

ZNANJA STUDENATA SESTRINSTVA O BULIMIJI NERVOZI: rad s istraživanjem

Šunjić, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:710479>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-07**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Petra Šunjić

ZNANJA STUDENATA SESTRINSTVA O BULIMIJI NERVOZI: rad s istraživanjem
Završni rad

Rijeka, 2023.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE PROFESSIONAL STUDY OF NURSING

Petra Šunjić

KNOWLEDGE OF NURSING STUDENTS ABOUT BULIMIA NERVOSA: research

Final thesis

Rijeka, 2023.

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. _____

Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Katedra za sestrinstvo
Studij	Prijediplomski stručni studij sestrinstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Petra Šunjić
JMBAG	351011005

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Znanja studenata sestrinstva o bulimiji nervozi: rad s istraživanjem
Ime i prezime mentora	Dunja Čović, univ. mag. med. techn., naslovni predavač
Datum predaje rada	
Identifikacijski br. podneska	2113827237
Datum provjere rada	11. lipnja 2023.
Ime datoteke	ZR_unji_1
Veličina datoteke	168 kB
Broj znakova	86238
Broj riječi	12012
Broj stranica	53

Podudarnost studentskog rada:

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

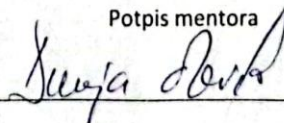
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	11. lipnja 2023.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

11. lipnja 2023.

Potpis mentora



SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Poremećaji prehrane	3
1.2. Prevalencija poremećaja prehrane	4
1.3. Bulimija nervoza.....	4
1.4. Etiologija bulimije nervoze	5
1.5. Komplikacije	11
1.6. Dijagnostički kriterij.....	14
1.7. Liječenje	15
2. CILJEVI I HIPOTEZE	18
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE	19
4. REZULTATI	21
4.1. Prikaz sociodemografski obilježja ispitanika	21
4.2. Prikaz rezultata znanja studenata sestrinstva o bulimiji nervozi	25
5. RASPRAVA	32
6. ZAKLJUČAK.....	34
LITERATURA	35
PRIVITCI	38
ŽIVOTOPIS	45

SAŽETAK

Uvod: Poremećaji prehrane svrstavaju se u psihičke bolesti. Odlikuje ih prekomjerna zabrinutost i orijentiranost na oblik i težinu tijela te nisko samopoštovanje i loša emocionalna kontrola. Prema američkoj udruzi za poremećaje prehrane (*National Eating Disorders Association – NEDA*) 70 milijuna ljudi diljem svijeta pati od poremećaja prehrane. Etiologija poremećaja prehrane je multifaktoralna. Riječ je o ozbiljnom zdravstvenom problemu koji negativno utječe na fizičko, socijalno i psihičko zdravlje. Liječenje je dugotrajan proces koji zahtjeva multidimenzionalan pristup i uključuje primjenu psihoterapijskih tehnika te farmakoterapije.

Cilj: Ispitati znanja redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija o bulimiji nervozi.

Materijali i metode: Ispitivanje znanja provedeno je između studenata sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci uz pomoć elektroničkog upitnika. Za prikaz podataka korištene su tablice i grafovi, a podatci u istraživanju prikazani su deskriptivnom statistikom te neparametrijskim statističkim metodama.

Rezultati: Upitnik je ispunilo 100 studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Ovisno o statusu studenta, 54% ispitanika navelo je da su redovni studenti dok je 46% navelo da su izvanredni studenti sestrinstva. Minimalan broj točnih odgovora iznosio je 9, dok je maksimalan broj iznosi 21.

Zaključak: Analiza prikupljenih podataka ukazala je da ne postoji statistički značajna razlika u znanju između redovnih i izvanrednih studenata.

Ključne riječi: adolescencija, bulimija nervoza, poremećaji prehrane, rizični čimbenici

ABSTRACT

Introduction: eating disorders are classified as mental illnesses. They are characterized by excessive concern and orientation towards body shape and weight, as well as low self-esteem and poor emotional control. According to the National Eating Disorders Association – NEDA, more than 70 million people across the world suffer from eating disorders. The etiology of eating disorders is multifactorial. It is a serious health problem that negatively affects physical, social and mental health. Treatment is a long-term process that requires a multidimensional approach and includes both the application of psychotherapeutic techniques and pharmacotherapy.

Objective: To examine the knowledge of full-time and part-time nursing students of the University of Health Studies about bulimia nervosa.

Materials and methods: Knowledge testing was conducted among nursing students at the University of Health Studies in Rijeka with the help of an electronic questionnaire. To display the data there were used tables and graphs in the research, which were presented using descriptive statistics and non-parametric statistical methods.

Results: The questionnaire was filled out by 100 nursing students of the University of Health Studies in Rijeka. Depending on the student status, 54% of questioned students indicated that they were full-time nursing students while 46% indicated that they were part-time nursing students. The minimum of correct answers is 9, while the maximum number is 21.

Conclusion: The analysis of the collected data indicated that there is no statistically significant difference in knowledge between full-time and part-time students.

Key words: adolescence, bulimia nervosa, causes, eating disorders

1. UVOD

Poremećaji prehrane su bolesti potencijalno opasne po život čiji su predstavnici anoreksija nervoza, bulimija nervoza i kompulzivno prejedanje. Ovaj završni rad usmjeren je na bulimiju nervozu koju karakterizira trajno odstupanje u navikama hranjena s ekstremnim i rigidnim dijetnim pravilima kao što su izbjegavanje hrane, ograničavanje količine hrane te podjela iste na dobru i lošu. Uz rigidna dijetna pravila, prisutne su epizode prejedanja u kombinaciji s kompenzacijskim ponašanjem kao što je samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa i diuretika ili pojačana tjelesna aktivnost. Ono što poremećaje prehrane pa tako i bulimiju nervozu razlikuje od drugih abnormalnosti vezanih uz hranjenje je poremećaj slike vlastitoga tijela (1,2). Postoji mnoštvo rizičnih čimbenika koji utječu na pojavnost bulimije nervoze. Najčešća podjela rizičnih čimbenika jest na biološke, psihološke te sociokulturalne čimbenike, no najlakše rečeno smatra se da je riječ o kombinaciji navedenih rizičnih čimbenika s naglaskom na utjecaj obitelji, vršnjaka te masovnih medija i društvenih mreža u životnome razdoblju kada je osoba najranjivija, a prema psihološkim razvojnim fazama djeteta to je vrijeme adolescencije (1,2). Adolescencija je životno razdoblje intenzivnih promjena odnosno prijelazno razdoblje između djetinjstva i odrasle dobi. Put prema zrelosti je obilježen internalizacijom novih ponašanja u odnosima među spolovima, usvajanjem moralnih i etičkih vrijednosti, ostvarivanjem emocionalne zrelosti te prihvaćanjem vlastitoga tijela. Naime, tijekom adolescencije gradi se osobni identitet zbog čega mladi uspješnost najviše procjenjuju na temelju tjelesnog izgleda (1). Toj činjenici također pogoduje i utjecaj masovnih medija i društvenih mreža koji nameću vitkost i mršavost kao simbol tjelesne privlačnosti i „potencijalnog“ uspjeha. Okruženi smo nerealnim prikazima ljudskog tijela koji su najčešće dotjerani računalnom obradom fotografija, estetskim korekcijama te na taj način povećavaju nezadovoljstvo vlastitim tijelom i utječu na krivu predodžbu vlastitoga tijela. S druge strane negativni komentari o tjelesnom izgledu kao što su uspoređivanje tjelesnog izgleda i objektivizacija tijela od strane vršnjaka pogoduju internalizaciji poruke i prihvaćanju tih vrijednosti. Rana izloženost negativnim komentarima o tjelesnom izgledu povezana je s povećanim rizikom za nezadovoljstvom vlastitim tijelom i razvojem poremećaja prehrane. Svaka osoba je individua za sebe stoga se tjelesne promjene koje se javljaju tijekom puberteta neće javiti kod svih u isto vrijeme zbog čega su često prisutni nesigurnost i gubitak samopoštovanja (1,2,3). Zabrinutost tjelesnim izgledom od većeg je značaja za djevojke nego za mladiće u periodu adolescencije. Naime kod djevojaka u adolescenciji dolazi do povećanja

tjelesne težine zbog hormonalnih promjena što ih udaljava od onog idealnog prikaza ženskog tijela koje propagiraju masovni mediji i društvene mreže (1). Bulimiju nervozu često prati i neriješeni obiteljski odnosi, tj. nezadovoljene emocionalne potrebe zbog čega pojedinac ostaje gladan ljubavi. Osjećaj unutarnje praznine i psihičke boli nastoji se nadomjestiti prekomjernim unosom hrane bogate ugljikohidratima koja dovodi do opuštanja neurotransmitera serotonina čiji su učinci sreća, uroda i smirenost. Nedostatak emocionalne topline i povećana kontrola djetetovoga ponašanja povećavaju rizik za razvoj poremećaja prehrane (1,4,5). Kod oboljelih od bulimije nervoze povećana je učestalost anksioznog i depresivnog poremećaja, zloraba alkohola i sredstava ovisnosti, nagla narav, impulzivnost, slabo podnošenje frustracija te perfekcionizam. Riječ je o ozbiljnom zdravstvenom problemu jer osim što narušava kvalitetu života, negativno utječe i na fizičko, socijalno i psihičko zdravlje (2,4). Procjenjuje se da u Republici Hrvatskoj boluje između 35 000 – 45 000 osoba od poremećaja prehrane. U usporedbi s drugim poremećajima mentalnog zdravlja, poremećaji prehrane ne pripadaju među najučestalije, ali stopa smrtnosti je do 20%. Veća pojavnost bulimije nervoze je u ženskog spola čak 90%, a početak bolesti je najčešći u adolescenciji. Poremećaji prehrane ne zaobilaze muški spol, podatci govore da otprilike 5 do 10% od ukupno oboljelih čine muškarci (6). Sveukupna prevalencija poremećaja prehrane procjenjuje se na 5% u općoj populaciji, od čega 3% otpada na bulimiju nervozu. Prema američkoj udruzi za poremećaje prehrane (*National Eating Disorders Association – NEDA*) 70 milijuna ljudi diljem svijeta pati od poremećaja prehrane. Prema američkom mjesečnom biomedicinskom časopisu (*American Journal of Clinical Nutrition*) globalna prevalencija poremećaja prehrane porasla je s 3,4% na 7,8% između 2000 i 2018 godine (7).

Cilj ovog istraživanja je ispitati znanja redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija o bulimiji nervozu jer nije riječ samo o poremećaju prehrane koji se temelji na epizodama prejedanja i kompenzacijskom ponašanju već ono narušava kvalitetu života te zdravlje u cijelosti. Perfekcionizam i stav „sve ili ništa“ dovode do krive predodžbe slike vlastitoga tijela i stvara se krivi sustav vrijednosti gdje je glavni čimbenik uspješnosti tjelesni izgled. Hrana koja je ključna za funkcioniranje organizma koristi se kao sredstvo nagrade i kazne koju prati gubitak kontrole nad konzumacijom iste. Gubitak kontrole praćen je impulzivnošću, nesigurnošću, uznemirenošću, a sve s ciljem „hranjenja“ emocionalnih rana.

1.1. Poremećaji prehrane

Često se poremećaji prehrane povezuju isključivo s hranom i okupiranošću tjelesnim izgledom, ali zapravo je riječ o kompleksnim bolestima čija se patofiziologija povezuje s različitim uzročnicima. Prava problematika poremećaja prehrane je mnogo dublja te oboljeli koriste hranu kako bi se nosili sa osjećajima koji su za njih u datom trenutku nadmoćni. Hrana se koristi kao prividno sredstvo držanja kontrolne nad određenom situacijom i vlastitim životom. Riječ je o štetnom ponašanju čije se posljedice očituju na tjelesnom, mentalnom i socijalnom zdravlju. Osobe s poremećajima prehrane usvajaju ekstremna i rigidna dijetna pravila koja uključuju vrijeme, vrstu te količinu hrane, brojanje kalorijskog unosa, čitanje i proučavanje deklaracija na prehrambenim proizvodima. Oboljeli često izbjegavaju jelo, ograničavanju količinu hrane do određene kalorijske vrijednosti te izbjegavaju određenu vrstu hrane koja se često opisuje kao loša (8). Poremećaje prehrane odlikuje prekomjerna zabrinutost i orijentiranost na oblik i težinu tijela koji su isprepleteni s niskim samopoštovanjem i lošom emocionalnom kontrolom.

