



**Fakulteta za zdravstvo**

Jesenice

**Faculty of Health Care**

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**ŠOLA ZDRAVEGA HUJŠANJA Z VIDIKA  
MOTENJ HRANJENJA IN MOTENJ  
PREHRANJEVANJA**

**HEALTHY DIETING PROGRAM -  
PARTICIPANTS WITH FEEDING AND  
EATING DISORDERS**

Mentor: Erika Povšnar, pred.  
Somentor: Andrej Žmitek, viš. pred.

Kandidatka: Nuša Hribar

Jesenice, oktober 2015

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Eriki Povšnar, pred., in somentorju Andreju Žmitku, viš. pred., za vse strokovne nasvete, spodbudo in potrpežljivost pri pripravi diplomske naloge. Zahvala gre tudi vsem udeležencem Šole zdravega hujšanja, ki so si vzeli čas in rešili anketni vprašalnik.

Zahvaljujem se Alenki Hafner, viš. pred., in Ani Ladi Škerbinek, pred. za recenzijo diplomskega dela, ter lektorici. Urški Petek, za strokovno in profesionalno lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre mojemu partnerju Tomažu in najinim trem hčeram, ki so me celotno študijsko obdobje podpirali in mi stali ob strani.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Čezmerna telesna masa in debelost predstavljata velik problem sodobnega časa, ki mu botrujejo poleg nezdravega življenjskega sloga tudi motnje prehranjevanja, lahko pa tudi ena od oblik motenj hranjenja, kompulzivno prenažedanje.

**Cilj:** Cilj raziskave je bil predstaviti delovanje Šole zdravega hujšanja, ugotoviti prehranske in gibalne navade udeležencev ter delež udeležencev, ki kažejo znake prisilnega prenažedanja.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na deskriptivni, kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko anketiranja v obliki dveh pisnih strukturiranih vprašalnikov, ki so bili namenjeni udeležencem ob začetku in zaključku Šole zdravega hujšanja. V Šoli zdravega hujšanja v Osnovnem zdravstvu Gorenjske OE Zdravstveni dom ZD Kranj je sodelovalo 72 udeležencev, oba vprašalnika je izpolnilo 43 udeležencev. Realizacija vzorca je bila 59,72 %. Pridobljene podatke smo statistično obdelali s programom SPSS.

**Rezultati:** Ciljno zmanjšanje 5 % telesne mase je doseglo 67,4 % vseh udeležencev. Na podlagi raziskovalnega kriterija je 41,9 % udeležencev kazalo t. i. znake ali sum kompulzivnega prenažedanja na začetku delavnice, na koncu programa pa je bilo takih 25,6 % udeležencev. Cilj delavnice z vidika znižanja telesne mase vsaj za 5 % je doseglo 76,0 % udeležencev, ki ob začetku delavnice niso kazali znakov kompulzivnega prenažedanja, in le 55,6 % udeležencev, ki so ob začetku delavnice kazali znake kompulzivnega prenažedanja. Razlika se ni izkazala za statistično značilno ( $\chi^2 = 1,992$ ,  $p = 0,158$ ).

**Razprava:** Šola hujšanja dosega zastavljene cilje in lahko sklepamo, da ima Šola zdravega hujšanja pozitivni učinek na udeležence. Uspešnosti ne določa le znižanje telesne mase udeležencev, pač pa sprememba življenjskega sloga, med drugim tudi prehrabnih navad. Te so lahko povezane tudi s kompulzivnim prenažedanjem. V raziskavi nismo potrdili razlike v uspešnosti med udeleženci glede na prisotnost znakov, ki kažejo na sum na kompulzivno prenažedanje. Udeleženci so ob koncu šole kazali manj znakov kompulzivnega prenažedanja kot ob začetku.

**Ključne besede:** debelost, prehrabne in gibalne navade, življenjski slog, motnje hranjenja, motnje prehranjevanja, kompulzivno prenažedanje.

## **ABSTRACT**

**Background:** Overweight and obesity represent a big problem of our time. In addition to an unhealthy lifestyle, they can also be the result of eating disorders; one such disorder can be binge eating.

**Aims:** The aim of the research was to present the program 'School of Healthy Dieting', to establish dietary habits and physical activity patterns of its participants and the percentage of participants who showed signs of compulsive overeating.

**Methods:** The research was based on descriptive, quantitative method of empirical research. The technique of questionnaires was employed to obtain answers, namely two written structured questionnaires especially designed for participants at the beginning and the end of the program 'School of Healthy Dieting'. At the Health Care Centre Kranj, Health Services of Gorenjska region, a total of 72 people participated in the 'School of Healthy Dieting'. Of these, 43 filled out and returned both questionnaires, making the response rate 59.72%. Acquired data were processed with the SPSS program.

**Results:** The goal-a 5% reduction of body mass-was attained by 67.4% of all participants. Based on research criteria, 41.9% of participants showed signs or were suspected of binge eating at the beginning of the workshop, compared to 25.6% participants at the end of the program. A reduction of body mass by at least by 5% was achieved by 76.0% of participants who at the beginning of the workshop showed no signs of binge eating and 55.6% of those who did. The difference was not statistically significant ( $\chi^2 = 1.992$ ,  $p = 0.158$ ).

**Discussion:** The 'School of Healthy Dieting' met its aims, so it can be concluded that the program had a positive effect on the participants. Its success is not reflected only by the body mass reduction of the participants, but also by the change of their lifestyle and eating habits. Especially the latter could be connected with binge eating. Research did not confirm any differences in the success of participants regarding the possible presence of binge eating signs. At the end of the program, participants showed fewer signs of binge eating than at the beginning.

**Key words:** obesity, dietary habits, physical activity patterns, lifestyle, eating disorders, feeding disorders, compulsive overeating, binge eating.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	ŠOLA ZDRAVEGA HUIŠANJA .....	3
2.1.1	Zdrav način življenja .....	3
2.1.2	Program šole zdravega huišanja .....	5
2.1.3	Vloga medicinske sestre pri promociji zdravega huišanja .....	7
2.2	MOTNJE PREHRANJEVANJA IN ČEZMERNI HRANJENOST TER DEBELOST .....	9
2.2.1	Motnje prehranjevanja .....	9
2.2.2	Čezmerna telesna masa in debelost .....	9
2.3	MOTNJE HRANJENJA .....	12
2.3.1	Oblike motenj hranjenja .....	12
2.3.2	Kompulzivno prenajedanje .....	14
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>17</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	17
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	17
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	18
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	20
3.4	REZULTATI .....	20
3.5	RAZPRAVA .....	32
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	ANKETNI VPRAŠALNIK 1	
6.2	ANKETNI VPRAŠALNIK 2	
6.3	TABELA: DEMOGRAFSKA STRUKTURA UDELEŽENCEV ŠOLE ZDRAVEGA HUIŠANJA	
6.4	TABELA: STAROST ANKETIRANIH UDELEŽENCEV ŠOLE ZDRAVEGA HUIŠANJA	

## KAZALO SLIK

Slika 1: Prehranska piramida (Vir: NIJZ, 2015).....	4
Slika 2: Mnenja udeležencev o izpolnjenih ciljnih Šole zdravega hujšanja.....	32

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivosti merskega instrumenta .....	19
Tabela 2: Napotitev v Šolo zdravega hujšanja .....	20
Tabela 3: Telesna masa moških in žensk pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja	21
Tabela 4: Uspešnost doseganja cilja – vsaj 5 % zmanjšanje telesne mase.....	21
Tabela 5: Pogostost uživanja jedi in pijač pred in ob zaključku šole hujšanja.....	22
Tabela 6: Pogostost uživanja obrokov pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja ....	23
Tabela 7: Pogostost ukvarjanja z gibalnimi oz. športnimi aktivnostmi v prostem času pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja.....	23
Tabela 8: Osebe, ki so udeležence motivirale za izvajanje gibalnih oz. športnih aktivnosti pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja.....	23
Tabela 9: Število preizkušenih diet .....	24
Tabela 10: Pomoč pri spremembi slabih prehranjevalnih navad pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja .....	24
Tabela 11: Mnenja udeležencev o čustvenih razlogih za dvig telesne mase pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja.....	25
Tabela 12: Mnenja udeležencev o čustvenih razlogih za uživanje hrane.....	25
Tabela 13: Mnenja udeležencev o pogostosti doživljanja stresa pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja .....	26
Tabela 14: Mnenja udeležencev o vzrokih doživljanja stresa pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja .....	27
Tabela 15: Mnenja udeležencev o zmožnostih obvladovanja stresa pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja .....	27
Tabela 16: Ocena udeležencev zdravstvenega stanja pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja.....	28
Tabela 17: Mnenja udeležencev o skrbi za zdravje pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja.....	28
Tabela 18: Podpora družine pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja .....	29
Tabela 19: Prehranjevanje družine v času sodelovanja v šoli zdravega hujšanja pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja.....	29
Tabela 20: Način motiviranja s strani družine pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja.....	29
Tabela 21: Podpora s strani posameznih družinskih članov pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja .....	30
Tabela 22: Število znakov, ki predstavljajo sum na kompulzivno prenajedanje med udeleženci.....	31
Tabela 23: Uspešnost udeležencev glede na prisotnost znakov, ki kažejo možnost kompulzivnega prenajedanja na začetku oz. na koncu delavnic .....	31
Tabela 24: Demografska struktura udeležencev Šole zdravega hujšanja	
Tabela 25: Starost anketiranih udeležencev Šole zdravega hujšanja	

## 1 UVOD

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Ne poznamo področja družbenega življenja, ki ne bi vplivalo na zdravje. Za zdravje je najprej odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju z različnimi strokami in znanostmi pristojna in odgovorna za ustvarjanje pogojev, v katerih lahko ljudje skrbimo za zdrav življenjski slog (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2007).

Hiter način življenja vpliva na način prehranjevanja. Vse manj časa se posvečamo rednim obrokom, vedno redkeje se prehranjujemo v družinskem krogu. Pojavlja se množica nasprotujočih si, nezanesljivih in hitro spreminjajočih se informacij na področju prehranjevanja, kar je sodobno potrošniško družbo pripeljalo do nastanka različnih patologij v prehranjevanju, kot je debelost na eni strani in bolešno naprezanje za vitko postavo na drugi strani (Šolc, 2013).

Vovkova (2009) na podlagi rezultatov slovenske raziskave Zdrav življenjski slog ugotavlja, da se prebivalstvo pri nas prehranjuje nezdravo, da smo v večini telesno nedejavni ali premalo telesno dejavni, da veliko ljudi kadi, prekomerno uživa alkoholne pijače in da živimo preveč stresno. Vsi naštetih dejavniki tveganja imajo eno skupno lastnost, in sicer to, da nanje lahko vplivamo, če le imamo za to dovolj volje, moči in znanja. Pri slednjem pomembno vlogo igra prav zdravstvena vzgoja in s tem tudi izvajanje zdravstvenovzgojnih delavnic.

Zdrave prehranske navade od otroštva naprej so osnovni pogoj za ohranjanje in izboljševanje zdravja, boljše počutje in za kakovostno življenje. Ker igra prehranjevanje pomembno vlogo pri krepitvi in vzdrževanju dobrega zdravja skozi vse življenje, ima preventivni dejavnosti eno izmed vodilnih vlog. Še večjo težo pa mu daje dejstvo, da so sodobni prehranski vzorci, pri katerih imajo velik vpliv prehranska industrija in mediji, prenosljivi iz ene populacije v drugo (Hlastan Ribič, et al., 2012).

Tudi preventivni program »Šola zdravega hujšanja« vključuje spremembe prehranskih navad, za katere pravi Kernova (2006), da morajo biti trajne, sicer vodijo do kratkotrajnega zmanjšanja telesne mase, ki mu v nekaj mesecih sledi pridobitev enake ali celo večje telesne mase. Večina ljudi si želi hitrih in vidnih uspehov pri hujšanju, zato

pozabijo na zdravje, hkrati pa zaradi prestrogih diet hitro izgubijo voljo, telo pa zaradi prenizkega kaloričnega vnosa preklopi v varčevalno stanje. Posledica tega je, da se zmanjša bazalni metabolizem, kar pomeni, da telo pridobiva na telesni masi pri enakem kaloričnem vnosu kot pred dieto (Pušnik, 2007).

S prehranjevanjem so povezane tudi motnje hranjenja. Te so se s procesom globalizacije razširile v vse kulture, postale so globalni družbeni fenomen. Odražajo stisko, ki je posledica časa, v katerem živimo, kjer so vrednote usmerjene v zunanje, vidno, telesno. Motnje hranjenja lahko razumemo tudi kot nezmožnost spoprijemanja z velikimi zahtevami današnjega življenja, kajti zaradi tvegane sedanjosti in nejasne prihodnosti postajamo vedno ranljivejši (Šolc, 2013).

V diplomski nalogi bomo v okviru programa svetovanje za zdravje obravnavali šolo hujšanja z vidika uspešnosti doseganja cilja zmanjšanja telesne mase in spremembo izboljšanja življenjskega sloga v povezavi s kompulzivnim prenajedanjem.



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 ŠOLA ZDRAVEGA HUJŠANJA

#### 2.1.1 Zdrav način življenja

Življenjski slog se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer od ranega otroštva naprej. Med pomembnimi dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje življenjskega sloga, so obnašanje staršev in ožje družinske razmere. Nanj pa vplivajo tudi izobraževanje, zdravstveno varstvo ter drugi socialni in okoljski dejavniki. Širši fizični, socialni, okoljski, ekonomski in kulturni dejavniki, ki vplivajo in pogojujejo izbire posameznikov, skupin oz. skupnosti, so pogosto odločilnejši kot družinski (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2007).

Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je zdrava prehrana tisti del zdravega načina življenja, ki človeka krepi, preprečuje bolezni in vpliva na visoko delovno storilnost. Znano je, da hranilne snovi in energija, ki jo dobimo s hrano, omogočajo boljše počutje, razpoloženje, pa tudi zbranost pri delu. Oblikovanje zdravih prehranskih navad je zato nujno že v zgodnjem življenjskem obdobju. Prehranske navade so odvisne od starosti, spola, poklica, kraja bivanja, tradicije in predvsem od življenjskega standarda, oziroma denarja, ki ga lahko namenimo za nakup živil in za prehrano (Suwa Stanojević, 2010). Naši obroki morajo biti uravnoreženi, čim bolj pestri in predvsem redni, to pomeni 5 do 6 obrokov na dan. Kakovostno ne pomeni jesti malo, temveč premišljeno izbiranje in kombiniranje hranilnih snovi in uživanje vseh dnevnih obrokov: zajtrka, malice, kosila, malice in večerje. Več manjših obrokov na dan telesu namreč zagotavlja neprekinjen vir energije in s tem boljšo porabo zaužite hrane (Pendl Žalek, 2004).

Svetovna zdravstvena organizacija je izdala priporočila o tem, kako naj si izoblikujemo pravilne prehranske navade in sestavimo uravnoreženo prehrano. Glavna priporočila so povzeta v obliki piramide zdrave prehrane (Hus, 2007). Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ, 2015) je na podlagi številnih raziskav izdelal prehransko piramido, katere ključna sprememba je zagotovo ta, da vsebuje vidik telesne dejavnosti za zdravje.

Gibanje in prehrana gresta z roko v roki, saj ustrezno razmerje enega in drugega pomembno vpliva na vzdrževanje zdrave telesne mase. Na drugo mesto piramida postavlja hidracijo telesa, torej vodo, katere naj bi človek zaužil 2 l do 2,5 l dnevno. Tudi ob zdravi prehrani namreč telo brez pravilne hidracije ne deluje optimalno. Vodi sledita skupini živil zelenjava in sadje ter skupina živil sestavljenih ogljikovih hidratov (kruh, žita, riž, testenine, krompir in druga škrobna živila). To so živila rastlinskega izvora in vsebujejo veliko zdravju koristnih snovi, kot so: vitamini, minerali, prehranska vlaknina, antioksidanti, številne sekundarne rastlinske zaščitne snovi. Višje v piramidi so pretežno živila živalskega izvora (mleko, jogurt, sir, meso). Živila v tej skupini je priporočljivo zaužiti v manjši količini. Ta živila so pomembna zaradi beljakovin, kalcija, železa, cinka, nekaterih vitaminov in maščob. Pri tej skupini moramo biti pri izboru previdni glede maščob. Izbirati je potrebno čim bolj pusta (ali posneta) živila. Pri maščobah je poudarek predvsem na nenasičenih maščobah, ki jih najdemo v hladno stiskanih oljih, oreščkih in semenih, avokadu in mastnih ribah. V zmernih količinah so za naš organizem koristne tudi nasičene maščobe, ki so predvsem živalskega izvora, najdemo pa jih v mastnem mesu, polnomastnih mlečnih izdelkih ter v kokosovem in palmovem olju. Izogibati se je potrebno hidrogeniranim maščobam, kot je margarina, in hidrogeniranim oljem. V vrhu piramide ostajajo tako izključno živila, ki so vir dodanega sladkorja (slaščice, sladke pijače ...) in umetnih dodatkov (Lah, 2013).



Slika 1: Prehranska piramida (Vir: NIJZ, 2015)

S prehrano in telesno aktivnostjo je tesno povezana problematika čezmerne telesne mase in debelosti (Povšnar, 2013). Vsekakor moramo vedeti, da je piramida zdrave prehrane

osnova za primerno sestavljanje naših obrokov. Previsoka ali prenizka telesna masa ter prisotnost kakšne bolezni ali presnovne motnje zahteva poseben pristop (Hus, 2007).

