



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

ZDRAVSTVENA VZGOJA MLADOSTNIKA S PREKOMERNO TELESNO TEŽO

Mentorica: Katja Skinder Savić, pred.

Kandidatka: Maja Primec

Jesenice, oktober, 2012

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici Katji Skinder Savić, pred., za sprejeto mentorstvo, strokovno pomoč, podporo, vodenje in nasvete pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi vodstvu Srednje šole Jesenice ter vodstvu Srednje zdravstvene in strojne šole Ljubljana, ki so mi omogočili izvajanje raziskave, prav tako pa se tudi zahvaljujem vsem dijakom in dijakinjam, ki so izpolnili anketni vprašalnik.

Zahvaljujem se tudi doc. dr. Joci Zirc in Tanji Torkar, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Posebna zahvala gre mojim staršem, ki so mi omogočili študij in fantu ter njegovi družini, ki me je vzpodbujala pri študiju in pisanju diplomske naloge.

Zahvala gre tudi vsem, ki jih nisem omenila in so mi na kakršen koli način pomagali na moji študijski poti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Znano je dejstvo, da je debelost sovražnik zdravja in da ima številne negativne posledice. Da bi lahko preprečili posledice, moramo najprej poznati vzroke za razvoj debelosti. Glavni vzrok je zagotovo neustrezen življenjski slog, ki ga pa predstavljata predvsem čezmerno uživanje hrane in nezadostno gibanje.

Cilj: Cilj raziskave je bil raziskati način prehranjevanja in telesno aktivnost mladostnikov, ugotoviti telesno podobo in samopodobo mladostnikov s prekomerno telesno težo ter ugotoviti znanje, ki ga imajo mladostniki o motnjah hranjenja.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni deskriptivni (opisni) metodi in kavzalno – neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika. Uporabili smo neslučajnostni (nerandomizirani) namenski vzorec. Raziskava je bila izvedena na vzorcu 167 dijakov in dijakinj v razmerju 40:60, na Srednji šoli Jesenice, Srednji zdravstveni šoli Ljubljana ter na srednji strojni šoli v Ljubljani. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 20. Realizacija vzorca je bila 70 %.

Rezultati: Izsledki iz raziskave so, da so anketiranci v 52,4 % primerih navedli, da so zadovoljni s svojo telesno težo, njihova povprečna starost je znašala 18 let. V 37,8% so dijaki in dijakinje aktivni več kot 3-krat tedensko. V 32,3% so anketiranci odgovorili, da telesna teža močno vpliva na njihovo lastno mnenje o sebi. Poznavanje pomena anoreksija in bulimija pozna 64,0% dijakov. Prvi vir informacij o pomoči pri motnjah hranjenja je osebni zdravnik 73,4%. Raziskava z anketnim vprašalnikom je pokazala, da so prehranjevalne navade mladostnikov precej slabe prav tako tudi telesna aktivnost ni zadovoljiva.

Razprava: Pri mladostnikih je bilo ugotovljeno, da so njihove prehranjevalne navade precej slabe, zlasti izpuščanje pomembnih obrokov. Njihova telesna aktivnost je precej slabša oz. neaktivna, kot pri generacijah pred njimi. Kljub temu, pa se je povečala informiranost o motnjah hranjenja (izraza anoreksija in bulimija), seznanjenost o obliki pomoči pri motnjah hranjenja pa je še vedno slaba. Pomembna je kontinuirana zdravstvena vzgoja od osnovne šole dalje, s poudarkom o pravih prehranjevalnih navadah v vseh življenjskih obdobjih. Nedvomno so potrebne nadaljnje raziskave in analize prehrabnih vzorcev mladih, ki bi nudile več vpogleda v prehransko življenje mladih.

Ključne besede: mladostnik, debelost, zdravstvena vzgoja, samopodoba, telesna aktivnost.

SUMMARY

Theoretical background: It is a known fact that obesity brings health risks and causes negative consequences. In order to avoid these consequences, we must first identify the causes which are responsible for the development of obesity. One of the main causes is undoubtedly an unhealthy lifestyle which is a result of poor eating habits and insufficient exercise.

Aim: The aim of this research was to investigate the adolescent dietary behaviours and physical activity, to determine how the overweight adolescents see their body image and self-esteem and to identify their knowledge of eating disorders.

Method: The research is based on the quantitative descriptive and non-experimental causal method of the empirical research. The instrument for data collection was a written survey questionnaire. We used a non-randomized, purposive sample. The survey was conducted on a sample of 167 male and female students in the ratio of 40:60, in the following secondary schools: Jesenice Secondary School, Secondary School of Nursing Ljubljana and Secondary Engineering School Ljubljana. The data were analyzed with the statistical analysis package SPSS 20. The realization of the sample was 70 per cent.

Results: The results of the research showed that (52.4%) of the respondents were satisfied with their body weight, their average age was 18 years. (37.8%) of the students were physically active more than three times a week. (32.3%) of the respondents answered that their weight strongly affected their opinions of themselves. (64.0%) of the students had knowledge of the terms anorexia and bulimia. The first source of information regarding eating disorders was a general practitioner (73.4%). The survey questionnaire showed that the eating habits of adolescents were rather poor. Also, their physical activity proved to be rather unsatisfactory.

Discussion: In adolescents, it was found that their eating habits were quite poor, especially the omission of important meals. Their physical activity was rather low (inactive) as compared to the previous generations. However, the adolescents were much better informed about eating disorders (terms anorexia and bulimia), but the familiarity with the treatment of eating disorders was still low. It is important to provide continued health education from the primary school onward, with an emphasis on healthy eating habits throughout life. Clearly, we need further research and analysis of

the nutritional patterns of young people, which could provide more insight into their dietary lives.

Keywords: adolescent, obesity, health education, self-esteem, physical activity.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2. 1	DEBELOST IN ZDRAVA PREHRANA MLADOSTNIKA	4
2. 1. 1	Opredelitev debelosti in pomen zdrave prehrane	4
2. 1. 2	Prehranjevalne navade mladostnikov	6
2. 1. 3	Indeks telesne mase	8
2. 2	DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA PREKOMERNO TELESNO TEŽO MLADOSTNIKOV	11
2. 3	GIBALNA AKTIVNOST MLADOSTNIKOV	13
2. 4	TELESNA PODOBA IN MOTNJE HRANJENJA.....	16
2. 4. 1	Samopodoba mladostnikov	18
2. 4. 2	Telesna samopodoba in mediji	20
2. 5	ZDRAVSTVENA VZGOJA PREKOMERNO TEŽKIH MLADOSTNIKOV ..	21
2.5.1	Cilji zdravstvene vzgoje	21
2.5.2	Vloga staršev v učno-vzgojnem programu prekomerno težkih mladostnikov	24
2.5.3	Ravni zdravstvene vzgoje	25
2.5.4	Cilji prehranske politike	25
2.5.5	Zdravljenje debelosti	27
3	EMPIRIČNI DELNapaka! Zaznamek ni definiran.	
3.1	PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA.....	28
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	28
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	29
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	29
3.3.2	Opis instrumentarija	29
3.3.3	Opis vzorca	30
3.3.4	Potek raziskave	31
3.3.5	Opis obdelave podatkov	32
3. 4	REZULTATI.....	32
3.5	RAZPRAVA	43
4	ZAKLJUČEK	50
5	LITERATURA IN VIRI	52
6	PRILOGE	61
6.1	INSTRUMENT	61

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opredelitev klasifikacije prehranjenosti	10
Tabela 2: Značilnosti vzorca v raziskavo vključenih anketirancev	31
Tabela 3: Odnos do telesne teže	33
Tabela 4: Gibalna aktivnost	33
Tabela 5: Kako redno anketiranci zajtrkujejo	34
Tabela 6: Hrana z veliko sladkorja	35
Tabela 7: Pogostost uživanja sadja	36
Tabela 8: Pogostost uživanja zelenjave	37
Tabela 9: Mnenja anketirancev o vplivu telesne teže do samega sebe	38
Tabela 10: Mnenja anketirancev ob pogledu na svoje telo	39
Tabela 11: Motnje hranjenja (anoreksija, bulimija)	40
Tabela 12: Poznavanje pomena izrazov anoreksija ter bulimija	41
Tabela 13: Pomoč v primeru motenj prehranjevanja	42

KAZALO SLIK

Slika 1: Ukvarjanje s športom	34
Slika 2: Vrsta hrane, ki jo anketirani največkrat zaužijejo za zajtrk	35
Slika 3: Vrsta sadja, ki je pri anketirancih največkrat zaužita	36
Slika 4: Vrsta sadja, ki je pri anketirancih največkrat zaužita	38
Slika 5: Mnenja o lastnem mnenju o sebi zaradi prevelike telesne teže	39
Slika 6: Najbolj moteči deli telesa zaradi prevelike telesne teže	40
Slika 7: Veste, kje poiskati pomoč pri motnjah hranjenja	41

1 UVOD

Zdravo in uravnoteženo hranjenje je temeljni pogoj za zdravje in ohranjanje dobrega počutja. Kakovost prehranjevanja močno vpliva na kakovost življenja. Ljudje, ki imajo prekomerno telesno težo in so predebeli, so deležni predsodkov in zapostavljenosti (Djerdi, 2010).

Debelost je poznana že zelo dolgo in v vseh kulturah. Včasih so jo sprejemali kot simbol bogastva, plodnosti in tudi zdravja. Pozneje je bila poznana zgolj kot problem bogatejšega sloja, sedaj pa se dramatično širi na srednji sloj, še zlasti pa v mesta (Burniat, Cole, Lissau in Poskritt, 2003).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO – World Health Organization) opozarja, da debelost je in bo eden največjih izzivov zdravstva 21. stoletja. Na področju Evrope se je od osemdesetih let 20. stoletja potrojila, število debelih posameznikov pa še vedno narašča, še zlasti pri otrocih in mladostnikih. Debelost predstavlja od 2 do 8 odstotkov vseh stroškov zdravstvene blagajne in je posledično kriva za 10 do 13 odstotkov smrti v različnih delih Evrope (World Health Organization, 2007).

Naraščanje debelosti otrok in mladostnikov je izrazito predvsem v državah razvitega zahoda. V Združenih državah Amerike (ZDA) se debelost že lahko imenuje epidemija, saj se je med leti 1980 in 2002 število oseb z indeksom telesne mase (ITM), višjim kot 30, več kot podvojilo. Leta 2003 naj bi bilo v ZDA kar 17,1 odstotkov debelih otrok in mladostnikov. Zanimivo je, da je v Evropi največji delež mladostnikov s prekomerno telesno težo v sredozemskih državah, manjši pa v severni, srednji in vzhodni Evropi (Škof, 2010). V zadnjih dvajsetih letih se je izjemno povečal delež tako prekomerno težkih kot tudi debelih učenk in učencev v Sloveniji. Največji porast je opaziti pred puberteto in v zgodnjem pubertetnem obdobju. Povprečna prevalenca v starostnem obdobju od 7 do 19 let je bila leta 2003 kar 16,3 odstotkov (Černetič idr., 2009).

Naraščanje pogostosti debelosti v zadnjih petdesetih letih je nedvomno posledica sprememb v načinu življenja, predvsem zmanjšanje telesne dejavnosti in zvečanje

ponudbe energijsko goste prehrane (Černetič idr., 2009). Černetič in drugi (2009) so ugotovili, da naj bi genetsko ozadje prispevalo celo 60 odstotkov nagnjenosti k debelosti. Bučar-Pajak, Kovač in Strel (2004) so ugotovili, da je bilo leta 1983 v isti starostni skupini čezmerno težkih 9,6 odstotkov fantov in 10,2 odstotkov deklet.

Prekomerna telesna teža postaja eden ključnih problemov sodobnega sveta. Današnji štirinajstletnik je skoraj 20 kg težji od štirinajstletnika pred osemdesetimi leti in 2,5 kg od štirinajstletnika pred 15 leti. Spremembe telesne teže so bile v preteklih 20-tih letih mnogo večje, kot so bile spremembe v telesni višini. Do nastopa pubertete razlik med spoloma v telesni teži ni. Pri dvanajstih letih so težja dekleta, pri petnajstih letih so fantje težji za 3,6 kg. V srednji šoli pridobijo dekleta 5 kg, medtem ko fantje kar trikrat več, in sicer 15 kg (Strel idr., 2007).

Debelost predstavlja veliko tveganje za številne kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen, srčno-žilna obolenja in tudi rak. Razvijejo se čustvene posledice, pa tudi bolezni prehranjevanja so čedalje pogostejše (World Health Organization – obesity, 2010).

Če se želi znižati delež otrok in mladostnikov s prekomerno težo, se je potrebno reševanja problema lotiti celostno. To se doseže s postopno spremembo življenjskega sloga. Če se zagotovi mladostniku ustrezen način prehranjevanja, ki bo usklajen s telesno dejavnostjo, bo to pravi način. Sprva je potrebno oceniti stopnjo prehranjenosti, da se ve, za kakšno stopnjo debelosti ali prekomerne telesne teže gre. To oceno prehranjenosti opravi zdravstveni delavec. Naslednji korak je ocenitev načina prehranjevanja. Ko sta ta dva podatka znana, se naredi načrt, s katerim se postopoma izgublja telesno težo. Načrt mora nujno vsebovati oceno dnevnih potreb po energiji, katere se zadovolji s prehrano, in načrt vadbe oziroma gibalnih aktivnosti (Rotovnik-Kozjek, 2004).

Kete in Sentočnik (2001) sta ugotovila, da je motivacija mladostnika ključni dejavnik uspešnosti zdravljenja. Mladostniki želijo izgubljati telesno težo zgolj z dieto, ne pa s telesno aktivnostjo.

Za večjo motivacijo je potrebno poskrbeti z inovativnimi pristopi k športni vadbi. Vadbo je potrebno prilagajati sodobnim potrebam in željam mladostnikov. Mladi preživijo čedalje več časa pred televizijskimi ekrani, predvsem pa pred računalnikom. Inovativne ideje kažejo, kako je mladino možno navdušiti (tudi s pomočjo informacijske tehnologije) in jih pripraviti do aktivnejšega in bolj zdravega načina življenja (Kete in Sentočnik, 2001).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 DEBELOST IN ZDRAVA PREHRANA MLADOSTNIKA

2.1.1 Opredelitev debelosti in pomen zdrave prehrane

Adolescenca ali mladostništvo je obdobje odraščanja. Pravilna in uravnotežena prehrana je za mladostnika in njegovo zdravje izredno pomembna, saj je to obdobje intenzivne rasti in razvoja posameznika. Za srednješolsko populacijo sta značilna nezdravo prehranjevanje in nezdrav življenjski slog (Črnak Meglič, 2005).

Debelost je močno povečana telesna teža, prekomerna telesna teža pa je »prehodno stanje« med normalno telesno težo in debelostjo (Gobov, Seher-Zupančič, Troha in Puc-Vidrih, 2007). WHO je predstavila preprosto definicijo, ki pravi, da je debelost bolezen, pri kateri se je nabral takšen presežek telesne maščobe, da je zaradi tega lahko ogroženo zdravje posameznika. Seveda je od vsakega posameznika odvisno, kako bosta količina telesne maščobe in njena razporeditev po telesu vplivala na zdravje. Torej, če debelost označujemo kot presežek telesne maščobe, potem potrebujemo izraz, ki nam označuje telesno maščobo v telesu in to imenujemo tolstost. Tolstost je količina telesne maščobe, izražena kakor skupna količina maščobe v kilogramih ali kot odstotek maščobe na celotno telesno težo (Cole in Rolland-Cachera, 2003).

Debelost spada pod kronično bolezen in povzroča motnje v telesnih funkcijah in presnovnih procesih. Debelost zmanjšuje kakovost življenja, zvišuje obolevnost za številnimi boleznimi in skrajšuje življenjsko dobo. Ker dobiva v razvitem svetu razsežnosti epidemije, postaja velik zdravstveni in družbeno-ekonomski problem. Za kajenjem je na drugem mestu med odpravljivimi dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja, ki so glavni vzrok umrljivosti sodobne civilizacije (Pfeifer in Rotovnik Kozjek, 2006).

Debelost tudi s stališča javnega zdravja postaja zdravstveni problem, ki ga uvrščamo med velike javno zdravstvene probleme. Bolezen se namreč relativno naglo širi, s tem

pa se povečuje tudi razsežnost problema. Vedno bolj tudi finančno obremenjuje zdravstvene sisteme. Preprečimo jo lahko z zdravim načinom življenja, kamor sodita uravnotežena in raznolika prehrana ter vsakodnevna telesna aktivnost, ki omogočata ugodno razmerje med vnosom in porabo kalorij. V zgodnjem otroštvu je otroku pomemben stalen ritem prehrane; ko pa to prvo obdobje mine, je še pomembnejše, da se ohranijo navade rednega uživanja obrokov. Otrok se mora zelo hitro prilagoditi ritmu hranjenja, ki je priporočen odraslim. To pomeni imeti pet obrokov na dan, ki so sestavljeni po prehranskih priporočilih (Djerdi, 2010).

Priporočila za zdravo prehranjevanje so pomembna za otroke, mladostnike in odrasle. Vendar pa je zdrava prehrana za otroke in mladostnike še toliko pomembnejša, ker je odraščanje obdobje intenzivnega fiziološkega, psihosocialnega in kognitivnega razvoja posameznika. Energijsko in hranilno uravnotežena in specifičnim potrebam otrok in mladostnikov v fazi rasti in razvoja prilagojena prehrana je eden najbolj pomembnih pozitivnih dejavnikov varovanja zdravja (Gabrijelčič Blenkuš, Pograjc, Gregorič, Adamič in Čampa, 2005).

Otrokom in mladostnikom je potrebna prehrana, ki jim omogoča rast in razvoj, obnavljanje organizma in opravljanje njegovih funkcij. Priporočene so količine posameznih hranilnih snovi za različne starosti otrok in mladostnikov, ustrezne njihovim potrebam. Beljakovine naj bodo deloma živalskega izvora (ribe, mleko, lahko prebavljivo meso), deloma rastlinskega izvora (žita) v razmerju 1 : 2. Preobilna beljakovinska hrana lahko povzroča pri nedoraslem organizmu motnje v delovanju jeter in ledvic ter alergije. Maščobe so mladostniku potrebne za energijo, za izgradnjo celičnih struktur, živčnega in možganskega tkiva. Biti morajo rastlinskega izvora, ker vsebujejo esencialne maščobne kisline in v maščobah topne vitamine (A, D, E, K). Ogljikovi hidrati naj bodo pretežno žitnega izvora, deloma iz stročnic. Sladkor naj bo le kot sestavni del jedi, ne pa v obliki bonbonov in raznih sladkarij. Otroci in mladostniki dobijo vitamine in minerale predvsem v sadju in zelenjavi ter mleku in mlečnih izdelkih. V pomladnih mesecih pa se priporočajo limonada in nesladkani sadni sokovi z dodanimi vitamini in minerali. Hrana za otroke in mladostnike naj bo mešana; sestavljena iz raznovrstnih živil, da je čim bolj privlačna za oči. S tem se bodo navadili na različne okuse različnih živil. Strokovnjaki priporočajo ponujanje hrane, nikoli pa na

posiljevanje s hrano. S silo se izzove odpor do posamezne hrane. Značilnosti današnjega časa so medijski vplivi, propaganda in »modno uživanje« tako imenovane hitre hrane (fast food). Otroci in mladostniki, ki imajo znanje o biološko polnovredni prehrani, bodo znali pravilno izbirati in hitro hrano dopolnjevati s sadjem, zelenjavo in z mlečnimi izdelki (Suwa-Stanojević, 2009).

