

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

SAMOPODOBA IN SAMOSPOŠTOVANJE PRI OSEBAH
Z MOTNJAMI HRANJENJA

NIKA BAJDA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Samopodoba in samospoštovanje pri osebah z motnjami
hranjenja**

(Self-image and self-esteem in people suffering from eating disorders)

Ime in priimek: Nika Bajda

Študijski program: Biopsihologija, 2. stopnja

Mentor: doc. dr. Maša Černelič Bizjak

Koper, maj 2017

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Nika BAJDA

Naslov magistrskega dela: Samopodoba in samospoštovanje pri osebah z motnjami hranjenja

Kraj: Koper

Leto: 2017

Število listov: 95 Število tabel: 22

Število prilog: 1 Št. strani prilog: 2

Število referenc: 83

Mentor: doc. dr. Maša Černelič Bizjak

UDK: 159.9:616.89(043.2)

Ključne besede: motnje hranjenja, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prenažedanje, ortoreksija nervoza, samopodoba, samospoštovanje, preventiva

Izveček: Glede na porast motenj hranjenja v Sloveniji in po svetu le-te predstavljajo pomemben javno-zdravstveni problem. Namen raziskave v okviru magistrske naloge je bil osvetliti problematiko nizke samopodobe in nizkega samospoštovanja v povezavi z motnjami hranjenja na slovenskem vzorcu mladostnikov in odraslih oseb, ki se soočajo z motnjami hranjenja. Namen naloge je bil tudi opredeliti intervencije in preventivne ukrepe za večanje in krepitev pozitivne samopodobe in samospoštovanja. V raziskavo je bilo vključenih 30 oseb ženskega spola s klinično diagnosticirano motnjo hranjenja. Za potrebe pridobivanja podatkov smo izvedli polstrukturiran intervju in uporabili tri standardizirane vprašalnike - Vprašalnik samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti (SDQ III), Vprašalnik strukture samopodobe (SCS) in Vprašalnik samospoštovanja (SLCS-R). Izvedba polstrukturiranega intervjuja in reševanja vprašalnikov je potekala v prostorih Društva za ustvarjanje in kvaliteto življenja MUZA in na drugih dogovorjenih lokacijah. Dobljeni rezultati našega vzorca so skladni s predhodno opisanimi teorijami, ki pravijo, da imajo osebe, ki se soočajo z motnjami hranjenja, nizko samopodobo in nizko samospoštovanje. Glede na dobljene rezultate našega vzorca lahko sklepamo, da moramo poseben poudarek nameniti področjem samougajanja, splošni samopodobi, čustveni stabilnosti in odnosom. Pri primarni preventivi apeliramo predvsem na vzgojno-izobraževalne sisteme, kjer menimo, da obstaja še veliko manevrskega prostora na področju preventive.

Key words documentation

Name and SURNAME: Nika BAJDA

Title of the master thesis: Self-image and self-esteem in people suffering from eating disorders

Place: Koper

Year: 2017

Number of pages: 95 Number of tables: 22

Number of appendix: 1 Number of appendix pages: 2

Number of references: 83

Mentor: Assist. Prof. Maša Černelič Bizjak, PhD

UDK: 159.9:616.89(043.2)

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, orthorexia nervosa, self-image, self-esteem, prevention

Abstract: In view of the rise of eating disorders in Slovenia and throughout the world we hereby dealt with a significant problem of public health. The aim of the research within this master's thesis was not only to illuminate the problem of poor self-image and low self-esteem in connection with eating disorders in Slovenian adolescents and adults suffering from eating disorders, but also to define interventions and preventive measures for increasing and strengthening one's self-image and self-esteem. The research included 30 female participants suffering from clinically diagnosed eating disorder. As a data collection method we applied a semi-structured interview and three standardized questionnaires - the Self-Description Questionnaire III (SDQ III), the Self-Construal Scale (SCS) and the Self-Competence/Self-Liking Scale (SLCS-R). The semi-structured interview was conducted and the questionnaires were filled out on the premises of Društvo za ustvarjanje in kvaliteto življenja MUZA and other premises agreed upon. The obtained results of our sample comply with previously described theories declaring that people suffering from eating disorders also suffer from poor self-image and low self-esteem. In consideration of these results it is suggested that special stress be laid on the field of self-liking, general self-image, emotional stability and relationships. Within the primary prevention we have to especially approach the educational systems, where according to our opinion there is still plenty of elbow room in the field of preventive measures.

ZAHVALA

Magistrska naloga je nastajala malo manj kot dve leti. Na tem mestu bi se rada zahvalila vsem osebam, ki so kot udeleženske prostovoljno sodelovale pri dani magistrski nalogi, nemalokrat težko stopile iz ozadja in bile tako pripravljene z mano deliti svojo grenko izkušnjo z motnjo hranjenja in brez katerih ta magistrska naloga ne bi imela tolikšne vrednosti. S svojimi življenjskimi zgodbami so v meni pustile neizbrisljiv pečat. Iskrena hvala vsem za zaupanje.

Hvala tudi Društvu za ustvarjanje in kvaliteto življenja – MUZA, da so mi septembra 2015 odprli vrata in mi kot prostovoljki dali možnost preizkusiti svoje teoretično znanje o motnjah hranjenja še v praksi. Z delom v MUZI sem si nabrala neprecenljive izkušnje in svoje znanje o motnjah hranjenja tako še izpopolnila.

Za boljše razumevanje dela z osebami, ki se soočajo z motnjo hranjenja, številne dragocene nasvete in pomoč pri zbiranju vzorca se zahvaljujem vodji programa Muza – Vesni Šolar.

Za topel človeški odnos, usmerjanje, oblikovne in vsebinske nasvete, predvsem pa za vzpodbudo, se zahvaljujem svoji mentorici doc. dr. Maši Černelič Bizjak.

Na koncu pa gre največja zahvala mojim staršem, ki sta mi pomagala tudi pri oblikovanju moje lastne samopodobe. Ni jima bilo vedno lahko.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 MOTNJE HRANJENJA.....	3
1.1.1 Klasifikacija motenj hranjenja.....	3
1.1.2 Anoreksija nervoza.....	4
1.1.3 Bulimija nervoza.....	7
1.1.4 Kompulzivno prenejedanje.....	9
1.1.5 Motnje hranjenja in motnje prehranjevanja.....	11
1.1.6 Nove oblike motenj hranjenja.....	11
1.1.7 Epidemiološki podatki o motnjah hranjenja v zahodnem svetu.....	12
1.1.8 Motnje hranjenja v Sloveniji.....	13
1.2 NIZKA SAMOPODOBA IN SAMOSPOŠTOVANJE KOT DEJAVNIKA TVEGANJA ZA MOTNJE HRANJENJA.....	16
1.2.1 Samospoštovanje.....	18
1.2.2 Samopodoba.....	20
1.3 PREVENTIVNO DELOVANJE POVEZANO Z MOTNJAMI HRANJENJA.....	24
1.3.1 Vloga šole in izobraževanja za osebe z motnjo hranjenja.....	25
1.3.2 Odzivanje izobraževalnih institucij na pojavnost motenj hranjenja.....	26
1.3.3 Intervencije za večanje in krepitev pozitivne samopodobe in samospoštovanja.....	27
1.3.4 Splošne smernice za obravnavo vsebin s področja motenj hranjenja.....	30
1.3.5 Usmeritve in izhodišča za razgovore z otroki in mladostniki.....	32
1.3.6 Izboljšanje telesne samopodobe otrok in mladostnikov.....	34
1.3.7 Deset korakov do boljše samopodobe in samospoštovanja.....	35
1.4 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKE NALOGE.....	37
1.5 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE.....	37
2 METODA.....	39
2.1 VZOREC.....	39
2.2 PRIPOMOČKI.....	40
2.3 POSTOPEK.....	42
2.4 OBDELAVA PODATKOV ALI STATISTIČNA ANALIZA.....	43
3 REZULTATI.....	44
3.1 OPISNA STATISTIKA VPRAŠALNIKOV.....	44
3.1.1 Vprašalnik samospoštovanja SLCS-R.....	44
3.1.2 Vprašalnik strukture samopodobe SCS.....	46
3.1.3 Vprašalnik samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti SDQ III.....	47
3.2 ANALIZA RAZLIK GLEDE NA MOTNJO HRANJENJA.....	51

3.2.1 Razlike na lestvicah Vprašalnika SLCS-R glede na motnjo hranjenja	51
3.2.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na motnjo hranjenja.....	51
3.2.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SDQ III glede na motnjo hranjenja.....	52
3.3.1 Razlike na lestvicah Vprašalnika SLCS-R glede na starost	54
3.3.2 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na starost.....	55
3.3.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SDQ III glede na starost.....	55
3.4 ANALIZA RAZLIK GLEDE NA MOTNJO HRANJENJA IN GLEDE NA STAROST	57
3.4.1 Razlike na lestvicah Vprašalnika SLCS-R glede na motnjo hranjenja in starost	57
3.4.2 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na motnjo hranjenja in starost	58
3.4.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na motnjo hranjenja in starost	58
3.5 POVEZAVA MED SAMOPODOBO IN SAMOSPOŠTOVANJEM.....	60
3.5.1 Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SCS.....	60
3.5.2 Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SDQ III.....	61
3.5.3 Korelacije med lestvicami vprašalnikov SCS in SDQ III	62
4 INTERPRETACIJA	64
4.1 OMEJITVE IN PREDNOSTI RAZISKAVE.....	72
5 SKLEPI.....	74
6 LITERATURA IN VIRI.....	75

KAZALO TABEL

Tabela 1: Značilnosti neodvisnega in soodvisnega jaza (po Musek, 2010).....	23
Tabela 2: Osnovna opisna statistika rezultatov lestvic vprašalnika SLCS-R za celotni vzorec	44
Tabela 3: Koeficienta asimetrije in sploščenosti za rezultate na lestvicah vprašalnika SLCS-R	44
Tabela 4: Primerjava M in SD na vprašalniku SLCS-R med našim vzorcem in normami	45
Tabela 5: Osnovna opisna statistika rezultatov lestvic vprašalnika SCS za celotni vzorec	46
Tabela 6: Koeficienta asimetrije in sploščenosti za rezultate na lestvicah vprašalnika SLCS-R	46
Tabela 7: Primerjava M in SD na vprašalniku SCS med našim vzorcem in normami.....	47
Tabela 8: Osnovna opisna statistika rezultatov lestvic vprašalnika SDQ III za celotni vzorec	48
Tabela 9: Koeficienta asimetrije in sploščenosti za rezultate na lestvicah vprašalnika SDQ III	49
Tabela 10: Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja na lestvicah vprašalnika SLCS-R.....	50
Tabela 11: Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja na lestvicah vprašalnika SLCS-R	51
Tabela 12: Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja na lestvicah vprašalnika SCS.....	52
Tabela 13: Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja na lestvicah vprašalnika SDQIII	53
Tabela 14: Razlike med skupinama glede na starost na lestvicah vprašalnika SLCS-R.....	54
Tabela 15: Razlike med skupinama glede na starost na lestvicah vprašalnika SCS	55
Tabela 16: Razlike med skupinama glede na starost na lestvicah vprašalnika SDQ III	56
Tabela 17: Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja in starost na lestvicah vprašalnika SLCS-R	57
Tabela 18: Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja in starost na lestvicah vprašalnika SCS	58
Tabela 19: Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja in starost na lestvicah vprašalnika SDQ III	59

Tabela 20: Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SCS na našem vzorcu (N=30)	61
Tabela 21: Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SDQ III na našem vzorcu (N=30)	61
Tabela 22: Korelacije med lestvicami vprašalnikov SCS in SDQ III na našem vzorcu (N=30)	63

KAZALO PRILOG

PRILOGA A: Polstrukturiran intervju

SEZNAM KRATIC

ANOVA - analiza variance

DSM-V - Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj Ameriške psihiatrične zveze (2013)

ITM - indeks telesne mase

MKB-10 - Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene

SCS - Vprašalnik strukture samopodobe (ang. Self-Construal Scale, Singelis, 1994)

SDQ III - Vprašalnik samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti (ang. The Self-Description Questionnaire III, Marsh, 1992)

SLCS-R - Vprašalnik samospoštovanja (ang. Self-Competence/Self-Liking Scale, 1995)

1 UVOD

Motnje hranjenja predstavljajo resno duševno motnjo, saj je med vsemi psihološkimi motnjami smrtnost zaradi le-teh najvišja, celo višja kot pri depresiji (Vitiello in Lederhendler, 2000). Glede na porast motenj hranjenja v Sloveniji in po svetu le-te predstavljajo pomemben javno-zdravstveni problem (Ser nec, 2012).

Motnje hranjenja so po Ameriški psihiatrični zvezi (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V, 2013)), kot tudi po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10), uvrščene med duševne motnje, ki jih v grobem delimo na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in kompulzivno prena j edanje. Gre za kronične, ponavljajoče se motnje, ki so pogosto povezane s psihiatrično komorbidnostjo in resnimi telesnimi zapleti (Ser nec, 2010).

Motnje hranjenja so kompleksne in večplastne. Vzroki za motnje hranjenja niso enoznačni. Na njihov razvoj lahko vplivajo tako biološko-genetski, družinski kot tudi socialno-kulturni dejavniki. Vplive dejavnikov tveganja lahko bistveno zmanjšamo z večanjem pozitivne samopodobe in samospoštovanja. Vendar pa je za večino oseb, ki so razvile motnjo hranjenja, značilno ravno obratno, in sicer, da imajo nizko stopnjo samospoštovanja in nizko samopodobo (Pelc, 2012).

Obstaja precej raziskav, ki kažejo, da nizko samospoštovanje pogosto pomeni tveganje za individualne in socialne težave, kot npr. za razvoj motenj hranjenja. Nizko samospoštovanje je lahko celo vzrok oziroma motivator za razvoj tovrstnih čustvenih težav in odklonskih vedenj (Kobal Grum in Musek, 2009).

Samospoštovanje je po Rosenbergu (1965, v Noordenbos, Aliakbari in Campbell, 2014) definirano kot odnos do samega sebe in vključuje oceno lastnih sposobnosti za doseganje določenih ciljev v smislu lastne učinkovitosti. Nizko samospoštovanje izraža splošno negativno oceno do samega sebe, prav tako pa je pomemben dejavnik tveganja za ekstremno dietno vedenje in motnje hranjenja, ki delujejo kot strategije za povečanje le-tega (Cervera idr., 2003; Curzio idr., 2015; Dunkley in Grilo, 2007; Fairburn, Cooper in Shafran, 2003; Halvorsen in Heyerdahl, 2006, v Noordenbos, Aliakbari in Campbell, 2014).

Veliko raziskav kaže, da je visoko samospoštovanje varovalni dejavnik za nastanek motenj hranjenja, medtem ko je nizko samospoštovanje dejavnik tveganja za kasnejše motnje hranjenja in motnje v samopodobi (Caglar-Nazali idr., 2014; Cervera idr., 2003; Gilbert in Meyer, 2005; Granillo, Jones-Rodriguez in Carvajal, 2005, v Kelly, Vimalakanthan in Carter, 2014; Shea in Pritchard, 2007).

Vendar pa ne vpliva le samospoštovanje na samopodobo. V svoji študiji so Farrar, Stopa in Turner (2015) ugotovili, da ima tudi negativna samopodoba negativen vpliv na samospoštovanje, medtem ko ima pozitivna samopodoba koristne učinke. Negativna samopodoba zmanjša zadovoljstvo s posameznikovim telesom, pozitivna samopodoba pa zadovoljstvo zvišuje (Farrar, Stopa in Turner, 2015).

Negativna samopodoba se povezuje s slabšo prognozo pri motnjah hranjenja (Björck, Clinton, Sohlberg in Norring, 2007). Značilno pa je tudi, da osebe z negativno samopodobo prej zapustijo zdravljenje, in to na lastno odgovornost (Björck, Björck, Clinton, Sohlberg in Norring, 2009).

Nizko samospoštovanje je eden od največkrat prisotnih rizičnih dejavnikov pri osebah z motnjami hranjenja (Polvy, Herman in Boivin, 2004, v Copak in Uzman, 2012). Negativno samovrednotenje in občutki ničvrednosti so bili kot izredno pomemben dejavnik pri motnjah hranjenja znani že v zgodnjih sedemdesetih letih prejšnjega stoletja (Bruch, 1975, v Copak in Uzman, 2012). Z nizkim samospoštovanjem pa je tesno povezana negotova in nejasno oblikovana samopodoba (Fairburn, Cooper, Welch in Doll, 1999, v Copak in Uzman, 2012).

Ta magistrska naloga v svojem bistvu osvetljuje problematiko nizke samopodobe in nizkega samospoštovanja. Gre za pomembna dejavnika tveganja pri motnjah hranjenja, kjer menimo, da je na sistemski ravni preventive (predvsem v Sloveniji) še veliko manevrskega prostora. Naloga se deli na teoretični in empirični del. V prvem, teoretičnem delu, so opisane motnje hranjenja po zadnji izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj ameriške psihiatrične zveze (DSM-V). Sledi poglavje o nizki samopodobi in nizkem samospoštovanju, ki veljata kot najpomembnejša dejavnika tveganja za razvoj motenj hranjenja. Teoretični del se zaključí s primeri preventivnega delovanja na področju večanja in krepitve pozitivne samopodobe in samospoštovanja. Na tem mestu pripisujemo šolskemu sistemu izjemen pomen. V empiričnem delu smo želeli preveriti teoretska spoznanja na slovenskem vzorcu mladostnikov in odraslih oseb, ki imajo diagnosticirano eno izmed motenj hranjenja. Pri tem smo uporabili polstrukturiran intervju in tri standardizirane vprašalnike, ki se nanašajo na samopodobo in samospoštovanje. Sledijo rezultati naše raziskave in interpretacija. Za konec pa magistrska naloga izpostavi področja samopodobe in samospoštovanja, katerim je pri preventivi potrebno nameniti največ pozornosti. Zaključí se s predlogom spremembe obstoječega šolskega sistema, ki bi se moral osredotočati tudi na krepitev in izboljšanje posameznikove samopodobe ter samospoštovanja in ne le na šolski uspeh.

1.1 MOTNJE HRANJENJA

1.1.1 Klasifikacija motenj hranjenja

Motnje hranjenja so opredeljene tako v priročniku Ameriške psihiatrične zveze (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)) kot tudi v Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10). Motnje hranjenja so v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) uvrščene v poglavje V k duševnim in vedenjskim motnjam (F00-F99) in spadajo v podpoglavje Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50-F59). Motnje prehranjevanja (F50) se delijo na: anoreksijo nervozo (F50.0), atipično anoreksijo nervozo (F50.1), bulimijo nervozo (F50.2), atipično nervozno bulimijo (F50.3), preobjedanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami (F50.4), bruhanje, povezano z drugimi duševnimi motnjami (F50.5), druge motnje prehranjevanja (F50.8) in motnjo hranjenja, neopredeljeno (F50.9) (Moravec Berger, 2005). Motnje hranjenja so v priročniku Ameriške psihiatrične zveze uvrščene v poglavje Motnje hranjenja in prehranjevanja. Delijo se na: pico, ki se naprej deli na pico pri otrocih (F98.3) in pico pri odraslih (F50.8), motnjo prežvekovanja (F98.21), motnjo izogibanja vnosa hrane in restriktivnega vnosa hrane (F50.8), anoreksijo nervozo, ki jo delimo na restriktiven tip (F50.01) in prenajedanje/purgativni tip (F50.02), bulimijo nervozo (F50.2), kompulzivno prenajedanje (F50.8), druge specifične motnje prehranjevanja ali hranjenja (F50.8), kamor spadajo atipična anoreksija nervosa, bulimija nervosa (nizke frekvence in/ali omejenega trajanja), kompulzivno prenajedanje (nizke frekvence in/ali omejenega trajanja), motnja bruhanja in sindrom nočnega hranjenja, nespecifične motnje prehranjevanja ali hranjenja (F50.9) (American Psychiatric Association, 2013).

Značilnost motenj hranjenja in prehranjevanja je trdovratno moteno hranjenje ali s hranjenjem povezano vedenje, ki se odraža v spremenjenem uživanju hrane ali vnosu hrane in bistveno zmanjša telesno zdravje ali psihosocialno delovanje. Diagnostična merila so predvidena za pico, motnjo prežvekovanja, motnjo izogibanja vnosa hrane in restriktivnega vnosa hrane, anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in kompulzivno prenajedanje. Diagnostični kriteriji za motnjo prežvekovanja, motnjo izogibanja vnosa hrane ali restriktivnega vnosa hrane, anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in kompulzivno motnjo hranjenja so zajeti v klasifikacijski shemi, ki je medsebojno izključujoča, kar pomeni, da se v času trajanja posamezne epizode lahko pripiše le ena od teh diagnoz. Osnova, na kateri temelji ta pristop, je namreč ta, da se kljub številnim psihološkim in vedenjskim značilnostim motnje bistveno razlikujejo v kliničnem zdravljenju, izidu in potrebam zdravljenja. Izjema je pica, ki se jo lahko diagnosticira tudi v prisotnosti katere koli druge motnje hranjenja in prehranjevanja. Nekateri posamezniki z motnjami hranjenja poročajo o takšnih simptomih povezanih s prehranjevanjem, ki so podobni tistim, ki so tipično značilni za posameznike z

motnjami zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, kot sta bolesta želja po določeni snovi (craving) in vzorci kompulzivnega uživanja določene snovi. Ta podobnost lahko odraža vključenost istih živčnih sistemov, vključno s tistimi, ki vplivajo na uravnavanje samokontrole in nagrajevanja, v obeh skupinah motenj. Vseeno pa zadevni prispevki skupnih in individualnih dejavnikov k razvoju in nadaljnemu obstoju motenj prehranjevanja in motenj zaradi uživanja psihoaktivnih snovi še vedno niso dovolj razumljeni (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2 Anoreksija nervoza

1.1.2.1 Diagnostični kriteriji

- A. Restrikcija energijskega vnosa, ki se nanaša na zahteve organizma, kar povzroči znatno znižanje telesne teže glede na starost, spol, razvojne poti in telesno zdravje. Znatno nizka telesna teža je definirana kot teža, ki je manjša od minimalno normalne teže ali teža, ki je pri otrocih in mladostnikih nižja od pričakovane minimalne teže.
- B. Intenziven strah pred pridobivanjem telesne teže ali pred debelostjo ali vztrajanje pri vedenju, ki ovira povečanje telesne teže, kljub že znatno nizki telesni teži.
- C. Motnje v zaznavanju telesne teže ali oblike, pretiran vpliv telesne teže in oblike na samoocenjevanje ali vztrajno pomanjkanje zavedanja o resnosti trenutne nizke telesne teže (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2.2 Podtipa

Obstajata 2 podtipa anoreksije nervoze: restriktivni tip (F50.01) in prenajedanje/purgativni tip (F50.02)

(F50.01) Restriktivni tip: za ta podtip motnje je značilno, da posameznik znižuje svojo težo z dieto, postom in/ali pretirano vadbo. V zadnjih treh mesecih posameznik ni doživel epizod kompulzivnega prenajedanja ali purgativnega vedenja (to pomeni, da posameznik ni namerno bruhal ali zlorabljal odvajal, diuretikov ali klistirja).

(F50.02) Prenajedanje/purgativni tip: v zadnjih treh mesecih je posameznik doživljal ponavljajoče epizode kompulzivnega prenajedanja in/ali purgativnega vedenja (tj. samo inducirano bruhanje ali zloraba odvajal, diuretikov ali klistirja) (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2.3 Remisija

Delna remisija: pojavi se takrat, ko so bili enkrat že izpolnjeni vsi kriteriji za anoreksijo nervozo, vendar pa kriterij A (nizka telesna teža) ni izpolnjen skozi daljše časovno obdobje, kriterij B (intenziven strah pred pridobivanjem telesne teže ali pred debelostjo ali vztrajanje pri vedenju, ki ovira povečanje telesne teže) ali kriterij C (motnje v samoznavanju telesne teže in telesne oblike) pa sta še vedno prisotna.

Popolna remisija: pojavi se takrat, ko so bili enkrat že izpolnjeni vsi kriteriji za anoreksijo nervozo, vendar pa noben izmed kriterijev ni bil izpolnjen za daljše časovno obdobje (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2.4 Resnost motnje

Minimalna raven resnosti motnje pri odraslih temelji na trenutnem indeksu telesne mase (ITM) (glej spodaj), pri otrocih in mladostnikih pa na ITM percentilih. Spodnji razponi so pridobljeni iz podatkov Svetovne zdravstvene organizacije o kategorijah za vitkost pri odraslih; pri otrocih in mladostnikih pa se uporabljajo ITM percentili. Stopnja resnosti se lahko zviša glede na odražanje kliničnih simptomov, stopnje funkcionalne prizadetosti in potrebe po nadzoru.

Blaga: $ITM > 17 \text{ kg} / \text{m}^2$

Zmerna: $ITM 16-16.99 \text{ kg} / \text{m}^2$

Huda: $ITM 15-15.99 \text{ kg} / \text{m}^2$

Ekstremna: $ITM < 15 \text{ kg} / \text{m}^2$ (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2.5 Razširjenost

12-mesečna razširjenost anoreksije nervoze pri mladih ženskah je približno 0,4 %. Manj je znanega o razširjenosti med moškimi, vendar pa je anoreksija nervoze veliko manj pogosta pri moških kot pri ženskah, med klinično populacijo na splošno odraža približno 10:1 razmerje med ženskami in moškimi (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2.6 Razvoj in potek motnje

Anoreksija nervoze se običajno začne v puberteti ali zgodnji odraslosti. Redko se začne pred puberteto ali po 40. letu, vendar obstajajo tudi tovrstni primeri. Nastop te motnje je pogosto povezan s stresnim življenjskim dogodkom, kot je na primer selitev od doma in odhod na univerzo. Potek in izid anoreksije sta zelo spremenljiva. Mlajši posamezniki lahko kažejo atipične značilnosti, vključno z zanikanjem "strahu pred debelostjo". Pri starejših posameznikih pa se bolj opaža dlje trajajoča bolezen, njihova klinična slika pa lahko

vključuje več znakov in simptomov dolgotrajne motnje. Zdravniki ne bi smeli izključiti anoreksije nervoze iz diferencialne diagnoze samo na osnovi višje starosti. Nekateri posamezniki z anoreksijo nervozo si popolnoma opomorejo po enkratni epizodi, nekateri kažejo nihajoč, nestalen vzorec pridobivanja telesne teže, ki mu sledi ponovitev epizode, drugi pa epizode doživljajo kronično še mnogo let. Za ponovno vzpostavitev normalne telesne teže in za odpravo zdravstvenih zapletov je lahko potrebna hospitalizacija. Večina posameznikov z anoreksijo nervozo izkusi remisijo v roku 5 let od nastopa motnje. Pri hospitaliziranih posameznikih remisija lahko nastopi prej. Stopnja umrljivosti za anoreksijo nervozo je približno 5% na desetletje. Smrt najpogosteje nastopi kot posledica medicinskih zapletov, povezanih z motnjo ali kot posledica samomora (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2.7 Dejavniki tveganja in napovedni dejavniki

Temperament. Posamezniki, ki razvijejo motnje anksioznosti ali obsesivne značilnosti v otroštvu, imajo povečano tveganje za razvoj anoreksije nervoze.

Okolje. Zgodovinska in medkulturna različnost v razširjenosti anoreksije nervoze podpira povezavo le-te s kulturami in okoljem, v katerih je cenjena vitkost. Poklici in dejavnosti, ki propagirajo in spodbujajo vitkost, kot so manekenstvo in vrhunska atletika, so prav tako izpostavljeni večjemu tveganju za nastanek te motnje.