Više je definicija poremećaja prehrane ovisno s kojeg se aspekta gleda – medicinskog, psihološkog ili sociološkog. Jedna od definicija jest da je poremećaj prehrane poremećen odnos prema hrani te slici o izgledu vlastitoga tijela koji posljedično uzrokuje neuravnotežen unos hrane te oštećenje fizičkog i psihosocijalnog zdravlja što predstavlja prepreku u uspješnom izvršavanju svakodnevnih obveza. Drugi poremećaj u prehrani definiraju kao psihološki poremećaj koji podrazumijeva značajna odstupanja u prehrambenim navikama kao što su izgladnjivanje, restriktivne dijetne, prejedanje, samoizazvano povraćanje, zlouporabu laksativa i diuretika i sl. Još jedna definicija poremećaja prehrane jest da je riječ o psihičkom poremećaju kojima je zajedničko preokupacija hranom, a posljedično tome uzrokuju gubitak samopoštovanja, povlačenja u sebe te poteškoće u uspostavljanju emocionalnih odnosa (6). Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10) u poremećaje prehrane ubrajaju se anoreksija nervoza, atipična anoreksija nervoza, bulimija nervoza, atipična bulimija nervoza, pretjerano jedenje udruženo s drugim psihičkim smetnjama, povraćanje udruženo s drugim psihičkim smetnjama te drugi poremećaji hranjenja. Svi navedeni poremećaji prehrane spadaju u bihevioralni sindrom vezan uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (9). Prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnik za mentalne poremećaje (DSM V) u poremećaje prehrane ubrajaju se anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaji s prejedanjem, drugi specifikirani te nespecificirani poremećaji hranjenja (10).

1.2. Prevalencija poremećaja prehrane

Neki izvori procjenjuju da od poremećaja prehrane u Hrvatskoj boluje između 35.000 do 45.000 osoba dok drugi izvori procjenjuju da je broj oboljelih oko 90.000 osoba. Najugroženija životna dob je od 15 do 35 godina. Sve češće poremećaji prehrane javljaju se i kod muškaraca, ali trenutni omjer učestalosti obolijevanja prema spolu jest 9:1 za ženski spol (11,12). Podatci govore da 5 - 10% od ukupnog broja oboljelih čine muškarci, ali naslućuje se da je taj broj i viši. Muškarci koji boluju od poremećaja prehrane kroz povijest bili su izostavljeni iz istraživanja jer su u statističkom smislu predstavljali rijetkost. Kada se promatraju poremećaji prehrane u dječjoj dobi mnogo više je oboljelih dječaka čak njih 25%, ali kada se promatra adolescencija više obolijevaju djevojke zbog veće zabrinutosti za tjelesni izgled i težinu (13). Veći rizik od oboljenja od poremećaja prehrane imaju adolescenti zbog izgradnje identiteta i samopoštovanja te želje za pripadanjem određenoj skupini.

Poremećaji prehrane kod žena javljaju se u ranijoj životnoj dobi u usporedbi s muškarcima kod kojih se javljaju u kasnijoj dobi. Broj oboljelih muškaraca od bulimije nervoze iznosi 10 – 15%, a 0,5% čine adolescenti i mladi odrasli muškarci. Uglavnom je riječ o homoseksualnim i biseksualnim muškarcima (8,14). Bulimija nervoze uglavnom zahvaća djevojke adolescentne dobi. Najrizičnija skupina za razvoj bulimije nervoze su osobe u period kasne adolescencije i rane odrasle dobi između 20 i 25 godina (12). U životnom vijeku od anoreksije nervoze oboli od 0,5 – 3,7% žena, a od bulimije nervoze 1,1 – 4,2% žena. Bulimiju nervozu je teže dijagnosticirati jer oboljeli imaju 10% manju tjelesnu težinu od idealne ili pak imaju idealnu ili veću težinu od idealne za razliku od oboljelih od anoreksije nervoze čija je tjelesna težina u prosjeku za 15% manja od idealne (11). Ono što je zajedničko anoreksiji nervoze i bulimiji nervoze jeste ekstremna zabrinutost zbog tjelesnog izgleda i težine te zaokupljenost oblikom tijela što se očituje učestalim promatranjem tijela te uspoređivanjem vlastitog tijela s tijelima drugih osoba. Kako bi ostvarili navedene ciljeve prisutna su već navedena odstupanja u navikama hranjenja.

1.3. Bulimija nervoze

Riječ bulimija potječe od grčke riječi, a u prijevodu znači „bikova glad“. Može se pojaviti samostalno ili naizmjenice s anoreksijom nervozom. Riječ je o bolesti kroničnog tijeka koja je praćena povremenim remisijama. Prvi put u medicinskoj literaturi opisana je 1979. godine kada je Gerald Russell bulimiju nervozu svrstao kao samostalan poremećaj prehrane, tj. odvojio od anoreksije nervoze. Do 1980. godine termin bulimija je u medicinskoj terminologiji označavala simptome različitih stanja koja su se očitovala prejedanjem. Svoje korijenje bulimija

nervoza vuče još iz perioda drvenog Egipta, Grčke i Rima kada se povraćanje i uporaba laksativa koristila s ciljem očuvanja zdravlja. Naime postojale su specijalno pripremljene prostorije zvane „*vomitorium*“ koje su služile u svrhu izazivanja povraćanja (11,14,15). Bulimija nervoza sastoji se od epizoda prekomjernog unosa visokokalorične hrane u ograničenom vremenu nakon čega slijedi samoizazvano povraćanje, zloraba laksativa ili pretjerana tjelovježba nakon kojih se obnavlja želja za jedenjem. Hrana se konzumira potajno, guta brzo i bez mnogo žvakanja. Prejedanje traje sve dok osoba ne osjeti da je dovoljno „puna“ ili dok se ne razvije osjećaj neugode i boli zbog prepunjenosti želudca. Okidač za prejedanje su neugodni osjećaji povezani s tjelesnim izgledom, težinom i oblikom tijela, svakodnevni životni stresori te dosada. Uznemirenost, tuga i ljutanja su nepodnošljivi zbog čega ih se nastoji suzbiti prejedanjem. Prejedanje dovodi do smanjenja intenziteta ili do prestanka navedenih osjećaja, tj. dovodi do osjećaja zadovoljstva i olakšanja, ali ubrzo nakon toga slijedi depresivna faza obilježena samokritikama, krivnjom, ponižavanjem i nezadovoljstvom. Stoga jedan od načina ublažavanja navedenih osjećaja je uporaba kompenzacijskog ponašanja. Neki izvori navode da samoizazvano povraćanje također pomaže u smanjenju negativnih emocija i krivnje. Neposredni učinak povraćanja je ublažavanje fizikalnih smetnji i straha od porasta tjelesne težine. S vremenom povraćanje može postati cilj sam za sebe i jedan od mehanizam nošenja sa stresom. Zbog straha od osuđivanja i kritiziranja te srama zbog prehrambenih navika oboljeli izbjegavaju socijalne interakcije u kojima je prisutna hrana (2,11,13,14). Bulimiju nervozu karakterizira slabija emocionalna regulacija koja je povezana s višom razinom impulzivnosti i slabijom kontrolom impulsa. Prejedanje predstavlja disfunkcionalnu strategiju nošenja sa stresom i negativnim emocijama u čijoj je srži osjećaj gubitka kontrole (15). Najčešći obrasci ponašanja oboljelih su kreiranje planova kada će se odviti ciklus prejedanja i pražnjenja, socijalna izoliranost, nisko samopoštovanje, česti odlasci u sanitarni čvor nakon obroka, preokupacija misli o hrani, osjećaj gubitka kontrole u blizini hrane, podjela hrane na dobru i lošu, učestalo vaganje i promatranje tijela u ogledalu, kriva percepcija vlastitoga tijela, crno – bijelo razmišljanje (sve ili ništa), erozivna oštećenja na prednjoj strani ruku, promjena pigmentacije zubi, preokupiranost tjelesnom težinom te promjene na istoj (16).

1.4. Etiologija bulimije nervoze

Nepoznati su uzroci poremećaja prehrane, ali smatra se da je riječ o kombinaciji različitih čimbenika. Neki autori rizične čimbenike dijele na intrapersonalne, interpersonalne, čimbenike višeg reda te percipitirajuće čimbenike. Intrapersonalni čimbenici su ženski spol, nedostatak osjećaja sposobnosti, strah od sazrijevanja i poteškoće hranjenja u ranijoj dobi.

Interpersonalni čimbenici podrazumijevaju roditelje orijentirane na uspjeh ili sklone kontrolirajućem ponašanju te roditelji koji su u međusobnom sukobu. Čimbenici višeg reda su društveni pritisak te poimanje uspjeha dok percipitirajući čimbenici podrazumijevaju osjećaj gubitka samokontrole i samopoštovanja te nove i nepoznate okolnosti kao što su intimnost i gubitak (11). Drugi autori rizične čimbenike dijele u tri skupine – biološke, psihološke i socijalne čimbenike. Osim navedenih čimbenika u obzir je potrebno uzeti utjecaj obitelji kao primarne zajednice gdje se odvija socijalizacija i prenošenje sustava vrijednosti, zatim utjecaj vršnjaka i društva općenito koji također utječu na oblikovanje mlade osobe u vremenu puberteta i adolescencije. Više nego ikada treba naglasiti utjecaj masovnih medija i društvenih mreža koji su postali glavni izvor informacija. Sve više uključeni su i u sustav obrazovanja i imaju jaki utjecaj na psihosocijalni razvoj osobe te utjecaj u oblikovanju „društvenog prihvatljivog“ lika mlade osobe. Psihodinamika poremećaja prehrane je izrazito složena te da bi navedeni rizični čimbenici doveli do bulimije nervoze osoba mora doživjeti jaki emocionalni stres, tj. bolnu psihološku ranu. Naime emocionalna i psihološka rana povećava rizik od oboljenja ako je osoba izložena različitim rizičnim čimbenicima. Prema nekim autorima osobe koje nisu doživjele psihološku ranu, a bile su izložene rizičnim čimbenicima zbog dobrih mehanizama obrane nemaju povećan rizik od obolijevanja (5).

Biološki čimbenici uključuju genetsku predispoziciju, disbalans u lučenju hormona i neuroprijenosnika, dob, spol te tjelesni razvoj. Različiti autori navode da postoji genetski prijenos, ali ne postoji dovoljno istraživanja na navedenu temu. Povećan rizik zabilježen je kod bliskih srodnika i jednojajčanih blizanaca (6,17). Neuroprijenosnik serotonin poznat kao i „hormon sreće“ sudjeluje u regulaciji apetita i raspoloženja. Njegov disbalans, tj. snižena koncentracija povezuje se s poremećenom regulacijom apetita i učestalim promjenama raspoloženja koje dovode do anksioznosti, impulzivnosti i sklonosti ka opsesivnom ponašanju. S druge strane prisutna je i abnormalna aktivnost hipotalamusa što se očituje nemogućnošću uzrokovanja osjećaja sitosti koja povećava koncentraciju serotonina te shodno tome regulira apetit. U konačnici zbog nemogućnosti uzrokovanja osjećaja sitosti oboljele osobe nakon obroka i dalje osjećaju glad te su sklone konzumaciji hrane bogate ugljikohidratima jer u sebi sadrži aminokiselinu triptofan. U ljudskom tijelu triptofan se različitim biokemijski procesima pretvara u serotonin. Iz priloženog se da zaključiti da je riječ o začaranom krugu jer osoba nakon obroka i dalje ostaje gladna, nezasićena je što neće dovesti do povećanja koncentracije serotonina koji će regulirati apetit, a shodno tome i raspoloženje. Disbalans serotonina prisutan je čak i nakon terapijskog liječenja (11,14,16). Oboljeli od bulimije nervoze imaju i smanjenu

koncentraciju dopamina koji je zaslužan za sustav nagrađivanja u mozgu. Naime, konzumacija hrane te razmišljanje o istoj stimulira dopaminski sustav, tj. sustav nagrađivanja koji zatim prenosi informacije u više moždane centre. Na temelju stimulacije dopaminskog sustava stvara se iskustvo i uroda prilikom konzumacije određene vrste hrane. Sustav nagrađivanja zbog smanjene aktivnosti dopamina slabije reagira na podražaj hranom što dovodi do prekomjernog unosa visoko kalorične hrane s ciljem izazivanja urode. Potrebna su dodatna istraživanja jer znanstvenici sa sigurnošću ne mogu tvrditi je li navedena dinamika neuroprijenosnika pogoduje nastanku bulimije neruoze ili je riječ o posljedici koju ona sa sobom uzrokuje (16).