Nekaj najboljšega, kar lahko človek naredi za večjo kvaliteto življenja, je ukvarjanje s športno-reaktivno dejavnostjo. Ljudje, ki so redno športno aktivni, so v boljšem zdravstvenem stanju kot neaktivni (Pušnik, 2007). Vadba je koristna, ker je notranji blažilec stresa in poskrbi za dolgoživost. Najnovejša raziskava pri več kot 400.000 Tajvancih nakazuje, da utegne zmerna vadba, ki traja po četrto ure na dan, podaljšati življenje za cela tri leta, in to celo pri pacientih, ki imajo diagnosticirano srčno bolezen (Štaudohar, 2014).

Priporočila za dobro počutje, zdravje in uspešno delo navajajo, da naj bi se vsak dan vsaj 20–30 minut intenzivno ukvarjali z rekreacijo, in sicer tako intenzivno, da se temeljito prepotimo in pospešimo srčni utrip (Suwa Stanojević, 2010). Pendl Žalek (2004) poudarja, da so udobne, ne preveč zahtevne telesne dejavnosti, ki so potrebne za aktivno življenje, sprejemljive za vsakogar, pri katerem so različne dejavnosti vključene v vsakdanja opravila (hoja, tek, ples, plavanje, kolesarjenje, košnja trave, vrtnarjenje itd.). Aktivno življenje ni namenjeno samo posameznikom. Vključuje tudi druženje in medsebojno sodelovanje. Pomeni ustvariti si družbo, ki je prijazna in daje podporo – to je v veliko pomoč pri spremembi življenja iz neaktivnega v aktivno.

### 2.1.2 Program šole zdravega hujšanja

Slovenija je leta 2001 z ustanovitvijo zdravstvenovzgojnih centrov in z uvajanjem zdravstvenovzgojnih programov oz. programov svetovanja za zdravje – CINDI delavnice (CINDI iz ang. »Countrywide Integrated No communicable Diseases Intervention«), kamor sodijo tudi delavnice zdravega hujšanja, pristopila k bolj organiziranemu reševanju težave nezdravega prehranjevanja, čezmerne prehranjenosti in debelosti ter s tem k preventivi kroničnih nenalezljivih bolezni. Namen delavnic, ki so organizirane na ravni primarnega zdravstvenega varstva v zdravstvenovzgojnih centrih, je, da udeležencem pomagajo pridobiti znanje in vedenjske vzorce za zdrav način življenja ter da jim pomagajo spremeniti ter vzpostaviti zdravju prijaznejši življenjski slog. Cilj delavnic zdravega hujšanja je med drugim tudi povprečno 5–10 % znižanje telesne mase udeležencev, kar bistveno zmanjša ogroženost zaradi bolezni in izboljša počutje. Pri tem so predvsem pomembne spremembe v zvezi s telesno dejavnostjo in prehrano (Povšnar,

2013). Šola zdravega hujšanja (CINDI) je daljša delavnica, ki je namenjena osebam z indeksom telesne mase (ITM) več kot 27,5 in več kot 20-odstotnim tveganjem za razvoj srčno-žilnih in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni. Namenjena je tudi osebam z že prisotno kronično boleznijo ter osebam z debelostjo (ITM 30 in več), ki je bolezenska entiteta sama po sebi, hkrati pa predstavlja pomembna tveganja za številne druge kronične bolezni – srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen, raka, depresijo in bolezni obrabe kosti in sklepov (Maučec Zakotnik, et al., 2005). V Šolah zdravega hujšanja posameznik pridobi znanje in veščine za zdrav življenjski slog, spreminjanje prehranskih in gibalnih navad ter samopodobe. Integralni del delavnice predstavlja tudi psihična podpora v smislu spreminjanja doživljanja problema debelosti pri posamezniku (Vrbovšek, 2011).

Udeleženci Šole zdravega hujšanja so seznanjeni z vsebinami posameznih delavnic in s termini poteka delavnic, saj je večina udeležencev zaposlenih in morajo prisotnost na delavnici prilagoditi svojim obveznostim na delovnem mestu. Skupine imajo 16 srečanj enkrat tedensko, in sicer eno uro telesne vadbe na teden in uro in pol skupinske obravnave v učni delavnici na teden. Pred pričetkom delavnice in po njej opravijo test hoje na 2 kilometra, da izvajalci lahko ocenijo njihovo telesno zmogljivost ter respiratorno in kardiovaskularno zmogljivost (Železnik, 2012). Test hoje se izvaja v naravi, kjer posameznik hodi tako hitro, kot še zmore, da pri tem ne ogroža svojega zdravja. Z upoštevanjem spola, starosti, telesne mase in višine, časa hoje in srčnega utripa se izmeri telesna zmogljivost posameznika. S tem enostavnim in varnim testom pacienti izvedo, kakšna je njihova fizična kondicija. Prejmejo priporočila za telesno aktivnost in dejavnost, koristna za zdravje. Izvajalci v Šoli zdravega hujšanja ocenijo način prehranjevanja udeležencev, jih seznanijo z načeli zdrave prehrane, ugotovijo nepravilnosti in jim pokažejo možnosti sprememb. Zapisovanje, popravki in razlaga jedilnikov so udeležencem v pomoč pri določanju korakov hujšanja in skupnih postavitev kratkoročnih in dolgoročnih ciljev. V šoli zdravega hujšanja za posameznika pripravijo osebni program. V štirih mesecih naj bi s spreminjanjem prehrabnih navad, samopodobe in s telesno dejavnostjo dosegel spremembo življenjskega sloga in do 10-odstotne izgube telesne mase (Slapšak, et al., 2011). Udeleženci se dodobra seznanijo s priporočili telesnogibalne dejavnosti za krepitev zdravja, osvojijo principe varne in učinkovite vadbe, povečajo raven telesne dejavnosti, spoznajo pomembnost in razlike

različnih elementov ter tipov telesne vadbe ter se motivirajo za aktiven življenjski slog (Vrbovšek, 2011).

Hujšanje v skupini ima številne prednosti, saj so v skupini ljudje, ki imajo podobne težave in so drug drugemu v oporo. Udeleženci spoznajo načela zdravega prehranjevanja, zdravega hujšanja, se seznanijo s pomenom duševnega zdravja za obvladovanje telesne mase, spoznajo vse pozitivne učinke telesne dejavnosti za zdravje in se seznanijo z njeno vlogo pri zagotavljanju uspešnega hujšanja in vzdrževanja telesne mase (Bevc & Pandel Mekuš, 2011).

Izvajalci skupinskega svetovanja so zdravstveni delavci z opravljeno šolo CINDI in dodatnimi znanji o izvajanju učnih delavnic (Velušček, 2004).

### 2.1.3 Vloga medicinske sestre pri promociji zdravega hujšanja

Medicinska sestra (izraz bomo uporabili za vse izvajalce zdravstvene nege, ki imajo višjo/visoko strokovno, univerzitetno in podiplomsko izobrazbo) ima na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti številne, pomembne in odgovorne naloge. Že v predgovoru Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) je zapisano, da je »temeljna naloga medicinske sestre krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja« (Kvas, 2011).

Z metodiko zdravstvene vzgoje želimo doseči spreminjanje posameznikovega zdravja. Kot prvo mu želimo dati znanje o varovanju/povrnitvi lastnega zdravja, ki je prvi pogoj za začetek razmišljanja o spremembi. Z ustreznimi pedagoškimi vzgojno-izobraževalnimi modeli želimo doseči proces spreminjanja mišljenja in obnašanja posameznika glede ohranjanja in vzpostavljanja lastnega zdravja. Zavedati pa se moramo, da je osrednja vloga zdravstvene/-ga delavke/-ca svetovanje in vzgoja. Spreminjanje načina življenja in vztrajanje pri spremembi je eden izmed najbolj dolgoročnih procesov (Zurc, et al., 2010). Pri izobraževalnem pristopu želi medicinska sestra pri človeku doseči čim večjo stopnjo znanja in razumevanja, ki pogojuje pravilno odločanje in delovanje. Aktivnosti so usmerjene v informiranje o vzrokih in posledicah nezdravih vedenj, razvijanje sposobnosti in oblikovanje vrednot za zdrave navade. Pristop je primeren za ljudi, ki želijo sodelovati in tudi izrazijo potrebo, ko iščejo pomoč ali nasvete. Posameznik ima možnost, da sam odloča o svojem zdravju in ima pravico za prosto izbiro življenjskega sloga na osnovi realnih informacij (Velušček, 2004).

Paciete s prekomerno telesno maso obravnavajo medicinske sestre v programih Zdravega hujšanja v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji. Ljudje s čezmerno telesno maso, ki vstopajo v programe zdravega hujšanja, so pogosto poskušali shujšati že večkrat v preteklosti. Hujšanje je bilo dolgoročno neuspešno, ker so posegali po hitro učinkujočih, nizkokaloričnih dietah. V Šolah zdravega hujšanja je proces dolgotrajen, kar pomeni, da udeleženci delavnic počasi spreminjajo življenjske navade, posledično pa nižajo telesno maso. Vpliv sprememb, ki jih pacient vnaša v svoj vsakdanjik, se odraža tudi v njegovi družini. Izvajalci se srečujejo tudi z neudeležbo in z od 20- do 30-odstotnim osipom udeležencev (Slapšak, et al., 2011).

Na učinkovitost Šol zdravega hujšanja vplivajo pacienti, pa tudi odnos in strokovna podkovanost medicinskih sester (Wadden, et al., 2004).

V šolah zdravega hujšanja je obravnava naravnana na skupino udeležencev, kjer je debelost posledica neustreznega vedenja, prilagojena skupini z motnjami prehranjevanja. Z zdravo, uravnoteženo prehrano poskušamo vplivati na to, da udeleženci postopoma izgubljajo odvečne kilograme na račun izgube maščobnega tkiva, kar je možno doseči le s kombinacijo usmeritve v telesno dejavnost. Aktiven življenjski slog je nenazadnje bistven tudi za spremembe (čustvenega) odnosa do hrane in prehranjevanja (Povšnar, 2008). Vloga medicinske sestre ni v tem, da bolnika prisili k opustitvi njegovih prehranskih navad in ga nadzira, ampak mu pomaga pri odločitvi, kako in kdaj je pripravljen te navade opustiti (Šolc, 2004 cited in Pilar 2015, p. 11).

Medicinske sestre so v primarnem zdravstvenem varstvu pogosto tudi prvi zdravstveni delavci, ki se srečajo z osebo z motnjo hranjenja in bi zato morale imeti priložnost, da izvedejo prvo oceno pri pacientu z domnevno motnjo hranjenja, saj je to bistvenega pomena zgodnjega zdravljenja (Kameg, et al., 2003 cited in Pilar 2015, p. 8).

V primerih, ko gre za motnje hranjenja – prisilnega prehranjevanja, je vredno predlagati in ponuditi možnost dodatne obravnave. Za izvajalce Šole zdravega hujšanja je pomembno, da »posumijo« na motnjo (prepoznajo motnjo), se posvetujejo in glede na izide posveta posameznika usmerijo v ustrezno dodatno obravnavo (Povšnar, 2008).

## 2.2 MOTNJE PREHRANJEVANJA IN ČEZMERNNA HRANJENOST TER DEBELOST

### 2.2.1 Motnje prehranjevanja

V splošni model nezdravega prehranjevanja uvrščamo neprimeren ritem prehranjevanja, predvsem premajhno število obrokov in izpuščanje zajtrka, nezadostno uživanje zelenjave, nezadostno uživanje sadja, uživanje preveč slane hrane, prepogosto uživanje maščob, ki vsebujejo velik delež nasičenih in trans nenasičenih maščobnih kislin, prepogosto uživanje energijsko bogate hrane in prepogosto uživanje hitro razgradljivih ogljikovih hidratov (Hlastan Ribič, et al., 2012). Med motnje prehranjevanja prištevamo neustrezne prehranjevalne navade, kot so neredno hranjenje, neprimerni načini hranjenja (na primer hranjenje v avtu ali na poti), makrobiotična prehrana, seštevanje kalorij, odklanjanje hrane, enostranska prehrana, uživanje le določene vrste hrane ali pogosto nihanje telesne mase zaradi uporabe različnih diet. Motnje prehranjevanja veljajo za predstopnjo motenj hranjenja, tj. za zaporedje vrste vedenjskih vzorcev in navad, ki lahko napovedujejo prehod v klinično, bolezensko motnjo (Šolc, 2013). Z njimi se vsak dan srečuje mnogo ljudi. Občasno jih imamo vsi. Uporaba raznih diet, ki trajajo nekaj mesecev, ali nova posebna živila v prehrani kot odgovor na probleme z zdravjem, težo in razpoloženjem. Obenem je treba poudariti, da pri motnjah prehranjevanja običajno ne gre za duševno motnjo, zato se lahko lažje lotimo problema. Tako kot obstaja neskončno različnih neurejenih vzorcev prehranjevanja, obstaja tudi veliko načinov za zdravo prehranjevanje (Serbec, 2010).

Danes se vse pogosteje srečujemo tudi s čezmerno telesno maso in debelostjo ljudi. Čeprav se njihovi vzorci prehranjevanja in ljudje sami med seboj razlikujejo, pa v strokovni literaturi zasledimo ocene, da ima velik delež teh ljudi tudi motnjo prehranjevanja. To so ljudje, ki se neredno, neustrezno ali tudi prekomerno prehranjujejo, njihova telesna aktivnost je praviloma premajhna (Sternad, 2001 cited in Povšnar, 2008).

### 2.2.2 Čezmerna telesna masa in debelost

Debelost je kronična presnovna socialna bolezen sodobnega časa. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) je debelost leta 1997 opredelila kot stanje prevelike telesne mase, ki se kaže v nenormalnem, čezmernem kopičenju maščobnega tkiva v telesu, ki lahko ogroža posameznikovo zdravje (World Health Organization

(WHO), 2008). Tudi Mednarodna klasifikacija bolezni (International Classification of Diseases) uradno opredeljuje debelost kot »bolezen klasičnega tipa fiziološke slabitve in motnje v delovanju telesnih organov, motnje življenjskega sloga, ki ima socialne in psihološke konotacije, razsežnosti« (Lang & Rayner, 2005).

Debelost je kronična endokrina, metabolična bolezen, ki se kaže v prekomernem odlaganju trigliceridov v adipocite (Krbavčič, 2011). Zelo debel človek ima do 4-krat več adipocitov, v katerih je 2-krat toliko maščob kot pri vitkem človeku (WHO, 2013). Prehranjenost in debelost lahko opredelimo z indeksom telesne mase (ITM), z obsegom pasu, z izračunom telesne maščobe ali z debelino kožne gube (Potočnik, 2011).

ITM je razmerje med telesno maso in kvadratom telesne višine, izraženo v  $\text{kg/m}^2$ . Kadar so vrednosti ITM med 25 in  $29 \text{ kg/m}^2$ , govorimo o čezmerni telesni masi, kadar ITM preseže  $30 \text{ kg/m}^2$ , gre za debelost. ITM ni absolutno merilo kopičenja telesne maščobe, ker ne loči med telesno maso, povečano z vsebnostjo mišic in/ali maščobe. Zato se za oceno debelosti uporabljajo še drugi antropometrični kazalci (Avberšek Lužnik, 2011). Razmerje med obsegom pasu in bokov pomaga oceniti trebušno debelost, ki povečuje tveganje za zdravje, neodvisno od telesne mase. Dobimo ga tako, da izmerimo obseg pasu in bokov (v cm), nato pa vrednost obsega pasu delimo z vrednostjo obsega bokov (Maučec Zakotnik, et al., 2005). Po merilih svetovne zdravstvene organizacije razmerje, večje od 0.90 pri moških in večje od 0.85 pri ženskah, močno poveča tveganje za presnovne komplikacije (WHO, 2008). Glede na delež maščob v telesu o debelosti govorimo takrat, kadar le-ta preseže 35 % telesne mase pri ženskah in 25 % pri moških.

Čezmerno hranjenost in debelost prištevamo med največje javnozdravstvene težave sodobnega človeka. Težava postaja globalna, dobiva razsežnosti epidemije, ki se hitro širi tako med odraslimi kot tudi med otroki (Povšnar, 2013). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije oziroma World Health Organization (WHO, 2013) je v letu 2008 več kot 1,4 milijarde odraslih v starosti nad 20 let imelo čezmerno telesno maso, od tega je bilo debelih več kot 200 milijonov moških in približno 300 milijonov žensk. V celoti je več kot deset odstotkov celotne svetovne populacije debele. V zadnjem času pa problema naraščata tudi v urbanih centrih nizko- in srednjerazvitih dežel (WHO, 2013). Debelost tudi v Sloveniji postaja velik javnozdravstveni problem. Po podatkih iz leta 2004 je bilo v Sloveniji čezmerno prehranjenih 40 % in debelih 15 % odraslih



prebivalcev (Zaletelj-Kragelj, et al., 2004). Do leta 2008 se je delež debelih zvišal na 16,2 % odraslih prebivalcev Slovenije. Delež čezmerno hranjenih prebivalcev je najvišji v vzhodnem delu in v zadnjih letih tudi v osrednjem delu Slovenije. Delež debelih anketirancev je prav tako najvišji v vzhodnem delu Slovenije, v murskosoboški pokrajini, najnižji pa v novogoriški. Opazne so velike razlike med pokrajinami (Hlastan Ribič, et al., 2012). Prevelika telesna masa je na svetovni ravni večji povzročitelj smrti od podhranjenosti (WHO, 2013). Čezmerna telesna masa je šesti najpomembnejši faktor tveganja, ki prispeva k celotnemu bremenu svetovne obolelosti (Haslam & James, 2005). Umrljivost zaradi debelosti narašča predvsem pri ljudeh, pri katerih ITM presega 30. Pričakovana življenjska doba je krajša za dve do pet let (Govc Eržen, 2003 cited in Povšnar, 2013, p. 121). Debelost je povezana s povečanim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2, različnih vrst raka, z nastankom hipertenzije ter boleznimi srca in žilja. Prav tako predstavlja dejavnik tveganja za nastanek jetrnih bolezni, žolčnih kamnov, ortopedskih zapletov, dermatoloških sprememb, nevroloških in hormonskih motenj ter psihosocialnih posledic (WHO, 2013).

