

VLOGA SVETOVALNEGA DELAVCA PRI PREPOZNAVANJU MOTENJ HRANJENJA IN PREVENTIVNEM DELOVANJU

THE SCHOOL COUNSELLOR'S ROLE IN RECOGNIZING EATING DISORDERS AND IMPLEMENTING PREVENTIVE MEASURES

Sanja Berčnik, *univ. dipl. ped.*

*Pedagoška fakulteta Ljubljana, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana
sanja.bercnik@pef.uni-lj.si*

POVZETEK

V prispevku obravnavamo motnje hranjenja. O motnjah hranjenja govorimo takrat, ko gre za resno ogrožanje zdravja zaradi nepravilnega odnosa do hrane, ki postane način spoprijemanja s stresom, z motnjami prehranjevanja pa so pogosto povezane še motnje na osebnostnem področju. Osredotočili smo se predvsem na tri vrste motenj hranjenja, ki se pojavljajo najpogosteje – na anoreksijo, bulimijo in kompulzivno prenažanje, na prepoznavne znake, vzroke za nastanek motenj hranjenja ter na preventivno delovanje v šolskem prostoru. V raziskavi nas je zanimalo, koliko so svetovalni delavci v osnovnih in srednjih šolah pozorni na problematiko motenj hranjenja, kako jo prepoznavajo in koliko pozornosti namenjajo preventivnemu delovanju na to temo. Rezultati kažejo, da se v osnovnih in srednjih šolah najpogosteje pojavljata anoreksija in bulimija, da so svetovalni delavci dobro seznanjeni s to tematiko in da se na področju motenj

hranjenja v šolskem prostoru izvajajo različni preventivni programi.

KLJUČNE BESEDE: *motnje hranjenja, anoreksija, bulimija, kompulzivno prenajedanje, svetovalni delavci, preventiva.*

ABSTRACT

The present article discusses eating disorders. Eating disorders are defined as a serious health threat due to an abnormal relation to food which has become a way of coping with stress. They are also often linked to personality disorders. We have focused mainly on the three most common types of eating disorder – anorexia, bulimia, and compulsive (binge) eating – their recognizable features, the causes that lead to eating disorders, and on preventive measures practiced in schools. Our survey sought to determine the degree to which primary and secondary school counsellors devote attention to the problem of eating disorders, how they recognize individual cases of disorders, and the amount of focus dedicated to preventive efforts. Results show that the most common eating disorders dealt with in primary and secondary schools are anorexia and bulimia. Furthermore, it is evident that school counsellors are thoroughly familiar with the issue, and that schools provide various preventive programs to grapple with eating disorders.

KEYWORDS: *eating disorders, anorexia, bulimia, binge/compulsive eating, school counsellors, prevention.*

UVOD

Hrana prinaša človeku prvo izkušnjo ugodja v življenju, s hranjenjem otrok poleg fizioloških potreb zadovoljuje tudi potrebe po dotiku, bližini in varnosti. Hrana, ki je v otrokovem doživljanju, čutnem in čustvenem svetu povezana s prvimi zadovoljujočimi občutki, otroku ostane še pozneje v podzavesti kot simbol

ugodja, zadoščenosti, tolažbe. Hrana kot prisposodba nečesa, kar dobiva otrok od ljudi, ki ga imajo radi, ki jim nekaj pomeni, kot sredstvo za odpravljanje stiske in zagotovilo dobrega počutja se vključi v otrokovo doživljanje medsebojnih odnosov. Hrana lahko tako hitro postane sredstvo ali celo nadomestilo za čustva najbližjih oseb, če je otrok zanje prikrajšan ali če ima prevelike in nestvarne čustvene potrebe in pričakovanja (Tomori, 1990). Kot navaja Sternad (2001), je v različnih obdobjih življenja simbolika hrane vpeta v vrednostni sistem, značilen za posamezno življenjsko obdobje. V otroštvu je hrana povezana predvsem s prisposodbo sprejetosti, varnosti, ugodja, ljubezni, v adolescenci pa se vprašanje hrane poveže s simboliko odraščanja in osamosvajanja. Osnovni namen hranjenja je nahraniti telo in ob tem uživati. Za normalno prehranjevanje sta odločilna občutka za lakoto in sitost, ki sta produkt kemijskih substanc, ki jih sprošča hipotalamus. Poleg občutka za lakoto in sitost pa sta apetit in kontrola hranjenja odvisna še od socio-kulturnih navad ter od lastnih prepričanj, želja, razpoloženja in čustev.

MOTNJE HRANJENJA

V današnjem času je pogost problem otrok in mladostnikov nezdrav odnos do hrane, ki pa se od motenj hranjenja razlikuje po tem, da gre pri slednjem za resno ogrožanje zdravja zaradi nepravilnega odnosa do hrane, ki postane način spoprijemanja s stresom, ter občutek ujetosti v začaran krog okoli hrane (Prezelj, Čibej in Logar, 1999). Tomori (1990) meni, da so z motnjami prehranjevanja povezane še motnje na osebnostnem področju (npr. nizko samospoštovanje, strah pred odgovornostjo, strah pred medosebnimi odnosi ipd.). Reljič Prinčič (2003) pa motnje hranjenja vidi kot znamenje čustvene prizadetosti ter nesprijemanje sebe. Po avtoričinem mnenju izraža oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Da so motnje hranjenja vedno povezane s čustvi in izkušnjami, meni tudi Šimenc (2004), ki zapiše, da pri motnjah hranjenja hrana postane središče človekovega miselnega sveta, duševnih bojev in

slabe vesti. Motnje hranjenja so tipična civilizacijska bolezen, ki je nastala kot posledica nezdravega načina življenja, poleg tega pa je s hrano povezanih veliko družbenih običajev, ki vplivajo na to, kaj in koliko jemo, ter na odnos, ki ga gojimo do hrane. Motnje hranjenja lahko obravnavamo tudi kot obsedenost s hrano (Zaviršek, 1994), ki ima številne individualne razloge, kot so iskanje identitete, razmejitve sebe od drugih, prisilni nadzor nad čustvi ... Pri motnjah hranjenja gre lahko tudi za odvisnost, ki pomeni poskus, da se določen problem izrazi znotraj predpisanih vlog in obnašanj v kulturnem kontekstu, ki vedno zahteva prilagoditev.

