 2024; 12:55], str. 1921–1927. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2017.1313940> >.
79. Motnje hranjenja: Kdo najpogosteje oboleva? 2021. *Prehrana.si*. [Citirano 30. nov. 2023; 19:57]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://prehrana.si/clanek/396-motnje-hranjenja?highlight=WyJtb3RuamUiXQ==> >.
80. MURRAY, Sara, TOUYZ, Stephen, in BEUMONT, Peter. 1990. *International Journal of Eating Disorders* [online]. Januar, 9, št. 1, [citirano 1. jan. 2024; 12:47], str. 87–93. Dostopno na spletnem naslovu: < [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(199001\)9:1%3C87::AID-EAT2260090110%3E3.0.CO;2-2](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(199001)9:1%3C87::AID-EAT2260090110%3E3.0.CO;2-2) >.
81. Myths and Facts About Eating Disorders in Adolescents. 2023. *Johns Hopkins Medicine*. [Citirano 19. dec. 2023 ;21:03]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/eating-disorders/facts-about-eating-disorders-in-adolescents> >.

82. Myths and Misconceptions about Eating Disorders. 2018. Seeds od *Hope Eating Disorder Treatment*. [Citirano 7. jan. 2024; 20:57]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.seedsofhopesupport.com/eating-disorder-myths/> >.
83. Myths: Five Common Misconceptions about Eating Disorders. 2023. *National Eating Disorders Collaboration*. [Citirano 19. jan. 2024; 20:40g]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://nedc.com.au/eating-disorders/eating-disorders-explained/myth> >.
84. NAPOLITANO, Francesco, BENCIVENGA, Francesco, POMPILI, Erika, in ANGELILLO, Italo Francesco. 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. April, 16, št. 8, [citirano 2. jan. 2024; 12:41]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6518148/> >.
85. NAPOLITANO, Francesco, NAPOLITANO, Paola, in ANGELLINO, Italo Francesco. 2017. *BMC Infectious Diseases* [online]. Januar, 17, št. 48, [citirano 2. jan. 2024; 12:33]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-2138-2#citeas> >.
86. NICHOLLS, Dasha E., LYNN, Richard, in VINER, Rusell M. 2011. *Br J Psychiatry* [online]. April, 198, št. 4, [citirano 1. jan. 2024; 13:40], str. 295–301. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21972279/> >.
87. NICHOLLS, in Dasha E., BRYANT-WAUGH, Rachel. 2009. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [online]. Januar, 18, št. 1, [citirano 1. jan. 2024; 13:44], str. 17–30. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19014855/> >.
88. NISHIDA-HIKIJI, Eri, OKAMOTO, Miki, IWANAGA, Ryoichiro, NAKANE, Hideyuki, in TANAKA, Goro. 2019. *Eating Disorders The Journal of Treatment & Prevention* [online]. Maj, 29, št. 1, [citirano 12. dec. 2023; 20:50], str. 17–28. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31079573/> >.
89. NUTALL, Frank Q. 2015. *Nutriton Today* [online]. Maj, 50, št. 3, [citirano 5. mar. 2024; 20:46], str. 117–128. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/#R31> >.