Ženski spol, adolescencija te rana odrasla dob također predstavljaju jedan od rizičnih čimbenika. Njihova uzročno posljedična veza pronalazi se u tjelesnim i emocionalnim promjenama koje se odvijaju tijekom puberteta i adolescencije. Dok u pubertetu dolazi do burnog tjelesnog razvoja u vremenu adolescencije osoba sazrijeva emocionalno i kognitivno, tj. oblikuje i razvija vlastiti identitet, otkriva spolnost te ostvaruje emocionalnu samostalnost od roditelja. Ključno za razumijevanje povezanosti tjelesnog i emocionalnog razvitka u nastanku bulimije neruoze je činjenica da se ljudsko tijelo mijenja. Navedene promjene ovise o spolu i dobi. Naime, djevojke ranije tjelesno i emocionalno sazrijevaju u odnosu na mladiće zbog čega i češće obolijevaju od poremećaja prehrane. Zbog utjecaja ženskih spolnih hormona (estrogena i progesterona) ulaskom u pubertet kod djevojaka dolazi do rasta u visinu, rasta grudi, porasta tjelesne težine, povećava se obujam bokova i stražnjice, rastu stidne dlačice te započinje menstruacija. Kod mladića zbog utjecaja muškog spolnog hormona (testosterona) dolazi do povećanja spolovila, noćne ejakulacije, promjene boje i dubine glasa, rasta u visinu te pojačan rast dlaka na licu, bradi, prsima te leđima. Navede tjelesne promjene su univerzalne, ali njihova pojava ovisi o pojedincu i ne javlja se kod svih u isto vrijeme. Naime, djevojke prije tjelesno sazrijevaju u odnosu na mladiće shodno tome kod njih i prije započinje i emocionalni razvoj, tj. adolescencija. Djevojke u prosjeku dvije godine ranije ulaze u pubertet u odnosu na mladiće. Osim što postoje razlike u sazrijevanju između spolova u obzir treba uzeti i razlike unutar iste kronološke dobi i spola. Navedene tjelesne promjene različito utječu na sliku tijela kod djevojaka i mladića. Djevojke su nezadovoljnije jer se tjelesnim razvojem udaljavaju od vitkog i atletskog građenog ženskog tijela. U prosjeku djevojke žele imati što manju tjelesnu težinu jer se povezuje sa sitnijim i vitkijim tijelom dok mladići žele biti krupniji, tj. imati višu tjelesnu težinu. Rano sazrele djevojke te kasno sazreli mladići imaju nisko samopoštovanje i lošije tjelesno samopoimanje jer se od strane vršnjaka navedene tjelesne promjene percipiraju negativno. Brojna istraživanja dokazala su da su učinci ranog sazrijevanja kod djevojaka te

kasnog kod mladića dugotrajni te da dovode do nezadovoljstva vlastitim tijelom i većom učestalosti provođenja restriktivnih dijeta što povećava rizik od oboljenja od poremećaja prehrane. Drugim riječima djevojke koje kasno sazrijevaju te mladići koji rano sazrijevaju imaju više samopoštovanje i bolje tjelesno samopoimanje jer se uklapaju u suvremene standarde ljepote. Završetkom puberteta započinje vrijeme potrage za vlastitim identitetom koje je praćeno burnim emocionalnim i kognitivnim razvojem zbog čega se adolescenti općenito smatraju najranjavijom skupinom u društvu te shodno tome imaju i povećan rizik od obolijevanja od poremećaja prehrane (1,6,13,14,18,19).

Psihološki čimbenici kao što su slika o sebi, nezadovoljstvo vlastitim tijelom, samopoštovanje i perfekcionizam imaju snažnu ulogu u pojačavanju patologije poremećaja prehrane. Oboljele osobe imaju krivu i nerealnu percepciju vlastitoga tijela. Često svoje tijelo smatraju pretjerano krupnim i neproporcionalnih dimenzija. Slika tijela definira se kao konstrukt koji se odnosi na tjelesno samopoimanje i subjektivnu evaluaciju vlastitoga tijela. Autori smatraju da se slika tijela temelji na dvjema bitnim komponentama – perceptivna i subjektivna komponenta. Perceptivna komponenta podrazumijeva perceptivnu točnost procjene vlastitoga tijela, tj. veličine i oblika u odnosu na stvarne proporcije. Subjektivna komponenta slike tijela podrazumijeva osjećaj ugone i zadovoljstva, tj. osjećaj neugode i nezadovoljstva veličinom ili oblikom vlastitoga tijela te uključuje misli i stavove koji se odnose na tjelesni izgled (3,20). Do nezadovoljstva vlastitim tijelom dolazi zbog svjesnosti o postojanju određenog standarda ljepote, zatim internalizaciji, tj. prihvaćanju tih vrijednosti te u konačnici zbog društvenog pritiska za dostizanjem navedenog (3). Zbog nesrazmjera između percipiranog i idealnog društveno uvjetovanog izgleda dolazi do nezadovoljstva slikom vlastitog tijela. Nezadovoljstvo tijelom je negativna subjektivna procjena tijela ili njegovih specifičnih dijelova i karakteristika kao što su veličina i oblik tijela te veličina i udio mišića. Koliki će stupanj nezadovoljstva tijelom biti to uvelike ovisi o tome koliko osoba sebe doživljava u skladu s društvenim idealom ljepote. Prisutna su četiri pristupa koja tumače nezadovoljstvo tijelom. Prvi od njih je pristup socijalne usporedbe vlastitoga tijela s tijelima drugih osoba, sljedeći je pristup sociokulturnog pritiska uz pomoć kojeg mediji i društvene mreže više nego ikad nameću tjelesne karakteristike koje su prihvatljive i poželjne. Treći pristup je razvojni koji pokrjepljuje činjenicu da nezadovoljstvo tijelom započinje u pubertetu i nastavlja se tijekom adolescencije zbog burnog tjelesnog i emocionalnog razvoja te zadnji, četvrti pristup je pristup negativnog verbalnog komentara što podrazumijevanja izloženost osobe ružnim i negativnim komentarima na temelju tjelesnog izgleda (6). Tijekom adolescencije i mlade odrasle dobi stupanj

nezadovoljstva vlastitim tijelom je najviši upravo zbog oblikovanja vlastitog identiteta, ali i zbog potrebe za prihvaćanjem i pripadnošću. Osoba smatra da ako zadovolji postavljene norme i standarde ljepote da će na taj način biti prihvaćena i uvažena. Naime, tijelo možemo promatrati kroz izvana opažljiva i neopažljiva obilježja. Tjelesna težina, oblik i veličina tijela predstavljaju izvana opažljiva dok naše sposobnosti i vještine predstavljaju neopažljiva obilježja. Zbog sve većeg naglaska na izvana opažljiva obilježja dolazi do njihove internalizacije i prihvaćanja kao jednog od sustava vrijednosti što uzrokuje negativne stavove prema hranjenju i shodno tome povećava rizik od oboljenja od poremećaja prehrane (21). Samopoimanje je usko povezano sa samopoštovanjem. Društvena okolina uvjetuje i postavlja standarde ljepote što utječe na percepciju i prihvaćanje vlastitoga tijela, tj. na samopoimanje što znači da osoba na temelju prosudbe drugih gradi sliku o sebi (6). Samopoštovanje predstavlja opću pozitivnu sliku o sebi te služi kao zaštita od internalizacije nametnutih vrijednosti i standarda ljepote od strane društva te štiti od potrebe za socijalnom usporedbom s drugima (3). Ono predstavlja pozitivan ili negativan stav prema sebi i upravo roditelji kao prva stepenica u socijalizaciji djeteta imaju značajnu ulogu u prenošenju sustava vrijednosti i kreiranju pozitivne slike o sebi. Samopoštovanje ne ovisi isključivo o pojedincu već uvelike na njega utječu komentari i reakcije drugih osoba. Kritike, neodobravanje te uspoređivanje s drugima narušavaju samopoštovanje, tj. dovode do negativnog stava prema sebi. Sukladno tome osoba postaje emocionalno ranjiva i osjetljiva te se povećava rizik za oboljenje od poremećaja prehrane pa tako i bulimije nervoze (3). Neki autori smatraju da perfekcionizam prethodi bulimiji nervoze te da je povezan s lošim životnim iskustvima ili da je rezultat genetskog naslijeđa. Oboljele osobe koje su bile žrtve tjelesnog i spolnog zlostavljanja imaju izraženiji perfekcionizam od osoba bez takvog iskustva. Perfekcionizam predstavlja težnju za nepogrešivošću. Obilježen je postavljanjem visokih standarda i pretjerane kritiče evaluacije. Kod poremećaja prehrane perfekcionizam se očituje u domeni hranjenja u vidu ekstremnih dijetnih pravila, tjelesne težine, oblika i veličine tijela (18,22).

U socijalne rizične čimbenike ubrajaju se utjecaj roditelja i obitelji, vršnjaka te masovnih medija i društvenih mreža. Obitelj kao temeljna socijalna zajednica je mjesto gdje mlada osoba usvaja i prihvaća pravila, norme, vrijednosti i pogled na svijet. Osim toga roditelji imaju veliku ulogu i u pogledu toga kako će dijete gledati na svoj izgled i tijelo. Dokazano je da stavovi i ponašanja roditelja prema vlastitom tijelu su značajno povezani sa slikom tijela koju imaju njihova djeca (6). Postoje tri dimenzije roditeljskog ponašanja koje su od posebnog značaja za razvoj djeteta, ali i za bolje razumijevanje uzročno posljedične povezanosti

poremećaja prehrane i uloge roditelja. Prva dimenzija je prihvaćanje nasuprot odbacivanju što uključuje roditeljsku toplinu, podršku i ohrabrivanje. Sljedeća dimenzija je roditeljski nadzor, tj. kontrola nasuprot autonomiji koja obuhvaća ograničenja i disciplinu koju roditelji postavljaju svojoj djeci. Posljednja dimenzija je dosljednost, tj. kontinuitet u određenom roditeljskom ponašanju (14). Autori navode da niska razina očinske brige i ljubavi, visoka očinska kontrola i pretjerano zaštitničko ponašanje povećavaju rizik za oboljenje od poremećaja prehrane. Konflikti, niska razina obiteljske kohezivnosti i podrške, iskustva tjelesnog i spolnog zlostavljanja, zanemarivanje tijekom djetinjstva, određeni obiteljski problemi u vidu alkoholizma, ovisnosti, depresije i pretilosti često su popratna pojava poremećaja prehrane (14,15). S druge strane roditelji koji su pretjerano zaštitnički orijentirani prema svojoj djeci i suviše kontroliraju djetetovo ponašanje ili pak imaju visoka očekivanja također predstavljaju rizik po razvoj poremećaja prehrane (13). Obitelji osoba koje boluju od bulimije nervoze su manje bliske i emocionalno tople, a više zahtjevne i sukobljavajuće. Odnos s ocem je obilježen nedostatkom emocionalne topline i prihvaćanja (14,13). Majke oboljelih od bulimije nervoze opisuju se kao pasivne osobe koje nesvjesno odbacuju dijete jer su najčešće opterećene psihološkim problemima. Oboljeli majke opisuju kao krute i nedovoljno emocionalno tople zbog čega osjećaj emocionalne praznine nadoknađuju hranom. Hrana je prijelazni objekt, tj. zamjena za majčinu ljubav. Na taj način zaobilazi se potencijalno razočarenje u druge osobe, a hrana je izvor utjehe koji pomaže u oslobađanju od emocionalne boli i razočarenja. Negativno iskustvo i osjećaj gubitka pridonose razvoju jake lojalnosti prema obitelji i tendenciji žrtvovanja svojih potreba u svrhu boljitka ostalih članova. Također dolazi do patološkog obrata u odnosu između članova obitelji na taj način da oboljeli preuzimaju ulogu roditelja (16). Tjelesno i spolno zlostavljanje, ali i druge vrste traumatskih i neugodnih iskustava predstavljaju rizične čimbenike za razvoj poremećaja prehrane. Kao posljedica zlostavljanja, oboljeli prema majci osjećaju ambivalenciju, tj. istovremeno osjećaju ljubav i ljutnju jer ih majka nije zaštitila od zlostavljanja te je prisutna jaka želja za autonomnom kontrolom nad vlastitim tijelom koja se pronalazi u kontroli hrane (16). Ulaskom u pubertet na psihosocijalni razvoj sve veći utjecaj imaju i vršnjaci. Javlja se potreba za pripadanjem i prihvaćenošću zbog čega mišljenje i stavovi vršnjaka dobivaju sve veći značaj. Malo je istraživanja koja se odnose na uzročno posljedičnu povezanost između poremećaja prehrane i utjecaja vršnjaka, ali istraživanja su potvrdila da adolescenti teže međusobnom takmičenju i uspoređivanju, ali i tome da slične jedne drugome u različitim dimenzijama pa tako i u tjelesnom izgledu. Upravo na temelju sličnosti se javlja osjećaj pripadnosti, a svaka razlika izložena je poruzi i zadirkivanju koji su značajno povezani s nezadovoljstvom vlastitim tijelom i niskim samopoštovanjem. Dokazano je da su žene koje

su tijekom puberteta i adolescencije bile izložene zadirivanju razvile manjak samopoštovanja i da su u većoj mjeri bile nezadovoljnije svojim tijelom (2,13). Česta tema među adolescentima je tjelesni izgled jer je upravo on u adolescenciji bitna odrednica samovrednovanja i vrednovanja drugih. Adolescenti, posebice djevojke međusobno se potiču na praćenje modnih trendova koji često određuju oblik te veličinu ženskog tijela, ali i uključuju razne restriktivne dijetete, izgladnjivanje i brojanje kalorijskog unosa (6,13). Buran tehnološki razvoj masovnih medija s naglaskom na razvitku interneta uzrokovao je pojavu društvenih mreža čija je uporaba iz godine u godinu sve veća među adolescentima i mladim odraslim osobama. Danas su masovni mediji (novine, radio, televizija i internet) glavni izvor informacija, služe za razbibrigu, ali sve više koriste se i u obrazovanju. Masovni mediji i društvene mreže imaju veliki utjecaj na psihosocijalni razvoj mladih, ali i na oblikovanje ljudske samopredodžbe o vlastitom tijelu. Upravo masovni mediji i društvene mreže adolescentima stvaraju naj snažniji pritisak zbog tjelesnog izgleda. Ideal ljepote ženskog tijela odmiče se od prirodne fizionomije tijela i nameće se kao realan prikaz. Kao takav teško je dostižan te svako odmicanje od takvog nametnutog i nerealnog prikaza tijela kod adolescentica i mladih odraslih žena doprinosi sve većem nezadovoljstvu vlastitim tijelom. Da je riječ o modnom trendu govori činjenica da se standard ljepote ženskog tijela mijenjao tijekom čovječanstva. Od krupnog tijela s većim postotkom masnog tkiva koji je bio simbol plodnosti i zdravlja pa sve preko mršavog, tankog i dječaćkoga oblika tijela. Danas se u zapadnjačkoj kulturi cijeni vitko i mišićavo žensko tijelo bujnog poprsja dok se kod muškaraca cijeni mišićavo tijelo širokih ramena te uskog struka i bokova. Društvene mreže i masovni mediji povećavaju potrebu za uspoređivanjem vlastitoga tijela s tijelima koja zadovoljavaju trenutne kriterije idealnog, a često su takva tijela rezultat estetske kirurgije i računalne dorade fotografija (3,6).

