

Prevenција poremećaja prehrane

Mačković, Sara

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:678372>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-18**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet
2016/2017

Diplomski rad
Prevenција poremećaja prehrane u Hrvatskoj

Sara Mačković

Zagreb, svibanj, 2017.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

2016/2017

Diplomski rad

Prevenција poremećaja prehrane u Hrvatskoj

Sara Mačković

Prof.dr.sc. Marija Lebedina Manzoni

Dr.sc. Miranda Novak

Zagreb, svibanj, 2017.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad Prevenција poremećaja prehrane u Hrvatskoj i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popis literature.

Sara Mačković

Zagreb, svibanj, 2017.

Sažetak rada

Naziv rada: Prevencija poremećaja prehrane u Hrvatskoj

Mentor: Prof.dr.sc. Marija Lebedina Manzoni

Komentor: Dr.sc. Miranda Novak

Student: Sara Mačković

Smjer: Socijalna pedagogija

Modul: Djeca i mladi

U preglednom radu *Prevencija poremećaja prehrane u Hrvatskoj* se govori o preventivnim mjerama, akcijama i programima poremećaja prehrane koji se provode u Hrvatskoj, ali i u svijetu i Europi.

Poremećaji prehrane su poremećaji s najvećom stopom smrtnosti – 4%, a najčešće se pojavljuju među adolescenticama. Sve je veći utjecaj medija i zapadne kulture koji nameću gotovo nedostižne i nerealne ideale ljepote, a koje mlade djevojke i žene nastoje dostići. Na putu prema tom cilju nerijetko posežu za raznim oblicima ponašanja poput provedenja dijeta, izgladnjivanja te dolazi do rasta nezadovoljstva tjelesnim izgledom i smanjenja samopoštovanja i samopouzdanja. Zbog toga, ali i mnogih drugih razloga, važno je provoditi učinkovite i znanstveno utemeljene preventivne programe. U Hrvatskoj je potrebno podizati svijest na najvišim nivoima (vlada, Ministarstva) o poremećajima prehrane kako bi se stvorili temelji za djelovanje – zakoni, propisi, strategije. Postoje inicijative stručnjaka i nevladinih organizacija, ali nužno je ozbiljnije posvećivanje države ovom problemu. U radu su, uz domaće, dani pregledi i stranih literatura koje opisuju mnoge smjernice, akcije i konkretne preventivne programe poremećaja prehrane. U skladu s tim, napisane su i smjernice za Hrvatsku kako bi se ovo područje razvijalo i usmjeravalo.

Na kraju, u radu su, kroz kritičan osvrt, prikazane prepreke preventivnom djelovanju i područja rada kako bi se ostvarilo isto te se nastojalo ukazati na povezanost socijalne pedagogije s poremećajima prehrane.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, prevencija, Hrvatska, učinkoviti programi

Summary

The main points of the thesis essay „Prevention of Eating Disorders in Croatia“ are preventive measures, eating disorder projects and programs which are conducted in Croatia, but also Europe and around the world.

Eating disorders are disorders with the highest mortality rate – 4%, and they are most common among adolescent girls. The influence of media and western culture that impose unattainable and unreal ideals of beauty which young girls and women are trying to achieve, is growing. In the process of achieving this they oftentimes resort to different forms of behavior such as conducting diets, starvation and growing dissatisfaction with own physical appearance, lack of self-esteem and confidence eventually occurs. Because of this and other reasons it is important to conduct efficient and scientifically based preventive programs. In Croatia it is required to raise awareness at the highest levels of authority (Government and State offices) about eating disorders to create the base actions – laws, regulations and strategies. There are initiatives by experts and non-governmental organizations, but more serious attention to this problem is required from the state. This thesis contains domestic and foreign literature that provide many guidelines, projects and concrete eating disorder preventive programs.

In accordance, guidelines for Croatia are provided in order to further develop and direct this work. In conclusion, the thesis essay contains critical evaluation of obstacles to preventive activity in the field of work in order to indicate the connection of social pedagogy with eating disorders.

Key words: eating disorders, prevention, Croatia, programmes

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Definicije, prevalencija i incidencija.....	3
2.1. Definicije	3
2.2. Prevalencija i incidencija.....	4
3. Etiologija	6
3.1. Biološki čimbenici.....	7
3.2. Psihološki čimbenici.....	8
3.3. Sociokulturni čimbenici.....	10
3.4. Ostali čimbenici rizika i zaštite	13
4. Mjere –preventivne i reaktivne	17
4.1. Preventivne mjere	17
4.1.1. Preventivne mjere u Hrvatskoj.....	21
4.1.2. Preventivne mjere u svijetu i Europi.....	24
4.1.3. Općenito o preventivnim programima	27
4.2. Reaktivne mjere.....	29
4.2.1. Liječenje u Hrvatskoj	30
4.2.2. Liječenje u svijetu i Europi	32
4.3. Kako poboljšati prevenciju i liječenje u Hrvatskoj?.....	33
5. Kritički osvrt i povezanost sa socijalnom pedagogijom.....	36
5.1. Problemi.....	36
5.2. Nedostatak zaštitnih čimbenika	37
5.3. Fokus na pretilima –stereotipi i predrasude.....	37
5.4. Preventivno djelovanje u školama	38
5.3. Prevencija poremećaja prehrane u kontekstu socijalne pedagogije.....	39
6. Zaključak	39
7. Literatura	41

1. Uvod

„U većini razvijenih zemalja djevojke su vrlo svjesne izgleda svoga tijela i tjelesne težine te namjerno ulažu golem napor kako bi utjecale na njegov oblik, često kroz vrlo oštre restriktivne dijetete. Ovakvi stavovi i ponašanja danas su sve rašireniji, a obično se nazivaju kultom mršavosti. U razvijenim zemljama Zapada postoji jasna povezanost između kulta mršavog tijela, koji je općeprihvaćen, i raširenosti poremećaja u hranjenju. Živjeti u društvu u kojem se glorificiraju mršavost i vitkost kao najznačajnije vrijednosti, dok se debljina smatra abnormalnom i odstupajućom, svakako povećava rizik od nastanka poremećaja u hranjenju, posebno kod žena.“ (Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević; 2004, str 67.)

Postoji li u današnjem svijetu svjesnost o problematici poremećaja prehrane ili možda još uže, postoji li svjesnost u Hrvatskoj? Koliko često se govori o poremećajima prehrane, bilo u medicinskom, psihološkom ili nekom drugom kontekstu? Mediji često spominju pretilost i problem s prekomjernom težinom, ali anoreksija, bulimija i drugi poremećaji prehrane, nisu toliko „pod svjetlima reflektora“. Trendovi konfekcijskih brojeva 34 (XS) i 36 (S)¹, promoviranje „zdravog života“ koji se bazira na kontinuiranom brojanju, trošenju i minimalnom unosu kalorija su nerijetko promovirani kroz razne medije te predstavljani kao nešto normalno i iznad svega poželjno. Djeca i adolescenti su ovdje izdvojeni kao posebne dobne skupine koje su zbog raznih obilježja životnih perioda u kojima se nalaze (izgradnja identiteta, želja za pripadanjem, samopoštovanje i sl.) u povećanom riziku oboljenja od poremećaja prehrane. Vidović (2009) navodi kako se sve češće viđaju djeca oba spola s ranim nastupom poremećaja jedenja te da je kod incidencije dječje anoreksije poslije devedesetih godina prošlog stoljeća zabilježen nagli porast djece koja su dovedena na liječenje. Uz faktor dobi, važno je spomenuti i spol jer ista autorica kaže kako postoje mišljenja da od subkliničkog oblika anoreksije boluje **80% ženske populacije u cijelom svijetu** kada bi se taj oblik definirao kao zaokupljenost prehranom, veličinom i oblikom tijela te dijetama, pod pritiskom da se očuva vitkost i zdravlje. Iako i muškarci iskazuju simptome poremećaja prehrane, činjenica je da žene čine čak 90% oboljelih te se kao uzrok toga spominju razni čimbenici poput nepovoljnih socioekonomskih prilika, društvenih očekivanja kako u prošlosti tako i danas (Meštrović,

¹ XS – extra small, S- small; europski standardizirani konfekcijski brojevi

2014). Gledajući ove brojke, postaje jasno o koliko tisuća, pa i milijuna osoba je riječ i nekako problem postaje stvaran i realan.

Jurčić (2004) govori da je u posljednjih dvadeset godina povećana incidencija i prevalencija poremećaja prehrane u populaciji i da zahvaćaju sve socijalne slojeve, etničke skupine i geografska područja te da je svako godišnje povećanje hospitaliziranih pacijenata uočeno i u Hrvatskoj. Ne bi li ovakvi podaci trebali biti alarm i/ili poticaj za djelovanjem na području poremećaja prehrane, kako reaktivnim, tako i iznad svega preventivnim? Ono što u Hrvatskoj postoji jesu inicijative i naponi pojedinaca, ali pored toga je potrebno kreiranje nacionalne strategije i propisa na nivou države kao univerzalnih standarda i zakonskih uredaba.

Kada je riječ o poremećajima prehrane, nameće se pitanje njihovog porijekla te kako i zašto su toliko rasprostranjeni, tj. zašto toliki broj ljudi podliježe vanjskom pritisku i nametnutim idealima ljepote i izgleda? Pokrajac-Bulian, Stubbs i Ambrosi-Randić (2004, str 91.) kažu: „...nezadovoljstvo vlastitim tijelom toliko je učestalo kod djevojaka u ne kliničkoj populaciji da predstavlja gotovo *normativno zadovoljstvo*“. Riječ normativ se definira kao ono što određuje normu², drugim riječima ono što „diktira“ normu, a u ovom kontekstu bi značilo da mlada djevojka danas mora biti nezadovoljna svojim tijelom i iskazivati to nezadovoljstvo jer je to nešto što je „diktirano“. Kada bismo se odmaknuli od kliničke populacije i broja evidentiranih osoba oboljelih od poremećaja prehrane i dalje postoji snažno nezadovoljstvo i opterećenost vlastitim izgledom te slikom tijela među velikim dijelom opće populacije. Slika tijela (engl. *body image*) se definira kao višedimenzionalni konstrukt koji se odnosi na tjelesno samopoimanje i subjektivnu samoevaluaciju vlastitog tjelesnog izgleda (Meermann i Vandereycken, 1988; prema Ciprić, 2016). Mnogi autori navode kako ona utječe na percepciju, evaluaciju izgleda i na ponašanje kao i na stavove, misli i osjećaje osobe vezane uz vlastito tijelo (Rosen, 1992; Pokrajac-Bulian i Kandre, 1999/2000; prema Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević i Vukmanović, 2005; Erceg-Jugović, 2015).

Temelj **nezadovoljstva vlastitom slikom tijela** je diskrepanca između percipiranog i idealnog ja koje može dolaziti iz unutrašnjeg ideala ili nametnutog od strane društva (Furnham i Greaves, 1994; prema Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević i Vukmanović, 2005). Idealno ja se često nameće od strane društva i putem medija te je nerijetko nedostižno. Izgladnjeli manekeni/ke u svijetu mode ili popularne *reality* zvijezde, doktori u televizijskim emisijama koji promoviraju razne „zdrave“ dijete i super hranu postavljaju već spomenute norme izgleda koje se djevojčice

² <http://www.hrleksikon.info/definicija/normativ.html>

i mlade djevojke trude (ne)uspješno doći. Današnja realnost jest izloženost stalnom izvoru informacija od strane medija i interneta, koji nameću kult mršavosti i dijeta te brišu spolnu diferencijaciju i atribute ženstvenosti (Meštrović, 2014). Pretjerano naglašavanje vitkosti i negativno stereotipiziranje pretilih osoba, može rezultirati jakim osjećajem nezadovoljstva tijelom i zabrinutošću tjelesnom težinom, posebno u žena. Socijalna poželjnost mršavog ženskog tijela s bujnim poprsjem, čvrstim, ali ne izrazito mišićavim te s druge strane mišićavo muško tijelo širokih ramena, ravnog trbuha i uskog struka i bokova raste i predstavlja ideal ženskog, tj. muškog tjelesnog izgleda današnjice (Levine i Smolak, 2002; Tiggemann, 2011; prema Erceg-Jugović, 2015). Međutim, kao da ne postoji dovoljna svjesnosti da se nametanjem takvih standardiziranih ideala odmičemo od prirodne fiziologije i činjenice kako je svatko rođen s jedinstvenim izgledom. Ovo nastojanje se može usporediti s pokušajima „stavljanja svih u isti okvir“. Nezadovoljstvo tijelom dovodi do negativnih stavova prema hranjenju, zabrinutosti težinom i držanjem dijeta. Sve navedeno naposljetku može dovesti do poremećaja prehrane (Lake, Staiger i Glowski, 1999; prema Pokrajac-Bulian, Mohorić, 2007). Iste autorice navode šokantne podatke kako u razvijenim zemljama zapada 50-80% djevojaka želi biti mršavije, a njih 20-60% provodi neki oblik dijete (Levine i Smolak, 2002).

Pitanja koja se otvaraju su razna – što su poremećaji prehrane i koji sve oblici spadaju pod taj naziv? Koji su uzroci poremećaja prehrane? Mogu li se oni prevenirati ili umanjiti kako ne bi došlo do poremećaja? Jesu li poremećaji prehrane uzrok ili posljedica drugih poremećaja? Kako utjecati na ovaj rastući problem da bi se posljedično u budućnosti smanjila progresija? Kako prevenirati njihove posljedice? Sve spomenuto, a i još razne druge spoznaje i činjenice koje će biti navedene u radu, upućuje na novi, ozbiljan pogled i potrebu za aktivizmom na području poremećaja prehrane. U skladu s tim, ciljevi ovog rada su dati pregled informacija općenito o poremećajima prehrane i uvid u preventivne mjere u Hrvatskoj. Isto tako, ovim radom se želi iznijeti kritički osvrt na spoznaje i mjere koje se poduzimaju te podići svijest o potrebi kontinuiranog rada na ovom području.

2. Definicije, prevalencija i incidencija

2.1. Definicije

Postoje razne definicije poremećaja prehrane (ili se još i nazivaju poremećaji hranjenja) s različitim aspektima – medicinski, psihološki, sociološki i dr. Sambol i Cikač (2015) definiraju

poremećaje prehrane kao trajan poremećaj odnosa prema jelu te slici o izgledu tijela koji ima kao posljedicu poremećen unos hrane i znatno oštećenje fizičkog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja. Druga definicija pak govori kako se sam pojam odnosi na psihološki poremećaj koji uključuje velika odstupanja u navikama hranjenja, a najdramatičniji oblici su izgladnjivanje, krute dijete, prejedanje, purgativno ponašanje – samoizazvano povraćanje i dr. (Pokrajac-Bulian, 1998). Korotaj, Vlašić-Cicvarić, Knez, Peršić (2008) navode da su poremećaji prehrane skupina psihičkih poremećaja kojima je zajednička preokupacija hranom, a za posljedicu dovode do ozbiljnog ugrožavanja zdravlja.