90. OLIVER-PYATT, Wendy: 10 Myths About Eating Disorders Explored. 2023. *Dr. Wendy Oliver-Pyatt*. [Citirano 19. dec. 2023; 21:06]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.wendyoliverpyatt.com/blog/10-myths-about-eating-disorders-explored> >.
91. Orthorexia. 2023. *The Recovery Village*. [Citirano 14. nov. 2023; 19:33]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/orthorexia/> >.
92. Orthorexia Nervosa: Signs, Symptoms, and Treatment of a Misunderstood Eating Disorder. 2022. *healthline*. [Citirano 14. nov. 2023; 18:25]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.healthline.com/nutrition/orthorexia-nervosa-101> >.
93. Overview of Orthorexia. 2023. *Center of discovery Eating Disorder Treatment*. [Citirano 14. nov. 2023; 18:50]. Dostopno na spletnem naslovu: <<https://centerfordiscovery.com/blog/overview-of-orthorexia/> >.
94. PANDEL MIKUŠ, Ruža. 2003. *Obzornik Zdravstvene Nege*. [online]. Junij, 3, 37, št. 1, [citirano 17. okt. 2023; 18:40] Dostopno na spletnem naslovu: <<https://obzornik.zbornicazveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/243>> ISSN 1318-2951.
95. Patološka obsedenost z zdravo hrano oz. ortoreksija. 2023. *mojpsihoterapevt.si*. [Citirano 5. mar. 2024; 20:56]. Dostopno na spletnem naslovu; < <https://www.mojpsihoterapevt.si/clanek/Patoloska-obsedenost-z-zdravo-hrano-oz.-ortoreksija/id/157> >.
96. POČKAR, Mirjam, in TAVČAR KRAJNC, Marina. 2011. *SOCIOLOGIJA: Učbenik za sociologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja*. Ljubljana: DZS. ISBN 978-961-02-0111-3.
97. QIAN, Jie, HU, Qiang, WAN, Yumei, LI, Ting, WU, Mudan, REN, Zhiquan, in YU, Dehau. 2013. *Shanghai Arch Psychiatry* [online]. Avgust, 25, št. 4, [Citirano 25. dec. 2023; 19:53], str. 212–223. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4054558/> >.
98. R. SMITH, April, L. ZUROMSKI, Kelly, in R. DODD, Dorian. 2018. *Current Opinion in Psychology* [online]. Avgust, 22, [citirano 24. dec. 2023; 23:33], str. 63–67. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X17301859?via%3Dihub> >. ISSN 2352-250X.

99. RABY, Tatyana. 2013. *Girls Growing in Wellness and Balance: Examining the efficacy of a parent program in eating disorder prevention*. New York: ProQuest LLC. ISBN 3554493.
100. REICH, Günther, in KRÖGER, Silke. 2009. *Motnje hranjenja – Ponovno odkrivanje zdrave prehrane: koristne informacije in 56 slastnih receptov, da bo nakupovanje, kuhanje in prehranjevanje spet zabavno, zaščita pred ponovnim pojavom bolezni: zanesljiv gradnik zdrave prehrane in tedenski jedilnik*. Ptujška Gora: In obs medicus. ISBN 978-691-6513-22-7.
101. RIKANI, Azadeh A, CHOUDRY, Zia, CHOUDRY, Adnan M, IKRAM, Huma, ASGHAR, Muhammad W, KAJAL, Dilkash, WAHEED, Abdul, in MOBASSARAH, Nusrat J. 2013. *Ann Neurosci* [online]. Oktober, 20, št. 2, [citirano 20. nov. 2023; 20:45], str. 157–161. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117136/> >.
102. ROBERTS, Chris, SAMDAL, Oddrun, W SCHNOHR, Christina, de LOOZE, Margaretha, GABHAINN, Saoirse Nic, RASMAUSSEN, Mette, FREEMAN, J., IANOTTI, R. 2009. *International Journal Public Health* [online]. September, 54, št. 2, [citirano 4. mar. 2024; 21:12], str. 140-150. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732766/> >.
103. RODGERS, Rachel Florence, PAXTON, Susan J., MCLEAN, Siân A., MASSEY, Robin, MOND, Jonathan M., HAY, Phillipa J., in RODGERS, Bryan. 2015. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [online]. April, 203, št. 4, [citirano 1. jan. 2024; 15:19], str. 259–263. Dostopno na spletnem naslovu: < https://journals.lww.com/ionmd/abstract/2015/04000/stigmatizing_attitudes_and_beliefs_toward_bulimia.5.aspx >.
104. ROEHRIG, James P., in MCLEAN, Carmen P. 2010. *Int J Eat Disord*. [online]. November, 43, št. 7, [citirano 30. dec. 2023; 16:14], str. 671–674. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19816860/> >.
105. SERNEC, Karin. 2010. Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farm Vestn*, maj 2010, let. 61, št. 2, str. 106–109. ISSN 0014-8229.
106. SHEKRILADZE, Ia, in TCHANTURIA, Kate. 2016. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders: Acculturation to Western Culture in the Context of Eating Disorders*. Singapur: Springer. ISBN 978-981-287-087-2.