1.5. Komplikacije

Bulimija nervoza uzrokuje zdravstvene probleme i posljedice koje se očituju na svim aspektima zdravlja. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije „zdravlje je stanje potpunoga tjelesnoga, duševnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i nemoći“ (23). Iz definicije je vidljivo da zdravlje nije samo tjelesno blagostanje i izostanak bolesti i nemoći već da ono uključuje duševno i društveno blagostanje koje je kod bulimije nervoze narušeno. Zdravstvene posljedice bulimije nervoze očituju se na brojnim organskim sustavima te povećavaju rizik od oboljenja od različitih bolesti. Koje će se posljedice po zdravlje razviti uvelike ovisi o načinu i učestalosti korištenja metoda kompenzacijskog ponašanja, ali i o dužini trajanja bolesti. U 90% slučajeva samoizazvano povraćanje i zloraba laksativa su najčešće

korištena kompenzacijska ponašanja. Patognomonični znak bulimije nervoze je Russelov znak. Riječ je o oštećenju kože na dorzalnoj strani šaka i na zglobovima prstiju na rukama. Russelov znak rezultat je učestalog kontakta zubi i šake prilikom samoizazvanih povraćanja. Kako bolest daje maha povraćanje postaje gotovo refleksno pa se Russelov znak više ne primjećuje (14,16). Učestale su erozije zubne cakline, karijes, parodontoza (upala tkiva koje podržava zube) i kserostomija (subjektivan osjećaj suhoće usne šupljine). Zubne erozije uglavnom se javljaju na lingvalnom dijelu maksilarnih zuba. Navedene bolesti usne šupljine nastaju uslijed erozivnog djelovanja želučane kiseline i ovise o učestalost samoizazvanog povraćanja, dužina trajanja bolesti, vrsta hrane koja se konzumira, oralnoj higijeni i kvaliteta zubi prije početka bolesti. Intenzivno i učestalo četkanje zubi uobičajeno je za oboljele od bulimije nervoze i ono također pridonosi oštećenju zubne cakline (16). Uslijed povraćanja kiselog sadržaja, povećane konzumacije hrane bogate ugljikohidratima tijekom epizode prejedanja i stimulacije receptora na jeziku gušteračnim proteolitičkim enzimima dolazi do hipertrofije i pojačane aktivnosti parotidne i submandibularne žlijezde slinovnice (16). Zbog učestalog povraćanja želučana kiselina uzrokuje oštećenje epitela jednjaka i slabljenje jednjačkog sfinktera što se prezentira kao gastroezofagealna refluksna bolest (GERB). Javlja se disfagija (otežano gutanje), odinofagija (bolno gutanje), promuklost uslijed oštećenja glasnica, upale ždrijela (faringitis) i jednjaka (ezofagitis). Neliječeni GERB dovodi do pojave ulkusa i Barretovog jednjaka. Riječ je o prekancerozi jednjaka koja povećava rizik za razvoj adenokarcinoma jednjaka. Oboljeli od bulimije nervoze imaju povećan rizik za razvoj karcinoma jednjaka, a slabija funkcija imunološkog sustava zbog malnutricije čini ih podložnijim štetnom djelovanju alkohola i cigareta u etiologiji karcinoma (8,16). Tijekom samoizazvanog povraćanja može doći do aspiracije povraćenog sadržaja te uslijed naprezanja prilikom povraćanja postoji rizik za pojavu pneumomedijastinuma (16). Zloraba laksativa i diuretika te samoizazvano povraćanje dovode do dehidracije, disbalansa tekućine i elektrolita. Hipokalemija, hiponatrijemija, hipokloremija i gubitak želučane kiseline uslijed čestog povraćanja dovode do metaboličke alkaloze, dok zloraba laksativa uzrokuje acidozu (15). Zbog povišenog aldosterona prisutni su periferni edemi, pa čak i nakon prestanka povraćanja i zlorabe laksativa i diuretika (16). Disbalans tekućine i elektrolita, ponajprije razine kalija, mogu dovesti do neodgovarajućeg srčanog ritma, zastoja rada srca i iznenadne smrti (14). Kao posljedica dehidracije javlja se konstipacija. Također, dolazi i do hormonalnog disbalansa što se očituje neredovitim menstrualnim ciklusima i disfunkcijom štitnjače. Česti simptomi su opća slabost, umor, mučnina, nadutost, preosjetljivost na buku i svjetlost, vrtoglavica te mišićna slabost i grčevi (13). Vrlo rijetke komplikacije bulimije nervoze su spontana ruptura jednjaka te dilatacija želuca koja vrši

pritisak na donju šuplju venu i gornju mezenteričnu venu. Dilatacija želuca bez njegove rupture praćena je sa smrtnim ishodom zbog prelaska cirkulacijskog volumena u treći prostor što posljedično uzrokuje hipovolemijski šok (16).

Oboljeli od bulimije nervoze imaju veći rizik za oboljenje od drugih psihićkih bolesti kao što su depresija, anksioznost, opsesivno-kompulzivni poremećaj te poremećaj lićnosti. Shodno tome patologija i obilježja navedenih bolesti pogoršavaju klinićku sliku bulimije nervoze. Zbog niske razine emocionalne kontrole i emocionalne labilnosti oboljeli su skloni konzumaciji i zlorabi psihoaktivnih tvari i alkohola. Istraživanja su dokazala da su anksioznost, poremećaji osobnosti, antisocijalno ponašanje te samoozljeđivanje ućestalije kod oboljelih koji koriste psihoaktivne tvari i stimulanse (11). Prevalencija poremećaja osobnosti kod bulimije nervoze varira između 20 – 75%. Utvrđeno je da je bulimija nervoza povezana s poremećajima osobnosti klastera B 10 koji uključuje histrionski, narcistićni, antisocijalni i granićni poremećaj osobnosti te klastera C 11 koji uključuje ovisni, izbjegavajući i opsesivno-kompulzivni poremećaj osobnosti. Visoka impulzivnost, emocionalna nestabilnost i labilnost, neinhibiranosti, anksioznost te opsesivno-kompulzivna rigidnost pridonose ciklusu prejedanja i pražnjenja. Neki autori smatraju da je opsesivno-kompulzivna simptomatika prisutna i prije pojave poremećaja prehrane te da perzistira i nakon povlaćenja simptoma bulimije nervoze (15). Granićni poremećaj osobnosti ima najveću prevalenciju koja iznosi više od 28%. Rizik od obolijeva povećava depresija, zloraba psihoaktivnih tvari te tjelesno i spolno zlostavljanje. Granićni poremećaj osobnosti opisuju brze promjene raspoloženja, osjećaj praznine, depresivnost praćena suicidalnim mislima, sklonost samoozljeđivanju, strah od odbacivanja i napuštanja, slaba kontrola impulsa, ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima, kleptomanija i seksualni promiskuitet (15,16). Prema istraživanjima 22,2% oboljelih zlorabi alkohol, 14,4% psihoaktivne tvari, a jedan ili više pokušaja suicida imalo je između 21 – 30% oboljelih. Dokazano je da oboljeli od bulimije imaju znatno veći rizik od suicida u odnosu na svoje vršnjake. Oko 20% svih uzroka smrti kod bulimije je suicid. Prema istraživanjima kod više od polovice oboljelih je prisutno samoozljeđivanje (15). Kod oboljelih je vrlo ćest i histrionski poremećaj osobnost za kojeg je tipićna egocentrićnost, labilnost, dramatićnost i teatralnost, emocionalna osjetljivost, potraga za pažnjom i poštovanjem, divljenje od strane drugih, nesposobnost za dublje emocionalne veze te manipulativnost (16). Povećana je ućestalost anksioznog i depresivnog poremećaja. Depresivni simptomi i anksioznost najćešće se javljaju zajedno sa ostalim simptomima bulimije i ponekad se mogu svrstati u distimiju, tj. kronićan poremećaj raspoloženja u kojem osoba dugoroćno ima sniženo raspoloženje koje sprjećava

dobro funkcioniranje osobe. Osoba je sniženog raspoloženja, pesimistična je, pasivna te pretjerano kritična. Mnogi oboljeli pate i od epizoda teške depresije te poremećaja spavanja. Tjelesno i spolno zlostavljanje koje je često u podlozi kao jedan od rizičnih čimbenika bulimije povećava rizik za oboljenje od posttraumatskog stresnog poremećaja (15). Anksioznost, nisko samopoštovanje i poremećena slika vlastitoga tijela negativno utječu na uspostavljanje i održavanje socijalnih odnosa. Oboljeli su antisocijalni, povlače se iz društva i ne ulaze u emocionalne veze. Imaju snažnu potrebu za odobravanjem i prihvaćanjem od strane okoline te su osjetljivi na odbacivanje i socijalni neuspjeh. Prisutne su opsesivne i kompulzivne radnje i misli o hrani, kupnji namirnica i tjelesnom izgledu. Sve navedeno dovodi do emocionalne labilnosti, razdražljivosti, osjećaja unutarnje praznine, gubitka kontrole i impulzivnosti što se očituje manjkom racionalnosti u mnogim životnim situacijama, poteškoćama u kontroli ljutnje i nefunkcionalnošću tijekom dana zbog lošeg fokusa (11).

1.6. Dijagnostički kriterij

Dijagnostički kriteriji za bulimiju nervozu prema MKB-10 i DSM-V su istovjetni i uključuju:

1. Ponavljajuće epizode prejedanja koje su karakterizirane s dva elementa. Prvi je jedenje zamjetno veće količine hrane u kraćem vremenskom razdoblju koju većina osoba ne bi pojela tijekom sličnog vremenskog perioda i tijekom sličnih okolnosti. Drugi element je osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom trajanja epizode prejedanja.
2. Ponavljajuće neprikladna kompenzacijska ponašanja s ciljem prevencije porasta tjelesne težine (samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika i drugih lijekova, gladovanje i prekomjerna tjelesna aktivnost). Prisutan je morbidan strah od debljanja zbog čega oboljeli jasno definiraju tjelesnu težinu kojoj teže.
3. Prejedanje i kompenzacijsko ponašanje ponavljaju se najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca.
4. Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela.
5. Smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze (24).

DSM-5 određuje i stupanj težine bolesti s obzirom na učestalost epizoda prejedanja i neodgovarajućeg kompenzacijskog ponašanja. Stoga, razlikuje se blaga (do 3 epizode tjedno), umjerena (4 – 7 epizoda tjedno), teška (8 – 13 epizoda tjedno) i jako teška bulimija nervozna (14 i više epizoda tjedno). S obzirom na metodu pražnjenja, bulimija nervozna se dijelila na dva

podtipa. Purgativni tip podrazumijevao je korištenje samoizazvanog povraćanja, zlorabu laksativa, diuretika ili drugih lijekova dok je nepurgativni tip podrazumijevao gladovanje i pretjeranu tjelesnu aktivnost kao metode kontrole tjelesne težine. Danas se svi slučajevi bulimije nervoze svrstavaju u jednu skupinu koja koristi i purgativne i nepurgativne metode kontrole tjelesne težine (16).