Genetski in fiziološki dejavniki. Povečano tveganje za razvoj anoreksije pa tudi bulimije nervoze je prisotno med sorodniki v prvem kolenu posameznikov z motnjo. Povečano tveganje za razvoj bipolarnе motnje in depresije je zaznano pri sorodnikih v prvem kolenu posameznikov z anoreksijo nervozo, predvsem pri sorodnikih posameznika, ki ima motnjo tipa prenašanje/purgativni tip. Tveganje za obolenje z anoreksijo nervozo je bistveno višje pri enojajčnih dvojčkih kot pri dvojajčnih dvojčkih. Z uporabo funkcionalnih slikovnih tehnik (funkcionalna magnetna resonanca, pozitronska emisijska tomografija) so ugotovili vrsto nepravilnosti v možganih oseb z anoreksijo nervozo (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3 Bulimija nervoza

1.1.3.1 Diagnostični kriteriji

- A. Ponavljajoče se epizode kompulzivnega prenajedanja. Za epizodo kompulzivnega prenajedanja je značilno dvoje:
 - 1. uživanje hrane v posameznem časovnem obdobju (npr. vsaki 2 uri), pri čemer je količina hrane večja od tiste, ki bi jo večina posameznikov zaužila v podobnem časovnem obdobju in v podobnih okoliščinah.
 - 2. Občutek pomanjkanja nadzora nad prehranjevanjem med epizodo (npr. občutek, da posameznik ne more prenehati jesti ali nadzorovati, kaj in koliko bo pojedel).
- B. Ponavljajoče, neprimerno kompenzacijsko vedenje z namenom preprečitve povišanja telesne teže, kot so: namerno bruhanje, zloraba odvajal, diuretikov ali drugih zdravil, post ali pretirana telovadba.
- C. Kompulzivno prenajedanje in neprimerno kompenzacijsko vedenje se pojavljata v povprečju vsaj enkrat na teden v roku treh mesecev.
- D. Na samoevalvacijo pretirano vpliva telesna oblika in teža.
- E. Motnje se ne pojavljajo izključno med epizodami anoreksije nervoze (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3.2 Remisija

Delna remisija: pojavi se takrat, ko so bili enkrat že izpolnjeni vsi kriteriji za bulimijo nervozo, nekateri, vendar ne vsi od kriterijev, pa so bili izpolnjeni za daljše časovno obdobje. Popolna remisija: pojavi se takrat, ko so bili enkrat vsi kriteriji za bulimijo nervozo že izpolnjeni, vendar pa noben kriterij ni bil prisoten daljše časovno obdobje (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3.3 Resnost motnje

Minimalna raven resnosti motnje temelji na pogostosti neprimerne kompenzacijskega vedenja (glej spodaj). Stopnja resnosti se lahko poveča glede na odražanje drugih simptomov in stopnje funkcionalne nezmožnosti.

Blaga: povprečno 1-3 epizode neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden.

Zmerna: povprečno 4-7 epizod neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden.

Huda: povprečno 8-13 epizod neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden.

Ekstremna: povprečno 14 ali več epizod neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3.4 Razširjenost

Razširjenost bulimije nervoze pri mladih ženskah znaša v 12 mesecih 1% - 1,5%. Razširjenost je največja v zgodnji odraslosti, saj motnja doseže vrh v pozni adolescenci in zgodnji odraslosti. Manj je znanega o razširjenosti bulimije nervoze pri moških, vendar pa je bulimija nervoza precej manj pogosta pri moških kot pri ženskah, in sicer je razmerje med ženskami in moškimi 10:1 (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3.5 Razvoj in potek motnje

Bulimija nervoza se običajno začne v adolescenci ali zgodnji odraslosti. Zelo redko nastopi pred puberteto ali po 40. letu starosti. Kompulzivno prenašanje se z namenom izgubiti telesno težo pogosto začne med ali po epizodi dietnega vedenja. Bulimijo nervozo lahko povzročijo mnogi stresni življenjski dogodki. Moteno prehransko vedenje vztraja vsaj nekaj let in beleži visok odstotek kliničnih primerov. Potek je lahko kroničen ali poteka v presledkih, z izmeničnimi obdobji remisije in ponavljajočega se kompulzivnega prenašanja. Izsledki dolgotrajnega spremljanja motnje kažejo, da se število simptomov mnogih posameznikov začne manjšati z zdravljenjem ali brez, čeprav zdravljenje vidno vpliva na izid le-tega. Obdobja remisije, ki so daljša od enega leta, nakazujejo boljši dolgoročni izid. Za osebe z bulimijo nervozo je značilno občutno povečano tveganje za smrtnost (splošna umrljivost in samomor). Stopnja smrtnosti za bulimijo nervozo je skoraj 2% na desetletje. Diagnostični prehod od začetne bulimije nervoze do anoreksije nervoze se pojavi v manjšem številu primerov (10% -15%). Posamezniki, ki izkusijo prehod na anoreksijo nervozo, se pogosto vrnejo nazaj k bulimiji nervozi ali pa izkusijo več mnogokratnih prehodov z ene na drugo motnjo. Del posameznikov z bulimijo nervozo nadaljuje s kompulzivnim prenašanjem, vendar preneha z neprimernim kompenzacijskim vedenjem, zato pa kaže znake kompulzivnega prenašanja ali drugih specifičnih motenj hranjenja. Diagnoza mora temeljiti na trenutni klinični sliki (tj. za zadnje tri mesece) (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3.6 Dejavniki tveganja in napovedni dejavniki

Temperament. Povečano tveganje za razvoj bulimije nervoze je povezano z obremenjenostjo s telesno težo, z nizkim samospoštovanjem, s simptomi depresije, z motnjo socialne anksioznosti in z generalizirano anksiozno motnjo v otroštvu.

Okolje. Ugotovljeno je, da ponotranjenje ideala vitkega telesa poveča tveganje za razvoj obremenjenosti s telesno težo, kar posledično poveča tveganje za razvoj bulimije nervoze. Posamezniki, ki so bili v preteklosti spolno ali fizično zlorabljeni, so izpostavljeni večjemu tveganju za razvoj bulimije nervoze.

Genetski in fiziološki dejavniki. Debelost v otroštvu in zgoden vstop v puberteto poveča tveganje za bulimijo nervozo. Zslediti je tudi prenašanje bulimije nervoze znotraj družine, saj je prenos bulimije nervoze lahko tudi deden.

Modifikatorji poteka. Resnost psihiatrične komorbidnosti napoveduje slabše dolgoročne izide bulimije nervoze (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4 Kompulzivno prenašanje

1.1.4.1 Diagnostični kriteriji

A. Ponavljajoče se epizode kompulzivnega prenašanja. Za epizodo kompulzivnega prenašanja je značilno dvoje:

1. uživanje hrane v posameznem časovnem obdobju (npr. vsaki 2 uri), pri čemer je količina hrane večja od tiste, ki bi jo večina posameznikov zaužila v podobnem časovnem obdobju in v podobnih okoliščinah.
2. občutek pomanjkanja nadzora nad prehranjevanjem med epizodo (npr. občutek, da posameznik ne more prenehati jesti ali nadzorovati, kaj in koliko bo pojedel).

B. Epizode kompulzivnega prenašanja so povezane s tremi (ali več) značilnostmi:

1. oseba uživa hrano hitreje kot običajno,
2. oseba uživa hrano toliko časa, dokler se ne počuti neprijetno prenašeno,
3. oseba uživa velike količine hrane, čeprav ne čuti fizične lakote,
4. oseba uživa hrano sama zaradi občutka sramu, ki se pojavi zaradi količine zaužite hrane,
5. oseba se gnusi sama sebi, je depresivna, pozneje jo preveva občutek krivde.

C. Prisotna je izrazita stiska zaradi kompulzivnega prenašanja.

D. Kompulzivno prenašanje se pojavi v povprečju vsaj enkrat na teden v obdobju treh mesecev.

E. Kompulzivno prenašanje ni povezano s ponavljajočim se neprimernim kompenzacijskim vedenjem kot pri bulimiji nervozi ali anoreksiji nervozi (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4.2 Remisija

Delna remisija: pojavi se takrat, ko so bili enkrat že izpolnjeni vsi kriteriji za kompulzivno prenašanje, sedaj pa se kompulzivno prenašanje pojavlja v povprečju manj kot enkrat na teden v daljšem časovnem obdobju.

Popolna remisija: pojavi se takrat, ko so bili vsi kriteriji za kompulzivno prenašanje enkrat že izpolnjeni, vendar pa noben kriterij ni bil prisoten v daljšem časovnem obdobju (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4.3 Resnost motnje

Minimalna raven resnosti motnje temelji na pogostosti epizod kompulzivnega prenajedanja (glej spodaj). Stopnja resnosti motnje se lahko poveča glede na odražanje drugih simptomov in stopnje funkcionalne nezmožnosti.

Blaga: 1-3 epizode kompulzivnega prenajedanja na teden.

Zmerna: 4-7 epizod kompulzivnega prenajedanja na teden.

Huda: 8-13 epizod kompulzivnega prenajedanja na teden.

Ekstremna: 14 ali več epizod kompulzivnega prenajedanja na teden (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4.4 Razširjenost

Razširjenost motnje kompulzivnega prenajedanja med odraslimi v Ameriki (starimi 18 let ali več) je 1,6% pri ženskah in 0,8% pri moških. Razmerje med spoloma je veliko manj popačeno pri kompulzivnem prenajedanju kot pri bulimiji nervozi. Kompulzivno prenajedanje je prevladujoče tako med ženskami iz rasnih ali etničnih manjšin kot tudi med belkami. Motnja je bolj razširjena med posamezniki, ki želijo shujšati, kot med splošno populacijo (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4.5 Razvoj in potek motnje

O razvoju kompulzivnega prenajedanja je znanega zgolj malo. Kompulzivno prenajedanje se lahko pojavi že v otroštvu in je povezano s povečano telesno maščobo, povečano telesno maso in povečanim številom psihičnih simptomov. Kompulzivno prenajedanje se pogosto pojavlja med adolescenti in študentsko populacijo. Nekontrirano uživanje hrane ali epizodno kompulzivno prenajedanje lahko pri nekaterih posameznikih predstavlja svarilo, da se kasneje lahko pojavi motnja hranjenja. Mnogi posamezniki z motnjo kompulzivnega prenajedanja po epizodi pričnejo z dieto, to pa je v nasprotju z bulimijo nervozo, pri kateri disfunkcionalno dietno vedenje navadno nastopi pred kompulzivnim prenajedanjem. Kompulzivno prenajedanje se običajno začne v adolescenci ali zgodnji odraslosti, vendar se lahko začne tudi kasneje v pozni odrasli dobi. Posamezniki z motnjo kompulzivnega prenajedanja, ki bi radi ozdraveli, so običajno starejši od posameznikov z bodisi bulimijo bodisi anoreksijo nervozo, ki se prav tako trudijo ozdraveti. Stopnje remisije v študijah, ki obravnavajo izide motenj tako po naravni poti kot ob zdravljenju, so višje pri motnjah kompulzivnega prenajedanja kot pri bulimiji nervozi ali anoreksiji nervozi. Kompulzivno prenajedanje predstavlja relativno trdovratno motnjo, njegov potek pa je glede na resnost motnje in trajanje primerljiv z bulimijo nervozo. Prehod motnje kompulzivnega prenajedanja na drugo motnjo hranjenja je redek (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4.5 Dejavniki tveganja in napovedni dejavniki

Genetski in fiziološki dejavniki tveganja. Kompulzivno prenašanje se pojavlja v družinah, kjer so motnje hranjenja bolj genetsko pogojene (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.5 Motnje hranjenja in motnje prehranjevanja

Motnje hranjenja niso motnje prehranjevanja, slednje veljajo za predstopnjo motenj hranjenja, hkrati pa ni nujno, da se v le-te tudi razvijejo. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade, kot so neredno prehranjevanje, pogosta nihanja telesne mase zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnotežena prehrana) in podobno. Motnje prehranjevanja niso nujno znak duševne motnje (Serneck, 2012).

1.1.6 Nove oblike motenj hranjenja

Med nove oblike motenj hranjenja uvrščamo ortoreksijo nervozo in bigoreksijo nervozo, ki še nista uvrščeni v evropske in ameriške klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (Serneck, 2012).

1.1.6.1 Ortoreksija nervoza

Prvi je ortoreksijo nervozo opisal dr. Steven Bratman leta 1997 (Park idr., 2011). Opredelil jo je kot patološko obsedenost z zdravo, biološko neoporečno hrano, ki vodi do izrazitih prehranskih omejitev. Beseda ima grške korenine ('orthos' pomeni pravilno). Osebe strogo ločijo med dovoljenimi in nedovoljenimi živili. Za izbiro ustreznega živila porabijo veliko časa, tudi več ur na dan. Za to motnjo je značilno preštevanje ali preračunavanje kalorij, vitaminov, hranilnih vrednosti, škodljivih snovi itd. Dovoljeno količino živil postopoma zmanjšujejo in jedo z vedno manjšim užitkom, kar posledično vodi v hujšanje. V pozni fazi bolezni je klinična slika enaka klinični sliki anoreksije nervoze. Tudi pri tej motnji hranjenja se lahko pri ženskah zaradi pomanjkljive prehrane pojavi amenoreja. Zaradi pomanjkanja hranil obstaja velika nevarnost srčno-žilnih obolenj. V ozadju je izrazita potreba po nadzoru, slaba samopodoba in nizko samospoštovanje, ni pa strahu pred debelostjo ali težnje po vitkosti, saj ne gre za moteno telesno shemo. Tako kot pri ostalih motnjah hranjenja tudi ta vodi do socialne izoliranosti. Značilen je občutek moralne premoči nad drugimi, saj so osebe zaverovane vase, da se prehranjujejo edino pravilno. Pri odklonih od togih prehranskih pravil se pogosto pojavijo občutki krivde, precenjene ideje se lahko v nekaterih primerih izoblikujejo vse do blodnih potez. Motnja lahko vodi v druge čustvene motnje, predvsem depresivnega in anksioznega tipa. Osebnostne lastnosti obolelih so podobne kot pri drugih motnjah hranjenja: izrazita storilnost, pridnost, potreba po pohvalah od zunaj,

perfekcionizem, rigidnost. Osebe z ortoreksijo nervozo večinoma nimajo uvida v svojo duševno motnjo (Reich in Kröger, 2009; Ser nec, 2012).

1.1.6.2 Bigoreksija nervoza

Bigoreksijo nervozo je prvi opisal dr. Roberto Olivardia leta 2001 (Hildebrandt, Alfano in Langenbucher, 2010). Prvotno so to motnjo poimenovali mišična dismorfija ali »obrnjena anoreksija«. Gre za obsedenost s potrebo po mišičastem telesu. Obolevajo predvsem moški v poznem mladostništvu ali zgodnji odrasli dobi. V ozadju te motnje je slaba samopodoba, nizko samospoštovanje, motena telesna shema in izrazita potreba po nadzoru. Posledično pride do socialnega umika, pridružene pa so lahko tudi motnje razpoloženja, obsesivno kompulzivne motnje in motnje spolnih funkcij. Oboleli pogosto zlorablajo anabole steroide (Ser nec, 2011; Ser nec, 2012).

1.1.7 Epidemiološki podatki o motnjah hranjenja v zahodnem svetu

Motnje hranjenja so v zadnjih štiridesetih letih v zahodnem svetu vse pogostejše, vendar pa je podatkov o razširjenosti celotne skupine malo. V ZDA naj bi imelo katerikoli od vrst motenj hranjenja osem milijonov Američanov ali 2 odstotka prebivalstva, med njimi naj bi bilo od 10 do 15 odstotkov moških. Motnje hranjenja so mnogo pogostejše med ženskami. V Avstriji ocenjujejo, da je okoli 200.000 Avstrijk kdaj v svojem življenju razvilo motnjo hranjenja, kar ob populaciji 4 milijone žensk pomeni za ženske prevalenco približno 5 odstotkov. Več raziskav o razširjenosti motenj hranjenja je bilo opravljenih na posameznih vrstah motenj hranjenja in na populacijskih skupinah, kjer se motnje hranjenja najpogosteje pojavljajo. Zlasti anoreksija nervoza in bulimija nervoza se navadno začneta kazati v adolescenci, lahko pa ju zaznamo že v otroštvu. Anoreksija nervoza se najpogosteje pojavlja med 14. in 18. letom, se pa lahko pojavi v katerikoli starosti in v zadnjem času se starostna meja zelo niža. Bulimija nervoza je najpogostejša med 18. in 25. letom, kompulzivno prenajedanje pa v starosti od 18 do 45 let (Hafner, 2011a). Podatki o anoreksiji nervozi med ženskami v razvitem svetu v obdobju poznega mladostništva in zgodnje odraslosti govorijo o prevalenci 0,5 do 1 odstotka, prevalenca bulimije nervoze pri isti populacijski skupini pa je od 3 do 5 odstotkov. Bolezni se pojavljata pri mladih predhodno zdravih dekletih, ki imajo v družbi, preobremenjeni z lepimi, vitkimi, vsestransko uspešnimi in sposobnimi ženskami, težave pri ustvarjanju samopodobe in lastne vrednosti. Obe motnji se pojavljata tudi pri moških, delež le-teh pa naj bi bil 10 odstotkov. Zaradi vedno večjega nezadovoljstva z lastnim telesom tudi pri moških, se pomen spola pri pojavu motenj hranjenja zmanjšuje. Prevalenca kompulzivnega prenajedanja naj bi bila v populaciji obeh spolov, starih od 18 do 45 let, 5 odstotkov (Hafner, 2011a).

1.1.8 Motnje hranjenja v Sloveniji

V Sloveniji imamo malo podatkov o motnjah hranjenja. Raziskava HBSC (Health Behaviour in School Children – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju) iz leta 2001/2002 (Stergar, Scagnetti in Pucelj, 2006) Slovenijo na področju odnosa do telesne teže oziroma nezadovoljstva z njo pri enajstletnikih uvršča na 1. mesto med 36 sodelujočimi evropskimi državami, pri trinajstletnikih smo po istem parametru na 2. mestu in pri petnajstletnikih na 3. mestu. Raziskava HBSC (Jeriček, Lavtar in Pokrajac, 2007) iz leta 2005/2006, v kateri je sodelovalo 41 držav, je pokazala, da se je obremenjenost slovenskih mladostnikov s telesno težo nekoliko znižala, še vedno pa so naši enajstletniki med vsemi vključenimi evropskimi državami na 1. mestu, trinajstletniki in petnajstletniki pa na 3. mestu v Evropi po nezadovoljstvu s telesno težo. Predvsem se kot predebela doživljajo dekleta, pri 15 letih je takih kar 54 odstotkov. Prav nezadovoljstvo s telesom pa je vzrok za številne diete – v času ankete je bilo v Sloveniji na dieti kar 22 odstotkov petnajstletnic. Ti podatki kažejo na precejšno preokupacijo naših mladostnikov s telesno težo. Slaba telesna samopodoba pa najmočnejši dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja (Hafner, 2011a).

Leta 2003 je potekala raziskava M. Kuhar (2003) na temo telesne samopodobe med slovenskimi srednješolci, starimi v povprečju 17 let. Rezultati raziskave so pokazali, da skoraj polovica deklet v tej starostni skupini ni zadovoljna s svojo težo, medtem ko je nezadovoljnih fantov le šestina. Večina deklet bi bila rada vitkejša. To velja celo za dekleta s prenizkim, kritično nizkim in normalnim indeksom telesne mase. Kar 58 odstotkov fantov pa si želi, da bi bili bolj mišičasti. Četrtnina deklet izjavlja, da so obremenjene z občutkom krivde zaradi lastne teže, med fanti je takih le 3 odstotke. Nezadovoljstvo s telesom sicer lahko vodi do zdravega prehranjevanja in vadbe, vendar pa se predvsem dekleta pogosto odločajo za dejanja, ki so zanje škodljiva, npr. neuravnotežene diete, izčrpavajoče vadbe, pa tudi bruhanje, jemanje shujševalnih tablet in odvajal za nadzorovanje telesne teže. V nasprotju z zelo majhnim deležem anketiranih fantov, ki so že imeli dieto z namenom, da bi shujšali, je shujšalo že več kot dve tretjini anketirank. Kar desetina deklet poroča, da so že vzele tablete za hujšanje, odvajala ali da so bruhale, da bi se počutile bolj vitke. Rezultati raziskave kažejo, da obremenjenost deklet s telesom, dietami ali vadbo ni trivialna skrb in stiska, temveč boleče izkustvo in problematika, ki zasluži širšo družbeno pozornost in blaženje negativnih pritiskov ter misli (Kuhar, 2003).

Leta 1996 je bila izvedena raziskava o pogostosti in razširjenosti tveganih oblik prehranskega vedenja, v kateri avtorji ugotavljajo sorazmerno veliko število mladostnikov (v starosti od 14 do 19 let) s težavami v prehranskem vedenju (Tomori, Stergar, Pinter, Makovec Rus in Stiković, 1998). Na podlagi samoocenjevalnega vprašalnika so avtorji zaključili, da 1,1 odstotka deklet in 0,1 odstotka fantov izpolnjuje diagnostične kriterije za

bulimijo nervozo (pogoste epizode prenajedanja, občutek izgube nadzora nad hranjenjem, bruhanje kot oblika uravnavanja telesne teže) (Tomori idr., 1998).

Leta 2005 izvedena študentska Prešernova raziskovalna naloga z naslovom Dejavniki tveganja za motnje hranjenja pri slovenskih mladostnikih (Štrus in Potočnik, 2005), v katero je bilo vključenih 354 osnovnošolcev in 428 srednješolcev, enakomerno razporejenih po spolu in z reprezentativno zastopanostjo po Slovenskih regijah, je pokazala, da so bile motnje hranjenja že diagnosticirane pri dobrem odstotku mladostnikov (Štrus in Potočnik, 2005).

Posebnih raziskav, ki bi proučevale razširjenost anoreksije nervoze, bulimije nervoze in kompulzivnega prenajedanja v Sloveniji ni, določen vpogled v problematiko pa nam lahko predstavljajo podatki o stiku z zdravstveno službo (prvi obiski na primarni ravni) oziroma zdravljenju v bolnišnicah, ki pa so le vrh ledene gore, saj vključujejo le tiste, ki so iskali zdravniško pomoč oziroma bili zdravljeni v bolnišnici in tako torej bolj odražajo obremenitev zdravstvene službe z motnjami hranjenja kot pa resnično število obolelih (A. Hafner, osebna komunikacija, 10. 2. 2017).

1.1.7.1 Obiski na primarni ravni

V desetletnem obdobju od 2004 do 2013 je bilo v Sloveniji zaradi anoreksije nervoze in bulimije nervoze ter neopredeljenih motenj hranjenja na primarni ravni 2591 obiskov ali 259,1 na leto. Zaradi izpada podatkov nekaterih regij v nekaterih letih ti podatki niso najbolj zanesljivi (A. Hafner, osebna komunikacija, 10. 2. 2017).

1.1.7.2 Hospitalizacije

Bolj zanesljivi so podatki o številu hospitalizacij. V petindvajsetletnem obdobju od 1989 do 2013 je bilo v Sloveniji zaradi anoreksije nervoze in bulimije nervoze pri prebivalcih starih od 7 do 49 let 2318 bolnišničnih zdravljenj, kar predstavlja povprečno 92,7 hospitalizacij na leto, od 28 (leta 1992) do 175 (leta 2001). V opazovanem obdobju se je število in stopnja hospitalizacij statistično značilno povečevala. Vendar podatki za tako dolgo obdobje niso najbolj relevantni, saj se je spreminjala tako Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (leta 1997) kot znanje o motnjah hranjenja, ki so prinašala vedno nove oblike in s tem dodatne težave pri beleženju diagnoz. V obdobju od 2005 do 2013 je bilo v Sloveniji zaradi anoreksije nervoze in bulimije nervoze ter neopredeljenih motenj hranjenja 1109 hospitalizacij pri osebah starih od 7 do 49 let. Večina bolnišničnih zdravljenj je bila v obdobju od 2005 do 2013 zaradi anoreksije nervoze (71 odstotkov), zaradi bulimije nervoze pa le 29 odstotkov (A. Hafner, osebna komunikacija, 10. 2. 2017).

1.1.7.3 Umrljivost zaradi motenj hranjenja

Večina smrti zaradi motenj hranjenja je posledica anoreksije nervoze. Ta motnja ima eno najvišjih stopenj umrljivosti med psihiatričnimi motnjami. Po 10 letih od nastanka bolezni znaša 5 do 10 odstotkov, po dvajsetletnem spremljanju pa je celo dvajset odstotna in je dvanajstkrat višja od stopnje mortalitete med mladimi dekleti splošne populacije. Z umrljivostjo zaradi motenj hranjenja se srečujemo tudi v Sloveniji, žal pa zbrani podatki ne odražajo dejanskega stanja, saj sta bila v petnajstletnem opazovalnem obdobju od leta 1989 do leta 2004 v uradni statistiki zabeležena v Sloveniji le dva primera smrti, kjer je bila osnovni vzrok anoreksija nervoza. Teh smrti je bilo v resnici več, le da ob smrti niso bile zabeležene kot osnovni vzrok motnje hranjenja (anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prenažedanje), pač pa neposredni vzrok, ki je pripeljal do smrti (elektrolitske motnje, odpoved srca, samomor, itd.), ki pa so posledice osnovnega obolenja (Hafner, 2011b).

1.2 NIZKA SAMOPODOBA IN SAMOSPOŠTOVANJE KOT DEJAVNIKA TVEGANJA ZA MOTNJE HRANJENJA

Kljub pogosto izraženemu mnenju, da sta samopodoba in samospoštovanje ista pojma, ju psihološka stroka jasno ločuje. Samopodoba je opredeljena kot skupek vseh opisov sebe na različnih področjih (npr. na telesnem, socialnem, družinskem, akademskem ipd.), samospoštovanje pa je ožji pojem, ki zajema le vrednostne opise sebe (tako pozitivno kot negativno vrednotenje) (Copak in Uzman, 2012).

Motnje hranjenja so kompleksne in večplastne. Vzroki za motnje hranjenja niso enoznačni. Na njihov razvoj lahko vplivajo tako biološko-genetski, družinski kot tudi socialno-kulturni dejavniki. Vplive dejavnikov tveganja lahko bistveno zmanjšamo z večanjem pozitivne samopodobe in samospoštovanja. Vendar pa je za večino oseb, ki so razvile motnjo hranjenja, značilno ravno obratno, in sicer, da imajo nizko stopnjo samospoštovanja in nizko samopodobo. Značilno je tudi izrazito odklanjanje sebe in posnemanje specifičnih idolov. Pogled v zrcalo oseb, ki se soočajo z motnjo hranjenja, je boleč in daje popačeno sliko o tej osebi. Posameznikovo doživljanje, čutenje in občutenje je zasenčeno s predstavo o sebi, kakšen bi v resnici moral biti. Večja ko je neskladnost med idealom in dejanskim stanjem, globlja je motnja (Pelc, 2012).

Predstava o lastnem telesu je sestavni del celotne samopodobe, ki je povezana s samospoštovanjem in oceno lastne vrednosti. Kdor se ceni in se ima rad, pozitivno sprejema tudi svoje telo. Odklonilen odnos do telesa, sramovanje le-tega in različne boleče izkušnje pa znižujejo človekovo samovrednotenje (Serneck, 2010).

V osnovi ne gre za motnje v hranjenju, ampak motnje v sprejemanju samega sebe. Osebe, ki imajo motnjo hranjenja, doživljajo sebe kot grde, nesposobne, neuspešne. Niso zadovoljne same s seboj, čeprav določeno, zadano nalogo še tako dobro opravijo. Ker niso zadovoljne same s seboj, so nesamozavestne, se ne spoštujejo in imajo slabo samopodobo, kar je glavna težava vseh oseb z motnjami hranjenja (Eivors in Nesbitt, 2007, v Serneck, 2012).

Hrana je pri teh osebah le sredstvo za lajšanje duševnih bolečin in stisk, hranjenje in odklanjanje hrane pa način osvoboditve notranjih, bolečih in neprepoznanih čustev. V ozadju se torej skrivajo težke duševne stiske, nesprejemanje samega sebe in slaba samopodoba (Hafner in Torkar, 2011; Serneck, 2011).

Samospoštovanje je po Rosenbergu (1965, v Noordenbos, Aliakbari in Campbell, 2014) definirano kot odnos do samega sebe in vključuje oceno lastnih sposobnosti za doseganje določenih ciljev v smislu lastne učinkovitosti. Nizko samospoštovanje izraža splošno negativno oceno do samega sebe, prav tako pa je pomemben dejavnik tveganja za ekstremno dietno vedenje in motnje hranjenja, ki delujeta kot strategiji za povečanje le-tega (Cervera idr., 2003; Curzio idr., 2015; Dunkley in Grilo, 2007; Fairburn, Cooper in Shafran, 2003; Halvorsen in Heyerdahl, 2006, v Noordenbos, Aliakbari in Campbell, 2014).

Veliko raziskav kaže, da je visoko samospoštovanje varovalni dejavnik za nastanek motenj hranjenja, medtem ko je nizko samospoštovanje dejavnik tveganja za kasnejše motnje hranjenja in motnje v samopodobi (Caglar-Nazali idr., 2014; Cervera idr., 2003; Gilbert in Meyer, 2005; Granillo, Jones-Rodriguez in Carvajal, 2005, v Kelly, Vimalakanthan in Carter, 2014; Shea in Pritchard, 2007).

Vendar pa ne vpliva le samospoštovanje na samopodobo. V svoji študiji so Farrar, Stopa in Turner (2015) ugotovili, da ima tudi negativna samopodoba negativen vpliv na samospoštovanje, medtem ko ima pozitivna samopodoba koristne učinke. Negativna samopodoba zmanjša zadovoljstvo s posameznikovim telesom, pozitivna samopodoba pa zadovoljstvo povečuje (Farrar, Stopa in Turner, 2015).