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema – MKB 10 (2012) pod poremećaje prehrane spadaju anoreksija nervoza, atipična anoreksija nervoza, bulimija nervoza, atipična bulimija nervoza, pretjerano jedenje udruženo s ostalim psihološkim poremećajima, povraćanje udruženo s ostalim psihološkim poremećajima te ostali i nespecifirani poremećaji prehrane. DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013) u poremećaje prehrane klasificira anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaje prejedanja te ostale nespecifične smetnje hranjenja i jedenja – atipična anoreksija nervoza, atipična bulimija nervoza, purgativni poremećaji te sindrom noćnog hranjenja i nespecifirani poremećaji. Da bi se osobi postavila dijagnoza poremećaja prehrane potrebno je zadovoljiti kriterije opisane u DSM V, odnosno MKB 10 klasifikaciji. Dakle, postoje razne definicije, podjele i kriteriji poremećaja prehrane, ali Knez, Pokrajac-Bulian i Perišić (2008) navode da upotreba striktnih kriterija tijekom postavljanja dijagnoze može onemogućiti da se poremećaji prehrane prepoznaju u ranoj fazi i dok su u subkliničkim oblicima.

2.2. Prevalencija i incidencija

Pokrajac-Bulian, Mohorić i Đurović (2007) govore kako 1-2% adolescentica i mladih žena u razvijenim zemljama svijeta boluje od anoreksije ili bulimije nervoze te da se poremećaj razvija u dobi između 12 i 25 godina. Iste autorice navode podatke iz **svijeta i Europe** i rezultate različitih istraživanja pokazuju kako u Španjolskoj 0,1% do 3% mladih između 14 i 24 godine ima neki *poremećaj* u prehrani (Rodriguez-Cano, Beato -Fernandez i Belmonte-Llario, 2005), te također kako u Norveškoj 7000 adolescenata – više od 40% djevojaka i 25% mladića iskazuje neke od *simptoma poremećaja* prehrane što je ostalo nepromijenjeno i nakon 2 godine praćenja. Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević (2004) prikazuju rezultate istraživanja u Velikoj Britaniji koji pokazuju da 60% djevojaka između 17 i 18 godina pokušava promijeniti *oblik i težinu* tijela zbog osjećaja debljine (Crisp, Regulation of the self in adolescence with particular reference

to anorexia nervosa, 1985). Dalje, 95% Amerikanki smatra da je *držanje dijeta* normalno jedenje (Polivy i Herman, 1987; prema Furnham i Greaves, 1994), a 85% japanskih djevojaka normalne težine žele biti mršavije dok je 45% onih koje imaju 10-20% ispodprosječnu težinu (Tokyo i Svematsu, 1985; prema Muhai, Crago i Shisslak, 1994; sve prema Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, Vukmanović i Forbes, 2005). U Sjedinjenim Američkim Državama 20 milijuna žena i 10 milijuna muškaraca ima *klinički značajan poremećaj prehrane* nekada u svom životu (Wade, Keski-Rakhonen & Hudson, 2011).

Knez, Pokrajac-Bulian i Perišić (2008) prikazuju niz istraživanja vezanih uz incidenciju i prevalenciju pa tako rezultati istraživanja u Kanadi u kojemu su sudjelovale djevojke između 9 i 13 godina pokazuju kako je 14,7% djevojaka prijavilo *problematičnost u hranjenju* u prošlom mjesecu (Colton, Olmsted i Rodin, 2007). Nadalje, istraživanje u Norveškoj u kojemu su sudjelovali mladići i djevojke između 14 i 15 godina pokazuje kako je cjelogodišnja *incidencija poremećaja prehrane* kod djevojaka 17,9%, a kod mladića 6,5% ; dok istraživanje u Njemačkoj provedeno na uzorku djece i mladih od 11 do 17 godina pokazuje kako 21,9% ispitanika pokazuje *simptome poremećaja prehrane* (Holling, Schlack; 2007). Istraživanje u Izraelu pokazuje da 20,8% djevojaka i 5% mladića iskazuje *odstupajuće navike hranjenja* (Maor, Sayag, Dahan, Hermoni; 2006); a u Italiji rezultati pokazuju da 9,4% djevojaka i mladića između 12 i 14 godina iskazuje *parcijalni sindrom poremećaja prehrane* (Zini, Siani, Sandri, Soardo, Siciliani; 2007). Što se tiče muškaraca s poremećajima prehrane, DeAngelis (1997; prema Crosscope-Happel, 1999) govori kako nema pouzdanih studija o prevalenciji, ali kliničke procjene govore da je 1 od 10 pacijenata muškarac. Talić (2013) navodi kako je ukupna incidencija anoreksije nervoze u svijetu 8 na 100 000 osoba godišnje, a bulimije 12 na 100 000 (Hoeken, Seidell i Hoek, 2003). Iako se sva ova istraživanja ne fokusiraju na isto – neka govore o simptomima poremećaja, neka o samim poremećajima, a neka o rizičnim čimbenicima poremećaja prehrane, navedeni podaci iz svijeta i Europe govore o raširenosti i sveobuhvatnosti poremećaja prehrane te upozoravaju na težinu problema.

U **Hrvatskoj** procjene govore kako, prema evidencijama, između 35 000-45 000 osoba boluje od poremećaja prehrane (Sambol i Cikač; 2015). Rezultati istraživanja provedenog na uzorku srednjoškolaca pokazuju kako 50% djevojaka i 16% mladića provodi dijetu, a 49% vjeruje da je njihova idealna tjelesna težine manja od sadašnje (Rukavina, 2002; prema Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, 2004). Drugo istraživanje provedeno u nekoliko srednjih škola pokazuje kako 7,7% djevojaka i 0,5% mladića ukazuje na *odstupanje u navikama hranjenja* te da je 35,6 % djevojaka *nezadovoljno* ili jako nezadovoljno težinom, a 19,4% izgledom, dok je 19,4%

mladića nezadovoljno ili jako nezadovoljno težinom i njih 0,8% je nezadovoljno izgledom (Pokrajac-Bulian, Mohorić, Đurović, 2007). Colić (2013) je provela istraživanje u Zadru na studentima i učenicima srednjih škola te rezultati pokazuju kako je 72% studenata i 61% učenika srednjih škola *provodilo dijetu* za vrijeme istraživanja (minimalnu, umjerenu ili ekstremnu). Također, istraživanje u kojemu su sudjelovale učenice prvih i četvrtih razreda srednje škole (14-15 i 18-19 godina) je pokazalo kako su učenice s normalnim indeksom tjelesne mase najnezadovoljnije, dok su ozbiljno pothranjene djevojke značajno zadovoljnije i manje anksiozne u vezi izgleda (Pokrajac-Bulian, Stubbs, Ambrosi-Randić, 2004). Knez i sur. u svojem istraživanju dobivaju rezultate koji govore kako 6% mladića iskazuje *odstupajuće navike hranjenja* (Knez, Pokrajac-Bulian, Peršić, 2008). Potrebno je razlučiti kako se sva ova istraživanja ne odnose isključivo na poremećaje prehrane, ali uključuju rizične čimbenike poput nezadovoljstva vlastitim izgledom, provođenje dijeta i odstupajuće navike hranjenja.

Isto tako, Rukavina (2002; prema Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, Calugi i Grave, 2006) navodi da je prevalencija provođenja dijeta kako bi se reducirala tjelesna težina u osnovnim školama u Hrvatskoj 8,2 % u 5.razredu, a 28,6% u 8.razredu. U srednjim školama je brojka znatno veća, te je 49,6% djevojaka provodilo dijetu tokom prethodne godine.

Ako bi se poremećaje prehrane uspoređivalo s drugim poremećajima mentalnog zdravlja oni ne bi pripadali među najučestalije, ali stopa smrtnosti je od 4% do 18% (Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, 2004). Podaci o prevalenciji i incidenciji u Hrvatskoj također upućuju na ozbiljnost poremećaja te njihovu raširenost i sve veći kontinuirani porast. U skladu s tim nužno je djelovati na poznate predisponirajuće čimbenike, ali i otkrivati nove.

3. Etiologija

Kako je spomenuto, brojke pokazuju ozbiljnost poremećaja prehrane te upućuju na djelovanje. Istraživanjem literature i dosadašnjih spoznaja većina autora se slaže kako kod nastanka poremećaja prehrane nije lako jednostavno razlučiti ili otkriti uzroke te da nije riječ o individualnim čimbenicima već o kombinaciji i interakciji različitih bioloških, psiholoških i sociokulturnih predisponirajućih čimbenika. Općenito govoreći, adolescentice koje su okupirane mršavim izgledom te sociokulturnim pritiscima se smatraju rizičnom skupinom za nastanak poremećaja prehrane (McKnight, 2003; prema Stice, Marti i Durant, 2011). Kako je

već u uvodu spomenuto, valjano je krenuti od (ne)zadovoljstva osobe vlastitim tijelom i izgledom te kako to (ne)zadovoljstvo utječe na nastanak poremećaja prehrane.

3.1. Biološki čimbenici

Različiti izvori i autori navode postojanje genetske povezanosti kod poremećaja prehrane, pa tako Ryle (1936; prema Dalle Grave, 1996; prema Ambrosi-Randić, 2004) spominje analizu 51 slučaja anoreksije nervoze gdje je ustanovljeno da postoji veća učestalost među članovima obitelji u odnosu na prosjek. Ista autorice napominje kako je očito da genetski prijenos postoji, ali da još uvijek nije jasno što se točno prenosi. Neka istraživanja govore i o češćoj pojavi poremećaja kod monozigotnih nego li kod dvozigotnih blizanaca (Dodig-Ćurković, 2013). Kada se govori o biološkim čimbenicima, prije svega treba usmjeriti pozornost na **razvojne utjecaje** u pubertetskom periodu. Poznato je kako je vrijeme puberteta samo po sebi prijelazno razdoblje iz djeteta u odraslu osobu te je obilježeno raznim dinamičnim i emocionalno jakim procesima poput oblikovanja i razvoja identiteta, otkrivanje spolnosti, emocionalne nestabilnosti itd. Osobito važno za nastanak poremećaja u prehrani s *biološke perspektive*, jest činjenica da se tijelo znatno mijenja – kod djevojaka rastu grudi, dobivaju na tjelesnoj masi (bokovi, stražnjica...), a mladići rastu u visinu, šire im se ramena, i sl. Tijekom djetinjstva spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom skoro pa i ne postoje, ali ulaskom u pubertet navedene tjelesne promjene različito utječu na sliku tijela kod mladića i djevojaka (McCabe i Ricciardelli, 2004; prema Erceg-Jugović, 2015). Djevojke su generalno nezadovoljnije te učestalije obolijevaju od poremećaja u prehrani nego li dječaci jer se ulaskom u pubertet i fizičkim promjenama odmiču od ideala tijela, a kod mladića je situacija nešto drugačija jer oni u pubertetskom periodu naginju ka idealu muškog tijela – rastu u visinu, dobivaju na masi, vrat im se širi i sl. Kada se odvija taj normalan biološki proces kod djevojaka zbog spomenutog odmicanja od ideala tijela on dovodi do nezadovoljstva vlastitom slikom tijela (Pokrajac-Bulian, Stubbs, Ambrosi-Randić, 2004). Stice, Marti i Durant (2011) navode model dvostrukog puta koji vodi do poremećaja prehrane te ga opisuju na slijedeći način - s jedne strane postoji pritisak obitelji, vršnjaka i medija za postizanjem mršavog tjelesnog izgleda, a s druge strane dolazi do internalizacije ideala mršavosti. To dvoje zajedno rezultira nezadovoljstvom tjelesnim izgledom. Isti autori navode rezultate istraživanja koji

pokazuju kako je nezadovoljstvo tjelesnim izgledom najsnažniji prediktor rizika (kod 24% djevojaka) za početak bilo kojeg poremećaja prehrane te da su uz nezadovoljstvo izgledom snažan rizični čimbenik i simptomi depresije. U više od 90% slučajeva poremećaj u prehrani se javlja kod žena, a 5-10% od ukupnog broja oboljelih čine muškarci (Pehar, 2016). Međutim, kada već dođe do poremećaja prehrane, muškarce je izrazito sram priznati i tražiti pomoć jer misle da je riječ o anomaliji (O'Hehin, 1999; prema Crosscope-Happel, 1999) te su čak u nekim istraživanjima studenti lagali da boluju od depresije i da je smanjena težina jedna od posljedica. Kada se govori o spolu kao čimbeniku rizika, Faccio (1999; prema Ambrosi-Randić, 2004) navodi dokaze *prirodne spolne selekcije* – žene lakše podnose neuzimanje hrane od muškaraca, postoji tipično ženska tendencija akumuliranja masnoće u tkivu koja im dopušta suočavanje s izvanrednim životnim događajima, pubertetski razvoj mnogo je kompliciraniji kod djevojaka nego li mladića te žene pokazuju posebnu predispoziciju za razvoj endogene depresije (poremećaji prehrane mogu biti oblik depresivnog poremećaja). Osim navedenog rizika puberteta, poremećaji prehrane mogu nastupiti već i u djetinjstvu, u obliku infantilne anoreksije (Grgurić, 2004). Dakle, kada je riječ o biološkim čimbenicima jasno je kako postoje **genetski čimbenici** koji utječu, ali iz dosadašnjih spoznaja nije sigurno koji su to i na koji način se utjecaj ostvaruje. Najveća važnost u ovoj skupini čimbenika se pridaje prije svega **spolu**, odnosno u mnogo većem riziku su žene radi raznih razloga koji su se navodi, i **dob**, tj vrijeme puberteta i adolescencije u kojemu dijete postaje mlada osoba te na tom putu nailazi na mnogo promjena koje mogu označavati rizični čimbenik.

3.2. Psihološki čimbenici

U vrijeme puberteta djevojke vlastitu vrijednost vide u terminima izgleda te to razdoblje predstavlja veliki stres i povećanje nesigurnosti i nižeg samopoštovanje. Slika tijela ima snažnu ulogu u pojačavanju patologije hranjenja (Pokrajac-Bulian, 1998). Također, ista autorica govori kako ovo razdoblje dovodi do nezadovoljstva tijelom te da osobe s poremećajima u prehrani imaju **nerealnu percepciju** vlastitog tijela te ga smatraju pretjerano krupnim i zaokruženim, debelim i neproporcionalnih dimenzija. Erceg-Jugović (2015) navodi da kod nezadovoljstva tijelom razlikujemo 4 glavna pristupa (Thompson, 1992): *1. Pristup socijalne usporedbe* – veći rizik od nezadovoljstva vlastitim izgledom ima osoba koja svoj izgled često uspoređuje sa

izgledom drugih osoba, 2. *Pristup sociokulturnog pritiska* – tisak, razni mediji su izvor snažnih poruka o tome koje su tjelesne karakteristike prihvatljive i poželjne, 3. *Razvojni pristup* – nezadovoljstvo tijelom se razvija u vrijeme pubertalnog sazrijevanja, 4. *Pristup negativnog verbalnog komentara* – izloženost zadirkivanju u obliku negativnih komentara vezanih uz tjelesni izgled je povezana s nezadovoljstvom tijelom, poremećajima u prehrani i narušenim općim psihološkim funkcioniranjem (Cattain i Thompson, 1994). Ista autorica navodi kako djevojčice već u dobi od 5 godina iskazuju nezadovoljstvo vlastitim tijelom (Davison, Markey i Birch, 2000; Smolak, 2004) te da to nezadovoljstvo kod djevojaka raste s dobi. 40-60% djevojčica u osnovnim škola između 6 i 12 godina su zabrinute da su predebele, a ta zabrinutost se nastavlja cijeloga života (Smolak, 2011). Kako bi djevojke popravile nezadovoljstvo i vlastitu sliku tijela, počinju mijenjati navike hranjenja te provoditi dijete (Ambrosi-Randić, 2004). Mladići, iako u znatno manjem broju i obimu, također iskazuju nezadovoljstvo zbog promjena koje nastaju u pubertetu i raznih psihosocijalnih problema (Smolak, Levine i Thompson, 2001; prema Erceg-Jugović, 2015), ali razna istraživanja upućuju na to da se njihovo nezadovoljstvo tijelom smanjuje s dobi (Bearman, Presnell, Martinez i Stice, 2006; Fortes, Conti, Almeida i Ferreira, 2013; Jones, 2004; Levine i Smolak, 2002; O'Dea i Abraham, 1999; prema Erceg -Jugović, 2015). Pokrajac-Bulian (1998) navodi kako nezadovoljstvo tijelom postaje patološko ako se javlja paralelno s problemom iz nekog drugog područja – npr. osjećaj neefikasnosti, nekompetentnosti (Johnson i Connors, 1987). Tako su među ženama s dijagnosticiranim poremećajem u prehrani percepcija tjelesne težine i zadovoljstva tijelom narušene u većoj mjeri kod onih sa **niskim samopoštovanjem** (Pehar, 2016). Samopoštovanje je područje koje je vrlo usko povezano s raznim poremećajima, pa je tako i s poremećajima prehrane te je važno izdvojiti taj psihološki čimbenik. Ambrosi-Randić (2004) navodi kako žene u tom području imaju više problema jer je samopoštovanje kod njih povezano uz vanjske faktore (npr. tjelesni izgled) , a ne internalizirani proces te da je ono usko povezano sa zadovoljstvom tijelom ili tjelesnim samopoštovanjem (Cash, Winstead i Janda, 1986), ali je i važan čimbenik u predispoziciji za razvoj poremećaja prehrane (Shisslak i Crago, 1987). Uz samopoštovanje često vezemo i **samopoiimanje**, a Cooley (1912; prema Lacković-Grgin, 1994; prema Lebedina-Manzoni, 2007) govori da osoba sliku o sebi izgrađuje u ovisnosti o tome kako je vide drugi ljudi – pojam socijalnog ogledala. Stoga nije čudno da u 21. stoljeću osobe često imaju loše i iskrivljene slike o sebi kada društvo

koje ih okružuje sudi njihov izgled prema nametnutim normama koje je vrlo teško ili nemoguće postizati.