Študije kažejo, da starši igrajo odločilno vlogo pri razvoju otroške debelosti (Golan & Crow, 2004). Družina je tista, poudarja Strel (2013), ki bo odločila, ali bo v svoj življenjski ritem vključila telesno dejavnost.

Posledice debelosti se ne kažejo le na zdravstvenem, pač pa tudi na drugih področjih človekovega življenja (Povšnar, 2013). Štaudohar (2014) piše, da delodajalci debelih ljudi ne zaposlujejo radi, zdi se jim, da so leni in neučinkoviti. Debeli ljudje so deležni številnih žaljivih opazk naključnih mimoidočih na ulici. Otroci, ki imajo težave s povečano telesno maso, postanejo v šoli predmet posmeha, nimajo prijateljev in zdi se, da nimajo niti prihodnosti. V mnogih modnih trgovinah z oblačili je težko dobiti višje konfekcijske številke.

Strokovnjaki iščejo odgovore na vprašanja, zakaj se v telesu ljudi čezmerno kopiči maščevje? Očiten odgovor, da ljudje s hrano zaužijejo več energije, kot je porabijo, pa ne pove, zakaj to počnejo. Je vzrok temu genetika, okolje, kultura, vedenje, socialno-ekonomski razlogi, psihologija, metabolizem ali vse naštet (Rolfes, et al., 2009)?

Razvoj čezmerne hranjenosti in debelosti je povezan z nezdravimi prehrabnimi navadami in dostopnostjo hrane v okolju. Dokazano je, da lahko vzroke za nastanek

debelosti, ki so povezani z neustrezno prehrano in nezdravim življenjskim slogom, iščemo v socialnih in ekonomskih determinantah, kot so nizka stopnja izobrazbe, nizek dohodek ter s tem težja dostopnost do zdravega načina življenja (Hlastan Ribič, et al., 2012). Debelost je lahko tudi posledica vzrokov, ki jih posameznik doživlja izven sebe, izven lastne možnosti vplivanja in pogosto tudi izven območja lastne odgovornosti (Povšnar, 2008). V brezno hrane in sladkorja nas poriva stres oziroma izpostavljenost kortizolu, ki v telesu, ki je pod stresom, dvigne raven krvnega sladkorja in krvni pritisk. Če je stres kroničen, to lahko sproži dolgoročno kortizolsko kaskado, kar pripelje do tega, da začnemo jesti predvsem veliko »tolažilne hrane« oziroma zelo mastno in sladko hrano (Štaudohar, 2014). Znano je tudi, da uživanje določene vrste hrane vpliva na kemične procese v možganih in s tem na razpoloženje. Jemo ne samo, da bi zadovoljili fizično lakoto (biološki vidik hrane), ampak tudi iz užitka (psihološki pomen hrane). Otrok s čezmernim hranjenjem lahko še pozneje v življenju duši občutja čustvene nezadovoljenosti oziroma v hrani najde nadomestilo čustev. S hrano si lajša tesnobo in občutek osamljenosti. Hrana lahko v družini prevzame vlogo nagrade in kazni, lahko postane sredstvo izražanja, dokazovanja skrbi, naklonjenosti, odvisnosti, podkupovanja, izsiljevanja in podrejanja. S hrano je povezan kup občutkov, posebnih situacij, spominov in družbenih norm; vse naštetu poleg lakote vpliva na to, kaj in koliko jemo (Šolc, 2013).

## 2.3 MOTNJE HRANJENJA

### 2.3.1 Oblike motenj hranjenja

Motnje hranjenja so duševne motnje. Čeprav se pri osebah z motnjami hranjenja na videz vse vrti okoli hrane in se zdi problem enostavno rešljiv že samo z vzpostavitvijo normalnega hranjenja, pa je problem kompleksnejši in težji. Telesna masa je le zunanji znak duševnega dogajanja, hrana pa le sredstvo za lajšanje duševnih bolečin in stisk. Z njeno pomočjo osebe z motnjami hranjenja nadomestijo občutke in čustva, ki jih ne marajo. V ozadju pa se skrivajo težke duševne stiske in nesprejemanje samega sebe ter slaba samopodoba (Hafner & Torkar, 2011).

Obstajajo tri velike skupine vzrokov za nastanek motenj hranjenja: biološko-genetski, socio-kulturni in družinski vzroki. Zelo redko srečamo človeka, pri katerem bi pokazali samo na en sam vzrok. Gre za seštevke vzrokov iz vseh treh skupin. V prvo skupino sodi paleta osebnostnih lastnosti. Izrazita rigidnost je ena izmed njih. Izrazite lastnosti, kot so

perfekcionizem, storilnost, pridnost, na nek način izvirajo iz nizke samopodobe in slabega samospoštovanja. Tak človek nikoli ni zadovoljen sam s seboj. Ves čas veliko truda vlaga v to, da bi bil čim boljši, še bolj uspešen, ker se vsaj tisti kratek čas, ko dobi pohvalo od zunaj, počuti dobro. Slednji občutek seveda hitro mine, zato mora narediti nov zagon storilnosti in pridnosti. Take osebe nenehno hlepijo po pohvalah od zunaj, ker se šele takrat počutijo zares dobro (Serneck, 2010). Z osredotočanjem na hrano in telo za nekaj časa pozabijo na težave, ki se jim zdijo nerešljive in se odmaknejo od resničnosti. Hrana pri osebah z motnjami hranjenja ne spodbudi užitka, ampak trpljenje (Šolc, 2013).

Motnjo hranjenja, kot bolezen, mora vedno diagnosticirati strokovnjak: psihiater ali psiholog. Samo strokovna ocena določene motnje omogoča odločitve o ustreznem zdravljenju (Reich & Kroeger, 2009).

Anoreksija nervoza, bulimija nervoza ali prisilno prenašanje so najbolj poznane oblike motenj hranjenja, v zadnjem času pa se pojavljajo še nekatere novejšje, bigoreksija in ortoreksija nervoza. Pogosteje prizadenejo dekleta in žene, kar pa še zdaleč ne pomeni, da za njimi ne obolevajo tudi moški (Hafner & Torkar, 2011).

Anoreksija nervoza je motnja, ki nastaja postopoma in gre torej za proces. Večinoma se pojavi na prehodu iz otroštva v adolescenco (to je pri 8–12 letih starosti) in v povprečju traja nekaj let, preden obolela oseba poišče pomoč. Predstavlja izčrpavajočo psihološko motnjo z globokimi biološkimi, psihološkimi in sociološkimi posledicami, ki uničujoče deluje tako na telo kot na duha. Običajno ji je pridruženo izrazito povečanje fizične aktivnosti. Posamezniki s to motnjo ne morejo vzdrževati običajne telesne mase, ki pogosto pade tudi pod 85 % njihove idealne vrednosti (Bulik, et al., 2005). Oseba z anoreksijo nervozo čuti intenziven strah pred debelostjo, ki se ne zmanjša niti ob zniževanju telesne mase (Serneck, 2011).

Pri osebi z bulimijo nervozo se izmenjujejo obdobja prenašanja (tako imenovana »volčja lakota«) in različni neustrezni mehanizmi zmanjševanja telesne mase (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna aktivnost). Motnja se najpogosteje pojavlja na prehodu iz adolescence v zgodnje odraslo obdobje (to je pri 16. do 18. letu starosti) in prav tako kot pri anoreksiji v povprečju mine nekaj let, preden obolela oseba poišče pomoč. Osebe z bulimijo nervozo imajo večinoma ustrezno ali nekoliko povečano telesno maso. Med prenašanjem oseba poje bistveno večje količine

hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana je visokokalorična. Oseba se svojega prenajedanja sramuje in ga izvaja na samem ter z njim nadaljuje do bolečin v želodcu. Ob pretiranem uživanju hrane sprošča napetost, temu sledi občutek krivde in posledični vedenjski vzorci za zniževanje telesne mase (Serneck, 2011).

Ortoreksija nervoza se pojavi, kadar njena žrtev postane obsedena s kakovostjo hrane, ki jo uživa. Začne se z oboževanjem zdrave prehrane, razvije pa se lahko v vzorec zelo strogih diet. Načrtovanje in priprava hrane prične igrati ključno vlogo v življenju. Po besedah Dr. Stevena Bratmana (2004), avtorja izraza ortoreksija, postane »pravilno« prehranjevanje škodljiva obsedenost, ki na koncu paciente stane celovitega zdravja, osebnih odnosov in čustvenega blagostanja. Obolevajo pretežno ženske v poznem mladostniškem ter zgodnjem in srednjem odraslem obdobju. V ozadju je izrazita potreba po nadzoru. Bolezen vodi v izgubo socialnih stikov in čustvene motnje (Štaleker Pleš, 2014).

Bigoreksijo nervozo so prvotno opisali kot mišična dismorfija ali »obrnjena anoreksija nervoza« – gre torej za patološko obsedenost s potrebo po mišičastem telesu. Pacienti, obsedeni s tem, da niso dovolj mišičasti, porabijo dolge ure v telovadnicah, velike količine denarja za prehranska dopolnila, se poslužujejo deviantnih prehranskih navad ali celo zlorabljujejo farmakološka sredstva (Leone, et al., 2005). Obolevajo pretežno moški v poznem mladostniškem ali zgodnjem odraslem obdobju. V ozadju motnje sta predvsem slaba samopodoba in nizko samospoštovanje (Štaleker Pleš, 2014).

Med motnje hranjenja prištevamo tudi kompulzivno prenajedanje. Raziskave kažejo, da približno 20 % debelih ljudi izpolnjuje kriterij za kompulzivno prenajedanje (Serneck, 2011).

### 2.3.2 Kompulzivno prenajedanje

Pri kompulzivnem prenajedanju govorimo o motnji hranjenja, pri kateri oseba vnaša vase velike količine hrane. Ob tem ima občutek izgube nadzora nad lastnim hranjenjem (Bulik, et al., 2005). Gre dobesedno za basanje s hrano, ki je prizadeti ne izbruhajo. Pacienti imajo prav zaradi tega, ker ne izbruhajo hrane, lahko, ni pa nujno, tudi prekomerno telesno težo. Preko hrane se spopadajo s stresom, konflikti in s problemi v vsakdanjem življenju (Serneck, 2003 cited in Kovač, 2011, p. 17). Pogosto se izmenjuje z

bulemično, večkrat pa tudi z anoreksično motnjo (Bulik, et al., 2005). Gre za obliko prisilnega vedenja, ko človek počne nekaj, česar sicer ne želi, toda temu se ne more upreti. Kompulzivni jedec se pogosto loteva shujševalnih diet (Pandel Mikuš, 2003 cited in Železnik, 2012, p. 15).

Osnovna značilnost motnje kompulzivnega prenajedanja so ponavljajoča se obdobja kompulzivnega prenajedanja, ki se morajo, v obdobju treh mesecev, v povprečju, pojavljati vsaj enkrat na teden navaja American Psychiatric Association (APA, 2013).

Za kompulzivno prenajedanje je značilna izrazita stiska in najmanj tri od naslednjih značilnosti prehranjevanja: človek je mnogo hitreje kot običajno, je do občutka neudobne polnosti, je velike količine hrane brez občutka fizične lakote, je sam zaradi občutka sramu spričo velike količine pojedene hrane, občutka gnusa nad samim seboj, potrtosti ali velike krivde. Posamezniki poizkušajo prikrivati prehranske probleme. Kompulzivno prenajedanje se običajno prične na skrivaj ali kar se da neopazno. Najbolj običajen predhodnik kompulzivnega prenajedanja so negativna čustva. Drugi sprožilci vključujejo notranje osebnostne dejavnike, ki sprožijo stres, dietno omejevanje hrane, negativna čustva, povezana s telesno težo, telesno obliko ali hrano, in dolgočasje. Kompulzivno prenajedanje lahko na kratek rok zmanjša ali ublaži dejavnike, ki so povzročili obdobje prenajedanja, vendar sta negativna samoocena in zlovoljno, razdraženo nerazpoloženje (disforija) pogosto zakasneli posledici (APA, 2013).

Kompulzivno prenajedanje se običajno pojavlja v obdobju odraščanja ali zgodnjih obdobjih odraščanja, lahko pa se pojavi tudi kasneje, najpogosteje med 35 in 45 letom (Serneć, 2011). Kompulzivni jedci, ki iščejo zdravniško pomoč, so običajno starejši od tistih, ki iščejo strokovno pomoč zaradi bulimije nervoze ali anoreksije nervoze. Študije kažejo, da je pogostost remisije tako pri zdravljenih kot pri nezdravljenih posameznikih večja kot pri tistih z bulimijo ali anoreksijo nervozo. Izgleda, da je to precej trdovratna motnja, njen potek pa je, kar se tiče trajanja in resnosti motnje, primerljiv s potekom pri bulimiji nervoze. Prehod iz kompulzivnega prenajedanja na kakšno drugo motnjo hranjenja je neobičajen (APA, 2013).

Reich in Kroeger (2009) pravita, da so dolgotrajne raziskave pokazale, da pri vseh oblikah motenj hranjenja obstaja možnost ozdravitve. Okrevanje pri motnjah hranjenja navadno traja toliko časa, kolikor časa je oseba živela z motnjo hranjenja. V večini

primerov zahteva strokovno podporo in pomoč tako za osebe, ki z motnjo živijo, kot tudi za njihove svojce (Štaleker Pleš, 2014).

Za prisilno prenašanje trenutno še ni dolgotrajnejših raziskav, vendar je mogoče tudi čezmerno uživanje hrane zmanjšati, če se hitro lotimo reševanja čustvenih težav in medčloveških odnosov in če se spremeni vedenje glede telesne dejavnosti. Prav pri čezmerni telesni teži, ki je pogojena z motnjo hranjenja, je pomembno, da bolnik trajno spremeni način prehranjevanja in se redno giblje. Samo dolgoročne spremembe obetajo uspeh. Soglasnost o tem je treba doseči v družini in v družbi s podporo o dostopnosti zdrave prehrane (Krbavčič, 2011).

Številni programi hujšanja niso učinkoviti ali pa so učinkoviti le malo, v nekaterih primerih so celo škodljivi, neredko je po kratkotrajni ureditvi prehranskih navad teža višja kot na začetku (Reich & Kroeger, 2009). Spremembo prehranjevalnih navad mora nujno spremljati tudi psihično okrevanje oz. samo spoznavanje v smislu spodbujanja pozitivne samopodobe (Štaleker Pleš, 2014).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen raziskave je predstaviti delovanje šole zdravega hujšanja s poudarkom na značilnostih prehranjevanja in ugotavljanju deleža udeležencev, katerih načini prehranjevanja kažejo na možnost kompulzivnega prenajedanja.

Cilji diplomskega dela:

- predstaviti delovanje šole zdravega hujšanja,
- raziskati prehranske navade udeležencev,
- ugotoviti delež udeležencev šole zdravega hujšanja, katerih načini prehranjevanja kažejo na možnost kompulzivnega prenajedanja,
- ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike v uspešnosti udeležencev šole zdravega hujšanja glede na prisotnost prehranskih navad/znakov, ki kažejo na možnost kompulzivnega prenajedanja.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

1. Kakšen je vpliv šole zdravega hujšanja na spremembo telesne mase udeležencev?
2. Kakšne so bile prehranske navade udeležencev v začetku in kakšne v zaključku šole zdravega hujšanja?
3. Katera čustvena (psihološka) stanja udeleženci navajajo v povezavi s prehranskimi navadami?
4. Katere prehranske navade so udeleženci spremenili v času obiskovanja šole zdravega hujšanja?
5. Kakšna je pogostost prehranskih navad/znakov, ki kažejo na možnost kompulzivnega prenajedanja pri udeležencih?
6. Ali obstajajo statistično pomembne razlike v uspešnosti udeležencev šole zdravega hujšanja glede na prisotnost znakov kompulzivnega prenajedanja?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Naša raziskava je temeljila na deskriptivni, kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Teoretični in empirični del diplomskega dela v obliki anketnih vprašalnikov

smo pripravili s pomočjo pregleda in študija strokovne literature v podatkovnih bazah COBISS, PubMed in CINAHL. Iskanje literature se je omejilo na obdobje od leta 2003 do 2014.

Ključne besede, po katerih smo iskali literaturo, so bile: CINDI, debelost, motnje hranjenja, motnje prehranjevanja, šola hujšanja, zdrav življenjski slog, kompulzivno prenajedanje, eating disorders, compulsive overeating, binge eating, health care, healthy way of life, health-detrimental behaviour, feeding and eating disorders.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko anketiranja v obliki dveh pisnih strukturiranih vprašalnikov, ki sta bila namenjena udeležencem šole zdravega hujšanja v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (OZG), organizacijski enoti (OE) Zdravstveni dom (ZD) Kranj. Prvi vprašalnik je bil namenjen udeležencem na začetku šole zdravega hujšanja in drugi ob njenem zaključku. Vprašalnika sta bila anonimna, podatki pa so bili uporabljeni izključno za namen raziskave. Razdeljena sta bila na vsebinske sklope, ki so vsebovali demografske podatke, vprašanja in trditve s področja prehranskih navad ter motenj hranjenja s poudarkom na kompulzivnem prenajedanju. Vprašalnika sta bila povzeta po vprašalniku z naslovom *Z zdravjem povezan vedenjski slog* (CINDI, 2008), po Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (APA, 2013), delno pa smo jo oblikovali sami. Glavnina vprašanj je bila zaprtega tipa, z več ponujenimi odgovori, tri vprašanja so anketiranci vrednotili s pomočjo Likertove lestvice stališč, eno vprašanje je bilo odprtega tipa. Anketiranci so poleg ponujenih odgovorov imeli možnost napisati tudi osebna mnenja.