Negativna samopodoba se povezuje s slabšo prognozo pri motnjah hranjenja (Björck, Clinton, Sohlberg in Norring, 2007). Značilno pa je tudi, da osebe z negativno samopodobo prej zapustijo zdravljenje in to na lastno odgovornost (Björck, Björck, Clinton, Sohlberg in Norring, 2009).

Raziskava, ki je bila izvedena na Enoti za motnje hranjenja na Švedskem (de Man Lapidoth in von Hausswolff-Juhlin, 2014), je zaradi porasta števila pacientov s prekomerno telesno maso želela ugotoviti, ali prihaja med pacienti (hospitaliziranimi na Enoti za motnje hranjenja) z normalno telesno maso (normalen ITM) in pacienti s prekomerno telesno maso še do kakšnih drugih psiholoških ali psihiatričnih razlik, razen v teži. Rezultati niso pokazali višje ravni psihiatrične psihopatologije pri osebah s prekomernim indeksom telesne mase, v primerjavi z osebami z normalnim indeksom telesne mase. Pri osebah z višjim indeksom telesne mase pa se je pokazala težnja k bolj negativni samopodobi in hujši simptomi motenj hranjenja kot pri bolnikih z normalno telesno maso. Prekomerna telesna teža in debelost pri osebah z motnjo hranjenja tako ni povezana le s fizičnimi zdravstvenimi težavami, temveč tudi z vprašanji duševnega zdravja (de Man Lapidoth in von Hausswolff-Juhlin, 2014).

V raziskavi so Mantilla, Bergsten in Birgegård (2014) ugotovili, da obstaja močna povezava med nekaterimi vidiki samopodobe in simptomi motenj hranjenja; leto kasneje so to še potrdili (Mantilla in Birgegård, 2015). Ugotovili so, da obstaja med bolniki z anoreksijo nervozo zelo močna povezava z nizko samopodobo, zato je potrebno le-to temeljito obravnavati in raziskati že na samem začetku zdravljenja. Avtorja poudarjata, da je potrebno največ pozornosti usmerjati v spreminjanje posameznikove samopodobe, z namenom, da bi zmanjšali posameznikovo samokritiko in povečali samosprejemanje. Takšni posamezniki bi se morali naučiti odprtosti, potrpežljivosti, sočutja in sprejemanja, ne pa negativne kontrole, kritike in občutij krivde. Učenju ljubezni in sprejemanja ter zmanjševanju kritike, ki je prisotna pri vseh oblikah motenj hranjenja, bi morali nameniti več pozornosti, ne le pri zdravljenju motenj hranjenja, temveč tudi pri prizadevanju za preprečevanje le-teh (Mantilla in Birgegård, 2015).

Obstaja precej raziskav, ki kažejo, da nizko samospoštovanje pogosto pomeni tveganje za individualne in socialne težave, kot npr. za razvoj motenj hranjenja. Nizko samospoštovanje je lahko celo vzrok oziroma motivator za razvoj tovrstnih čustvenih težav in odklonskih vedenj (Kobal Grum in Musek, 2009).

Nizko samospoštovanje je eden od največkrat prisotnih rizičnih dejavnikov med osebami z motnjami hranjenja (Polvy, Herman in Boivin, 2004, v Copak in Uzman, 2012). Negativno samovrednotenje in občutki ničvrednosti so bili kot izredno pomemben dejavnik pri motnjah hranjenja znani že v zgodnjih sedemdesetih letih prejšnjega stoletja (Bruch, 1975, v Copak in Uzman, 2012). Z nizkim samospoštovanjem pa je tesno povezana negotova in nejasno oblikovana samopodoba (Fairburn, Cooper, Welch in Doll, 1999, v Copak in Uzman, 2012). Neugodne življenjske izkušnje (npr. spolna, fizična in psihična zloraba) vplivajo na razvoj samospoštovanja ter posledično onemogočajo razvoj pozitivne in stabilne samopodobe. Kadar je razvoj celostne samopodobe onemogočen, se posameznik intenzivno oprime le določenih, zanj obvladljivih področij. Tako posamezniki z motnjami hranjenja gradijo samopodobo na osnovi hranjenja, telesne teže in oblike ter s tem prikrivajo osnovne težave, ki jih ne morejo nadzirati. Nadzor nad seboj prenesejo na področje hranjenja, s tem pa pridobivajo občutek ustreznosti in veljave (Copak in Uzman, 2012).

1.2.1 Samospoštovanje

Rosenberg (1965) opredeljuje samospoštovanje kot pozitivno ali negativno stališče do sebe. Pozitivno stališče ali visoko samospoštovanje pomeni, da se posameznik sprejema takšnega, kot je, da se ceni, da je zadovoljen sam s seboj, da se čuti vrednega spoštovanja itd. In obratno, oseba z negativnim stališčem do sebe ali z nizkim samospoštovanjem se ne ceni, svojih lastnosti ne odobrava, ima negativno mnenje o sebi itd. (Rosenberg, 1985).

Coopersmith (1967) pojmuje samospoštovanje kot pozitivno ali negativno oceno samopodobe, ki se nanaša na bodisi odobravanje bodisi na zavračanje samega sebe in kaže stopnjo posameznikovega prepričanja o svoji sposobnosti, vrednosti in pomembnosti.

Burns (1979) v samospoštovanju vidi proces, v katerem posameznik lastne sposobnosti, podvige in lastnosti ocenjuje v skladu s svojimi ponotranjenimi standardi in vrednotami. Tako kot osrednji procesi ponotranjenja potekajo zlasti v prvih petih letih otrokovega življenja, je tedaj močno v ospredju tudi razvoj samospoštovanja. V mladostništvu samospoštovanje niha zaradi različnih dejavnikov, ki jih določata tako obdobje samo kot tudi socialno okolje, v odraslosti pa postane razmeroma stabilno in manj podvrženo vplivom okolja (Rosenberg, 1989).

Samospoštovanje je torej vrednostni odnos do samega sebe in zajema predvsem čustva, ki jih posameznik goji do sebe (Kobal Grum, 2003).

Samospoštovanje je kompleksen pojem, ki vključuje konstelacijo naravnosti, prepričanj, dispozicij, želja, pričakovanj, zavezanosti, čustev in dejanj, ki izražajo ali tvorijo občutek lastne vrednosti. Vključuje prepoznavanje in razumevanje lastne vrednosti kot tudi željo in dispozicijo, da bi oseba to vrednost zavarovala in ohranila (Kobal, Kolenc, Lebarič in Žalec, 2004).

1.2.1.1 Struktura samospoštovanja

Za občutek samospoštovanja naj bi bilo pomembno tudi pozitivno sprejemanje s strani pomembnih drugih. Bolj verjetno kot doživljati sebe pozitivno ali negativno, je doživljati sebe na splošno kot sprejemljivega oziroma nesprejemljivega, kar se nanaša na komponento samougajanja, in kot močnega ali šibkega, kar se nanaša na komponento kompetentnosti (Kobal Grum in Avsec, 2010).

Samougajanje je del samospoštovanja, ki je odvisno od družbe (Tafarodi in Swann, 1996; 2001). Oblikuje se preko zrcaljenja, ko posameznik začne gledati nase na način, kot je prikazan v vrednostnih reakcijah drugih. Te reakcije posameznik ponotranji tako, da je sebe zmožen videti kot socialni objekt. Samovšečnost je tako posameznikova efektivna ocena sebe v skladu z ponotranjenimi socialnimi vrednostmi. Na samougajanje lahko zato gledamo kot na socialno, zunanjo dimenzijo samospoštovanja. Visoko samougajanje je povezano s pozitivnim afektom, sprejemanjem samega sebe in sproščenostjo v socialnem okolju. Nizko samougajanje pa je ravno nasprotno, povezano z negativnim afektom, občutki nevrednosti in socialno disfunkcionalnostjo (Kobal Grum in Avsec, 2010).

Občutek kompetentnosti izhaja iz splošnega občutka posameznika kot sposobne, efektivne osebe, ki se ima pod nadzorom (Tafarodi in Swann, 1995; 2001). Visok občutek

kompetentnosti ima pozitivni afektivni in vrednostni karakter ter motivacijsko vlogo pri vedenju, usmerjenem k določenem cilju. Gledano s kognitivnega vidika ga lahko opredelimo s prisotnostjo posplošenega pričakovanja uspeha. Občutek kompetentnosti izhaja iz uspešne manipulacije posameznikovega okolja, iz realizacij večjih in manjših ciljev. Če so namere in posledice naših akcij skladne in to skladnost pripišemo našim akcijam, potem se občutek kompetentnosti poveča. V zdravem razvoju posameznika njegove izkušnje oblikujejo jaz kot center potencialne moči, zato lahko ta dimenzija predstavlja notranjo dimenzijo samospoštovanja. Ta občutek jaza se lahko uspešno bori proti strahu, ki ga povzročijo grožnje iz okolja. Občutek nekompetentnosti pa je po drugi strani povezan z okrnjeno motivacijo, depresivnostjo in anksioznostjo (Kobal Grum in Avsec, 2010).

1.2.2 Samopodoba

Samopodoba je opredeljena kot množica odnosov, ki jih posameznik (zavestno ali nezavedno) vzpostavlja do samega sebe. V te odnose s samim seboj vstopa postopoma, s pomočjo predstav, občutij, vrednotenj, ocen samega sebe, svojih tipičnih socialnih naravnosti in ravnanj, ki jih najprej prek prvotnega objekta, tj. matere, nato prek širšega družbenega okolja, razvija že od rojstva dalje (Nastran-Ule, 1994). S takšno organizirano celoto pojmovanj, stališč, sposobnosti, doživljanj itd., uravnava in usmerja svoje ravnanje (Musek, 1992) ter povezuje svoj vrednostni sistem ožjega in širšega družbenega okolja (Kobal Grum, 2003).

Samopodoba je organizirana celota lastnosti, potez, občutij, podob, stališč, sposobnosti in drugih psihičnih vsebin, za katere je značilno, da:

- jih posameznik (v različnih stopnjah razvoja in v različnih situacijah) pripisuje samemu sebi,
- tvorijo referenčni okvir, s katerim posameznik uravnava in usmerja svoje ravnanje, (Musek, 1985),
- so v tesni povezavi z obstoječim vrednostnim sistemom posameznika ter z vrednostnim sistemom ožjega in širšega družbenega okolja,
- so pod nenehnim vplivom delovanja obrambnih mehanizmov – nekakšne membrane med nezavednim in zavestnim, ki prepušča le tiste vsebine, ki so za posameznikov jaz sprejemljive (Kobal, 2000; Kobal, Kolenc, Lebarič in Žalec, 2004).

1.2.2.1 Struktura samopodobe

Avstralska psihologa Shavelson in Bolus (1982) sta se osredotočila na notranjo organizacijo samopodobe. Predpostavljala sta, da je samopodoba strukturirana, torej sestavljena iz večjega števila področji, da je hierarhično urejena in da postajajo področja posameznikove

samopodobe z zorenjem vse bolj številna. Na vrh hierarhične strukture sta postavila splošno samopodobo, ki sta jo delila na akademski in neakademski del. Akademski del zajema področja: materni jezik, matematika, zgodovina in naravoslovne vede. Neakademski del pa zajema socialno, čustveno in telesno samopodobo, kar zopet delita na ustrezna podpodročja: vrstnike, druge osebe, s katerimi je posameznik povezan, posamična čustvena stanja, telesne sposobnosti in zunanji videz. Na dnu hierarhije pa so specifični odzivi na različne situacije. Marsh in O'Neillova (1984) sta ugotovila, da je pred vstopom v mladostništvo samopodoba sestavljena iz 3 področji akademske in 4 področji neakademske samopodobe, v poznem mladostništvu pa se širi tako, da jo sestavljajo naslednja področja:

1. matematične sposobnosti (zaznave matematičnih spretnosti, sposobnosti za matematično rezoniranje, zanimanja in matematičnih dejavnosti),
2. verbalno izražanje (zaznave verbalnih spretnosti, sposobnosti za verbalno rezoniranje, zanimanja in verbalnih dejavnosti),
3. akademska samopodoba (zaznave spretnosti, sposobnosti za učenje in zanimanja za vse šolske predmete),
4. reševanje problemov in ustvarjalnost (zaznave sposobnosti za reševanje problemov in ustvarjalnega mišljenja),
5. telesne sposobnosti in šport (zaznave spretnosti in zanimanja za šport, igre in telesne aktivnosti),
6. zunanji videz (zaznave telesne privlačnosti in primerjava svojega videza z drugimi, samozaznave, kako jih vidijo drugi),
7. odnosi z vrstniki istega spola (zaznave priljubljenosti, sklepanja prijateljstev in kakovosti odnosov z vrstniki istega spola),
8. odnosi z vrstniki nasprotnega spola (zaznave priljubljenosti, sklepanja prijateljstev in kakovosti odnosov z vrstniki nasprotnega spola),
9. religija in duhovnost (zaznave osebe kot vernika ali duhovne osebe, koliko osebo verska prepričanja vodijo v življenju),
10. iskrenost in zanesljivost (zaznave iskrenosti in zanesljivosti),
11. emocionalna stabilnost in varnost (zaznave osebe kot mirne, sproščene in čustveno uravnovešene),
12. splošna samopodoba (zaznave osebe kot učinkovite in sposobne, ki zaupa vase, se spoštuje in je ponosna ter zadovoljna s seboj).

Ta področja sta Marsh in O'Neillova (1984) izmerila s 136 postavkami in jih zajela v *Vprašalnik samopodobe za mladostnike* (angl. Self-description Questionnaire, SDQ III) (Kobal, 2000).

1.2.2.2 Soodvisni in neodvisni vidik samopodobe

Kulturologi so že zgodaj pisali o kulturnih razlikah v pojmovanju samega sebe. Manj pa je bilo v zadnjih desetletjih psihokulturoloških raziskav študij, ki bi se natančneje ukvarjale z vprašanjem, kako se oblikujeta jaz in samopodoba pod vplivom kulture (Musek, 2010). V zvezi s tem vprašanjem je prelomna medkulturno primerjalna študija, ki se ukvarja z razlikami v samopojmovanju med Američani in Japonci (Markus in Kitayama, 1991). Markus in Kitayama (1991) sta ugotovila, da se posamezniki razlikujejo med seboj v stopnji vključenosti drugih oseb v samopodobo. Menita, da je za individualistične kulture (zahodne kulture) značilna neodvisna samopodoba, za kolektivistične (Daljni vzhod, Afrika, Južna Amerika in Mediteran) pa soodvisna samopodoba. Za neodvisno samopodobo so značilni enotnost, koherentnost, stabilnost, trdne meje in neodvisnost od socialnega konteksta. Poudarjeni vidiki neodvisne samopodobe so posameznikove misli, čustva, sposobnosti, težnja k enkratnosti in izražanju lastnega jaza, realiziranju notranjih lastnosti, promoviranje lastnih ciljev in direktnost v komunikaciji. Za te posameznike je značilna samostojnost, osebni dosežki, storilnost, uresničevanje lastnih potencialov (samorealizacija, samoaktualizacija), izražanje svoje enkratne osebnosti. Ko opisujejo samega sebe, v veliki meri poudarjajo to, po čemer se razlikujejo od drugih. Kadar posamezniki z visoko razvito neodvisno samopodobo razmišljajo o sebi, jim služijo kot referenčna točka njihove lastne sposobnosti, značilnosti in cilji, ne pa misli, čustva in akcije drugih. Podobno velja, ko razmišljajo o drugih. Osnova za razmišljanje so njihove značilnosti in ne socialni kontekst. Taki posamezniki povečujejo samospoštovanje z izražanjem sebe in potrjevanjem lastnih značilnosti (Avsec, 2010a; Musek, 2010). Za soodvisno samopodobo sta značilni fleksibilnost in variabilnost, s poudarkom na zunanjih značilnostih, kot so statusi, vloge, medosebni odnosi, težnja po pripadnosti in harmoničnosti medosebnih odnosov, zavzemanju ustreznega položaja v družbi in primerni aktivnosti, indirektnost v komunikaciji in »branje misli drugih«. Pomembni so odnosi, kontekst, medosebna razmerja, družbene dolžnosti in obveznosti. Pripadniki kolektivističnih kultur pri samoopisovanju relativno pogosto navajajo svoje socialne in skupinske reference (npr. skupinsko in družinsko pripadnost), to, kar jih povezuje z drugimi in pogosto skušajo blažiti svoje individualistične in idiografske posebnosti. Posameznik z močno izraženo soodvisno samopodobo razmišlja o sebi in drugih v smislu medsebojne prepletenosti. Posameznik ni neodvisen od trenutne situacije, pač pa je opredeljen z njo. Izvor samospoštovanja predstavljajo harmonični medosebni odnosi in sposobnost prilagajanja različnim situacijam (Avsec, 2010a; Musek, 2010).

Določena mera ločenosti od drugih, enkratnost in individualnost je prisotna tudi v prevladujoči formi samopodobe v kolektivističnih kulturah, kot je določena mera povezanosti, združenosti in pripadnosti prisotna tudi v samopodobi, ki prevladuje v individualističnih kulturah (Musek, 2010).

Tabela 1

Značilnosti neodvisnega in soodvisnega jaza (po Musek, 2010)

NEODVISNI JAZ	SOODVISNI JAZ
Izdvojenost, ločenost iz socialnega konteksta	Povezanost s socialnim kontekstom
Enotnost, stabilnost, doslednost	Prožnost, spremenljivost
Notranji vidik, zasebnost	Zunanji vidik, javnost
Pomen sposobnosti, dosežkov, čustev	Pomen vlog, položaja, odnosov
Usmerjenost k individualnosti, neodvisnosti, izražanju samega sebe, samoaktualizaciji; sledenje lastnim ciljem, neposredno izražanje lastnih misli in čustev	Usmerjenost k pripadanju, prilagajanju, kooperaciji, izpolnjevanju dolžnosti; zavzemanje svojega položaja, angažiranje v primerni dejavnosti, sledenje ciljem, ki jih postavljajo drugi, zaznavanje tega, kar mislijo drugi
Zaznavanje drugih v luči primerjave, vrednotenja samega sebe	Zaznavanje drugih v luči odnosov, ki definirajo samega sebe
Samospoštovanje temelji na dosežkih, samoekspresiji, preverjanju lastnih zmožnosti	Samospoštovanje temelji na harmoniji z drugimi, samozadržanosti, prilagojenosti

V Tabeli 1 so prikazane značilnosti neodvisnega in soodvisnega jaza po Musku, 2010.

1.3 PREVENTIVNO DELOVANJE POVEZANO Z MOTNJAMI HRANJENJA

Glede na dejstvo, da so motnje hranjenja resna težava našega časa, je pomembno čim več vedeti o tem, kako se oblikujejo in kako se jih zdravi. Pri motnjah hranjenja sta preventiva in kurativa tesno povezani. Kakovostno znanje in poznavanje problematike motenj hranjenja sta že sama po sebi dobra preventiva (Žorž, 2012).

Preventivo razumemo kot vsako namerno poskušanje spreminjanja okoliščin, ki pospešujejo, seznanjajo, vključujejo ali stopnjujejo probleme kot so na primer motnje hranjenja. Pri tem ločimo primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Primarna preventiva na področju motenj hranjenja je usmerjena v preprečevanje nastanka motenj hranjenja in vključuje na primer programe na temo zdrave prehrane in zdravega razvoja. Sekundarna preventiva je usmerjena v zgodnje prepoznavanje in zdravljenje motenj hranjenja v začetnem stadiju razvoja. Terciarna preventiva pa predstavlja zdravljenje zgodnjih simptomov motenj hranjenja (Levine in Maine, 2005, v Berčnik, 2012). V okviru primarne preventive lahko pomembno vplivamo na nastanek motenj hranjenja tako, da že zelo zgodaj izobražujemo starše, otroke ter mladostnike v šolah in tudi širšo skupnost. Primarna preventiva se odvija na področju vzgoje in izobraževanja, njena prizadevanja 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, preobremenjenost družine s hranjenjem) (Kastelic, 2012, v Berčnik, 2012). Pri sekundarni preventivi gre za zgodnje prepoznavanje in zdravljenje začetnih simptomov motenj hranjenja. Ta faza je zelo pomembna, saj lahko zaradi skrivanja, izrivanja, zanikanja ali celo zmanjševanja pomena bolezni motnje hranjenja ostanejo dalj časa neprepoznane (Brecelj-Kobe, 2000, v Berčnik, 2012). V sekundarni fazi preventivnega delovanja je največ pozornosti potrebno nameniti spremenjenemu vedenju, odnosu do hrane in do lastnega telesa. Posebno pozornost pa je potrebno usmeriti na spremenjeno vedenje po sprožilnih dejavnikih kot so na primer prehod na (novo) šolo in druga travmatska doživetja. Uspeh pri zdravljenju motenj hranjenja je odvisen od zgodnjega prepoznavanja oziroma odkrivanja motnje (če so motnje trajale manj kot tri leta, je uspeh pri zdravljenju večji). Ko bolezen prepoznamo je potrebno oboleli osebi najprej nuditi dovolj informacij, razumevanja in podpore, da jo opogumimo k iskanju pomoči. S 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 (Kastelic, 2012, v Berčnik, 2012).

Za vrtčevski in šolski prostor je najpomembnejša primarna preventiva, ki je usmerjena k zmanjševanju in odstranjevanju dejavnikov tveganja. Programi primarne preventive naj bi tako zajemali področje posameznikovega samozaupanja, samospoštovanja in 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 pozitivne predstave o sebi. Primarna preventiva naj bi 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, z namenom seznanjanja 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 2012, v Berčnik, 2012). Izobraževanje Program za starše ni vključen v šolski kurikulum, ampak se za to izobraževanje lahko odloči šola sama. Za primerjavo, 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 raznolikosti telesnih oblik in spodbujanje pozitivne samopodobe, spodbujanje zdravega prehranjevanja namesto hujšanja, spodbujanje kritičnega ocenjevanja sporočil medijev o telesnih oblikah in prehranjevanju (Smolak, Levine in Shermer, 1998, v Berčnik, 2012). Podobne cilje imamo 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, usvajanje, uporabljanje 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 (Berčnik, 2012).

1.3.1 Vloga šole in izobraževanja za osebe z motnjo hranjenja

Šola je nedvomno pomemben dejavnik v otrokovem življenju. Predstavlja prostor, kjer se navezujejo in bogatijo medvrstniški in prijateljski stiki, kjer otrok dobiva navdihe in možnosti za razvoj talentov, kjer se uči krmiljenja med opravljanjem obveznosti in izrabo prostega časa. Je prostor, kjer se posameznik potrjuje in pridobiva občutek za uravnoteženje vloženega truda in dosego zelenega cilja. Vloga izvajalcev izobraževanja ni le v tem, da učencem posredujejo znanje, ampak tudi v tem, da jih usposabljaajo za samostojno življenje, ki je prenosljivo v nove situacije (Čarapić, 2011).

Učenje je vseskozi prepleteno s čustvi zaskrbljenosti, strahu in jeze na eni strani in ponosa, veselja, navdušenja ter zadovoljstva na drugi strani. V obdobju izobraževanja se učimo sprejemati uspehe in poraze. Prav slednje pa predstavlja za osebe z motnjo hranjenja, predvsem za osebe, ki se soočajo z anoreksijo nervozo, velik problem. Z izrazito željo po dokazovanju, uspešnosti in perfekcionizmu se zakopljejo v učenje do te mere, da jim zmanjka časa za vse preostale stvari. Dostikrat odlične ocene postanejo nuja, strah pred tem, da ne bi dosegli odličnih ocen, jih vleče v vse bolj intenzivno učenje, ki se raztegne čez ves dan. Te osebe imajo v večji meri slabo mnenje o sebi, negativno stališče do sebe, občutke manjvrednosti in nizko stopnjo samospoštovanja. Samospoštovanje in lastno vrednost doživijo le prek nenehnega dela, izpolnjevanja obveznosti in skrbi za dobro počutje drugih (Čarapić, 2011).

Učitelji in profesorji poročajo, da so uspešni dijaki, ki imajo motnje hranjenja, pod strahotnimi psihičnimi pritiski, ker želijo biti povsod uspešni in so vključeni v obsežne šolske projekte. Pogosto so v zahtevah po popolnosti neustavljivi in aktivni tudi pri mnogih dodatnih aktivnostih izven šole. Šola mora takim posameznikom z motnjo hranjenja pomagati pri sprejemanju osebnih meja, opustitvi določenih dejavnosti in sprejemanju realnih ciljev glede šolskega uspeha. Slabša ocena ali padec na izpitu še ne pomeni, da niso dobri in uspešni (Čarapić, 2011).

1.3.2 Odzivanje izobraževalnih institucij na pojavnost motenj hranjenja

Osebe z motnjo hranjenja so se na življenjski poti znašle v globokih težavah, ki jih največkrat niso sposobne same premagati, zato pri spreminjanju svojega mišljenja in vedenja potrebujejo strokovno pomoč (Čarapić, 2011).

Zadnja leta so šole veliko prispevale k večjemu osveščanju in informiranju učiteljev, svetovalnih delavcev, staršev in tudi samih otrok o prepoznavanju motenj hranjenja, ukrepanju in dejavnikih za preventivo. V širši javnosti se pogosto zastavlja vprašanje, koliko same šole s svojimi visokimi kriteriji glede uspešnosti in stalno prisotne tekmovalnosti predstavljajo ugodna tla za stiske mladih in je zato vedno pogosteje slišati pozive, naj bodo šole bolj usmerjene v vzgojo in ne le v izobraževanje mladih ter da naj delajo na zdravi samopodobi mladine. Vse teme, ki se vključujejo v dinamiko razvoja motenj hranjenja, so izrazito aktualne tudi v Sloveniji. Vprašanja nizkega samospoštovanja, odpovedovanja in bojazni pred ugodjem brez občutkov krivde – vse to je vtakano v vzgojna sporočila, ki uravnavajo življenje in samopodobo mnogih slovenskih otrok (Čarapić, 2011).

Šolske svetovalne službe, ki bolj poznajo objektivne osebne težave adolescentov, morajo ugotoviti, pri katerih učencih oz. dijakih obstaja tveganje za razvoj motenj hranjenja. Adolescenti z motnjo hranjenja kažejo veliko somatskih simptomov, tesnobe, socialno disfunkcionalnost, večjo zaprtost v socialnem smislu. Pomembno je tudi vedeti, kako

svetovalni delavci odkrijejo med učenci oz. dijaki tiste z motnjo hranjenja in kako potem ukrepajo, koliko odgovornosti čutijo, da morajo pomagati, ali se odzivajo le takrat, ko učenci popustijo pri šolskem uspehu ali tudi, če kažejo znake potrnosti, izolacije. Mnoge osebe z motnjo hranjenja so depresivne. Veliko lažje je prepoznati anoreksijo nervozo, saj je pretiran upad telesne teže viden že navzven, medtem ko je bulimijo nervozo težje prepoznati na osnovi zunanjih znakov (Čarapić, 2011). Raziskava glede odziva svetovalnih delavcev na dijake z motnjo hranjenja na ameriških srednjih šolah je pokazala, da se svetovalni delavci ne čutijo dolžne ukrepati, ko posumijo, da ima dijak motnjo hranjenja. Običajno usmerijo informacijo o bolezni staršem. Tako se šole srečujejo z dijaki, pri katerih je bila motnja prepoznana skozi celo srednješolsko obdobje, do zdravljenja pa je prišlo šele v zadnjem letniku izobraževanja (Čarapić, 2011).

Šola mora postati tudi dovolj varen prostor, kjer bo posameznik brez občutkov sramu lahko spregovoril o svojih težavah. Ob tem je pomembno upoštevati dejstvo, da osebe z motnjo hranjenja niso pripravljene na spremembe in običajno niso pripravljene opustiti prehranjevalnih vzorcev, dokler ima sama motnja v njihovem življenju globlji pomen (Čarapić, 2011).

1.3.3 Intervencije za večanje in krepitev pozitivne samopodobe in samospoštovanja

1.3.3.1 Pristopi za spodbujanje razvoja pozitivne samopodobe v šoli

Številne raziskave kažejo, da je šola tisti temeljni dejavnik v socializaciji mladostnika, ki odločilno vpliva na njegov psihični in socialni razvoj iz otroka v odraslo osebo (Hurrelmann, 1993, v Kobal 2000). Temeljne razvojne naloge (Coleman, 1978, po Claes, 1983, v Kobal, 2000), s katerimi se sooča otrok v tem razvojnem obdobju, mora v šoli obvladovati drugače, kot jih obvladuje v družini, z vrstniki istega in z vrstniki nasprotnega spola itd. (Kobal, 2000).