VRSTE MOTENJ HRANJENJA IN PREPOZNAVNI ZNAKI

Najpogostejše vrste motenj hranjenja so anoreksija, bulimija in kompulzivno prenažanje, pri čemer je zadnje v osnovni šoli zelo redko. Pri anoreksiji gre za zavestno povzročeno znižanje telesne teže s strani bolnika, količina zaužite hrane pa je premajhna za ohranitev normalne telesne teže glede na višino (Šimenc, 2004). Tipično se pojavlja pri mladi ženski populaciji po puberteti, redkeje pa se pojavlja pri fantih v istem obdobju (Gilbert, 1989). Kot piše Lein (2012), obstajajo štirje glavni znaki, ki kažejo na to, da gre za anoreksijo oz. anoreksio nervoso. Prvi in najpomembnejši znak je zavračanje hrane in s tem nezmožnost ohranjanja telesne teže nad minimalno telesno težo, primerno za določeno starost in višino, oziroma zastoj v rasti v obdobju pričakovane rasti – telesna teža je 15 % pod pričakovano. Drugi znak je močan strah pred pridobivanjem telesne teže kljub prenizki telesni teži, tretji znak je motnja v zaznavanju lastnega telesa in zanikanje resnosti trenutne nizke telesne teže, četrti znak pa je amenoreja oziroma odsotnost menstruacije pri dekletih. Podobno opredeli prepoznavne znake za anoreksijo pri osnovnošolskih otrocih tudi Breclj-Kobe (2000), ki med diagnostična merila za odkrivanje začetnih znakov anoreksije uvrsti odločno odklanjanje hrane, izgubo telesne teže oziroma zastoj v rasti ter prisotnost dveh ali več bolezenskih znakov, kot so: ukvarjanje z lastno telesno težo, skrb zaradi zaužite količine

hrane, motena telesna podoba, strah pred debelostjo, povečana telesna aktivnost in uporaba odvajal ali diuretikov, ki pa je sicer pri osnovnošolskih otrocih redka. Kot zapiše Bratanič (2000), lahko pride pri anoreksiji pri otrocih zaradi premajhnega beljakovinskega in kaloričnega vnosa tudi do zapoznelega pubertetnega razvoja.

Bulimija oz. bulimia nervosa je motnja hranjenja, ki je bolj skrita od anoreksije, saj je za osebe, obbolele za bulimijo, značilna bolj ali manj normalna telesna teža. Tudi bulimija se najpogosteje začne v adolescentnem obdobju in je pogostejša pri dekletih kot pri fantih (Tomori, 1990). Kot zapiše Sternad (2001), so za bulimijo značilna obdobja izrazitega prenažjedanja in obdobja zavestno izzvanega bruhanja (lahko se pojavi tudi zloraba odvajal ali diuretikov), s katerimi se uravnava telesno težo. Reljič Priničič (2003) meni, da se osebe, obbolele za bulimijo, počutijo nemočne, da bi se soočile z bolečimi čustvi, zato poiščejo izhod v hrani. Gre za osebe, ki so pretirano odvisne od mnenja drugih, tudi najbolj blaga pripomba zanje lahko pomeni potrdilo lastne nevednosti. Čeprav so v družbi pogosto priljubljene in občudovane, jim ta igra vzbuja občutek manjvednosti, celo sramu zaradi njihovega početja. Strah pred razkritjem jih tako vodi v samoto. Lein (2012) karakterizira bulimijo kot izmenična obdobja prenažjedanja in odvajanja hrane, ki se v povprečju pojavljajo dvakrat ali večkrat tedensko v obdobju vsaj treh mesecev. Prepoznavni znaki za bulimijo so nihanje telesne teže, neredna menstruacija, otekle žleze slinavke (okrogel obraz), prebavne motnje ter zobna gniloba (Reljič Priničič, 2003). Kot zapiše Breclj-Kobe (2000), gre pri otrocih, kjer se pojavlja bulimija, pogosto za različna travmatska doživetja oziroma pozitivno družinsko anamnezo pri boleznih odvisnosti.

Kompulzivno prenažjedanje je motnja, ki je bila kot motnja hranjenja prepoznana šele pred kratkim. O kompulzivnem prenažjedanju govorimo takrat, ko se epizode prenažjedanja ponavljajo vsaj dvakrat tedensko v obdobju šestih mesecev. Med prenažjedanjem je ogromna količina hrane zaužita v zelo kratkem času, oseba z motnjo kompulzivnega prenažjedanja pa čuti, da nad hranjenjem nima nadzora. Epizode prenažjedanja so povezane z vsaj tremi značilnostmi: hranjenje do fizične slabosti, hranjenje, kadar fizično nismo lačni, ter hitro hranjenje na samem (zaradi

strahu pred osramočenjem zaradi zaužite količine hrane ali zaradi občutka sramu, gnusa, krivde zaradi epizode prenažedanja) (Lein, 2012). Ogris (2000) meni, da gre pri kompulzivnem prenažedanju za prisilno vedenje, ki se mu oseba ne more upreti. Gre za notranjo prisilo, ki osebo z motnjo kompulzivnega prenažedanja vodi v čezmerno uživanje hrane, čeprav ve, da to zanjo ni dobro. Kljub poskusom vzpostavitve kontrole in omenjenim občutkom krivde oseba ne zmore zaustaviti prisile po prenažedanju. Prepoznavni znaki za kompulzivno prenažedanje so debelost, visok krvni pritisk, prebavne motnje in potenje (Reljič Prinčič, 2003).