Sumirajući psihološke čimbenike, može se izdvojiti razne pojmove poput **samopoštovanja, samopouzdanja, vrijednosti i stavova** koji utječu na (ne) zadovoljstvo tijelom i vlastitim izgledom, a koji nadalje utječu na razne druge čimbenike u razvoju poremećaja prehrane.

3.3. Sociokulturni čimbenici

a) Interpersonalni

Obitelj je temeljna socijalna zajednica i mjesto gdje osoba usvaja i prihvaća razna pravila, norme, načine razmišljanja i pogleda na svijet koji ju okružuje. U ovoj primarnoj zajednici roditelji igraju veliku ulogu i u pogledu toga kako će dijete gledati na svoj izgled i tijelo te na njegovo (ne)zadovoljstvo istim. Ideali ljepote koji su često nametnuti od strane društva mogu se isticati i u krugu obitelji te na taj način pojedinac doživljava dodatan pritisak kako bi dostizao te ideale (Pokrajac-Bulian, Stubbs, Ambrosi-Randić, 2004). Iste autorice navode kako postoji povezanost značenja koje roditelji daju vlastitom izgledu i mršavosti te nezadovoljstva tijelom kod djevojaka u pubertetu (Pokrajac-Bulian, 2000). Ambrosi-Randić (2004) spominje istraživanja koja pokazuju da su stavovi i ponašanja roditelja prema vlastitom izgledu značajno povezani sa slikom tijela koju imaju njihova pubertetska djeca. Djevojke koje smatraju da je njihovim roditeljima bitno da budu mršave, imaju dvostruko veću vjerojatnost od svojih vršnjakinja za razvoj zaokupljenosti tijelom dok kćeri koje majke potiču na mršavljenje iskazuju veću zabrinutost prehranom (Moreno i Thelen, 1993; prema Erceg-Jugović, 2015), a kada je riječ o očevima i sinovima pokazano je kako očevi imaju istaknutu ulogu u poticanju sinova na gubljenje težine i povećanje mišićavosti (McCabe i Ricciardelli, 2005; prema Erceg-Jugović, 2015). Nadalje, istraživanja pokazuju da bliskost s anksioznim majkama koje su sklone procjenjivati djetetove potrebe kao vlastite potiče nesigurnost i nedovoljno samopoštovanje (Vidović, Majić, Begovac, 2008; prema Sambol, Cikač, 2015). Isti autori navode kako se pokazalo i da su obitelji osoba koje boluju od bulimije kaotične. Osim obitelji, važno je spomenuti i vršnjački utjecaj, osobito u pubertetskom razdoblju. Ulaskom u pubertet, pojedinac se više povezuje s vršnjacima te mu oni postaju primarna zajednica u kojoj gradi svoj identitet,

stvora stavove i stalo mi je do mišljenja grupe vršnjaka. Djevojke se u ovom periodu međusobno potiču na praćenje trendova i mode (koji nerijetko uključuju dijete, izgladnjivanje i brojanje kalorija) te su Crollova i sur. (2002; prema Livazović, Ručević, 2012) utvrdili da je prevalencija poremećaja prehrane veća među djevojkama koje svoje vršnjačke odnose procjenjuju podržavajućima. U drugom istraživanju se kvaliteta odnosa s vršnjacima i osjećaj pripadnosti školi pokazalo kao pozitivan prediktor odstupajućih navika u hranjenju (Livazović, Ručević, 2012). Dakle, iako su podržavajući vršnjački odnosi uobičajeno zaštitni čimbenik, kada je riječ o poremećajima prehrane oni mogu biti i snažan čimbenik rizika.

b) Kultura i mediji

„Živimo u kulturi koja je orijentirana na fizički izgled, te ideal ljepote predstavljaju mršava i mišićava tijela koja ukazuju na visoku kontroliranost i discipliniranost pri konzumiranju hrane u kulturi u kojoj je hrana iznimno dostupna. Istovremeno, dok se sve više naglašava važnost izgleda i privlačnosti za uspjeh i zadovoljstvo, ideal ženske ljepote se sve više odmiče od prirodne fizionomije ženskog tijela“ (Meštrović, 2014; str 8.). Kako je spomenuto u uvodu, razvijene zemlje zapada i kultura nameću normative ideala tijela i ljepote te on snažno utječe na sliku tijela djevojaka i žena, kao i na nezadovoljstvo istim. Znanstvenici predviđaju da će se prevalencija anoreksije povećati i na Zapadu i u društvima koja se naglo industrijaliziraju radi promoviranja vrijednosti ženske mršavosti kao izraza atraktivnosti i socijalnog ugleda (Ambrosi-Randić, 2004). Lutka Barbie može poslužiti kao dobar primjer utjecaja zapadne kulture. Djevojčice već u dobi od 5 do 7 godina nakon što su izložene slikama lutke pokazuju manje zadovoljstvo tijelom i veću želju da budu mršavije (Dittmar, Halliwell i Ive, 2006; prema Erceg-Jugović, 2015). Novija istraživanja pokazuju da i zemlje u razvoju sve više usvajaju vrijednosti zapadne kulture što posljedično dovodi do povećanja stopa poremećaja prehrane (Wilfley i Rodin, 1995). Ambrosi-Randić (2004) govori kako se sredinom 70ih godina za žene javlja zahtjev da se osim mršavosti očekuje i tjelesna kondicija i izgradnja atletskog, mišićavog tijela s malo masnoća, a da je paradoks u tome da se paralelno sa širenjem tih zahtjeva, u posljednjih dvadesetak godina progresivno povećava prosječna tjelesna težina mladih naraštaja, što dovodi do sve već udaljavanja između idealnog i realnog tjelesnog izgleda. Kada je riječ o muškarcima, nema mnogo spoznaja u literaturi, ali Dodig-Ćurković (2013) spominje kako je homoseksualna

orijentacija rizični čimbenik, ne zbog seksualne orijentacije već radi postizanja i održavanja mršavosti.

Kada je riječ o **medijima**, osobito u 21.stoljeću, mora postojati svijest o njihovoj raširenosti, utjecaju i cjelodnevnoj dostupnosti te koliko kao takvi šalju i diktiraju razne poruke. Ambrosi-Randić (2004) navodi kako sredstva javnog informiranja imaju vjerojatno najveću moć u prenošenju sociokulturnih ideala te da kao takvi imaju važnu ulogu u nastanku poremećaja prehrane (Silverstein i sur., 1986b; Mazur, 1986; Andersen i DiDomenico, 1992). Mediji prikazuju gotovo isključivo pothranjene modele, vrlo mršave popularne zvijezde, često propagiraju „zdrav život“ temeljen na dijetama, opterećenosti unosom kalorijskih vrijednosti te emitiraju razne emisije i programe koji uključuju tjelovježbu, brze načine mršavljenja i sl. Erceg-Jugović (2015) navodi rezultate kvalitativnog istraživanja prema kojima su mediji i moda ti koji stvaraju najsnažniji pritisak ka mršavosti među adolescenticama (Wertheim, Schutz i Muir, 1997). U ranoj adolescenciji djevojke koje prihvataju novinske članke i reklame kao značajan izvor informacija (čemu možemo danas dodati i razne web portale, facebook, emisije i dr.) o provođenju dijete i održavanju savršenog izgleda su značajno nezadovoljnije svojim izgledom (Pokrajac-Bulian, Stubbs, Ambrosi-Randić, 2004). 69% djevojčica u osnovnim školama u Americi koje čitaju magazine izjavljuju kako slike koje vide u tim magazinima utječu na njihov koncept ideala ljepote, a njih 47% te slike potiču da žele izgubiti na težini (Martin, 2010). Meštrović (2014) navodi istraživanja koja pokazuju da izloženost medijima koji prikazuju stereotipni ženski ideal ljepote kod žena utječu na lošije raspoloženje, negativno obojenu samoprocjenu te veću težnju mršavosti, dok kod muškaraca utječe da procjenjuju žene manje atraktivnima (Irving, 1990; Shaw, 1994; Kenrick i Gutierres, 1990; sve prema Harrison i Hefner, 2006) te da je veća izloženost medijima koji prikazuju mršavost povezana sa izraženijim simptomima poremećaja prehrane (Harrison i Cantor, 1997; Levine i Smolak, 1996; Eiseman i sur., 1992; prema Ambrosi-Randić, 2004). Nadalje, Scherr (1984; prema Ambrosi-Randić, 2004) tvrdi kako je utjecaj medija posebno negativan jer se modeli koji se kroz njih prikazuju shvaćaju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao umjetno stvorene i manipulirane slike ljudi. Stice, Schupak-Neuberg, Shaw i Stein (1994) navode kako su mediji jedan od najsnažnijih prenositelja sociokulturnog pritiska za idealom mršavosti što potvrđuju sa slijedećim činjenicama:

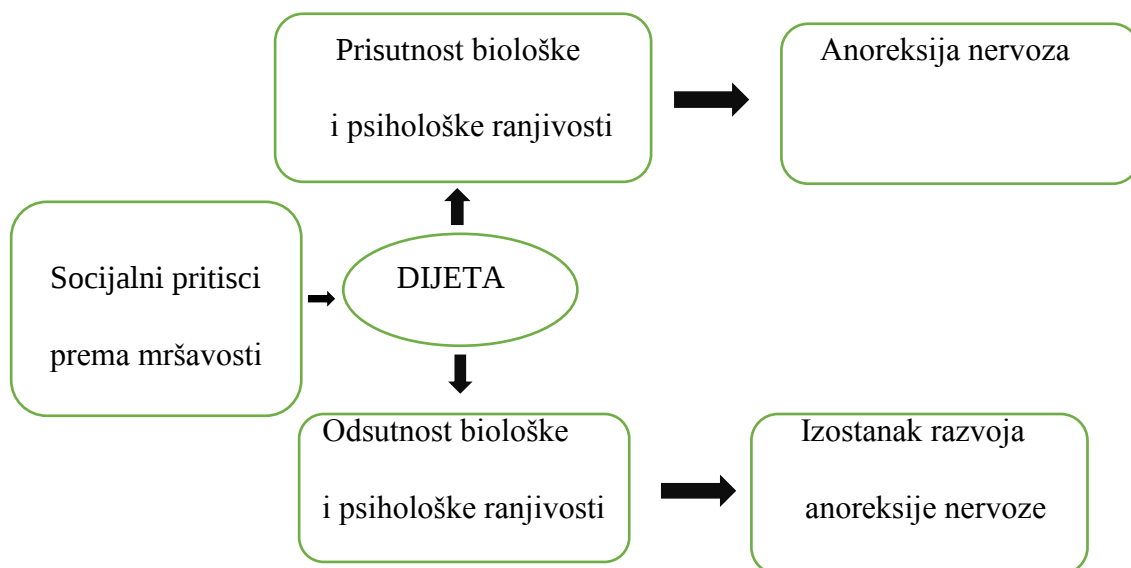
- Povećanje poremećaja prehrane koje se odvija u zadnjih nekoliko desetljeća (Pyle, Harvoson, Neuman & Mitchell, 1986) se podudara sa smanjenjem idealne ženske težine koja se prikazuje u medijima (Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1992) kao i s povećanjem broja članaka u ženskim magazinima koji promoviraju držanje raznih dijeta (Wiseman, 1992). Jedna studija je pokazala kako ženski magazini sadrže 10,5 puta više reklama i članaka koji promoviraju gubitak tjelesne težine nego li muški magazini (Andersen & DiDomenico, 1992).
- Navode drugu studiju koja pokazuje kako izloženost mršavim modelima rezultira smanjenim samopoštovanjem i zadovoljstvom tjelesnom težinom (Irving, 1990).
- Eksperiment u kojemu su ženama prikazane slike mršavih modela, za razliku od modela regularnih konfekcijskih brojeva, te je uočeno kako sudionice iskazuju povećanu depresiju, stres, krivnju, sram, nesigurnost i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom (Stice & Shaw, 2004).

3.4. Ostali čimbenici rizika i zaštite

Sambol, Cikač (2015) smatraju kako su **čimbenici rizika** slijedeći: osjećaj neučinkovitosti, potreba za pretjeranom kontrolom osjećaja, poslušnost ili, kod bulimije, nedovoljna kontrola afekata i impulsa. Nadalje, osobe s anoreksijom su najčešće strašljive, pesimistične, povučene, ambiciozne, uporne, sklone perfekcionizmu te emocionalno udaljene (Hotujac i sur., 2006), a osobe koje boluju od bulimije su znatiženje, ekstravagantne i kod njih je prisutno nisko samopoštovanje (Vidović, Majić i Begovac, 2008). Dodig-Ćurković (2013) navodi općenito predisponirajuće čimbenike (prvenstveno kod anoreksije nervoze): ženski spol, pozitivna obiteljska anamneza za poremećaje prehrane, perfekcionistački karakter, teškoće u iskazivanje negativnih emocija, teškoće u rješavanju sukoba te nisko samopoštovanje, a kao rizične skupine zanimanja spominje modele, plesače, gimnastičare, hrvače, trkače, stjuardese, tj. sva zanimanja u kojima se mršav izgled na neki način nagrađuje.

Kada bi sumirali sve navedeno iz dostupne literature, vidljivo je kako adolescencija igra snažnu ulogu u razvoju nezadovoljstva vlastitom slikom tijela što dalje vodi prema raznim koracima kako bi se ta slika poboljšala. Nezadovoljstvo slikom tijela, u kombinaciji sa različitim drugim faktorima – genetske predispozicije, obiteljski i vršnjački pritisak, kao i pritisak kulture i medija u kojima se individua nalazi može voditi prema odstupanjima u hranjenju koje se najčešće manifestira kroz provođenje raznih dijeta, a one dalje s drugim faktorima mogu voditi prema poremećajima u prehrani.

