

Poremećaji hranjenja - znanje i stavovi populacije Međimurske Županije

Flinčec, Helena

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:175085>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad

**Poremećaji hranjenja – znanje i stavovi populacije
Međimurske županije**

Helena Flinčec

Varaždin, rujan 2024. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1812/SS/2024

Poremećaji hranjenja – znanje i stavovi populacije Međimurske županije

Student

Helena Flinčec, 0058219856

Mentor

Izv. prof. dr. sc. Natalija Uršulin-Trstenjak

Varaždin, rujan 2024. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: studij prijediplomski studij Sestrinstva

PRESTUPNIK: Helena Flin ec

MATIČNI BROJ: 0058219856

DATUM: 28.06.2024.

KOLEGIJ: Dijetetika

NASLOV RADA: Poreme aji hranjenja - znanje i stavovi populacije Me imurske županije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Eating disorders - knowledge and attitudes of the population of Me imurje county

MENTOR: izv. prof. dr. sc. Natalija Uršulin-Trstenjak

ZVANJE: izvanredni profesor

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Željka Kanižaj Rogina, predsjednica
2. izv. prof. dr. sc. Natalija Uršulin-Trstenjak, mentorica
3. Ivana Herak, mag.med.techn., članica
4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenska članica
- 5.

Zadatak završnog rada

BR: 1812/SS/2024

OPIS

Poreme aji hranjenja su jedan od naj eš ih psihi kih poreme aja. U poreme aje hranjenja svrstava se anoreksija nervoza, bulimija nervoza te poreme aj hranjenja, neodre en. Anoreksija nervoza psihi ki je poreme aj koji obilježavaju strah od dobivanja na težini ili osje aj da osoba ima previše kilograma, te se osoba kako bi riješila taj strah podvrgava nezdravim režimima prehrane koji vode do gubitka na težini. Bulimija nervoza je poreme aj u kojem se izmjenjuju epizode prejedanja i pražnjenja. Pražnjenje se provodi pomo u zloupotrebe laksativa ili drugih lijekova ili pomo u prisilnog povra anja. Na poreme aje hranjenja utje e više faktora, a možemo ih svrstati u tri skupine: psihološki, biološki i socijalni. Lije enje i zdravstvena njega osoba oboljelih od poreme aja prehrane je dugotrajan i složen proces koji zahtjeva uklju enost multidiscipliniranog tima. Poreme aji hranjenja su javno zdravstveni problem i mogu imati teške fizi ke, psihi ke i socijalne posljedice, stoga je razumijevanje i prepoznavanje ovih stanja klju no za pravovremenu intervenciju i lije enje. Cilj ovog rada je ispitati znanje i stavove populacije Me imurske županije o poreme ajima hranjenja.

ZADATAK URUČEN

02.07.2024.



POTPIS MENTORA

[Handwritten signature]

Predgovor

Ovim putem želim izraziti zahvalu mentorici i profesorici izv. prof. dr. sc. Nataliji Uršulin-Trstenjak na uloženom vremenu i trudu u usmjeravanju pisanja ovoga rada.

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima Sveučilišta Sjever na prenesenom znanju i vještinama tijekom školovanja.

Posebnu zahvalnost upućujem obitelji i prijateljima na podršci, strpljenju i razumijevanju.

Sažetak

Jedan od najčešćih psihičkih poremećaja su poremećaji hranjenja. Poremećaji hranjenja dijele se na anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu te poremećaj hranjenja, neodređeni. Anoreksija nervozna poremećaj je kod kojega se osoba zbog straha od prevelike tjelesne težine podvrgava nezdravim režimima prehrane. Postoje dva tipa anoreksije nervoze: restriktivni i prežderavajuće-purgativni. Bulimija nervozna je poremećaj u kojem se izmjenjuju epizode prejedanja i pražnjenja. Pražnjenje se radi pomoću zloupotrebe laksativa ili drugih lijekova ili pomoću prisilnog povraćanja. Također postoje dva oblika bulimije i to su purgativni i nepurgativni tip. Točan uzorak nastanka poremećaja hranjenja nije poznati već se smatra da na njihov nastanak djeluju biološki, psihološki i socijalni faktori. Poremećaji hranjenja oštećuju tjelesno i psihološko zdravlje oboljelih, te mogu dovesti do trajnih tjelesnih oštećenja i smrti. Liječenje i zdravstvena njega oboljelih od poremećaja hranjenja su složeni i dugotrajni te zahtijevaju pristup multidisciplinarnog tima koji uključuje i medicinsku sestru/tehničara. Medicinske sestre i tehničari imaju vrlo važnu ulogu u njezi oboljelih jer osim što im pružaju kontinuiranu zdravstvenu skrb, pružaju im i emotivnu podršku i motivaciju te tako osiguravaju da se oboljeli pridržavaju plana liječenja i postignu oporavak.

Cilj ovog istraživačkog rada bio je uvidjeti znanje i stavove populacije Međimurske županije o poremećajima hranjenja. Istraživanje je provedeno putem online anketnog upitnika koji se sastojao od 17 pitanja u travnju 2024. godine. U istraživanju je sudjelovalo 158 ispitanika s područja Međimurske županije. Polovica ispitanika u svom životu se susrela sa osobom kojoj je dijagnosticirani poremećaj hranjenja, a većina njih nije imala predrasude prema oboljelima. Većina ispitanika smatra da na nastanak poremećaja hranjenja utječe predodžba o vlastitom tijelu i negativni verbalni komentari na temelju izgleda, te ih prepoznaju po sljedećim simptomima: povraćanje, odbijanje hrane, prejedanje, gubitak kilograma, brojanje kalorija i neprestano vaganje. Većina ispitanika smatra da od poremećaja prehrane ne boluju samo isključivo žene, te da je kod osoba koje boluju od poremećaja smanjena radna sposobnost. Ispitanici smatraju da se u zajednici u kojoj žive ne govori dovoljno o poremećajima hranjenja, iako su opasni i životno ugrožavajući. Poremećaji hranjenja opasni su i ozbiljni psihički poremećaji te bi ih se kao takve trebalo ozbiljno shvaćati i govoriti o njima mnogo više s obzirom na porast pojavnosti. Iako se malo govori o poremećajima hranjenja znanje populacije je zadovoljavajuće.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, anoreksija nervozna, bulimija nervozna

Summary

One of the most common mental disorders are eating disorders. Eating disorders are divided into anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder, unspecified. Anorexia nervosa is a disorder in which a person subjects himself to unhealthy eating regimens due to the fear of being overweight. There are two types of anorexia nervosa: restrictive and binge-purgative. Bulimia nervosa is a disorder in which episodes of overeating and purging alternate. Emptying is done through the abuse of laxatives or other drugs or through forced vomiting. There are also two forms of bulimia, purgative and non-purgative. The exact pattern of the emergence of eating disorders is not known, but it is believed that biological, psychological and social factors influence their emergence. Eating disorders damage the physical and psychological health of sufferers, and can lead to permanent physical damage and death. The treatment and health care of patients with eating disorders are complex and long-term and require the approach of a multidisciplinary team that includes a nurse. Nurses play a very important role in the care of patients because, in addition to providing them with continuous health care, they also provide them with emotional support and motivation, thus ensuring that patients adhere to the treatment plan and achieve recovery.

The aim of this research work was to find out the knowledge and attitudes of the population of Međimurje County about eating disorders. The research was conducted through an online questionnaire consisting of 17 questions in April 2024. 158 respondents from Međimurje County participated in the research. Half of the respondents had met a person diagnosed with an eating disorder in their life, and most of them had no prejudices against the sufferers. Most respondents believe that the onset of eating disorders is influenced by the image of their own body and negative verbal comments based on appearance, and they are recognized by the following symptoms: vomiting, refusing food, overeating, losing weight, counting calories and constantly weighing. The majority of respondents believe that eating disorders do not only affect women, and that people who suffer from the disorder have a reduced ability to work. The respondents believe that eating disorders are not talked about enough in the community where they live, even though they are dangerous and life-threatening. Eating disorders are dangerous and serious mental disorders and should be taken seriously as such and talked about much more given the increase in incidence. Although little is said about eating disorders, the knowledge of the population is satisfactory.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Popis korištenih kratica

DMS-IV - Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, četvrta verzija

tj. - to jest

npr. - na primjer

BED - poremećaj nekontroliranog jedenja („binge eating disorder“)

ITM - indeksa tjelesne mase

MS/MT - medicinska sestra/ medicinski tehničar

VR - visok rizik

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Poremećaji hranjenja	2
2.1. Anoreksija nervoza	2
2.2. Bulimija nervoza.....	3
2.3. Poremećaj hranjenja, neodređen.....	4
3. Etiologija nastanka poremećaja hranjenja	5
3.1. Biološki faktori u razvoju poremećaja hranjenja.....	5
3.2. Psihološki faktori u razvoju poremećaja hranjenja.....	7
3.3. Socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja	9
4. Uloga medicinske sestre u liječenju poremećaja hranjenja	11
4.1. Liječenje poremećaja hranjenja	11
4.2. Uloga medicinske sestre u liječenju poremećaja hranjenja	12
5. Istraživanje.....	15
5.1. Cilj istraživanja.....	15
5.2. Instrumenti i metode	15
5.3. Rezultati.....	16
6. Rasprava	33
7. Zaključak	35
8. Literatura	37
9. Popis grafikona	40
10. Prilog- upitnik.....	42

1. Uvod

Hranjenje je proces kojim u tijelo unosimo potrebne hranjive tvari za normalno funkcioniranje. Sve se više pojavljuje odstupanje u prehrambenim navikama od onoga što je normalno i zdravo. Takva odstupanja nazivaju se poremećaji hranjenja i jedni su od najčešćih psihičkih poremećaja [1]. Poremećaji hranjenja kao zdravstveni problem prvi put su zabilježeni u 17. stoljeću u zapadnim zemljama, a broj oboljelih značajno se povećao u 20. stoljeću i proširio na nezapadne zemlje. Prije 20. stoljeća idealan oblik tijela kod žena bio je puniji te je idealno bilo tijelo s oblinama. Do kasnih 1960-ih godina taj je standard promijenjen te su žene počele gubiti obline [2].

Na poremećaje hranjenja utječe više faktora: dob (najčešće se poremećaji hranjenja javljaju u adolescentskoj dobi), spol, smanjeno samopoštovanje, anksioznost, predodžba o vlastitom tijelu, negativni verbalni komentari na temelju izgleda, mediji, dijete [1]. Mediji neprestano prikazuju slike "idealnog" tijela za žene i muškarce, što potiče mnoge mlade žene da teže mršavosti, dok neki mladići osjećaju pritisak da pretjerano vježbaju kako bi povećali mišićnu masu. Ovakve poruke i društveni pritisak mogu dovesti do nezadovoljstva vlastitim tijelom, dijeta i nezdravih metoda kontrole težine, što na kraju može rezultirati razvojem poremećaja hranjenja [3].

Poremećaji hranjenja mogu se javiti kod ljudi svih spolova, dobi, rase, oblika tijela, težine i socioekonomskog statusa. Iako se mogu javiti kod oba spola, češća je pojavnost kod žena nego kod muškaraca [2]. Poremećaji hranjenja mogu uzrokovati druge bolesti poput pretilosti, hipertenzije, visokog kolesterola, bolesti srca, bolesti žučnog mjehura ili smrt [4]. Uz liječenje može se oporaviti i do 60% pacijenata. U prilog oporavku ne ide to što će samo polovica oboljelih pravovremeno zatražiti i dobiti liječničku pomoć. Kako bi se poremećaji hranjenja uspješno izliječili potrebno je rano otkrivanje [5].

