POREMEĆAJI JEDENJA I SAMOPERCEPCIJA KOD UČENIKA ZAVRŠNIH RAZREDA MEDICINSKE ŠKOLE U RIJECI I MEDICINSKE ŠKOLE KARLOVAC U ZANIMANJU MEDICINSKA SESTRA/TEHNIČAR OPĆE NJEGE

Ivče, Valentino

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:887942

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Valentino Ivče

POREMEĆAJI JEDENJA I SAMOPOIMANJE KOD UČENIKA ZAVRŠNIH RAZREDA MEDICINSKE ŠKOLE U RIJECI I MEDICINSKE ŠKOLE KARLOVAC U ZANIMANJU MEDICINSKA SESTRA/TEHNIČAR OPĆE NJEGE

Diplomski rad

Rijeka, 2020

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING - PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Valentino Ivče

EATING DISORDERS AND SELF-PERCEPTIONS AMONG STUDENTS OF THE FINAL GRADES OF MEDICAL SCHOOL IN RIJEKA AND KARLOVAC IN THE NURSE PROFESSION

Graduate work

Rijeka, 2020

Zahvala

Ovaj diplomski rad posvećujem svojoj obitelji.

Hvala Vam na potpori i razumijevanju.

Hvala mentoricma doc.dr.sc. Sandri Bošković, prof. reh., bacc. med. sestr.
i Saši Uljančić, mag. rehab. educ., mag. med. techn.
na ukazanom povjerenju i savjetima.

SADRŽAJ

I. UVOD 1
II. SAMOPOIMANJE U ADOLESCENCIJI 3
2.1. Visoko samopoštovanje 5
2.2. Nisko samopoštovanje 5
2.3. Pozitivno samopoimanje 6
2.4. Negativno samopoimanje 6
2.5. Samopoimanje i školski uspjeh 6
III. RAZVOJNI ZADACI ADOLESCENCIJE 8
3.1. Psihofizičke promjene u adolescenciji 10
3.2. Odnos sa roditeljima 11
3.3. Odnosi sa vršnjacima 12
IV. POREMEĆAJI JEDENJA (HRANJENJA) 14
4.1. Povijesna i teorijska gledišta 15
4.2. Etiologija poremećaja jedenja 16
4.2.1. Biološki čimbenici 17
4.2.2. Sociokulturološki čimbenici 17
4.2.3. Psihološki čimbenici 18
4.2.4. Obiteljski čimbenici 18
4.3. Podjela poremećaja jedenja (hranjenja) prema dijagnostičkim kriterijima 19
4.3.1. DSM-IV-TR 19
4.3.1.1. Anoreksija nervoza (F50.0) 20
4.3.1.2. Bulimija nervoza (F50.2) 21
4.3.1.3. Poremećaj hranjenja, neodređen (F50.9) 22
4.3.2. DSM-V 22
4.3.2.1. Anoreksija nervoza (F50.0) 23
4.3.2.2. Bulimija nervoza (F50.2) 24

4.3.2.3. Poremećaj s prejedanjem (F50.8) 24
4.4. Komplikacije Anoreksije nervoze 25
4.5. Komplikacije Bulimije nervoze 26
4.6. Liječenje poremećaja jedenja 26
4.6.1. Psihoterapija 27
4.6.2. Medikamentno liječenje 28
V. CILJ ISTRAŽIVANJA 29
5.1. Hipoteze 30
VI. ISPITANICI I METODE 31
6.1. Dozvola etičkog povjerenstva 32
6.2. Obrada podataka 32
VII. REZULTATI ISTRAŽIVANJA 34
7.1. Socijalno-demografski i osobni podaci ispitanika 35
7.2. Odnosi s obitelji i vršnjacima 43
7.3. Ponašanje i samopoimanje 44
VIII. RASPRAVA 49
IX. ZAKLJUČAK 55
X. SAŽETAK 57
SUMMARY 59
XI. LITERATURA 60
XII. PRILOZI 70
ŽIVOTOPIS 74

I. UVOD

Adolescencija je životno razdoblje u kojem se događaju brojne promjene u kratkom vremenskom periodu, te se stoga može dogoditi da ih sve osobe ne mogu prihvatiti bez smetnji i poteškoća. Adolescenciju karakterizira psihofizičko i spolno sazrijevanje koje je jedinstveno i proživljavaju ga svi ljudi do dvadesete godine života, izuzev onih sa znatnim zdravstvenim poteškoćama.

Budući da u periodu adolescencije identitet nije dostatno određen, tinejdžeri se najčešće procjenjuju na temelju fizičkog izgleda te se nerijetko teško adaptiraju na „novonastalu stvarnost“ u vlastitom izgledu, što onda postaje jedna od njihovih najbitnijih preokupacija.

Poremećaje jedenja važno je na vrijeme prepoznati i na promjene u djetetovu ponašanju ispravno reagirati, jer su praćeni brojnim problemima u svakodnevnom funkcioniranju i ponašanju, a nerijetko i sa zdravstvenim poteškoćama koje u nekim slučajevima zahtijevaju i bolničko liječenje.

Uslijed preokupacije fizičkim izgledom i hranom, poremećaji jedenja u adolescenciji čine i barijeru u obavljanju i fokusiranju na svakodnevne zahtjeve i obaveze.

Poremećaji jedenja povezani su sa sniženim samopoštovanjem i samopoimanjem, tjeskobom i depresivnim raspoloženjem, gubitkom društvenih kontakata te poteškoćama u ostvarivanju emocionalnih interakcija (1).

Samopoimanje (slika o sebi, eng. *Self-concept*) je subjektivno doživljavanje fizičkog izgleda i iskustava, te je vrlo važan oblik psihološke evolucije u adolescenciji (2). Značajne su razlike u samopoimanju između djevojaka i mladića. Adolescentice mnogo češće promišljaju o svome tjelesnom izgledu te iskazuju negativne emocije o dijelovima svoga tijela (3).

Prema rezultatima istraživanja, negativno samopoimanje najčešće iskazuju mlađe adolescentice u dobi između 12. i 15. godine života, nakon čega zadovoljstvo tjelesnim izgledom uglavnom raste. Istraživanja (4) također pokazuju da 40-70% adolescentica nije zadovoljno određenim dijelovima tijela ili tijelom u cjelini, a nezadovoljstvo se ponajviše odnosi na trbuh, struk, stražnjicu i bedra. U mnogim razvijenim zemljama 50-80% adolescentica željelo bi izgledati mršavije, a dijetni režim prehrane provodi njih 20-60%.

Prema istraživanju provedenom u hrvatskim srednjim školama, 24% mladića i 50.4% djevojaka provodilo je neki oblik dijete (2).

II. SAMOPOIMANJE U ADOLESCENCIJI

Postoje brojni koncepti pojma „samopoimanja“ (eng. *Self-concept*), tj. mnogi autori ga opisuju na drugačiji način, pa se pronalaze termini poput samstvo, slika o sebi, pojam o sebi (5), a Lacković-Grgin (6) ga definira kao *„fenomenološku organizaciju iskustva individue i ideje o njoj samoj u svim aspektima njezina života“*.

Samopoimanje jest jedna od metoda kojom opserviramo sebe. Rijavec i Brdar (7) navode da svaka osoba ima stanovitu ideju o sebi te se pita „Tko sam ja“, „Kakav sam“, a odgovor na to pitanje upravo sačinjava samopoimanje tj. sliku o sebi. Rijavec (8) kaže da „*svatko od nas posjeduje mentalnu sliku o sebi. Ona može biti nejasna, maglovita ili je osoba uopće ne mora biti svjesna. Ipak, ona postoji u svima nama i odražava naše vjerovanje o tome kakva smo osoba“.*

Samopoimanje je svojevrsan produkt životnih iskustava, lijepih i ružnih trenutaka, te predstavlja refleksiju postupanja okolilne prema nama naročito u ranom djetinjstvu (8). Dva su osnovna tipa samopoimanja, pozitivno i negativno (9). U prošlosti se samopoimanje shvaćalo kao jednodimenzionalan konstrukt, a danas govorimo o višedimenzionalnom tj. multidimenzionalnom pojmu koji se neprekidno mijenja uslijed životnih iskustava osobe ali i djelovanja okoline na osobu (10).

Dijelovi samopoimanja su: „*znanje o sebi, očekivanja od sebe i osobno vrednovanje“* (11).

Znanje o sebi odnosi se na spremnost osobe da se definira prema spolu, dobi, težini, visini, zanimanju itd. Osobe koje često propituju i analiziraju svoje „ja“ uspješnije se adaptiraju i nose sa problemima i izazovima od osoba koje takvo što ne čine, jer su svjesne svojih mogućnosti i dosega (12). Očekivanja od sebe govore da osoba pokraj onoga što ona jest ima određena priželjkivanja tj. ono što bi željela biti, a pojavljuju se u vidu „očekivano ja“ i „idealno ja“ (12).

„Idealno ja“ predstavlja karakteristike koje bi osoba htjela posjedovati, a to su njene želje i nade, dok „očekivano ja“ predstavlja ono što bi osoba htjela biti i odlike koje bi željela posjedvati (12). Očekivanja su često pod utjecajem ljudi iz okoline, a problem nastaje ukoliko su ona nerealna, niža ili viša, u odnosu na ono što osoba u datom trenutku može postići (11) pa osoba može biti tužna ili razočarana, osjećati strah ili tjeskobu jer nije ostvarila zadane ciljeve (12).

Osobno vrednovanje odnosi se na pozitivnu ili negativnu samoprocjenu (12), tj. to je dio samopoimanja koji podrazumjeva vrijednosti što ih pripisujemo svojim postignućima, osobinama i ponašanju za naziva se „samopoštovanje“ (11).

Adolescenti se često uspoređuju sa svojim vršnjacima, pa se tako učenik koji ima dobre ocjene u školi uspoređuje sa učenicima sličnog postignuća. No, učenik će teško oblikovati ispravnu sliku o sebi ukoliko se uspoređuje sa nekim tko je puno bolji ili lošiji od njega.

Samopouzdani adolescent je odgovoran, znatiželjan, kreativan, kooperativan, podnosi neuspjeh i kritiku.

Nesamopouzdani adolescent osjetljiv je na kritiku, sklon osobnom podcjenjivanju, stidljiv, ne prihvaća pohvale i teško podnosi poraz i neuspjeh (12).

2.1. Visoko samopoštovanje

Za visoko samopoštovanje potrebno je snažno samopouzdanje i osjećaj osobne vrijednosti. Adolescenti sa visokim samopoštovanjem usredotočeni su na svoje pozitivne osobine, razmišljaju o sebi na pozitivan način te uočavaju svoje loše osobine i spremni su ih mijenjati. Također, takve su osobe zadovoljne životom i školom, rezistentnije na stresne situacije, manje depresivne, toleriraju kritiku, neuspjeh pripisuju vanjskom faktoru, spremnije su iskazati svoje mišljenje, smatraju se zadovoljnima i sretnijima te više doprinose u međuljudskim odnosima. Osobe visokog samopoštovanja dobrih su komunikacijskih sposobnosti, otvorene su i uvjerljive, vode računa o tuđim osjećajima i mišljenju (12).

2.2. Nisko samopoštovanje

Adolescenti sa niskim samopoštovanjem osjećaju se potlačeno, imaju nizak osjećaj vlastite vrijednosti, smatraju da ne zaslužuju poštovanje i ljubav. Takve su osobe fokusirane na svoje loše odlike a dobre ne prepoznaju, često se žale na životne događaje, i poistovjećuju se sa ljudima iz svoje okoline, često razmišlju o tome što o njima drugi govore, teško im je primiti kritiku ili pohvalu (12). Nadalje, sa niskim samopoštovanjem nezadovoljne su sobom, vlastite neuspjehe atribuiraju nesposobnosti a uspjehe i postignuća sreći (13), nesigurne su u sebe te kritici pridaju preveliku pažnju, a kada se uspoređuju s drugima čine to na vlastitu štetu (12). U odnosu na osobe visokog samopoštovanja, osobe sa niskim samopoštovanjem doživljavaju se manje prihvaćenima u svojoj okolini (14).

2.3. Pozitivno samopoimanje

Samopoimanje (slika o sebi) može biti pozitivno i motivirajuće te dovesti do afirmativnog, društveno poželjnog ponašanja (10). Istraživanja sugeriraju kako stabilna emocionalna povezanost unutar obitelji dovodi do pozitivnog samopoimanja i visokog samopouzdanja kod djece (15). Također, utvrđena je uzročna povezanost između pozitivnog samopoimanja i visokog samopoštovanja te kvalitetnih prijateljskih veza sa vršnjacima (15). Adolescenti koji imaju pozitivno samopoimanje imaju manje izgleda za razvoj poremećaja jedenja, anksioznosti ili depresije (10), intelektualno su razvijeniji, motiviraniji za učenje i školske aktivnosti, postavljaju si objektivne i dostižne ciljeve te imaju veću mogućnost za ostvarivanje uspjeha (13).

2.4. Negativno samopoimanje

Brdar i Rijavec (13) ističu kako nije lako pronaći uzroke negativnog samopoimanja jer se ono stvara na osnovu informacija i poruka iz okoline, a postoji mogućnost da osoba nije svjesna činjenice da o sebi nema dobro mišljenje. Adolescenti kojima roditelji i vršnjaci ne pružaju dovoljnu razinu podrške imaju veću vjerojatnost za razvoj negativnog samopoimanja (15).

Samopoimanje ne mora biti objektivno. Štoviše, osoba može o sebi imati negativno mišljenje a ljudi iz njena okruženja o njoj pozitivno mišljenje (12), a to se događa stoga što osoba ne percipira svoje dobre značajke (15). Postoje znakovi u ponašanju koji ukazuju da osoba ima negativnu samopercepciju i mogu biti raznoliki. Tako kod nekih postoji prenaglašena potreba za pobjeđivanjem i hvalisanjem a kod drugih prenaglašena samokritičnost i sramežljivost (13). Miljković i Rijavec (12) navode da kada osoba jednom stvori negativno samopoimanje, ono se teško mijenja.

Adolescenti sa negativnim samopoimanjem su pasivni, ne veseli ih stjecanje novih znanja i vještina, slabije su motivirani za postizanje uspjeha, ne uključuju se u rasprave, neredoviti su i često kasne u izvršavanju školskih dužnosti, nameću si nerealne ciljeve te stoga teže postižu uspjeh.

2.5. Samopoimanje i školski uspjeh

Školski uspjeh u velikoj je mjeri povezan sa učenikovim sposobnostima ali i očekivanjima njemu bliskih osoba te načinom na koji ga one procjenjuju. Brdar i Rijavec (13) navode da kada učenik „*stvori predodžbu o svojim školskim mogućnostima, započinje donositi*

zaključke koji potkrepljuju njegovu predodžbu“. O tome kako učenik procjenjuje svoje mogućnosti ovisiti će i njegov školski uspjeh. Učenici koji su nesigurni i smatraju sebe manje sposobnima riješiti će manje školskih zadataka od učenika koji se smatraju sposobnima. Zbog toga učenici koji su ustvrdili da imaju lošije sposobnosti, unatoč činjenici da su sposobni, bilježe lošije rezultate. Pozitivan školski uspjeh može unaprijediti samopoimanje, a potom visoko samopoimanje može utjecati na postizanje još boljeg školskog uspjeha (13).

Iznimno djelovanje na školsku komponentu samopoimanja imaju roditelj, pa tako djeca čiji roditelji imaju visoko mišljenje o sposobnostima svoje djece imaju bolje školsko samopoimanje. Djeca koja o sebi misle da su dobri učenici bolje se nose sa teškoćama, a ona koja se smatraju lošim učenicima manje se trude i teže se suočavaju sa školskim izazovima i obavezama (11).

III. RAZVOJNI ZADACI ADOLESCENCIJE

Jednu od prvih definicija adolescencije (lat. *adolescere* – prema zrelosti) iznio je američki psiholog Hall koji navodi da je adolescencija razdoblje opsežnih promjena te da su adolescenti osobe često nepredvidljivog ponašanja, sa tendencijom ka snažnim emocionalnim reakcijama i nerijetkim incidentima sa svojom okolinom (16). Adolescencijom se smatra razdoblje u kojem se djeca počinju „udaljavati" od roditelja a još nemaju određenu funkciju u kolektivu, te zbog toga ona predstavlja i veoma stresno razdoblje.

Adolescencija se, prema početku i trajanju, dijeli na:

Predadolescenciju - od 10 – 12. godine,

Ranu adolescenciju - od 12 – 14. godine,

Srednju adolescenciju - od 14 – 16. godine,

Kasna adolescencija - od 17. – 20+ godina.

Postavljanje dobnih granica fleksibilno je i relativno, često se reinterpretira i mijenja, jer se svaka osoba razvija na jedinstven način.

Početak adolescencije karakteriziran je pubertetom u kojem dolazi do spolne zrelosti i integralnog tjelesnog razvoja. Kod djevojčica se pubertet se odvija od 12. do 14. godine a kod dječaka nešto kasnije, od 13. do 15. godine (16).

Adolescencija se razlikuje među raznim kulturama, pa je u nekim primitivnijim kulturama transfer iz djetinjstva u zrelu dob kraći dok u tranzicijskim i naprednim društvima, gdje djeca dulje razdoblje ostaju pod „okriljem" roditelja, i adolescencija prolongirana. Stoga možemo reći da je to period u kojem mladi ljudi postaju najranjivijim dijelom populacije zbog toga što više nisu zaštićeni poput djece i još uvijek nemaju sve pogodnosti i mogućnosti dostupne odraslima. Car (17) navodi da „*današnji tinejdžeri mnogo više vremena provode u isključivom društvu vršnjaka nego što su to činili njihovi roditelji*. *Stoga njihovu socijalizaciju danas više oblikuju vršnjaci nego odrasli, što sa sobom donosi strah i nepovjerenje odraslih osoba jer vršnjaci preuzimaju glavnu ulogu kada se radi o iskustvima socijalizacije adolescenata*".

U mnogobrojnoj literaturi adolescencija se naziva periodom „bura i oluja" i „krizom identiteta". Kuzman (18) navodi da se „*adolescencija smatra najzdravijim razdobljem života, u kojem osoba dostiže vrhunac kondicije, brzine i snage ali i mnogih kognitivnih sposobnosti*".

Također, adolescencija predstavlja razdoblje intenziviranja važnih razvojnih zadataka, dostizanja tjelesne, emocionalne i spolne zrelosti, zatim pripreme za stupanje u brak,

ostvarivanje ekonomske samostalnosti te čitav niz drugih moralnih i etičkih normi potrebnih za odgovorno društveno ponašanje (19).

