

# Znanja i stavovi studenata prijediplomskog studija sestrinstva o anoreksiji i bulimiji

---

Đerek, Iva

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:697661>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-10-20**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PRIJEDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Iva Đerek

ZNANJA I STAVOVI STUDENATA PRIJEDIPLOMSKOG STUDIJ SESTRINSTVA O  
ANOREKSII I BULIMIJI: rad s istraživanjem

Završni rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Iva Đerek

NURSING STUDENT'S KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT ANOREXIA AND  
BULIMIA: research

Final work

Rijeka, 2024.

Mentor rada: Dunja Čović, mag. med. techn.

Završni rad obranjen je dana \_\_\_\_\_ na Fakultetu zdravstvenih studija sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## SAŽETAK

Anoreksija i bulimija predstavljaju složene poremećaje prehrane koji su karakterizirani izrazitom kontrolom nad tjelesnom težinom i hranom. Procijenjeno je da u Hrvatskoj godišnje od poremećaja prehrane oboli 35 000 – 45 000 osoba. Anoreksija, bulimija te poremećaj prejedanja spadaju u najpoznatije poremećaje prehrane. Iako poremećaji prehrane pogađaju i žene i muškarce, ipak su puno učestaliji kod ženskog spola.

Cilj ovoga rada je ispitati razinu znanja i stavove redovnih i izvanrednih studenata prijediplomskog studija sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci o anoreksiji i bulimiji.

Istraživanje znanja i stavova studenata provedeno je putem online anketnog upitnika. Za prikaz podataka korištene su tablice i grafovi.

Upitnik je ukupno ispunilo 100 studenata prijediplomskog studija sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Prema statusu studenata, 46.9% studenata navelo je da su izvanredni studenti, a 53.1% da su redovni studenti.

Analiza prikupljenih podataka ukazala je da ne postoji statistički značajna razlika u znanjima i stavovima između redovnih i izvanrednih studenata. Također utvrđeno je da su stavovi studenata pretežito pozitivni, a znanje je loše.

Ključne riječi: anoreksija, bulimija, poremećaj, prehrana, studenti sestrinstva

## **SUMMARY**

Anorexia and bulimia are complex eating disorders characterized by extreme control over body weight and food. It is estimated that 35 000 to 45 000 people fall ill with eating disorders in Croatia every year. Anorexia, bulimia and binge eating disorders are some of the most known eating disorders. Although eating disorders affect both men and woman, they are much more common in women.

The aim of this research is to examine the level of knowledge and attitudes of regular and part – time undergraduate nursing students at the Faculty of Health studies in Rijeka about anorexia and bulimia.

The research about students' knowledge and attitudes was conducted by online questionnaire. Tables and graphs were used to display the data.

A total of 100 undergraduate nursing students of the Faculty of Health Studies in Rijeka completed the questionnaire. According to student status, 46.9% of students stated that they were part-time students, and 53.1% stated that they were full-time students.

The analysis of the collected data indicated that there is no statistically significant difference in knowledge and attitudes between full-time and part-time students. It was also established that the attitudes of students are mostly positive, and their knowledge is poor.

Key words: anorexia, bulimia, disorder, nutrition, nursing students

## Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

### Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Prijediplomski stručni studij sestrinstvo - redovni
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Iva Đerek
JMBAG	035 101 3410

### Podatci o radu studenta:

Naslov rada	ZNIJANJA I STAVOVI STUDENATA PRIJEDIPLOMSKOG STUDIJA SESTRINSTVA O ANOREKSJI I BULIMIJU
Ime i prezime mentora	Dunja Čović
Datum predaje rada	29.08.2024.
Identifikacijski br. podneska	2992935146
Datum provjere rada	29.08.2024.
Ime datoteke	iva_završni_rad_1_1_1_.docx
Veličina datoteke	119172
Broj znakova	55059
Broj riječi	9729
Broj stranica	45

### Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	14%
-----------------	-----

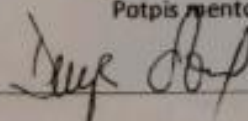
### Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodatí zasebno)	Iz pregleda isključen popis literature, metodologija i rezultati

Datum

29.08.2024.

Potpis mentora



## SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.2. DIJAGNOZA I KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA PREHRANE.....	2
1.2.1 FIZIKALNI PREGLED.....	2
1.3. ANOREKSIJA NERVOZA.....	4
1.3.1 Vrste anoreksije.....	4
1.3.2 Pridruženi psihički poremećaji.....	4
1.3.3. Liječenje.....	5
1.4. BULIMIJA NERVOZA.....	7
1.4.1. Simptomi i znakovi.....	7
1.4.2. Komplikacije.....	8
1.4.3. Liječenje.....	8
2. CILJEVI I HIPOTEZE.....	10
3. MATERIJALI I METODE.....	11
4. REZULTATI.....	13
5. RASPRAVA.....	26
6. ZAKLJUČAK.....	27
7. LITERATURA.....	28



## 1. UVOD

Anoreksija i bulimija su složeni poremećaji prehrane koje karakterizira snažna potreba za kontrolom prehrane i tjelesne mase.

Anoreksija se definira kao poremećaj hranjenja karakteriziran namjernim gubitkom tjelesne težine (1). Znakovi anoreksije podijeljeni su na fizičke, psihološke i ponašajne znakove. Neki od fizioloških znakova su: vrtoglavica, osjećaj hladnoće većinu vremena, osjećaj nadutosti, konstipacija, umor i poteškoće sa spavanjem, gubitak energije, žučkasta i suha koža. U psihološke znakove spadaju: preokupiranost hranom i težinom, osjećaj uznemirenosti u vrijeme obroka, strah od debljanja, nemogućnost održavanja normalne težine, depresivnost i anksioznost, podjela hrane na dobru i lošu, iskrivljena slika tijela, poteškoće u koncentraciji, nisko samopoštovanje i perfekcionizam. Ponašajni znakovi uključuju: držanje dijete, zlouporaba laksativa, pražnjenje crijeva i korištenje diuretika, opsesivno ponašanje povezano s održavanjem tjelesne težine, izbjegavanje obroka s drugim ljudima, antisocijalno ponašanje, kompulzivno ili prekomjerno vježbanje, radikalne promjene oko izbora hrane, opsesivni rituali oko pripreme hrane, samoozljeđivanje, zlouporaba sredstava ovisnosti ili pokušaji suicida (3).

Bulimija je poremećaj prehrane karakteriziran ponavljajućim epizodama prejedanja nakon čega slijedi čišćenje vježbanje ili post. Simptomi se moraju ponavljati barem jednom tjedno kroz tri mjeseca. Znakovi bulimije su: epizodna prejedanja s osjećajem gubitka kontrole nakon čega slijedi čišćenje samoizazvanim povraćanjem, intenzivnim vježbanjem te uporabom laksativa ili diuretika. Osobe s bulimijom obično su normalne ili povećane tjelesne težine. Svjesniji su svog stanja nego osobe s anoreksijom te su manje socijalno izolirane i spremnije su potražiti pomoć. Za razliku od osoba s anoreksijom, osobe s bulimijom sklonije su razvijanju ovisnosti i impulzivnom ponašanju te je kod njih izraženija anksioznost (4). Bulimija se također najčešće javlja kod djevojaka u prosječnoj životnoj dobi od 18 godina (2).

Tema ovog završnog rada je istražiti znanja i stavove redovnih i izvanrednih studenata prijediplomskog studija sestrinstva o rizičnim čimbenicima za nastanak anoreksije i bulimije, znakovima ovih poremećaja te njihovoj učestalosti nastanka s obzirom na dob i spol. Putem ovog istraživanja procijenit će se koliko studenti prijediplomskog studija sestrinstva znaju o anoreksiji i bulimiji te je li potrebno provoditi dodatne edukacije koje bi im pomogle u radu s osobama oboljelim od anoreksije i bulimije.

## **1.2. DIJAGNOZA I KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA PREHRANE**

Poremećaji prehrane predstavljaju veliki problem za industrijalizirane zapadne zemlje. Danas se u svakodnevnom žargonu riječi anoreksija i bulimija upotrebljavaju s iskrivljenim značenjem. U medijima se često izjednačava značenje izraza „problem hranjenja“ i „poremećaj hranjenja“ iako su značenja tih pojmova potpuno različita. Također pojam „anoreksičan“ nije sinonim za „ekstremno mršav“ (5).

Tijekom proteklih 25 godina veliku pažnju istraživačke javnosti privukle su anoreksija i bulimija. Prosječno 3% žena tijekom svoga života oboli od anoreksije ili bulimije, a bulimija postaje sve češća. Iako su rađena brojna istraživanja uzroka anoreksije i bulimije, oni su i dalje u određenoj mjeri nepoznati. Budući da su poremećaji prehrane učestaliji u industrijaliziranim zemljama nego u zemljama u razvoju, zasigurno veliku ulogu imaju kulturni i okolinski faktori. Također moguća je i uloga bioloških faktora, ali je njih teško istražiti. (5).

Vrlo je teško utvrditi dijagnozu poremećaja prehrane budući da većina osoba ne želi priznati da ima problem. Ukoliko je prisutna sumnja na neki od poremećaja prehrane potrebno je provesti razgovor i sa članovima obitelji, a naročito ako se radi o maloljetnoj osobi. Kako bi se isključile moguće organske bolesti, potrebno je učiniti određene pretrage. Također potrebno je napraviti i laboratorijske pretrage kao što su pretraga urina, kompletna krvna slika, EKG, UZV, i RTG. Ukoliko se nakon obavljanog razgovora i pretraga sumnja na poremećaj prehrane, tada je potrebno obaviti i fizikalni pregled (tjelesna visina, težina, pregled zubi, stanje kože, provjera vitalnih funkcija) (13).

