

Sanja Berčnik, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta

MOTNJE HRANJENJA IN NJIHOVO PREPOZNAVANJE V OSNOVNI ŠOLI

UVOD

O boleznih motenj hranjenja se pogosto govori kot o boleznih nove dobe, predvsem zaradi njenega porasta v zadnjih dveh desetletjih. V prispevku bomo motnje hranjenja opredelili in jih obravnavali kot bolezen oziroma odvisnost. Predstavili bomo tri glavne tipe motenj hranjenja – anoreksijo, bulimijo in kompulzivno prenašanje ter pokazali, da gre pri vseh za kompleksen pojav, ki vedno vključuje vsaj dve vrsti motenj hkrati. Predstavili bomo prepoznavne znake, ki kažejo na nastanek motenj hranjenja, v nadaljevanju prispevka se bomo osredotočili tudi na prepoznavanje motenj hranjenja pri osnovnošolskih otrocih. Izpostavili bomo predvsem telesne spremembe, psihološke značilnosti in simptome, ki kažejo na začetne oblike motenj hranjenja ter poudarili pomembno vlogo preventivnega delovanja v šolskem prostoru.

MOTNJE HRANJENJA – BOLEZEN ALI ODVISNOST?

Avtorji, ki se ukvarjajo s tematiko motenj hranjenja opisujejo motnje hranjenja kot *duševno bolezen* (Sternad, 2001; Reljič Prinčič, 2003; Šimenc, 2004) in motnje hranjenja kot *odvisnost* (Zaviršek, 1994; Sternad, 2001).

V skladu s Svetovno zdravstveno organizacijo spadajo motnje hranjenja med vedenjske sindrome, povezane s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki oz. vedenjske sindrome in duševne motnje s fiziološko disfunkcijo in hormonskimi motnjami (Sternad, 2001: 58). Tisto, kar motnje hranjenja loči od zgolj nezdravega odnosa do hrane, je predvsem to, da gre pri motnjah za resno ogrožanje zdravja zaradi nepravilnega odnosa do hrane, ki postane način spoprijemanja s stresom ter občutek ujetosti v začaran krog okoli hrane (Prezelj idr., 1999). Kot opozarja M. Tomori (1990: 153), je težava današnjega sveta preslabla opremljenost posameznikov s prilagoditvenimi sposobnostmi za potrebno ekspanzivnost v prostor ob znakih stresa. Po mnenju avtorice lahko o motnjah hranjenja govorimo takrat, ko gre za moteno prehranjevanje, ki je povezano z motnjami na osebnostnem področju: tak posameznik ima nizko samospoštovanje, občuti strah pred medosebnimi odnosi in strah pred odgovornostjo, nepravilno se sooča s stresom ipd. A. Reljič Prinčič (2003) opisuje motnje hranjenja kot znamenje čustvene prizadetosti ter nesprejemanja sebe, M. Šimenc (2004) pa meni, da gre za odgovor na obstoječe družbene norme in vidi anoreksijo in bulimijo kot podrejanje, kompulzivno prenašanje pa kot zavračanje

družbenih pravil. Po mnenju avtorja lahko o motnjah hranjenja govorimo takrat, ko hrana postane središče človekovega miselnega sveta, duševnih bojev in slabe vesti.

M. Sternad (2001: 74–75) motnje hranjenja analizira tudi kot odvisnost, saj meni, da lahko različni vzorci hranjenja vodijo v odvisnost, ki za nekatere pomeni smrt (pri anoreksiji) ali socialno marginalizacijo (pri kompulzivnem prenašanju). Čeprav oseba na začetku odklanja hrano zaradi estetskih ali socialnih razlogov, lahko to privede do psihološke dimenzije bolezni in zavračanje hrane postane simbolno izražanje čustvenih potreb. Odvisnost tako postane normalno stanje, na katerega se telo navadi. Motnje hranjenja tako spadajo med zapletenejši odvisnosti, saj običajnih metod abstinence ne moremo izvajati. Ozdravimo jih lahko šele, ko ugotovimo vzrok njihovega nastanka. Značilen za motnje hranjenja pa je tudi prisilen značaj – osebe se trudijo, da bi s početjem prenehale, vendar ne morejo. Motnje so tudi »tihega« značaja, saj gre pogosto za skrito in osamljeno početje (osebe nimajo družine, s katero bi se prenašale ali strdale in brušale). Kot meni D. Zaviršek (1994), je tako kot večina odvisnosti tudi odvisnost od hrane povezana z občutkom možnosti ustvarjanja svoje realnosti, v kateri se počutimo varne. Gre za način življenja, s katerim posameznik poskuša premagati strah, občutke praznine in lastne neavtonomnosti.