3.1.Psihofizičke promjene u adolescenciji

Predadolescencija (10-12. godina) je predpubertetsko razdoblje u kojem se događa uvećanje nagona što vodi do manjeg ili većeg povratka predgenitalnosti. Faza predadolescencije uvelike se razlikuje kod dječaka i djevojčica. Kraj predadolescencije obilježen je ulaskom u pubertet te hormonalnim i biološkim promjenama.

Rana adolescencija (12.-14. godina) obilježena je mnogim tjelesnim i emocionalnim promjenama koje nisu sasvim ujednačene (20). Kod neke djece ovo razdoblje može započeti i nešto ranije, između 8. i 9. godine života. Mladi u zrcalu sebe vide na drugačiji način nego do tada, više nisu djeca, počinju svijet razumijevati na drugi način, razmišljaju o značenju života i smrt o prolaznosti vremena, događaju se promjene u kognitivnom kapacitetu, dolazi do razvoja mišljenja (pamćenja, donošenja odluka, rješavanja problema). Kod djevojčica rana adolescencija započinje sa 10,5 godina, dok kod dječaka sa 12,5 godina, te se stoga djevojčice trebaju prilagoditi tome da postaju zrelije prije svojih muških vršnjaka. Period rane adolescencije za neke predstavlja preveliki stres što može dovesti do razvoja psihopatoloških posljedica (20).

Kada analiziramo na koji način spolno sazrijevanje utječe na adolescente, najveći se nesklad može uočiti između kasno sazrelih dječaka i rano sazrelih djevojčica. Te su grupe najriskantnije za razvoj patološkog ponašanja (6). Rano sazrele djevojčice su tjeskobne, depresivne, niskog samopouzdanja, lošije slike o sebi, povučene i nepopularne, a mogu razviti i neki od poremećaja jedenja (21). Izmjene koje su se dogodile u njihovom fizičkom izgledu negativno se percipiraju. Istovjetno tome je i u slučaju kasno sazrelih dječaka, niti oni nisu pretjerano popularni u društvu, a vršnjaci ih smatraju tjeskobnima (21).

U srednjoj adolescenciji (14.-16. godine) dolazi do izravnavanja sazrijevanja, svi dječaci mogu ejakulirati a sve djevojčice imaju menstruaciju te su razvijena sekundarna spolna obilježja. Dolazi do konsolidacije tijeka odvajanja od roditelja započetog u ranoj adolescenciji. Bolje kognitivne vještine omogućavaju adolescentima bolje razumijevanje socijalnih odnosa, neovisniji su od roditelja i spretniji u društvenom životu (22). Tijekom srednje adolescencije

dolazi do prvih „zaljubljivanja“ i mnogi adolescenti počinju odlaziti na „spoj“, što često može ostavljati impresiju veće zrelosti (20).

Kasni adolescenti (17.-20+ godina) sebe percipiraju kao „osobu“, imaju svoje „ja“, često razmišljaju o tome kakvi su, i kakvi bi željeli biti. Imponira im društvo odraslih (prijatelji roditelja, roditelji prijatelja, profesori) te se žele formirati prema osobinama odraslih koji im se sviđaju. Primarni zadatak kasne adolescencije je „upoznati sebe“, tj. adolescent mora saznati koje slike o sebi doživljava stvarnima (20).

Rezultat razvoja u adolescenciji je i stjecanje određenog tipa tjelesne građe. U literaturi se navode se tri tipa građe tijela: ektomorfni (mršavi, visoki, slabije tjelesne građe), endomorfi (slabiji kostur, velika trbušna masa i niži rast) te mezomorfi (mišićavi, čvrsti, sa malo masnog tkiva). Glavnina adolescenata favorizira mezomorfni tip građe, a zbog razvijenog kulta vitkosti u zapadnim kulturama, što se prvenstveno odnosi na djevojke, one adolescentice koje imaju endomorfni tip građe percipiraju se manje lijepima (23).

3.2. Odnos sa roditeljima

Važnost kvalitete odnosa roditelj-adolescent do danas je dobro utvrđena (24). Nekvalitetni odnosi povezani su sa neadekvatnim sposobnostima prilagodbe kod adolescenata, što uključujuće depresiju, povlačenje u sebe, agresiju i delinkvenciju (25–27). Unatoč poznatoj važnosti kvalitete odnosa roditelj-adolescent, nedostaje spoznaja o tome što ta kvaliteta znači. Zapravo, korištene su različite definicije u konceptualizaciji kvalitete odnosa roditelj-adolescent što uključujući: bliskost, komunikaciju, autonomiju i sukob (28). Istraživanje koje ispituje svaki od ovih faktora odnosa tog specifičnog odnosa daje neki uvid u njihovu povezanost s mentalnim zdravljem adolescenta.

Utvrđeno je da su veće razine bliskosti u odnosu roditelj-adolescent obrnuto povezani sa sindromom internalizacije (strah, socijalno povlačenje, depresija) i eksternalizacije (delikvencija, hiperaktivnost, agresija) adolescenata (29). Neka istraživanja pokazuju da je visoka bliskost roditelja i adolescenata povezana s manjom vjerojatnosti za razvoj simptomima depresije kod adolescenata (30). Bliskost je obrnuto povezana i sa antisocijalnim ponašanjem adolescenata (31). Istraživanja sugeriraju da je zdrava komunikacija roditelj - adolescent zaštitni faktor u očuvanju mentalnog zdravlja (32).

Autonomija kod adolescenata često je uparena s jednom ili više ostalih dimenzija odnosa roditelj - adolescent, poput, kohezije i roditeljskog odgoja (33). Autonomija u adolescenciji

relativni je konstrukt kojim adolescenti dobivaju neovisnost dok ostaju povezani sa svojim roditeljima (34). Na primjer, u kontekstu viših razina roditeljske podrške, veća je autonomija povezana s nižim razinama internalizirajućih simptoma (35).

Sukob između roditelja i adolescenata možda je najviše istraživani aspekt odnosa roditelj-adolescent, a rezultati naglašavaju negativnu povezanost između visokih razina sukoba i mentalnih bolesti kod adolescenata. Na primjer, adolescenti sa simptomima depresije imaju više konfliktnih odnosa, nego adolescenti s niskom razinom depresivnih simptoma. (36).

Pružanje emocionalne potpore i podrške u adolescenciji specifičan je zaštitni faktor. Istraživanjima je dokazano kako je manjak podrške u obitelji povezan s delikventnim ponašanjem, problemima prilagodbe, niskom razinom samopoštovanja i osjećajem usamljenosti (26). Odnos roditelja i adolescenta kojeg obilježava podrška, nježnost, zatim primjerena očekivanja roditelja u skladu s dobi djeteta te poticanje autonomije ključni su za normalni razvoj u adolescenciji (37).

3.3.Odnosi sa vršnjacima

U usporedbi s djetinjstvom, u adolescenciji se znatno povećava vrijeme provedeno sa vršnjacima. Istraživanja (38) pokazuju da mladi provode i do 50% svoga slobodnog vremena u društvu vršnjaka, za razliku od 15% vremena što ga provode sa roditeljima i/ili drugim odraslim osobama. O važnosti vršnjaka govori i činjenica što više od 50% adolescenata na pitanje da odrede najvažniju osobu u svome životu, navode jednog od svojih vršnjaka. Bez namjere da utječu na ponašanje drugih, vršnjaci služe kao uzor i na taj način oblikuju ponašanje mladih iz svoje okoline (39). Jedan od utjecaja vršnjaka je i strukturiranje prilika u kojima vršnjaci pružaju mogućnosti ili kontekst za pojavu određenog ponašanja (40). Tipičan primjer je organiziranje zabava u nedostatku roditelja, tijekom kojih se adolescenti upuštaju u aktivnosti koje ne bi mogli obavljati kad bi roditelji bili prisutni.

Tinejdžeri koji imaju slabije razvijene odnose s vršnjacima mogu imati lošiji školski uspjeh i razviti delinkventno ponašanje (41). Vršnjaci igraju značajnu ulogu u poticanju normalnog psihosocijalnog razvoja. U području identiteta vršnjaci pružaju modele koje adolescenti ne mogu dobiti od odraslih. U grupi vršnjaka, adolescent može iskušati različite uloge i može eksperimentirati s različitim identitetima u većoj mjeri nego što je to slučaj u obitelji (40). Jedna od važnih funkcija vršnjaka je pružanje informacija o svijetu izvan obitelji. Proces „razdvajanja“ od roditelja prati uspostavljanje zrelijih odnosa s vršnjacima (42).

Odnos adolescenata s vršnjacima može se promatrati iz aspekta vršnjačke potpore, ali i iz aspekta vršnjačkih sukoba. Oba odnosa utječu na razvoj i odnos adolescenta prema sebi i okolini te na njegovo psihofizičko zdravlje.

Potpora vršnjaka u doba adolescencije vrlo je važna za osobni razvoj. Razlog tome jest činjenica da adolescenti kroz vršnjačku potporu jačaju svoje samopouzdanje, izgrađuju pozitivno samopoimanje, dobivaju podršku u svakodnevnim aktivnostima te na taj način imaju više „šanse“ da se razviju u kvalitetne osobe usmjerene na pozitivne vrijednosti.

Dugi niz godina vršnjački sukobi su se smatrali izrazom problematičnih odnosa među vršnjacima. Jedan od razloga je i taj što su se neopravdano izjednačavali s agresijom. Danas se smatra da vršnjački sukobi (ne nasilje) u adolescenciji imaju formativnu ulogu u kojoj adolescenti vježbaju suprotstavljanje tuđim stavovima i zagovaranju vlastitih (43).

U periodu adolescencije izrazito je važno biti prihvaćen od svojih vršnjaka. Tjelesni izgled, entuzijazam, pozitivno i prijateljsko raspoloženje pokazali su se bitnim čimbenicima u razvoju popularnosti mladih unutar grupe vršnjaka (6). Kod djevojaka popularnosti uvelike pridonosi način odjevanija i tjelesni izgled, a kod mladića bavljenje sportom tj. mišićavost (6).

Promatrajući vršnjačke odnose u adolescenciji i poremećaje jedenja, postoje određene sličnosti među članovima vršnjačkih skupina u pogledu zabrinutosti spram prehrambenih navika i tjelesnog izgleda (44). Istraživanja (45) pokazuju da je pridržavanje dijetnog režima prehrane kod bliskih prijatelja povezano sa mjerama nadzora nad tjelesnom težinom i nezadovoljstvom tjelesnim izgledom kod adolescentica. Također, istraživanja pokazuju da bliski prijateljski odnosi, prihvaćanje vršnjaka i društvena podrška smanjuju brigu o tjelesnom izgledu kod adolescentica (46).

IV. POREMEĆAJI JEDENJA (HRANJENJA)

Poremećaji jedenja (hranjenja) opisuju se kao samovoljno izgladnjivanje ili prejedanje, a nastaju kao rezultat pogrešne percepcije vlastitog tijela (47).

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10) nazivaju se „Poremećaji hranjenja" F50.0 ili prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM5) „Poremećaji hranjenja i jedenja" (engl. „Feeding *and eating disorders*") vjekovima su poznati poremećaji koji su tijekom vremena mijenjali nazive (48)(49).

Poremećaji jedenja višedimenzionalni su poremećaji i imaju brojne uzročne aspekte. Iako su postali prilično uobičajeni i pojavljuju se u raznim okruženjima, poremećaji jedenja smatraju se relativno novom pojavom.

Samo gladovanje, prejedanje te zatim „čišćenje" postojali su i stoljećima prije nas, ali nisu se smatrali patološkim stanjem. Incidencija anoreksije nervoze (AN), karakterizirana prvenstveno izgladnjivanjem i iskrivljenom percepcijom slike tijela, i bulimije nervoze (BN), karakterizirane prvenstveno prejedanjem i čišćenjem (eng. *purging*), dramatično se povećala u posljednjih četvrt stoljeća. S ovim porastom došlo je do rasta medicinskih, psiholoških ali i medijskih istraživanja na tom polju.

Doima se kako su žene u prošlosti koristile hranu kao simbol izražavanja različitih pitanja u raznim aspektima. Budući da je hrana oduvijek bila uvjerljiv kulturni simbol bogatstva i napretka, odbijanje hrane oduvijek je služilo u svrhu privlačenja pažnje.

U kasnom dvadesetom stoljeću dolazi do porasta incidencije poremećaja jedenja, što možemo povezati sa tri glavna društvena trenda: modnom industrijom, industrijom prehrane i zdravog načina življenja te ženskim pokretom (eng. *women´s movement*). Sve navedeno pridonijelo je sadašnjoj epidemiji poremećaja jedenja.

4.1. Povijesna i teorijska gledišta

Poremećaji jedenja nisu tek hir mladih i modno osviještenih žena kasnog dvadesetog stoljeća, oni su postojali u različitim aspektima i stotinama godina ranije.

Brurnberg (50) u djelu *Fasting Girls* (1989.) i Bell (51) u djelu *Holy Anorexia* (1987.), navode da su se srednjovjekovne žene uobičajeno izgladnjivale u vjernosti Kristu. Oba autora detaljno opisuju slučaj „*Svete Katarine iz Siene"*, Italija (1347. - 1380.), koja je vodila opsežni dnevnik svog posta i samoiniciranog povraćanja. Njezina je pobožnost uključivala i samokažnjavanje bičevanjem kao i druga samokažnjavajuća ponašanja, nimalo drugačija nego ona koja možemo vidjeti danas kod pacijenata sa AN i BN. To pokazuje korelaciju anoreksičnih i bulimičnih ponašanja od početka njihovog postojanja.

Malo je kliničkih izvještaja o poremećajima jedenja koja su postojala prije dvadesetog stoljeća. U djelu *„The case of Ellen West“*, američki psihoanalitičar Binswanger (52) opisao je ženu koju je liječio od 1915. godine. Ona je primjenjivala dijetni režim prehrane, izgladnjivala se, prejedala i samoinicirano povraćala, pretjerano vježbala i zloupotrebljavala laksative te je sa 73kg. došla do svega 41kg. Opsjednuta hranom i klinički depresivna, počinila je samoubojstvo 13. godina kasnije.

U djelu *„The Fifty Minute Hour“* američki psihijatar Robert Lindner (53) opisuje slučaj "Laure", pacijentice s BN. Budući da je riječ o psihoanalitičkim studijama, one ne uključuju raspravu o sociokulturološkim ili biološkim utjecajima na osobu, već se fokusiraju na kompleksnost bulimičnih simptoma, koji su uključivali manifestaciju strahova od oralnog seksa i začeća, odbacivanje ženstvenosti i podsvjesne mržnje prema majci.

Ovi slučajevi bili su jasno povezani sa separacijskom anksioznošću - primarnim uzročnim čimbenikom u razvoju bulimije nervoze.

U pedesetim godinama prošlog stoljeća prejedanje među populacijom sa prekomjernom tjelesnom težinom opisano je kao drugi aspekt poremećaja u jedenju. To se stanje uobičajeno uspoređivalo s alkoholizmom, a praćeno je prežderavanjem, te posljedičnim osjećajem krivnje i srama (54). Za opisivanje ovog poremećaja korišten je termin „Kompulzivno prejedanje“ sve dok termin „Poremećaji sa prejedanjem“ (eng. *Binge eating disorder*) nije predložen kao zasebni entitet. Sredinom sedamdesetih godina 20. stoljeća psihologinja Marlene Boskind-Lodahl opisala je grupu žena normalne i niže normalne tjelesne težine sa Klinike za mentalno zdravlje Sveučilišta Cornell. Pacijentice su imale strah od debljanja, žudnju za vitkosti, redovito su se prejedale i povraćale, ali nisu bile izgladnjele (55).

Izraz bulimia nervoza prvi je upotrijebio britanski psihijatar Gerald Francis Morris Russell, povezujući bulimiju s anoreksijom nervozom (56).

4.2. Etiologija poremećaja jedenja

Danas su poznate razne teorije o etiologiji poremećaja jedenja. Možemo reći da je došlo do integracije mnogo različitih etioloških gledišta, raznih znanstvenih područja poput biologije, sociologije, psihologije, psihijatrije i inih drugih, stoga se može zaključiti da je uzrok poremećaja multifaktorski.

4.2.1. Biološki čimbenici

Zbog mnogih fizioloških abnormalnosti (disbalansa) pronađenih kod pacijenata sa AN i BN, biološke čimbenike možemo prikazati kao uzročnike tih poremećaja. Do danas su učinjena brojna istraživanja u kojima se ispitivao hormonalni disbalans, disfunkcija osi hipotalamus - hipofiza, neurološke nepravilnosti, ali i mnoga druga patofiziološka stanja, i teško je utvrditi jesu li gore navedena stanja uzročnici poremećaja jedenja ili ona nastaju kao posljedica „ekstremnog" ponašanja poput gladovanja, prejedanja i povraćanja.

Mnoga patološka ponašanja mogu utjecati na biološke čimbenike. Na primjer, izgladnjivanje može smanjiti apetit i osjet mirisa, što sveukupno rezultira manjom željom za jelom (57). Neka istraživanja sugeriraju na genetsku uvjetovanost, pa se stoga može zaključiti da su poremećaji jedenja češći u obiteljima u kojima netko boluje navedenih poremećaja. Na temelju istraživanja provedenog među pripadnicima obitelji dobiven je podatak da je incidencija AN među sestrama šest puta veća negoli u općoj populaciji (58). Također, u slučajevima jednojajčanih blizanaca veća je incidencija nego u dvojajčanih blizanaca (59).

U novijim istraživanja sve više se govori u prilog genetici, npr. mutacija gena na 1. kromosomu može biti zaslužna što se kod nekih ljudi razvije AN (60). Pomno je proučavana i veza između visokog komorbiditeta velikog depresivnog poremećaja i poremećaja jedenja te je dokazana snižena razina serotonina u oba poremećaja (61).

4.2.2. Sociokulturološki čimbenici

Prema sociokulturološkom modelu nezadovoljstvo tj. zadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom uvelike ovisi o činjenici na koji način osoba percipira sebe u skladu s društvenim idealom ljepote (62). Socijalni „ideal" prenosi se različitim kanalima, naročito putem medija, te ga pojedinci prihvaćaju i time postaje njihov osobni standard lijepog tijela kojem streme (63). Suvremena istraživanja ukazuju da su žene sklonije sebe percipirati težima i debljima nego što to zbilja jesu (64). Nesrazmjer između doživljaja vlastitog tijela i nametnutih ideala tjelesnog izgleda predstavlja suštinu nezadovoljstva, što je u konačnici povezano sa brojnim negativnim posljedicama na mentalno ali i tjelesno zdravlje pojedinca (65). Pokrajac i sur. (66) navode rezultate istraživanja prema kojima je usvajanje ideala vitkosti značajan činitelj u razvoju bulimičnih simptoma. Više je raznih sociokulturoloških modela koji govore da sokulturološki pritisci imaju važnu ulogu u razvoju nezadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom.