### **1.2.1 FIZIKALNI PREGLED**

Kod sumnje na anoreksiju ili bulimiju pri fizikalnom pregledu najprije je potrebno izmjeriti puls i krvni tlak. Obično je prisutna bradikardija (manje od 60 otkucaja u min) budući da je metabolizam usporen i tijelo se prilagođava na smanjen unos hrane. Tahikardija se može javiti u ekstremnoj dehidraciji. Krvni tlak je isto tako uglavnom nizak (ispod 90/60 mmHg) zbog smanjenog krvnog volumena. Također često je prisutna ortostatska hipotenzija, odnosno pad krvnoga tlaka prilikom naglog ustajanja iz sjedećeg ili ležećeg položaja. Tjelesna temperatura je snižena te su osobe osjetljive na hladnoću. Kod osoba koje često povraćaju uništena je zubna caklina dok je kod osoba s bulimijom često slučaj povećanih žlijezda slinovnica. Kosa i nokti su krhki kao posljedica izgladnjivanja. Koža je suha i ljušti se, dolazi do gubitka potkožnog masnog tkiva te se po cijelom tijelu pojavljuju nježne dlačice.

Kod osoba koje samoizazvano povraćaju na dorzalnoj strani šake i na zglobovima prstiju mogu biti vidljivi žuljevi (8).

DSM – 5 (dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje) je postavio kriterije za dijagnozu poremećaja prehrane u koja spadaju: anoreksija nervoza, bulimija nervoza te poremećaj prejedanja (6).

#### **DSM – IV dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu:**

- A. odbijanje održavanja tjelesne težine iznad minimalne težine sukladne dobi i visini
- B. prisutnost izrazitog straha od dobivanja kilograma ili debljanja, čak i u slučajevima pothranjenosti
- C. poremećena percepcija vlastitog oblika i težine tijela te trajno neshvaćanje ozbiljnosti postojeće preniske težine
- D. prisutnost amenoreje (izostanak menstruacije minimalno tri uzastopna menstruacijska ciklusa) (5,6).

#### **DSM – IV dijagnostički kriteriji za bulimiju nervozu:**

- A. ponavljane epizode prejedanja. Karakteristike epizoda prejedanja:
  - i) jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata) znatno veće količine hrane od one koju bi prosječno osobe pojele za isto vrijeme
  - ii) tijekom epizoda prejedanja stvara se osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane
- B. u svrhu prevencije dobivanja na težini ponavljaju se neprikladni kompenzacijski postupci kao što su: zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, samoizazvano povraćanje, prekomjerna tjelovježba te post
- C. prejedanje i neprikladno kompenzacijsko ponašanje javljaju se minimalno dva puta tjedno tijekom tri mjeseca
- D. samoprocjena je pod utjecajem tjelesne težine i oblika
- E. isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze poremećaj se ne javlja (5,6).

### 1.3. ANOREKSIJA NERVOZA

Anoreksija nervoza je poremećaj prehrane koji najčešće zahvaća mlade djevojke. Osobe oboljele od anoreksije imaju svakodnevne poteškoće u socijalnom i psihičkom funkcioniranju, a zbog velikog gubitka na težini različite fiziološke funkcije su im također poremećene. Jedan od najistaknutijih obilježja anoreksije je iskrivljena percepcija vlastitog tijela kod koje osobe sebe vide puno debljima nego što jesu iako su u stvarnosti premršave za svoju građu (7).

#### 1.3.1 Vrste anoreksije

**Restriktivni tip anoreksije** obilježen je ograničavanjem unosa hrane dijetom ili izgladnjivanjem. Neke osobe jedu samo jedan obrok dnevno, a neke samo nekoliko puta u cijelom tjednu. Također dijete su obično praćene intenzivnim vježbanjem radi što većeg gubitka kalorija.

**Tip anoreksije s prejedanjem/čišćenjem** javlja se u obliku stalne dijetе s povremenim epizodama prejedanja. Najmanje jednom tjednom izbacuju hranu iz organizma uporabom laksativa, diuretika ili samoizazvanim povraćanjem. S druge strane neke bolesnice ne konzumiraju veliku količinu hrane, nego nakon svakog obroka provode čišćenje (6,8).

#### 1.3.2 Pridruženi psihički poremećaji

##### **Depresivno raspoloženje**

Osobe koje boluju od anoreksije nervoze često pokazuju simptome depresivnog raspoloženja: nesanica, razdražljivost, izolacija od društva, nezainteresiranost za seksualnost. U nekim slučajevima kada su simptomi izrazito jaki može nalikovati na pravu depresiju (8).

Kada se priča o anoreksiji i depresiji postavlja se pitanje je li depresija okidač za anoreksiju ili s druge strane je li anoreksija okidač za depresiju? Anoreksija i depresija imaju nekoliko zajedničkih karakteristika: socijalna izolacija, gubitak tjelesne težine, smanjeni interes te suicidalne misli.

Iako anoreksija i depresija imaju mnoge zajedničke karakteristike, ipak se u nekim segmentima uvelike razlikuju. Depresivne osobe imaju snižen apetit što uzrokuje gubitak tjelesne težine dok osobe s anoreksijom imaju normalan apetit, ali odbijaju jesti te zbog toga gube na težini (9).

## **Opsesivno - kompulzivno ponašanje**

Osobe s anoreksijom često su zaokupljene nekim mislima ili prisilnim radnjama vezanim uz tjelesni izgled, hranu ili tjelesnu težinu. Brojna istraživanja utvrdila su da osobe s poremećajima prehrane imaju statistički veći postotak opsesivno – kompulzivnog poremećaja. Osobe s anoreksijom obično prekomjerno vježbaju, imaju pogrešnu percepciju vlastitog tijela, iracionalan strah od debljanja i drugih opsesija povezanih s hranom što dovodi do postupnog odbijanja hrane.

Kompulzivno ponašanje kod osoba s anoreksijom često je vidljivo prilikom kupovine, pripreme, kuhanja te konzumiranja hrane. Često ih zaokupljuju misli o slici vlastitog tijela, debljini i hrani što dovodi do prakticiranja određenih rituala prilikom konzumiranja hrane (10, 11).

### **Iskrivljena percepcija vlastitog tijela**

Zadovoljstvo vlastitim tijelom određeno je subjektivnom percepcijom tijela, emocijama i okolinom kao i očekivanjima pojedinca o idealnoj slici svog tijela. Kada u nekim od navedenih komponenti dođe do odstupanja, razvija se iskrivljena percepcija vlastitoga tijela. Glavni uzrok nezadovoljstva je velika razlika između percepcije vlastitog tijela te idealne slike tijela. Što je ta razlika veća i nezadovoljstvo je veće (12).

Jedno od glavnog obilježja anoreksije je poremećaj percepcije vlastitoga tijela. Rizični faktor predstavlja okolina u kojoj je mršavost sinonim za ljepotu. Također faktor rizika predstavljaju i zanimanja kao što su modeling ili različiti sportovi u kojima tjelesni izgled predstavlja važnu ulogu (7).

### **1.3.3. Liječenje**

#### **Hospitalizacija**

Često je hospitalizacija neizbježna u liječenju osoba oboljelih od anoreksije nervoze zbog poremećenih fizioloških funkcija. Neki od zdravstvenih problema koji se mogu pojaviti su: osteoporoza, bradikardija, amenoreja i osteopenija. U nekim ustanovama pacijenti mogu sami birati svoju hranu dok u drugima imaju propisan plan prehrane. Kod vrlo teških slučajeva anoreksije može doći do postavljanja nazogastrične sonde na način da se kroz nos i niz grlo postavlja cijev u želudac kroz koju dobivaju hranu. U liječenju anoreksije obitelj ima

važnu ulogu te su oni uključeni u cjelokupni proces liječenja. Tretman temeljen na obitelji sastoji se od tri faze: u prvoj fazi se podučava roditelje kako svoje obrasce ponašanja mijenjati sukladno djetetovim potrebama, u drugoj fazi se fokus odgovornosti za prehranu prebacuje na oboljelu osobu, a u trećoj fazi se vraća normalno funkcioniranje u obitelji ovisno o razvojnim procesima osobe (7).

Kriteriji za hospitalizaciju u slučaju anoreksije kod djece:

1. tjelesna težina je pala na manje od 80% očekivane težine sukladne visini i dobi
2. dijete je dehidrirano
3. prisutni su znakovi poremećaja cirkulacije (usporen puls, nizak krvni tlak, slaba periferna cirkulacija)
4. učestalo povraćanje, te povraćanje krvi
5. prisutnost depresije ili drugih psihičkih poremećaja (8)

**Uloga medikamentozne terapije**

Danas se lijekovi rijetko upotrebljavaju kao program liječenja anoreksije bulimije, budući da njihova uloga nije velika. Sredstva za pojačavanje apetita nisu se pokazala od velike koristi budući da anoreksija nema povezanosti sa gubitkom apetita. Od psihofarmaka se dugo upotrebljavao antipsihotik Klorpromazin koji se koristio za smirivanje pacijentica pa bi one potom bile sklonije na suradnju. Ponekad se čak i kombinirao s inzulinom kako bi se snizio šećer u krvi te bi se pacijentice odlučile na konzumiranje hrane. Danas se ta kombinacija vrlo rijetko primjenjuje. Također su se upotrebljavali i antidepresivi, ali ni oni se nisu pokazali uspješnim u liječenju anoreksije. Kasnije se počeo primjenjivati Fluoksetin koji se za određeni broj bolesnica pokazao korisnim budući da je uzrokovao smanjenje depresivnosti te ubrzao dobitak kilograma (8).

## **Psihoterapija**

Psihoterapija se smatra najuspješnijom tehnikom u liječenju anoreksije. Kao najučinkovitiji izbor pokazane su bihevioralno - kognitivna te psihodinamska psihoterapija. Oboljeli od anoreksije imaju strah od bliskosti te zbog toga teško uspostavljaju terapijski odnos sa psihoterapeutom. Zbog prijašnjih iskustava za njih je bliskost povezana s podčinjenosti što svakako žele izbjeći. Važno je u proces liječenja uključiti cijelu obitelj zbog uspješnijeg liječenja i smanjene pojave recidiva. (3).

