



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI
PREPOZNAVANJU IN PREVENTIVI
MOTENJ HRANJENJA**

**NURSES' ROLE IN EATING DISORDERS
IDENTIFICATION AND PREVENTION**

Mentorica: Tanja Torkar, pred.

Kandidatka: Tadeja Pilar

Somentorica: doc. dr. Joca Zurec

Jesenice, januar 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Tanji Torkar, pred. in somentorici doc. dr. Joci Zurc za strokovno pomoč in spodbudo pri pripravi diplomskega dela.

Zahvala velja tudi doc. dr. Emilu Benediku in mag. Katji Skinder Savič, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Iskreno se zahvaljujem možu Tadeju za podporo in motivacijo pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Pogostost motenj hranjenja nenehno narašča. Zgodnje prepoznavanje in preventiva sta ključnega pomena za zmanjševanje problema motenj hranjenja.

Cilj: Ugotoviti vlogo medicinske sestre pri prepoznavanju motenj hranjenja, izvajanju preventive in izobraženosti na tem področju z vidika izobrazbe in delovne dobe.

Metoda: Diplomsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za pridobitev podatkov smo uporabili strukturirani vprašalnik, ki smo ga sestavili sami na podlagi pregleda tuje literature in je vseboval pet tematskih sklopov. Zanesljivost merskega instrumenta je znašala od 0,900 do 0,926. Anketiranje je potekalo v treh krogih od junija do septembra 2013. Vprašalnik je izpolnilo 60 diplomiranih in 60 srednjih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske. Vzorčenje je bilo neslučajnostno namensko. Realizacija vzorca je bila 75 %. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami z različno izobrazbo in delovno dobo smo uporabili hi-kvadrat test in t-test za neodvisne vzorce.

Rezultati: Anketirane medicinske sestre ocenjujejo, da znajo srednje dobro prepoznati osebo z motnjami hranjenja (PV = 3,53) in se manj strinjajo, da so dovolj seznanjene z problemom motenj hranjenja (PV = 2,71), zlasti diplomirane medicinske sestre (PV = 2,50, $p = 0,005$). Anketirane medicinske sestre se manj strinjajo, da dobro izvajajo preventivno delo s področja motenj hranjenja (PV = 2,38), zlasti medicinske sestre z daljšo delovno dobo (PV = 2,17, $p = 0,042$) in srednje medicinske sestre (PV = 2,23, $p < 0,001$). Anketirane medicinske sestre se ne strinjajo, da so bile s področja preventive motenj hranjenja deležne dovolj izobraževanj (PV = 1,98), zlasti diplomirane medicinske sestre ($p = 0,015$) in medicinske sestre s krajšo delovno dobo ($p = 0,005$).

Razprava: Ugotovili smo, da so medicinske sestre mnenja, da znajo srednje dobro prepoznati osebo z motnjami hranjenja in da preventivnega dela ne izvajajo. Manjše prepoznavanje je pri srednjih medicinskih sestrah in pri medicinskih sestrah z daljšo delovno dobo. V prihodnje bi bilo potrebno nadgraditi znanje medicinskih sester z dodatnimi izobraževanji.

Ključne besede: motnje hranjenja, zdravstvena nega, promocija zdravja.

SUMMARY

Background: The frequency of eating disorders is constantly increasing. Early identification and prevention are pivotal to reducing the problem of eating disorders.

Aims: The aim of the thesis was to determine the role of nurses in the identification and prevention of eating disorders, depending on their level of education and period of employment.

Methods: Non-experimental quantitative method of empirical research was employed. Data was obtained using a structured questionnaire designed on the basis of foreign literature review. The questionnaire consisted of five thematic sets. Instrument reliability ranged between 0.900 and 0.926. The survey was conducted in three rounds from June to September 2013. Respondents included 60 RNs and 60 assistant nurses employed in primary health care centers of Gorenjska region. The nonprobability sampling technique was used and the response rate was 75%. Chi-square test and t-test for independent samples were used to determine statistically significant differences between nurses with different levels of education and periods of employment.

Results: Respondents estimated that they know how to recognize a person suffering from eating disorders relatively well ($M=3.53$) and expressed low agreement with the statement that they are sufficiently familiar with the problem of eating disorders ($M=2.71$), especially RNs ($M=2.50$, $p=0.005$). Also, the respondents expressed low agreement with the statement that their preventive work concerning eating disorders is conducted well ($M=2.38$), especially nurses with a longer period of employment ($M=2.17$, $p=0.042$) and assistant nurses ($M=2.23$, $p<0.001$). Respondents did not agree with the statement that they received enough training in the field of prevention of eating disorders ($M=1.98$), especially RNs ($p=0.015$) and nurses with a shorter period of employment ($p=0.005$).

Discussion: Research results have shown that nurses believe they know how to identify a person with eating disorders fairly well and that they do not perform prevention in this field. Assistant nurses and those with a longer period of employment were weaker in identification. Nurses' knowledge and skills would have to be expanded with additional training.

Key words: eating disorders, nursing, health promotion.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 MOTNJE HRANJENJA	2
2.1.1 Dejavniki, ki so povezani s pojavom motenj hranjenja	2
2.2 PREPOZNAVANJE MOTENJ HRAJENJA	7
2.2.1 Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju motenj hranjenja.....	8
2.2.2 Vloga medicinske sestre pri zdravljenju motenj hranjenja	11
2.3 PREVENTIVA MOTENJ HRANJENJA	12
2.3.1 Primarna preventiva	13
2.3.2 Sekundarna preventiva	14
2.3.3 Terciarna preventiva.....	15
2.3.4 Vloga medicinske sestre pri preventivi motenj hranjenja	15
3 EMPIRIČNI DEL	17
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	17
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	18
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	18
3.3.2 Opis merskega instrumenta	18
3.3.3 Opis vzorca.....	20
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	21
3.4.1 Prepoznavanju motenj hranjenja s strani medicinskih sester	22
3.4.2 Udeležnost medicinskih sester na izobraževanjih na temo motenj hranjenja	34
4 ZAKLJUČEK	40
5 LITERATURA	41
6 PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta:	20
Tabela 2: Mnenje medicinskih sester o prepoznavanju motenj hranjenja ter razlike glede na izobrazbo in delovno dobo.....	22
Tabela 3: Dejavniki, ki so po mnenju medicinskih sester povezani z zmožnostjo prepoznavanja motenj hranjenja.....	24
Tabela 4: Znanje medicinskih sester s področja motenj hranjenja.....	25
Tabela 5: Dosežene ocene medicinskih sester pri testu znanja glede na izobrazbo in delovno dobo	28
Tabela 6: Mnenje medicinskih sester o izvajanju preventive motenj hranjenja ter o ovirah za njeno izvajanje	28
Tabela 7: Načini izvajanje preventive motenj hranjenja s strani medicinskih sester	31
Tabela 8: Izvajanje preventive motenj hranjenja s strani medicinskih sester.....	32
Tabela 9: Mnenje medicinskih sester o udeležnosti na izobraževanjih o motnjah hranjenja	34

1 UVOD

Prehranjevanje je bistveni del življenja. Vsi se moramo redno prehranjevati, da svojemu telesu zagotovimo hrano, ki jo potrebuje (Middleton, Smith, 2012). Osnovni namen hranjenja je nahraniti telo in ob tem uživati. Človek naj bi jedel, ko je lačen in nehal jesti, ko je sit. Težave s hranjenjem nastanejo šele takrat, ko hrana izgubi svoj prvotni pomen. To se kaže kot izguba nadzora nad lastnim hranjenjem ali pretiran nadzor nad količino in vrsto hrane. Motnje hranjenja obravnavamo kot bolezen šele zadnjih petdeset let, čeprav so bili že prej v zgodovini znani opisi bolezni, ki jih uvrščamo med motnje hranjenja. Šele leta 1980 so začeli motnje hranjenja obravnavati kot duševne motnje. Zanimanje psihiatrične stroke in laične javnosti za motnje hranjenja intenzivneje narašča zadnjih petnajst let (Šolc, 2004).

Pogostost motenj hranjenja nenehno narašča in vsak primer motnje hranjenja pomeni, da obstaja nekdo, ki mu je prehranjevanje postalo bojno polje, tako prepleteno z njegovimi čustvi in življenjem, da ne more več jasno misliti. Motnja hranjenja je bitka, v katero so vpleteni vsi v bolnikovi okolici. Zgodnje preprečevanje in odkrivanje, celotno strokovno delovanje na različnih ravneh in podpora pri ponovnem vključevanju v vsakdanje življenje, so ključni do uspeha (Middleton, Smith, 2012). Posamezniki z motnjami hranjenja so običajno najprej opaženi od njihovih sorodnikov ali od zdravstvenega osebja, ki dela v primarnem varstvu. Primarna zdravstvena oskrba je morda najprimernejša za pregled in posredovanje pri posamezniku z motnjo hranjenja (Linville et al., 2010). V začetni fazi motenj hranjenja ima medicinska sestra poglavitno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu in pomoči pri vzpostavljanju zdravih prehranjevalnih navad pri osebah, ki se nezdravo prehranjujejo (Šolc, 2004).

Diplomsko delo bo obravnavalo delovanje medicinskih sester na področju prepoznavanja in preventive motenj hranjenja. Raziskovalni namen empirične raziskave je ugotoviti, kakšno vlogo imajo medicinske sestre z različno stopnjo izobrazbe in z različno dolgo delovno dobo pri prepoznavanju in preventivi motenj hranjenja.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 MOTNJE HRANJENJA

Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, izraža svoje čustvene težave s spreminjanjem odnosa do hrane in hranjenja. Motnje hranjenja so opredeljene kot bolezni od druge polovice prejšnjega stoletja in jih uvrščamo med duševne motnje. Med duševne motnje pa sodijo zato, ker so vzroki za njihov nastanek različne čustvene stiske, čeprav se navzven lahko kažejo s telesnimi znaki. Prenajedanje, bruhanje, stradanje, zloraba odvajal in diuretikov ter pretirana gibalna aktivnost so torej le zunanji znaki motenj hranjenja (Serneck, 2011).

2.1.1 Dejavniki, ki so povezani s pojavom motenj hranjenja

Strokovnjaki so si enotni v prepričanju, da so motnje hranjenja kompleksen pojav, nastanka katerih ne moremo razložiti z vplivom le enega, najbolj izstopajočega dejavnika. Za osebe z motnjami hranjenja je značilen vztrajajoč vzorec osebnostnih lastnosti, ki je prisoten pred in med simptomatiko in po njej. Za motnje hranjenja so značilni perfekcionizem, obsesija in impulzivnost. Perfekcionizem je pomemben dejavnik tveganja pri razvoju motenj hranjenja, pokazalo se je celo, da lastnost ne izgine po ozdravitvi in vzpostavitvi ustrezne telesne teže (Copak, 2011). Copak (2011) nadalje navaja, da je s perfekcionizmom tesno povezana obsesija. Obsesivno kompulzivne lastnosti v otroštvu so se pokazale kot pomemben dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja. Pri osebah z anoreksijo nervozo so raziskave poleg naštetih lastnosti ugotovljale še socialno zavrtost, emocionalno zadržanost in ustrežljivost.

Nizko samospoštovanje je najverjetneje eden od najbolj navzočih dejavnikov tveganja pri osebah z motnjami hranjenja. Z nizkim samospoštovanjem pa je tesno povezana negotova in nejasno oblikovana samopodoba (Copak, 2011). Samospoštovanje je

namreč nizko zaradi motenega doživljanja telesne podobe oziroma samopodobe (Fetić, 2010). Neugodne življenjske izkušnje (npr. spolna, fizična in emocionalna zloraba) vplivajo na razvoj samospoštovanja ter posledično onemogočajo razvoj pozitivne, stabilne samopodobe (Copak, 2011).

Osebe z motnjami hranjenja izražajo določene kognitivne odklone kot so rigidne in obsesivne misli, motnje spomina in pozornosti zaradi zoženega fokusa na hrano, telesno težo in obliko ter prevladujoči način miselnih distorzij (razmišljanje »vse ali nič« in črno-belo mišljenje). Eden izmed pomembnih faktorjev, ki naj bi bil povezan z razvojem motenj hranjenja je tudi neustrezno zaznavanje lastne telesne sheme (ibid.). Avtor nadalje navaja, da podatki kažejo, da je okoli 30 odstotkov oseb z motnjami hranjenja poročalo o različnih oblikah neželenih spolnih izkušenj v otroštvu.

Sernec (2011) opisuje družinske dejavnike tveganja, med katere uvrščamo kronične telesne in duševne bolezni staršev, nefunkcionalen partnerski odnos, nefunkcionalen odnos med starši in otrokom, pogoste diete v družini (predvsem mati), duševno, telesno, spolno zlorabo ter nekompatibilnost med otroki in starši. Podobno opisujejo tudi Linville s sodelavci (2011), ki navajajo, da neposredna sporočila od staršev igrajo pomembno vlogo pri razvoju motenj hranjenja. Negativne pripombe, zlasti s strani matere, spodbudijo njihove hčerke, da pričnejo hujšati s pomočjo nezdrave prehrane. Tudi negativne pripombe očetov vodijo v nezdrave prehranjevalne navade. Avtorji nadalje opisujejo, kako pomembna je starševska podpora, saj z njo vplivajo na otrokovo vedenje. Primanjkljaj podpore pripelje do povečanega telesnega nezadovoljstva med mladostnicami.

Tudi vrstniki vplivajo na razvoj telesne podobe mladostnic. V srednji in pozni adolescenci najstniki zaznavajo pritisk biti suh in imeti prijatelje. Ta pritisk pa še bolj povečuje željo po vitkem telesu, posledično pa naraščajo tudi slabe prehranjevalne navade (Linville et al., 2011).

Avtorica Šolc (2004) izpostavlja še socio-kulturne dejavnike tveganja, kot so vpliv medijev – ideal lepote (biti suh), spremenjeno vlogo žensk (mora biti zaposlena in

hkrati izpolnjevati vse tradicionalne naloge ženske) ter biološko – genske dejavnike tveganja, med katere uvršča prekomerno telesno težo ob rojstvu in v otroštvu ter specifične osebnostne poteze.