Merila za motnje hranjenja pri mlajših so drugačna kot pri mladostnikih, zato je mogoče, da začetna motnja dalj časa ostane neprepoznana. Izguba teže pri mlajših ni nujno drastična, očitno pa je spremenjeno njihovo vedenje, odnos do hrane in do lastnega telesa. Na spremenjeno vedenje morajo biti posebej pozorni tudi učitelji, svetovalni delavci in drugi zaposleni na osnovnih šolah, saj je pri mlajših motnja resna in hitro napreduje do zadnjega stadija zaradi majhnih zalog maščobe. Smrtnost pri motnjah hranjenja je v otroštvu 1-odstotna (Brecelj-Kobe 2000).

VZROKI ZA NASTANEK MOTENJ HRANJENJA

Vzrok za nastanek motenj hranjenja je lahko družba oziroma družina. Družina je namreč primarno okolje, kjer posameznik pridobi različne izkušnje – tudi tiste v zvezi s hrano. Hrana v družini vsakič prinaša odnosno sporočilo – kaj in kako je pripravljena, kako jo ponudimo, ali upoštevamo potrebe in želje posameznega člana družine ipd. V nekaterih družinah se hrana uporablja tudi kot vzgojno sredstvo – pomeni lahko nagrado ali kazen (Sternad, 2001). Velik pomen imajo tudi osebne značilnosti posameznikov, pri osebah, ki imajo predispozicije za razvoj motenj hranjenja, je to denimo izjemna občutljivost. Starši jih običajno opisujejo kot popolne otroke, ki so pridni, uspešni in popularni, vedno pohvaljeni in drugim predstavljeni za zgled. V želji, da bi izpolnili pričakovanja drugih, pozabijo na svoja čustva in potrebe. Pod pritiskom visokih ponotranjenih pričakovanj in

socialnih zahtev, ki zvišajo anksioznost, se usmerijo na hrano in hranjenje ter tako obvladajo stres (Reljič Princič, 2003). Adler (1999) meni, da je vzrok za nastanek motenj lahko tudi vzgoja, zato bi bilo dobro, da bi bili otroci vzgajani tako, da gledajo nase kot na enakovredne člane družbe, da razumejo svoj prispevek k skupnosti in da tudi v drugem spolu vidijo enakovredne ljudi. To jim daje priložnost, da začnejo razmišljati ustvarjalno in v odraslem življenju samostojno reševati probleme.

Vzrok za nastanek motenj hranjenja je lahko tudi vzgoja, ki je, kot zapiše Hočevar (1990, str. 88), „proces produkcije posameznikove osebnosti/posameznikovega življenja in kot taka družbeno strukturiran pojav“. Vzgoja kot intencionalna dejavnost se spreminja skozi družbenozgodovinska obdobja v soodvisnosti z razvojem družbe. Da bi posameznik lahko v družbi ‚normalno‘ (normalno vedenje opisujemo kot tisto, ki je družbeno zaželeno in zahtevano) deloval, mora ponotranjiti nekatera družbeno predpisana pravila, vedenja, mišljenja. Kot poudari Kovač Šebart (2002), lahko družba preživi, le če obstaja dovolj velika homogenost med njenimi člani, edukacija pa to homogenost krepi in ohranja tako, da v otrokovo dušo vsadi lastnosti, ki jih terja kolektivno življenje. Šola torej s tem, ko utrjuje prevladujoči model osebnostne strukture posameznika, vzpostavlja in zagotavlja razmere, ki ohranjajo status quo v razmerjih družbene moči in socialnih razlik. Družbena razmerja so tako vpisana v posameznikovo osebnostno strukturo, ki se oblikuje kot posledica pomenov in z njimi povezanih ravnanj, ki jih posredujejo prvi pomembni drugi. Libidinalni ustroj današnje postindustrijske družbe je patološki narcis, ki je posledica permisivne vzgoje. Za permisivno vzgojo je značilno, da je otrok v središču vzgojnega procesa, da je očetovska funkcija v vzgoji odsotna, večji delež vzgoje prevzemajo strokovnjaki, uporabljana so predvsem pozitivna vzgojna sredstva, kaznovanje pa nadomesti nadzorovanje. Patološki narcis je tako navzven zelo prilagojen okolju, uspešno funkcionira in včasih celo blesti, hkrati pa prezira soljudi in v njih vidi zgolj sredstvo za lastno afirmacijo. Posameznik se tako ne ravna več po svojem notranjem vodilu, ampak je povsem odvisen od pomembnih drugih in odziva, ki ga njegova ravnanja izzevejo pri njih (prav tam).

Pojav motenj hranjenja se časovno in prostorsko ujema s pojavom permisivnosti (pozna trideseta in štirideseta leta prejšnjega stoletja). Za anoreksijo lahko celo rečemo, da je patološki narcizem, saj za anoreksijo obbolele osebe kažejo občutje vse-mogočnosti, veliki Jaz, kot je to značilno za patološkega narcisa. Osebe z anoreksijo tipično blestijo v družbi, so prilagojene in socialno odlično funkcionirajo, so očarljive, po drugi strani pa nedostopne, gojijo površinske medosebne odnose, saj so se nezmožne pristno in čustveno navezati na ljudi. Lahko bi torej rekli, da se je oseba z anoreksijo razvila v patološkega narcisa zaradi permisivne vzgoje staršev pa tudi celotne narcistične usmerjenosti družbe – vzrok motnjam hranjenja je tako ravno današnji libidinalni ustroj. Kovač Šebart (2002) meni, da bi se posameznik, ki bi ponotranjil družbena pravila in jih s tem tudi individualiziral kot etično vodilo, družbenim zahtevam potrošniške družbe lahko uprl, če bi seveda bile v nasprotju z ravnanjem, ki ga terja njegova vest. Na tem mestu se odpira prostor za avtonomna ravnanja in avtonomni subjekt, za vzpostavljanje in zmožnost ohranjanja posameznikove individualnosti, pri čemer ima svoj delež seveda tudi vzgojno-socializacijski proces v šoli.