Iako se poremećaji hranjenja često povezuju samo s poremećenom prehranom i brigom oko tjelesne težine i izgleda, oni su zapravo složene bolesti s brojnim uzrocima. Na nastanak poremećaja hranjenja utječu biološki, psihološki i socijalni faktori te se zbog toga moraju razmatrati kao kompleksne bolesti. Osobe koje boluju od poremećaja hranjenja koriste hranu i kontroliranje hranjenja kao način na koji održavaju kontrolu nad svojim životom. Takvo ponašanje šteti tjelesnom i psihološkom zdravlju [6].

2. Poremećaji hranjenja

U poremećaje hranjenja svrstava se anoreksija nervoza, bulimija nervoza te poremećaj hranjenja, neodređen [1].

2.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza psihički je poremećaj koji obilježavaju strah od dobivanja na težini ili osjećaj da osoba ima previše kilograma, te se osoba kako bi riješila taj strah podvrgava nezdravim režimima prehrane koji vode do gubitka na težini. Kriteriji za dijagnosticiranje dijagnoze anoreksije nervoze prema DSM-IV klasifikaciji su sljedeći: [7]

- a) Odbijanje da se tjelesna težina održi na ili iznad minimalne težine za dob i visinu
- b) Strah od dobivanja na težini i debljanja
- c) Promijenjena percepcija vlastitog tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samo procjenjivanje, ili odbijanje prihvatanja ozbiljnosti niske tjelesne težine
- d) Amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopna menstrualna ciklusa

Postoje dva tipa anoreksije. Restriktivni tip anoreksije kod kojega je osoba na dijeti, unosi smanjene količine hrane te je taj tip često praćen povećanom i pretjeranom fizičkom aktivnošću. Kod ovog tipa anoreksije osoba ne prakticira prežderavanje ili pražnjenje [1]. Drugi tip anoreksije je prežderavajuće-purgativni tip kod kojega osoba ima epizode povećanog unosa hrane a zatim izbacivanja hrane pomoću laksativa, diuretika ili povraćanjem [7].

Anoreksija nervoza najveću pojavnost ima u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, poremećaj više pogađa osobe ženskog spola nego osobe muškog spola u odnosu jedan naprema deset tj. u prosjeku od deset oboljelih osoba jedna osoba je muškoga spola. Poremećaj je učestaliji u razvijenim zemljama i raspoređen je kroz sve društvene slojeve. Kod profesija iz svijeta mode ili plesa učestaliji je nego kod ostalih profesija. Stope mortaliteta kod anoreksije nervoze variraju od 0 do 8%. Uzrok smrti najčešće su komplikacije od neuhranjenosti ili samoubojstvo. Faktori koji pozitivno utječu na izlječenje su mlađa dob i kratko trajanje bolesti, dok su negativni faktori prisustvo medicinskih i psihijatrijskih problema koji prate anoreksiju nervozu [8]. Kod anoreksije nervoze pojavljuju se opći simptomi koji se s gubitkom težine pogoršavaju : depresija, smanjena koncentracija, smanjen libido, opsesivnost, socijalna izolacija. U kliničko-laboratorijskoj slici pronalaze se nedostatak vitamina i minerala, anemija, leukopenija, hipoalbuminemija te

elektrolitska neravnoteža. Najtipičniji tjelesni simptomi koji ukazuju na anoreksiju nervozu su mršavost i amenoreja [7].

2.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza psihički je poremećaj hranjenja koji karakteriziraju epizode prežderavanja nakon kojega slijedi epizoda pražnjenja pomoću zloupotrebe laksativa ili povraćanja kako bi se iz tijela izbacile velike količine hrane koje su unesene u epizodi prejedanja. Kod bulimije za razliku od anoreksije oboljeli imaju želju za hranom te ju konzumiraju u velikim količinama ali isto tako žele biti i mršavi pa zbog toga posežu za tehnikama izbacivanja hrane. Kriteriji za dijagnosticiranje bulimije nervoze prema DSM-IV klasifikaciji su: [7]

- a) Ponavljane epizode prejedanja
- b) Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje kako bi se spriječilo povećanje tjelesne težine (samoizazvano povraćanje, zluporaba laksativa, zlupotreba diuretika, zlupotreba sredstva za klistiranje, pretjerana tjelesna aktivnost)
- c) Prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje ponavlja se najmanje dvaput tjedno tijekom tri mjeseca
- d) Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela
- e) Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze

Bulimija nervoza također ima dva tipa. Prvi tip se naziva purgativni tip, u kojem osoba nakon epizode prejedanja sama izaziva povraćanje ili zloupotrebljava laksative ili diuretike kako bi izbacila hranu iz tijela. Drugi tip naziva se nepurgativni u kojemu osoba nakon epizode prejedanja upotrebljava neke druge oblike neodgovarajućeg ponašanja poput pretjeranog vježbanja, a ne izaziva povraćanje ili ne zloupotrebljava laksative ili neke druge lijekove [1].

Razlika kod poremećaja anoreksije i bulimije je ta što kod bulimije oboljele osobe mogu imati i normalnu tjelesnu težinu dok je kod anoreksije tjelesna težina ispod prosječne [1]. Poremećaj bulimije nervoze kao i anoreksija nervoza češće se pojavljuje u adolescentskoj dobi i mlađoj odrasloj dobi, također pogađa oko 11% adolescentica i mlađih žena. Osobe koje boluju od bulimije nervoze obično imaju normalno tjelesnu težinu, neke su blago pothranjene a neke imaju blagu prekomjernu težinu, dok je vrlo mali broj njih pretili. Opća stopa mortaliteta kod osoba oboljelih od bulimije nervoze je od 0 do 2% [8].

Simptomi koji se pojavljuju kod bulimije nervoze su disbalans tekućina i elektrolita, hipokalijemija, hiponatrijemija, hipokloremija, metabolička alkalozna i acidoza, srčane i skeletne miopatije [7]. Od simptoma još se pojavljuju grlobolje, zatvor, bolovi u trbuhu i nadutost. Tipični simptomi kod fizičkog pregleda pacijenata s bulimijom su suha koža, hipotenzija, oštećenje zubne cakline. Također se može pojaviti gubitak kose i epistakse [9].

2.3. Poremećaj hranjenja, neodređen

Kad oboljele osobe ne zadovoljavaju sve kriterije za postavljanje dijagnoze bulimije ili anoreksije nervoze postavlja se dijagnoza neodređenog poremećaja hranjenja. U ovu dijagnozu spada i poremećaj nekontroliranog jedenja takozvani „binge eating disorder“ (BED). BED karakteriziraju ponavljajuće epizode prejedanja ali bez redovite upotrebe kompenzacijskih ponašanja [8]. U ovaj poremećaj hranjenja svrstavaju se osobe koje imaju poremećaj hranjenja sličan anoreksiji nervoze ili bulimiji nervoze no nemaju zadovoljene sve kriterije kako bi im bile postavljene te dijagnoze, npr. težina im je malo iznad praga za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze ili im je učestalost prejedanja malo ispod praga za dijagnosticiranje bulimije nervoze. Također u ovu skupinu spadaju i osobe koje imaju kliničke karakteristike i anoreksije i bulimije. Neodređeni poremećaj hranjenja kao i anoreksija i bulimija nervoze najčešće pogađa adolescentice i mlađe žene [1].

Prema DSM-IV klasifikaciji ova se dijagnoza postavlja kod: [1]

1. kod žena kod kojih su zadovoljeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu osim što osoba ima redovite menstruacije
2. kad su ispunjeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu, osoba ima gubitak na težini no unatoč tome ima i normalnu tjelesnu težinu
3. ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu no prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi se javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca
4. osoba s normalnom tjelesnom težinom koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanje malih količina hrane
5. osoba koristi metode ponavljano žvakanja i pljuvanja ali ne i gutanja velikih količina hrane
6. prežderavanje: ponavljajuće epizode prejedanja bez korištenja neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu

3. Etiologija nastanka poremećaja hranjenja

Predisponirajući faktori za nastanak poremećaja hranjenja su mnogobrojni te se mogu svrstati u tri skupine: biološka, psihološka i socijalna skupina. [1]

3.1. Biološki faktori u razvoju poremećaja hranjenja

Do sada nije utvrđeno postoje li mogućnost genetskog nasljeđivanja poremećaja hranjenja, no neki su autori utvrdili da postoji povezanost između genetske predispozicije za gojaznost ili visoki rast koje mogu nositi visok rizik za razvoj poremećaja hranjenja. U kontekstu bioloških faktora koji utječu na nastanak poremećaja hranjenja razmatraju se dob, spol i tjelesna težina [1].

Dob

Poremećaji hranjenja tipično se pojavljuju u adolescentskoj dobi i mlađoj odrasloj dobi. Neki poremećaji mogu se javiti i u dječjoj dobi. Poremećaji koji se jave prije 14. godine života nazivaju se „dječji nastup poremećaja hranjenja“. Najmlađa dob u kojoj je uočena pojava poremećaja hranjenja je 7 godina. Prosječna početna dob u kojoj djevojčice pokazuju znakove poremećaja hranjenja je 11,7 godina. Anoreksija nervoza najčešće se pojavljuje u 17. godini života, rijetko kad se pojavljuje prije 17 godine i poslije 40 godine, a svoj vrhunac doseže u sredini kasne adolescencije. Bulimija nervoza najčešće započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi i prosječna dob u kojoj se pojavljuje je 20 godina, dakle nešto kasnije od anoreksije nervoze. Prema istraživanju u kojem su bili proučavani prehrambeni obrasci ponašanja kod djece predškolske dobi utvrđeno je da neprilagođeni obrasci prehrane u ranoj dobi povećavaju rizik za nastanak poremećaja hranjenja. Utvrđeno je da slabiji apetit i probavni problemi prethode anoreksiji, dok pika i problemi u samoregulaciji hranjenja utječu na pojavu bulimije. Istraživanja koja su provedena na djeci školske dobi pokazala su sljedeće rezultate: oko 45% djece želi biti mršavije, 37% djece na neki način pokušava smanjiti svoju tjelesnu težinu što dovodi do zaključka da djeca već u osnovnoj školi nisu zadovoljna svojom težinom i žele biti mršavija [1]. U adolescentskoj dobi pojavljuje se više faktora koji mogu utjecati na razvoj poremećaja hranjenja. U adolescenciji se događa pubertet, biološki proces koji uzrokuje promjene reproduktivnog sustava te tjelesne promjene. U pubertetu osoba doživljava tjelesne promjene te iz dječjeg izgleda prelazi u izgled odraslih osoba. Promjena tjelesnog izgleda između ostalog odnosi se na promjenu visine i težine, koji su u porastu. U toj dobi najviše se pojavljuje nezadovoljstvo vlastitim tijelom, držanje djeteta te se pojavljuju i sami poremećaji hranjenja. Većina djevojaka u adolescentskoj dobi drži neku

vrstu dijete koje može dovesti do promjena u težini ili do prejedanja, te takva ponašanja oštećuju zdravlje i postavljaju temelje za pojavu poremećaja hranjenja [1]. Djevojke koje sazrijevaju rano i koje rano ulaze u svijet odraslih imaju negativnije stavove o vlastitom tijelu i u većem broju drže dijete u odnosu na djevojke koje su u pubertetu ušle kasnije. Djevojke koje imaju negativne stavove prema vlastitome tijelu u pubertetu nose visok rizik za razvoj poremećaja u hranjenju [10].

Spol

Učestalost poremećaja hranjenja čak je 10 puta veća kod osoba ženskog spola nego kod osoba muškog spola. Razlozi zašto je tome tako još uvijek nisu poznati [1]. Kao razlog može se pretpostaviti učestalost provođenja dijeta. Žene su sklonije provođenju dijete mnogo češće nego muškarci. Razlog tome što žene češće provode dijete je taj što je društveni pritisak i poticanje mršavosti puno više usmjeren na osobe ženskog spola, te žene za razliku od muškaraca svoju vrijednost više temelje na tjelesnom izgledu [8]. Kod osoba oba spola koje se bave nekom vrstom sporta poput atletike, gimnastike, bodybuildinga, atletske status i veća briga o izgledu tijela i težini predstavljaju povećani rizik za nastanak poremećaja hranjenja [1].