Calado s sodelavci (2010) je s svojo raziskavo želel ugotoviti povezavo med slabimi prehranjevalnimi navadami in izpostavljenostjo množičnim medijem. Ugotovili so, da so najstniki z motenimi prehranjevalnimi navadami preveč izpostavljeni televizijskim programom in revijam, ki se nanašajo na telesno samopodobo, zlasti televizijskim programom z glasbenimi videospoti.

Martínez-González s sodelavci (2003) je v svoji raziskavi ugotovil, da tveganje za pojav motenj hranjenja predstavlja branje najstniških revij, poslušanje radija in pa navada, da ješ sam. Slednjo omenjajo tudi kot opozorilni znak motenj hranjenja.

2.1.2 Vrste motenj hranjenja

Motnje hranjenja delimo na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in kompulzivno prenašanje (Eivors, Nesbitt, 2007). Med motnje hranjenja pa uvrščamo še nove oblike ortoksijo nervozo in bigoreksijo nervozo. Različne oblike motenj hranjenja se večkrat prepletajo med seboj in prehajajo iz ene v drugo obliko (Hafner, 2010).

Pri anoreksiji nervozi gre za motnjo, pri kateri je značilno, da obolela oseba ni sposobna vzdrževati niti minimalne ustrezne telesne teže (Topolovec, Repič Harl, 2005). Telesna teža je najmanj 15 odstotkov nižja od pričakovane v določeni starostni skupini oziroma je indeks telesne mase nižji od 17,5 kg/m². Bolniki jedo omejeno in se izogibajo jedem z veliko kalorijami. Ker želijo shujšati, bruhamo, jemljejo odvajala, sredstva za izločanje vode ali sredstva za zmanjševanje teka. Poleg tega se pretirano ukvarjajo s športom. Pogosto se lotevajo več ukrepov hkrati (Reich, Kroger, 2009). Značilno za to obliko motenj hranjenja je majhna telesna masa, izguba menstrualnega ciklusa pri ženskah, pri moških in ženskah pa odsotnost libida, strah pred dvigom telesne mase in izkrivljena podoba lastnega telesa (Šolc, 2004). V primerih, ko se anoreksija pojavi že pred puberteto, se nadaljnji telesni razvoj ustavi. Bolniki zanikajo posledice bolezni ter slabo

telesno in duševno stanje – v večini primerov ne priznajo, da so bolni. Anoreksija se praviloma začne med 14. in 18. letom, včasih tudi kasneje, redko pa prej (Reich, Kroger, 2009). Anoreksijo nervozo delimo na dva podtipa. Prvi tip je restriktivna oblika anoreksije nervoze, pri kateri osebe vzdržujejo nizko telesno težo predvsem z odklanjanjem hrane. Običajno je izguba telesne teže posledica odklanjanja vseh vrst hrane, včasih pa le ogljikovih hidratov in druge hrane, za katero menijo, da je visoko kalorična. Drugi tip pa je purgativna oblika anoreksije nervoze, kjer osebe za sredstvo za vzdrževanje nizke telesne teže uporabljajo predvsem bruhanje, odvajala, diuretike ali/in pretirano gibalno aktivnost (Ser nec, 2011).

Glavna značilnost bulimije nervoze je pretirano hranjenje, kateremu sledi obdobje stradanja in/ali pretirane telesne dejavnosti (osebe torej ne bruhamo) (Šolc, 2004). Osebe z bulimijo nervozo imajo večinoma ustrezno (indeks telesne mase: 20-25) ali nekoliko povečano telesno težo (indeks telesne mase: 25-30). Med prenejedanjem oseba z bulimijo nervozo poje bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana je visoko kalorična, sestavljena predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob. Opisana oseba se svojega prenejedanja 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 (Ser nec, 2011). Bulimija nervoze se običajno prične na prehodu iz adolescence v odraslo dobo (Topolovec, Repič Harl, 2005). Delimo jo na dva podtipa. Prvi je purgativna oblika, kjer prenejedanju sprva sledi hoteno izzvano bruhanje, kasneje pa se bruhanje sproži refleksno. Drugi tip je nepurgativna oblika bulimije nervoze, pri kateri prenejedanju sledijo različni vedenjski vzorci, s katerimi je omogočeno vzdrževanje ustrezne telesne teže: uporaba odvajal, diuretikov, stradanja in/ali pretirane telesne aktivnosti (Ser nec, 2011).

Prisilno prenejedanje opisujemo kot ponavljajoče, nenadzorovane napade prenejedanja. Med temi napadi bolniki pojedjo bistveno več, kot bi zdrav človek zaužil v podobnih razmerah: jedo pogosto, ko niso lačni, bistveno hitreje kot zdrav človek in do neprijetnega občutka polnosti. Bolniki se svojega prehranskega vedenja sramujejo – zlasti zaradi količine zaužitega. Zato so med napadi prenejedanja najraje sami. Pozneje

se redno pojavlja občutek odpora do sebe, deprimiranost ali občutek krivde in sram (Reich, Kroger, 2009). Osebe s to motnjo so lahko prekomerno hranjene (indeks telesne mase je večji od 25), vendar pa to ni nujno. Pogosto se izmenjuje z bulimično, večkrat pa tudi z anoreksično motnjo. V teh primerih se seveda lahko pojavlja tudi že v adolescenci (Hafner, 2010). Uživanje hrane je močno povezano s čustvi in še z marsičem drugim, na primer z depresijo in osamljenostjo. Kompulzivni jedci se čutijo nemočne, navdaja jih obup in po navadi preizkušajo dieto za dieto, ko poskušajo hujšati, vendar se nato spet zredijo (Middleton, Smith, 2012).

Pri ortoreksiji nervozi gre za preokupacijo osebe z zdravo prehrano do te mere, da zdravo prehranjevanje v veliki meri usmerja in določa človekov način življenja. Je patološka obsedenost z biološko čisto in neoporečno hrano. Človek porabi ure in ure, da razmišlja o zdravi prehrani, si pravilno sestavi jedilnik in poišče primerna živila. Gre za zelo hudo notranjo kontrolo (Hafner, 2010). Dovoljeno količino postopoma zmanjšujejo. Osebe z ortoreksijo sčasoma jedo z veliko manjšim užitkom, zato hujšajo. Tudi pri tej obliki motenj hranjenja lahko zaradi pomanjkljive prehrane pri ženskah izostanejo redne mesečne krvavitve (Reich, Kroger, 2009). Dejansko taki ljudje prezirajo ljudi, ki ne razmišljajo o hrani enako kot oni. Zaradi tega lahko zelo trpijo socialni odnosi, kar lahko vodi do socialne izolacije. V ozadju je nizka samopodoba in izrazita potreba po kontroli ter nadzoru, ni pa strahu pred debelostjo niti težnje po vitkosti, torej ne gre za moteno telesno shemo (Hafner, 2010). Obolevajo predvsem ženske v poznem mladostniškem in zgodnjem ter srednjem odraslem obdobju (Serneck, 2011).

Hafner (2010) opisuje bigoreksijo nervozo kot obsedenost s potrebo po mišičastem telesu, za katero zbolevalo pretežno moški v poznem mladostniškem ali zgodnjem odraslem obdobju. Prvotno so to motnjo hranjenja poimenovali mišična distrofija ali "obrnjena anoreksija". Mosley (2009) dodaja, da posamezniki z bigoreksijo nervozo preživijo ure in ure v telovadnici, zapravljajo velike količine denarja za neučinkovite športne pripomočke, imajo nezdrave vzorce prehranjevanja in celo uživajo prepovedane substance. Serneck (2011) navaja, da je v ozadju motnje slaba samopodoba, nizko samospoštovanje, motena telesna shema in izrazita potreba po nadzoru. Posledično

pride do socialnega umika, pridružijo pa se tudi motnje razpoloženja, obsesivno kompulzivne motnje in motnje spolnih funkcij. Oboleli pogosto zlorabljajo anabalne steroide.

2.2 PREPOZNAVANJE MOTENJ HRAJENJA

Kdaj hranjenje postane nefunkcionalno oziroma patološko in od katere točke dalje lahko govorimo o motnjah hranjenja? V obsežni literaturi, ki je na voljo o motnjah hranjenja, redko zasledimo opredelitve ali kriterije na zgoraj zastavljeno vprašanje. Seveda tudi tukaj takoj naletimo na znani problem, kaj je ustrezno/funkcionalno v odnosu do neustreznega/nefunkcionalnega, motenega ali celo bolezenskega. Na voljo imamo štiri standardne kriterije: statistični, subjektivni, kriterij socialnih norm in kriterij, temelječ na psiholoških teorijah. Drugi kriterij, kriterij subjektivnega neugodja, izhaja iz posameznikovega prepoznavanja in priznavanja psihološke motnje in je najbolj podoben pristopu, ki ga uporablja somatska medicina (Serbec, 2011). Zgodnje preprečevanje in odkrivanje, celotno strokovno delovanje na različnih ravneh in podpora pri ponovnem vključevanju v vsakdanje življenje, so ključni do upeha pri obvladovanju motenj hranjenja (Middleton, Smith, 2012).

Prvi korak za uspešno zdravljenje motenj hranjenja je zagotovo zgodnje odkrivanje le teh. Naslednji, bistveni korak je izobraževanje in vključevanje pacienta v sam proces zdravljenja. Pri tem imajo pomembno vlogo zdravstveni strokovnjaki in šolsko osebje (Currin, Schmidt, 2005). Avtorja nadalje navajata, da je odkrivanje bolnikov z motnjami hranjenja težko, saj je težko odkriti prehranske navade, četudi so vprašanja neposredna. Poleg tega pacienti pogosto zanikajo motene prehranske navade, saj jih je sram le te zaupati zdravstvenemu delavcu.

Posamezniki z motnjami hranjenja so običajno najprej opaženi od njihovih sorodnikov ali od zdravstvenega osebja, ki dela v primarnem varstvu. Primarna zdravstvena oskrba je morda najprimernejša za pregled in posredovanje pri posamezniku z motnjo hranjenja (Linville et al., 2010).

Raziskave potrjujejo težave pri odkrivanju motenj hranjenja v primarnem varstvu. Nizozemska raziskava je pokazala, da je zdravstveno osebje ugotovilo slabo polovico pacientov s potrjeno anoreksijo nervoz in zgolj 10 % pacientov s potrjeno bulimijo nervozo. Poleg tega je raziskava pokazala, da je imelo zdravstveno osebje največ težav pri odkrivanju anoreksije pri mlajših pacientih ter pri pacientih, ki so imeli le delne simptome bolezni. Slabo odkrivanje bulimije pa je bilo predvsem na račun normalne telesne teže, ki jo največkrat imajo taki pacienti (Currin, Schmidt, 2005). Seveda je veliko lažje prepoznati anoreksijo nervozo, saj je pretiran upad telesne teže viden že navzven, medtem ko je bulimijo nervozo težje prepoznati na osnovi zunanjih znakov (Čarapić, 2011).

Diagnoza, ki izhaja zgolj iz bolezenskih znakov in neustreznih vedenjskih vzorcev, ne zadostuje za načrtovanje in potek zdravljenja, temveč je potrebno posamezne simptome in vedenjske vzorce prepoznati v njihovi funkciji oz. jim dati psihologični pomen, ki ga imajo za posameznika. Šele, ko bo oseba z motnjo hranjenja prepoznala vzroke, ki so do motnje pripeljali, je zdravljenje uspešno in ozdravitev možna (Serbec, 2011).

Medicinske sestre v primernem varstvu so pogosto prvi zdravstveni delavci, ki se srečajo z osebo z motnjami hranjenja. Medicinske sestre, ki delajo v primarnem varstvu, bi zato morale imeti možnost, da izvedejo prvo oceno pri pacientu z domnevno motnjo hranjenja, saj je to bistvenega pomena za zgodnje zdravljenje (Kameg, Mitchell, Chmielewski, 2003).

2.2.1 Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju motenj hranjenja

Ena izmed pomembnejših nalog v zdravstveni negi je zdravstvena vzgoja. Medicinska sestra v izobraževalni skupini poudarja pomen ustrezne, uravnotežene prehrane in obravnava posledice neustreznih prehranjevalnih navad (učinek na fizično, psihično in socialno zdravje) (Šolc, 2010 povz. po Kovač, 2011, str. 30).

Medicinska sestra deluje kot zdravstvena vzgojiteljica, saj je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, s katerimi skušamo doseči, da bi

ljudje želeli biti zdravi in da bi vedeli, kako postanejo in ostanejo zdravi (Topolovec, Repič Harl, 2005).

Zdravstvena vzgoja je tako nujna sestavina zdravstvene nege pacienta z motnjami hranjenja. V okviru edukativne skupine se obravnava področja, na katerih se pojavljajo motnje, in spodbuja uporabo tehnik za samopomoč. Zaradi pacientove bolezni se pojavljajo težave in motnje predvsem pri prehranjevanju, izločanju, ravnotežju med spanjem, počitkom in dejavnostjo, pri izražanju čustev in potreb, odnosu do telesa, pri skrbi za urejenost, preživljanju prostega časa in družabnem življenju. V začetni fazi motenj hranjenja ima medicinska sestra poglobljeno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu in pomoči pri vzpostavljanju zdravih prehranjevalnih navad pri osebah, ki se nezdravo prehranjujejo (Šolc, 2004).

Vloga medicinske sestre se spreminja, kakor se spreminjajo faze poteka bolezni in zdravljenja. Pri preventivnem pregledu triletnega otroka je zdravstvena vzgoja usmerjena predvsem v svetovanje ter informiranje staršev glede vzpostavljanja zdravih prehranjevalnih navad, načina prehranjevanja in odnosa do hrane (Topolovec, Repič Harl, 2005).