PREVENTIVNO DELOVANJE, POVEZANO Z MOTNJAMI HRANJENJA

Preventiva je vsako namerno poskušanje spreminjanja okoliščin, ki pospešujejo, seznanjajo vključujejo ali stopnjujejo probleme, kot so motnje hranjenja. Pri tem ločimo primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Primarna preventiva na področju motenj hranjenja je usmerjena v preprečevanje nastanka motenj hranjenja in po navadi vključuje programe na temo zdrave prehrane in zdravega razvoja, sekundarna preventiva je usmerjena predvsem v zgodnje prepoznavanje in zdravljenje motenj hranjenja v začetnem stadiju razvoja, terciarna preventiva pa je zdravljenje motenj hranjenja (Levine in Maine, 2005). V okviru primarne preventive lahko pomembno vplivamo na nastanek motenj hranjenja tako, da izobražujemo starše, otroke in mladostnike v šolah in tudi širšo

skupnost. Primarna preventiva se dogaja na področju vzgoje in izobraževanja, njena prizadevanja pa so usmerjena predvsem k zmanjševanju in odstranjevanju individualnih dejavnikov tveganja (slabo avtonomno delovanje, motnje v zaznavanju sebe, povečana občutljivost za telesno težo ipd.) in tistih, ki izhajajo iz družine (povzdigovanje kulturnih vrednot, preokupiranost družine s hranjenjem) (Kastelic, 2012). Pri sekundarni preventivi gre za zgodnje prepoznavanje in zdravljenje motenj hranjenja. Ta faza je zelo pomembna, saj lahko zaradi skrivanja, zanikanja, izrivanja ali celo zmanjševanja pomena bolezni motnje hranjenja ostanejo dalj časa neprepoznane (Brecelj-Kobe, 2000). Kot zapiše Kastelic (2012), je treba biti v sekundarni fazi preventivnega delovanja še posebej pozoren na spremenjeno vedenje, odnos do hrane in lastnega telesa. Posebno pozornost pa je treba usmeriti na spremenjeno vedenje po sprožilnih dejavnikih, kot so prehod na (novo) šolo in druga travmatska doživetja. Uspeh pri zdravljenju motenj hranjenja je zelo odvisen od zgodnjega prepoznavanja oziroma odkrivanja motnje (če so motnje trajale manj kot tri leta, je uspeh pri zdravljenju veliko večji). Ko bolezen prepoznamo, je treba oboleli osebi najprej nuditi dovolj informacij, razumevanja in podpore, da jo opogumimo k iskanju pomoči. Z terciarno preventivo poskušamo zmanjšati posledice bolezni. Pomembno je, da se osredotočimo na prepoznavanje nevarnih situacij, na načine reagiranja ob njih ter na prepoznavanje disfunkcionalne komunikacije.

Za šolski prostor je najpomembnejša primarna preventiva, ki je, kot že rečeno, usmerjena k zmanjševanju in odstranjevanju dejavnikov tveganja. Programi primarne preventive naj bi tako zajemali področje posameznikovega samozaupanja, samospoštovanja ter razvoja spretnosti za reševanje življenjskih problemov. Zelo pomemben del primarne preventive pa je vsekakor družina, saj so vzgojni stili in odnosi med starši in otrokom pomembni za razvoj pozitivnega koncepta o sebi. Primarna preventiva naj bi tako vsebovala tudi izobraževanje za starše. V Sloveniji poteka izobraževanje z naslovom *Program za starše – motnje hranjenja pri najstnikih*, ki je namenjen staršem učencev višjih razredov osnovnih šol, namen pa je seznanjanje staršev z dejstvi o motnjah

hranjenja, pomenu zgodnjega odkrivanja ter možnih oblikah in mestih pomoči mladostnikom in njihovim staršem. Naročniki programa so lahko osnovne šole, program pa se lahko izvaja v okviru roditeljskega sestanka na to temo (Program za starše – motnje hranjenja pri najstnikih, 2012). Izobraževanje Program za starše ni vključeno v šolski kurikulum, ampak se zanj lahko odloči šola sama. V ZDA se na primer izvaja izobraževalni program Eating Smart Eating For Me (Jem pametno, jem zase), ki je eden izmed programov primarne preventive, ki so ga vključili v šolski kurikulum za vse učence četrtil in petih razredov. Cilj programa je razlaga pomembnosti zdravega in pravilnega prehranjevanja ter uporaba prehranske piramide, spodbujanje zdrave in zmerne rekreacije, učenje o raznovrstnosti telesnih oblik in spodbujanje pozitivne samopodobe, spodbujanje zdravega prehranjevanja namesto hujšanja, spodbujanje kritičnega ocenjevanja sporočil medijev o telesnih oblikah in prehranjevanju (Smolak, Levine, Shermer, 1998). Podobne cilje imamo sicer pri nas že v učnem načrtu za predmet gospodinjstvo v osnovni šoli, ki se izvaja v petem in šestem razredu. Cilji pri pouku gospodinjstva so tako med drugim tudi: spoznavanje, razumevanje, osvajanje, uporabljajenje in ovrednotenje pomena pravilne, varne in varovalne prehrane ter vpliv prehranskih navad in razvad na zdravje; navajanje na zdravo prehranjevanje; učenje načrtovanja dnevnih obrokov hrane z upoštevanjem hranilnih in energijskih vrednosti posameznega obroka ter prepoznavanje ekonomske propagande in njenega vpliva na potrošnika. V naših osnovnih šolah torej primarno preventivno delovanje na področju motenj hranjenja poteka že med poukom gospodinjstva. V nadaljevanju nas bo zanimalo, ali so svetovalni delavci v osnovnih in srednjih šolah posebej pozorni na motnje hranjenja, kako jih prepoznavajo in kakšne vrste preventivnih dejavnosti izvajajo.