### **1.4. BULIMIJA NERVOZA**

Bulimija nervoza je poremećaj prehrane obilježen epizodama prekomjernog konzumiranja hrane, zaokupljenošću tjelesnim izgledom te samoizazvanim izbacivanjem hrane. Puno je učestalija kod žena nego kod muškaraca, a prosječno se pojavljuje u dobi od 18 godina. Također se češće javlja kod osoba kojima je tjelesni izgled bitan u njihovom zanimanju (14).

#### **1.4.1. Simptomi i znakovi**

Glavni simptomi bulimije su prejedanje te čišćenje. Pod prejedanjem se podrazumijeva konzumacija velike količine hrane u kratkom periodu sa osjećajem gubitka kontrole. Tijekom prejedanja sklone su konzumaciji masne hrane i slatkiša. Prejedanja se događaju u epizodama, ponekad i više puta u danu, često potaknuta emocijama te se izvode u tajnosti. Nakon prejedanja slijedi kompenzacijsko ponašanje koje uključuje samoizazvano povraćanje, pretjerano vježbanje, uporaba laksativa ili diuretika.

Pacijenti s bulimijom su uglavnom normalne težine, samo mali postotak je pretio ili pothranjen. Pretjerano su zabrinuti za izgled tijela i tjelesnu težinu te su većinom nezadovoljni i misle da trebaju smršaviti.

Pacijenti s bulimijom su uglavnom svjesniji svoga stanje nego pacijenti s anoreksijom te često osjećaju krivnju i kajanje za svoje postupke. Skloniji su zlouporabi droge i alkohola i često su depresivni. Kod njih je također prisutna anksioznost odnosno anksiozni poremećaj (4).

### **1.4.2. Komplikacije**

Bulimija nervoza uzrokuje brojne probleme i ostavlja posljedice u svim područjima zdravlja. Posljedice bulimije su organske bolesti kao na primjer Russelov znak koji predstavlja oštećenje kože na dorzalnoj strani šake, a nastaje kao posljedica učestalog kontakta šake sa zubima prilikom povraćanja. Zbog djelovanja želučane kiseline mogu nastati zubne erozije, karijes i parodontoza. Također zbog učestalog povraćanja te unošenja velike količine hrane bogate ugljikohidratima može nastati hipertrofija i pojačana aktivnost žlijezda slinovnica. Često povraćanje može uzrokovati i oštećenje jednjaka odnosno slabljenje sfinktera jednjaka što može dovesti do nastanka gastroezofagealne refluksne bolesti (GERB). Jedan od rizika samoizazvanog povraćanja je i aspiracija povraćanog sadržaja. Samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa i diuretika može dovesti do disbalansa tekućine i elektrolita tj. dehidracije. Disbalans kalija može uzrokovati neodgovarajući srčani ritam te zastoj srca. Konstipacija može nastati kao posljedica dehidracije. Hormonalni disbalans može uzrokovati poremećen menstrualni ciklus i rad štitnjače. Rijetkim slučajevima događa se i dilatacija želuca te ruptura jednjaka (15, 16).

### **1.4.3. Liječenje**

Liječenje bulimije nervoze dugotrajan je proces u kojem je vrlo bitan multidisciplinarni pristup. Sastoji se od psihoterapije i farmakoterapije (17).

Cilj psihoterapije je da osoba prepozna i promijeni ponašanja koji uzrokuju teškoće. Svrha je uspostava osobnog rasta i razvoja osobe, razumijevanje vlastitih osjećaja i raspoloženja. Bolničko liječenje potrebno je isključivo kod teških medicinskih stanja povezanih s dehidracijom, malnutricijom i elektronskim disbalansom ili ukoliko je prisutan rizik za samoozljeđivanje ili samoubojstvo. Tijekom bolničkog liječenja važno je pridržavati se određenih pravila: ujutro nakon pražnjenja mjehura provodi se vaganje, prati se dnevni unos hrane i elektrolita te eliminacija tekućine i stolice, važno je paziti na moguće skrivanje hrane, te zabraniti odlazak na toalet tijekom dva sata nakon obroka. Ukoliko hospitalizacija nije indicirana, liječenje se provodi u dnevnim psihijatrijskim bolnicama ili ambulantno (17).

Neke terapijske tehnike koje se koriste u liječenju bulimije nervoze su: psihoanalitička, interpersonalna, kognitivno – bihevioralna i obiteljska (17).

Psihoanalitička psihoterapija je oblik terapije temeljen na teoriji i načelima psihoanalize (20). Radi se o liječenju psihičkih poteškoća nastalih kao posljedica nesvjesnih



čimbenika iz djetinjstva. Cilj psihoanalitičke terapije je da osoba razumije vlastite osjećaje uz pomoć terapeuta. Terapija se temelji na transferu odnosno prijenosu bolesnikovih osjećaja terapeutu. Kod oboljelog se može javiti strah od kritike i osude. Terapeut kroz svoju pasivnu ulogu uči oboljelu osobu kako se ispravno suočiti sa tjeskobom i stresom, vraća osobi samopouzdanje i sposobnost izražavanja svojih emocija te razumijevanje tuđih emocija (17).

Interpersonalna terapija provodi se zbog poteškoća u interdisciplinarnom funkcioniranju. Cilj terapije je razviti osjećaj neovisnost, individualnosti i samopoštovanja te poboljšati socijalno funkcioniranje. Oboljela osoba bi se trebala usredotočiti na razumijevanje vlastitih emocija i frustracija. Terapija uključuje tri faze. Prva faza orijentirana je na prepoznavanje vlastitih problema budući da ih u početku bolesti zbog preokupacije misli hranom i tijelom mnogi nisu svjesni. Druga faza orijentiranja je na prepoznavanje bolesnikovih osjećaja za vlastite probleme te donošenje strateških odluka za njihovo rješavanje. Cilj treće faze je prepoznati i riješiti potencijalne buduće poteškoće (17).

Kognitivno - biheviorna terapija oblik je psihoterapije temeljen na dokazima. Orijentirana je na određene i konkretne probleme s kojima pacijent dolazi. Terapija je usmjerena na mijenjanje čovjekovih razmišljanja i ponašanja kako bi mogli bolje životno funkcionirati (18). Prema kognitivno - biheviornoj terapiji od velikog značaja je prekomjerno pridavanje važnosti hranjenju, težini i obliku tijela. Istraživanja pokazuju da su se tretmani koji su usmjereni na specifične mehanizme održavanja poremećaja pokazali vrlo uspješnim u liječenju bulimije. Tretmani su usmjereni na faktore održavanje, a provode su ambulantno tijekom 15 - 20 susreta kroz pet mjeseci. Tretmani se sastoje od brojnih zadataka i probnih ponašanja, a prilagođeni su individualnim faktorima održavanja (19).

Uz psihoterapiju u liječenju bulimije nervoze može se koristiti i farmakoterapija. Budući da bulimija može biti povezana i s drugim psihičkim bolestima, u liječenju se često primjenjuju antidepresivi. Fluoksetin je najčešće korišteni antidepresiv, jer smanjuje želju za ugljikohidratima, smanjuje epizode prejedanja i povraćanja, ublažava simptome depresije i također reducira opsesivno - kompulzivne simptome. Triciklički antidepresivi se rijetko koriste, jer mogu uzrokovati uspavljivanje, debljanje i konstipaciju (17).

## **2. CILJEVI I HIPOTEZE**

Cilj ovog istraživačkog rada je ispitati znanje i stavove redovnih i izvanrednih studenata prijediplomskog studija sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci o poremećajima prehrane: anoreksiji i bulimiji.

CILJ 1: Ispitati razinu znanja studenata prijediplomskog studija sestrinstva o anoreksiji i bulimiji

CILJ 2: Ispitati stavove studenata prijediplomskog studija sestrinstva o anoreksiji i bulimiji.

CILJ 3: Ispitati odnos znanja i stavova studenata prijediplomskog studija sestrinstva o anoreksiji i bulimiji

CILJ 4. Usporediti razinu znanja i stavova između studenata redovnog i izvanrednog prijediplomskog studija sestrinstva

HIPOTEZA 1: Studenti prijediplomskog studija sestrinstva imaju zadovoljavajuće znanje o anoreksiji i bulimiji.

HIPOTEZA 2: Studenti prijediplomskog studija sestrinstva imaju pozitivan stav spram osoba oboljelih od anoreksije i bulimije.

HIPOTEZA 3: Studenti prijediplomskog studija sestrinstva s većim znanjem imaju pozitivniji stav o anoreksiji i bulimiji.

HIPOTEZA 4: Redovni studenti prijediplomskog studija sestrinstva imaju veće znanje i pozitivniji stav od izvanrednih studenata.

### 3. MATERIJALI I METODE

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika. Ispitanici su bili redovni i izvanredni studenti sestrinstva prijediplomskog studija u Rijeci. Istraživanje je provedeno u svibnju 2024. godine putem online anketnog upitnika. Poveznica na anketni upitnik bila je prosljeđena studentima sestrinstva fakulteta zdravstvenih studija. Uključivanje u istraživanje bilo je dobrovoljno i anonimno, a dobiveni podaci korišteni su isključivo u svrhe istraživanja. Predviđeno vrijeme za rješavanje upitnika bilo je 10 minuta. Anketni upitnik koji se koristio za potrebe istraživanja sastoji se od tri dijela. U prvom dijelu upitnika je pet pitanja kojim se ispituju opći podaci studenata (dob, obrazovanje, mjesto stanovanja, status studenta). Drugi dio upitnika odnosi se na ispitivanje stavova spram anoreksije i bulimije. Korištena su pitanja prema upitniku „Stigmatizirajući stavovi i vjerovanja o bulimiji nervozni“ adaptiran (SAB-BN) i za anoreksiju nervozu (5, 6). Upitnik SAB-BN se sastoji od 26 pitanja kojim se ispituju stavovi studenata o anoreksiji i bulimiji odnosno procjenjuju u kojoj mjeri se pitanje odnosi na Likertovoj ljestvici od 0 do 5 (0 – „u potpunosti se ne slažem“ do 5 – „u potpunosti se slažem“). Upitnik mjeri pet dimenzija stavova o anoreksiji i bulimiji: prednosti bulimije (7 pitanja), minimalizacija / percepcija slabe ozbiljnosti poremećaja (6 pitanja), nepouzdanost (5 stavki), želja za socijalnom distancom (3 stavke), uvjerenja o osobnoj odgovornosti (5 stavki).