Tjelesna težina

Zabrinutost za tjelesnu težinu izrazito je izražena kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja, tjelesna težina se iz tog razloga pokušava smanjiti ili kontrolirati. Hranjenje tj. unos energije i tjelesna aktivnost tj. potrošnja energije utječu na tjelesnu težinu. Navike hranjenja određuju koliko kalorije će osoba unijeti. Tjelesna težina određena je ravnotežom između unosa i potrošnje kalorija, a ta ravnoteža određena je faktorima kao što su motivacija, navike, znanje, vještine, sociokulturno okruženje u kojemu se pojedinac nalazi i koji utječu na ponašanje pojedinca.

Tjelesna težina se izražava putem indeksa tjelesne mase (ITM) koji izražava težinu u odnosu na visinu. Formula za izračun ITM-a je: težina u kilogramima podijeljena s kvadratom visine u metrima. Promjena ITM-a kroz vremensko razdoblje je klinički važna te se koristi za praćenje promjena u tjelesnoj težini ali i kao prediktor za pojavu gojaznosti. Indeks tjelesne mase kreće se u rasponu od 10 do 50 a vrijednosti su sljedeće: [1]

ispod 16 - ekstremno ispodprosječna težina

16-18 - umjereno ispodprosječna težina

18-20 - blago ispodprosječna težina

20-25 - prosječna težina

25-27 - blago iznadprosječna težina

27-30 - iznadprosječna težina

30-40 - umjereno iznadprosječna težina

iznad 40 - ekstremno iznadprosječna težina

Optimalna tjelesna težina nalazi se u ITM-u između 18 i 23. Prema odnosu između vrijednosti ITM-a i poremećaja prehrane ITM je najniži kod osoba s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa, zatim anoreksijom nervozom prežderavajuće-purgativnog tipa, viši kod osoba s bulimijom nervozom purgativnog tipa, zatim bulimijom nervozom nepurgativnog tipa, a kod osoba s poremećajem nekontroliranog prejedanja (BED) je u kategoriji gojaznosti [1].

Vaganje je postupak kojim osobe određuju svoju tjelesnu težinu. Vaganje se koristi kako bi se težina usporedila s onom koju preporučuju zdravstveni djelatnici ili kako bi osobe mogle lakše kontrolirati svoju tjelesnu težinu. Kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja pretjerano vaganje predstavlja jedan od simptoma bolesti. U općoj populaciji 60% žena važe se 1 do 4 puta mjesečno, 20% ih se uopće ne važe, a 20% ih se važe više od 4 puta mjesečno. Kod osoba oboljelih od poremećaja hranjenja pojavljuje se prečesto vaganje, te se tako 35-45% osoba važe 1 do 4 puta mjesečno, 25% osoba se važe između 9 do 27 puta mjesečno i čak 27% više od 28 puta mjesečno [1]. Osobe koje se učestalo važu imaju pad raspoloženja i pokazuju znakove povećane anksioznosti i depresivnosti. Time je podržana pretpostavka da učestalo vaganje ima negativne posljedice na samopercepciju osobe i uspoređivanju vlastite težine sa društvenim normama težine. Ponavljanja vaganja imaju negativne posljedice na one pojedince čija se težina ne mijenja ili se povećava. Ponavljanja vaganja mogu čak i osim stvaranja neugodnih osjećaja olakšati prekomjerno jedenje i sabotirati pokušaje gubljenja kilograma [11].

3.2. Psihološki faktori u razvoju poremećaja hranjenja

Psihološki faktori koji utječu na nastanak poremećaja hranjenja najbrojnija su skupina. U ovu skupinu spada depresivnost, anksioznost, manjak samopoštovanja, manjak samokontrole, negativna predodžba o vlastitom tijelu, perfekcionizam te negativni verbalni komentari na temelju izgleda.

Depresivnost

Prema mnogobrojnim istraživanjima utvrđuje se velika povezanost depresivnih poremećaja i poremećaja hranjenja. Čak oko 50% pacijenata s poremećajem hranjenja izjasnilo se da su tijekom

života imali depresivni poremećaj. Neke studije ukazuju na postojanje povezanosti afektivnih poremećaja s poremećajima hranjenja, pa je tako često da u obitelji pacijenta s poremećajem hranjenja postoje slučajevi afektivnih poremećaja. Afektivni poremećaji mogući su prethodnici za nastanak poremećaja hranjenja. Povezanost između depresije i poremećaja hranjenja je i to što se oba poremećaja javljaju kod žena te se povećava pojavnost u doba adolescencije. Osim toga ti poremećaji su slični i po tome što oba uključuju negativnu sliku i nezadovoljstvo vlastitim izgledom. Osobe mogu biti depresivne i nezadovoljen svojim izgledom te koriste dijetu kao pokušaj da postignu izgled kojim će biti zadovoljne te tako „suzbiti“ depresiju, no kad ne uspiju postići cilj, tj. izgubiti kilograme i postići zadovoljavajući izgled, neuspješnost izaziva još veću depresiju. Kod bulimije nervoze pojavljuje se nezadovoljstvo gubitkom kontrole nad vlastitom prehranom pa to često uzrokuje depresiju [1].

Samopoštovanje

Samopoštovanje je definicija koja se koristi kako bi se opisalo kako pojedinac vrednuje samoga sebe. Moglo bi se još i opisati kao razina prihvaćanja ili ne prihvaćanje sebe, svojih sposobnosti, uspješnosti, vrijednosti i važnosti. Kod žena se često samopoštovanje definira tjelesnim izgledom pa zbog toga kada osoba osjeća smanjeno samopoštovanje ili nesigurnost u okolini prvo se usmjerava na vanjski izgled i na kontrolu vlastite težine kako bi osigurala da zadovoljavajućim vanjskim izgledom stekne prihvaćanje od okoline. U zapadnoj kulturi vrijednost ženske osobe temelji se na sposobnosti da bude uspješna i prihvaćena u društvu, a s obzirom da tjelesni izgled često doprinosi i određuje uspješnost žene u nekom društvu, žene stavljaju veliku važnost na tjelesni izgled. Kako je u kulturi podržano i idealizirano mršavo i vitko tijelo, žene se podvrgavaju raznim dijetama iz kojih se kasnije mogu razviti poremećaji hranjenja [1].

Predodžba o vlastitom tijelu

Predodžba o vlastitom tijelu je mišljenje koje osoba ima o svom tijelu i dijelovima tijela, te također obuhvaća i osjećaje zadovoljstva ili nezadovoljstva tjelesnim izgledom. Mišljenje o vlastitom tijelu je subjektivno i ne mora biti u skladu sa stvarnim i objektivnim izgledom tijela. Kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja subjektivna evaluacija izgleda tijela često je negativnija od stvarnosti tj. osobe koje boluju od poremećaja hranjenja često smatraju da su debele ili nedovoljno mršave dok su u stvarnosti pothranjene i ispod razine normalne tjelesne težine. Način na koji osoba vidi svoje tijelo usko je povezano s načinom na koji vidi sebe. Osobe sa poremećajima hranjenja svoju veličinu tijela smatraju mnogo većom nego što ona zaista jest. Negativna predodžba o vlastitom tijelu najveći je prediktor u skupini psiholoških faktora za pojavu i razvoj poremećaja hranjenja [1].

Negativni verbalni komentari na temelju izgleda

Izloženost negativnim verbalnim komentarima na temelju vanjskog izgleda tijekom djetinjstva i adolescencije predstavlja podlogu za nastanak poremećaja hranjenja. Negativni komentari na temelju težine stvaraju nezadovoljstvo vlastitim tijelom. Odrasle žene koje su tijekom adolescencije dobivale negativne komentare na temelju izgleda manje su zadovoljne svojim izgledom i vlastitim tijelom od žena koje nisu dobivale negativne komentare tijekom adolescencije. Zbog negativnih komentara od pojedinaca iz okoline stvara se strah od neprihvatanja u okolini ako se ne postigne zadovoljavajući izgled. Komentari o količini pojedene hrane također imaju takav utjecaj kao i negativni komentari na temelju izgleda [1].

Perfekcionizam

Osobe koje boluju od poremećaja hranjenja pokazuju sklonost perfekcionizmu. To su osobe koje si postavljaju visoke ciljeve koji su u većini slučajeva nemogući no oni ne odustaju od postizanja tih ciljeva čak i kad su svjesni da su ti ciljevi nedostižni i kad znaju da način na koji žele postići taj cilj nije dobar za njih [12].

3.3. Socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja

Socijalni i kulturni pritisak navode žene na držanje dijete te na taj način utječu na povećanje nastanka poremećaja hranjenja. Neki od socijalnih faktori koji utječu na razvoj poremećaja hranjenja su: društveni pritisak prema mršavosti, glorifikacija poremećaja hranjenja, predrasude prema gojaznim osobama i socijalno uspoređivanje. U posljednjih 20 godina porasla je pojavnost anoreksije nervoze kod žena u dobi između 15 i 25 godina te se taj porast pripisuju pritisku prema mršavosti i mršavom izgledu u današnjem društvu. Anoreksija se često prikazuje kao poremećaj koji je specifičan za bogate i inteligentne djevojke koje teže savršenstvu i uspjehu te na taj način privlače djevojke koje smatraju da će putem poremećaja hranjenja postići pozitivne osobine. Predrasude prema gojaznim ljudima duboko su se ukorijenile u današnje društvo te su poprimile oblik socijalno prihvatljivog rasizma. Jedna od predrasuda prema gojaznim osobama je da se voljom može postići idealna tjelesna težina i kod gojaznih osoba, te je gojaznost postala simbol lijenosti, nedostatka kontrole dok je suprotno tome mršavost simbol uspjeha i kontrole. Osobe koje svoj izgled uspoređuju sa drugim osobama koje su po njihovome mišljenju idealnije težine od njih imaju veću vjerojatnost nastanka poremećaja hranjenja [1].

Mediji

Mediji kao sredstvo javnog informiranja najviše doprinose prenošenju i prikazivanju sociokulturnih ideala mršavosti te imaju veliku ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Televizija, filmovi, serije i časopisi popularni su kod mlađih populacija te tako vrlo učinkovito propagiraju ideal mršavosti. Mediji mogu navesti osobe da razmišljaju o svojem izgledu i da svoj izgled uspoređuju sa onim što vide u medijima. U medijima se prikazuju modeli koji su vrlo često vrlo mršave građe te ih adolescentice gledaju kao realistične verzije tih ljudi, dok u stvarnosti iza njih stoji cijeli tim ljudi koji se brine o njihovome izgledu te to nije stvarni prikaz tih osoba. Konstantnim prikazivanjem takvih savršenih ženskih figura u medijima promovira se izgled koji je za žene koje žive normalan život nedostižan te kod njih izaziva želju da i one imaju takav izgled i snižava im samopoštovanje te potiče na podvrgavanje dijetama i uzrokuje nastanak poremećaja hranjenja [3].

4. Uloga medicinske sestre u liječenju poremećaja hranjenja

4.1. Liječenje poremećaja hranjenja

Liječenje poremećaja hranjenja ovisi o kliničkom stanju bolesnika [13]. Način na koji se mogu liječiti oboljeli od poremećaja hranjenja su: vanjsko liječenje, dnevna bolnica, rezidencijalno liječenje i hospitalizacija kod akutnih stanja kad je osoba hospitalizirana jer se nalazi u životnoj opasnosti. Vanjsko liječenje provodi se kroz odlaske na psihoterapije koji mogu biti jednom ili više puta kroz tjedan. Pacijenti se u dnevnoj bolnici liječe tako da svakodnevno dolaze u ustanovu za pružanje pomoći i provode neko vrijeme u njoj. Rezidencijalno liječenje je liječenje kod kojeg je pacijent na neko duže vrijeme (nekoliko mjeseci) smješten u ustanovi za pružanje pomoći [14].