1.7. Liječenje

Glavni terapijski ciljevi u liječenje bulimije nervoze su vraćanje u režim normalne prehrane i navika hranjenja, prepoznavanje i izražavanje emocija, rješavanje psiholoških i obiteljskih problema te sprječavanje relapsa. Liječenje je dugotrajan proces koji zahtjeva multidimenzionalan pristup koji se temelji na primjeni psihoterapijskih tehnika i farmakoterapiji (16,25). Liječenje zahtjeva individualan pristup interdisciplinarnog tima kojeg čine specijalist psihijatrije, psiholog, liječnik obiteljske medicine, radni terapeut, nutricionist te medicinska sestra/tehničar. S ciljem smanjenja socijalne izolacije i jačanja osjećaja pripadnosti potiče se grupna terapija. Također, grupna terapija jača samopoštovanje te potiče oboljele da izraze svoje emocije te da čuju iskustva drugih. Indicirana je i obiteljska psihoterapija zbog neriješenih obiteljskih odnosa, disfunkcionalnog ponašanja oboljelog te nemoći roditelja da pruže adekvatnu pomoć (2,11). Svrha obiteljske terapije je prepoznati stresor i njegovo značenje za pojedine članove obitelji i obitelji u cijelosti, naučiti članove prikladnom načinu rješavanja sukoba te obnoviti osjećaj kolektivnog obiteljskog identiteta. Obiteljska terapija je usmjerena na trenutni problem i njegov učinak na budućnost, ali i na nerazriješene probleme iz prošlosti (16). Cilj psihoterapije je da oboljela osoba prepozna, otkloni, promijeni i zaustavi simptome ponašanja koji uzrokuju poteškoće te da uspostavi osobni rast i razvoj (2). Svrha psihoterapije jest bolje razumijevanje vlastitoga raspoloženja, osjećaja i djelovanja. Bolničko liječenje je isključivo potrebno u slučajevima teškog medicinskog stanja koje je povezano s malnutricijom, dehidracijom ili elektrolitskim disbalansom, kod rizika za samoubojstvo ili samoozljeđivanje te kod izrazito smanjene motivacije za liječenjem. Tijekom bolničkog liječenja potrebno se pridržavati određenih pravila kao što su jutarnje vaganje nakon pražnjenja mokraćnog mjehura, praćenje dnevnog unosa i eliminacije tekućine, praćenje stanja elektrolita kod oboljelih koji i dalje koriste kompenzacijska ponašanja, spriječiti odlazak u sanitarni čvor dva sata nakon obroka, paziti na mogućnost skrivanja hrane i potajne tjelesne aktivnosti, uspostaviti 5 – 6 obroka dnevno te pratiti eliminaciju izlučevina (pojava dijareje kao posljedica zlorabe laksativa ili pojava opstipacije kao posljedica povraćanja i restrikcija u prehrani) (11). Ako ne postoji

indikacija za hospitalizaciju, liječenje se provodi ambulantno ili u sklopu dnevnih psihijatrijskih bolnica.

Postoji mnogo terapijskih tehnika koje se koriste u liječenju bulimije nervoze, a one uključuju kognitivno – bihevioralnu, psihoanalitičku, interpersonalnu te obiteljsku psihoterapiju. Kognitivno – bihevioralna terapija usmjerena je na istraživanje i suzbijanje destruktivnih misli. Djeluje na principu promjene modela krivog razmišljanja i uvjerenja o vlastitom tijelu (11). Kognitivna terapija temelji se na učenju novih struktura misli, dok se bihevioralna terapija temelji na učenju zdravstveno prihvaćenog obrasca ponašanja u vidu prehrambenih navika (19). Svrha je spoznati uzroke prejedanja i odstupajućih prehrambenih navika. Temeljom psihopatologijom koja održava poremećaj smatra se nerealna slika vlastitoga tijela iz koje proizlazi preokupacija misli o hrani, obliku i težini tijela, neprekidno provjeravanje oblika tijela i kompenzacijska ponašanja. Za prejedanje se smatra da ne proizlazi iz temeljne psihopatologije već da je ono posljedica gladovanja ili utjecaja vanjskih događaja i lošeg raspoloženja. Upravo prejedanje privremeno skreće misli od poteškoća i ublažava loše raspoloženje (16). Liječenje je podijeljeno u tri faze, a prethodi mu inicijalna evaluacija. U prvoj fazi uspostavlja se pozitivan terapijski odnos te struktura i ciljevi svake faze terapije (14, 16). Ova faza uključuje pridržavanje fleksibilnog jelovnika, bilježe se okolnosti u kojima se javljaju epizode prejedanja i kompenzacijskog ponašanja te se prati motiviranost oboljelog za promjenu ponašanja. Cilj druge faze je prepoznati okidače za prejedanje i ustanoviti tehnike njihovog nadilaženja te uspostaviti normalne obrasce hranjenja. Treći stadij usmjeren je na prevenciju relapsa (14,16). Kognitivno – bihevioralna terapija temelji se na promjeni ponašanja i stjecanju racionalnih i kreativnih metoda za suočavanje sa situacijama visokog rizika za prejedanje i primjenu kompenzacijskog ponašanja. Također, cilj je promijeniti poremećene stavove u pogledu na hranu i slike vlastitoga tijela.

Psihoanalitička psihoterapija temelji se na psihoanalizi. Riječ je o liječenju psihičkih tegoba koje su nastale kao posljedica nesvjesnih čimbenika u vremenu djetinjstva. Svrha psihoanalitičke terapije jest da uz psihoterapeuta oboljela osoba osvijesti i razumije osjećaje koje je doživjela u prošlosti (19). Terapijski učinak temelji se na prijenosu, tj. transferu. Transfer označava prijenos bolesnikovih osjećaja na terapeuta. Riječ je o osjećajima koji su usmjereni prema značajnim osobama iz bolesnikova života. U početku je prijenos pozitivan jer oboljeli prema terapeutu osjeća poštovanje, poslije postaje negativan jer zbog pretjerane idealizacije terapeuta oboljeli sebe doživljava kao manjeg vrijednog i sposobnog. Kod oboljelog se javlja strah od osude i kritike jer ne može ispuniti očekivanja terapeuta kao što nije mogao ni ispuniti

očekivanja roditelja. Da bi oboljeli postao svjestan potisnutih osjećaja terapeut mora biti pasivan. Cilj psihoanalitičke terapije jest ojačati ego, razviti ispravan način suočavanja sa stresom i tjeskobom, vratiti pouzdanje u ljudske odnose te povećati emocionalnu dostupnost, tj. povećati sposobnost izražavanja vlastitih osjećaja te potaknuti prihvaćanje tuđih osjećaja s ciljem razvitka emocionalne povezanosti (16).

Zbog poteškoća u interpersonalnom funkcioniranju koje pridonose održavanju bolesti provodi se interpersonalna terapija. Cilj ove terapije jest razviti jak osjećaj individualnosti i neovisnosti, poboljšati samopoštovanje i socijalno funkcioniranje (11,16). Svrha ove terapije jest da se oboljela osoba usredotoči na razumijevanju trenutačnih frustracija i problema (19). Interpersonalna terapija uključuje tri faze. Zbog preokupacije misli o hrani i veličini tijela mnogi oboljeli nisu svjesni interpersonalnih problema zbog čega je prva faza orijentirana na prepoznavanje prioriternih interpersonalnih problema. Cilj druge faze jest da oboljeli prepozna osjećaje vezane za interpersonalne probleme te da donosi učinkovite i strateške odluke u rješavanju istih. Treća faza usmjerena je na prepoznavanju i rješavanju budućih potencijalnih interpersonalnih poteškoća sa svrhom sprječavanja relapsa (16).

Uz psihoterapiju u liječenju bulimije nervoze primjenjuje se i farmakoterapija koja ne smije biti jedini oblik liječenja (25). Zbog čestog komorbiditeta s drugim psihičkim bolestima i utjecaja određenih neuroprijenosnika u etiologiji bolesti u liječenju se koriste antidepresivi. Najčešće korišteni antidepresiv zbog blagih nuspojava i neutralnog učinka na tjelesnu težinu je fluoksetin koje se ubraja u inhibitore ponovne pohrane serotonina. Fluoksetin smanjuje epizode prejedanja i povraćanja, smanjuje želju za hranom bogatom ugljikohidratima, ublažava simptome depresije te je djelotvoran i u redukciji opsesivno–kompulzivnih simptoma. U liječenju bulimije nervoze rjeđe se upotrebljavaju triciklički antidepresivi zbog nuspojava kao što su konstipacija, sedacija i debljanje (8).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Cilj ovog istraživačkog rada je ispitati znanja redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva o bulimiji nervozi.

CILJ 1: Ispitati znanja redovnih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci o učestalosti obolijevanja od bulimije nervoze po spolu i dobi u usporedbi sa znanjem izvanrednih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

CILJ 2: Ispitati znanja redovnih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci o rizičnim čimbenicima u nastanku bulimije nervoze u usporedbi sa znanjem izvanrednih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

CILJ 3: Ispitati znanja redovnih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci imaju li osobe oboljele od bulimije nervoze veći rizik od obolijevanja od drugih psihičkih bolesti u usporedbi sa znanjem izvanrednih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

HIPOTEZA 1: Redovni i izvanredni studenti sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija iskazuju jednako znanje o učestalosti obolijevanja od bulimije nervoze po spolu i dobi.

HIPOTEZA 2: Redovni studenti sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija imaju veće znanje o rizičnim čimbenicima u nastanku bulimije nervoze u odnosu na izvanredne studente sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija.

HIPOTEZA 3: Redovni studenti sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija imaju veće znanje o povećanom riziku obolijevanja oboljele osobe od bulimije nervoze od drugih psihičkih bolesti u odnosu na izvanredne studente sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija.

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

U istraživanju je sudjelovao uzorak od 100 ispitanika. Ispitanici su bili studenti prve godine sveučilišnog studija sestrištva te studenti druge i treće godine stručnog studija sestrištva – redovni i izvanredni na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci u akademskoj godini 2022./2023. Istraživanje je provedeno u travnju 2023. godine. Ispitanici su bile osobe ženskog i muškog spola u dobi od 18 do 45 godina. Uzorak ovog istraživanja je prigodan neprobabilistički.

Prije pristupa ispunjavanja upitnika ispitanici su pročitali obavijest informativnog pristanka u kojoj je naznačeno da je upitnik dobrovoljan i anonimn, tko je autor upitnika te da će se prikupljeni podatci koristiti u svrhu izrade završnog rada studentice Petre Šunjić. Podatci su prikupljeni rješavanjem elektroničkog upitnika izrađenog u alatu Google Forms-a. Upitnik je bio prosljeđen elektroničkim putem predstavnicima sestrištva redovnih i izvanrednih studenata. Za potrebe istraživanja kreiran je anonimni upitnik od 26 pitanja i podijeljen je u dva dijela. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno izdvojiti 10 - 15 minuta, a odgovaranje na pitanja je bilo individualno. Prvi dio upitnika odnosio se na sociodemografska obilježja te je uključio 5 pitanja (dob, spol, srednjoškolsko obrazovanje, godina studija te status studenta). Drugi dio upitnika uključio je 21 pitanje koja su bila usmjerena na ispitivanje znanja o bulimiji nervozi, a ispitanici su imali mogućnost odabira jednog od ponuđenih odgovora: DA – NE – Ne znam. Prema rezultatima znanje se procijenilo kao odlično, dobro i loše, a svaki točan odgovor bodovao se s jednim bodom (ukupan zbroj bodova - 21). Znanje ispitanika procijenjeno je u odnosu na zbroj bodova na način: 15 i više točnih odgovora znači odlično znanje, od 8 do 14 točnih odgovora znači dobro znanje, a 7 i manje točnih odgovora znači loše znanje o bulimiji nervozi.

Dobiveni podatci obrađeni su putem programa Microsoft Office Excel 2016 i Statistica (Version 13.5.0.17, 1984-2018 TIBCO Software Inc). Za prikaz podataka korištene su tablice i grafovi, a podatci u istraživanju prikazani su deskriptivnom statistikom. Varijabla dob prikazana je omjernom ljestvicom, varijable spol, obrazovanje i status studenta prikazane su nominalnom ljestvicom, dok je varijabla godina studija prikazana ordinalnom ljestvicom. Sve navedene varijable opisane su relativnim frekvencijama i postocima. Testiranje razlike kod ukupnih točnih odgovora provedeno je putem neparametrijskih statističkih metoda Mann-Whitney U testom i Kruskal–Wallis testom. Rezultati istraživanja i statistički dio obrade podataka prikazani su grafovima i tablicama. Za sve navedene testove uzeta je razina statističke značajnosti $p < 0,05$.

Ispunjavanje upitnika u svrhu ovog istraživanja bilo je potpuno anonimno i dobrovoljno te kao takvo nije predstavljalo nikakvu ugrozu za ispitanike. U bilo kojem trenutku ispitanici su mogli odustati od ispunjavanja navedenog upitnika. Radilo se o istraživanju niskog rizika za koje nije potrebno suglasnost Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta.