Upitnik je dostupan za korištenje. Engleska inačica upitnika dvostruko je prevedena s engleskog na hrvatski jezik te s hrvatskog jezika na engleski od strane psihologa i profesora engleskog jezika.

Zadnji dio istraživanja sastoji se od 10 pitanja kojim se ispituju znanja studenata o anoreksiji i bulimiji. Ponuđena su 3 odgovora od kojih studenti odabiru jednu tvrdnju za koju misle da je točna. Maksimalni broj bodova je 10 od čega je u ovom istraživanju određeno da je 7 točnih odgovora zadovoljavajuće znanje. Za ispitivanje znanja studenata korištena je obvezna literatura iz kolegija Psihijatrija na studiju sestrinstva FZS-a (6).

U istraživanju su korištene deskriptivne statističke metode za analizu distribucije frekvencija varijabli. Srednje vrijednosti su izražene aritmetičkom sredinom (M), rasponom i standardnom devijacijom (SD) dok je normalnost razdiobe provjerena Kolmogorov Smirnov testom koji se pokazao značajnim za ispitivane varijable znanja i stavova o anoreksiji i bulimiji i dimenzija SAB-BN upitnika ( $p < 0,05$ ) te su korišteni neparametrijski testovi u analizi. Za provjeru razlika u raspodjeli kategorijske varijable znanja o anoreksiji i bulimiji i raspodjeli kategorijskih varijabli znanja o anksioznosti i bulimiji prema demografskim

varijablama (spol, mjesto stanovanja, poznavanje osobe oboljele od anoreksije i bulimije) i varijable koja se odnosi na studiranje (status studenta) korišten je Hi kvadrat test ( $\chi^2$  test). Za provjeru razlika u znanju i stavovima o anoreksiji i bulimiji i dimenzija SAB-BN upitnika između dvije nezavisne varijable (spol, mjesto stanovanja, poznavanje osobe oboljele od anoreksije i bulimije i statusa studenta) korišten je Mann Whitney. Za provjeru povezanosti dobi, znanja i stavova o anoreksiji i bulimiji i dimenzija SAB-BN upitnika korištene su Spearmanove korelacije. Kao razinu statističke značajnosti uzeta je vrijednost  $P < 0,05$ . Za obradu će biti korišten statistički paket IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 25 (IBM Corp., Armonk, NY, SAD; 2017) i JASP, verzija 0.17.2.1 (Department of Psychological Methods, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands).

Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim pravilima i Uputama za izradu završnih radova Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Studenti su samostalno odlučili žele li sudjelovati u istraživanju te su ga imali pravo odbiti. Tijekom i nakon istraživanja štiti se prava studenata sukladno Zakonom o zaštiti osobnih podataka (NN 103/03 – 106/12).

Svi podatci su povjerljivi i anonimni, a uvid u njih ima samo autor i mentor istraživanja. Rezultati istraživanja koristili su se u znanstveno – istraživačke svrhe te će biti prezentirani tijekom obrane završnog rada studentice Ive Đerek na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci.

## 4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 100 studenata prijediplomskog studija. Najviše studenata bilo je ženskoga spola, njih 88 (88%). U urbanim područjima živi njih 75 (75%). Prema statusu studenta sudjelovalo je više redovitih studenata, njih 52 (52%). Osobu koja boluje od anoreksije ili bulimije poznaje samo njih 23 (23%). Prosječna vrijednost dobi studenta je bila  $M = 23,13$  ( $SD = 5,03$ ) (Tablica 1.).

Tablica 1. Raspodjela demografskih varijabli (N = 100)

		n (%)
Spol	muško	12 (12)
	žensko	88 (88)
Mjesto stanovanja	grad	75 (75)
	selo	25 (25)
Status studenta	redoviti	52 (52)
	izvanredni	46 (46)
	nije odgovoreno	2 (2)
Poznajete li osobno nekog tko boluje od anoreksije ili bulimije	da	23 (23)
	ne	77 (77)
	M (raspon)	SD
Dob	23,13 (19 – 45)	5,03

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija

U dijelu odgovora koji se odnose na podljestvicu Prednosti bulimije i anoreksije najveća razina slaganja je utvrđena kod čestice „Bulimija i anoreksija mogu nestati bez liječenja“ na kojoj je izražena srednja razina slaganja  $M = 1,14$  ( $SD = 1,25$ ) dok je najniža razina slaganja je utvrđena kod čestice „Bulimija je dobar način balansiranja jedenja i dijete“  $M = 0,23$  ( $SD = 0,69$ ) (Tablica 2.).

Tablica 2. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Prednosti bulimije i anoreksije Upitnika SAB-BN (N = 100)

	Prednosti bulimije i anoreksije						Me (IQR)
	n (%)						
	0	1	2	3	4	5	
Bulimija nije toliko loša jer možeš jesti koliko želiš bez da se udebljaš	79 (79)	10 (10)	7 (7)	2 (2)	1 (1)	1 (1)	0,39 (0,90)
Bulimija i anoreksija mogu nestati bez liječenja	44 (44)	19 (19)	21 (21)	13 (13)	1 (1)	2 (2)	1,14 (1,25)
Bulimija je dobar način balansiranja jedenja i dijete	86 (86)	8 (8)	5 (5)	0	0	1 (1)	0,23 (0,69)
Postoje neke pozitivne strane bulimije i anoreksije	78 (78)	13 (13)	3 (3)	2 (2)	3 (3)	1 (1)	0,42 (0,99)
Bulimija i anoreksija nisu ozbiljne bolesti uspoređujući ih s drugim psihičkim bolestima	62 (62)	23 (23)	5 (5)	2 (2)	3 (3)	5 (5)	0,76 (1,33)
Nije zabrinjavajuće ako ljudi nakon obilnog prejedanja povraćaju <sub>n=99</sub>	80 (80,8)	12 (12,1)	3 (3)	2 (2)	1 (1)	1 (1)	0,33 (0,85)
Bulimija i anoreksija su samo faza kroz koju mlade žene prolaze	73 (73)	16 (16)	5 (5)	3 (3)	2 (2)	1 (1)	0,48 (0,99)

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; 0 -U potpunosti se ne slažem; 1 – Ne slažem se; 2 – Pomalo se ne slažem; 3 – Pomalo se slažem; 4 – Slažem se; 5 – Potpuno se slažem

U dijelu odgovora koji se odnose na podljestvicu Percepcije slabe ozbiljnosti poremećaja najveća razina slaganja je utvrđena kod čestice „Bulimija s namjernim povraćanjem je ozbiljan problem“ na kojoj je izražena srednja razina slaganja  $M = 4,66$  ( $SD = 1,10$ ) dok je najniža razina slaganja je utvrđena kod čestica „Korištenje laksativa nakon prejedanja je ozbiljan problem“  $M = 3,92$  ( $IQR = 1,56$ ) i „Gladovanje nakon prejedanja je ozbiljan problem“  $M = 3,92$  ( $SD = 1,48$ ) (Tablica 3.).

Tablica 3. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Percepcije slabe ozbiljnosti poremećaja Upitnika SAB-BN (N = 100)

	Percepcije slabe ozbiljnosti poremećaja						M (SD)
	n (%)						
	0	1	2	3	4	5	
Korištenje laksativa nakon prejedanja je ozbiljan problem	8 (8)	4 (4)	4 (4)	9 (9)	22 (22)	53 (53)	3,92 (1,56)
Gladovanje nakon prejedanja je ozbiljan problem	6 (6)	5 (5)	5 (5)	8 (8)	27 (27)	49 (49)	3,92 (1,48)
Anoreksija je ozbiljan poremećaj prehrane	4 (4)	2 (2)	3 (3)	2 (2)	6 (6)	83 (83)	4,53 (1,23)
Bulimija s namjernim povraćanjem je ozbiljan problem	4 (4)	1 (1)	0	3 (3)	4 (4)	88 (88)	4,66 (1,10)
Bulimija i anoreksija s intenzivnim vježbanjem su ozbiljan problem $n=99$	5 (5,1)	1 (1)	2 (2)	10 (10,1)	13 (13,1)	68 (68,7)	4,31 (1,29)
Bulimija je neprihvatljiv način za kontrolu tjelesne težine $n=99$	4 (4)	3 (3)	3 (3)	0	9 (9,1)	80 (80,9)	4,49 (1,27)

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; 0 -U potpunosti se ne slažem; 1 – Ne slažem se; 2 – Pomalo se ne slažem; 3 – Pomalo se slažem; 4 – Slažem se; 5 – Potpuno se slažem

U dijelu odgovora koji se odnose na podljestvicu Nepouzdanosti najveća razina slaganja je utvrđena kod čestice „Zaposlio/la bih osobu s bulimijom ili anoreksijom“ na kojoj je izražena srednja razina slaganja  $M = 3,63$  ( $SD = 1,23$ ) dok je najniža razina slaganja je utvrđena kod čestice „Osobe s anoreksijom i bulimijom su nepouzdana“  $M = 1,17$  ( $SD = 1,17$ ) (Tablica 4.).