Dijeta se u mnogim literaturama spominje kao značajan čimbenik rizika, ali ona ne vodi nužno prema razvoju poremećaja prehrane. Pojam dijeta je grčkog podrijetla, a označava poseban način života kao metoda liječenja, pretežno se upotrebljava u smislu posebne vrste prehrane. Vidljivo je iz definicije kako se dijeta ne veže uz nezadovoljstvo težinom, već prije svega uz medicinske razloge te potrebu provođenja dijete kao metode liječenja. Kada je onda dijeta počela biti nešto svakodnevno, ili, kako je već navedeno, smatrana „normalnim načinom prehrane“? Uz samo provođenje dijete, često se javljaju i drugi biološki i psihološki čimbenici koji utječu na probleme vezane uz prehranu pa i na poremećaje. Ambrosi-Randić (2004) to prikazuje u slijedećem prilogu:



Slika 1. Utjecaj socijalnih pritisaka, dijete i čimbenika rizika na razvoj anoreksije nervoze (Ambrosi-Randić, 2004)

Literatura i autori izuzetno malo govore o **zaštitnim čimbenicima** te postoji vrlo malo istraživanja o njima. Jedan od problema je, kao što je ranije spomenuto, da su čimbenici poput pozitivnih vršnjačkih odnosa generalno zaštitni čimbenik kada je riječ o nekim drugim problemima ili poremećajima, ali kod poremećaja prehrane predstavljaju i rizični čimbenik zbog međusobnog poticanja na provođenje dijete i sl. Isto tako, teško/nemoguće je utjecati na normalne biološke procese koji se događaju ulaskom u pubertet i koji su značajan čimbenik rizika. Dwivedi i Harper (2004) navode nekoliko istraživanja u kojima su se kao zaštitni čimbenik pokazali pozitivni obiteljski odnosi u kojim su roditelji podrška mladoj osobi te takvi odnosi stvaraju siguran prostor za iznošenje raznih emocija i otvorenu komunikaciju. Nadalje, pozitivni odnosi s vršnjacima također mogu biti zaštitni čimbenici (Paxton, 1999), kao i uključenost u neki oblik organiziranog sporta (Tiggermann, 2001).

Tolić (2009) govori o utjecaju medija i **medijskoj kompetenciji** kao zaštitnom čimbeniku. Medijska kompetencija podrazumijeva sposobnost kritičke analize medijskih ponuda, ali i korištenje medija za slobodno i kreativno izražavanje. Uz pojam medijske kompetencije, često se spominje i medijska pismenost. Ona je uži pojam nego li medijska kompetencija i odnosi se na razinu stjecanja vještina vezanih uz neki konkretan medij. Dimenzije medijske kompetencije su: a) kognitivna – znanje, razumijevanje i analiza medijskih sadržaja (na taj način se simboličke poruke medija mogu dekodirati i lakše razumjeti), b) moralna – mediji se trebaju analizirati s etičkog stajališta, c) socijalna – medijska politika za različite segmente društva, d) estetska – mediji su nositelji izražavanja ukusa i doživljavanja ljepote (ovom dimenzijom se najviše koriste medijski manipulatori jer oni „bude“ emocionalne učinke kod korisnika medija) te e) dimenzija djelovanja – prepoznavanje i raspoznavanje različitih sadržaja u medijima, pa tako i manipulativnih. Sve ove dimenzije su velike važnosti i kada je riječ o poremećajima prehrane te pravilnom viđenju, razumijevanju i prepoznavanju medijskih poruka o idealima ljepote, idealnog tjelesnog izgleda i sl. Krucijalno je raspoznati medijske manipulatore te naučiti djelovati spram takvih poruka. Ciljevi medijske kompetencije su: zaštita privatne sfere, razvoj (samo)kritičnosti itd. Medijska kompetencija, prema Pungenteu (1998; prema Tolić, 2009) je važna radi slijedećih razloga: mediji stvaraju realnost i nisu samo (pre)slika, stvaraju simboličko značenje za (o)ponašanje, imaju komercijalne implikacije, sadržavaju ideološke i vrijednosne poruke, imaju svoj estetski sadržaj itd. Tolić (2009) kaže kako se pojedinac mora znati „nositi“ s medijima, a ne mediji njime. Ista autorica (2009) spominje pojam medijskog odgoja koji podrazumijeva „misliti+djelovati“ način, a neki od ciljeva su: prepoznavanje medijskog djelovanja (manipulacijsko i/ili odgojno djelovanje, analiza u

procjena medijskih sadržaja, razlučivanje fikcije od stvarnosti, prepoznavanje funkcije medijskog sadržaja, autonomno i samokritično djelovanje učenika/studenata itd. Stoga se važnost medijskog obrazovanja i kompetencije može primijeniti i na područje poremećaja prehrane kako bi mlade osobe naučile kritički primati poruke medija o „ljepoti, zdravlju, idealima“ i sl.

Osim navedenih čimbenika rizika i zaštite, postoje i razni **modeli nastanka poremećaja prehrane**. Neki od modela, prema Ambrosi-Randić (2004) su:

- a) Psihodinamski – važan element je obitelj i konflikti unutar nje jer odbijanje hrane može značiti negaciju sebe, pobunu protiv lažnog ja koje je nastalo zbog težnje da se udovolji roditeljima (Masterson 1977; prema Faccio, 1999).
- b) Obiteljski – zatvorena i pretjerano uključena obitelj koja ima visoka očekivanja i ne podržava odvajanje u adolescenciji (Bruch, 1973; prema Dalle i Grave, 1996; Selvini-Pallazzoli, 1974; prema Dalle i Grave, 1996; Crisp, 1980).
- c) Kognitivno-bihevioralni model – iskrivljene ideje o tjelesnoj težini, boliku i prehrani koje uzrokuju anksioznost koja potiče upotrebu ekstremnih metoda za redukciju težine.
- d) Sociokulturni model – obilježeno kulturnim standardima.



Slika 2. Etiologija poremećaja prehrane

4. Mjere –preventivne i reaktivne

4.1.Preventivne mjere

Problem poremećaja prehrane je pod utjecajem kulturoloških i socioloških čimbenika pa je stoga moguće pokrenuti i odgovarajuće preventivne programe (Grgurić, 2004). **Preventivne mjere** su nužne kako bi se utjecalo kako na smanjenje posljedica poremećaja, na svjesnost osobe o ozbiljnosti problema, ali isto tako kako bi se preveniralo da do poremećaja uopće dođe. Uz to, poremećaji prehrane povećavaju rizik za nastanak raznih drugih poremećaja kao što su depresija, anksioznost, korištenje raznih supstanci te razvoj raznih zdravstvenih problema i pretilosti (Johnson, 2002; prema Stice 1999; prema Stice, Shaw, Marti, 2007). Tokom desetljeća praćenja poremećaja prehrane, hospitalizacija se povećala među svim dobnim skupinama, a financijski troškovi su također jedan od razloga koji upućuju na potrebu preventivnog djelovanja.

Prevenција se generalno provodi na tri razine – univerzalna, selektivna i indicirana. **Univerzalna prevencija** je usmjerena na smanjivanje incidencije i prevalencije poremećaja prehrane općenito u sveukupnoj populaciji. Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević (2004) navode kako je kod univerzalne prevencije moguće djelovati na čimbenike rizika kao što je želja za mršavosti povezana s pokušajima dijete i sl.; na usmjerenost pojačavanja pritiska na medije u smislu uključivanja šireg raspona oblika ženskog tijela u magazine (mediji bi trebali promovirati ideju da su svi oblici tijela poželjni i prihvatljivi); na edukaciju djece u školama prije nego li dođu u razbolje puberteta kako bi razvili kritički stav i učili načine odupiranja medijskom pritisku (Hamilton, Waller; 1992), ali edukaciju se može usmjeriti i na opću populaciju i stručnjake koji se nalaze u krugovima osoba visokog rizika.– promocija zdravlja i dobrobiti, edukacija o nošenju djece sa socio-kulturalnim utjecajima koji utječu na zadovoljstvo tijelom.

Na **selektivnoj razini** fokus je na pojedincima ili sub-populacijama koji se nalaze u povećanom riziku od prosjeka – djeca roditelja s poremećajima prehrane i sl. Ovdje su ciljevi pomoć tim osobama da identificiraju „cijenu“ sljedovanja ideala ljepote zapadne kulture, promocija zdravog i uravnoteženog stava prema slici tijela, jedenju i težini nasuprot identificiranog rizičnog stava te skupine, edukacija o posljedicama provođenja dijeta i ekstremnih dijeta i sl. Stice, Marti i Durant (2011) navode kako je zbog toga što su poremećaji prehrane toliko opasni potrebno nuditi preventivne programe koji reduciraju rizične čimbenike

koji dovode do nastanka poremećaja. Autori dalje govore kako preventivni programi koji ciljaju na individue u visokom riziku pokazuju značajno veće učinke nego univerzalni programi (Stice, Shaw i Marti, 2007).

Na **indiciranoj razini** su u fokusu oni kod kojih su detektirani simptomi poremećaja prehrane te je glavni cilj utjecaj na te simptome i što ranija intervencija ³. Na indiciranoj razini nije nužno djelovati na simptome i/ili čimbenike rizika poremećaja prehrane, nego i na daljni razvoj poremećaja i njegovu gradaciju. Nadalje, biti će prikazan modificiran model prevencije Dwivedija i Harpera (2004):



Slika 3. Model prevencije (Dwivedija i Harper, 2004; adaptirano prema Bašić, 2009)

³ <http://www.nedc.com.au/primary-prevention>

Kako je vidljivo iz slike 3., ovaj model također uključuje univerzalnu, selektivnu i indiciranu prevenciju, te isti autori navode kako je ključna integracija sve 3 razine da bi model funkcionirao. Dakle, pod univerzalnom prevencijom se nastoji utjecati na opću populaciju kroz medije – poruke koje mediji šalju, modifikacija ideala ljepote koji se do sada promovira i sl; putem obrazovnog sustava na općoj razini – edukacija osoblja i učenika o zdravoj prehrani, samopouzdanju, samopoštovanju koje je snažan čimbenik razvoja poremećaja prehrane; rad s roditeljima i njihova edukacija, ali i pomoć i liječenje roditelja s poremećajima prehrane kako bi preveniralo kod djece. Selektivna prevencija cilja na populaciju koja je u riziku te se nastoji što prije identificirati rane probleme ili odstupanja u prehrani, a to se ostvaruje educiranjem i suradnjom s osobama koje su u neposrednom doticaju s djecom i mladima – u školama, dispanzerima, sportskim klubovima. Indicirana prevencija se fokusira na osobe koje iskazuju simptome poremećaja prehrane te se nastoji prevenirati daljnji razvoj poremećaja kroz djelovanje na te simptome – liječenjem, psihoterapijom, individualni rad i sl... Općenito bi preventivni programi poremećaja prehrane, u idealnim uvjetima, trebali ciljati na sve poremećaje prehrane radije nego li na jedan tip poremećaja – anoreksija ili bulimija ili nešto drugo (Fairburn, Coope, Doll & Davies, 2005; Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999; Santonastaso, Friederici & Favaro, 1999; prema Stice, Marti i Durant, 2011).

NEDA (National Eating Disorders Association) navodi rezultate studija koje su evaluirale preventivne programe koji pokazuju slijedeće: programi mogu poboljšati znanje, stavove i ponašanje vezano uz poremećaje prehrane; mnogi programi su spriječili napredak problema u prehrani kod djece, adolescenata i mladih; univerzalne programe je teško istraživati zbog velikog broja sudionika; pristup kognitivne disonance potiče djevojke i žene da preispituju medije i kulturološke poruke o mršavosti te da je potrebno provoditi mnogo više istraživanja⁴. Također, spominju kako bi preventivne mjere trebale uključivati reduciranje negativnih rizičnih čimbenika (poput nezadovoljstva izgledom, depresije ili bazičnog samopoštovanja vezanog uz izgled) ili jačanje zaštitnih čimbenika.

Međutim, Vidović (2004) navodi i probleme vezane uz preventivne mjere, a one se prije svega odnose na činjenicu da pripadnici rizičnih grupa u općoj populaciji bolesnika čine veoma mali dio, pa strategije primarne prevencije koje ciljaju na one u riziku nisu učinkovite. Isto tako, mediji i modna industrija imaju veliki kapital i uspjeh te je mala vjerojatnost da će riskirati taj kapital i uspjeh radi promoviranja prirodnog ženskog tijela. Nadalje, Carter, Stewart, Dunn,

⁴ <https://www.nationaleatingdisorders.org/what-preventionand-does-it-work>

Fairburn (1997) su evaluacijom 6 sličnih preventivnih programa poremećaja prehrane koji su se provodili u školama, dobili razočaravajuće rezultate. Navode kako se promjene vide u znanjima koje učenici nakon programa steknu, ali da u ponašanju nije došlo do promjena.

Postavlja se pitanje „isplativosti“ prevencije te kako ju unaprijediti, odnosno što bi morao biti fokus preventivnih mjera kako bi se ostvarili ciljevi - smanjenje pojave poremećaja prehrane, rana detekcija i što hitnije djelovanje? Dio odgovora se nalazi u nastojanju **smanjivanja utjecaja rizičnih čimbenika** (što je vrlo teško jer postoji dio čimbenika na koje je gotovo nemoguće utjecati – prirodna građa tijela, mediji koji diktiraju ideale ljepote i tjelesnog izgleda i sl.), a drugi dio bi bio prepoznavanje i **isticanje snaga i zaštitnih čimbenika**. Međutim, kako je spomenuto, postoji vrlo malo istraživanja i saznanja o zaštitnim čimbenicima i snagama na koje se može fokusirati u radu s osobama s poremećajima prehrane. Stoga je teško kreirati i implementirati programe i projekte koji bi bili uspješno evaluirani jer nedostaju prethodni koraci – motivacija i ulaganje u razna istraživanja o zaštitnim čimbenicima i jakim snagama, fokus na znanstveno utemeljenim, uspješnim programe koji se provode van Hrvatske i dr.

4.1.1. Preventivne mjere u Hrvatskoj

- Zakonske regulative

Kada bismo krenuli od zakonskih okvira, regulativa, inicijativa ili strategija, u Hrvatskoj nema nijednog pravnog akta kojim se propisuje djelovanje, mjere ili nešto slično vezano uz poremećaje prehrane. Stoga će se u radu navesti nekoliko zakona koji se mogu posredno primjenjivati kada je riječ i o poremećajima prehrane te će se navesti i strategijske smjernice koje su u izradi.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti navodi da zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. Pod navedenim mjerama, točka 9. kaže da se ovim zakonom osigurava cjelovita (preventivna, kurativna i rehabilitacijska) zdravstvena zaštita djece i mladeži. Ovi navodi iz zakona se mogu primjenjivati i kada je riječ o poremećajima prehrane te bi u skladu s tim trebalo i djelovati, ali nigdje u zakonu se ne spominju poremećaji. Kada se ranije spominjalo korake i mjere vezano uz poremećaje prehrane, upravo se govorilo o ovim stavkama – sprječavanje, rano otkrivanje, pravodobno liječenje kao i njega i oporavak, tj rehabilitacija.