Vloga medicinske sestre ima v začetni fazi motenj hranjenja poglobljeno vlogo pri zdravstveno vzgojnem delu in pomoči pri vzpostavljanju zdravih prehranjevalnih navad, odnosa do telesne mase, zdravega gibanja, obnovitvi fizičnega zdravja, spodbujanju spreminjanja škodljivih vedenj, kot je zloraba odvajal in poudarjanju pomena počitka za telo. V zaključni fazi pa pacienta spodbuja k načrtovanju prihodnosti (Šolc, 2002 povz. po Kovač, 2011, str. 29).

Usposobljena medicinska sestra opazuje otroke med pregledom, saj se skozi igro velikokrat pokažejo določene težave, na katere mora biti pozorna in znati ustrezno zdravstveno in vzgojno svetovati. S starši se ciljno pogovori, spozna otroke in družino ter ugotovi deficit na področju zdravstvene vzgoje (Topolovec, Repič Harl, 2005).

Ko medicinska sestra opazi odklon, je potrebno, da pravilno ukrepa. Starša in otroka usmeri k psihologu na individualni posvet (ibid.).

Paciente uči o pomenu »stop tehnike«, katere namen je ustaviti željo po prenajedanju. »Stop tehnika« mora biti vedno enaka po vsebini in trajanju (primer: recitiranje pesmi, trije globoki vdih, trije ploski dlani ob dlan itd.). Medicinska sestra jo lahko izvede s pacientom in ga spodbuja pri spreminjanju škodljivih navad. V izobraževalni skupini medicinska sestra obravnava tudi odnos do telesne teže, telesa, uči, kako poslušati svoje telo, pomaga pri vzpostavljanju stika s seboj. Pacientom, ki so ob dviganju telesne teže večkrat prestrašeni, jezni, daje oporo (Šolc, 2010 povz. po Kovač, 2011, str. 32).

Vloga medicinske sestre pri obravnavi motenj prehranjevanja ni omejena le na zdravstvene ustanove. Tudi v šoli, kjer so medicinske sestre v vlogi učiteljic zdravstvene vzgoje, lahko s izvajanjem zdravstvene nege, predvsem na preventivnem področju, naredijo veliko. Prizadevajo si tudi za preventivne programe v okviru interesnih dejavnosti, ki spodbujajo zdrave vedenjske vzorce in življenjske navade (Kastelic, 2009). Kastelic nadalje navaja, da medicinska sestra motnje hranjenja lažje prepozna, če je dobro seznanjena s simptomi. Ko pa bolezen prepozna, mora prizadeti osebi nuditi dovolj informacij, razumevanja in podpore, da jo opogumi k iskanju druge pomoči.

Zdravstvena nega pri mladostniku z motnjami hranjenja je praviloma usmerjena k učenju in zdravstveni vzgoji. Pri načrtovanju zdravstvene nege pri mladostniku z motnjami hranjenja mora medicinska sestra upoštevati težo mladostnikove motnje, mladostnikovo telesno in duševno rast. Dobra verbalna in neverbalna komunikacija sta velik ključ do uspeha. Medicinska sestra mora razmišljati o problemih mladostnika (Fetić, 2010). Fetić (2010) nadalje navaja, da medicinska sestra paciente spodbuja, da jedo počasi in do sitosti, da so bolj telesno aktivni, da med obroki ne jedo prigrizkov in sladkarij, da zaužijejo dovolj tekočine in jih poučuje o zdravi prehrani.

2.2.2 Vloga medicinske sestre pri zdravljenju motenj hranjenja

Glede na multifaktorsko vzročnost je pomembno pri zdravljenju delovanje multidisciplinarnega tima, v katerem sodelujejo strokovnjaki z različnih strokovnih področij: specialist internist, pediater, pedopsihiater, klinični psiholog, klinični dietetik, medicinska sestra, zdravstveni tehnik, socialni delavec in ostalo osebje. Vsak član tima deluje na svojem področju, hkrati pa med seboj sodelujejo, se posvetujejo in tako zagotavljajo kompleksno obravnavo, ki naj bo prilagojena vsakemu posamezniku in intenzivnosti njegove motnje. Potrebna je določena fizična stabilnost, da lahko posameznik sodeluje v psihoterapiji, toda sočasno je potrebna tudi psihična pripravljenost posameznika za pridobivanje telesne teže, kar pomeni poskus motiviranja osebe za zdravljenje (pogovor, spodbuda s strani osebja s sočasnim hranjenjem, spodbuda sovrstnic z enakimi težavami, seznanjanje z zapleti kot posledicami hujšanja) (Arzenšek, Turčin, Lahe, 2005).

V okviru multidisciplinarnega tima se v obravnavi oseb z anoreksijo nervozo medicinska sestra vključuje v vse faze procesa zdravljenja, tako v vnovično vzpostavljanje telesne teže kot tudi v psihoterapijo in družinsko terapijo. Predvsem ima pomembno vlogo v bolnišnični obravnavi, saj je ves čas s pacientom in prav hospitalizacija predstavlja v večini primerov edini izhod iz začaranega kroga, v katerem se posameznik znajde (ibid.).

Medicinska sestra, ki se odloči za delo z osebami z motnjami hranjenja, mora sprva razviti veliko pristne empatije, varne čustvene razdalje in potrpežljivosti, kajti koraki pri zdravljenju oseb z motnjami hranjenja so majhni in včasih tudi dlje časa neopazni. Medicinska sestra mora bolniku zagotoviti varno, podporno in strukturirano okolje (postaviti mora meje). V pogovoru ga mora motivirati, spodbujati, razbremenjevati, mu pomagati in ga spodbujati pri vseh življenjskih aktivnostih (Šolc, 2004). Vloga medicinske sestre ni v tem, da bolnika prisili k opustitvi njegovih prehranjevalnih navad in ga nadzira, ampak mu pomaga pri odločitvi, kako in kdaj je pripravljen navade opustiti (ibid).

Pomembno je tudi omejevanje s številom osebja, ki dela s pacienti, ki imajo motnje hranjenja. Priporočeno je, da s takimi pacienti dela majhna skupina stalno zaposlenih medicinskih sester, poudarja pa se tudi, da je potrebno omejiti tudi stik s študenti, saj ti pacienti potrebujejo visoko raven varstva ter zaščite (George, 1997 povz. po Lowther, 2005, str. 29).

2.3 PREVENTIVA MOTENJ HRANJENJA

Obstaja več razlogov, zakaj je preventiva motenj hranjenja tako pomembna. Prvič, neprimerno prehranjevanje lahko postane del vsakdanjika, kar lahko traja več let s tem pa je tako vedenje tudi bolj odporno na zdravljenje (Cook-Cottone, 2009 povz. po Cook-Cottone, Jones, Haugli, 2010, str. 364). Drugič, potreben je multidisciplinarni pristop zdravljenja (zdravstvena oskrba, prehransko svetovanje, psihološko zdravljenje, družinska terapija), zato je zdravljenje povezano z velikimi stroški (Becker et al., 2008 povz. po Cook-Cottone et al., 2010, str. 364). Tretjič, motnje hranjenja so povezane z resnimi nevrološkimi in medicinskimi zapleti, vključno s poslabšanjem nevropsiholoških zmožnosti, elektrolitskimi motnjami ter srčno aritmijo (Stice et al., 2007 povz. po Cook-Cottone et al., 2010, str. 364). In ne nazadnje, motnje hranjenja so povezane z največjo stopnjo umrljivosti med vsemi psihološkimi boleznimi (Fichter, Quadflieg, Hedlund, 2006 povz. po Cook-Cottone et al., 2010, str. 364).

Obstaja nekaj študij, ki raziskujejo preventivo motenj hranjenja. V Španiji so preučevali učinke prehranjevalnega programa za preprečevanje motenj hranjenja pri mladostnicah. Rezultati so pokazali, da je raziskava zmanjšala vpliv na pomembnost idealne telesne postave in nadgradila znanje o prehranjevanju nasploh (Raich et al., 2008 povz. po Cook-Cottone et al., 2010, str. 364). Drugi preventivni programi so preveč osredotočili na preprečevanje debelosti kot motenj hranjenja (Resnicow et al., 2005 povz. po Cook-Cottone et al., 2010, str. 364).

S ciljno promocijo zdravja, ki vključuje pristope zdravega prehranjevanja in zdravega načina življenja, lahko bistveno pripomoremo k ohranjanju in krepitvi zdravja

prebivalcev. Pri spreminjanju vedenjskih navad je potrebno upoštevati celostne pristope, s posebnim poudarkom na podpornih okoljih. Prehrana otrok in mladostnikov v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, subvencionirana študentska prehrana in prehrana v domovih za starejše so okolja, kjer je možno s sistemskimi ukrepi pomembno vplivati na prehranjevalne navade in s tem na varovanje zdravja. Pomembno je, da začnemo z ustrežno promocijo in podpornimi okolji na področju zdravega prehranjevanja in zdravega načina življenja že pri otrocih in mladostnikih, saj se v tem obdobju pridobljene vedenjske navade običajno ohranjajo tudi v kasnejšem obdobju (Bilban, 2011).

Pri preventivi je potrebno usmeriti pozornost na dejavnike tveganja za nastanek motnje hranjenja, njihove pogostosti in možnosti zgodnjega preprečevanja. Za preventivne programe je pomembno, da so oblikovani sistematično in celostno. V skupinah za pomoč pri motnjah hranjenja ne najdemo samo mladostnikov, temveč so prisotni tudi odrasli posamezniki (bodisi kot pacienti ali kot svojci in prijatelji, ki želijo pomagati osebi z motnjo hranjenja) (Glavač, 2009).

2.3.1 Primarna preventiva

Primarna preventiva je usmerjena na celotno prebivalstvo in ima namen oblikovati družbene razmere, v katerih se določena zasvojenost ali omama sploh ne bi pojavila. Njen namen je torej zmanjšanje in odstranitev dejavnikov tveganja, ki prispevajo k razvoju določene psihosocialne težave, kar pa je možno le, če je javno organizirana (Koren, 2009)

S primarno preventivo skušamo zmanjšati dejavnike tveganja, ki povzročijo motnje hranjenja. Na sociokulturne in psihosocialne vplive zdravstveni delavci in učitelji le težko vplivajo, saj je težko spremeniti zasidrano mnenje v družbi in nemogoče omajati moč in množičnost medijev (Kastelic, 2009). Avtorica nadalje navaja, da lahko v okviru primarne preventive motenj hranjenja, ki jo izvaja medicinska sestra, vpliva na vzgojo rizičnih oseb tako, da izobražuje starše, otroke in mladostnike v šolah in tudi širšo skupnost. S tem skuša zmanjšati predvsem dejavnike tveganja, ki izhajajo iz družine

(povzdigovanje kulturnih vrednot, družina preokupirana s hranjenjem) in tiste, ki so individualni (slabo avtonomno delovanje, motnje v zaznavanju sebe, povečana občutljivost za telesno težo). Z zdravstveno vzgojnim delom skuša preprečevati tudi vpliv drugih dejavnikov tveganja kot so debelost, depresija in bolezni odvisnosti v družini (Lapanja Kastelic, 1995 povz. po Kastelic 2009).

Okolje, ki vključuje sociološko zgodovinski vpliv, družino, individualni razvoj, medije, šolo in verjetno še kaj, ima vpliv na življenje posameznikov ter njihovih družin. Vpliva na odnos do telesa, gradnjo samopodobe, na družbene in kulturne norme. Eno pomembnejših opravil v preventivni dejavnosti je tudi spodbujanje primernih družinskih odnosov, kar je podlaga za razvijanje lastne individualnosti in lastne vrednosti. Vloge in pomen posameznih služb in družine pri nastanku, prepoznavanju in preprečevanju bolezni, nakazujejo pomen izobraževanja o družbenih vplivih za vse, ki imajo stike z generacijami, ki so bolj ogrožene (Peterka Novak, 2007).

Russell-Mayhew, Arthur in Ewashen (2007) navajajo, da preventivni programi pozitivno vplivajo na telesno samopodobo, oblikovaje stališč in na prehranjevalno vedenje.

2.3.2 Sekundarna preventiva

Pri sekundarni preventivi motenj hranjenja, ki jo izvaja medicinska sestra, gre za zgodnje prepoznavanje bolezni. Izguba teže pri pacientu ni nujno drastična, očitno pa je spremenjeno njegovo vedenje, odnos do hrane in lastnega telesa. Predvsem moramo biti pozorni na spremenjeno vedenje po sprožilnih dejavnikih kot so prehod na novo šolo, travmatska doživetja, ipd (Brecelj-Kobe, 2000 povz. po Kastelic, 2009, str. 123).

Langmesser in Verscheure (2009) sta ugotovila, da je izvajanje preventivnih programov koristno, še posebej za tiste posameznike, pri katerih se že kažejo znaki motenj hranjenja. Poleg tega ugotavljata, da preventivni programi o motnjah hranjenja povečajo poznavanje pacientov z motnjami hranjenja. Dokazi kažejo na to, da se s pomočjo preventivnih programov zmanjša hujšanje posameznikov ter na splošno prehranjevalne

nepravilnosti. Nasprotno pa ni nobenih dokazov o tem, da bi preventivni programi povzročali potencialno škodo na vedenje pacientov z motnjami hranjenja.

2.3.3 Terciarna preventiva

S terciarno preventivo skušamo zmanjšati posledice bolezni in preprečiti recidiv. Oseba in njena družina naj razmišljajo, kako bodo prepoznali nevarne situacije, kakšni bodo načini reagiranja, kako bodo med seboj prepoznavali disfunkcionalne komunikacije in kako bodo reagirali ob morebitnem recidivu, da bodo zmogli pot naprej (Lapanja Kastelic, 1995, povz. po Kastelic 2009).

Langmesser in Verscheure (2009) sta v svoji raziskavi želela ugotoviti, ali ima medicinska sestra pomembno vlogo pri zdravljenju motenj hranjenja. Ugotovili so, da ima medicinska sestra pomembno vlogo v celotnem obdobju zdravljenja, saj le-ta obravnava pacientove tako telesne kot psihološke komponente hkrati, poleg tega pa predstavlja stalno prisotnost na celotni klinični poti.