Liječenje anoreksije razlikuje se ovisno o tome u kojem je stadiju bolest te o pacijentovoj želji za suradnju. Liječenje može biti ambulantno ili bolničko. Bolničko liječenje je potrebno ako tjelesna težina pacijenta padne 30% ispod minimalne težine. Također se pacijenti hospitaliziraju ako su depresivni ili suicidalni, ako imaju poremećaj srčanog ritma, elektrolitski deficit ili hipotenziju. Kod teško oboljelih osoba primarni cilj je postići stabilizaciju kako bi se izbjegla smrt, a zatim vraćanje tjelesne težine. Provodi se i psihoterapija kako bi se riješili psihološki problemi koji se nalaze u pozadini anoreksije i koji su joj mogući uzročnici. Psihoterapija se primjenjuje nakon što pacijent nije u životno ugrožavajućem stanju [13,15]. Oblici psihoterapije koje se provode su: kognitivno- bihevioralna, kognitivno-analitička, interpersonalna i psihodinamska terapija [16]. Problem u liječenju pacijenata je što oni nisu svjesni opasnosti situacije u kojoj se nalaze te i dalje pružaju otpor prema hrani te su i dalje zaokupljeni tjelesnim izgledom i ne prihvataju pomoć. U liječenju anoreksije sudjeluje multidisciplinarni tim koji uključuje psihijatra, dijetetičara, kognitivno-bihevioralnog terapeuta, psihoterapeuta, fizioterapeuta i medicinske sestre/tehničare. U liječenju se koristi i farmakoterapija u kombinaciji sa psihoterapijom. Kao uspješni u vraćanju težine pokazali su se antidepresivi i Olanzapin. Bolesnici koju boluju od bulimije rijetko su pothranjeni ali oni zbog učestalog pražnjenja mogu imati poteškoće u probavnom sustavu poput krvarenja zuba, karijesa, bolesti desnih, gastritisa, ezofagitisa, moguće su i rupturi jednjaka, nadutost i retencija tekućine. Liječenje bulimije provodi se farmakoterapijom antidepresivima i psihoterapijom. Unatoč razvijenim metodama liječenja mortalitet je i dalje vrlo visok te šanse za izlječenje ima samo trećina oboljelih. Polovicu smrtnih slučajeva kod anoreksije čine samoubojstva, dalje slijede kardiovaskularni uzroci: poremećaji srčanog ritma i elektrolitski disbalansa koji dovode do oštećenja srca. Čimbenici koji povećavaju rizik za smrtnost su: bolest koja traje dulje od šest godina, poremećaj ličnosti i prethodna pretilost. Zbog toga što kasnije

prijave problem i kasnije budu dijagnosticirani, pacijenti muškoga spola pripadaju posebno ugroženoj skupini pacijenata [13,15].

4.2. Uloga medicinske sestre u liječenju poremećaja hranjenja

Kao članovi multidisciplinarnog tima koji provodi najviše vremena sa pacijentima medicinske sestre/tehničari imaju važnu ulogu u liječenju oboljelih od poremećaja hranjenja. Za uspješno liječenje poremećaja hranjenja važan je multidisciplinarni pristup. MS/MT surađuju zajedno s liječnicima, psihijatrima, dijetetičarima, psiholozima i drugim zdravstvenim djelatnicima kako bi pacijentima osigurali sveobuhvatnu zdravstvenu skrb. MS/MT prate pacijenta kroz njegovo cijelo razdoblje liječenja i osiguravaju kontinuitet skrbi. MS/MT sudjeluje u praćenju i procjeni stanja pacijenta tako što prate vitalne znakove i težinu i rade psihološku procjenu pacijenta te tako mogu identificirati anksioznost ili suicidalne misli kod pacijenata. Zajedno s dijetetičarima i nutricionistima planiraju prehranu pacijenta i sudjeluju u provođenju farmakoterapije i brinu da pacijenti na vrijeme unesu odgovarajuću količinu lijekova ako ih koriste. Pružaju podršku pacijentima u usvajanju zdravih prehrambenih navika i razvijanju zdravog odnosa prema hrani i tjelesnom izgledu te educiraju pacijente o poremećajima hranjenja. Edukacija o nastanku bolesti važna je za razumijevanje liječenja bolesti. Važno je da MS/MT razvije povjerenje s pacijentima jer odnos koji uključuje povjerenje pridonosi uspješnosti liječenja. Povjerenje koje pacijent osjeća razvija njegovo samopouzdanje i ubrzava oporavak. Ključno je da se uspostavi odnos između MS/MT i pacijenta u kojem će se pacijent osjećati sigurno, shvaćeno i nestigmatizirano. Pristup prema pacijentu mora biti holistički i individualizirani što znači da se za svakoga pacijenta posebno treba sastaviti plan zdravstvene njege [16].

Uloga MS/MT u zdravstvenoj njezi oboljelih zahtijeva visoku razinu znanja, stoga je važno da medicinske sestre koje brinu za pacijente koji boluju od poremećaja hranjenja prolaze kroz dodatne edukacije usmjerene na zdravstvenu njegu o specifičnoj skupini pacijenata kako bi povećale svoje znanje koje onda dalje šire na populaciju zdravih i oboljelih. MS/MT koja brine o pacijentima s poremećajima hranjenja mora imati visoku razinu znanja o dijetetici, o pravilnoj prehrani, kalorijama te o samim poremećajima hranjenja, njihovoj kliničkoj slici i načinima liječenja [17].

Prilikom hospitalizacije pacijenta MS/MT uzimaju anamnezu kako bi mogli započeti planiranje zdravstvene njege. Anamneza se uzima intervjuom s pacijentom i obitelji te proučavanjem dokumentacije o povijesti bolesti. Koriste se i tehnikama promatranja i mjerenja kako bi utvrdili status pacijenta. MS/MT postavlja sestrinske dijagnoze i prema postavljenim

dijagnozama planira intervencije i postavlja cilj. Neke od mogućih sestrijskih dijagnoza kod poremećaja hranjenja su: [18]

1. Nisko samopoštovanje
2. Anksioznost
3. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda
4. VR za samoozljeđivanje
5. Pothranjenost
6. VR za povraćanje
7. VR za dehidraciju
8. VR za aspiraciju
9. Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa
10. Socijalna izolacija

Svakom pacijentu se ujutro nakon prvog mokrenja, a prije prvog obroka mjeri tjelesna težina postupkom vaganja. Kroz dan se prati i bilježi unos i iznos tekućina. Kod pacijenata koji povraćaju treba se pratiti razina elektrolita. Kod bolesnika koji namjerno izazivaju povraćanje treba se kontrolirati odlazak na toalet nakon obroka. MS/MT pruža podršku oboljelome i obitelji te ih motivira na aktivno sudjelovanje u postupku liječenja, prati terapijski učinak na pacijentu, bilježi nuspojave psihofarmakološke terapije, pruža informacije pacijentu i obitelji, ohrabruje kontakt s obitelji i prijateljima, provodi terapijsku komunikaciju u svrhu poboljšanja socijalnih i komunikacijskih vještina. U sve to MS/MT uključuje pacijenta i poštuje njegovo dostojanstvo i privatnost [18,20]. Ključno u radu s pacijentima oboljelima od poremećaja hranjenja je empatija koju MS/MT mora imati vrlo razvijenu, no uz to mora biti i na oprezu od mogućih manipulacija [19]. Cilj zdravstvene njege kod pacijenata koji boluju od poremećaja hranjenja je osamostaljenje i što veća razina zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba [20].

MS/MT imaju ulogu u prevenciji nastanka poremećaja hranjenja. Prevencija bi se trebala provoditi već od najranije dobi, najprije u vrtićima i osnovnim školama gdje bi educirane MS/MT trebali sudjelovati u osmišljavanju jelovnika za djecu. Djeci bi se trebali ponuditi zdravi obroci, a ujedno i razviti zdravi odnos prema hrani i uvesti ih u pravilnu prehranu. U osnovnim i srednjim školama edukacije bi se trebala provoditi s ciljem da se djecu upozna s potrebnim nutrijentima za normalno funkcioniranje organizma, koliko je hrane i kalorija potrebno dnevno unijeti te o

postojanju poremećaja hranjenja i što sve utječe na njihov nastanak. Osim edukacije o pravilnoj prehrani trebale bi se provoditi i edukacije kojima bi cilj bio prikazati stvarno ljudsko tijelo, smanjiti predrasude o tjelesnoj ljepoti i raznim oblicima tijela i postići pozitivno mišljenje o vlastitom tijelu i izgraditi samopouzdanje neovisno o vanjskom izgledu [16].

5. Istraživanje

5.1. Cilj istraživanja

U svrhu ovoga rada provedeno je istraživanje čiji je cilj bio otkriti znanje i stavove populacije Međimurske županije o poremećajima hranjenja. U istraživanju se ispitivalo koliko je populacija Međimurske županije upoznata sa poremećajima hranjenja, što oni jesu, koji su uzroci nastanka poremećaja te koji su znakovi da netko boluje od poremećaja hranjenja.

Istraživačko pitanje bilo je usmjereno na ispitivanje stavova ispitanika o tome da li se u njihovoj populaciji govori dovoljno o poremećajima hranjenja te kako njihovo znanje o toj temi održava njihov stav o količini informacija koje su dostupne u njihovoj zajednici.

5.2. Instrumenti i metode

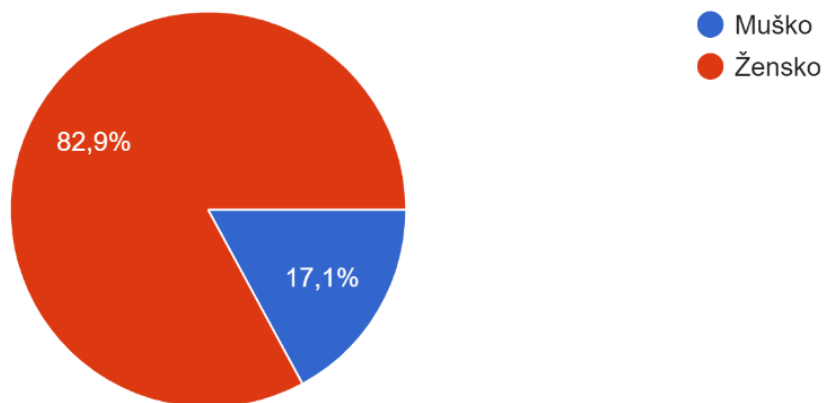
Istraživanje je provedeno u travnju 2024. godine putem online upitnika izrađenog putem Google obrasca koji je bio podijeljen u Facebook grupi. U istraživanju je sudjelovalo 158 ispitanika. Upitnik je u potpunosti bio anonimn, a ispunjavanje istoga dobrovoljno te je na početku upitnika bilo naglašeno da upitnik popunjavaju isključivo stanovnici Međimurske županije.

Upitnik se sastojao od 17 pitanja od kojih se prvih 4 pitanja odnosilo na sociodemografske podatke (spol, dob, razina završenog obrazovanja, mjesto stanovanja). Ostalih 13 pitanja odnosilo se na ispitivanje znanja i stavova o poremećajima hranjenja. Trinaest pitanja je bilo zatvorenoga tipa s ponuđenim odgovorima „Da“ ili „Ne“, četiri pitanja su imala ponuđena više odgovora te su ispitanici mogli odabrati više ponuđenih odgovora koje su smatrali najtočnijima. Pitanja su sastavljena u svrhu izrade završnog rada. Podaci su obrađeni pomoću Excel tablica te prikazani u kružnim i stupičastim grafikonima.