Plan razvoja javnog zdravstva za razdoblje 2011.-2015. se bavi važnim područjima zdravstva, odnosno glavnim problemima zdravlja stanovništva Republike Hrvatske i glavnim izazovima u sprečavanju bolesti i podizanju kvalitete života. Među svojim glavnim ciljevima, između ostalog, u planu se spominje osiguranje najviše moguće razine fizičkog i psihičkog zdravlja uz brigu za poboljšanje kvalitete života očuvanjem zdravlja i funkcionalnih sposobnosti. Nadalje u planu se posebno spominje područje prehrane i prekomjerne tjelesne težine, ali to je sve. Nema spomena o poremećajima prehrane.

Centar za poremećaje hranjenja BEA u suradnji s TACSO (Tehnička pomoć organizacijama civilnog društva) uredom iz Hrvatske je inicirao pokretanje radne skupine za izradu **strategijskih smjernica za unapređenje prevencije i liječenja poremećaja prehrane u Hrvatskoj**. Na izradi smjernica radi grupa stručnjaka (liječnici, psiholozi, psihoterapeuti, psihijatri, stručnjaci s područja javnog zdravstva, sociolozi) te bi ovaj dokument bio prvi akt koji bi se *direktno i neposredno* doticao područja poremećaja prehrane.

- Djelovanje stručnjaka i udruga

a) Znanstvenici i stručnjaci

Konkretno preventivne mjere u obliku školskih programa, edukacija i sl. u Hrvatskoj provode individue ili nekoliko udruga koje djeluju na tom području. Tako su Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević (2004) provele program za prevenciju poremećaja prehrane koji je temeljen na iskustvu Talijanskog udruženja za poremećaje prehrane i pretilost. Skupina koja je sudjelovala u programu su završni razredni osnovnih škola (radi razvojnih čimbenika), dječaci i djevojčice između 12 i 14 godina. Ova skupina se, osim zbog razvojnih čimbenika, smatra najpogodnijom jer se mogu oblikovati određene vještine, modificirati ponašanja i stavovi prije nego li se oni stabiliziraju u pubertetu. Cilj programa je prevencija razvoja poremećaja prehrane kroz smanjenje učestalosti provođenja dijeta i razine zabrinutosti za izgled i težinu tijela, a specifični ciljevi su : a) porast informiranosti učenika o socio – kulturalnom pritisku na mršavost i ljepotu, pogrešnim uvjerenjima i tjelesnim i psihološkim efektima dijete, te najčešćim poremećajima prehrane; b) pomaganje učenicima u smanjivanju rizika od nastanka poremećaja prehrane. Program se temelji na kognitivno–bihevioralnoj konceptualizaciji poremećaja prehrane. Rezultati provedenog programa u skupini učenika 7. razred osnovne škole su vrlo ohrabrujući, i autorice navode da potiču na nastavak provođenja programa sa širim skupinama učenika viših razreda osnovnih škola. Eksperimentalna skupina je pokazala značajno napredovanje u poznavanju

problematike, smanjenju učestalosti provođenja dijeta, povećanje samopoštovanja te je uočena tendencija ublažavanja negativnih stavova i navika hranjenja.

b) Udruge

Udruga Libella

Udruga Libella je udruga za pomoć oboljelima od anoreksije nervoze i bulimije nervoze sa svrhom pomaganja oboljelima od istih te pružanja pomoći i podrške obitelji oboljelih i svim ostalim zainteresiranima. Prema statutu udruge, ciljevi su: informiranje o stvarnom karakteru i ozbiljnosti poremećaja prehrane, unapređenje stručne i znanstvene razine liječenja, prevencija nastanka bolesti, pomoć oboljelima i članovima obitelji oboljelih, briga o osposobljavanju i izobrazbi članova udruge, promicanje i ostvarivanje ideje unapređenja života članova udruge među širom zajednicom, lobiranja i promicanje aktivnosti koje bi pridonijele organizaciji specifičnih ustanova za poremećaje prehrane. Djelatnost udruge obuhvaća informiranje javnosti putem intervjua u medijima, praćenje literature, njeno prevođenje i objavljivanje; organizacija promotivnih akcija i provođenje edukacija djece, mladih i odraslih kroz predavanja; savjetovanja (telefonske konzultacije); organizacija susreta oboljelih radi podrške i razmjene iskustava; unapređenje obiteljskih odnosa i roditeljske problematike; organizacija predavanja stručnjaka (za članove udruge); organizacija seminara, predavanja i drugih oblika usavršavanja; kontakt i suradnja sa ostalim udrugama u Hrvatskoj i inozemstvu sličnog karaktera. Ova udruga je jedna od prvih osnovanih u Hrvatskoj i djeluje na području Istre, sa sjedištem u Rijeci.

Udruga Nada

Nevladina, neprofitna udruga za pomoć oboljelima od poremećaja prehrane koja djeluje od 2002.godine u gradu Zagrebu. Članove čini 10 liječnika različitih specijalnosti. Ciljevi i djelovanje udruge su senzibiliziranje javnosti s obzirom na težinu i ozbiljnost bolesti, kao i na njenu sve veću prisutnost; destigmatizacija bolesti radi krivih kulturoloških stereotipa, edukacija oboljelih i članova obitelji na odgovarajuća mjesta liječenja, ukazivanje na literaturu, upućivanje oboljelih na odgovarajuća mjesta liječenja, razni oblici druženja te očuvanje dostojanstva i integriteta oboljelih. Udruga se posebno zalaže za osnivanje centra za liječenje u kojemu bi multidisciplinarno surađivali liječnici svih potrebnih specijalnosti koje su nužne za tretman. Projekti udruge su savjetovalište „Tračak nade“ koje je djelovalo kao svojevrsan vodič u savjetodavnom smislu te „Edukacija oboljelih i njihovih obitelji“ s ciljem dosezanja minimalne dostupnosti elementarnih znanja o bolesti i liječenju.

BEA – centar za poremećaje hranjenja

Centar je osnovan 2012. godine na području grada Zagreba te predstavlja nastavak dotadašnje suradnje rada stručnjaka kroz grupe podrške, savjetovanja i preventivnog programa „Tko je to u ogledalu“. Djelovanje centra je pružanje podrške oboljelima i obiteljima, provođenje preventivnih programa, edukacija javnosti, povezivanje stručnjaka iz Hrvatske i inozemstva radi stvaranja kvalitetnijeg sustava prevencije i liječenja oboljelih od poremećaja prehrane. Centar obuhvaća razne djelatnosti i područja: a) Savjetovalište – pružanje psihosocijalne podrške od strane psihologinje, socijalne radnice i psihoterapeuta; b) Grupe podrške – za roditelje oboljelih, za zrelije osobe (40+ godine – radi se na pozitivnoj slici tijela, upoznavanju emocija koje se rješavaju kroz problematičan odnos prema hrani, unošenje ravnoteže u odnos prema tijelu, hrani i emocijama), za starije oboljele (19+ godine – razvoj pozitivnog odnosa prema hrani i tijelu, izražavanje emocija, dijeljenje iskustava i koriste se tehnike mindfulness-a), grupa za mlađe oboljele (do 18 godina – osnaživanje, jačanje motivacije za liječenje, razvoj pozitivne slike o sebi), nutricionistička grupa – za sve dobne skupine, koriste se metode kognitivno – bihevioralnog pristupa (prepoznavanje mehanizama održavanja poremećaja prehrane, usvajanje strategija borbe sa starim, štetnim obrascima razmišljanja i ponašanja) te posebno grupa za mladiće koja je još u procesu ostvarenja; c) Prevencija – provođenje programa prevencije poremećaja prehrane kroz program „Tko je to u ogledalu?“ u suradnji s Ministarstvom zdravlja RH, Gradskim uredom za zdravstvo i Gradskim uredom za obrazovanje, kulturu i sport. Centar, kako je ranije spomenuto, okuplja grupu stručnjaka koji rade na Strategijskim smjernicama za unapređenje prevencije i liječenje poremećaja prehrane u Hrvatskoj te je u sklopu toga napisano i objavljeno i nekoliko brošura – Edukativna brošura „Poremećaji hranjenja - vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći“, Liječenje poremećaja hranjenja i Sažeti referentni vodič za poremećaje hranjenja.

4.1.2. Preventivne mjere u svijetu i Europi

Svijet i u Europa imaju znatno razvijenije preventivne mjere na području poremećaja prehrane, kako u samim neprofitnim i nevladinim organizacijama, tako i u raznim bolnicama i ustanovama ili posebnim odjelima koje (su)financira i sama vlada. Tu činjenicu bi se moglo povezati s većom osviještenosti zemalja o poremećajima prehrane te njihovim teškim

posljedicama, ali i važnosti utjecaja na rizične čimbenike koji su poznati. U radu će se navesti samo nekoliko primjera preventivnih mjera i programa, te načina liječenja i prevencije.

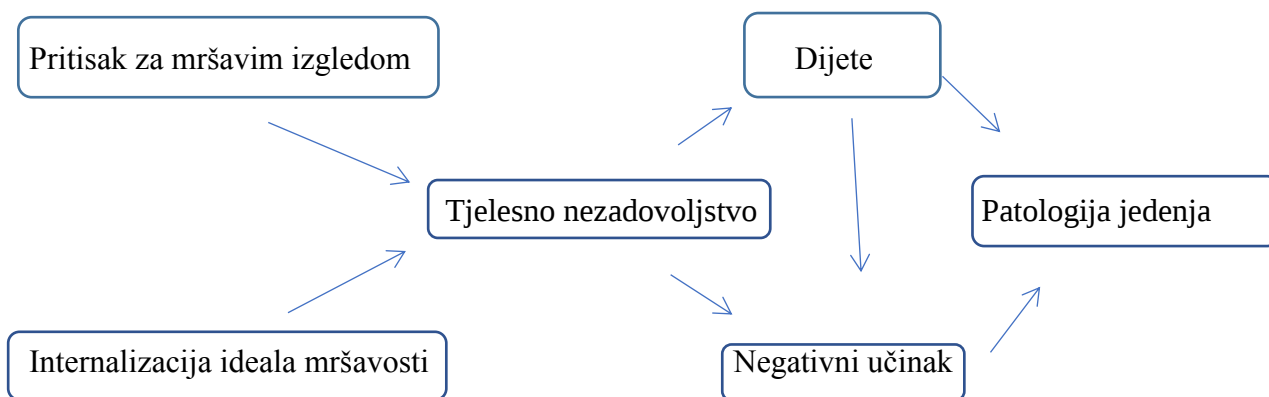
- Sjedinjene Američke Države

NEDA – National Eating Disorders Association; osnovana je 2001.godine kao neprofitna organizacija koja djeluje u smjeru prevencije te boljeg i dostupnijeg tretmana i povećanja istraživanja kako bi se poremećaji prehrane bolje razumjeli i tretirali. NEDA djeluje na raznim područjima prevencije poput Linije za informacije gdje pomažu osobama pri pronalasku i odabiru tretmana, nude grupe podrške, osobnu podršku individuama i obiteljima; Edukacije kojima nude generalne informacije o poremećajima prehrane, čimbenicima rizika i prevenciji, tretmanu, oporavku, posebnim problemima i sl.; osnovana je web stranica Proud2Bme na kojoj mladi dijele svoja iskustva, motiviraju jedni druge na oporavak te su si međusobna podrška⁵.

The Body Project – riječ je o programu osmišljenom na Sveučilištu u Stanfordu koji se bazira na kognitivnoj disonanci i intervencijama vezanim uz prihvatanje vlastitog tijela. Intervencija je osmišljena kako bi pomogla adolescenticama i mladim djevojkama, u visokom riziku od razvoja poremećaja prehrane, da se odupiru sociokulturalnim pritiscima i ne konformiraju s idealom mršavosti te da smanje težnju za mršavim izgledom. Program se fokusira na redukciji internalizacije ideala mršavosti i rezultira povećanim zadovoljstvom izgledom tijela i raspoloženjem te reducira upotrebu nezdravih ponašanja vezanih uz kontrolu težine i smanjuje simptome poremećaja prehrane. Intervencija pokazuje učinke u smanjenju rizika i za buduće simptome poremećaja prehrane, a evaluacijom je otkriveno da djeluje i na nisko-rizičnu populaciju srednjoškolki i studentica. Koncept programa se bazira na postavki da ako mlade djevojke dobrovoljno govore protiv ideala mršavosti, to će posljedično rezultirati smanjenjem rizičnih čimbenika i rizičnog ponašanja vezanog uz poremećaje prehrane. Vježbe se fokusiraju na pronalaženju i pružanju prilika za učenice da kritiziraju ideal mršavosti (Stice, Presnell, 2007). 12 godina istraživanja su pokazale kako je preventivni program koji se zasniva na kognitivnoj disonanci vezanoj uz sljedovanje ideala mršavosti visoko efikasan i učinkovit. Svrha programa je implementacija u zajednice putem edukatora, medicinskih sestara, pa tako i zabrinutih roditelja kako bi se reducirale brige vezane uz izgled tijela i poremećaja prehrane te smanjili rizici za buduće poremećaje prehrane. Body project je značajno utjecao na početak javljanja poremećaja prehrane kroz trogodišnje praćenje programa (Stice, Rohde, Shaw, 2013).

⁵ <https://www.nationaleatingdisorders.org/what-prevention-and-does-it-work>

Autori Body Project programa prikazuju i ranije spomenuti model dvostrukog puta nastanka patologije jedenja i/ili poremećaja prehrane, koji je prikazan u slijedećem prilogu:



Slika 4. Model dvostrukog puta nastanka patologije jedenja (Stice, Rohde, Shaw, 2013)

Healthy Weight Intervention – program koji promovira mala, održiva i zdrava poboljšanja vezana uz zdravu prehranu i fizičke aktivnosti kod adolescentica koje iskazuju zabrinutost tjelesnim izgledom. Cilj programa je balansirani unos i potrošnja kalorija kako bi se postigla zdravija težina i poboljšalo zadovoljstvo tjelesnim izgledom.

- **Australija**

National Eating Disorders Collaboration – kolaboracija ljudi i organizacija sa znanjima/zanimanjima vezanim uz poremećaje prehrane nastala prema inicijativi Ministarstva zdravlja. Primarna zadaća NEDC je veća dostupnost informacija o poremećajima prehrane svima, a svrha razvoj nacionalnog, znanstveno-utemeljenog pristupa prema prevenciji i *management* poremećaja prehrane u Australiji. Područja rada su: povećanje znanja o poremećajima prehrane, promocija evidence-based informacija, razvoj i promocija dosljednih nacionalnih standarda (promocijom informacija, analizom postojećih saznanja...), iznošenje dokaza (implementacija nacionalne strategije kako bi se komunicirale evidence-based poruke školama, medijima i zdravstvenom sustavu). Kolaboracija nudi mnogo preventivnih programa poput – Vodiča za promociju rane intervencije i prevencije poremećaja prehrane u školama (namijenjeno učiteljima i članovima škole), *BodyThink* (program za učenike od 11 do 14 godina koji se nalazi na DVD-ima), *Completely Gorgeous* (web stranica za učenike i učitelje viših razred osnovne škole), Poremećaji prehrane u školama: prevencija, rana detekcija i odgovori (vodič

za strulnjake koji rade na području škola), Poremećaji prehrane: informacijski paket (osmišljen kako bi učenike upoznao sa osnovnim informacijama), *Happy being me* (znanstveno-utemeljeni program u 3 dijela za djevojke između 11 i 14 godina s ciljem smanjenja nezadovoljstva tijelom i sl.), *Media smart* (program u 8 lekcija za učenike osnovnih škola u kojemu se prolazi tema o medijima koji manipuliraju) i još mnogi drugi⁶.