Očekivanja od muškaraca u današnjem svijetu su se promijenila. Viđenje idealnog muškarca je da on bude osjetno mišićaviji nego što je to bilo ranije kroz povijest. Znanstvenici

su u posljednjih tridesetak godina provodili mjerenja nadlaktica, ramena, prsa i bedara filmskih i trgovačkih lutaka te su utvrdili da su ti likovi u posljednje vrijeme postali značajno mišićaviji, nadmašujući mišićavost profesionalnih sportaša ili bodybuildera (64). Samim time, takve prezentacije muškog izgleda mogu doprinijeti poremećaju slike tijela kod mladića.

4.2.3. Psihološki čimbenici

Iako su svi tinejdžeri izloženi gotovo istom sociokulturološkom pritisku, samo mali broj razvije neki od poremećaja jedenja. Čini se kako se neki adolescenti bolje nose sa pritiskom okoline od drugih, kako zbog svoje osobnosti tako i zbog sustava potpore u svojem okruženju. Odlike ličnosti kod pacijenata sa poremećajima jedenja često uključuju:

- nisko samopouzdanje
- perfekcionizam
- socijalna nesigurnost
- afektivna nestabilnost (brze promjene raspoloženja)
- nemogućnost ispravnog prepoznavanja i reagiranja na tjelesne podražaje (eng. *interoceptive deficit*)
- aleksitimija (poteškoće u imenovanju i izražavanju emocija)
- nezrelost
- popustljivost
- neučinkovito suočavanje sa stresom (67).

Vrlo je čest komorbiditet anksioznih poremećaja i poremećaja jedenja, te gotovo 60% oboljelih od BN i AN ima neki od anksioznih poremećaja. Osim anksioznosti, vrlo često se ističe i opsesivno-kompulzivni poremećaj koji je prisutan kod otprilike 25% pacijenata oboljelih od BN i kod 5%-80% oboljelih od AN (68). Kod više od 50% pacijenata sa AN potvrđen je perfekcionizam još od ranog djetinjstva (hobiji, škola, čišćenje, pospremanje, briga o kućnim ljubimcima itd.). Takve su osobe veoma neodlučne i oprezne, teže simetriji i redu (69).

4.2.4. Obiteljski čimbenici

Na odlike osobnosti uvelike utjecaj ima obiteljsko okruženje. Minuchin, Rosman i Baker (70) opisali su „idealnu obitelj“ u kojoj se javljaju poremećaj jedenja. Prikazali su je kao višu klasu, cjelovitu, krutu i neprijateljsku. U obitelji se stječu prve socijalizacije i prenošenje

vrijednosti, te je stoga upravo obitelj bazični faktor u nastanku poremećaja jedenja. Roditelji imaju značajan utjecaj na doživljavanje slike tijela kod djevojčica, a ponašanje majke pokazalo se važnim uzročnim čimbenikom u pojavi poremećaja, napose kod djevojaka čije su majke bile opsjednute tjelesnim izgledom i prakticirale dijetni režim prehrane (71). Roditelji učestalije procjenjuju fizički izgled ženke djece, ponajprije se to odnosi na tjelesnu težinu, što se može objasniti činjenicom da se društveni standard mršavosti više nameće ženama (66).

4.3. Podjela poremećaja jedenja (hranjenja) prema dijagnostičkim kriterijima

Podjela poremećaja jedenja (hranjenja) prema dijagnostičkim kriterijima mijenjala se tijekom vremena. Danas se koristi klasifikacija prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti – 10 izdanje (MKB-10, eng. *ICD-10*)(49) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku duševnih poremećaja, DSM-IV-TR ili DSM-V. Sve klasifikacije imaju neke nedostatke kao što su preklapanje simptoma među dijagnozama, slabije prepoznavanje određenih mehanizama koji provociraju obrazac poremećaja hranjenja te nemogućnost prognoze ishoda liječenja.

4.3.1. DSM-IV-TR

Anoreksiju nervosu karakterizira odbijanje održavanja normalne tjelesne težine, dok su glavna obilježja bulimije nervoze epizode prejednja nakon kojih sljedi čišćenje tj. samoindicirano povraćanje, zloporaba diuretika, lasativa i ostalih ljekova te prekomjerno vježbanje i post. Ono što opisuije oba poremećaja je poremećena precepcija vlastitog tijela i tjelesne težine.

Poremećaji koji ne udovoljavaju norme za pojedini specifični poremećaj jedenja, uvršteni su u kategoriju Poremećaj jedenja – neodređen, a poremećaji hranjenja koji su dijagnosticirani u ranom djetinjstvu svrstani su u kategoriju Poremećaji hranjenja i uzimanja hrane u ranom djetinjstvu (72).

4.3.1.1.Anoreksija nervoza (F50.0)

Primarne značajke AN.

Osoba je zabrinuta za tjelesnu težinu, namjerno mršavi, odbija hranu (ili je konzumira u malim količinama), boji se debljanja i pokazuje izraziti poremećaj u precepciji vlastitoga tijela a oboljele osobe ženskog spola mogu imati i izostanak mjesečnice.

Sekundarne značajke AN.

Osobe sa sa AN, u slučaju teže pothranjenosti, izražavaju simptome depresije kao što su depresivno raspoloženje, povlačenje iz društvene okoline, anksioznost i nesanica.

Vrlo često su kod pacijenata sa AN prisutna obilježja opsesivno-kompulzivnog poremećaja te su osobe zaokupljene razmišljanjem o hrani i namirnicama. Ostala obilježja ključuju strah od konzimacije hrane na javnim mjestima, neučinkovitost, potebu za nadziranjem vlastite okoline, neflesibilnost u mišljenju i poremećaj u izražavanju emocija, a prežderavajući (purgativni tip) dodatno još iskazuje i sklonost zloporabi alkohola i droga te probleme u kontroli impulsa.

Za postavljanje dijagnoze AN postavljena su četiri kriterija:

Kriterij 1. - sadrži naputke za utvrđivanje da li osoba udovoljava kriterij pothranjenosti, te prema njemu, ukoliko osoba ima ispod 85% težine koja je normalna za određenu visinu i dob, tada govorimo o pothranjenosti. Prema MKB-10 osoba mora imati BMI (indeks tjelesne mase) jednak ili manji od 17,5 kg/m^2. Gubitak tjelesne težine najčešće je izazvan smanjenim unosom hrane. Najčešće se započinje sa izbacivanjem visokokalorijske hrane a završava restriktivnom dijetom ograničenom na svega nekoliko namirnica uz korištenje laksativa, diuretika, prekomjernog vježbanja i samoinduciranog povraćanja.

Kriterij 2. – osoba ima značajan strah od povećanja tjelesne težine te se boji debljanja. Navedeni strah se javlja iako se tjelesna težina kod osobe smanjuje tj. osoba mršavi ali strah od debljanja se povećava.

Kriterij 3. – poremećena je percepcija oblika tijela te doživljaj tjelesne težine. Kod osobe je prisutna preokupacija izgledom određenih djelova tijela (trbuha, stražnjice i bokova) za koje smatra da su „debeli“. Prilikom procjene tjelesne težine koriste se razne tehnike poput prekomjernog vaganja, uzastopnog promatranja u ogledalu i mjerenja dijelova tijela.

Kriterij 4. – ističe odsustvo minimalno tri uzastopna menstruacijska ciklusa kod žena koje već imaju mjesečnicu (sekundarna amenoreja), što nastaje nakon gubitka na tjelesnoj težini. Kod djevojaka u pubertetu mjesečnica može kasniti zbog bolesti (primarna amenoreja).

DSM-IV-TR opisuje dva podtipa AN:

1. Restriktivni tip – gubitak na tjelesnoj težini nastaje kao posljedica posta, dijete ili prekomjernog vježbanja, a osoba se ne prejeda i ne provodi metode pražnjenja.
2. Purgativni ili prežderavajući tip – obilježava ga prejdanje i pražnjenje, te zlouporaba diuretika i laksativa. Neki oboljeli se ne prejedaju ali i nakon konzumacije vrlo malih količina hrane redovito se prazne.

4.3.1.2. Bulimija nervoza (F50.2)

Primarne značajke BN.

Prejedanje i povraćanje zbog prevencije rasta tjelesne težine i samopercepcija pod iznimnim uplivom tjelesnog izgleda i tjelesne težine. Prejedanje se definira kao konzumiranje značajno veće količine hrane (u određenim vremenskim intervalima) nego što bi većina ljudi konzumirala u istim uvjetima. Uobičajeno ono uključuje namirnice visoke kalorijske vrijednosti. Osobe sa BN najčešće nastoje prikriti takvo ponašanja, te se stoga prejedanje odvija u tajnosti, ili onoliko prikriveno koliko situacija u kojoj se osoba nalazi to dozvoljava. Prejedanje može i ne mora biti planirano, a karakterizirano je brzom konzumacijom velike količine hrane, te se završava tek kada osoba osjeti bol ili nelagodu. Prejedanje je najčešće uzrokovano negativnim raspoloženjem, stresom ili osjećajima povezanim uz tjelesnu težinu i oblik tijela. Nakon prejedanja najčešće dolazi do ponižavajućih samokritika i depresivnog raspoloženja. Često upotrebljavana kompenzacijska tehnika (u 80 – 90% slučajeva) je samoinducirano povraćanje što dovodi do smanjenja straha od porasta tjelesne težine.

Često povraćanje može postati cilj sam za sebe, pa osoba povraća i nakon uzimanja malih količina hrane. Oboljeli od BN koriste razne tehnike povraćanja poput korištenja prstiju ili raznih predmeta, te sa vremenom postaju verzirane u izvođenju povraćanja i mogu to učiniti kada god požele. Trećina osoba sa BN koristi laksative, a korištenje diuretika je relativno rijetko.

Sekundarne značajke BN.

Osobe s BN često imaju normalnu tjelesnu težinu, ali mogu biti blago iznad ili ispod normalne tjelesne težine. Između dvije epizode prejedanja najčešće snižavaju kalorijski unos i prakticiraju niskokaloričnu hranu. Čest je komorbiditet BN (purgativni tip) i depresije ili poremećaja raspoloženja, poremećajem ličnosti, zloporabe droga ili alkohola.

Za postavljanje dijagnoze BN postavljeno je pet kriterija:

Kriterij 1. – opetovane epizode prejedanja kazakterizirane sa dva parametra. Prvi element je jedenje velikih količina hrane u doređenom vremenskom razdoblju. Drugi element je gubitak osjećaja kontrole nad konzumiranjem hrane tj. osoba ne može kontrolirati količinu hrane koju pojede.

Kriterij 2. – korištenje laksativa i diuretika, samoinducirano povraćanje, pretjerano vježbanje i post u svrhu prevencije porasta tjelesne težine.

Kriterij 3. - prejedanje i čišćenje moraju se javljati najmanje dva puta tjedno kroz period od tri mjeseca.

Kriterij 4. – samoevaluacija ovisi o tjelesnoj težini i obliku tijela.

Kriterij 5. - poremećaj se ne pojavljuje u epizodi AN.

Dva su podtipa BN:

1. Purgativni tip – osobe tijekom sadašnje epizode bolesti koriste laksative, diuretike i samoinducirano povraćaju.
2. Nepurgativni tip – osobe tijekom sadašnje epizode bolesti često pretjerano vježbaju ili poste i ne koriste laksative, diuretike niti samoinducirano povraćaju.

4.3.1.3. Poremećaj hranjenja, neodređen (F50.9)

U ovu skupinu spadaju poremećaji jedenja koji ne ispunjavaju dijagnostičke kriterije za bilo koji drugi specifični poremećaj hranjenja.

4.3.2. DSM-V

U Dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja – 5. izdanje (DSM-V) uvedeno je nekoliko preinaka u odnosu na DSM-IV-TR. Svi poremećaji jedenja uvršteni su u zajedničko poglavlje. Kod AN amenoreja je izostavljena kao važeći dijagnostički kriterij, a za BN je umanjena incidencija epizoda prejedanja i „čišćenja“ na jednom tjedno kroz posljednja tri mjeseca (73).

U DSM-V uveden je i pojam Restriktivni poremećaj hranjenja kao zamjena za Poremećaje hranjenja u dječjoj dobi i ranom djetinjstvu, a Poremećaji hranjenja – neodređen preimenovani su u Drugi spec. poremećaji hranjenja ili jedenja. Ostali poremećaji koji ne udovoljavaju kriterije smješteni su u skupinu Nespecificirani poremećaji hranjenja ili jedenja (74). Rezultati učinjene revizije u klasifikaciji je smanjen broj pacijenata koje ubrajamo u kategoriju Poremećaji hranjenja – neodređen (prema DSM-IV-TR) zbog iznova definirane dijagnoze, ali i zbog izostavljanja amenoreje kao validnog dijagnostičkog kriterija za AN, prilikom čega je došlo do porasta u broju pacijenata sa AN, a koje su prije bile smještene u skupinu Poremećaji hranjenja – neodređen (75).

4.3.2.1.Anoreksija nervoza (F50.0)

Prema DSM-V klasifikaciji, kriterij amenoreja (tijekom tri uzastopna ciklusa mjesečnice) više nije potreban za postavljanje dijagnoze AN. Ispostavilo se kako je amenoreja u AN pokazatelj nutritivnog stanja baš poput promjene u krvnom tlaku ili tjelesnoj temperaturi a ne pokazatelj bolesti. Također, navedeni parametar nije bio primjeren za postavljanje dijagnoze AN kod muškog spola, žena na terapiji estrogenom, djavojaka prije menarhe i žena u postmenopauzi (75).

Anoreksija nervoza i dalje se dijeli na Prejedajući/purgativni tip (F50.02) i Restriktivni tip (F50.01).

Prema DSM-5 klasifikaciji, intenzitet AN se opisuje prema vrijednostima indeksa tjelesne mase (BMI):

Blaga: ≥ 17 kg/m^2

Umjerena: 16-16.99 kg/m^2

Teška: 15-15.99 kg/m^2

Jako teška: < 15 kg/m^2.

Posebnost u postavljanju dijagnoze AN kod djece je što se moraju koristiti BMI percentile prema dobi djeteta, uz obaveznu evaluaciju fizičke građe, psihičkih smetnji i oscilacija u tjelesnoj težini djeteta. S obzirom na promjenu kriterija za postavljanje dijagnoze AN, postoji i bojazan za postavljanje krive dijagnoze djevojkama slabije konstitucijske građe. Konstitucijsu mršavost karakterizira fiziološki nizak BMI (ispod 18.5 kg/m^2) uz očuvanje reproduktivne funkcije i menstrualnog ciklusa, nepostojanje hormonalnog disbalansa i

psihičkih smetnji. Konstutucijski mršave osobe konzumiraju povećanu količinu hrane ali ne uspjevaju uvećati tjelesnu težinu koja je stabilna uprkos niskom BMI (76).

4.3.2.2. Bulimija nervoza (F50.2)

Prema DSM-V klasifikaciji dijagnoza BN se postavlja ukoliko se epizode prejedanja i čišćenja zbivaju jednom tjedno u periodu tijekom tri mjeseca (prema DSM-IV-TR, dva puta tjedno tijekom posljednja tri mjeseca). Također, nema više podjele BN (purgativni i nepurgativni tip) (77).

Prema DSM-V bulimija nervoza se dijeli prema broju epizoda prejedanja i čišćenja tijekom tjedan dana na:

Blagu: 1-3 epizode

Umjerenu: 4-7 epizoda

Tešku: 8-13 epizoda

Vrlo tešku: ≥ 14 epizoda.

4.3.2.3. Poremećaj s prejedanjem (F50.8)

U DSM-IV-TR klasifikaciji ovaj je poremećaj bio uvršten u Poremećaje hranjenja – neodređeni, a koliki je klinički značaj poremećaja govori i to što je sada postao zaseban entitet. U općoj pupulaciji oko 1,4% osoba boluje od ovog poremećaja, i to najčešće u grupi pretilih ljudi. Zbog sve veće incidencije poremećaja jedenja i pretilosti očekuje se porast prevalencije poremećaja s prejedanjem. Prosječno vrijeme početka bolesti je od kasne adolescencije do ranih dvadesetih godina života. Vrlo je čest komorbiditet sa pretilošću, anksioznim poremećajima, poremećajima ličnosti i raspoloženja.

Poremećaj s prejedanjem karakteriziraju ponavljane epizode prejedanja a da bi se postavila dijagnoza moraju biti zadovoljeni određeni kriteriji:

1. Osoba u vrlo kratkom vremenskom periodu (manje od dva sata) jede velike količine hrane (značajno veće od one koju bi većina ljudi konzumirala u sličnom vremenskom periodu),
2. Prisutnost osjećaja gubitka kontrole u konzumaciji hrane za vrijeme epizode,
3. Prisutnost iznimne nelagode zbog prejedanja, osjećaj krivnje i gađenja prema sebi.

Stupanj težine bolesti određuje se prema učestalosti epizoda prejedanja tijekom tjedan dana:

Blaga: 1-3 epizode

Umjerena: 4-7 epizoda

Teška: 8-13 epizoda

Vrlo teška: ≥ 14 epizoda.

4.4. Komplikacije Anoreksije nervoze

AN vrlo često je praćena mnogim zdravstvenim komplikacijama na svim organskim sustavima. Smrtnost od AN 10-12 puta je veća nego u općoj populaciji, a komplikacije uzrokuju oko 50% smrti od AN.

Komplikacije nastaju kao posljedica malnutricije i gubitka tjelesne težine. Izgladnjivanje dovodi do katabolizma masti i proteina te do smanjenja volumena i funkcije stanice što može dovesti do atrofije organa (78).

Osobe sa AN imaju tanku i suhu kožu koja vrlo često puca i krvari. Često imaju i akrocijanozu koja nastaje kao posljedica centralizacije krvotoka zbog hipotermije. Usljed gubitka potkožnog masnog tkiva bolesnici su skloni hematomima (78).

Pacijenti sa AN često pate od gastropareze (sporo pražnjenje želuca), žale se na nadutost, osjećaj mučnine i nelagode u području epigastrija (79). Usljed poremećaja motaliteta dolazi do kronične konstipacije, a sve zbog smanjenog kalorijskog unosa hrane što dovodi do napuhanosti i rane sitosti za vrijeme konzumiranja obroka (80). Kod AN često nalazimo i povišene jetrene transamilaze, napose kod refeeding sindroma (78).