Mladostnike je potrebno nenehno ozaveščati o pomenu zdrave prehrane in jih motivirati za izbiro zdravega življenjskega sloga (Jakl in Sancin, 2008).

2. 1. 2 Prehranjevalne navade mladostnikov

Rezultati vseh raziskav o prehranjevanju otrok in mladostnikov kažejo, da je nezdrav način prehranjevanja resen problem slovenske družbe. Zadnja leta so vse pogostejše težave s telesno težo med mladimi, še posebej v času pubertete in adolescence. Že v otroštvu bi morali starši razumeti vzroke debelosti, predvsem pa poskrbeti za zdrav način življenja. V tem obdobju imajo posamezniki lahko resne duševne in telesne težave (Djerdi, 2010).

Prehrana mladostnikov velikokrat ne pokriva njihovih dnevnih hranilnih potreb, prav tako pa vir potrebne energije črpajo iz preveč maščob in sladkornih izdelkov. Prehranjevalne navade mladostnikov so slabe, imajo premalo zdravih dnevnih obrokov, ne zajtrkujejo redno (predvsem dekleta izpuščajo zajtrk in večerjo) in zaužijejo preveč prigrizkov, sladic ter sladkih brezalkoholnih pijač. Mnogi mladostniki se zavedajo, da se ne prehranjujejo zdravo. Uživanje sadja in zelenjave bi moralo biti pogostejše in samo po sebi umevno. Velikokrat je razlog za neustrezno prehranjevanje premalo časa, veliko učenja, prisotna je slaba, neorganizirana in neustrezna prehrana v času pouka, kot so neurejeno subvencioniranje javne prehrane, neprilagojen šolski urnik, slaba ponudba ipd.; dolge dnevne vožnje, vpliv skupine, slaba ponudba, pa tudi finančne težave (Vombergar in Nidorfer, 2004).

Posledično zaradi nezdravega prehranjevanja in prenizke stopnje telesne dejavnosti narašča delež prekomerno prehranjenih mladostnikov, hkrati pa narašča tudi delež podhranjenih mladostnikov z motnjami hranjenja, predvsem pri dekletih, saj jih ima

velik delež slabo telesno (samo) podobo in uporablja različne diete (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike, 2005).

Pri debelih odraslih je na splošno zelo dobro poznan pojav jutranjega stradanja in večernega prenajedanja. Stunkard (1955, v Rolland-Cachera in Bellisle, 2003) je to poimenoval sindrom nočnega prehranjevanja, ki se sicer v milejši obliki lahko pojavlja tudi pri mladostnikih.

Prenajedanje je pojav, ki je značilen za bolezen bulimia nervosa. Ta bolezen pa se pojavlja ne glede na rejenost posameznika. Velikokrat je razlog za prenajedanje povezan z negativnimi občutki. Razlika pri prenajedanju med debelimi posamezniki in tistimi, ki bolehamo za boleznijo bulimije, je v tem, da debeli posamezniki nimajo navade hrano izbruhati. Kljub temu, da potem pogosto dolgo časa ne jedo ali celo zavračajo hrano, še vedno pride do viška energije, ki se ustvari ob zaužitju hrane (Gavin, Dowshen in Izenberg, 2007).

Poleg teh so tu še drugi prehranjevalni vzorci. Debeli ljudje pogosto jedo hitreje, kot zdravi ljudje, zato pogosto zamudijo občutek sitosti, ki se ga zavedo šele, ko so popolnoma siti. Otroci pogosto ne razumejo povsem, kaj pomeni biti sit in kaj pomeni biti lačen. Večina se nas rodi s sposobnostjo, da merimo potrebe telesa po hrani. Ko se otroci dojijo pri materi, se zdi, da imajo prirojen občutek za to, koliko hrane potrebujejo. Toda ta občutek se očitno izgubi med rastjo otrok in seveda tudi zaradi pritiskov staršev, ki jim vcepljajo svoje prehranjevalne navade. Ko pridejo predšolska leta, začne veliko otrok uporabljati besedo lačen, čeprav morda izražajo druge občutke, pa naj bo to dolgočasje, osamljenost, žalost in druga čustva, ki jih ne znajo poimenovati. Uporaba hrane zato, da bi potolažil žalost, lahko postavi občutke med hrano in občutki, ki nimajo nobene povezave z lakoto. Prekomerno težki, zanimivo, nimajo razvite posebno velike želje do sladkarij. Zelo sladke in mastne sladice pa so zelo priljubljene med vsemi mladostniki (Gavin, Dowshen in Izenberg, 2007).

Kriteriji, ki opredeljujejo poznavanje prehranjevalnih navad so poleg števila rednih obrokov in časa, ki preteče med enim in drugim obrokom, še količina zaužite hrane,

vrsta živil in način njihove priprave, način uživanja hrane in ne nazadnje tudi okolje v katerem hrano uživamo (Koch in Kostanjevec, 2004).

Mladostniki zelo dobro poznajo koristi zdravega prehranjevanja. Velika večina pa ima ohlapno ali površno znanje o prehrani, saj poznajo le splošna priporočila, ne pa tudi načinov, kako jih vsakodnevno udejanjiti. Otroci in mladostniki menijo, da se za določeno hrano odločijo na podlagi njenega okusa, videza, vonja in barve. Pomembno jim je tudi, da to jed od prej poznajo in so jo navajeni jesti. K odločitvi lahko pripomorejo tudi dobre reklame (Gregorič, 2010).

Prisotna pa je tudi nezaveščenost o pomenu zdrave prehrane za rast in razvoj mladostnikov ter presplošno znanje o prehrani. Bolj kot samo pomanjkanje znanja, kakšna je zdrava prehrana, pa je značilno pomanjkanje volje za zdrav način prehranjevanja (Jakl in Sancin, 2008).

2. 1. 3 Indeks telesne mase

Debelost je prekomerna prehranjenost in je opredeljena kot pojav, pri katerem je teža telesa večja od normalne teže za določeno telesno višino in spol. Kljub definiciji se za ugotavljanje debelosti redkeje uporablja neposredno merjenje telesne maščobe (kot npr. merjenje specifične teže s pomočjo tehtanja v vodi; merjenje volumna in mase maščobe s pomočjo magnetne resonance, CT aparata itd.) v primerjavi s posrednimi metodami, kot so: indeks telesne mase (ITM), telesna teža za določeno starost ali višino, delež čezmerne telesne teže (razmerje med dejansko in idealno telesno težo), merjenje kožne gube, razmerje med pasom in kolki. Obseg pasu merimo na najožjem delu trupa (nad popkom in pod izrastkom prsnice-ksifoidom), obseg bokov pa na mestu največjega obsega čez kolke in zadnjico (tam kjer je večje). Razmerje (WHR), ki je večje kot 1 pri moških in večje kot 0,86 pri ženskah pomeni večje tveganje za bolezen. $WHR = \text{weist} - \text{hip ratio} = \text{obseg pasu} / \text{obseg bokov}$ (Roelants in Hoppenbrouwers, 2007).

Med slednjimi je mednarodno najbolj razširjen in velja že za doktrino indeks telesne mase oz. ITM (angl. BMI – Body Mass Index), ki ga izračunamo tako, da telesno težo v

kilogramih delimo s kvadratom telesne višine v metrih (kg/m^2). Čeprav ITM ni neposredni pokazatelj adipoznosti, temveč indeks relativne teže, dobro korelira s količino maščevja v telesu ($r = 0,7-0,8$) (Roelants in Hoppenbrouwers, 2007; Bratanič, 2000). To tudi pomeni, da bo večina oseb s tako izmerjeno čezmerno telesno težo tudi res imela čezmerno težo, nekaj čezmerno težkih posameznikov pa se bo napačno obravnavalo kot osebe z normalno telesno težo (Roelants in Hoppenbrouwers, 2007).

Pri odraslih govorimo o prekomerni telesni teži, kadar je ITM večji od 25, o debelosti pa, kadar je ITM večji od 30. Pri otrocih in mladostnikih se ITM med rastjo spreminja, zato si pomagamo s centilnimi krivuljami, kjer prekomerno prehranjenost največkrat predstavlja 85. percentil, debelost pa 95. percentil (Gobov, Seher-Zupančič, Troha in Puc-Vidrih, 2007).

Prekomerna telesna teža pri otrocih in mladostnikih se torej meri glede na indeks telesne mase (BMI) – starost pri ali nad 95-imi percentili CDC tabele (Center for Disease Control and Prevention – Center za nadzor in preprečevanje bolezni) rasti (Ogden, Flegal, Carroll in Johnson, 2002).

Medtem, ko avtorji opozarjajo na neustreznost mejnih vrednosti ITM za otroke, ker se ITM spreminja s starostjo (Roelants in Hoppenbrouwers, 2007), kljub temu ITM obravnavajo kot »ustrezno merilo za splošno oceno debelosti v otroški populaciji« (Bratanič, 2000), pri čemer pa moramo biti pozorni tudi na faktorje, kot so starost in spol ter po potrebi uporabiti dodatne metode (prav tam) (Uršič Bratina, 2000).

V Ameriki je zdravstveno-epidemiološka institucija Center za nadzor bolezni (Center for Disease Control and Prevention, CDC) razvila normative na ameriški populaciji otrok in mladostnikov. Po teh normativih so posamezniki razdeljeni v 4 kategorije: posamezniki s prenizko telesno maso imajo indeks telesne mase manjši od 5. percentila, posamezniki z normalno telesno maso imajo indeks telesne mase enak ali večji od 5. ter manjši od 85. percentila, posamezniki s prekomerno maso imajo indeks telesne mase enak ali večji od 85. in manjši od 95. percentila, debeli posamezniki imajo indeks telesne mase enak ali večji od 95. percentila (Kuczmarski idr., 2000).

Glede na to, da so bili ti normativi postavljeni na osnovi podatkov izključno ameriške populacije, obstaja vprašanje, ali lahko pravilno ocenijo prehranjenost na drugih populacijah.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in tudi druge mednarodne organizacije uporabljajo indeks telesne mase za statistično oceno tveganja za zdravje bodisi zaradi prekomerne prehranjenosti (debelosti) bodisi nedohranjenosti svetovnega prebivalstva in za primerjavo med državami sveta. Tudi zdravniki in seveda posamezniki uporabljajo danes indeks telesne mase zaradi njegove enostavnosti kot vodilo za zdravo prehranjevanje in za ukrepe, ki zmanjšujejo tveganja za zdravje, ki jih na eni strani povzroča debelost in na drugi nedohranjenost (World Health Organization, 2008).

Klasifikacija indeksa telesne mase velja za odrasle (starejše od 16 let) ne glede na spol, ne velja pa za otroke in profesionalne športnike.

Tabela 1: Opredelitev klasifikacije prehranjenosti

Klasifikacija prehranjenosti	ITM
Nedohranjenost	Manj kot 18,5
Normalna prehranjenost (normalna telesna masa)	Od 18,5 do 25
Prekomerna prehranjenost (prekomerna telesna masa)	Od 25 do 30
Debelost	Več kot 30

Vir: World Health Organization (2008).

Skoraj 50 % odraslih Slovencev ima prekomerno telesno težo, ali pa so debeli.

Poleg tega je pomemben tudi parameter ocenjevanja stanja hranjenosti z merjenjem obsega pasu in tveganjem abdominalnega kopičenja maščobe, ki lahko posledično vodi do nastanka nekaterih kroničnih nenalezljivih bolezni (bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni tipa II, kolorektalnim rakom in rakom dojke). Pri merjenju obsega pasu nevarnost pri moških predstavlja obseg nad 94 cm, pri ženskah pa nad 80 cm. O alarmantnem stanju govorimo, ko je obseg pasu pri moškem nad 102 cm, pri ženski pa nad 88 cm. Pri otrocih in mladostnikih poznamo druge metode ugotavljanja stanja hranjenosti (krivulje), saj so tudi definicije debelosti s računanjem indeksa telesne mase pri njih malce drugačne (Avbelj, 2006).

2. 2 DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA PREKOMERNO TELESNO TEŽO MLADOSTNIKOV

Debelost je posledica razlike v vnosu in porabi kalorij, zato k njenemu nastanku pomembno prispeva prehrana. Prehrana in prehranske navade se razlikujejo glede na etnično pripadnost, družinske navade in navade posameznikov. Danes so otroci in mladostniki vedno manj telesno aktivni, večino prostega časa preživijo pred televizijo ali računalnikom, izogibajo se pouku telovadbe, le redki se aktivno ukvarjajo s športom. Pomembni so psihosocialni dejavniki – pogosteje so debeli otroci, ki živijo v slabših socialno – ekonomskih razmerah in z le enim od staršev ali pa imajo starejše matere (Bratanič, 2000).

Medicina kot vzroke debelosti večinoma navaja vplive življenjskega stila, pri čemer pomembno izstopajo (nepravilne) prehranske navade in nezadostna gibalna aktivnost mladostnikov. Govorijo tudi o pomanjkljivi ozaveščenosti o zdravi prehrani, družinski obremenjenosti ter nižjem socialnem statusu. Pomembni so tudi psihološki dejavniki, torej stresi in frustracije, katerih posledice so lahko tolažilne maščobne oziroma sladkorne diete, zanemarljivi niso niti genski in hormonski vzroki. Predvsem se torej opirajo na povezavo zdravega življenjskega sloga in zdravja (kot stanja nedebelosti). (Malnar, 2002)

Predvsem je razširjenost debelosti močnejše prisotna pri mladostnikih z nizkim socialnim statusom, saj ti ljudje uživajo cenejšo, bolj mastno in kalorično hrano, njihova znanje o zdravi prehrani pa je slabše (Pokorn, 2000).

Prehranske navade oziroma prevelika telesna teža mladostnikov se lahko kažejo skozi socialne neenakosti, saj podatki kažejo na tesno povezanost izobrazbe in telesne teže, pri čemer slednja pada z naraščanjem izobrazbe. Lahko gre torej za pomanjkanje kulturnega kapitala, ekonomskega kapitala ali pa socialno ekonomske strese, katerih posledica so tolažilne diete (Malnar, 2002).

Debelost je tudi posledica življenja v današnji družbi, kjer je dostopnost in pestrost hrane vse večja, telesna aktivnost pa zaradi vse večje uporabe avtomobila in predvsem

zaposlitev, pri katerih večino časa sedimo, vse manjša. Odvisna pa je tudi od genetskih dejavnikov (v 25 do 40 odstotkih), pri čemer gre za gene, ki vplivajo na apetit in način razporeditve maščevja po telesu. Močno je povezana tudi s socialno – ekonomskim statusom (Pokorn, 2000).

Na prvi pogled se zdi, da je debelost dedna, saj se ponavadi pojavlja pri mnogih članih iste družine. Človek ima že ob rojstvu določene posamezne telesne značilnosti, način presnove in nekatere druge lastnosti. Podeduje pa lahko tudi dovzetnost za razvoj debelosti. Vendar podedovana dovzetnost ni edini vzrok za debelost, ki se pojavlja v okviru ene družine. Večkrat slišimo: »Pri meni hujšanje ne gre in ne gre, ker smo pač take sorte-vsi v družini smo debeli«, ali pa: »Debelost sem podedoval po materi, tudi ona je debela«. Pa vendar debelost v teh primerih ni samo podedovana (Battelino, 2000).

Družinske navade v rani mladosti so tiste, ki navajajo na določen način hranjenja in vedenja ter vodijo ob prirojeni dovzetnosti k debelosti. V družini, kjer sta oče in mati debela, bo njun lasten ali pa posvojen otrok skoraj gotovo (v 80% primerov) tudi debel. Ni nujno, da se debelost pokaže že v otroških letih. Razvije se lahko tudi kasneje, v tako imenovanih kritičnih obdobjih. Med kritična obdobja štejemo puberteto, poporodno obdobje, večje spremembe v načinu življenja-služenje vojaškega roka, poroka, sprememba stalnega bivališča (Battelino, 2000).

Prekoračitev BMI je zagotovo povezana z vrsto že prej omenjenih nevarnih dejavnikov tveganja (USDHHS, 2002). Ena od ugotovitev je, da ima kar 58 odstotkov mladostnikov s prekomerno težo v starosti od 11 do 17 let vsaj en dejavnik tveganja za nastanek kardiovaskularnih bolezni (Freedman, Dietz, Srinivasan, & Berenson, 1999). Metabolni sindrom, ki pogosto privede do diabetesa tipa 2 pri odraslih, so ugotovili pri 4 odstotkih vseh mladostnikov in pri 30 odstotkih tistih s prekomerno telesno težo. (Cook, Weitzman, Auinger, Nguyen, in Dietz, 2003).

Poznamo tudi vedenjske, okoljske, genetske in druge dejavnike tveganja. Vedenjske delimo na vedenja povezana s prevelikim vnosom energije v telo, vedenja, ki so

povezana s premajhno porabo energije ter druga vedenja, ki so povezana s prehranjenostjo (Zaletelj-Kragelj, Fras, Maučec-Zakotnik, 2004).

Vedenjske delimo na vedenja povezana s prevelikim vnosom energije v telo, vedenja, ki so povezana s premajhno porabo energije ter druga vedenja, ki so povezana s prehranjenostjo (Zaletelj-Kragelj, Fras, Maučec-Zakotnik, 2004).

Z nezdravo in nepravilno pripravljeno hrano, ki je energijsko bogata in hranilno revna, v telo vnesemo veliko količino energije. Običajno posamezniki zaužijejo preveč maščob in ogljikovih hidratov ter premalo vlaknin. Problematici so tudi preveliki in premalo številni obroki. Vzroki za pojav debelosti se odražajo kot celostni problem, ki vključujejo revščino, cenovno dostopnost »slabe« energijsko goste hrane, telesno neaktivnost in slabšo izobraženost (Zaletelj-Kragelj, Fras, Maučec-Zakotnik, 2004).