4.1.3. Općenito o preventivnim programima

Stice i Shaw (2004) navode kako postoje tri generacije preventivnih programa:

- a) Prva generacija – to su didaktični psihoedukacijski materijali o poremećajima prehrane koji su se provodili kroz univerzalne preventivne programe namijenjene populaciji adolescenata.
- b) Druga generacija – i ovi programi su univerzalni i didaktični, ali uključuju i komponentu odolijevanja sociokulturnim pritiscima prema mršavosti te promoviraju zdrave načine održavanja težine.
- c) Treća generacija – riječ je o selektivnim preventivnim programima koji ciljaju na visokorizične individue te uključuju interaktivne vježbe koje se temelje na prepoznatim rizičnim čimbenicima poremećaja prehrane.

Isti autori govore da kada je riječ o veličini rizika u kojemu se sudionik nalazi, učinkoviti programi su fokusirani na visoko-rizične individue koje su visoko motivirane za sudjelovanjem te to može rezultirati boljim rezultatima programa (za razliku od nisko-rizičnih sudionika koji, prema autorima, imaju manje mjesta za uočljivi napredak te su vjerojatno i manje motivirani). Nadalje, kada je riječ o spolu, djevojke i žene bi trebali biti u fokusu programa, a kada je riječ o dobi, studije pokazuju kako se poremećaji prehrane najčešće pojavljuju dobi između 15 i 19 godina (Lewinsohn, 2000; Stice, Killen, Hayward & Taylor, 1998; prema Stice, Shaw, 2004) te je iz tog razloga najbolje provoditi programe u toj dobi kada se paralelno pojavljuju prvi simptomi i/ili ponašanja vezana uz poremećaje prehrane (Maggs, Schulenberg & Hurrelmann, 1996; prema Stice, Shaw, 2004). Obzirom na kreiranje programa, bolji su interaktivni programi jer pomažu sudionicima da se uključe u sami sadržaj, što rezultira učenjem vještina i naposljetku njihovom primjenom. Uz to, važne su i vježbe koje sudionicima dopuštaju primjenu naučenih vještina. Slijedeće, više seansi kroz tjedne su se pokazale kao dobra praksa

⁶ <http://www.nedc.com.au/>

jer omogućuju sudionicima reflektiranje na materijale programa između seansi, što maksimalno povećava internalizaciju programa.

Zaključno, sadržaj programa se treba temeljiti na znanstveno dokazanim rizičnim čimbenicima poremećaja prehrane (Stice, Mazotti, 2000) te učenju odolijevanja sociokulturnim pritiscima, učenju zdravih načina održavanja težine itd.

Nadovezujući se na rečeno, metaanalizom raznih preventivnih programa poremećaja prehrane koja identificira moderatore učinkovitosti tih programa (Stice, Shaw, Marti, 2007) dobiveni su slijedeći rezultati:

- 51% preventivnih programa poremećaja prehrane su smanjili rizične čimbenike za poremećaje prehrane te je 29% programa reduciralo trenutne ili razvoj budućih poremećaja
- Selektivni preventivni programi pokazuju veći efekt intervencije nego li univerzalni
- Preventivni programi koji su fokusirani samo na žene su uspješniji od onih koji uključuju i žene i muškarce
- Učinkovitiji preventivni programi su oni koji uključuju sudionike iznad 15 godina starosti
- Pokazalo se da su učinkovitiji oni preventivni programi koji su interaktivni, tj. programi koji uključuju sudionike i uče ih novim vještinama (Larimer & Crouse, 2002)
- Uspješnije rezultate su pokazali programi koji su imali educirano osoblje koje je prošlo treninge
- Uspješniji su programi koji se odvijaju u više sesija, nego li oni koji se odvijaju u jednoj
- Veću učinkovitost pokazuju preventivni programi koji se fokusiraju na prihvatanju tjelesnog izgleda
- Učinkoviti su programi koji su stvoreni kako bi reducirali internalizaciju ideala mršavosti – „dissonance induction“

Sve navedeno, prikazano je i na slici 5.

Učinkoviti preventivni programi poremećaja prehrane	
Stupanj rizika sudionika	Visoko-rizične individue
Spol	Djevojke i žene
Dob	Iznad 15 godina
Program	Interaktivni program i vježbe
Broj seansi	Više seansi kroz nekoliko tjedana
Sadržaj	Fokus na znanstveno dokazanim rizičnim čimbenicima; prihvatanje tjelesnog izgleda i redukcija internalizacije ideala mršavosti
Osoblje	Educirani i profesionalni stručnjaci
Razina prevencije	Selektivni programi

Slika 5. Učinkoviti preventivni programi (Stice, Shaw, Marti, 2007; Stice, Shaw, 2004)

Zaključno, vidljivo je kako su preventivni programi treće generacije ti koji daju najbolje rezultate te bi se sva preventivna nastojanja u području poremećaja prehrane trebala usmjeravati ka takvom obliku i načinu provođenja programa.

4.2. Reaktivne mjere

Reaktivne mjere podrazumijevaju liječenje pacijenata kada je poremećaj u prehrani već u ozbiljnoj fazi te je potrebno reagirati kako bi se spasio život pacijenta, dok su preventivne mjere one koje nastoje utjecati na sve/neke/većinu čimbenika koji su ranije spomenuti da utječu na nastanak i razvoj poremećaja, ili se nastoje ublažiti i smanjiti posljedice, ubrzati proces liječenja i sl. Međutim, važno je spomenuti kako se prevencija i tretman često isprepliću te je teško postaviti granicu kada jedno završava, a drugo počinje. Tercijarna prevencija često ima cilj utjecati na osobe koje su već razvile neku bolest ili probleme na način da se prevenira daljnja progresija te da se što prije kreće s liječenjem, odnosno tretmanom. Tako se prevencija i tretman, odnosno liječenje isprepliću i ne mogu se jasno odvojiti.

Liječenje bi trebalo biti multidisciplinarno i timsko te vođeno načelima popravka tjelesne težine uz psihoterapiju u izvanbolničkim uvjetima (osim u hitnim situacijama kada su bolnički uvjeti nužni) (Vidović, 2004). Mahnik – Miloš (2004) govori da su potrebni elementi bolničkog liječenja oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak (različito ovisno o dobi i individualnoj situaciji). Dakle, liječenje često započinje u bolničkim uvjetima kako bi osoba povratila težinu i ojačala, a zatim se u mnogim literaturama navodi kako je slijedeći korak psihoterapija – grupna, obiteljska, individualna. Juričić (2004) također zagovara holistički pristup koji bi se fokusirao i na fizičke, ali i mentalne aspekte i procese. Oblici liječenja su vanjsko, dnevna bolnica, rezidencijalno i hospitalizacija uslijed akutnog somatskog stanja (Meštrović, 2014). U literaturi i među znanstvenicima postoje debate o tome koji oblici liječenja su učinkovitiji – je li moguće staviti veći naglasak na bolničko liječenje ili psihoterapiju. Tako Jeammet, Godart (2003; prema Vidović, 2004, str 70.) govori slijedeće: „Budući da još uvijek ne postoji dovoljno informacija o dugotrajnim učincima psihoterapijskih postupaka, ne bi se smjelo diskvalificirati pojedine kliničke postupke, posebno individualnu psihoanalitičku psihoterapiju i metode koje kombiniraju individualnu i obiteljsku terapiju jer danas mnogi kritičari prepoznaju da su bolesnice iznimno osjetljive na terapijsko okruženje i na sliku o sebi koju njihov terapeut reflektira na njih“. Ista autorica navodi kako mnoge metaanalize pokazuju da se u terapiji bulimije najvećim dijelom koristi kognitivno–bihevioralna terapija te da je generalno naglašena uloga bihevioralnog pristupa kod dobivanja na težini. Mladim pacijenticama čija je anoreksija počela prije 18te godine bolje odgovara obiteljska terapija, dok onima kojima je počela nakon 19te godine bolje odgovara individualna (Russel i sur., 1987; prema Vidović, 2004).

4.2.1. Liječenje u Hrvatskoj

Liječenje u Hrvatskoj se razlikuje od inozemnih, tj nedostatak posebnih ustanova za poremećaje prehrane i nedovoljna edukacija stručnjaka su neki od problema na kojima bi se trebalo raditi. Korotaj, Vlašić-Cicvarić, Knez, Peršić (2008, 131.str) navode :“ Iako znamo da su ovi poremećaji tvrdokorni, da je njihovo liječenje teško, postotak potpunog izlječenja nizak, shvatili smo da uz svu želju, volju i znanje u našoj zemlji način liječenja ovih poremećaja daleko je od onih načina koji se preporučuju i provode u zapadnim zemljama“. Isti autori navode da kako bi se poboljšalo liječenje te ostvarili uspješniji ishodi liječenja, potrebna je uključenost i

suradnja više specijalista koji bi imali posebnu edukaciju za rad s poremećajima prehrane, dovoljno dugo liječenje te primjereni prostorni uvjeti.

Unatoč navedenom, u Hrvatskoj nekoliko ustanova ima posebne odjele gdje se provodi liječenje i rehabilitacija osoba oboljelih od poremećaja prehrane, a to su:

- **H(RANA) – dnevna bolnica za poremećaje prehrane pri psihijatrijskoj bolnici Sveti Ivan, Zagreb**

Stručni tim bolnice čine 2 psihijatra-psihoterapeuta, psihologinje, više medicinske sestre te radne terapeutkinje koji provode devetomjesečni program baziran na nekoliko vrsta psihoterapije, radne terapije, psihofarmakoterapije i redovitog praćenja sa supervizijom. Program koji se provodi sastoji se od 3 ciklusa – 1.ciklus (pretprogram) čini niz strukturiranih jednotjednih predavanja, zatim 2. ciklus čini 5 susreta po tjednu tokom 2 mjeseca i 3. ciklus (postprogram) je slijed jednotjednih sastanaka u trajanju od 6 mjeseci.

- **KBC Sestre milosrdnice, Klinika za pedijatriju**

Klinika vrši hitni prijem pacijenata tokom 7 dana u tjednu 0-24 sata u hitnoj ambulanti; u poliklinici se odvija ambulantno praćenje pacijentica, a u stacionaru se hospitaliziraju teži slučajevi. U klinici se odvija ciklus stručnih predavanja za osoblje koja se temelje na najnovijim saznanjima na području nastanka i razvoja poremećaja prehrane te je formirana suportivna grupa koja počiva na osnovnim postavkama kognitivno-bihevioralne terapije te podrazumijeva rad na sebi.

- **KBC Rebro**

U sklopu bolničkog centra djeluje Specijalistički zavod za personologiju i poremećaje hranjenja za osobe starije od 18 godina i Klinika za psihološku medicinu pri Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju, za djecu i mlade do 18 godina, u sklopu kojih se odvija liječenje osoba s poremećajem prehrane. Specijalistički zavod za personologiju i poremećaje hranjenja nudi mogućnost dnevne bolnice i ambulantnog tretmana. Kod pacijenata kod kojih postoji indikacija (koji čine većinu odjela) se provodi strukturirana obiteljska psihoterapija, a uz to se provode i redovite tjedna grupe. Postavljena je znanstveno-stručna evaluacija, putem koje se procjenjuje stanje bolesnika prije dolaska na liječenje, nakon završetka liječenja, kao i kroz ambulantni oblik praćenja.

- **ZZJZ „Andrija Štampar“, Služba za školsku i adolescentnu medicinu**

U sklopu ove službe djeluje savjetovalište namijenjeno prvenstveno učenicima i studentima na području grada Zagreba kojima je potrebna pomoć i podrška. Služba djeluje i preventivno i tretmanski.

Bolnički centri i ustanove djeluju s jedne strane u okviru tercijarne prevencije (nastoji se osobama koje iskazuju simptome pružiti pomoć što prije i efikasnije te spriječiti daljnji razvoj bolesti) i, s druge strane, kroz tretman, tj. liječenje teško oboljelih.

4.2.2. Liječenje u svijetu i Europi

Balabanić Mavrović (2012) je predstavila rad u kojemu navodi na koje načine se poremećaji prehrane liječe u svijetu i Europi.

- **Austrija** – u Općoj bolnici se mogu liječiti pacijent od 10 do 17 godina. U ambulanti se vrši dijagnostika, individualne terapije, medicinske terapije, psihoterapije, savjetovanja i konzultacije te se liječenje odvija po fazama. Također, postoji Institut za osobe s poremećajima prehrane koji je namijenjen mladima od 10 do 18 godina. Provode se individualna i grupna psihoterapija, sistemska obiteljska terapija, integrativna terapija, logoterapija, psihodrama, terapija ponašanja i dr. U Institutu su оформljene grupa samopomoći za žene, grupa samopomoći za muškarce, grupa za članove obitelji, nutricionističko savjetovanje, informacijske stručne grupe, informacijske grupe za školarce, informacijske grupe za roditelje te telefonska i e-mail savjetovanja.
- **Engleska** – osnovan Internacionalni centar za poremećaje prehrane u koji mogu dolaziti svi stariji od 16 godina. Unutar centra postoje rezidencijalni programi, dnevna bolnica i stambena jedinica.
- **Italija** – postoje klinike i bolnice koje imaju programe liječenja, a autorica navede privatnu kliniku u kojoj nema dobnog ograničenja, a namijenjena je uznapredovalim slučajevima. Klinika djelovanje zasniva na kognitivno-bihevioralnoj terapiji, psihoedukacijskim grupama i uključivanju bližnjih.

- Norveška – osnovana udruga grupa žena s poremećajima prehrane. Područja rada su edukacije, prevencija i pomoć oboljelima i obiteljima, a načini su telefonske podrške, osobna podrška, grupe, tečajevi, druženja članova obitelji, otvorene večeri, časopis za članove, ljetni kampovi i sl. Također, postoji Regionalni odjela za poremećaje prehrane za sve dobne skupine u kojemu se odvija tretman, dijagnostika, savjetovanje, supervizija, edukacija, seminari...
- Njemačka – udruga i stacionarna ustanova kojoj je područje rada prevencija poremećaja prehrane kod školske djece, osvještavanje javnosti uz podružku sponzora i nastupa javnih osoba, stambene grupe za žene, stambene grupe za muškarce, individualna i grupna savjetovanja, sportske aktivnosti, art terapiju, organizirane aktivnosti vikendom i dr. postoji i Terapuetsko savjetovalište za djevojke u dobi od 12 do 18 godina koje nudi stacionarna stambena mjesta, rad i s članovima obitelji, 24 satno dežurstvo.
- SAD (Kalifornija) – privatna organizacija specijalizirana za poremećaje prehrane za žene od 16 do 65 godina. Sastoji se od 3 rezidencijalna centra za liječenje i usluga dnevnog liječenja. Njeguju holistički pristup prehrani, vježbanju i problemima sa slikom o vlastitom tijelu te individualizirani pristup prema svakoj klijentici (dobiva svoj vlastiti plan psihoterapije, prehrane, vježbanja itd.).
- Slovenija – odjel za poremećaje prehrane namijenjen i ženama i muškarcima od 17 godina. Rezidencijalni program u trajanju do 6 mjeseci.
- Švedska – centar za poremećaje prehrane za korisnike svih dobi. Mobilna jedinica, klinika, dnevna bolnica, jedinica za dnevni boravak, obiteljski apartmani, rezidencijalni program.

