

Stavovi i znanja o poremećajima prehrane kod adolescenata

Butković, Katarina

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:105625>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-24**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDIPLOMSKI STUDIJU SESTRINSTVA

Stavovi i znanje o poremećajima prehrane kod adolescenata

Završni rad br. 01/SES/2020

Studentica:

Katarina Butković

Bjelovar, 2020.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Butković Katarina** Datum: 10.01.2020. Matični broj: 001437

JMBAG: 0314013287

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Stavovi i znanja o poremećajima prehrane kod adolescenata**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Poje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 01/SES/2020

Poremećaji prehrane definira se kao kronično samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje zbog iskrivljene percepcije vlastitog tijela. Niz faktora koji uključuju kulturološki i obiteljski pritisak, kemijsku neravnotežu, poremećaj ličnosti mogu dovesti do raznih oblika poremećaja hranjenja. Bitno je poznavati simptome bolesti kako bi se bolesnika pravovremeno uputilo na liječenje. U radu će biti opisani poremećaji hranjenja kroz kliničke slike i procese liječenja, prikazani rezultati ankete o znanjima i stavovima populacije o poremećajima prehrane kod adolescenata te osvrt na važnost edukacije o navedenim poremećajima.

Zadatak uručen: 10.01.2020.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima na emocionalnoj i psihičkoj podršci tijekom studiranja, te mentorici Tamari Salaj, dipl.med.techn. na pomoći tijekom pisanja završnog rada.

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Anorexia nervosa.....	3
1.1.1.Fizikalni i psihički pregled anorexia nervose	4
1.1.2.Obiteljski i okolinski odnosi.....	5
1.1.3.Terapija i način liječenja anorexia nervose	6
1.2.Bulimia nervosa.....	7
1.2.1.Kliničke karakteristike bulimia nervose	9
1.2.2.Razvoj bulimie.....	9
1.2.3.Terapija i način liječenja bulimia nervose	10
1.3.Poremećaj prejedanja i nespecifični poremećaj hranjenja	11
1.3.1.Fizička i psihička evaluacija poremećaj prejedanja	12
1.3.2.Terapije i načini liječenja poremećaj prejedanja	13
1.4.Utjecaj medija na poremećaje prehrane	14
2. Ciljevi rada.....	15
3. Ispitanici i metode.....	16
3.1. Uzorak ispitanika.....	16
3.2. Metode istraživanja	16
3.3. Analiza podataka	16
4.1. Sociodemografski podaci	17
4.2. Znanje, stavovi i mišljenja ispitanika o poremećajima prehrane	18
5. Rasprava	34
5.1. Usporedba rezultata iz osnovne i srednje škole	34
5.2. Usporedba odgovora muškog i ženskog spola	36
6. Zaključak	38
7. Literatura	39
8. Potpis kratica i oznaka.....	41
9. Sažetak.....	42
10. Summary	43
11. Prilozi.....	44

1. Uvod

Poremećaj prehrane bolest je kroničnog samoinicijativnog izgladnjivanja ili prejedanja, očituje se različitim oblicima nezdrave prehrane i kontroliranja težine, koje postaju opsesivno-kompulzivne ili impulzivne prirode. Poremećaj prehrane obično se razvija u razdoblju rane adolescencije (13-14 godina) do završetka adolescencije (16-18 godina), te rijetko kad poslije puberteta. Poremećaj prehrane ima veliki psihološki utjecaj na adolescente, dolazi do razvijanja depresije i anksioznosti, te do pada samopouzdanja i straha od debljanja. Kod fizičkog utjecaja na tijelo moguć je gubitak menstruacije, ispadanje kose, smanjena tjelesna temperatura i hormonski poremećaji. Tri glavna poremećaja prehrane su: anorexia nervosa, bulimia nervosa i poremećaj prejedanja (eng. BED- binge eating disorder). Anorexia i bulimia nervosa spominju se u 4. revidiranom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje ili DSM-IV-TR. Poremećaj prejedanja je karakteriziran po epizodama prejedanja odnosno konzumacijom velike količine hrane uz odsustvo osjećaja kontrole nad hranom. Još uvijek se ne smatra zasebnom bolešću nego se spominje u priručniku kao jedan od oblika poremećaja prehrane dijagnosticiranih kao nespecifični poremećaj prehrane ili EDNOS (eng. Eating Disorders not otherwise Specified) (1). Kod klasifikacije važno je da se pacijentima postavi dijagnoza koja opisuje njihove simptome. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje (2) razlikuje sljedeće poremećaje prehrane:

- Pika- karakteriziran po konzumaciji nehranjivih, neprehrambenih tvari (staklo, papir, pijesak, kosa)
- Preživajući poremećaj- karakteriziran po vraćanju neprobavljene ili poluprobavljene u usta koja se pritom ponovo može žvakati, gutati ili ispljunuti
- Poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane- razlikuje se od anoreksije, u kojem oboljela osoba izbjegava hranu, ali bez straha od debljanja i/ili iskrivljene slike tijela
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Poremećaj prejedanja
- Drugi specificirani poremećaj hranjenja

- Nespecificirani poremećaji hranjenja

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10 izdanje (MKB-10) (2), poremećaj hranjenja navode u skupinu F50:

- F50.0 Anorexia nervosa
- F50.1 Atipična anorexia nervosa
- F50.2 Bulimia nervosa
- F50.3 Atipična bulimia nervosa
- F50.4 Pretjerano uzimanje hrane udruženo s drugim psihološkim smetnjama
- F50.5 Povraćanje udruženo s drugim psihološkim smetnjama
- F50.8 Drugi poremećaji uzimanja hrane
- F50.9 Poremećaj uzimanje hrane, neodređen

Ove bolesti prate razne sestrinske dijagnoze kao što su smanjenja mogućnost briga za sebe, smanjeno podnošenje napora, visok rizik za opstipaciju, visok rizik oštećenje usne šupljine, poremećaj misaonog sadržaja, visok rizik za dehidraciju, socijalna izolacija i druge. Važnost kod liječenja ovih psihičkih bolesti jesu da medicinske sestre provode pravilne intervencije kojim će uspostaviti plan prehrane, podignuti samopouzdanje, te naučiti kako se suprotstaviti svakodnevnim stresorima. Način liječenja ovisi od pacijenta do pacijenta, te je važno uključiti oboljelu osobu u intervenciju kako bi liječenje bilo uspješno, te se održala dobivena tjelesna težina. Poremećaji prehrane najčešće zahvaćaju adolescente ženskog spola, no danas se povećava broj i kod pripadnika muške populacije. Prema Američkim psihološkim asocijacijama (eng. APA-American Psychological Association) (3) anoreksija utječe na otprilike 1/200 djevojaka i žena tijekom njihovog životnog vijeka i 1/2000 dječaka i muškaraca. Niz faktora koji mogu dovesti do razvijanja poremećaja prehrane su kombinacije obiteljskih, kulturoloških ili socijalnih čimbenika, emocionalni poremećaji i poremećaji osobnosti, te genetika koja može imati malu ulogu. Procjenjuje se kako u Hrvatskoj od poremećaja prehrane boluje 35000-40000 osoba, no svega 30% potraže stručnu pomoć (4).

1.1. Anorexia nervosa

Anorexia nervosa je bolest u kojoj bolesnici imaju iskrivljenu sliku tijela, prekomjeran strah od debljine i odbijanje održavanja najmanje moguće normalne tjelesne težine (5). Jedan od najpoznatijih engleskih liječnika Sir William Gull je 1874. godine uveo pojam „Anorexia nervosa“ u medicinskoj terminologiji (3). Bolest je opisana simptomima kao što su vrlo niske tjelesne težine nalik lateralnoj tuberkulozi, koja se najčešće razvija kod žena, te nešto manje kod muškaraca u pubertetskoj dobi (6). Profesori Sveučilišta u Minnesoti, Keel K. P. i Klump L. K. (3) s druge strane tvrde kako se kroz povijest mogu naći anoreksiji slični simptomi i rituali koji datiraju još od 14. stoljeća za vrijeme posta kod katoličkih žena i svetaca. Kod anoreksije nervose tjelesna masa je 15% manja od očekivane, odnosno indeks tjelesne mase je manji od 17,5. Izbjegavanjem kalorične hrane i prekomjernom tjelovježbom, osobe gube na tjelesnoj masi. Zbog neadekvatne prehrane dolazi do hormonskih poremećaja, a kod djece u predpubertetskoj dobi do zaostajanja u rastu te pojave psihičkih poremećaja (4). DSM-IV-TR (3) izdvaja 4 glavna kriterija s kojim se dijagnosticira anorexia nervosa:

- A. Odbijanje održavanja tjelesne težine za dob i visinu, na ili iznad minimalne normalne tjelesne težine (gubitak na težini doveo je do održavanja težine na razini manjoj od 85% od očekivane; ili smanjeno dobivanje na tjelesnoj težini tijekom rasta koji dovodi do tjelesne težine na razini manjoj od 85% od očekivane).
- B. Ekstreman strah od debljanja ili od dobivanja na težini, iako je indeks tjelesne mase već ispod granica normale.
- C. Poremećen način kako se doživljava nečija tjelesna težina ili oblik, neprimjeren utjecaj tjelesne težine ili oblika na samoprocjenu ili negiranje ozbiljnosti trenutne situacije niske tjelesne mase.
- D. Izostanak menstruacije, najmanje 3 uzastopna menstrualna ciklusa- Amenorea (uzima se u obzir jedino ako se uzimanjem npr. Estrogena ponovo uspostavi menstrualni ciklus).

Prema autoru Costinu C. (1) imamo 2 tipa anorexie nervosa:

1. Restruktivni tip- epizoda anoreksije se javlja bez zlouporabe diuretika, laksativa ili klistira, te nema redovitog čišćenja ili prejedanja.
2. Anoreksija s prejedanjem/čišćenjem- u epizodi anoreksije javlja se zloupotreba diuretika, laksativa i klistira, s redovitim pražnjenjem i čišćenjem.

1.1.1. Fizikalni i psihički pregled anorexia nervose

Anoreksičnu osobu se može prepoznati odmah na prvom liječničkom pregledu, nakon izmjerene visine i težine. Osobe koje boluju od anoreksije obično pokušavaju sakriti svoju težinu noseći široku odjeću. Kako navodi prof. dr. Vidović V. (6) mladi pacijenti najčešće ne žele surađivati, ljutiti su, s vidljivim znakovima depresije i anksioznosti, imaju manjak samopouzdanja i nisu svjesni svoje težine. U zadahu adolescenta se često osjeti aceton zbog ketoze u kojoj se pacijent nalazi, disanje je duboko, puls usporen (zastupljena bradikardija, manje od 60 otkucaja u minuti), niski krvni tlak (90/60 mmHg) radi smanjenog volumena krvi, te često nastupa hipotermija zbog slabe cirkulacije. Osobe s anoreksijom često imaju slabu, tanku kosu i nokte, zbog čestog čišćenja povećane su parotidne žlijezde i moguća su oštećenja zubne cakline, te blijeda boja kože s upalim očima (3). Važno je uzeti uzorak krvi, da se vidi kakvo je stanje unutar organizma. Na krvnoj slici je vidljiva smanjena koncentracija elektrolita, važna je provjera glukoze, kalcija, kalija (uzrokuje osjećaj slabosti, zbunjenosti, mučninu, bol u trbuhu i zatvor), magnezija (uzrokuje gubitak apetita, tremor, grčeve u mišićima) i fosfora (uzrokuje mišićnu slabost i krhke kosti), te željeza i vitamina B12 koji mogu dovesti do anemije. Potrebno je napraviti provjeru amilaze, test funkcije štitnjače (T3, T4 i TSH), albumina, kreatina, analiza urina i stolice, test funkcije jetre (SGOT, SGPT i bilirubin) denzitometriju (radiološka pretraga kojom se mjeri gustoća kostiju, koristi se za rano otkrivanje osteoporoze), te elektrokardiogram(3,7).

1.1.2. Obiteljski i okolinski odnosi

U teoriji koncept anoreksije je usko povezan sa obiteljskim i okolišnim odnosima. Zbog pojave sve većeg broja adolescenata koji su sve skloniji anoreksiji postoje razne teorije poznatih specijalista koji iznose različite stavove kojima tumače nastanak anoreksije kao takve. Kako navodi prof. dr. Vidović V. (6) specijalist dječje i adolescentne psihijatrije i psihoterapije, obitelji s anoreksičnim članom često su neupadne, te zadovoljavaju društvene norme i običaje. Nakon prepoznavanja situacije može se vidjeti da se u obiteljima zapravo kriju sukobi, konflikti i prikrivene agresije. Takvi obiteljski odnosi narušavaju samopouzdanje bolesniku i nameću mu brige oko izgleda tijela. Glavnu ulogu ima majka dok je otac sekundaran, koji smanjuje zajedničke napore svih članova. Navedeni uzroci ukazuju na pojavu početka anoreksije koja se najčešće javlja zbog neskladnih odnosa u obitelji. Minuchin S. (6) poznati obiteljski terapeut, koji navodi kako anoreksični članovi pripadaju psihosomatskim obiteljima. Opisivao je zajednicu zaštitnički nastrojenu, u kojoj su roditelji previše bliski djeci gdje nema jasnih granica i razlike među njima. Takvo dijete razvije težnju prema savršenstvu, te postane ovisno o odobravanju roditelja. Djevojčice su odane obiteljskim vrijednostima, te im se prvi pravi problemi javljaju uglavnom u vrijeme adolescencije kada krenu razvijati odnose s drugima. Anoreksija zasjeni sve konflikte i sukobe među roditeljima, jer je briga za dobrobit člana obitelji veća. Palazzoli S. M. (6) također slično opisuje obiteljsku interakciju, no glavni problem anoreksičara je manjak komunikacije među članovima koji ih dovodi do nasilnog hranjenja, fizičkog kažnjavanja i vike kod bulimičnih epizoda anoreksičara, iz opravdanja da za sve što rade, rade zbog potreba drugih članova. Osobe koje boluju od anoreksije su dobri i intelektualni ljudi, ne suprotstavljaju se majci koja je opisana kao opasna i jaka osoba. Prof. Dr. Vidović V. (6) smatra da je to jedan od načina kako bi majka smanjila spontanost djeteta jer je to upravo ono što kod nje nedostaje. Bitka između majke i anoreksičarke je sasvim jasna, upravo iz tog razloga što je majka od rođenja djetetova prehrana, a njeno odbijanje je znak protesta i odbijanja svega što simbolizira nju. Anoreksičarke su među svojim vršnjacima u školi vrlo uspješne, no i osjetljive i nesigurne, često kritične i sumnjičave prema drugima. Kad anoreksija postane teža, povlače se u sebe i gube kontakte s ostalim vršnjacima, no svejedno teže prema tome da budu prihvaćene.