Tablica 4. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Nepouzdanosti Upitnika SAB-BN (N = 100)

	Nepouzdanost						M (SD)
	n (%)						
	0	1	2	3	4	5	
Ne bih prepustio/la osobi s anoreksijom ili bulimijom obavljanje odgovornog posla	23 (23)	14 (14)	26 (26)	24 (24)	7 (7)	6 (6)	1,96 (1,46)
Osobe s anoreksijom i bulimijom loše obavljaju svoj posao	38 (38)	19 (19)	24 (24)	15 (15)	3 (3)	1 (1)	1,29 (1,25)
Osobe s anoreksijom i bulimijom su nepouzidane	39 (39)	23 (23)	23 (23)	13 (13)	1 (1)	1 (1)	1,17 (1,17)
Zaposlio/la bih osobu s bulimijom ili anoreksijom	2 (2)	5 (5)	8 (8)	27 (27)	29 (29)	29 (29)	3,63 (1,23)
Mislim da je teško vjerovati osobi s anoreksijom ili bulimijom	38 (38)	18 (18)	24 (24)	17 (17)	2 (2)	1 (1)	1,30 (1,25)

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; 0 -U potpunosti se ne slažem; 1 – Ne slažem se; 2 – Pomalo se ne slažem; 3 – Pomalo se slažem; 4 – Slažem se; 5 – Potpuno se slažem

U dijelu odgovora koji se odnose na podljestvicu Želje za socijalnom distancom najveća razina slaganja je utvrđena kod čestice „Ne bi imao/la problema družiti se s osobom koja ima anoreksiju ili bulimiju“ na kojoj je izražena srednja razina slaganja  $M = 4,02$  ( $SD = 1,18$ ) dok je najniža razina slaganja je utvrđena kod čestice „Sramio/la bih se člana obitelji koji ima anoreksiju ili bulimiju“  $M = 0,43$  ( $SD = 1,02$ ) (Tablica 5.).

Tablica 5. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Želje za socijalnom distancom Upitnika SAB-BN (N = 100)

	Želje za socijalnom distancom						M (SD)
	n (%)						
	0	1	2	3	4	5	
Mislim da bih mogao/la biti u vezi s	20	15	13	23	17	12	2,38



osobom s anoreksijom ili bulimijom	(20)	(15)	(13)	(23)	(17)	(12)	(1,68)
Ne bi imao/la problema družiti se s osobom koja ima anoreksiju ili bulimiju	1	4	7	14	28	46	4,02
	(1)	(4)	(7)	(14)	(28)	(46)	(1,18)
Sramio/la bih se člana obitelji koji ima anoreksiju ili bulimiju	76	17	2	0	3	2	0,43
	(76)	(17)	(2)		(3)	(2)	(1,02)

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; 0 -U potpunosti se ne slažem; 1 – Ne slažem se; 2 – Pomalo se ne slažem; 3 – Pomalo se slažem; 4 – Slažem se; 5 – Potpuno se slažem

U dijelu odgovora koji se odnose na podljestvicu Uvjerenja o osobnoj odgovornosti najveća razina slaganja je utvrđena kod čestice „Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi raditi na osobnoj samokontroli“ na kojoj je izražena srednja razina slaganja  $M = 3,90$  ( $SD = 1,30$ ) dok je najniža razina slaganja je utvrđena kod čestice „Osobe s anoreksijom i bulimijom provode rigorozne dijete kako bi privukle pažnju“  $M = 1,23$  ( $SD = 1,44$ ) (Tablica 6.).

Tablica 6. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Uvjerenja o osobnoj odgovornosti Uпитnika SAB-BN (N = 100)

	Uvjerenja o osobnoj odgovornosti						M (SD)
	n (%)						
	0	1	2	3	4	5	
Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi se manje opterećivati vlastitim izgledom	7 (7)	4 (4)	8 (8)	20 (20)	18 (18)	43 (43)	3,67 (1,53)
Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi biti manje opsjednute svojim izgledom i težinom	7 (7)	1 (1)	7 (7)	21 (21)	21 (21)	43 (43)	3,77 (1,44)
Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi raditi na osobnoj samokontroli	3 (3)	2 (2)	11 (11)	15 (15)	24 (24)	45 (45)	3,90 (1,30)
Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi se sabrati i prijeći preko toga	19 (19)	9 (9)	15 (15)	23 (23)	14 (14)	20 (20)	2,64 (1,75)
Osobe s anoreksijom i bulimijom provode rigorozne dijete kako bi privukle pažnju	45 (45)	21 (21)	13 (13)	11 (11)	7 (7)	3 (3)	1,23 (1,44)

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; 0 -U potpunosti se ne slažem; 1 – Ne slažem se; 2 – Pomalo se ne slažem; 3 – Pomalo se slažem; 4 – Slažem se; 5 – Potpuno se slažem

U dijelu pitanja koja se odnose na znanje o anoreksiji i bulimiji rezultati su pokazali kako najviše ispitanika ne zna je li anoreksija češća kod dizigotnih (dvojajčanih) nego monozigotnih (jednojajčanih) blizanaca, njih 87%. 80% studenata smatra kako je anoreksija 30-40 puta češća kod žena nego kod muškaraca. 66% studenata smatra kako je amenoreja prisutna i kod anoreksije i bulimije, te kako je bulimija češća u žena nego u muškaraca smatra 66 % studenata (Tablica 7.).

Tablica 7. Raspodjela varijabli koje se odnose na znanje o anoreksiji i bulimiji (N = 100)

		n (%)
Anoreksija je 30-40 puta češća kod žena nego kod muškaraca	da	80 (80)
	ne	4 (4)
	ne znam	16 (16)
Anoreksija je češća u dvojajčanih nego jednojajčanih blizanaca	da	7 (7)
	ne	6 (6)
	ne znam	87 (87)
Bulimija obično nastaje u kasnijoj životnoj dobi od anoreksije	da	23 (23)
	ne	31 (31)
	ne znam	46 (46)
Kompulzivno kupovanje je često u osoba s anoreksijom	da	25 (25)
	ne	27 (27)
	ne znam	48 (48)
Oboljeli od bulimije češće traže pomoć psihijatra nego oboljeli od anoreksijom	da	32 (32)
	ne	22 (22)
	ne znam	46 (46)
Anoreksija ima bolju prognozu liječenja od bulimije <small>n=99</small>	da	15 (15,2)
	ne	42 (42,4)
	ne znam	42 (42,4)
Oboljeli od anoreksijom najčešće potraže pomoć kada je gubitak kilograma toliko vidljiv da ih životno ugrožava	da	66 (66)
	ne	12 (12)
	ne znam	22 (22)
Osobe s bulimijom uglavnom nisu seksualno aktivne	da	17 (17)
	ne	27 (27)
	ne znam	56 (56)
Amenoreja je prisutna kod <small>n=98</small>	anoreksije	31 (31,6)
	anoreksije i bulimije	65 (66,3)

	bulimije	2 (2,1)
Bulimija je češća u žena nego u muškaraca	da	66 (66)
	ne	9 (9)
	ne znam	25 (25)

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak

Nakon rekodiranja negativno usmjerenih pitanja rezultati su pokazali kako je najveći rezultat ostvaren na podljestvici Prednosti bulimije  $M = 4,46$  ( $SD = 0,72$ ) dok je najviši rezultat ostvaren na podljestvici Uvjerenja o osobnoj odgovornosti  $M = 3,49$  ( $SD = 0,58$ ) (Tablica 8.).

Tablica 8. Deskriptivna statistika podljestvica Upitnika SAB-BN (N = 100)

Stigmatizirajući stavovi i uvjerenja o bulimiji i anoreksiji	n	M (raspon)	SD
prednosti bulimije	99	4,46 (0 – 5)	0,72
minimizacija / percepcija slabe ozbiljnosti poremećaja	98	4,31 (0 – 5)	1,06
nepouzdanost	100	3,58 (0,6 – 5)	1,01
želja za socijalnom distancom	100	3,65 (0,66 – 5)	0,90
uvjerenja o osobnoj odgovornosti	100	3,49 (2 – 4,6)	0,58

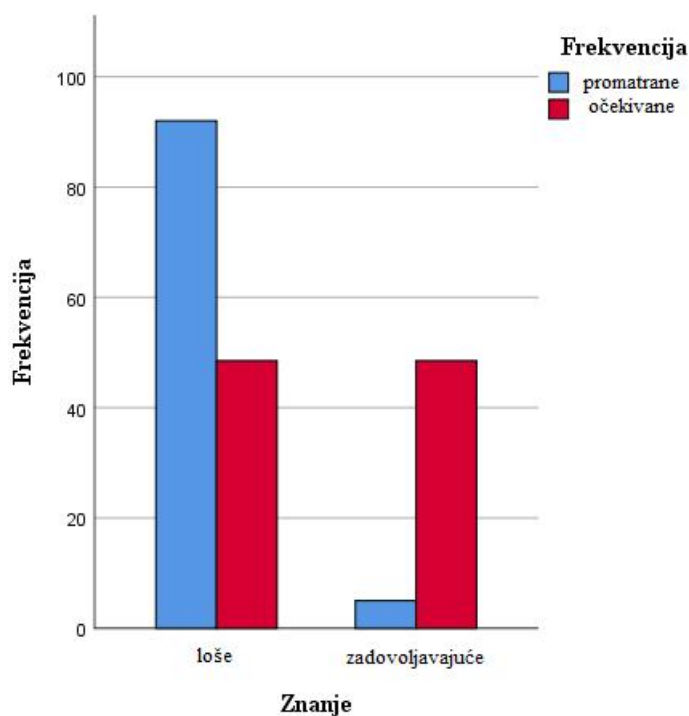
Napomena: n – broj ispitanika; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija

Rezultati su pokazali kako je srednja vrijednost znanja o anoreksiji i bulimiji  $M = 3,28$  ( $SD = 2,14$ ) točnih odgovora te stavova o anoreksiji i bulimiji  $M = 21,82$  ( $SD = 2,86$ ). Također 5 (5,2%) ispitanika ima zadovoljavajuće znanje o anoreksiji i bulimiji, ali značajno više ispitanika ima loše znanje o anoreksiji i bulimiji ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ) (Slika 1.) (Tablica 9.).