Drugi dejavniki tveganja za debelost so lahko stres, slaba samopodoba in psihosocialni problemi, ki lahko pospešijo težave povezane z načinom prehranjevanja (Zaletelj-Kragelj, Fras, Maučec-Zakotnik, 2004).

Psihični vzroki (nezadovoljstvo s samim seboj, slaba samopodoba, psihosocialni problemi, izvirajoči iz družinskega, delovnega in bivalnega okolja) lahko povzročijo ali pospešijo težave, povezane z načinom prehranjevanja (pretirana in/ali nezdrava ješčnost in nezadostno gibanje). Psihična napetost in stresne situacije, ki jo lahko povzročajo, so pogosto vzrok prekomernega uživanja hrane. Psihični vzroki niso neposredni vzroki za nastanek debelosti. Psihična napetost, ki jo povzročajo stresne situacije, lahko vodijo le k zatekanju h hrani, ki predstavlja tolažbo (Leban Vindiš, 2012).

2.3 GIBALNA AKTIVNOST MLADOSTNIKOV

Po definiciji, ki jo uporablja tudi WHO, je gibalna aktivnost kakršnokoli telesno gibanje, ki ga ustvarijo skeletne mišice in katerega posledica je poraba energije nad ravno mirovanja. Šport in telesno vadbo razumemo kot posebni vrsti gibalne aktivnosti, pri čemer se šport nanaša na organizirano in planirano vadbo, vključuje pa tudi

določeno obliko tekmovanja, medtem ko je telesna vadba namenjena izboljšanju telesne pripravljenosti in zdravja. Gibalna aktivnost pomeni tudi premikanje telesa, ki je opravljeno z močjo mišic in porabo energije. Gre za katerokoli aktivnost, pri kateri naraste srčni utrip in pri kateri se za nekaj časa zaduha, npr: hoja, igra, šport (Zaletel-Kragelj idr., 2006).

Izraz življenjski slog je težko spraviti v vseobsegajočo definicijo. Oblikovanje življenjskega sloga je odvisno od mnogih dejavnikov. Na oblikovanje posameznikove gibalne dejavnosti teoretično vplivajo tri področja. Prvo je intrapersonalno. To je področje, ki je določeno biološko, psihološko in s posameznikovim vedenjem. Drugo je socialno in ga sestavljajo družina, socialni položaj družine in sovrstniki. Tretje pa sestavlja okolje, v katerem posameznik živi in možnosti za gibalno dejavnost, ki so mu v njem na voljo (Starc in Kovač, 2007).

Razširjenost pojava debelosti med otroki se neprestano povečuje in resno ogroža javno zdravstvo. Podatki kažejo, da se je razširjenost pojava debelosti pojavila istočasno s spremembami v vzorcu fizičnih aktivnosti; debeli otroci so veliko manj fizično aktivni od svojih vrstnikov z normalno telesno težo (Morano, Ercolino in Colella, 2008).

Na podlagi mnogih raziskav lahko trdimo, da ima šport pomembno vlogo v oblikovanju zdravega življenjskega sloga. V boju z nezdravimi navadami deluje predvsem deklarativno. Vsi vemo, kako pomembno je zdravje in kako pomemben je šport za zdravje. Imamo vedno več rekreativnih centrov, mediji in reklame nas nenehno poučujejo in prepričujejo o zdravju. Dostopnost zdravja pa je vedno dražja. Športni program in športna prehrana dosejata visoke cene, zato je pot od zavedanja zdravja do zares zdravih prehranjevalnih navad dolga. Veliko lahko naredimo s tem, da mlade poučimo, da so zdrave življenjske navade pomembne predvsem za njih, saj drugače škodijo sebi (Kovač, Jurak, Bizjak in Strel, 2007).

Danes je gibalna aktivnost nedvomno pomemben dejavnik pri preprečevanju vrste kroničnih metabolnih bolezni kot so prekomerna telesna teža, osteoporoz, hiperlipidemija, ateroskleroza, diabetes tipa II, arterijska hipertenzija, koronarne srčne

bolezni (Vuori, 2004). Izvor kroničnih bolezni sega v zgodnja leta, med otroštvom in adolescenco. Veliko število mladih ljudi kaže vsaj en znak tveganja za razvoj kroničnih srčnih obolenj v odraslosti (Reed idr., 2008).

S povečanim številom tveganj se poveča tudi posamično tveganje za razvoj kroničnih metabolnih in srčnih koronarnih obolenj. Kar zadeva preprečevanje kroničnih bolezni, smo torej posebej osredotočeni na prehrano in gibalno aktivnost, dejavnika, na katera lahko vplivamo že v mladih letih. Nivo gibalne aktivnosti je odvisen od številnih dejavnikov kot so starost, spol in vrsta drugih (Mišigoj-Duraković idr., 2003). Raven dejavnosti pri dečkih je višja kot pri deklicah enake kronološke starosti (Finn idr., 2002). Aktivnost otrok znatno upade skozi obdobje adolescence, k čemur pripomorejo biološki, okoljski in socialni dejavniki (Rowland, 2007). Ležeren način življenja modernega človeka, obdanega s tehnološkimi dosežki, presega čas, preživet v gibanju v vseh skupinah ljudi, od najzgodnejšega otroštva (Oliver idr., 2007).

V raziskavi »Odnos mladostnikov do gibanja« so ugotovili, da otroci in mladostniki dobro poznajo korist gibanja, prav tako so kar dobro seznanjeni s priporočili, kolikor se je treba gibati. Vendar vedenje in znanje o priporočilih in koristih ni dovolj. Poleg otrokovih predispozicij je pomembno tudi njegovo veselje do gibanja, predvsem občutek, da je sposoben izvajati določene gibe ali vaje. Velik vpliv na gibanje imajo starši. Le-ti dajejo večinoma prednost šoli in učenju, ne pa gibanju. Večina mladostnikov je vedno manj gibalno aktivnih in se v prostem času ukvarja z gibanjem v neorganizirani obliki, v družbi prijateljev, družine, sosedov, redkeje pa sami. V prostem času radi kolesarijo, hodijo na sprehode, tečejo, radi se igrajo v družbi prijateljev. Zelo priljubljene so tudi skupinske igre z žogo. Med vzroki, zaradi katerih opuščajo gibanje, najpogosteje navajajo šolsko delo in učenje, lenobo, utrujenost po napornem dnevu, sedenje za računalnikom in televizijo, pa tudi bolezen oziroma poškodbe (Drev, 2010).

Dijaki so danes v povprečju manj gibalno aktivni, kot so bili pred 15. leti. Beležimo vedno večjo potrošnjo prebivalcev za storitve pristočasne industrije, delež potrošnje za šport pa se je zmanjšal (Drev, 2010).

Večina mladostnikov telovadi le toliko, kolikor je potrebno v šoli. Že pri starosti 11 let interes do gibalne aktivnosti med mladimi upada, še posebno med dekleti. V starosti 15 let 40% fantov in le še 24% deklet dosega priporočeni nivo gibalne aktivnosti (HBSC-Slovenija 2002).

Šola sodi poleg družine med socialna okolja, ki pomembno vplivajo na zdravje otrok in mladostnikov. S svojim programom in načinom dela določa tudi pogoje za gibalno aktivnost otrok in mladine med šolanjem. Otroci in mladostniki preživijo glavino svojega časa v šoli sede (Rudolf, Mijovič in Kumer, 2008).

Gibalna aktivnost naj se vključi v vsakodnevno življenje, starši pa naj poskrbijo za postopno dodajanje gibalne aktivnosti, ki mora biti redna. Priporočila so, da je na dan dovolj 30 do 60 minut različnih telesnih vaj, ki jih večina družin lahko uresniči. S gibalno aktivnostjo dosežemo večjo porabo energije in tudi, kar je enako pomembno, porast mišične mase. S porastom mišične mase se poveča bazalni metabolizem. To pa prepreči »yo-yo« efekt, ki je značilen za različne shujševalne diete, ki delujejo samo na principu izgube telesne teže s kratkotrajnim spreminjanjem prehranskih navad brez povečane gibalne aktivnosti (Pišot, 2004).

Izkušnje kažejo, da je kombinacija diete z gibalno aktivnostjo veliko bolj učinkovita pri znižanju telesne teže kot vsaka zase. Ob zmanjšanem kaloričnem vnosu se zmanjšuje tudi nemaščobno tkivo in kalorične potrebe za bazalni metabolizem, zaradi česar se nižanje telesne teže upočasni. Gibalna aktivnost do neke mere pospešuje porabo nakopičenega maščevja in s tem povečuje kalorične potrebe organizma (Pišot, 2004).

Ne sme se pozabiti, da več rekreativnega športa zagotovo pomeni manj postopanja po ulicah, manjšo izpostavljenost drogam, bolj srečno, samozavestno in uspešno mladino. Če se upošteva vse to, bi se stroški države, ki bi jih investirala v množičnost športa otrok in mladine, zagotovo obrestovali (Rudolf, Mijovič in Kumer, 2008).

2.4 TELESNA PODOBA IN MOTNJE HRANJENJA

Zanimanje za telo kot psihološki fenomen se je v zadnje desetletju zelo okrepilo. Pred tem je bila tematika telesa v psihologiji povsem zapostavljena oz. prezrta, razen v

proučevanjih, ki so se izrecno ukvarjala z videzom ali komuniciranjem. Zunanji videz je standardna tema v socialni psihologiji. Veliko empiričnih študij kaže, da je telesna lepota povezana z vrsto pozitivnih, socialnih in kognitivnih značilnosti. V situacijah, v katerih so prvi vtisi zelo pomembni, so privlačni ljudje prednostno obravnavani, npr. pri iskanju zaposlitve ali stanovanja (Kuhar, 2004).

Telesna podoba je definirana »slika v glavi, ki jo izoblikuje vsak posameznik po svoje«. Bilo je tudi uporabljeno za načela, kako naj bi izgledalo telo, kakšno postavo mora kdo imeti, kakšna je privlačnost in drugo. V zadnjih letih je za raziskovalce postalo zanimivo eno dejstvo: telesna podoba oziroma nezadovoljstvo s telesom. Nezadovoljstvo s svojim telesom se kaže kot negativni odnos do telesa, s težnjo po idealu in moteno telesno predstavo (Ogden, 2003).

Privlačen videz je pomemben v celotnem življenjskem obdobju, ne samo zaradi sprejemanja drugih, temveč tudi zato, ker imajo ljudje z boljšo samopodobo tudi več samospoštovanja in samozavesti. Telesna samopodoba je pomembna za celotno samopodobo. Že v zelo zgodnjih letih se deklice počutijo manj privlačne ko fantje, občutek fizične manjvrednosti iz leta v leto narašča (Kuhar, 2004).

Telesna samopodoba je terminološka oznaka za notranjo predstavo o lastnem zunanjem videzu. Je v jedru identitete. Ta notranji pogled oz. mentalna slika je povezana z občutji in mislimi, ki v določenih situacijah vplivajo na vedenje. Pozitivna telesna samopodoba lahko zviša samospoštovanje in prispeva k uspešnim medosebnim odnosom, medtem ko negativni pogled nad lastno telo do take mere oslabi samozavest, da oseba ni pripravljena zapustiti varnega zavetja svojega doma, ter lahko vodijo v depresijo (Kuhar, 2004).

Raziskave so pokazale, da se otroci že od 5. leta naprej začnejo ukvarjati s svojo telesno težo in podobo, z željo, ki teži k vitkosti. Veliko vpliva imajo mediji, ki prikazujejo debelost kot epidemijo, katera pa povzroča pritisk na mladostnike. Ta interakcija lahko povzroči strah pred debelostjo in prekomerno težo, ki lahko vodi v motnje hranjenja.

Motnje hranjenja se sedaj pojavljajo pri mlajših otrocih kot pri nekdanjih generacijah (Ogden, 2003).

Cave (2009) je ugotovil, da imajo veliko vpliva mediji, internet, starši in okolje, v katerem živijo, saj vsi spodbujajo k temu, da morajo biti mladostniki vitki. Vsi ti dejavniki pripomorejo k temu, da si otroci v glavi predstavijo sliko, kako naj bi izgledali. Ta zamišljena slika je ideal popolne postave in medijske lepote. Mediji spodbujajo mlade ženske, s tem ko prikazujejo zvezdnike in fotomodele, kako ekstremno so vitki in kakšne težave imajo s prehranjevanjem. Ekstremni standardi zvezdnikov in mode vplivajo na celotno družbeno okolje, vendar v negativnem smislu. Veliko promocij je na spletnih straneh. Raziskave so pokazale, da se preko spletnih strani promovira anoreksija, kako je dobro, da si vitka. Tudi družina ima prav tako velik vpliv na otroke v dobi odraščanja. Že zgodaj v otroštvu se oblikujejo prehranjevalne navade, kar pa otroci izražajo s svojim obnašanjem, ki ga posnemajo od vzorcev, ki jih vidijo doma. Starši, ki so pogosto obsedeni s svojo težo, to nevede prenesejo na svoje otroke.

Na razvoj telesne podobe pomembno vplivajo medosebne izkušnje, kot so druženje, vrednotenje, tudi navidezno komentiranje videza. Osebe, ki so v otroštvu in mladosti deležne pogostih kritik in draženja zaradi videza, razvijejo bolj negativno samopodobo. Če sodobna družba ne bi tako poudarjala zunanje podobe, pripombe ne bi bile tako pogoste in ne bi imele tako negativnega, celo travmatičnega učinka na samopodobo mladostnikov. Edinstvene kombinacije, kot so etničnost, družbeni razred, seksualne orientacije, religije, genetika, izobrazba, družina, starost, medijske podobe in družbeni predpisi, določajo vpliv na posameznika (Kuhar, 2004).

2. 4. 1 Samopodoba mladostnikov

Telesna podoba je psihološki fenomen, na katerega vplivajo družbeni oz. kulturni dejavniki. Gre za subjektivno, zelo osebno in hkrati družbeno konstruirano izkušnjo. Nezadovoljstvo s telesnim videzom je značilno predvsem za ženske v zahodnem svetu, in sicer že od otroštva naprej. Večina žensk v zahodnih kulturah je nezadovoljnih s svojo telesno težo in obliko telesa, posebej s trebuhom, stegni in boki. Oddaljevanje od

ideala se pri ženskah največkrat začne z dramatičnimi spremembami v adolescenci. V tem obdobju so stereotipi o najbolj cenjenem videzu moškega in ženskega telesa najstrožje interpretirani. Zunanji videz je še posebej pomemben, kajti ključnega pomena za mladostnike je, kako jih vidijo vrstniki (Kuhar, 2002).

Mladostniki zlasti mladostnice so nagnjeni k negativnemu samoocenjevanju, če se njihov videz odmika od idealne postave. Pri mnogih mladostnicah se pojavi želja po spreminjanju telesa, ki pa v najhujših primerih pripelje do motenj hranjenja (Kuhar, 2002).

V adolescenci so mladostniki, zaradi vseh sprememb na telesu, zelo občutljivi na določene komentarje glede telesa in videza. To je tudi čas, ko so mladostnice pod velikim vplivom in pritiskom s strani medijev in podobe vitkosti, ki jo predstavljajo mediji. Odziv na te reakcije se pojavi kot nadzor nad prehranjevanjem, zmanjšan vnos hrane, kompulzivno prenašanje ter nato stradanje. Pride lahko do zlorabe hrane, s katero premagujejo stres in čustvene težave (Mindell, 2000).

V raziskavi Telesna podoba mladostnikov so ugotovili, da je s svojo podobo večina deklet in fantov, vključenih v raziskavo, zadovoljnih. Le malo je deklet in fantov, ki ne bi bili zadovoljni s celotnim videzom. Ob primerjavi podatkov o zadovoljstvu s posameznimi deli telesa pa skoraj polovica deklet navaja, da ni zadovoljnih s svojo težo, obstaja pa povezanost med zadovoljstvom in indeksom telesne mase. Nezadovoljstvo s svojo težo izražajo dekleta z visokim indeksom telesne mase. Prav tako se je povezanost indeksa telesne mase in zadovoljstva s težo pokazala pri fantih. Visok odstotek deklet ni zadovoljnih s tistimi deli telesa, ki jih ženske revije pogosto označujejo kot problematična področja. To so trebuh, boki, stegna in celulit. Nezadovoljnih s stegni in boki jih je 57%, 42% s trebuhom in 44% deklet moti celulit (Kuhar, 2002).

Med fanti je takšnih le 11%, med temi so tudi fantje, ki bi imeli večjo telesno težo. Odstotek nezadovoljstva s telesno težo je pri fantih veliko manjši kot pri dekletih. Ne glede na svoj indeks telesne mase zaznavajo dekleta ideal telesa, kot ga prikazujejo mediji, kot precej vitkejši od lastnega ideala. V Sloveniji so anketirani izpostavili vpliv

vrstnikov kot najpomembnejši dejavnik vpliva na lastno podobo. Skoraj polovica deklet je dejalo, da fantje vplivajo na njihove občutke, misli in ideale o telesu. Fantje pa v 42% navajajo, da so tak vpliv dekleta. Kot pomemben vpliv zaznava tretjina deklet in fantov vpliv prijateljice ali prijatelja. Rezultati potrjujejo pomen vrstniškega vpliva, saj svoje telo obravnavajo kot oglasno desko. Predvsem dekleta zaznavajo kot pomemben dejavnik vpliva tudi modo. Tretjina deklet je izpostavila revije in televizijo, petina pa reklame. Nekaj deklet (37%) je izjavilo, da se primerja s fotomodeli, manekenkami, igralkami v reviji in na televiziji, medtem ko je fantov le 14% s takšnimi mislimi. Svoje družinske člane so označili za manj pomembne glede vpliva na oblikovanje samopodobe. Za najbolj vplivne so se izkazali njihovi bratje in sestre, saj jih imajo za vzor. Starši so lahko pomemben dejavnik vpliva, vendar v tem primeru ni bil izražen za tako pomemben in velik vpliv (Kuhar, 2002).