5.3. Rezultati

Spol:

158 odgovora

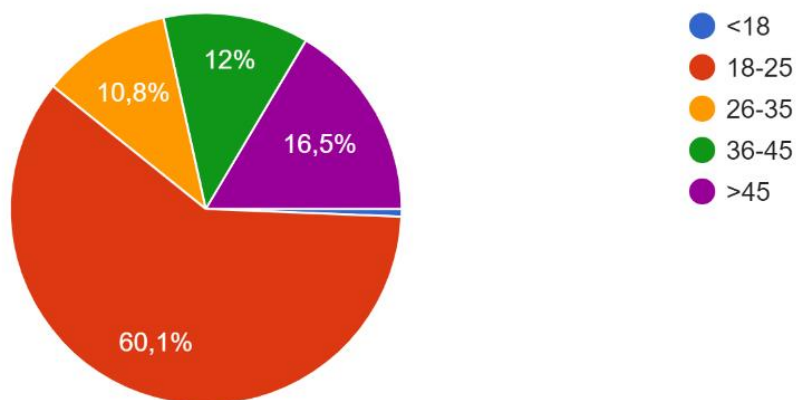


Grafikon 5.3.1. prikaz rezultata pitanja „Spol:“ [Izvor: autor H.F.]

Grafikon 5.3.1. prikazuje odgovore na pitanje „Spol:“. Na pitanje je odgovorilo 158 ispitanika od kojih je 82,9% pripadnica ženskog roda i 17,1 % pripadnika muškog roda.

Vaša dob:

158 odgovora

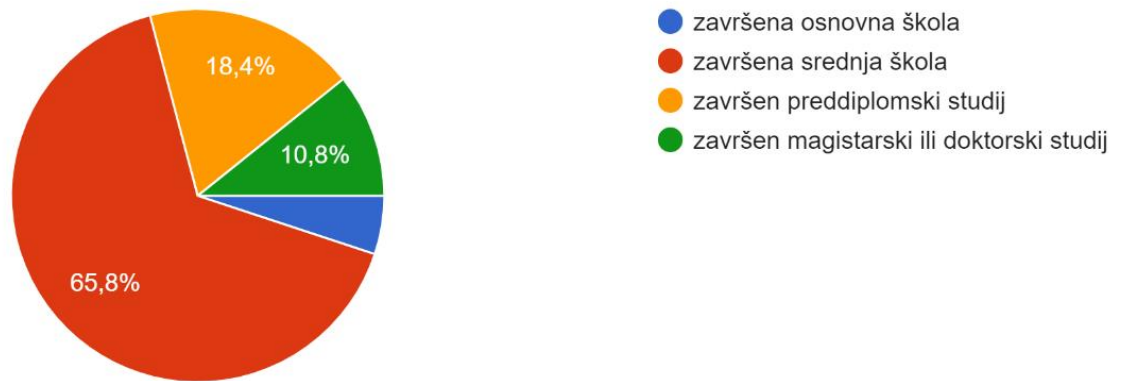


Grafikon 5.3.2. prikaz rezultata pitanja „ Vaša dob:“ [Izvor: autor H.F.]

Dobna starost ispitanika prikazana je na grafikonu 5.3.2. Samo je jedan ispitanik mlađi od 18 godina (0,6%). Većina sudionika je u dobnoj skupini od 18 do 25 godina, njih 95 (60,1%). U dobnoj skupini od 26 do 35 godine je 17 ispitanika (10,8%), od 36 do 45 godine 19 ispitanika (12%) te stariji od 45 godine 26 ispitanika (16,5 %).

Razina završenog obrazovanja:

158 odgovora

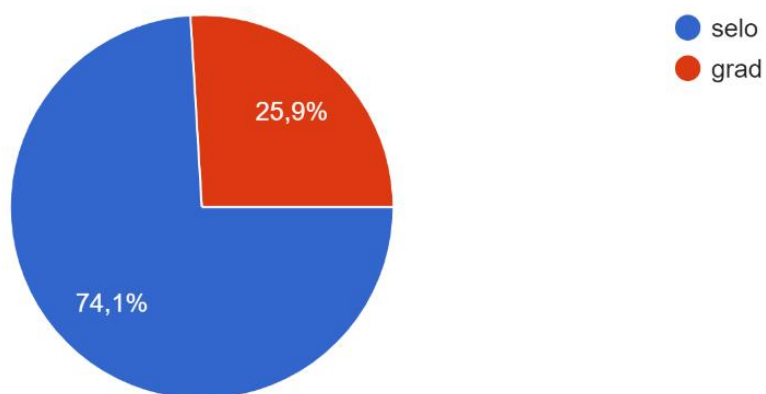


Grafikon 5.3.3. prikaz rezultata na pitanje „Razina završenog obrazovanja:“ [Izvor: autor H.F.]

Grafikon 5.3.3. prikazuje razinu završenog obrazovanja ispitanika. Razina završenog obrazovanja ispitanika bila je sljedeća: 8 (5,1%) ispitanika završilo je samo osnovnu školu, najviše ispitanika njih 104 (65,8%) završilo je srednju školu, 29 (18,4%) završilo je preddiplomski studij te njih 17 (10,8%) završilo je magistarski ili doktorski studij.

Mjesto stanovanja?

158 odgovora

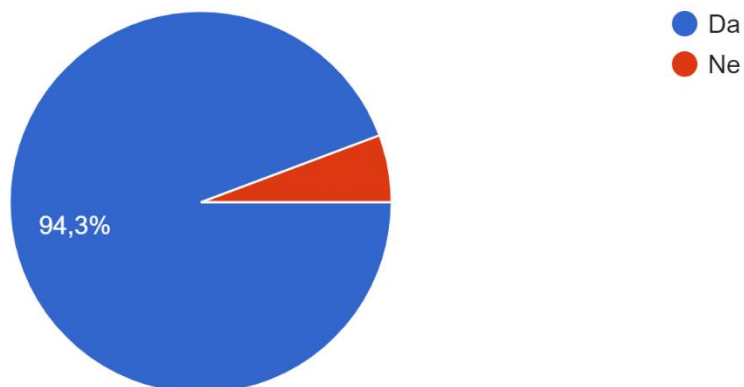


Grafikon 5.3.4. prikaz odgovora na pitanje „Mjesto stanovanja?“ [Izvor: autor H.F.]

Grafikon 5.3.4. prikazuje rezultate na pitanje „Mjesto stanovanja?“. 117 (74,1%) ispitanika tj. većina ispitanika izjasnilo se da im je mjesto stanovanja selo dok je za 41 (25,9%) ispitanika mjesto stanovanja grad.

Jeste li se ikad susreli sa pojmom "poremećaj hranjenja"?

158 odgovora

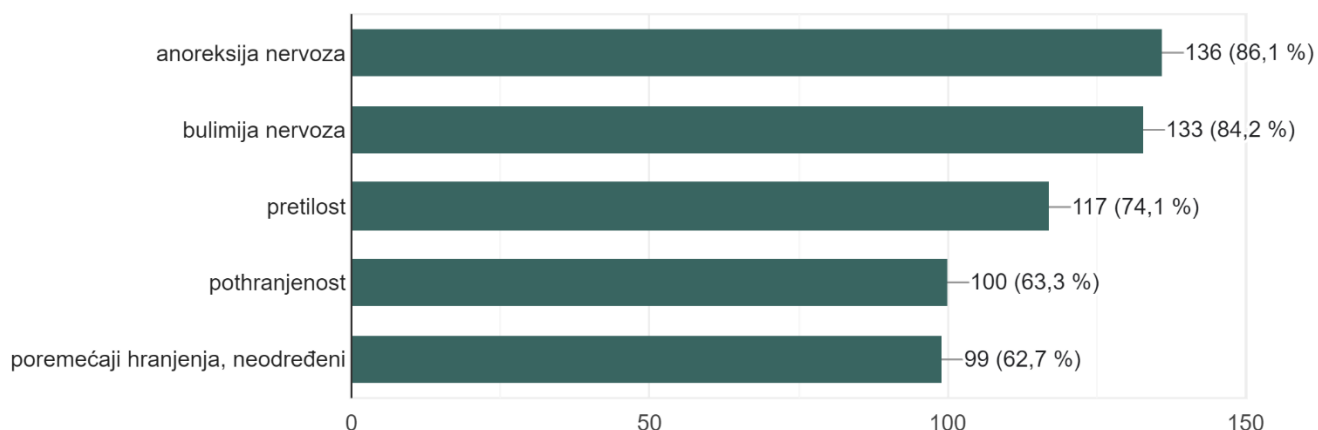


Grafikon 5.3.5. prikaz rezultata na pitanje „Jeste li se ikad susreli sa pojmom „poremećaj hranjenja“?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Jeste li se ikad susreli sa pojmom „poremećaj hranjenja“?“ odgovorilo je 158 ispitanika od kojih je njih 149 (94,3%) odgovorilo „Da“, dok je njih 9 (5,7%) odgovorilo „Ne“.

Označite što smatrate da spada u poremećaje hranjenja:

158 odgovora

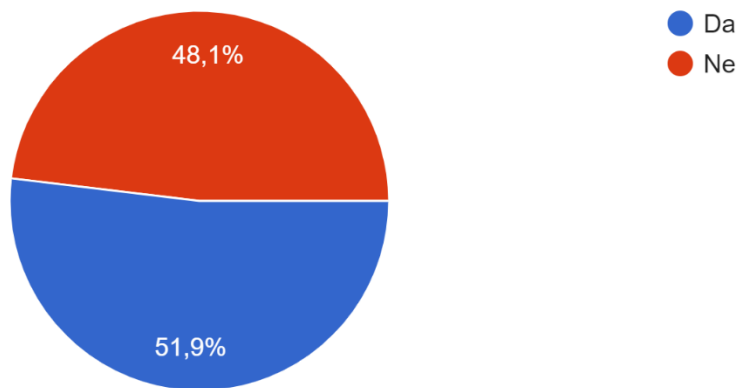


Grafikon 5.3.6. prikaz rezultata na pitanje „Označite što smatrate da spada u poremećaje hranjenja:“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje da označe što smatraju da spada u poremećaje hranjenja ispitanicima su bili ponuđeni pojmovi anoreksija nervoza, bulimija nervoza, pretilost, pothranjenost i poremećaji hranjenja, neodređeni. Ispitanici su mogli odabrati više odgovora. Najviše ispitanika, njih 136 (86,1%) je odabralo pojam anoreksija nervoza, 133 (84,2%) ispitanika su odabrala pojam bulimija nervoza, pretilost je odabralo 117 (74,1%) ispitanika, pothranjenost 100 (63,3%) i poremećaji hranjenja, neodređeni njih 99 (62,7 %).

Jeste li se tijekom života susreli s osobom kojoj je dijagnosticiran poremećaj hranjenja?

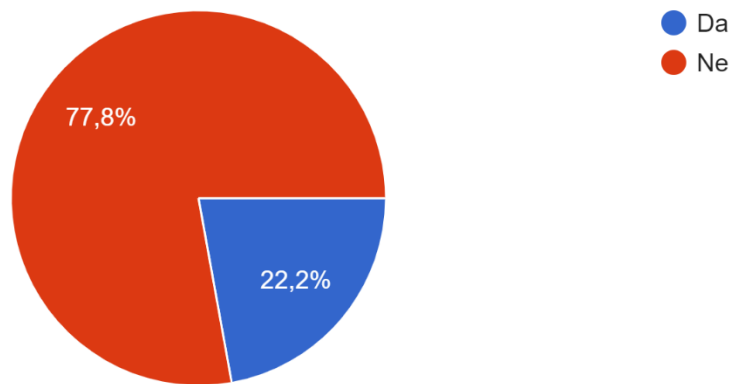
158 odgovora



Grafikon 5.3.7. prikaz odgovora na pitanje „Jeste li se tijekom života susreli s osobom kojoj je dijagnosticiran poremećaj hranjenja?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Jeste li se tijekom života susreli s osobom kojoj je dijagnosticiran poremećaj hranjenja?“ odgovorilo je 158 ispitanika. 82 ispitanika (51,9 %) odgovorilo je sa „Da“, dok je 76 ispitanika (48,1 %) odgovorilo „Ne“.