1.1.3. Terapija i način liječenja anorexia nervose

Prema autorima Grillo M. C. i Mitchell E. J. (3) imamo 3 načina liječenja: bolničko, ambulantno liječenje, te parcijalna hospitalizacija. Bolničko liječenje je potrebno u slučajevima kada osoba odbija jesti, te gubi tjelesnu masu tijekom ambulantnog liječenja i parcijalnih hospitalizacijskih intervencija, kod dodatnih stresora koji utječu na unos hrane, dodatnih psihijatrijskih problema koji su najčešće suicidalnost, te kada pacijent poriče i odbija suradnju kod svoje skrbi. Kod bolničkog liječenja pacijentima je prepisano 1200-1500 kalorija na dan, ovisno o težini oboljele osobe. Unos se povećava svakih 4-5 dana za 500 kalorija, sve dok pacijenti ne počnu unositi 3500-4500 kalorija na dan. Ovakvim liječenjem ostvaruje se dobitak na težini kod žena oko 1 kilogram tjedno i 1,5 kilogram kod muškaraca. Parcijalna hospitalizacija se provodi kod pacijenata koji su prošli bolničko liječenje i uspjeli vratiti 85% svoje tjelesne težine, no i dalje su im potrebne intervencije i zadana terapija. Program parcijalne hospitalizacije uključuje 3500 kalorija dnevno, te se prati unos i obroci u jutranjim i popodnevnim satima. Takva terapija nastoji da pacijent u idućih 6 mjeseci svaki tjedan dobije odprilike 1 kilogram na težini. Parcijalna hospitalizacija se također koristi kod pacijenata koji nisu dobro reagirali na ambulantno liječenje, no donekle su stabilni. Ambulantno liječenje pruža socijalizaciju i veću interakciju s vanjskim svijetom, te pruža priliku da pacijent povрати osjećaje vlastite učinkovitosti. Kod ovog programa važno je da se osoba izvažuje najmanje jednom tjedno, da se prate vitalni znakovi i mjeri temperatura. Relaps kod pacijenata s anoreksijom je 30%, može doći i do prebacivanja osobe između bolničkog i ambulantnog liječenja, te parcijalne hospitalizacije sve dok ne dođe do potpunog oporavka (3). Pri donošenju odluke o liječenju treba uzeti u obzir želju pacijenata. Vrste psihoterapija koje se mogu provoditi jesu kognitivno-bihevioralne, kognitivno-analitičke, interpersonalne i psihodinamske (4). Nacionalni institut za kliničku izvrsnost (eng. NICE-National Institute for Clinical Excellence) (3) je 2004. godine donio smjernice koje se najčešće koriste kod pacijenata koji boluju od anorexia nervose. Smjernice se temelje na znanstvenim dokazima. Terapija za djecu i adolescente prema NICU bi trebala biti usmjerena obiteljima (eng. FBT-Family Based Treatment), koji se izravno suočavaju s poremećajem prehrane. Većini pacijenata oboljelih od anoreksije preporučuje se program ambulantnog liječenja, a bolničko liječenje je povezano s psihosocijalnim intervencijama. Kognitivno-bihevioralna terapija temelji svoje terapijske postupke na transdijagnostičkoj teoriji u kojoj prikazuje tendenciju prelaska poremećaja prehrane kao što su anoreksija i bulimija iz jedne u drugu, a ne u druge mentalne poremećaje. Ova vrsta

terapije se dijeli na fokusiranu verziju koja se bavi mehanizmom održavanja, a proširena verzija s jednim ili više dodatnih problema kao što su odnosi među ljudima, nisko samopoštovanje ili perfekcionizam. Kognitivno-bihevioralna terapija je prvenstveno zamišljena za ambulantno liječenje, ali kasnije se počinje koristiti i u bolničkom liječenju (8). Individualna terapija se temelji na individualnom pristupu pacijenta, gdje se provodi i održava terapija između pacijenta i samog terapeuta. Kroz komunikaciju pacijent iznosi osobna iskustva i probleme. Introvertne osobe teže podnose ovu terapiju, te je liječniku teže prikupiti informacije potrebne za nastavak liječenja. Psihodinamička terapija je najčešće korištena u svrhu oporavka od anorexie ili bulimie nervose. Temelji se na odnosu između terapeuta i oboljele osobe i koristi fenomene takozvanog „prijenosa“ i „protuprijenosa“. Prijenos ili transfer je pojava kao i u svakom drugom odnosu između oboljele osobe i terapeuta, u kojemu oboljela osoba komunikacijom prenosi osjećaje iz ranog djetinjstva ili neke druge osjećaje koje je razvio kasnije, najčešće uslijed traumatskog događaja, a mogu biti i prijenosi odnosa sa važnim i bliskim ljudima iz svoje okoline. Cilj ove terapije je vraćanje samopouzdanja, vjere u sebe, stvaranja sigurnosti i pozitivnih emocija (9). Iako nema dovoljno dokaza da uzimanje lijekova kod anoreksije pomaže, odluka ovisi od pacijenta do pacijenta. Prema autorima Grillo M. C. i Mitchell E. J. (3) antidepresive uzimaju pacijenti s komorbiditetnim simptomima depresije, anksioznosti, opsesivno-kompulzivnim simptomima, te kod bulimičnih simptoma pacijentata koji su povratili svoju tjelesnu težinu. Najbolje rezultate kod povratka tjelesne težine pokazale su randomizirana kontrolirana ispitivanja olanzapina. Rezultati su kombinirani kod istraživanja antihistamina ciprohepadina, steroida megestrol acetat i antidepresiva mirtazapin koji imaju svojstva poboljšavanja apetita, al nisu još dovoljno istražena. Također nema specifičnih hormonalnih terapija i vitaminskih suplemenata koji pomažu kod anoreksije. Često se koriste kalcijevi suplementi koji smanjuju rizik nastanka osteroporoze, te se koriste hormonalne terapije koje potiču menstrualno krvarenje (3).

1.2. Bulimia nervosa

Britanski psihijatar Russell Gerald (3) je 1979. godine napisao članak o bulimiji gdje navodi da je bulimija “uznemirujuća varijanta anorexie nervosa”. Od tog vremena, bulimija je prepoznata kao važan dijagnostički entitet, s kombinacijama različitih medicinskih, psiholoških i socijalnih problema. Bulimia nervosa karakterizirana je epizodama nekontroliranog jedenja, te je popraćena aktima čišćenja, posta i pretjerane tjelovježbe kako bi se spriječio dobitak na težini. Kao

i kod anorexia nervosa posljedice bulimie nervosa su povećan rizik od prijevremene smrti, te sklonost suicidalnim tendencijama. Iako se bulimia i anorexia nervosa dijele u dva različita poremećaja prehrane, imaju dosta zajedničkih simptoma. Oba poremećaja uključuju opsesiju o obliku, težini, te održavanju niske tjelesne težine. Anorexia može imati epizode čišćenja i prejedanja, dok bulimia destruktivno jedenje. Poremećaj prehrane poput bulimie nervosa pogađa otprilike 1,5% djevojčica i žena i 0,5% dječaka i muškaraca (10). Prema DSM-IV-TR (3) izdvaja idući kriteriji za dijagnozu bulimie nervosa:

- A. Ponavljajuće epizode jedenja i prejedanja karakterizirane su sljedećem:
 - 1. Osoba jede u određenom vremenskom periodu više nego što bi prosječna osoba pojela.
 - 2. Manjak kontrole jedenja za vrijeme jedne epizode (osjećaj da osoba ne može prestati jesti, niti kontrolirati količinski unos hrane u organizmu).
- B. Ponavljajuće neprimjereno ponašanje kako bi se spriječio dobitak na težini kao što su samoinducirano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika, klistira i drugih lijekova, post ili ekstremna tjelovježba.
- C. Prejedanje i neprimjereno ponašanje koje traje u prosjeku dva puta tjedno tijekom tri mjeseca.
- D. Samoevaluacija negativno utječe na oblik i težinu tijela.
- E. Smetnje se ne pojavljuju tijekom epizoda kod anoreksije. Specifični tipovi:
 - 1. Tipovi koji pročišćavaju: tijekom epizode bulimije, osoba se regularno pročišćava uz samoinducirano povraćanje zloupotrebom laksativa, diuretika ili klistira.
 - 2. Tipovi koji ne pročišćavaju: tijekom epizode bulimije, osoba koristi različito neprimjereno ponašanje kao što je post ili ekstremna tjelovježba.

Bulimija je bolest koja traje godinama, u rijetkim slučajevima prelazi u anoreksiju ali u 20% prelazi u „binge eating“, odnosno poremećaj prejedanja (8).

1.2.1. Kliničke karakteristike bulimia nervose

Bulimija u većini slučajeva započinje sa strogim dijetama. Simptomi kod bulimije slični su kao i kod anoreksije gdje je glavni razlog strah od debljanja odnosno zaokupljenost težinom. Dijagnosticiranje bulimije može trajati mjesecima čak i godinama, zbog tajnovosti pacijenata o njihovim poteškoćama koje su povezane s osjećajem srama. Često takvi pacijenti posjećuju liječnika radi različitih problema kao što su depresija, tjeskoba, palpitacije, zatvor, umor, povijesti traume iz djetinjstva, problemima s ovisnošću, a da se pri tome ne otkrije prisustvo poremećaja prehrane (10). Prema autoru Grave D. R. (8) bulimija je usko povezana s psihopatologijom gdje glavnu ulogu ima pridodavanje velike važnosti težini, obliku tijela i kontroli hranjenja, iz kojih proizlazi zaokupljenost težinom i oblikom tijela, stroga dijeta, epizode prejedanja, samoinducirano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika, pretjerana i kompulzivna tjelovježba, izbjegavanje pokazivanja tijela, niska tjelesna težina i sindrom neuhranjenosti, te druga kompenzacijska ponašanja. Kod bulimije imamo i mnogo općih psiholoških simptoma kao što su depresija i tjeskoba kojima objašnjavamo epizode prejedanja, te poremećaj raspoloženja i anksioznosti koji objašnjava visoku restrikciju unosa kalorija. Osobe koje boluju od bulimije često su sklone samoozljeđivanju, te je moguća i zlouporaba psihoaktivnih tvari i prekomjerna konzumacija alkohola. Zajedničko kod bulimije i anoreksije su osobnosti kao što su perfekcionizam i nisko samopoštovanje. Simptomi koji se najčešće javljaju kod osoba koje boluju od bulimije: česte vrtoglavice, nesvjestica, te palpitacije koje nastaju kao rezultat dehidracije, ortostatske hipotenzije i hipokalemije. Kod gastrointestinalnog sustava imamo zatvor, nadutost, opstipacija, natečenost, problemi s gutanjem, povraćanje krvi kao rezultat iritacije jednjaka, bol u abdomenu, te je kod dišnog sustava moguća je pojava pneumonitis. Kod 50% žena koje su dijagnosticirane s bulimijom javlja se amenoreja odnosno izostanak menstruacije više od 3 mjeseca (10).

1.2.2. Razvoj bulimie

Slično kao i kod ostalih poremećaja prehrane postoji puno faktora koji potiču razvoj ovakve bolesti. Prema Grave D. R. (8) još uvijek ne postoji konkretan razlog zašto poremećaji prehrane više pogađaju ženski spol, ali smatraju da ima veze s psihološkim i socijalnim odgojem djeteta. Žene radi pritiska društva svoju vrijednost iskazuju izgledom tijela, te su češće izložene dijetama koje osam puta više povećavaju rizik za razvoj bulimije. U adolescenciji identitet još nije

pronađen, te je naglašena sklonost prema dijetama i izgledu, no postoje mnogi biološki faktori kao što su hormonalna variranja, remodelacija sinapse, te progresivna mijelinizacija nervnih vlakna iz okolinskih stresnih faktora koji utječu na razvoj. Kao i kod anoreksije uloga obitelji i odnos prema pacijentima je važan. Disfunkcionalni obiteljski odnosi kao što su zaštitničko ponašanje, manjak postojanja granica prema članovima i nesigurnost su posljedica razvijanja bolesti. Mnoga istraživanja su pokazala da faktori genetskog podrijetla mogu biti potencijalni za razvoj bolesti. Podaci pokazuju kako članovi obitelji osobe s poremećajem prehrane imaju oko deset puta veći rizik za razvoj poremećaja u odnosu na one koji nisu pogođeni tim poremećajem. Varijabilnu nasljednost od 48-76% za anorexia nervosa i od 28-83% za bulimia nervosa su pokazala istraživanja na blizancima u općoj populaciji. Napravljene su i studije molekularne genetike kako bi se indentificirali geni uključeni u razvoju poremećaja prehrane, no rezultati dosad nisu bili konzistentni. GENOME-WIDE association study (GWAS), nova tehnologija, posljednjih godina omogućuje testiranje veze između poremećaja i svakog gena i intergenske regije koja je diseminirana u genomu. Istraživanja ostvaruju otkrivanje moguće predispozicije za poremećaje prehrane (8).

1.2.3. Terapija i način liječenja bulimie nervose

Prema Grillo M. C. i Mitchell E. J. (3) terapija bi trebala biti pružena pacijentu sa određenom strukturom i potporom koja pruža obroke i smanjuje prejedanje i čišćenje. Ti ciljevi se mogu najbolje postići ambulantnim liječenjem. Postoje dokazi koji ukazuju da rano fokusiranje na simptome pruža veće šanse za apstinenciju. Za pacijente kojima su potrebni intenzivniji tretmani, koristi se parcijalna hospitalizacija ili dnevni programi. Kod takvih programa pacijenti su kod kuće, te se uključuju u tretman par sati na dan, par dana u tjednu. Za mnoge pacijente koji se bore s čišćenjem i prejedanjem važan je nadzor nakon obavljene terapije, te nastojati da ne preskaču zadane obroke. Hospitalizacija se koristi kad takve intenzivne terapije nisu učinkovite, no i dalje su prisutne psihološke smetnje. Među najboljim terapijama je kognitivna bihevioralna, koja se može koristiti individualno, grupno ili pristup samopomoć (3). Kognitivna-behavoralna terapija za razliku od drugih pokazala je manju vjerojatnost za remisiju, te smanjenim epizodama čišćenja i prejedanja nakon terapije. Terapija uključuje kognitivne i bihevioralne komponente koje zajedno imaju bolje ishode povezane s prehranom, niže stope relapsa nego kada bi se koristila svaka komponenta za sebe i pokazala da se terapija najbolje prilagođava djeci i adolescentima. Također

se mogu koristiti priručnici samopomoći koji uključuju posjete nadležnih osoba radi provjera napretka, oba tretmana su dala slične rezultate. Osobe s bulimijom pokazuju povećanu prevalenciju za poremećajem raspoloženja tijekom života koji su potakli ispitivanja antidepresiva za liječenje poremećaja prehrane i pokazale učinkovitosti protiv bulimije, bez obzira na to pati li pacijent od depresije ili ne. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, fluoksetin uspoređeno s placebom u ambulantama i bolnicama, u istraživanjima 60mg/dan, osam do šesnaest tjedana doveo je do smanjenja prejedanja i čišćenja kod većine ali ne u svim slučajevima. Smanjio je brigu o težini i preokupaciji hrane ali je imao kombinirane rezultate kod depresije i anksioznosti. Fichter i sur. (3) uspoređivali su fluvoksamin s placebo dozom 185mg/dan, osamnaest tjedana prije otpuštanja iz bolnice. Grupa je pokazala manji poriv opijenosti, nagon na povraćanje i depresije od onih koji su na placebo. Triciklički antidepresivi u šestomjesečnom istraživanju desipramin 200-300 mg/dan u usporedbi s placebom pokazali su smanjenje u prejedanju i povraćanju, te su imali bolje rezultate na testu o načinu prehrane (EAT) i upitniku o obliku tijela (BSQ) (10). Lijekovi i terapije s ponašanjem pacijenta pružaju samo limitirane dokaze o optimalnoj kombinaciji lijekova i psihoterapije, iako postoje dokazi o povećanju učinkovitosti određenih kombinacija radi nedostatka replikacija i rezultata s određenim grupama pacijenata (3).