Premda su kod pacijenata sa AN prisutne mnoge endokrinološke komplikacije, najbitnije su one na janicima. Ukoliko se AN razvije prije puberteta, može doći do odgode menarhe (primarna amenoreja), ali i do smanjenog nakupljanja masnog tkiva u području prsa i zdjelice pa djevojke ne poprimaju „ženstvni oblik“ dok traje bolest. Zbog deficita spolnih hormona dolazi do usporenog rasta kostiju a s time i rasta u visinu, smanjuje se gustoća kostiju te postoji povećan rizik od fraktura kostiju. AN obilježavaju i poremećaji u vrijednostima hormona štitnjače. Pronalaze se niske razine hormona T4 i T3, a TSH je obično su u granicama normalnih vrijednosti. Zbog niskih vrijednosti T3 dolazi do snižavanja bazalnog metabolizma i do pojave bradikardije (81). Zbog prekomjernog vježbanja i gladovanja u nekim slučajevima AN dolazi do smanjenja razine glikogena u jetri što narušava proces glukoneogeneze i dovodi do hipoglikemije a takvo stanje može dovesti do iznenadne smrti (78).

Recentna istraživanja pokazuju kako je AN povezana sa specifično izraženom atrofijom mozga, te se može pronaći smanjenje sive i bijele tvari u mozgu. Izuzev atrofije velikog mozga, potvrđena je i atrofija malog mozga istovjetna onoj kod alkoholičara (82).

Kardiološke komplikacije učestale su kod osoba sa AN a najčešće se može dijagnosticirati sinusna bradikardija koja se smatra fiziološkim odgovorom na smanjen metabolizam. Kod 22-71% oboljelih od AN može se pronaći perikardijalni izljev koji se povlači nakon normalizirnja tjelesna težina (78).

4.5. Komplikacije Bulimije nervoze

Komplikacije BN povezane su sa učestalošću i načinom izvođenja „čišćenja". Često se kod pacijenata sa BN pronalazi erozija zubi, karijes, reducirana salivacija te pojačana osjetljivost zubi (83). Erozija zubi izravno je povezana sa učestalošću samoinduciranog povraćanja (utjecaj želučane kiseline). Kod 10-15% pacijenata može se pronaći hipertrofija žljezda slinovnica zbog djelovanja enzima pankreasa koji stimuliraju receptore na jezik (84).

Oboljeli od BN nerjetko imaju simptome koji mogu upućivati na gastroezofagealni refluks (GERB). Narušena funkcija gastroezofagealnog sfinktera dovodi do vraćanja sadržaja iz želudca i oštećenja jednjaka, a u konačnosti i do pojave ulkusa, erozije i krvarenja (83).

Namjerno povraćanje, zlouporaba diuretika i laksativa uzrokuju dehidraciju, metaboličku alkalozu, hipovolemiju, hipokalijemiju što može dovesti do zatajenja bubrega (85).

Zbog zloporabe laksativa dolazi do poremećaja u peristaltici, dilatacije kolona, upale sluznice, degeneracije živaca, te do promjena u mišićno-vezivnom tkivu probavnog sustava. Javlja se konstipacija, a stolice su neredovite i tvrde. Sistemske implikacije zloporabe laksativa uključuju dehidraciju i disbalans elektrolita (kalij, klor i bikarbonati), a hipokalijemija dodatno dovodi do usporavanja crijevne peristaltike (83).

4.6. Liječenje poremećaja jedenja

Proces liječenja kreće potpunom evaluacijom pacijenta. Kako bi se mogao odrediti najprikladniji način liječenja, potrebno je uzeti detaljnu anamnezu, učiniti procjenu mentalnog i fizičkog stanja pacijenta, utvrditi postojanje komplikacija ili drugih komorbiditeta.

Glavni cilj liječenja je stabilizacija zdravstvenog stanja pacijenta, nutritivni oporavak, nadzor nad promjenjenim obrascima hranjenja, unaprijeđenje sposobnosti identificiranja i izražavanja osjećaja te prevencija relapsa bolesti (86). Lječenje pacijenata sa poremećajima jedenja mora biti multimodalno, a ne samo usmjereno na psihičku ili fizičku dimenziju.

Bolesnici se mogu liječiti ambulantno (najčešće) ili u dnevnoj bolnici, a u težim slučajevima i kod životne ugroženosti potrebno je bolničko liječenje tj. hospitalizacija.

4.6.1. Psihoterapija

Psihoterapija je nezaobilazni i najučinkovitiji proces u liječenju poremećaja u jedenju (hranjenju), a psihološki faktori u razvoju poremećaja identificirani su već u prvim prikazima bolesti.

Psihoanalitička psihoterapija (drugi naziv je Psihodinamska psihoterapija) svoje porijeklo ima u psihoanalizi, a ona se temelji na liječenju psihičkih smetnji koje su rezultat u djetinjstvu nastalih podsvjesnih činitelja, pomoću tehnike slobodnih asocijacija. U psihoanalitičkoj psihoterapiji ne očekuje se od liječnika (terapeuta) da pacijentu daje upute ili savjete. Ta vrsta psihoterapije bazira se na specifičnom odnosu koji se razvija između terapeuta i pacijenta, tj. koristi fenomene prijenosa i protuprijenosa.

Prijenos ili transfer je doživljaj osjećaja, maštanja, stavova, instinkta i obrane prema osobi u sadašnjosti (terapeut) a predstavlja ponavljanje reakcija prema važnim ljudima u ranom djetinjstvu. Prijenos, dakle, podrazumijeva interakciju tri osobe: subjekta, osobe iz prošlosti i osobe iz sadašnjosti na koje se prenose karakteristike osobe iz prošlosti. Prijenos je, kako je Freud rekao, svojevrsna projekcija. On potječe iz prvih i najranijih interakcija u našem životu. Prvenstveno se pojavljuje u odnosu majka-dijete, a kasnije i u odnosu roditelj-dijete, stoga je osnova za transfer stvorena u najranijim mjesecima i godinama života. U početcima psihoterapije prijenos je pozitivan te uključuje sviđanje i poštovanje a potom postaje negativan. Kako bi se transfer mogao razviti od terapeuta se očekuje da bude pasivan te da prepusti pacijentu da vrebalizira svoje misli i osjećaje, što onda terapeutu omogućava da ih prepozna te sa njima suoči pacijenta kako bi mogao postati svjestan potisnutih emocija.

Protuprijenos ili kontratransfer ima obrnuti tijek, a označava doživljaje i emocije od strane terapeuta prema njemu bitnim (bliskim) osobama što ih prenosi na pacijenta.

Cilj psihoanalitičke psihoterapije je da pacijent razvije emotivnost i sposobnost izražavanja emocija, ojača ego i oslabi superego te da usvoji pravilan način nošenja sa tjeskobom i te da se vrati ispravnim navikama hranjenja.

Odnosi unutar obitelji jedan su od ključnik faktora za razvoj poremećaja hranjenja, a sam poremećaj posljedično može potaknuti razvoj patoloških odnosa između članova obitelji što onda utječe na prognozu i tijek bolesti. Zbog toga je primjena obiteljske terapije neizostavna u terapiji poremećaja hranjenja. Ona je usmjerena na probleme iz prošlosti i utjecaj trenutačne

situacije na budućnost. Glavna zadaća terapeuta je prepoznati stresor i njegovo značenje za pojedine članove obitelji kao i za obitelj u cjelini, pronaći mehanizme prilagodbe članova obitelji, prepoznati obilježja sistema obitelji, pronaći izvore u obitelji koji će mu biti od pomoći u unaprijeđenju terapijskog procesa, podučiti obitelj adekvatnom riješavanju konfliktnih situacija te razviti samostalnost pacijenta (87).

4.6.2. Medikamentno liječenje

Medikamentozno liječenje poremećaja jedenja promatra se kao segment multimodalnog pristupa.

U liječenju AN antipsihotici se primjenjuju sa dozom opreza. Oni djeluju u interakciji serotoninergičkog i dopaminergičkog susatava te često dovode do rasta apetita i povećanja tjelesne težine, što nije slučaj kod AN ali se primjenjuju kako bi se kod pacijenata ublažili simptomi poput straha od povećanja tjelesne težine i debljanja, oštećenog samopoimanja te simptoma opsesivno-kompulzivnog poremećaja i agitacije. Najčešće se primjenjuju antipsihotici druge deneracije poput olanzapina, risperidona i kvetiapina.

Antidepresivi se u liječenju poremećaja u jedenju uporebljavaju prvenstveno zbog čestog komorbiditeta sa depresivnim simptomima ali i zbog činjenice da neki neuroprijenosnici imaju bitnu ulogu u nastanku poremećaja. Najsigurniji su se pokazali selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina – SIPPS (*eng. SSRI*) kao što su sertalin, fluoksetin, citalopram i fluvoksamin (88).

V. CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj istraživanja je ispitati ponašanja karakteristična za poremećaje jedenja, sliku o sebi te odnose sa obitelji i vršnjacima kod adolescenata. Pored glavnog cilja definirana su 4 specifična cilja istraživanja:

1. Ispitati i opisati učestalost ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja kod adolescenata
2. Ispitati i opisati sliku o sebi kod adolescenata
3. Ispitati povezanost slike o sebi i ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja
4. Ispitati povezanost odnosa s obitelji i vršnjacima i ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja

5.1. Hipoteze

Kako bi mogli donijeti kvalitetne zaključke uz primjenu adekvatnih statističkih alata postavljene su 4 hipoteze:

H1: Nema razlike u broju „Ponašanja“ karakterističnih za poremećaje jedenja u ovisnosti o spolu ispitanika.

H2: Nema razlike u slici o sebi ispitanika u ovisnosti o spolu.

H3: Nema razlike u ponašanju karakterističnim za poremećaje jedenja ispitanika u ovisnosti o slici o sebi.

H4: Nema razlike u ponašanju karakterističnim za poremećaje jedenja ispitanika u ovisnosti o odnosima s obitelji i odnosi s vršnjacima.

4.1. Nema razlike u ponašanju karakterističnim za poremećaje jedenja ispitanika u ovisnosti o odnosima s obitelji.

4.2. Nema razlike u ponašanju karakterističnim za poremećaje jedenja ispitanika u ovisnosti o odnosima s vršnjacima.

VI. ISPITANICI I METODE

Istraživanjem je obuhvaćeno 78 ispitanika, od čega 32 učenice Medicinske škole u Rijeci i 32 učenice Medicinske škole Karlovac, 10 učenika Medicinske škole u Rijeci i 4 učenika Medicinske škole Karlovac. Svi ispitanici učenici su 5. razreda u dobi od 18 do 20 godina.

Kao instrument istraživanja koristio se anonimni Anketni upitnik (dozvola autora, Mudrinić Iva (89)) sa 14 pitanja (vidi privitak), a osnovni izvor podataka je iskaz ispitanika. Prvih osam pitanja je iz socijalno-demografskog i osobnog područja (dob, spol, u kojem gradu pohađa školu, visina, tjelesna masa ispitanika). Sljedeća tri pitanja zatvorenog su tipa, a ispitanik treba odgovoriti na pitanja osobnog izgleda (kako misli da izgleda, kako bi želio izgledati, s kojim dijelom tijela je najmanje zadovoljan).

Posljednja tri pitanja zatvorenog su tipa i sastoje se od više čestica, a ispitanik je trebao pomoću Likertove skale u rasponu od 1. do 5., odrediti stupanj koliko se pojedina izjava odnosi na njega. Prvo pitanje sa sedam čestica je usmjereno na odnose u obitelji. Drugo pitanje sa pet čestica usmjereno je na odnose ispitanika s vršnjacima. Treće pitanje sastojalo se od 29 čestica. Deset ih se odnosilo na sliku o sebi ispitanika, a 19 na broj ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja

Istraživanje je provedeno od ožujka do svibnja 2020. godine za vrijeme krize COVID-19 putem online upitnika. Sudjelovanje svih ispitanika bilo je dragovoljno i anonimno uz mogućnost odustajanja u bilo kojem trenutku. Tijekom istraživanja poštivali su se etički principi te je osigurana privatnost i zaštita tajnosti podataka ispitanika.

6.1.Dozvola etičkog povjerenstva

Etičko povjerenstvo obje škole i njihovi ravnatelji dali su pristanak za provođenje anketiranja ispitanika.

6.2. Obrada podataka

Prikaz podataka je tekstualni, tablični i slikovni. Obrada svih 14. pitanja izvršena je pomoću deskriptivne statistike, a većina od njih i pomoću inferencijalne statistike. Grupe (djevojke iz Rijeke i one iz Karlovca) uspoređivane su korištenjem hi-kvadrat uz razinu statističke značajnosti $p<0,05$. Odbacivanje ili prihvaćanje hipoteza vršilo se primjenom

studentovog t-testa, ANOVE (uz ili bez post-hoc analize) te stupnja korelacije (Pearsonov koeficijent korelacije i Point-Biserialni koeficijent korelacije).

Od alata koristio se program MS Word 2010 za obradu teksta, MS Excel 2010 odnosno MedCacl, a za pojedine elemente statističke obrade i online znanstveni kalkulator za društvene znanosti dostupan na https://www.socscistatistics.com/. Rezultati su prikazani tablično i grafički.

VII. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Ispitanici su učenici petog razreda Medicinske škole u Rijeci i Karlovcu, smjer medicinska sestra/tehničar opće njege. Dob učenika je od 18 do 20 godina. Ukupno je u istraživanju sudjelovalo 78 učenika. Djevojaka je ukupno 64 - po 32 u svakoj školi, a mladića ukupno 14 - 10 iz Medicinske škole u Rijeci i 4 iz Medicinske škole u Karlovcu.

Kako je ukupan broj mladića relativno mali, svega 14 i to raspoređenih u dvije škole, u analizama će se naglasak staviti na djevojke. Za većinu pitanja uspoređivati će se dobiveni rezultati za djevojke iz Rijeke i Karlovca.

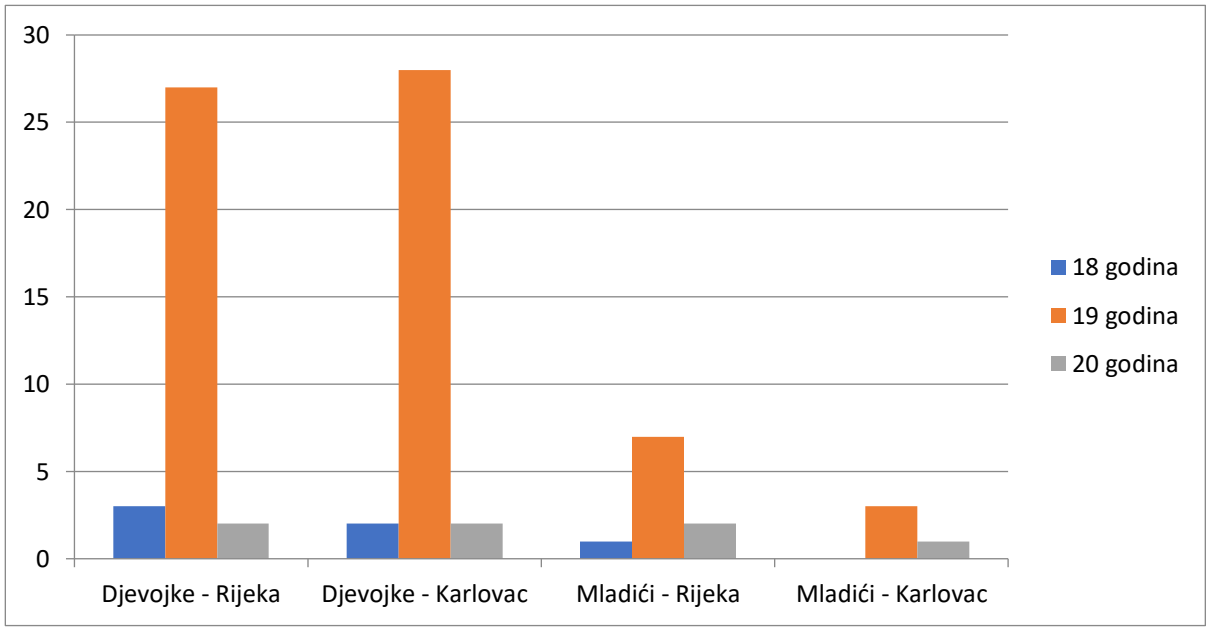
7.1. Socijalno-demografski i osobni podaci ispitanika

Ispitanici su zamoljeni da odgovore na pitanja koja se odnose na socijalno-demografske podatke - spol, dob, školu koju polaze, tjelesnu masu, tjelesnu visinu, školski uspjeh u protekloj godini, s kime žive u domaćinstvu (majka, otac, braća/sestara) te koliko imaju braće/sestara.

1. Dob ispitanika

Prosječna dob ispitanika je 19,01 godina uz standardnu devijaciju 0,411. Medijan je 19,0 godina. Vidljivo iz podataka i slike 1., nema bitne razlike među dobi, i spola ispitanika iz Rijeka i Karlovca.

Slika 1. Podjela ispitanika po životnoj dobi, spolu i mjestu u kojem pohađa školu



2. Tjelesna masa ispitanika

Prosječna masa djevojaka je 64,29 kg, od toga djevojke iz Rijeke imaju prosječnu masu od 64,53 kg, (standardna devijacija je 12,192), a iz Karlovca 64,06 kg (uz standardu devijaciju 8,114). T-testom je utvrđeno da na razini značajnosti od $p<0,05$ nema razlike između ovih vrijednosti.

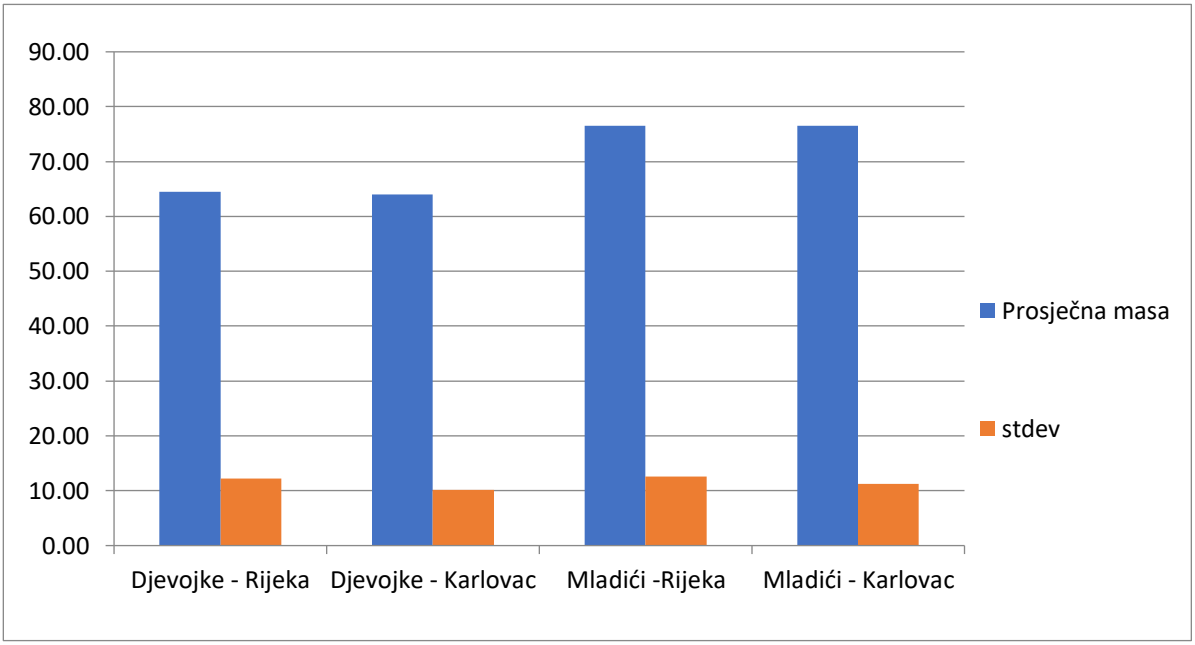
Prosječna masa mladića je viša i iznosi 76,5 kg i ista je za mladiće iz oba grada. Standardna devijacija je za mladiće iz Karlovca (13,424) nešto više u odnosu na mladiće iz Rijeke (10,869). T-testom je utvrđeno da na razini značajnosti od $p<0,05$ nema razlike između ovih vrijednosti.