NAMEN RAZISKAVE

V raziskavi, opravljeni med 15. in 30. marcem 2005, je sodelovalo 78 svetovalnih delavcev iz osnovnih in srednjih šol. Zastavili smo si

tri raziskovana vprašanja: 1. Ali svetovalni delavci poznajo glavne značilnosti motenj hranjenja? 2. Kako svetovalni delavci obravnavajo motnje hranjenja? 3. Ali na šolah izvajajo kakšne preventivne dejavnosti na to temo? Od svetovalnih delavcev (pedagog, psiholog, socialni delavec ali drugi) smo želeli izvedeti, koliko so pozorni na problematiko motenj hranjenja, kako jo prepoznavajo in koliko pozornosti namenjajo preventivnemu delovanju na to temo. Predvidevali smo, da svetovalni delavci v osnovni šoli sicer poudarjajo pomen zdravega prehranjevanja, niso pa posebej pozorni na motnje hranjenja, in zato tudi ne prepoznavajo glavnih značilnosti tako natančno kot svetovalni delavci v srednjih šolah. V raziskavi smo uporabili kavzalno-neeksperimentalno metodo, odgovore pa smo pridobili z anketnim vprašalnikom, pripravljenim v ta namen. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz 15 vprašanj zaprtega tipa, 2 vprašanj odprtega tipa ter 6 vprašanj kombiniranega tipa. Podatke smo obdelali s programom Microsoft Office Excel, pri čemer smo hipoteze neodvisnosti zaradi nizkih frekvenc preverjali s Kullbackovim preizkusom.

REZULTATI

PREPOZNAVANJE GLAVNIH ZNAČILNOSTI MOTENJ HRANJENJA

Poznamo tri glavne vrste motenj hranjenja – anoreksijo, bulimijo in kompulzivno prenažanje –, zanimalo pa nas je, koliko so s temi vrstami motenj hranjenja seznanjeni svetovalni delavci v osnovnih in srednjih šolah ter kako prepoznavajo glavne značilnosti. Najprej smo svetovalne delavce povprašali o glavnih vrstah motenj hranjenja (možnih je bilo več odgovorov).

Iz **TABELE 1** je razvidno, da sta med sta med anketiranimi svetovalnimi delavci najbolj prepoznani vrsti motenj hranjenja anoreksija (OŠ 34,1 %, SŠ 33,3 %) in bulimija (OŠ 34,1 %, SŠ 33,3 %). Kompulzivno prenažanje so kot glavni tip motenj hranjenja pogosteje prepoznali anketirani svetovalni delavci v srednjih šolah (27,3 %) kot v osnovnih (22,2 %), kar je najverjetneje povezano z

TABELA 1: *Prepoznavanje glavnih tipov motenj hranjenja*

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Anoreksija	43	34,1	33	33,3	76	33,8
Bulimija	43	34,1	33	33,3	76	33,8
Kompulzivno prenažedanje	28	22,2	27	27,3	55	24,4
Drugo	11	8,8	5	5,1	16	7,1
Ne vem	1	0,8	1	1,0	2	0,9
Skupaj	126	100,0	99	100,0	225	100,0

dejstvom, da je motnja kompulzivnega prenažedanja med otroki redka. Ali se glede seznanjenosti z motnjami hranjenja pojavljajo statistično pomembne razlike med svetovalnimi delavci v osnovnih in srednjih šolah, smo preverjali s Kullbackovim preizkusom

TABELA 2: *V katerih primerih gre za motnje hranjenja?*

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Občasno premagovanje napetosti	6	4,5	2	1,9	8	3,4
Resno ogrožanje zdravja	37	27,8	31	30,4	68	28,9
Izbirčnost	1	0,7	0	0,0	1	0,4
Znaki depresije in anksioznosti	24	18,1	22	21,6	46	19,6
Motnje na osebnostnem področju	32	24,1	20	19,6	52	22,1
Hrana kot način spoprijemanja s stresom	33	24,8	27	26,5	60	25,5
Skupaj	133	100,0	102	100,0	235	100,0

($2\hat{1} = 0,627 < \chi^2 (\alpha = 0,05, g = 1) = 3,84$) in ugotovili, da med njima ni statistično pomembnih razlik.

Seznanjenost z motnjami hranjenja smo preverjali še z vprašanjem, kaj je tisto, kar motnje hranjenja loči od nezdravega odnosa do hrane. Naštetih je bilo več možnih odgovorov (**TABELA 2**), med katerimi sta bila dva napačna (za motnje hranjenja gre, kadar oseba občasno premaguje napetosti s hrano; za motnje hranjenja gre, ko opazimo, da je oseba zelo izbirčna pri izbiri hrane).

Kot je prikazano v **TABELI 2**, so anketirani svetovalni delavci v osnovnih šolah motnje hranjenja prepoznali po tem, da gre za resno ogrožanje zdravja (27,8 %), za način spoprijemanja s stresom (24,8 %) ter da jih spremljajo tudi motnje na osebnostnem področju (24,1 %). Tudi svetovalni delavci v srednjih šolah so motnje hranjenja najpogosteje prepoznali po tem, da gre za resno ogrožanje zdravja (30,4 %) ter za način spoprijemanja s stresom (26,5 %), na tretjem mestu pa se je pojavil kot prepoznavni znak pojavljanje depresije in anksioznosti (21,6 %). Več kot polovica anketiranih svetovalnih delavcev je torej seznanjena z glavnima prepoznavnima znakoma motenj hranjenja, ki te, kot zapišejo Prezljeva idr. (1999), razlikujeta od nezdravega odnosa do hrane.

V teoretičnem delu smo zapisali, so motnje hranjenja tako bolezen otrok kot mladine in odraslih ter da zanjo obolevajo tako dekleta kot fantje. Zanimalo nas je, ali so svetovalni delavci v osnovnih in srednjih šolah seznanjeni s tem.

Iz **TABELE 3** je razvidno, da se večina svetovalnih delavcev zaveda, da gre pri motnjah hranjenja za bolezen otrok, mladine in odraslih.

Kot piše Lein (2012) motnje hranjenja niso diskriminatorske glede na spol. Nacionalno združenje motenj hranjenja (National Eating Disorder Association – NEDA) poroča, da več kot milijon fantov in moških boleha za motnjami hranjenja, pri tem pa jih je med 10 in 15 % obolelih za anoreksijo in bulimijo, kar 40 % pa za kompulzivnim prenajedanjem. Motnje hranjenja so še bolj pogoste med homoseksualnimi moškimi, kjer jih kar 14 % boleha za bulimijo in 20 % za anoreksijo. Odstotek fantov in moških, ki obolevajo za motnjami hranjenja, torej nikakor ni zanemarljiv.