2. 4. 2 Telesna samopodoba in mediji

Telesna samopodoba je psihološki fenomen, na katerega vplivajo družbeni oziroma kulturni dejavniki. Gre za subjektivno, zelo osebno in hkrati družbeno konstruirano izkušnjo. Nanjo vplivajo kulturno omejene veljavne definicije privlačnosti in zaželenosti. Mediji kot so knjige, revije, časopisi, radio, televizija in kino, plošče, kasete, video idr. so v sodobnem svetu vse bolj množični. Vplivajo na naše življenje in zagotavljajo informacije ter nam ponujajo stereotipe, identitete in neskončne možnosti identifikacij. Zlasti filmi, televizija, revije, oglasi dajejo lepoti gospodovalno navzočnost v naših življenjih in ob tem oblikujejo naš pogled na privlačnost. Mediji nenehno prikazujejo privlačna telesa in promovirajo prepričanje, da so privlačni in lepi ljudje bolj uspešni, samozavestni ter bogati. Vitkost velja za ključno značilnost telesne privlačnosti in telesni ideal je bistveno vitkejši, kot je dejanska postava večine ljudi. Zlasti mlade ženske so nezadovoljne s svojim telesom in se pogosto počutijo nepopolne, saj jih množični mediji nenehno spodbujajo, da se neprestano borijo za vitko postavo, čeprav je naravna tendenca ženskega telesa takšna, da pridobi določeno količino maščevja. Idealna oblika ženskega telesa torej ni običajna in naravno dana. Z idealnim telesom se ne moreš roditi, ampak ga lahko dosežeš le, če za to žrtvuješ obilo časa in denarja ter temu prilagodiš svoj življenjski stil. Moški so v povprečju bolj zadovoljni s svojim telesom kot ženske, saj je moški ideal krepkega in mišičastega telesa zanje lažje

dosegljiv, saj bolj upošteva njihovo biološko osnovo. Kljub temu, da so moški izpostavljeni mnogo manj strogim pravilom pa se tudi oni vedno bolj zavedajo videza. Skrbijo jih lasje, koža, oblačila, postava. Kljub temu, da za moške telo ni osrednjega pomena za samopodobo, je obremenjenost moških z videzom postala problem, ki je pogosto podcenjen in spregledan (Čufar, 2011).

»Idealizirano telo ni bilo še nikoli tako prisotno v vsakdanjem življenju, kot je danes prav zaradi medijskega prikazovanja in tudi medicinskih razprav.« Oglaševanje zajame že otroke, ko se med nedeljskim otroškim programom predvajajo reklamna sporočila za bonbone brez maščob, ki pripomorejo k vitki postavi, ali ko se preko reklamnih sporočil vzpodbuja potrošnika, naj kupi Barbie, ki je priljubljena zaradi svoje lepote in vitkosti. Otroci preko medijskih sporočil začnejo povezovati zunanjo lepoto s srečo, uspehom in priljubljenostjo. Revije, kot so Cosmopolitan in Playboy, ustvarjajo travme supermodelov, kjer so lepota, mladost, energija in užitek prikazani kot sinonim za srečo. V oglaševanju se lepotni recepti pojavljajo predvsem v povezavi s pozitivnim okoljem (vesela nasmejana družba kot predmet občudovanja) in z dragocenimi materialnimi dobrinami, kot so lepi avtomobili in oblačila (Kuhar, 2004).

Revije, namenjene dekletom in ženskam, so oblegane z različnimi dietami, naslovnice pa so polne vitkih manekenk. Mediji norme vitkosti in lepote pospešujejo, lahko pa bi spodbujali ljudi k razmisleku, ali je vitkost res tako pomembna za srečo in ali ni morda pomembneje graditi vrlin človekove notranjosti (Kuhar, 2004).

2. 5 ZDRAVSTVENA VZGOJA PREKOMERNO TEŽKIH MLADOSTNIKOV

2.5.1 Cilji zdravstvene vzgoje

Prekomerna prehranjenost in debelost nastopata kot pomembna dejavnika tveganja za nastanek številnih kroničnih bolezni. Zavedanje o resnosti problema postaja v sodobnem času pomemben izziv za zdravstvene delavce, ki se ukvarjajo s področjem primarne preventive in promocije zdravja. Cilji in metode ukrepanje na področju zdravega hujšanja so danes jasno zastavljeni, izsledki številnih raziskav pa predstavljajo

pripomoček s katerim lahko posameznika ali celotno skupnost seznanimo, da je normalna telesna teža predpogoj za dobro zdravje (Whitelaw, 2001).

Glede na velik vpliv debelosti in prekomerne telesne teže na zdravje ljudi, sta bila v sodelovanju s CINDI Slovenija opredeljena dva cilja:

- v petih letih zmanjšati število ljudi, ki imajo prekomerno telesno težo in so debeli za 10 odstotkov,
- v petih letih povečati število ljudi z zdravo telesno težo za 10 odstotkov.

Tako zahtevne cilje je mogoče doseči samo z ustrezno načrtovanim zdravstveno vzgojnim delom, namenjenim osebam s prekomerno telesno težo in debelim. To dokazujejo tudi dosežki drugih, ki so se tega problema lotili organizirano že pred leti (Anton Garcia, 2001).

Pri otrocih in mladostnikih s prekomerno telesno težo ter debelih otrocih in mladostnikih ne moremo govoriti o zdravem življenjskem slogu. Pri njih in starših moramo zdravstveni delavci v učno-vzgojnem procesu doseči spremembo ravnanja in vedenja. Pomembno je opredeliti problem in iz njega izpeljati široke, vseobsegajoče cilje. Otroci in mladostniki se izkazujejo s kazalniki tveganja za zdravje. To so čezmerna telesna teža, premalo gibanja, zadrževanje v zaprtih prostorih, sedeče dejavnosti in drugo. Za reševanje problema določimo globalne cilje. Iz ciljev izpeljemo naloge, ki vodijo do uresničevanja ciljev (Hoyer in Kvas, 2007).

Cilj je, da otroci in mladostniki (ter njihovi starši) poznajo načela zdravega življenjskega sloga, ki so pogoj za zdravje. Otroci in mladostniki prepoznavajo svoj trenutni življenjski slog v primerjavi z idealnim in se zavedajo potrebe po spremembi in so zanjo motivirani. Naloge so za vsak problem zdravja otrok in mladostnikov, ki izhaja iz epidemioloških podatkov, pripravimo rešitev glede na vsebino in starost udeležencev, izvajalce sodelavcev, časovne in materialne pogoje (Hoyer in Kvas, 2007).

Nosilci učno-vzgojnega programa so profesorji/profesorice zdravstvene vzgoje in višje/diplomirane medicinske sestre oziroma višji/diplomirani zdravstveniki, ki povabijo različne strokovnjake za posamezne vsebine. To so lahko: pediatri,

nutricionisti, višji in diplomirani fizioterapevti, profesorji športne vzgoje, psihologi, socialni delavci (Hoyer in Kvas, 2007).

Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik pozna vzgojo na treh ravneh in svojo vlogo na vsakem od njih. Poznati mora temeljna spoznanja andragogike, pedagogike, komuniciranja, didaktike in motivacije v procesu učenja in vzgoje ter se zaveda pomena uporabe teh znanj v učenju zdravih, ogroženih in bolnih ljudi v skrbi za zdravje. Mora poznati oblike in metode dela v zdravstveni vzgoji in jih zna smiselno uporabiti za posamezne vsebine zdravja in bolezni ter starosti varovancev. Zavedati se mora svoje vloge vzgojitelja za zdravje ljudi. Naloga omenjenih izvajalcev učno-vzgojnega procesa je naučiti in vzgojiti udeležence (otroke in mladostnike) ter njihove starše za zdrav življenjski slog s poudarkom na izgubi čezmerne telesne teže in redni telesni dejavnosti (Hoyer in Kvas, 2007).

Priporočljive učne oblike so skupinske ali individualne, za navodila in predstavitev pa je frontalna oblika. Skupinska oblika dela je zelo primerna za otroke in mladostnike s čezmerno telesno težo in njihove starše, saj od njih zahteva pridobivanje znanja. Dejavno delo jih sili v globinski pristop do učenja, s katerim dosežemo trajnejše in uporabnejše znanje, večjo notranjo motivacijo in željo po poglobljanju znanja. Individualna oblika dela je pomembna pri obravnavanju in reševanju osebnih težav posameznika, za dajanje navodil, ki so pomembna samo za nekoga, za preverjanje razumevanja danih navodil in za ocenjevanje rezultatov učenja (Hoyer in Kvas, 2007).

Vzgojne metode, ki so priporočljive (Hoyer in Kvas, 2007):

- Metoda prepričevanja,
- metoda vedenja in navajanja,
- metoda spodbujanja,
- metoda preprečevanja,
- igranje vlog,
- študije primerov.

Za uspešno in kakovostno učenje ter vzgajanje otrok, mladostnikov in njihovih staršev, za zdrav življenjski slog mora zdravstveni vzgojitelj nenehno slediti novostim na

različnih strokovnih področjih: promociji zdravja, zdravstveni vzgoji, vzgoji za zdravje, prehrani in dietetiki, medicini, pedagogiki, andragogiki, didaktiki in komuniciranju (Hoyer in Kvas, 2007).

2.5.2 Vloga staršev v učno-vzgojnem programu prekomerno težkih mladostnikov

Sentočnikova (2004) je poudarila, da je najboljša preventiva pri debelosti mladostnikov zdravljenje in preprečevanje debelosti pri starših. Le ozaveščeni in zdravi starši bodo s primernim zgledom in vzgojo že v zgodnjem otroštvu otroku vcepili zdrav življenjski slog, ki ga pozneje slabi zgledi sošolcev ne bodo mogli pokvariti. Pomemben je tudi način, kako se starši spopadajo s debelostjo otrok, ko se je ta že razvila. »Pri otrocih se je še posebno treba zavedati odgovornosti v zdravljenju debelosti, saj lahko neprimeren pristop k zdravljenju pomeni negativno izkušnjo, zaradi katere bo debelost otroka spremljala v njegovo odraslost. Lahko se namreč zgodi, da ob neprimernih kratkotrajnih poskusih hujšanja le s pomočjo redukcijskih diet otrok zapade v začarani krog hujšanja in ponovnega pridobivanja teže, ki ga bo spremljal vse življenje. Zato je treba poudariti, da ima pri hujšanju otrok pomembno vlogo tudi izobraževanje staršev, ki se morajo aktivno vključiti v program zdravljenja – ne le tako, da otroku zagotavljajo zdrave obroke, ampak tudi tako, da najprej poskrbijo zase, za svojo težo in zdravo prehranjevanje. Neprimerno je namreč od otroka zahtevati, da bo sledil dieti v zanj neprijaznem okolju, kjer se bo počutil osamljenega in zapostavljenega, če se bodo drugi družinski člani še naprej in kljub otrokovi dieti prehranjevali nezdravo (Đokić, 2011).

V vse starostne skupine mladostnikov s prekomerno telesno težo je treba pritegniti starše, posebno pomembno pa je, da starši ves čas sodelujejo in so prisotni. Z nastopom pubertete je pomembno, da starši dobro poznajo program, se z njim strinjajo, sodelujejo na začetku in koncu ter da so posamezne skupine obravnavane posebej. To pomeni, da na primer znajo in želijo pripraviti tak obrok hrane, kot je bil otroku predstavljen (Hoyer in Kvas, 2007).

2.5.3 Ravni zdravstvene vzgoje

Zdravstvena vzgoja je del splošne vzgoje in pomemben dejavnik napredka posameznika in skupnosti. Definicija po Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO) poudarja, da je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi, in da naredijo vse, kar je v njihovi moči za varovanje zdravja, ter da poiščejo pomoč takoj, ko jo potrebujejo (Hoyer, 1995).

Z zdravstveno vzgojo medicinske sestre delujejo na različnih ravneh:

- Na primarni ravni se zdravstvena vzgoja nanaša na ravnanje, ki krepi zdravje in s tem preprečuje zbolevanje; namenjena je zdravi populaciji.
- Na sekundarni ravni oriše zdravstvena vzgoja bolezenske znake bolezni in zdravljenje; namenjena je ogroženi populaciji.
- Na terciarni ravni je zdravstvena vzgoja povezana s preprečevanjem povrnitve bolezni in zmanjševanjem morebitnih posledic bolezni; namenjena bolni populaciji, invalidom in svojcem (Hoyer, 1995).

Zdravstvenovzgojna dejavnost poteka na štirih pomembnih področjih:

- v okviru vzgojno-izobraževalnega procesa,
- v vseh zdravstvenih zavodih,
- v okviru strokovnih društev, družbenih organizacij in različnih interesnih skupin občanov,
- v številnih množičnih medijih (Čepin Tovornik, 2007).

2.5.4 Cilji prehranske politike

V začetku šestdesetih let preteklega stoletja so v obravnavo debelosti začeli vključevati tudi spoznanje behavioralne teorije in terapije. Cilj vedenjskih obravnav je doseganje sprememb v prehranjevalnem vedenju in dvig telesne dejavnosti. Problem pa ostaja dolgoročna neučinkovitost (Černetič idr., 2009).

Strateški cilji prehranske politike

Strateški cilji področja zdravega prehranjevanja strategije Nacionalnega programa prehranske politike za obdobje 2005-2010 je bilo vzpostaviti in okrepiti prehranjevanje prebivalcev Slovenije. Vključuje dojenčke, nosečnice, otročnice, otroke, mladostnike, odraslo prebivalstvo ter skupine prebivalstva s posebnimi potrebami. Prehrani otrok in mladine v Resoluciji o nacionalnem programu prehranske politike in v akcijskih programih pa je posvečena posebna pozornost (Černetič idr., 2009).

Cilji zdravega prehranjevanja otrok in mladostnikov:

- Izoblikovanje zdravih prehranjevalnih navad in odnosa do prehranjevanja pri otrocih in mladostnikih.
- Uvedbo sodobnih prehranskih standardov, normativov in priporočil v organizirano prehrano otrok in mladostnikov.
- Okrepitev znanja in veščin strokovnega osebja za načrtovanje in pripravo zdrave prehrane za otroke in mladostnike ter pripravo smernic za to populacijo.
- Sistemske ureditve organizirane prehrane v srednjih šolah in dijaških domovih (Černetič idr.; 2009).

Med leti 2005 in 2010 je potekalo izvajanje Resolucije o nacionalnem programu prehranske politike 2005 – 2010. Ocenjujejo, da je bila država do sedaj uspešna pri uresničevanju postavljenih ciljev, strategij in dejavnosti za izboljšanje situacije na področju varne hrane, uravnoteženega prehranjevanja in oskrbe s hrano (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011).

Zdrava prehrana otrok in mladostnikov je v fazi rasti in razvoja, je eden najpomembnejših dejavnikov varovanja zdravja. Poznavanje nacionalnega programa prehranske politike od 2005 do 2010 in smernic zdravega prehranjevanja v vzgojno izobraževalnih ustanovah je osnova, na kateri bomo zdravstveni delavci gradili svoja prizadevanja za ohranjanje in krepitev zdravja ter kakovosti življenja prebivalstva Slovenije (Černetič idr., 2009).

2.5.5 Zdravljenje debelosti

Strategije preprečevanja debelosti vključujejo vedenjsko terapijo, katere glavni cilj je sprememba prehrane in povečanje telesne dejavnosti. Preventivne mere morajo zajeti predvsem družino, pa tudi šolo in družbo. Le-te so posebej pomembne za rizične mladostnike, zlasti tiste s pozitivno družinsko anamnezo debelosti, mladostnike iz socialno rizičnih družin in etnično manjšinske skupine. Puberteta je kritično obdobje biološkega, socialnega in psihološkega razvoja. To je tudi prehodno obdobje, v katerem se otroci osamosvojijo in vzpostavljajo vzorce odraslega obnašanja. Zato je to kritičen čas, v katerem je potrebno intervenirati in preprečevati razvoj prekomerne telesne teže. Široko zastavljeni, na populacijo usmerjeni ukrepi, ki zadevajo ravnotežje energije, zlasti redno telesno dejavnost in zdrave prehranjevalne navade, so najosnovnejše metode za preprečevanje debelosti pri mladih ljudeh. Ker so mladostniki vključeni v šolo, je šolsko okolje idealno za promocijo zdravja. Če govorimo širše, je potrebno preventivne mere usmeriti na več področij: državne ustanove, marketing, medije, lokalna združenja, šolo in domače okolje. Starši so tisti, na katere je potrebno usmeriti ukrepe, ker so oni tisti, ki prispevajo k življenjskemu okolju mladostnika (Jolliffe in Janssen, 2006).

Zdravljenje debelosti mora biti multidisciplinarno, podporno in kontinuirano. Usmeriti se mora na vedenjsko terapijo, ki vključuje spremembo prehrane, povečano telesno dejavnost in zmanjšanje sedečih aktivnosti. Starši morajo igrati osrednjo vlogo pri spodbujanju sprememb življenjskega sloga. Za debele otroke, ki še vedno rastejo, je cilj zdravljenja upočasnitev pridobivanja na telesni teži oz. vzdrževanje telesne teže (Jolliffe in Janssen, 2006).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti način življenja mladostnikov s prekomerno telesno težo oziroma njihove vsakodnevne prehranjevalne navade, koliko so mladostniki dejansko telesno aktivni, ugotoviti kateri so vzroki nezdravih prehranjevalnih navad, ki vplivajo na samopodobo mladostnikov s prekomerno težo in ugotoviti znanje, mišljenje/stališča o motnjah hranjenja ter ugotoviti njihove vire informacij o motnjah hranjenja.

Cilji diplomskega dela:

- proučiti znanstveno in strokovno literaturo s področja zdravstvene vzgoje prekomerno težkih mladostnikov,
- raziskati način prehranjevanja mladostnikov v srednjih šolah,
- raziskati telesno aktivnost mladostnikov v srednjih šolah;
- ugotoviti telesno podobo in samopodobo mladostnikov s prekomerno telesno težo v srednjih šolah.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je način življenja mladostnikov s prekomerno telesno težo?
- Kateri vzroki nezdravih prehranjevalnih navad vplivajo na samopodobo mladostnikov s prekomerno telesno težo?
- Kakšna je seznanjenost mladostnikov z motnjami hranjenja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni deskriptivni (opisni) metodi in kavzalno – neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika.

Za pregled literature smo uporabili domače in tuje podatkovne baze CINAHL, PUBMED, SpringerLink, EBSCOhost, ERIC, v katerih smo iskali članke. Za iskanje literature v slovenskem prostoru smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Literaturo smo iskali tudi preko interneta - preko iskalnika Google. Pri iskanju literature preko interneta smo dosledno upoštevali kriterij verodostojnosti vira in avtorja.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: mladostniki, debelost, zdravstvena vzgoja, motnje hranjenja pri mladostnikih, samopodoba pri mladostnikih, telesna aktivnost, adolescents, obesity, health education, eating disorders in adolescents, self-esteem in adolescents, physical activity.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika, ki je sistematična metoda zbiranja podatkov, s katero lahko v zelo kratkem času zberemo odgovore velikega števila anketiranih.

Z anketiranjem zbiramo podatke o objektivnih dejstvih in dogajanjih, ter podatke o željah, mnenjih, stališčih in interesih anketiranih oseb (Sagadin, 1993). Anketni vprašalnik kot instrument ankete pogosto ni standardiziran instrument in ga običajno uporabljamo pri raziskavi, za katero ga sestavimo, saj z njim želimo pridobiti odgovore na vprašanja (Musek Lešnik, 2001). Pri tem so bistveni vsebina, struktura, oblikovanje vprašanj, način posredovanja in izbira vzorca (Trnavčević, 2001).