107. SMITH, Marcia C., PRUITT, Julie A., MCLAUGHLIN MANN, Laura, THELEN, Mark H. 1986. *International Journal of Eating Disorders* [online]. Marec, 5, št. 3, [citirano 30. dec. 2023; 15:16], str. 545–553. Dostopno na spletnem naslovu: < [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X\(198603\)5:3%3C545::AID-EAT2260050311%3E3.0.CO;2-M](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X(198603)5:3%3C545::AID-EAT2260050311%3E3.0.CO;2-M) >.
108. SMOLAK, Linda, P. LEVINE, Michael, in STRIEGEL-MOORE, Ruth. 1996. *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for Research, Prevention, and Treatment*. New York: Routledge. ISBN 9780203763506.
109. SSKJ. [Citirano 5. mar. 2024; 20:27]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.fran.si/iskanje?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=mit> >.
110. TEDESCO, Lusía Maria Roberta, DI GIUSEPPE, Gabriellaa, NAPOLITANO, Francesco, in ANGELLINO, Italo Francesco. 2015. *BioMed Research International* [online]. Januar, 2015, št. 7, [citirano 2. jan. 2024; 12:29]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/324692/> >.
111. The social and economic cost of eating disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders. 2020. *Harvard T. H. Chan; Striped*. [citirano 20. nov. 2023; 19:22]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/> >.
112. The Sociological Aspects of Eating Disorders. 2017. *Engaged Sociology*. [Citirano 2. dec. 2023; 17:19]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://engagedsociology.wordpress.com/2017/12/03/the-sociological-aspects-of-eating-disorders/> >.
113. TOVT, Šárka, in KAJANOVÁ, Alena. 2021. *KONTAKT / Journal of nursing and social science related to health and illness* [online]. Maj, 23, št. 2, [citirano 23. dec. 2023; 22:44], str. 133–137. Dostopno na spletnem naslovu: < https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-202102-0012_uvod-do-problematiky-bigorexie.php >.
114. TRACE, Sara E., BAKER, Jessica H., PENAS-LLEDO, Eva, BULIK, Cynthia M. 2013. *Annu Rev Clin Psychol*. [online]. 9, [citirano 18. jan. 2024;

- 21:37], 589–620. Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23537489/>>.
115. Understanding Compulsive Eating Disorder: Symptoms, Causes, % Treatment. 2023. *Eating disorder hope*. [Citirano 10. nov. 2023; 20:21]. Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://www.eatingdisorderhope.com/information/compulsive-overeating-disorder>>.
116. VAN EEDEN, Annelies E., VAN HOEKEN, Daphne, in HOEK, Hans W. 2021. *Curr Opin Psychiatry* [online]. November, 34, št. 6, [citirano 30. okt. 2023; 18:10], str. 512-524. Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8500372/>>.
117. VANDER WAL, Jillon S., in THELEN, Mark H. 1997. *Addictive Behaviours* [online]. Julij, 22, št. 4, [citirano 30. dec. 2023; 16:42], str. 491–507. Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460396000627>>.
 ISSN 0306-4603.
118. VITOUSEK, Kelly B., DALY, Jeniffer, in HEISER, Christopher. 1991. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 10, št. 6, [citirano 2. jan. 2024; 14:35], str. 647–666. Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://psycnet.apa.org/record/1992-13323-001>>.
119. WELTZIN, Theodore E., WEISENSEL, Nicolette, FRANCIZYK, David, BURNETT, Kevin, KLITZ, Christine, in BEAN, Pamela. 2005. *The Journal of Men`s Health and Gender* [online]. Junij, 2, št. 2, [citirano 31. dec. 2023; 18:16]. Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1016/j.jmhq.2005.04.008?journalCode=j.jmhq>>.
120. What are eating disorders. 2023. American Psychiatric Association [Citirano 15. okt. 2023; 20:35] Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>>.
121. What Are the Causes of Anorexia Nervosa?. 2021. *PsychCentral*. [Citirano 20. jan. 2024; 22:46]. Dostopno na spletnem naslovu: <
<https://psychcentral.com/eating-disorders/anorexia-nervosa-causes>>.