Vitale in Maglie (2007) v svoji raziskavi ugotavljata, da je v zahodnem svetu zaskrbljujoče število posameznikov, pri katerih se motnje hranjenja še razvijajo.

2.3.4 Vloga medicinske sestre pri preventivi motenj hranjenja

Arzenšek, Turčin in Lahe (2005) navajajo, da je preventivni ukrep pred razvojem anoreksije nervoze tudi zaposlovanje zdravstvenega osebja na področjih, kjer se pojavljajo rizične skupine, kar omogoča redne kontrolne preglede zdravstvenega stanja in tako zgodnje odkrivanje in ukrepanje, ki izboljša prognozo. Avtorji nadalje navajajo, da je predvsem pomembna individualna zdravstvena vzgoja na sistematskih pregledih in ne skupinsko usmerjena, predvsem o problematiki povprečja populacije – debelosti.

Pomemben preventivni ukrep pred relapsom anoreksije nervoze je iskanje ustreznega okolja, v katerega se posameznik vrača. Če je to družina, je zelo pomembna intenzivna družinska terapija, ali pa iskanje spremembe okolja (sorodniki, dijaški dom, študentski

dom...). Pri tem imajo vlogo tudi medicinske sestre in socialni delavci (Arzenšek, et al., 2005).

Currin in Schmidt (2005) poudarjata, da zdravstveno osebje potrebuje dodatna usposabljanja o motnjah hranjenja.

Topolovec in Repič Harl (2005) ugotavljata, da bo potrebno nadgraditi poznavanje zgodnjega razvoja motenj hranjenja pri otroku, kar bo pomagalo usmeriti nadaljnja prizadevanja k izdelavi še natančnejših psihodiagnostičnih pripomočkov in preventivnih programov. Z njihovo pomočjo bomo lahko motnje hranjenja ustavili, še preden bi se pri osebi pojavile in prizadele njeno zdravje, delovanje in medosebne odnose.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kakšno vlogo imajo tako medicinske sestre s srednjo stopnjo izobrazbe kot diplomirane medicinske sestre pri prepoznavanju in preventivi motenj hranjenja v zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske. Ugotoviti želimo, če je prepoznavanje motenj hranjenja odvisno od izobrazbe in delovne dobe medicinskih sester ter na kakšen način in v kakšnem obsegu medicinske sestre izvajajo preventivno delo na področju motenj hranjenja. Poleg tega nas bo zanimalo tudi, če so medicinske sestre vključene v izobraževanja s področja motenj hranjenja.

Cilji:

- Ugotoviti prepoznavanje motenj hranjenja s strani medicinskih sester v ambulantni dejavnosti Osnovnega zdravstva Gorenjske.
- Ugotoviti vključenost medicinskih sester v preventivno delo pri pojavu motenj hranjenja v ambulantni dejavnosti Osnovnega zdravstva Gorenjske.
- Ugotoviti mnenje o seznanjenosti in izobraževanjih s področja motenj hranjenja pri medicinskih sestrah v ambulantni dejavnosti Osnovnega zdravstva Gorenjske.
- Ugotoviti razlike v prepoznavanju motenj hranjenja, izvajanju preventive in seznanjenostjo ter izobraževanjih na tem področju med medicinskimi sestrami v ambulantni dejavnosti Osnovnega zdravstva Gorenjske glede na izobrazbo in delovno dobo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako sta povezani izobrazba in delovna doba medicinskih sester s prepoznavanjem motenj hranjenja?
2. Kako pogosto in na kakšen način medicinske sestre izvajajo preventivno delo?

3. Kako se izvajanje preventivnega dela razlikuje glede na izobrazbo ter delovno dobo medicinskih sester?
4. Kako sta povezani izobrazba in delovna doba medicinskih sester z izobraževanjem o motnjah hranjenja?
5. Koliko so medicinske sestre vključene v izobraževanja o motnjah hranjenja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja, podatki pa so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Pregled literature je bil narejen s pomočjo strokovne in znanstvene literature, ki je dostopna v strokovnih in splošnih knjižnicah v Sloveniji. Slovensko strokovno ter znanstveno literaturo smo iskali s pomočjo virtualne knjižnice Slovenije COBISS, za iskanje tujih člankov pa smo uporabili tuje baze podatkov, kot so Cinahl, SpringerLink in PubMed. Literaturo smo iskali v obdobju od novembra 2012 do decembra 2013 pod ključnimi besedami motnje hranjenja, preventiva motenj hranjenja, preprečevanje motenj hranjenja, vloga medicinske sestre pri motnjah hranjenja, vloga medicinske sestre pri preventivi motenj hranjenja, vloga medicinske sestre pri preprečevanju motenj hranjenja, nurse, health care, eating disorder, prevention of eating disorders, recognition of eating disorders, role of the nurse.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke smo pridobili s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki smo ga razdelili medicinskim sestram s srednjo stopnjo izobrazbe ter diplomiranim medicinskim sestram. Vprašalnik smo sestavili na podlagi pregleda tujih raziskav (Vitale, Maglie, 2008) in v Sloveniji (Kastelic, 2009; Šolc, 2004). Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov, prvi je vseboval demografske podatke, v drugem delu vprašalnika so bila vprašanja zaprtega tipa ter eno vprašanje odprtega tipa. Uporabili smo ocenjevalno lestvico od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni najslabšo oceno, 5 pa najboljšo, ter Likertovo

lestvico stališč z določenimi kategorijami strinjanja od 1 do 5. Vrednost 1 je pomenila sploh se ne strinjam, vrednost 2 se strinjam, vrednost 3 delno se strinjam, vrednost 4 se strinjam ter vrednost 5 popolnoma se strinjam. Vključili smo tudi dve ordinalni petstopenjski vprašanji.

Vprašalnik je bil sestavljen iz petih tematskih sklopov. V prvem tematskem sklopu smo spraševali po demografskih značilnostih (spol, starost, izobrazba, področje dela, delovna doba), drugi tematski sklop je bil namenjen problemu in pogostosti motenj hranjenja in je obsegal eno vprašanje s šestimi trditvami, v tretjem tematskem sklopu, z dvema vprašanjema, smo spraševali o prepoznavanju motenj hranjenja s strani medicinskih sester, o delovanju medicinskih sester na področju preventive pa smo spraševali v četrtem tematskem sklopu, ki je obsegal štiri vprašanja, v zadnjem, petem sklopu, ki je obsegal eno vprašanje z osmimi trditvami, smo spraševali medicinske sestre o poznavanju motenj hranjenja ter izobraževanjih na temo motenj hranjenja.

Sestavljen vprašalnik je bil pred uporabo ocenjen z vidika veljavnosti in zanesljivosti. Uporabili smo vsebinsko veljavnost (Cenčič, 2009), pri kateri je potekal pregled vprašalnika s strani ekspertov, ki strokovno delujejo na področju preventive motenj hranjenja. Vprašalnik sta vsebinsko ocenila dva eksperta. Njihove opombe smo upoštevali v končni verziji.

Test zanesljivosti vzorca je bil opravljen na podlagi izračuna koeficienta Cronbachov alfa. Koeficient Cronbachov alfa za sklop Mnenje medicinskih sester o prepoznavanju motenj hranjenja znaša 0,900, za sklop Motnje hranjenja ter izobraževanja na temo motenj hranjenja pa 0,926. Rezultat v tabeli 1 prikazuje, da je koeficient Cronbachov alfa presegel vrednost 0,900 in če je vrednost Cronbachovega koeficienta bližje 1, tem bolj je test zanesljiv (Cenčič, 2009).

Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta:

Sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Mnenje medicinskih sester o prepoznavanje motenj hranjenja.	4	0,900
Motnje hranjenja ter izobraževanja na temo motenj hranjenja.	4	0,926

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli na srednjih in diplomiranih medicinskih sestrah v sedmih zdravstvenih domovih, ki spadajo pod Osnovno zdravstvo Gorenjske, in sicer Zdravstveni dom Škofja Loka, Zdravstveni dom Kranj, Zdravstveni dom Tržič, Zdravstveni dom Radovljica, Zdravstveni dom Bled, Zdravstveni dom Bohinj ter Zdravstveni dom Jesenice. Ker nas je v raziskavi zanimalo, kakšno vlogo imajo medicinske sestre pri preventivi in preprečevanju motenj hranjenja, smo anketirali medicinske sestre, ki svoje delo opravljajo v splošnih in referenčnih ambulantah, dispanzerjih za žene, otroških in šolskih dispanzerjih ter v patronažnih službah. Vzorčenje populacije je bilo tako neslučajnostno namensko. Ankete so bile razdeljene vsem medicinskim sestram, ki so bile zaposlene v posameznih ambulantah v času izvedbe raziskave. Razdelili smo skupaj 195 vprašalnikov, s tem smo zajeli celotno populacijo, od tega 160 v prvem krogu, 15 dodatnih vprašalnikov v drugem ter 20 v tretjem krogu. Vrnjenih smo dobili 120 vprašalnikov, od tega 60 vprašalnikov od diplomiranih medicinskih sester ter 60 od medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. Tako smo dobili 75 % realizacijo vzorca.

Med anketiranimi diplomiranimi medicinskimi sestrami je bilo 60 sester ženskega spola (100 %), med medicinskimi sestrami s srednješolsko izobrazbo pa 59 sester ženskega spola (98 %), 1 anketirani pa je bil moškega spola (2 %). Povprečna starost diplomiranih medicinskih sester je bila 43,35 let, med medicinskimi sestrami s srednješolsko izobrazbo pa 46,15 let. 47 % medicinskih sester je imelo do 10 let delovne dobe, 53 % medicinskih sester pa je imelo daljšo delovno dobo.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po pridobitvi soglasja za izvedbo raziskave v vseh sedmih zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske, smo 3. junija 2013 pričeli z zbiranjem podatkov. Anketiranje je potekalo v treh krogih. V Zdravstvenem domu Škofja Loka, Zdravstvenem domu Jesenice in Zdravstvenem domu Radovljica smo vprašalnike razdelili osebno, v Zdravstveni dom Kranj, Zdravstveni dom Tržič, Zdravstveni dom Bohinj ter Zdravstveni dom Bled pa smo vprašalnike poslali po pošti. V prvem krogu, ki je potekal od 3. 6. 2013 do 2. 8. 2013, smo z anketiranjem pričeli v Zdravstvenem domu Škofja Loka, kjer smo osebno razdelili 22 vprašalnikov. Vrnjenih smo dobili 13 vprašalnikov (59 %) od diplomiranih medicinskih sester ter 7 (31 %) vprašalnikov od medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. Z anketiranjem smo nadaljevali v Zdravstvenem domu Jesenice, kjer smo razdelili 25 vprašalnikov. Vprašalnik nam je izpolnilo 13 diplomiranih medicinskih sester (52 %) ter 10 medicinskih sester (40 %) s srednješolsko izobrazbo. 16 vprašalnikov smo razdelili v Zdravstvenem domu Radovljica, vrnjenih pa dobili 6 vprašalnikov (38 %) od diplomiranih medicinskih sester ter 5 vprašalnikov (31 %) od medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. V Zdravstvenem domu Kranj smo poslali 40 vprašalnikov. Vrnjenih smo dobili 14 vprašalnikov, od tega 7 (50 %) od diplomiranih medicinskih sestre ter 7 (50 %) od medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. V Zdravstveni dom Tržič smo poslali 12 vprašalnikov. Odgovorilo nam je 7 (58 %) diplomiranih medicinskih sestre ter 4 (33 %) medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo. V Zdravstveni dom Bohinj smo poslali 10 vprašalnikov, vrnjena smo dobili 2 vprašalnika (20 %) od diplomiranih medicinskih sestre ter 6 (60 %) od medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. 20 vprašalnikov smo poslali v Zdravstveni dom Bled, vrnjenih pa dobili 15 vprašalnikov (75 %), od tega 9 (45 %) od diplomiranih medicinskih sester ter 6 (30 %) od medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. V drugem krogu anketiranja, ki je potekal od 12. 8. do 6. 9. 2013, smo 15 vprašalnikov po pošti ponovno poslali v Zdravstveni dom Kranj, ker je bil v tem zdravstvenem domu odziv najslabši. Vrnjena smo dobili samo dva vprašalnika (13 %) od medicinskih sestre s srednješolsko izobrazbo, zato smo izvedli še tretji krog anketiranja, ki je potekal od 9. 9. do 16. 9. 2013. Tokrat smo vprašalnike razdelili osebno. Od 20 razdeljenih vprašalnikov smo jih dobili vrnjenih 16 (80 %), od tega 3 (15

%) od diplomiranih medicinskih sester ter 13 (65 %) od medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. Vsa anketiranja so potekala v dopoldanskem času. Pri tem smo zagotovili anonimnost anketirancev ter varnost in zaupnost pridobljenih podatkov.