4.3. Kako poboljšati prevenciju i liječenje u Hrvatskoj?

Programi i sustav liječenja u svijetu i Europi su razvijeniji nego li u Hrvatskoj, no zašto je tako? Treba uzeti u obzir nekoliko činjenica, ali ne iz perspektive opravdanja već iz perspektive rada na tim činjenicama kako bi se napredovalo. Dakle, prije svega Hrvatska je još uvijek zemlja u tranziciji, nova članica Europske unije i kao takva još nema ustanovljena i regulirana neka područja koje druge zemlje već nekoliko desetljeća imaju. Europska unija zadaje određene standarde koje članice moraju ispunjavati, i vjerojatno je kako postoje područja i pitanja koja

su većeg prioriteta nego li poremećaji prehrane. Nadalje, područje Europe u kojemu se nalazi Hrvatska je specifično i kulturološki te postoje snažne stigmatizacije vezane uz „nove“ bolesti, mentalna oboljenja i sl. te je nužno raditi na odmicanju od tih vjerovanja i stereotipa. Društvo je konzervativno i često ne priznaje psihologiju kao znanost, psihičke bolesti, savjetovanja, zanemaruju se rani utjecaji obiteljskih odnosa i odgoja djeteta, oslanja se na vlastite snage. Država je još uvijek u procesu prijelaza iz konzervativnog, socijalistički određenog društva u kojemu nisu bila priznata osnovna prava poput slobode mišljenja, govora i misli u liberalnije i otvorenije društvo koje ta prava posebno ističe. Mlađe generacije se žele približiti modernom društvu i zapadnoj kulturi, ali to posljedično ima velikih utjecaja na području poremećaja prehrane jer, kako je već rečeno, zapadna kultura i društvo sa sobom nose razne norme, ideale ljepote i izgleda koje drugi nastoje ostvariti. Također, financije su važna stavka koja, čini se, uvijek igra ključnu ulogu (ne) uspjeha. Hrvatska je mlada država koja još uvijek nastoji ispuniti neke osnovne i primarne temelje stabilnosti, nezaposlenost je veliki problem i financija nedostaje za osnovna pitanja poput obrazovanja, zaposlenja, općeg zdravlja.

U takvoj situaciji malo je vjerojatno da će se novci usmjeravati prema području poremećaja prehrane i preventivnih mjera. Iz ove dvije perspektive – kulture i financija, može se zaključiti kako je potrebno razmišljati i o mnogo drugih čimbenika kada gledamo programe i praksu koja se provodi u svijetu, prije nego li bi se isti modificirali i implementirali u Hrvatskoj.

No, prema primjeru tek nekoliko spomenutih mjera iz svjetske i europske prakse, ovo su točke koje su izdvojene kao važne za napredak na području prevencije i djelovanja kod poremećaja prehrane:

1. Prepoznat problem poremećaja prehrane od strane vlade i Ministarstava u Republici Hrvatskoj te podrška i inicijative za djelovanjem od strane istih. Ova točka je možda i prvi korak ili temelj ka uspješnijoj prevenciji jer je vrlo teško samoinicijativno uspješno djelovati bez potpore najviših nivoa. Vlada postavlja prioritete i daje smjernice kako djelovati, a to je nužno na ovom području.
2. Zakonski akti, strategije, inicijative, propisi, smjernice – bilo koji službeni, važeći i obvezujući dokumenti na najvišim razinama u državi. Zakoni su koraci prema univerzalnim i standardiziranim načinima djelovanja.
3. Stručnjaci koji su motivirani, zainteresirani i educirani. Kako bi se moglo raditi na području poremećaja prehrane nužno je imati za to osposobljene, ali i, možda iznad

svoga, motivirane stručnjake koji bi ulagali svoje vrijeme i resurse. Važno je podupirati ih i omogućavati razna istraživanja, radove i inicijative na ovu temu.

4. Edukacija i usavršavanje stručnjaka kako bi bili kompetentni u izvršavanju posla. Ova točka se nadovezuje na prethodnu i odnosi se na dugotrajnu i kompletnu edukaciju stručnjaka o najnovijim spoznajama iz domaće i strane literature, dovođenje drugih stručnjaka s većim znanjem i kontinuirana mogućnost usavršavanja.
5. Posebni odjeli unutar bolnica i klinika, kao i oformljene ustanove prvenstveno za poremećaje prehrane. Na ovaj način bi se mogla omogućiti privatnost oboljelih i članova obitelji, bolji ishodi liječenja jer bi postojao cijeli tim posvećen oboljelima i otvarala bi se nova radna mjesta za stručnjake na ovom području.
6. Kontinuiran i raznovrsan rad. Primjeri iz svijeta i Europe pokazuju kako je u liječenju uključen cijeli spektar usluga – od preventivnih mjera svih tipova (primarna, sekundarna, tercijarna) do psihoterapije i dnevnih bolnica te na kraju ambulantnog liječenja. Važno je ne naglašavati ili izdvajati posebno neki dio prevencije ili liječenja, ili da se fokusira na samo one koji nisu teško oboljeli. Ustanova koja nudi cijeli spektar usluga može djelovati terapijski u smislu da različite osobe u različitim fazama poremećaja prehrane dolaze u dodir jedne s drugima, dijele iskustva te se mogu hrabriti ili poticati i biti podrška.
7. Vremenska usklađenost – navedeni preventivni programi se provode u osnovnim školama prije nego li nastupi razdoblje adolescencije i puberteta. U Hrvatskoj se često djeluje reaktivno, odnosno kada problem nastupi ili je došlo do posljedica. Često se navode razlozi poput nedostatka financija, ili nade da se problem možda neće razviti. A, kako je ranije spomenuto, mnoga istraživanja pokazuju isplativost preventivnog djelovanja.
8. Znanstveno utemeljeni i dokazano učinkoviti programi prilagođeni populaciji kojoj su namijenjeni. Bitno je provoditi procjene potreba, ugledati se na dokazano učinkovite mjere i programe, kontinuirano provoditi evaluacije i uvijek biti spremni prilagođavati se populaciji.

Zaključno u ovom poglavlju, navedene točke nisu mjerilo uspjeha ili „recept“, ali sigurno su čimbenici koji mogu utjecati na razvoj i implementaciju preventivnih programa, projekata i različitih mjera u vezi poremećaja prehrane. Kako bi se ovo područje razvijalo važno je

prepoznati područja na kojima je potrebno raditi te prema njima usmjeriti ciljeve. Ovo su samo neka od područja rada.

5. Kritički osvrt i povezanost sa socijalnom pedagogijom

5.1. Problemi

Nakon svega što je u radu do sada navedeno, može se reći kako je zbog nedovoljne osvještenosti, nepoduzimanja i nemogućnosti poduzimanja konkretnih koraka, situacija vezana uz poremećaje prehrane u Hrvatskoj pesimistična. Pomiriti se sa spoznajom koliko se toga mora mijenjati i koliko još predkoraka nije učinjeno jest pozicija u kojoj se Hrvatska nalazi. Društvo je na generalnoj razini negativistički usmjereno i mnogo je područja na kojima je nužno raditi i razvijati ih. Ozračje konzervatizma posljedično dovodi do iskrivljenih i stereotipnih razmišljanja i stavova prema problemima i/ili bolestima koje ne spadaju u domenu opće medicine. Često se mogu uočiti stavovi koji odražavaju nepovjerenje prema postojanju mnogih problema i bolesti opisanih u međunarodnim klasifikacijama. Kako bi se stvorila podloga za rad na području poremećaja prehrane, od velike je važnosti educirati društvo općenito o problemima u ponašanju, o psihičkim bolestima kako bi se otklonile stigmatizacije i predrasude. Tek tada se može razmišljati o radu na specifičnim područjima, poput poremećaja prehrane, te o daljnjim koracima - liječenju i prevenciji. Osim konzervatizma i iskrivljenih stavova s jedne strane, internalizacija zapadne kulture i svega što ona sa sobom donosi je druga teškoća na kojoj treba raditi. Kako je nekoliko puta spomenuto zapadna kultura snažno diktira pravila u mnogim sferama i ima utjecaj na području cijelog svijeta. Dakle, ako ta kultura promovira mršavi izgled kao poželjan i normalan te uz njega veže i različite vrijednosti i vrline poput samokontrole, discipline, zdravog načina života, takav stav brzo postaje općeprihvaćen te mršavi izgled postaje cilj koji se nastoji postići. Jer koja individua ne želi biti okarakterizirana kao privlačna, disciplinirana, s viskom samopoštovanjem? Međutim, kako je spomenuto u radu u dijelu čimbenika koji utječu na razvoj poremećaja prehrane, mnogi pojedinci sežu za raznim rizičnim redukcijским metodama pri dostizanju tog cilja, a to je dio koji se gotovo i ne dotiče. Mediji kao kanal poruka zapadne kulture ističu i nameću jedino „pozitivne“ ishode, a gotovo nikada se ne spominju rizici. Mnogi ženski magazini i časopisi pišu o pozitivnim strane provođenja dijeta, a ne spominje se one negativne koja mogu uključivati opsjednutost kalorijama, utjecaj na mentalno zdravlje, utjecaj na promjenu stava prema drugim osobama koje nas okružuju na način da ih procjenjujemo temeljem njihovog (ne) privlačnog izgleda i mnogi

drugi. Sve ovo kao da čini jedan začarani krug te su nužne akcije i reakcije koje će taj krug zaustaviti i promijeniti.

5.2. Nedostatak zaštitnih čimbenika

Nadovezujući se na prethodno spominjanje pesimizma i negativizma, kada je riječ o programima te dvije perspektive se i ovdje ističu. U radu je rečeno mnogo o čimbenicima rizika, o svim biološkim, psihološkim, socio – kulturnim čimbenicima koji potiču razvoj poremećaja prehrane te kako utjecajem na te negativne i rizične čimbenike se može pomoći osobama. Ali da bi se osobi moglo pomoći u određenoj problemskoj situaciji, njene jakosti i zaštitni čimbenici su snažna **motivacija**. Osim određivanja rizičnih čimbenika i onoga što je uzrok, jednako je važno istražiti i prepoznati zaštitne. Individua u trenucima kada spozna rizike koji su je doveli do stanja u kojemu je tada treba pozitivno usmjerenje i poticanje na promjenu. Mnoga istraživanja i literature iz raznih društvenih i humanističkih područja rada pokazuju kako je važno usmjeravati se prema pozitivnim ishodima, jakostim i snagama individue nakon što ju se osvjesti o rizicima i stvarima koji bi trebala izbjegavati, umanjivati i sl. A kako je navedeno, kod poremećaja prehrane istraživanja i rezultata o zaštitnim čimbenicima gotovo uopće nema! Teško je kreirati i razviti programe, projekte, individualne pomoći oboljelima, kada prethodno ne postoje nekakva opća saznanja o jakostima i na čemu bi bilo dobro temeljiti. Doista se postavlja pitanje kako je moguće i koliko je teško kreirati nove programe ili uopće vjerovati uspješnosti dosadašnjih kada nema spoznaja o zaštinim faktorima i jakim snagama?

5.3. Fokus na pretilima –stereotipi i predrasude

Kako je već ranije u radu spomenuto, nacionalne strategije, akcije i planovi na nivou države vezane uz poremećaje prehrane ne postoje. No, s druge strane, kada je riječ o pretilim osobama i prekomjernoj tjelesnoj težini, postoje mnogobrojne akcije i te preventivne i reaktivne mjere. Jedna od njih je i Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. u kojoj se spominje kako prema Hrvatskoj zdravstvenoj anketi 2003.godine pretile osobe su činile oko 20% odraslog stanovništva u Hrvatskoj, s otprilike podjednako zastupljenim spolovima – 20,1% muškarci i 20,6% žene. Sukladno tom i raznim drugim istraživanjima na nivou države, ali i Europe i svijeta, Republika Hrvatska je izradila vlastitu osnovu za provođenje preventivnih mjera vezanih za prekomjernu tjelesnu težinu, a (prema strategiji) čine ju Hrvatska prehrambena

politika, Akcijski plan za hranu i prehranu te Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne težine. Prijašnje u radu spomenuti Plan razvoja javnog zdravstva 2011.-2015. u svojim potpoglavljima ističe mnoge točke u kojima se (in)direktno govori o prekomjernoj tjelesnoj težini, pa tako u potpoglavlju Prekomjerna tjelesna težina pišu razne preventivne mjere i aktivnosti – edukacija stručnjaka o prevenciji i liječenju prekomjerne tjelesne težine i pretilosti; informiranje, promoviranje, odgoj, edukacija i podizanje svijesti o važnosti pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti; praćenje stanja uhranjenosti stanovništva s ciljem otkrivanja poremećaja prehrane i uhranjenosti i dr. Također, potpoglavlja Prehrana i Tjelesna aktivnost se dotiču prekomjerne tjelesne težine. Dakle, vidljivo je kako inicijativa i akcija vezanih za preventivno djelovanje na području pretilosti ne nedostaje, pa se postavlja pitanje zašto se isto ne događa i na području poremećaja prehrane? Nosi li pretilost sa sobom, osim zdravstvenih problema, i važnu negativnu društvenu konotaciju? Ne postoje li mnogi stereotipi i predrasude kada je riječ o pretilim osobama - da su to lijene osobe, ne mare za vlastito zdravlje, nedisciplinirane su i osobe s manjkom samokontrole i sl.? Dok, s druge strane, vitkost i mršavi tjelesni izgled upućuju na disciplinu, samokontrolu, pa čak i zdravlje. Hrvatski zavod za javno zdravstvo ima oformljen poseban Odjel za prehranu, tjelesnu aktivnost i prevenciju debljine, a poremećaji prehrane se ne spominju niti u jednoj kategoriji. Potrebno je isticati važnost jednake posvećenosti i odvajanju vremena, resursa i istraživanja problemu poremećaja prehrane kao i problemima s prekomjernom težinom.