122. WHITE, Sabina, REYNOLDS-MALEAR, Jocelyn B., in CORDERO, Elizabeth. 2008. *Eat Disord.* [online]. Avgust, 19, št. 4, [citirano 31. dec. 2023, 18:28], str. 323–334. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22352972/> >.
123. WILSON, Terence G., PERRIN, Nancy A., ROSSELLI, Francine, STRIEGEL-MOORE, Ruth, DEBAR, Lynn L., in KRAEMER, Helena C. 2009. *Eat Behav* [online]. Avgust, 20, št. 3, [citirano 30. dec. 2023; 15:46], str. 157–160. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19665098/> >.
124. WINTER, Dough, in LEMBERG, Ray. 2014. Eating Disorders Resource Catalogue [online]. Oktober, [citirano 25. dec. 2023; 21:18]. Dostopno na spletnem naslovu: < <https://www.edcatalogue.com/overcoming-male-eating-disorder-shame/> >.
125. ZIORA, K., OSWIECIMSKA, Joanna, KWIECIEN, Jaroslaw, FRANICZEK, W., GORCZYCA, Piotr, in DYDUCH, A. 2006. *Pediatrics Polska* [online]. Januar, 81, št. 4, [citirano 1. jan 2024; 13:16], str. 287–292. Dostopno na spletnem naslovu: < https://www.researchgate.net/publication/288530313_Anorexia_nervosa_in_males_-_An_underestimated_clinical_problem >.

6. PRILOGA

Priloga A: Anketni vprašalnik

POZNAVANJE MOTENJ HRANJENJA MED MLADIMI



Q1 - V prvem delu vprašalnika, bi vas prosila za nekaj osebnih informacij.

Q2 - Spol:

- ☐ Moški
☐ Ženska

Q3 - Starost:

- ☐ 14-15 let
☐ 16-17 let
☐ 18-19 let

Q4 - Izobrazba staršev (če sta starša dosegla različna nivoja izobrazbe označite tistega, ki ima višjo stopnjo izobrazbe)

- ☐ Osnovnošolska izobrazba
☐ Srednješolska izobrazba (nižje poklicno izobraževanje, srednje poklicno in tehniško izobraževanje, gimnazijsko izobraževanje)
☐ Visokošolska ali višješolska izobrazba (univerzitetna izobrazba)
☐ Doktorat znanosti ali znanstveni magisterij

Q5 - Ali ste se, oziroma se spopadate z motnjami hranjenja?

- ☐ Da
☐ Ne

Q6 - V naslednjih vprašanjih označite, katero motnjo hranjenja opisuje besedilo.

Q7 - Bolniki s to motnjo, imajo prekomerno nizko težo, velik strah pred pridobivanjem teže, saj njena vrednost za njih nikoli ni dovolj nizka.

- ☐ Anoreksija nervoza
☐ Bulimija nervoza
☐ Kompulzivno prenažedanje

Q8 - Bolniki s to motnjo pojedjo velike količine hrane, med prehranjevanjem izgubijo nadzor nad količino zaužite hrane. Zaradi velikega presežka zaužitih kalorij so ti bolniki navadno prekomerno teški.

- ☐ Anoreksija nervoza
☐ Bulimija nervoza
☐ Kompulzivno prenažedanje

POZNAVANJE MOTENJ HRANJENJA MED MLADIMI



Q9 - Bolniki s to motnjo pojedjo ogromne količine hrane, med prehranjevanjem izgubijo nadzor in preveliko količino zaužite hrane navadno izbruhajo ali se dodatnih kalorij znebijo s pretirano vadbo, uporabo odvajal in/ali diuretikov.

- ☐ Anoreksija nervoza
- ☐ Bulimija nervoza
- ☐ Kompulzivno prenajedanje

Q10 - Pri naslednjih vprašanjih označite trditev, ki drži za vas.

Q11 - Od kod ste pridobili znanje, s katerim ste odgovorili na zgornja vprašanja?

- ☐ Družinsko okolje
- ☐ Prijatelji
- ☐ V šoli
- ☐ Družbena omrežja
- ☐ Splet
- ☐ Od zdravstvenih delavcev
- ☐ Drugo:

Q12 - Katera motnja hranjenja je po vašem mnenju najpogostejša?