1.3. Poremećaj prejedanja i nespecifični poremećaj hranjenja

Prema četvrtom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (eng. DMS-IV; American Psychiatric Association, 1994.) (3), individualci koji imaju poremećaj prehrane koji ne zadovoljava dovoljno kriterija za specifični poremećaj prehrane, odnosno psihopatologija im ne zadovoljava DMS-IV kriterij niti za anorexiu nervosu ni bulimiju nervosu, klasificiraju se kao nespecifični poremećaj prehrane (eng. EDNOS-eating disorder not otherwise specified). Budući da su nespecifični poremećaji prehrane prema definiciji, rezidualna dijagnostička kategorija malo se zna o specifičnim varijantama, s nekoliko izuzetaka u koji pripada poremećaj prejedanja, čiji su kriteriji za daljnje istraživanje uključeni u DSM-IV. Poremećaj prejedanja je karakteriziran po epizodama prejedanja odnosno konzumacijom velike količine hrane uz odsudstvo osjećaja kontrole nad hranom. Tijekom epizoda nema klasičnog kompenzacijskog ponašanja kao što su povraćanja, post i intenzivno vježbanje, koji se može vidjeti kod bulimie nervose. DSM-IV kriteriji za poremećaj prejedanja su (3):

- A. Veći unos hrane od uobičajenog za određenog individualca.
- B. Unos hrane do neugodne potpunosti.
- C. Unos hrane tijekom odsustva gladi.
- D. Unos hrane dok je pojedinac sam radi srama zbog količine unosa.
- E. Osjećaja gađenja, depresije i krivnje nakon epizode jedenja.

Prema DSM-IV (3) epizoda prejedanja traje najmanje dva dana u tjednu, tijekom idućih šest mjeseci. Poremećaj prejedanja javlja se za razliku od ostalih poremećaja kod osoba nešto starije životne dobi, te pogađa oko 3% svjetskog stanovništva (8). Najčešće pogađa žene bijele rase i 1.75 puta više ženskog spola. Podaci ukazuju da je poremećaj prejedanja manje učestao nego kod anoreksia nervosa i bulimia nervosa. Prema podacima koji su koristili autori Grilo M. C. i Mitchell E. J. (3) iz nacionalne ankete komorbiditeta, Hudson i kolege su ukazali kako tijekom života prevalencija za poremećaj prejedanja je 3.5% za ženski spol i 2.0% za muški spol, stope su bile čak za duplo veće od onih kod anoreksije i bulimije.

1.3.1. Fizička i psihička evaluacija poremećaj prejedanja

Nema standardne indikacije za medicinskom evaulacijom osoba dijagnosticiranih sa poremećajem prejedanja, no kako je pretilost usko povezana sa poremećajem, važno je nadgledati osobu, te probleme i simptome rješavati na odgovarajući način kako ne bi došlo do daljnjih komplikacija. Pretilost je povezana s nizom zdravstvenih komplikacija koje uključuju visok kolesterol, dijabetes, kardiovaskularne bolesti, hipertenziju, apneu, razne karcinome i ostalo (3). Prve studije o tjelesnoj slici kod ispitanika s pretilošću potječu iz 1960-tih godina, te njihova klinička važnost se povećava tijekom idućih godina (12). Kod osoba koje pate od poremećaja prejedanja i pretilosti važno je staviti naglasak na motivaciju, održavanje tjelesne težine i pridržavanje prehrane. Potrebno je pripaziti na njihovo psihičko zdravlje i uvesti određene terapije. Pacijenti s poremećajem prejedanja mogu imati razne faktore nastanka bolesti, kod bioloških faktora mogući su hormonski poremećaji ili genetske mutacije povezane s poremećajem ovisnosti hrane. Kod psiholoških faktora moguće su traume iz djetinjstva, depresija, anksioznost, nisko samopoštovanje, tjelesno nezadovoljstvo, te problemi suočavanja s osjećajima koji dovode do prejedanja. Socijalni i društveni pritisci koji stvaraju sliku da se određena kilaža i tjelesni oblici smatraju privlačnima, na koje utječu mediji, razni časopisi, te društvene mreže (11).

1.3.2. Terapije i načini liječenja poremećaj prejedanja

Kod terapije za poremećaj prejedanja važna je suradnja više stručnjaka kao što su terapeuti, psiholozi, liječnici, te nutricionisti (11). Terapije koje se koriste uglavnom su tip ambulantnog liječenja. Bolnički i parcijalno hospitalizacijski programi se koriste za intenzivnije intervencije kao i kod ostalih poremećaja prehrane u slučaju težih psihičkih problema. Nekoliko oblika liječenja uključuju individualne i grupne psihoterapije, stabilizaciju i kontrolu težine te farmakološki pristup. Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i njezi (eng. National Institute for Clinical Excellence) (3) je u Ujedinjenom Kraljevstvu 2004. godine potvrdila da je za poremećaj prejedanja najbolja kognitivno-bihevioralna terapija. Terapija s psihoterapijskim intervencijama individualno ili u grupi ima najbolje suportivne rezultate u liječenju poremećaja prejedanja. Kognitivno-bihevioralna terapija pomaže kod smanjenja epizoda prejedanja te poboljšava bihevioralne i kognitivne značajke kod poremećaja. Ostale psihoterapije koje su se pokazale značajnima su: interpersonalna terapija (eng. Interpersonal therapy) koja je pokazala smanjenje epizoda prejedanja i depresivnih epizoda, podizanje samopoštovanja te poboljšanje međuljudskih odnosa. Dijalektičko-bihevioralna terapija (eng. Dialectical behavior therapy) je pokazala da se u šest mjeseci tijekom terapije smanjio broj epizoda prejedanja, ali se nisu smanjili negativni učinci ili poboljšale adaptivne vještine kod liječenja (3). U posljednja dva desetljeća kod poremećaja prejedanja intenzivno se proučava uporaba farmakoterapije. Istraživanja su još u početnoj fazi, te su se neki od lijekova pokazali učinkovitim kod simptoma poremećaja prejedanja. Farmakoterapija može biti korisna u komponentama više dimenzionalnog pristupa liječenja. Fluoksetin (SSRI), antidepresiv selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina testiran je kod poremećaja prejedanja često s kognitivnom bihevioralnom terapijom, te se također koristi kod liječenja bulimie nervose. U ispitivanju fluoksetin 60mg/dan Marcus i suradnici (12) su otkrili da s lijekom i modifikacijom ponašanja pacijenti izgube veću težinu od onih koji su koristili placebo. Fluvoksamin, koji su proučavali Hudson i suradnici (12), SSRI antidepresiv, pokazao se učinkovitim u akutnom liječenju poremećaja prejedanja, odnosno u smanjenju epizoda prejedanja. U istraživanju fluvoksamin je pokazao veću stopu smanjenja BMI od lijeka s kojim su ga uspoređivali. Ostali lijekovi koji su u istraživanjima pokazali smanjenu stopu BMI su antidepresivi SSRI, sertralin, citalopram, Reboksetin selektivni inhibitor ponovo pohrane noradrenalina, te venlafaksin antidepresiv klase inhibitora ponovo pohrane serotonin norepinefina (SSRI) (12).

1.4. Utjecaj medija na poremećaje prehrane

Još 1980-tih godina u literaturi se počinje pojavljivati utjecaj kulture u poremećajima prehrane. Prema promatračima poremećaji prehrane su jedinstveni među psihijatrijskim poremećajima u stupnju do kojeg socijalni i kulturni čimbenici utječu na njihov razvoj, epidemiologiju i etologiju. Prvi koji je implicirao kako kulturni čimbenici dovode do razvoja poremećaja prehrane je Hilde Bruch 1978. godine, opisivajući moderan naglasak na vitkost, koja se zahtijevala kod mladih žena tvoreći zabunu u identitetu. Incidencija je brzo porasla u SAD-u, Ujedinjenom Kraljevstvu, te u Zapadnoj Europi tijekom sredine 1960-tih, 70-tih i do kraja 80-tih godina. Anorexia nervosa koja je još od 1870-tih godina bila identificirana kao medicinski sindrom, smatrala se relativno opskurnom, ali egzotičnom prvih sto godina svoje povijesti. Bulimia nervosa koju su prvi opisali 1970-tih godina Boskind-Lodahl (1976) i Russell (1979), se 1980-tih godina smatrala češćom nego anorexia nervosa zbog znatnog porasta bolesnika. Porastom broja bolesnika poremećaj prehrane se počinje opisivati kao moderna epidemija (13). Brojni akademski članci nagađaju kako društveni mediji pridonose tjelesnoj disforiji, teoriji socijalne usporedbe i drugim pojavama povezanim s poremećajem prehrane. Teoriju socijalne usporedbe nastale na području socijalne psihologije, prvi je opisao Festinger 1954. godine, te je smatrao da se pojedinci uspoređuju kao sredstvo samoistraživanja. Odnosno ljudi imaju prirodnu želju za točnom procjenom vlastite vrijednosti. Danas ljudi uspoređuju sebe i svoj život s medijskim modelima, u kojima potvrđuju ili negiraju aspekte identiteta. Tiggeman i Slater (14) su 2013. godine utvrdili da djevojke srednjih škola koje su imale Facebook stranicu imaju negativnu sliku svoga tijela od onih djevojaka koje nisu korisnice Facebooka. Fardouly i suradnici (14) su također 2015. godine proveli istraživanje na temu utjecaja medija na mentalno zdravlje adolescenata. Postavili su pitanje postoje li razlike socijalnih usporedbi između društvenih medija, internetskih časopisa i drugih stranica. Rezultati su pokazali da žene imaju veće tendencije uspoređivanja svog izgleda na Facebooku nego na bilo kojoj drugoj stranici.

2. Ciljevi rada

Ciljevi istraživanja su slijedeći:

1. Ispitati stavove adolescenata o poremećajima prehrane, ozbiljnosti tematike, te govori li se dovoljno o toj temi u školama.
2. Ispitati znanje adolescenata, odnosno znaju li što su i koji su poremećaji prehrane.
3. Ispitati znanje adolescenata o poteškoćama vezane uz poremećaje prehrane, te učestalost pojave i rizik razvoja poremećaja.
4. Ispitati emocije adolescenata i stavove vezane za vlastiti izgled, utjecaj sociokulturoloških aspekata društva, te njihov odnos prema hrani.

Hipoteza istraživanja:

1. Učenici će imati oskudno znanje o poremećajima prehrane.
2. Stavovi će biti znatno povezani sa stigmom koja dolazi s poremećajima prehrane.
3. Ispitanici muškog spola će imati veće samopouzdanje od ispitanika suprotnog spola.

3. Ispitanici i metode

3.1. Uzorak ispitanika

Istraživanje je provedeno na učenicima prvih, drugih, trećih, četvrtih razreda Gimnazije Gospić (opći smjer) i na dva sedma i dva osma razreda osnovne škole Dr. Jure Turića u Gospiću. Iz srednje škole Gimnazije Gospić sudjelovalo je 59 učenika, 27 ispitanika muškog spola i 32 ispitanika ženskog spola. Iz osnovne škole dr. Jure Turića sudjelovalo je 74 učenika, 38 ispitanika muškog spola i 36 ispitanika ženskog spola. Ukupni broj ispitanika je 133 učenika navedenih škola, 65 muškog spola i 68 ženskog spola.

3.2. Metode istraživanja

Podatci su prikupljeni pomoću upitnika strukturiranog za potrebe istraživanja. Prva dva pitanja upitnika su se odnosila na sociodemografske karakteristike ispitanika (spol i dob). Drugi dio upitnika se sastoji od 17 pitanja, 4 pitanja koja ispituju znanje ispitanika, 5 pitanja koja ispituju stavove i 8 pitanja koja ispituju mišljenje o vlastitom tijelu adolescenata.

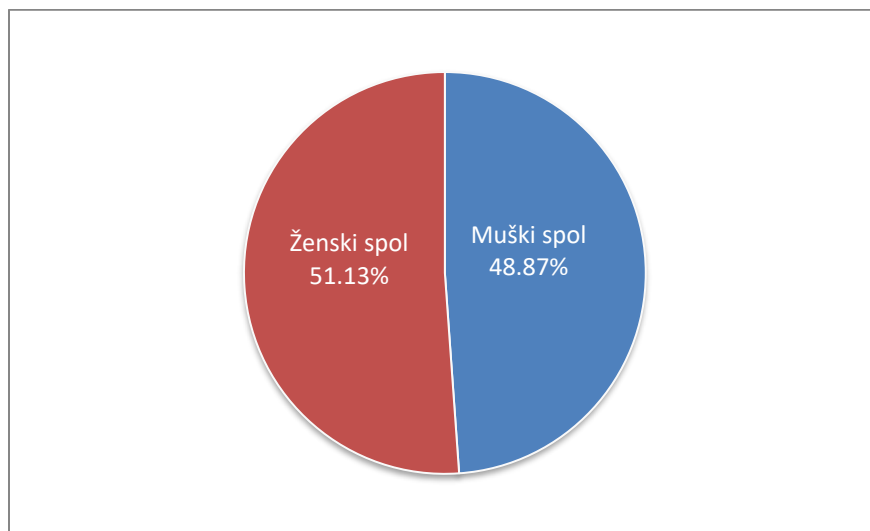
3.3. Analiza podataka

Za analizu podataka korišten je program Microsoft Excel 2010. Rezultati su prikazani u obliku tablica, grafova i tekstualno objašnjenje.

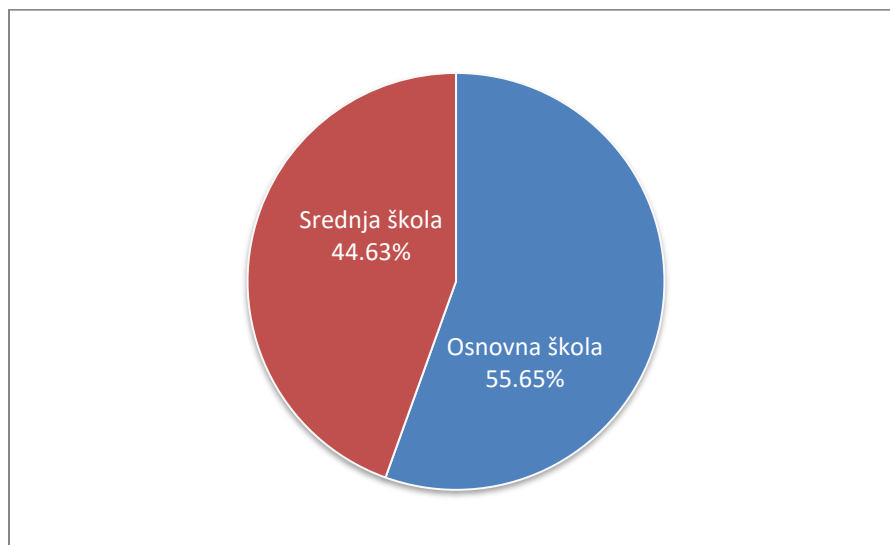
4. Rezultati

4.1. Socio demografski podaci

U istraživanju je sudjelovalo 133 ispitanika. Ukupno 74 (55.64%) ispitanika osnovne škole i 59 (44.36%) ispitanika srednje škole. Sveukupni broj ispitanika muškog spola 65 (48.87%) i 68 (51.13%) ženskog spola. U istraživanju je sudjelovalo više ispitanika osnovne škole (11.28%), ali samo 2.26% više ženskih ispitanika.