Tablica 9. Deskriptivna statistika i kategorijska raspodjela ukupnog znanja o bulimiji i anoreksiji (N = 97)

	n	M (raspon)	SD
Znanje	97	3,28 (0 – 10)	2,14
Stavovi ukupno	100	21,82 (12 – 26)	2,86
		n (%)	
Znanje kategorijski	loše	92 (94,8)	
	zadovoljavajuće	5 (5,2)	

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak; M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija



Slika 1. Grafički prikaz kategorijske raspodjele znanja o anoreksiji i bulimiji

Rezultati su pokazali kako nema značajne razlike u raspodjeli znanja prema spolu ( $\chi^2$  test;  $p = 0,388$ ), mjestu stanovanja ( $\chi^2$  test;  $p = 0,176$ ), statusu studenta ( $\chi^2$  test;  $p = 0,225$ ) i poznavanju osobe sa anoreksijom i bulimijom ( $\chi^2$  test;  $p = 0,342$ ) (Tablica 10.).

Tablica 10. Raspodjela znanja o anoreksiji i bulimiji prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		Znanje				p*
		loše		zadovoljavajuće		
		n	%	n	%	
Spol	Muško	12	(13)	0	(0)	0,388
	Žensko	80	(87)	5	(100)	
Mjesto stanovanja	Grad	67	(72,8)	5	(100)	0,176
	Selo	25	(27,2)	0	(0)	
Status studenta	Izvanredni studij	43	(47,8)	1	(20)	0,225
	Redovni studij	47	(52,2)	4	(80)	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od anoreksije ili bulimije	Da	20	(21,7)	2	(40)	0,342
	Ne	72	(78,3)	3	(60)	

Napomena: n – Broj ispitanika; % - Postotak; p – Statistička značajnost; \* Hi kvadrat test ( $\chi^2$  test)

Rezultati povezanosti su pokazali kako znanje o anoreksiji i bulimiji nije povezano sa stavovima o anoreksiji i bulimiji niti s jednom dimenzijom Upitnika SAB-BN stigmatizirajućih stavova i vjerovanja o bulimiji nervozni i anoreksiji. Stavovi o anoreksiji su umjereno pozitivno povezani sa dimenzijama podljestvica Upitnika SAB-BN, prednostima bulimije ( $\rho = 0,410$ ;  $p < 0,001$ ), percepcijom slabe ozbiljnosti poremećaja ( $\rho = 0,324$ ;  $p = 0,001$ ), željom za socijalnom distancom ( $\rho = 0,427$ ;  $p < 0,001$ ) i uvjerenjem o osobnoj odgovornosti ( $\rho = 0,427$ ;  $p < 0,001$ ) i visoko pozitivno povezani s dimenzijom nepouzdanosti ( $\rho = 0,571$ ;  $p < 0,001$ ) odnosno što su stavovi o anoreksiji i bulimiji pozitivniji pozitivnije su i sve dimenzije Upitnika SAB-BN. Međusobna povezanost podljestvica je pokazala kako je dimenzija prednosti bulimije umjereno pozitivno povezana sa percepcijom slabe ozbiljnosti poremećaja ( $\rho = 0,351$ ;  $p < 0,001$ ) i nisko sa nepouzdanosti ( $\rho = 0,221$ ;  $p = 0,028$ ), odnosno što su stavovi studenata o prednostima bulimije pozitivniji pozitivniji su i stavovi o percepciji slabe ozbiljnosti poremećaja i nepouzdanosti i obrnuto. Također dimenzija nepouzdanosti je visoko pozitivno povezana sa željom za socijalnom distancom ( $\rho = 0,575$ ;  $p < 0,001$ ) i nisko pozitivno sa dimenzijom uvjerenja o o osobnoj odgovornosti ( $\rho = 0,250$ ;  $p = 0,012$ ), odnosno što su stavovi u dimenziji nepouzdanosti pozitivniji pozitivniji su i stavovi u dimenzijama želji za socijalnom distancom i dimenziji uvjerenja o osobnoj odgovornosti i obrnuto (Tablica 11.).

Tablica 11. Povezanost znanja i stavova o anoreksiji i bulimiji sa podljestvica Upitnika SAB-BN

		2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Stavovi o anoreksiji i bulimiji	rho	0,075	0,410	0,324	0,571	0,427	0,427
	p*	0,465	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	n	97	99	98	100	100	100
2. Znanje o anoreksiji i bulimiji	rho	1	0,012	0,180	-0,008	0,059	-0,009
	p*	.	0,909	0,080	0,939	0,568	0,930
	n	97	96	96	97	97	97
3. Prednosti bulimije	rho		1	0,351	0,221	0,195	0,159
	p*		.	<0,001	0,028	0,053	0,115
	n		99	97	99	99	99
4. Minimizacija / percepcija slabe ozbiljnosti poremećaja	rho			1	-0,117	0,004	0,100
	p*			.	0,251	0,966	0,328
	n			98	98	98	98
5. Nepouzdanost	rho				1	0,575	0,250
	p*				.	<0,001	0,012
	n				100	100	100

6.Želja za socijalnom distancom	rho	1	0,180
	p*	.	0,073
	n	100	100
7.Uvjerenja o osobnoj odgovornosti	rho		1
	p*		.
	n		100

Napomena: rho – Spearmanov koeficijent korelacije; p – Statistička značajnost; n – Broj ispitanika; \* Spearmanove korelacije

Rezultati su pokazali kako je dob studenata umjereno negativno povezana sa stavovima o bulimiji nervozni i anoreksiji (rho = -0,336; p = 0,001), odnosno što je dob ispitanika manja stavovi o osobama sa anoreksijom i bulimijom su pozitivniji i obrnuto (Tablica 12.).

Tablica 12. Povezanost dobi studenata sa znanjem o anoreksiji i bulimiji i podljestvica Upitnika SAB-BN

		Prednosti			Minimizacija / percepcija slabe ozbiljnosti		Želja za socijalnom distancom	Uvjerenja o osobnoj odgovornosti
		Znanje	Stavovi	bulimije	poremećaja	Nepouzdanost		
Dob	rho	0,001	-0,336	0,074	-0,051	-0,143	-0,143	-0,092
	p*	0,989	<b>0,001</b>	0,484	0,634	0,174	0,174	0,384
	n	89	92	91	90	92	92	92

Napomena: rho – Spearmanov koeficijent korelacije; p – Statistička značajnost; n – Broj ispitanika; \* Spearmanove korelacije

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u znanju o anoreksiji i bulimiji nervosi prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (Tablica 13.).

Tablica 13. Znanje o anoreksiji i bulimiji nervosi prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		M (raspon)	SD	p*
Spol	muško	2,41 (0 – 6)	1,73	0,111
	žensko	3,41 (0 -10)	2,17	
Mjesto stanovanja	grad	3,40 (0 – 10)	2,22	0,557
	selo	2,96 (0 – 6)	1,90	
Status studenta	redoviti	3,66 (0 – 10)	2,20	0,083
	izvanredni	2,90 (0 – 9)	2,04	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od	da	3,40 (0 – 9)	2,48	0,993
	ne	3,25 (0 – 10)	2,05	

Napomena: M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; p – Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Rezultati su pokazali kako postoji značajna razlika u stavovima o anoreksiji i bulimiji prema poznavanju osobe koja boluje od anoreksije ili bulimije (Mann Whitney test;  $p = 0,035$ ), značajno pozitivnije stavove o osobama sa anoreksijom i bulimijom imaju studenti koji ne poznaju osobu koja boluje od anoreksije ili bulimije u odnosu na one koji ih poznaju (Tablica 14.).

Tablica 14. Stavovi o anoreksiji i bulimiji prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		M (raspon)	SD	p*
Spol	muško	20,83 (17 – 25)	2,85	0,197
	žensko	21,95 (12 – 26)	2,85	
Mjesto stanovanja	grad	21,72 (12 – 26)	2,94	0,536
	selo	22,12 (17 – 25)	2,61	
Status studenta	redoviti	21,71 (16 – 26)	2,50	0,335
	izvanredni	21,94 (12 – 26)	3,11	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od anoreksije ili bulimije	da	20,82 (16 – 25)	2,77	<b>0,035</b>
	ne	22,11 (12 – 26)	2,83	

Napomena: M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; p – Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u dimenziji prednosti bulimije i anoreksije prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (Tablica 15.).

Tablica 15. Prednosti bulimije i anoreksije prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		M (raspon)	SD	p*
Spol	muško	4,13 (2,28 –	0,83	0,073
	žensko	4,51 (0 – 5)	0,70	
Mjesto stanovanja	grad	4,44 (0 – 5)	0,79	0,980
	selo	4,54 (3,14 - 5)	0,47	
Status studenta	redoviti	4,54 (2,28 –	0,57	0,434
	izvanredni	4,39 (0 – 5)	0,86	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od	da	4,36 (2,28 –	0,73	0,459
	ne	4,50 (0 – 5)	0,72	

Napomena: M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; p – Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u dimenziji percepcija slabe ozbiljnosti poremećaja prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (Tablica 16.).

Tablica 16. Percepcija slabe ozbiljnosti poremećaja prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		M (raspon)	SD	p*
Spol	muško	4,28 (0 – 5)	0,76	0,347
	žensko	4,31 (0 – 5)	1,09	
Mjesto stanovanja	grad	4,36 (0 – 5)	0,96	0,512
	selo	4,16 (0 – 5)	1,31	
Status studenta	redoviti	4,21 (0 – 5)	1,14	0,509
	izvanredni	4,40 (0 – 5)	0,98	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od	da	3,99 (0 – 5)	1,38	0,449
	ne	4,41 (0 – 5)	0,92	

Napomena: M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; p – Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u dimenziji nepouzdanosti prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (Tablica 17.).