VRSTE MOTENJ HRANJENJA

Termin motnje hranjenja zajema širok spekter motenj v vedenju do hrane, ki ga je moč zožiti v tri osnovne tipe – anoreksijo, bulimijo in kompulzivno prenašanje (Sternad, 2001).

Anoreksija

Termin anoreksija je prvi uporabil Gull leta 1873, ko je z njim opisal skupino adolescentk in mlajših odraslih žensk, ki so odklanjale hrano (prav tam). Termin anoreksija sicer pomeni »izguba apetita«, kar je neustrezno, saj gre pri tej vrsti motnje hranjenja za normalen ali celo povečan tek po hrani z drastičnim kontroliranjem vnosa hrane. Želja po hrani ostane, osebe z anoreksijo pa jo zaradi strahu pred debelostjo zatirajo, kar jim daje občutek moči in kontrole. O anoreksiji govorimo torej takrat, ko je količina zaužite hrane premajhna za ohranitev normalne telesne teže glede na višino (Šimenc, 2004: 10). Gre za zavestno povzročeno znižanje telesne teže s strani bolnika samega. Colclough (1998) anoreksijo poimenuje celo *zasvojenost s stradanjem* ali *nekritično stradanje*. Anoreksične osebe običajno izgubijo

15 % telesne teže, a so kljub temu prepričane, da so predebele – zanje je namreč značilna motena telesna podoba, ki se kaže kot pretiran občutek debelosti ali hud strah pred njo, ne glede na dejansko težo, ki je skoraj praviloma nizka ali celo zelo nizka (Sternad, 2001: 60). Anoreksija se tipično pojavlja pri mladi ženski populaciji po puberteti, v adolescentnem obdobju, pri večini anoreksičnih oseb pa se srečamo še s kakšno dodatno psihiatrično motnjo, kot so na primer obsesivno kompulzivno vedenje, depresivnost, anksioznost, nemir in motnje spanja (prav tam).

K. Sernec (v Šimenc, 2004: 12) opisuje dve fazi anoreksije – ena je zgoraj opisana restriktivna faza, kjer se nizka telesna teža ohranja s stradanjem ali hiperaktivnostjo, druga pa je purgativna, kjer se nizka telesna teža ohranja z bruhanjem in odvajali, kar poimenujemo bulimija. Anoreksija in bulimija se torej ne izključujeta, saj gre pri anoreksiji za podaljšano fazo zadrževanja zasvojenosti s hrano, pri bulimiji in kompulzivnem prenajedanju pa za fazo izživiljanja. Neredko se zgodi, da se fazi anoreksije in bulimije izmenjujeta, možno je tudi, da obstajata sočasno.