1.3.3.2 Glavne smernice

Beane (1994) meni, da je razloge, zaradi katerih se pedagoški delavci odločajo za različne pristope, ki spodbujajo razvoj pozitivne in stabilne samopodobe, mogoče razporediti na tri smernice. Prva smernica omogoča razvijanje pozitivne samopodobe, lažje spopadanje s splošnimi življenjskimi problemi učencev in učiteljev. Druga smernica se osredotoča na povezanost med samopodobo in cilji šole, ki so povezani z uspehom, ustvarjalnostjo, učenjem, vedenjem itd. Tretja smernica pa napoti na pristope, ki se osredotočajo na vlogo šole pri širšem razvoju osebnostne in socialne uspešnosti (Kobal, 2000).

Prva smernica spodbuja na primer pogovor pedagoškega delavca v krogu skupine otrok ali mladostnikov z dvema preprostima namenoma: pogovarjati se in pojasniti učencem, da jih

odrasli spoštujejo in upoštevajo, poslušati, kdo pravzaprav so otroci in mladostniki, ki sedijo v krogu, kaj doživljajo, kakšni so njihovi problemi itd. Takšen pristop se je izkazal kot neučinkovit, saj so v tem obdobju mladostnikom vrstniki pomembnejši od učitelja in potrebujejo drugačne metode za krepitev samopodobe, kot je na primer poenostavljen pogovor v krogu (Kobal, 2000).

Druga smernica predstavlja nasprotje prvi in se nanaša na t. i. »programe za spodbujanje« samopodobe in samospoštovanja. Ohranilo in revidiralo se jih je približno 35, le-ti pa poleg daljšega učinka na razvoj pozitivne samopodobe učencev in učiteljev tudi uspešno prepletajo lokalne in nacionalne značilnosti šole, zato jih vodstva šol pogosto priporočajo. Slabost teh programov je, da so zelo dragi in zato si jih lahko privoščijo le redke šole (Beane, 1994; Kobal, 2000).

Zadnja smernica je »eko« pristop k spodbujanju razvoja pozitivne samopodobe, ki pa je nastal zaradi pomanjkljivosti predhodnih programov. Usmerjen je na interakcijo med posameznikom in okoljem. Eko pristop izhaja iz potrebe po sodelovanju vseh zaposlenih v določeni šoli, ali vsaj pedagoških delavcev in otrok oziroma temelji na promociji šole kot celote. Šola z vsemi svojimi strokovnimi delavci in učenci spodbuja razvoj z nižjih nivojev na višje (Beane, 1994). Cilji šole in njenih strokovnih delavcev so številni:

1. da bi se izognila pretirani izolaciji učencev na posamične starostne skupine, spodbuja razvoj dejavnosti, v katere se lahko vključujejo učenci različnih letnikov;
2. prizadeva si za čim večje sodelovanje med učenci in učitelji;
3. spodbuja t.i. humano klimo na šoli;
4. spodbuja samoopazovanje učiteljev in učencev;
5. namesto neustvarjalnega učenja iz knjig in preverjanja znanja v obliki testov spodbuja problemsko in projektno delo itd. (Beane, 1994).

Ti programi niso natančno strukturirani in dopuščajo posameznim učiteljem, ravnateljem in šoli kot celoti vrsto svobodnih izbir pri načrtovanju izvedb. V njih zmanjšamo natančna navodila, katere naloge in kdaj naj bi bile opravljene, temveč najdemo le splošne smernice za učitelje (Beane, 1994).

V okviru projekta »Evropska mreža zdravih šol« (The European Network of Health Promoting Schools), so leta 1994 na Inštitutu za varovanje zdravja v Sloveniji pričeli s strokovnim izpopolnjevanjem učiteljev za delo v programu »Spodbujanje čustvenega in duševnega zdravja v evropski mreži zdravih šol« (Turnšek, 1995). Njegova temeljna značilnost je, da izobrazuje tako učitelje kot učence. Izhaja iz hipoteze, da je mogoče spodbujati razvoj duševnega zdravja in njegovih indikatorjev pri učencih samo, če je tudi duševno počutje učiteljev ugodno. Tako se po eni strani učitelji usposabljujejo za uspešno prenašanje učnih vsebin na učence, po drugi strani pa vzporedno z učenci pridobivajo nove izkušnje, ki se pojavljajo v razredu (Turnšek, 1996). Vsebina programa je enaka tako za učitelje kot za učence, s tem, da je obravnava določene tematike prilagojena razvojni stopnji učencev. Program ali seminar je sestavljen iz dveh delov. Prvi je osredotočen predvsem na

opredelitev zamisli izhodišč programa, v katerem se udeleženci seznanjajo s temeljnimi pojmi programa - duševnim zdravjem, samospoštovanjem, samopodobo itd., ugotavljajo njihove dejavnike in se učijo določenih spretnosti za krepitev duševnega zdravja. Drugi del pa se nanaša na spoznanja in tehnike obvladovanja stresa in obvladovanja sprememb (Kobal Grum, 1998). V raziskavi Kobal Grum (1998) so želeli ugotoviti, ali osemnajsturni program za spodbujanje duševnega zdravja »Spodbujanje čustvenega in duševnega zdravja v evropski mreži zdravih šol« (Weare in Gray, 1996), ki se v zadnjih letih izvaja v Sloveniji, vpliva na specifične osebnostne lastnosti udeležencev. Pri tem jih je najbolj zanimal vpliv programa na samopodobo in vpliv programa na odnos do šole in učenja. Končni rezultati so pokazali, da program v splošnem ni vplival na razvoj samopodobe preizkušancev. Kljub temu pa je mogoče sklepati, da jih je vsaj spodbudil k razmišljanju o sebi. Tovrsten pristop se vsaj deloma približa tistim programom, ki jih Beane (1994) imenuje »ekopristopi« k spodbujanju razvoja pozitivne samopodobe. Kot pomanjkljivost pa Kobal Grum (1998) poudarja, da je duševno zdravje tako širok pojem, da je vse njegove indikatorje težko strniti v petindvajseturni program, kot je obseg programa »zdravih šol«. Meni, da bi se bilo koristneje osredotočiti na en dejavnik duševnega zdravja in tistega bolj temeljito predstaviti in podkrepiti z različnimi tehnikami (Kobal Grum, 1998).

1.3.3.3 Vloga učitelja pri oblikovanju otrokove samopodobe

Samopodoba se razvija postopoma. Nanjo vplivajo razvojni dejavniki, naše izkušnje s samim seboj in z okoljem ter predvsem naša ocena, kako nas vidijo in vrednotijo drugi (Tacol, 2011a). V otrokovem razvoju je odločilno predvsem to, kako ga imajo radi in kako ga cenijo tisti, ki so zanj najpomembnejši. To so najprej starši, nato sorojenci, stari starši, sorodniki, vrstniki in ne nazadnje tudi vzgojitelji in učitelji. Slednji pa se pogosto sploh ne zavedajo, kako veliko vlogo imajo v življenju svojih učencev in kako pomembno vplivajo na oblikovanje njihove samopodobe. Večinoma svoj vpliv celo podcenjujejo. Razlogov je verjetno več, delno pa jih lahko pripišemo dejstvu, da je bil v šolah dolga leta poudarek zgolj na storilnosti naravnosti učencev, v ospredju pa so bili izobraževalni cilji (Tacol, 2011a). Gotovo pa se je in še vedno se zanemarljiva problematika samopodobe vzgojiteljev in učiteljev ter povezava med samopodobama učitelja in učenca. Učitelj lahko svoje učence opogumlja, motivira, navdušuje, lahko pa jih prizadene, podcenjuje, povečuje njihovo negotovost vase in jih spravlja v strah. Učitelj s pozitivno, a realno podobo o sebi ima veliko večje možnosti, da v svojih učencih spodbuja zaupanje vase, njihovo vedoželjnost, ustvarjalnost, pozitivno naravnost do sebe in do drugih kot učitelj z nizko samopodobo (Tacol, 2011a).

Za učence je učitelj pomemben že kot vzor, model, le-ta pa največ naredi s svojim odnosom do učencev oziroma s svojim besednim in nebesednim vedenjem v interakcijah z njimi. Cilj učiteljev bi moral biti, da pomagajo učencem izoblikovati dobro, a realno podobo o sebi. Odnos, ki ga ustvarjajo z otroki in mladostniki naj bo spoštljiv in sprejemajoč, tudi kadar je

njihovo znanje ali vedenje manj ustrezno. S tem jim omogočajo, da lažje sprejemajo sebe in hkrati realno sprejemajo svoje pomanjkljivosti. Sprejemajoč odnos vključuje tudi postavljanje zahtev in primernih omejitev, predvsem pa temelji na razumevanju otrokovih potreb ter vsebuje pohvale in spodbude (Tacol, 2011a).

1.3.4 Splošne smernice za obravnavo vsebin s področja motenj hranjenja

Tema motenj hranjenja je občutljiva, a med mladimi zelo aktualna. Predvsem dekleta si zelo želijo pogovorov o tej temi in rade pripravljajo seminarske naloge s tega področja. Pri tem naj bo učitelj zelo previden predvsem iz dveh razlogov: prvič, ker ima lahko mladostnik, ki želi to temo predstavljati, sam že probleme z omenjenimi motnjami in v literaturi morda išče potrditev svojih sumov. In drugič, ker gredo seminarske naloge lahko v podrobne opise postopkov in dejanj, ki se jih poslužujejo osebe z motnjo hranjenja za zniževanje telesne teže. Občutljivo obdobje za pojav anoreksije nervoze je med trinajstim in štirinajstim letom starosti. Na žalost je lahko v tem obdobju v okolju sprejeta kot nekaj zelo pozitivnega, kot zunanji znak dobre sposobnosti obvladanja, v konkretnem primeru predvsem na področju omejevanja hrane. Med dekleti v razredu lahko pride do posnemanja ali do tekmovanja, katera je bolj suha. Če je med sošolci taka oseba priljubljena in jim je za zgled, je večja verjetnost, da pride do posnemanja. V omenjenih seminarskih nalogah se lahko skrivajo točna navodila, kako manipulirati s hrano. Zaradi številnih pasti je v osnovnošolskem obdobju seminarske naloge s področja motenj hranjenja bolje nadomestiti s temami, ki opredeljujejo odnos do hrane (sociološko in psihološko) in pomen hrane za zdrav razvoj (Hafner, 2015).

Mladostniki z motnjami hranjenja kot sprožilni dejavnik za razvoj omenjene motnje pogosto navajajo opazke, ki so jih bili deležni s strani sošolcev ali vrstnikov, ali pa obravnavo pedagoških ali zdravstvenih delavcev. To so pogosto neumestni komentarji, ki jih izreče na primer sošolec ali pa komentarji učitelja ali zdravstvenega delavca ob skupinskih merjenjih in tehtanjih v sklopu šolskega športnega kartona ali sistematskega pregleda. Telesna teža je osebna stvar vsakega posameznika in prav je, da se tudi v šolskem in zdravstvenem sistemu to spoštuje. Vzrok motnje hranjenja ni v ravnanju prej omenjenih oseb, je pa potek motnje močno odvisen od tega, kdaj v razvojnem obdobju se takšno ravnanje ali komentarji pojavijo in koliko razvojnih nalog »zmotijo«. To je pomembno upoštevati, ker močno vpliva na terapevtski izid motnje. Motnje hranjenja so kronične motnje, katerih razvoj je zaradi bolnikovega zanikanja bolezni pogosto dolgotrajen. V Sloveniji od nastopa bolezni do prve hospitalizacije v povprečju preteče 6 let, enako dolgo pa potem običajno traja tudi zdravljenje. Zato je zelo pomembno, kdaj se je bolezen pojavila in kdaj je bila odkrita. Pomembno je odkriti motnje hranjenja čim prej, v prognostično ugodnejših obdobjih, ko še niso razviti vsi znaki bolezni (Hafner, 2015).

Učitelji so pogosto prvi, ki zaznajo spremembe vedenja pri mladostnikih (Alexander, 2013; Hafner idr., 2009). Vzrokov, zakaj so učitelji pogosto prvi, ki zaznajo motnjo hranjenja, je več. Učitelj lahko sam opazi, da je z mladostnikom nekaj narobe, lahko se nanj obrnejo prijatelji osebe z motnjo hranjenja ali pa je mladostniku lažje spregovoriti o teh težavah z učiteljem kot z nekom iz ožje družine. Znaki oseb z motnjami hranjenja, s katerimi se lahko sreča učitelj:

- izguba telesne teže – v obdobju mladostništva je lahko kar precejšnja (tudi do 10 kg), v otroški dobi pa je bolezen lahko že precej izražena, a padec teže ni nujen, pojavlja pa se zastoj rasti,
- preobremenjenost z obliko lastnega telesa,
- izogibanje aktivnostim, kjer je treba pokazati telo,
- pretirana telesna dejavnost,
- izogibanje šolski malici/kosilu, stalen nadzor nad zaužito hrano in poznavanje kalorične vrednosti skoraj vsakega živila, oseba posega predvsem po sadju in zelenjavi,
- oblačenje na način, ki čim bolj zakriva telo,
- perfekcionizem,
- slabša koncentracija,
- izguba prijateljev (Alexander, 2013; Hafner, 2006).

Ko se učitelj sreča s tako osebo, je najpomembneje, da ji zna prisluhniti in jo poskuša razumeti ter ji ponudi pomoč pri iskanju strokovne pomoči (Hafner in Torkar, 2011).

Perfekcionizem je ena od značilnih lastnosti oseb z motnjami hranjenja. Gre za lastnost, ki je v našem šolskem sistemu zelo cenjena in otrokom ter mladostnikom omogoča dobro odzivanje na zahteve okolja. To pa je tisto, kar osebe z motnjo hranjenja nujno potrebujejo – stalne zunanje potrditve. Te osebe zaradi slabe samopodobe stalno iščejo komplimente, potrditve v okolici. Zelo pogosto so to najbolj uspešni učenci/dijaki, ob tem pa so še vrhunski glasbeniki ali športniki (v zgodnjih stopnjah bolezni). Vse teme, ki se vključujejo v dinamiko razvoja motenj hranjenja, so v slovenskih razmerah izrazito aktualne in si pred njimi pogosto zatiskamo oči. Sodobna družba in tudi šolsko okolje postavljata na piedestal perfekcionizem, samokontrolo, tekmovalnost, storilnost in nezmotljivost. Vse to je vtakano v vzgojna sporočila, ki vedno bolj uravnavajo življenje in samopodobo mnogih slovenskih otrok. V širši javnosti se pogosto zastavlja vprašanje, koliko so šole s svojimi visokimi kriteriji glede uspešnosti in s stalno prisotno tekmovalnostjo ugodna tla za stiske mladih, zato je vedno pogosteje slišati pozive, naj bodo šole bolj usmerjene v vzgojo, ne le v izobraževanje in naj se usmerjajo tudi na zdravo samopodobo mladine (Čarapić, 2011).

1.3.5 Usmeritve in izhodišča za razgovore z otroki in mladostniki

1.3.5.1 Vrtec (4–5 let) in prva triada osnovne šole (6–8 let)

Temo motenj hranjenja bi v tem obdobju otroci težko razumeli. Je pa to obdobje, ko je pomembno, da se začnemo pogovarjati o medosebnih odnosih, drugačnosti, strpnosti. Pazimo, da oblikujemo okolje, ki ne podpira raznovrstnih opazk in zbadljivk, predvsem pa na temo telesne teže in oblike telesa. Večina motenj hranjenja se začne kot nedolžno hujšanje pri osebah, ki so bile prej prekomerno hranjene ali debele. Debelost in prekomerna hranjenost sta prisotni tudi že v otroškem obdobju. Ti otroci so pogosto žrtve zbadanj, kar lahko pomembno vpliva na njihovo samozavest in samopodobo. Priporočljive teme so na primer: zakaj smo si ljudje različni, zakaj zbadljivk in opazk ne maramo in kako se počutim, ko me sošolec žali (Hafner, 2015).

1.3.5.2 Druga triada osnovne šole (9–11 let)

Mednarodna raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC) že od leta 2003 naprej slovenske mladostnike (tako enajstletnike kot tudi trinajstletnike in , petnajstletnike) uvršča v sam vrh na področju nezadovoljstva s telesno težo. Podatki potrjujejo precejšno preobremenjenost naših mladostnikov s svojo telesno težo. Nezadovoljstvo s telesom je zelo pomemben dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja. Na njegov pojav močno vplivajo tudi mediji. Obdobje 2. triade osnovne šole je ključno za začetek oblikovanja kritičnosti do medijskih sporočil. Res je, da ima vsaka družba oz. vsako obdobje svoje standarde lepega videza, ampak še nikoli ni bilo nikjer toliko naslovnih, oglasnih panojev, filmov in televizijskih oddaj s podobami idealno oblikovanih, kirurško popravljenih, profesionalno fotografiranih in računalniško obdelanih teles mladih manekenk in mišičastih manekenov, ki nenehno utrjujejo predstavo, da je lepota vse. Mediji v zahodnih družbah nenehno spodbujajo ljudi, zlasti ženske, naj se na vse pretege borijo za vitko postavo in jih zasipavajo s sporočili, da mora biti prekomerna teža »pokurjena«, »uničena«, »odstranjena« (Kuhar, 2011). Družbenim normam prilagojena velikost in oblika telesa ima danes velik pomen, zato je telesna teža pomemben dejavnik v mladostnikovem doživljanju samega sebe, predvsem zaradi njegove negotovosti. Učitelj lahko s pomočjo različnih gradiv predstavi problem zavajajočih medijskih sporočil. Na starosti primeren način se lahko z otroki pogovori, zakaj nam mediji prikazujejo drugačno podobo in pove, kaj želijo s tem doseči (Hafner, 2015).

1.3.5.3 Tretja triada osnovne šole (12–14 let)

Anoreksija nervoza ima svoj prvi vrh pojavnosti načeloma v obdobju zadnje triade osnovne šole. Učitelji so pogosto prve osebe, ki zaznajo motnjo hranjenja. Prav je, da se skušajo o tem pogovoriti z učencem, čim prej pa je o svojih ugotovitvah treba spregovoriti tudi s starši. Ko se učitelj sreča s tako osebo, je najpomembnejše, da ji zna prisluhni in jo poskuša razumeti (Hafner in Torkar, 2011). Poskuša naj ustvariti zaupno vzdušje, kar pa običajno zahteva kar nekaj časa. Zaželeno je, da mladostnika spodbuja, naj spregovori o svojih strahovih, na primer z vprašanji, kot je: »Zdi se mi, da si v zadnjem času precej osamljen/a, kako ti lahko pomagam?« Ob tem naj se učitelj izogiba neposrednemu pogovoru o hrani ali teži, saj to lahko prizadetega prestraši. Zelo malo verjetno je, da bi dobili odgovore na bistvena vprašanja kar takoj. Zato je pomembno, da učitelj vztraja in jasno pove, kaj je opazil. Predvsem pa naj poudari, da to sprašuje zato, ker mu ni vseeno zanj/-o. Ob tem je pomembno, da učitelj ostane miren in se ne postavlja v vlogo sodnika. Osredotoči naj se na poslušanje in na gradnjo zaupnega odnosa (Alexander, 2013). Motnje hranjenja so kronična bolezen, ki se razvija več let in v začetku prizadeti osebi prinaša tudi precej »koristi«. Zaradi spremenjenega, družbeno bolj sprejemljivega videza (izguba »odvečnih« kilogramov), je oseba deležna številnih pohval, ki prispevajo k povečanju njene samopodobe in k boljšemu počutju. Zato si učenec v zgodnjem obdobju sprememb niti ne želi. Če se v razredu pojavi mladostnik z motnjo hranjenja, je prav, da učitelj o problemu z učenci spregovori. Če je taka oseba že vključena v zdravljenje in je zaradi tega odsotna od pouka, je to najboljši trenutek za pogovor. Učitelj naj razredu razloži, da gre za bolezen. Učence naj spodbudi k druženju z obolelo osebo. Jasno naj se opredeli glede zbadljivk v zvezi s telesno obliko ali telesno težo, ki lahko še kako vplivajo na že tako slabo samopodobo obolelega (Hafner, 2015).

1.3.5.4 Srednja šola (15–18 let)

Drugi starostni vrh ima anoreksija med 17. in 18. letom. Ker se v razvoj te motnje močno vpletajo vrednote v obliki perfekcionizma, idealni telesni teži, je nekako jasno, da se te motnje pogosteje pojavljajo v izobraževalnih programih, kjer sta storilnost in pridnost bolj zaželeni in potrebni za doseganje ciljev izobraževanja. Zato se s temi problemi pogosteje srečujejo v gimnazijskih programih. Če se motnja pojavi pri fantih, je pogosteje vezana na športe, kjer je nizka ali zelo nizka telesna teža potrebna za doseganje dobrih športnih rezultatov. Seminarske naloge s področja motenj hranjenja so v tem obdobju s strani dijakov zelo zaželena tema in so, z redkimi izjemami, pogosto kar klic na pomoč osebe, ki se že spopada s to motnjo, ali pa imajo tisti, ki se teme lotevajo, motnje hranjenja v družini (sorojenci) ali med prijatelji. Še vedno je treba v okviru šolskih programov spregovoriti o idealih zahodne civilizacije (lepoti, vitkosti za vsako ceno, povečevanju mladosti, vitalnosti, energičnosti, tekmovalnosti, ...) in oblikovati kritičen odnos do tega. Učitelji so

pogosto tisti, ki motnjo hranjenja zaznajo prvi, pogosto se jim mladostniki zaupajo sami ali pa jih na motnjo opozorijo sošolci. Pomembno je, da dijaka poslušajo in mu ponudijo pomoč šolskega svetovalnega delavca, s svetovanjem glede drugih oblik pomoči itd. Če se v razredu pojavi mladostnik z motnjo hranjenja, je pomembno, da učitelj o problemu spregovori z dijaki, najbolje v odsotnosti obolelega. Pri tem se lahko poslužuje različnih umetniških del (Hafner, 2015).

1.3.6 Izboljšanje telesne samopodobe otrok in mladostnikov

Glede na družbene pritiske, ki prispevajo k negativni telesni samopodobi, je pomembno, da tem osebam ljudje, s katerimi so največ v stiku, pomagajo pri oblikovanju zdrave, pozitivne telesne samopodobe. Mnogi šolski učni načrti že vsebujejo posamezne dejavnosti, ki so neposredno povezane s temami kot so zdravje, prehrana in prehranjevalne navade, nadzorovanje teže, telesna samopodoba in oglaševanje. V Sloveniji se tovrstna tematika obravnava predvsem v okviru posebnih projektov, posameznih predavanj strokovnjakov in seminarjev (Kuhar, 2002). Rdeča nit uspešnih šolskih dejavnosti za promoviranje ugodne telesne samopodobe je vsestranski pozitiven pristop, ne pa osredotočanje na negativne teme, kot so npr. nezdrava, hitra hrana ali čezmerna telesna teža. Izkazalo se je, da diskusije o motnjah hranjenja, nezaželenosti diet in vlogi medijev pri prikazovanju nerealističnih telesnih podob niso posebej učinkovite pri spreminjanju prepričanj, stališč in vedenj učencev v zvezi z telesno samopodobo, nadzorovanjem teže ali hujšanjem (O'Dea, 2001). Neposredno seznanjanje z nezdravim nadziranjem teže kot je na primer bruhanje, zloraba odvajal in tablet za hujšanje, lahko spodbudi ranljive mlade ljudi k uporabi teh praks ali pa vzbudi v njih neugodna občutja glede lastne postave. Za uspešnega, učinkovitega in primernege pa se je izkazal nov pristop k dviganju samospoštovanja, ki je pri najstnikih in najstnicah izboljšal zadovoljstvo s telesom in samozavest ter hkrati zmanjšal pomembnost fizičnega videza in pritiska vrstniške skupine (O'Dea, 2001). Ta pristop izboljšuje telesno samopodobo kot del celotne samopodobe in prispeva k splošni pozitivni samopodobi med otroki in najstniki. Usmerja se na grajenje dobrega mnenja o sebi, na podlagi dobrega mnenja o lastnem telesu (Kuhar, 2002). Gre za holistični pristop k promoviranju zdravja in zdravstvenemu izobraževanju (O'Dea, 2001). V dejavnosti, ki promovirajo zdravje, se vključujejo učenci, učitelji, drugo osebje v šolah, starši in člani v lokalnih skupnostih. Celotna šolska in lokalna skupnost sta vključeni tudi v aktivnosti, ki pomagajo učencem, da se bolje spoprijemajo s problemi telesne samopodobe, samozavesti in s prehranjevalnimi problemi. V ogrodju za promoviranje zdravja v šolah se vzgoja za pozitivno telesno samopodobo usmerja na učni načrt, ki obravnava probleme telesne samopodobe; šolske običaje in okolje, da zmanjšuje tveganje za razvijanje negativne telesne samopodobe; sodelovanje med šolo in skupnostjo ter razvoj dejavnosti, ki preprečujejo probleme telesne samopodobe (O'Dea, 2001). Aktivnosti, ki so jih uvedle šole in so se izkazale za uspešne so:

aktivnosti proti draženju, vrstniška podpora, programi v skupnosti, ki omogočajo zgodnje odkrivanje problemov s prehranjevanjem in težo, posebna pozornost do problemov telesne samopodobe pri športni vzgoji, ugotavljanje telesne samopodobe učiteljev, da bi zmanjšali prenos negativnih stališč in predsodkov, pozitivno, nekritično, neobtožujoče osredotočanje na hrano, vzpodbujanje učencev, da brez občutkov krivde uživajo v zdravi prehrani, vzpodbujanje fizičnih aktivnosti, ki niso tekmovalne in ki so zabavne (O'Dea, 2001).

1.3.7 Deset korakov do boljše samopodobe in samospoštovanja

1. korak: Spoštujem se in se sprejemam

Samospoštovanje pomeni zaupanje v lastno vrednost. Ko se spoštujem, sem zadovoljen sam s seboj in se cenim. Občutim, da sem vreden sreče, ljubezni in spoštovanja drugih. Ne primerjam se z drugimi v svojo škodo, zavedam se, da imam pravico do sreče, sprejemam se takšnega, kakršen sem - svoje telo in svoj zunanji videz (Tacol, 2011b).

2. korak: Postavljam si cilje in si prizadevam, da bi jih dosegel

Ko dosegam zastavljene cilje, pridobivam pozitivno samozavest. Čutim, da ima moje življenje smisel. Spoznavam se in se pozitivno ocenjujem. Zanesem se nase in ne potrebujem tuje hvale ali odobravanja. Na življenje lahko gledam z vedre strani. Prepoznavam, kaj si v življenju želim in si postavljam cilje. Organiziram svoj čas in z zaupanjem začnem svoje delo. Pri delu vztrajam in ne odlašam. Razvijam svoje sposobnosti in interese ter spoznavam, da se iz napak lahko nekaj naučim (Tacol, 2011b).

3. korak: Sodelujem z drugimi, jih sprejemam in imam prijatelje

Prijateljem lahko zaupam in se z njimi pogovarjam o vsakodnevnih stvareh. Kar počnem z njimi je zabavno. Lahko jih prosim za pomoč, pa tudi sam sem jim pripravljen pomagati. Trudim se razumeti druge, jih sprejemam, se znam pogovarjati in z njimi sodelujem (Tacol, 2011b).

4. korak: Ne izogibam se problemom, poskušam jih reševati

Reševanje težav je uspešnejše takrat, kadar se usmerim v problem in ga skušam premagati. Ko se spopadam s svojimi problemi, se v meni utrjuje zavest, da lahko sam obvladam svoje življenje. Uspešno premagovanje problemov prispeva k pozitivni samopodobi in osebnostni čvrstosti (Tacol, 2011b).

5. korak: Učim se spopadati s stresom

S stresom se srečujemo vsi ljudje in se mu ne moremo popolnoma izogniti. Lahko se učim, kako naj se čim učinkovitejše spoprijemam s težavami in s tem zmanjšam

škodljive učinke stresa. Osebnostno se utrjujem in se znam prilagoditi različnim okoliščinam (Tacol, 2011b).

6. korak: Razmišljam pozitivno

Na ljudi, stvari, dogodke lahko gledam pozitivno ali negativno. Svoje misli lahko izberem. V vsaki situaciji, ob vsakem problemu, ob vsem kar se mi dogaja, se vedno lahko odločim, kako bom razmišljal. Tega mi nihče ne more preprečiti. Mojih misli mi nihče ne more vzeti (Tacol, 2011b).

7. korak: Prevzemam odgovornost za svoje vedenje

V vsakem trenutku sam odločam, kako bom ravnal. Odgovoren sem za svoje vedenje. Ne morem vedno izbirati, kaj se mi bo zgodilo, lahko pa izberem kako se bom na to odzval in kaj bom v določeni situaciji naredil (Tacol, 2011b).

8. korak: Zavedam se, da sem edinstven in neponovljiv

Niti dva človeka na svetu nista enaka. Nihče ni takšen kot sem jaz. Sem enkratno, unikatno, neponovljivo in zato dragoceno (Tacol, 2011b).