Anketni vprašalnik je bil namenjen dijakom štirih srednjih šol. Pripravili smo ga na osnovi študije pregleda literature o debelosti pri mladostnikih in zdravstveno vzgojnem delu. Anketni vprašalnik je vseboval 35 vprašanj, od tega 22 vprašanj zaprtega tipa z možnim enim ali več ponujenih odgovorov. Pri odprtih vprašanjih smo želeli ugotoviti kakšne navade imajo srednješolci glede prehrane, koliko so telesno aktivni ter kakšno je njihovo znanje o motnjah hranjenja.

Prvi sklop vprašanj se je nanašal na splošne demografske podatke. Pri tem nas je zanimala starost, spol, telesna višina ter telesna teža. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na prehranjevalne navade srednješolcev. Ta sklop je vseboval 22 vprašanj, od tega je bilo 6 vprašanj odprtega tipa, ostalih 16 pa zaprtega tipa. Odprta vprašanja so se nanašala na vrsto hrane, ki jo srednješolci zaužijejo, povprašali smo jih po dietah ter kateri so njihovi glavni razlogi za vitkost. V tretjem sklopu nas je zanimala telesna aktivnost srednješolcev. Tu so bila postavljena 3 vprašanja, 1 vprašanje zaprtega tipa in 2 vprašanja odprtega tipa, kjer smo želeli ugotoviti s katerim športom se srednješolci ukvarjajo in kakšen učinek na telo ima za njih telesna aktivnost. Četrty sklop vprašanj se je nanašal na samopodobo srednješolcev, vseboval je 6 vprašanj, od tega 3 vprašanja odprtega tipa, pri katerih smo ugotavljali mnenje srednješolcev o sebi, o tem, kaj jih na lastnem telesu najbolj moti ter zakaj kljub lakoti ne zaužijejo obroka. V petem sklopu nas je zanimalo znanje o motnjah hranjenja. Tu smo zastavili 4 vprašanja, 2 sta bila odprtega tipa. Zanimalo nas je ali srednješolci poznajo izraza anoreksija in bulimija ter vedo, kje poiskati pomoč v primeru motenj hranjenja.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo enostavni neslučajnostni (nerandomizirani) namenski vzorec. Raziskavo smo izvedli le med dijaki 4. letnikov. Za to smo se odločili na podlagi polnoletnosti ter, da se dijaki samostojno odločajo o prehrani in zdravem življenjskem slogu oz. na njihovo prehranjevanje nimajo več vpliva starši. Raziskavo smo izvedli med dijaki Srednje zdravstvene šole na Jesenicah (program Zdravstvena nega) in v Ljubljani, Srednje strojne šole v Ljubljani in Srednje šole na Jesenicah, program Predšolska vzgoja.

V raziskavo so bili vključeni vsi dijaki 4. letnika omenjenih šol. Med dijake smo razdelili 240 anketnih vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 167, kar predstavlja 70 % realizacije vzorca.

Tabela 2: Značilnosti vzorca v raziskavo vključenih anketirancev

	Frekvenca n=167	Odstotki %
Spol		
ženski	106	63,5
moški	61	36,5
Starost		
17	10	6,0
18	138	82,6
19	18	10,8
20	1	0,6
	PV (SO), [območje vrednosti]	
Indeks telesne mase	22,6 (3,0), [16,6 – 33,1]	

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, n = število odgovorov

V raziskavi je sodelovalo 106 (63,5%) dijakinj in 61 (36,5%) dijakov. Največ dijakov je bilo v starostni skupini 18 let 138 (82,6%), v starostni skupini 17 let je bilo 10 (6,0%), v starostni skupini 19 let je bilo 18 (10,8%), v starostni skupini 20 let pa je bil le 1 dijak (0,6 %). Indeks telesne mase je v povprečju znašal 22,6, kar je v območju priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (2006). Vsi dijaki so bili zajeti iz četrtega letnika srednjih šol 167 (100%).

3.3.4 Potek raziskave

Anketiranje je potekalo meseca novembra 2011, po predhodni pridobitvi soglasja s strani raziskovalnega okolja – Srednje šole Jesenice, srednje zdravstvene šole Ljubljana ter srednje strojne šole v Ljubljani. Anketiranje dijakov je bilo opravljeno v enem dnevu. Predhodno smo se dogovorili z ravnatelji srednjih šol in se nato dogovorili z določenimi osebami v šolah, ki so nam pomagali seznaniti posamezne učitelje o izvedbi anketiranja. Tekom pouka smo anketne vprašalnike razdelili med štiri razrede.

V vsakem razredu smo razložili dijakom, kakšen je namen raziskave. Opozorili smo jih naj bodo pri izpolnjevanju dosledni. Anketiranim se je zagotovila anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika. Dana pa je bila tudi možnost, da tisti, ki ne želi izpolnjevati ankete zavrne vprašalnik. Za anketiranje so dijaki v povprečju porabili 15 minut. Anketni vprašalniki so se nato zbirali v škatli. Sodelovanje je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost pri izpolnitvi vprašalnika.

3.3.5 Opis obdelave podatkov

Podatke pridobljene na podlagi anketnega vprašalnika smo kvantitativno obdelali. Pridobljene podatke smo vnesli v Excelovo preglednico, nato pa vnesene podatke prenesli v statistični program SPSS 20, kjer smo opravili statistično obdelavo podatkov. Opis vzorca je bil prikazan na podlagi frekvence in pripadajočega odstotka. Rezultati raziskovalnih vprašanj so bili predstavljeni na podlagi frekvence in pripadajočega odstotka, v primeru starosti pa smo izračunali povprečno vrednost (PV) in standardni odklon (SO). Vnos podatkov v Excelovo tabelo in obdelavo podatkov v SPSS-u je potekala v času od 09.01.2012 do 28.02.2012.

3.4 REZULTATI

Rezultati so prikazani v obliki različnih vrst grafikonov in tabel. V opisu so podani skupni podatki, ki so izraženi tako v številčni količini odgovorov kot v odstotkih. Kjer je bilo več možnih odgovorov, gre za range – ali rangiranje, smo tabele preuredili od najpogostejšega do najmanj pogostega odgovora. Rangi so predstavljeni z vodoravnimi grafi. Namen ranga je, da se pokaže koliko preiskovancev je navedlo določen odgovor.

Prekomerno telesno težo je določala vrednost indeksa telesne mase (ITM) 25 kg/m² ali več (Svetovna zdravstvena organizacija, 2006). Prekomerno težo je tako imelo 26 ali 15,6 % anketirancev.

Tabela 3: Odnos do telesne teže

Kakšen je vaš odnos do telesne teže?	ITM (indeks telesne mase)		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
vseeno mi je	9	3	n=12
	6,5%	11,5%	7,3%
zadovoljen/a sem s svojo telesno težo	77	9	n=86
	55,8%	34,6%	52,4%
rad/a bi bil/a bolj vitek/a	39	13	n=52
	28,3%	50,0%	31,7%
rad/a bi bil/a bolj močan/na	13	1	n=14
	9,4%	3,8%	8,5%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 6,682$; $p=0,083$).

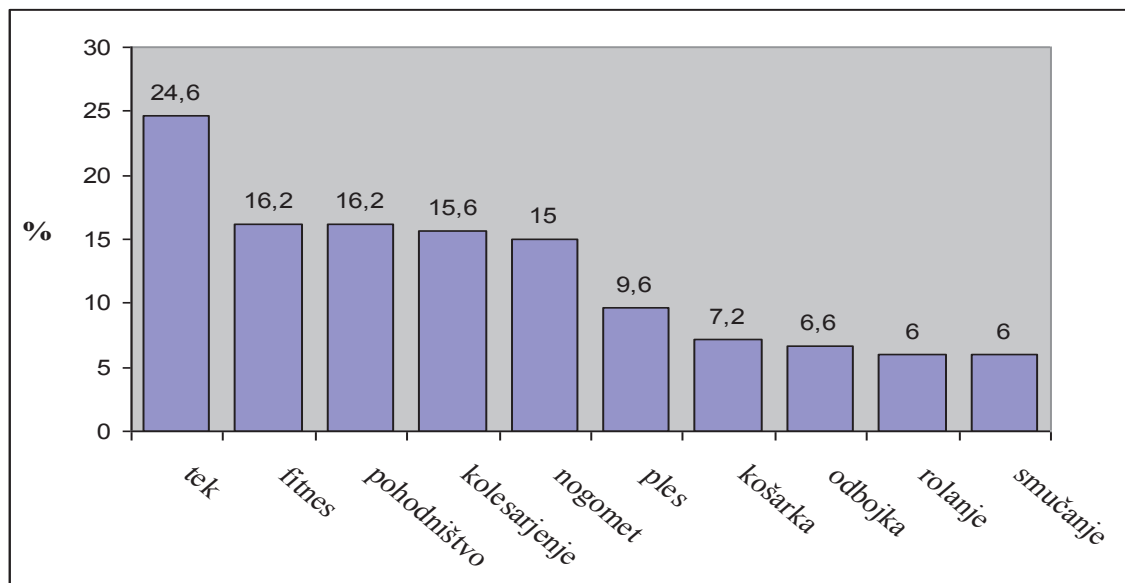
Iz tabele 3 je razvidno, da se 12 (7,3%) dijakov in dijakinj ne obremenjuje s svojo telesno težo oziroma jim je vseeno, 86 (52,4%) dijakov in dijakinj je zadovoljnih s svojo telesno težo, 52 (31,7%) jih je navedlo, da želijo biti bolj vitki ter 14 (8,5%) jih želi, da bi bili bolj močni. Odstotna razlika med skupinama ni bila zadostna, hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike ($\chi^2 = 6,682$; $p=0,083$).

Tabela 4: Gibalna aktivnost

Kolikokrat na teden ste telesno aktivni?	ITM		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
manj kot 1-krat tedensko	7	0	n=7
	5,1%	0,0%	4,3%
vsaj 1-krat tedensko	29	6	n=35
	21,0%	23,1%	21,3%
2 do 3-krat tedensko	49	11	n=60
	35,5%	42,3%	36,6%
več kot 3-krat tedensko	53	9	n=62
	38,4%	34,6%	37,8%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 1,722$; $p=0,632$)

Rezultati v tabeli 4 glede gibalne aktivnosti ne kažejo večjih razlik med skupinama normalnega in previsokega ITM, kar je potrdil tudi hi-kvadrat test ($\chi^2 = 1,722$; $p=0,632$). Pretežno so anketiranci navedli da so gibalno aktivni 2-krat do 3-krat tedensko 60 (36,6%) in več kot 3-krat tedensko 62 (37,8%). Vsaj 1-krat tedensko je aktivnih 35 (21,3%) dijakov, manj kot 1-krat tedensko pa le 7 (4,3%).



Slika 1: Ukvarjanje s športom

Anketiranci so navajali, da se ukvarjajo z več športi hkrati. Iz slike 1 je razvidno, da se največ dijakov in dijakinj se ukvarja s tekom 41 (24,6%), 27 (16,2%) jih obiskuje fitnes, 27 (16,2%) ima rada pohodništvo, 26 (15,6%) jih rada kolesari, 25 (15,0%) jih igra nogomet, 16 (9,6%) jih razveseljuje ples, 12 (7,2%) se jih ukvarja s košarko, 11 (6,6%) je privržencev odbojke, 10 (6,0%) pa se jih poda na rolarje in smuči.

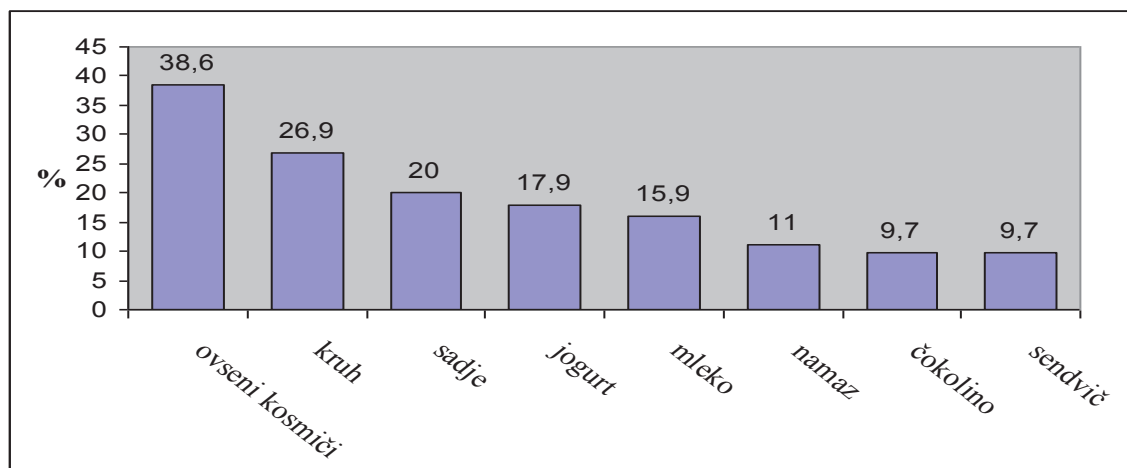
Tabela 5: Kako redno anketiranci zajtrkujejo

Kako redno zajtrkujete?	ITM		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
vedno	49	6	n=55
	35,5%	23,1%	33,5%
nikoli	16	3	n=19
	11,6%	11,5%	11,6%
občasno	58	10	n=68
	42,0%	38,5%	41,5%
pogosto	15	7	n=22
	10,9%	26,9%	13,4%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 5,278$; $p=0,153$)

Rezultati v tabeli 5 prikazujejo, da so anketiranci s prekomerno telesno težo 7 (26,9 %) navajali, da zajtrkujejo pogosto, pri anketirancih je ta navedba znašala 15 (10,9 %). V največji meri so anketiranci navajali, da zajtrkujejo občasno 68 (41,5 %). Vedno jih

zajtrkuje 55 (33,5%), nikoli pa 19 (11,6%). Razlika v navedbah med skupinama ni bila dovolj velika, da bi se pokazala statistična pomembnost ($\chi^2 = 5,278$; $p=0,153$).



Slika 2: Vrsta hrane, ki jo anketirani največkrat zaužijejo za zajtrk

Iz slike 2 vidimo, da so anketiranci, ki so navedli, da zajtrkujejo ($n=150$) opisali svoj zajtrk, kjer so navajali več živil hkrati. Pretežno so navajali, da za zajtrk največkrat uživajo ovsene kosmiče 56 (38,6 %), kruh 39 (26,9 %), sadje 29 (20,0 %), jogurt 26 (17,9%), mleko (15,9%), namaz (11%), čokolino (9,7%) ter sendvič (9,7%).

Tabela 6: Hrana z veliko sladkorja

Ali uživata hrano kateri je dodano veliko sladkorja?	ITM		Skupaj $n = 164$, (%)
	<25	25 ali več	
vsak dan	17	4	n=21
	12,3%	15,4%	12,8%
nikoli	3	1	n=4
	2,2%	3,8%	2,4%
včasih	77	16	n=93
	55,8%	61,5%	56,7%
pogosto	41	5	n=46
	29,7%	19,2%	28,0%

$n =$ število odgovorov; ($\chi^2 = 1,395$; $p=0,707$)

Iz tabele 6 je razvidno, da so anketiranci pretežno odgovorili, da posegajo po sladki prehrani le včasih 93 (56,7 %), med skupinama normalne in prekomerne telesne teže pri navedbah ni bilo večjih razlik. Tako tudi hi-kvadrat test ni pokazal statistično

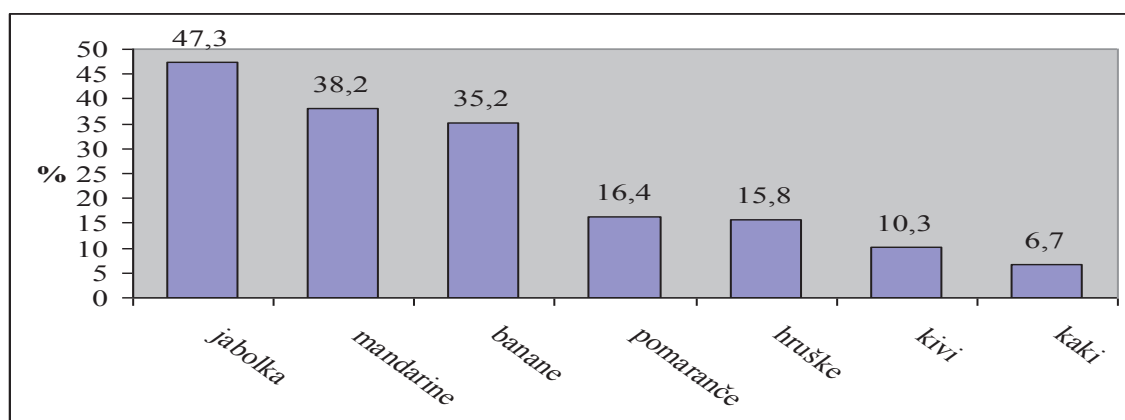
pomembne razlike med skupinama ($\chi^2 = 1,395$; $p=0,707$). Vsak dan zaužije sladko hrano 21 (12,8%) dijakov in dijakinj, nikoli pa le štirje dijaki 4 (2,4%). Pogosto je na seznamu hrana z veliko sladkorja pri 46 (28,0%) dijakov.

Tabela 7: Pogostost uživanja sadja

Kolikokrat na teden zaužijete sadje?	ITM		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
vsak dan	60	14	n=74 45,1%
4 do 6-krat tedensko	21	6	n=27 16,5%
2 do 3-krat tedensko	45	4	n=49 29,9%
1-krat tedensko	10	2	n=12 7,3%
ne jem sadja	2	0	n=2 1,2%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 3,897$; $p=0,420$)

Glede uživanja sadja v tabeli 7 so anketiranci skoraj v polovici primerov navedli, da uživajo sadje vsak dan 74 (45,1 %). Nekaj manj jih je navedlo, da se sadja poslužujejo 2 do 3-krat tedensko 49 (29,9%), 27 (16,5%) anketirancev pa je navedlo, da uživajo sadje 4 do 6-krat tedensko. Sadje poje le 1-krat tedensko 12 (7,3%) anketirancev, le dva 2 (1,2%) anketiranca ne jesta sadja. Tudi pri tem vprašanju med skupinama hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike ($\chi^2 = 3,897$; $p=0,420$).