Tablica 17. Nepouzdanost prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		M (raspon)	SD	p*
Spol	muško	3,10 (2 – 5)	0,82	0,060
	žensko	3,64 (0,6 –	1,02	
Mjesto stanovanja	grad	3,54 (0,6 – 5)	1,00	0,615
	selo	3,68 (2 – 5)	1,03	
Status studenta	redoviti	3,65 (0,6 –	1,06	0,355
	izvanredni	3,50 (1,4 –	0,95	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od	da	3,50 (1,40 –	0,95	0,709
	ne	3,60 (0,60 –	1,03	

Napomena: M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; p – Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Rezultati su pokazali kako postoji značajna razlika u želji za socijalnom distancom prema poznavanju osobe koja boluje od anoreksije ili bulimije (Mann Whitney test; p = 0,046),



značajno pozitivnije stavove o želji za socijalnom distancom imaju studenti koji poznaju osobu koja boluje od anoreksije ili bulimije u odnosu na one koji ih ne poznaju (Tablica 18.).

Tablica 18. Želja za socijalnom distancom prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		M (raspon)	SD	p*
Spol	muško	3,42 (2 - 5)	0,83	0,442
	žensko	3,68 (0,66 - 5)	0,92	
Mjesto stanovanja	grad	3,67 (1,66 - 5)	0,88	0,923
	selo	3,61 (0,66 - 5)	0,99	
Status studenta	redoviti	3,74 (0,66 - 5)	0,93	0,428
	izvanredni	3,61 (1,66 - 5)	0,85	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od	da	3,97 (2 - 5)	0,81	<b>0,046</b>
	ne	3,56 (0,66 - 5)	0,92	

Napomena: M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; p – Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u dimenziji uvjerenja o osobnoj odgovornosti prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (Tablica 19.).

Tablica 19. Uvjerenje o osobnoj odgovornosti prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

		M (raspon)	SD	p*
Spol	muško	3,33 (2,4 - 4,4)	0,58	0,227
	žensko	3,51 (2 - 4,6)	0,58	
Mjesto stanovanja	grad	3,55 (2,20 - 4,60)	0,55	0,051
	selo	3,32 (2 - 4,4)	0,64	
Status studenta	redoviti	3,45 (2 - 4,60)	0,57	0,428
	izvanredni	3,53 (2,20 - 4,60)	0,57	
Poznajete li osobno nekog tko boluje od anoreksije ili bulimije	da	3,33 (2,20 - 4,60)	0,59	0,111
	ne	3,54 (2 - 4,60)	0,57	

Napomena: M – Aritmetička sredina; SD – Standardna devijacija; p – Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

## 5. RASPRAVA

Ovim istraživanjem dobiven je uvid u znanja i stavove studenata prijediplomskog studija sestrinstva o anoreksiji i bulimiji. U istraživanju je sudjelovalo 100 studenata prijediplomskog studija, od toga više žena, njih 88 (88%). Prosječna dob studenta je bila 23,13 godina starosti. Prema studentskom statusu 53,1% su redovni studenti, a 49,1% su izvanredni studenti. Od svih sudionika ispitivanja 77% ih je odgovorilo da ne poznaje nikoga tko boluje od anoreksije ili bulimije. Ispitivana područja obuhvaćala su: znanja i stavove studenata o anoreksiji i bulimiji, odnos između znanja i stavova te usporedba razine znanja i stavova redovnih i izvanrednih studenata.

Rezultati su pokazali srednju vrijednost znanja o anoreksiji i bulimiji  $M = 3,28$  ( $SD = 2,14$ ) točnih odgovora te stavova o anoreksiji i bulimiji  $M = 21,82$  ( $SD = 2,86$ ). Također 5 (5,2%) ispitanika ima zadovoljavajuće znanje o anoreksiji i bulimiji te značajno više ispitanika ima loše znanje o anoreksiji i bulimiji ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ). Također su pokazali kako nema značajne razlike u raspodjeli znanja prema spolu ( $\chi^2$  test;  $p = 0,388$ ), mjestu stanovanja ( $\chi^2$  test;  $p = 0,176$ ), statusu studenta ( $\chi^2$  test;  $p = 0,225$ ) i poznavanju osobe sa anoreksijom i bulimijom ( $\chi^2$  test;  $p = 0,342$ ). Rezultati povezanosti su pokazali kako znanje o anoreksiji i bulimiji nije povezano sa stavovima o anoreksiji i bulimiji niti sa jednom dimenzijom upitnika SAB-BN. Stavovi o anoreksiji su umjereno pozitivno povezani sa dimenzijama podljestvica Upitnika SAB-BN, prednostima bulimije ( $\rho = 0,410$ ;  $p < 0,001$ ), percepcijom slabe ozbiljnosti poremećaja ( $\rho = 0,324$ ;  $p = 0,001$ ), željom za socijalnom distancom ( $\rho = 0,427$ ;  $p < 0,001$ ) i uvjerenjem o osobnoj odgovornosti ( $\rho = 0,427$ ;  $p < 0,001$ ) i visoko pozitivno povezani sa dimenzijom nepouzdanosti ( $\rho = 0,571$ ;  $p < 0,001$ ), odnosno što su stavovi o anoreksiji i bulimiji pozitivniji pozitivnije su i sve dimenzije upitnika SAB-BN. Rezultati su pokazali da nema značajne razlike u stavovima o anoreksiji i bulimiji prema statusu studenata. Utvrđeno je da je dob studenata umjereno negativno povezana sa stavovima o bulimiji nervozi i anoreksiji ( $\rho = -0,336$ ;  $p = 0,001$ ) odnosno što je dob ispitanika manja stavovi o osobama sa anoreksijom i bulimijom su pozitivniji i obrnuto.

Prema prethodno postavljenim hipotezama hipoteza 1 nije potvrđena budući da studenti nemaju zadovoljavajuće znanje o anoreksiji i bulimiji. Hipoteza 2 je potvrđena, jer studenti imaju uglavnom pozitivan stav o anoreksiji i bulimiji. Hipoteza 3 nije potvrđena budući da nije dokazana povezanost znanja i stavova o anoreksiji i bulimiji. Hipoteza 4

također nije potvrđena budući da nije uočena značajna razlika u znanjima i stavovima o anoreksiji i bulimiji između redovnih i izvanrednih studenata.

## 6. ZAKLJUČAK

Na kraju ovog istraživanja na temu „ Znanja i stavovi studenata sestrinstva o anoreksiji i bulimiji” donesen je zaključak na temelju ranije postavljenih hipoteza.

HIPOTEZA 1: Studenti prijediplomskog studija sestrinstva imaju zadovoljavajuće znanje o anoreksiji i bulimiji.

Ova hipoteza se ne prihvaća, jer je pokazano kako samo 5 (5,2%) ispitanika ima zadovoljavajuće znanje o anoreksiji i bulimiji te značajno više ispitanika ima loše znanje o anoreksiji i bulimiji ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ).

HIPOTEZA 2: Studenti prijediplomskog studija sestrinstva imaju pozitivan stav spram osoba oboljelih od anoreksije i bulimije.

Ova hipoteza je potvrđena, jer je utvrđeno kako studenti većinski imaju pozitivan stav spram osoba oboljelih od anoreksije i bulimije.

HIPOTEZA 3: Studenti prijediplomskog studija sestrinstva s većim znanjem imaju pozitivniji stav o anoreksiji i bulimiji.

Ova hipoteza nije potvrđena, jer su rezultati pokazali kako znanje o anoreksiji i bulimiji nije povezano sa stavovima o anoreksiji i bulimiji niti sa jednom dimenzijom upitnika SAB-BN.

HIPOTEZA 4: Redovni studenti prijediplomskog studija sestrinstva imaju veće znanje i pozitivniji stav od izvanrednih studenata.

Ova hipoteza nije potvrđena, jer su rezultati pokazali da nema značajne razlike u znanjima i stavovima o anoreksiji i bulimiji prema statusu studenata.

## 7. LITERATURA

1. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus* (mrežna stranica). 2015 (citirano 22.05.2024.); 24 (2 ASK niske doze): 165-171. Dostupno na:  
<https://hrcak.srce.hr/file/218261>
2. Davies HL, Kelly J, Ayton A, Hubel C, Bryant-Waugh R, Treasur J, Breen G. When do eating disorders start? (istraživački rad). An investigation into two large UK samples Maudsley Miomedical Research Centre. 2021; 13 str. Dostupno na:  
[Age\\_of\\_ED\\_Onset\\_Report.pdf \(contentfiles.net\)](#)
3. Anoreksija – poremećaj hranjenja. (mrežna stranica). Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ Dubrovnik. 2017 (citirano 22.05.2024.) Dostupno na:  
<https://www.zzjzdnz.hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/anoreksija-poremecaj-hranjenja>
4. Bulimija nervoza (mrežna stranica). HeMED 2018 (citirano 22.05.2024.) Dostupno na:  
<https://hemed.hr/Default.aspx?sid=12600#toc-simptomi-i-znakovi>
5. Ambrosi – Randić N. Razvoj poremećaja prehrane. 2004. Naklada Slap
6. Radić T. Perfekcionizam i poremećaji prehrane (diplomski rad). Sveučilište u Zagrebu. 2017. 47 str. Dostupno na:  
<https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1418/datastream/PDF/view>
7. Krleža, A. (2020). Anoreksija nervoza: etiologija, česti komorbidni poremećaji i terapija. *Psychē*, 3 (1), 7-14. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/266931>
8. Vidović V. Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica. Zagreb. 1998. Biblioteka časopisa „Psiha“
9. Depresija i poremećaji ishrane (mrežna stranica). citirano 27.05.2024. Dostupno na:  
<https://stetoskop.info/dusevne-bolesti-i-stanja-bolesti-zavisnosti-psihij/depresija-i-poremecaji-ishrane>
10. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, “Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa.” *Am J Psychiatry*, 2004; 161 2215-2221.  
2. Yaryura-Tobias JA, & Neziroglu F (1983). “*Obsessive Compulsive Disorders Pathogenesis Diagnosis and Treatment.*” New York Marcel Dekker