Bulimija

Vedenje, ki ga kažejo osebe z bulimijo, je prvi opisal Gull leta 1873 v povezavi z anoreksijo, kasneje pa so jo začeli obravnavati kot samostojno bolezen s svojimi značilnostmi (Sternad, 2001: 61). Bulimija je pogosto še bolj skrita bolezen kot anoreksija, saj je zanjo značilna bolj ali manj normalna telesna teža, ki pa lahko niha (Tomori, 1990: 135). Glavna značilnost bulimije so obdobja izrazito pretiranega hranjenja (imenovano tudi volčja lakota) in obdobja zavestno izzvanega bruhanja, s katerim oseba z bulimijo uravnava svojo telesno težo. Bolezen pogosto vključuje tudi zlorabo odvajal in diuretikov. Obdobju prenajedanja sledijo občutki krivde in lastne ne vrednosti, pa tudi motnje razpoloženja (Sternad, 2001). M. Tomori (1990) poudarja, da je v tej motnji prisotna obsedenost z lastnim telesom, strah pred možnimi pomanjkljivostmi zunanje podobe in izrazito ambivalentni občutki do odraslosti in samostojnosti. Avtorica meni, da je bulimija povezana z nesposobnostjo izražanja jeze in s prikrito, navzven izraženo agresivnostjo. Pretirano hranjenje in bruhanje pa naj bi v sebi nosila simboliko naklonjenosti in hkratnega zavračanja sebe in drugih. A. Reljič Prinčič (2003) izpostavi, da so osebe z bulimijo pretirano odvisne od mnenja drugih, tako da tudi najbolj blago negativno pripombo hitro razumejo kot potrditev lastne ne vrednosti.

Ločimo dve pojavnosti obliki bulimije – purgativno obliko, kjer se oseba znebi zaužite hrane z bruhanjem ali jemanjem odvajal in nepurgativno obliko, kjer oseba omejuje hrano ali pa med epizodami prenajedanja pretirano telovadi (Reljič Prinčič, 2003: 23).

Kompulzivno prenajedanje

Kompulzivno prenajedanje ali »binge eating« je po S. Gilbert (1989: 74) »zaužitje ogromne količine hrane v zelo kratkem času, ne glede na občutek lakote«. Izraz

kompulzivno prenajedanje pomeni prisilno vedenje, ker oseba ponavlja nekaj, kar sicer ne želi ponavljati. Gre torej za prisilno vedenje, ki se mu ne moremo upreti, kar pa je tudi glavna značilnost drugih dveh vrst motenj hranjenja. Notranja prisila kompulzivnega jedca vodi v čezmerno uživanje hrane, čeprav sam ve, da to zanj ni dobro. Značilno je pogosto prenajedanje, ki lahko vodi celo do fizične slabosti. Kljub poskusom vzpostavitve nadzora in spremljajočim občutkom krivde, oseba ne zmore zavestno prisilnega prenajedanja. Nekontrolirano hranjenje pogosto spremlja tudi izguba samokontrole. Teža kompulzivnih jedcev je lahko »normalna«, malo povečana ali pretirano povečana, kar pomeni, da vsi kompulzivni jedci niso debeli in obratno, da niso vsi debeli ljudje kompulzivni jedci (Ogris, 2000).

Če pogledamo vse tri glavne vrste motenj hranjenja, opazimo, da se določeni simptomi ponavljajo, zato je vprašanje, ali sploh lahko govorimo o treh ločenih motnjah ali o enem kompleksnem problemu. Po mednarodni klasifikaciji (po Breclj - Kobe, 2000) so merila za diagnozo anoreksije naslednji: telesna teža 15 % pod normalno, namerno hujšanje, motnje v doživljanju lastnega telesa ter ednokrane motnje. V isti klasifikaciji so tudi merila za diagnozo bulimije. Ta je prisotna, kjer je zabeleženo trajno ukvarjanje s prehranjevanjem in napadi preobjedanja (zaužitje ogromnih količin hrane v kratkem času), poskusi preprečevanja posledičnega pridobivanja na teži (bruhanje, odvajala, diete ...), močan strah pred debelostjo, v anamnezi pa imajo pogosto anoreksijo (prav tam: 105–106). Simptomi anoreksije in bulimije se torej vidno povezujejo, saj je hujšanje pri anoreksiji lahko povezano z odklanjanjem hrane v smislu restriktivne diete, vzdržuje pa se lahko tudi s samovoljno povzročenim bruhanjem ali uživanjem odvajal in diuretikov po zaužitju večji količini hrane. V slednjem primeru govorimo celo o bulimični anoreksiji (Horvatič, 1996: 3) ali anoreksiji z bulimičnimi potezami (Breclj - Kobe, 2000: 106). Bulimija je povezana tudi s kompulzivnim prenajedanjem, saj gre pri bulimiji v obdobjih t. i. volčje lakote za prenajedanje, ki ga spremlja posameznikova izguba samokontrole. Gre torej za obliko kompulzivnega prenajedanja, saj oseba v kratkem času zaužije ogromne količine hrane. Razlika je le v tem, da osebe, ki trpijo »samo« zaradi kompulzivnega prenajedanja, po teh epizodah občutijo »le« sram in gnus, ne pa tudi želje po odstranitvi hrane iz telesa (Horvatič, 1996).