Podatke smo obdelali z računalniškim statističnim programom SPSS, verzije 20.0. Vse spremenljivke smo najprej obdelali z opisno statistiko (frekvence, odstotki, povprečne vrednosti in standardni odkloni). Razlike med skupinami medicinskih sester glede na izobrazbo in delovno dobo smo ugotavljali s pomočjo bivariatne statistične analize. S hi-kvadrat testom in t-testom za neodvisne vzorce smo ugotavljali razlike v prepoznavanju ter vključenosti medicinskih sester v preventivno delo in izobraževanja s področja motenj hranjenja glede na izobrazbo in delovno dobo. Za statistično pomembne smo upoštevali razlike z vrednostjo $p \leq 0,05$. Odprta vprašanja smo analizirali z metodo vsebinske analize. Uporabili smo frekvenčno analizo kod, ki smo jih združili v vsebinske kategorije.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Prepoznavanje motenj hranjenja s strani medicinskih sester

Tabela 2: Mnenje medicinskih sester o prepoznavanju motenj hranjenja ter razlike glede na izobrazbo in delovno dobo

Kaj menite o prepoznavanju motenj hranjenja?	PV (SO)	Izobrazba			Delovna doba		
		SMS PV (SO)	DMS PV (SO)	t (p)	Krajša delovna doba PV (SO)	Daljša delovna doba PV (SO)	t (p)
V ambulanti se zelo pogosto srečujem z osebami z MH	2,42 (0,95)	2,48 (0,97)	2,33 (0,93)	0,866 (0,388)	2,36 (0,89)	2,59 (0,77)	0,207 (0,837)
Menim, da se MS dovolj posvečajo prepoznavanju oseb z MH	2,81 (0,85)	2,90 (0,92)	2,72 (0,78)	1,179 (0,241)	2,71 (1,19)	2,95 (0,72)	-1,350 (0,180)

Kaj menite o prepoznavanju motenj hranjenja?	PV (SO)	Izobrazba			Delovna doba		
		SMS PV (SO)	DMS PV (SO)	t (p)	Krajša delovna doba PV (SO)	Daljša delovna doba PV (SO)	t (p)
Menim, da znam prepoznati osebo z MH	3,53 (0,92)	3,63 (0,86)	3,43 (0,96)	1,198 (0,233)	3,32 (0,96)	3,36 (0,72)	-0,247 (0,805)
Menim, da so MH zelo prisotne	3,38 (1,06)	3,30 (1,20)	3,45 (0,91)	-0,773 (0,441)	3,41 (0,87)	3,39 (1,19)	0,104 (0,917)
Menim, da se število P z MH v naši ambulanti stalno povečuje	2,68 (1,13)	2,52 (1,07)	2,85 (1,18)	-1,627 (0,106)	3,11 (1,07)	3,13 (1,20)	-0,085 (0,932)
Menim, da imam dovolj znanja o MH	2,81 (0,96)	2,97 (0,96)	2,65 (0,95)	1,816 (0,072)	2,55 (0,87)	2,69 (0,99)	0,781 (0,436)
Menim, da so MS dovolj seznanjene o problemu MH	2,71 (0,81)	2,92 (0,72)	2,50 (0,85)	2,890 (0,005)	2,50 (0,83)	2,77 (0,89)	-1,686 (0,094)

Legenda: Uporabljena je bila lestvica strinjanja od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni popolno ne strinjanje, 5 pa popolno strinjanje, MS = medicinska sestra, DMS = diplomirane medicinske sestre, SMS = srednje medicinske sestre, t = koeficient t-testa za neodvisne vzorce, p = vrednost statistične značilnosti, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MH = motnje hranjenja.

Tabela 2 prikazuje, da anketirane medicinske sestre ocenjujejo, da znajo srednje dobro prepoznati osebo z motnjami hranjenja (PV = 3,53). Poleg tega se medicinske sestre srednje strinjajo (PV = 3,38), da so motnje hranjenja pogosto prisotne. Medicinske sestre pa se najmanj strinjajo, da se v ambulanti pogosto srečujejo z osebami z motnjami hranjenja (PV = 2,42) in da se število pacientov z motnjami hranjenja v njihovi ambulanti povečuje (PV = 2,68), prav tako menijo, da niso dovolj seznanjene o problemu motenj hranjenja (PV = 2,71). Najbolj enotne so si medicinske sestre pri mnenju, da niso dovolj seznanjene o problemu motenj hranjenja (SO = 0,81) in da se ne posvečajo dovolj prepoznavanju oseb z motnjami hranjenja (SO = 0,85). Neenotnost med medicinskimi sestrami pa se kaže v mnenju o povečevanju pacientov z motnjami hranjenja v njihovi ambulanti (SO = 1,13). Bivariantna analiza je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami v prepoznavanju motenj hranjenja glede na izobrazbo. Srednje izobražene medicinske sestre (PV = 2,92) se statistično pomembno bolj strinjajo, da so dovolj seznanjene o problemu motenj hranjenja v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 2,50) (p = 0,005).

Tabela 3: Dejavniki, ki so po mnenju medicinskih sester povezani z zmožnostjo prepoznavanja motenj hranjenja

Kaj po vašem mnenju najbolj vpliva na zmožnost prepoznavanja motenj hranjenja?	PV (SO)	Izobrazba		Delovna doba			
		SMS PV (SO)	DMS PV (SO)	t (p)	Krajša delovna doba PV (SO)	Daljša delovna doba PV (SO)	t(p)
Izobrazba	2,54 (1,35)	2,51 (1,41)	2,57 (1,29)	-0,203 (0,840)	2,27 (1,12)	2,89 (1,46)	-2,593 (0,011)
Delovna doba	2,21 (1,07)	2,13 (1,14)	2,28 (0,99)	-0,768 (0,444)	1,95 (0,92)	2,06 (1,18)	-0,585 (0,559)
Izkušnje	3,88 (1,24)	3,68 (1,31)	4,05 (1,14)	-1,636 (0,105)	4,11 (1,11)	3,20 (1,42)	3,856 ($<0,001$)
Izobraževanja s področja MH	3,59 (1,36)	3,65 (1,27)	3,53 (1,44)	0,470 (0,640)	3,89 (1,17)	3,25 (1,41)	2,689 (0,008)
Dobre komunikacijske zmožnosti MS	3,04 (1,47)	3,57 (1,36)	2,52 (1,40)	4,177 ($<0,001$)	2,91 (1,46)	3,25 (1,41)	1,293 (0,198)

Legenda: MS = medicinska sestra, SMS = srednje medicinske sestre, DMS = diplomirane medicinske sestre, t = koeficient t-testa za neodvisne vzorce, p = vrednost statistične značilnosti, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Medicinske sestre so mnenja, da na zmožnost prepoznavanja motenj hranjenja največ pripomorejo izkušnje (PV = 3,88), sledijo izobraževanja s področja motenj hranjenja (PV = 3,59) ter dobre komunikacijske zmožnosti medicinske sestre (PV = 3,04) (tabela 3). Neenotnost med medicinskimi sestrami se je pokazala pri vseh dejavnikih, največja je bila pri dejavnikih komunikacijske zmožnosti (SO = 1,47) in izobraževanja s področja motenj hranjenja (SO = 1,36).

Bivariantna analiza je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe, o dejavnikih, ki so povezani s prepoznavanjem motenj hranjenja. Statistično pomembna razlika se je pokazala pri dejavniku dobre komunikacijske zmožnosti medicinske sestre ($p < 0,001$). Za srednje medicinske sestre je ta dejavnik bolj pomemben (PV = 3,57), v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 2,52). Pri obeh skupinah pa je standardni odklon visok in kaže na 1,4 ocene razlikovanja v povprečni oceni med anketiranimi. T-test za neodvisne vzorce je pokazal, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami z različno delovno dobo o dejavnikih, ki so povezani s

prepoznavanjem motenj hranjenja. Statistično pomembna razlika se je pokazala pri dejavniki izobrazba ($p = 0,011$), izkušnje ($p = <0,001$) in izobraževanja s področja motenj hranjenja ($p = 0,008$). Medicinske sestre z daljšo delovno dobo ($PV = 2,89$) menijo, da je izobrazba bolj pomemben dejavnik kot medicinske sestre s krajšo delovno dobo ($PV = 2,27$). Medtem ko medicinske sestre s krajšo delovno dobo statistično pomembno večji pomen na zmožnost prepoznavanja motenj hranjenja pripisujejo izkušnjam ($PV = 4,11$) in izobraževanju s področja motenj hranjenja ($PV = 3,89$).

Tabela 4: Znanje medicinskih sester s področja motenj hranjenja

Trditev	n (%)	Izobrazba			Delovna doba		
		SMS (%)	DMS (%)	t(p)	Krajša delovna doba (%)	Daljša delovna doba (%)	t(p)
Motnje hranjenja in motnje prehranjevanja pomeni isto. (NE)	78 (65,0)	45 (75,0)	33 (55,0)	2,33 (0,022)	30 (53,6)	48 (75,0)	-2,26 (0,025)
Motnje hranjenja so ozdravljive. (DA)	106 (88,3)	49 (81,7)	57 (95,0)	1,49 (0,137)	49 (87,5)	57 (89,1)	-0,124 (0,902)
Osebe, ki so izkusile motnjo hranjenja, bodo vedno imele spremenjen odnos do hrane in do svojega telesa. (DA)	82 (68,3)	43 (71,7)	39 (65,0)	0,00 (1,000)	37 (66,1)	45 (70,3)	0,192 (0,848)
Pri osebah z motnjami hranjenja je v ozadju čustvena stiska. (DA)	108 (90,0)	50 (83,3)	58 (96,7)	2,21 (0,029)	51 (91,1)	57 (89,1)	-0,603 (0,548)
Vloga medicinske sestre je v tem, da pacienta prisili k opustitvi njegovih prehranjevalnih navad in ga nadzira. (NE)	99 (82,5)	44 (73,3)	55 (91,7)	-1,55 (0,123)	48 (85,7)	51 (79,7)	0,974 (0,332)
O količini hrane odloča pacient, medicinska sestra pa ga ob tem podpira in spodbuja k pravilni izbiri. (DA)	82 (68,3)	35 (54,7)	47 (78,3)	-3,29 (0,020)	40 (71,4)	42 (65,6)	-0,56 (0,578)

Trditve	n (%)	Izobrazba			Delovna doba		
		SMS (%)	DMS (%)	t(p)	Krajša delovna doba (%)	Daljša delovna doba (%)	t(p)
Za anoreksijo je značilna premajhna telesna masa. (DA)	101 (84,2)	45 (75,0)	56 (91,7)	2,26 (0,025)	51 (91,1)	50 (78,1)	-1,50 (0,135)
Anoreksija se največkrat pojavlja pri deklicah v adolescenci. (DA)	104 (86,7)	47 (78,3)	57 (95,0)	2,84 (0,005)	51 (91,1)	53 (82,8)	-1,22 (0,224)
Osebi z anoreksijo primanjkuje apetita. (NE)	53 (44,2)	25 (41,7)	28 (46,7)	-0,61 (0,545)	18 (32,1)	35 (54,7)	-0,41 (0,686)
Bulimija je daleč bolj razširjena kot anoreksija. (NE)	37 (30,8)	22 (36,7)	15 (25,0)	-1,69 (0,093)	19 (33,9)	18 (28,1)	-0,29 (0,766)
Oseba z bulimijo ima telesno maso v mejah normale. (DA)	88 (73,3)	39 (65,0)	49 (81,7)	1,38 (0,169)	41 (73,2)	47 (73,4)	1,29 (0,198)
Pri bulimiji pacient poleg izločanja hrane z bruhanjem uporablja tudi odvajala. (DA)	85 (70,8)	33 (55,0)	52 (86,7)	4,27 ($<0,001$)	40 (71,4)	45 (70,3)	0,438 (0,662)
Kompulzivno prenašanje se pojavi v obdobju zgodnje odraslosti. (DA)	58 (48,3)	25 (41,7)	33 (55,0)	2,26 (0,026)	33 (58,9)	25 (39,1)	-1,99 (0,049)
Pri kompulzivnem prenašanju ima oseba prekomerno telesno težo. (DA)	66 (55,0)	31 (51,7)	35 (58,3)	1,42 (0,158)	29 (51,8)	37 (57,8)	-0,16 (0,874)
Pri kompulzivnem prenašanju fazi izrazitega prenašanja vedno sledi hoteno bruhanje. (NE)	29 (24,2)	15 (25,0)	14 (23,3)	-1,79 (0,076)	11 (19,6)	18 (28,2)	0,306 (0,760)
SKUPAJ	78 (65,3)	34 (60,7)	42 (69,7)	0,77 (0,162)	37(65,2)	42 (65,4)	-0,39 (0,506)

Legenda: SMS = srednje medicinske sestre, DMS = diplomirane medicinske sestre, n = število odgovorov na trditve, t = koeficient t-testa za neodvisne vzorce, p = vrednost statistične značilnosti.

Tabela 4 nam prikazuje test znanja medicinskih sester na vprašanja o motnjah hranjenja. Na trditve so anketirane odgovarjale z DA, NE oz. NE VEM, pravilni odgovori so navedeni v stolpcu ob vprašanju. Največ medicinskih sester je pravilno odgovorilo na trditve *Pri osebah z motnjami hranjenja je v ozadju čustvena stiska* (90,0 %), sledita trditvi *Motnje hranjenja so ozdravljive* (88,3 %) in *Anoreksija se največkrat pojavlja pri deklicah v adolescenci* (86,7 %). Najmanj jih je pravilno odgovorilo da *Pri kompulzivnem prenašanju fazi izrazitega prenašanja ne sledi vedno hoteno bruhanje* (24,2 %), sledita trditvi *Bulimija je daleč bolj razširjena kot anoreksija* (30,8 %) in *Osebi z anoreksijo primanjkuje apetita* (44,2 %).