Jeste li ikad pri susretu s osobom koja boluje od poremećaja hranjenja imali predrasude?
158 odgovora

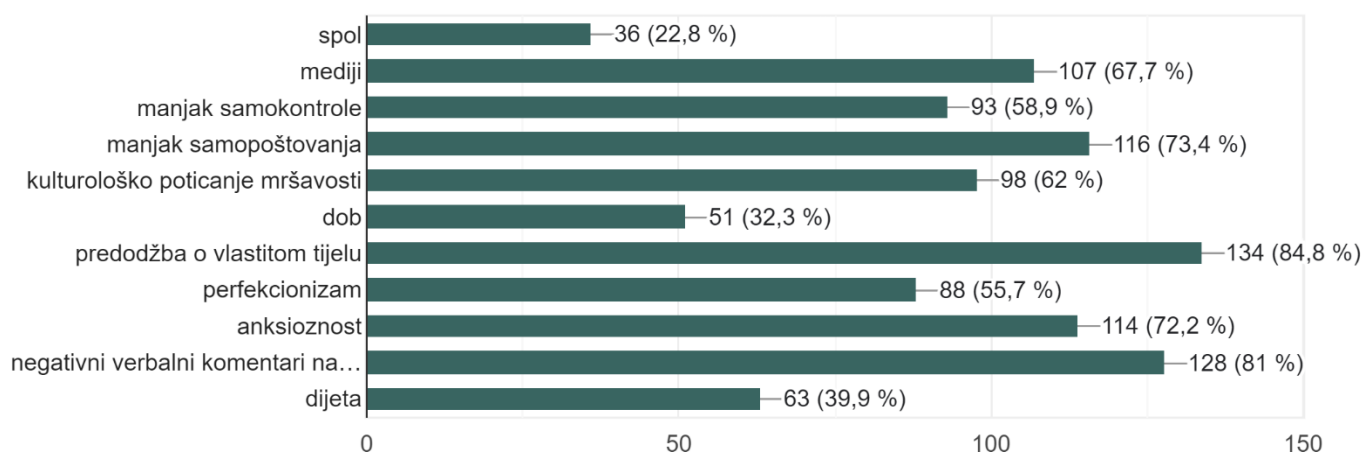


Grafikon 5.3.8. prikaz odgovora na pitanje „jeste li ikad pri susretu s osobom koja boluje od poremećaja hranjenja imali predrasude?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Jeste li ikad pri susretu s osobom koja boluje od poremećaja hranjenja imali predrasude?“ 123 ispitanika (77,8%) odgovorilo je „Ne“, dok je 35 ispitanika (22,2%) odgovorilo „Da“.

Označite koji od sljedećih pojmova smatrate da utječe na nastanak poremećaja hranjenja:

158 odgovora

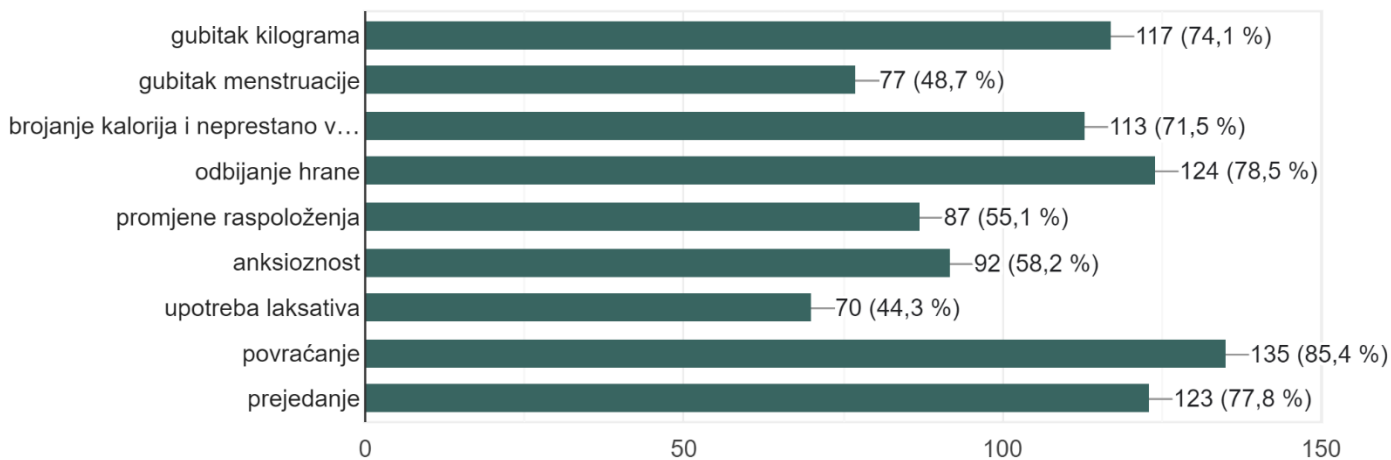


Grafikon 5.3.9. prikaz odgovora na pitanje „Označite koji od sljedećih pojmova smatrate da utječe na nastanak poremećaja hranjenja:“ [Izvor:autor H.F.]

U pitanju „Označite koji od sljedećih pojmova smatrate da utječe na nastanak poremećaja hranjenja:“ ispitanici su mogli odabrati više točnih odgovora. Najviše ispitanika, njih 134 (84,8%) odabralo je odgovor predodžba o vlastitom tijelu, zatim negativni verbalni komentari na temelju izgleda 128 ispitanika (81 %), manjak samopoštovanja 116 ispitanika (73,4 %), anksioznost 114 ispitanika (72,2%), mediji je odabralo 107 ispitanika (67,7%), kulturološko poticanje mršavosti 98 ispitanika (62%), manjak samokontrole 93 ispitanika (58,9%), perfekcionizam 88 ispitanika (55,7%). Najmanji broj odgovora dobili su pojmovi dijeta koji je odabralo 63 ispitanika (39,9%). dob 51 ispitanika (32,3%) i pojam spol 36 ispitanika (22,8%).

Označite kako biste prepoznali da netko boluje od poremećaja hranjenja:

158 odgovora

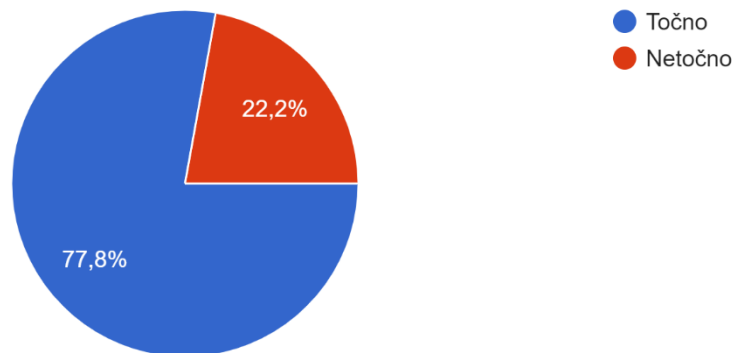


Grafikon 5.3.10. prikaz odgovora na pitanje „označite kako biste prepoznali da netko boluje od poremećaja hranjenja“ [Izvor:autor H.F.]

Na pitanje „Označite kako biste prepoznali da netko boluje od poremećaja hranjenja“ ispitanici su mogli odabrati više odgovora koje smatraju tačnima. Najviše ispitanika odabralo je odgovor povraćanje, njih 135 (85,4%), zatim odbijanje hrane njih 124 (78,5%), prejedanje 123 ispitanika (77,8%), gubitak kilograma 117 ispitanika (74,1%) te brojanje kalorija i neprestano vaganje 113 ispitanika (71,5%). Manji broj ispitanika odabrao je sljedeće odgovore: anksioznost je odabralo 92 ispitanika (58,2%), promjene raspoloženja 87 ispitanika (55,1%), gubitak menstruacije 77 ispitanika (48,7%) te upotreba laksativa 70 ispitanika (44,3%).

Razlika između bulimije i anoreksije je ta što pojedinci koji boluju od bulimije mogu imati normalnu tjelesnu masu, dok je kod anoreksije tjelesna masa značajno ispod prosječne.

158 odgovora

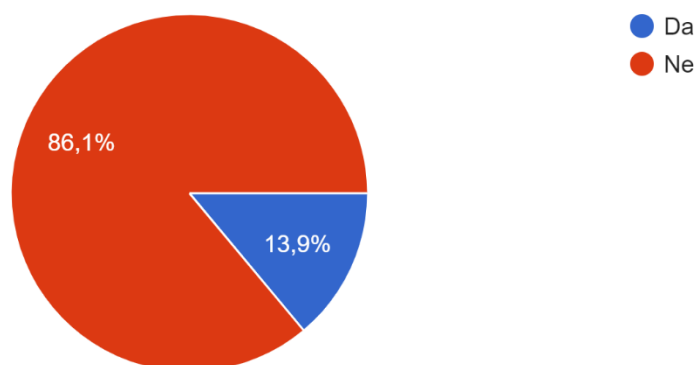


Grafikon 5.3.11. Prikaz odgovora na pitanje „Razlika između bulimije i anoreksije je ta što pojedinci koji boluju od bulimije mogu imati normalnu tjelesnu masu, dok je kod anoreksije tjelesna masa značajno ispod prosječne. [Izvor: autor H.F.]

Na tvrdnju „Razlika između bulimije i anoreksije je ta što pojedinci koji boluju od bulimije mogu imati normalnu tjelesnu masu, dok je kod anoreksije tjelesna masa značajno ispod prosječne.“ odgovorilo je 158 ispitanika. 123 ispitanika (77,8%) odabralo je odgovor „Točno“. Odgovor „Netočno“ odabralo je 35 ispitanika (22,2%).

Smatrate li da od poremećaja hranjenja oboljevaju isključivo žene?

158 odgovora

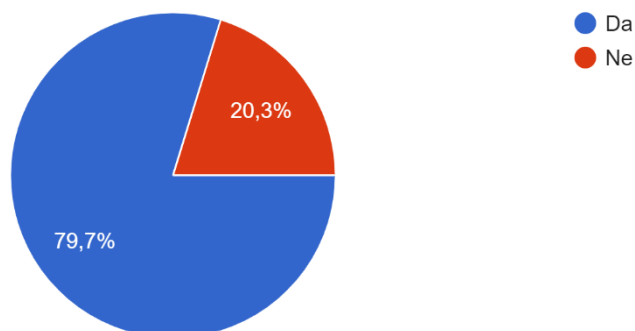


Grafikon 5.3.12. Prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da od poremećaja hranjenja oboljevaju isključivo žene?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Smatrate li da od poremećaja hranjenja oboljevaju isključivo žene?“ odgovorilo je 158 ispitanika. 136 ispitanika (86,1%) odabralo je odgovor „Ne“, dok je 22 ispitanika (13,9%) odabralo odgovor „Da“.

Smatrate li da je kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja smanjena radna sposobnost?