Dodatni podaci o najvišoj, najnižoj i medijalnoj vrijednosti vidljivi su u Tablici 1. i Slici 2.

Tablica 1. Podaci o tjelesnoj masi ispitanika

TM	Prosječna masa	Stdev	Min	Max	Median
Djevojke – Rijeka	64,53	12,192	43	96	63
Djevojke – Karlovac	64,06	8,114	43	98	64
Mladići - Rijeka	76,50	10,869	63	92	73,5
Mladići - Karlovac	76,50	13,429	59	88	79,5

Slika 2. Masa i standardna devijacija ispitanika



3. Tjelesna visina ispitanika

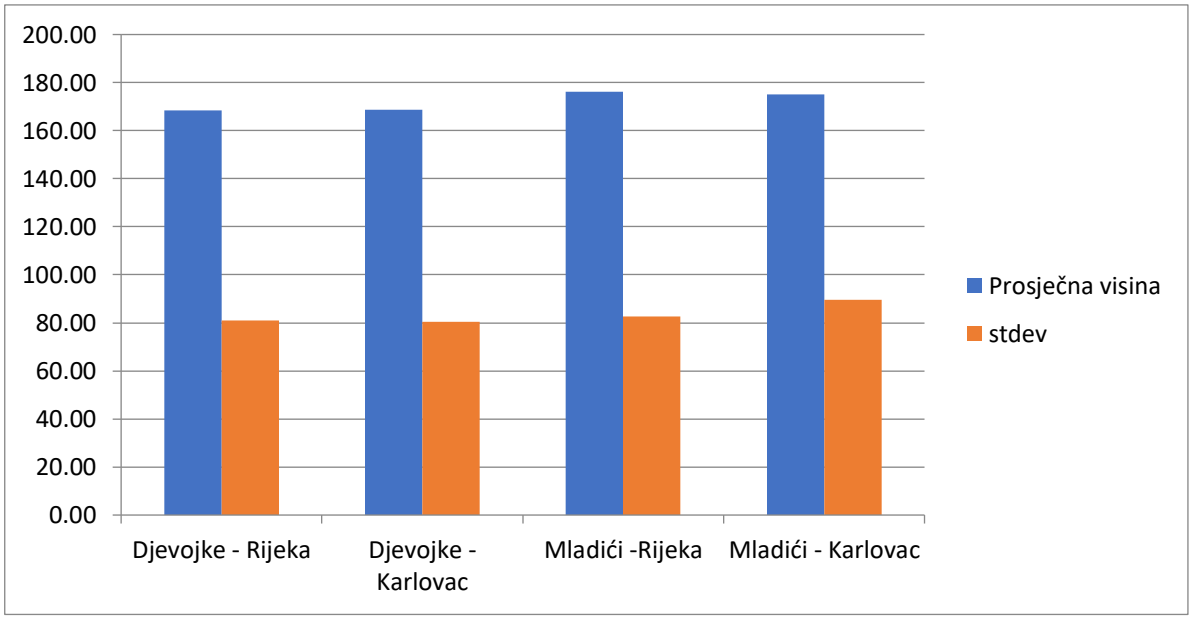
Prosječna visina djevojaka je 168,33 cm, od toga djevojke iz Rijeke su prosječno 1 cm više od djevojaka iz Karlovca. Median je isti za obje skupine. T-testom je utvrđeno da na razini značajnosti od $p<0,05$ nema razlike između ovih vrijednosti.

Prosječna visina mladića je iz Karlovca je nešto viša (za 1,65 cm) od prosječne visine mladića iz Rijeke. Median za mladiće iz Karlovca je 3 cm viši od mediana za mladiće iz Rijeke. T-testom je utvrđeno da na razini značajnosti od $p<0,05$ nema razlike između ovih vrijednosti. Dodatni podaci o najvišoj, najnižoj i medijalnoj vrijednosti vidljivi su u Tablici 2. i Slici 3.

Tablica 2. Podaci o tjelesnoj visini ispitanika

TV	Prosječna visina	stdev	min	max	Median
Djevojke - Rijeka	168,88	80,52	156	185	168
Djevojke - Karlovac	167,88	79,53	156	180	168
Mladići - Rijeka	177,10	86,71	169	188	176
Mladići - Karlovac	178,75	91,04	167	190	179

Slika 3. Visina i standardna devijacija ispitanika



4. BMI ispitanika

BMI - Indeks tjelesne mase (engl. Body Mass Index) je jedan od načina procjene uhranjenosti. Od svih poznatih indeksa, indeks tjelesne mase je najuže povezan s količinom prekomjernog masnog tkiva u ljudskom tijelu, a uz to ga je relativno jednostavno izračunati ili očitati iz tablica. Izračun BMI se temelji na odnosu tjelesne težine i kvadrata visine osobe. BMI je zavisna varijabla. BMI kategorizacija nalazi se u tablici 3.

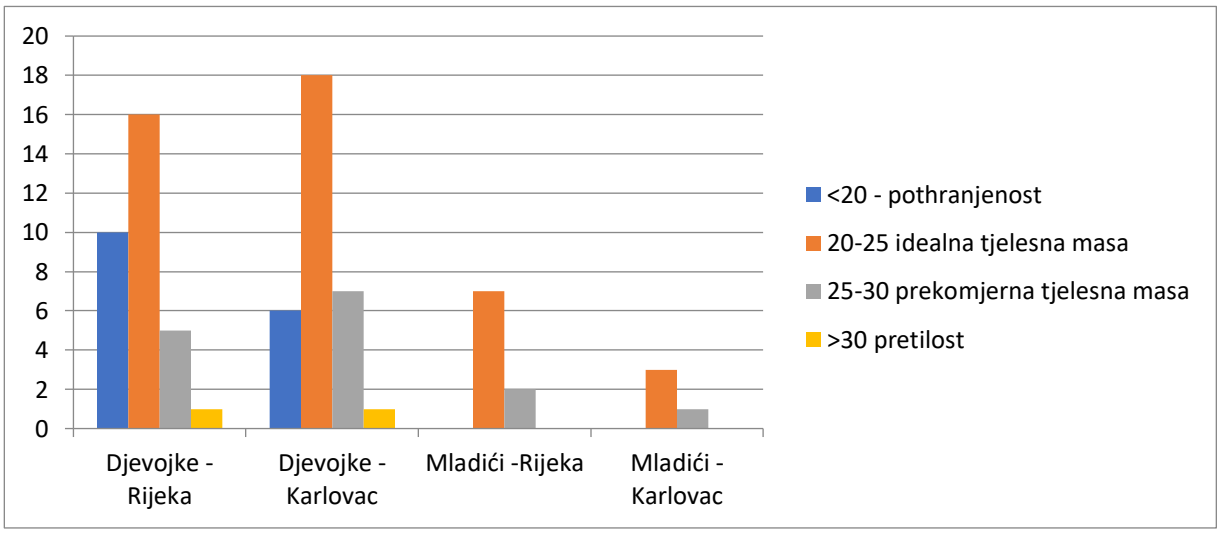
Tablica 3. Kategorizacija BMI

BMI	Klasifikacija
<20	Pothranjenost
20 - 25	Idealna tjelesna težina
25 - 30	Prekomjerna tjelesna težina
>30	Pretilost

BMI je izrazito nizak kod 10 djevojaka iz Rijeke i 6 iz Karlovca, a visok ili izrazito visok kod 6 djevojaka iz Rijeke i 8 iz Karlovca. Radi provjere, razlikuju li se na statistički značajnoj razini, koristio se hi-kvadrat test. Zbog male učestalosti, zadnji stupac smo pribrojili predzadnjem. Dobila se tablica kontigencije od 3x2, odnosno (2*1=) 2 stupnja slobode. Hi-vrijednost za ove podatke iznosi 1,4033. Kako je granična vrijednost za dva stupnja slobode 5,992, zaključujemo da ne postoji statistička značajna razlika između grupa na razini značajnosti $p<0,05$.

Kod mladića je BMI prekomjeran ili izrazito prekomjeran kod 4 mladića iz Rijeke i jednog iz Karlovca. Dodatni podaci o BMI svih ispitanika vidljivi su u Tablici 4. i Slici 4.

Slika 4. BMI ispitanika



Tablica 4. BMI ispitanika

BMI	<20 - pothranjenost	20-25 idealna TM	25-30 prekomjerna TM	>30 pretilost
Djevojke - Rijeka	10	16	5	1
Djevojke - Karlovac	6	18	7	1
Mladići - Rijeka	0	7	2	0
Mladići - Karlovac	0	3	1	0

5. Opći školski uspjeh – ocjene ispitanika

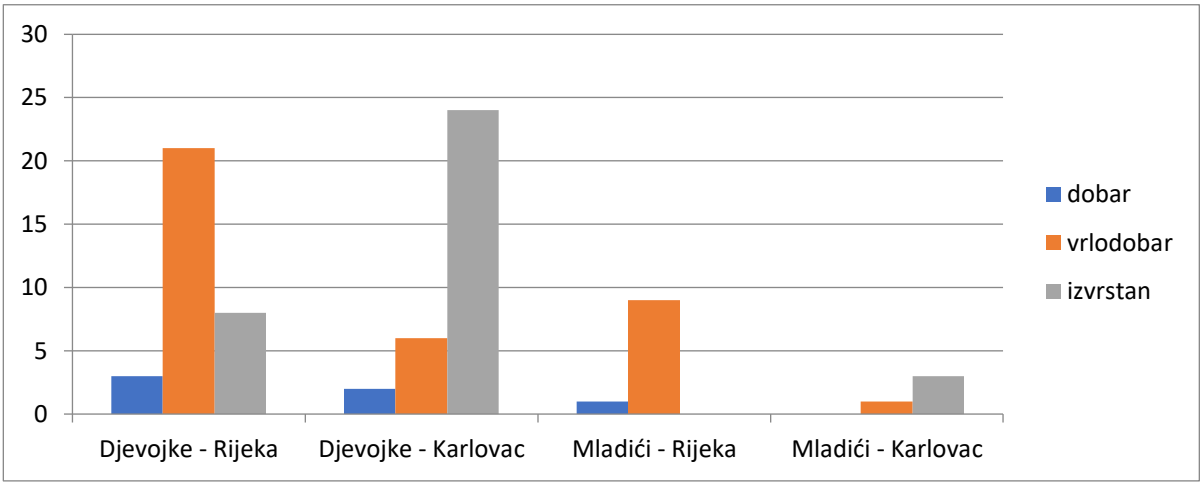
Ocjene općeg školskog uspjeha ispitanika za proteklu godinu su dosta visoke. Kod djevojaka iz Rijeke prosječna ocjena je 4,2, a onih iz Karlovca vrlo visokih 4,7. Kod mladića je prosječna ocjena ispitanika iz Rijeke 3,9, a onih iz Karlovca 4,8.

Radi provjere, razlikuju li se rezultati na statistički značajnoj razini, koristio se je hi-kvadrat test. Zbog male učestalosti, prvi stupac (ocjena dobar) podataka pripojen je drugoj (ocjeni vrlo dobar). Dobilo se tablicu kontigencije 2x2, odnosno 1 stupanj slobode. Hi-vrijednost iznosi 16. Kako je granična vrijednost za jedan stupanj slobode 3,843, a dobivena vrijednost veća od granične, zaključujemo da postoji statistička značajna razlika između grupa po pitanju općeg uspjeha, na razini značajnosti $p<0,05$. Dodatni podaci o BMI svih ispitanika vidljivi su u Tablici 5. i na Slici 5.

Tablica 5. Opći školski uspjeh ispitanika

Školski uspjeh	dobar	vrlo dobar	izvrstan
Djevojke - Rijeka	3	21	8
Djevojke - Karlovac	2	6	24
Mladići - Rijeka	1	9	0
Mladići - Karlovac	0	1	3

Slika 5. Opći školski uspjeh ispitanika



6. Broj braće-sestara ispitanika

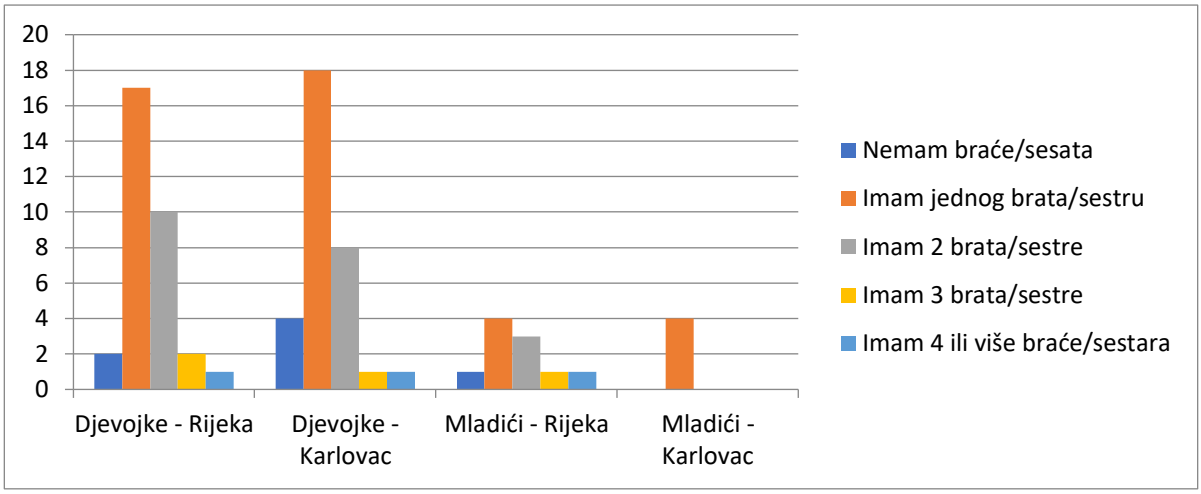
Ispitanici u velikom dijelu (90,0%) slučajeva imaju braću i/ili sestre i po tom se kriteriju grupe međusobno statistički ne razlikuju.

Točan broj braće i sestara ispitanika vidljiv je u Tablici 6. Razlikuju li se rezultati za djevojke iz Karlovca i Rijeke na statistički značajnoj razini - koristio se je hi-kvadrat test. Zbog male učestalosti, prvi stupac podataka pripojen je drugoj, a 4. i 5. stupac trećoj. Dobila se tablica kontigencije dimenzija 2x2, odnosno 1 stupanj slobode. Hi-kvadrat vrijednost iznosi 0.6108. Kako je granična vrijednost za jedan stupanj slobode 3,843, a dobivena vrijednost manja od granične vrijednosti, zaključujemo da ne postoji statistička značajna razlika između grupa po pitanju broja braće/sestara, na razini značajnosti $p<0,05$. Dodatni podaci o broju braće/sestara ispitanika vidljivi su u Tablici 6. i na Slici 6.

Tablica 6. Broj braće/sestara ispitanika

Broj braće/sestara	Nemam braće/sestara	Imam jednog brata/sestru	Imam 2 brata/sestre	Imam 3 brata/sestre	Imam 4 ili više braće/sestara
Djevojke - Rijeka	2	17	10	2	1
Djevojke - Karlovac	4	18	8	1	1
Mladići - Rijeka	1	4	3	1	1
Mladići - Karlovac	0	4	0	0	0

Slika 6. Broj braće/sestara ispitanika



7. Izgled i željeni izgled ispitanika

Na sljedećem pitanju ispitanici su trebali procijeniti kojoj kategorija osoba po pitanju tjelesne konstitucije, pripadaju na skali od 1 do 9. Brojka 1 označava osobu koja je izrazito (bolesno) mršava, a 9 – osoba koja je izuzetno (bolesno) pretila. Potrebno je zapaziti da se pitanje o trenutnom izgledu odnosi na percipirani izgled, i ne odražava nužno stvarni izgled. Rezultati pokazuju da nijedna ispitanica nije obilježila brojke 7, 8 i 9. Jedna djevojka iz Karlovca i nijedna iz Rijeke su označile brojku 1, a tri djevojke iz Rijeke i nijedna iz Karlovca su obilježile brojku 2. Svi ostali su označili brojke od 3 do 6. T-testom (t=0,7) je utvrđeno da na razini značajnosti od $p<0,05$ nema razlike između ovih vrijednosti. Prosječne vrijednosti i standardne devijacije trenutnih vrijednosti vidljive su u tablici 7. Što se tiče željenog izgleda, dobivene vrijednosti su od 2 do 4., po dvije djevojke iz Karlovca i Rijeke su označile 5, nitko 1, 6, 7, 8 i 9. T-testom (t=2,43) utvrđeno je da na razini značajnosti od $p<0,05$ *postoje* razlike između ovih vrijednosti, odnosno da djevojke iz Rijeke žele izgledati mršavije od djevojaka iz Karlovca. Prosječne vrijednosti i standardne devijacije željenih vrijednosti vidljive su u tablici 7.

Tablica 7. Izgled i željeni izgled ispitanika

Trenutni izgled	Izgled - prosjek	Izgled - stdev	Željeni izgled - prosjek	Željeni Izgled - stdev
Djevojke - Rijeka	3,69	1,06	3,03	0,78
Djevojke - Karlovac	3,88	1,07	3,50	0,76
Mladići - Rijeka	4,00	1,05	4,00	0,67
Mladići - Karlovac	3,75	1,26	4,25	0,50

Iz ovog se pitanja može izvesti još jedna varijabla, koju se može zvati „Želim izgledati isto, mršavije ili snažnije/deblje“. Većina djevojaka (iz oba grada) je željelo izgledati mršavije. Ostali su rezultati prikazani u tablici 8.