Kriterij za število možnih udeležencev kompulzivnega prenajedanja smo določili na osnovi literature (APA, 2013). Vprašanja kompulzivnega prenajedanja so bila v anketnem vprašalniku 1 zavedena pod vprašanjem 10 (a, b, c, d, e), 16 (d), 17 (b, c), 18 (a, b, c), 19 (a) in 20 (d in e). Pri anketnem vprašalniku 2 so se upoštevala vprašanja številka 10 (a, b, c, d, e), 16 (b, c), 17 (a, b, c), 18 (d, e) in dva odgovora iz anketnega vprašalnika 1, in sicer 16 (d) in 19 (a). Pri točki 10 je bilo možnih več odgovorov, pri ostalih en odgovor. Vsakemu od teh odgovorov se je pripisalo po eno točko, nato pa seštelo vse točke za vsakega udeleženca posebej. Kriterij za določitev suma na kompulzivno prenajedanje je bila vrednost od treh točk naprej.



Vprašalnikov pilotno nismo testirali. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim alfa koeficientom, ki ocenjuje zanesljivost notranje konsistentnosti (zanesljivosti).

**Tabela 1: Zanesljivosti merskega instrumenta**

Vprašanje	Cronbach Alfa
Trditve o pogostnosti uživanja posameznih jedi na začetku Šole zdravega hujšanja.	0,683
Trditve o pogostnosti uživanja posameznih jedi na koncu Šole zdravega hujšanja.	0,621
Trditve o tedenskem uživanju posameznih obrokov na začetku Šole zdravega hujšanja.	0,383
Trditve o tedenskem uživanju posameznih obrokov na koncu Šole zdravega hujšanja.	0,189

Vrednost Cronbachovega koeficienta alfa, glede trditve o pogostnosti uživanja posameznih jedi, je na začetku Šole zdravega hujšanja znašala 0,683, na koncu Šole zdravega hujšanja pa 0,621, kar pomeni, da je zanesljivost merskega vprašalnika spremenljiva. Cronbachov alfa koeficient je pri trditvi glede tedenskega uživanja posameznih obrokov na začetku delavnice znašal 0,383, na koncu delavnice pa 0,189. Vrednost kaže nezanesljivost merskega instrumenta.

### 3.3.3 Opis vzorca

Vzorec je bil neslučajnosti, namenski. Anketirali smo udeležence, ki so sodelovali v šoli zdravega hujšanja v OZG OE ZD Kranj. 72 udeležencem smo razdelili po dva vprašalnika. Prvega so izpolnili v začetku (vrnjenih je bilo 68 izpolnjenih vprašalnikov) in drugega na koncu (vrnjenih je bilo 43 izpolnjenih vprašalnikov) Šole zdravega hujšanja. Pri statistični obdelavi podatkov smo upoštevali le izpolnjene vprašalnike. Končna realizacija vzorca je bila 59,72 %.

V raziskavi je ob začetku in zaključku Šole zdravega hujšanja sodelovalo 83,7 % žensk in 16,3 % moških. Največ udeležencev, 39,5 %, je imelo zaključeno srednješolsko izobrazbo, s 27,9 % sledijo udeleženci z višjo, visoko oz. univerzitetno izobrazbo. Poklicno šolo je zaključilo 18,6 % udeležencev, zaposlenih je bilo 44,2 % udeležencev, upokojenih 46,5 %, preostali pa so bili brezposelni. Največ žensk, ki so sodelovale v raziskavi, je imelo dva otroka, po deležu sledijo ženske z enim otrokom ter ženske s tremi otroki. Najstarejši udeleženec v raziskavi je bil star 74 let, najmlajši je dopolnil 33 (priloga, tabela 25).

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od meseca junija 2013 do novembra 2013 po predhodni pridobitvi soglasja OZG OE ZD Kranj. Ankete so po vnaprejšnjem dogovoru izvajalci Šole zdravega hujšanja razdelili udeležencem ob začetku in koncu delavnice. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost. Vrnjene vprašalnike smo opremili s šiframi. Demografske podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko. Za statistične spremenljivke smo izračunali frekvence, odstotke, mere srednje vrednosti (aritmetično sredino) in razpršenosti (standardni odklon). Statistično pomembne razlike smo ugotavljali s t-testom, Hi-kvadrat testom  $\chi^2$  in analizo variance McNemarjevim testom; p-vrednost  $\leq 0,05$  je pomenila statistično pomembnost. Pri odprtem vprašanju smo prikazali najpogostejše odgovore. Podatki so predstavljeni s pomočjo tabel in grafov.

## 3.4 REZULTATI

### Tabela 2: Napotitev v Šolo zdravega hujšanja

Tabela 2 prikazuje, kdo je udeležence napotil v šolo hujšanja. Večino udeležencev, in sicer 61,70 %, je v Šolo zdravega hujšanja napotil zdravnik, 22,10 % udeležencev se je odločilo samih, 7,40 % udeležencev je napotila medicinska sestra.

Kdo vas je napotil v šolo zdravega hujšanja?	Začetek šole f (%)
Zdravnik	42 (61,70 %)
Medicinska sestra	5 (7,40 %)
Drug zdravstveni delavec	4 (5,80 %)
Družinski član	1 (1,50 %)
Prijatelj	1 (1,50 %)
Sam /Sama	15 (22,10 %)
Skupaj	68 (100,00 %)

f – frekvenca, % – odstotek

Tabela 3 kaže telesno maso moških in žensk pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja. Povprečna vstopna telesna masa v šolo hujšanja je bila pri moških 96,9 kg in izstopna 90,6 kg. V povprečju so moški izgubili 6,29 kg, kar predstavlja 7,00 % izgube telesne mase ali povprečno 0,40 kg na teden. Povprečna vstopna telesna masa pri ženskah je bila 83,7 kg, izstopna pa 78,8 kg. Udeleženke so v povprečju izgubile 4,92 kg, kar predstavlja 6,3 % izgube telesne mase ali povprečno 0,31 kg na teden. Razlike telesne mase udeležencev pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja so tako pri moških ( $p = 0,046$ ), kot pri ženskah ( $p = 0,001$ ) statistično pomembne.

**Tabela 3: Telesna masa moških in žensk pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Telesna masa	Moški				Ženske			
	Pred šolo		Po šoli		Pred šolo		Po šoli	
	N	%	N	%	N	%	N	%
manj kot 70 kg	0	0,00 %	0	0,00 %	3	8,30%	8	22,20 %
70 kg do 79 kg	0	0,00 %	1	14,30 %	12	33,30%	15	41,70 %
80 kg do 89 kg	2	28,60 %	3	42,90 %	11	30,60%	9	25,00 %
90 kg do 99 kg	3	42,90 %	2	28,60 %	6	16,70%	1	2,80 %
100 kg do 109 kg	1	14,30 %	0	0,00 %	2	5,60%	1	2,80 %
110 kg do 119 kg	1	14,30 %	1	14,30 %	0	0,00%	2	5,60 %
120 kg ali več	0	0,00 %	0	0,00 %	2	5,60%	0	0,00 %
Skupaj	7	100,00 %	7	100,00 %	36	100,00%	36	100,00 %
Povprečna telesna masa udeležencev	96,9 kg		90,6 kg		83,7 kg		78,8 kg	
Povprečna izguba telesne mase udeleženca	6,29 kg (7,00 %)				4,92 kg (6,30 %)			
p	0,046				0,001			

N – število odgovorov, % – odstotek, p – statistična značilnost McNemarjevega testa

**Tabela 4: Uspešnost doseganja cilja – vsaj 5 % zmanjšanje telesne mase**

Dosežen cilj	Spol					
	Moški		Ženske		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Ne	2	28,60 %	12	33,30 %	14	32,60 %
Da	5	71,40 %	24	66,70 %	29	67,40 %
Skupaj	7	100,00 %	36	100,00 %	43	100,00 %

N – število odgovorov, % – odstotek

Tabela 4 prikazuje, da je 71,40 % moških in 66,70 % žensk doseglo zastavljen cilj izgube najmanj 5 % telesne mase.

Tabela 5 prikazuje odgovore udeležencev na vprašanje kako pogosto uživajo našteje jedi in pijače. S parnim t-testom smo preverili, če se odgovori ob začetku Šole zdravega hujšanja statistično značilno razlikujejo od odgovorov ob koncu šole. Največ udeležencev je tako pred kot ob zaključku šole hujšanja največkrat uživalo sadje. Izkazalo se je, da so udeleženci ob koncu Šole zdravega hujšanja statistično značilno redkeje uživali ocvrte jedi ( $t = 2,281$ ,  $p = 0,028$ ), sendviče, hot doge, pizzo, burek oz. hamburger ( $t = 5,015$ ,  $p = 0,001$ ), gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov, zamrznjeno pripravljeno hrano (pizza, lasagna, krompirček ...) ipd. ( $t = 3,225$ ,  $p = 0,002$ ) ter alkoholne pijače ( $t = 2,456$ ,

$p = 0,018$ ), pogosteje pa so uživali svežo zelenjavo ( $t = -3,483$ ,  $p = 0,001$ ). Pri ostalih trditvah nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

**Tabela 5: Pogostost uživanja jedi in pijač pred in ob zaključku šole hujšanja**

Kako pogosto v povprečnem tednu uživate naslednje jedi in pijače?	Začetek šole			Konec šole			t	p
	N	PV	SO	N	PV	SO		
Ocvrte jedi	43	0,79	0,880	43	0,42	0,823	2,281	0,028
Sendvič, hot dog, pizza, burek, hamburger	43	1,56	1,590	43	0,70	1,210	5,015	<b>0,001</b>
Gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov, zamrznjena pripravljena hrana (pizza, lasagna, krompirček ...) ipd.	43	0,81	1,070	43	0,44	0,88	3,225	<b>0,002</b>
Suhomesnati izdelki	43	2,07	1,830	43	1,67	2,009	1,38	0,175
Sveža zelenjava	43	5,21	2,199	43	6,14	1,698	-3,483	<b>0,001</b>
Sveže sadje	43	5,72	2,333	43	6,19	1,829	-1,531	0,133
Alkoholne pijače	43	1,12	1,276	43	0,70	0,914	2,456	<b>0,018</b>
Slaščice	43	2,12	1,776	43	1,72	1,579	1,327	0,192
Aromatizirane gazirane (coca cola, fanta ...) in negazirane nealkoholne pijače (sladkana voda, sok ...)	43	1,42	2,332	43	0,88	2,118	1,387	0,173
Mleko in mlečni izdelki	43	4,53	2,292	43	5,26	1,941	-1,822	0,076
100 % naravni sokovi	43	1,60	1,892	43	1,81	1,967	-0,903	0,372
Perutnina	43	3,33	1,714	43	3,42	1,314	-0,438	0,664
Rdeče meso (goveje meso, svinjina, temni deli perutnine)	43	2,44	1,709	43	2,58	1,694	-0,658	0,514
Ribe in morski sadeži	43	1,79	1,319	43	1,84	1,344	-0,179	0,859
Krompir, riž, testenine	43	3,88	2,026	43	3,84	1,647	0,143	0,887
Žita (kosmiči, muesli, kaše), kruh	43	5,00	2,430	43	4,58	2,228	1,226	0,227
Stročnice	43	2,65	1,557	43	2,91	1,377	-0,899	0,374

N – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, t – parni t-test, statistična značilnost McNemarjevega testa; Lestvica: 0 = nikoli, 1 = en krat tedensko, 2 = dvakrat tedensko, 3 = trikrat tedensko, 4 = štirikrat tedensko, 5 = petkrat tedensko, 6 = šestkrat tedensko, 7 = vsak dan, 8 = večkrat dnevno.

Tabela 6 predstavlja podatke o uživanju dnevnih obrokov hrane. Na začetku Šole zdravega hujšanja so udeleženci najpogosteje tedensko uživali kosilo (PV = 6,65), zajtrk (PV = 5,44), večerjo (PV = 5,28), nekoliko manj pogosto popoldansko malico (PV = 4,40) in najmanj pogosto priložnostne obroke (PV = 2,40). Ob koncu Šole zdravega hujšanja so udeleženci statistično značilno pogosteje uživali zajtrk ( $t = -2,549$ ,  $p = 0,015$ ), statistično značilno redkeje pa popoldansko malico ( $t = 2,911$ ,  $p = 0,006$ ) ter priložnostni obrok (npr. ob gledanju televizije) ( $t = 4,186$ ,  $p = 0,001$ ).

**Tabela 6: Pogostost uživanja obrokov pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako pogosto v povprečnem tednu uživate naslednje obroke?	Začetek šole			Konec šole			t	p
	N	PV	SO	N	PV	SO		
Zajtrk	43	5,44	2,57	43	6,00	2,07	-2,549	<b>0,015</b>
Kosilo	43	6,65	1,00	43	6,53	1,49	0,436	0,665
Popoldanska malica	43	4,40	2,18	43	3,16	2,30	2,911	<b>0,006</b>
Večerja	43	5,28	2,15	43	5,44	2,16	-0,561	0,578
Priložnostni obrok (npr. ob gledanju televizije)	43	2,40	2,40	43	1,12	1,91	4,186	<b>0,000</b>

N – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, t – parni t-test, p – statistična značilnost McNemarjevega testa, lestvica: 0 = nikoli, 1 = enkrat tedensko, 2 = dvakrat tedensko, 3 = trikrat tedensko, 4 = štirikrat tedensko, 5 = petkrat tedensko, 6 = šestkrat tedensko, 7 = vsak dan

**Tabela 7: Pogostost ukvarjanja z gibalnimi oz. športnimi aktivnostmi v prostem času pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako pogosto se ukvarjate z gibalnimi oz. športnimi aktivnostmi v prostem času?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	t	p
Ne ukvarjam se s športom, rekreacijo	4 (9,30 %)	0 (0,00 %)	-2,410	0,020
1-krat do nekajkrat na leto	2 (4,70 %)	0 (0,00 %)		
1- do 3-krat na mesec	1 (2,30 %)	0 (0,00 %)		
1-krat na teden	5 (11,60 %)	6 (14,00 %)		
2- do 3-krat na teden	17 (39,50 %)	18 (41,90 %)		
4- do 6-krat na teden	5 (11,60 %)	9 (20,90 %)		
Vsak dan	9 (20,90 %)	10 (23,30 %)		

f – frekvenca, % – odstotek, t – parni t-test, p – statistična značilnost parnega t-testa

Tabela 7 prikazuje odgovore udeležencev o pogostosti gibanja oz. ukvarjanja s športom. Udeleženci so se ob koncu Šole zdravega hujšanja statistično značilno pogosteje ukvarjali z gibalnimi oz. športnimi aktivnostmi v prostem času kot ob začetku šole ( $t = -2,410$ ,  $p = 0,020$ ).

Tabela 8 prikazuje mnenja udeležencev o osebah, ki so jih najbolj motivirali za izvajanje gibalnih oz. športnih aktivnosti. Največ udeležencev, 69,80 %, je bilo mnenja, da se za gibanje motivirajo sami, 34,90 % udeležencev so motivirali družinski člani. Statistično značilnih razlik med udeleženci pred in ob zaključku delavnice nismo ugotovili.

**Tabela 8: Osebe, ki so udeležence motivirale za izvajanje gibalnih oz. športnih aktivnosti pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kdo vas najbolj motivira za izvajanje gibalnih oz. športnih aktivnosti?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	p
Nihče	4 (9,30 %)	0 (0,00 %)	/
Sam	27 (62,80 %)	30 (69,80 %)	0,607
Družinski člani	12 (27,90 %)	15 (34,90 %)	0,549
Prijatelji in znanci	8 (18,60 %)	8 (18,60 %)	1,000
Medicinska sestra	1 (2,30 %)	7 (16,30 %)	0,070
Zdravnik	4 (9,30 %)	2 (4,70 %)	0,687
Drugo	4 (9,30 %)	3 (7,00 %)	1,000

f – frekvenca, % – odstotek, p – vrednost statistične pomembnosti McNemarjevega testa

Iz tabele 9 je razvidno, koliko različnih diet so preizkusili udeleženci. Kar 48,80 % udeležencev je preizkusilo več kot tri različne diete, 30,20 % udeležencev še ni preizkusilo nobene diete, 4,37 % udeležencev je preizkusilo eno do dve različni diete.

**Tabela 9: Število preizkušenih diet**

Koliko različnih diet ste že preizkusili?	Začetek šole f (%)
Nobene	13 (30,20 %)
Eno	2 (4,70 %)
Dve	2 (4,70 %)
Tri	5 (11,60 %)
Več kot 3	21 (48,80 %)
Skupaj	43 (100,00 %)

f – frekvenca, % – odstotek

**Tabela 10: Pomoč pri spremembi slabih prehranjevalnih navad pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kaj bi vam po vašem mnenju pomagalo pri spremembi slabih prehranjevalnih navad?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	p
Več volje, da bi se držal(a) zdravega načina prehranjevanja	29 (67,40 %)	22 (51,20 %)	0,143
Pomoč bližnje osebe, ki bi me kontrolirala	5 (11,60 %)	5 (11,60 %)	1,000
Več gibanja, športne dejavnosti	16 (37,20 %)	20 (46,50 %)	0,454
Spodbuda bližnje osebe	6 (14,00 %)	9 (20,90 %)	0,453
Spodbuda zdravnika	2 (4,70 %)	2 (4,70 %)	1,000
Spodbuda medicinske sestre	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	/
Ne vem	1 (2,30 %)	2 (4,70 %)	1,000
Nimam slabih prehranskih navad	2 (4,70 %)	4 (9,30 %)	0,625

f – frekvenca, % – odstotek, p – vrednost statistične pomembnosti McNemarjevega testa

Tabela 10 prikazuje mnenja udeležencev o razlogih, ki bi jim pomagali pri spremembi prehranskih navad. Največ udeležencev (51,20 %) je izrazilo, da je to lastna motivacija/odločitev za zdrav način prehranjevanja, za potrebo po športni dejavnosti pa se je odločilo 46,50 % udeležencev. Pri nobeni spremenljivki nismo ugotovili statistično značilnih razlik med začetkom in koncem Šole zdravega hujšanja. Iz tabele 11 je razvidno, da med začetkom in koncem Šole zdravega hujšanja nismo ugotovili statistično značilnih razlik v mnenju udeležencev, da je bil dvig telesne mase povezan s čustvenimi razlogi ( $p = 0,233$ ).