9. korak: Postavim se zase

Vem, da imam pravico do samozavestnega in odločnega vedenja. Takemu vedenju pravimo asertivno vedenje. Asertiven človek se zaveda svojih občutkov, interesov in potreb ter jih zna jasno izraziti, vendar tako, da pri tem upošteva tudi druge ljudi (Tacol, 2011b).

10. korak: Prepoznavam, sprejemam in izražam svoja čustva

Pomembno je, da se učim prepoznavati svoja čustva in jih ustrezno izražati. Imam pravico pokazati in razložiti svoja negativna čustva, prav pa je, da pri tem upoštevam čustva drugih. Učim se postati čustveno zrel človek (Tacol, 2011b).

1.4 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKE NALOGE

Namen raziskave v okviru magistrske naloge je bil osvetliti problematiko nizke samopodobe in nizkega samospoštovanja v povezavi z motnjami hranjenja na slovenskem vzorcu mladostnikov in odraslih oseb, ki se soočajo z motnjami hranjenja. Namen naloge je bil tudi opredeliti intervencije in preventivne ukrepe za večanje in krepitev pozitivne samopodobe in samospoštovanja.

Cilj magistrske naloge je bil proučiti samopodobo in samospoštovanje pri osebah, ki se soočajo z motnjami hranjenja. Cilj naloge je tako bil raziskati strukturo samopodobe, to je splošno samopodobo, akademsko samopodobo, samopodobo na področju matematičnih sposobnosti, verbalnih sposobnosti, telesnih sposobnosti in športa, emocionalne stabilnosti in varnosti, ustvarjalnosti in reševanja problemov, zunanjšega videza, odnosov z vrstniki istega spola, odnosov z vrstniki nasprotnega spola, odnosov s starši, religije/duhovnosti ter na področju iskrenosti. Usmerili smo se na vidik samopodobe, ki se nanaša na prepričanja o odnosu med posameznikom in drugimi. Posameznik namreč lahko občuti sebe ločenega od drugih ljudi ali pa povezanega z njimi. V zvezi z odnosom posameznik-družba lahko govorimo o dveh strukturah samopodobe – o neodvisni in soodvisni samopodobi.

Pri raziskovanju samospoštovanja pri osebah, ki se soočajo z motnjami hranjenja, smo se osredotočili na dvodimenzionalen konstrukt samospoštovanja, in sicer na samougajanje in kompetentnost.

1.5 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

V okviru magistrske naloge smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

Temeljno raziskovalno vprašanje: kakšna je samopodoba in samospoštovanje pri vzorcu oseb, ki se soočajo z motnjo hranjenja?

Drugo temeljno raziskovalno vprašanje: ali se proučevane spremenljivke (samopodoba in samospoštovanje) razlikujejo v odvisnosti od motnje in glede na spol in starost?

Tretje temeljno raziskovalno vprašanje: ali se nizka splošna samopodoba povezuje z nizkim samospoštovanjem?

Četrto temeljno raziskovalno vprašanje: na kateri vidik samopodobe in samospoštovanja moramo biti še posebej pozorni pri preventivi motenj hranjenja?

Peto temeljno raziskovalno vprašanje: s katerimi intervencijami bi izboljšali samopodobo in samospoštovanje med slovensko populacijo in posledično zmanjšali pojavnost motenj hranjenja?

Poleg raziskovalnih vprašanj smo si postavili štiri hipoteze, ki se glasijo:

H1: Osebe z motnjami hranjenja imajo nizko izražene komponente samopodobe pri vprašalniku SDQ III, še posebej komponento, ki meri *splošno samopodobo*.

H2: Pri osebah z motnjami hranjenja prevladuje *soodvisna samopodoba*.

H3: Osebe z motnjami hranjenja imajo nizko stopnjo *samougajanja*.

H4: Osebe z motnjami hranjenja imajo nizko stopnjo *kompetentnosti*.

2 METODA

2.1 VZOREC

V raziskavo je bilo vključenih 30 oseb ženskega spola s klinično diagnosticirano duševno boleznijo, tj. z eno od motenj hranjenja. Povprečna starost v raziskavo vključenih oseb je bila 25 let in 1 mesec, najmlajša oseba je bila stara 16, najstarejša oseba pa 66 let. 7 oseb je imelo diagnosticirano anoreksijo nervozo in 15 oseb bulimijo nervozo, 3 osebe so imele diagnosticirano ortoreksijo nervozo, 5 oseb pa kompulzivno prenaždanje.

V preteklosti se je 18 deklet že srečalo z neko drugo vrsto motnje hranjenja. Od teh jih je 7 poročalo, da so v svojem življenju imele različne vrste motenj hranjenja, tj. že diagnosticirane 3 različne vrste motenj hranjenja.

Povprečna starost ob prvem nastopu in pojavu motnje hranjenja pri dekletih v našem vzorcu je bila 15 let in pol. V povprečju so imela dekleta v našem vzorcu motnjo hranjenja že 9 let in pol.

Povprečna starost deklet v našem vzorcu pred prvim zdravljenjem oz. iskanjem pomoči je bila 20 let in 5 mesecev. V povprečju so minila 4 leta in 11 mesecev preden so dekleta poiskala kakršnokoli pomoč. Šestnajst deklet je poročalo, da so jim pomoč poiskali drugi, v štirinajstih primerih pa so si pomoč poiskale same.

Subjektivne ocene deklet glede resnosti motnje so bile različne: 4 dekleta so svojo motnjo hranjenja subjektivno ocenile kot blago, 16 deklet kot zmerno, 9 deklet pa je svojo motnjo hranjenja ocenilo kot hujšo. Eno dekle se glede subjektivne ocene resnosti motnje hranjenja ni opredelilo.

19 deklet je v polstrukturiranem intervjuju omenilo, da imajo poleg diagnosticirane motnje hranjenja še pridruženo drugo duševno motnjo, med katerimi sta prevladovali depresija in anksioznost. 5 deklet je tekom intervjuja poročalo, da so v preteklosti že imele samomorilne misli brez poskusa samomora, 6 deklet pa je poročalo, da so v preteklosti že poskusile samomor.

14 deklet je v času izvajanja polstrukturiranega intervjuja obiskovalo Društvo za ustvarjanje in kvaliteto življenja – MUZA, 6 pa jih je bilo v tem času hospitaliziranih na Enoti za zdravljenje motenj hranjenja Psihiatrične klinike v Ljubljani. Ostale osebe so bile vključene v druge ustanove/skupnosti/svetovalnice, ki nudijo psihosocialno in/ali strokovno zdravstveno pomoč osebam z motnjami hranjenja.

2.2 PRIPOMOČKI

Za potrebe pridobivanja podatkov smo izvedli polstrukturiran intervju (glej Priloga A) ter uporabili tri standardizirane vprašalnike.

S pomočjo polstrukturiranega intervjuja smo pridobili osnovne podatke (spol, starost, vrsta motnje hranjenja, vrsta morebitne pretekle motnje hranjenja, starost začetka motnje hranjenja, starost osebe pred prvim zdravljenjem, trajanje motnje hranjenja, resnost motnje hranjenja, vrsto in način zdravljenja, področja težav, tj. osebno, učno, zdravstveno in socialno, dosednji uspehi pri zdravljenju ter subjektivno mnenje ali ocena povoda ali vzroka za začetek motnje hranjenja (v kolikor ima oseba uvid)).

Vsa dekleta, zajeta v vzorec, so reševala tri vprašalnike:

a) Vprašalnik samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti (ang. SDQ III - The Self-Description Questionnaire III, Marsh, 1992)

Vprašalnik je sestavljen iz 136 postavk in meri 13 vidikov samopodobe, in sicer: splošno samopodobo, akademsko samopodobo, samopodobo na področju matematičnih sposobnosti, verbalnih sposobnosti, telesnih sposobnosti, emocionalne stabilnosti, ustvarjalnost in reševanje problemov, zunanjšega videza, odnosov z vrstniki istega spola, odnosov z vrstniki nasprotnega spola, odnosov s starši, religije/duhovnosti ter na področju iskrenosti. Posamezne lestvice vsebujejo od 10 do 12 postavk, od katerih se približno polovica obratno točkuje. Preizkušanci vrednotijo postavke na 6-stopenjski ocenjevalni lestvici, od 1 (sploh ne drži) do 6 (popolnoma drži). Visoko število točk na posamezni lestvici pomeni visoko izraženost samopodobe na področju, ki ga meri lestvica (Avsec, 2010b).

Zanesljivost vprašalnika: Marsh (1992) poroča o alfa koeficientih notranje konsistentnosti med 0,80 in 0,90 za posamezne lestvice, razen za lestvico iskrenosti, ki ima nižjo zanesljivost ($\alpha = 0,74$). Stabilnost v času je avtor preverjal v štirih časovnih obdobjih (Marsh, 1992). Stabilnost v enomesečnem intervalu je visoka (povprečni r (test-retest) = 0,87), v časovnem obdobju 18-20 mesecev pa nekoliko nižja, vendar še vedno dobra (povprečni r (test-retest) = 0,74). Na slovenskem vzorcu so za posamezne lestvice dobili naslednje koeficiente notranje konsistentnosti: splošna samopodoba: $\alpha = 0,86$; akademska samopodoba: $\alpha = 0,89$; matematične sposobnosti: $\alpha = 0,92$; verbalne sposobnosti: $\alpha = 0,83$; telesne sposobnosti: $\alpha = 0,95$; čustvena stabilnost: $\alpha = 0,75$; ustvarjalnost/reševanje problemov: $\alpha = 0,80$; zunanji videz: $\alpha = 0,89$; odnosi z istim spolom: $\alpha = 0,85$; odnosi z nasprotnim spolom: $\alpha = 0,93$; odnosi s starši: $\alpha = 0,86$; religija/duhovnost: $\alpha = 0,90$; iskrenost: $\alpha = 0,62$ (Avsec, 2000).

Veljavnost vprašalnika: Marsh (1992) poroča o več kot 30 objavljenih faktorjskih analizah, ki so potrdile faktorjsko veljavnost vprašalnika. Povprečna interkorelacija med faktorji je pod

0,10 (Marsh in Shavelson, 1985). Na slovenskem vzorcu je povprečna korelacija med lestvicami 0,24 (brez lestvice splošne samopodobe 0,22), od -0,04 med matematičnimi in verbalnimi sposobnostmi do 0,57 med zunanjim videzom in odnosi z nasprotnim spolom. Pričakovano so najvišje korelacije med splošno samopodobo in njenimi specifičnimi področji: najvišja z zunanjim videzom ($r = 0,65$) (Avsec, 2000).

b) Vprašalnik strukture samopodobe SCS (ang. SCS - Self-Construal Scale, Singelis, 1994)

Ta vprašalnik temelji na raziskavah medkulturnih razlik v strukturi samopodobe in se nanaša na prepričanja o odnosu med posameznikom in drugimi. Posameznik lahko občuti sebe ločenega od drugih ljudi ali pa povezanega z njimi. V zvezi z odnosom posameznik-družba lahko govorimo o dveh strukturah samopodobe. Neodvisna samopodoba (ang. independent self-construal) je značilna za posameznike, ki sebe vidijo v osnovi ločene od drugih posameznikov. Za takšne posameznike so značilne lastnosti enotnost, stabilnost, koherentnost, trdne meje in neodvisnost od socialnega konteksta. Soodvisna samopodoba (ang. interdependent self-construal) pa je značilna za posameznike, ki sebe vidijo tesno povezane z drugimi ljudmi. Zanje sta značilni fleksibilnost in variabilnost, s poudarkom na zunanjih značilnostih kot so statusi, vloge, medosebni odnosi, težnja po pripadnosti in harmoničnosti medosebnih odnosov, zavzemanju ustreznega mesta v družbi in primerni aktivnosti, neposrednosti v komunikaciji in »branju misli drugih« (Avsec in Sočan, 2010). Vprašalnik sestavlja 30 postavk, od katerih se jih 15 nanaša na soodvisno samopodobo in 15 na neodvisno samopodobo. Pri vsaki postavki morajo udeleženci na 7-stopenjski ocenjevalni lestvici označiti, v kolikšni meri se strinjajo z njo (1-splošno ne drži; 7-popolnoma drži) (Avsec in Sočan, 2010).

Zanesljivost vprašalnika: Singelis (1994) poroča o neprav zadovoljivih koeficientih notranje konsistentnosti: za lestvico soodvisne samopodobe $\alpha = 0,73 - 0,74$, za lestvico neodvisne samopodobe pa $\alpha = 0,69 - 0,70$. Na slovenskem vzorcu sta bila izmerjena alfa koeficienta 0,68 za lestvico neodvisne samopodobe in 0,77 za lestvico soodvisne samopodobe (Avsec, 2000).

Veljavnost vprašalnika: Singelis (1994) poroča o dveh eksploratornih faktorjskih analizah. Z izločitvijo prvih dveh faktorjev je pojasnil zgolj 25% celotne variance, zato ima veliko postavk zelo nizka nasičenja, res pa so bile vse postavke nasičene z ustreznim faktorjem. Tudi konfirmatorna faktorjska analiza kaže na ustreznost dvofaktorske in ne enofaktorske rešitve. Glede na raziskavo na slovenskem vzorcu Avsec (2000) zaključuje, da je razdelitev vprašalnika na dve lestvici ustrezna, pri čemer bi bilo potrebno lestvico neodvisne samopodobe izboljšati, saj ima nekaj postavk z neustrezno diskriminativnostjo, posledično pa ima tudi celotna podlestvica prenizko zanesljivost.

c) Vprašalnik samospoštovanja (ang. **Self-Competence/Self-Liking Scale, SLCS-R, 1995**)

Vprašalnik samospoštovanja SLCS-R sestavljata dve lestvici. Lestvica kompetentnosti (self-competence) meri del samospoštovanja, ki izhaja iz splošnega občutka posameznika kot sposobne, učinkovite osebe, lestvica samougajanja (self-liking) pa je del samospoštovanja, ki je odvisen od družbe, saj se nanaša na posameznikovo efektivno oceno sebe v skladu s ponotranjenimi socialnimi vrednostmi. Vsaka lestvica ima po 8 postavk, polovico od njih pa vrednotimo obrnjeno (Avsec, 2010c).

Zanesljivost vprašalnika: Tafarodi in Swann (2001) navajata visoka koeficienta notranje konsistentnosti ($\alpha = 0,90$ za samougajanje in $\alpha = 0,82$ za kompetentnost), ki sta jih avtorja izračunala na vzorcu 1325 študentov. Test-retest korelacija za trimesečni časovni interval na vzorcu 138 oseb pa je bila 0,75 za samougajanje in 0,78 za kompetentnost. Na slovenskem vzorcu 350 oseb, je bil koeficient notranje konsistentnosti ocenjen $\alpha = 0,85$ za lestvico samougajanja in $\alpha = 0,75$ za lestvico kompetentnosti.

Veljavnost vprašalnika: Po Tafarodi in Swann (2001) se korelacije med lestvicama gibljejo med 0,58 in 0,69. V isti raziskavi sta avtorja analizirala tudi vprašalnik s konfirmatorno faktorsko analizo. Kot najslabši model se je izkazal enofaktorski, kot najboljši pa dvofaktorski, ki ločuje samougajanje od kompetentnosti, čeprav tudi pri tem ni prišlo do idealnega prileganja podatkov.

2.3 POSTOPEK

Zbiranje podatkov je potekalo od meseca maja 2016 do januarja 2017. Izvedba polstrukturiranega intervjuja in reševanja vprašalnikov je potekala v prostorih Društva za ustvarjanje in kvaliteto življenja MUZA in na drugih dogovorjenih lokacijah. Udeleženke smo pridobili z uradnim povabilom preko različnih ustanov/skupnosti/svetovalnic, ki nudijo psihosocialno pomoč osebam z motnjami hranjenja. Pred samim začetkom izvedbe raziskave smo udeleženke opozorili na načelo zasebnosti in zaupnosti, kar je pomenilo, da je bila aplikacija vprašalnikov anonimna, hkrati pa smo jih opozorili, da lahko iz raziskave odstopijo kadarkoli želijo, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljne narave in da lahko izpustijo vprašanja, na katera iz različnih razlogov ne želijo/ne zmorejo/znajo odgovoriti. Vsaki udeleženci smo tudi razložili ozadje magistrske naloge (kakšni so nameni in cilji naloge).

Sodelujoče so najprej rešile polstrukturiran intervju, po opravljenem intervjuju pa so nadaljevale z reševanjem vprašalnikov. Čas reševanja se je razlikoval od posameznice do posameznice. Minimalen čas reševanja je trajal eno uro. Udeleženke so vedno začele z reševanjem polstrukturiranega intervjuja, nadaljevale z vprašalnikom SDQ III, sledil je

vprašalnik SCS in na koncu SLCS-R. Vrstni red vprašalnikov je bil na željo udeleženke tudi spremenjen. Po potrebi smo udeleženkam, kolikor jim je padla koncentracija ali iz drugih razlogov, omogočili tudi odmor med reševanjem.

Še zdaleč nezanemarljivo pa je tudi dejstvo, da so vse sodelujoče rešile intervju v celoti, prav tako pa tudi vse tri vprašalnike. Včasih se je pri kakšnem vprašanju pri standardiziranih vprašalnikih pojavila dilema, ki pa smo jo skupaj razrešili. Nobena izmed udeleženk tekom reševanja ni prekinila sodelovanja, niti ni imela kakršnekoli težave pri reševanju.

2.4 OBDELAVA PODATKOV ALI STATISTIČNA ANALIZA

S programom SPSS smo analizirali dobljene podatke in s statističnimi postopki poskušali odgovoriti na postavljene hipoteze in raziskovalna vprašanja. Najprej smo predstavili deskriptivne statistike vseh treh vprašalnikov. Z enosmerno analizo variance smo ugotavljali, ali obstajajo statistično značilne razlike glede na vrsto motnje hranjenja za posamezno lestvico vseh treh uporabljenih vprašalnikov. V nadaljevanju smo t-testom za neodvisne vzorce ugotavljali, ali obstajajo statistično značilne razlike glede na starost med dvema starostnima skupinama, neodvisno od vrste motnje hranjenja, za posamezno lestvico vseh treh uporabljenih vprašalnikov. Z enosmerno analizo variance smo ugotavljali, ali obstajajo statistično značilne razlike glede na vrsto motnje hranjenja in starost, za posamezno lestvico vseh treh uporabljenih vprašalnikov. Na koncu pa smo s Pearsonovim korelacijskim koeficientom preverili povezanost med posameznimi lestvicami uporabljenih vprašalnikov.

3 REZULTATI

V tem poglavju predstavljamo analize zbranih podatkov in rezultate statističnih postopkov, ki smo jih uporabili za preverjanje hipotez in odgovore na raziskovalna vprašanja. Rezultati raziskave so razdeljeni na več poglavij po logičnem redu zaradi večje preglednosti. Najprej so predstavljene deskriptivne statistike vseh vprašalnikov, sledijo jim korelacijske analize med posameznimi spremenljivkami.

3.1 OPISNA STATISTIKA VPRAŠALNIKOV

3.1.1 Vprašalnik samospoštovanja SLCS-R

V tabeli 2 povzemamo osnovne opisne statistike za posamezno lestvico Vprašalnika samospoštovanja (v nadaljevanju SLCS-R). Tabela 2 prikazuje povprečje, standardno deviacijo, najvišjo in najnižjo vrednost na posameznih lestvicah vprašalnika SLCS-R, ki so dobljeni na vzorcu 30 oseb s klinično diagnosticirano duševno boleznijo, tj. eno od motenj hranjenja.

Tabela 2

Osnovna opisna statistika rezultatov lestvic vprašalnika SLCS-R za celotni vzorec.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>
Samougajanje	30	18,3	6,97	9	40
Kompetentnost	30	21,67	5,05	13	32

Opombe: *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *MIN* = najnižja dosežena vrednost; *MAX* = najvišja dosežena vrednost.

Iz tabele 2 je razvidno, da je povprečna aritmetična sredina vzorca na lestvici *samougajanje* nižja od povprečne aritmetične sredine vzorca na lestvici *kompetentnost*.

V nadaljevanju smo preverili, ali so proučevane spremenljivke oziroma dobljeni rezultati na lestvicah vprašalnika SLCS-R normalno porazdeljeni.

Tabela 3

Koeficienta asimetrije in sploščenosti za rezultate na lestvicah vprašalnika SLCS-R.

	<i>Sploščenost</i>	<i>Asimetrija</i>
Samougajanje	1,96	1,12
Kompetentnost	-0,75*	0,21*

Opomba: * Porazdelitev ne odstopa statistično pomembno od normalne na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 3 je razvidno, da imata koeficienta asimetrije pri obeh lestvicah SLCS-R pozitivne vrednosti, kar pomeni desno asimetrično porazdelitev. Koeficient sploščenosti kaže na bolj koničasto porazdelitev odgovorov (pozitivna vrednost) pri lestvici *samougajanje*, medtem ko je pri lestvici *kompetentnost* izražena tendenca k splošeni porazdelitvi rezultatov (negativna vrednost). Na lestvici *samougajanje* sta tako koeficient asimetrije kot tudi sploščenosti večja od 1, kar pomeni, da gre za večje odstopanje od normalne porazdelitve, za razliko od lestvice *kompetentnost*, kjer so koeficienti sploščenosti in asimetrije v razponu od -1 do 1, kar pomeni, da ni večjih odstopanj od normalne porazdelitve.

V tabeli 4 so prikazana povprečja in standardne deviacije na posameznih lestvicah vprašalnika SLCS-R, ki so dobljene na našem vzorcu 30 oseb s klinično diagnosticirano duševno boleznijo, tj. eno od motenj hranjenja in primerjava z dostopnimi normami, ki jih navaja Avsec (2010c).

Norme so vzete iz rezultatov zbranih v okviru raziskave, kjer so proučevali izraženost maskulinosti in femininosti pri moških in ženskah ter povezanost z neodvisnim, soodvisnim jazom in kompetentnostjo (Avsec, 2010c). Rezultati na lestvici *samougajanja* so zbrani na vzorcu 99 žensk, rezultati na lestvici kompetentnosti pa na vzorcu 98 žensk. Starost žensk se giblje od 18 do 60 let in je tako primerljiva z našim vzorcem. Večina žensk predstavlja študentsko populacijo različnih študijskih smeri, malo manj kot polovica žensk v vzorcu pa je zaposlena (Avsec, 2010c).

Tabela 4

Primerjava *M* in *SD* na vprašalniku SLCS-R med našim vzorcem in normami.

	Naš vzorec			Norme		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Samougajanje	30	18,3	6,97	99	28,0	6,4
Kompetentnost	30	21,67	5,05	98	24,7	5,1

Opombe: *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija.

Kot je prikazano v tabeli 4 sta standardni deviaciji obeh vzorcev zelo podobni, kar kaže na primerljivo variabilnost odgovorov. Iz rezultatov je razvidno, da so udeleženske v našem vzorcu dosegle nižji rezultat na lestvici *samougajanje* v primerjavi z normami. Rezultat dobljen pri našem vzorcu je na lestvici *samougajanje* nižji od norm za več kot eno standardno deviacijo. Tudi na lestvici *kompetentnost* je povprečni rezultat, dobljen na našem vzorcu, nižji od norm, vendar še v okviru standardne deviacije.

3.1.2 Vprašalnik strukture samopodobe SCS

V tabeli 5 povzemamo osnovne opisne statistike za posamezno lestvico Vprašalnika strukture samopodobe (v nadaljevanju SCS). Tabela 5 prikazuje povprečje, standardno deviacijo, najvišjo in najnižjo vrednost na posameznih lestvicah vprašalnika SCS, ki so dobljeni na vzorcu 30 oseb s klinično diagnosticirano duševno boleznijo, tj. eno od motenj hranjenja.

Tabela 5

Osnovna opisna statistika rezultatov lestvic vprašalnika SCS za celotni vzorec.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>
Neodvisni jaz	30	69,2	12,69	50	96
Soodvisni jaz	30	72,53	10,52	53	93

Opombe: *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *MIN* = najnižja dosežena vrednost; *MAX* = najvišja dosežena vrednost.

Iz tabele 5 je razvidno, da je povprečna aritmetična sredina vzorca na lestvici *neodvisni jaz* nižja od povprečne aritmetične sredine vzorca na lestvici *soodvisni jaz*.

V nadaljevanju smo preverili, ali so proučevane spremenljivke oziroma dobljeni rezultati na lestvicah vprašalnika SCS normalno porazdeljeni.

Tabela 6

Koeficienta asimetrije in sploščenosti za rezultate na lestvicah vprašalnika SLCS-R.

	<i>Sploščenost</i>	<i>Asimetrija</i>
Neodvisni jaz	-0,55*	0,35*
Soodvisni jaz	-0,64*	-0,06*

Opomba: * Porazdelitev ne odstopa statistično pomembno od normalne na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 6 je razvidno, da ima koeficient asimetrije pri lestvici *neodvisni jaz* pozitivno vrednost, kar pomeni desno asimetrično porazdelitev, pri lestvici *soodvisni jaz* pa ima negativno vrednost, kar pomeni levo asimetrično porazdelitev. Koeficienta sploščenosti sta pri obeh lestvicah SCS negativna, kar izraža tendenco k sploščeni porazdelitvi rezultatov. Koeficienta sploščenosti in asimetričnosti sta pri obeh lestvicah v razponu od -1 do 1, kar pomeni, da ni večjih odstopanj od normalne porazdelitve.

V tabeli 7 so prikazana povprečja in standardne deviacije na posameznih lestvicah vprašalnika SCS, ki so dobljene na našem vzorcu 30 oseb s klinično diagnosticirano duševno boleznijo, tj. eno od motenj hranjenja in primerjava z dostopnimi normami, ki jih navaja Avsec (2000).

Norme so vzete iz raziskave Avsec (2000), ki obravnava področja samopodobe in njihovo povezanost z realno in želeno spolno shemo. Na slovenskem vzorcu ni bilo pomembnih razlik med spoloma. Vzorec je sestavljalo 234 moških in 235 žensk, starih povprečno 19,5 let. Udeleženci so bili v času raziskave vpisani v 4. letnik različnih srednjih šol (149 dijakov in 151 dijakinj) ali na fakulteto (65 študentov in 75 študentk). 20 moških in 9 žensk je bilo zaposlenih (Avsec, 2000).

Tabela 7

Primerjava M in SD na vprašalniku SCS med našim vzorcem in normami.

	Naš vzorec			Norme		
	N	M	SD	N	M	SD
Neodvisni jaz	30	69,2	12,69	469	72,9	10,0
Soodvisni jaz	30	72,53	10,52	469	66,8	11,3

Opombe: N = numerus/velikost vzorca; M = aritmetična sredina; SD = standardna deviacija.

Kot je prikazano v tabeli 7 se standardni deviaciji dobljeni na našem vzorcu in vzorcu (Avsec, 2000) na lestvici *soodvisni jaz* minimalno razlikujeta, kar kaže na primerljivo variabilnost odgovorov. Večja variabilnost odgovorov je bila v našem vzorcu na lestvici *neodvisni jaz* v primerjavi z normami, saj se standardni deviaciji razlikujeta za malo več kot dve enoti. Iz tabele 7 je razvidno, da so rezultati (povprečni dosežki) dobljeni na našem vzorcu na lestvici *neodvisne samopodobe* nižji, vendar še v okviru standardne deviacije, v primerjavi z normami. So pa rezultati našega vzorca na lestvici *soodvisna samopodoba* višji, v primerjavi z normami, vendar tudi v okviru standardne deviacije.

3.1.3 Vprašalnik samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti SDQ III

V tabeli 8 povzemamo osnovne opisne statistike za posamezno lestvico Vprašalnika samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti (v nadaljevanju SDQ III). Tabela 8 prikazuje povprečje, standardno deviacijo, najvišjo in najnižjo vrednost na posameznih lestvicah vprašalnika SDQ III, ki so dobljeni na vzorcu 30 oseb s klinično diagnosticirano duševno boleznijo, tj. eno od motenj hranjenja.

Tabela 8

Osnovna opisna statistika rezultatov lestvic vprašalnika SDQ III za celotni vzorec.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>
Splošna samopodoba	30	35,03	10,53	19	62
Akadska samopodoba	30	39,37	9,21	23	54
Matematične sposobnosti	30	32,87	13,95	11	60
Verbalne sposobnosti	30	44,5	9,83	22	57
Telesne sposobnosti	30	42,5	10,34	21	60
Čustvena stabilnost	30	29,13	9,79	13	53
Ustvarjalnost	30	39,83	6,89	24	53
Zunanji videz	30	28,63	10,09	11	52
Odnosi-isti spol	30	36,9	8,89	21	56
Odnosi-nasprotni spol	30	31,37	10,75	12	50
Odnosi-starši	30	34,83	10,78	12	51
Religija	30	32,3	12,09	14	60
Iskrenost	30	53,4	7,38	39	70

Opombe: *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *MIN* = najnižja dosežena vrednost; *MAX* = najvišja dosežena vrednost.