Tablica 8. Željeni izgled

Željeni izgled	Isto	Mršavije	Deblje
Djevojke - Rijeka	9	18	4
Djevojke - Karlovac	7	17	8
Mladići - Rijeka	4	3	3
Mladići - Karlovac	1	1	2

Razlikuju li se rezultati za djevojke iz Karlovca i Rijeke na statistički značajnoj razini - koristio se je hi-kvadrat test. Kako je i vidljivo u gornjoj tablici, tablica kontigencije je dimenzija 3x2, odnosno 2 stupnja slobode. Hi-vrijednost iznosi 0.971. Kako je granična vrijednost za dva stupnja slobode 5,991, a dobivena vrijednost manja od granične vrijednosti, zaključujemo da ne postoji statistička značajna razlika između grupa po pitanju broja braće/sestara, na razini značajnosti $p<0,05$.

Pod ovom skupinom pitanja ispitanici su odgovarali i na pitanje „Kojim dijelom tijela si najmanje zadovoljan-a?“. Ispitanici su mogli odabrati jedno od sljedećeg: trbuh, prsa, bokovi, noge, glava, ruke. U tablici 9. je navedeno koliko ispitanika s kojim dijelom tijela je najmanje zadovoljno.

Tablica 9. Dijelovi tijela sa kojima je ispitanik najmanje zadovoljan-a

Najmanje zadovoljan-a sa	Trbuh	Prsa	Noge	Bokovi	Ruke	Glava
Djevojke - Rijeka	10	6	9	3	3	1
Djevojke - Karlovac	19	5	4	3	0	0
Mladići - Rijeka	4	5	1	0	0	0
Mladići - Karlovac	2	1	0	0	0	1

Razlikuju li se rezultati za djevojke iz Karlovca i Rijeke na statistički značajnoj razini - koristio se je hi-kvadrat test. Zbog male učestalosti, zadnja tri stupca su pretvorena u jedan. Dobila se tablica kontigencije dimenzija 4x2, odnosno 3 stupnja slobode. Hi-vrijednost iznosi 6.316. Kako je granična vrijednost za tri stupnja slobode 7,815, a dobivena vrijednost manja od granične vrijednosti, zaključujemo da ne postoji statistička značajna razlika između grupa po ovoj varijabli na razini značajnosti $p<0,05$.

7.2. Odnosi s obitelji i vršnjacima

1. Odnosi u obitelj

Sljedeći niz izjava-čestica odnosi se na odnose u obitelji. Ispitanik je trebao odgovoriti u kojoj se mjeri date izjave odnose na obitelj u kojoj živi. Čestica je bilo 7, zatvorenog tipa, a ispitanik je trebao obilježiti stupanj slaganja (Likertova skala slaganja) na skali od 1 do 5, gdje 1 predstavlja nikad, a 5 – uvijek. Izjave su: 1. Život u mojoj obitelji je općenito ugodan, 2. Članovi moje obitelji se dobro slažu, 3. Razgovaram s majkom o svojim problemima, 4. Moja obitelj mi je izvor pomoći i podrške, 5. Razgovaram s ocem o svojim problemima, 6. Druge obitelji se slažu puno bolje od moje, 7. Osjećam se prihvaćeno u obitelji.

U obradi ove varijable, bodovalo se svaku česticu s brojkom koju je obilježio ispitanik. Izuzetak je 6. pitanje gdje je zamijenjen (kodiranje) 1-nikad s 5 bodova, 2-rijetko s 4 boda, 4-često s 2 boda i 5-uvijek s 1 bodom. Tako posloženo bodovanje daje ukupan raspon mogućih bodova od 7 do 35, a veći broj bodova označava bolji obiteljski odnos.

Dobivena aritmetička sredina bodova djevojaka iz Rijeke je za 1,1 bod niža (uz 1,4 veću standardnu devijaciju) od aritmetičke sredine djevojaka iz Karlovca.

T-testom (t=0,8999) utvrđeno je da na razini značajnosti od $p<0,05$ ne postoji razlike između dobivenih vrijednosti djevojaka iz Karlovca i onih iz Rijeke. Sve dobivene vrijednosti na ovo pitanje mogu se vidjeti u Tablici 10.

Tablica 10. Odnosi u obitelji (raspon od 7 do 35)

Odnos s obitelji	aritmetička sredina	Stdev
Djevojke - Rijeka	25,9	5,910
Djevojke - Karlovac	27,0	4,545
Mladići - Rijeka	26,0	3,300
Mladići - Karlovac	23,0	2,160

2. Odnos s vršnjacima

Sljedeći niz izjava-čestica odnosi se na odnose s vršnjacima. Ispitanik je trebao odgovoriti u kojoj se mjeri slaže s izjavama koje se odnose na vršnjake. Izjava je bilo 5, zatvorenog tipa, a ispitanik je trebao obilježiti jednu brojku (Likertova skala slaganja) na skali od 1 do 5, gdje 1 predstavlja nikad, a 5 – uvijek. Izjave su: 1. Dobro se slažem s prijateljima, 2. Razgovaram s prijateljima o svojim problemima, 3. Moji se prijatelji dobro odnose prema meni, 4. Volim se družiti s vršnjacima, 5. Mogu se povjeriti vršnjacima.

U obradi ove varijable, bodovan je svaki odgovor s brojkom koju je obilježio ispitanik. Tako posloženo bodovanje daje ukupan raspon bodova od 5 do 25, a veći broj označava bolji odnos s vršnjacima.

Dobivena aritmetička sredina bodova djevojaka iz Karlovca i Rijeke je praktično ista uz sličnu standardnu devijaciju. T-testom ($t=0,19$) utvrđeno je da na razini značajnosti od $p<0,05$ ne postoji razlike između dobivenih vrijednosti djevojaka iz Karlovca i onih iz Rijeke. Sve dobivene vrijednosti na ovo pitanje mogu se vidjeti u Tablici 11.

Tablica 11. Odnosi s vršnjacima (raspon od 5 do 55)

Odnos sa vršnjacima	aritmetička sredina	stdev
Djevojke - Rijeka	21,1	3,407
Djevojke - Karlovac	20,9	3,020
Mladići - Rijeka	20,9	3,035
Mladići - Karlovac	20,0	5,598

7.3. Ponašanje i samopoimanje

Sljedeće pitanje sastojalo se od 29 izjava-čestica. Temeljem njih izrađene su dvije mjerne ljestvice: „Ponašanje“, i „Samopoimanje“. „Ponašanje“ ukazuje na broj ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika. „Samopoimanje“ ukazuje na bolju ili lošiju sliku o sebi ispitanika. Ispitanik je trebao odgovoriti koliko često su kod njega prisutna navedena ponašanja i osjećaji (Likertova skala slaganja). Ukupno je bilo 29 čestica, zatvorenog tipa, a ispitanik je trebao obilježiti jednu brojku na skali od 1 do 5, gdje 1 predstavlja nikad, a 5 – uvijek.

Izjave su: 1. Osjećam se nezadovoljno vlastitim tijelom, 2. Izbjegavam jesti kada sam gladan/a, 3. Držim dijetu, 4. Namjerno koristim diuretike ili laksative kako bi spriječio-la debljanje, 5. U kratkom vremenskom periodu jedem velike količine hrane. 6. Osjećam se pretilo, 7. Razmišljam o povraćanju nakon obroka kako bih skinuo-la kilograme, 8. Bojim se debljanja ili povećanja tjelesne mase, 9. Osjećam da gubim kontrolu nad time koliko jedem, 10. Konzumiram samo zdravu hranu. 11. Imam jaku želju za mršavljenjem, 12. Namjerno povraćam hranu da bih spriječio-la debljanje, 13. Svjesno ograničavam količinu hrane koju konzumiram kako bih utjecao na svoj izgled i tjelesnu težinu, 14. Pred drugim jedem umjereno, a kada sam sam jedem velike količine hrane, 15. Osjećam krivnju tijekom uzimanja obroka zbog utjecaja kojeg će to imati, 16. Provjeravam broj kalorija i nutritivnu vrijednost unesenih namirnica, 17. Osjećam gađenje i tjeskobu zbog količine hrane koju sam pojeo-la, 18. Pretjerano vježbam kako bih smršavio-la, 19. Razmišljam o hrani i njezinoj kalorijskoj vrijednosti. 20. Slijedim stroga pravila u prehrani (unos kalorija, vrsta namirnica, vrijeme obroka), 21. Općenito govoreći, zadovoljan sam sobom, 22. Želio bih više poštivati samog sebe, 23. Osjećam da nema puno toga čime bih se mogao ponositi, 24. Ponekad se osjećam potpuno beskorisnim, 25. Sposoban sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao većina drugih ljudi, 26. S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim, 27. Osjećam da sam isto toliko sposoban kao i drugi ljudi, 28. Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina, 29. Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim.

Varijabla „Samopoimanje“ će se sastojati od 1. čestice i čestica 21.-29. Varijabla „Ponašanje“ definirana je sa česticama 2-20.

U obradi ovih varijabli, bodovan je svaki odgovor s brojkom koju je obilježio ispitanik. Izuzetak su čestice 1., 22.-24, 26., i 29 u kojima je provedeno kodiranje. U ovim česticama, oznaka „1“ bodovana je s 5 bodova, oznaka „2“ s četiri, oznaka „4“ s 2 boda, oznaka „5“ s jednim bodom, a za oznaku „3“ broj bodova nije se promijenio. Na taj način je kod varijable „Ponašanje“ ukupan raspon bodova koje ispitanik može skupiti od 10 do 50, a kod varijable „Samopoimanje“ od 19 do 95. Pritom veći broj kod mjerne ljestvice „Ponašanje“ ukazuje na veći broj ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika.

Najmanji broj bodova koji se može prikupiti kod varijable „Ponašanje“ je 19, najveći 95, a sredina je 57. Sve manje od sredine naginje manjem broju ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja.

Kod ljestvice „Samopoimanje“, najmanji broj bodova koji se može prikupiti je 10, najveći 50, a sredina je 30. Broj bodova viši od 30 ukazuje bolju sliku o sebi ispitanika.

Prvi korak u analizi početnog skupa tvrdnji je procjena pouzdanosti analiziranih mjernih ljestvica. To se postiže Cronbach alfa koeficijentima, Cronbach alfa koeficijent je mjera unutarnje dosljednosti skupa tvrdnji, a može poprimiti vrijednost između 0 i 1; što je bliže vrijednosti 1, to je mjerna ljestvica pouzdanija.

Na primjer, Kline navodi sljedeće kriterije pouzdanosti mjernih ljestvica: ukoliko koeficijent pouzdanosti (uključujući i Cronbach alfa koeficijent) poprimi vrijednost oko 0,9, pouzdanost se može smatrati izvrsnom, ukoliko poprimi vrijednost oko 0,8, pouzdanost se može smatrati vrlo dobrom, dok se kod vrijednosti oko 0,7, pouzdanost može smatrati prihvatljivom (90). Koeficijent pouzdanosti manji od 0,5 ukazuje na činjenicu da bi više od polovice opažene varijance moglo biti posljedicom slučajne pogreške. Tablica 12. prikazuje Cronbach alfa koeficijente za pojedine mjerne ljestvice.

Tablica 12. Cronbach's alpha koeficijenti za mjerne ljestvice

Cronbach's alpha koeficijent za mjernu ljestvicu „Samopoimanje“	0,8970
Cronbach's alpha koeficijent za za mjernu ljestvicu „Ponašanje“	0,9426

Mjerne ljestvice s tako niskim koeficijentom pouzdanosti ne mogu se smatrati pouzdanima, te ih ne treba primjenjivati u daljnjoj analizi (90). Nunnally i Bernstein navode da se vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta već oko 0,7 mogu smatrati prihvatljivima (91).

Tablica 13. Vrijednost Cronbach's alpha koeficijenta ukoliko se izostavi pojedina tvrdnja za mjernu ljestvicu „Samopoimanje“

Tvrdnja	Cronbach alfa koeficijent ukoliko se izostavi tvrdnja
Č 1	0,8884
Č 21	0,8877
Č 22	0,9007
Č 23	0,8792
Č 24	0,8745
Č 25	0,8985
Č 26	0,8790
Č 27	0,8842
Č 28	0,8865
Č 20	0,8872

Tablica 14. Vrijednost Cronbach's alpha koeficijenta ukoliko se izostavi pojedina tvrdnja za mjernu ljestvicu „Ponašanje“

Tvrdnja	Alpha
Č2	0,9386
Č3	0,9370
Č4	0,9419
Č5	0,9417
Č6	0,9393
Č7	0,9403
Č8	0,9364
Č9	0,9368
Č10	0,9477
Č11	0,9371
Č12	0,9445
Č13	0,9363
Č14	0,9418
Č15	0,9356
Č16	0,9389
Č17	0,9362
Č18	0,9397
Č19	0,9394
Č20	0,9413

Na temelju rezultata prikazanih u prethodnoj tablici, te referentnih vrijednosti navedenih u literaturi može se zaključiti da razvijene mjerne ljestvice posjeduju više nego prihvatljivu razinu pouzdanosti: „Samopoimanje“ - na granici izvrsne i vrlo dobre, a „Ponašanje“ - izvrsnu.

Nakon određivanja pouzdanosti mjerne ljestvice za „Samopoimanje“ napravljena je analiza podataka za djevojke i mladiće iz Karlovca i Rijeke. Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 15.

Tablica 15. Podaci za mjernu ljestvicu „Samopoimanje“

Samopoimanje	Prosjek	st dev	median	25%	50%	75%
Djevojke - Rijeka	39,50	7,085	41	35,5	40	45,0
Djevojke - Karlovac	39,24	7,723	40	36,0	40	45,3
Mladići - Rijeka	40,20	5,453	43	37,0	43	44,0
Mladići - Karlovac	39,25	4,573	40	38,3	40	41,0

I mladići i djevojke iz oba grada imaju vrlo dobro samopoimanje. Dobivena aritmetička sredina bodova djevojaka iz Karlovca i Rijeke praktično je ista uz sličnu standardnu devijaciju.

T-testom (t=0,19) utvrđeno je da na razini značajnosti od p<0,05 ne postoje razlike između dobivenih vrijednosti djevojaka iz Karlovca i onih iz Rijeke.

Nakon određivanja pouzdanosti mjerne ljestvice za „Ponašanje“ napravljena je analiza podataka za djevojke i mladiće iz Karlovca i Rijeke. Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 16.

Tablica 16. Podaci za mjernu ljestvicu „Ponašanje“

Ponašanje	Prosjek	st dev	Median	25%	50%	75%
Djevojke - Rijeka	35,53	14,995	33	24,5	33	39,8
Djevojke - Karlovac	33,41	14,151	29	23,0	29	40,3
Mladići - Rijeka	30,20	8,483	31	23,0	31	34,8
Mladići - Karlovac	20,75	1,258	21	20,5	21	21,3

Djevojke i mladići imaju dosta niži broj ponašanja od sredine (57) što ukazuje na manji broj ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika.

Dobivena aritmetička sredina bodova djevojaka iz Karlovca i Rijeke se razlikuju za oko 2 boda, standardne devijacije se razlikuju za 0,8, a i prvi kvartil, medijan i treći kvartil se malo razlikuju. Međutim, t-testom (t=0,28) utvrđeno je da na razini značajnosti od p<0,05 ne postoji razlike između dobivenih vrijednosti djevojaka iz Karlovca i onih iz Rijeke.

VIII. RASPRAVA

Nacrtom istraživanja definirane su 4 hipoteze rada. Četvrtu hipotezu će se razdvojiti u dvije podhipoteze.

Hipoteze su:

H1: Nema razlike u broju „Ponašanja“ karakterističnih za poremećaje jedenja u ovisnosti o spolu ispitanika.

H2: Ne postoje razlike u samopoimanju u ovisnosti o spolu ispitanika.

H3: Ne postoji povezanost između „Ponašanja“ karakterističnih za poremećaje jedenja i samopoimanja ispitanika.

H4: Ne postoj statistički značajna razlika u izraženosti ponašanja i stavova karakterističnih za poremećaje jedenja i odnosa sa roditeljima te vršnjacima.

Hipoteza 1.

Kako je ranije navedeno, hipoteza 1 definirana je kao: *Nema razlike u broju „Ponašanja“ karakterističnih za poremećaje jedenja u ovisnosti o spolu ispitanika.*

Zbog definiranja može li se hipoteza 1. prihvatiti ili ne, koristiti će se dvosmjerni t-test kojim će se utvrditi postoji li statistički značajna razlika između aritmetičkih sredina dobivenih vrijednosti za varijablu „Ponašanje“ kod mladića i djevojaka.

Dobivena vrijednost t iznosi t=1.73052 (p=0,0876). Kako je vrijednost t manja od granične vrijednosti, prihvaćamo nul-hipotezu i zaključujemo kako nema statistički značajne razlike između aritmetičkih sredina dobivenih vrijednosti za varijablu „Ponašanje“ kod mladića i djevojaka, na razini značajnosti $p<0,05$.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako nema značajne razlike između mladića i djevojaka u izražavanju „Ponašanja“ koja se mogu povezati sa poremećajima jedenja.

Pokrajac-Bulian i suradnici (2) proveli su istraživanje u hrvatskim srednjim školama te utvrdili da se poremećaji jedenja češće javljaju kod djevojaka nego kod mladića. Prema rezultatima Hoek i Hoeken (92) incidencija poremećaja jedenja i do deset je puta veća kod djevojaka nego kod mladića, te je najviša upravo u adolescenciji (93). Longitudinalne studije provedene u Europi i SAD-u sugeriraju da ženski spol i viši indeks tjelesne mase (94), internalizacija ideala mršavosti i nezadovoljstvo tijelom (95) te određena psihopatologija, napose depresija (96) pridonose nepravilnom režimu prehrane kod adolescenata.

Istraživanja o poremećajima jedenja provedenim na adolescentnoj populaciji također pokazuju da, iako dječaci manje verbaliziraju nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i težinom od djevojaka, značajan broj dječaka (5–20%) navodi provođenje dijetnog režima prehrane, povraćanju nakon jela te zloupotrebi laksativa kako bi kontrolirali svoju tjelesnu težinu (97).

Hipoteza 2.

Hipoteza 2 je definirana kao: *Ne postoje razlike u samopoimanju u ovisnosti o spolu ispitanika*.

Kako je jedna varijabla dihotomna (M/Ž), a druga intervalna, koristiti će se dvosmjerni t-test kojim će se utvrditi postoji li statistički značajna razlika između aritmetičkih sredina dobivenih vrijednosti za varijablu „Samopoimanje“ kod mladića i djevojaka.