**Tabela 11: Mnenja udeležencev o čustvenih razlogih za dvig telesne mase pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Ali menite, da je bil dvig telesne mase povezan s čustvenimi razlogi?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	p
Da	21 (48,80 %)	15 (34,90 %)	0,200
Ne	13 (30,30 %)	16 (37,20 %)	
Ne vem	9 (20,90 %)	12 (27,90 %)	
Skupaj	43 (100,00 %)	43 (100,00 %)	

f – frekvenca, % – odstotek, p – statistična značilnost (2. smerna) testa marginalne homogenosti

Iz Tabele 11 je razvidno, da med začetkom in koncem Šole zdravega hujšanja nismo ugotovili statistično značilnih razlik v mnenju udeležencev, da je bil dvig telesne mase povezan s čustvenimi razlogi ( $p = 0,233$ ).

**Tabela 12: Mnenja udeležencev o čustvenih razlogih za uživanje hrane**

Ali jeste zato, ker ste ...	Začetek šole			Konec šole			t	p
	N	PV	SO	N	PV	SO		
Žalostni	43	4,33	2,80	43	3,88	2,83	0,855	0,398
Napeti	43	4,23	2,56	43	4,44	2,84	-0,425	0,673
Jezni	43	4,21	2,84	43	4,47	2,91	-0,510	0,613
Dobre volje, veseli	43	4,98	3,09	43	3,81	2,97	2,346	<b>0,024</b>
Zdolgočaseni	43	4,67	2,73	43	4,09	2,92	1,146	0,258
Razočarani	42	4,29	2,93	42	4,1	2,95	0,333	0,741
Utrujeni	42	4,07	3,09	42	3,81	3,08	0,509	0,614

N – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, t – pami t-test, p – vrednost statistične pomembnosti McNemarjevega testa; lestvica: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno

V Tabeli 12 so prikazani odgovori udeležencev o čustvenih razlogih poseganja po hrani. Razvidno je, da so na začetku Šole zdravega hujšanja udeleženci največkrat menili, da posegajo po hrani, ko so bili dobro razpoloženi (PV = 4,98), in najredkeje, ko so bili utrujeni (PV = 4,07). Na koncu Šole zdravega hujšanja je največ udeležencev jedlo, ko so bili jezni (PV = 4,47), najmanj so posegali po hrani, ko so bili utrujeni (PV = 3,81) in dobre volje (PV = 3,81). Statistično značilne razlike med začetkom in zaključkom Šole zdravega hujšanja so razvidne v mnenju udeležencev, da jedo zaradi dobrega razpoloženja/veselja ( $t = 2,346$ ,  $p = 0,024$ ). Pri drugih razlogih nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

**Tabela 13: Mnenja udeležencev o pogostosti doživljanja stresa pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako pogosto se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	t	p
Nikoli	1 (2,40 %)	1 (2,30 %)	0,518	0,607
Zelo redko	9 (21,40 %)	12 (27,90 %)		
Občasno	20 (47,60 %)	18 (41,80 %)		
Pogosto	10 (23,80 %)	10 (23,30 %)		
Vsak dan	2 (4,80 %)	2 (4,70 %)		

f – frekvenca, % – odstotek, t – parni t-test, p – statistična značilnost parnega t-testa

Tabela 13 prikazuje pogostost doživljanja stresa udeležencev pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja. Največje število udeležencev, ki so ocenili, da so bili ob začetku Šole zdravega hujšanja občasno pod stresom je bilo 47,60 % in da niso bili nikoli pod stresom se je izreklo 2,40 %. Ob zaključku Šole zdravega hujšanja pa je bilo občasno pod stresom 41,90 % in nikoli 2,30 % udeležencev. Statistično značilnih razlik v tem, kako pogosto se udeleženci počutijo napete, pod stresom ali pod velikim pritiskom, nismo ugotovili.

Tabela 14 opisuje vzroke, zaradi katerih se udeleženci počutijo pod stresom ali velikim pritiskom. Največ udeležencev, 34,90 %, navaja kot vzrok stresa obremenitev na delovnem mestu, 23,30 % jih izpostavlja probleme v družini. Statistično značilna razlika  $p = 0,016$  je razvidna pri slabih odnosih med sodelavci. Pri drugih vzrokih nismo ugotovili statistično značilnih razlik.



**Tabela 14: Mnenja udeležencev o vzrokih doživljanja stresa pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Če se počutite pod stresom ali velikim pritiskom, kaj lahko navedete kot vzrok temu?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	p
Obremenitve na delovnem mestu	17 (39,50 %)	15 (34,90 %)	0,625
Slabi odnosi med sodelavci	8 (18,60 %)	1 (2,30 %)	<b>0,016</b>
Problemi v družini	5 (11,60 %)	10 (23,30 %)	0,125
Slabi odnosi v družini	6 (14,00 %)	2 (4,70 %)	0,125
Osamljenost	7 (16,30 %)	3 (7,00 %)	0,289
Drugo	7 (16,30 %)	6 (14,00 %)	1,000
Brez odgovora	2 (4,70 %)	6 (14,00 %)	0,289

f – frekvenca, % – odstotek, p – vrednost statistične pomembnosti McNemarjevega testa

**Tabela 15: Mnenja udeležencev o zmožnostih obvladovanja stresa pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako obvladujete napetosti, strese in pritiske, ki jih doživljate v življenju?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	t	p
Zlahka jih obvladujem	6 (14,30 %)	6 (14,00 %)	0,703	0,486
Z nekaj truda jih obvladujem	24 (57,10 %)	28 (65,10 %)		
Z večjim naporom jih obvladujem	8 (19,00 %)	7 (16,30 %)		
S hudimi težavami jih še obvladujem	3 (7,10 %)	1 (2,30 %)		
Ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno	1 (2,40 %)	0 (0,00 %)		
Brez odgovora	0 (0,00 %)	1 (2,30 %)		

f – frekvenca, % – odstotek, t – parni t-test, p – statistična značilnost pamega t-testa

Tabela 15 prikazuje mnenja udeležencev o zmožnostih obvladovanja stresa ob začetku in zaključku šole hujšanja. V začetku delavnice se je 57,10 % udeležencev opredelilo, da z nekaj truda obvladuje strese in pritiske. Najmanj (2,40 %) je bilo udeležencev, ki menijo, da ne obvladujejo stresa in pritiskov. Ob zaključku delavnice se je prav tako največ udeležencev (65,10 %) opredelilo, da z nekaj truda obvladujejo vsakodnevne težave. Nihče izmed udeležencev ni navedel, da je njegovo življenje skoraj neznosno. Med začetkom in koncem šole nismo ugotovili statistično značilnih razlik v oceni udeležencev o njihovi zmožnosti obvladovanja napetosti, stresov in pritiskov ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 16: Ocena udeležencev zdravstvenega stanja pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	t	p
Zelo dobro	2 (4,70 %)	2 (4,70 %)	1,700	0,095
Dobro	16 (37,20 %)	23 (53,50 %)		
Srednje	22 (51,20 %)	17 (39,50 %)		
Slabo	3 (7,00 %)	1 (2,30 %)		
Zelo slabo	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)		

f – frekvenca, % – odstotek, t – parni t-test, p – statistična značilnost parnega t-testa

Tabela 16 kaže ocene zdravstvenega stanja udeležencev ob začetku in zaključku šole hujšanja. Največji odstotek udeležencev (51,20 %) je na začetku delavnice ocenil zdravstveno stanje kot srednje, kot dobro pa ga je ocenilo 37,20 % udeležencev. Najmanj udeležencev (7,00 %) je svoje zdravstveno stanje ocenilo kot slabo. Ob zaključku pa je bilo malo več kot polovica udeležencev, tj. 53,50 %, ki so menili, da je njihovo zdravstveno stanje dobro, in samo 2,30 % jih je menilo, da je slabo. Med začetkom in koncem delavnice nismo ugotovili statistično značilnih razlik v oceni udeležencev o njihovem trenutnem zdravstvenem stanju ( $p > 0,05$ ).

Kako udeleženci skrbijo za svoje zdravje, izvemo iz tabele 17. Največ udeležencev (44,20 %) se je opredelilo, da kar dobro skrbijo za svoje zdravje na začetku delavnice in prav tako se jih je za ta isti odgovor opredelilo 57,10 % na koncu delavnice. Med začetkom in koncem delavnice nismo ugotovili statistično značilnih razlik v oceni udeležencev o tem, kako skrbijo za svoje zdravje ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 17: Mnenja udeležencev o skrbi za zdravje pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako skrbite za svoje zdravje?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	t	p
Zelo	1 (2,30 %)	3 (7,10 %)	1,239	0,222
Kar dobro	19 (44,20 %)	24 (57,10 %)		
Bolj malo, premalo	17 (39,50 %)	11 (26,20 %)		
Skoraj nič	3 (7,00 %)	0 (0,00 %)		
Ne vem, kaj bi rekel	3 (7,00 %)	4 (9,50 %)		

f – frekvenca, % – odstotek, t – parni t-test, p – statistična značilnost parnega t-testa

**Tabela 18: Podpora družine pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Ali vam bo (vam je) družina nudila podporo v času vašega sodelovanja v šoli zdravega hujšanja?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	p
Da	27 (62,80 %)	22 (51,20 %)	0,034
Delno	14 (32,50 %)	15 (34,90 %)	
Ne	2 (4,70 %)	4 (9,20 %)	
Nimam družine oz. nimam stikov s sorodniki, živim sam/a	0 (0,00 %)	2 (4,70 %)	
Brez odgovora	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
Skupaj	43 (100,00 %)	43 (100,00 %)	

f – frekvenca, % – odstotek, p – statistična značilnost (2. smerna) testa marginalne homogenosti

Tabela 18 prikazuje podporo družine udeležencem v času obiskovanja šole hujšanja. Ob začetku Šole zdravega hujšanja je največ udeležencev 62,8 menilo, da bodo deležni podpore s strani družine. Za ta isti odgovor se je tudi na kancu Šole zdravega hujšanja opredelilo največ udeležencev 51,2 %. Razlika se je izkazala tudi za statistično značilno ( $p = 0,034$ ).

**Tabela 19: Prehranjevanje družine v času sodelovanja v šoli zdravega hujšanja pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako se bo (se je) družina prehranjevala v času vašega sodelovanja v šoli zdravega hujšanja?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)
Tako kot prej oz. brez sprememb	28 (65,10 %)	31 (72,80 %)
Prilagajala se bo moji predvideni spremembi v prehrani	14 (32,60 %)	12 (27,20 %)
Jedli bodo, ko me ne bo zraven	1 (2,30 %)	0 (0,00 %)
Skupaj	43 (100,00 %)	43 (100,00 %)

f – frekvenca, % – odstotek

Tabela 19 prikazuje, da se je kar 72,10 % družin udeležencev v času Šole zdravega hujšanja prehranjevalo brez sprememb.

**Tabela 20: Način motiviranja s strani družine pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

Kako vas bo (vas je) družina motivirala med vašim sodelovanjem v šoli zdravega hujšanja?	Začetek šole f (%)	Konec šole f (%)	p
Spodbujala h gibalnim, športnim aktivnostim	18 (41,90 %)	14 (32,60 %)	0,388
Pogovori o zdravem načinu življenja	3 (7,00 %)	8 (18,60 %)	0,125
Brez sprememb	11 (25,60 %)	21 (48,80 %)	<b>0,021</b>
Spodbujali me bodo k manjšim obrokom hrane	14 (32,60 %)	7 (16,30 %)	0,065
Pridružili se mi bodo v načrtovanih spremembah	9 (20,90 %)	0 (0,00 %)	/
Brez odgovora	0 (0,00 %)	2 (4,70 %)	/

f – frekvenca, % – odstotek, p – vrednost statistične pomembnosti McNemarjevega testa

Tabela 20 predstavlja podatke o tem, kako so udeleženci označili načine, s katerimi jih bo družina motivirala med njihovim sodelovanjem v Šoli zdravega hujšanja. Razlika je bila statistično značilna samo pri trditvi, da ne pričakujejo sprememb ( $p = 0,021$ ). Ob začetku šole je 25,60 % udeležencev označilo, da ne pričakujejo sprememb glede motiviranja s strani družine, ob koncu šole pa se je s tem strinjalo kar 48,80 % udeležencev. Pri preostalih trditvah nismo ugotovili statistično značilnih razlik ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 21: Podpora s strani posameznih družinskih članov pred in ob zaključku Šole zdravega hujšanja**

		Začetek šole		Konec šole	
		f	%	f	%
<b>Najbolj podprl</b>	Oče	0	0,00 %	0	0,00 %
	Mama	3	7,00 %	2	4,70 %
	Partner	25	58,10 %	26	60,50 %
	Otroci	11	25,60 %	9	20,90 %
	Prijatelji	0	0,00 %	1	2,30 %
	Brez odgovora	4	9,30 %	5	11,60 %
	Nimam družine oz. nimam stikov s sorodniki, živim sam/a	0	0,00 %	0	0,00 %
<b>Najmanj podprl</b>	Oče	0	0,00 %	0	0,00 %
	Mama	0	0,00 %	0	0,00 %
	Partner	3	7,30 %	3	7,00 %
	Otroci	0	0,00 %	0	0,00 %
<b>Najmanj podprl</b>	Nimam družine oz. nimam stikov s sorodniki, živim sam/a.	0	0,00 %	0	0,00 %
	Skupaj	43	100,00 %	43	100,00 %

f – frekvenca, % – odstotek

Tabela 21 prikazuje rezultate odgovorov anketirancev na odprto vprašanje, za koga iz njihove družine menijo, da jih bo (oz. kdo jih je) najbolj podprl. Udeleženci so največ podpore pričakovali s strani partnerjev (58,10 %) ter otrok (25,60 %) na začetku delavnice. Ob koncu pa je bilo prav tako največ udeležencev mnenja, da so jih najbolj podprli partnerji (60,50 %) in otroci (20,90 %). Na vprašanje, za koga iz družine pričakujejo, da jih bo najmanj podprl, so odgovorili trije udeleženci na začetku delavnice in vsi so se opredelili, da je to partner.

Tabela 22 prikazuje, da je ob začetku Šole zdravega hujšanja znake kompulzivnega prenašanja kazalo 41,90 % udeležencev. Ob koncu šole je bilo takih le še 25,60 %

udeležencev. Kljub večji razliki v odstotkih ni mogoče trditi, da obstajajo statistično značilne razlike med deležema ob začetku in koncu Šole zdravega hujšanja ( $p = 0,092$ ).

**Tabela 22: Število znakov, ki predstavljajo sum na kompulzivno prenašanje med udeleženci**

Kompulzivno prenašanje		Začetek šole		Konec šole		p
		f	%	f	%	
	Ne	25	58,10 %	32	74,40 %	0,092
	Da	18	41,90 %	11	25,60 %	
Število točk	0	6	14,00 %	7	16,30 %	
	1	9	20,90 %	16	37,20 %	
	2	10	23,30 %	9	20,90 %	
	3	8	18,60 %	9	20,90 %	
	4	8	18,60 %	2	4,70 %	
	5	1	2,30 %	0	0,00 %	
	6	0	0,00 %	0	0,00 %	
	7	1	2,30 %	0	0,00 %	
	8	0	0,00 %	0	0,00 %	
	9	0	0,00 %	0	0,00 %	
	Skupaj	43	100,00 %	43	100,00 %	

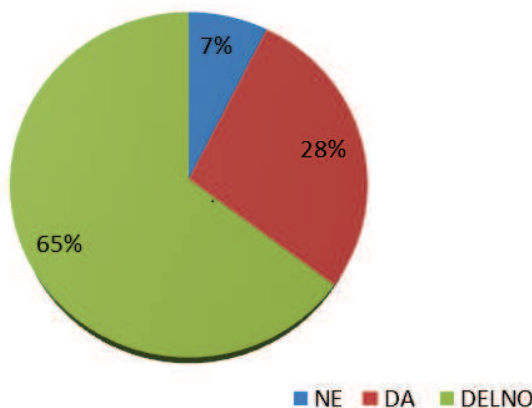
f – frekvenca, % – odstotek, p – statistična značilnost (2. smerna) testa marginalne homogenosti

**Tabela 23: Uspešnost udeležencev glede na prisotnost znakov, ki kažejo možnost kompulzivnega prenašanja na začetku oz. na koncu delavnic**

Spol	Vprašalnik	Kompulzivno prenašanje	Dosežen cilj (izguba vsaj 5 % telesne mase)				$\chi^2$	p
			Ne		Da			
			f	%	f	%		
Moški	Začetek	Ne	0	0,00 %	4	100,00 %		
		Da	2	66,70 %	1	33,30 %		
	Konec	Ne	1	16,70 %	5	83,30 %		
		Da	1	100,00 %	0	0,00 %		
Ženski	Začetek	Ne	6	28,60 %	15	71,40 %		
		Da	6	40,00 %	9	60,00 %		
	Konec	Ne	9	34,60 %	17	65,40 %		
		Da	3	30,00 %	7	70,00 %		
Skupaj	Začetek	Ne	6	24,00 %	19	76,00 %	1,992	0,158
		Da	8	44,40 %	10	55,60 %		
	Konec	Ne	10	31,30 %	22	68,80 %	0,097	0,755
		Da	4	36,40 %	7	63,60 %		

f – frekvenca, % – odstotek,  $\chi^2$  – hi-kvadrat statistika, p – statistična značilnost (2. smerna) hi kvadrat testa

Tabela 23 prikazuje, da je od skupnega števila udeležencev, ki se ob začetku delavnice niso kompulzivno prenaledali, 76,00 % le-teh doseglo cilj izgube vsaj 5 % telesne mase, medtem ko je cilj doseglo le 55,60 % tistih, ki so se kompulzivno prenaledali ob začetku delavnice. Med udeleženci, ki so dosegli cilj izgube vsaj 5 % telesne mase, nismo ugotovili statistično značilnih razlik v deležu udeležencev, ki so se ob koncu delavnice še vedno kompulzivno prenaledali in udeleženci, ki se ob koncu delavnice niso kompulzivno prenaledali ( $\chi^2 = 0,097$ ,  $p = 0,755$ ).