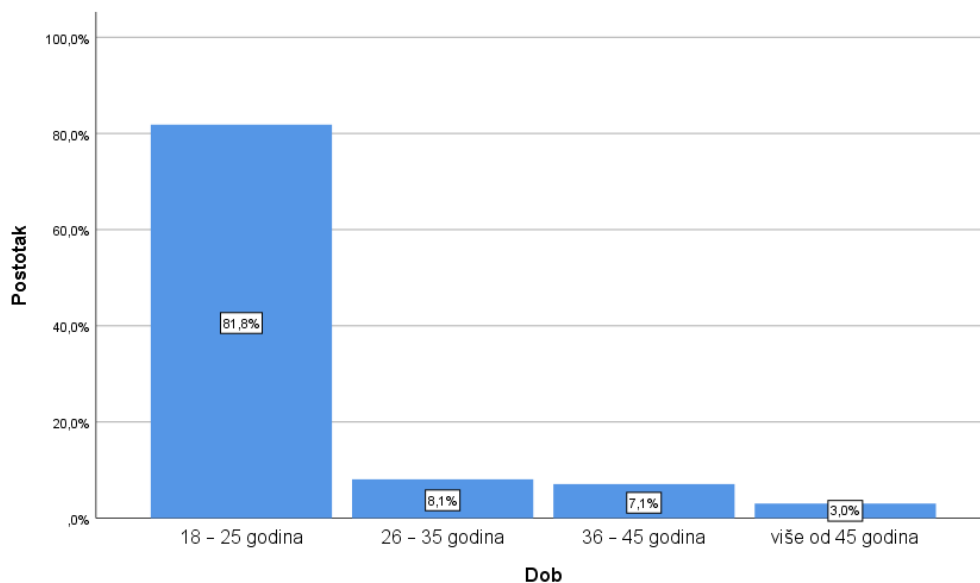
4. REZULTATI

4.1. Prikaz sociodemografski obilježja ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika. Ispitanici su bili redovni i izvanredni studenti sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. Od sociodemografskih obilježja promatralo se: dob, spol, srednjoškolsko obrazovanje, status studenta te godina studija. Što se tiče varijable dobi ispitanika, raspon godina je od 18 do više od 45 godina te je varijabla dana u 5 kategorija. Raspodjela ispitanika prema dobi pokazala je kako je najviše ispitanika u rasponu od 18 – 25 godina, odnosno njih 81,8%. S druge strane najmanje ispitanika ima u kategoriji više od 45 godina, samo 3 ispitanika, odnosno 3,0%. (Tablica 1. i Slika 1.)

Tablica 1. Struktura ispitanika prema dobi

		N	%
Dob	18 – 25 godina	81,8	81,8%
	26 – 35 godina	8,1	8,1%
	36 – 45 godina	7,1	7,1%
	više od 45 godina	3	3,0%
	Ukupno	99	100,0%

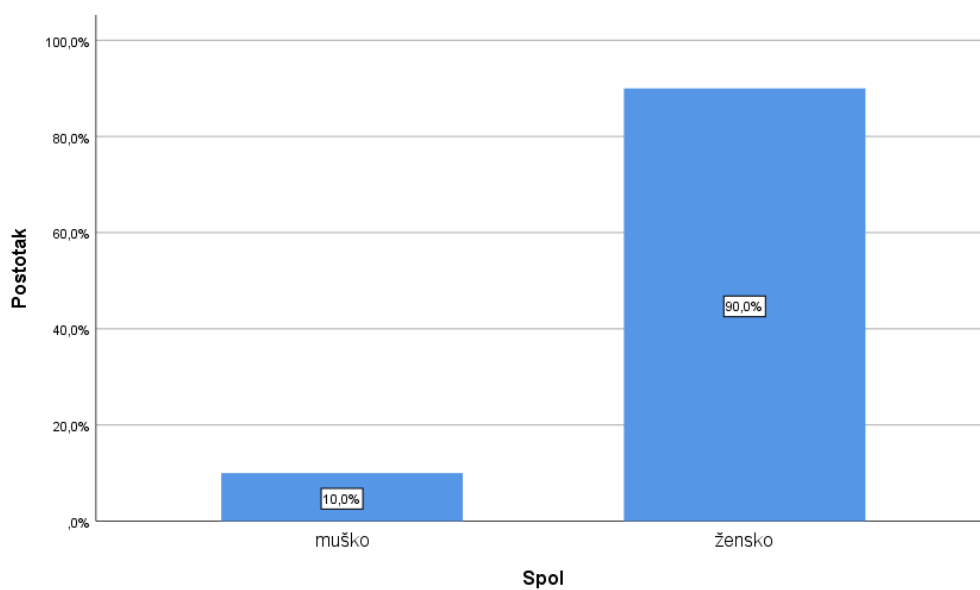


Slika 1. Prikaz strukture ispitanika prema dobi

Prema spolu, u prikupljenom uzroku vidljivo je kako značajno prevladavaju žene i to njih 90,0% u odnosu na muškarce kojih je svega 10,0%. (Tablica 2. i Slika 2.)

Tablica 2. Struktura ispitanika prema spolu

		N	%
Spol	Muško	10	10,0%
	Žensko	90	90,0%
	Ukupno	100	100,0%

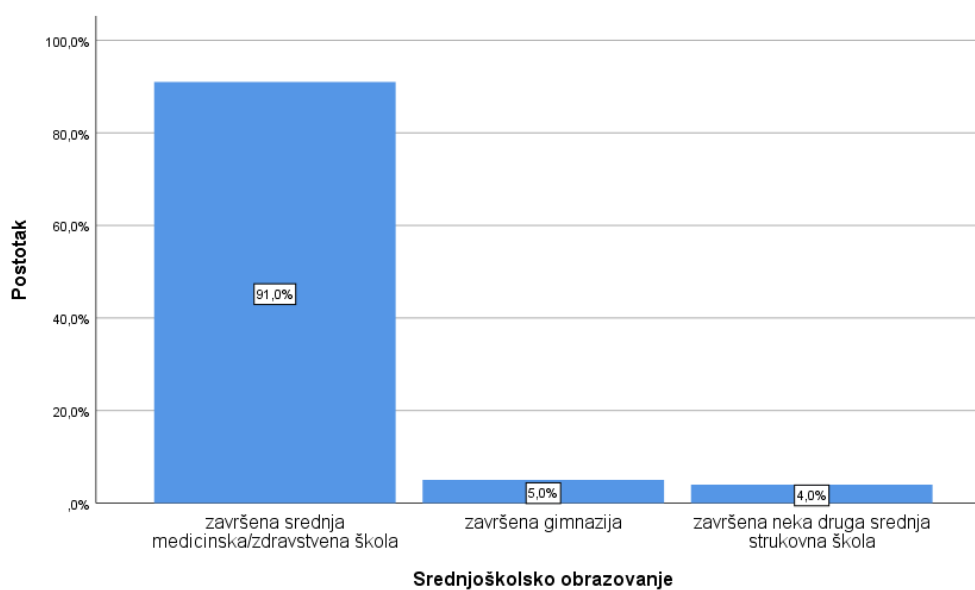


Slika 2. Prikaz strukture ispitanika prema spolu

Varijabla srednjoškolsko obrazovanje prikazana je u 3 kategorije. Najviše ispitanika ima završenu srednju medicinsku ili zdravstvenu školu i to njih 91,0%. Nadalje, završenu gimnaziju ima njih 5,0%. Dok završenu neku drugu srednju strukovnu školu ima samo 4,0% ispitanika. (Tablica 3. i Slika 3.)

Tablica 3. Struktura ispitanika prema srednjoškolskom obrazovanju

		N	%
Srednjoškolsko obrazovanje	završena srednja medicinska/zdravstvena škola	91	91,0%
	završena gimnazija	5	5,0%
	završena neka druga srednja strukovna škola	4	4,0%
	Ukupno	100	100,0%

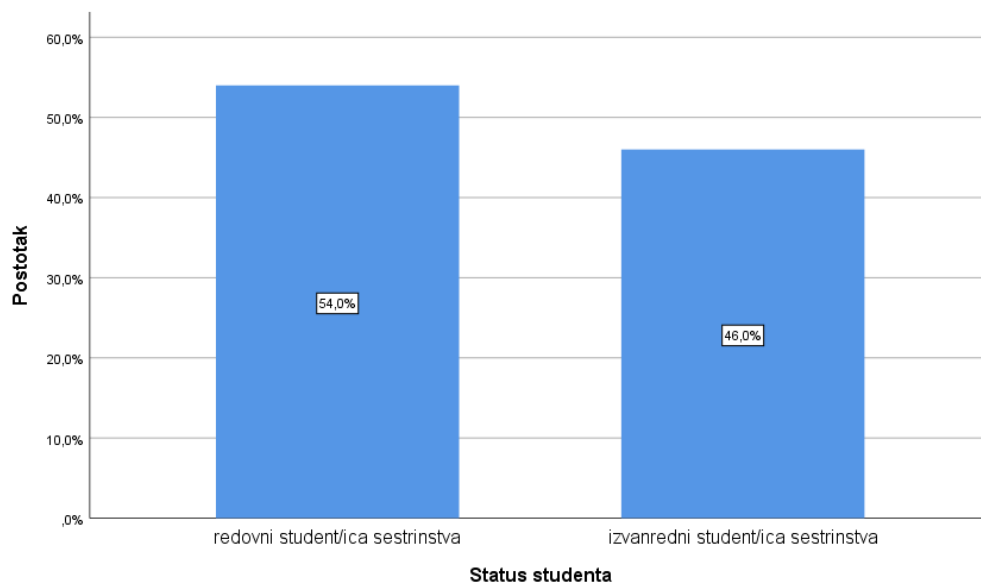


Slika 3. Prikaz strukture ispitanika prema srednjoškolskom obrazovanju

Kod statusa studenta 54,0% ispitanika navodi da su redovni student/ica sestriinstva, dok 46,0% navodi da su izvanredni student/ica sestriinstva. (Tablica 4. i Slika 4.)

Tablica 4. Struktura ispitanika prema statusu studenta

		N	%
Status studenta	redovni student/ica sestriinstva	54	54,0%
	izvanredni student/ica sestriinstva	46	46,0%
	Ukupno	100	100,0%

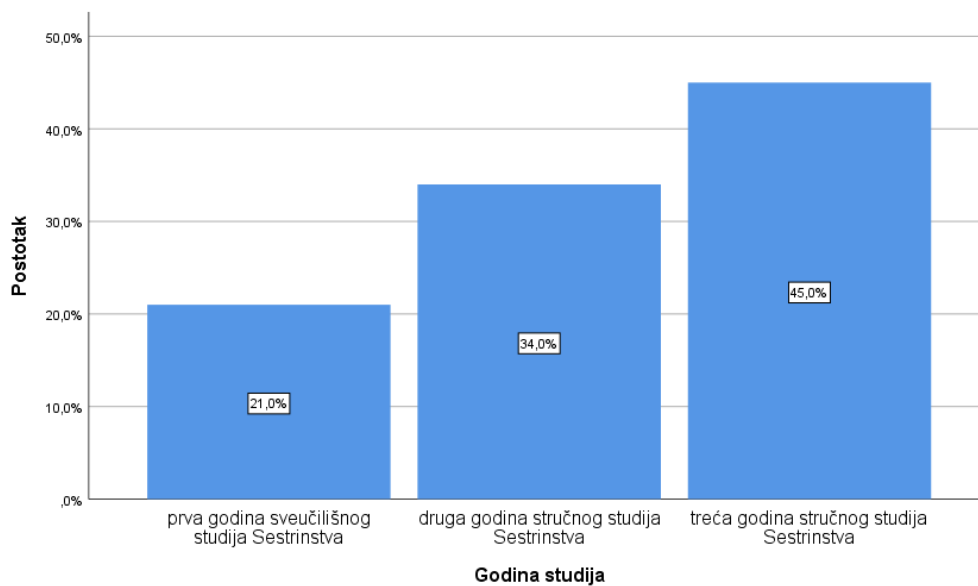


Slika 4. Prikaz strukture ispitanika prema statusu studenta

Nadalje kod varijable godina studija 21,0% ispitanika navodi prva godina sveučilišnog studija Sestrinstva, 34,0% navodi druga godina stručnog studija Sestrinstva, dok 45,0% navodi treća godina stručnog studija Sestrinstva. (Tablica 5. i Slika 5.)

Tablica 5. Struktura ispitanika prema godini studija

		N	%
Godina studija	prva godina sveučilišnog studija Sestrinstva	21	21,0%
	druga godina stručnog studija Sestrinstva	34	34,0%
	treća godina stručnog studija Sestrinstva	45	45,0%
	Ukupno	100	100,0%



Slika 5. Prikaz strukture ispitanika prema godini studija

4.2. Prikaz rezultata znanja studenata sestrinstva o bulimiji nervozni

Pogledaju li se podaci za udio točnih odgovora može se uočiti kako je najveći udio točnih odgovora zabilježen za pitanja: *Izloženost negativnim komentarima o tjelesnom izgledu rizični je čimbenik za razvoj bulimije nervoze (98,0%), Masovni mediji i društvene mreže su jedan od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze (97,0%), Adolescencija je najčešći životni period oboljenja od bulimije nervoze (96,0%), Bulimija nervozna češća je kod ženskog spola (96,0%).* S druge strane najveći udio netočnih odgovora zabilježen je za pitanja: *Osobe oboljele od bulimije nervoze impulzivne su i nagle naravi (68,0%), Osobe oboljele od bulimije nervoze sklonije su alkoholizmu (62,0%), Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u kasnijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod muškaraca (58,0%), Osobe oboljele od bulimije nervoze nisu sklone zlouporabi sredstava ovisnosti (46,0%), Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u ranijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod djevojaka (42,0%).* (Tablica 6.)