158 odgovora

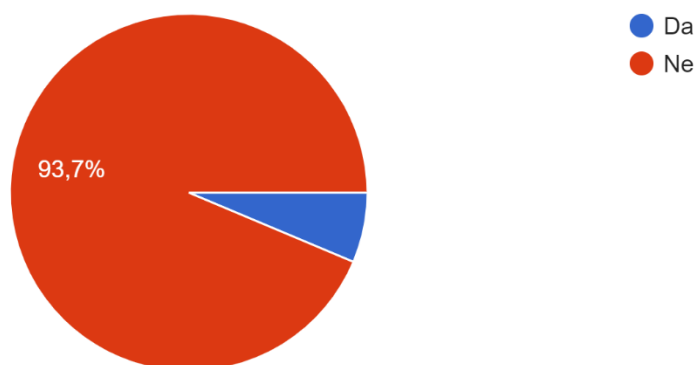


Grafikon 5.3.13. prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da je kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja smanjena radna sposobnost?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Smatrate li da je kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja smanjena radna sposobnost?“ odgovorilo je 158 ispitanika. 126 ispitanika (79,7%) odgovorilo je odgovorom „Da“, 32 ispitanik (20,3%) odgovorio je sa odgovorom „Ne“.

Smatrate li da se u zajednici u kojoj živite dovoljno govori o poremećajima hranjenja?

158 odgovora

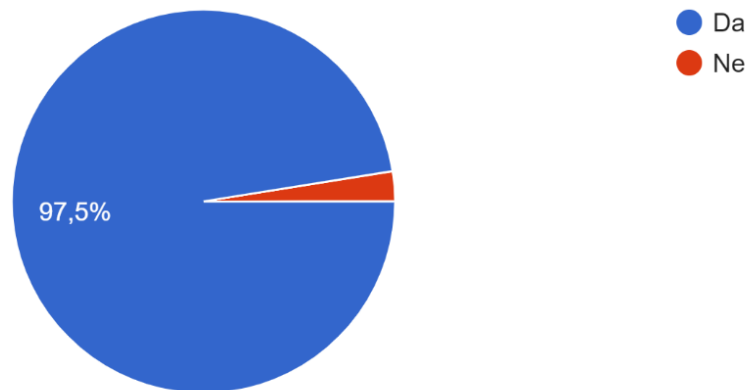


Grafikon 5.3.14. prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da se u zajednici u kojoj živite dovoljno govori o poremećajima hranjenja?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Smatrate li da se u zajednici u kojoj živite dovoljno govori o poremećajima hranjenja?“ odgovorilo je 158 ispitanika. 148 ispitanika (93,7%) odgovorilo je „Ne“, dok je 10 ispitanika (6,3%) odgovorilo „Da“.

Smatrate li da su poremećaji hranjenja opasni i životno ugrožavajući?

158 odgovora

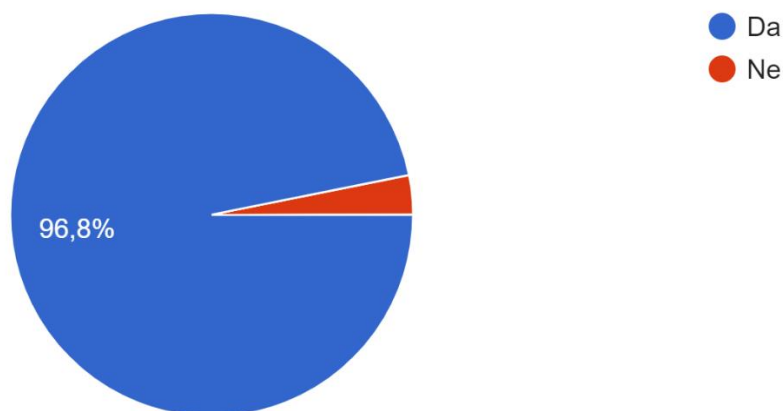


Grafikon 5.3.15. prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da su poremećaji hranjenja opasni i životno ugrožavajući?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Smatrate li da su poremećaji hranjenja opasni i životno ugrožavajući?“ odgovorilo je 158 ispitanika. 154 ispitanika (97,5%) odgovorilo je „Da“, dok je samo 4 ispitanika (2,5%) odgovorilo „Ne“.

Da li bi ukazali osobi sa poremećajem hranjenja da se obrati za pomoć?

158 odgovora

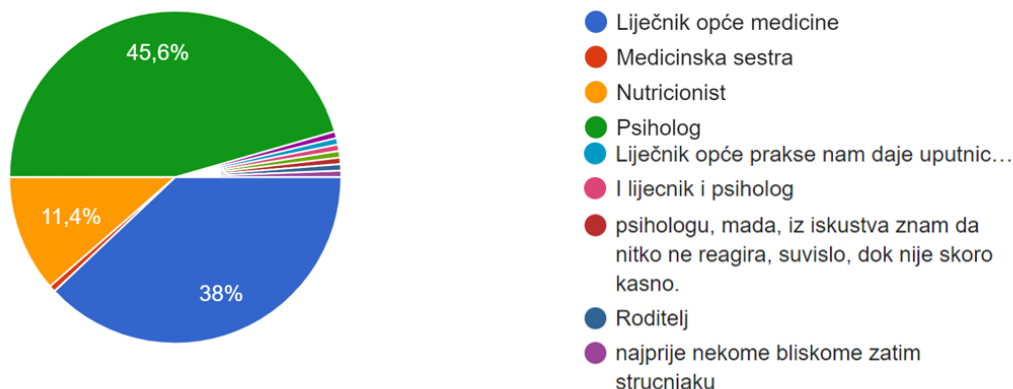


Grafikon 5.3.16. prikaz odgovora na pitanje „Da li bi ukazali osobi sa poremećajem hranjenja da se obrati za pomoć?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Da li bi ukazali osobi sa poremećajem hranjenja da se obrati za pomoć?“ odgovorilo je 158 ispitanika. Većina ispitanika, odnosno njih 153 (96,8%) odgovorilo je da bi osobi sa poremećajem hranjenja ukazali da se obrati za pomoć, dok njih 5 (3,2%) to ne bi učinilo.

Kome bi ste se obratili u slučaju da primijetite simptome poremećaja hranjenja kod Vas ili Vama bliskih osoba?

158 odgovora



Grafikon 5.3.17. prikaz odgovora na pitanje „Kome bi ste se obratili u slučaju da primijetite simptome poremećaja hranjenja kod Vas ili Vama bliskih osoba?“ [Izvor: autor H.F.]

Na pitanje „Kome bi ste se obratili u slučaju da primijetite simptome poremećaja hranjenja kod Vas ili Vama bliskih osoba?“ ispitanicima su bili ponuđeni odgovori: liječnik opće medicine, medicinska sestra, nutricionist, psiholog, te im je bilo ponuđeno da sami napišu neki svoj odgovor. Najveći broj ispitanika odabrao je psihologa, 72 (45,6%) ispitanika. 60 (38%) ispitanika odabralo je liječnika opće medicine, 18 (11,4%) ispitanika odabralo je nutricionista, te jedan ispitanik (0,6%) medicinsku sestru. Ispitanici su dodali svoje odgovore: „Liječnik opće prakse nam daje uputnicu za nutricionista i psihologa.“, „ I liječnik i psiholog“, „psihologu, mada, iz iskustva znam da nitko ne reagira, suvislo, dok nije skoro kasno.“, „roditelj“ i „najprije nekom bliskome zatim stručnjaku“.

6. Rasprava

Provedenim istraživanjem ispitivala su se znanja i stavovi populacije Međimurske županije o poremećajima hranjenja. Ispitanici su pokazali visoku razinu znanja o poremećajima hranjenja s obzirom da većina njih (93,7 %) smatra da se u njihovom okruženju ne govori dovoljno o poremećajima hranjenja, također sličan postotak (94,3%) ispitanika čulo je za poremećaje hranjenja, dok je tek maleni broj ispitanika ne upoznat sa pojmom poremećaja hranjenja. Prema provedenome istraživanju tek nešto više od polovice ispitanika (51,9%) u svom se životu susrelo sa osobom kojoj je dijagnosticiran poremećaj hranjenja, te je 22,2% ispitanika kod susreta sa takvom osobom imalo predrasude. Većina ispitanika ne zna izdvojiti poremećaje hranjenja od problema hranjenja te smatraju da su pretilost i pothranjenost oblici poremećaja hranjenja, no prema literaturi samo su anoreksija nervoza i bulimija nervoza te neodređeni poremećaj hranjenja službeno priznati kao poremećaji hranjenja.

Odgovore na pitanje koje od pojmova ispitanici smatraju da utječu na nastanak poremećaja hranjenja možemo usporediti sa istraživanjem pod nazivom „Čimbenici rizika koji predviđaju pojavu anoreksije nervoze, bulimije nervoze, poremećaja prejedanja i poremećaja čišćenja u adolescentica u budućnosti“ koje je provedeno u Texasu 2016. godine. Prema tom istraživanju utjecaj na pojavu poremećaja hranjenja imaju idealizacija mršavosti te kulturološko poticanje mršavosti, negativna predodžba o vlastitom tijelu te dijeta. Slični rezultati dobiveni su i u ovom istraživanju gdje najveći broj ispitanika smatra da najveći utjecaj na razvoj poremećaja hranjenja ima predodžba o vlastitom tijelu i negativni komentari na temelju izgleda što se može poistovjetiti sa njihovim dobivenim rezultatima o idealizaciji mršavosti [21].

Poremećaji hranjenja prema literaturi učestaliji su kod ženskoga spola i to 9 do 10 puta, no to nije bolest koja isključivo pogađa žensku populaciju. Prema ovome istraživanju 13,9% ispitanika ipak smatra da od poremećaja prehrane boluju isključivo žene, ta činjenica ne čudi jer prema istraživanju pod nazivom “Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i ponašanja povezana s poremećajima u prehrani adolescenata“ koje je provedeno u jednoj srednjoj školi u Osijeku i u kojemu su sudjelovala 148 učenika, dobiveni su rezultati da djevojke značajno češće obolijevaju od poremećaja prehrane u odnosu na mladiće u adolescentskoj dobi [22].

Na pitanje da li smatrate da su poremećaji hranjenja opasni i životno ugrožavajući 97,5% ispitanika odgovorilo je potvrdno. To pitanje možemo usporediti sa istraživanjem koje je provedeno u Rosewood Centru za Poremećaje hranjenja u Americi u 2018. godini gdje se 9 od 10 osoba izjasnilo da smatraju da su poremećaji hranjenja opasni, dok 1 od 10 osoba smatra da ti

poremećaji nisu opasni već da je to samo životni stil. Također prema tome istraživanju 43% ispitanika smatra da su poremećaji prehrane vrlo rijetki kod muškaraca te da je to bolest od koje boluju samo žene [23].

Provedenim istraživanjem u kojem je sudjelovalo 158 ispitanika utvrđeni su znanje i stavovi populacije Međimurske županije o poremećajima hranjena. Možemo zaključiti da većina ispitanika zna što su poremećaji hranjenja i koji su uzroci nastanka i koji se simptomi javljaju. Skoro svi ispitanici upoznati su sa time da su poremećaji hranjenja ozbiljna bolest te da mogu ugroziti život i uzrokovati smrt. Unatoč tome što većina ispitanika smatra da se u Međimurskoj županiji ne govori dovoljno o poremećajima hranjena, ispitanici su pokazali zadovoljavajuće znanje o toj temi.

7. Zaključak

Poremećaji hranjenja su ozbiljni zdravstveni problemi koji nadilaze samu prehranu ili brigu o tjelesnom izgledu i težini. Oni odražavaju dublje emocionalne i psihološke poteškoće te zahtijevaju sveobuhvatan pristup u liječenju. Razumijevanje da poremećaji hranjenja nisu samo pitanje volje ili samokontrole, već da na njih djeluje više faktora - bioloških, socijalnih i psiholoških, ključno je za pružanje odgovarajuće podrške i pomoći oboljelima. Prevencija i liječenje ovih poremećaja zahtijevaju multidisciplinarni pristup koji uključuje medicinsku skrb, psihoterapiju te podršku okoline kako bi se osobama omogućilo potpuno ozdravljenje i povratak zdravom načinu života. Poremećaji hranjenja mogu ozbiljno narušiti fizičko zdravlje te negativno utjecati na emocionalno i socijalno stanje osobe. Stoga je ključno prepoznati ove poremećaje kao ozbiljne zdravstvene probleme.