**Slika 2: Mnenja udeležencev o izpolnjenih ciljeh Šole zdravega hujšanja**

Iz slike 2 je razvidno, da je ob koncu Šole zdravega hujšanja 28 % udeležencev menilo, da so dosegli cilj, 65 % udeležencev je odgovorilo, da so cilj dosegli delno, 7 % pa jih je menilo, da niso dosegli cilja.

Predlogi udeležencev na odprto vprašanje »Kaj bi spremenili v Šoli zdravega hujšanja«, so bili sledeči:

- prehrana: »priprava zdrave hrane«, » uvedla bi kuharski tečaj zdravega kuhanja in prehranjevanja«,
- telesna dejavnost – »več ur telovadbe«, »takojšnji začetek«,
- časovno daljši potek delavnice: »več srečanj, in sicer čez celo leto«.

Udeleženci pa so izrazili tudi zadovoljstvo z delavnico – »vse mi je bilo dobro«, »dobila sem veliko novih informacij o zdravi prehrani«.

### 3.5 RAZPRAVA

Iz rezultatov raziskave sklepamo, da ima Šola zdravega hujšanja pozitiven vpliv na spremembo telesne mase udeležencev, saj smo pri iskanju odgovorov na raziskovalno

vprišanje, kakšen je vpliv Šole zdravega hujšanja na spremembo telesne mase udeležencev, ugotovili, da je več kot polovica udeležencev dosegla cilj delavnice in v času poteka delavnice za 5–10 % znižala telesno maso, kar ustreza strokovnim priporočilom (CINDI Slovenija, 2015). Ugotovili smo, da so razlike v telesnih masah udeležencev ob vstopu in zaključku Šole zdravega hujšanja statistično pomembne tako pri ženskah ( $p = 0,001$ ) kot pri moških ( $p = 0,046$ ). Rezultati so primerljivi z raziskavo Kržišnika (2013), v kateri avtor prav tako ugotavlja, da je polovica udeležencev šol zdravega hujšanja v zdravstvenih domovih na Gorenjskem dosegla želeni odstotek znižanja telesne mase. Ob tem pa pripominja, da obstajajo statistično pomembne razlike v uspešnosti udeležencev glede na zdravstveni dom.

Raziskava kaže, da so udeleženci v povprečju izgubili nekoliko manj kot pol kilograma (0,35 kg) telesne mase na teden, kar je malenkostno manj od priporočil o najbolj sprejemljivi hitrosti hujšanja (CINDI Slovenija, 2015). Knap (n.d.) ugotavlja, da če zaužijemo 2000 kalorij dnevno in pri tem porabimo 2500 kalorij, kar npr. predstavlja 75 minut hitre hoje na dan, je primanjkljaj 500 kalorij dnevno. To pomeni izgubo pol kilograma maščevja na teden oziroma dva kilograma na mesec, kar je skoraj idealna hitrost hujšanja. V raziskavi, ki jo je opravila Kernova (2006), so udeleženci Šole zdravega hujšanja izgubljali 0,37 kg na teden. Podobne rezultate (0,49 kg povprečne tedenske izgube telesne mase udeležencev šole hujšanja) v svoji raziskavi navaja tudi Kržišnik (2013).

Naša raziskava ugotavlja, da se je dobra polovica udeležencev vključila v Šolo zdravega hujšanja po priporočilu zdravnika. Nasprotno pa Smolejeva (2013) v svoji raziskavi ugotavlja, da so se udeleženci na delavnico prijavili pretežno na osnovi priporočil prijateljev. Ob tem ugotavljamo, da je medicinska sestra v mnogo manjši meri kot zdravnik opredeljena oz. prepoznana kot oseba, ki bi pacientom priporočila vključitev v šolo hujšanja. Zdravstvena vzgoja in motivacija udeležencev za zdrav življenjski slog pa je ena od ključnih nalog medicinske sestre.

V raziskavi beležimo porast ( $p = 0,020$ ) telesne aktivnosti udeležencev v času obiskovanja Šole zdravega hujšanja. V začetku delavnic je bil najmanjši delež tistih udeležencev, ki se niso oz. so se zelo malo ukvarjali z gibanjem, med tem ko se je več kot polovica udeležencev ukvarjala z gibanjem enkrat do trikrat na teden, malo manj kot

tretjina pa štiri do sedemkrat na teden. Razveseljiv je podatek, da ob zaključku delavnice ni bilo več telesno popolnoma nedejavnih udeležencev. Manjši delež, malo več kot desetina udeležencev, se je gibala samo enkrat na teden, vsi drugi udeleženci pa od dva do sedemkrat na teden. Porast telesne aktivnosti udeležencev šol zdravega hujšanja na Gorenjskem je v svoji raziskavi ugotovil tudi Kržišnik (2013). Večina udeležencev se je gibala vsaj pol ure dnevno. WHO (2010) priporoča za odrasle vsaj 150 minut zmerne do intenzivne aerobne fizične aktivnosti na teden, ki naj bi se izvajala v enem kosu in bi trajal najmanj 10 minut. V raziskavi NIJZ pod naslovom »Telesna dejavnost« Djomba (2014) ugotavlja, da se je delež odraslih, ki dosejajo smernice WHO za telesno dejavnost s celokupno telesno dejavnostjo, upoštevajoč starostno skupino od 25 do 64 let, v letih od 2001 do 2012 značilno povečal. Razlika je večja, če jo primerjamo med spoloma, pri ženskah se je povečala bolj. Redno in zadostno gibanje omogoča normalno hranjenje brez skrbi, da bi se zredili, še posebej, če je vadba vsakodnevna. Povečati porabo kalorij je, kot lahko sčasoma ugotovijo celo ljudje, ki se jim je gibanje sprva zdelo neprijetno mučenje, bolj prijetno in bolj zdravo kot hudo omejevanje hrane, ki lahko privede celo do podhranjenosti kljub povečani količini maščevja v telesu (Knap, n.d.).

Spodbuden podatek raziskave je, da se je motivacija za izvajanje gibalnih oz. športnih aktivnosti v času poteka delavnic povečevala. Motivacija je psihološki proces, ki spodbuja in usmerja naše vedenje. Učinki motivacije pa so lahko začasni. Oseba, ki je na primer v nekem trenutku motivirana za izvajanje določene dejavnosti, lahko kasneje svojo motivacijo izgubi in postane nedejavna (Petri & Govern, 2004 cited in Gorjan, 2015, p.2). Zelo je priporočljivo, da se udeleženci sami ali še boljše skupaj s svojimi partnerji po zaključku šole hujšanja vključijo v posamezna športna društva (npr. planinsko-pohodniška društva, tekaška društva, kolesarska društva), kjer so drug drugemu opora in motivacija za zdrav življenjski slog. Ihan (2004) poudarja, da ljudje, ki svojo energijo usmerjajo v telesno naprežanje, lažje premagujejo različne duševne obremenitve in pri tem znajo ustrezno ukrepati.

V raziskavi smo prepoznali tudi prehranske navade udeležencev na začetku in ob zaključku delavnice zdravega hujšanja. Rezultati raziskave glede spremembe izbora hrane ob zaključku delavnice vsaj kratkoročno kažejo na pozitivne vplive delavnice. Manj kvalitetno in manj priporočljivo hrano, kot npr. sendviče, hot doge, pizzo, burek oz. hamburger, gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov, zamrznjeno pripravljeno hrano



(pizza, lasagna, krompirček ...) ter alkoholne pijače so udeleženci redkeje ( $p = 0,018$ ) uživali po zaključku Šole zdravega hujšanja. Ob tem pa pogosteje ( $p = 0,01$ ) uživali svežo zelenjavo in sadje. V raziskavi NIJZ pod naslovom »Prehranjevanje« Hlastan Ribič in Kranjc (2014) od leta 2001 do 2012 ugotavljata padajoč statistični trend ( $p < 0,005$ ) uživanja sadja in zelenjave enkrat dnevno. Zdrava prehrana in telesna aktivnost sta stebra pri zdravljenju debelosti. Kakovost prehrane je mogoče izboljšati tako, da se zmanjša uživanje energijsko bogatih živil, kot so živila z visoko vsebnostjo maščob in sladkorjev, in se poveča uživanje vlaknin (Lau, et al., 2006). Zmotno je mišljenje, da lahko z omejevanjem količine zaužite hrane dolgoročno vzdržujemo telesno maso (Knap, n.d.). Hafner (2008) je v svoji raziskavi »Živimo zdravo«, ki je potekala na območju Žirov v letu 2008, ugotovila, da se je največ udeležencev pri spremembi iz nezdravega v bolj zdrav življenjski slog najpogosteje opredelilo za uživanje več sadja (72 %) in zelenjave (66 %), podobno kot v naši raziskavi.

Zdravstvena vzgojna delavnica nima samo pozitivnega učinka na spremembo izbora hrane, pač pa tudi na spremembo obrokov hrane. Raziskava je pokazala, da so ob koncu delavnice udeleženci pogosteje uživali zajtrk, redkeje pa so uživali popoldansko malico in priložnostni obrok (npr. ob gledanju TV). Dokazano je, da redno uživanje obrokov, še posebej zajtrka, lahko zniža tveganje za razvoj debelosti, predvsem prek mehanizma energijskega ravnotežja in delovanja metabolizma (Timlin & Periera, 2007 cited in Hlastan Ribič, et al., 2012, p. 43). V raziskavi NIJZ pod naslovom »Prehranjevanje« Hlastan Ribič in Kranjc (2014) ugotavljata, da od leta 2001 do 2008 narašča delež anketirancev, ki nikoli ne uživajo zajtrka, v letu 2012 pa se opaža pomemben upad deleža anketirancev, ki zajtrka nikoli ne uživajo.

Največ udeležencev naše raziskave je izrazilo, da jim je bilo vodilo kot pomoč pri spremembi prehranjevalnih navad v času delavnice predvsem lastna motivacija in športna dejavnost. Zelo malo udeležencev pa se je opredelilo za zdravstvene delavce. V raziskavi z naslovom »Motivacijski dejavniki posameznika pri vključevanju v delavnice Cindi« Anderle in Skela Savič (2011) ugotavljata, da so notranji motivacijski dejavniki pomembnejši kot motivacijski dejavniki iz okolja pri spreminjanju življenjskega sloga.

Iz raziskave je razvidno, da je na začetku Šole zdravega hujšanja dobra tretjina udeležencev jedla kljub občutku sitosti. Na koncu delavnice je bilo takih bistveno manj.

Poudariti je potrebno, da je kar precejšen del udeležencev že predhodno posegal po dietah. Malo manj kot polovica udeležencev je preizkusila več kot tri različne diete. Po nobeni dieti ni posegla približno tretjina udeležencev. Diete zmanjšujejo hitrost presnove, upada mišična masa, po zaključku diete je prisotna pridobitev vseh izgubljenih kilogramov, psihološko pa to pomeni trpinčenje zaradi neprestane lakote (APA, 2013). Mesarič (2014) pravi, da je človek sit šele, ko ima poln želodec, ki nikoli ne vpraša, kaj in koliko kalorij smo dali vanj. Zanj je pomembno, da je poln.

V raziskavi smo ugotavljali tudi čustvena (psihološka) stanja, ki so jih udeleženci povezovali s prehrabnimi navadami. V začetku Šole zdravega hujšanja je skoraj polovica udeležencev dvig telesne mase povezovala s čustvenimi razlogi. Ob zaključku pa jih je tako menilo bistveno manj. Rezultati raziskave prav tako kažejo na statistično razliko ( $p = 0,024$ ), kjer je manj udeležencev nepotrebno posegalo po hrani, ko so bili dobre volje in veseli. Razlik pa nismo zaznali pri doživljanju žalosti, napetosti, jeze, razočaranja, utrujenosti in zdlgočasnosti. Nenormalen način hranjenja je drugi najpogostejši vzrok za nastanek debelosti, ki se vzpostavi kljub številnim zaviralnim dejavnikom, ki vplivajo na vnos hrane. Običajno je povezan s psihološkimi vzroki (Potočnik, 2011).

Ne smemo pa spregledati dejstva, da tudi stres lahko vodi v tolažilne načine prehranjevanja (Buzeti, et al., 2011). V naši raziskavi je nekaj manj kot polovica udeležencev navajala, da so občasno pod stresom, kot vzrok pa so prepoznali obremenitev na delovnem mestu in slabe odnose s sodelavci, nekoliko manj pa probleme in slabe odnose v družini. Pri vsakem odzivu na stres se v našem telesu sproži vrsta biokemičnih sprememb na različnih ravneh, kar je posledica izločanja stresnih hormonov (adrenalin, noradrenalin, kortizol) (Skubic, et al., 2011). Šabovič in Mavri (2003) v svoji raziskavi potrjujeta, da raven kortizola vpliva na apetit in telesno maso in je pri debelih ljudeh pogosto zvečana.

Spodbuden podatek raziskave je, da omenjene probleme skoraj dve tretjini udeležencev, z nekaj truda, obvladuje. V raziskavi NIJZ pod naslovom »Negativni stres« Bajt in Jeriček Klanšek (2014) ugotavljata, da je približno četrtnina vprašanih stres doživljalo zelo pogosto oz. vsakodnevno, manj kot dvajsetina pa je imela težave z njegovim obvladovanjem. Naša raziskava kaže, da je več kot polovica udeležencev pričakovala

večjo spodbudo svojih najbližjih, kot so jo dejansko zaznali na koncu delavnice. Ugotovili smo, da v času obiskovanja šole hujšanja obstajajo statistično pomembne razlike ( $p = 0,034$ ) v podpori udeležencem s strani družine. Tivadar (2009) ugotavlja, da je pri hujšanju in vzdrževanju telesne mase pomembna tudi opora bližnjih. Udeleženci jo večinoma imajo, tisti, ki je nimajo, pa pravijo, da bi jim sicer koristila, a gre tudi brez nje. V primeru ko spremeni prehrano en član družine, se praviloma najprej pripravlja različne jedi samo zanj, sčasoma pa se preostali prilagodijo njegovemu prehranskemu režimu. Mesarič (2014) poudarja, da jim pri zdravem načinu prehranjevanja hrane ni treba pripravljati posebej. To je namreč hrana, ki je primerna za vse člane družine, seveda pa vsak potrebuje različno količino te hrane.

Z vidika subjektivne ocene zdravstvenega stanja v raziskavi ugotavljamo, da je na začetku delavnice polovica udeležencev menila, da je njihovo zdravstveno stanje srednje, in tretjina udeležencev, da je njihovo zdravstveno stanje dobro. Na koncu delavnice pa je dobra polovica udeležencev menila, da se je njihovo zdravje izboljšalo. Sklepamo, da se je skrb za zdravje povečala tudi na podlagi pridobljenih znanj, kar v raziskavi ugotavlja tudi Smolejeva (2013).

Na podlagi naših rezultatov je bilo na začetku programa malce manj kot polovica udeležencev, ki so kazali na verjetnost kompulzivnega prenajedanja. Ob koncu programa je bilo takih nekaj več kot ena tretjina. Ser nec (2010) v raziskavi ugotavlja, da od 70 % do 80 % debelih ljudi izpolnjuje kriterije za kompulzivno prenajedanje, razdelitev po spolu naj bi bila enakovredna. Svetovalnica za Motnje hranjenja Muza (2014) v svoji raziskavi ugotavlja, da ima kompulzivno motnjo 30–50 % oseb, ki so se udeležile njenih programov hujšanja.

Z vidika uspešnosti hujšanja (izgube 5–10 % telesne mase) pa nismo ugotovili statistično značilnih razlik v uspešnosti hujšanja med udeleženci, katerih znaki prehrabnih navad so kazali na možnost kompulzivnega prenajedanja, in tistimi, ki se ob koncu delavnice niso kompulzivno prenajedali.

Znake kompulzivnega prenajedanja smo določili na podlagi teorije, niso pa to vsi dejavniki, ki kažejo na kompulzivno prenajedanje, niti ni to preverjen instrument za ugotavljanje kompulzivnega prenajedanja. Rezultate je potrebno jemati z zadržkom.

Kljub omejitvam pa so rezultati zadovoljivi, saj nedvoumno kažejo, da so udeleženci ob koncu šole kazali manj znakov kompulzivnega prenajedanja kot ob njenem začetku.

Med predlogi sprememb v raziskavi je na zadnje odprto vprašanje »Kaj bi spremenili v Šoli zdravega hujšanja« največ udeležencev odgovorilo, da si želijo tedensko več ur telovadbe, da bi srečanja potekala skozi celo leto, nekateri pa so celo predlagali delavnico kuhanja oz. priprave zdrave prehrane.

Omejitev raziskave je bila pri ugotavljanju, kateri udeleženci spadajo med kompulzivne jedce. Diagnosticiranje kompulzivnega prenajedanja ne sodi v področje zdravstvene nege, tako da smo lahko ugotavljali le sum oz. znake, ki so povezani s kompulzivnim prenajedanjem. Podatki pa so za izvajalce šole hujšanja kljub temu pomembni, ker opozarjajo na možnost kompulzivnega prenajedanja udeležencev, usmerjajo izvajalce, da so na to pozorni in se po potrebi posvetujejo s strokovnjaki ter udeležence napotijo v ustreznejše programe. Vsekakor pa bi bilo smiselno delavnico kadrovsko okrepiti s psihologom. Oseba z znaki kompulzivnega prenajedanja bi tako imela boljše možnosti v spreminjanju življenjskega sloga tudi z vidika debelosti.