5.4. Preventivno djelovanje u školama

Dob se ističe kao jedan od rizičnih čimbenika, tj. period puberteta i adolescencije. Logičan slijed bi bio da se preventivna nastojanja i mjere okrenu prema školama. Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević (2004) ističu kako upravo zbog činjenice da poremećaji prehrane obično nastaju u ranoj adolescenciji, dakle u školskoj dobi, važno je **kreiranje efikasnih programa namijenjenih školskoj primjeni**. Škole su mjesto gdje postoji osoblje koje je povezano s učenicima, koje ih poznaje te su važan dio života mladih djevojaka i mladića. Uz to, škola i njen način funkcioniranja, nudi vrijeme i prostor za provođenje raznih radionica, edukacija, diskusija na temu ne samo poremećaja prehrane, već i rizičnih čimbenika poput provođenja dijeta, utjecaja medija i slika koje mediji šalju itd. Također, učenike se može ojačati i prepoznavanjem i isticanjem njihovih zaštitnih čimbenika te generalno osvještavati o problemu i raširenosti poremećaja prehrane. Pažin-Ilakovac (2012) piše kako je škola ustanova organiziranog pedagoškog djelovanja i vrlo važno mjesto na putu djetetovog zdravog odrastanja u humanu, samostalnu, odgovornu i stvaralačku osobu. Prema ekološko-sustavnoj teoriji

(Bronfenbrenner, 1979.; prema Bašić, 2009, str. 161.; prema Pažin-Ilakovac, 2012) škola se, uz obitelj, nalazi u prvom mikrosustavu učenikova života – daje mu smjernice za važne odnose, ali i kreiranje stavova i uvjerenja prema svijetu oko sebe. Sve navedeno se može primjeniti i kada je riječ o preventivnom djelovanju na području poremećaja prehrane – važno je učenike ojačati, educirati, upoznati s posljedicama te im pomagati u nadvladavanju rizičnih čimbenika. Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević (2004) opisuju strukturu školskog preventivnog programa Talijanskog udruženja za poremećaje prehrane i pretilost. Program je kreiran za učenike završnih razreda osnovnih škola jer su poremećaji prehrane sve učestaliji na početku puberteta – to je period u kojemu se mladi suočavaju s velikim životnim promjenama, ne samo u biološkom smislu već i obzirom na povećane zahtjeve škole, sredine, vršnjaka i obitelji. Učenici 12-14 godina su najpogodniji za ovaj tip programa prevencije radi mogućnosti oblikovanja određenih vještina, modifikacije ponašanja i stavovi prije nego li se ona stabiliziraju u vremenu adolescencije. U program su, uz djevojke, uključeni i mladići jer se smatra kako oni mogu pomoći oboljeloj prijateljici te odigrati značajnu ulogu u smanjenju sociokulturnog pritiska na mršavost kod žena. Cilj programa jest prevencija razvoja poremećaja prehrane kroz smanjenje učestalosti provođenja dijeta i razine opterećenosti izgledom tijela i težinom. Specifični ciljevi su usmjereni na dva područja: a) porast informiranosti učenika o sociokulturnom pritisku na mršavost, pogrešnim uvjerenjima koja mogu dovesti do poremećaja prehrane, tjelesnim psihoefektima i dr.; b) pomaganje učenicima u smanjivanju rizika od nastanka poremećaja prehrane putem redukcije značenja koje se pripisuje tjelesnom izgledu i težini u samoprocjeni, ukazivanje na biološke tjelesne promjene u pubertetu i olakšavanja njihovog prihvatanja, samoprihvatanje i pomaganje u održavanju pravilne ishrane i zdravog načina života. Autorice su provedbom programa u školama te njegovom evaluacijom došle do slijedećih rezultata i zaključaka: “Rezultati eksperimentalno provedenog programa prevencije poremećaja u hranjenju u skupini učenika sedmih razred osnovne škole vrlo su ohrabrujući i potiču na nastavak provođenja programa sa širim skupinama učenika viših razreda osnovnih škola. Eksperimentalna skupina pokazala je značajno napredovanje u poznavanju problematike, smanjenju učestalosti provođenja dijete, pa čak i povećanju samopoštovanja, a uočena je i tendencija ublažavanja negativnih stavova i navika hranjenja.” (Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, 2004; str.68.)

5.3. Prevencija poremećaja prehrane u kontekstu socijalne pedagogije

Socijalna pedagogija je znanstvena disciplina kojoj su u fokusu osobe s (ili u riziku za) problemima u ponašanju – spektar od rizičnih ponašanja, zatim zakonom zabranjenih ponašanja te i različitih psihičkih bolesti. Poremećaji prehrane se ubrajaju među ta „problemska ponašanja“, tj. poremećaje, te kao takvi spadaju u domenu rada socijalnih pedagoga. Uloga socijalnog pedagoga, prema Boehnisch-u (1993; prema Koller-Trbović, 1999) jest odgojna pomoć za svladavanje života. U skladu s ulogom, posao je usmjeren na ophođenje s „konfliktima integracije“ pri odrastanju. Uz bavljenje problemom, važna komponenta je i razvoj sposobnosti i kompetencije djece i mladih, proširivanje njihovih horizonta te poticanje na aktivno uključivanje u društvo. Kada je riječ o prevenciji poremećaja prehrane, socijalni pedagog može imati vrlo važnu ulogu putem stvaranja odnosa s osobama u riziku i/ili onima koje boluju, nadalje, putem edukacija stručnjaka u školama, stvaranje odnosa i edukacija roditelja oboljelih. Također, pri završetku bolničkog liječenja ili nekakvih drugih reaktivnih mjera, socijalni pedagog pomaže osobi pri reintegraciji u društvo, obitelj, školu, kao i resocijalizaciji. Kako Boehnisch piše, posao socijalnog pedagoga jest pomoć osobi s „konfliktima integracije“ pri odrastanju. U ovom radu se na nekoliko mjesta spominjalo kako je vrijeme puberteta i adolescencije rizično za razvoj poremećaja prehrane radi raznih nastojanja udovoljavanja društvenim idealima ljepote, ali i nošenja s drugim područjima – rad na samopoštovanju, samoprihvatanju i sl. Tako socijalni pedagog pomaže pojedincu da se na efikasan i zdrav način nosi s tim konfliktima integracije. Osim ovog primarnog područja djelovanja, socijalna pedagogija kao znanost se bavi i promocijom mentalnog zdravlja te raznim projektima i akcijama preventivnog tipa.

6. Zaključak

U uvodnom dijelu rada je spomenuto kako je izazovno, osobito djevojkama i mladim ženama, živjeti u vremenu gdje se glorificiraju i nameću standardi ljepote koji u pravilu odstupaju od bioloških činjenica o ženskom tijelu. Putenost, obline, različitost i mnoge druge karakteristike ženskog tijela kao da se žele „ugušiti“ te se nameću ideali ljepote koji su u potpunoj suprotnosti tim obilježjima – mršavost, gubitak oblina itd. Prepoznati su i rizični čimbenici koji se razvrstavaju i 3 kategorije – biološki, psihološki i sociokulturni te bi oni trebali biti temeljno polazište pri kreiranju preventivnih programa ili bilo kakvih mjera i akcija. Uz rizične

čimbenike, istaknuta je i važnost zaštitnih čimbenika koji jačaju osobe i pomažu im pri suočavanjem sa rizičnim čimbenicima. Posebno je naglašen u radu i utjecaj medija kao glavnih prenositelja i diktatora ideala ljepote. Taj utjecaj se posebno ističe u vrijeme adolescencije i mladenaštva, kada, i prema mnogim spoznajama, poremećaji u prehrani i počinju. U skladu s tim, spomenuta je važnost medijske edukacije, kritičnosti i pedagogije kako kod mladih, tako i kod cijele populacije korisnika medija. Na taj način se mediji mogu pravilno koristiti i smanjuje se mogućnost manipulacije. Općenito govoreći o mjerama koje se poduzimaju kod poremećaja prehrane, navedeno je kako postoje preventivne mjere koje mogu biti univerzalne, selektivne ili indicirane (ovisno o ciljanoj populaciji, razvoju simptoma i sl.) i postoje reaktivne mjere, odnosno liječenje osoba s poremećajem prehrane. Dane su mnoge smjernice iz svjetske i domaće literature kako bi učinkoviti preventivni programi trebali izgledati (interaktivni, uključivati isključivo žene, selektivni, temeljiti se na vježbama i reduciranju internalizacije ideala ljepote itd.) te su neki od programa i ukratko prikazani. Kako se preventivnim mjerama poremećaji mogu ne samo prevenirati da do njih uopće dođe, već se može i umanjiti progresiju osoba u riziku, logično je zaključiti kako je potrebno ulagati u preventivne mjere, akcije i programe.

Nažalost, kroz rad je uočeno kako rih istih mjera, akcija i programa u Hrvatskoj ima izuzetno malo. Čini se kao da je cijelo područje prevencije poremećaja prehrane u samim začetcima, ako i toliko, jer nedostaju neki osnovni temelji poput zakona, propisa, inicijativa ili općenito prepoznavanja važnosti od strane vlade i vodećih u državi. Usporedno s tim, i u Hrvatskoj su mladi jednako izloženi medijima koji nameću razne ideale ljepote kao i u mnogim zapadnim zemljama i kulturama, jednako se bore s pronalaskom identiteta u vrijeme adolescencije te postoje jednaki rizični čimbenici kao i u Sjedinjenim Američkim Državama ili nekoj drugoj velikoj zemlji. Ono što nije jasno jest zašto se onda u Hrvatskoj ne radi na području prevencije poremećaja prehrane te što je potrebno poduzeti kako bi taj proces rada započeo?

7. Literatura

- 1) Ambrosi-Randić, N. (2004): *Razvoj poremećaja hranjenja*. Zagreb. Naklada Slap.
- 2) American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM V*. Washington, England: American Psychiatric Publishing.
- 3) Balabanić Mavrović, J. (2012): *Liječenje poremećaja hranjenja*. II. izdanje. Zagreb.
- 4) Bašić, J. (2009): *Teorije prevencije: Prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb. Školska knjiga.
- 5) BEA, Centar za poremećaje hranjenja - <http://www.centarbea.hr/> .
Pristupljeno 28.4.2017.
- 6) Ciprić, A. (2016): *Virtualne društvene mreže, samo-objektivizacija i zadovoljstvo izgledom kod adolescentica: rana socijalizacija kao protektivni faktor*. Zagreb. Filozofski fakultet.
- 7) Crosscope-Happel, C.(1999): *Male anorexia nervosa: an exploratory study*. Dissertation. Virginia Polytechnic Institute and State University.
- 8) Colić, M. (2013): *Učestalost i odrednice provođenja dijeta kod adolescentica*. Diplomski rad. Zadar. Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju.
- 9) Carter, J.C., Stewart, D.A., Dunn, V.J. i Fairburn, C.G.(1997): Primary Prevention of Eating Disorders: Might It Do More Harm than Good?. *International Journal of Eating Disorders*. 22, 167-172.
- 10) Centar za poremećaje hranjenja, BEA (2013): *Sažeti referentni vodič za poremećaje hranjenja: Temeljne intervencije u liječenju i upravljanju anoreksijom, bulimijom i srodnim poremećajima hranjenja*. Zagreb.
- 11) Dodig-Ćurković, K.(2013): *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek. Svijetla grada.
- 12) Dwivdei, K.N. i Harper, P.B. (2004): *Promoting the Emotional Well-being of Children and Adolescents and Preventing Their Mental Ill Health*. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- 13) Erceg-Jugović, I. (2015): *Čimbenici nezadovoljstva tijelom*. Doktorski rad. Zagreb. Filozofski fakultet.
- 14) Grgurić, J. (2004): Poremećaj hranjenja u djece – sve veći problem današnjice. *Medix*. 10(52), 75-76.

- 15) Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012): *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)*. Zagreb: Medicinska naklada
- 16) Jurčić, Z. (2004): Razvojne dimenzije anoreksije i bulimije nervoze. *Medix*. 10(52), 40-45.
- 17) Knez, R., Pokrajac-Bulian, A., Peršić, M. (2008): Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatia*. 52 (1), 111-115.
- 18) Koller-Trbović, N. (1999): Mjesto i uloga socijalne pedagogije danas. *Kriminologija i socijalna integracija*. 7(1), 21-24.
- 19) Korotaj Z., Vlašić-Cicvarić I., Knez R., Peršić M. (2008): Potreba za osnivanjem specijalnog centra za poremećaje hranjenja. *Paediatrica Croatia*. 52 (1), 130-133.
- 20) Lebedina-Manzoni, M. (2007): *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Zagreb. Naklada Slap.
- 21) Libella, Udruga za pomoć oboljelima od anoreksije nervose i bulimije nervose - <http://klub.posluh.hr/libella/> . Pristupljeno 28.4.2017.
- 22) Livazović G., Ručević S. (2012): Rizični čimbenici eksternaliziranih ponašanja i odstupajućih navika hranjenja među adolescentima. *Društvena istraživanja*. Zagreb. 21(3), 733-752.
- 23) Mahnik-Miloš, M. (2004): Bolničko liječenje anoreksije i bulimije. *Medix*. 10(52), 59-60.
- 24) Martin, J.B. (2010): The Development of Ideal Body Image Perceptions in the United States. *Nutrition Today*. 45(3), 98-100.
- 25) Meštrović, A. (2014): *Poremećaji hranjenja: feministička perspektiva*. Završni rad. Zagreb. Centar za ženske studije.
- 26) Meštrović, A. (2014): *Poremećaji hranjenja: Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći*. Zagreb.
- 27) Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. (2012)*
- 28) Nada, Udruga za pomoć oboljelima od poremećaja u prehrani - <http://www.hope.hr/>. Pristupljeno 28.4.2017.
- 29) NEDA(National Eating Disorders Association) - <https://www.nationaleatingdisorders.org/>. Pristupljeno 28.4.2017.
- 30) NEDC (National Eating Disorders Collaboration) - <http://www.nedc.com.au/>. Pristupljeno 28.4.2017.
- 31) Pažin Ilakovac, R. (2012): Školski programi prevencije poremećaja u ponašanju. U: Vladović, S. ur. : *Zaštita prava i interesa djece s problemima u ponašanju: Zbornik*

priopćenja sa stručnih skupova pravobraniteljice za djecu. Zagreb. Tiskara Velika Gorica. 1-288.

- 32) Pehar, I.A. (2016): *Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentnoj dobi.* Završni rad. Split. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija.
- 33) Plan razvoja javnog zdravstva 2011.-2015. (2011) Narodne novine, br 49/2011.
- 34) Pokrajac-Bulian, A. (1998): Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji. *Društvena istraživanja.* Zagreb. 7(4-5), 581-601
- 35) Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T. i Đurović, D. (2007): Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijeta kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme.* 16(1), 27-46.
- 36) Pokrajac-Bulian, A., Stubbs, L. i Ambrosi-Randić, N. (2004): Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme.* 13, 91-104
- 37) Pokrajac-Bulian, A. , Živčić-Bećirević, I. (2004): Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. *Medix.* 10(52), 67-68.
- 38) Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I., Calugi, S. i Grave, R.D. (2006): School prevention program for eating disorders in Croatia: a controlled study with six months of follow-up. *Eating Weight Disorder.* 11(4), 1-8.
- 39) Pokrajac-Bulian, A. , Živčić-Bećirević, I. , Vukmanović, S. i Forbes, G. (2005): Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme.* 14(1), 57-70.
- 40) Sambol, K., Cikač, T. (2015): Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus.* 24(2), 165-171.
- 41) Smolak, L. (2011): *Body image development in childhood. Body image: a handbook of science, practice, and prevention.* New York. Guilford Press.
- 42) Stice, E., Marti, C.N. i Durant, S. (2011): Risk Factors for Onset of Eating Disorders: Evidence of Multiple Risk Pathways from 8-Year Prospective Study. *Behaviour Research and Therapy.* 49(10), 622-627.
- 43) Stice, E. , Presnell, K. (2007): *The Body Project: Promoting Body Acceptance and Preventing Eating Disorders.* New York. Oxford University Press.
- 44) Stice, E., Rodhe, P. i Shaw, H. (2013): *The Body Project: A Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Intervention.* New York. Oxford University Press.
- 45) Stice, E., Schupak-Neuberg, E. , Shaw, H.E. i Stein, R.I. (1994): Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: An Examination of Medating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology.* 103(4), 836-840.

- 46) Stice, E., Shaw, H. i Marti, C.N. (2007): A Meta-analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*. 3, 207-231.
- 47) Stice, E. , Shaw, E. (2004): Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-analytic Review. *Psychological Bullient*. 130(2), 206-227.
- 48) Talić, L. (2013): *Povezanost odnosa s roditeljima, samopoimanja i simptoma poremećaja hranjenja kod adolescenata*. Diplomski rad. Zagreb. Filozoski fakultet, Odsjek za psihologiju.
- 49) Tolić, M. (2009): Temeljni pojmovi suvremene medijske pedagogije. *Život i škola*. 22(55), 97-103.
- 50) Tolić, M. (2009): Medijska kompetencija kao prevencija pri sprječavanju medijske manipulacije u osnovnim školama. *Medinala*. 3(6), 195-212.
- 51) Vidović, V. (2009): Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix*. 10(52), 50-54.
- 52) Vidović, V. (2009): Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*. 10(52), 69-74.
- 53) Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2008, 2010). Narodne novine, br 150/2008, 71/2010