Slika 3: Vrsta sadja, ki je pri anketirancih največkrat zaužita

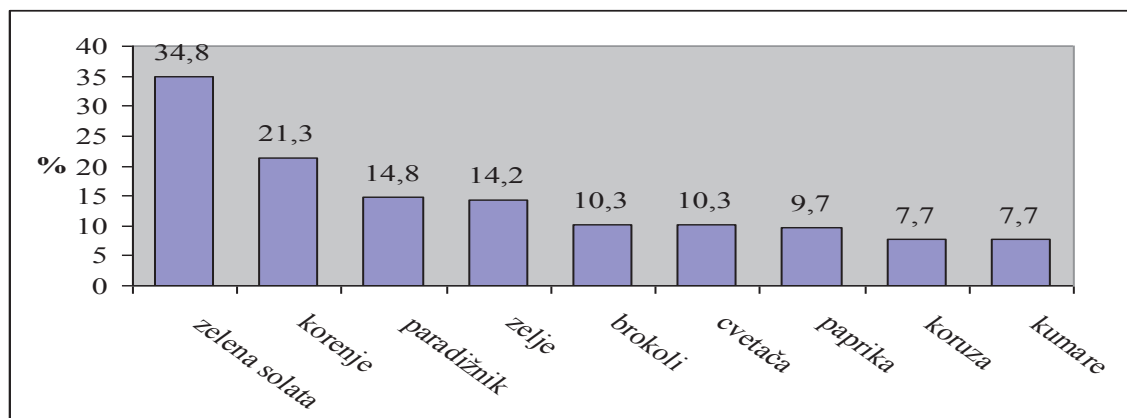
V največji meri so anketiranci navedli, da med vrstami sadja uživajo jabolka 78 (47,3 %), mandarine 63 (38,2 %) in banane 58 (35,2 %). Sledijo jim pomaranče 27 (16,4%), hruške 26 (15,8%), kivi 17 (10,3%) ter kaki 11 (6,7%). Med 165 anketiranci, ki so navedli, da uživajo sadje so pri vrstah sadja navajali več vrst sadja hkrati, zato je bilo število odgovorov večje od vzorca.

Tabela 8: Pogostost uživanja zelenjave

Kolikokrat na teden zaužijete zelenjavo?	ITM		Skupaj n = 163, (%)
	<25	25 ali več	
vsak dan	45	8	n=53
	32,8%	30,8%	32,5%
4 do 6- krat tedensko	33	7	n=40
	24,1%	26,9%	24,5%
2 do 3-krat tedensko	36	8	n=44
	26,3%	30,8%	27,0%
1- krat tedensko	12	2	n=14
	8,8%	7,7%	8,6%
ne jem zelenjave	11	1	n=12
	8,0%	3,8%	7,4%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 0,812$; $p=0,937$).

Rezultati so pokazali, da anketiranci v 32,5% zelenjavo uživajo vsak dan. Med merjenima skupinama normalne in prekomerne telesne teže ni bilo večje razlike. Številni so navedli še, da zelenjavo uživajo 4-6 krat tedensko 40 (24,5%) in podobno pogosta je bila tudi navedba 2-3 krat tedensko 44 (27,0%). Zelenjavo uživajo 1-krat tedensko le 14 (8,6%) anketirancev, 12 (7,4%) anketirancev pa je navedlo, da zelenjave ne jedo. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama ($\chi^2 = 0,812$; $p=0,937$).



Slika 4: Vrsta sadja, ki je pri anketiranih največkrat zaužita

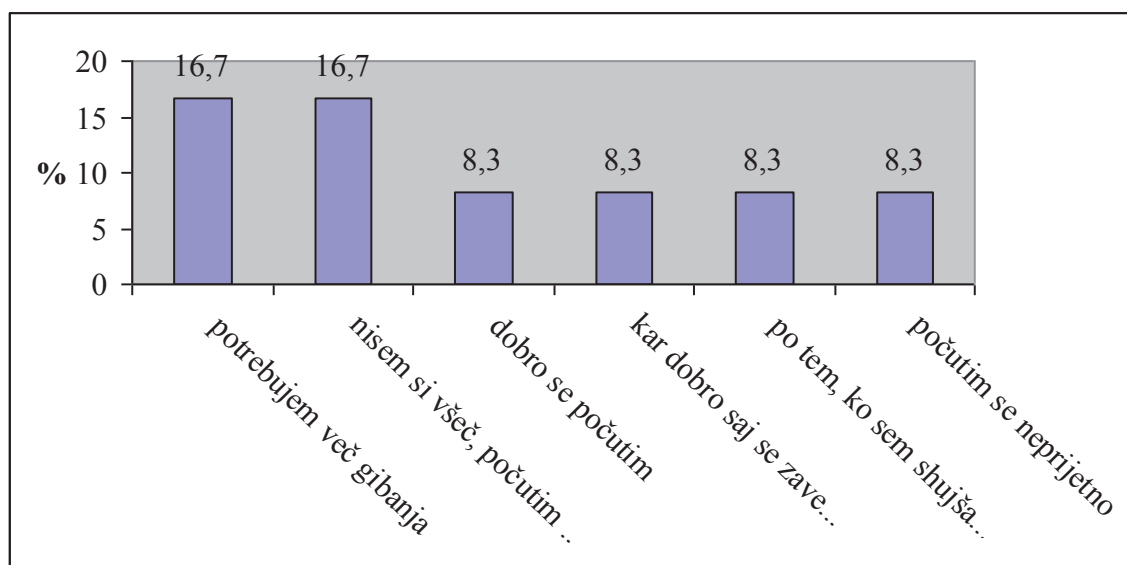
V večini so anketiranci navedli, da med vrstami zelenjave jedo zeleno solato 54 (34,8 %), korenje 33 (21,3 %), paradižnik 23 (14,8 %) in zelje 22 (14,2 %). Sledijo še brokoli 16 (10,3%), cvetača 16 (10,3%), paprika 15 (9,7%), koruza 12 (7,7%) ter kumare 12 (7,7%). Med 155 anketiranci, ki so navedli, da uživajo zelenjavo so pri vrstah zelenjave navajali več vrst zelenjave hkrati, zato je bilo število odgovorov večje od vzorca.

Tabela 9: Mnenja anketirancev o vplivu telesne teže do samega sebe

Vaša telesna teža/postava vpliva na vaše mnenje o sebi?	ITM		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
da, močno	39	14	n=53
	28,3%	53,8%	32,3%
nikoli	30	3	n=33
	21,7%	11,5%	20,1%
s tem se ne obremenjujem	69	9	n=78
	50,0%	34,6%	47,6%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 6,652$; $p=0,036$)

Rezultati v tabeli 9 prikazujejo, da so anketiranci s prekomerno telesno težo v več kot polovici primerov 14 (53,8 %) navedli, da njihov telesni videz močno vpliva na lastno mnenje o sebi. Anketiranci z normalno telesno težo so ta vpliv navedli redkeje, 28 (28,3 %). Hi-kvadrat test je zaradi te razlike pokazal statistično pomembne razhajanje med skupinama ($\chi^2 = 6,652$; $p=0,036$). Da telesni videz nikoli ne vpliva na njihovo mnenje o sebi je navedlo 33 (20,1%) anketirancev, 78 (47,6%) pa se s tem ne obremenjuje.



Slika 5: Mnenja o lastnem mnenju o sebi zaradi prevelike telesne teže

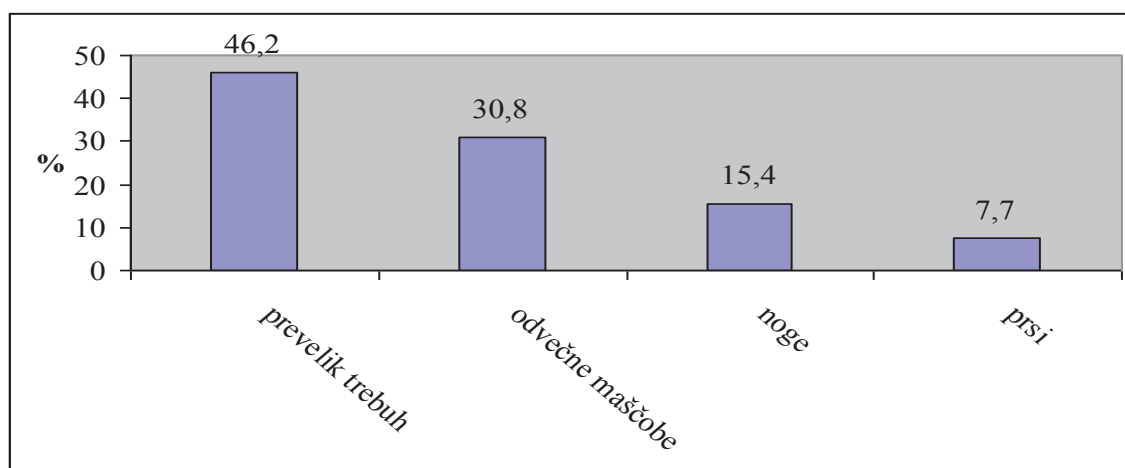
Na sliki 5 so prikazana mnenja, kako so anketiranci s prekomerno telesno težo opisali svoj videz. Med 14 anketiranci s prekomerno telesno težo jih je 8 (66,6%) podalo mnenje o svojem videzu. V dveh primerih anketirancev prekomerna telesna teža ni motila, izjavili so: »počutim se dobro« in »kar dobro saj se zavedam, da ob spremembi ne bi bila več jaz«. V (75%) to je 9 anketirancev pa so želeli spremeniti svoj videz. Po 2 anketiranca (16,7%) sta odgovorila, da potrebujeta več gibanja ter da se počutita debela oz. si nista všeč. Posamezni anketiranec 1 (8,3%) je navedel da ima po hujšanju o sebi dobro mnenje, 1 (8,3%) pa se počuti neprijetno.

Tabela 10: Mnenja anketirancev ob pogledu na svoje telo

Vam je ob pogledu na svoje telo neprijetno?	ITM		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
da, močno	16	9	n=25
	11,6%	34,6%	15,2%
nikoli	70	9	n=79
	50,7%	34,6%	48,2%
s tem se ne obremenjujem	52	8	n=60
	37,7%	30,8%	36,6%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 9,071$; $p=0,011$)

Rezultati v tabeli 10 prikazujejo, da je 9 (34,6 %) anketirancev s prekomerno telesno težo navedlo, da jim je ob pogledu na svoje telo neprijetno, v skupini normalnega indeksa telesne mase je ta odstotek znašal 16 (11,6%). Hi-kvadrat test je zaradi te razlike pokazal statistično pomembne razhajanje med skupinama ($\chi^2 = 9,071$; $p=0,011$). Da jim ob pogledu na svoje telo ni nikoli neprijetno je navedlo 79 (48,2%), 60 (36,6%) pa se s tem ne obremenjuje.



Slika 6: Najbolj moteči deli telesa zaradi prevelike telesne teže

Anketiranci s prekomerno telesno težo so v največji meri odgovorili, da jih pri svojem videzu moti prevelik trebuh 6 (46,2 %), sledil je splošni odgovor o odvečnih maščobah 4 (30,8 %), omenili pa so tudi noge 2 (15,4%) in prsi 1 (7,7%).

Temeljni kakovostne zdravstvene nege so med drugim razvidni s stališča informiranosti preiskovancev o določenih bolezenskih stanjih oziroma motenj prehranjevanje.

Tabela 11: Motnje hranjenja (anoreksija, bulimija)

Ste že slišali za motnje hranjenja (anoreksija, bulimija)?	ITM		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
da	124	23	n=147
	89,9%	88,5%	89,6%
nikoli	14	3	n=17
	10,1%	11,5%	10,4%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 0,046$; $p=0,831$)

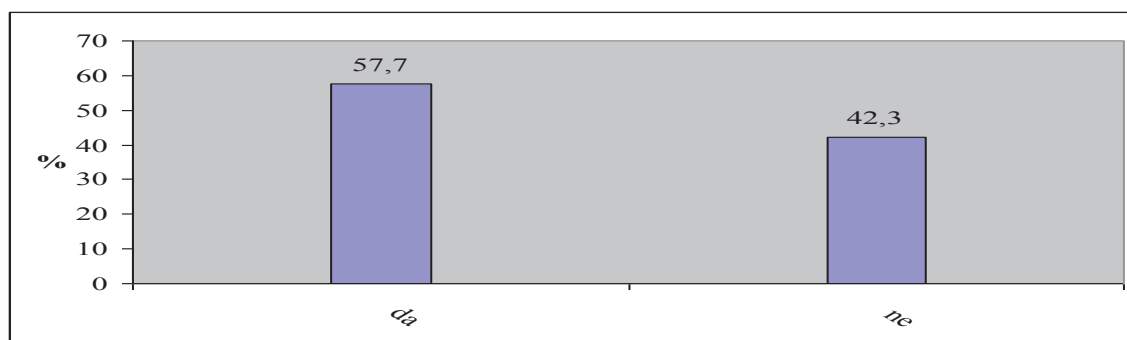
Anketiranci so v veliki večini navedli 147 (89,6 %), da so že slišali za pojem anoreksija in bulimija, 17 (10,4%) pa jih nikoli ni slišalo za motnje hranjenja. Hi-kvadrat test med skupinama ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama preiskovancev ($\chi^2 = 0,046$; $p=0,831$).

Tabela 12: Poznavanje pomena izrazov anoreksija ter bulimija

Razložite izraza anoreksija ter bulimija.	ITM		Skupaj n = 164, (%)
	<25	25 ali več	
brez pravilnega odgovora	32 23,2%	8 30,8%	n=40 24,4%
en pravilni odgovor	17 12,3%	2 7,7%	n=19 11,6%
dva pravilna odgovora	89 64,5%	16 61,5%	n=105 64,0%

n = število odgovorov; ($\chi^2 = 0,950$; $p=0,622$).

Anketirance smo povprašali tudi po definiciji oziroma pomenu obeh izrazov motnje prehranjevanja. Rezultati v tabeli 12 so pokazali, da je znanje v obeh skupinah približno enako, v večini primerov so tako anketiranci z normalno in prekomerno telesno težo pravilno opisali izraza anoreksija in bulimija 105 (64,0 %). Nobene definicije ni navedlo 40 (24,4%), 19 (11,6%) pa le en pravilni odgovor. Tako tudi v tem primeru hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama ($\chi^2 = 0,950$; $p=0,622$).



Slika 7: Veste, kje poiskati pomoč pri motnjah hranjenja

Pri naslednjem vprašanju o iskanju pomoči je le nekaj več kot polovica anketirancev 94 (57,7%) navedlo, da vedo, kje si lahko poiščejo pomoč v primeru motnje prehranjevanja, 69 (42,3%) anketirancev pa so podali negativni odgovor.

Tabela 13: Pomoč v primeru motenj prehranjevanja

Kje bi poiskali pomoč v primeru motenj prehranjevanja?	Frekvenca n = 94	Skupaj (%)
osebni zdravnik	69	73,4
psiholog	21	22,3
družina	19	20,2
psihiater	12	12,8
bolnišnica	10	10,6
zdravstveni dom	10	10,6
prijatelji	8	8,5
klicni centri za pomoč v stiski	6	6,4
šolski pedagog	5	5,3
šola	5	5,3
centri, socialne ustanove	3	3,2
internet	3	3,2
svetovalni delavki v šoli	2	2,1
svetovalnice za motnje hranjenja	2	2,1
socialna delavka	2	2,1
predstavnica zdrave prehrane	1	1,1

n = število odgovorov

Na vprašanje, kje konkretno bi si anketiranci poiskali pomoč v primeru motenj hranjenja je v največji meri predstavljal odgovor osebni zdravnik 69 (v 73,4 %). Sledili so odgovori psiholog 21 (22,3%), 19 (20,2%) družina, 12 (12,8%) psihiater, 10 (10,6%) bolnišnica in 10 (10,6) zdravstveni dom. Anketiranci so navajali več oblik pomoči hkrati, zato je skupno število odgovorov večje od samega vzorca, ki je na to vprašanje podal odgovor (n=94). Podrobni rezultati o iskanju pomoči v primeru motenj prehranjevanja so prikazani v tabeli 13.

3.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu je na osnovi študije prikazano, kako se mladostniki danes prehranjujejo, koliko so telesno aktivni in kaj za njih pomeni biti telesno dejaven. Ali je njihova samopodoba visoka in kaj pripomore k temu, da je vse več mladostnikov še posebej mladostnic nezadovoljnih s svojim telesom? V raziskavi smo ugotavljali tudi ozaveščenost o motnjah hranjenja, koliko so mladostniki informirani o tem in oblikah pomoči. Uporabili smo nenaključni vzorec raziskave, zato ne moremo posploševati, sodelovali so le dijaki 4 šol v 4. letniku.

V Sloveniji popolnih podatkov o čezmerni prehranjenosti v celotni populaciji ni. Podatki iz novejše raziskave iz leta 2005 pri otrocih pa kažejo, da je stanje podobno zaskrbljujoče, kot v drugih evropskih državah. Pri generaciji petletnikov (vzorec je obsegal reprezentativen delež petletnikov in je obsegal 25 % te generacije v letu 2004) tako govorimo že o 18,4 % čezmerno prehranjenih dečkov in 20,9 % deklic, v tej skupini je 9 % dečkov in 7,9 % deklic predebelih. Stanje v 10 let starejši populaciji nam pokaže (vzorec je tu obsegal 5 % generacije 15- do 16-letnikov iz 13 mest v Sloveniji), da je čezmerno prehranjenih 17,1 % najstnikov in 15,4 % najstnic, predebelih pa 6,2 % najstnikov in 3,8 % deklet, kar je nekoliko manj kot v generaciji petletnikov (Avbelj, 2005).

Iz raziskave smo ugotovili, da je prekomerno težo imelo nekaj anketirancev, vendar pa rezultat ni bil ogrožujoč. Vzorec je po spolu zajemal veliko več deklet kot fantov. Po starosti jih je bila velika večina že polnoletnih. Indeks telesne mase je v povprečju znašal vrednost normalne prehranjenosti, kar je v območju priporočila Svetovne zdravstvene organizacije. Večina mladostnikov je navedla, da so s svojo telesno težo povsem zadovoljni, nekaj manj pa bi si jih želelo biti bolj vitki. Življenjski slog mladostnikov je zaskrbljujoč po navedbi zaužite prehrane.

V primerjavi s prehrano odrasle osebe je prehrana mladostnika pomembnejša, saj že kratkotrajno pomanjkanje esencialnih hranilnih snovi in energijskih hranil povzroči: upočasnjeno rast in razvoj, vpliva na slabo počutje, povzroča utrujenost, zniža odpornost. Mnoge raziskave so pokazale, da so prehranjevalne navade pri mladostnikih

slabe. Navajajo naslednje vzroke: premajhno število obrokov na dan, energijsko gostejši obroki vsebujejo preveč maščobe, v dnevni prehrani je premalo sadja in zelenjave, preveliko poseganje po "hitri hrani", neustrezen način uživanja hrane – večkrat stoje ali celo med hojo (Habajec in Hoyer, 2002).