Tablica 6. Udio točnih odgovora po pitanjima

		N	%
Podjednaka je učestalost obolijevanja od bulimije nervoze u oba spola	Netočno	21	21,0%
	Točno	79	79,0%
	Ukupno	100	100,0%
Muškarci ne mogu oboljeti od bulimije nervoze	Netočno	11	11,0%
	Točno	89	89,0%
	Ukupno	100	100,0%
Bulimija nervoza češća je kod ženskog spola	Netočno	4	4,0%
	Točno	96	96,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osoba od bulimije nervoze može oboljeti u bilo kojem životnom/razvojnom periodu	Netočno	9	9,0%
	Točno	91	91,0%
	Ukupno	100	100,0%
Adolescencija je najčešći životni period oboljenja od bulimije nervoze	Netočno	4	4,0%
	Točno	96	96,0%
	Ukupno	100	100,0%
Bulimiju nervozu često prate i neriješeni obiteljski odnosi	Netočno	8	8,0%
	Točno	92	92,0%
	Ukupno	100	100,0%
Povećana kontrola od strane roditelja povećava rizik za razvoj bulimije nervoze kod djeteta	Netočno	22	22,0%
	Točno	78	78,0%
	Ukupno	100	100,0%
Majka je više uključena u praksu roditeljstva u odnosu na oca	Netočno	28	28,3%
	Točno	71	71,7%
	Ukupno	99	100,0%
Masovni mediji i društvene mreže su jedan od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze	Netočno	3	3,0%
	Točno	97	97,0%
	Ukupno	100	100,0%
Masovni mediji i društvene mreže utječu na tjelesni razvoj mladih	Netočno	7	7,0%
	Točno	93	93,0%
	Ukupno	100	100,0%
Izloženost negativnim komentarima o tjelesnom izgledu rizični je čimbenik za razvoj bulimije nervoze	Netočno	2	2,0%
	Točno	98	98,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osoba oboljela od bulimije nervoze nastoji nadoknaditi emocionalne potrebe povezivanjem za hranu	Netočno	15	15,0%
	Točno	85	85,0%
	Ukupno	100	100,0%
Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u ranijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod djevojaka	Netočno	42	42,0%
	Točno	58	58,0%
	Ukupno	100	100,0%
Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u kasnijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod muškaraca	Netočno	58	58,0%
	Točno	42	42,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze imaju povećan rizik od oboljenja od drugih psihičkih bolesti	Netočno	13	13,0%
	Točno	87	87,0%
	Ukupno	100	100,0%

Osobe koje su opterećene svojim tjelesnim izgledom sklapaju prijateljske/ljubavne/poslovne odnosne na temelju ocjenjivanja tuđeg izgleda	Netočno	38	38,0%
	Točno	62	62,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze češće su depresivne i tjeskobne u odnosu na vršnjake	Netočno	9	9,0%
	Točno	91	91,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze nisu sklone zlouporabi sredstava ovisnosti	Netočno	46	46,0%
	Točno	54	54,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze sklonije su alkoholizmu	Netočno	62	62,0%
	Točno	38	38,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze sklone su poremećaju spavanja	Netočno	18	18,0%
	Točno	82	82,0%
	Ukupno	100	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze impulzivne su i nagle naravi	Netočno	68	68,7%
	Točno	31	31,3%
	Ukupno	99	100,0%

Pogledaju li se podatci za ukupne točne odgovore može se uočiti kako medijan iznosi 16,00 uz interkvartilni raspon 14 – 18, pri čemu je minimalni broj točnih odgovora 9, dok je maksimalan broj 21. (Tablica 7.)

Tablica 7. Ukupni točni odgovori

	Medijan (IQR)	Minimum	Maximum
Ukupni točni odgovori	16,00 (14,00 - 18,00)	9	21

Mann-Whitney U testom i Kruskal–Wallis testom provedeno je testiranje ukupnih točnih odgovora s obzirom na status studenta. Pogleda li se razina značajnosti kod ukupnih točnih odgovora može se uočiti kako vrijednost značajnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na status studenta. (Tablica 8.)

Tablica 8. Usporedba s obzirom na status studenta

		Status studenta	p*
		Medijan (IQR)	
Ukupni točni odgovori	redovni student/ica sestrinstva	16,00 (14,00 - 18,00)	0,492
	izvanredni student/ica sestrinstva	16,50 (14,50 - 18,00)	

*Mann-Whitney U

Budući da ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na status studenta provedena je i usporedba znanja s obzirom na godinu studija ispitanika. Pogleda li se vrijednost značajnosti za ukupne točne odgovore može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$ dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na godinu studija ispitanika, pri čemu je medijan najviši za ispitanike koji su prva godina sveučilišnog studija Sestrinstva. (Tablica 9.)

Tablica 9. Usporedba s obzirom na godinu studija

		Godina studija	p*
		Medijan (IQR)	
Ukupni točni odgovori	prva godina sveučilišnog studija Sestrinstva	17,50 (15,50 - 20,00)	0,045
	druga godina stručnog studija Sestrinstva	16,00 (14,00 - 17,00)	
	treća godina stručnog studija Sestrinstva	16,00 (14,00 - 18,00)	

*Kruskal-Wallis H

U obliku apsolutnih frekvencija i postotaka prikazana je raspodjela točnih i netočnih odgovora s obzirom na status studenta. Kada se promatra raspodjela točnih i netočnih odgovora s obzirom na status studenta može se uočiti kako nema značajne razlike u odgovorima. Jedno od pitanja koje se ističe sa značajnom razlikom u odgovorima jest *Osoba oboljela od bulimije nervoze nastoji nadoknaditi emocionalne potrebe povezivanjem za hranu*. Naime, točno na ovo pitanje odgovorilo je 75,9% redovnih te 95,7% izvanrednih studenata. Najviše netočnih odgovora dano je na pitanje *Osobe oboljele od bulimije nervoze su impulzivne i nagle naravi*. Na navedeno pitanje netočno je odgovorilo 72,2% redovnih te 64,4% izvanrednih studenata. Veći broj netočnih odgovora zabilježeno je na pitanjima: *Osobe oboljele od bulimije nervoze*

sklonije su alkoholizmu (64,8% redovnih i 58,7% izvanrednih studenata), Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u kasnijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod muškaraca (55,6% redovnih i 60,9% izvanrednih studenata), Osobe oboljele od bulimije nervoze nisu sklone zlouporabi sredstava ovisnosti (40,7% redovnih i 52,2% izvanrednih studenata). Najviše točnih odgovora izvanredni studenti (100%) dali su na pitanje Masovni mediji i društvene mreže su jedan od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze, dok su redovni studenti (98,1%) najviše točnih odgovora dali na pitanje Izloženost negativnim komentarima o tjelesnom izgledu rizični je čimbenik za razvoj bulimije nervoze. (Tablica 10.)

Tablica 10. Raspodjela točnih i netočnih odgovora s obzirom na status studenta

		Status studenta			
		redovni student/ica sestrinstva		izvanredni student/ica sestrinstva	
		N	%	N	%
Podjednaka je učestalost obolijevanja od bulimije nervoze u oba spola	Netočno	13	24,1%	8	17,4%
	Točno	41	75,9%	38	82,6%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Muškarci ne mogu oboljeti od bulimije nervoze	Netočno	6	11,1%	5	10,9%
	Točno	48	88,9%	41	89,1%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Bulimija nervoza češća je kod ženskog spola	Netočno	2	3,7%	2	4,3%
	Točno	52	96,3%	44	95,7%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osoba od bulimije nervoze može oboljeti u bilo kojem životnom/razvojnom periodu	Netočno	5	9,3%	4	8,7%
	Točno	49	90,7%	42	91,3%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Adolescencija je najčešći životni period oboljenja od bulimije nervoze	Netočno	2	3,7%	2	4,3%
	Točno	52	96,3%	44	95,7%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Bulimiju nervozu često prate i neriješeni obiteljski odnosi	Netočno	3	5,6%	5	10,9%
	Točno	51	94,4%	41	89,1%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Povećana kontrola od strane roditelja povećava rizik za razvoj bulimije nervoze kod djeteta	Netočno	11	20,4%	11	23,9%
	Točno	43	79,6%	35	76,1%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Majka je više uključena u praksu roditeljstva u odnosu na oca	Netočno	16	29,6%	12	26,7%
	Točno	38	70,4%	33	73,3%
	Ukupno	54	100,0%	45	100,0%
Masovni mediji i društvene mreže su jedan od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze	Netočno	3	5,6%	0	0,0%
	Točno	51	94,4%	46	100,0%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
	Netočno	4	7,4%	3	6,5%

Masovni mediji i društvene mreže utječu na tjelesni razvoj mladih	Točno	50	92,6%	43	93,5%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Izloženost negativnim komentarima o tjelesnom izgledu rizični je čimbenik za razvoj bulimije nervoze	Netočno	1	1,9%	1	2,2%
	Točno	53	98,1%	45	97,8%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osoba oboljela od bulimije nervoze nastoji nadoknaditi emocionalne potrebe povezivanjem za hranu	Netočno	13	24,1%	2	4,3%
	Točno	41	75,9%	44	95,7%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u ranijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod djevojaka	Netočno	25	46,3%	17	37,0%
	Točno	29	53,7%	29	63,0%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u kasnijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod muškaraca	Netočno	30	55,6%	28	60,9%
	Točno	24	44,4%	18	39,1%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze imaju povećan rizik od oboljenja od drugih psihičkih bolesti	Netočno	5	9,3%	8	17,4%
	Točno	49	90,7%	38	82,6%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osobe koje su opterećene svojim tjelesnim izgledom sklapaju prijateljske/ljubavne/poslovne odnose na temelju ocjenjivanja tuđeg izgleda	Netočno	22	40,7%	16	34,8%
	Točno	32	59,3%	30	65,2%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze češće su depresivne i tjeskobne u odnosu na vršnjake	Netočno	6	11,1%	3	6,5%
	Točno	48	88,9%	43	93,5%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze nisu sklone zlouporabi sredstava ovisnosti	Netočno	22	40,7%	24	52,2%
	Točno	32	59,3%	22	47,8%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze sklonije su alkoholizmu	Netočno	35	64,8%	27	58,7%
	Točno	19	35,2%	19	41,3%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze sklone su poremećaju spavanja	Netočno	9	16,7%	9	19,6%
	Točno	45	83,3%	37	80,4%
	Ukupno	54	100,0%	46	100,0%
Osobe oboljele od bulimije nervoze su impulzivne i nagle naravi	Netočno	39	72,2%	29	64,4%
	Točno	15	27,8%	16	35,6%
	Ukupno	54	100,0%	45	100,0%

U obliku apsolutnih frekvencija i postotaka prikazana je procjena znanja redovnih i izvanrednih studenata u odnosu na zbroj bodova na način: 15 i više točnih odgovora znači odlično znanje, od 8 do 14 točnih odgovora znači dobro znanje, a 7 i manje točnih odgovora znači loše znanje o bulimiji nervozni. (Tablica 11.)

Tablica 11. Procjena znanja redovnih i izvanrednih studenata u odnosu na zbroj bodova

	Status studenta			
	redovni student/ica sestriinstva		izvanredni student/ica sestriinstva	
	N	%	N	%
Odlično znanje (15 i više točnih odgovora)	37	68,5%	34	73,9%
Dobro znanje (8-14 točnih odgovora)	17	31,5%	12	26,1%
Loše znanje (7 i manje točnih odgovora)	0	0,0%	0	0,0%
Ukupno	54	100,0%	46	100,0%

5. RASPRAVA

Istraživanje je dalo uvid u znanja o bulimiji nervozi redovnih i izvanrednih studenata sestrištva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. Ispitivano područje obuhvaćalo je provjeru znanja o učestalosti obolijevanja po spolu i dobi, poznavanje rizičnih čimbenika te imaju li oboljeli veći rizik za oboljenje od drugih psihičkih bolesti kao što su depresija, anksiozni poremećaji, poremećaji osobnosti, poremećaji spavanja, zloraba alkohola i drugih sredstava ovisnosti. U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika od kojih je većina bila ženskog spola ($n = 90$) u rasponu godina od 18 – 25 ($n = 82$). Najviše ispitanika pohađalo je srednju medicinsku/zdravstvenu školu ($n = 91$). Najviše je sudjelovalo ispitanika s treće godine stručnog studija ($n = 45$), a najmanje s prve godine sveučilišnog studija sestrištva ($n = 21$). Cilj je bio ispitati znanja redovnih ($n = 54$) i izvanrednih ($n = 46$) studenata sestrištva te njihovo znanje o bulimiji nervozi procijeniti kao odlično, dobro ili loše. Odlično znanje ostvarilo je 68,5% redovnih studenata ($n = 37$), a 31,5% studenata ($n = 17$) je ostvarilo dobro znanje. Što se tiče izvanrednih studenata, njih 73,9% ($n = 34$) ostvarilo je odlično znanje, a dobro znanje njih 26,1% ($n = 12$). Ni redovni, niti izvanredni studenti nisu ostvarili loše znanje. Nije uočena statistički značajna razlika u znanju redovnih i izvanrednih studenata sestrištva o bulimiji nervozi, vrijednost značajnosti testa iznosila je više od 0,05. Medijan ukupnih točnih odgovora redovnih studenata iznosio je 16,00, dok je kod izvanrednih studenata iznosio 16,50. Kako nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na status studenta provedena je i usporedba s obzirom na godinu studija gdje je dokazano da postoji statistički značajna razlika u znanju studenata o bulimiji nervozi s obzirom na godinu studija. Medijan je najviši bio za ispitanike prve godine sveučilišnog studija Sestrištva gdje je iznosio 17,50. Kada se promatra raspodjela točnih i netočnih odgovora s obzirom na status studenta može se uočiti kako nema značajne razlike u odgovorima. Jedno od pitanja koje se ističe sa značajnom razlikom u odgovorima jest *Osoba oboljela od bulimije nervoze nastoji nadoknaditi emocionalne potrebe povezivanjem za hranu*. Naime, točno na ovo pitanje odgovorilo je 75,9% redovnih te 95,7% izvanrednih studenata. Shodno tome prihvaća se prva hipoteza *Redovni i izvanredni studenti sestrištva Fakulteta zdravstvenih studija iskazuju jednako znanje o učestalosti obolijevanja od bulimije nervoze po spolu i dobi*. Druga hipoteza *Redovni studenti sestrištva Fakulteta zdravstvenih studija imaju veće znanje o rizičnim čimbenicima u nastanku bulimije nervoze u odnosu na izvanredne studente sestrištva Fakulteta zdravstvenih studija* te treća hipoteza *Redovni studenti sestrištva Fakulteta zdravstvenih studija imaju veće znanje o povećanom riziku obolijevanja oboljele osobe od bulimije nervoze od drugih psihičkih bolesti u odnosu na*

izvanredne studente sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija se odbacuju jer ne postoji značajna razlika u točnim odgovorima.