Pri motnjah hranjenja gre torej za kompleksen problem, ki najpogosteje vključuje vsaj dve pojavnosti obliki motenj. Možno je, da se motnje hranjenja najprej pojavijo kot samostojne motnje, vendar velja, da dlje kot motnja traja, večja je verjetnost medsebojnega povezovanja.

PREPOZNAVANJE MOTENJ HRANJENJA PRI OSNOVNOŠOLSKIH OTROCIH

Motnje hranjenja v otroštvu se kažejo kot različne klinične slike. Kot piše D. M. Sternad (2010), so prvi znaki za

alarm, ki jih lahko opazimo že pri osnovnošolskih otrocih, nenehno ukvarjanje s težo, hrano, postavo, kalorijami in dietami, značilno je tudi pretirano in negativno posvečanje pozornosti zunanjemu videzu, strog režim telesne vadbe ter izogibanje hrani ali celo dogodkom povezanim s hrano. Pri osebah, ki že kažejo znake motenj hranjenja, postane hrana pomembnejša od vsega drugega. Na straneh Vizite (2010) lahko zasledimo zastrašujoče podatke zadnje britanske raziskave opravljene med 250 osebami z anoreksijo, ki priznavajo, da so se v več kot polovici primerov (52 %) z motnjami hranjenja srečale že pred desetim letom starosti. Zanimiv pa je tudi podatek, da je pri več kot 50 % vključenih v raziskavo vzrok za nastanek motnje povezan z družinskimi težavami, travmami ali izgubo ljubljene osebe in le pri treh odstotkih oseb presuhi modeli in suhljate manekenke.

Med motnjami hranjenja se najpogosteje pojavlja anoreksija, sledi odklanjanje hrane zaradi čustvenih motenj ter odklanjanje hrane iz drugih razlogov, bulimija in izguba apetita zaradi depresivnosti. Kompulzivno prenažedanje se pri mlajših otrocih pojavlja zelo redko.

M. Breclj - Kobe (2000) predstavlja diagnostična merila za prepoznavanja začetne anoreksije pri otrocih. Ta so naslednja:

- odločno odklanjanje hrane,
- izguba telesne teže oziroma zastoj telesnega razvoja v obdobju pričakovane rasti (10–14 let) ter odsotnost telesne ali duševne bolezni,
- prisotnost dveh ali več bolezenskih znakov:
- ukvarjanje z lastno telesno težo,
- skrb zaradi zaužite količine hrane,
- motena telesna podoba,
- strah pred debelostjo,
- povečana telesna aktivnost in
- uporaba odvajal ali diuretikov.

Zgodnje zdravljenje, ki zahteva pravočasno odkrivanje in prepoznavanje bolezenskih znakov, je edino, kar lahko bistveno izboljša prognozo. Prepoznavni znaki so pretirano ukvarjanje z uspehom in uspešnostjo, želja po popolnosti, kljub temu, da se v lastnih očeh te osebe ne počutijo dovolj sposobne in uspešne. Pogosto so introvertirane, perfekcionistične in le redko povzročajo probleme. Poleg omenjenih znakov pa so pomembni tudi dejavniki tveganja, med katere štejemo temperamentne značilnosti, kot npr. želja po socialnem priznanju, varnosti in stabilnosti, perfekcionizem ter izogibanje pripombam (Breclj - Kobe, 2000). Kot opisuje A. Reljič Prinčič (2003) so lahko telesni, čustveni in vedenjski znaki pri različnih posameznikih zelo različni, pogosto pa anoreksijo spremlja še depresija. Med najpomembnejše telesne znake avtorica uvršča še:

- zaprtje in bolečine v trebuhu,
- slabost in napihnjenost,
- otekline obraza in sklepov,
- napet trebuh,
- izpadanje las,

- poraščenost po telesu,
- slaba cirkulacija in mrazenje,
- suha koža in
- izguba menstruacije.