Že iz naše raziskave je razvidno, da mladostniki ne poznajo pomena zdravega prehranjevanja, saj jih večina zajtrkuje le občasno. Ne vedo, da je zajtrk izredno pomemben obrok za zdravje in energijo. Tisti, ki zaužijejo zajtrk so navedli, da najraje jedo ovsene kosmiče, kruh, sadje, jogurt in mleko. To je polnovreden obrok, ki bi ga moral zaužiti vsak mladostnik in tudi odrasel človek. Zakaj se mladostniki ne poslužujejo jutranjega obroka, ki je zelo pomemben, je slaba osveščenost o pomenu rednega zajtrkovanja in tudi predstava, da bodo po obroku debelejši še zlasti nežnejši spol, ki jih mediji zaslepijo o popolnem telesu.

Mladi po hitri prehrani pogosto segajo, zlasti v času pouka ali na poti domov. Za tovrstno hrano je značilno, da ima: prevelik odstotek kalorij v obliki nasičenih maščob, preveč sladkorja, premalo sadja in zelenjave, veliko vsebnost soli in holesterola, premalo esencialnih hranil (vitamina C, A, Ca, Fe, visoko vrednih beljakovin na enoto energijske vrednosti obroka), premalo balastnih snovi, vsebuje razne dodatke, ki povzročajo alergijo ali pa delujejo kancerogeno. Prehranjevalne navade se pričnejo oblikovati že v otroškem obdobju. V domačem okolju se prenašajo od staršev na otroka. Pri tem je pomembna tudi izbira živil, ki se uporablja v družinski prehrani. Zaradi vpliva na zdravje, prehranjevalne navade mladostnika lahko delimo na dobre in slabe. Pri mladostniku neuravnotežena prehrana povzroča utrujenost, manjšo delovno storilnost, manjšo sposobnost učenja in začetek kroničnih bolezni, med katere sodi tudi debelost (Habajec in Hoyer, 2002).

Gavin, Dowshen in Izenberg (2007) so predstavili ovire, ki se postavljajo tistim, ki želijo imeti v sodobnem času zdrav življenjski slog, a jim to preprečujejo naslednje stvari, ki so jih poimenovali ovire 21. stoletja.

Na prvo mesto so uvrstili obilje hrane, katero zlahka kupimo, hitro pripravimo in se prekomerno najemo. Za primer Deitz (2003) navaja, da se vsako leto v ZDA na tržišču pojavi 12.000 novih prehranskih produktov.

Prehranjevalne navade določajo trije dejavniki – kakovost, količina in režim. Količina dnevnih obrokov je vsekakor pomembna, toda tudi raznovrstnost izbrane hrane je zelo pomemben dejavnik. Vplivata na naše prehranjevalne navade, ki imajo včasih odločilno vlogo za rast in razvoj mladine. Gavin, Dowshen in Izenberg so ugotovili, da je bil v letu 2006 odstotek tistih, ki so vsako jutro zajtrkovali, višji kakor v letu 2002. S tem se lahko domneva, da se izboljšujejo prehranjevalne navade, saj je prav zajtrk najpomembnejši obrok dneva. Še vedno se vsaj četrtnina mladostnikov prehranjuje zelo nezdravo, čeprav mladina, vključena v raziskavo leta 2006, je bolj zdravo kot mladina leta 2002. Med mlajšimi se povečuje delež tistih, ki jedo sadje in manjša delež tistih, ki redno uživajo zelenjavo (Gavin, Dowshen in Izenberg, 2007).

Iz raziskave smo ugotovili, da mladostniki posegajo po hrani in pijači z veliko vsebnostjo sladkorja in kalorij le včasih, takoj za tem pa sledi odgovor pogosto. Zelo veliko se jih prehranjuje s hitro prehrano kot je Mcdonald's, kebab in razne picerije. Radi posegajo po ocvrti hrani, sladkarijah (čokolada, tortice, čips, razna peciva) in belemu kruhu. Mladostniki se še kako dobro zavedajo, da vsa ta zaužita hrana škoduje zdravju, vendar je že v trgovskih centrih na policah preko pet vrst ponujenih čipsov, raznih tort in čokolad,...Hrana z veliko sladkorja je bila že od nekdaj nepogrešljiva, saj že male otroke starši navajajo na tako življenje »s sladkorjem«. Tudi sladke pijače so vse bolj zaželjene med mladostniki, še posebej se poslužujejo kokakole, sprita in podobnih zadev. Voda za njih predstavlja tekočino brez okusa, vendar se še zavedajo ne, kako je zdrava in za telo potrebna. Način življenja prekomerno težkih mladostnikov je zelo slab.

Zelo pomemben je tudi vnos zelenjave in sadja. Anketirani so v večini navedli, da zaužijejo sadje vsak dan, prav tako tudi zelenjavo. Med sadjem so najbolj zaželena jabolka, mandarine, banane in pomaranče, to je celoletno sadje, ki je vedno dobavljivo. Med zelenjavo pa se najraje poslužujejo zelene solate, korenja, paradižnika in zelja.

Velja pa tudi pravilo, da je potrebno omejiti določeno sadje, zlasti grozdje, lubenice ipd. saj gre za hrano z veliko sladkorja.

Raziskava je pokazala, da so mladostniki v večini telesno aktivni več kot trikrat tedensko, iz tega lahko sklepamo, da se zavedajo zdravega življenjskega sloga, vendar ga v vsakdanjem življenju ne uporabljajo dovolj aktivno. Ukvarjajo se z zelo različnimi športi. Kot glavna aktivnost prevladuje tek, sledijo mu fitness, pohodništvo, kolesarjenje ter nogomet. Zelo malo mladostnikov trenira kakšen šport, v večini se jih rekreira le zaradi lepšega videza. Največ se jih profesionalno ukvarja z nogometom in to predvsem moški. Odgovor na vprašanje kakšen učinek na telo za njih predstavlja telesna aktivnost je v večini vseboval boljše počutje, večja kondicija, boljše zdravje. Za mladostnike je zelo pomembno, da s telesno aktivnostjo topijo maščobe, še zlasti dekleta, ki jim privlačen oz. lep videz predstavlja večjo samozavest oz. jih okolica lažje sprejme.

Kljub naraščajočemu trendu prekomerne prehranjenosti in debelosti je debelost v našem kulturnem okolju velika stigma. Otroci in mladostniki s prekomerno telesno težo so zaradi svoje »neustrezne« telesne teže oziroma izgleda pogosto izpostavljeni šikaniranju, njihova samopodoba pa je posledično slaba, saj se zavedajo, da močno odstopajo od idealov manekenk in manekenov, s katerimi nas mediji neprestano »bombardirajo«. Predvsem punčke in punce spremljajo lepotne ideale praktično od najrosnejših let, saj se z njimi srečujejo že v obliki igrarice Barbi, katere postavo lahko doseže le odstotek odraslih žensk. »Naša kultura zelo ceni zunanjo podobo, kar nam kažejo tudi rezultati različnih študij. Ena takih je tudi mednarodna raziskava HBSC (Health Behaviour School Children = Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju), ki teče že od leta 1982. Po podatkih HBSC študije iz leta 2001/02 se Slovenija na področju odnosa do telesne teže oziroma nezadovoljstva z njo pri 11-letnikih uvršča na 1. mesto med 36 sodelujočimi evropskimi državami, pri 13-letnikih smo po istem parametru na 2. mestu in pri 15-letnikih na 3. mestu. Zadnja raziskava iz leta 2006, v kateri je sodelovalo že 41 držav, je pokazala, da se je obremenjenost s telesno težo nekoliko znižala, še vedno pa so 13- in 15-letniki na 3. mestu v Evropi po nezadovoljstvu s telesno težo. Predvsem se kot predebela doživljajo dekleta, takih 15-letnic je kar 41 %, medtem ko je delež fantov, ki se tako doživljajo, 21 %. Prav

nezadovoljstvo s telesom pa je vzrok za številne diete, v času ankete je bilo v Sloveniji na dieti kar 22 % 15-letnih deklet. To je velik problem, saj diete v adolescentnem obdobju lahko privedejo do motenj hranjenja, kot so anoreksija in bulimija. Dieta sicer ni vzrok za samo motnjo hranjenja, je pa lahko sprožilni dejavnik (Škrbo-Karabegović, 2009).

Naša raziskava je pokazala, da so anketirani srednješolci dokaj zadovoljni s svojo telesno težo in nimajo pretiranih težav s samopodobo. Na vprašanje kako telesna teža/postava vpliva na njihovo mnenje o sebi jih je v večini odgovorilo, da se s tem ne obremenjuje, nekaj manj pa jih je navedlo, da telesna teža močno vpliva na njihovo lastno mišljenje. Tisti, ki se zaradi telesne teže obremenjujejo in imajo posledično tudi nizko samozavest navajajo, da bi potrebovali veliko več gibanja oz. telesne aktivnosti. Tisti srednješolci, ki pa s svojim stasom niso zadovoljni, pa jih na svojem telesu najbolj moti prevelik trebuh, odvečne maščobe, noge in prsi. Ti deli telesa so že nasplošno zelo problematični zlasti pri dekletih oz. ženskah. Mediji kot so revije, internet, televizija dajejo ženskam popolno predstavo o telesu, ki ga vidimo na plakatih...Ne vedo pa, zlasti mladostnice, da so ta »popolna« telesa preoblikovana preko računalnika in da skoraj ni ženske s popolnim telesom. Dekleta in moške, ki imajo lepo postavo bo okolica lažje in hitreje sprejela, saj danes vse temelji na fizičnem oz. vizuelnem izgledu. Na raziskovalno vprašanje kateri vzroki nezdravih prehranjevalnih navad vplivajo na samopodobo mladostnikov s prekomerno telesno težo smo torej ugotovili, da gre predvsem za nepravilno prehranjevanje z nezdravimi živili, ogromno pa na to vplivajo mediji in posamezne revije, ki prikazujejo idealna telesa. To je velikokrat vzrok, da pride do motenj hranjenja kot sta anoreksija in bulimija.

Motnja hranjenja, se od motnje prehranjevanja loči po tem, da slednja pomeni le nezdravo obliko prehranjevanja ali neredno prehranjevanje, medtem ko prva onemogoča posameznikovo "normalno funkcioniranje" v vsakdanjem življenju. Motnje hranjenja so zelo kompleksen problem, za katerega porabimo ogromno časa ter pozornosti, da ugotovimo, kakšen je vzrok njihovega nastanka. Danes lahko informacije glede motenj hranjenja dobimo tudi na svetovnem spletu, kjer različne organizacije podajajo splošne informacije glede motenj hranjenja, oblik le-teh in vzrokov nastanka. Ponujajo tudi programe in oblike svetovanja. Poleg tega pa posameznik, ki preživlja katerokoli obliko

motnje hranjenja, potrebuje strokovno pomoč, ki mu bo pomagala ugotoviti, kaj je vzrok nastanka, ter kako jo premagati. Motnje hranjenja se od posameznika do posameznika razlikujejo, zato je na začetku zdravljenja potreben individualni pogovor med svetovalcem in pacientom. Na podlagi tega pogovora se nato določi, katere izmed oblik svetovanja se bo posameznik udeležil. Navadno se na začetku določi individualno svetovanje, kjer sta pacient in svetovalec sama, kasneje pa se pacient vključi tudi v skupinsko svetovanje, kjer so v skupini tudi drugi posamezniki, ki imajo motnje hranjenja. Pot do okrevanja pa je vedno dolga (Sternad, 2001).

Motnje hranjenja so bile v zgodovini pogosto povezane z religijo in religioznimi prazniki (post). Zanimiv primer je sveta Katarina iz Siene, ki je v 14. stoletju dnevno pojedla le pest zelišč. Če bi se to dogajalo danes, bi jo označili za anoreksično, takrat pa je njeno početje pomenilo predvsem predanost religiji in dokazovanje sposobnosti samoobvladovanja. Danes je odklanjanje hrane tudi eden izmed načinov podrejanja družbenim predstavam, ki dajejo vitkemu telesu posebno vrednost (Sternad, 2001).

Eivors in Nesbitt (2007) sta ugotovila, da so za motnje hranjenja bolj dovzetni tisti pri katerih je eden od staršev stalno na dieti, tisti pri katerih so starši ločeni, tisti pri katerih je bolezen v družini ter tisti, ki so zlorabljeni. Čeprav se zdi, da družina ne more biti edini krivec za nastanek motenj hranjenja, so raziskave pokazale, da je poslabšanje oz. izboljšanje stanja odvisno prav od odnosa do mladega bolnika. To je tudi eden od razlogov, zakaj strokovnjaki pri zdravljenju mladih priporočajo družinsko terapijo.

Raziskava je pokazala, da so anketirani dijaki zelo dobro seznanjeni z motnjami hranjenja, še zlasti dekleta. Poznavanje pojma kot sta anoreksija in bulimija so zelo dobro opisali. V večini so navedli, da anoreksija pomeni izstradanje telesa oz. nezaužitje obroka, bulimija pa bruhanje po zaužitem obroku. Drugačni rezultati pa se pokažejo, ko le nekaj več kot polovica dijakov ve, kje poiskati pomoč v primeru motenj hranjenja. Tu je njihova seznanjenost o tem zelo slaba. Tisti, ki so odgovorili, kam se zateči v takem primeru, so največkrat navajali osebni zdravnik, psiholog ter družina. Danes je premalo ozaveščanja o motnjah hranjenja in tudi ljudje ne pokažejo veliko zanimanja za to. Ponavadi je tisti, ki trpi za anoreksijo ali bulimijo kriv sam, to so videnja v očeh mnogih

ljudi. Ne zavedajo pa se, da gre za resno bolezen, ki v končni fazi lahko pomeni tudi smrt.

V svetu je bilo objavljenih že preko 30.000 metod (tudi komercialnih) za uravnavanje telesne teže, pa vendar so učinki slabi. Vse raziskave namreč kažejo, da so kratkoročni učinki shujševalnih programov sicer dobri, dolgoročni pa slabi. V treh letih se 95 odstotkov ljudi zredi do prvotne telesne teže ali celo preko nje (Kovač-Blaž, 2003).

Neko stopnjo odgovornosti za prekomerno telesno težo nosi tudi mladostnik sam. Seveda ne v zgodnjih obdobjih otroštva, ko še ni sposoben odločati, kaj bo pojedel in kaj ne. Ko otroci odraščajo, se naučijo razumeti in sami odločati, katera izbira je za njih boljša in tudi, kdaj se je potrebno upreti skušnjavi. Da bi bilo preprečevanje debelosti ali celo njeno zdravljenje v krogu družine uspešno, se morajo, pravi Poskritt (2003), problema lotiti celostno. Zavedati se moramo, da je proces izgubljanja presežka telesne teže zelo počasen. Zato je za uspešno in trajnostno izgubo maščobne mase potrebno narediti majhne spremembe, katere so za družino sprejemljive, a imajo vseeno vpliv na izgubo teže in spremembo življenjskega sloga.

Nedvomno so potrebne nadaljnje raziskave in analize prehranjevalnih navad mladostnikov, ki bi nudile več vpogleda v odločanje glede zdrave in uravnotežene prehrane, ki je potrebna za zdravo telo.

Namen diplomske naloge je bil dosežen, saj smo ugotovili, kako se današnji mladostniki prehranjujejo, koliko so dejansko telesno aktivni, kaj vpliva na njihovo nizko samopodobo in koliko so seznanjeni z motnjami hranjenja ter kdo je njihov vir informacij o motnjah hranjenja.

4 ZAKLJUČEK

Različne raziskave kažejo, da so prehranjevalne navade mladostnikov slabe, razlogov za to pa je več. Spremembe telesne teže so bile v preteklih 20 letih mnogo večje, kot so bile spremembe v telesni višini. Zelo pogost pojav je, da odrasli svojo debelost prinesejo iz otroštva. Glavni krivec za debelost v otroštvu je družina, ki je najpomembnejši dejavnik otrokovega razvoja.

Za debele mladostnike bi pogosto lahko rekli, da so žrtve sodobnega načina življenja. Svetovna zdravstvena organizacija pravi, da je debelost bolezen, pri kateri se je nabral takšen presežek telesne maščobe, da je zaradi tega lahko ogroženo zdravje posameznika. Od vsakega posameznika pa je odvisno, kako bosta količina telesne maščobe in njena razporeditev po telesu vplivala na njegovo zdravje.

Vzroki za debelost so lahko kompleksni, najpogostejši pa je neprimeren življenjski slog. Redko pa je le en vzrok. Najpomembnejši razlog za prekomerno težo in debelost je pozitivna energijska bilanca med količino zaužite hrane na eni strani in količino porabljene energije na drugi.

Športna aktivnost je temeljni kamen preventive pri izgubi telesne teže, mladim pa je najpomembnejše, da se med vadbo zabavajo. Prekomerno težkim mladostnikom se najpogosteje priporočajo korektivna vadba za izboljšanje telesne drže, aerobna vadba, vodne aktivnosti, fitnes in skupinske vadbe (aerobika, ples, pilates). Vadba naj bo vsakodnevna ali pa vsaj trikrat tedensko, velja pa naj pravilo: Rajši več kakor hitreje.

Za večino pretežkih mladostnikov diete niso potrebne in jih zato zdravniki ne priporočajo. Mladostnik ne bi smel nikoli na shujševalno dieto brez odobritve zdravnika, strokovnjaka za diete. Otroci in mladostniki potrebujejo, da bi ostali zdravi, uravnoteženo prehrano. Ustvariti je potrebno dolgoročno negativno energetsko bilanco. Če temu dodamo še redno gibanje, bo to kakovostno hujšanje.

Mladostniki so čedalje bolj dovzetni za novosti in inovativni pristopi bodo zagotovo pritegnili posameznike k aktivnejšemu življenjskemu slogu. V Sloveniji so ti pristopi še

redkost, vsekakor pa se delajo koraki v tej smeri. Pomembno je, da je pristop inovativen, saj bomo tako mladostnike lažje prepričali. In konec koncev je res tako, kakor pravi misel: spravimo se v gibanje, za zdravje in srečo gre.

Pričakovali smo nekako podobne odgovore, ki smo jih z raziskavo dobili, vendar smo bili pri nekaterih navedenih odgovorih malce presenečeni. To zajema vprašanja o motnjah hranjenja, kjer veliko mladostnikov ne ve njihov pomen niti oblike pomoči.