Raziskavo o učinkovitosti delavnice zdravega hujšanja glede na spremembe življenjskega sloga in zdrave prehrane bi v prihodnje veljalo razširili z vključitvijo družin oz. družinskih članov udeležencev. Pri tem bi bilo smiselno vključiti tudi delavnico priprave zdrave hrane, kjer bi si udeleženci skupaj z mentorjem sami pripravljali obroke. Tako bi celotna družina dobila potrebno znanje zdravega življenjskega sloga in bila v vsakdanjem življenju predvsem opora svojemu družinskemu članu s prekomerno telesno maso. Za nekatere bolj ogrožene ali bolne udeležence bi bilo smiselno podaljšanje udeležbe v programu. Pristop bi pomagal pri utrjevanju dolgoročnega zdravega načina življenja.

## 4 ZAKLJUČEK

Prehranjevanje predstavlja pomemben del življenja vsakega človeka. V težave, povezane s prehranjevanjem, se lahko zaplete skoraj vsak, saj so le redki, ki se nikoli ne prenaejo ali poskušajo vsaj malo shujšati. V Sloveniji od leta 2001 potekajo v okviru programa CINDI delavnice Zdrave prehrane in Šole zdravega hujšanja, ki so prilagojene skupinam odraslih s prekomerno telesno maso in debelostjo s katero so v veliki meri lahko povezane tudi motnje prehranjevanja.

V raziskavi ugotavljamo, da se v delavnice vključujejo udeleženci s slabimi prehrabnimi in gibalnimi navadami, ki pogosto živijo stresno. V Šoli zdravega hujšanja želijo nosilci programa udeležence opremiti z znanjem ter spodbuditi njihovo voljo za aktivno življenje, izboljšanje samopodobe in da dosežene spremembe ohranijo v svojem življenju. Pri tem si nekateri od njih povrnejo zdravje, njihovo življenje postane aktivno, začnejo ga na novo ceniti in povsem drugače živeti.

Vsaj pri eni tretjini oseb ugotavljamo znake, ki so značilni za kompulzivno prenajedanje. Težav udeležencev, ki se kompulzivno prenajedajo, ne more rešiti le izobraževanje in svetovanje o zdravem odnosu do hrane in telesa, pač pa celovit pristop, ki vključuje tudi psihološki vidik in timsko delo različnih strokovnjakov. V prihodnosti bi bilo potrebno dati večji poudarek izobraževanju medicinskih sester z omenjeno tematiko. Če je medicinska sestra prepričana vase, v svoje znanje o temi, ki jo predava, in v svoje sposobnosti, da prenese svoje informacije na udeležence v zdravstvenovzgojni delavnici, bo izdelala podobo, ki vliva poslušalcu zaupanje. Znala bo prepoznati znake kompulzivnega prenajedanja, pacientu pojasniti delovanje začaranega kroga prenajedanja in ga morebitno vključiti v nadaljnjo obravnavo pri ustreznem strokovnjaku.

Z gotovostjo lahko trdimo, da je Šola zdravega hujšanja pozitiven dejavnik pri uresničevanju cilja, pri katerem ni bil poudarek samo na izgubljanju kilogramov, ampak predvsem na gibanju in zdravem prehranjevanju, ki preprosto ne moreta biti ločena, ampak ju je treba kombinirati in uskladiti.

## 5 LITERATURA

Anderle, D. & Skela Savič, B., 2011. Motivacijski dejavniki posameznika pri vključevanju v delavnice Cindi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 31-8.

American Psychiatric Association (APA), 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: 5<sup>th</sup> ed. Arlington. APA; pp. 350-353.

Avberšek Lužnik, I., 2011. Vpliv genetskih in epigenetskih dejavnikov na razvoj debelosti. In: B. Skela Savič & K. Skinder Savič, eds. *Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 13. oktober 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, p. 57.

Bajt, M. & Jeriček Klanšek, H., 2014. Negativni stres. In: S. Tomšič, eds. *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije, pp. 78-85.

Bevc, T. & Pandel Mikuš, R., 2011. Evalvacija uspešnosti individualnega programa hujšanja. In: M. Lahe & A. Lovrenčič, eds. *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo 3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved. Maribor*. Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 283.

Bratman, S. & Knight, D., 2004. *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York; Broadway Books.

Bulik, C.M., Reba, L., Siega-Riz, A.M. & Reichborn-Kjennerud, T., 2005. *Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk*. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (Suppl), pp: S2-S9.

Buzeti, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gruntar Činč, M., Ivanuša, M., Pečar, J., Tomšič, S., Truden Dobrin, P. & Vrabič Krek, B., 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

CINDI Slovenija, 2008. [online] Available at: <http://www.cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/CHMS2008.pdf> [Accessed 26 October 2015].

CINDI Slovenija, 2015. [online] Available at: [http://cindi-slovenija.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=117&Itemid=62](http://cindi-slovenija.net/index.php?option=com_content&task=view&id=117&Itemid=62)  
[Accessed 20 June 2015].

Djomba, J.K., 2014. Telesna dejavnost. In: S. Tomšič, eds. *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije, pp. 56-62.

Golan, M. & Crow, S., 2004. *Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems*. Nutrition Reviews, 62 (1), pp. 39-50.

Gorjan, D., 2015. *Motiviranost dijakov za učenje naravoslovja: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Hafner, A. 2008. Na srečanje prišlo 300 udeležencev. In: B. Belović, E. Mesarić, T. Krajnc Nikolić, J. Jovanović & Z. Verban Buzeti, eds. *Zgodba o programu Živimo zdravo*. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo, p. 47.

Hafner, A. & Torkar, T., 2011. *Razumeti motnje hranjenja*. [pdf] Zavod za zdravstveno varstvo, Kranj. Available at: [http://www.zzv-kr.si/datoteke/KREPITEV\\_ZDR/MHzlozN.pdf](http://www.zzv-kr.si/datoteke/KREPITEV_ZDR/MHzlozN.pdf) [Accessed 5 July 2013].

Haslam, D.W. & James, W.P., 2005. Obesity. *Lancet*, 366 (9492), pp. 1197-209.

Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J., Kranjc, M. & Šerona, A., 2012. Prehranjevanje. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletelj Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 33-53.

Hlastan Ribič, C. & Kranjc, M., 2014. Prehranjevanje. In: S. Tomšič, eds. *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije, pp. 37-45.

Hus, L., 2007. *Piramida zdrave prehrane*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo Celje, p. 1.

Ihan, I., 2004. *Do odpornosti z glavo: (čustva, stres, imunost)*. Ljubljana: Mladinska knjiga, p. 23.

Kern, N., 2006. Delavnice zdravega hujšanja in njihova učinkovitost. In: J. Kersnik, H. Turk & A. Stepanović, eds. *VIII. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 20.–21. oktober 2006*. Ljubljana: Inštitut za družinsko medicino, pp. 105–16.

Knap, B. *Telesna vadba in ledvična bolezen*, n.d. [online] Available at: <http://www.zveza-dlbs.si/debelost.html> [Accessed 20 November 2014].

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010. [online] Available at: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=97901> [Accessed 10 Avgust 2015].

Kovač, A., 2011. *Kompulzivno prenašanje kot motnja hranjenja: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Krbavčič, A., 2011. Možnosti in omejitve zdravljenja debelosti z zdravili. In: I. Avberšek Lužnik, B. Skela Savič & K. Skinder Savič, eds. *Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 13. oktober 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, p. 43.

Kržišnik, S., 2013. *Uspešnost šole zdravega hujšanja z vidika spremembe prehranskih in gibalnih navad: diplomsko delo*. Jesenice. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, eds. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 2011*: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33–43.

Lah, M., 2013. *Poučevanje prehranskih vsebin z vidika različnih pristopov poučevanja: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Lang, T. & Rayner, G., 2005. *Obesity: a growing issue for European policy?* Journal of European social Policy, 15(4), pp. 301–27.



Lau, D.C., Douketis, J.D., Morrison, K.M., Hramiak, I.M. & Sharma, A.M., 2007. *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children summary*. Canadian Medical Association Journal , 176(8), pp. 1–13.

Leone, J.E., Sedory, E.J., Kimberly, A. & Gray, K.A., 2005. *Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders*. Journal of Athletic Training, 40(4), pp. 352–359.

Maučec Zakotnik, J., Koch, V., Pavšič, M. & Hrovatin, B., 2005. *Manj maščobe več sadja in zelenjave*. Ljubljana: CINDI Slovenija, p. 12.

Maučec Zakotnik, J., Hlastan Ribič, C., Poličnik, R., Pavčič, Štern, B. & Pokorn, D., 2005. *Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Mesarič, J., 2014. *V šoli zdravega hujšanja ne priznavajo diet*. [pdf] Dnevnik. Available at: <http://www.dnevnik.si/zdravje/arhiv/v-soli-zdravega-hujšanja-ne-priznavajo-diet> [Accessed 19 December 2014].

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2007. *Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Muza, n.d. *Svetovalnica za motnje hranjenja*. [online] Available at: [http://www.svetovalnicamuza.si/Kompulzivno\\_prenajedanje.html](http://www.svetovalnicamuza.si/Kompulzivno_prenajedanje.html) [Accessed 10 December 2014].

Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (NIJZ), 2015. Available at: [http://www.cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/trgovina/nijz\\_prehrana\\_gibanje-plakat-a3.pdf](http://www.cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/trgovina/nijz_prehrana_gibanje-plakat-a3.pdf) [Accessed 25 April 2015].

Potočnik, N., 2011. Patofiziologija debelosti. In: I. Avberšek Lužnik, B. Skela Savič, & K. Skinder Savič, eds. *Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 13. oktober 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, p. 52.

Pendl Žalek, M., 2004. *Aktivno življenje – zdravo življenje*. Maribor: Založba Rotis.

Pilar, T., 2015. *Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju in preventivi motenj hranjenja: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Povšnar, E., 2008. Delavnica zdravega hujšanja - prekomerna telesna teža ter debelost med motnjo prehranjevanja in motnjo hranjenja (pretiranim prenajedanjem). In: D. Petek & N. Kopčavar Guček, eds. *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj, Ljubljana, 23.-24. maj 2008*. Ljubljana, 23.-24. 5. 2008. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 135-9.

Povšnar, E., 2013. Čezmerna telesna teža in debelost – težava sodobnega človeka. In: J. Slak & J. Lavrinec, eds. *Prehrana sodobnega človeka med alternativo in stroko: zbornik predavanj. Ribno pri Bledu, 7. marec 2013*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp. 21-5.

Pušnik, E., 2007. *Uravnavanje telesne teže z gibanjem in prehrano – poti in stranpoti: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Reich, G. & Kroeger, S., 2009. *Motnje hranjenja: Ponovno odkrivanje zdrave prehrane*. Ptujška gora: In obs medicus, p. 13.

Rolfes, S.R., Pinna, K. & Whitney, E., 2009. *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. 8<sup>th</sup> ed. Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning, p. 283.

Sernec, K., 2010. Motnje hranjenja. In: Z. Klemenc-Ketiš & A. Stepanovič, eds. *XII. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 22.-23. oktober 2010*. Ljubljana: Inštitut za družinsko medicino, pp. 103-109.

Sernec, K., 2011. Dejavniki tveganja in vzroki za razvoj motenj hranjenja. In: A. Hafner, M. Copak & M. Kuhar, eds. *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, pp. 61-5.

Skubic, M. & Komerički, K. & Mivšek, A.P., 2011. Poporodno obdobje: stres in starševstvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(2), pp. 121-128.

Slapšak, A., 2011. Izzivi zdravstvenovzgojnih centrov v Zdravstvenem domu Ljubljana. In: A. Kvas, eds. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Zbornik prispevkov z*

recenzijo, Ljubljana, 2011: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 59–66.

Smolej, T., 2013. *Motivacijski dejavniki vključevanja v daljše delavnice programov svetovanja za zdravje: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Suwa Stanojević, M., 2010. *Prehrana in zdravje: Višješolski učbenik za študijski program Živilstvo in prehrana*. Ljubljana: Biotehniški izobraževalni center Ljubljana.

Strel, J., 2013. Želja po gibanju nastane v družini. [pdf] *Naša lekarna*, 08(77), pp. 63-7. Available at: <http://www.nasa-lekarna.si/uploads/media/NL77.pdf> [Accessed 26 December 2014].

Šabovič, M. & Mavri, A., 2003. Leptin in debelost – nevroendokrini, presnovni in eterogeni učinki leptina. [pdf] *Zdrav Vestn*, 72, pp. 19-23. Available at: [http://www.szd.si/user\\_files/vsebina/Zdravniski\\_Vestnik/vestnik/st3-1/19-23.pdf](http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st3-1/19-23.pdf) [Accessed 20 December 2014].

Šolc, S., 2013. Izobraževanje oseb z motnjami hranjenja – odnos do hrane in telesa. In: J. Slak & J. Lavrinec, eds. *Prehrana sodobnega človeka med alternativo in stroko: zbornik predavanj. Ribno pri Bledu, 7. marec 2013*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp. 5–11.

Štaleker Pleš, O., 2014. *Motnje hranjenja*. [pdf] Lekarna Ljubljana. Available at: <https://www.lekarna24ur.com/public/datoteke/Motnje-hranjenja.pdf> [Accessed 19 December 2014].

Štaudohar, I., 2014. *Grenka resnica o sladkorju*. [online] Available at: <http://www.delo.si/zgodbe/sobotnapriloga/grenka-resnica-o-sladkorju.html> [Accessed 19 December 2014].

Tivadar, B., 2009. Dolgoročno vzdrževanje zmanjšane čezmerne telesne teže: dejavniki, strategije in tehnike. In: M. Gabrijelčič Blenkuš, eds. *Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 169.

Velušček, I., 2004. Vloga medicinske sestre v procesu spreminjanja vedenja. In: R. Trampuž & T. Kofol, eds. *Poskrbimo za svoje zdravje: zbornik prispevkov. Ajdovščina, 22. maj 2004*. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, pp. 62–73.

Vovk, V., 2009. Programiranje zdravstvene vzgoje za odrasle – Program svetovanja za zdravje in delovanje zdravstveno vzgojnih centrov (2002–2008). In: S. Vrbovšek, N. Luznar & J. Maučec Zakotnik, eds. *Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primerne preventive srčno-žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 67.

Vrbovšek, S., 2011. Potencial vzpostavljene mreže zdravstvenovzgojnih centrov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. In: A. Kvas, eds. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 2011*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 47–57.

Wadden, T.A., eds. 2004. Dieting and the development of eating disorders in obese women: results of a randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80(3), pp. 560–8.

World Health Organization (WHO), 2008. *Waist Circumference and Waist–Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO), 2013. *Obesity and overweight*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [Accessed 19 December 2014].

World Health Organization (WHO), 2010. *Global recommendations on physical activity for health*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> [Accessed 7 May 2015].

Zaletelj-Kragelj, L., Pavčič, M., Koch, V. & Maučec–Zakotnik, J., 2004. Nezdavno prehranjevanje. In: L. Zaletelj-Kragelj, Z. Fras & J. Maučec–Zakotnik, eds. *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije*. Ljubljana: CINDI Slovenija, pp. 191–251.

Zurc, J., Torkar, T., Bahun, M. & Ramšak Pajk, J., 2010. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, B. Filej , K. Skinder Savić, M. Mežik Veber & K. Romih, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: Izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, p. 54.

Železnik U., 2012. *Samopodoba in samospoštovanje čezmerno prehranjenih slušateljev v šoli zdravega hujšanja: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

## 6 PRILOGE

### 6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK 1

Lepo pozdravljeni!

Moje ime je Nuša Hribar, sem študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Šola zdravega hujšanja z vidika motenj hranjenja in prehranjevanja. Vaši odgovori mi bodo pomagali pri izdelavi diplomskega dela. Anketni vprašalnik je anonimen. Podatki bodo služili izključno za izdelavo diplomskega dela, v katerem želim ovrednotiti učinkovitost šole zdravega hujšanja. Po zaključku šole zdravega hujšanja bi vas želela še enkrat na kratko anketirati o uspešnosti šole. Zato vas prosim, da v označeno polje vpišete SVOJ ROJSTNI DATUM. Na ta način bom lahko združila vaša dva anketna lista, anketa pa bo ostala anonimna. Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem.

Na vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred odgovorom, ki vam ustreza ali odgovor napišite na črto.

1. Datum rojstva: \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
2. Spol (obkrožite): M, Ž
3. Višina: \_\_\_\_\_ cm
4. Telesna masa: \_\_\_\_\_ kg
5. Število rojenih otrok (vpišejo samo ženske): \_\_\_\_\_
6. Izobrazba (končana šola):
  - a) Osnovna šola ali manj
  - b) Poklicna šola
  - c) Srednja šola
  - d) Višja, visoka ali univerzitetna izobrazba
  - e) Magisterij, doktorat
7. Socialni status
  - a) Zaposlen/a
  - b) Upokojen/a
  - c) Brezposeln/brezposelna
  - d) Študent/študentka

8. Kako pogosto v povprečnem tednu uživete naslednje jedi in pijače?  
(Za vsako živilo obkrožite ustrezno številko. 7 pomeni vsak dan, 8 večkrat dnevno).