T-test za neodvisne vzorce je pokazal, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe ($p = 0,022$) in z različno delovno dobo ($p = 0,025$) v testu znanja s področja motenj hranjenja. Statistično pomembna razlika se je pokazala pri trditvi *Motnje hranjenja in motnje prehranjevanja pomeni isto*. Na zgoraj navedeno trditev je pravilno odgovorilo več srednje izobraženih medicinskih sester (75,0 %) in več medicinskih sester z daljšo delovno dobo (75,0 %), v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami (55,0 %) in medicinskimi sestrami s krajšo delovno dobo (53,6 %). Statistično pomembna razlika se je pokazala pri trditvi *Pri osebah z motnjami hranjenja je v ozadju čustvena stiska* ($p = 0,029$), in sicer med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe. Na zgornjo trditev je v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami (83,3 %), pravilno odgovorilo več diplomiranih medicinskih sester (96,7 %). Statistično pomembna razlika se je pokazala tudi med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe pri trditvi *O količini hrane odloča pacient, medicinska sestra pa ga ob tem podpira in spodbuja k pravilni izbiri* ($p = 0,020$), kjer je pravilno odgovorilo 78,3 % diplomiranih medicinskih sester in 54,7 % srednjih medicinskih sester. Podobno razliko je t-test za neodvisne vzorce pokazal pri trditvi *Za anoreksijo je značilna premajhna telesna masa* ($p = 0,025$), kjer je pravilno odgovorilo več diplomiranih medicinskih sester (91,7 %), v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami (75,0 %). Statistično pomembna razlika med medicinskimi sestrami z različno izobrazbo se je pokazala nadalje pri trditvi *Anoreksija se največkrat pojavlja pri deklicah v adolescenci* ($p = 0,005$). Tudi na to trditev je pravilno odgovorilo več diplomiranih medicinskih sester (95,0 %) kot srednjih medicinskih sester (78,3 %). Statistično pomembna razlika se je pokazala nadalje pri trditvi *Pri bulimiji pacient poleg izločanja hrane z bruhanjem uporablja tudi odvajala* ($p < 0,001$), kjer je glede na izobrazbo pravilno odgovorilo več diplomiranih medicinskih sester (86,7 %), v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami (55,0 %). T-test za neodvisne vzorce je pokazal, da statistično pomembne razlike obstajajo med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe ($p = 0,026$) in z različno dolžino delovne dobe ($p = 0,049$) pri trditvi *Kompulzivno prenajedanje se pojavi v obdobju zgodnje odraslosti*. Na slednjo trditev je pravilno odgovorilo več diplomiranih medicinskih sester (55,0 %) in več medicinskih sester s krajšo delovno dobo (58,9 %), v primerjavi s srednjimi

medicinskimi sestrami (41,7 %) in medicinskimi sestrami z daljšo delovno dobo (39,1 %).

Tabela 5: Dosežene ocene medicinskih sester pri testu znanja glede na izobrazbo in delovno dobo

	Skupaj	Srednje medicinske sestre	Diplomirane medicinske sestre	Krajša delovna doba	Daljša delovna doba
Dosežena ocena pri testu znanja	7 (dobro)	7 (dobro)	7 (dobro)	7 (dobro)	7 (dobro)

Legenda: Ocenjevalna lestvica ECTS: manj kot 50,5 % nezadostno (1-4), 50,5 % - 54,9 % nezadostno (5), 55,0 % - 59,5 % zadostno (6), 59,6 % - 70,7 % dobro (7), 70,8 %-84,2 % prav dobro (8), 84,3 % - 95,5 % prav dobro (9), 95,6 % - 100 % odlično (10).

Tabela 5 nam prikazuje dosežene ocene medicinskih sester pri testu znanja glede na izobrazbo in delovno dobo po lestvici ECTS. Tako skupaj kot ločeno po izobrazbi in delovni dobi, bi medicinske sestre na testu znanja dosegle oceno 7 (dobro).

3.4.2 Delovanje medicinskih sester na področju preventive motenj hranjenja

Tabela 6: Mnenje medicinskih sester o izvajanju preventive motenj hranjenja ter o ovirah za njeno izvajanje

Kaj menite o izvajanju preventive motanj hranjenja?	PV (SO)	Izobrazba			Delovna doba		
		SMS PV (SO)	DMS PV (SO)	t (p)	Krajša delovna doba PV (SO)	Daljša delovna doba PV (SO)	t (p)
Izvajam preventivno delo s področja MH	2,00 (1,13)	1,50 (0,89)	2,50 (1,14)	-5,387 (<0,001)	2,04 (1,22)	1,94 (1,07)	0,470 (0,639)
Menim, da dobro izvajam preventivno delo s področja MH	2,38 (1,05)	2,23 (1,09)	2,52 (0,99)	-1,480 (0,142)	2,55 (1,08)	2,17 (0,95)	2,060 (0,042)

Kaj menite o izvajanju preventivne motenj hranjenja?	PV (SO)	Izobrazba			Delovna doba		
		SMS PV (SO)	DMS PV (SO)	t (p)	Krajša delovna doba PV (SO)	Daljša delovna doba PV (SO)	t (p)
Kaj so po vašem mnenju največje ovire za izvedbo preventivne pred motnjami hranjenja?							
Neznanje o motnjah hranjenja	2,35 (1,23)	2,67 (1,23)	2,03 (1,15)	2,914 (0,040)	2,48 (1,11)	2,31 (1,15)	0,818 (0,415)
Neizkušenost s področja motenj hranjenja	3,33 (1,25)	3,88 (0,90)	2,78 (1,30)	5,372 (<0,001)	3,75 (0,54)	2,94 (1,40)	3,675 (<0,001)
Slaba komunikacija	3,02 (1,33)	2,67 (1,46)	3,37 (1,10)	-2,965 (0,004)	3,45 (1,26)	3,14 (1,07)	0,615 (0,540)
Predsodek do ljudi z motnjami hranjenja	2,29 (1,02)	2,75 (0,93)	1,77 (0,87)	5,972 (<0,001)	2,27 (1,40)	2,01 (1,13)	1,231 (0,221)
Organizacija dela	1,66 (1,06)	1,37 (0,64)	1,95 (1,29)	-3132 (0,020)	2,02 (1,33)	2,82 (1,30)	-3,367 (0,001)

Legenda: Pri zgornjih dveh trditvah je bila uporabljena lestvica strinjanja od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni popolno ne strinjanje, 5 pa popolno strinjanje, SMS = srednje medicinske sestre, DMS = diplomirane medicinske sestre, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = koeficient t-testa za neodvisne vzorce, p = vrednost statistične značilnosti, MH = motnje hranjenja.

Tabela 6 nam prikazuje mnenje medicinskih sester o izvajanju preventivne motenj hranjenja. Anketirane medicinske sestre menijo, da izvajajo preventivno delo s področja motenj hranjenja (PV = 2,00) in da to preventivno delo s področja motenj hranjenja izvajajo dobro (PV = 2,38). Neenotnost med medicinskimi sestrami se je pokazala pri obeh trditvah, večja je bila pri trditvi o izvajanju preventivnega dela s področja motenj hranjenja (SO = 1,13).

Bivariantna analiza je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe pri trditvi, ki pravi, da preventivno delo izvajajo ($p < 0,001$). Preventivno delo s področja motenj hranjenja izvaja več diplomiranih medicinskih sester (PV = 2,50), v primerjavi s srednjimi medicinskimi

sestrami (PV = 1,50). Statistično pomembne razlike so se pokazale tudi pri medicinskih sestrah z različno dolgo delovno dobo pri mnenju, da preventivno delo izvajajo dobro ($p = 0,042$). Da preventivno delo izvaja dobro, meni več medicinskih sester s krajšo delovno dobo (PV = 2,55), v primerjavi z medicinskimi sestrami z daljšo delovno dobo (PV = 2,17).

Po mnenju medicinskih sester sta največji oviri za izvedbo preventive pred pojavom motenj hranjenja neizkušnost (PV = 3,33) in slaba komunikacija (PV = 3,02). Srednje medicinske sestre pa med pomembnejšo oviro uvrščajo še predsodek do ljudi z motnjami hranjenja (PV = 2,75). Kot najmanjšo oviro za izvedbo preventive pred motnjami hranjenja so diplomirane medicinske sestre ocenile organizacijo dela (PV = 1,95). Neenotnost medicinskih sester se je pokazala pri vseh mnenjih, še največja pa je bila pri oceni ovir slaba komunikacija (SO = 1,33) in neizkušnost s področja motenj hranjenja (SO = 1,25).

Bivariantna analiza je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe pri vseh ovirah za izvedbo preventive pred motnjami hranjenja (neznanje o motnjah hranjenja ($p = 0,040$), neizkušnost s področja motenj hranjenja ($p < 0,001$), slaba komunikacija ($p = 0,004$), predsodek do ljudi z motnjami hranjenja ($p < 0,001$) in organizacija dela ($p = 0,020$)). Srednje medicinske sestre menijo (PV = 2,67), da je neznanje o motnjah hranjenja večja ovira v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 2,03). Podobno se srednjim medicinskim sestram (PV = 3,88), v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 2,78) neizkušnost s področja motenj hranjenja zdi večja ovira. Večja ovira se srednjim medicinskim sestram (PV = 2,75), v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 1,77) zdi tudi predsodek do ljudi z motnjami hranjenja. Slaba komunikacija pa je večja ovira za diplomirane medicinske sestre (PV = 3,37), v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami (PV = 2,67). Diplomirane medicinske sestre (PV = 1,95), v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami (PV = 1,37) menijo tudi, da je večja ovira za izvajanje preventive organizacija dela.

Po mnenju medicinskih sester s krajšo delovno dobo je z izvajanjem preventive najmanj povezana organizacija dela (PV = 2,02), po mnenju medicinskih sester z daljšo delovno dobo pa je najmanj povezan predsodek do ljudi z motnjami hranjenja (PV = 2,01). Bivariantna analiza je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami z različno dolgo delovno dobo o mnenju, katere ovire so povezane z izvajanjem preventive. Statistično pomembna razlika so je pokazala pri oviri neizkušenost s področja motenj hranjenja ($p = 0,000$) in pri oviri organizacija dela ($p = 0,001$). Neizkušenost s področja motenj hranjenja medicinske sestre s krajšo delovno dobo (PV = 3,75) navajajo kot večjo oviro v primerjavi z medicinskimi sestrami z daljšo delovno dobo (PV = 2,94). Organizacija dela pa je večja ovira pri medicinskih sestrah z daljšo delovno dobo (PV = 2,82), v primerjavi z medicinskimi sestrami s krajšo delovno dobo (PV = 2,02).

Tabela 7: Načini izvajanje preventive motenj hranjenja s strani medicinskih sester

Na kakšen način izvajate preventivo motenj hranjenja?	n (%)	Izobrazba			X ² (p)	Delovna doba			X ² (p)
		SMS (%)	DMS (%)	SKUPAJ		Krajša delovna doba (%)	Daljša delovna doba (%)	SKUPAJ	
Pogovor s pacienti	52 (43,4)	26 (21,7)	26 (21,7)	120 (100,0)	5,443 (0,25)	23 (19,2)	29 (24,2)	52 (43,4)	1,276 (0,865)
Deljenje zloženek na temo MH	29 (24,1)	19 (15,8)	10 (8,3)	58 (48,2)		15 (12,5)	14 (11,7)	29 (24,2)	
Tehtanje in merjenje pacienta ter izračun indeksa telesne mase	22 (18,3)	9 (7,5)	13 (10,8)	32 (36,6)		11 (9,2)	11 (9,2)	22 (18,4)	
Izvajanje predavanja na temo problematike MH	13 (10,8)	4 (3,3)	9 (7,5)	26 (21,6)		6 (5,0)	7 (5,8)	13 (10,8)	
Prikazovanje slik, fotografij oseb z MH	4 (3,4)	2 (1,7)	2 (1,7)	8 (6,8)		1 (0,8)	3 (2,5)	4 (3,2)	
SKUPAJ	120 (100)	60 (50)	60 (50)			56 (47)	64 (53)	120 (100,0)	

Legenda: SMS = srednje medicinske sestre, DMS = diplomirane medicinske sestre, n = število odgovorov na trditev, X² = vrednost hi-kvadrat testa, p = vrednost statistične značilnosti, MH = motnje hranjenja.

Tabela 7 nam prikazuje, da slaba polovica medicinskih sester preventivo pred pojavom motenj hranjenja izvaja preko pogovora s pacienti (43,4 %), četrtnina pa z deljenjem zloženek na temo motenj hranjenja (24,1 %). Medicinske sestre manj pogosto preventivo izvajajo s tehtanjem in merjenjem (18,3 %) in z izvedbo predavanj na temo problematike motenj hranjenja (10,8 %). Najmanj medicinskih sester pa preventivo izvaja s prikazovanjem slik in fotografij oseb z motnjo hranjenja (3,4 %). Tako srednje kot tudi diplomirane medicinske sestre na prvo mesto preventivnih aktivnosti pred pojavom motenj hranjenja postavljajo pogovor s pacienti (21,7 %), na drugo mesto pa srednje medicinske postavljajo deljenje zloženek na temo motenj hranjenja (15,8 %), diplomirane medicinske sestre pa tehtanje in merjenje pacientov ter izračun indeksa telesne mase (10,8 %). Statistično pomembnih razlik med načini izvajanja preventive s strani medicinskih sester z različno stopnjo izobrazbe nismo ugotovili ($p = 0,245$). Petina medicinskih sester s krajšo delovno dobo (19,2 %) in četrtnina medicinskih sester z daljšo delovno dobo (24,2 %) preventivo pred pojavom motenj hranjenja izvaja preko pogovora s pacienti. Tako pri medicinskih sestrah s krajšo delovno dobo (12,5 %) kot pri medicinskih sestrah z daljšo delovno dobo (11,7 %) sledi deljenje zloženek na temo motenj hranjenja. Statistično pomembnih razlik med načini izvajanja preventive motenj hranjenja s strani medicinskih sester z različno delovno dobo nismo ugotovili ($p = 0,865$).

Tabela 8: Izvajanje preventive motenj hranjenja s strani medicinskih sester

KATEGORIJA	KODE	PRIMER
Preventivni pregledi	Preventivni obiski nad 65 let Preventivni obiski kroničnih bolnikov Preventivnimi pregledi v splošnih ambulantah Pogovor ob preventivnem pregledu. Primarna in sekundarna preventiva v referenčnih ambulantah Test hoje na 2 km	»Primarna in sekundarna preventiva v referenčnih ambulantah.«

KATEGORIJA	KODE	PRIMER
Pogovor	Pogovor z določeno osebo v družini S pogovorom o zdravi prehrani in pravilnem prehranjevanju. Pogovor s pacienti in svojci Individualni pogovor Pogovor, izkušnje Pogovor o zdravi prehrani	»S pogovorom o zdravi prehrani in pravilnem prehranjevanju.«
Svetovanje	Svetovanje glede pravilne prehrane Priporočila za zdravo prehrano otrok Svetovanje, napotitve naprej Svetovanje obiska pri specialistu	»Pogovor s praktičnimi nasveti o zdravi prehrani.«
Predavanja	Izvajanje delavnic za zdravo hujšanje Izvajanje ZV v obliki predavanj na sistematskih pregledih Edukacije v diabetološki ambulanti Pozitivna razlaga o zdravi prehrani in načinu sprejemanja svojega telesa. Razlaga o pomenu hrane	»Na sistematskih pregledih v 8.r. OŠ ali 1.l. sr. šole imamo temo telesna teža. ZV se izvaja v obliki predavanj.«
Zdravstvena vzgoja	ZV na sistematskih pregledih Z osveščanjem ZV o zdravi prehrani ZV o zdravem načinu življenja ZV na temo telesna teža	»Zdravstvena vzgoja na sistematskih pregledih na temo telesna teža.«

Legenda: ZV = zdravstvena vzgoja, OŠ = osnovna šola.