Glede na rezultate naše izvedene raziskave bi bilo potrebno delati predvsem na ozaveščanju o pomenu zdrave prehrane, katera živila so pomembna za zdravje in v kakšnih količinah, še posebej pa bi se mladostniki morali zavedati posledic nezdrave prehrane in debelosti ter telesne neaktivnosti. Velik poudarek je tudi na samopodobi mladostnikov. Moje doživljanje skozi vso raziskavo je bilo sprva presenetljivo, saj ni bilo dojemljivo kako so lahko mladostniki tako brezbrizni o zdravem načinu življenja, kasneje pa mi je bilo vse bolj jasno, saj ni pretiranega ozaveščanja o tem, pa tudi bistvo današnjega načina življenja mladostnikov je sedeti za računalnikom, hitra hrana, brezdelje oz. čim lahkotnejše življenje. Prvo in najpomembnejše bi bilo odpraviti restavracije s hitro prehrano. Že s tem korakom bi pripomogli k boljšemu prehranjevanju mladostnikov in s tem znižali število prekomerno debelih mladostnikov.

5 LITERATURA IN VIRI

Anton Garcia F, Maiques Galan A, Franch Taix M, Alexandre Marti E, Gomez Ortega AB, Sotoca Cobaleda R. Effectiveness of cardiovascular prevention in primary care. *Aten Primaria* 2001; 28: 642-7.

Avbelj M. Epidemiologija prekomerne prehranjenosti in debelosti pri otrocih in mladostnikih. In: Pfeifer M, Rotovnik Kozjek N. eds. *Debelost - 2. strokovno srečanje Slovenskega združenja za klinično prehrano*; Ljubljana, 8. September 2006. Ljubljana: Združenje za klinično prehrano; 2006: 21-25.

Avbelj M. Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2005; 74:753-9.

Battelino T. *Debelost in motnje hranjenja*. Ljubljana: Klinični center, SPS Pediatrična klinika; 2000.

Bratanič N. Epidemiologija debelosti v Sloveniji. *Debelost in motnje hranjenja*. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni; 2000: 38-43.

Bučar-Pajek M, Kovač M, Strel J. Porast čezmerne telesne teže in debelosti osnovnošolskih učenk in učencev. In: Škof B, Kovač M. eds. *17. Strokovni posvet športnih pedagogov Slovenije – zbornik referatov*, Nova Gorica, 18. - 20. November. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije; 2004: 101-6.

Burniat W, Cole T, Lissau I, Poskritt E. *Child and obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management*. United Kingdom: Press syndicate of University of Cambridge; 2003.

Cave EK. Youth in mind. Influences of disordered eating in prepubescent children. *J Psycho Nurs* 2009; 47(2): 21-4.

Cole T, Rolland-Chachera M.F. Measurement and definition. In: Burniat W, Cole T, Lissau I, Poskitt E. eds. *Child and Adolescent Obesity*. United Kingdom: Press syndicate of University of Cambridge; 2003: 1-22.

Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz W. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2003; 157: 821-7.

Čepin Tovornik P. Vzgoja za zdravje in socialna medicina s statistiko. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje; 2007; 6-8.

Černetič A, Dobrinja D, Treer D, Gabor G, Doberšek A, Trstenjak J, Vogel A. Debelost pri otrocih in mladostnikih. Roševi dnevi. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Šmartno pri Litiji, 06. Marec 2009. Celje: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 7-9

Črnak Meglič A. Otroci in mladina v prehodni družbi: Analiza položaja v Sloveniji. Maribor : Aristej; 2005.

Čufar V. Samopodoba pri mladih [raziskovalna naloga]. Maribor: II. Gimnazija Maribor, 2011.

Deitz, W. H. Forword. In *Child and Adolescent Obesity*. United Kingdom: Press syndicate of University of Cambridge; 2003: 15-7.

Djerdi V. Temelji zdravstvene vzgoje pri debelosti in motnjah hranjenja mladostnika [diplomsko delo]. Primorska: Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola; 2010.

Drev A. Odnos otrok in mladostnikov do gibanja: izsledki fokusnih skupin. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.

Eivors A, Nesbitt S. Lačni razumevanja. Priporočnik, ki mladim pomaga razumeti in premagati anoreksijo nervozo. Maribor: Obzorja; 2007.

Finn K, Johannsen N, Specker B. Factors associated with physical activity in preschool children. *J Pediatr* 2002; 140(1): 81-5.

Freedman D, Dietz W, Srinivasan S, Berenson G. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study 1999; 103: 1175 - 82.

Gabrijelčič Blenkuš M, Pograjc M, Gregorič M, Adamič M, Čampa A. Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno izobraževalnih ustanovah: od prvega leta starosti naprej. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2005: str. 80.

Gavin ML, Dowshen SA, Izenberg N. Otrok v formi: Praktični vodnik za vzgojo zdravih otrok – od rojstva do najstniških let. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2007.

Gobov L, Seher-Zupančič M, Troha M, Puc-Vidrih B. Antropometrična, fiziološka in biološka merila za ugotavljanje debelosti in zapletov debelosti pri otroku in mladostniku. In: Štern B, ed. Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti: izhodišča za obravnavo osnovnih zdravstvenih tem: zbornik projekta. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2007; 49-56.

Goodwin SR. Body image and attitudes toward obesity in college students. Richmond: Virginia Commonwealth University; 2004.

Gregorič M. Odnos otrok in mladostnikov do prehrane: izsledki fokusnih skupin. Ljubljana: založba; 2010.

Habajec T, Hoyer S. Prehranjevalne navade ljubljanskih srednješolcev. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 45-9

Hoyer S, Kvas A. Pedagoški pristop. In: Štern B. ed. *Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti: izhodišča za obravnavo osnovnih zdravstvenih tem: zbornik projekta*. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2007; 95-101.

Hoyer S. *Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta*. 1st ed. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 1995.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. *Svetovni dan hrane: Slovenija snuje novo prehransko politiko. Sporočilo za javnost*. Ljubljana : Nacionalni program prehranske politike; 2011.

Jakl D, Sancin D. Individualno zdravstveno varstvo adolescentov-vidik prehranjevanja. Mednarodna znanstvena konferenca, Bled, 25. – 26. September 2008. Lendava: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 231- 8.

Jolliffe CJ, Janssen I. Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vasc Health Risk Manag* 2006; 2: 171-87

Kete M, Sentočnik T. Telesna aktivnost pri debelosti. In: *Zbornik Slovenskega kongresa športne rekreacije: prispevki in povzetki poročil, strokovnih predavanj in predstavitev 2. slovenskega kongresa športne rekreacije, z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Športna unija Slovenije; 2001: 175- 9.

Koch V, Kostanjevec S. Poznavanje prehranjevalnih navad slovenskih srednješolcev in analiza stanja organiziranosti šolske prehrane v Sloveniji. In: Vombergar B, Nidorfer M. eds. *Prehrana mladostnikov – srednješolcev*. Maribor, strokovni seminar, 27. januar 2004. Maribor: Živilska šola, Višja strokovna šola; 2004: 11 – 23

Kovač-Blaž M. Celostno obravnavanje telesne teže v programu »zdravljenje debelosti«
In: Dolenc P. ed. 12. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož
2003. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 2003: 59-70.

Kovač M, Jurak G, Bizjak K, Strel J. Nekateri dejavniki, ki vplivajo na zdravje. In:
Kovač M, Starc G. eds. Šport in življenjski slogi slovenskih otrok in mladine.
Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo; 2007: 177-190.

Kuczumarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei R. et al.
CDC growth charts: United States. *Advance data*, 2000, 314: 1-27

Kuhar M. V imenu lepote: družbena konstrukcija telesne samopodobe. Ljubljana:
Fakulteta za družbene vede; 2004: 84-120.

Kuhar M. O telesni samopodobi mladih. *Socialna pedagogika* 2002; 6(3): 255-278.

Leban Vindiš N. Debelost in prekomerna prehranjenost v novomeških osnovnih šolah
[diplomsko delo]. Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta; 2012.

Malnar B. Sociološki vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in
zdravstva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2002: 3-32.

Mindell E. Otroška vitaminska biblija. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2000.

Mišigoj-Duraković M, Ružić L, Heimer S, Matković BR. Telesna vadba in zdravje.
Ljubljana: Fakulteta za šport; 2003.

Morano M, Ercolino L, Colella D. Physical activity, perceived physical ability, and
body image in non-overweight and overweight children. 4th International Symposium
Youth Sport: The Heart of Europe, Ljubljana, 14. – 16. November 2008. University of
Ljubljana: Faculty of Sport; 2008.

Musek Lešnik K. Samoevalvacija. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti; 2001.

Ogden C, Flegal K, Carroll M, Johnson C. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288 (14): 1728-32.

Ogden J. The psychology of eating: from healthy to disordered behavior. In: *eating disorders*. 1st ed.: Australia: Blackwell publishing; 2003: 179-218.

Oliver M, Schofield GM, Kolt GS. Physical activity in preschoolers. Understanding prevalence and measurement issues. *Sports Med* 2007; 37(12): 1045-70.

Pfeifer M. Splošni pregled debelosti. In: Pfeifer M, Rotovnik Kozjek N. eds. *Debelost - 2. strokovno srečanje Slovenskega združenja za klinično prehrano*; Ljubljana, 8. September 2006. Ljubljana: Združenje za klinično prehrano, 2006: 1-9

Pišot R. Vloga in pomen gibalne/športne dejavnosti v šolskem obdobju. *Bilten slovenske mreže zdravih šol*, 2004; 1 (4): 24-33

Pokorn D. Zdrava prehrana in dietni jedilniki. *Zdrav Var* 1997; 36(8): 59-70.

Pokorn D. Debelost v Sloveniji. In: Pokorn D. ed. *Socialno medicinski vidiki debelosti: seminar*. Ljubljana : Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta v Ljubljani; 2000: 27-40.

Reed KE, Warburton DE, Macdonald HM, Naylor PJ, McKay HA. Action Schools! BC: a school-based physical activity intervention designed to decrease cardiovascular disease risk factors in children. *Prev Med* 2008; 46(6): 525-31.

Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010. In: *Uradni list RS* št. 39/2005. Ljubljana: Uradni list RS, 2005.

Roelants M, Hoppenbrouwers K. Overweight and obesity in childhood. In: Hoppenbrouwers K, Juresa V, Kuzman M, Juričič M. eds. *Prevention of overweight and obesity in childhood: a guideline for school health care*. Leuven: Katholieke Universiteit

Leuven, Flemish Society for Youth Health Care, Croatian Medical Association, University of Zagreb, Croatian National Institute of Public Health, University of Ljubljana, Slovenian Medical Association, European Union for School and University Health; 2007: 15-32.

Rolland-Cachera MF, Bellisle F. Nutrition. In: Burniat W, Cole T, Lissau I, Poskitt E. eds. Child and Adolescent Obesity. United Kingdom: Press syndicate of University of Cambridge; 2003: 69-92.

Rotovnik-Kozjek N. Gibanje je življenje. Ljubljana: Domus; 2004.

Rowland TW. Promoting physical activity for children's health: rationale and strategies. Sports Med 2007; 37(11): 929-36.

Rudolf M, Mijovič L, Kumer T. Telesna aktivnost mladih. 2008. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/1d4f037f7e7f68f9922f4a6bd882c1f4.pdf> (29.05.2012).

Sagadin J. Poglavlja iz metodologije pedagoškega raziskovanja. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport; 1993: 120 – 121.

Starc G, Kovač M. Življenjski slogi otrok in mladine med izbiro in določenostjo. In: Šport in življenjski slogi slovenskih otrok in mladine. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo; 2007: 29-34.

Sternad D. M. Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo. Ljubljana: samozaložba; 2001.

Strel J, Kovač M, Jurak G, Starc G, Bučar-Pajek M, Leskošek B. Kako smo rasli v zadnjih tridesetih letih: Telesni razvoj otrok in mladine v zadnjih desetletjih. In: Šport in življenjski slogi slovenskih otrok in mladine. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo; 2007: 45-60.

Suwa-Stanojević M. Prehrana in zdravje: učbenik za 1.letnik. Ljubljana: Zavod IRC; 2009.

Škof B. Spravimo se v gibanje – za zdravje in srečo gre. Kako do boljše telesne zmogljivosti slovenske mladine? Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo; 2010.

Škrbo-Karabegović K. Telesna aktivnost na dan odžene debelost stran. Ljubljana: ABC zdravja, februar 2009. Dostopno na: <http://www.solazdravegahujsanja.si/pdf/telesnaak-20090603135f009.pd> (27.6.2012)

Trnavčevič A. Kvalitativna in kvantitativna paradigma pedagoškega raziskovanja. *Sodobna pedagogika*; 2001; 2: 26 – 34.

Uršič Bratina N. Ocena enostavne debelosti pri otroku in mladostniku. Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni; 2000: 38-43.

U.S. Department of Health and Human Services. Prevalence of overweight among children and adolescents; 2002.

Vombergar B, Nidorfer M. Prehrana mladostnikov – srednješolcev. In: Vombergar B, Nidorfer M. eds. Prehrana mladostnikov – srednješolcev. Maribor, strokovni seminar, 27. Januar 2004. Maribor: Živilska šola, Višja strokovna šola; 2004: 8-10.

Vuori I. Physical inactivity is a cause and physical activity is a remedy for major public health problems. *Kinesiology* 2004, 36:123- 5.

Zaletelj-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J. Tveganja vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004.

Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J. Results of CINDI health monitor surveys in Slovenia as a tool for development of effective healthy nutrition and physical activity intervention programmes. *J Public Health* 2006; 14: 110–8.

Whitelaw D, O' Kane M, Wales JK, Barth JH. Risk factors for coronary heart disease in obese non – diabetic subject. *Int J Obes* 2001; 25: 1042 – 6.

World Health Organization. 2007. Obesity. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/obesity> (28.05.2012).

World Health Organization. BMI classification. 2008. Dostopno na: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. (29.05.2012).

.World Health Organization – obesity. 2010. Dostopno na: <http://www.who.int/topics/obesity/en> (29.05.2012).

Đokić Z. Otroška debelost – slaba popotnica za življenje. 2011. Dostopno na: <http://mojezdravje.dnevnik.si/sl/Nose%C4%8Dnost+in+otrok/Zdravje+otroka/96/Otro%C5%A1ka+debelost+%E2%80%93+slaba+popotnica+za+%C5%BEivljenje> (28.05.2012).

Sklop 2: PREHRANJEVALNE NAVADE SREDNJEŠOLCEV

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE

Pri vsakem zastavljenem vprašanju obkrožite le eno trditev, ki vam je na voljo, vprašanja, ki zahtevajo odgovor pa nanj odgovorite.

1. Kakšen je vaš odnos do telesne teže?

- a) Vseeno mi je
- b) zadovoljen/a sem s svojo telesno težo
- c) rad/a bi bil/a bolj vitek/a
- d) rad/a bi bil/a bolj močan/na

2. Ali zajtrkujete?

- a) Vedno
- b) nikoli
- c) občasno
- d) pogosto

3. Če zajtrkujete, kakšno vrsto hrane jeste?

4. Ali uživata hrano kateri je dodano veliko sladkorja?

- a) vsak dan
- b) nikoli
- c) včasih
- d) pogosto

5. Kolikokrat na teden zaužijete sadje?

- a) vsak dan
- b) štirikrat do šestkrat
- c) dvakrat do trikrat na teden
- d) samo enkrat na teden
- e) ne jem sadja

6. Katero vrsto sadja jeste?

7. Kolikokrat na teden zaužijete zelenjavo?

- a) vsak dan
- b) štirikrat do šestkrat na teden
- c) dvakrat do trikrat na teden
- d) samo enkrat na teden
- e) ne jem zelenjave

8. Katero vrsto zelenjave jeste?

9. Je vaš obrok količinsko obilen?

- a) vedno
- b) nikoli
- c) občasno
- d) pogosto

10. Ste že poskusili z dietami?

- a) Da, že večkrat
- b) nikoli
- c) stalno sem na dieti

11. Če ste, kakšno vrsto diete ste imeli?

12. Vas je strah, da bi se zredili?

- a) vedno
- b) nikoli
- c) občasno
- d) pogosto

13. Se dobro počutite, ko imate prazen želodec?

- a) da
- b) ne počutim se dobro
- c) občasno
- d) pogosto

14. Vas silijo k uživanju hrane?

- a) vedno
- b) nikoli
- c) občasno

d) pogosto

15. Jeste na skrivaj?

a) vedno

b) nikoli

c) občasno

d) pogosto

16. Vas obremenjujejo kalorije, ki jih vsebuje določena hrana?

a) S tem se močno obremenjujem

b) nikoli

c) občasno

d) pogosto

17. Kakšno vrsto hrane, ki vsebuje večjo količino kalorij, uživajte?

18. Ste že kdaj poskušali kontrolirati svojo telesno težo s pomočjo bruhanja?

a) Da, vedno po jedi bruham

b) nikoli

c) občasno

d) pogosto

19. Ste že kdaj poskušali kontrolirati svojo telesno težo s pomočjo odvajal?

- a) To počnem vedno
- b) nikoli
- c) občasno
- d) pogosto

20. Imate željo biti vitki?

- a) Da, močno si želim
- b) Ne, s svojo telesno težo sem zadovoljen/-a
- c) s tem se ne obremenjujem

21. Kateri so glavni razlogi, da želite biti vitki?

22. Imate po zaužitem obroku občutek krivde?

- a) da, močno
- b) nikoli
- c) s tem se ne obremenjujem

Sklop 3: TELESNA AKTIVNOST SREDNJEŠOLCEV

23. Kolikokrat na teden ste telesno aktivni?

- a) manj kot enkrat na teden
- b) vsaj enkrat na teden
- c) dvakrat do trikrat na teden

d) več kot 3 krat na teden

24. S katerim športom se ukvarjate?

25. Razložite kakšen učinek na telo ima telesna aktivnost?

Sklop 4: SAMOPODOBA SREDNJEŠOLCEV

26. Ali kljub občutku lakote ne zaužijete obroka?

- a) vedno, ko sem lačen/-a zaužijem obrok
- b) nikoli
- c) občasno
- d) pogosto

27. Če ste obkrožili nikoli, navedite zakaj ne zaužijete obroka?

28. Vaša telesna teža/postava vpliva na vaše mnenje o sebi?

- a) da, močno
- b) nikoli
- c) s tem se ne obremenjujem

29. Če ste obkrožili da, kakšno mnenje imate o sebi?

30. Vam je ob pogledu na svoje telo neprijetno?

- a) da, močno
- b) nikoli
- c) s tem se ne obremenjujem

31. Če ste obkrožili da, kaj vas na vašem telesu najbolj moti?

Sklop 5: MOTNJE HRANJENJA

32. Ste že slišali za motnje hranjenja (anoreksija, bulimija)?

- a) da
- b) nikoli

33. Če ste obkrožili da, razložite izraza anoreksija ter bulimija.

34. Veste, kje poiskati pomoč, če imate motnje hranjenja?

a) da

b) ne

35. Če ste obkrožili da, navedite kje poiskati pomoč.