- ☐ Anoreksija nervoza (Bolniki s to motnjo, imajo prekomerno nizko težo, velik strah pred pridobivanjem teže, saj njena vrednost za njih nikoli ni dovolj nizka.)
- ☐ Bulimija nervoza (Bolniki s to motnjo pojedjo ogromne količine hrane, med prehranjevanjem izgubijo nadzor in preveliko količino zaužite hrane navadno izbruhajo ali se dodatnih kalorij znebijo s pretirano vadbo, uporabo odvajal in/ali diuretikov.)
- ☐ Kompulzivno prenajedanje (Bolniki s to motnjo, pojedjo velike količine hrane, med prehranjevanjem izgubijo nadzor nad količino zaužite hrane. Zaradi velikega presežka zaužitih kalorij so ti bolniki navadno prekomerno težki.)

Q13 - Prosim, da pri naslednjih trditvah označite DRŽI, če menite, da trditev drži, oziroma NE DRŽI, če menite, da je trditev napačna.

	DRŽI	NE DRŽI
Za motnjami hranjenja zbolijo le ženske.	☐	☐
Motnje hranjenja so odločitev.	☐	☐
Ljudje z motnjami hranjenja nikoli ne ozdravijo.	☐	☐
Starši so tisti, ki povzročijo nastanek motenj hranjenja pri svojih otrocih.	☐	☐
Motnje hranjenja so le posameznikovo hrepenenje po pozornosti.	☐	☐
Motnje hranjenja so le obdobje, ki	☐	☐

POZNAVANJE MOTENJ HRANJENJA MED MLADIMI



bo minilo samo od sebe.	☐	☐
Ljudje z normalno telesno maso ne morejo imeti motenj hranjenja.	☐	☐
Motnje hranjenja niso resna motnja.	☐	☐
Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.	☐	☐
Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.	☐	☐
Biti športnik ali zvest zdravniški prehrani pomeni, da si zdrav.	☐	☐
Motnje hranjenja povzročijo le vplivi družbe in medijev.	☐	☐
Na razvoj motenj hranjenja vpliva le genetika.	☐	☐
Bolnik z motnjo hranjenja ozdravi, ko doseže normalno telesno maso.	☐	☐
Dieta je normalen del življenja posameznika.	☐	☐

Q14 - Prosim, da pri naslednjih trditvah označite DRŽI, če menite, da trditev drži, oziroma NE DRŽI, če menite, da je trditev napačna.

	DRŽI	NE DRŽI
Velika izguba telesne mase v kratkem časovnem obdobju je lahko simptom anoreksije nervoze.	☐	☐
Geni ne vplivajo na razvoj motenj hranjenja.	☐	☐
Motnje hranjenja imajo najvišjo stopnjo smrti v primerjavi z vsemi ostalimi duševnimi motnjami.	☐	☐
Moški lahko zbolijo za anoreksijo nervozo, a ne za bulimijo nervozo.	☐	☐
Zgodnejše, od pojava motnje, ko bolnik najde pomoč za zdravljenje, hitrejša in učinkovitejša bo njegova okrevanje.	☐	☐
Bolniki z bulimijo nervozo imajo običajno normalno ali malce prekomerno telesno težo.	☐	☐
Da je oseba diagnosticirana za bulimijo nervozo, mora bruhati.	☐	☐



POZNAVANJE MOTENJ HRANJENJA MED MLADIMI

Navadno osebe z motnjami hranjenja sočasno prizadenejo še druge duševne motnje, kot je depresija.	☐	☐
Bolniki z motnjami hranjenja lahko s svojim vedenjem prenehajo kadarkoli želijo.	☐	☐
Motnje hranjenja prizadenejo le najstnice in mlade odrasle ženske.	☐	☐
Motnje hranjenja povzročajo le vplivi zahodne kulture, predvsem njihovo vrednotenje suhih teles.	☐	☐
Osebi z motnjami hranjenja je težko prositi za pomoč družinske člane in prijatelje.	☐	☐
Bolniki z motnjami hranjenja se navadno distancirajo od družbe.	☐	☐
Motnje hranjenja so huda življenjska stiska, ki ogroža zasebno in družinsko delovanje posameznika z motnjo.	☐	☐

Q15 - Kje po vašem mnenju oseba največkrat poišče pomoč, če se spopada z motnjami hranjenja?

- ☐ Mama
- ☐ Oče
- ☐ Prijateljica
- ☐ Prijatelj
- ☐ Svetovalna služba
- ☐ Splet
- ☐ Osebni zdravnik
- ☐ Strokovna psihiatrična pomoč
- ☐ Ne iščejo pomoči

Q16 - Kaj je/so po vašem mnenju razlog/-i za porast motenj hranjenja?