Dobivena vrijednost t iznosi t=-0.29457 (p=0,384). Kako je vrijednost t manja od granične vrijednosti, prihvaćamo nul-hipotezu i zaključujemo kako nema statistički značajne razlike između aritmetičkih sredina dobivenih vrijednosti za varijablu „Samopoimanje“ kod mladića i djevojaka, na razini značajnosti $p<0,05$.

U ovom istraživanju nije utvrđena statistički značajna razlika u samopoimanju u ovisnosti o spolu ispitanika.

Istraživanja koja su do danas provedena na ovu temu vrlo su konfuzna i oprečna, te postoji određeni prijepor u rezultatima istraživanja, ali veliki broj ipak izvještava o nižem samopoštovanju kod djevojaka u odnosu na mladiće (98)(99). Iako je u početku adolescencije samopoimanje jednako kod dječaka i djevojčica, kasnije se počinje razlikovati tako što kod dječaka ono raste a kod djevojka opada (100). To događa stoga što se djevojke češće procjenjuju upravo na temelju fizičkog izgleda, a odstupanje od društvenog ideala ljepote onda može dovesti do sniženog samopoimanja (100). Negativna procjena vršnjaka ima veliki utjecaj na samopoimanje kod djevojaka (101). Adolescentice (djevojke) se bolje osjećaju kada ih osoba pozitivno procjenjuje a lošije kada su negativno procijenjene, dok kod njihovih muških vršnjaka to nije tako. Adolescenti (dječaci) pokušavaju održati samopoimanje pozitivnim i u negativnim situacijama, što vjerojatno predstavlja određeni obrambeni mehanizam (102).

Hipoteza 3.

Hipoteza 3 je definirana kao: *Ne postoji povezanost između „Ponašanja" karakterističnih za poremećaje jedenja i samopoimanja*. Radi definiranja može li se hipoteza 3 prihvatiti ili ne, koristiti će se test povezanosti između „Samopoimanja" i „Ponašanja". Kako su obje skale intervalne, koristiti će se Pearsonov koeficijent korelacije r. Vrijednost koeficijenta korelacije r može biti u rasponu od -1 do +1.

Za interpretaciju rezultata služe okvirne granice koeficijenta korelacije:

• od 0.00 do ±0.20 ⇨ nikakva ili neznatna povezanost

• od ±0.20 do ±0.40 ⇨ lagana povezanost

• od ±0.40 do ±0.70 ⇨ stvarna značajna povezanost

• od ±0.70 do ±1.00 ⇨ visoka ili vrlo visoka povezanost

Dobivena vrijednost Pearsonova koeficijenta korelacije kod ovog testiranja iznosi r=-0.6174 pa zaključujemo da postoji *stvarna*, statistički značajna povezanost „Samopoimanja" i „Ponašanja" na razini značajnosti $p<0,05$ i to na način da što je „Samopoimanje" ispitanika pozitivnije to je broj „Ponašanja" karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika manji.

U ovom je istraživanju utvrđeno da što osoba ima bolje samopoimanje to ima i manji „rizik" za razvoj ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja.

Provedena su mnogobrojna istraživanja na temu povezanosti samopoimanja i poremećaja jedenja zbog toga što nezadovoljstvo samim sobom vodi sniženom samopoimanju (samopoštovanju) te u konačnici predstavlja bitni uzročni čimbenik u nastanku poremećaja jedenja (44). Rezultati istraživanja pokazuju da adolescenti koji imaju lošije samopoimanje imaju i više razvijena "Ponašanja" koja se mogu povezati sa poremećajima jedenja. Istraživanje koje je ispitivalo zaštitne i rizične čimbenike za razvoj pretilosti i poremećaja jedenja dalo je slične rezultate, tj. utvrđeno je kako je nezadovoljstvo tjelesnim izgledom značajno povezano sa razvojem poremećaja jedenja (103). Istraživanje Pokrajac-Bulian i sur. iz 2004. godine (2) u kojem je sudjelovalo 240 učenika srednjih škola u Hrvatskoj navodi rezultate prema kojima su svi ispitani aspekti samopoimanja u značajnoj mjeri povezani sa odstupajućim navikama hranjenja.

Hipoteza 4.

Hipoteza 4 definirana je kao: *Ne postoj statistički značajna razlika u broju ponašanja i stavova karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika i odnosa sa roditeljima te vršnjacima.*

Kako u ovoj hipotezi postoji povezanost „Ponašanja“ i odnos s roditeljima te odnos i vršnjacima, ovu ćemo hipotezu rastaviti na dvije:

Hipoteza 4.1 *Ne postoj statistički značajna povezanost broja ponašanja i stavova karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika i odnosa s obitelji*

Hipoteza 4.2. *Ne postoj statistički značajna povezanost broja ponašanja i stavova karakterističnih za poremećaje jedenja kod ispitanika i odnosa sa vršnjacima.*

Kako su kod obje hipoteze varijable intervalne, prihvaćanje ili odbijanje nul-hipoteze koristiti će se Pearsonov koeficijent korelacije r.

Dobivena vrijednost Pearsonova koeficijenta korelacije za hipotezu 4.1 iznosi r=-0.3995 pa odbacujemo nul-hipotezu i zaključujemo da postoji lagana, statistički značajna povezanost „Odnosa s obitelji“ i „Ponašanja“ na razini značajnosti $p<0,05$ i to na način da što je broj bodova varijable „Odnos s obitelji“ veći to je broj „Ponašanja“ karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika manji.

Dobivena vrijednost Pearsonova koeficijenta korelacije za hipotezu 4.2 iznosi r= -0.257 pa odbacujemo nul-hipotezu i zaključujemo da postoji lagana, statistički značajna povezanost „Odnosa s vršnjacima“ i „Ponašanja“ na razini značajnosti $p<0,05$ i to na način da što je broj bodova „Odnos sa vršnjacima“ veći to je broj „Ponašanja“ karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika manji.

Mnoga istraživanja, uključujući i ovo, pokazuju koliko su odnosi roditelj-adolescent te odnosi sa vršnjacima (u vršnjačkim skupinama) bitni, te koliko kvaliteta tih odnosa ima utjecaj na protektivne faktore u razvoju adolescenta.

No, istraživanja također pokazuju kako adolescenti mogu biti pod velikim utjecajem svojih roditelja kada je riječ o tjelesnom izgledu i težini. Kod muških adolescenata, negativni komentari od strane oca o tjelesnoj težini bili su određeni prediktor razvoja poremećaja jedenja isto kao što negativan stav majke spram tjelesne težine svoje kćerke povećava rizik od nastanak poremećaja jedenja (104). Zanimljivost je da prema navedenom autoru, majka ima manji utjecaj na samopoimanje svoga sina kao što i otac ima manji utjecaj na samopoimanje svoje kćeri.

Do sada provedena istraživanja upućuju također i na izniman utjecaj vršnjaka na razvoj negativnih ponašanja. Vršnjačke skupine utječu na razvoj loših prehrambenih navika kroz zadirkivanje, modeliranje, rasprave o prehrani, tjelesnom izgledu i težini. Adolescenti koji su bili zadirkivani i uznemiravani od svojih vršnjaka zbog svoje težine češće će razviti ponašanja koja se mogu povezati sa poremećajima jedenja i imaju lošije samopoimanje (105). Levine i Smolak (4) navode kako zadirkivanje ima teže posljedice na anksiozne adolescentice i one koje su svjesne svoga tjelesnog izgleda. Čini se da konformizam ima važnu ulogu razvoju poremećaja jedenja, posebno kod djevojaka. Djevojke su znatno osjetljivije na vršnjački utjecaj, kada je riječ o tjelesnom izgledu, od njihovih muških vršnjaka (106). Istraživanje (105) pokazuje kako je učestalost razgovora adolescentica sa vršnjakinjama o dijetnom režimu prehrane i gubiku tjelesne težine u značajnoj korelaciji sa ponašanjima koja se mogu povezati sa poremećajima jedenja.

IX. ZAKLJUČAK

Ciljevi ovog rada bili su ispitati i opisati učestalost ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja kod adolescenata, ispitati i opisati sliku o sebi kod adolescenata, ispitati povezanost slike o sebi i ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja adolescenata i ispitati povezanost odnosa s obitelji i vršnjacima i ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja. Kroz rad su potvrđene dvije a odbačene dvije hipoteze.

Utvrđeno je da:

a) nema razlike u broju ponašanja karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika u ovisnosti o spolu;

b) ne postoje razlike u samopoimanju u ovisnosti o spolu ispitanika;

c) postoji povezanost „Ponašanja“ karakterističnih za poremećaje jedenja ispitanika i samopoimanja;

d) postoji statistički značajna povezanost u izraženosti „Ponašanja“ i stavova karakterističnih za poremećaje jedenja te odnosa sa roditeljima i vršnjacima.

X. SAŽETAK

Poremećaji jedenja veoma su ozbiljni psihofizički i sociokulturološki poremećaji, javljaju se u sve ranijoj životnoj dobi a karakterizirani su smetnjama u navikama hranjenja i ponašanju što u konačnici dovodi do oštećenja tjelesnog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja.

Primarna karakteristika poremećaja jest da oboljeli imaju poremećenu sliku o vlastitom tijelu i tjelesnoj težini. Mehanizmi i uzroci nastanka poremećaja još uvijek nisu ko kraja razjašnjeni, no pretpostavlja se da nastaju međudjelovanjem okolišnih, bioloških, psiholoških te sociokulturnih faktora. Od bioloških faktora nerijetko su to spol, dob i tjelesna masa, dok kod psiholoških faktora važnu ulogu imaju zadovoljstvo slikom tijela, samopoštovanje i perfekcionizam. Kada govorimo o okolišnim čimbenicima najčešće se ističu utjecaj medija, prijatelja i roditelja.

Prema DSM-5 klasifikaciji osnovni poremećaji jedenja su Anoreksjia nervoza, Bulimia nervoza i poremećaji s prejedanjem dok su ostali poremećaji jedenja svrstani u „druge specifične poremećaje jedenja“ i „nespecificirane poremećaje jedenja“.

Poremećaji jedenja povezani su sa sniženom kvalitetom života a nerijetko su obilježeni i raznim zdravstvenim komplikacijama koje počesto mogu biti i letalne stoga se sa terapijskim postupcima nastoji započeti što je prije moguće.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati stavove i ponašanja uobičajenih za poremećaje jedenja kod srednjoškolaca obzirom na dob i spol te njihovu povezanost sa roditeljima i prijateljima te ispitati stavove o samopoimanju. Istraživanje je provedeno na uzorku od 78 učenika završnih razreda Medicinske škole u Rijeci i Medicinske škole Karlovac u smjeru medicinska sestra/tehničar opće njege.

Ključne riječi: samopoimanje, adolescencija, poremećaji jedenja

SUMMARY

Eating disorders are very serious psychophysical and sociocultural disorders, occurring at an earlier age and are characterized by disturbances in eating habits and behavior that ultimately lead to impaired physical health and psychosocial functioning.

The primary characteristic of the disorder is that sufferers have a disturbed picture of their own body and body weight. The mechanisms and causes of the disorder have not yet been fully elucidated, but it is assumed that they arise from the interaction of environmental, biological, psychological and socio-cultural factors.

Among the biological factors, these are often gender, age and body weight, while in the case of psychological factors, body image satisfaction, self-esteem and perfectionism play an important role. When we talk about environmental factors, the influence of the media, friends and parents is most often highlighted.

According to the DSM-5 classification, the main eating disorders are Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and overeating disorders, while other eating disorders are classified as "other specific eating disorders" and "unspecified eating disorders".

Eating disorders are associated with a reduced quality of life and are often marked by various health complications that can often be fatal, so we try to start therapeutic procedures as soon as possible.

The aim of this study was to examine the attitudes and behaviors common to eating disorders in high school students with respect to age and gender and their relationship to parents and friends, and to examine attitudes about self-perception.

The research was conducted on a sample of 78 students of the final grades of the Medical School in Rijeka and Karlovac in the nurse profession.

Key words: self-perception, adolescence, eating disorders

XI. LITERATURA

1. Knez R, Pokrajac-Bulian A, Peršić M. Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. Paediatria Croatica, Supplement. 2008.
2. Pokrajac-Bulian A, Stubbs L, Ambrosi-Randić N. Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. Psihol Teme. 2004(e)ko ;
3. Livazović G. Teorijsko – metodološke značajke utjecaja medija na adolescente. Život i škola časopis za Teor i praksu Odgoj i Obraz. 2009(e)ko ;
4. Levine MP, Smolak L. Body image development in adolescence. In: Body image: a handbook of theory, reearch and clinical practice. 2002.
5. Tasić D. Djetetov pojam o sebi i ispoljavanje poremećaja u ponašanju. Kriminologija i Soc Integr. 1994(e)ko ;2(2):97–107.
6. Lacković-Grgin K. Psihologija adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006. 265 or.
7. Brdar I, Rijavec M, Loncaric D. Goal orientations, coping with school failure and school achievement. European Journal of Psychology of Education. 2006.
8. Rijavec M. Čuda se ipak događaju: psihologija pozitivnog mišljenja. Zagreb: IEP; 1994. 173 or.
9. Yahaya A, Ramli J, Boon Y, Ghaffar MNA, Zakariya Z. Relationship between self concepts and personality and students' academic performance in selected secondary schools. Eur J Soc Sci. 2009(e)ko ;
10. Lebedina-Manzoni M, Lotar M. Percepcija sebe kod adolescenata u hrvatskoj 1. Kriminologija i Soc Integr. 2011(e)ko ;19(1):39–50.
11. Živković Ž. Samopoštovanje djece i mladih. Đakovo: Tempo; 2006. 25 or.
12. Miljković D, Rijavec M. Kako postati i ostati (ne)sretan. Zagreb: EPI; 2001. 217 or.
13. Brdar I, Rijavec M. Što učiniti kada djete dobije lošu ocjenu? IEP; 1998. 142 or.
14. Radovanović N, Glavak R. Povezanost straha od negativne evaluacije sa samopoimanjem I socijalnom percepcijom kod adolescenata. Drus Istraz. 2003(e)ko ;12(6):1123–39.
15. Brajša-Žganec A, Raboteg-Šarić Z, Franc R. Dimenzije samopoimanja djece u odnosu na opaženu socijalnu podršku iz različitih izvora. Drus Istraz. 2000(e)ko ;9(6):897–912.
16. Biti V. Od puberteta do zrelosti. Zagreb: Mladost; 1986. 472 or.
17. Car S. Adolescencija 21. stoljeća: društvena uvjetovanost, temeljne karakteristike i pedagoški izazovi. Pedagog istraživanja. 2013(e)ko ;
18. Kuzman M. Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus. 2009(e)ko ;

19. Livazovic G. THE RELATION BETWEEN MEDIA AND ADOLESCENT RISK BEHAVIOURS. Kriminologija Soc Integr. 2012(e)ko ;
20. Rudan V. Normalni adolescentni razvoj. Medix. 2004(e)ko ;36–9.
21. Berk LE. Psihologija cjeloživotnog razvoja : prijevod 3. izdanja [izvornika]. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008. 768 or.
22. Piaget J. Intellectual evolution from adolescence to adulthood. Hum Dev [Internet]. 1972(e)ko ;15(1):1–12. Available at: https://www.karger.com/Article/FullText/271225
23. Grogan S. Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children, third edition [Internet]. Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children, Third Edition. Third edition. | Abingdon, Oxon ; New: Routledge; 2016. 1–214 or. Available at: https://www.taylorfrancis.com/books/9781315681528
24. Steinberg L. We Know Some Things: Parent-Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. In: Journal of Research on Adolescence. 2001.
25. Branje SJT, Hale WW, Frijns T, Meeus WHJ. Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. J Abnorm Child Psychol. 2010(e)ko ;
26. Fanti KA, Henrich CC, Brookmeyer KA, Kuperminc GP. Toward a transactional model of parent-adolescent relationship quality and adolescent psychological adjustment. J Early Adolesc. 2008(e)ko ;
27. Hair EC, Moore KA, Garrett SB, Ling T, Cleveland K. The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. J Res Adolesc. 2008(e)ko ;
28. Brière FN, Archambault K, Janosz M. Reciprocal prospective associations between depressive symptoms and perceived relationship with parents in early adolescence. Can J Psychiatry. 2013(e)ko ;
29. Inguglia C, Ingoglia S, Liga F, Lo Coco A, Lo Cricchio MG. Autonomy and Relatedness in Adolescence and Emerging Adulthood: Relationships with Parental Support and Psychological Distress. J Adult Dev. 2015(e)ko ;
30. Ge X, Natsuaki MN, Neiderhiser JM, Reiss D. The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parent-child closeness. Dev Psychopathol. 2009(e)ko ;
31. Vieno A, Nation M, Pastore M, Santinello M. Parenting and Antisocial Behavior: A Model

of the Relationship Between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. Dev Psychol. 2009(e)ko ;

32. Ohannessian CMC. Parental Problem Drinking and Adolescent Psychological Problems: The Moderating Effect of Adolescent-Parent Communication. Youth Soc. 2013(e)ko ;
33. Silk JS, Morris AS, Kanaya T, Steinberg L. Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs? J Res Adolesc. 2003(e)ko ;
34. Collins WA, Steinberg L. Adolescent Development in Interpersonal Context. In: Handbook of Child Psychology. 2007.
35. Pace U, Zappulla C. Detachment From Parents, Problem Behaviors, and the Moderating Role of Parental Support Among Italian Adolescents. J Fam Issues. 2013(e)ko ;
36. Smetana JG, Campione-Barr N, Metzger A. Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. Annu Rev Psychol. 2006(e)ko ;
37. Granic I, Dishion TJ. Deviant talk in adolescent friendships: A step toward measuring a pathogenic attractor process. Social Development. 2003.
38. Brown B. Peer Groups and Peer Culture. In: At the threshold: The developing adolescent. 1990.
39. Kandel DB, Andrews K. Processes of adolescent socialization by parents and Peers. Subst Use Misuse. 1987(e)ko ;
40. Brown BB. Adolescents' Relationships with Peers. In: Handbook of Adolescent Psychology: Second Edition. 2013.
41. Ladd GW. PEER RELATIONSHIPS AND SOCIAL COMPETENCE DURING EARLY AND MIDDLE CHILDHOOD. Annu Rev Psychol. 1999(e)ko ;
42. Steinberg L. Socialization in Adolescence. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2001.
43. Petrović D. Specifičnosti vršnjačkih konflikata u adolescenciji. Psihologija. 2009(e)ko ;
44. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja hranjenja. Naklada Slap; 2004.
45. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2013.
46. Gerner B, Wilson PH. The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. Int J Eat Disord. 2005(e)ko ;

47. Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. Int J Eat Disord [Internet]. 2005(e)ko ;37(S1):S26–30. Available at: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20112
48. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. 2014.
49. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. 1993. xiii+248p.
50. Brumberg JJ. «Fasting Girls»: Reflections on Writing the History of Anorexia Nervosa. Monogr Soc Res Child Dev [Internet]. 1985(e)ko ;50(4/5):93. Available at: https://www.jstor.org/stable/3333866?origin=crossref
51. Denison BJ, Bell RM, Davis WN. Holy Anorexia. Sociol Anal [Internet]. 1988(e)ko ;49(1):79. Available at: https://academic.oup.com/socrel/article-lookup/doi/10.2307/3711109
52. Binswanger L. The Case of Ellen West: An Anthropological-Clinical Study. In: Existence: A new dimension in psychiatry and psychology [Internet]. New York: Basic Books; 2007. or. 237–364. Available at: http://content.apa.org/books/11321-009
53. Robert L. The fifty minute hour. New York; 1990. 312 or.
54. Hamburger WW. Emotional Aspects of Obesity. Obes Res [Internet]. 1997(e)ko martxoakaren ;5(2):162–71. Available at: http://doi.wiley.com/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00658.x
55. Emmett SW. Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia [Internet]. Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia: Biomedical Sociocultural and Psychological Perspectives. Routledge; 2013. Available at: https://www.taylorfrancis.com/books/9780203776193
56. Russell G. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979(e)ko ;
57. Polivy J, Herman CP. Causes of Eating Disorders. Annu Rev Psychol [Internet]. 2002(e)ko otsailakaren ;53(1):187–213. Available at: http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
58. Vidović V. Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. Medicus. 2009(e)ko ;

59. Fairburn CG, Cowen PJ, Harrison PJ. Twin studies and the etiology of eating disorders. Int J Eat Disord. 1999(e)ko ;
60. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB, Treasure JT, et al. Evidence for a Susceptibility Gene for Anorexia Nervosa on Chromosome 1. Am J Hum Genet [Internet]. 2002(e)ko martxoakaren ;70(3):787–92. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002929707602821
61. Kaye WH. Altered Serotonin Activity in Anorexia Nervosa After Long-term Weight Restoration. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1991(e)ko ekainakaren 1a;48(6):556. Available at: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1991.01810300068010
62. Tiggemann M. Body Image. In: SpringerReference [Internet]. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; 2014. Available at: http://www.springerreference.com/index/doi/10.1007/SpringerReference_223404
63. Blaivas JG, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. International Journal of Eating Disorders. 2002.
64. Aĭtbaeva. [Ultrasonic test in evaluation of the function of the Eustachian tube]. In: Zdravookhranenie Kirgizii [Internet]. 1998. or. 35–7. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1924
65. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. J Psychosom Res [Internet]. 2002(e)ko azaroakaren ;53(5):985–93. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399902004889
66. Pokrajac-Bulian A, Mohorić T, Đurović D. Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. [Disturbed eating habits, body dissatisfaction and frequency of dieting behaviour in Croatian high school students.]. Psihol Teme. 2007(e)ko ;
67. Thurfjell B, Edlund B, Arinell H, Hägglöf B, Garner DM, Engström I. Eating Disorder Inventory for Children(EDI-C): effects of age and gender in a Swedish sample. Eur Eat Disord Rev [Internet]. 2004(e)ko uztailakaren ;12(4):256–64. Available at: http://doi.wiley.com/10.1002/erv.583

68. Godart NT, Flament MF, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. Psychiatry Res. 2003(e)ko ;
69. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype. Am J Psychiatry [Internet]. 2003(e)ko otsailakaren ;160(2):242–7. Available at: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.160.2.242
70. Minuchin S, Fishman HC. Psychosomatic Family in Child Psychiatry. J Am Acad Child Psychiatry [Internet]. 1979(e)ko abenduakaren ;18(1):76–90. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002713809604799
71. Field AE, Camargo Jr CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. Pediatrics [Internet]. 2001(e)ko urtarrilakaren 1a;107(1):54–60. Available at: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.107.1.54
72. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). 2000.
73. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Arlington. 2013.
74. Thomas JJ, Koh KA, Eddy KT, Hartmann AS, Murray HB, Gorman MJ, et al. Do DSM-5 eating disorder criteria overpathologize normative eating patterns among individuals with obesity? J Obes. 2014(e)ko ;
75. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. Int J Eat Disord. 2011(e)ko ;
76. Estour B, Galusca B, Germain N. Constitutional thinness and anorexia nervosa: A possible misdiagnosis? Frontiers in Endocrinology. 2014.
77. Mond JM. Classification of bulimic-type eating disorders: From DSM-IV to DSM-5. Journal of Eating Disorders. 2013.
78. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - Medical complications. Journal of Eating

Disorders. 2015.

79. Wang X, Luscombe GM, Boyd C, Kellow J, Abraham S. Functional gastrointestinal disorders in eating disorder patients: Altered distribution and predictors using ROME III compared to ROME II criteria. World J Gastroenterol. 2014(e)ko ;
80. Mitchell N, Norris ML. Rectal prolapse associated with anorexia nervosa: A case report and review of the literature. J Eat Disord. 2013(e)ko ;
81. Jurčić Z. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. 2004(e)ko ;40–4. Available at: https://hrcak.srce.hr/20239
82. Bomba M, Riva A, Morzenti S, Grimaldi M, Neri F, Nacinovich R. Global and regional brain volumes normalization in weight-recovered adolescents with anorexia nervosa: preliminary findings of a longitudinal voxel-based morphometry study. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2015(e)ko martxoakaren ;637. Available at: http://www.dovepress.com/global-and-regional-brain-volumes-normalization-in-weight-recovered-ad-peer-reviewed-article-NDT
83. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa - Medical complications. Journal of Eating Disorders. 2015.
84. Buchanan JAG, Fortune F. Bilateral parotid enlargement as a presenting feature of bulimia nervosa in a post-adolescent male. Postgrad Med J. 1994(e)ko ;
85. Osório E, Milheiro I, Brandão I, Torres AR. Anorexia nervosa and dialysis: We have no time when the body is so damaged! BMJ Case Rep. 2013(e)ko ;
86. Haller E. Eating disorders - A review and update. Western Journal of Medicine. 1992.
87. Kocijan-Hercigonja D. Obiteljska terapija anoreksije nervoze. 2004(e)ko ;56–7. Available at: https://hrcak.srce.hr/20246
88. Milano W, De Rosa M, Milano L, Riccio A, Sanseverino B, Capasso A. The Pharmacological Options in the Treatment of Eating Disorders. ISRN Pharmacol. 2013(e)ko ;
89. Mudrinić I. Poremećaji u prehrani adolescenata [Internet]. 2016. Available at: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:649485
90. Tabri N, Elliott CM. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Can Grad J Sociol Criminol [Internet]. 2012(e)ko uztailakaren 12a;1(1):59. Available at: http://cgjsc-rcessc.uwaterloo.ca/index.php/cgjsc/article/view/25

91. Nunnally, J.C., Bernstein IH. Psychometric Theory, Third Edition. McGraw-Hill, New York. Psychometric Theory. 1994.
92. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders. 2003.
93. Hautala L, Junnila J, Helenius H, Väänänen AM, Liuksila PR, Räihä H, et al. Adolescents with fluctuating symptoms of eating disorders: A 1-year prospective study. J Adv Nurs. 2008(e)ko ;62(6):674–80.
94. Sancho C, Arija M V., Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007(e)ko ;
95. Fairburn CG, Stice E, Cooper Z, Doll HA, Norman PA, O'Connor ME. Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study. J Consult Clin Psychol. 2003(e)ko ;
96. Measelle JR, Stice E, Hogansen JM. Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents. J Abnorm Psychol. 2006(e)ko ;
97. O'Dea JA, Abraham S. Eating and exercise disorders in young college men. J Am Coll Health Assoc. 2002(e)ko ;
98. Lindwall M, Gerber M, Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G. The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of swedish healthcare workers. Heal Psychol. 2014(e)ko ;
99. Lacković-Grgin K. Stres u djece i adolescenata : Izvori , posrednici i učinci. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004. 283 or.
100. McMullin JA, Cairney J. Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. J Aging Stud. 2004(e)ko ;
101. Schwalbe ML, Staples CL. Gender Differences in Sources of Self-Esteem. Soc Psychol Q. 1991(e)ko ;
102. Cross SE, Madson L. Models of the self: Self-construals and gender. Psychol Bull. 1997(e)ko ;
103. Haines J, Kleinman KP, Rifas-Shiman SL, Field AE, Bryn Austin S. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. Arch

Pediatr Adolesc Med. 2010(e)ko ;

104. McCabe MP, Ricciardelli LA. Parent, peer, and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. Adolescence. 2001(e)ko ;

105. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. Soc Sci Med. 2005(e)ko ;

106. Lorasch-Gunderson D. Relative Influence of Family, Peers, and Media on the Development of Eating Disorders in Adolescents. Master Soc Work Clin Res Pap [Internet]. 2012(e)ko ;59. Available at: http://sophia.stkate.edu/msw_papers/66

XII. PRILOZI

Prilog A - Popis slika i tablica

Slika 1. Podjela ispitanika po životnoj dobi, spolu i mjestu u kojem pohađa školu 35
Slika 2. Masa i standardna devijacija ispitanika 36
Slika 3. Visina i standardna devijacija ispitanika 37
Slika 4. BMI ispitanika 38
Slika 5. Opći školski uspjeh ispitanika 40
Slika 6. Broj braće/sestara ispitanika 41

Tablica 1. Podaci o tjelesnoj masi ispitanika.....36
Tablica 2. Podaci o tjelesnoj visini ispitanika 37
Tablica 3. Kategorizacija BMI 38
Tablica 4. BMI ispitanika 39
Tablica 5. Opći školski uspjeh ispitanika 39
Tablica 6. Broj braće/sestara ispitanika.....40
Tablica 7. Izgled i željeni izgled ispitanika 41
Tablica 8. Željeni izgled 42
Tablica 9. Dijelovi tijela sa kojima je ispitanik najmanje zadovoljan-a.....42
Tablica 10. Odnosi u obitelji (raspon od 7 do 35) 43
Tablica 11. Odnosi s vršnjacima (raspon od 5 do 55) 44
Tablica 12. Cronbach's alpha koeficijenti za mjerne ljestvice 46
Tablica 13. Vrijednost Cronbach's alpha koeficijenta ukoliko se izostavi pojedina tvrdnja za mjernu ljestvicu „Samopoimanje“.....46
Tablica 14. Vrijednost Cronbach's alpha koeficijenta ukoliko se izostavi pojedina tvrdnja za mjernu ljestvicu „Ponašanje“.....47
Tablica 15. Podaci za mjernu ljestvicu „Samopoimanje“ 47
Tablica 16. Podaci za mjernu ljestvicu „Ponašanje“ 48

Prilog B - Anketni upitnik

ANKETNI UPITNIK

Dragi učenici,
Molim Vas da ispunjavanjem upitnika sudjelujete u istraživanju u svrhu dobivanja podataka za izradu diplomskog rada na Sveučilišnom diplomskom studiju Sestrinstvo – promicanje i zaštita mentalnog zdravlja na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Ovaj upitnik je anoniman, podaci prikupljeni ovim istraživanjem prikazati će se isključivo kao rezultati statističke analize, a nikada ne pojedinačno. Molim da na pitanja odgovorite iskreno i bez preskakanja.
Unaprijed se zahvaljujem na sudjelovanju!

Molim da **zaokruživanjem ili ispunjavanjem** odgovorite na postavljena pitanja.

1. Koliko imaš godina? _____

2. Koju Medicinsku školu pohađaš? a) Rijeka b) Karlovac

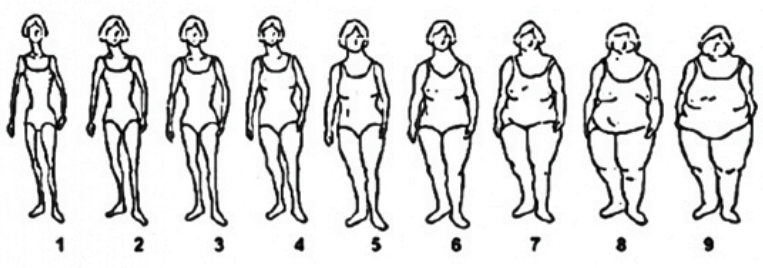
2. Spol? a) Ž b) M

3. Opći školski uspjeh u prethodnoj školskoj godini? a) nedovoljan b) dovoljan c) dobar d) vrlo dobar e) odličan

4. S kim živiš u obitelji? a) majka, otac i braća/sestre b) majka c) otac d) netko drugi

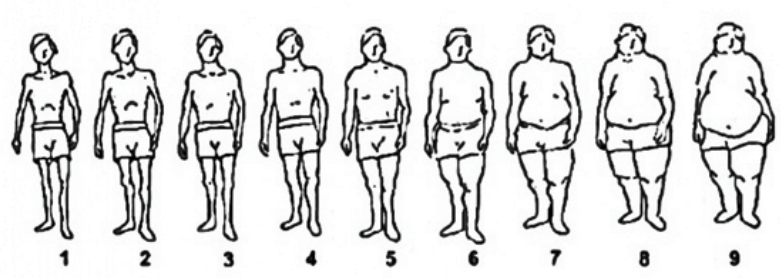
5. Koliko imaš braće/sestara? a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 i više

6a. (**ISPUNJAVAJU ISKLJUČIVO DJEVOJKE**)
Promotri sljedeću grafiku. Za koju grafiku smatraš da najviše odgovara tvom trenutnom tjelesnom izgledu? (zaokruži broj ispod grafike) Na toj grafici označi (oboji) dio tijela kojim si najmanje zadovoljna.



6b. Koja od grafika najbolje predstavlja tjelesni izgled kakvog bi željela imati? _____

7a. (**ISPUNJAVAJU ISKLJUČIVO MLADIĆI**)
Promotri sljedeću grafiku. Za koju grafiku smatraš da najviše odgovara tvom trenutnom tjelesnom izgledu? (zaokruži broj ispod grafike) Na toj grafici označi (oboji) dio tijela kojim si najmanje zadovoljan.



7b. Koja od grafika najbolje predstavlja tjelesni izgled kakvog bi želio imati? _____

10. U kojoj se mjeri sljedeće tvrdnje odnose na tvoju obitelj?

Brojevi imaju sljedeće značenje: 1 = nikad 2 = rijetko 3 = ponekad 4 = često 5 = uvijek					
Život u mojoj obitelji je općenito ugodan	1	2	3	4	5
Članovi moje obitelji se dobro slažu	1	2	3	4	5
Razgovaram s majkom o svojim problemima	1	2	3	4	5
Moja obitelj mi je izvor podrške i pomoći	1	2	3	4	5
Razgovaram s ocem o svojim problemima	1	2	3	4	5
Druge obitelji se slažu puno bolje od moje	1	2	3	4	5
Osjećam se prihvaćeno u obitelji	1	2	3	4	5

11. U kojoj se mjeri sljedeće tvrdnje odnose na tvoj odnos prema vršnjacima?

Brojevi imaju sljedeće značenje: 1 = nikad 2 = rijetko 3 = ponekad 4 = često 5 = uvijek					
Dobro se slažem s prijateljima	1	2	3	4	5
Razgovaram s prijateljima o svojim problemima	1	2	3	4	5
Moji prijatelji se dobro donose prema meni	1	2	3	4	5
Osjećam povjerenje u vršnjake	1	2	3	4	5
Volim se družiti s vršnjacima	1	2	3	4	5

12. Koliko često su kod tebe prisutna sljedeća ponašanja i osjećaji?

Brojevi imaju sljedeće značenje: 1 = nikad 2 = rijetko 3 = ponekad 4 = često 5 = uvijek					
Osjećam se nezadovoljno vlastitim tijelom	1	2	3	4	5
Izbjegavam jesti kada sam gladan/a	1	2	3	4	5
Držim dijetu	1	2	3	4	5
Namjerno koristim diuretike ili laksative kako bih spriječio/la debljanje	1	2	3	4	5
U kratkom vremenskom periodu jedem velike količine hrane	1	2	3	4	5
Osjećam se predebelo	1	2	3	4	5
Razmišljam o povraćanju nakon obroka kako bih skinuo/la kilograme	1	2	3	4	5
Bojim se debljanja ili povećanja tjelesne mase	1	2	3	4	5
Osjećam kako gubim kontrolu nad time koliko jedem	1	2	3	4	5
Konzumiram samo zdravu hranu	1	2	3	4	5
Imam jaku želju za mršavljenjem	1	2	3	4	5
Namjerno povraćam hranu da bih spriječio/la debljanje	1	2	3	4	5
Svjesno ograničavam količinu hrane koju konzumiram kako bih utjecao/la na svoj izgled i tjelesnu težinu	1	2	3	4	5
Pred drugima jedem umjereno, a kada sam sam/a jedem velike količine hrane	1	2	3	4	5
Osjećam krivnju tijekom uzimanja obroka zbog utjecaja kojeg će to imati na moju tjelesnu težinu	1	2	3	4	5
Provjeravam broj kalorija i nutritivnu vrijednost hrane koju sam pojeo/la	1	2	3	4	5
Osjećam gađenje i tjeskobu nakon obroka zbog količine hrane koju sam pojeo/la	1	2	3	4	5
Pretjerano vježbam kako bih smršavio/la	1	2	3	4	5
Razmišljam o hrani i njenoj kalorijskoj vrijednosti	1	2	3	4	5
Slijedim stroga pravila u prehrani (unos kalorija, vrsta namirnica, vrijeme obroka)	1	2	3	4	5
Općenito govoreći zadovoljan/zadovoljna sam sobom	1	2	3	4	5
Želio/la bih više poštovati samog sebe	1	2	3	4	5
Osjećam da nema puno toga čime bih se mogao/la ponositi	1	2	3	4	5
Ponekad se osjećam potpuno beskorisnim	1	2	3	4	5
Sposoban/sposobna sam izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi	1	2	3	4	5
S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim	1	2	3	4	5
Osjećam da sam isto sposoban/sposobna kao i drugi ljudi	1	2	3	4	5
Osjećam da posjedujem niz dobrih osobina	1	2	3	4	5
Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim	1	2	3	4	5

ŽIVOTOPIS

Valentino Ivče, rođ.04.07.1984.g. u Senju, osnovnu školu završio sam na Rabu gdje sam i živio do polaska u srednju školu.

Završio sam Medicinsku školu u Rijeci, smjer medicinska sestra/tehničar te prediplomski studij Sestrinstvo na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu.

Radno iskustvo:

- Psihijatrijska bolnica Rab,
- Nastavni Zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Ispostava Rab,
- KBC Zagreb, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju (od 03.05.2015.g.)