11. Yaryura-Tobias JA, Pinto A Neziroglu F. "The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder." *Eating Weight Disorder Journal*, 2001; 6 174-180. 4. Murphy R, Nutzinger DO, Paul T, Leplow B. "Conditional-Associative Learning in Eating Disorders: A Comparison With OCD." *J Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2004; 26(2) 190-199.
12. Mađarić, I. (2019). *Odnos zadovoljstva ljubavnom vezom, slike vlastitog tijela i samopoimanja* (Diplomski rad). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:070624>
13. Pranić N., Žigić Forić, A., Pokec, I. i Puharić, Z. (2023). POREMEĆAJI PREHRANE. *Hrana u zdravlju i bolesti*, 12 (2), 84-89. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/314495>
14. Fotak L. (2016). *Anoreksija nervoza i bulimija nervoza kod adolescenata* (Diplomski rad). Medicinski Fakultet. Rijeka
15. Sovina N. *Suvremeni dijagnostički i terapijski pristup poremećajima jedenja* [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015 [pristupljeno 12.06.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:754576>
16. Bulog S. *Povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama* [Diplomski rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2017 [pristupljeno 13.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:481451>
17. Šunjić P. *Znanja i stavovi studenata sestrinstva o bulimiji nervozi* (završni rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; 2023 (pristupljeno 14.06.2024.) Dostupno na: <https://www.unirepository.svkri.uniri.hr/>
18. Što je kognitivno-bihevioralna terapija i koje su njezine osnovne značajke? (mrežna stranica). KBT opcija (citirano 14.06.2024.) Dostupno na: [Opće informacije o kognitivno-bihevioralnoj terapiji | KBT OPCIJA \(kbt-barbaric.com\)](https://www.kbt-barbaric.com/)
19. Pokrajac-Bulian, Alessandra. *Kognitivno bihevioralna terapija i poremećaji hranjenja* // PRVI HRVATSKI PSIHOTERAPIJSKI KONGRES. Zadar, Hrvatska, 22.05.2008-25.05.2008. Dostupno na: <https://www.croris.hr/crosbi/publikacija/prilog-skup/537887>
20. Što je psihoanalitička psihoterapija? (mrežna stranica). Hrvatsko društvo za psihoanalitičku psihoterapiju (citirano 15.06.2024.) Dostupno na: <https://hdpp.hr/onama/>

## PRIVITCI

### **Privitak A: Popis ilustracija**

Tablica 1. Raspodjela demografskih varijabli (N = 100)

Tablica 2. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Prednosti bulimije i anoreksije Upitnika SAB-BN (N = 100)

Tablica 3. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Percepcije slabe ozbiljnosti poremećaja Upitnika SAB-BN (N = 100)

Tablica 4. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Nepouzdanosti Upitnika SAB-BN (N = 100)

Tablica 5. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Želje za socijalnom distancom Upitnika SAB-BN (N = 100)

Tablica 6. Raspodjela odgovora na pitanja podljestvice Uvjerenja o osobnoj odgovornosti Upitnika SAB-BN (N = 100)

Tablica 7. Raspodjela varijabli koje se odnose na znanje o anoreksiji i bulimiji (N = 100)

Tablica 8. Deskriptivna statistika podljestvica Upitnika SAB-BN (N = 100)

Tablica 9. Deskriptivna statistika i kategorijska raspodjela ukupnog znanja o bulimiji i anoreksiji (N = 97)

Tablica 10. Raspodjela znanja o anoreksiji i bulimiji prema demografskim varijablama varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Tablica 11. Povezanost znanja i stavova o anoreksiji i bulimiji sa podljestvica Upitnika SAB-BN

Tablica 12. Povezanost dobi studenata sa znanjem o anoreksiji i bulimiji i podljestvica Upitnika SAB-BN

Tablica 13. Znanje o anoreksiji i bulimiji nervosi prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Tablica 14. Stavovi o anoreksiji i bulimiji prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Tablica 15. Prednosti bulimije i anoreksije prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Tablica 16. Percepcija slabe ozbiljnosti poremećaja prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Tablica 17. Nepouzdanost prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Tablica 18. Želja za socijalnom distancom prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Tablica 19. Uvjerenje o osobnoj odgovornosti prema demografskim varijablama i varijablama koje se odnose na studiranje (N = 100)

Slika 1. Grafički prikaz kategorijske raspodjele znanja o anoreksiji i bulimiji

## **Privitak B: Upitnik**

Poštovane/i

Pred Vama je anketa kojom se žele dobiti podatci za istraživački završni rad na studiju sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Anketa je u potpunosti anonimna i Vaši će odgovori biti korišteni isključivo u istraživačke svrhe. Unaprijed Vam zahvaljujem na suradnji!

Iva Đerek,

redovna studentica treće godine prijediplomskog stručnog studija sestrinstva

Kontakt: [iderek@student.uniri.hr](mailto:iderek@student.uniri.hr)

Pročitao/-la sam upute i pristajem na sudjelovanje u istraživanju:

- Da
- Ne

## **Znanje i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici**

OPĆI PODACI:

1. DOB: \_\_\_\_\_ (upisati točan broj)
2. SPOL
  - Muško
  - Žensko
3. MJESTO STANOVANJA:
  - Grad
  - Selo
4. STATUS STUDENTA:
  - Redovni studij
  - Izvanredni studij
5. Poznajete li osobno nekog tko boluje od anoreksije ii bulimije?
  - Da



- Ne

\*Sljedeća pitanja odnose se na Vaše stavove o anoreksiji i bulimiji. Za svaku tvrdnju odaberite jedan broj od 0-5 (0 – u potpunosti se ne slažem, 5 – u potpunosti se slažem).

1. Bulimija nije toliko loša jer možeš jesti koliko želiš bez da se udebljaš.  
0  
1  
2  
3  
4  
5
2. Bulimija i anoreksija mogu nestati bez liječenja.  
0  
1  
2  
3  
4  
5
3. Bulimija je dobar način balansiranja jedenja i dijete.  
0  
1  
2  
3  
4  
5
4. Postoje neke pozitivne strane bulimije i anoreksije.  
0  
1  
2  
3  
4  
5
5. Bulimija i anoreksija nisu ozbiljne bolesti uspoređujući ih s drugim psihičkim bolestima.  
0  
1  
2  
3  
4

5

6. Nije zabrinjavajuće ako ljudi nakon obilnog prejedanja povraćaju.

0

1

2

3

4

5

7. Bulimija i anoreksija su samo faza kroz koju mlade žene prolaze.

0

1

2

3

4

5

8. Korištenje laksativa nakon prejedanja je ozbiljan problem.

0

1

2

3

4

5

9. Gladovanje nakon prejedanja je ozbiljan problem.

0

1

2

3

4

5

10. Anoreksija je ozbiljan poremećaj prehrane.

0

1

2

3

4

5

11. Bulimija s namjernim povraćanjem je ozbiljan problem.

0

1

2

3  
4  
5

12. Bulimija i anoreksija s intenzivnim vježbanjem su ozbiljan problem.

0  
1  
2  
3  
4  
5

13. Bulimija je neprihvatljiv način za kontrolu tjelesne težine.

0  
1  
2  
3  
4  
5

14. Ne bih prepustio/la osobi s anoreksijom ili bulimijom obavljanje odgovornog posla.

0  
1  
2  
3  
4  
5

15. Osobe s anoreksijom i bulimijom loše obavljaju svoj posao.

0  
1  
2  
3  
4  
5

16. Osobe s anoreksijom i bulimijom su nepouzdana.

0  
1  
2  
3  
4  
5

17. Zaposlio/la bih osobu s bulimijom ili anoreksijom.

0

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

18. Mislim da je teško vjerovati osobi s anoreksijom ili bulimijom.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

19. Mislim da bih mogao/la biti u vezi s osobom s anoreksijom ili bulimijom.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

20. Ne bi imao/la problema družiti se s osobom koja ima anoreksiju ili bulimiju.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

21. Sramio/la bih se člana obitelji koji ima anoreksiju ili bulimiju.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

22. Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi se manje opterećivati vlastitim izgledom.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

23. Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi biti manje opsjednute svojim izgledom i težinom.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

24. Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi raditi na osobnoj samokontroli.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

25. Osobe s anoreksijom i bulimijom trebale bi se sabrati i prijeći preko toga.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

26. Osobe s anoreksijom i bulimijom provode rigorozne dijetе kako bi privukle pažnju.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

\*Sljedeća skupina pitanja odnosi se na Vaša znanja o anoreksiji i bulimiji. Označite jednu tvrdnju za koju smatrate da je ispravna. Ako ne znate odgovor označite „ne znam“.

1. Anoreksija je 30-40 puta češća kod žena nego kod muškaraca.
  - Da
  - Ne
  - Ne znam
2. Anoreksija je češća u dvojajčanih nego jednojajčanih blizanaca.
  - Da
  - Ne
  - Ne znam
3. Bulimija obično nastaje u kasnijoj životnoj dobi od anoreksije.

- Da
  - Ne
  - Ne znam
4. Kompulzivno kupovanje je često u osoba s anoreksijom.
- Da
  - Ne
  - Ne znam
5. Oboljeli od bulimije češće traže pomoć psihijatra nego oboljeli od anoreksijom.
- Da
  - Ne
  - Ne znam
6. Anoreksija ima bolju prognozu liječenja od bulimije.
- Da
  - Ne
  - Ne znam
7. Oboljeli od anoreksijom najčešće potraže pomoć kada je gubitak kilograma toliko vidljiv da ih životno ugrožava.
- Da
  - Ne
  - Ne znam
8. Osobe s bulimijom uglavnom nisu seksualno aktivne.
- Da
  - Ne
  - Ne znam
9. Amenoreja je prisutna kod:
- Anoreksije
  - Bulimije
  - Anoreksije i bulimije
10. Bulimija je češća u žena nego u muškaraca.
- Da
  - Ne
  - Ne znam

## ŽIVOTOPIS

Iva Đerek, rođena 14.03.2002. u Rijeci. Osnovnu školu završava 2016. godine u Rijeci, te iste godine upisuje Medicinsku školu u Rijeci, smjer medicinska sestra/tehničar opće njege. Nakon petogodišnjeg obrazovanja, 2021. godine završava srednju školu te upisuje prijediplomski stručni studij sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. Studij završava 2024. godine.