TABELA 3: Motnje hranjenja kot bolezen otrok, mladine, odraslih

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Otrok	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mladine	3	6,8	0	0,0	3	3,8
Otrok in mladine	1	2,3	2	5,9	3	3,8
Otrok, mladine, odraslih	40	90,9	32	94,1	72	92,3
Drugo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Skupaj	44	100,0	34	100,0	78	100,0

TABELA 4: Motnje hranjenja kot bolezen deklet in/ali fantov

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Deklet	7	15,9	5	14,7	12	15,4
Fantov	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oboje	37	84,1	29	85,3	66	84,6
Skupaj	44	100,0	34	100,0	78	100,0

Iz TABELA 4 je razvidno, da je pravilno – torej da gre pri motnjah hranjenja tako za bolezen deklet kot fantov – odgovorilo dobre tri četrtine vseh anketiranih svetovalnih delavcev, še vedno pa je zaskrbljujoč podatek da jih okoli 15 % meni, da gre zgolj za bolezen deklet. Da bi ugotovili povezanost glede na šolsko stopnjo, smo naredili Kullbackov preizkus ($2\hat{l} = 0,21 < \chi^2 (\alpha = 0,05, g = 2) = 5,99$), ki pa je pokazal, da razlika ni statistično pomembna, zato o povezanosti med šolsko stopnjo in seznanjenostjo z motnjami hranjenja ne moremo trditi ničesar.

Skrozi sklop vprašanj o prepoznavanju glavnih značilnosti motenj hranjenja smo ugotovili, da svetovalni delavci večinoma poznajo anoreksijo in bulimijo, pokazalo pa se je tudi, da predvsem

v osnovnih šolah med motnje hranjenja štejejo tudi različne vrste diet. Po našem mnenju gre sicer za logično povezavo, saj diete v osnovni šoli nikakor niso primerne, kajti otroci za zdrav razvoj potrebujejo zadostno količino hrane. Ugotovili smo tudi, da svetovalni delavci v srednjih šolah nekoliko bolj natančno poznajo glavne značilnosti motenj hranjenja, vendar ne gre za statistično pomembne razlike.

OBRAVNAVANJE MOTENJ HRANJENJA

V drugem sklopu smo izhajali iz predpostavke, da imajo svetovalni delavci v srednjih šolah izdelane natančne strategije obravnave motenj hranjenja, medtem ko v osnovnih šolah obravnavanje motenj hranjenja večinoma prepuščajo drugim ustanovam in staršem.

TABELA 5: *Ali imate izdelano natančno strategijo obravnavanja motenj hranjenja?*

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Da	13	29,5	9	26,5	22	28,2
Ne	31	70,5	25	73,5	56	71,8
Skupaj	44	100,0	34	100,0	78	100,0

Iz **TABELE 5** je razvidno, da so bila naša predvidevanja napačna, saj se je izkazalo, da ima več v raziskavo vključenih osnovnih (29,5 %) kot srednjih šol (26,5 %) izdelano strategijo obravnavanja motenj hranjenja. Sicer pa podatki kažejo, da v slabih treh četrтинah v raziskavo vključenih šol po mnenju svetovalnih delavcev nimajo izdelane strategije obravnave motenj hranjenja. Tudi tukaj Kullbackov preizkus ni pokazal statistične pomembnosti med spremenljivkama ($2\hat{I} = 0,09 < \chi^2 (\alpha = 0,05, g = 1) = 3,84$).

Kaj svetujejo staršem, ko opazijo, da njihov otrok kaže znake motenj hranjenja, smo jih povprašali v nadaljevanju.

Tako v osnovnih kot srednjih šolah so svetovalni delavci najpogosteje odgovarjali (**TABELA 6**), da staršem svetujejo obisk

TABELA 6: Svetovanje staršem v primeru pojava motenj hranjenja pri otrocih/mladini

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Pogovor	30	34,5	17	33,3	47	34,1
Obisk zunanje ustanove	37	42,5	26	50,9	63	45,7
Kontrolo nad prehrano	7	8,1	0	0,0	7	5,1
Dogovorimo se za sestanke	11	12,6	4	7,9	15	10,9
Drugo	2	2,3	4	7,9	6	4,3
Skupaj	87	100,0	51	100,0	138	100,0

zunanje ustanove (OŠ 42,5 %, SŠ 50,9 %) ter pogovor (OŠ 34,5 %, SŠ 33,3 %). Tretji najbolj pogost odgovor je bil dogovor za skupne sestanke, v osnovni šoli pa 8,1 % svetovalnih delavcev svetuje še kontrolo nad prehrano (med svetovalnimi delavci v srednji šoli se za ta odgovor ni odločil nihče). Kontroliranje prehrane sicer ob pojavu motenj hranjenja ni primerno, saj ima pogosto nezaželene učinke, poleg tega pa je bistveno pri motnjah hranjenja ugotavljanje vzroka za nastanek, ki najpogosteje ni hrana. Odgovori, ki so jih svetovalni delavci navedli v kategoriji drugo, so bili: celostna obravnava, pomoč pri reševanju težav, kombinacija vseh navedenih odgovorov – odvisno od primera, sestanki z materjo. Podatki pokažejo, da so anketirani svetovalni delavci v srednjih šolah bolj natančno seznanjeni z motnjami hranjenja kot anketirani svetovalni delavci v osnovnih šolah, vendar bistvenih razlik glede na šolsko stopnjo ni.

Ker je bil obisk zunanje ustanove najpogostejši odgovor, smo svetovalne delavce povprašali še, v katere ustanove napotijo starše in otroke, pri katerih opazijo pojav motenj hranjenja.