Iz tabele 8 je razvidno, da se rezultati povprečnih aritmetičnih sredin na posameznih lestvicah vprašalnika SDQ III gibljejo od 28,63 (*zunanji videz*) do 53,4 (*iskrenost*). Standardne deviacije so v razponu od 6,89 (*ustvarjalnost*) do 13,95 (*matematične sposobnosti*).

V nadaljevanju smo preverili, ali so proučevane spremenljivke oziroma dobljeni rezultati na lestvicah vprašalnika SDQ III normalno porazdeljeni.

Tabela 9

Koeficienta asimetrije in sploščenosti za rezultate na lestvicah vprašalnika SDQ III.

	<i>Sploščenost</i>	<i>Asimetrija</i>
Splošna samopodoba	-0,18*	0,33*
Akadska samopodoba	-0,68*	0,04*
Matematične sposobnosti	-1,04	0,29*
Verbalne sposobnosti	-0,50*	-0,59*
Telesne sposobnosti	-0,76*	-0,47*
Čustvena stabilnost	-0,12*	0,12*
Ustvarjalnost	0,19*	-0,34*
Zunanji videz	-0,45*	0,02*
Odnosi-isti spol	-0,22*	0,12*
Odnosi-nasprotni spol	-0,54*	0,00*
Odnosi-starši	-0,80*	-0,48*
Religija	-0,41*	0,46*
Iskrenost	-0,25*	0,10*

Opomba: * Porazdelitev ne odstopa statistično pomembno od normalne na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 9 je razvidno, da ima koeficient asimetrije pri devetih od trinajstih lestvic vprašalnika SDQ III pozitivne vrednosti, kar pomeni desno asimetrično porazdelitev, pri lestvicah *verbalne sposobnosti*, *telesne sposobnosti*, *ustvarjalnost* in *odnosi-starši* pa ima negativne vrednosti, kar pomeni levo asimetrično porazdelitev. Pri vseh lestvicah, razen pri lestvici *ustvarjalnost*, kaže koeficient sploščenosti na bolj sploščene porazdelitve odgovorov (negativne vrednosti), pri lestvici *ustvarjalnost* pa je izražena tendenca k bolj koničasti porazdelitvi odgovorov (pozitivna vrednost). Koeficienta sploščenosti in asimetričnosti sta pri vseh lestvicah, razen pri lestvici matematične *sposobnosti* v razponu od -1 do 1, kar pomeni, da ni večjih odstopanj od normalne porazdelitve.

V tabeli 10 so prikazana povprečja in standardne deviacije na posameznih lestvicah vprašalnika SDQ III, ki so dobljene na našem vzorcu 30 oseb s klinično diagnosticirano duševno boleznijo, tj. eno od motenj hranjenja in primerjava z dostopnimi normami, ki jih navaja Avsec (2000).

Norme so vzete iz raziskave Avsec (2000), ki obravnava področja samopodobe in njihovo povezanost z realno in željeno spolno shemo. Vzorec je sestavljalo 237 žensk. V času raziskave je bilo v 4. letnik različnih srednjih šol vpisanih 151 dijakinj, na fakulteto 77 študentk, 9 žensk pa je bilo zaposlenih (Avsec, 2000).

Tabela 10

Primerjava *M* in *SD* na vprašalniku *SDQ III* med našim vzorcem in normami.

	Naš vzorec			Norme		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Splošna samopodoba	30	35,03	10,53	237	50,6	9,6
Akadska samopodoba	30	39,37	9,21	237	43,4	7,8
Matematične sposobnosti	30	32,87	13,95	237	37,6	12,1
Verbalne sposobnosti	30	44,5	9,83	237	45,0	7,4
Telesne sposobnosti	30	42,5	10,34	237	43,2	12,0
Čustvena stabilnost	30	29,13	9,79	237	42,3	8,3
Ustvarjalnost	30	39,83	6,89	237	41,0	7,2
Zunanji videz	30	28,63	10,09	237	40,7	9,7
Odnosi-isti spol	30	36,9	8,89	237	45,9	7,1
Odnosi-nasprotni spol	30	31,37	10,75	237	42,2	10,4
Odnosi-starši	30	34,83	10,78	237	44,6	8,7
Religija	30	32,3	12,09	237	38,2	13,4
Iskrenost	30	53,4	7,38	237	49,2	6,3

Opomba: *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija.

Kot je prikazano v tabeli 10 se standardni deviaciji dobljeni na našem vzorcu in vzorcu (Avsec, 2000) minimalno razlikujeta, kar kaže na primerljivo variabilnost odgovorov, vendar ne povsod. Večja variabilnost odgovorov v našem vzorcu je bila pri lestvicah *matematične sposobnosti*, *verbalne sposobnosti*, *odnosi z vrstniki istega spola* in *odnosi s starši*, medtem ko je manjša variabilnost odgovorov v našem vzorcu bila na lestvici *telesne sposobnosti*, v primerjavi z normami. Iz tabele 10 je razvidno, da so rezultati (povprečni dosežki) dobljeni na našem vzorcu nižji na vseh lestvicah vprašalnika *SDQ III*, v primerjavi z normami, razen na lestvici *iskrenost*, kjer je dobljeni povprečen dosežek našega vzorca višji, v primerjavi z normami, vendar še vedno v okviru standardne deviacije. Na lestvicah *splošna samopodoba*, *čustvena stabilnost*, *zunanji videz*, *odnosi z vrstniki istega spola*, *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* in *odnosi s starši* so rezultati našega vzorca nižji od norm za več kot eno standardno deviacijo.

3.2 ANALIZA RAZLIK GLEDE NA MOTNJO HRANJENJA

V nadaljevanju so prikazani rezultati osnovnih opisnih statistik in enosmerne analize variance (Oneway ANOVA), glede na vrsto motnje hranjenja, za posamezno lestvico vseh treh uporabljenih vprašalnikov.

3.2.1 Razlike na lestvicah Vprašalnika SLCS-R glede na motnjo hranjenja

Tabela 11 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na vrsto motnje hranjenja za posamezno lestvico Vprašalnika SLCS-R.

Tabela 11

Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja na lestvicah vprašalnika SLCS-R.

	1. skupina		2. skupina		3. skupina		4. skupina		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>(N=7)</i>		<i>(N=15)</i>		<i>(N=5)</i>		<i>(N=3)</i>			
Lestvica	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Samougajanje	14,71	5,41	19,27	8,46	18,0	2,55	22,33	5,03	1,058	0,384
Kompetentnost	22,00	5,13	21,40	5,45	20,40	5,03	24,33	4,16	0,381	0,767

Opombe: 1. skupina = osebe z anoreksijo nervozo, 2. skupina = osebe z bulimijo nervozo, 3. skupina = osebe s kompulzivnim prenajedanjem, 4. skupina = osebe z ortoreksijo nervozo; *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *F* = razmerje med srednjimi kvadrati; *p* = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 11 je razvidno, da so največji povprečen dosežek na lestvici *samougajanje* (SLCS-R) dosegle osebe z ortoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe z anoreksijo nervozo. Na lestvici *kompetentnost* (SLCS-R) so največji povprečen dosežek dosegle osebe z ortoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe s kompulzivnim prenajedanjem. Na vprašalniku SLCS-R ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na vrsto motnje hranjenja.

3.2.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na motnjo hranjenja

Tabela 12 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na vrsto motnje hranjenja za posamezno lestvico Vprašalnika SCS.

Tabela 12

Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja na lestvicah vprašalnika SCS.

Lestvica	1. skupina (N=7)		2. skupina (N=15)		3. skupina (N=5)		4. skupina (N=3)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Neodvisni jaz	67,29	10,86	69,47	13,71	62,60	8,47	83,33	10,12	1,909	0,153
Soodvisni jaz	74,14	10,72	71,33	9,12	73,60	15,23	73,00	13,89	0,126	0,944

Opombe: 1. skupina = osebe z anoreksijo nervozo, 2. skupina = osebe z bulimijo nervozo, 3. skupina = osebe s kompulzivnim prenajedanjem, 4. skupina = osebe z ortoreksijo nervozo; *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *F* = razmerje med srednjimi kvadrati; *p* = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 12 je razvidno, da so največji povprečen dosežek na lestvici *neodvisne samopodobe* (SCS) dosegle osebe z ortoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe s kompulzivnim prenajedanjem. Največji povprečen dosežek na lestvici *soodvisne samopodobe* (SCS), so dosegle osebe z anoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe z bulimijo nervozo. Na vprašalniku SCS ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na vrsto motnje hranjenja.

3.2.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SDQ III glede na motnjo hranjenja

Tabela 13 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na vrsto motnje hranjenja za posamezno lestvico Vprašalnika SDQ III.

Tabela 13

Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja na lestvicah vprašalnika SDQ III.

Lestvica	1. skupina (N=7)		2. skupina (N=15)		3. skupina (N=5)		4. skupina (N=3)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Splošna samopodoba	33,14	10,25	37,00	12,19	29,80	2,17	38,33	10,79	0,739	0,538
Akadska samopodoba	40,86	8,78	39,33	10,49	36,40	8,65	41,00	6,56	0,245	0,864
Matematične sposobnosti	35,14	17,41	33,27	12,09	29,40	15,76	31,33	18,34	0,166	0,919
Verbalne sposobnosti	45,14	9,55	45,53	8,43	42,20	14,87	41,67	12,34	0,220	0,881
Telesne sposobnosti	44,86	8,75	42,13	10,23	34,40	10,92	52,33	4,62	2,339	0,097
Čustvena stabilnost	26,00	9,15	29,80	11,68	28,60	7,40	34,00	1,00	0,487	0,694
Ustvarjalnost	40,14	6,47	40,33	6,32	37,20	8,56	41,00	10,82	0,280	0,839
Zunanji videz	28,00	9,39	31,13	10,74	22,80	9,94	27,33	8,51	0,878	0,465
Odnosi-isti spol	31,43	7,39	37,93	8,69	42,20	10,40	35,67	7,37	1,667	0,198
Odnosi-nasprotni spol	29,29	7,65	33,87	13,11	28,20	10,04	29,00	1,00	0,524	0,670
Odnosi-starši	44,57	5,38	31,80	9,90	29,40	9,53	36,33	15,89	3,433	0,032*
Religija	35,43	14,97	30,40	10,93	35,20	16,12	29,67	0,58	0,396	0,757
Iskrenost	51,43	6,53	53,93	8,80	56,80	4,09	49,67	4,51	0,785	0,513

Opombe: 1. skupina = osebe z anoreksijo nervozo, 2. skupina = osebe z bulimijo nervozo, 3. skupina = osebe s kompulzivnim prenajedanjem, 4. skupina = osebe z ortoreksijo nervozo; *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *F* = razmerje med srednjimi kvadrati; *p* = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 13 je razvidno, da so največji povprečen dosežek na lestvicah *splošna samopodoba*, *akadska samopodoba*, *ustvarjalnost* in *telesne sposobnosti* (SDQ III) dosegle osebe z ortoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe s kompulzivnim prenajedanjem. Na lestvicah *matematične sposobnosti* in *odnosi s starši* (SDQ III) so največji povprečen dosežek imele osebe z anoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe s kompulzivnim prenajedanjem. Največji povprečen dosežek na lestvici *verbalne sposobnosti* (SDQ III) so dosegle osebe z bulimijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe z ortoreksijo nervozo. Največji povprečen dosežek na lestvici *čustvena stabilnost* (SDQ III) so dosegle osebe z ortoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe z anoreksijo nervozo. Največji povprečen dosežek na lestvicah *zunanji videz* in *odnosi z vrstniki*

nasprotnega spola (SDQ III) so dosegle osebe z bulimijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe s kompulzivnim prenajedanjem. Največji povprečen dosežek na lestvici *odnosi z vrstniki istega spola* (SDQ III) so dosegle osebe s kompulzivnim prenajedanjem, najmanjši povprečen dosežek pa osebe z anoreksijo nervozo. Največji povprečen dosežek na lestvici *religija* (SDQ III) so dosegle osebe z anoreksijo nervozo, najmanjši povprečen dosežek pa osebe z ortoreksijo nervozo. Največji povprečen dosežek na lestvici *iskrenost* (SDQ III) so dosegle osebe s kompulzivnim prenajedanjem, najmanjši povprečen dosežek pa osebe z ortoreksijo nervozo. Iz rezultatov tabele 13 je razvidno, da se je statistično značilna razlika glede na vrsto motnje hranjenja pokazala le na lestvici *odnosi s starši* (SDQ III). Na drugih lestvicah ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na vrsto motnje hranjenja.

3.3 ANALIZA RAZLIK GLEDE NA STAROST

V nadaljevanju podajamo rezultate osnovnih opisnih statistik in rezultate t-testa za neodvisne vzorce glede na starost za posamezno lestvico vseh treh uporabljenih vprašalnikov. Naš vzorec smo razdelili na dve starostni skupini, in sicer na mladostnike in na odrasle osebe. Ker so razvojna obdobja približna, arbitrarna in niso ostro kronološko zamejena, smo se odločili, da bomo naš vzorec razdelili na mladostnike (od začetka pubertete do 22. leta) in na odrasle (od 22. leta dalje) – pri tem smo upoštevali spodnje starostne meje (Zupančič, 2009). Zaradi starostne razpršenosti vzorca, smo se odločili, da odrasla obdobja ne bomo delili naprej na podobdobja.

3.3.1 Razlike na lestvicah Vprašalnika SLCS-R glede na starost

Tabela 14 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na starost za posamezno lestvico Vprašalnika SLCS-R.

Tabela 14

Razlike med skupinama glede na starost na lestvicah vprašalnika SLCS-R.

Lestvica	1. skupina		2. skupina		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
	(N=18)		(N=12)			
Samougajanje	18,06	6,19	18,67	8,28	-0,231	0,671
Kompetentnost	21,50	4,67	21,92	5,79	-0,218	0,417

Opombe: 1. skupina = mladostniki, 2. skupina = odrasli; *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *t* = koeficient t-testa za neodvisne vzorce; *p* = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 14 je razvidno, da imajo neodvisno od vrste motnje hranjenja na obeh lestvicah Vprašalnika SLCS-R (lestvici *samougajanje* in *kompetentnost*) višje povprečne vrednosti

odrasli v primerjavi z mladostniki. Na vprašalniku SLCS-R ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na starost.

3.3.2 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na starost

Tabela 15 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na starost za posamezno lestvico Vprašalnika SCS.

Tabela 15

Razlike med skupinama glede na starost na lestvicah vprašalnika SCS.

Lestvica	1. skupina		2. skupina		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
	(N=18)		(N=12)			
Neodvisni jaz	71,39	12,90	65,92	12,17	1,164	0,480
Soodvisni jaz	73,22	10,49	71,50	10,96	0,433	0,554

Opombe: 1. skupina = mladostniki, 2. skupina = odrasli; *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *t* = koeficient *t*-testa za neodvisne vzorce; *p* = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 15 je razvidno, da imajo neodvisno od vrste motnje hranjenja na obeh lestvicah Vprašalnika SCS (*neodvisna in soodvisna samopodoba*) višje povprečne vrednosti mladostniki v primerjavi z odraslimi. Na vprašalniku SCS ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na starost.

3.3.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SDQ III glede na starost

Tabela 16 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na starost za posamezno lestvico Vprašalnika SDQ III.

Tabela 16

Razlike med skupinama glede na starost na lestvicah vprašalnika SDQ III.

Lestvica	1. skupina		2. skupina		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>(N=18)</i>		<i>(N=12)</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Splošna samopodoba	35,72	10,02	34,00	11,62	0,433	0,908
Akademsko samopodoba	38,50	10,93	40,67	5,98	-0,699	0,026*
Matematične sposobnosti	32,17	14,01	33,92	14,39	-0,332	0,901
Verbalne sposobnosti	40,78	10,06	50,08	6,43	-2,832	0,137
Telesne sposobnosti	43,50	8,67	41,00	12,71	0,642	0,062
Čustvena stabilnost	30,11	8,56	27,67	11,64	0,663	0,265
Ustvarjalnost	38,94	7,97	41,17	4,91	-0,860	0,155
Zunanji videz	29,00	9,53	28,08	11,30	0,240	0,781
Odnosi-isti spol	37,94	7,97	35,33	10,29	0,782	0,594
Odnosi-nasprotni spol	32,06	10,73	30,33	11,18	0,424	0,946
Odnosi-starši	36,56	11,55	32,25	9,39	1,075	0,367
Religija	33,00	10,49	31,25	14,61	0,382	0,247
Iskrenost	52,61	5,63	54,58	9,59	-0,642	0,044*

Opomba: 1. skupina = mladostniki, 2. skupina = odrasli; *N* = numerus/velikost vzorca; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *t* = koeficient *t*-testa za neodvisne vzorce; *p* = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz tabele 16 je razvidno, da imajo na vseh lestvicah Vprašalnika SDQ III mladostniki višje povprečne rezultate v primerjavi z odraslimi, razen na lestvicah *akademsko samopodoba*, *matematične sposobnosti*, *verbalne sposobnosti*, *ustvarjalnost* in *iskrenost* imajo odrasli višje povprečne rezultate v primerjavi z mladostniki, in sicer neodvisno od vrste motnje hranjenja.

Statistično značilna razlika, glede na starost, se je pokazala le na lestvicah *akademsko samopodoba* in *iskrenost*, vendar pa je nadaljnja statistična analiza t-testa (Sig. 2-Tailed) pokazala rezultat, ki je bil v obeh primerih $> 0,05$, kar pomeni, da ni statistično značilnih razlik med starostnima skupinama na teh dveh lestvicah. Kljub temu, da je bil *p* na lestvici *verbalne sposobnosti* Vprašalnika SDQ III $> 0,05$ pa je statistična analiza t-testa (Sig. 2-

Tailed) pokazala rezultat, ki je bil $< 0,05$, kar pomeni, da so statistično značilne razlike med starostnima skupinama na tej lestvici. Na drugih lestvicah ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na starost.

3.4 ANALIZA RAZLIK GLEDE NA MOTNJO HRANJENJA IN GLEDE NA STAROST

V nadaljevanju si bomo za posamezno lestvico vseh treh uporabljenih vprašalnikov pogledali rezultate osnovnih opisnih statistik in enosmerne analize variance glede na vrsto motnje hranjenja in starost.

3.4.1 Razlike na lestvicah Vprašalnika SLCS-R glede na motnjo hranjenja in starost

Tabela 17 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na vrsto motnje hranjenja in starost za posamezno lestvico Vprašalnika SLCS-R.

Tabela 17

Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja in starost na lestvicah vprašalnika SLCS-R.

Lestv.	Starost	1. skupina			2. skupina			3. skupina			4. skupina			F	p
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD		
SAM	MLA	4	15,25	6,24	10	19,10	7,06	2	16,50	3,54	2	20,00	4,24	0,429	0,735
KOM	MLA	4	22,50	5,92	10	21,70	3,62	2	15,00	1,41	2	25,00	5,66	2,058	0,152
SAM	ODR	3	14,00	5,29	5	19,60	11,76	3	19,00	1,73	1	27,00		0,605	0,630
KOM	ODR	3	21,33	5,03	5	20,80	8,59	3	24,00	1,00	1	23,00		0,165	0,917

Opombe: Lestv. = lestvica; SAM = samougajanje, KOM = kompetentnost; MLA = mladostniki, ODR = odrasli; 1. skupina = osebe z anoreksijo nervozo, 2. skupina = osebe z bulimijo nervozo, 3. skupina = osebe s kompulzivnim prenajedanjem, 4. skupina = osebe z ortoreksijo nervozo; N = numerus/velikost vzorca; M = aritmetična sredina; SD = standardna deviacija; F = razmerje med srednjimi kvadrati; p = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz rezultatov tabele 17 je razvidno, da so na lestvici *samougajanje* najvišje povprečne rezultate dosegli mladostniki z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki z anoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *kompetentnost* so dosegli mladostniki z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki s kompulzivnim prenajedanjem. Na lestvici *samougajanje* so najvišje povprečne rezultate dosegli odrasli z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z anoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *kompetentnost* so dosegli odrasli s kompulzivnim prenajedanjem, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z bulimijo nervozo. Na vprašalniku SLCS-R ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na starost in glede na motnjo hranjenja.

3.4.2 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na motnjo hranjenja in starost

Tabela 18 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na vrsto motnje hranjenja in starost za posamezno lestvico Vprašalnika SCS.

Tabela 18

Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja in starost na lestvicah vprašalnika SCS.

Lestv.	Starost	1. skupina			2. skupina			3. skupina			4. skupina			F	p
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD		
NJ	MLA	4	69,50	13,69	10	70,10	12,50	2	66,50	13,44	2	86,50	12,02	1,089	0,386
SJ	MLA	4	75,75	12,53	10	72,50	7,86	2	76,50	21,92	2	68,50	16,26	0,255	0,856
NJ	ODR	3	64,33	7,02	5	68,20	17,41	3	60,00	5,29	1	77,00		0,510	0,687
SJ	ODR	3	72,00	9,85	5	69,00	11,89	3	71,67	14,47	1	82,00		0,322	0,810

Opombe: Lestv. = lestvica; NJ = neodvisni jaz, SJ = soodvisni jaz; MLA = mladostniki, ODR = odrasli; 1. skupina = osebe z anoreksijo nervozo, 2. skupina = osebe z bulimijo nervozo, 3. skupina = osebe s kompulzivnim prenažjedanjem, 4. skupina = osebe z ortoreksijo nervozo; N = numerus/velikost vzorca; M = aritmetična sredina; SD = standardna deviacija; F = razmerje med srednjimi kvadrati; p = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz rezultatov tabele 18 je razvidno, da so na lestvici *neodvisni jaz* najvišje povprečne rezultate dosegli mladostniki z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki s kompulzivnim prenažjedanjem. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *soodvisni jaz* so dosegli mladostniki s kompulzivnim prenažjedanjem, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki z ortoreksijo nervozo. Na lestvici *neodvisni jaz* so najvišje povprečne rezultate dosegli odrasli z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli s kompulzivnim prenažjedanjem. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *soodvisni jaz* so dosegli odrasli z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z bulimijo nervozo. Na vprašalniku SCS ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik glede na starost in glede na motnjo hranjenja.

3.4.3 Razlike na lestvicah Vprašalnika SCS glede na motnjo hranjenja in starost

Tabela 19 prikazuje osnovne opisne statistike in analize razlik glede na vrsto motnje hranjenja in starost, za posamezno lestvico Vprašalnika SDQ III.

Tabela 19

Razlike med skupinami glede na motnjo hranjenja in starost na lestvicah vprašalnika SDQ III.

Lestv.	Starost	1. skupina			2. skupina			3. skupina			4. skupina			F	p
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD		
MS	MLA	4	38,50	18,16	10	31,70	11,48	2	15,50	0,71	2	38,50	19,09	1,467	0,266
VS	MLA	4	47,50	11,79	10	41,70	7,48	2	27,00	7,07	2	36,50	12,02	2,533	0,099
AS	MLA	4	43,75	10,69	10	38,00	11,76	2	28,50	6,36	2	40,50	9,19	0,874	0,478
US	MLA	4	42,50	6,76	10	38,90	7,05	2	31,50	10,61	2	39,50	14,85	0,825	0,502
TS	MLA	4	43,75	10,24	10	42,00	7,26	2	39,00	12,73	2	55,00	0,00	1,609	0,232
ZV	MLA	4	33,50	6,25	10	30,70	9,79	2	17,50	9,19	2	23,00	5,66	1,898	0,176
OI	MLA	4	31,00	7,62	10	41,10	6,79	2	37,00	9,89	2	37,00	9,89	1,760	0,201
ON	MLA	4	30,75	8,81	10	35,20	11,49	2	22,50	14,85	2	28,50	0,71	0,891	0,470
OS	MLA	4	47,25	3,86	10	33,30	11,05	2	22,50	2,12	2	45,50	0,71	4,548	0,020*
RE	MLA	4	37,75	13,53	10	33,70	10,65	2	23,50	2,12	2	29,50	0,71	0,890	0,470
IS	MLA	4	54,25	6,65	10	51,90	6,28	2	53,50	4,95	2	52,00	2,83	0,163	0,920
ČS	MLA	4	30,25	8,81	10	30,30	9,88	2	25,00	7,07	2	34,00	1,41	0,333	0,802
SS	MLA	4	35,75	8,85	10	37,30	11,12	2	27,50	0,71	2	36,00	14,14	0,483	0,699
MS	ODR	3	30,67	19,04	5	36,40	14,05	3	38,67	13,20	1	17,00		0,596	0,635
VS	ODR	3	42,00	6,25	5	53,20	3,49	3	52,33	5,69	1	52,00		3,669	0,063
AS	ODR	3	37,00	4,58	5	42,00	7,84	3	41,67	5,03	1	42,00		0,425	0,740
US	ODR	3	37,00	5,57	5	43,20	3,56	3	41,00	6,00	1	44,00		1,167	0,381
TS	ODR	3	46,33	8,15	5	42,40	15,73	3	31,33	11,06	1	47,00		0,803	0,526
ZV	ODR	3	20,67	8,08	5	32,00	13,64	3	26,33	10,41	1	36,00		0,766	0,544
OI	ODR	3	32,00	8,72	5	31,60	9,24	3	45,67	11,06	1	33,00		1,550	0,275
ON	ODR	3	27,33	7,02	5	31,20	17,05	3	32,00	6,08	1	30,00		0,078	0,970
OS	ODR	3	41,00	5,57	5	28,80	7,19	3	34,00	10,00	1	18,00		2,852	0,105
RE	ODR	3	32,33	19,29	5	23,80	9,04	3	43,00	17,00	1	30,00		1,126	0,395
IS	ODR	3	47,67	4,93	5	58,00	12,31	3	59,00	1,73	1	45,00		1,422	0,306
ČS	ODR	3	20,33	7,09	5	28,80	15,99	3	31,00	7,94	1	34,00		0,515	0,683
SS	ODR	3	29,67	12,89	5	36,40	15,53	3	31,33	0,58	1	43,00		0,385	0,767

Opombe: Lestv. = lestvica; MS = matematične sposobnosti, VS = verbalne sposobnosti, AS = akademska samopodoba, US = ustvarjalnost/reševanje problemov, TS = telesne sposobnosti, ZV = zunanji videz, OI = odnosi z vrstniki istega spola, ON = odnosi z vrstniki nasprotnega spola, OS = odnosi s starši, RE = religija/duhovnost, IS = iskrenost, ČS = čustvena stabilnost, SS = splošna samopodoba; MLA = mladostniki, ODR = odrasli; 1. skupina = osebe z anoreksijo nervozo, 2. skupina = osebe z bulimijo nervozo, 3. skupina = osebe s kompulzivnim prenejanjem, 4. skupina = osebe z ortoreksijo nervozo; N = numerus/velikost vzorca; M = aritmetična sredina; SD = standardna deviacija; F = razmerje med srednjimi kvadrati; p = statistična pomembnost, *razlika je pomembna na ravni tveganja 0,05.

Iz rezultatov tabele 19 je razvidno, da so na lestvici *matematične sposobnosti* najvišje povprečne rezultate dosegli mladostniki z ortoreksijo in anoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki s kompulzivnim prenejanjem. Najvišje povprečne rezultate na lestvicah *verbalne sposobnosti*, *akademska samopodoba*, *ustvarjalnost*, *zunanji videz*, *odnosi s starši* in *religija* so dosegli mladostniki z anoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki s kompulzivnim prenejanjem. Najvišje povprečne rezultate na lestvicah *telesne sposobnosti* in *čustvena stabilnost* so dosegli mladostniki z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki s kompulzivnim prenejanjem. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *odnosi z vrstniki istega spola* so dosegli mladostniki z bulimijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki z anoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvicah *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* in *splošna samopodoba* so dosegli mladostniki z bulimijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki s kompulzivnim prenejanjem. Najvišje povprečne rezultate na

lestvici *iskrenost* so dosegli mladostniki z anoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa mladostniki z bulimijo nervozo.

Na lestvicah *matematične sposobnosti* in *iskrenost* so najvišje povprečne rezultate dosegli odrasli s kompulzivnim prenašanjem, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z ortoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *verbalne sposobnosti* so dosegli odrasli z bulimijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z anoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *akademski samopodoba* so dosegli odrasli z bulimijo nervozo in ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z anoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvicah *ustvarjalnost, zunanji videz, čustvena stabilnost* in *splošna samopodoba* so dosegli odrasli z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z anoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *telesne sposobnosti* so dosegli odrasli z ortoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli s kompulzivnim prenašanjem. Najvišje povprečne rezultate na lestvicah *odnosi z vrstniki istega spola* in *religija* so dosegli odrasli s kompulzivnim prenašanjem, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z bulimijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* so dosegli odrasli s kompulzivnim prenašanjem, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z anoreksijo nervozo. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *odnosi s starši* so dosegli odrasli z anoreksijo nervozo, najnižje povprečne rezultate pa odrasli z ortoreksijo nervozo.