Medicinske sestre so v odgovoru na odprto vprašanje opisale, kako preventivo motenj hranjenja izvajajo v praksi. Na podlagi šestindvajsetih kod je nastalo 5 vsebinskih kategorij. Rezultati so prikazani v tabeli 8. Kategorijo *preventivni pregledi* sestavljajo kode preventivni obiski nad 65 let, preventivni obiski kroničnih bolnikov, preventivni pregledi v splošnih ambulantah, pogovor ob preventivnem pregledu, primarna in sekundarna preventiva v referenčnih ambulantah in test hoje na 2 km. Kategorija *pogovor* ja nastala na podlagi šestih značilnih kod, in sicer pogovor z določeno osebo v družini, pogovor o zdravi prehrani in pravilnem prehranjevanju, pogovor s pacienti in svojci, individualni pogovor, pogovor, izkušnje, pogovor o zdravi prehrani. Določili smo tudi kategorijo *svetovanje*. Značilne kode za to kategorijo so svetovanje glede pravilne prehrane, priporočila za zdravo prehrano otrok, svetovanje, napotitve naprej in pa svetovanje obiska pri specialistu. Kategorijo *predavanja* sestavljajo kode izvajanje delavnic za zdravo hujšanje, izvajanje zdravstvene vzgoje v obliki predavanj na

sistematskih pregledih, edukacije v diabetološki ambulanti, pozitivna razlaga o zdravi prehrani in načinu sprejemanja svojega telesa ter razlaga o pomenu hrane. Zadnja kategorija *zdravstvena vzgoja* pa je nastala na podlagi naslednjih kod: zdravstvena vzgoja na sistematskih pregledih, z ozaveščanjem, zdravstvena vzgoja o zdravi prehrani, zdravstvena vzgoja o zdravem načinu življenja in zdravstvena vzgoja na temo telesna teža.

3.4.2 Udeležnost medicinskih sester na izobraževanjih na temo motenj hranjenja

Tabela 9: Mnenje medicinskih sester o udeležnosti na izobraževanjih o motnjah hranjenja

Kaj menite o izobraževanjih o motnjah hranjenja?	PV (SO)	Izobrazba			Delovna doba		
		SMS PV (SO)	DMS PV (SO)	t (p)	Krajša delovna doba PV (SO)	Daljša delovna doba PV (SO)	t (p)
S področja hranjenja sem bila deležna številnih izobraževanj	1,98 (0,95)	2,18 (1,03)	1,77 (0,81)	2,458 (0,015)	1,64 (0,72)	2,11 (1,03)	2,840 (0,005)
Želim si več izobraževanj na temo motenj hranjenja, saj bi se s tem izboljšalo moje prepoznavanje pacientov z motnjami hranjenja	3,79 (0,95)	3,65 (0,78)	3,93 (1,09)	-1,642 (0,103)	3,96 (0,87)	3,53 (1,25)	2,174 (0,032)
Deležna sem bila izobraževanj s področja preventivne motenj hranjenja	2,04 (0,99)	2,08 (1,06)	2,00 (0,94)	0,455 (0,650)	2,14 (0,90)	2,05 (1,08)	0,525 (0,600)
Menim, da bi lažje in boljše izvajala preventivno delo, če bi bilo več izobraževanj na to problematiko	4,30 (1,02)	4,33 (0,90)	4,27 (1,13)	0,358 (0,721)	3,96 (1,22)	4,30 (0,95)	-1757 (0,082)

Legenda: Uporabljena je bila lestvica strinjanja od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni popolno ne strinjanje, 5 pa popolno strinjanje, SMS = srednje medicinske sestre, DMS = diplomirane medicinske sestre, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = koeficient t-testa za neodvisne vzorce, p = vrednost statistične značilnosti.

Medicinske sestre menijo, da bi lažje in boljše izvajale preventivno delo, če bi bilo več izobraževanj (PV = 4,30) in si tudi želijo več izobraževanj na to tematiko (PV = 3,79) (tabela 9). Nasprotno se ne strinjajo, pri čemer so si tudi enotne v dogovoru, da so bile s

področja preventive motenj hranjenja deležne številnih izobraževanj (PV = 1,98, SO = 0,95).

Bivariantna analiza je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe in različno delovno dobo glede mnenja o izobraževanjih na temo motenj hranjenja. Srednje medicinske sestre (PV = 2,18) in medicinske sestre z daljšo delovno dobo (PV = 2,11) so mnenja, da so bile deležne več izobraževanj s področja motenj hranjenja, v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 1,77) in medicinskimi sestrami s krajšo delovno dobo (PV = 1,64). Medicinske sestre s krajšo delovno dobo (PV = 3,96), v primerjavi z medicinskimi sestrami z daljšo delovno dobo (PV = 3,53), si statistično pomembno želijo več izobraževanj na temo motenj hranjenja, ker menijo, da se bo s tem izboljšalo njihovo prepoznavanje pacientov z motnjami hranjenja ($p = 0,032$).

3.5 RAZPRAVA

Namen našega raziskovanja je bil ugotoviti, kakšno vlogo imajo medicinske sestre s srednjo stopnjo izobrazbe ter diplomirane medicinske sestre pri prepoznavanju in preventivi motenj hranjenja. Ugotoviti smo želeli tudi, če je prepoznavanje motenj hranjenja odvisno od izobrazbe in delovne dobe medicinskih sester ter na kakšen način in v kakšnem obsegu medicinske sestre izvajajo preventivno delo na področju motenj hranjenja. Zanimalo nas je tudi, če so medicinske sestre vključene v izobraževanja s področja motenj hranjenja.

Naši rezultati so pokazali, da se medicinske sestre srednje strinjajo, da so motnje hranjenja pogosto prisotne, poleg tega ocenjujejo, da znajo srednje dobro prepoznati osebo z motnjami hranjenja. Nasprotno je nizozemska raziskava pokazala, da je zdravstveno osebje ugotovilo slabo polovico pacientov s potrjeno anoreksijo nervozo in zgolj 10 % pacientov s potrjeno bulimijo nervozo. Poleg tega je raziskava pokazala, da je imelo zdravstveno osebje največ težav pri odkrivanju anoreksije nervoze pri mlajših pacientih ter pri pacientih, ki so imeli le delne simptome bolezni (Currin, Schmidt, 2005). Linville s sodelavci (2010) navaja, da so posamezniki z motnjami hranjenja

običajno najprej opaženi od njihovih sorodnikov ali od zdravstvenega osebja, ki dela v primarnem varstvu. Ugotovili smo tudi, da medicinske sestre menijo, da se v svojih ambulantah ne srečujejo pogosto z osebami z motnjami hranjenja, prav tako se število takih pacientov v njihovih ambulantah ne povečuje. Avtorja Middleton in Smith (2010) pa nasprotno ugotavljata, da motnje hranjenja nenehno naraščajo.

Prvi korak za uspešno zdravljenje motenj hranjenja je zgodnje odkrivanje le teh. Naslednji, bistveni korak je izobraževanje in vključevanje pacienta v sam proces zdravljenja (Currin, Schmidt, 2005). Fetić (2010) ugotavlja, da sta dobra verbalna in neverbalna komunikacija velik ključ do uspeha. Topolovec in Repič Harl, (2005) pa navajata, da se mora medicinska sestra s starši ciljno pogovoriti, spoznati otroke in družino. V raziskavi smo ugotovili, da so medicinske sestre mnenja, da na zmožnost prepoznavanja motenj hranjenja največ pripomorejo izkušnje, izobraževanja s področja motenj hranjenja in pa komunikacijske zmožnosti medicinske sestre. Srednjim medicinskim sestram se komunikacijske zmožnosti zdijo bolj pomemben dejavnik v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami. Za medicinske sestre z daljšo delovno dobo je izobrazba bolj pomemben dejavnik za prepoznavanje motenj hranjenja, medtem ko sta za medicinske sestre s krajšo delovno dobo bolj pomembna dejavnika izkušnje in izobraževanja s področja motenj hranjenja.

Zanimalo nas je tudi znanje medicinskih sester o motnjah hranjenja. Preverjali smo ga s testom znanja. Ugotovili smo, da se znanje medicinskih sester o motnjah hranjenja glede na izobrazbo in delovno dobo bistveno ne razlikuje. Nekoliko bolj uspešne so bile diplomirane medicinske sestre in medicinske sestre z daljšo delovno dobo, v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami in medicinskimi sestrami s krajšo delovno dobo. Rezultati testa znanja so pokazali, da bi po lestvici ECTS medicinske sestre, tako skupaj kot ločeno po izobrazbi in delovni dobi, dosegle oceno 7 (dobro).

Ugotovili smo, da medicinske sestre preventive motenj hranjenja v glavnem ne izvajajo, paciente zgolj spodbujajo in motivirajo k zdravemu življenjskemu slogu. Poleg tega smo ugotovili, da se medicinske sestre manj strinjajo, da preventivno delo izvajajo dobro. Glede na izobrazbo preventivno delo izvaja več diplomiranih medicinskih sester,

glede na delovno dobo pa več medicinskih sester s krajšo delovno dobo. Podobno več diplomiranih medicinskih sester in več medicinskih sester s krajšo delovno dobo meni, da preventivno delo s področja motenj hranjenja izvaja dobro. Arzenšek, Turčin in Lahe (2005) navajajo, da je medicinska sestra tudi čustveno vpletena v obravnavo, zato mora najprej predelati lastna čustva in lasten odnos do hrane in telesa, da lahko ustrezno pomaga posamezniku. Šolc (2004) poudarja, da medicinska sestra pacienta ne sme obsojati, zato je prvi pogoj, da zatre negativna prepričanja o motnjah hranjenja. Ugotovili smo, da sta največji oviri pri izvajanju preventive motenj hranjenja za medicinske sestre neizkušenosť in slaba komunikacija. Za srednje medicinske sestre je neznanje o motnjah hranjenja, neizkušenosť s področja motenj hranjenja in predsodek do ljudi z motnjami hranjenja večja ovira kot za diplomirane medicinske sestre. Slaba komunikacija in organizacija dela pa sta večji oviri za diplomirane medicinske sestre. Neizkušenosť s področja motenj hranjenja je za medicinske sestre s krajšo delovno dobo večja ovira v primerjavi z medicinskimi sestrami z daljšo delovno dobo. Za medicinske sestre z daljšo delovno dobo pa je organizacija dela večja ovira v primerjavi z medicinskimi sestrami s krajšo delovno dobo.

Kastelic (2009) ugotavlja, da s primarno preventivo vplivamo na vzgojo rizičnih oseb, tako da izobražujemo starše, otroke in mladostnike. S tem skušamo zmanjšati predvsem dejavnike tveganja, ki izhajajo iz družine. Avtorica nadalje navaja, da so v okviru preventive zelo uporabne različne socialne igre in delavnice, ki spodbujajo pacientovo samopodobo in pozitiven odnos do lastnega telesa. V naši raziskavi smo ugotovili, da medicinske sestre preventivno delo najpogosteje izvajajo preko pogovora s pacienti in z deljenjem zloženek na temo motenj hranjenja, manj pogosto s tehtanjem in merjenjem in z izvajanjem predavanj na temo problematike motenj hranjenja, najmanj pogosto pa s prikazovanjem slik in fotografij oseb z motnjo hranjenja. Šolc (2004) poudarja, da mora medicinska sestra s pogovorom pacienta motivirati, spodbujati, razbremenjevati, mu pomagati in ga spodbujati pri vseh življenjskih aktivnostih. Nadalje smo ugotovili, da so srednje medicinske na drugo mesto postavile deljenje zloženek na temo motenj hranjenja, diplomirane medicinske sestre pa tehtanje in merjenje pacientov ter izračun indeksa telesne mase. Vidic (2003) opisuje potek dela v njihovi ambulanti, kjer v tabelo zapisujejo telesno težo in indeks telesne mase ob vsakem srečanju s pacientom.

Rezultati glede na delovno dobo so podobni, tako medicinske sestre s krajšo delovno dobo kot medicinske sestre z daljšo delovno dobo najpogosteje preventivo izvajajo preko pogovora s pacienti, sledi deljenje zloženek na temo motenj hranjenja. Iz odgovorov pri odprtem vprašanju smo podobno izluščili, da medicinske sestre preventivno delo izvajajo s preventivnimi pregledi, zdravstveno vzgojo, preko pogovora, svetovanja in s predavanji na temo motenj hranjenja.

Rezultati v naši raziskavi so pokazali, da bi medicinske sestre lažje in boljše izvajale preventivno delo, če bi bilo več izobraževanj na to tematiko. Ugotovili smo tudi, da niso bile deležne izobraževanj na to tematiko, si jih pa želijo. Currin in Schmidt (2005) poudarjata, da zdravstveno osebje potrebuje dodatna usposabljanja s področja motenj hranjenja. Topolovec in Repič Harl (2005) podobno ugotavljata, da bo potrebno nadgraditi poznavanje zgodnjega razvoja motenj hranjenja pri otroku, ki bo pomagalo usmeriti nadaljnja prizadevanja k izdelavi še natančnejših psihodiagnostičnih pripomočkov in preventivnih programov. Ugotovili smo razlike glede na izobrazbo in delovno dobo o udeležnosti na izobraževanjih na temo motenj hranjenja, in sicer srednje medicinske sestre in medicinske sestre z daljšo delovno dobo so bile deležne več izobraževanj s področja motenj hranjenja v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami in medicinskimi sestrami s krajšo delovno dobo. Medicinske sestre s krajšo delovno dobo si v primerjavi z medicinskimi sestrami z daljšo delovno dobo želijo več izobraževanj na temo motenj hranjenja, ker menijo, da bo se s tem izboljšalo njihovo prepoznavanje pacientov z motnjami hranjenja.