Podatki iz **TABELE 7** pokažejo, da svetovalni delavci tako v osnovnih kot srednjih šolah otroke in starše najpogosteje napotijo v Zdravstveni dom (OŠ 33,3 %, SŠ 21,2 %), na Pediatrično kliniko (OŠ 29,9 %, SŠ 22,6 %) ter v Svetovalni center (OŠ 26,4 %, SŠ 23,9 %). Razlika v odgovorih je opazna predvsem pri napotitvi

TABELA 7: Napotitev v ustanove za obravnavanje motenj hranjenja

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Pediatrična klinika	26	29,9	16	22,6	42	26,6
MUZA	1	1,2	14	19,7	15	9,5
Zavod PU	2	2,3	2	2,8	4	2,5
Svetovalni center	23	26,4	17	23,9	40	25,3
Zdravstveni dom	29	33,3	15	21,1	44	27,8
Drugo	6	6,9	7	9,9	13	8,2
Skupaj	87	100,0	71	100,0	158	100,0

MUZA – svetovalnica za motnje hranjenja, Zavod PU – svetovalnica za motnje hranjenja.

v svetovalnico za motnje hranjenja MUZA, v katero pogosteje napotijo svetovalni delavci v srednjih šolah. Odgovor sicer ne preseneča, saj se je omenjena svetovalnica v času opravljanja raziskave orientirala predvsem na mladostnike, od leta 2011 pa imajo programe namenjene tudi otrokom od 11. leta dalje (MUZA, 2012). Med odgovori v kategoriji drugo so svetovalni delavci zapisali, da otroke in starše napotijo še: v osnovni šoli v: Dispanzer za psihohigieno, zavod Stična, Klinični center (psihiatrični oddelek) ter pedopsihološko ambulanto; v srednji šoli pa v: VIR – Zavod za zdravstveno varstvo, pedopsihološko ambulanto, žensko svetovalnico, na polikliniko ter Klinični oddelek za mentalno zdravje.

PREVENTIVNE DEJAVNOSTI V ŠOLAH NA TEMO MOTENJ HRANJENJA

V tretjem sklopu pa smo se usmerili na preventivne dejavnosti na temo motenj hranjenja v šolah. Menili smo, da preventivne dejavnosti izvajajo predvsem v srednjih šolah, medtem ko je teh preventivnih dejavnosti v osnovnih šolah manj, saj je tematika, povezana z zdravo prehrano, integrirana v učni načrt za gospodinjstvo v osnovni šoli.

Svetovalne delavce smo najprej povprašali, ali izvajajo kakšne oblike preventivnih dejavnosti na temo motenj hranjenja, v nadaljevanju pa nas je zanimalo še, kakšne so te dejavnosti.

TABELA 8: Izvajanje preventivnih dejavnosti

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Da	33	75,0	23	67,6	56	71,8
Ne	11	25,0	11	32,4	22	28,2
Skupaj	44	100,0	34	100,0	78	100,0

V **TABELI 8** vidimo, da ni večjih razlik med osnovno (75,5 %) in srednjo šolo (67,6 %) v izvajanju preventivnih dejavnosti, izkazalo se je celo nasprotno, kot smo pričakovali – malo pogosteje izvajajo preventivne dejavnosti v osnovnih šolah, vendar Kullbackov preizkus ($2\hat{I} = 0,51 < \chi^2 (\alpha = 0,05, g = 1) = 3,84$) ni pokazal statistično pomembnih razlik med spremenljivkama. Da bi izvedeli, kaj vse pojmujejo kot izvajanje preventivnih dejavnosti na temo motenj hranjenja, smo jih povprašali še o njihovih oblikah.

TABELA 9: Oblike preventivnih dejavnosti

	OSNOVNA ŠOLA		SREDNJA ŠOLA		SKUPAJ	
	f	f%	f	f%	f	f%
Šola za starše	24	38,1	9	21,4	33	31,4
Zdrava šola	12	19,0	11	26,2	23	21,9
Usmerjenost na odnose otrok-starši	10	15,9	5	11,9	15	14,3
Usmerjenost na seznanjanje z motnjami hranjenja	8	12,7	8	19,1	16	15,2
Drugo	9	14,3	9	21,4	18	17,1
Skupaj	63	100,0	42	100,0	105	100,0

V osnovnih šolah, zajetih v vzorec, najpogosteje izvajajo preventivne dejavnosti v obliki Šole za starše (38,1 %) ter Zdrave šole (19,0 %), v srednjih šolah pa najpogosteje preventivne dejavnosti v obliki Zdrave šole (26,2 %), Šole za starše (21,4 %) ter druge oblike (21,4), med katere so zapisali (odgovori so kategorizirani): delavnice na temo samopodobe, razgovori z učenci, zdrava prehrana ter projekt To sem jaz. Tudi v izvajanju preventivnih dejavnosti ni večjih razlik med osnovno in srednjo šolo, razlog, zakaj v osnovnih šolah pogosteje izvajajo Šolo za starše, pa gre verjetno pripisati pogostejšem sodelovanju med šolo in starši na osnovnošolski ravni v primerjavi s srednjo šolo. Svetovalne delavce smo na koncu tega sklopa povprašali še o predlogih za preventivne dejavnosti na področju motenj hranjenja, njihove odgovore pa smo kategorizirali v 7 skupin. Svetovalni delavci v osnovnih šolah so predlagali ozaveščanje staršev, otrok in učiteljev; zdravo prehrano; poudarek na odnosih, v srednjih šolah pa zdravstveno vzgojo; samopodobo; poudarek na odnosih ter pogovore in seminarje z gosti na temo motenj hranjenja. Menimo, da grejo razmišljanja svetovalnih delavcev v pravo smer, saj je bistvo primarne preventive v sodelovanju s starši. Najboljša preventiva, ki jo starši lahko zagotavljajo svojim otrokom, je, da jih z vsakodnevnim aktivnim sodelovanjem v družinskem, šolskem in zunajšolskem življenju pripravijo na kritično soočenje ter odgovorno spopadanje z napestimi in dilemami civilizacije (Hočvar, 2004).