Na vprašalniku SDQ III je do statistično značilnih rezultatov prišlo le na lestvici *odnosi s starši* pri mladostnikih glede na starost in vrsto motnje hranjenja. Najvišje povprečne rezultate na lestvici *odnosi s starši* imajo mladostniki z anoreksijo nervozo, sledijo jim mladostniki z ortoreksijo nervozo, kasneje mladostniki z bulimijo nervozo, mladostniki s kompulzivnim prenašanjem pa imajo najnižji povprečen rezultat na omenjeni lestvici.

3.5 POVEZAVA MED SAMOPODOBO IN SAMOSPOŠTOVANJEM

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverili povezanost med posameznimi lestvicami uporabljenih vprašalnikov.

3.5.1 Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SCS

Tabela 20 prikazuje povezanost lestvic Vprašalnika samospoštovanja (SLCS-R) z lestvicami Vprašalnika strukture samopodobe (SCS).

Tabela 20

Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SCS na našem vzorcu (N=30).

	Samougajanje	Kompetentnost	Neodvisni jaz	Soodvisni jaz
Samougajanje	1	0,509**	0,603**	0,044
Kompetentnost	0,509**	1	0,299	-0,021
Neodvisni jaz	0,603**	0,299	1	0,234
Soodvisni jaz	0,044	-0,021	0,234	1

*Opomba: *Korelacija je pomembna na 0,05 stopnji; **Korelacija je pomembna na 0,01 stopnji.*

Iz rezultatov tabele 20 je razvidno, da se lestvici samospoštovanja (*samougajanje* in *kompetentnost*) med seboj statistično značilno pozitivno povezujeta. Lestvica *samougajanje* se statistično značilno pozitivno povezuje z lestvico *neodvisne samopodobe*. Pri ostalih lestvicah ni statistično značilnih povezav.

3.5.2 Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SDQ III

Tabela 21 prikazuje povezanost lestvic Vprašalnika samospoštovanja (SLCS-R) z lestvicami Vprašalnika samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti (SDQ III).

Tabela 21

Korelacije med lestvicami vprašalnikov SLCS-R in SDQ III na našem vzorcu (N=30).

	MS	VS	AS	US	TS	ZV	OI	ON	OS	RE	IS	ČS	SS
SA	0,173	0,203	0,370*	0,421*	0,244	0,645**	0,372*	0,446*	0,030	-0,064	0,189	0,832**	0,829**
KO	0,297	0,425*	0,504**	0,582**	0,325	0,235	0,155	0,101	0,139	-0,008	0,227	0,419*	0,432*
MS	1	0,050	0,550**	0,376*	0,366*	0,210	0,077	0,116	0,246	0,008	0,349	-0,008	0,157
VS	0,050	1	0,439*	0,657**	-0,098	0,246	0,119	0,188	0,054	-0,027	0,111	0,290	0,332
AS	0,550**	0,439*	1	0,579**	0,196	0,407*	0,154	0,368*	0,343	-0,104	0,306	0,312	0,475**
US	0,376*	0,657**	0,579**	1	0,342	0,318	0,050	0,23	0,016	0,043	0,276	0,379*	0,522**
TS	0,366*	-0,098	0,196	0,342	1	0,023	-0,108	0,059	0,179	-0,164	0,005	0,058	0,147
ZV	0,210	0,246	0,407*	0,318	0,023	1	0,230	0,543**	0,289	0,084	0,162	0,574**	0,741**
OI	0,077	0,119	0,154	0,050	-0,108	0,230	1	0,629**	0,102	-0,082	-0,303	0,350	0,335
ON	0,116	0,188	0,368*	0,023	0,059	0,543**	0,629**	1	0,295	0,028	-0,141	0,413*	0,503**
OS	0,246	0,054	0,343	0,016	0,179	0,289	0,102	0,295	1	0,223	-0,199	0,212	0,205
RE	0,008	-0,027	-0,104	0,043	-0,164	0,084	-0,082	0,028	0,223	1	0,118	0,086	0,009
IS	0,349	0,111	0,306	0,276	-0,005	0,162	-0,303	-0,141	-0,199	0,118	1	0,075	0,053
ČS	-0,008	0,290	0,312	0,379*	0,058	0,574**	0,350	0,413*	0,212	0,086	0,075	1	0,847**
SS	0,157	0,332	0,475**	0,522**	0,147	0,741**	0,335	0,503**	0,205	0,009	0,053	0,847**	1

*Opombe: *Korelacija je pomembna na 0,05 stopnji; **Korelacija je pomembna na 0,01 stopnji.*

SA = samougajanje, KO = kompetentnost, MS = matematične sposobnosti, VS = verbalne sposobnosti, AS = akademska samopodoba, US = ustvarjalnost/reševanje problemov, TS = telesne sposobnosti, ZV = zunanji videz, OI = odnosi z vrstniki istega spola, ON = odnosi z vrstniki nasprotnega spola, OS = odnosi s starši, RE = religija/duhovnost, IS = iskrenost, ČS = čustvena stabilnost, SS = splošna samopodoba.

Iz rezultatov tabele 21 je razvidno, da se lestvica samospoštovanja *samougajanje* statistično značilno pozitivno povezuje z naslednjimi lestvicami samopodobe: *akademsko samopodobo*, *ustvarjalnostjo*, *zunanjim videzom*, *odnosi z vrstniki istega spola* in *odnosi z vrstniki nasprotnega spola*, *čustveno stabilnostjo* in s *splošno samopodobo*. Lestvica samospoštovanja *kompetentnost* se statistično značilno pozitivno povezuje z naslednjimi lestvicami samopodobe: *verbalnimi sposobnostmi*, *akademsko samopodobo*, *ustvarjalnostjo*, *čustveno stabilnostjo* in s *splošno samopodobo*. Lestvica *matematične sposobnosti* se statistično značilno pozitivno povezuje z lestvicami *akademsko samopodoba*, *ustvarjalnost* in *telesne sposobnosti*. Lestvica *verbalne sposobnosti* se statistično značilno pozitivno povezuje z lestvicama *akademsko samopodoba* in *ustvarjalnost*. Lestvica *akademsko samopodoba* se statistično značilno pozitivno povezuje, poleg že omenjenih lestvic, z naslednjimi lestvicami: *ustvarjalnostjo*, *zunanjim videzom*, *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* in s *splošno samopodobo*. Lestvica *ustvarjalnost* se statistično značilno pozitivno povezuje, poleg že omenjenih lestvic, z lestvicama *čustvena stabilnost* in *splošno samopodoba*. Lestvica *zunanjim videz* se statistično značilno pozitivno povezuje, poleg že omenjenih lestvic, z lestvicami *odnosi z vrstniki nasprotnega spola*, *čustveno stabilnostjo* in *splošno samopodobo*. Lestvica *odnosi z vrstniki istega spola* se statistično značilno pozitivno povezuje z lestvico *odnosi z vrstniki nasprotnega spola*. Lestvica *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* se statistično značilno pozitivno povezuje, poleg že omenjenih lestvic, z lestvicama *čustvena stabilnost* in *splošno samopodoba*. Lestvice *odnosi s starši*, *religija* in *iskrenost* se statistično značilno ne povezujejo z nobeno drugo lestvico. Lestvica *čustvena stabilnost* pa se, poleg že omenjenih lestvic, statistično značilno pozitivno povezuje s *splošno samopodobo*.

3.5.3 Korelacije med lestvicami vprašalnikov SCS in SDQ III

Tabela 22 prikazuje povezanost lestvic Vprašalnika strukture samopodobe (SCS) z lestvicami Vprašalnika samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti (SDQ III).

Tabela 22

Korelacije med lestvicami vprašalnikov SCS in SDQ III na našem vzorcu (N=30).

	MS	VS	AS	US	TS	ZV	OI	ON	OS	RE	IS	ČS	SS
NJ	0,183	0,195	0,313	0,373*	0,291	0,272	0,231	0,314	0,182	0,031	0,078	0,597**	0,639**
SJ	-	0,097	-	0,107	0,110	-	0,053	-	0,060	0,198	-	0,011	0,121
	0,152		0,181			0,020		0,113			0,193		

Opomba: *Korelacija je pomembna na 0,05 stopnji; **Korelacija je pomembna na 0,01 stopnji.

NJ = neodvisni jaz, SJ = soodvisni jaz, MS = matematične sposobnosti, VS = verbalne sposobnosti, AS = akademska samopodoba, US = ustvarjalnost/reševanje problemov, TS = telesne sposobnosti, ZV = zunanji videz, OI = odnosi z vrstniki istega spola, ON = odnosi z vrstniki nasprotnega spola, OS = odnosi s starši, RE = religija/duhovnost, IS = iskrenost, ČS = čustvena stabilnost, SS = splošna samopodoba.

Iz rezultatov tabele 22 je razvidno, da se lestvica strukture samopodobe *neodvisni jaz* statistično značilno pozitivno povezuje z lestvicami *ustvarjalnost*, *čustvena stabilnost* in *splošna samopodoba*. Lestvica *soodvisni jaz* pa se statistično značilno ne povezuje z nobeno drugo lestvico Vprašalnika samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti (SDQ III).

4 INTERPRETACIJA

V magistrski nalogi smo si postavili več raziskovalnih vprašanj. Zanimalo nas je, kakšna sta samopodoba in samospoštovanje pri vzorcu oseb, ki se soočajo z motnjo hranjenja. Dobljeni rezultati na našem vzorcu se skladajo s predhodno opisanimi raziskavami in teorijami (Caglar-Nazali idr., 2014; Cervera idr., 2003; Copak in Uzman, 2012; Curzio idr., 2015; Dunkley in Grilo, 2007; Fairburn, Cooper in Shafran, 2003; Gilbert in Meyer, 2005; Granillo, Jones-Rodriguez in Carvajal, 2005, v Kelly, Vimalakanthan in Carter, 2014; Kobal Grum in Musek, 2009; Noordenbos, Aliakbari in Campbell, 2014; Pelc, 2012; Serneč, 2010; Serneč, 2011; Serneč, 2012; Shea in Pritchard, 2007), ki pravijo, da imajo osebe, ki se soočajo z motnjami hranjenja nizko samopodobo in nizko samospoštovanje. Na vprašalniku samospoštovanja so imele osebe v primerjavi z dosegljivimi normami nižje povprečne vrednosti na obeh komponentah samospoštovanja. Povprečen rezultat našega vzorca na lestvici *samougajanje* je bil od dosegljivih norm nižji za več kot eno standardno deviacijo. Dobljeni rezultati našega vzorca so na vprašalniku strukture samopodobe potrdili našo drugo hipotezo, da imajo osebe z motnjami hranjenja bolj izraženo komponento *soodvisni jaz* v primerjavi s komponento *neodvisni jaz*. Povprečen rezultat dobljen na našem vzorcu je bil na komponenti *soodvisni jaz* v primerjavi z dosegljivimi normami višji. Povprečen rezultat dobljen na našem vzorcu pa je bil na komponenti *neodvisni jaz* nižji od dosegljivih norm. Na vprašalniku samopodobe za posameznike v poznem mladostništvu in zgodnji odraslosti so povprečni rezultati našega vzorca pokazali, da so udeleženke v našem vzorcu dobile nižje rezultate od dosegljivih norm na vseh komponentah vprašalnika, razen na komponenti *iskrenost*. Na komponentah *splošna samopodoba*, *čustvena stabilnost*, *odnosi z vrstniki istega spola*, *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* in *odnosi s starši* so bili rezultati dobljeni na našem vzorcu, od dosegljivih norm nižji za več kot eno standardno deviacijo.

Tudi s pomočjo polstrukturiranega intervjuja smo dobili podobno sliko. Kar 29 oseb je pri težavah na osebni področju navedlo nizko samopodobo in samospoštovanje. Udeleženke so navajale, da jim manjka pozitivne samopodobe, da imajo težave s sprejemanjem sebe v celoti, da so nezadovoljne z zunanjim videzom, da imajo nizko učno samopodobo, da jim je samopodoba upadla, da imajo nizko samopodobo na splošno, da sovražijo samo sebe, da imajo nizko samospoštovanje in samozavest, da se zaničujejo, omalovažujejo, da imajo katastrofalno samopodobo, da iščejo pozornost, da ne sprejemajo same sebe, da imajo občutke ničvrednosti, da jim na sebi ni vseč nič, ne videz, ne osebnost, da si omejujejo stvari, ki prinašajo užitek/zadovoljstvo, da so nezadovoljne s sabo, da se primerjajo z drugimi, da so mnenja, da so debele, grde, da jim nič ne uspe, da imajo občutke krivde in sramu, da imajo nezaupanje vase in v druge, da gojijo sovraštvo do svojega telesa, da se jim njihovo telo

gabi, da se ne cenijo, da se sramujejo svojega videza, telesa in obraza, da se gnusijo same sebi, da se nimajo rade in da imajo občutke manjvrednosti.

Zelo zanimivi pa so tudi odgovori na vprašanje, kot na primer »Kaj ocenjujete, da je bil povod ali vzrok za začetek motnje hranjenja?« Kar 16 oseb je pri polstrukturiranem intervjuju na to vprašanje odgovorilo, da nizka samopodoba ali samospoštovanje. Seveda pa to pri večini ni bil edini povod ali vzrok.

V prvi hipotezi smo preverjali ali imajo osebe z motnjami hranjenja nizko izražene komponente samopodobe pri vprašalniku SDQ III, še posebej komponento, ki meri *splošno samopodobo*. Na podlagi dobljenih rezultatov (tabela 10) našega vzorca in primerjavo le-teh z normami, ki so vzete iz raziskave Avsec (2000), bi lahko zgornjo hipotezo potrdili. Iz rezultatov je razvidno, da ima vzorec v primerjavi z normami nižje povprečne dosežke na vseh lestvicah vprašalnika SDQ III, razen na lestvici *iskrenost*, kjer ima višji povprečen dosežek v primerjavi z normami, vendar še vedno v okviru standardne deviacije. Višji rezultat pri lestvici *iskrenost* bi lahko pripisali predhodno vzpostavljenemu odnosu med nami in osebami, ki so sodelovale v tej raziskavi. Odnos med nami in sodelujočimi je namreč temeljil na zaupanju in iskrenosti, kar je posledično vodilo do dajanja zanesljivih, preverljivih odgovorov. Za izbiro konkretnega vprašalnika smo se odločili zato, ker meri različne komponente samopodobe in se nanaša predvsem na notranjo organizacijo le-te, s tem nam omogoča širši vpogled v samopodobo kot tako. Drugi razlog pa je ta, da v nobeni raziskavi nismo zasledili uporabo tega vprašalnika na kliničnem vzorcu oseb, ki se soočajo z motnjami hranjenja. Zaradi želje po bolj specifičnih informacijah v zvezi s samopodobo na slovenskem vzorcu oseb, ki se soočajo z motnjami hranjenja, se nam je zdela uporaba vprašalnika SDQ III smiselna. Obstaja sicer veliko raziskav, ki ugotavljajo, da imajo osebe, ki se soočajo z motnjami hranjenja nizko samopodobo kot na primer de Man Lapidoth in von Hausswolff-Juhlin (2014), Farrar, Stopa in Turner (2015), Hafner in Torkar (2011), Mantilla, Bergsten in Birgegård (2014), Mantilla in Birgegård (2015), Ser nec (2011), Ser nec (2012) in Pelc (2012). Le-te pa ne omenjajo specifičnih komponent samopodobe, zato smo se v hipotezi odločili izpostaviti komponento, ki meri splošno samopodobo.

Pomembno nižji povprečen rezultat dobljen na našem vzorcu, v primerjavi z dostopnimi normami, je viden na lestvici *splošna samopodoba*. Zaradi te ugotovitve, lahko verjetno potrdimo postavljeno hipotezo, ki se sklada z zgoraj navedenimi raziskavami, ki pravijo, da imajo osebe z motnjami hranjenja nizko samopodobo. To pomeni, da se osebe, ki se soočajo z motnjami hranjenja in so sodelovale v naši raziskavi v povprečju zaznavajo kot neučinkovite in nesposobne, ne zaupajo vase, se ne spoštujejo, prav tako pa niso ponosne in zadovoljne s seboj, kar sovпада s teoretičnimi izsledki (Ser nec 2010; Ser nec 2012).

Prav tako je nižji povprečen rezultat vzorca v primerjavi z dostopnimi normami, viden na lestvici *čustvena stabilnost*. To pomeni, da se sodelujoče osebe v naši raziskavi v povprečju

zaznavajo kot nemirne, nesproščene in čustveno neuravnovešene. Hrana je pri teh osebah le sredstvo za lajšanje duševnih bolečin in stisk, pretirano hranjenje ali odklanjanje hrane pa način osvoboditve notranjih, bolečih in neprepoznanih čustev. V ozadju se torej skrivajo težke duševne stiske (Hafner in Torkar, 2011; Serneć, 2011).

Tudi na lestvici *zunanji videz* je povprečen rezultat dobljen na našem vzorcu nižji, v primerjavi z dostopnimi normami. Iz tega sledi, da se osebe, ki so sodelovale v naši raziskavi, v povprečju zaznavajo kot telesno nepriljubljene in se po zunanosti venomer primerjajo z drugimi. Ta komponenta se nanaša predvsem na samozaznave, kako jih vidijo drugi. Tudi ta rezultat je skladen s teorijo, ki pravi, da je za osebe, ki se soočajo z motnjami hranjenja značilno izrazito odklanjanje sebe in posnemanje specifičnih idolov. Pogled v zrcalo oseb, ki se soočajo z motnjo hranjenja, je boleč in daje popačeno sliko o tej osebi. Večja kot je neskladnost med idealom in dejanskim stanjem, globlja je motnja (Pelc, 2012).

Nižji povprečni rezultati dobljeni na našem vzorcu, v primerjavi z normami, so opaženi tudi na lestvicah *odnosi z vrstniki istega spola*, *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* in *odnosi s starši*. To pomeni, da se udeleženci v naši raziskavi v povprečju zaznavajo kot nepriljubljene, s težavo sklepajo nova prijateljstva in nimajo kakovostnih odnosov z vrstniki tako istega kot tudi nasprotnega spola ter s svojimi starši. Motnje hranjenja neredko pomenijo poskus rešitve težav v medosebnih odnosih. Osebe z motnjami hranjenja skušajo na primer z vitkostjo ali s skrajnim hujšanjem izboljšati svojo samozavest. Poleg tega imajo le-te pogosto težave v reševanju konfliktnih situacij (Reich in Kröger, 2009). Ker motnje hranjenja posrkajo vase vso posameznikovo energijo, čas, pozornost, mišljenje in vedenje, prav tako osebo odtegnejo od stikov z domačimi, prijatelji in življenjskih izzivov. Svoji in druge najbližje osebe pogosto težko razumejo in sprejmejo motnje hranjenja (Erzar, 2007). Motnje hranjenja so način sporočanja in izražanja čustev v družinskem sistemu, kjer so bila določena čustva zanikana, neprepoznana ali odrinjena. Takšna čustva izvirajo iz generacije staršev, če so bili ti zanemarjeni, zavrženi, nezaželeni ali pa so imeli občutek, da se vsiljujejo. Tem čustvom, ki jih otroci nehoti čutijo in jih poskušajo razrešiti in so zaradi sramu nedostopna in nedovoljena, se lahko pridružijo še travmatična čustva iz njihovega otroštva kot so čustva fizične in spolne zlorabe, nezaželenosti ali izgube (Erzar, 2007). Družine imajo lahko pomemben vpliv na telesno samopodobo preko informacij, modelov in odzivov v zvezi s telesnim videzom in prehranjevanjem. Družinski člani so glavni vir informacij glede prehranjevalnih navad in nadzovanja teže (Kuhar, 2003). Hrana v rokah odraslih pogosto postane sredstvo vzgajanja, kaznovanja, pogojevanja in odklanjanja, podkupovanja, omejevanja in nadzora. Na ta način so odrasli otrokom zrcalo. Sporočajo mu kakšen je, kaj je sprejemljivo, kaj ni, kaj dovoljujejo, kako ga vidijo. Na tej osnovi otrok gradi podobo in vrednostno sodbo o sebi (Pelc, 2012).

Tudi na vseh ostalih lestvicah vprašalnika SDQ III so naši udeleženci dosegli nižje povprečne rezultate v primerjavi z normami. Iz tega lahko morda sklepamo, da so osebe, ki so sodelovale v naši raziskavi nekoliko slabše na področju akademskega dela samopodobe,

kot sta to strokovno poimenovala psihologa Shavelson in Bolus (1982), v primerjavi z normami. Iz rezultatov lahko morda sklepamo, da sodelujoče osebe v povprečju sebe zaznavajo kot matematično manj spretno, da imajo nizko sposobnost matematičnega rezoniranja in nizko zanimanje za matematiko. Svoje verbalne sposobnosti v povprečju ocenjujejo nizko, prav tako tudi sposobnosti verbalnega rezoniranja in zanimanja za verbalne dejavnosti. Tudi na področju akademske samopodobe svoje spretnosti in sposobnosti za učenje v povprečju zaznavajo nizko, imajo pa tudi nizko zanimanje za vse šolske predmete. Svoje sposobnosti reševanja problemov in ustvarjalnega mišljenja v povprečju ocenjujejo zelo nizko, kar lahko pripišemo samemu nastanku motnje hranjenja. V športu so v povprečju manj spretni, prav tako pa imajo tudi nizko zanimanje za šport, za igre in druge telesne aktivnosti. Večina sodelujočih se v povprečju ne zaznava kot vernih ali duhovnih oseb, tako jih verska prepričanja zelo malo ali skoraj nič ne vodijo v življenju (Kobal, 2000). Vsi rezultati se nanašajo na primerjavo z dosegljivimi normami (Avsec, 2000).

V naši drugi hipotezi smo predvidevali, da pri osebah z motnjami hranjenja prevladuje *soodvisna samopodoba*. Na podlagi dobljenih rezultatov našega vzorca na vprašalniku SCS in primerjavo le-teh z dostopnimi normami, ki so vzete iz raziskave Avsec (2000), bi lahko zgornjo hipotezo potrdili. To pomeni, da se osebe, ki so zajete v našem vzorcu, v povprečju vidijo tesno povezane z drugimi ljudmi. Iz rezultatov je razvidno, da so osebe, ki predstavljajo naš vzorec, dosegle višji povprečen dosežek na lestvici *soodvisna samopodoba* v primerjavi z lestvico *neodvisna samopodoba*. Rezultati dobljeni na našem vzorcu kažejo na nižje povprečne dosežke na lestvici *neodvisna samopodoba* ter višje povprečne dosežke na lestvici *soodvisna samopodoba* v primerjavi z dostopnimi normami. Ker uporabe vprašalnika SCS na klinični populaciji oseb, ki se soočajo z motnjami hranjenja, nismo zasledili nikjer v literaturi, se nam je zdelo smiselno pridobiti tovrstne informacije na slovenskem vzorcu. Iz rezultatov sledi, da so za osebe, ki so zajete v našem vzorcu, značilni fleksibilnost in variabilnost, s poudarkom na zunanjih značilnostih kot so statusi, vloge, medosebni odnosi, težnja po pripadnosti in harmoničnosti medosebnih odnosov, zavzemanju ustreznega položaja v družbi in primerni aktivnosti, neposrednost v komunikaciji in »branje misli drugih«. Pomembni so jim odnosi, kontekst, medosebna razmerja, družbene dolžnosti in obveznosti. Pri osebah, kjer prevlada *soodvisna samopodoba*, je značilno, da pri samoopisovanju relativno pogosto navajajo svoje socialne in skupinske reference (npr. skupinsko in družinsko pripadnost), to, kar jih povezuje z drugimi in pogosto skušajo blažiti svoje individualistične in idiografske posebnosti, najverjetneje tudi posebnost v smislu motnje hranjenja, saj je dandanes v družbi to še vedno občutljiva tema. Posameznik z močno izraženo *soodvisno samopodobo* razmišlja o sebi in drugih v smislu medsebojne prepletenosti. Posameznik ni neodvisen od trenutne situacije, pač pa je opredeljen z njo. Izvor samospoštovanja predstavljajo harmonični medosebni odnosi in sposobnost prilagajanja različnim situacijam (Avsec, 2010a; Musek, 2010). Malo manj značilne za naš

vzorec pa so lastnosti kot so enotnost, stabilnost, koherentnost, trdne meje in neodvisnost od socialnega konteksta (Avsec, 2010a; Musek, 2010). Slednje se ujema z rezultati na vprašalniku SDQ III.

V nadaljevanju smo želeli preveriti še dve hipotezi, ki se nanašata na samospoštovanje, in sicer, da imajo osebe z motnjami hranjenja nizko stopnjo *samougajanja* in *kompetentnosti*. Na podlagi dobljenih rezultatov na našem vzorcu in primerjave le-teh z dostopnimi normami, ki so vzete iz raziskave Avsec (2010c), bi lahko zgornji hipotezi potrdili. Iz rezultatov je razvidno, da ima vzorec nižje povprečne dosežke na obeh lestvicah vprašalnika SLCS-R v primerjavi z dostopnimi normami. Kot je razvidno iz rezultatov, ima naš vzorec nižji dosežek na lestvici *samougajanje* v primerjavi z dostopnimi normami. Rezultat vzorca na lestvici *samougajanje* je nižji od norm za več kot eno standardno deviacijo. Tudi na lestvici *kompetentnost* je povprečen rezultat našega vzorca nižji od dostopnih norm. Do podobnih rezultatov so prišli v raziskavi Silvera idr. (1998) in Bardone, Perez, Abramson in Joiner (2003), vendar pa so bili rezultati pri slednji raziskavi nižji in bolj statistično značilni na lestvici *kompetentnost*. Kompleksnejša statistična analiza je pokazala večjo povezavo med spremembo simptomov pri bulimiji nervozi in med komponento *kompetentnost* (Bardone, Perez, Abramson in Joiner, 2003). Glede na rezultate obeh lestvic lahko zaključimo, da ima naš vzorec nižje samospoštovanje v primerjavi z dostopnimi normami in tako zopet potrdimo najnovejše raziskave, ki ugotavljajo, da imajo osebe, ki se soočajo z motnjami hranjenja nizko samospoštovanje (Caglar-Nazali idr., 2014; Cervera idr., 2003; Copak in Uzman, 2012; Curzio idr., 2015; Dunkley in Grilo, 2007; Fairburn, Cooper in Shafran, 2003; Gilbert in Meyer, 2005; Granillo, Jones-Rodriguez in Carvajal, 2005, v Kelly, Vimalakanthan in Carter, 2014; Halvorsen in Heyerdahl, 2006, v Noordenbos, Aliakbari in Campbell, 2014; Kobal Grum in Musek, 2009; Pelc, 2012; Serbec, 2010; Shea in Pritchard, 2007). Iz dobljenih rezultatov lahko tako predvidevamo, da se osebe, zajete v našem vzorcu zaznavajo kot nesprejemljive, kar se nanaša na komponento *samougajanja* in kot šibke, kar se nanaša na komponento *kompetentnost* (Kobal Grum in Avsec, 2010). Glede na nižjo vrednost našega vzorca na lestvici *samougajanje* v primerjavi z dostopnimi normami, lahko zaključimo, da se osebe v našem vzorcu povezujejo z negativnim afektom, občutki ne vrednosti in socialno disfunkcionalnostjo (Kobal Grum in Avsec, 2010). Glede na nizek rezultat na lestvici *kompetentnost* pa bi lahko sklepali, da imajo osebe, ki so zajete v našem vzorcu, splošen občutek nesposobnosti, neefektivnosti in da se nimajo pod nadzorom (Tafarodi in Swann, 1995; 2001). Gledano s kognitivnega vidika lahko v primerjavi z normami nižji rezultat na lestvici *kompetentnost* povežemo s prisotnostjo posplošenega pričakovanja neuspeha. Nižji občutek *kompetentnosti* izhaja iz neuspešne manipulacije posameznikovega okolja in iz naučene nemoči. Če so namere in posledice posameznikovih akcij neskladne in to neskladnost posameznik pripiše svojim akcijam, potem se občutek kompetentnosti zmanjša. Občutek nekompetentnosti pa je po drugi strani povezan z okrnjeno

motivacijo, depresivnostjo in anksioznostjo (Kobal Grum in Avsec, 2010). Višji povprečen rezultat udeležencev na lestvici *kompetentnost*, ki je v okviru standardne deviacije, v primerjavi z normami, bi lahko pojasnili s tem, da so vsi udeleženci že v procesu zdravljenja, bodisi so hospitalizirani na Enoti za motnje hranjenja bodisi so vključeni v ambulantno obravnavo ali pa obiskujejo svetovalnico, kjer nudijo psihosocialno pomoč osebam z motnjami hranjenja. Glede na to, da so osebe v našem vzorcu na različnih točkah, vendar vse v procesu zdravljenja, bi lahko sklepali, da so si motnjo hranjenja priznale in jo tudi začele reševati. Uspešno in aktivno soočanje s problemi pa bi lahko bil tisti dejavnik, ki pomembno vpliva na občutek notranje moči in sposobnosti. Na osnovi rezultatov vprašalnika lahko torej potrdimo obe hipotezi, in sicer, da imajo osebe z motnjami hranjenja nizko samospoštovanje.