Graf 1. Raspodjela ispitanika s obzirom na spol.



Graf 2. Raspodjela ispitanika osnovne i srednje škole.

4.2. Znanje, stavovi i mišljenja ispitanika o poremećajima prehrane

Prvo pitanje na anketi glasilo je: *Koje poremećaje u prehrani poznajete?*

Tablica 1. Odgovori na prvo pitanje iz ankete, usporedba ispitanika osnovne i srednje škole.

Odgovori	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š (59 isp.)
Anoreksija	22 (57.90%)	31 (86.11%)	53 (71.62%)	16 (59.26%)	30 (93.75%)	46 (77.97%)
Bulimija	4 (10.53%)	24 (66.67%)	28 (37.84%)	17 (62.96%)	26 (81.25%)	43 (72.88%)
Pretilost	17 (44.74%)	8 (22.22%)	25 (33.78%)	6 (22.22%)	6 (18.75%)	12 (20.34%)
Prejedanje	1 (2.63%)	-	1 (1.35%)	1 (3.70%)	2 (6.25%)	3 (5.09%)
Debljina	1 (2.63%)	-	1 (1.35%)	1 (3.70%)	-	1 (1.70%)
Pothranjenost	1 (2.63%)	-	1 (1.35%)	-	-	-
Nezdrava hrana	-	1 (2.78%)	1 (1.35%)	-	-	-
Manjak samopouzdanja	-	1 (2.78%)	1 (1.35%)	-	-	-
Purge eating	-	-	-	-	1 (3.13%)	1 (1.70%)
Dijabetes	-	-	-	1 (3.70%)	-	1 (1.70%)
Glad	-	-	-	1 (3.70%)	-	1 (1.70%)
Izgladnjivanje	-	-	-	1 (3.70%)	-	1 (1.70%)
Ne znam	7 (18.42%)	2 (5.56%)	9 (12.16%)	4 (14.82%)	1 (3.13%)	5 (8.48%)

Sveukupno je sudjelovalo 133 ispitanika od kojih je 99 (74.44%) odgovorilo anoreksija, 71 (53.38%) bulimija, 4 (3.01%) je spomenulo prejedanje i 1 (0.75%) „purge eating“, te ostali odgovori koje su ispitanici smatrali poremećajem prehrane: 37 (27.82%) pretilost, 2 (1.50%) debljina, 1 (0.75%) glad, 1 (0.75%) dijabetes, 1 (0.75%) izgladnjivanje, 1 (0.75%) nezdrava hrana, 1 (0.75%) manjak samopouzdanja. 14 (10.53%) ispitanika nije moglo navesti odgovor. Iz tablice je vidljivo da je 68 ženskih ispitanika, 61 (89.71%) odgovorilo anoreksija, 50 (73.53%) bulimija, 2 (2.94%) prejedanje i 1 (1.47%) osoba je navela „purge eating“. Ostale odgovore koje su ispitanici smatrali poremećajem prehrane 14 (20.59%) pretilost, 1 (1.47%) nezdrava hrana, 1 (1.47%) manjak samopouzdanja i 3 (4.41%) nije znalo odgovor. Kod muških ispitanika (ukupno 65), njih 38 (58.46%) odgovorilo je anoreksija, 21 (32.31%) bulimija, 2 (3.08%) prejedanje, te su ostali odgovori 23 (25.39%) pretilost, 2 (3.08%) debljina, 1 (1.54%) pothranjenost, 1 (1.54%) izgladnjivanje, 1 (1.54%) glad, 1 (1.54%) dijabetes, te 11 (16.92%) nisu znali odgovor.

Drugo pitanje je glasilo: *Po vašem mišljenju koji su najčešći razlozi zbog kojih dolazi do razvijanja poremećaja u prehrani?*

Ispitanici su mogli zaokružiti više odgovora ako su ih smatrali točnima.

Tablica 2. Odgovori na drugo pitanje iz ankete, usporedba osnovne i srednje škole.

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Manjak samopouzdanja	14 (36.84%)	17(47.22%)	31 (41.89%)	5 (18.52%)	13 (40.63%)	18 (30.51%)
Utjecaj medija (društvene mreže, časopisi, tv)	15 (39.47%)	18 (50%)	33 (44.60%)	11 (40.74%)	16 (50%)	27 (45.76%)
Odgoj i odnosi s roditeljima	9 (23.68%)	3 (8.33%)	12 (16.22%)	3 (11.11%)	2 (6.25%)	5 (8.48%)
Neka vrsta zlostavljanja kao glavni uzrok	6 (15.75%)	12 (33.33%)	18 (24.32%)	9 (33.33%)	8 (25%)	17 (28.81%)
Genetika	7 (18.42%)	5 (13.89%)	12 (16.22%)	6 (22.22%)	4 (12.5%)	10 (16.95%)
Ne znam	-	1 (2.78%)	1 (1.35%)	-	-	

Od ukupno 133 ispitanika, 49 (36.84%) smatra da je manjak samopouzdanja najčešći razlog razvijanja poremećaja prehrane, 60 (45.11%) utjecaj medija, 17 (12.78%) odgoj i odnosi s roditeljima, 35 (26.32%) neka vrsta zlostavljanja, 22 (16.54%) genetika, te 1 (0.75%) nije znao odgovor. Prema ženskom spolu (68 ispitanika), 30 (44.12%) zaokružilo je manjak samopouzdanja, 34 (50%) utjecaj medija, 5 (7.35%) odgoj i odnosi s roditeljima, 20 (29.41%) neka vrsta zlostavljanja, 9 (13.24%) genetika, te 1 (1.47%) nije znao odgovor. Kod muškog spola (65 ispitanika), 19 (29.23%) zaokružili su manjak samopouzdanja, 26 (40%) utjecaj medija, 11 (16.92%) odgoj i odnosi s roditeljima, 15 (23.08%) neka vrsta zlostavljanja i 13 (20%) genetika.

Treće pitanje: *Poremećaji prehrane se najčešće razvijaju u?*

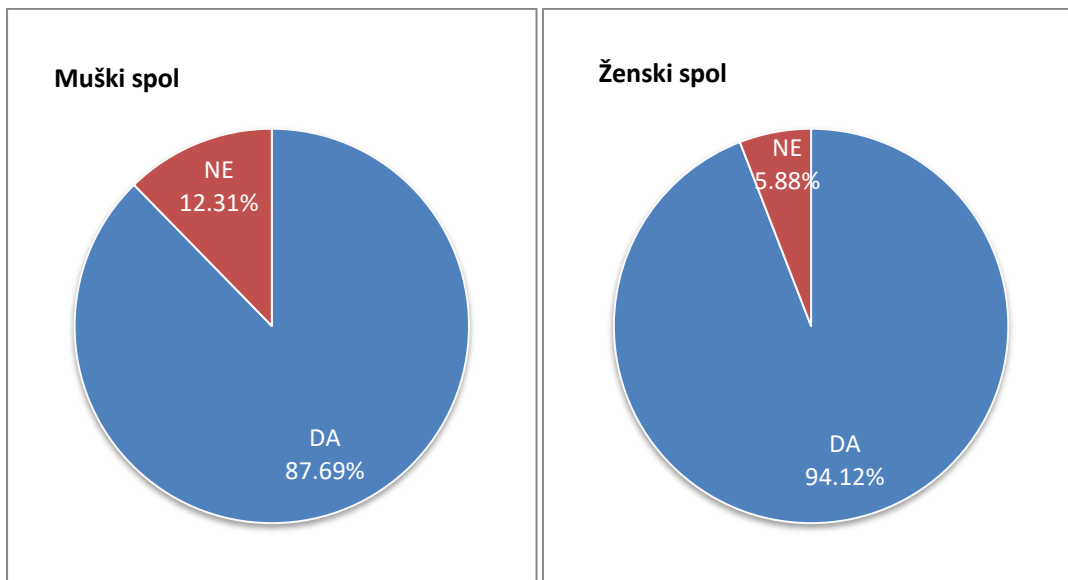
Tablica 3. Odgovori na treće pitanje iz ankete, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Djetinjstvu	12 (31.58%)	8 (22.22%)	20 (27.03%)	8 (29.63%)	3 (9.38%)	11 (10.64%)
Adolescenciji	4 (10.53%)	14 (28.89%)	18 (24.32%)	13 (48.15%)	26 (81.25%)	39 (66.10%)
Odrasloj dobi	4 (10.53)	2 (5.56%)	6 (8.11%)	-	-	-
Nema veze s godinama	13 (34.21%)	11 (30.56%)	24 (32.43%)	6 (22.22%)	3 (9.38%)	9 (15.25%)
Ne znam	5 (13.16%)	1 (2.78%)	6 (8.11%)	-	-	-

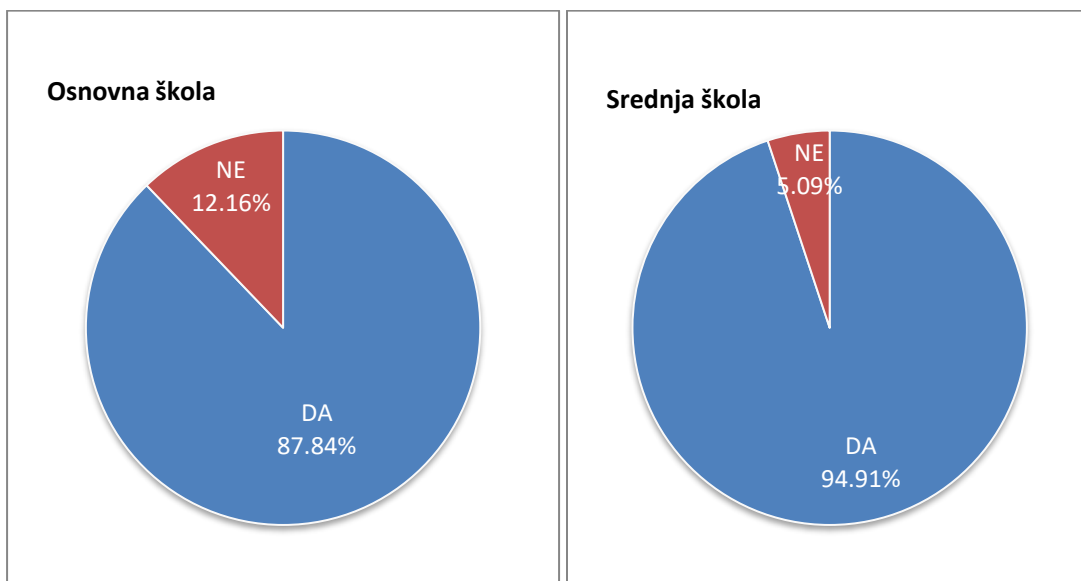
Od ukupnog broja ispitanika 133, 31 (23.31%) smatra da se najčešće poremećaj prehrane javlja u djetinjstvu, 54 (40.60%) u adolescenciji, 6 (4.51%) u odrasloj dobi, te 33 (24.81%) smatraju da godine nemaju veze s nastankom poremećaja i 6 (4.51%) ne znaju odgovor na pitanje. Kod ženskog spola (68 ispitanika). 11 (16.18%) su zaokružili djetinjstvo, 40 (58.82%) adolescenciju, 2 (2.94%) u odrasloj dobi, 15 (22.06%) godine nemaju veze s nastankom bolesti, te 1 (1.47%) nije znao odgovor na pitanje. Prema muškom spolu (65 ispitanika), 20 (30.77%) zaokružilo je djetinjstvo, 17 (26.15%) adolescenciju, 4 (6.15%) u odrasloj dobi, 19 (29.23%) nema veze s godinama, te 5 (7.69%) nije znalo odgovor na pitanje.

Četvrto pitanje: *Smatrate li da poremećaji u prehrani mogu utjecati na razvoj drugih psihičkih i fizičkih poteškoća?*

Od 133 ispitanika, 121 (90.98%) je zaokružilo da, a 12 ispitanika (9.02%) smatra da poremećaji prehrane ne mogu razviti neke druge psihičke i fizičke poteškoće. Prema 68 ispitanika ženskog spola, 64 (94.12%) je zaokružilo da, a 4 (5.88%) ne. Prema 65 ispitanika muškog spola, 57 (87.69%) se slaže da poremećaji u prehrani mogu utjecati na razvoj drugih psihičkih i fizičkih poteškoća, dok njih 8 (12.31%) smatra suprotno (graf 3 i 4).



Graf 3 i 4. Odgovori na četvrto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.



Graf 5 i 6. Odgovori na četvrto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.

Peto pitanje: *Poremećaji prehrane su poremećaji od kojih boluje samo ženska populacija?*

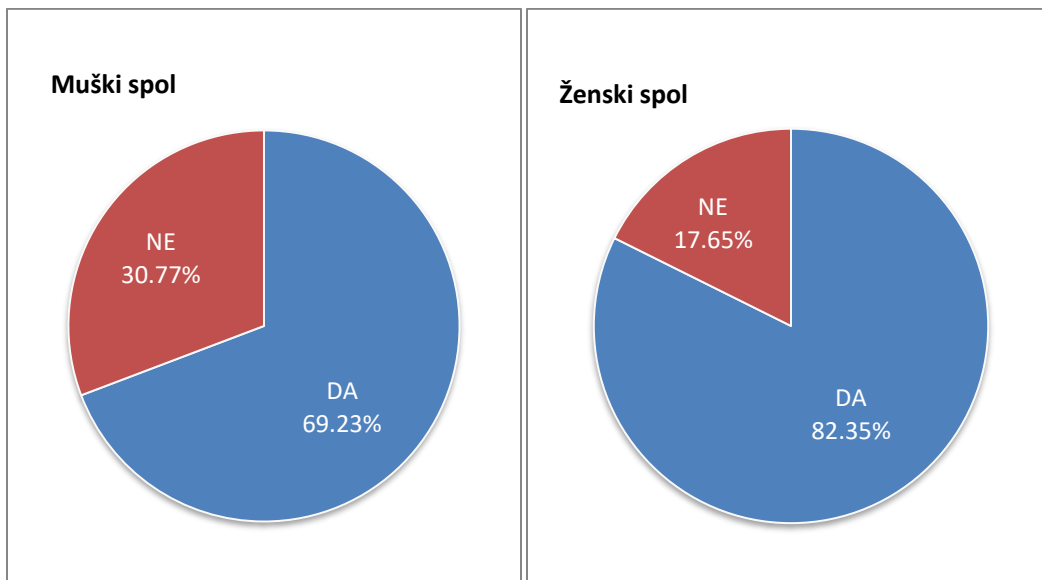
Tablica 4. Odgovori na peto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
DA	2 (5.26%)	5 (13.89%)	7 (9.46%)	3 (11.11%)	-	3 (5.09%)
NE	4 (10.53%)	14 (38.88%)	18 (24.32%)	12 (44.44%)	21 (65.63%)	33 (55.93%)
Podjednako boluju i muški i ženski spol	32 (84.21%)	13 (36.11%)	45 (60.81%)	12 (44.44%)	11 (34.36%)	23 (38.98%)
Ne znam	-	4 (11.11%)	4 (5.41%)	-	-	-