Anoreksija, ki je najpogostejša med motnjami hranjenja, se najpogosteje pojavlja med 14 in 18 letom starosti, vse pogosteje pa se pojavlja tudi že v pubertetnem obdobju (osnovnošolsko obdobje). Za zgodnjo obliko anoreksije je najpomembnejša značilnost zastoj telesnega razvoja v obdobju pričakovane rasti. Ta motnja se pogosto kaže kot depresija, kot kompulzivno-obsesivne motnje ali tudi kot šolska fobija. Značilno je, da se otroci oz. mladostniki, zato, da bi prikrili shujšano telo, pogosto oblačijo v ohlapna oblačila ali nosijo več plasti oblačil. Slabo prehranjenost izdajajo tudi izjemna bledica in udrtost lic, brezizrazen obraz, žalosten pogled ter izrazita zadržanost. Izkušnje kažejo, da je trajanje motnje pri zgodnji anoreksiji precej daljše, saj pogosto ostane dolgo neprepoznana (Bratanič, 2000). Z namenom zgodnjega prepoznavanja je na osnovnošolski ravni izjemno pomembna preventiva na področju motenj hranjenja, ki se mora nanašati tako na otroke kot tudi na starše, učitelje, svetovalne delavce, skratka na vse, ki so v daljšem stiku z otroki.

Drugi dve vrsti motenj, bulimija in kompulzivno prenažedanje, se sicer večinoma pojavljata po 14 letu. Tesni znaki, ki pomagajo prepoznati bulimijo, so pri osnovnošolskih otrocih naslednji:

- nihanje telesne teže,
- neredna menstruacija,
- otekle žleze slinavke, ki dajejo obrazu okrogel videz,
- prebavne motnje,
- zobna gniloba in
- žulji na hrbni strani rok, ki jih povzroča pritisk zob ob samopovzročenem bruhanju (Reljič Prinčič 2003: 23).

Kot zapiše M. Breclj - Kobe (2000), je bulimija v otroštvu redka, po navadi pa jo povzročijo različna travmatska doživetja, pritiski v zvezi z zunanjim izgledom ter pozitivna družinska anamneza na področju boleznih odvisnosti.

Prepoznavni znaki za kompulzivno prenažedanje pa so naslednji:

- debelost in visok krvni pritisk,
- prebavne motnje,
- prekomerno potenje (Reljič Prinčič, 2003: 23–24).

Merila za presojo motenj hranjenja pri osnovnošolskih otrocih so drugačna, kot jih na splošno določajo mednarodne klasifikacije bolezni. Prav zaradi tega je mogoče, da motnja ostane dalj časa neodkrita oz. neprepoznana. Oboleli in njihovi starši znake pogosto zanikajo ali zmanjšujejo njihov pomen, zavedati pa se je potrebno, da je pri mlajših otrocih motnja resna in hitro napreduje do končnega stadija, ker so v tem obdobju zaloge maščob v telesu majhne. Nezdravljena bolezen lahko povzroča invalidnost, okvare reproduktivnega sistema, zastoj v rasti, osteoporozo in celo smrt (Breclj - Kobe, 2000).