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali se proučevane spremenljivke (samopodoba in samospoštovanje) razlikujejo v odvisnosti od motnje in glede na spol ter starost.

Ker naš vzorec sestavljajo le osebe ženskega spola, primerjava po spolu tako ni bila mogoča. Zanimalo nas je tudi, ali se samopodoba in samospoštovanje razlikujeta v odvisnosti od vrste motnje hranjenja, pri posameznih lestvicah vseh treh uporabljenih vprašalnikov. Do statistično značilne razlike je prišlo le na eni lestvici, in sicer *odnos s starši* na vprašalniku SDQ III. Iz tega lahko morda predvidevamo, da imajo v povprečju najboljši odnos s svojimi starši v vzorec zajete osebe z anoreksijo nervozo, sledijo jim osebe z ortoreksijo nervozo in kasneje bulimijo nervozo, najslabši odnos s svojimi starši pa imajo osebe s kompulzivnim prenejedanjem. Glede na to, da je analiza variance pokazala statistično značilne rezultate le na eni lestvici treh vprašalnikov, lahko zaključimo, da se samopodoba in samospoštovanje v našem vzorcu ne razlikujeta glede na vrsto motnje hranjenja.

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali se samopodoba in samospoštovanje razlikujeta v odvisnosti od starosti, pri posameznih lestvicah vseh treh uporabljenih vprašalnikov. Rezultati kažejo, da se je statistično značilna razlika pokazala le na dveh lestvicah vprašalnika SDQ III, in sicer na lestvicah *akademska samopodoba* in *iskrenost*. Iz tega lahko morda predvidevamo, da imajo višjo akademsko samopodobo odrasli v primerjavi z mladostniki v našem vzorcu, prav tako pa so odrasli tudi bolj iskreni v primerjavi z mladostniki v našem vzorcu. Glede na to, da so analize pokazale statistično značilne rezultate le na dveh lestvicah enega od treh vprašalnikov, lahko zaključimo, da se samopodoba in samospoštovanje v našem vzorcu ne razlikujeta glede na starost.

Zanimalo nas je tudi ali se samopodoba in samospoštovanje razlikujeta v odvisnosti od vrste motnje hranjenja in starosti pri posameznih lestvicah vseh treh uporabljenih vprašalnikov. Do statistično značilnih rezultatov je prišlo le na eni lestvici vprašalnika SDQ III, in sicer na lestvici *odnosi s starši* pri mladostnikih glede na starost in vrsto motnje hranjenja. Iz tega lahko morda predvidevamo, da imajo najboljše odnose s svojimi starši mladostniki z anoreksijo nervozo, sledijo jim mladostniki z ortoreksijo nervozo, kasneje mladostniki z

bulimijo nervozo, najslabši odnos s svojimi starši v našem vzorcu pa imajo mladostniki s kompulzivnim prenašanjem. Glede na to, da je analiza variance pokazala statistično značilne rezultate le na eni lestvici treh vprašalnikov, lahko zaključimo, da se samopodoba in samospoštovanje v našem vzorcu ne razlikujeta glede na vrsto motnje hranjenja in starost.

Naslednje vprašanje, ki smo si ga postavili, je bilo, ali se nizka splošna samopodoba povezuje z nizkim samospoštovanjem. Iz tabele 21 je razvidno, da se splošna samopodoba statistično značilno pozitivno povezuje z obema komponentama samospoštovanja (*samougajanje* in *kompetentnost*). Sicer pa vse tri tabele (20, 21, 22) kažejo, da so tako znotraj vprašalnikov kot tudi med lestvicami vprašalnikov statistično značilne le pozitivne povezave, iz česar lahko sklepamo, da se nizka samopodoba povezuje z nizkim samospoštovanjem in obratno, visoka samopodoba z visokim samospoštovanjem. Dobljeni rezultati o povezavah med samopodobo in samospoštovanjem so tako skladni z ugotovitvijo Copak in Uzman (2012) in študijo Farrar, Stopa in Turner (2015).

V nadaljevanju nas je zanimalo, na kateri vidik samopodobe in samospoštovanja moramo biti še posebej pozorni pri preventivi motenj hranjenja.

Glede na dobljene povprečne rezultate bi posebej izpostavili tiste komponente samopodobe in samospoštovanja, ki so bile od dostopnih povprečnih rezultatov norm nižje za več kot eno standardno deviacijo. Sem spadajo komponenta samospoštovanja *samougajanje* in komponente samopodobe kot so: *splošna samopodoba*, *čustvena stabilnost*, *odnosi z vrstniki istega spola*, *odnosi z vrstniki nasprotnega spola* in *odnosi s starši*.

Zanimalo nas je še, s katerimi intervencijami bi morda lahko izboljšali samopodobo in samospoštovanje in posledično zmanjšali pojavnost motenj hranjenja.

Glede na rezultate dobljene na našem vzorcu lahko sklepamo, da moramo poseben poudarek nameniti področjem samougajanja, splošni samopodobi, čustveni stabilnosti in odnosom.

Tako kot meni Berčnik (2012), se zdi, da je ključnega pomena primarna preventiva, ki se odvija na področju vzgoje in izobraževanja. Njena prizadevanja 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, v Berčnik, 2012). Za vrtčevski in šolski prostor, kjer se motnje hranjenja tudi navadno začnejo razvijati, je najpomembnejša primarna preventiva, ki je usmerjena k zmanjševanju in odstranjevanju dejavnikov tveganja. Programi primarne preventive naj bi tako zajemali področje posameznikovega samozaupanja, samospoštovanja in 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 pozitivne predstave o sebi. Primarna preventiva naj bi 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, z namenom seznanjanja 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 2012, v Berčnik, 2012). Izobraževanje Program za starše ni vključen v šolski kurikulum, ampak se za to izobraževanje lahko odloči šola sama. Menimo, da bi morali biti takšni in temu podobni programi vključeni v šolski kurikulum in bi bili tako za posamezne šole posledično brezplačni in bolj dostopni. Cilj programa bi moral biti razlaga pomembnosti zdravega in pravilnega prehranjevanja ter uporaba prehranske piramide, spodbujanje zdrave in zmerne rekreacije, učenje o raznolikosti telesnih oblik in spodbujanje pozitivne samopodobe, spodbujanje zdravega prehranjevanja namesto hujšanja, spodbujanje kritičnega ocenjevanja sporočil medijev o telesnih oblikah in prehranjevanju (Smolak, Levine in Shermer, 1998, v Berčnik, 2012).

Šole bi se morale zgledovati po »ekopristopu« k spodbujanju razvoja pozitivne samopodobe. Ta je usmerjen na interakcijo med posameznikom in okoljem. Ekopristop izhaja iz potrebe po sodelovanju vseh zaposlenih v določeni šoli, ali vsaj pedagoških delavcev in otrok oziroma temelji na promociji šole kot celote. Šola z vsemi svojimi strokovnimi delavci in učenci spodbuja razvoj z nižjih nivojev na višje (Beane, 1994). Cilji šole in njenih strokovnih delavcev so številni:

1. da bi se izognila pretirani izolaciji učencev na posamične starostne skupine, spodbuja razvoj dejavnosti, v katere se lahko vključujejo učenci različnih letnikov;
2. prizadeva si za čim večje sodelovanje med učenci in učitelji;
3. spodbuja t.i. humano klimo na šoli;
4. spodbuja samoopazovanje učiteljev in učencev;
5. namesto neustvarjalnega učenja iz knjig in preverjanja znanja v obliki testov spodbuja problemsko in projektno delo itd. (Beane, 1994).

Poleg tega pa ne smemo pozabiti na pomen učitelja oziroma vzgojitelja in na vpliv, ki ga ima na svoje učence. Le-ti namreč svoj vpliv večkrat podcenjujejo. Razlogov je verjetno več, delno pa jih lahko pripišemo dejstvu, da je bil v šolah dolga leta poudarek zgolj na storilnostni naravnosti učencev, v ospredju pa so bili izobraževalni cilji (Tacol, 2011a).

Gotovo pa se je in še vedno se zanemarija problematika samopodobe vzgojiteljev in učiteljev ter povezava med samopodobama učitelja in učenca. Učitelj lahko svoje učence opogumlja, motivira, navdušuje, lahko pa jih prizadene, podcenjuje, povečuje njihovo negotovost vase in jih spravlja v strah. Učitelj s pozitivno, a realno podobo o sebi ima veliko večje možnosti, da v svojih učencih spodbuja zaupanje vase, njihovo vedoželjnost, ustvarjalnost, pozitivno naravnost do sebe in do drugih, kot učitelj z nizko samopodobo (Tacol, 2011a).

Za učence je učitelj pomemben že kot vzor, model, le-ta pa največ naredi s svojim odnosom do učencev oziroma s svojim besednim in nebesednim vedenjem v interakcijah z njimi. Cilj

učiteljev bi moral biti, da pomagajo učencem izoblikovati dobro, a realno podobo o sebi. Odnos, ki ga ustvarjajo z otroki in mladostniki naj bo spoštljiv in sprejemajoč, tudi kadar je njihovo znanje ali vedenje manj ustrezno. S tem jim omogočajo, da lažje sprejemajo sebe in hkrati realno sprejemajo svoje pomanjkljivosti. Sprejemajoč odnos vključuje tudi postavljanje zahtev in primernih omejitev, predvsem pa temelji na razumevanju otrokovih potreb ter vsebuje pohvale in spodbude (Tacol, 2011a).

Tako kot poudarjata avtorja Mantilla in Birgegård (2015) pa menimo, da je v splošnem potrebno največ pozornosti usmerjati v spreminjanje posameznikove samopodobe, z namenom, da bi zmanjšali posameznikovo samokritiko in povečali samosprejemanje. Takšni posamezniki bi se morali naučiti odprtosti, potrpežljivosti, sočutja in sprejemanja, ne pa negativne kontrole, kritike in občutij krivde. Učenju ljubezni in sprejemanja ter zmanjševanju kritike, ki je prisotna pri vseh oblikah motenj hranjenja, bi morali nameniti več pozornosti, ne le pri zdravljenju motenj hranjenja, temveč tudi pri prizadevanju za preprečevanje le-teh (Mantilla in Birgegård, 2015). S tem pa bi tudi izboljšali samo prognozo zdravljenja oseb z motnjami hranjenja, saj je znano, da osebe z motnjami hranjenja, ki imajo negativno samopodobo prej zapustijo zdravljenje in to na lastno odgovornost (Björk, Björck, Clinton, Sohlberg in Norring, 2009).

Na podlagi zbranih rezultatov in interpretacije le-teh lahko zaključimo, da imajo osebe, ki so bile vključene v naš vzorec in imajo diagnosticirano eno izmed motenj hranjenja, nizko samopodobo in samospoštovanje kot to poudarja teorija. Samopodoba in samospoštovanje se v našem vzorcu ni razlikovala glede na starost in glede na vrsto motnje. Se pa samopodoba in samospoštovanje oseb v našem vzorcu pozitivno povezuje.

4.1 OMEJITVE IN PREDNOSTI RAZISKAVE

Naša raziskava ima nekaj prednosti. Rezultati raziskave predstavljajo pomemben doprinos k raziskovanju samopodobe in samospoštovanja pri osebah, ki se soočajo z motnjami hranjenja, saj tovrstne raziskave v Sloveniji še ni bilo. Velik doprinos predstavljajo tudi različni uporabljeni vprašalniki, saj so nam dali boljši vpogled v kritične komponente samopodobe in samospoštovanja na tem specifičnem vzorcu. Kot prednost vidimo tudi uporabo kombinacije tako kvantitativne kot tudi kvalitativne metode, ki nam je omogočila bolj poglobljen vpogled v to problematiko in s tem povečala zanesljivost in veljavnost rezultatov.

Raziskava ima tudi nekaj pomanjkljivosti. V prvi vrsti je to majhnost vzorca. Ravno zaradi te pomanjkljivosti posplošitev rezultatov ni mogoča. Kljub temu, da smo podatke zbirali malo manj kot leto dni, smo imeli opravka z zelo občutljivo, specifično, klinično populacijo, ki je navadno zelo introvertirana, polna občutkov sramu, krivde in se s težavo odloči za sodelovanje v tovrstnih raziskavah. Pomanjkljivost vidimo tudi v tem, da nismo imeli

enakega razmerja oseb glede na vrsto motnje hranjenja in da v raziskavi niso sodelovali moški, zaradi česar tudi ni bilo mogoče primerjati oseb po spolu. Več kot polovica oseb v našem vzorcu pa ima poleg diagnoze motnje hranjenja še pridruženo drugo duševno motnjo. Morda bi lahko tudi ta komorbidnost vplivala na naše rezultate.

5 SKLEPI

Namen raziskave v okviru magistrske naloge je bil osvetliti problematiko nizke samopodobe in nizkega samospoštovanja v povezavi z motnjami hranjenja. V vzorec so bile zajete mladostnice in odrasle osebe, ki se soočajo z eno od motenj hranjenja. Pričujoča raziskava zapolnjuje vrzel v literaturi, rezultati (na osnovi dveh strukturiranih vprašalnikov samopodobe SDQ III in SCS ter vprašalnika samospoštovanja SLCS-R) pa, da imajo osebe z motnjami hranjenja v primerjavi z zdravimi osebami v splošnem nižjo samopodobo in samospoštovanje. Cilj magistrske naloge je bil tako proučiti samopodobo in samospoštovanje pri osebah, ki se soočajo z motnjami hranjenja. Rezultati, ki smo jih dobili na našem vzorcu kažejo, da imajo osebe z motnjo hranjenja v primerjavi z dostopnimi normami nižje povprečne rezultate na komponentah *samougajanje, splošna samopodoba, čustvena stabilnost, odnosi z vrstniki istega spola, odnosi z vrstniki nasprotnega spola in odnosi s starši*. Iz slednjega sledi, da bi na področju primarne preventive morali ravno tem komponentam namenjati največ pozornosti – samougajanju, splošni samopodobi, čustveni stabilnosti in pomenu odnosov. Samopodoba in samospoštovanje se v našem vzorcu nista razlikovala glede na starost in glede na vrsto motnje hranjenja. Se pa samopodoba in samospoštovanje oseb v našem vzorcu pozitivno povežeta. Pri primarni preventivi apeliramo predvsem na vzgojno-izobraževalne sisteme, kjer menimo, da obstaja še veliko manevrskega prostora. Poleg šol bi lahko vključili tudi vrtce, saj se starost začetka razvoja motenj hranjenja iz leta v leto niža, kritična leta za razvoj samospoštovanja pa so otrokova prva leta življenja. Pri tem bi opozorili na pomen vzgojiteljev in učiteljev ter poostriili selekcijo kadrov pri izvajanju tovrstnih poklicev. Vzgojitelj ali učitelj s pozitivno, a realno podobo o sebi ima veliko večje možnosti, da v svojih učencih spodbuja zaupanje vase, njihovo vedoželjnost, ustvarjalnost, pozitivno naravnost do sebe in do drugih kot učitelj z nizko samopodobo. Preventivni programi, ki spodbujajo krepitev zdrave samopodobe in samospoštovanja, bi morali biti vključeni v šolski kurikulum in tako dostopni vsem. Zaključili pa bi s šolami, da naj bodo bolj usmerjene v vzgojo, ne le v izobraževanje in naj se usmerjajo tudi na zdravo samopodobo mladine. V prihodnosti bi bilo zanimivo raziskati še primerjavo samopodobe in samospoštovanja po spolu in uporabiti še druge vprašalnike samopodobe in samospoštovanja. Bolj pomembno kot to, pa bi bilo primerjati uspešnost dosedanjih preventivnih programov na področju motenj hranjenja in morda oceniti nove programe/projekte, ki se navezujejo na preventivno delovanje na področju motenj hranjenja.

6 LITERATURA IN VIRI

- Alexander, J. (8. 7. 2013). *A Lesson for Teachers in Addressing the Eating Disorder Bully*. Pridobljeno s <http://www.nationaleatingdisorders.org/blog/lesson-teachers-addressing-eating-disorder-bully>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Avsec, A. (2000). *Področja samopodobe in njihova povezanost z realno in želeno spolno shemo*. (Doktorska disertacija). Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Avsec, A. (2010a). Samopodoba. V A. Avsec (ur.), *Psihodiagnostika osebnosti* (str. 39-63). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Avsec, A. (2010b). Vprašalnik samopodobe SDQIII. V A. Avsec (ur.), *Psihodiagnostika osebnosti* (str. 65-73). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Avsec, A. (2010c). Vprašalnika samospoštovanja SLCS in SLCS-R. V A. Avsec (ur.), *Psihodiagnostika osebnosti* (str. 111-120). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Avsec, A. in Sočan, G. (2010). Vprašalnik strukture samopodobe SCS. V A. Avsec (ur.), *Psihodiagnostika osebnosti* (str. 85-91). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Bardone, A. M., Perez, M., Abramson, L. Y. in Joiner, T. E. (2003). Self-competence and self-liking in the prediction of change in bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 361-369.
- Beane, J. A. (1994). Cluttered terrain: The schools' interest in the self. V T. M. Brinthaup, R. P. Lipka (ur.), *Changing the self: Philosophies, Techniques, and experiences* (str. 69-87). State University of New York Press.
- Berčnik, S. (2012). Vloga svetovalnega delavca pri prepoznavanju motenj hranjenja in preventivnem delovanju. *Socialna pedagogika*, 16(3), 227-248.

Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. in Norring, C. (2007). Negative self-image and outcome in eating disorders: results at 3-year follow-up. *Eating behaviors*, 8(3), 398-406.

Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. in Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 109-119.

Burns, R. B. (1979). *The self concept in theory, measurement, development and behaviour*. London in New York: Longman.

Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., ... in Micali, N. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42, 55-92.

Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. D., in Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280.

Coopak M. in Ucman S. (2012). Psihološki vidik motenj hranjenja. V K. Serneč (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 37-58). Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

Curzio, O., Bastiani, L., Scalese, M., Cutrupi, V., Romano, E., Denoth, F., ... in Molinaro, S. (2015). Developing anorexia nervosa in adolescence: the role of self-image as a risk factor in a prevalence study. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(1), 63-75.

Čarapić, J. (2011). Vplivi motenj hranjenja na socialno vključevanje in izobraževanje. V A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 75-88). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.

de Man Lapidoth, J. in von Hausswolff-Juhlin, Y. (2014). Eating disorder symptoms, psychiatric correlates and self-image in normal, overweight and obese eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(2), 233-240.

- Dunkley, D. M. in Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139-149.
- Erzar, T. (2007). Motnje hranjenja. V A. Arko (ur.), *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji* (str. 145-152). Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. in Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Farrar, S., Stopa, L. in Turner, H. (2015). Self-imagery in individuals with high body dissatisfaction: The effect of positive and negative self-imagery on aspects of the self-concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 8-13.
- Gilbert, N. in Meyer, C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 307-312.
- Hafner, A. (2006). Kam po pomoč. V D. Podkrajšek (ur.), *Motnje hranjenja pri najstnikih: učitelji lahko pomagamo, če smo dovolj seznanjen* (str. 50-54). Celje: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Hafner, A. (2011a). Epidemiologija. V A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 23-28). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Hafner, A. (2011b). Vpliv motenj hranjenja na zdravje. V A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 67-74). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Hafner, A. (2015). Smernice za obravnavo motenj hranjenja. V H. Jeriček Klanšček, A. Hočevar Grom, N. Konec Juričič in S. Roškar (ur.), *Zdravje skozi umetnost: smernice za pogovore o izbranih zdravstvenih temah za pedagoške delavce* (str. 56-66). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/zdravje_skozi_umetnost_update_09_09_2016.pdf

- Hafner, A., Serbec, K., Copak, M., Kuhar, M., Čarapić, J. in Torkar T. (2009). *Motnje hranjenja, kdo in kakšno pomoč nudi v Ljubljani*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Hafner, A. in Torkar T. (2011). *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Hildebrandt, T., Alfano, L. in Langenbucher, J. W. (2010). Body image disturbance in 1000 male appearance and performance enhancing drug users. *Journal of psychiatric research*, 44(13), 841-846.
- Jeriček, H., Lavtar, D. in Pokrajac, T. (2007). *HBSC Slovenija 2006: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2006.pdf
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K. in Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An examination of female students and eating disorder patients. *Eating behaviors*, 15(3), 388-391.
- Kobal, D. (2000). *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Kobal Grum, D. (1998). Vpliv programa za spodbujanje duševnega zdravja na samopodobo mladostnikov: utvara ali resničnost? *Psihološka obzorja*, 7(2), 47-69.
- Kobal Grum, D. (2003). Samopodoba in samospoštovanje med topičnimi razsežnostmi osebnosti. V D. Kobal Grum (ur.), *Bivanja samopodobe* (str. 19-29). Ljubljana: i2.
- Kobal Grum, D. in Avsec, A. (2010). Samospoštovanje. V A. Avsec (ur.), *Psihodiagnostika osebnosti* (str. 93-102). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Kobal Grum, D., Kolenc, J., Lebarič, N. in Žalec, B. (2004). *Samopodoba med motivacijo in tekmovalnostjo: interdisciplinarni pristop*. Ljubljana: Študentska založba.
- Kobal Grum, D. in Musek, J. (2009). *Perspektive motivacije*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Kuhar, M. (2002). O telesni samopodobi mladih. *Socialna pedagogika*, 6(3), 255-278.

- Kuhar, M. (2003). Zakaj dekleta pazijo na svojo težo? Družbno–kulturni in medsebojni vplivi na telesno samopodobo in na nadzorovanje teže. *Psihološka obzorja*, 12(2), 113-127.
- Kuhar M. (2011). Sodobna družba in stremljenje po fizični popolnosti. V A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 47-60). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Mantilla, E. F., Bergsten, K. in Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eating behaviors*, 15(1), 125-131.
- Mantilla, E. F. in Birgegård, A. (2015). The enemy within: the association between self-image and eating disorder symptoms in healthy, non help-seeking and clinical young women. *Journal of eating disorders*, 3(1), 30.
- Markus, H. R. in Kitayama, S. (1991). Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marsh, H. W. (1992). *Self Description Questionnaire (SDQ) III: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of late adolescent self-concept: An interim test manual and a research monograph*. Macarthur, New South Wales, Australia: University of Western Sydney, Faculty of Education.
- Marsh, H. W. in O'Neill, R. (1984). Self description questionnaire III: The construct validity of multidimensional self-concept ratings by late adolescents. *Journal of Educational Measurement*, 21 (2), 153-174.
- Marsh, H. W. in Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-125.
- Moravec Berger, D. (ur.). (2005). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija, MKB-10, druga izdaja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Musek, J. (1985). *Model referenčnega delovana jaza*. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije.
- Musek, J. (1992). Struktura jaza in samopodobe. *Anthropos* 24, III-IV, 59-79.

- Musek, J. (2010). Samopodoba in samospoštovanje. V *Psihologija življenja* (str. 395-431). Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.
- Nastran-Ule, M. (1994). *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Noordenbos, G., Aliakbari, N. in Campbell, R. (2014). The relationship among critical inner voices, low self-esteem, and self-criticism in eating disorders. *Eating disorders*, 22(4), 337-351.
- O'Dea, J. (2001). Activities to improve body image and prevent eating problems in children – a self esteem approach. *Primary Educator*, 7(2), 3-7.
- Park, S. W., Kim, J. Y., Go, G. J., Jeon, E. S., Pyo, H. J. in Kwon, Y. J. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure*, 9(1), 32-37.
- Pelc, J. (2012). Prvi koraki na poti ozdravitve. V B. Rustja (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 6-13). Koper: Ognjišče d.o.o.
- Reich, G. in Kröger, S. (2009). *Motnje hranjenja*. Ptujška Gora: In obs medicus, d.o.o.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princetone, New York: Princetone Univesity Press.
- Rosenberg, M. (1985). *Society and adolescent self-image*. Princetone, New York: Princetone Univesity Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sernec, K. (2010). Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik*, 61(2), 106-109.
- Sernec, K. (2011). Definicije in vrste motenj hranjenja. V A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 9-21). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Sernec, K. (2012). Motnje hranjenja – bolezen sodobnega časa. V K. Sernec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 15-35). Ljubljana: Psihiatrična klinika.

- Shavelson, R. J. in Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3-17.
- Shea, M. E. in Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating?. *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1527-1537.
- Silvera, D. H., Bergersen, T. D., Bjørgum, L., Perry, J. A., Rosenvinge, J. H. in Holte, A. (1998). Analyzing the relation between self-esteem and eating disorders: Differential effects of self-liking and self-competence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 3(2), 95-99.
- Singelis, T. M. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 580-591.
- Stergar, E., Scagnetti, N. in Pucelj, V. (2006). *HBSC Slovenija 2002: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbhc_2002.pdf
- Štrus, P. in Potočnik, D. (2005). *Dejavniki tveganja za motnje hranjenja pri slovenskih mladostnikih*. (Prešernova nagrada). Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Tacol, A. (2011a). Vloga učitelja pri oblikovanju otrokove samopodobe. V K. Lekić, P. Tratnjek in N. K. Juričič (ur.), *10 korakov do boljše samopodobe: priročnik za učitelje za preventivno delo z razredom: delavnice za mladostnike* (str. 12). Celje: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Tacol, A. (2011b). *To sem jaz, verjamem vase: priročnik za fante in punce: 10 korakov do boljše samopodobe*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Tafarodi, R. W. in Swann, W. B. Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 322-342.
- Tafarodi, R. W. in Swann, W. B. Jr. (1996). Individualism-collectivism and global self-esteem: Evidence for a cultural trade-off. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27, 651-672.

- Tafarodi, R. W. in Swann, W. B. Jr. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and Measurement. *Personality and Individual Differences*, 31, 653-673.
- Tomori, M., Stergar, E., Pinter, B., Makovec Rus, M. in Stikovič, S. (1998). *Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Turnšek, N. (1995). Duševno in čustveno zdravje otrok v slovenskih "Zdravih šolah". *Psihološka obzorja*, 4(1,2), 61-84.
- Turnšek, N. (1996). *Spodbujanje duševnega zdravja v osnovni šoli: Razumevanje dejavnikov duševnega počutja med osnovnošolci in evalvacija programa krepitev duševnega zdravja v osnovni šoli*. (Magistrska naloga). Filozofska fakulteta, Ljubljana.
- Vitiello, B. in Lederhendler, I. (2000). Research on eating disorders: current status and future prospect. *Biological Psychiatry*, 47(9), 777-786.
- Weare, K. in Gray, G. (1996). *Izboljševanje čustvenega in duševnega zdravja v Evropski mreži zdravih šol: Priročnik za učitelje in druge, ki delajo z mladimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Zupančič, M. (2009). Predmet in zgodovina razvojne psihologije. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 6-27). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Žorž, B. (2012). Motnje hranjenja in naš čas. V B. Rustja (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 126-144). Koper: Ognjišče d.o.o.

PRILOGA

PRILOGA A: Polstrukturiran intervju

Pozdravljeni!

Sem Nika Bajda, absolventka zadnjega letnika podiplomskega študija biopsihologije in za svojo magistrsko nalogo bi želela raziskati odnos med motnjami hranjenja in samopodobo ter samospoštovanjem. V nadaljevanju bi vas prosila, da odgovorite na spodnja vprašanja in da rešite 3 standardizirane vprašalnike samopodobe in samospoštovanja, ki jih dobite naknadno. V primeru kakršnekoli nejasnosti ali nerazumevanja me lahko tekom reševanja vprašate za pomoč. Predviden čas za reševanje vprašalnikov je eno uro. Aplikacija vprašalnikov je anonimna, sodelovanje v raziskavi pa prostovoljne narave. Vaše odgovore bom uporabila zgolj in samo v raziskovalne namene, le-ti pa bodo pripomogli k boljšemu razumevanju motenj hranjenja na splošno in k iskanju boljše alternative pri preventivi omenjenih motenj.

Za sodelovanje se vam že vnaprej iskreno zahvaljujem!

SPOL (obkroži) M / Ž

Starost: _____

Vrsta motnje hranjenja: _____

Vrsta morebitne pretekle motnje hranjenja: _____

Starost začetka motnje hranjenja: _____

Starost pred prvim zdravljenjem: _____

Zdravljenje sem poiskala sama / k zdravljenju so me napotili drugi (podčrtaj)

Trajanje motnje hranjenja: _____

Resnost motnje hranjenja: _____

Vrsta in način zdravljenja?

Področja težav (npr. osebno, učno, zdravstveno, socialno)?

Kaj vam je pri dosedanjem zdravljenju najbolj pomagalo?

Kaj ocenjujete, da je bil povod ali vzrok za začetek motnje hranjenja?