Vrsta jedi	Kolikokrat na teden
Ocvrte jedi	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sendvič, hot dog, pizza, burek, hamburger	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov, zamrznjena pripravljena hrana (pizza, lasagna, krompirček ...) ipd.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Suhomesnati izdelki	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sveža zelenjava	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sveže sadje	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Alkoholne pijače	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Slaščice	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Aromatizirane gazirane (coca cola, fanta ...) in negazirane nealkoholne pijače (sladkana voda, sok ...)	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Mleko in mlečni izdelki	0 1 2 3 4 5 6 7 8
100 % naravni sokovi	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Perutnina	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Rdeče meso (goveje meso, svinjina, temni deli perutnine)	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Ribe in morski sadeži	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Krompir, riž, testenine	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Žita (kosmiči, muesli, kaše), kruh	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Stročnice	0 1 2 3 4 5 6 7 8

9. Kako pogosto v povprečnem tednu uživete naslednje obroke?  
(7 pomeni vsak dan)

Obrok	Kolikokrat na teden
Zajtrk	0 1 2 3 4 5 6 7
Kosilo	0 1 2 3 4 5 6 7
Popoldanska malica	0 1 2 3 4 5 6 7
Večerja	0 1 2 3 4 5 6 7
Priložnostni obrok (npr. ob gledanju televizije)	0 1 2 3 4 5 6 7

10. Ali se pri hranjenju soočate s sledečimi značilnostmi (možnih je več odgovorov)?
- Obrok pojem zelo hitro, hitreje od ostalih.
  - Po obroku imam občutek neudobne polnosti v želodcu.
  - Hrano uživam v samoti, da se ne bi osramotil/a s tem, koliko pojem.
  - Po hranjenju občutim gnus nad samim seboj, potrto in občutim krivdo zaradi prenajedanja.
  - Po dodatni hrani hrepenim tudi med obroki, tako podnevi kot ponoči.
  - Nič od tega.
11. Kako pogosto se ukvarjate s gibalnimi oz. športnimi aktivnostmi v prostem času?
- Ne ukvarjam se s športom, rekreacijo.
  - 1-krat do nekajkrat na leto.
  - 1- do 3-krat na mesec.
  - 1-krat na teden.
  - 2- do 3-krat na teden.
  - 4- do 6-krat na teden.
  - Vsak dan.
12. Kdo vas najbolj motivira za izvajanje gibalnih oz. športnih aktivnosti?  
(Možnih je več odgovorov.)
- Nihče.
  - Sam.
  - Družinski člani.
  - Prijatelji in znanci.
  - Medicinska sestra.
  - Zdravnik.
  - Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_
13. Kaj bi vam po vašem mnenju pomagalo pri spremembi slabih prehranjevalnih navad?
- Več volje, da bi se držal/a zdravega načina prehranjevanja.
  - Pomoč bližnje osebe, ki bi me kontrolirala.
  - Več gibanja, športne dejavnosti.
  - Spodbuda bližnje osebe.
  - Spodbuda zdravnika.
  - Spodbuda medicinske sestre.
  - Ne vem.
  - Nimam slabih prehranskih navad.



14. Ali jeste zato, ker ste (možnih je več odgovorov, s križcem označite polja, ki vam najbolj ustrezajo):

	nikoli	redko	včasih	pogosto	vedno
žalostni					
napeti					
jezni					
dobre volje, veseli					
z dolgotrajnimi					
razočarani					
utrujeni					
ne vem					

15. Ali menite, da je bil dvig telesne teže povezan s čustvenimi razlogi?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Ne vem.

16. Koliko različnih diet ste že preizkusili?

- a) Eno.
- b) Dve.
- c) Tri.
- d) Več kot tri.
- e) Nobene.

17. Kako pogosto še jeste kljub temu, da ste že siti?

- a) Redko.
- b) Pogosto.
- c) Pri vsakem obroku.
- d) Nikoli.

18. Katere vrste hrane jeste potem, ko ste že siti? (Možnih je več odgovorov.)

- a) Slaščice.
- b) Ogljikove hidrate (testenine, kruh ...).
- c) Hrano z veliko maščob (salama, sir ...).
- d) Sadje.
- e) Zelenjavo.
- f) Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_
- g) Ne jem, ko sem sit/a.

19. Ali ste bili kdaj zdravljeni zaradi odvisnosti od hrane oz. motenj hranjenja?
- Da.
  - Ne.
20. Kako pogosto se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom?
- Nikoli.
  - Zelo redko.
  - Občasno.
  - Pogosto.
  - Vsak dan.
21. Če se počutite pod stresom ali velikim pritiskom, kaj lahko navedete kot vzrok temu?  
(Prosimo, obkrožite vse odgovore, ki se nanašajo na vas. Možnih je več odgovorov.)
- Obremenitve na delovnem mestu.
  - Slabi odnosi med sodelavci.
  - Problemi v družini.
  - Slabi odnosi v družini.
  - Slabi materialni pogoji za življenje.
  - Osamljenost.
  - Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_
22. Kako obvladujete napetosti, strese in pritiske, ki jih doživljate v življenju?
- Zlahka jih obvladujem.
  - Z nekaj truda jih obvladujem.
  - Z večjim naporom jih obvladujem.
  - S hudimi težavami jih še obvladujem.
  - Ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno.
23. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?
- Zelo dobro.
  - Dobro.
  - Srednje.
  - Slabo.
  - Zelo slabo.
24. Kako skrbite za svoje zdravje?
- Zelo.
  - Kar dobro.
  - Bolj malo, premalo.
  - Skoraj nič.
  - Ne vem, kaj bi rekel.

25. Kdo vas je napotil v šolo zdravega hujšanja?
- a) Zdravnik.
  - b) Medicinska sestra.
  - a) Drug zdravstveni delavec.
  - b) Družinski član.
  - c) Prijatelj.
  - d) Sam/Sama.
  - e) Drug (dopišite): \_\_\_\_\_
26. Ali vam bo družina nudila podporo v času vašega sodelovanja v šoli zdravega hujšanja? (Izpolnite, če ne živite sami.)
- a) Da.
  - b) Delno.
  - c) Ne.
  - d) Nimam družine oz. nimam stikov s sorodniki, živim sam/a.
27. Kako se bo družina prehranjevala v času vašega sodelovanja v šoli zdravega hujšanja? (Izpolnite, če ne živite sami.)
- a) Tako kot prej oz. brez sprememb.
  - b) Prilagajala se bo moji predvideni spremembi v prehrani.
  - c) Jedli bodo, ko me ne bo zraven.
28. Kako vas bo družina motivirala med vašim sodelovanjem v šoli zdravega hujšanja? (Možnih je več odgovorov. Izpolnite, če ne živite sami.)
- a) Spodbujala h gibalnim, športnim aktivnostim.
  - b) Pogovori o zdravem načinu življenja.
  - c) Brez sprememb.
  - d) Spodbujali me bodo k manjšim obrokom hrane.
  - e) Pridružili se mi bodo v načrtovanih spremembah.
29. Dopišite osebo, za katero predvidevate, da vas bo v družini
- a) najbolj podprl/a: \_\_\_\_\_
  - b) najmanj podprl/a: \_\_\_\_\_
30. Kaj pričakujete od šole zdravega hujšanja? (Prosim, napišite.)

---

---

---

---

Najlepša hvala za vaš trud.

## 6.2 ANKETNI VPRAŠALNIK 2

Lepo pozdravljeni!

Moje ime je Nuša Hribar, sem študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Šola zdravega hujšanja z vidika motenj hranjenja in prehranjevanja. Vaši odgovori mi bodo pomagali pri izdelavi diplomskega dela. Anketni vprašalnik je anonimen. Podatki bodo služili izključno za izdelavo diplomskega dela, v katerem želim ovrednotiti učinkovitost šole zdravega hujšanja. En anketni vprašalnik ste že izpolnili ob začetku šole. Ob njenem zaključku bi vas želela še enkrat na kratko anketirati o uspešnosti šole. Zato vas prosim, da v označeno polje vpišete SVOJ ROJSTNI DATUM. Na ta način bom lahko združila vaša dva anketna lista, anketa pa bo ostala anonimna. Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem.

Na vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred odgovorom, ki vam ustreza ali odgovor napišite na črto.

1. Datum rojstva: \_\_\_ \_\_ . \_\_\_ \_\_ . \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_
2. Spol (obkrožite): M, Ž
3. Višina: \_\_\_\_\_ cm
4. Trenutna telesna masa: \_\_\_\_\_ kg
5. Število rojenih otrok (vpišejo samo ženske): \_\_\_\_\_
6. Izobrazba (končana šola):
  - a) Osnovna šola ali manj
  - b) Poklicna šola
  - c) Srednja šola
  - d) Višja, visoka ali univerzitetna izobrazba
  - e) Magisterij, doktorat
7. Socialni status
  - a) Zaposlen/a
  - b) Upokojen/a
  - c) Brezposeln/brezposelna
  - d) Študent/študentka

8. Kako pogosto v povprečnem tednu uživate naslednje jedi in pijače?

(Za vsako živilo obkrožite ustrezno številko. 0 pomeni nikoli, 1 pomeni enkrat na teden, 2 pomeni dva krat na teden ... 7 pomeni vsak dan, 8 večkrat dnevno.)

Vrsta jedi	Kolikokrat na teden
Ocvrte jedi	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sendvič, hot dog, pizza, burek, hamburger	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov, zamrznjena pripravljena hrana (pizza, lasagna, krompirček ...) ipd.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Suhomesnati izdelki	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sveža zelenjava	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sveže sadje	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Alkoholne pijače	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Slaščice	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Aromatizirane gazirane (coca cola, fanta ...) in negazirane nealkoholne pijače (sladkana voda, sok ...)	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Mleko in mlečni izdelki	0 1 2 3 4 5 6 7 8
100 % naravni sokovi	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Perutnina	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Rdeče meso (goveje meso, svinjina, temni deli perutnine)	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Ribe in morski sadeži	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Krompir, riž, testenine	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Žita (kosmiči, muesli, kaše), kruh	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Stročnice	0 1 2 3 4 5 6 7 8

9. Kako pogosto v povprečnem tednu uživate naslednje obroke?

(Obkrožite ustrezno številko. 0 pomeni nikoli, 1 pomeni enkrat na teden, 2 pomeni dva krat na teden ... 7 pomeni vsak dan.)

Obrok	Kolikokrat na teden
Zajtrk	0 1 2 3 4 5 6 7
Kosilo	0 1 2 3 4 5 6 7
Popoldanska malica	0 1 2 3 4 5 6 7
Večerja	0 1 2 3 4 5 6 7
Priložnostni obrok (npr. ob gledanju televizije)	0 1 2 3 4 5 6 7

10. Ali se pri hranjenju soočate s sledečimi značilnostmi?  
(Možnih je več odgovorov.)
- a) Obrok pojem zelo hitro, hitreje od ostalih.
  - b) Po obroku imam občutek neudobne polnosti v želodcu.
  - c) Hrano uživam v samoti, da se ne bi osramotil/a s tem, koliko pojem.
  - d) Po hranjenju občutim gnus nad samim seboj, potrptost in občutim krivdo zaradi prenajedanja.
  - e) Po dodatni hrani hrepenim tudi med obroki, tako podnevi kot ponoči.
  - f) Nič od tega.
11. Kako pogosto se ukvarjate s gibalnimi oz. športnimi aktivnostmi v prostem času?
- a) Ne ukvarjam se s športom, rekreacijo.
  - b) 1-krat do nekajkrat na leto.
  - c) 1- do 3-krat na mesec.
  - d) 1-krat na teden.
  - e) 2- do 3-krat na teden.
  - f) 4- do 6-krat na teden.
  - g) Vsak dan.
12. Kdo vas najbolj motivira za izvajanje gibalnih oz. športnih aktivnosti?  
(Možnih je več odgovorov.)
- a) Nihče.
  - b) Sam.
  - c) Družinski člani.
  - d) Prijatelji in znanci.
  - e) Medicinska sestra.
  - f) Zdravnik.
  - g) Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_
13. Kaj bi vam po vašem mnenju pomagalo pri spremembi slabih prehranjevalnih navad?
- a) Več volje, da bi se držal/a zdravega načina prehranjevanja.
  - b) Pomoč bližnje osebe, ki bi me kontrolirala.
  - c) Več gibanja, športne dejavnosti.
  - d) Spodbuda bližnje osebe.
  - e) Spodbuda zdravnika.
  - f) Spodbuda medicinske sestre.
  - g) Ne vem.
  - h) Nimam slabih prehranskih navad.

14. Ali jeste zato, ker ste (Možnih je več odgovorov, s križcem označite polja, ki vam najbolj ustrezajo.):

	nikoli	redko	včasih	pogosto	vedno
žalostni					
napeti					
jezni					
dobre volje, veseli					
zdolgočaseni					
razočarani					
utrujeni					
ne vem					

15. Ali menite, da je bil dvig telesne teže povezan s čustvenimi razlogi?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Ne vem.

16. Kako pogosto še jeste kljub temu, da ste že siti?

- a) Redko.
- b) Pogosto.
- c) Pri vsakem obroku.
- d) Nikoli.

17. Katere vrste hrane jeste potem, ko ste že siti? (Možnih je več odgovorov.)

- a) Slaščice.
- b) Ogljikove hidrate (testenine, kruh ...).
- c) Hrano z veliko maščob (salama, sir ...).
- d) Sadje.
- e) Zelenjavo.
- f) Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_
- g) Ne jem, ko sem sit/a.

18. Kako pogosto se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom?

- a) Nikoli.
- b) Zelo redko.
- c) Občasno.
- d) Pogosto.
- e) Vsak dan.

19. Če se počutite pod stresom ali velikim pritiskom, kaj lahko navedete kot vzrok temu?  
(Prosimo, obkrožite vse odgovore, ki se nanašajo na vas. Možnih je več odgovorov.)
- a) Obremenitve na delovnem mestu.
  - b) Slabi odnosi med sodelavci.
  - c) Problemi v družini.
  - d) Slabi odnosi v družini.
  - e) Slabi materialni pogoji za življenje.
  - f) Osamljenost.
  - g) Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_
20. Kako obvladujete napetosti, strese in pritiske, ki jih doživljate v življenju?
- a) Zlahka jih obvladujem.
  - b) Z nekaj truda jih obvladujem.
  - c) Z večjim naporom jih obvladujem.
  - d) S hudimi težavami jih še obvladujem.
  - e) Ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno.
21. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?
- a) Zelo dobro.
  - b) Dobro.
  - c) Srednje.
  - d) Slabo.
  - e) Zelo slabo.
22. Kako skrbite za svoje zdravje?
- a) Zelo.
  - b) Kar dobro.
  - c) Bolj malo, premalo.
  - d) Skoraj nič.
  - e) Ne vem, kaj bi rekel.
23. Ali vam je družina nudila podporo v času vašega sodelovanja v šoli zdravega hujšanja? (Izpolnite, če ne živite sami.)
- a) Da.
  - b) Delno.
  - c) Ne.
  - d) Nimam družine oz. nimam stikov s sorodniki, živim sam/a.
24. Kako se je družina prehranjevala v času vašega sodelovanja v šoli zdravega hujšanja?  
(Izpolnite, če ne živite sami.)
- a) Tako kot prej oz. brez sprememb.
  - b) Prilagajala se je moji predvideni spremembi v prehrani.
  - c) Jedli so, ko me ni bilo zraven.



25. Kako vas je družina motivirala med vašim sodelovanjem v šoli zdravega hujšanja?

(Možnih je več odgovorov. Izpolnite, če ne živite sami.)

- a) S spodbujanjem h gibalnim, športnim aktivnostim.
- b) S pogovori o zdravem načinu življenja.
- c) Brez sprememb.
- d) S spodbujanjem k manjšim obrokom hrane.
- e) Pridružili so se mi pri načrtovanih spremembah.

26. Dopišite osebo, ki vas je v družini

- a) najbolj podprl/a: \_\_\_\_\_
- b) najmanj podprl/a: \_\_\_\_\_

27. Ali ste s pomočjo šole zdravega hujšanja dosegli svoj cilj?

- a) Da.
- b) Delno.
- c) Ne.

28. Kaj bi spremenili glede šole zdravega hujšanja?

(Prosim, napišite.)

---

---

---

---

Najlepša hvala za vaš trud.

### 6.3 TABELA: DEMOGRAFSKA STRUKTURA UDELEŽENCEV ŠOLE ZDRAVEGA HUJŠANJA

Tabela 24: Demografska struktura udeležencev Šole zdravega hujšanja

		Vsi udeleženci		Izpolnili oba vprašalnika	
		N	%	N	%
<b>Spol</b>	Moški	10	14,7 %	7	16,3 %
	Ženski	58	85,3 %	36	83,7 %
	Skupaj	68	100,0 %	43	100,0 %
<b>Izobrazba</b>	Osnovna šola ali manj	9	13,2 %	5	11,6 %
	Poklicna šola	13	19,1 %	8	18,6 %
	Srednja šola	26	38,2 %	17	39,5 %
	Višja, visoka ali univerzitetna izobrazba	19	27,9 %	12	27,9 %
	Magisterij, doktorat	1	1,5 %	1	2,3 %
<b>Socialni status</b>	Zaposlen	32	47,1 %	19	44,2%
	Upokojen	28	41,2 %	20	46,5 %
	Brezposeln	8	11,8 %	4	9,3 %
<b>Število rojenih otrok</b>	0	4	5,9 %	2	4,7 %
	1	13	19,1 %	9	20,9 %
	2	28	41,2 %	18	41,9 %
	3	12	17,6 %	6	14,0 %
	4	1	1,5 %	1	2,3 %
	Moški (niso odgovarjali)	10	14,7 %	7	16,3 %

N – število odgovorov, % – odstotek

## 6.4 TABELA: STAROST ANKETIRANIH UDELEŽENCEV ŠOLE ZDRAVEGA HUJŠANJA

Tabela 25: Starost anketiranih udeležencev Šole zdravega hujšanja

Starost	Vsi udeleženci	Izpolnili oba vprašalnika
N	68	43
Povprečje	54	54
Minimum	29	33
Maksimum	74	74