PREVENTIVNO DELOVANJE ŠOLE V PRIMERU MOTENJ HRANJENJA

Uspešnost preventivnega delovanja na področju motenj hranjenja je možna le ob dobrem poznavanju dejavnikov tveganja in vzrokov za nastanek motenj. Preventivni programi morajo biti sistematični in celostni ter vsebovati vse tri ravni preventive – primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Primarna preventiva na področju motenj hranjenja obsega prepoznavanje spremembe vrednot in dejavnikov, ki na širšem socialnem nivoju prispevajo k nastanku motenj hranjenja. Cilj primarne preventive je odsotnost motnje. Primarna preventiva se odvija na področju vzgoje in izobraževanja, njena prizadevanja pa so usmerjena k zmanjševanju in odstranjevanju dejavnikov tveganja. Del teh je usmerjen v spreminjanje socio-kulturnih in psihosocialnih vplivov na ljudi, drugi pa k osebam, ki so rizične za nastanek motenj hranjenja. Ker je najpomembnejši del preventive družina, naj bi primarna preventiva vsebovala tudi izobraževanja za starše. Sekundarna preventiva je osredotočena predvsem na pomen zgodnjega prepoznavanja in zdravljenja motenj hranjenja, terciarna preventiva pa se osredotoča na samo zdravljenje motenj in poteka zunaj šolskih prostorov. Pri slednji gre predvsem za zmanjševanje posledic motenj hranjenja pri osebah, ki imajo motnjo že razvito (Sternad, 2001).

Šola je kot vzgojno-izobraževalna ustanova, v kateri otroci in mladostniki preživijo velik del svojega časa (tudi) socialni prostor, v katerega poleg otrok, njihovih učiteljev in staršev segajo tudi tendence iz širšega družbenega okolja. Strinjamo se s A. Hočevar (2001), ki zapiše, da bi morale strategije preventive v šoli sloneti predvsem na oblikovanju takšnega šolskega (in s tem družbenega) okolja, ki podpira odgovoren odnos posameznika do lastnega telesa in lastnih dejanj. Zato menimo, da je pomembno, da imajo na osnovnih in srednjih šolah vsi omogočeno zdravo malico in kosilo, to naj bo organizirano v sklopu šole in subvencionirano za čim večje število otrok. Poleg organizirane in subvencionirane prehrane pa je pomembno, da se zdrav način prehranjevanja približa učencem. Empirični podatki (Naik, 2002: 91) namreč kažejo, da 34 % mladih meni, da je zdrava hrana preveč dolgačasna. Učence je potrebno že v osnovni šoli pri pouku gospodinjstva seznanjati z zdravo hrano na sodoben način – npr. s pripravljenjem zdrave hrane po receptih znanih in popularnih kuharjev, z ogledom zanimivih kuharskih oddaj ipd. Pripravljena hrana naj bo privlačna na pogled, okusna in sestavljena po napotkih prehranske piramide. Tudi v šolski kuhinji naj se pripravlja hrana, ki je bližje interesom učencem (npr. namesto vampov zdrava različica hamburgerjev – polnozrnat lepinje, veliko zelenjave, manj mastno meso, pečeno na olivnem olju). Zavedati se je potrebno, da je zdrava hrana uravnotežena prehrana, ki vključuje vse, kar radi jemo. Tako organizirana prehrana bi olajšala tudi opazovanje otrok pri hranjenju z namenom odkrivanja motenj hranjenja, saj skupno hranjenje otrok,

učiteljev in drugih zaposlenih poveča možnosti prepoznavanja zgodnjih znakov teh motenj.

Še posebej je pomembno, da se preventivno delo na tem področju osredotoči tudi na ravnanje. Šola, ki nima jasno veljavnih pravil, začne popolnoma obvladovati in določati otrokovo vedenje. Brez pravil, ki bi jih otroci ponotranjili in ki bi zavezovala tudi učitelje, namreč niso izpolnjeni osnovni pogoji za to, da bi se odprl prostor, v katerem se je mogoče svobodno odločati in prevzemati odgovornost za lastna dejanja (Kovač Šebart, 2002). Učence je potrebno vzgajati in izobraževati z vzorom, to pa na področju prehrane pomeni, da ob prehranjevanju v šoli usvajajo določene spretnosti in pravila povezana s prehranjevanjem, oblikujejo primeren odnos do hrane, predvsem pa da hrane ne povezujejo s čustvi oziroma preko hranjenja ne zadovoljujejo drugih potreb. Pomembno je tudi, da v šoli otrok ne silimo s hrano ali pogojujemo v smislu, »če ne poješ tega, ne dobiš tistega« ipd. Ker šola sama ne more v celoti uresničevati opisane preventive, je zelo pomembno, da na tem področju sodeluje s starši in da je preventivno delovanje usmerjeno tudi na družino. Tudi starši morajo vzpostaviti jasna pravila vedenja in avtoriteto v odnosu do otroka. Kot poudari A. Hočevar (2004), je najboljša preventiva, kar jo starši in šola lahko zagotovijo otrokom to, da jih z vsakodnevnim aktivnim sodelovanjem v družinskem, šolskem in zunajšolskem življenju pripravijo na kritično soočanje in odgovorno spopadanje z napetostmi in dilemami sodobne civilizacije. Rezultati preventivnega delovanja bodo vidni šele takrat, ko bo sodelovanje med šolo in starši usklajeno in se bodo pravila upoštevala tako doma kot v šoli. Družinski obrazci, vpisani v posameznika, vplivajo na oblikovanje šolskih praks, te pa povratno vplivajo tudi na vzpostavljanje ali utrjevanje družbeno prevladujoče vzgojne prakse v družinah (Kovač Šebart, 2002).