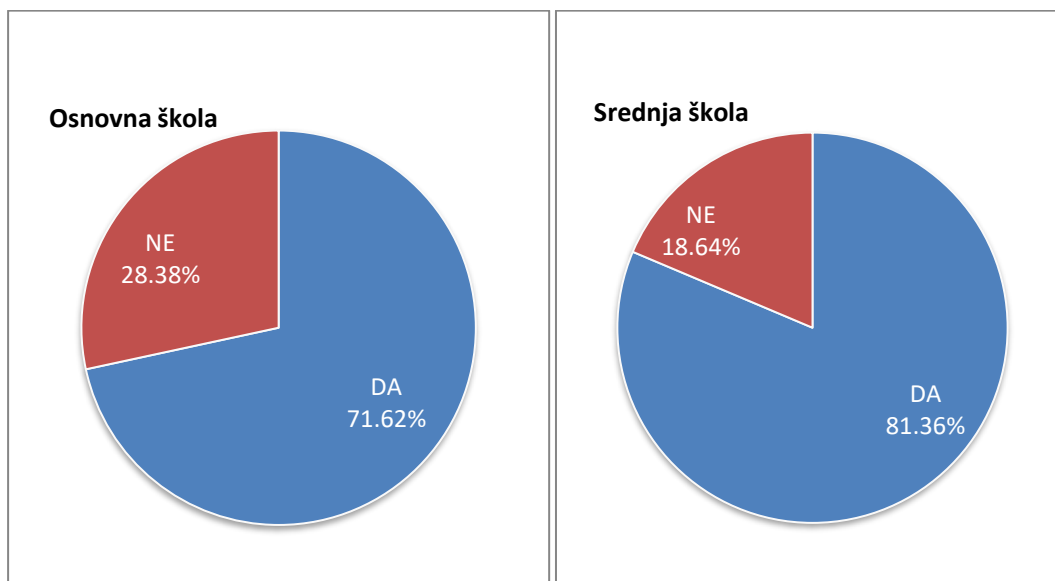
Od ukupno 133 ispitanika, 10 (7.52%) smatra da od poremećaja prehrane pati samo ženska populacija, 51 (38.35%) smatra da ne pati samo ženski spol, 68 ispitanika (51.13%) smatraju da podjednako pati i ženska i muška populacija, te 4 (3.01%) nisu bili sigurni. Ženski spol (68 ispitanika), 5 (7.35%) smatra da samo boluje ženska populacija, 35 (51.45%) se ne slaže s tom tvrdnjom, 24 (35.25%) su zaokružili da boluju podjednako, te 4 (5.88%) ne zna odgovor. Prema muškom spolu (65 ispitanika), 5 (7.69%) je zaokružilo da, 16 (31.25%) ne, te 44 (67.69%) smatraju da podjednako boluju muška i ženska populacija.

Šesto pitanje: *Smatrate li da su poremećaji prehrane problem 21. stoljeća?*

Od 133 ispitanika, 101 (75.94%) je zaokružilo da, 32 (24.06%) ne. Od 68 ispitanika ženskog spola, 56 (82.35%) se slaže s tvrdnjom, dok 12 (17.65%) ne. Prema muškom spolu (65 ispitanika), 45 (69.23%) je zaokružilo da, te 20 (30.77%) smatra da to nije problem 21. stoljeća (graf 7 i 8).



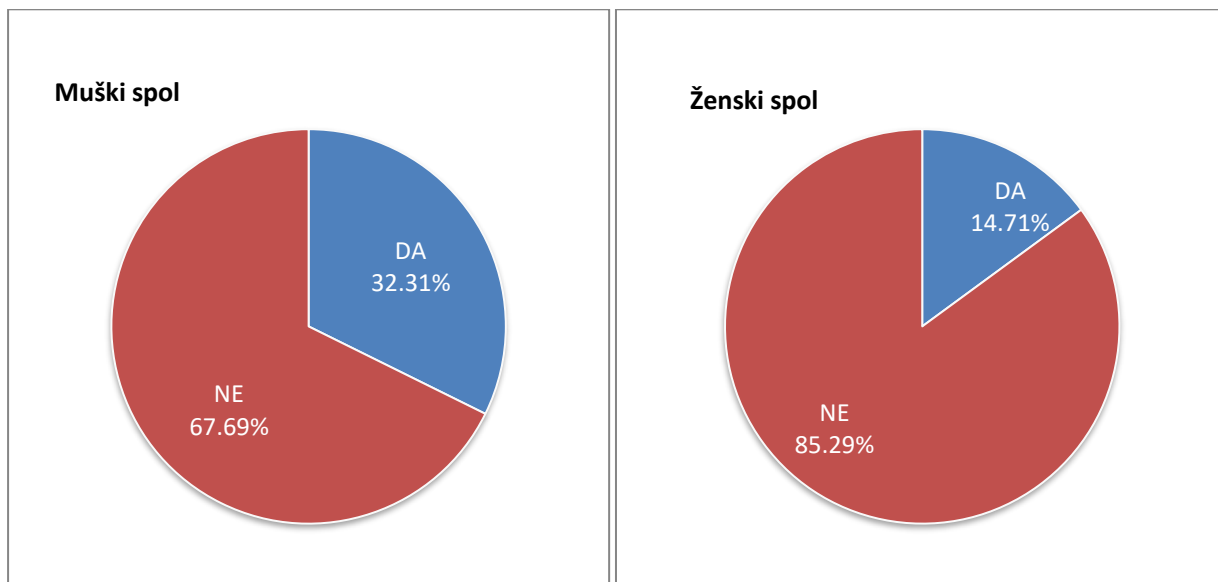
Graf 7 i 8. Odgovori na šesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.



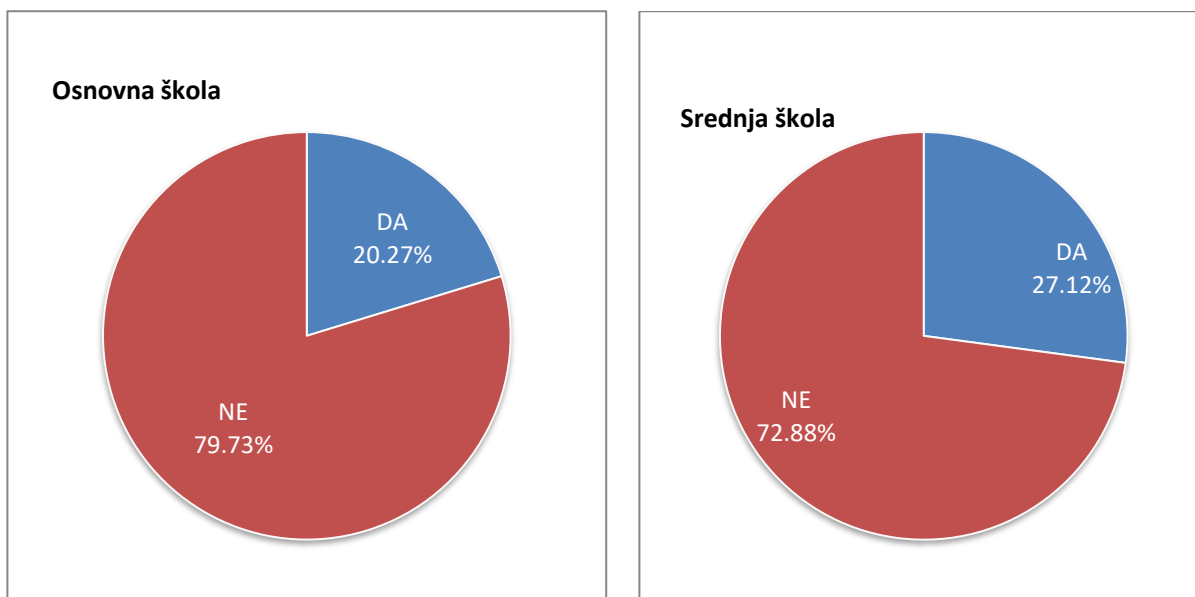
Graf 9 i 10. Odgovori na šesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.

Sedmo pitanje: *Po vašem mišljenju govori li se dovoljno o poremećajima prehrane?*

Od 133 ispitanika, 31 (23.31%) smatra da se govori dovoljno o poremećajima prehrane, dok 101 (75.94%) ne. Kod ženskih ispitanika (68 ispitanika), 10 (14.71 %) smatra da se govori dovoljno o poremećajima prehrane, a 58 (85.29%) ne. Prema 65 muških ispitanika, 21 (32.31%) zaokružilo je da, a 44 (67.69%) ne.



Graf 11 i 12. Odgovori na sedmo pitanje ankete, usporedba muškog i ženskog spola.



Graf 13 i 14. Odgovori na sedmo pitanje ankete, usporedba osnovne i srednje škole.

Osmo pitanje: *smatrate li da društvene mreže (Instagram, Facebook, Snapchat..) utječu na razvoj poremećaja prehrane?*

Tablica 5. Odgovori na osmo pitanje ankete, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Slažem se	7 (18.42%)	3 (8.33%)	10 (13.51%)	5 (18.52%)	10 (31.25%)	15 (25.42%)
Ne slažem se	14 (36.84%)	12 (33.33%)	26 (35.14%)	12 (44.44%)	3 (9.38%)	15 (25.42%)
Djelomično se slažem	17 (44.74%)	21 (58.33%)	38 (51.35%)	10 (32.04%)	19 (59.38%)	29 (49.15%)

Od ukupno 133 ispitanika, 25 (18.10%) se slaže da društvene mreže utječu na razvoj poremećaja prehrane, 41 (30.83%) se ne slaže s tom tvrdnjom, dok se 67 (50.38%) djelomično slaže. Prema 68 ženskih ispitanika, 13 (19.12%) se slaže sa tom tvrdnjom, 15 (22.06%) ne, a 40 (58.82%) se djelomično slaže, Kod 65 muških ispitanika, 12 (18.46%) zaokružilo je slažem se, 26 (40%) da se ne slaže, dok se 27 (41.54%) djelomično slaže.

Deveto pitanje: *Jeste li zadovoljni sa svojim izgledom?*

Tablica 6. Odgovori na deveto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Jesam	21 (55.26%)	17 (47.22%)	38 (51.35%)	18 (66.67%)	13 (40.63%)	31 (52.54%)
Često	2 (5.26%)	4 (11.11%)	6 (8.11%)	1 (3.70%)	6 (18.75%)	7 (11.86%)
Ponekad	15 (39.47%)	11 (30.56%)	26 (35.14%)	7 (25.93%)	11 (34.38%)	18 (30.51%)
Nikad	-	4 (11.11%)	4 (5.44%)	1 (3.70%)	2 (6.25%)	3 (5.09%)

Od ukupno 133 ispitanika, 69 (51.88%) ispitanika je zadovoljno svojim izgledom, 13 (9.77%) često, 44 (33.08%) ponekad i 7 (5.26%) nikad nije zadovoljno izgledom. Od 68 ispitanika ženskog spola, 30 (44.14%) ispitanika je zadovoljno svojim izgledom, 10 (14.71%) često, 22 (32.85%) ponekad i 6 (8.82%) nikad nisu zadovoljni svojim izgledom. Kod 65 ispitanika muškog spola, 39 (60%) su zadovoljni, 3 (4.62%) često, 22 (33.85%) ponekad, a 1 (1.54%) ispitanik nije zadovoljan svojim izgledom.

Deseto pitanje: *Osjećate potrebu izgubiti na težini?*

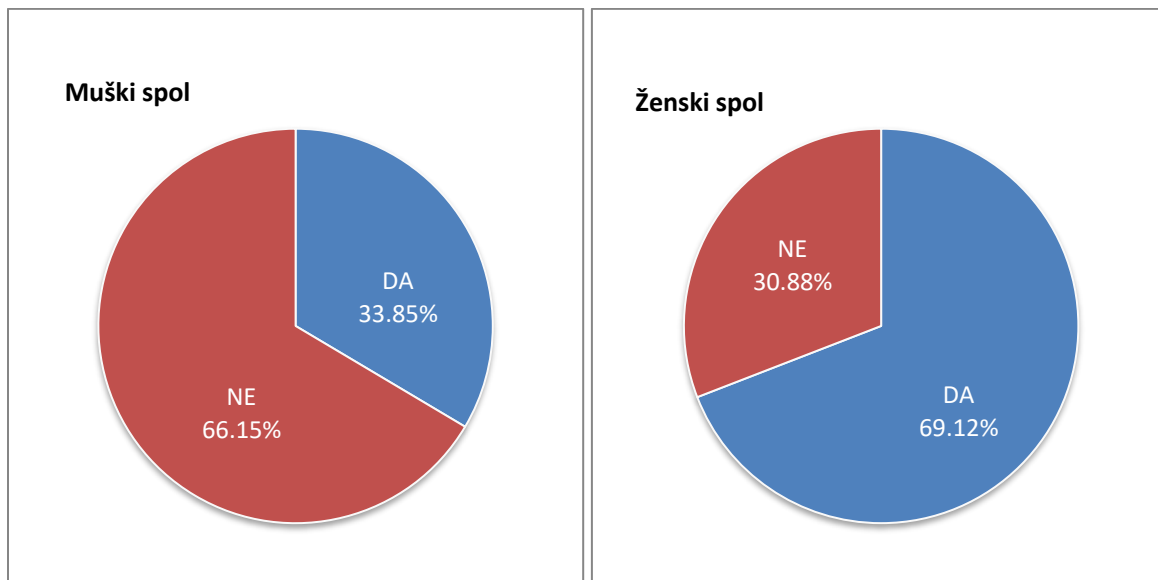
Tablica 7. Odgovori na deseto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Ne. zadovoljna/an sam težinom	17 (44.74%)	18 (50%)	35 (47.30%)	17 (62.96%)	11 (34.38%)	28 (47.46%)
Da. 1-3 kilograma	9 (23.68%)	9 (25%)	18 (24.32%)	3 (11.11%)	15 (46.86%)	18 (30.51%)
Da. 5-8 kilograma	6 (15.79%)	7 (19.44%)	13 (17.57%)	4 (14.82%)	4 (12.5%)	8 (13.65%)
Da. 10+ kilograma	6 (15.79%)	2 (5.56%)	8 (10.81%)	3 (11.11%)	2 (6.25%)	5 (8.48%)

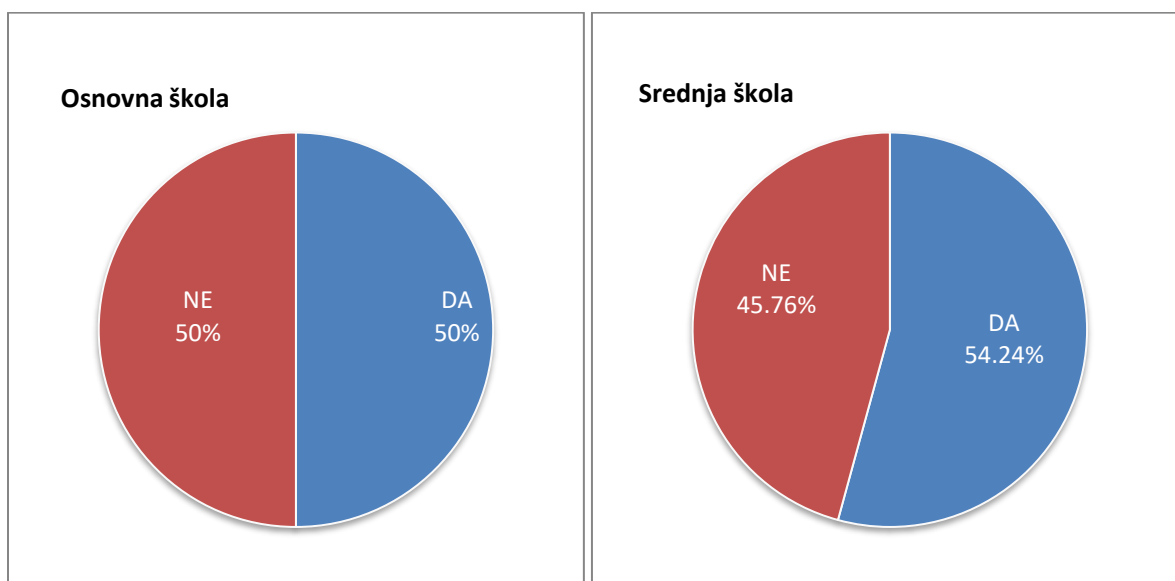
Od ukupno 133 ispitanika, 63 (47.37%) su zadovoljni svojom težinom, 36 (27.07%) smatraju da moraju izgubiti 1-3 kilograma, 21 (15.79%) 5-8 kilograma i 13 (9.77%) 10 ili više kilograma. Prema 68 ispitanika ženskog spola 29 (42.65%) ih je zadovoljno svojom težinom, 24 (35.29%) smatraju da trebaju izgubiti 1-3 kilograma, 11 (16.18%) 5-8 kilograma i 4 (5.88%) 10 ili više kilograma. Od 65 muških ispitanika, 34 (52.31%) su zadovoljni svojom težinom, 12 (18.46%) smatraju da trebaju izgubiti 1-3 kilograma, 10 (15.39%) 5-8 kilograma i 9 (13.85%) ispitanika 10 ili više kilograma.