Nedostatak ovog istraživanja jest što je uzorak ujednačen po spolu, dobi i srednjoškolskom obrazovanju. Zbog nedovoljnog broja pitanja, istraživanjem se nije moglo procijeniti tko ima više specifičnog znanja o učestalosti obolijevanja i rizičnim čimbenicima te riziku oboljelih za oboljenje od drugih psihičkih bolesti zbog čega je znanje procijenjeno kao opće i shodno tome nije uočena statistički značajna razlika u znanju redovnih i izvanrednih studenta sestrinstva o bulimiji nervozi.

6. ZAKLJUČAK

Poremećaji prehrane su bolesti potencijalno opasne po život te je riječ o kompleksnim bolestima čija se patofiziologija povezuje s različitim uzročnicima. Ono što poremećaje prehrane razlikuje od drugih abnormalnosti vezanih uz hranjenje je poremećaj slike vlastitoga tijela. Bulimiju nervozu karakterizira slabija emocionalna regulacija koja je povezana s višom razinom impulzivnosti i slabijom kontrolom impulsa. Prejedanje predstavlja disfunkcionalnu strategiju nošenja sa stresom i negativnim emocijama u čijoj je srži osjećaj gubitka kontrole. Poremećaji prehrane uzrokuje zdravstvene probleme i posljedice koje se očituju na svim aspektima zdravlja te povećavaju rizik od oboljenja od različitih tjelesnih i psihičkih bolesti. Liječenje zahtjeva individualan pristup interdisciplinarnog tima te je riječ o dugotrajnom procesu gdje se uz psihoterapiju kombinira i farmakoterapija. Poremećaji prehrane predstavljaju globalan problem, a broj oboljelih je iz godine u godinu sve viši. Razlog tome je utjecaj roditelja, obitelji, vršnjaka te masovnih medija i društvenih mreža koji imaju visoke i nerealne zahtjeve. Zbog navedenih činjenica provedeno je ovo istraživanje na temelju kojeg se zaključuje da redovni i izvanredni studenti sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci iskazuju jednako znanje o bulimiji nervozu i da se njihovo znanje većinski može procijeniti s odličnim. Kada se promatra usporedba znanja ovisno o godini studija uočena je statistički značajna razlika u znanju studenata sestrinstva o bulimiji nervozu. Studenti prve godine sveučilišnog studija sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci iskazali su najveće znanje o bulimiji nervozu u usporedbi sa studentima druge i treće godine.

LITERATURA

1. Mudrinić I. Poremećaji u prehrani adolescenata [Diplomski rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2016 [pristupljeno 17.02.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:649485>
2. Sanković A. Znanja i stavovi o poremećaju prehrane u zajednici [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2020 [pristupljeno 20.02.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:479738>
3. Gutowski M. Utjecaj društvenih mreža na mlade [Diplomski rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2021 [pristupljeno 04.03.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:199994>
4. Kolarić B. Poremećaji hranjenja: anoreksija i bulimija [Završni rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Prehrambeno-tehnološki fakultet Osijek; 2015 [pristupljeno 20.02.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:109:493086>
5. Štracak M. Psihološke teorije u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017 [pristupljeno 14.02.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:624865>
6. Mačković S. Prevencija poremećaja prehrane [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2017 [pristupljeno 20.02.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:678372>
7. <https://www.nationaleatingdisorders.org/> pristupljeno: 19.02.2023.
8. Bošnjak A. Poremećaji prehrane [Diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet; 2022 [pristupljeno 07.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:523973>
9. <https://mediately.co/hr/icd> pristupljeno 07.04.2023.
10. <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf> pristupljeno 07.04.2023.
11. Horvat N. Zdravstvena njega oboljelih od Bulimije nervoze [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2016 [pristupljeno 15.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:490313>

12. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus* [Internet]. 2015 [pristupljeno 16.04.2023.];24(2 ASK niske doze):165-171. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/148323>
13. Doko N. "Poremećaji prehrane" [Završni rad]. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2020 [pristupljeno 06.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:155:342316>
14. 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>
15. Jakovina T. Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica s bulimijom nervozom (dizertacija) [Internet] Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017 [pristupljeno 19.02.2023.] Dostupno na: <https://core.ac.uk/download/pdf/154356695.pdf>
16. Sovina N. Suvremeni dijagnostički i terapijski pristup poremećajima jedenja [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015 [pristupljeno 14.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:754576>
17. Balabanić Mavrović J. Sociološki aspekti tijela, prehrane i očekivanja rodnih uloga kod žena oboljelih od poremećaja hranjenja [Disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2022 [pristupljeno 17.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:546107>
18. Damjanić N. Perfekcionizam i simptomi poremećaja hranjenja kod adolescenata [Diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet; 2020 [pristupljeno 17.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:937330>
19. Mušković B. Fizioterapija poremećaja prehrane [Završni rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; 2022 [pristupljeno 17.04.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:959696>
20. Erceg Jugović I. Sociokulturalni čimbenici nezadovoljstva tijelom u adolescenciji. *Ljetopis socijalnog rada* [Internet]. 2015 [pristupljeno 17.04.2023.];22(3):465-488. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v22i2.61>
21. Šincek D, Tomašić Humer J, Merda M. Prediktori nezadovoljstva tjelesnim izgledom i odstupajućih navika hranjenja u kontekstu sociokulturalnog modela. *Medica Jadertina*

- [Internet]. 2017 [pristupljeno 18.04.2023.];47(1-2):23-38. Dostupno na:
<https://hrcak.srce.hr/177824>
22. <http://www.centarbea.hr/> pristupljeno: 18.04.2023.
23. <https://www.who.int/> pristupljeno: 18.04.2023.
24. <http://www.f50-anoreksija-bulimija-prejedanje.centarbea.hr/F50-DSM-V> pristupljeno:
18.04.2023.
25. Ćuk M, Rožman J. Prevencija poremećaja prehrane. Sestrinski glasnik [Internet]. 2021
[pristupljeno 20.04.2023.];26(1). <https://doi.org/10.11608/sgnj.26.1.9>

PRIVITCI

Privitak A: Popis ilustracija

Tablica 1. Struktura ispitanika prema dobi

Tablica 2. Struktura ispitanika prema spolu

Tablica 3. Struktura ispitanika prema srednjoškolskom obrazovanju

Tablica 4. Struktura ispitanika prema statusu studenta

Tablica 5. Struktura ispitanika prema godini studija

Tablica 6. Udio točnih odgovora po pitanjima

Tablica 7. Ukupni točni odgovori

Tablica 8. Usporedba s obzirom na status studenta

Tablica 9. Usporedba s obzirom na godinu studija

Tablica 10. Raspodjela točnih i netočnih odgovora s obzirom na status studenta

Tablica 11. Procjena znanja redovnih i izvanrednih studenata u odnosu na zbroj bodova

Slika 1. Prikaz strukture ispitanika prema dobi

Slika 2. Prikaz strukture ispitanika prema spolu

Slika 3. Prikaz strukture ispitanika prema srednjoškolskom obrazovanju

Slika 4. Prikaz strukture ispitanika prema statusu studenta

Slika 5. Prikaz strukture ispitanika prema godini studija

Privitak B: Upitnik

Poštovani,

Ispred Vas se nalazi upitnik s kojim će se ispitati znanje redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija o bulimiji narovi. Upitnik je izrađen u svrhu prikupljanja podataka za izradu završnog rada studentice Petre Šunjić. Sudjelovanje u upitniku je potpuno dobrovoljno i anonimno. Upitnik sadrži 26 pitanja te će Vam za rješavanje istoga biti potrebno 10 do 15 minuta.

Unaprijed zahvaljujem na sudjelovanju.

I Sociodemografski podatci:

1. Dob:

- a) 18 – 25 godina
- b) 26 – 35 godina
- c) 36 – 45 godina
- d) više od 45 godina

2. Spol:

- a) muško
- b) žensko

3. Srednjoškolsko obrazovanje:

- a) završena srednja medicinska/zdravstvena škola
- b) završena gimnazija
- c) završena neka druga srednja strukovna škola

4. Status studenta:

- a) redovni student/ica sestrinstva
- b) izvanredni student/ica sestrinstva

5. Godina studija:

- a) prva godina sveučilišnog studija Sestrinstva
- b) druga godina stručnog studija Sestrinstva

c) treća godina stručnog studija Sestrinstva

II. Sljedeća pitanja odnose se na ispitivanje znanja o bulimiji nervozi. Potrebno je odgovoriti odabirom jednog od ponuđenih odgovora.

6. Podjednaka je učestalost obolijevanja od bulimije nervoze u oba spola.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

7. Muškarci ne mogu oboljeti od bulimije nervoze.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

8. Bulimija nervoza češća je kod ženskog spola.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

9. Osoba od bulimije nervoze može oboljeti u bilo kojem životnom/razvojnem periodu.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

10. Adolescencija je najčešći životni period oboljenja od bulimije nervoze.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

11. Bulimiju nervozu često prate i neriješeni obiteljski odnosi.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

12. Povećana kontrola od strane roditelja povećava rizik za razvoj bulimije nervoze kod djeteta.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

13. Majka je više uključena u praksu roditeljstva u odnosu na oca.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

14. Masovni mediji i društvene mreže su jedan od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

15. Masovni mediji i društvene mreže utječu na tjelesni razvoj mladih.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

16. Izloženost negativnim komentarima o tjelesnom izgledu rizični je čimbenik za razvoj bulimije nervoze.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

17. Osoba oboljela od bulimije nervoze nastoji nadoknaditi emocionalne potrebe povezivanjem za hranu.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

18. Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u ranijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod djevojaka.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

19. Razvoj sekundarnih spolnih obilježja u kasnijoj životnoj dobi jedan je od rizičnih čimbenika za razvoj bulimije nervoze kod muškaraca.

- a) DA

b) NE

c) Ne znam

20. Osobe oboljele od bulimije nervoze imaju povećan rizik od oboljenja od drugih psihičkih bolesti.

a) DA

b) NE

c) Ne znam

21. Osobe koje su opterećene svojim tjelesnim izgledom sklapaju prijateljske/ljubavne/poslovne odnose na temelju ocjenjivanja tuđeg izgleda.

a) DA

b) NE

c) Ne znam

22. Osobe oboljele od bulimije nervoze češće su depresivne i tjeskobne u odnosu na vršnjake.

a) DA

b) NE

c) Ne znam

23. Osobe oboljele od bulimije nervoze nisu sklone zlouporabi sredstava ovisnosti.

a) DA

b) NE

c) Ne znam

24. Osobe oboljele od bulimije nervoze sklonije su alkoholizmu.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

25. Osobe oboljele od bulimije nervoze sklone su poremećaju spavanja.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

26. Osobe oboljele od bulimije nervoze su impulzivne i nagle naravi.

- a) DA
- b) NE
- c) Ne znam

ŽIVOTOPIS

Petra Šunjić, rođena 30.5.2000. godine u Splitu. Osnovnu školu završava 2015. godine u Splitu i iste godine upisuje Zdravstvenu školu u Splitu, smjer medicinska sestra/tehničar opće njege. Nakon petogodišnjeg srednjoškolskog obrazovanja, 2020. godine upisuje preddiplomski stručni studij Sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, Sveučilište u Rijeci te isti završava 2023. godine.