Dobro zasnovan preventivni model mora upoštevati dejavnike tveganja, ki jih lahko razdelimo v tri skupine:

- a) *osebne dejavnike*, kjer moramo biti pozorni na razvojne dejavnike (starost, spol, puberteta), kognitivne dejavnike (znanja in vedenja v zvezi s hrano) in psihološke dejavnike (samozavest, samopodoba, želja po vitkosti, anksioznost, depresija);
- b) *sociokulturne dejavnike*, kjer moramo biti pozorni na družbene norme (ideal vitkosti, priprava in uživanje hrane, vloga ženske), družinske dejavnike (komunikacija, pričakovanja, zaskrbljenost v zvezi s težo, družinski obroki), vrstniške dejavnike (vedenja v zvezi s hujšanjem, prehranske navade, socialni pritisk) ter razpoložljivost hrane (tipi in količina hrane);
- c) *vedenjske dejavnike*, kjer moramo biti pozorni na prehranjevalno vedenje (običaji v zvezi s prehranjevanjem, hitra prehrana, raznovrstnost hrane, prenajedanje), hujšanje in preostale oblike nadziranja telesne teže (pogostost hujšanja, tipi diet, vedenja v zvezi s čiščenjem telesa, npr. bruhanje, odvajala), fizične aktivnosti ali pomanjkanje le teh (gledanje

televizije, vključenost v športne aktivnosti, dnevne aktivnosti), vedenja v zvezi s soočanjem (neuspehi poskusi hujšanja, stres, življenjski problemi) ter specifične spretnosti (spretnosti v pripravi hrane, samouspešnost v upiranju negativnim socialnim normam) (Rosen in Neumark - Sztainer, 1998).

ZAKLJUČEK

Motnje hranjenja se vse pogosteje pojavljajo že med osnovnošolskimi otroki, predvsem med dekleti, kljub temu pa pri obravnavanju teh motenj ne smemo spregledati dečkov. Zgodnje zdravljenje motenj hranjenja je odvisno predvsem od zgodnjega odkrivanja in prepoznavanja bolezenskih znakov, zato je zelo pomembno, da so z vzroki nastanka in prepoznavnimi znaki pri mlajših otrocih seznanjeni vsi, ki so z njimi v stiku. Nujno je, da se šolski svetovalni delavci na to temo izobražujejo in svoje znanje prenašajo tudi na druge zaposlene v šoli. Preventivno delovanje osnovne šole na področju motenj hranjenja naj se tako v prvi vrsti nanaša na učence, nato pa tudi na učitelje, svetovalne delavce, druge zaposlene na šoli in starše. Učitelje in preostale zaposlene na šoli, predvsem osebe kuhinje, ki lahko z opazovanjem med obroki pomembno prispeva k zgodnjemu odkrivanju začetnih oblik motenj hranjenja, morajo spodbujati k ozaveščanju pomembnosti te problematike in k preventivnemu delovanju. Kot meni A. Hočevar (2001), je šola prostor, ki ponuja številne možnosti za izvajanje preventivnih programov, saj je v formalnem izobraževanju mogoče doseči največ otrok in mladostnikov. Šolsko