Jedanaesto pitanje: *Da li vaše emocije utječu na vašu prehranu?*

Od ukupno 133 ispitanika, kod 69 (51.88%) ispitanika emocije utječu na prehranu, dok kod njih 64 (48.12%) ne. Prema 68 ispitanika ženskog spola, 47 (69.12%) ispitanika smatra da emocije utječu na prehranu, a 21 (30.88%) ne. 65 ispitanika muškog spola, 22 (33.85%) su zaokružili da, a kod njih 43 (66.15%) emocije ne utječe na prehranu.



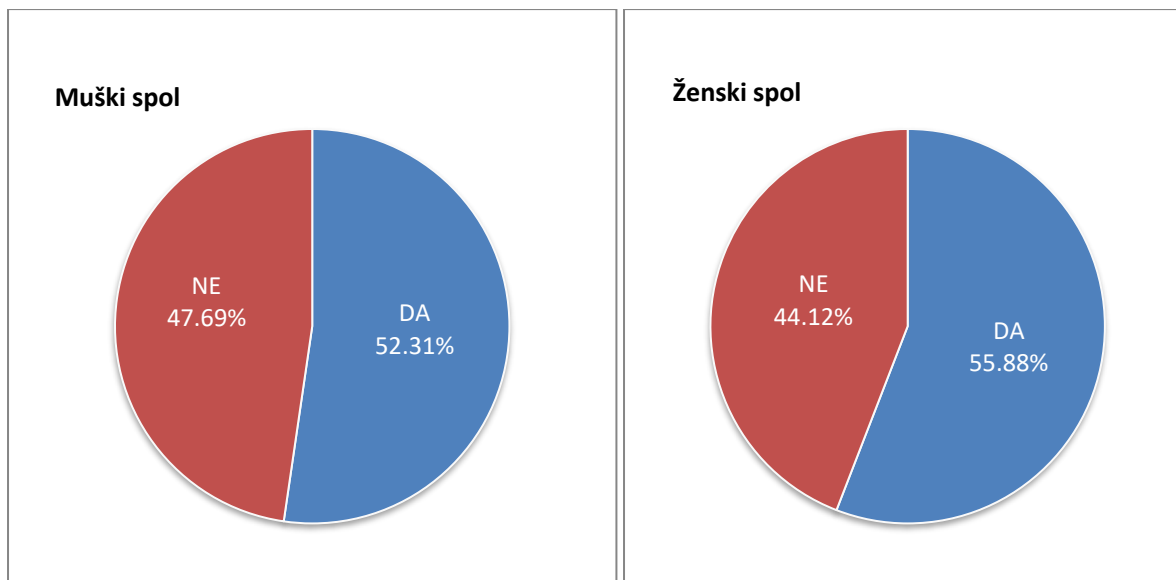
Graf 15 i 16. Odgovori na jedanaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola



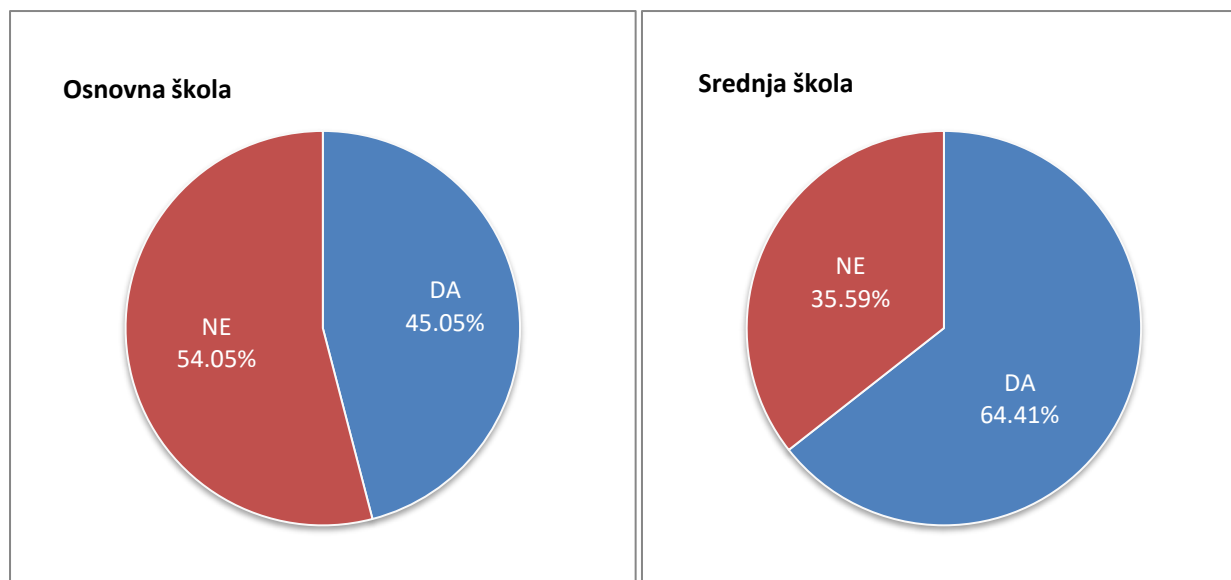
Graf 17 i 18. Odgovori na jedanaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

Dvanaesto pitanje: *Bojite li se biti pretili?*

Od 133 ispitanika, 72 (54.14%) se boje pretilosti, dok 61 (45.87%) ispitanika ne. Prema 68 ispitanika ženskog spola, 38 (55.88%) ispitanika se boje pretilosti, dok 30 (44.12%) ne. Od 65 muških ispitanika, 34 (52.31%) su zaokružili da, a 31 (47.69%) ne.



Graf 19 i 20. Odgovori na dvanaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola



Graf 21 i 22. Odgovori na dvanaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

Trinaesto pitanje: *Jeste li ikad osjećali sram ili nelagodu zbog toga koliko ste pojeli?*

Tablica 8. Odgovori na trinaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Nikad	24 (63.16%)	19 (52.78%)	43 (58.11%)	18 (66.67%)	19 (59.38%)	37 (62.71%)
Nekad	8 (21.05%)	7 (19.44%)	15 (20.27%)	3 (11.11%)	3 (9.38%)	6 (10.17%)
Rijetko kad	6 (15.79%)	7 (19.44%)	13 (17.57%)	5 (18.52%)	1 (3.13%)	6 (10.17%)
Često	-	3 (8.33%)	3 (4.05%)	-	8 (25%)	8 (13.56%)
Stalno	-	-	-	1 (3.70%)	1 (3.13%)	2 (3.39%)

Od ukupnog broja 133 ispitanika, 70 (52.63%) nikad nisu osjećali sram ili nelagodu zbog toga koliko su pojeli, 21 (15.79%) ispitanik odgovorio je nekad, 19 (14.29%) rijetko kad, 11 (8.27%) često i 2 (1.50%) stalno. Od 68 ženskih ispitanika, 38 (55.88%) zaokružili su nikad, 10 (14.71%) nekad, 8 (11.77%) često, 11 (16.18%) rijetko kad, te 1 (1.47%) stalno. Prema 65 ispitanika muškog spola, 42 (64.62%) ih je odgovorilo nikad, 11 (16.92%) nekad, 11 (16.92%) rijetko kad i 1 (1.54%) stalno.

Četrnaesto pitanje: *Izbjegavate li jesti kad ste gladni da ne dobijete na težini?*

Tablica 9. Odgovori na četrnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
DA	2 (5.26%)	1 (2.78%)	3 (4,05%)	-	-	-
Često	1 (2.63%)	-	1 (1.35%)	1 (3.70%)	-	1 (1.70%)
Ponekad	12 (31.58%)	8 (22.22%)	20 (27.03%)	6 (22.22%)	11 (34.38%)	17 (28.81%)
Nikad	23 (60.53%)	27 (75%)	50 (67.57%)	20 (74.07%)	21 (65.63%)	41 (69.49%)

Od 133 ispitanika, 3 (2.26%) izbjegavaju jelo da ne dobiju na težini, 2 (1.50%) često, 37 (27.82%) ponekad i 91 (68.42%) nikad. Prema 68 ispitanika ženskog spola, 1 (1.47%) izbjegava jelo, 19 (27.94%) ponekad i 48 (70.59%) nikad. Od 65 muških ispitanika, 2 (3.07%) zaokružilo je da, 2 (3.07%) često, 18 (27.69%) ponekad i 43 (66.15%) nikad.

Petnaesto pitanje: *Jeste li ikad bili na dijete?*

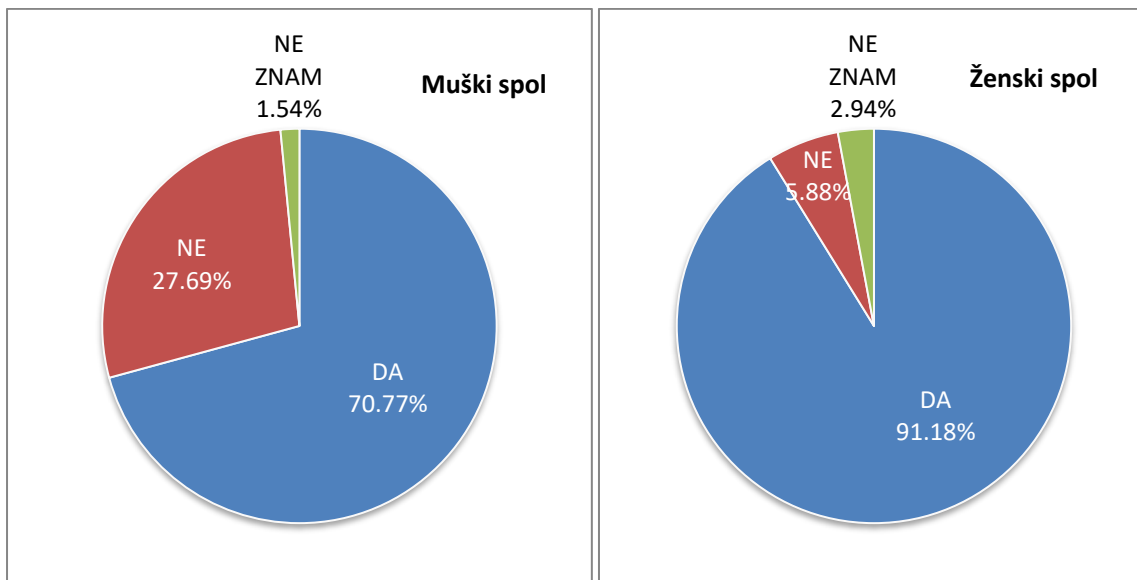
Tablica 10. Odgovori na petnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Jednom	2 (5.26%)	7 (19.44%)	9 (12.16%)	5 (18.52%)	4 (12.5%)	9 (15.25%)
2-3 puta	6 (15.79%)	3 (8.33%)	9 (12.16%)	1 (3.70%)	2 (6.25%)	3 (5.09%)
Više puta	2 (5.26%)	2 (5.56%)	4 (5.41%)	3 (11.11%)	5 (15.63%)	8 (13.56%)
Sad sam na dijete	3 (7.90%)	2 (5.56%)	5 (6.78%)	2 (7.41%)	2 6.25%)	4 (6.78%)
Nikad	25 (65.79%)	22 (61.11%)	47 (63.51%)	16 (59.26%)	19 (59.38%)	35 (59.32%)

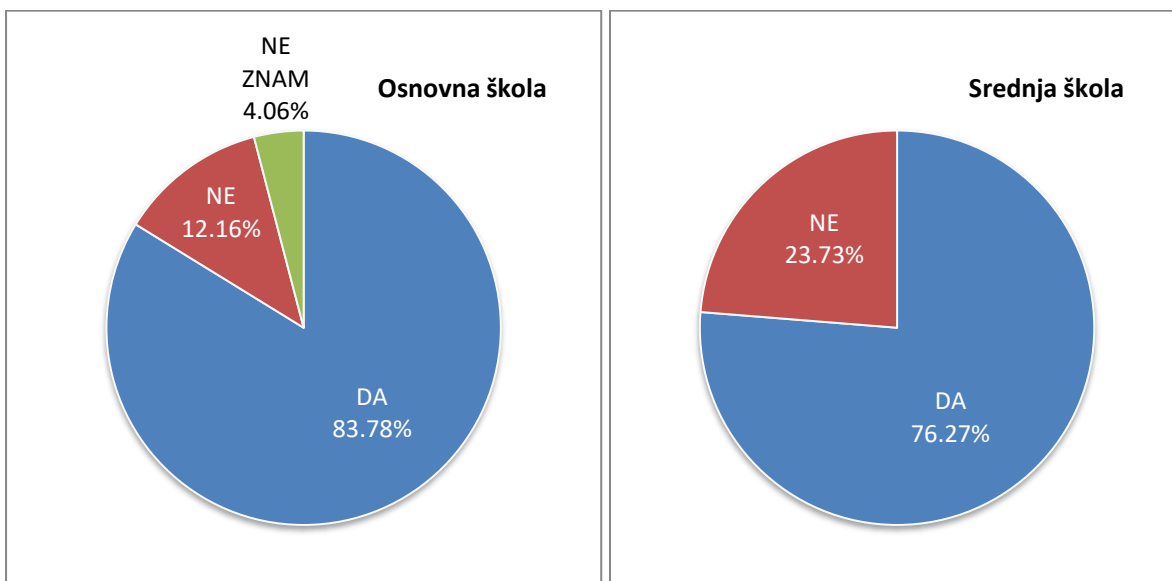
Od 133 ispitanika, 18 (13.53%) ih je na dijete bilo jednom, 12 (9.02%) 2-3 puta, 12 (9.02%) više puta, 9 (6.77%) su sad na dijete i 82 (61.65%) nikad nisu bili na dijete. Prema 68 ženskih ispitanika, 11 (16.18%) su jednom bili na dijete, 5 (7.35%) 2-3 puta, 7 (10.29%) više puta, 4 (5.88%) su sad na dijete, te 41 (60.29%) nikad nisu bili na dijete. Od 65 muških ispitanika, 7 (10.77%) su jednom bili na dijete, 7 (10.77%) 2-3 puta, 5 (7.69%) više puta, 5 (7.69%) su sad na dijete i 41 (63.08%) nikad nisu bili na dijete.