Z našo raziskavo smo ugotovili delovanje medicinskih sestre na področju motenj hranjenja. Ugotovili smo, da medicinske sestre znajo srednje dobro prepoznati motnje hranjenja in da preventive s področja motenj hranjenja v večji meri ne izvajajo. Glede na to, da smo v našo raziskavo vključili samo medicinske sestre iz gorenjske regije, bi bilo zanimivo videti in primerjati rezultate raziskave, ki bi zajela medicinske sestre, zaposlene v primarnem varstvu, iz celotne Slovenije. V Sloveniji je namreč malo raziskav, ki bi se osredotočale na pomen zdravstvene nege pri prepoznavanju in preventivi motenj hranjenja. Zanimivo bi bilo primerjati tudi znanje in kakovost

prepoznavanja in preventive motenj hranjenja pri medicinskih sestrah, ki so bile deležne izobraževanj na temo motenj hranjenja in pri tistih, ki le teh niso bile deležne.

4 ZAKLJUČEK

Motnje hranjenja po svetu nenehno naraščajo in predstavljajo vse večji problem. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri preprečevanju motenj hranjenja, saj z zgodnjim prepoznavanjem in preventivo lahko vpliva na nadaljnji razvoj in potek bolezni.

Naša raziskava je pokazala, da medicinske sestre menijo, da znajo srednje dobro prepoznati osebo z motnjami hranjenja. Po mnenju medicinskih sester na zmožnost prepoznavanja motenj hranjenja največ prispevajo izkušnje, izobraževanja s področja motenj hranjenja in dobe komunikacijske zmožnosti medicinske sestre. Ugotovili smo, da se znanje medicinskih sester o motnjah hranjenja glede na izobrazbo in delovno dobo bistveno ne razlikuje.

Z raziskavo smo ugotovili, da medicinske sestre preventive s področja motenj hranjenja večinoma ne izvajajo, glede na izobrazbo in delovno dobo preventivno delo izvaja več diplomiranih medicinskih sester in več medicinskih sester s krajšo delovno dobo. Preventivno delo najpogosteje izvajajo preko pogovora in z deljenjem zloženek na temo motenj hranjenja. Kot največji oviri za neizvajanje preventive pa so medicinske sestre navedle neizkušenost in pa slabo komunikacijo.

Medicinske sestre bi lažje in boljše izvajale preventivo s področja motenj hranjenja, če bi bilo več izobraževanj na to tematiko. Medicinske sestre niso bile deležne izobraževanj, si jih pa želijo. Glede na izobrazbo in delovno dobo je bilo izobraževanj deležnih več srednjih medicinskih sester in več medicinskih sester z daljšo delovno dobo.

V prihodnje bi se bilo potrebno predvsem osredotočiti na izobraževanje medicinskih sester, saj bi s tem bilo prepoznavanje motenj hranjenja lažje, preventiva pa kvalitetnejša.

5 LITERATURA

Arzenšek P, Turčin Z, Lahe M. Anoreksija nervoza s prikazom primera. *Obzor Zdr N.* 2005;39(4):269–75.

Bilban M. Promocija zdravja v različnih življenjskih obdobjih s poudarkom na zdravem prehranjevanju. In: Hočevar Grom A, ed. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010: zdrava prehrana in javno zdravje: zbornik prispevkov*, Ljubljana, oktober 2010. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2010: 27-43.

Calado M, Lameiras M, Sepulveda AR, Rodríguez Y, Carrera MV. The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18(5):417-27.

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Cook-Cottone C, Jones L, Haugli S. Prevention of Eating Disorders Among Minority Youth: A Matched-Sample Repeated Measures Study. *Eat Disord.* 2010;18(5):361-76.

Copak M. Psihološki dejavniki motenj hranjenja. In: Hafner A, Copak M, Kuhar M, eds. *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj; 2011: 29-32.

Currin L, Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *J Ment Health.* 2005;14(6):611–24.

Čarapić J. Vpliv motenj hranjenja na socialno vključevanje in izobraževanje. In: Hafner A, Copak M, Kuhar M, eds. *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj; 2011: 84.

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

Fetić M. Zdravstvena nega mladostnika in motnje hranjenja: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Glavač A. Analiza izobraževalnih programov pri zdravljenju motenj hranjenja: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2009.

Hafner A. Motnje hranjenja in zdravo prehranjevanje. In: Hočevar Grom A, ed. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010: zdrava prehrana in javno zdravje: zbornik prispevkov, Ljubljana, oktober 2010. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2010: 176-83.

Kameg KM, Mitchell AM, Chmielewski J. Recognizing and managing eating disorders in primary care. *Am J Nurse Pract.* 2003;7(6):9-17.

Kastelic M. Preprečevanje motenj prehranjevanja pri mladostnikih. In: Majcen Dvoršak S, ed. Medicinske sestre in babice – znanje je moč: 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 123.

Koren M. Metode socialnega dela v procesu okrevanja pri motnjah hranjenja: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2009.

Kovač A. Kompulzivno prenašanje kot oblika motenj hranjenja: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Langmesser L, Verscheure S. Are eating disorder prevention programs effective? *J Athletic Train.* 2009;44(3):304-5.

Linville D, Benton A, O'Neil M, Sturm K. Medical Providers' Screening, Training and Intervention Practices for Eating Disorders. *Eat Disord.* 2010;18(2):110-31.

Linville D, Stice E, Gau J, O'Neil M. Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: A 3-year longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2011;44(8):745-51.

Lowther C. Caring for young people with eating disorders in the acute medical setting. *Paediatr Nurs.* 2005;17(1):26-9.

Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, de Irala-Estévez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics.* 2003;111(2):315-20.

Middleton K, Smith J. Motnje hranjenja: prvi koraki na poti do ozdravitve. Koper: Ognjišče; 2012.

Mosley PE. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur Eat Disord Rev.* 2009;17(3):191-8.

Peterka Novak J. Perspektiva spola na področju motenj hranjenja: ženske in dekleta zbolijo pogosteje kot moški. *Obzor Zdr N.* 2007;41(1):43-8.

Reich G, Kroger S. Motnje hranjenja: ponovno odkrivanja zdrave prehrane. Ptujška Gora: In obs medicus; 2009.

Russell-Mayhew S, Arthur N, Ewashen C. Targeting students, teachers and parents in a wellness-based prevention program in schools. *Eat Disord.* 2007;15(2):159-81.

Sernec K. Definicije in vrste motenj hranjenja. In: Hafner A, Copak M, Kuhar M, eds. *Razumeti motnje hranjenja.* Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj; 2011: 9-11.

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

Šolc S. Motnje hranjenja. Utrip. 2004;3:16-8. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/utrip/ostala_leta/Utrip-03-04.pdf.

Topolovec N, Repič Harl M. Vloga medicinske sestre pri zgodnjem odkrivanju motenj hranjenja s pomočjo SPP-3. In: Filej B, Kvas A, Kersnič P, eds. Zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 12.-14. maj 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005: 191-6.

Vidic M. Vloga medicinske sestre pri zdravljenju motenj hranjenja v ambulanti za motnje v razvoju. In: Puc T, Kodermac T, Zalokar Divjak Z, eds. Duševno zdravje – bistvo zdrave osebnosti: zbornik predavanj, Nova Gorica, 8. november 2003. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 22-30.

Vitale E, Maglie RB. The role of a psychiatric nurse in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. Prof Infirm. 2007;60(4):221-9.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

VPRAŠALNIK O VLOGI MEDICINSKE SESTRE PRI PREPOZNAVANJU IN PREVENTIVI MOTENJ HRANJENJA

Sem Tadeja Pivk, absolventka Visoke šola za zdravstveno nego Jesenice, in pišem pod mentorstvom Tanje Torkar, pred. in somentorstvom doc. dr. Joce Zirc diplomsko delo z naslovom Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju in preventivi motenj hranjenja. V vprašalniku, ki vsebuje vprašanja zaprtega in eno vprašanje odprtega tipa, sprašujem po poznavanju motenj hranjenja ter po vaši vlogi pri prepoznavanju in preventivi motenj hranjenja. Vprašalnik je v celoti anonimen ter namenjen izključno v raziskovalne namene. Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem!

1. Spol: a) moški

b) ženski

2. Starost: _____

3. Izobrazba: a) srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik

b) višja/diplomirana medicinska sestra

4. V kateri ambulanti oz. dispanzerju opravljate delo?

a) splošna ambulanta

b) referenčna ambulanta

c) dispanzer za žene

č) otroški in šolski dispanzer

d) patronažna služba

5. Koliko let že opravljate delo v ambulanti?

- a) 0-1 leto
- b) 2-5 let
- c) 6-10 let
- č) 11-20 let
- d) 21 let in več

6. Postavljenih je pet trditev. Označite vaše strinjanje, pri čemer 1 pomeni popolno ne strinjanje, 5 pa popolno strinjanje.

Trditev	1- Sploh se ne strinjam	2- Se ne strinjam	3- Delno se strinjam	4- Se strinjam	5- Popoln oma se strinja m
V ambulanti se zelo pogosto srečujem z osebami z motnjo hranjenja.					
Menim, da se medicinske sestre dovolj posvečajo prepoznavanju oseb z motnjami hranjenja					
Menim, da znam prepoznati osebo z motnjami hranjenja					
Izvajam preventivno delo s področja motenj hranjenja.					
Menim, da so motnje hranjenja zelo prisotne.					
Menim, se število pacientov z motnjami hranjenja v naši ambulanti stalno povečuje.					

7. Obkrožite (možen je samo en odgovor).

Motnje hranjenja in motnje prehranjevanja pomeni isto. DA NE NE VEM

Motnje hranjenja so ozdravljive. DA NE NE VEM

Osebe, ki so izkusile motnjo hranjenja, bodo imele vedno spremenjen odnos do hrane in do svojega telesa. DA NE NE VEM

Pri osebah z motnjami hranjenja je v ozadju čustvena stiska. DA NE NE VEM

Vloga medicinske sestre je v tem, da pacienta prisili k opustitvi njegovih prehranjevalnih navad in ga nadzira. DA NE NE VEM

O količini hrane odloča pacient, medicinska sestra pa ga ob tem podpira in spodbuja k pravilni izbiri. DA NE NE VEM

Za anoreksijo je značilna premajhna telesna masa. DA NE NE VEM

Anoreksija se največkrat pojavlja pri deklicah v adolescenci. DA NE NE VEM

Osebi z anoreksijo primanjkuje apetita. DA NE NE VEM

Bulimija je daleč bolj razširjena kot anoreksija. DA NE NE VEM

Oseba z bulimijo ima telesno maso v mejah normale. DA NE NE VEM

Pri bulimiji pacient poleg izločanja hrane z bruhanjem uporablja tudi odvajala. DA NE NE VEM

Kompulzivno prenažedanje se pojavi v obdobju zgodnje odraslosti DA NE NE VEM

Pri kompulzivnem prenažedanju ima oseba prekomerno telesno težo. DA NE NE VEM

Pri kompulzivnem prenažedanju fazi izrazitega prenažedanja vedno sledi hoteno bruhanje. DA NE NE VEM

8. Kaj po vašem mnenju najmanj (1) in kaj najbolj (5) vpliva na zmožnost prepoznavanja motenj hranjenja? Razvrstite ocene od 1 do 5.

Izobrazba _____

Delovna doba _____

Izkušnje _____

Izobraževanja s področja motenj hranjenja _____

Dobre komunikacijske zmožnosti medicinske sestre _____

9. Ali izvajate preventivno delo s področja motenj hranjenja?

a) Da

b) Ne

10. Označite vaše strinjanje, pri čemer 1 pomeni popolno ne strinjanje, 5 pa popolno strinjanje.

Vprašanje	Nikoli	Enkrat na leto	Enkrat na mesec	Enkrat na teden	Vsak dan
Kako pogosto izvajate preventivo na področju motenj hranjenj?					

11. Preventivno delo izvajam na naslednji način (odgovarjajte zgolj, če ste na zgornje vprašanje odgovorili pritrdilno, možnih je več odgovorov):

- a) pogovor s pacienti,
- b) deljenje raznih zloženek na temo motenj hranjenja,
- c) tehtanje ter merjenje pacientov ter izračun indeksa telesne mase,
- č) izvajanje predavanj na temo problematike motenj hranjenja,
- d) prikazovanje slik, fotografij oseb z motnjami hranjenja,
- e) drugo _____.

12. Opišite, kako preventivno delo izvajate v praksi.

13. Kaj je po vašem mnenju najmanjše (1) ter kaj največje (5) največje ovire za izvedbo preventive pred motnjami hranjenja. Razvrstite ocene od 1-5.

Neznanje o motnjah hranjenja _____

Neizkušenosť s področja motenj hranjenja _____

Slaba komunikacija _____

Predsodek do ljudi z motnjami hranjenja _____

Organizacija dela _____

14. Za vsako trditev označi strinjanje od 1 do 5.

Trditve	1- popolnoma se ne strinjam	2- se ne strinjam	3- delno se strinjam	4- se strinjam	5- popolnoma se strinjam
Menim, da imam dovolj znanja o motnjah hranjenja.					
Menim, da so medicinske sestre dovolj seznanjene o problemu motenj hranjenja.					
Menim, da znam prepoznati osebo z motnjami hranjenja.					
Menim, da dobro izvajam preventivno delo s področja motenj hranjenja.					
S področja motenj hranjenja sem bil/a deležen/a številnih izobraževanj.					
Želim si več izobraževanj na temo motenj hranjenja, saj bi se s tam izboljšalo moje prepoznavanje pacientov z motnjami hranjenja.					
Deležen/a sem bila izobraževanj s področja preventive motenj hranjenja.					