okolje ima jasno organizacijsko strukturo in ponuja pestre možnosti sodelovanja in povezovanja s starši in skupnostjo, predstavlja pa tudi dobro učno okolje in možnosti za medvrstniške interakcije. Primerne teme za preventivno delovanje na področju motenj hranjenja v šoli bi usmerjale učence npr. k zmanjševanju nezadovoljstva z lastnim telesom (razumevanje faktorjev, povezanih s telesnim nezadovoljstvom, razmišljanje o pozitivnih vidikih lastnega telesa, podobe, tudi osebnosti), h kritičnemu razmišljanju o sociokulturnih in vrstniških normah (razmišljanja o možnostih upora potencialno škodljivim normam ter prilagajanje in odpravljanje teh destruktivnih norm), k razumevanju fizičnega razvoja (npr. razumevanje, da je naganje maščob v adolescenci normalen proces), k izboljševanju znanja o prehrani in nadzorovanju teže ter k razvoju določenih spretnosti, povezanih s izbiro in pripravljanjem hrane (slednji se lahko izvajata tudi pri pouku gospodinjstva). Primarna preventiva na področju motenj hranjenja se torej lahko odvija vsak dan pri pouku, med odmori ali pri zunajšolskih dejavnostih. Pomembno je, da je v šoli zagotovljena zdrava prehrana, da je športna vzgoja prilagojena, da se v šolah in v skupnosti izvajajo obšolske dejavnosti, ki vključujejo tako učence, kot tudi starše in zaposlene na šoli ter da je prisotno strokovno sodelovanje med zaposlenimi v šoli in zdravstvu na področju motenj hranjenja. Natančno oblikovanje konkretnega preventivnega programa pa mora prevzeti vsaka šola sama, saj je takšen program odvisen od trenutnih potreb in sredstev vsake posamezne šole.

LITERATURA

- Bratanič, N. (2000). Somatske značilnosti anoreksije nervoze. V: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, 118–123.
- Brecelj - Kobe, M. (2000). Motenj hranjenja v otroštvu in pomen zgodnjega odkrivanja. V: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, 105–111.
- Colclough, B. (1998). Ne kaj ješ – kaj te žene, da ješ. Ljubljana: Debora.
- Gilbert, S. (1989). The psychology of dieting. London: Routledge.
- Hočevar, A. (2001). Prevenitva (zlo)rabe drog v šoli ali meje (ne)zmožnega. V: Sodobna pedagogika, 5, 92–109.
- Hočevar, A. (2004). Starši kot dejavnik preventive na področju rabe in zlorabe drog, doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Horvatič, K. (1996). Anoreksija in bulimija. V: Didakta, 30/31, 3–5.
- Kako se spopasti z motnjami hranjenja (2012), dostopno na: <http://vizita.si/clanek/bolezni/kako-se-spopasti-z-motnjami-hranjenja.html> (20. 12. 2012)
- Kovač Šebart, M. (2002). Samopodobe šole. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Naik, A. (2002). Prehrana. Ljubljana: Educy.
- Ogris, A. (2000). Motnje prehranjevanja – kompulzivno (prisilno) prenajedanje. V: Psihološka obzorja, 3, 25–44.
- Prezelj, A., Čibej, B., Logar, S. (1999). Motnje prehranjevanja: priročnik za mladostnike, njihove starše in učitelje. Ljubljana: Mestna občina, Mestna uprava, Oddelek za predšolsko izobraževanje in šport, Urad za preprečevanje zasvojenosti, Ministrstvo za zdravje.
- Reljič Princič, A. (2003). Motnje hranjenja. V: Vzgoja, 17, 20–24.
- Sternad, D. (2001). Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo: Ljubljana: samozaložba.
- Šimenc, M. (2004). Ko hujšanje postane bolezen. V: Nika, priloga Dnevnika in nedeljskega dnevnika, 21, 10–12.
- Tomori, M. (1990). Psihologija telesa. Ljubljana: DZS
- Zaviršek, D. (1994). Ženske in duševno zdravje. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.