Šesnaesto pitanje: *Može li se spriječiti razvoj poremećaja u prehrani, objasnite s nekoliko riječi!*

Od ukupno 133 ispitanika, 114 (85.71%) se slaže da se može spriječiti poremećaje prehrane, dok se 23 (17.29%) ne slaže s tim, a 3 (2.26%) nisu znali odgovoriti. Od 68 ženskih ispitanika, 62 (91.18%) je zaokružilo da, 4 (5.88%) ne, a 2 (2.94%) nisu znali odgovor. Prema 65 muških ispitanika, 46 (70.77%) se slažu da se može spriječiti poremećaje prehrane, 18 (27.69%) ne, a 1 (1.54%) nije znalo odgovor.



Graf 23 i 24. Odgovori na šesnaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola



Graf 25 i 26. Odgovori na šesnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

Od 114 ispitanika, samo 63 ispitanika su naveli obrazloženje kako se mogu poremećaji u prehrani spriječiti:

- Popraviti samopouzdanje- 17 ispitanika
- Smanjiti vrijeme na društvenim mrežama- 1 ispitanik
- Bolja edukacija- 9 ispitanika
- Razgovor s psihijatrom i liječnikom, stručna pomoć- 10 ispitanika
- Povećati aktivnost- 4 ispitanika
- Paziti na prehranu- 15 ispitanika
- Treba “jesti”- 3 ispitanika
- Prihvaćanje od strane obitelji i prijatelja- 4 ispitanika

Od 23 ispitanika koji su zaokružili ne, samo su 3 ispitanika naveli razlog:

- Svi jedu kako žele, te da se poremećaji prehrane ne mogu spriječiti
- “Stvari su do tebe”
- Ne može se spriječiti jer je “genetski naslijeđeno”

Sedamnaesto pitanje: *Da primjetite da je vaš prijatelj/član obitelji u određenom vremenskom razdoblju izgubio dosta kilograma, te ima čudne prehrambene navike, što biste napravili?*

Tablica 11. Odgovori na sedamnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole

	Osnovna škola- Muški spol (38 ispitanika)	Osnovna škola- Ženski spol (36 ispitanika)	Ukupno OŠ. (74 isp.)	Srednja škola- Muški spol (27 ispitanika)	Srednja škola- Ženski spol (32 ispitanika)	Ukupno S.Š. (59 isp.)
Obratio/la bi mu se i rekao/la da potraži pomoći	20 (52.63%)	22 (61.11%)	42 (56.76%)	13 (48.15%)	19 (59.38%)	32 (54.24%)
Obratio/la bi se roditeljima ili osobi bliska njoj/njemu	5 (13.16%)	10 (27.78%)	15 (20.22%)	5 (18.52%)	9 (28.13%)	14 (23.73%)
Ne bi ništa napravio/la	13 (34.21%)	4 (11.11%)	17 (22.97%)	9 (33.33%)	4 (12.5%)	13 (22.03%)

Od 133 ispitanika, 74 (55.64%) bi se izravno obratili osobi, 29 (21.81%) bi se obratili roditeljima ili osobi bliski sa njom/njemu, te 30 (22.56%) ne bi ništa poduzeli. Prema 68 ženskih ispitanika, 41 (60.29%) bi se obratili osobi, 19 (27.94%) bi se obratili nekome bliskome, dok 8 (11.77%) ne bi ništa napravili. Od 65 muških ispitanika, 33 (50.77%) bi se obratili osobi, 10 (15.39%) obratili bliskoj osobi, a 22 (33.85%) ne bi ništa napravili.

5. Rasprava

5.1. Usporedba rezultata iz osnovne i srednje škole

U istraživanju je sudjelovalo 133 ispitanika, 74 ispitanika iz osnovne škole dr. Jure Turića, a 59 ispitanika iz Gimnazije Gospić. Istraživanje se provodilo u svrhu saznanja kakvo znanje imaju učenici o poremećajima prehrane, i mišljenja o vlastitom tijelu. Ispitanici imaju između 13 i 18 godina, odnosno između rane i kasne adolescencije. Sastavljena je anketa koja sadrži komponente o znanju, stavovima, te mišljenju o vlastitom tijelu adolescenta. Prema Costinu C. (1) navedeno je kako su 3 glavna poremećaja u prehrani anoreksija, bulimija i poremećaj prejedanja. Od 133 ispitanika većina je navela anoreksiju, odnosno 74.44%, zatim bulimiju 53.38%, te samo 3.09% zna za poremećaj prejedanja. Ispitanici iz srednje škole su pokazali veće znanje o poremećajima prehrane, što je vidljivo u tablici broj 1 gdje ih je 77.97% navelo anoreksiju, 72.88% bulimiju i 5.09% prejedanje, te je 1 učenica odnosno 1.70% uz prejedanje također navela „purge eating“ koji spada u ENDOS. Učenici iz osnovne škole su također bili dobro upoznati s anoreksijom (71.62%), no znatno manje ih je navelo bulimiju 37.84% i prejedanje 1.35%. Nastanak poremećaja prehrane, kombinacija je bioloških, psihičkih i socijalnih čimbenika. U tablici broj 2 vidimo da ispitanici smatraju kako su socijalni čimbenici najčešći razlozi zbog kojih dolazi do poremećaja prehrane. Obje grupe, odnosno ispitanici iz srednje (45.76%) i osnovne (44.60%) škole su smatrali da su utjecaj medija (društvene mreže, časopisi, tv, itd.) najčešći razlozi zbog kojih dolazi do poremećaja prehrane. Također, velika većina smatra kako poremećaj prehrane nastaje zbog manjka samopouzdanja. Kod ispitanika srednje škole postotak je iznosio 30.51% dok su ispitanici osnovne škole predvodili sa 41.87%. Na trećem mjestu su naveli neku vrstu zlostavljanja, 24.32% ispitanika srednje i 28.82% ispitanika osnovne škole. Učenici iz osnovne škole su na četvrtom mjestu jednako zaokružili odgoj i odnose s roditeljima i genetiku (16.22%), dok učenici iz srednje škole smatraju da genetika (16.95%) ima veći utjecaj nego odgoj i odnosi s roditeljima (8.48%). Ispitanici iz osnovne škole odnosno 83.78% smatraju da se poremećaji prehrane mogu spriječiti dok je postotak nešto manji kod ispitanika srednje škole odnosno 76.27% (graf broj 25 i 26, razlozi koje su učenici naveli se nalaze ispod tablice). Poremećaji prehrane se najčešće razvijaju kod adolescenata odnosno djevojaka između rane i kasne adolescencije, no to ne isključuje muški spol, gdje se poremećaji prehrane sve češće javljaju. U tablici broj 3, ispitanici srednje škole su bili bolje upoznati s pojavom poremećaja prehrane, 66.10% je točno navelo adolescenciju kao odgovor na

pitanje u kojem se razdoblju najčešće razvijaju poremećaji prehrane, dok ih 10.64% smatra da je to u djetinjstvu, 15.25% smatra da pojava poremećaja nema veze s godinama. Najveći postotak odnosno 32.43% kod ispitanika osnovne škole zaokružio je da pojava poremećaja prehrane nema veze s godinama, 27.03% djetinjstvo, samo 24.43% je znalo točan odgovor, te 8.11% smatraju da se najčešće razvija u odrasloj dobi. Također u tablici broj 4 vidimo da 60.81% učenika osnovne škole smatra da podjednako boluju muški i ženski spol, dok je najveći postotak kod učenika srednje škole (55.93%) smatrao da boluje ženski spol, ali da nije isključena muška populacija. Kod poremećaja prehrane dolazi do mnogih psihičkih i fizičkih poteškoća, sa kojima su ispitanici uglavnom dobro upoznati. 90.89% su svjesni poteškoća koje ovaj poremećaj nosi sa sobom, dok 9.02% nije. Ispitanici srednje škole su imali malo veći postotak s 94.92%, dok je postotak iznosio 88.89% kod ispitanika osnovne škole. Kao što je istaknuto u odjeljku "utjecaj medija na poremećaje prehrane", poremećaj prehrane doživljava se kao moderna epidemija, od razvitka modne scene do tehnološkog unapređenja, mnoga istraživanja su pokazala veći postotak pojave poremećaja prehrane kod adolescenata koji imaju društvene mreže, nego kod onih koji nemaju. Ispitanici su u tablici broj 2, te također u grafu broj 6 i tablici broj 5 potvrdili svjesnost ove problematike. 81.36% ispitanika srednje škola smatra da su poremećaji prehrane problem 21. stoljeća, dok se njih 25.42% slaže i 49.15% djelomično slaže da društvene mreže utječu na razvoj ovog problema. Ispitanici iz osnovne škole su potvrdili sa 71.62% da je to moderna epidemija, 8.33% se slaže i 58.33% se djelomično slaže s utjecajem društvenih mreža na mentalno zdravlje mladih ljudi. Kroz tablice broj 9, 10, 13, 14, 15, te grafove broj 15-22 vidimo da je oko 50% ispitanika zadovoljno sa svojim tijelom. Učenici srednje škole su na pitanje „jeste li zadovoljni svojim tijelom“ odgovorili 52.54% da jesu, 47.46% je zadovoljno svojom kilažom, kod njih 54.24% emocije utječu na prehranu, 64.41% boje se pretilosti, 37.29% stalno, često, rijetko kad ili nekad osjećaju nelagodu ili sram zbog količine koju su pojeli, 30.51% izbjegavaju jesti da ne dobiju na kilaži i 40.68% su bili jednom, 2-3 puta, više puta ili su sad na dijeti. Kod osnovne škole rezultati su bili slični, 51.35% učenika je zadovoljno svojim izgledom, 47.30% su zadovoljni svojom kilažom, kod 50% ispitanika emocije utječu na prehranu, 45.14% se boje pretilosti, 41.89% je osjećalo sram ili nelagodu zbog količine koju su pojeli, 32.43% su izbjegavali hranu da ne dobiju na težini i 36.51% su jednom, 2-3 puta, više puta ili su sad na dijeti. Slične odgovore su naveli i učenici kada je u pitanju koliki postotak ispitanika bi se obratio osobi kod kojih primijete smanjenje kilaže, te čudne prehrambene navike. 54.24% ispitanika srednje škole bi se obratili direktno osobi,

23.73% roditeljima ili bliskoj osobi njemu ili njoj, a 22.03% ne bi ništa poduzeli. Dok bi se 56.76% ispitanika osnovne škole izravno obratili osobi, 20.22% roditeljima ili bliskoj osobi njemu ili njoj, a 22.03% ne bi ništa poduzeli. Kao što se vidi po prijašnjim rezultatima, ispitanici slabo znaju o poremećajima prehrane, te oko 50% ispitanika ima dobro mišljenje o svom tijelu, te se sami ispitanici slažu da bi se trebalo više pričati o ovoj tematici, odnosno 78.38% učenika osnovne škole, te 72.88% učenika srednje škole.

5.2. Usporedba odgovora muškog i ženskog spola

Razlike između muškog i ženskog spola su vidljive u anketi, od znanja i stavova do mišljenja o svojim tijelima. U anketi je sudjelovalo 68 ispitanika ženskog spola i 65 ispitanika muškog spola. Djevojke su bile bolje upućene o poremećajima prehrane, te su ih ozbiljnije shvaćaju od dječaka. Prema tablici 1. i 2. 89.71% djevojaka su spomenule anoreksiju, 73.53% bulimiju, 2.94% prejedanje, te 1.47% „purge eating“, te 58.82% su naveli adolescenciju kao dob, na pitanje tko najčešće pati od poremećaja prehrane. Za razliku od muških ispitanika koji su imali slabije rezultate, 58.46% spomenulo anoreksiju, 32.31% bulimiju, 3.98% prejedanje, i samo 26.15% je istaknulo adolescenciju na pitanje tko najviše pati od poremećaja prehrane. Također 94.12% ženskog spola je smatralo da poremećaji prehrane mogu razviti druge psihičke i fizičke poteškoće, te je 51.45% zaokružilo da većinom boluje ženski spol, ali da nisu ni muškarci isključeni. Čak 87.69% ispitanika muškog spola je znalo da poremećaji prehrane mogu razviti druge psihičke i fizičke poteškoće, 60.81% misli da podjednako boluje ženski i muški spol. Razlozi zbog čega djevojke više pate od poremećaja prehrane još nisu dovoljno istraženi. Prema dr. Prestonu i suradnicima (14) koji su postavili pitanje zašto su žene više podložene razvijanju poremećaja prehrane, proveli su istraživanje gdje su ispitali moždanu aktivnost kod 16 žena i 16 muškaraca. Tijekom istraživanja predstavljena su im dvije video snimke, od kojih jedna prikazuje pretilo, a druga mršavo tijelo. Ispitanici su bili priključeni na uređaj za magnetsku rezonancu. Tijekom istraživanja uočena je veza između tjemenog režnja (područja koja su povezana s percepcijom tijela) i područja mozga povezana s subjektivnim osjećajima, poput bijesa ili straha. Znanstvenici su uočili istaknutiju moždanu aktivnost kod žena kad im se predstavilo pretilo tijelo. Zaključak ovog istraživanja pokazao je veće nezadovoljstvo percepcije tijela kod žena izazvano neurobiološkim razlozima. Također su i u ovom istraživanju ispitanici ženskog spola pokazali veće nezadovoljstvo prema svom fizičkom izgledu, gdje ih je samo 44.14% zadovoljno sa svojim

izgledom, 42.65% ima potrebu izgubiti na kilaži, 67.12% je navelo da emocije utječu na njihovu prehranu, 55.88% ih se boji pretilosti, 55.88% nikad nije osjećalo sram zbog toga koliko su pojele, 70.59% nisu izbjegavale jeo kako ne bi dobile na težini, 60.29% nikad nisu bile na dijete. Dok su ispitanici muškog spola imali manji postotak nezadovoljstva prema svom tijelu, 60% su zadovoljni svojim tijelom, 52.31% su zadovoljni svojom kilažom, 33.85% su naveli da emocije kontroliraju njihovu prehranu, 52.31% se boje pretilosti, 66.15% nikad nisu izbjegavali jesti da ne bi dobili na težini, 63.08% nikad nisu bili na dijete. Zanimljivo istraživanje je provedeno u Rijeci 2004. godine na 139 učenika sedmih razreda. Testiranja su se provela kod adolescenata u razdoblju od šest mjeseci, po dva školska sata, u dvije grupe određene preventivnim programom poremećaja prehrane. Početkom svakog sata provodio se edukativni dio, zatim grupne aktivnosti i diskusije. Rezultati su pokazali da su djevojke iz eksperimentalnih i kontrolnih skupina imale bolje znanje o poremećajima prehrane od dječaka, kao i u ovom istraživanju koje je provedeno u Gospiću. No, istraživanje u Rijeci je dokazalo da su djevojke iz eksperimentalne skupine nakon testiranja imale znatno veće samopouzdanje, te da se nisu po samopouzdanju razlikovale od dječaka. Preventivni programi su pokazali da smanjenje učestalosti provođenja dijeta, povećava samopouzdanje, te umanjuju tendencije negativnih stavova prema navikama hranjenja (15). Po rezultatima dobivenima u Gospiću, gdje je 44.14% djevojaka, a 60% dječaka zadovoljno svojim fizičkim izgledom, slični programi bi imali značajne razlike.