SKLEP

Motnje hranjenja so žal tudi pri nas prisotne tako v osnovnih kot srednjih šolah. Z raziskavo smo želeli dobiti sliko, kaj se na področju motenj hranjenja dogaja v slovenskih osnovnih in srednjih šolah. Zanimalo nas je, koliko so motnje hranjenja prisotne v šolah, kako so z njimi seznanjeni svetovalni delavci, kako jih obravnavajo in ali izvajajo kakšne oblike preventivnih dejavnosti na temo motenj hranjenja. Z analizo podatkov smo ugotovili, da je pojav motenj hranjenja v naših šolah za zdaj še redek in da se na osnovnošolski ravni pojavlja predvsem anoreksija, medtem ko

se v srednjih šolah pojavljajo že vse tri oblike (torej tudi bulimija in kompulzivno prenažanje). Podatki niso pokazali statistično pomembnih razlik v seznanjenosti z motnjami hranjenja glede na šolsko stopnjo, se je pa pokazalo, da svetovalni delavci v srednjih šolah nekoliko bolj natančno poznajo glavne značilnosti motenj hranjenja. Na obeh šolskih stopnjah pa nekoliko zaostaja seznanjenost s kompulzivnim prenažanjem, ki je manj pogosto. Pokazalo pa se je tudi, da – predvsem v osnovnih šolah – pod motnje hranjenja štejejo različne vrste diet, ki ne sodijo med motnje. Ugotovili smo, da na večini anketiranih šol nimajo izdelanih natančnih strategij obravnavanja motenj hranjenja, da pa vseeno delujejo po določenih korakih – najprej obvestijo starše, nato svetujejo pogovor oziroma obisk zunanje ustanove ter spremljajo obravnavo oziroma zdravljenje. Podatki so pokazali, da so anketirani svetovalni delavci na ravni osnovne šole bolj seznanjeni z ustanovami, ki nudijo pomoč, pri težavah, povezanih z motnjami hranjenja. Tudi pri preventivnih dejavnostih smo dobili zelo pozitivno sliko, saj v več kot 70 % v raziskavo vključenih šolah izvajajo preventivne dejavnosti na to temo. Zadovoljni smo, da so se med predlaganimi preventivnimi dejavnostmi zvrstili odgovori, da je treba delati predvsem na odnosih med otroki in starši, saj menimo, da je to edina prava in učinkovita preventiva na tem področju. Odnosi so namreč tisto, na kar je treba biti še posebej pozoren, čeprav to ne pomeni, da ne posvečamo pozornosti tudi drugim dejavnikom tveganja, ki vplivajo na nastanek motenj hranjenja. Menimo, da se je stanje na področju motenj hranjenja v zadnjih letih še spremenilo, zato bi bilo dobro raziskavo ponoviti. Zaradi prepričanja, da lahko z usmerjenim preventivnim delovanjem na osnovnih šolah pomembno zmanjšamo možnosti za razvoj motenj hranjenja, menimo, da bilo treba ponuditi in izvajati čim več izobraževanj za učitelje, starše in svetovalne delavce na temo prepoznavanja zgodnjih oblik motenj hranjenja ter se usmeriti predvsem na preventivno delovanje, ki bi spodbujalo pozitivno samopodobo, strpnost, tolerantnost ter še posebej kritičnost do medijskih vsebin.

LITERATURA

- Adler, A. (1999). *Smisel življenja: o psihologiji razvoja osebnosti*. Ljubljana: Sophia.
- Bratanič, N. (2000). Somatske značilnosti anoreksije nervoze. V T. Battelino (ur.), *Debelost in motnje hranjenja* (str. 118–123). Ljubljana: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana.
- Brecelj-Kobe, M. (2000). Motenj hranjenja v otroštvu in pomen zgodnjega odkrivanja. V T. Battelino (ur.), *Debelost in motnje hranjenja* (str. 105–111). Ljubljana: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana.
- Gilbert, S. (1989). *The psychology of dieting*. London: Routledge.
- Hočevar, A. (1990). Vzgoja kot proces interiorizacije družbenih interesov. *Iskanja*, 7(10), str. 87–91.
- Hočevar, A. (2004). *Starši kot dejavnik preventive na področju rabe in zlorabe drog*, doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Kastelic, M. (2012). *Preprečevanje motenj prehranjevanje pri mladostnikih*. Pridobljeno 21. 9. 2012 s svetovnega spleta: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/123F.pdf.
- Kovač Šebart, M. (2002). *Samopodobe šole*. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Lein, S. (2012). *Types of Eating disorders*. Pridobljeno 21. 9. 2012, s svetovnega spleta: <http://www.eatingdisordersonline.com/explain/index.php>.
- Levine, M. in Maine, M. (2005). *Eating disorders can be prevented*. National Eating Disorder Association.
- MUZA (2012). Pridobljeno 21. 9. 2012, s svetovnega spleta: <http://www.svetovalnicamuza.si/Predstavitev.html>.
- Ogris, A. (2000). Motnje prehranjevanja – kompulzivno (prisilno) prenaždanje. *Psihološka obzorja*, 9(3), str. 25–44.
- Prezelj, A., Čibej, B. in Logar, S. (1999). *Motnje prehranjevanja: za mladostnike, njihove starše in učitelje*. Ljubljana: Mestna

občina, Mestna uprava, Oddelek za predšolsko izobraževanje in šport, Urad za preprečevanje zasvojenosti, Ministrstvo za zdravje.

- Program za starše – motnje hranjenja pri najstnikih.* (2012). Pridobljeno 20. 9. 2012 s svetovnega spleta: <http://www.zzv-kr.si/izobrazevanja/program-za-starse-motnje-hranjenja-pri-nastnikih>.
- Reljič Prinčič, A. (2003). Motnje hranjenja. *Vzgoja*, 5 (18), str. 20–24.
- Smolak, L., Levine, M. P. in Shermer, F. (1998). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3–4), str. 339–362.
- Sternad, D. (2001). *Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo*: Ljubljana: samozaložba.
- Šimenc, M. (2004). Ko hujšanje postane bolezen. *Nika, priloga Dnevnika in nedeljskega dnevnika*, 21, str. 10–12.
- Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: DZS.
- Zaviršek, D. (1994). *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK, PREJET SEPTEMBRA 2012.