Možnih je več odgovorov

- ☐ Pogostejša raba družbenih omrežij
- ☐ Vedno težje dosegljivi lepotni ideali
- ☐ Težje dostopno zdravljenje
- ☐ Drugo:

POZNAVANJE MOTENJ HRANJENJA MED MLADIMI



Q19 – 2 - Glede na vaše znanje označite pravilen odgovor pri naslednjih vprašanjih.

Q17 - Ali vam je poznan pojem ortoreksija?

- ☐ Da
- ☐ Ne

Q18 - Ali vam je poznan pojem bigoreksija?

- ☐ Da
- ☐ Ne

Priloga B: Brošura



**»Je, da bi bruhal,
in bruha, da bi
jedel«**



**Najpogostejši miti med
celjskimi srednješolci o
motnjah hranjenja**



1. MIT

Ljudje zbolijo za motnjami hranjenja zaradi nezdravih prehranskih vzorcev.

NE DRŽI.

Eden od simptomov motenj hranjenja je lahko obsedenost z nadzorovanjem kaloričnega vnosa. Motnje hranjenja so biopsihosocialna motnja, ki je posledica genetskih, bioloških, vedenjskih, psiholoških in socioloških dejavnikov.

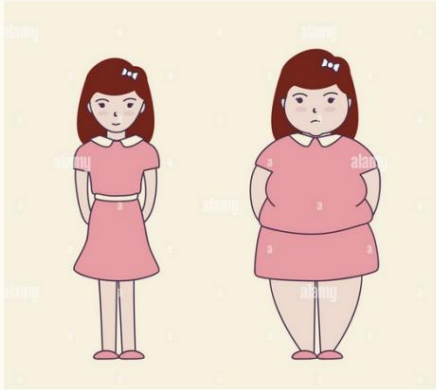


2. MIT

Da ima oseba motnje hranjenja, lahko trdimo že po zunanjem izgledu.

NE DRŽI.

Statistika kaže, da je le 6 % diagnosticiranih z motnjami hranjenja podhranjenih. Prenizka telesna masa je značilen le za bolnike z anoreksijo nervozo. Za bolnike z ostalimi motnjami hranjenja, ki so pogostejše, je značilna normalna ali prekomerna telesna masa.



3. MIT

Biti športnik ali zvest zdravi prehrani, pomeni, da si zdrav.

NE DRŽI.

Družba občuduje posameznike, ki so zvesti zdravi prehrani in/ali imajo atletsko postavo, kar pa ne pomeni, da je posameznik zdrav. Zvestoba zdravi prehrani se lahko razvije v obsedenost (ortoreksija), ki lahko vodi v vrsto zdravstvenih zapletov in s tem na zdravje posameznika vpliva bolj negativno kot pa pozitivno.



4. MIT

Dieta je normalen del življenja posameznika.

NE DRŽI.



Raziskave so pokazale, da se motnje hranjenja pojavijo pri skoraj vsakem posamezniku, ki se je posluževal diete. Še posebej so k tovrstnemu vedenju podvrženi najstniki (pritiski družbe), posledice pa so za njih še toliko bolj nevarne.



KAJ STORITI, ČE SE SPOPADAM Z MOTNJAMI HRANJENJA?

Poišči pomoč! Spregovori z osebo, ki ji zaupaš. Raziskave dokazujejo, da so motnje hranjenja **popolnoma ozdravljive**. Vedi, da **nisi sam/a**. Z motnjami hranjenja sooča še več kot 70 milijonov ljudi po svetu.



KJE POISKATI POMOČ?

Raziskave so pokazale, da osebe z motnjami hranjenja pomoč največkrat poiščejo pri **osebah ženskega spola**. V mladostniškem obdobju je ta oseba **prijateljica** ali **mama**. V starejšem obdobju, pa bolniki v povprečju sprva pristopijo k **osebnemu zdravniku**.

Brošura je nastala v okviru projekta Mladi za Celje, in sicer kot rezultat raziskovalne naloge z naslovom »Je, da bi bruhal, in bruha, da bi jedel« Razširjenost mitov o nekaterih motnjah hranjenja med celjskimi srednješolci.