6. Zaključak

Poremećaj prehrane smatra se ozbiljnim javnozdravstvenim problemom. U Republici Hrvatskoj od navedenog boluje između 35000-40000 ljudi. Najpoznatiji oblici poremećaj prehrane su anorexia i bulimia nervosa. Iako oba poremećaja imaju drugačiji pristup prema hrani, cilj je isti, a to je što manja tjelesna težina. Ovaj poremećaj pogađa ne samo pacijenta, već i cijelu obitelj i ostavlja teške psihičke i fizičke posljedice. Poremećaji su u stalnom porastu, te uzroci mogu biti kombinacija više faktora kao što su zlostavljanje, utjecaj medija, genetika i odgoj roditelja. Prisustvo ovakih poremećaja se često kasno primjećuje odnosno kad je poremećaj već uznapredovao. Liječenje je dugotrajan i kompleksan proces, te zahtjeva potporu bliskih osoba i cijelog zdravstvenog tima. Tijekom istraživanja dokazana je i potvrđena hipoteza rada, točnije kako se u školama ne govori dovoljno o poremećajima prehrane, te da se učenici slažu sa tom tvrdnjom. Podaci za ove bolesti nisu potpuni jer se prate samo hospitalizirani slučajevi, te oni ne uključuju osobe koje su tražile pomoć na drugim mjestima (npr. psiholog, psihijatar, studentska savjetovališta, dnevne bolnice, itd.). Navedenim vidimo koliko se zapravo neozbiljno shvaća ovaj psihički poremećaj odnosno mentalno zdravlje mladih ljudi. Kako se za određene bolesti provodi edukacija i preventivne mjere kod rizičnih skupina, smatram kako bi se škole i ostale ustanove trebale više baviti poremećajima prehrane kod adolescenata. Iako se ova bolest ne može u potpunosti spriječiti, edukacijom i razgovorom može se smanjiti stigma vezana za poremećaj prehrane te mladima omogućiti lakše traženje pomoći ukoliko uoče određene simptome.

7. Literatura

1. Costin C. Poremećaji prehrane: 100 pitanja i odgovora. Zagreb: Mozaik knjiga, 2010.
2. Horvat P. Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja-Anoreksija nervosa (završni rad). Varaždin; Sveučilište Sjever; 2016. 4 str.
3. Grillo M. C, Mitchell E. J. The Treatment of Eating Disorders: A clinical handbook. New York: The Guilford Press, 2011.
4. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i Bulimija nervoza- za rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicine (online). 2015. Dostupno na:
file:///C:/Users/kbutk/Downloads/Medicus_v6_165_171_Sambol_Cikac.pdf (22.01.2020)
5. Berkow R, Beer H. M, Fletcher J. A. U: Dr. med. Ivančević Ž. MSD Medicinski priručnika za pacijente. Drugo hrvatsko izdanje. Split: Placebo, 2008. Str. 425.
6. Prof. Dr. Vidović V. ANOREKSIJA I BULIMIJA. Zagreb: 4P, 1998.
7. Bauer J. Nutricionizam: Potpuni vodič za neznalice. Zagreb: HENA COM, 2005.
8. Grave D. R. Kako pobijediti poremećaje hranjenja: program temeljen na kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Zagreb: Veble Commerce, 2015.
9. Odobašić M. ANOREKSIJA I BULIMIJA-GREŠNI ZAHTJEVI SUVREMENE MODNE SCENE (diplomski rad). Đakovo; Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; 2017.
10. Ekern J. Binge Eating Disorder:Causes, Symptoms, Signs & Treatment Help (online). 2012. Dostupno na: <https://www.eatingdisorderhope.com/information/binge-eating-disorder> (22.01.2020)
11. Gordon A.R, Katzman A.M, Nasser M. Eating Disorders and Cultures in Transition. East Sussex: Brunner-Routledge, 2001.
12. Bellini M, Cuzzoloaro M, Donini L, Santomassimo C. Binge Eating Disorder and Body Uneasiness, Psihologijske teme (internet). 2008 (pristupljeno 01.02.2020); 17(2): Str. 287-312. Dostupno na :
file:///C:/Users/kbutk/Downloads/cuzzolaro_bellini_donini_santomassimo_2008.pdf
13. Behm-Morawitz E, Lewallen J. Pintrest or Thinterest?: Social Comparison and Body Image on Social Media (online). Social media + Society, 2016. Str. 1-9. Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2056305116640559> (01.02.2020)

14. Whiteman h. Why are women more vulnerable to eating disorders* Brain study sheds light. Medical News Today, 2016. Dostupno na <https://www.medicalnewstoday.com/articles/313466.php#1> (01.02.2020)
15. Doc. dr. sc. Pokrajac-Bulian A, doc. dr. sc. Živčić- Bećirević I. Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Sveučilište u Rijeci (online). 2004 (pristupljeno 17.03.2020); Str. 67-68. Dostupno na https://vitamini.hr/upload/2017/08/bulian-_prevencija_poremecaja_u_hranjenju_u_ranoj__598da20f62d5b.pdf

8. Potpis kratica i oznaka

AN- Anoreksia nervosa (eng. Anorexia nervosa)

APA –Američko psihološko udruženje (eng. American Psychological Association)

Bed-Poremećaj prejedanja (eng. Binge Eating Disorder)

BMI-Indeks tjelesne mase (eng. Body Mass Index)

BN- Bulimia nervosa

BSQ-Upitnik o obliku tijela (eng. The Body Shape Questionnaire)

DSM-IV-TR – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 4. izdanje

(eng. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition, Text Revision)

EAT- Test stavova o prehrani (eng. The Eating Attitudes Test)

NICE- Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i njezi (Eng. The National Institute for Health and Care Excellence)

SGOT-Serumska glutamat-oksaloacetat transaminaza (eng. Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase)

SGPT-Serumska glutamat-piruvat transaminase (Serum Glutamate-Pyruvate Transaminase)

SNRI-Inhibitori ponove pohrane serotonina i noradrenalina (eng. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors)

SSRI-Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (eng. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)

T3-Trijodtironin (eng. Triiodothyronine)

T4-Tiroksin (eng. Thyroxine)

TSH-stimulirajući hormon štitnjače (eng. Thyroid Stimulating Hormone)

9. Sažetak

Poremećaj prehrane je psihički poremećaj koji najčešće pogađa adolescente. Karakteriziran je trajnim narušavanjem obrasca hranjenja ili ponašanja kako bi se kontrolirala tjelesna težina. Kada govorimo o poremećajima prehrane, prije svega misli se na anoreksiju i bulimiju, no sve češće se pojavljuje poremećaj prejedanja koji spada pod ENDOS, odnosno nespecifični poremećaj hranjenja. Poremećaji prehrane sve se češće pojavljuje, te ga uzrokuju kombinacije bioloških, psihičkih i socijalnih čimbenika. Važnost kod liječenja svih psihičkih bolesti jesu potpora bližnjih osoba, te ugradnja cijelog zdravstvenog tima. Uloga medicinskih sestara je provođenje pravilnih intervencija s kojim će uspostaviti plan prehrane, podignuti samopouzdanje, te naučiti kako se suprostaviti svakodnevnim stresorima.

U istraživanju koje je provedeno u osnovnoj školi Dr. Jure Turića i u Gimnaziji Gospić sudjelovalo je 133 ispitanika. Sastavljen je anketa koja ispituje znanje i stavove o poremećajima prehrane i mišljenje adolescenata o vlastitom tijelu što je ujedno i cilj rada. Napravljena je usporedba između osnovne i srednje škole, te između muškog i ženskog spola. Rezultati potvrđuju manjak znanja o poremećajima prehrane kod učenika, te sami ispitanici smatraju kako bi se trebalo više pričati o zadanoj temi.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, znanje, stavovi, anoreksija, bulimija, poremećaj prejedanja.

10.Summary

Opinions and Knowledge About Eating Disorders According to Adolescents

An eating disorder is a psychological disorder that most commonly affects adolescents. It is characterized by the permanent disruption of eating patterns or behaviors to control weight. When it comes to eating disorders, primarily we think about anorexia and bulimia nervosa, however binge eating has become more common and falls under the category ENDOS, also known as an eating disorder not otherwise specified. Eating disorders are increasingly occurring and are caused by a combination of biological, psychological and social factors. The importance of support from loved ones and cooperation of an entire healthcare team play a crucial role in treating these mental illnesses. The role of nurses is to conduct proper interventions to establish a diet plan, raise self-confidence, and learn how to deal with everyday stressors.

This study involved 133 subjects, it was conducted in the primary school Dr. Jure Turić and high school Gimnazija Gospić. The surveys were compiled to examine the knowledge and attitudes about eating disorders and adolescents opinions about their own bodies, which was also the goal of the study. A comparison of the results were made between the primary school and high school students and between the male and female answers. The results confirm that students have a lack of knowledge about eating disorders and the subjects themselves believe that the topic should be better discussed.

Keywords: eating disorders, knowledge, attitudes, anorexia, bulimia, binge eating

11. Prilozi

Prilog 1. Upitnik

Spol- M/Ž

Dob: Osnovna škola/ Srednja škola (zaokružite)

1. Koje poremećaje u prehrani poznajete? _____
2. Po vašem mišljenju koji su najčešći razlozi zbog kojih dolazi do razvijanja poremećaja u prehrani?
 - a) Manjak samopouzdanja
 - b) Utjecaj medija (društvene mreže, časopisi, tv)
 - c) Odgoj i odnosi s roditeljima
 - d) Neka vrsta zlostavljanja kao glavni uzrok
 - e) Genetika
3. Poremećaji prehrane se najčešće razvijaju u:
 - a) Djetinjstvu
 - b) Adolescenciji
 - c) Odrasloj dobi
 - d) Nema veze s godinama
4. Smatrate li da poremećaji u prehrani mogu utjecati na razvoj drugih psihičkih i fizičkih poteškoća?
 - a) Da
 - b) Ne
5. Poremećaji prehrane su poremećaji od kojih boluje samo ženska populacija?
 - a) Da
 - b) Ne
 - c) Podjednako boluju i muški i ženski spol
6. Smatrate li da su poremećaji prehrane problem 21. stoljeća?
 - a) Da
 - b) Ne
7. Po vašem mišljenju govori li se dovoljno o poremećajima prehrane:
 - a) Da
 - b) Ne

8. Smatrate li vi da društvene mreže (Instagram, Facebook, Snapchat..) utječu na razvoj poremećaja u prehrani?
- a) Slažem se
 - b) Ne slažem se
 - c) Djelomično se slažem
9. Jeste li zadovoljni svojim izgledom?
- a) Jesam
 - b) Često
 - c) Ponekad
 - d) Nikad
10. Osjećate li potrebu izgubiti na težini?
- a) Ne. zadovoljna/an sam težinom
 - b) Da. 1-3 kilograma
 - c) Da. 5-8 kilograma
 - d) Da. 10+ kilograma
11. Da li vaše emocije utječu na našu prehranu?
- a) Da
 - b) Ne
12. Bojite li se biti pretili?
- a) Da
 - b) Ne
13. Jeste li ikad osjećali sram ili nelagodu zbog toga koliko ste pojeli?
- a) Nikad
 - b) Nekad
 - c) Rijetko kad
 - d) Često
 - e) Stalno
14. Izbjegavate li jesti kad ste gladni da ne dobijete na težini?
- a) Da
 - b) Često
 - c) Ponekad
 - d) Nikad

15. Jeste li ikad bili na dijeti?

- a) Jednom
- b) 2-3 puta
- c) Više puta
- d) Sad sam na dijeti
- e) Nikad

16. Može li se spriječiti razvoj poremećaja u prehrani, objasnite s nekoliko riječi:

- a) Da
 - b) Ne
-
-

17. Da primjetite da vaš prijatelj/član obitelji u određenom vremenskom razdoblju izgubio dosta kilograma te ima čudne prehrambene navike, što bi ste napravili?

- a) Obratio/la bi mu se i rekao/la da potraži pomoć
- b) Obratio/la bi se roditeljima ili osobi koja je bliska s njom/njemu
- c) Ne bi ništa napravio/la

Potpis tablica i grafova


Graf 1. Raspodjela ispitanika s obzirom na spol.....	18
Graf 2. Raspodjela ispitanika osnovne i srednje škole.....	18
Tablica 1. Odgovori na prvo pitanje iz ankete, usporedba osnovne i srednje škole.....	19
Tablica 2. Odgovori na drugo pitanje iz ankete, usporedba osnovne i srednje škole.....	20
Tablica 3. Odgovori na treće pitanje iz ankete, usporedba osnovne i srednje škole.....	21
Graf 3. Odgovori na četvrto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	22
Graf 4. Odgovori na četvrto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	22
Graf 5. Odgovori na četvrto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	22
Graf 6. Odgovori na četvrto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	22
Tablica 4. Odgovori na peto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	23

Graf 7. Odgovori na šeto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	24
Graf 8. Odgovori na šesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	24
Graf 9. Odgovori na šesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	24
Graf 10. Odgovori na šesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	24
Graf 11. Odgovori na sedmo pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	25
Graf 12. Odgovori na sedmo pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	25
Graf 13. Odgovori na sedmo pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	25
Graf 14. Odgovori na sedmo pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	25
Tablica 5. Odgovori na osmo pitanje ankete, usporedba osnovne i srednje škole.....	26
Tablica 6. Odgovori na deveto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	26
Tablica 7. Odgovori na deseto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	27
Graf 15. Odgovori na jedanaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	28
Graf 16. Odgovori na jedanaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	28
Graf 17. Odgovori na jedanaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	28
Graf 18. Odgovori na jedanaesto pitanje, usporedba osnovna i srednje škole.....	28
Graf 19. Odgovori na dvanaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	29
Graf 20. Odgovori na dvanaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	29
Graf 21. Odgovori na dvanaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	29
Graf 22. Odgovori na dvanaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	29
Tablica 8. Odgovori na trinaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	30
Tablica 9. Odgovori na četrnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	30

Tablica 10. Odgovori na petnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	31
Graf 23. Odgovori na šesnaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	32
Graf 24. Odgovori na šesnaesto pitanje, usporedba muškog i ženskog spola.....	32
Graf 25. Odgovori na šesnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	32
Graf 26. Odgovori na šesnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	32
Tablica 11. Odgovori na sedamnaesto pitanje, usporedba osnovne i srednje škole.....	33

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, 10.06.2020	Katarina Butković	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Katarina Butković

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 10.06.2020

Katarina B.
potpis studenta/ice