Etiologija nastanka poremećaja hranjenja je složena i višestruka što znači da na nastanak ovih poremećaja može utjecati više faktora. Faktori koji utječu na nastanak poremećaja hranjenja su biološki, psihološki i socijalni. Biološki faktori, poput dobi, spola ili tjelesne težine mogu pridonijeti razvoju poremećaja hranjenja. Psihološki faktori, kao što su nisko samopoštovanje, perfekcionizam, anksioznost i depresija, negativni verbalni komentari na temelju izgleda često su prisutni kod osoba s poremećajima hranjenja. Socijalni pritisci, idealizacija mršavosti i kulturni standardi ljepote mogu dodatno potaknuti razvoj poremećaja hranjenja. Ideali ljepote promovirani kroz medije, pritisak da se postigne određeni tjelesni izgled i društvena očekivanja mogu potaknuti nezdrave prehrambene navike.

Zbog toga što na pojavu poremećaja hranjenja utječe više faktora, kako bi liječenje bilo uspješno, treba mu se pristupiti holistički, uzimajući u obzir sve aspekte osobe – tjelesne, emocionalne i psihološke. Sveobuhvatan pristup liječenju, koji uzima u obzir sve faktore nastanka bolesti, može pomoći u boljem razumijevanju zašto je došlo do bolesti i rješavanju korijena problema te u konačnici dovesti do uspješnog oporavka i prevenciji budućih slučajeva.

Medicinske sestre i tehničari imaju ključnu ulogu u liječenju poremećaja hranjenja jer osim što pružaju medicinsku skrb, pružaju i emocionalnu podršku pacijentima. Kao dio multidisciplinarnog tima, medicinske sestre i tehničari aktivno sudjeluju u procjeni zdravstvenog stanja, edukaciji pacijenata i njihovih obitelji te provođenju individualiziranih planova zdravstvene njege. Oni pomažu u praćenju fizičkih simptoma i prehrambenih navika, pružajući pacijentima sigurnost i podršku u svim fazama oporavka. Uz to, medicinske sestre i tehničari često igraju važnu ulogu u prepoznavanju psiholoških potreba pacijenata, pružajući im empatiju i razumijevanje. Sposobnost

da uspostave povjerenje s pacijentima može značajno doprinijeti motivaciji za oporavak i promjenu nezdravih obrazaca ponašanja.

Zaključak provedenog istraživanja je da je populacija Međimurske županije upoznata sa poremećajima hranjenja, njezinom etiologijom i simptomima. Unatoč visokoj razini znanja, mjesta za napredak uvijek ima i zbog toga bi trebalo kroz dodatne edukacije proširiti svijest o poremećajima hranjenja u populaciji, pogotovo kod adolescenata u čijoj populaciji raste pojavnost poremećaja hranjenja. Svijest o ozbiljnosti poremećaja hranjenja i pružanje razumijevanja i podrške osobama koje se suočavaju s ovim poremećajima može igrati ključnu ulogu u njihovom oporavku i povratku u kvalitetan život te prevenirati buduće slučajeve.

8. Literatura

[1] N. Ambrosi-Randić: Razvoj poremećaja hranjenja, Naklada Slap, Zagreb, 2004.

[2] Z. Yu, V. Muehleman: Eating Disorders and Metabolic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 30;20(3):2446.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767812/> (25.7.2024.)

[3] S.M. Wilksch; A. O'Shea; P. Ho; S.Byrne; T.D. Wade: The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 2020, 53, 96–106.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31797420/> (1.8.2024.) (25.7.2024.)

[4] R. PeebleS; E. H. Sieke: Medical complications of eating disorders in youth. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2019, 28, 593–615.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31443878/> (25.7.2024.)

[5] K.T. Eddy; N. Tabri; J.J. Thomas; H.B. Murray; A. Keshaviah; E. Hastings; K. Edkins; M. Krishna; D.B. Herzog; P.K. Keel; D.L. Franko: Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *J. Clin. Psychiatry* 2017, 78, 184–189.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28002660/> (25.7.2024.)

[6] A. Sanković: Znanja i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici, Završni rad, sveučilište Sjever, Varaždin, 2020.

Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:479738> (20.7.2024.)

[7] D. Marčinko i sur.: Poremećaji hranjenja - od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[8] R. Dalle Grave: Kako pobijediti poremećaje hranjenja, Veble commerce, Zagreb, 2015.

[9] A. Jain; M. Yilanli: *Bulimia Nervosa*, StatPearls Publishing, Treasure Island, 2024.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/#article-74185.s3> (20.7.2024.)

[10] J. Brooks- Gunn: Pubertal processes and girls psychological adaptation, *Biological psychosocial interactions in early adolescence*, br. 2, 1987, str. 123-153

[11] J. Ogden, C. Evans: The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image, *International Journal of Obesity*, br.20, 1996, str. 272-277

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8653150/> (20.7.2024.)

[12] T. Radić: Perfekcionizam i poremećaji hranjenja, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2017.

Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1418?language=en> (20.7.2024.)

[13] J. Čerkez Habek i sur.: Dijetetika, Medicinska naklada, Zagreb 2020.

[14] A. Meštrović, Poremećaji hranjenja, vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći, Zagreb, 2014.

Dostupno na: <http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Edukativna%20bro%C5%A1ura.pdf> (1.8.2024.)

[15] M.Ćuk, J. Rožman : Prevencija poremećaja prehrane, Sestrinski glasnik, br. 26, travanja 2021, str. 50-57

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/373621> (1.8.2024.)

[16] J. Grabić: Zdravstvena njega oboljelih od anoreksije nervoze- prikaz slučaja, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2019.

Dostupno na: <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A676> (20.7.2024.)

[17] V. Vidović: Sadašnje stanje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. Stručni rad, Medix, 2004.

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20253> (1.8.2024.)

[18] I.V. Pehar: Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentnoj dobi, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2016.

Dostupno na: <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A64/datastream/PDF/view> (20.7.2024.)

[19] A. Pozaić: Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2018.

Dostupno na: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A2066> (14.8.2024.)

[20] M. Mahnik-Miloš, Bolničko liječenje anoreksije i bulimije, Zagreb., 2004.

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/31739> (14.8.2024.)

[21] E. Stice, J.M. Gau, P. Rohde, H. Shaw: Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females, J Abnorm Psychol, siječanj 2017. str. 38-51

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215960/> (6.6.2024.)

[22] G. Livazović, I. Mudrinić: Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i ponašanja povezana s poremećajima u prehrani adolescenata, Kriminologija i socijalna integracija, br. 25, 2017. str. 71-89

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/266974> (6.6.2024.)

[23] <https://www.rosewoodbranch.com/new-study-reveals-perception-about-eating-disorders/> (6.6.2024.)

9. Popis grafikona

Grafikon 5.3.1. prikaz rezultata pitanja „Spol:“

Grafikon 5.3.2. prikaz rezultata pitanja „Vaša dob:“

Grafikon 5.3.3. prikaz rezultata na pitanje „Razina završenog obrazovanja:“

Grafikon 5.3.4. prikaz odgovora na pitanje „Mjesto stanovanja?“

Grafikon 5.3.5. prikaz rezultata na pitanje „Jeste li se ikad susreli sa pojmom „poremećaj hranjenja“?“

Grafikon 5.3.6. prikaz rezultata na pitanje „Označite što smatrate da spada u poremećaje hranjenja:“

Grafikon 5.3.7. prikaz odgovora na pitanje „Jeste li se tijekom života susreli s osobom kojoj je dijagnosticiran poremećaj hranjenja?“

Grafikon 5.3.8 prikaz odgovora na pitanje „Jeste li ikad pri susretu s osobom koja boluje od poremećaja hranjenja imali predrasude?“

Grafikon 5.3.9. prikaz odgovora na pitanje „Označite koji od sljedećih pojmova smatrate da utječe na nastanak poremećaja hranjenja:“

Grafikon 5.3.10. prikaz odgovora na pitanje „Označite kako biste prepoznali da netko boluje od poremećaja hranjenja“

Grafikon 5.3.11. Prikaz odgovora na pitanje „Razlika između bulimije i anoreksije je ta što pojedinci koji boluju od bulimije mogu imati normalnu tjelesnu masu, dok je kod anoreksije tjelesna masa značajno ispod prosječne.“

Grafikon 5.3.12. Prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da od poremećaja hranjenja oboljevaju isključivo žene?“

Grafikon 5.3.13. prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da je kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja smanjena radna sposobnost?“

Grafikon 5.3.14. prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da se u zajednici u kojoj živite dovoljno govori o poremećajima hranjenja?“

Grafikon 5.3.15. prikaz odgovora na pitanje „Smatrate li da su poremećaji hranjenja opasni i životno ugrožavajući?“

Grafikon 5.3.16. prikaz odgovora na pitanje „Da li bi ukazali osobi sa poremećajem hranjenja da se obrati za pomoć?“

Grafikon 5.3.17. prikaz odgovora na pitanje „Kome bi ste se obratili u slučaju da primijetite simptome poremećaja hranjenja kod Vas ili Vama bliskih osoba?“

10. Prilog- upitnik

1. Spol:

Muško

Žensko

2. Dob:

<18

18-25

26-35

36-45

>45

3. Razina završenog obrazovanja:

završena osnovna škola

završena srednja škola

završen preddiplomski studij

završen magistarski ili doktorski studij

4. Mjesto stanovanja?

selo

grad

5. Jeste li se ikad susreli sa pojmom "poremećaj hranjenja"?

Da

Ne

6. Označite što smatrate da spada u poremećaje hranjenja:

anoreksija nervoza

bulimija nervoza

pretilost

pothranjenost

poremećaji hranjenja, neodređeni

7. Jeste li se tijekom života susreli s osobom kojoj je dijagnosticiran poremećaj hranjenja?
Da
Ne
8. Jeste li ikad pri susretu s osobom koja boluje od poremećaja hranjenja imali predrasude?
Da
Ne
9. Označite koji od sljedećih pojmova smatrate da utječe na nastanak poremećaja hranjenja:
spol
mediji
manjak samokontrole
manjak samopoštovanja
kulturološko poticanje mršavosti
dob
predodžba o vlastitom tijelu
perfekcionizam
anksioznost
negativni verbalni komentari na temelju izgleda
dijeta
10. Označite kako biste prepoznali da netko boluje od poremećaja hranjenja:
gubitak kilograma
gubitak menstruacije
brojanje kalorija i neprestano vaganje
odbijanje hrane
promjene raspoloženja
anksioznost
upotreba laksativa
povraćanje
prejedaње

11. Razlika između bulimije i anoreksije je ta što pojedinci koji boluju od bulimije mogu imati normalnu tjelesnu masu, dok je kod anoreksije tjelesna masa značajno ispod prosječne.

Točno

Netočno

12. Smatrate li da je kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja smanjena radna sposobnost?

Da

Ne

13. Smatrate li da od poremećaja hranjenja oboljevaju isključivo žene?

Da

Ne

14. Smatrate li da se u zajednici u kojoj živite dovoljno govori o poremećajima hranjenja?

Da

Ne

15. Smatrate li da su poremećaji hranjenja opasni i životno ugrožavajući?

Da

Ne

16. Da li bi ukazali osobi sa poremećajem hranjenja da se obrati za pomoć?

Da

Ne

17. Kome bi ste se obratili u slučaju da primijetite simptome poremećaja hranjenja kod Vas ili Vama bliskih osoba?

Liječnik opće medicine

Medicinska sestra

Nutricionist

Psiholog

Ostalo

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, HELENA FLINČEC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POREMECAN Hranjenja - Znanje i stavovi (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Helena Flinčec
(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.