

USPOREDBA UČESTALOSTI POJAVE SIMPTOMATOLOGIJE POREMEĆAJA HRANJENJA KOD HRVATSKIH I SLOVENSkih STUDENATA

THE INCIDENCE OF SYMPTOMS OF EATING DISORDERS IN CROATIAN AND SLOVENIAN STUDENTS

Klara Leskovar^{1*}

1 Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Katedra za fizioterapiju, Rijeka, Hrvatska.

**Autor za korespondenciju: kklara.leskovar@gmail.com*

SAŽETAK

Složeni poremećaji i smetnje u ograničavanju ili pretjeranom uzimanju hrane te rigoroznoj kontroli i opterećenosti vlastitom tjelesnom masom nazivaju se poremećaji hranjenja. Broj oboljelih danas izrazito je velik i ima tendenciju rasta. U poremećaje hranjenja spadaju: anoreksija (AN), bulimija (BN), poremećaji prejedanja (BED), ostali specifični poremećaji (OFSED) gdje su svrstani netipični oblici poremećaja hranjenja te nespecifični poremećaji hranjenja (UFED) gdje nisu zadovoljeni kriteriji za poremećaj hranjenja prema učestalosti javljanja.

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti razliku između učestalosti pojave simptomatologije poremećaja hranjenja kod studenata u Republici Hrvatskoj u odnosu na one u Republici Sloveniji.

Analizom informacija prikupljenih EAT-26 testom koji je ispunilo 200 hrvatskih i 200 slovenskih studenata, uočeno je da podjednak broj studenata ima prenisuku tjelesnu masu, podjednak broj studenata liječio se, ili se liječi od poremećaja hranjenja te kako je prisutnost simptomatologije poremećaja hranjenja podjednaka, gledajući ukupan zbroj bodova testa kod slovenskih i hrvatskih studenata. Međutim, u Sloveniji veći postotak studenata ima prisutnu simptomatologiju poremećaja hranjenja, gledajući odgovore na bihevioralna pitanja testa u usporedbi sa studentima iz Hrvatske.

Zaključak studije je kako među ispitanim studentima, na temelju bihevioralnih pitanja, u Sloveniji ima više studenata sa prisutnom simptomatologijom poremećaja hranjenja u odnosu na studente u Hrvatskoj.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, simptomatologija poremećaja hranjenja, hrvatski studenti, slovenski studenti, EAT-26 test

ABSTRACT

Complex disorders which refer both to the restriction or excessive food intake and to strict control and focus on one's own bodyweight are called eating disorders. The number of patients suffering from eating disorders today is extremely high and tends to rise. Eating disorders include: anorexia (AN), bulimia (BN), binge eating disorder (BED), other specified feeding and eating disorders (OFSED) where atypical forms of eating disorders are classified, and unspecified feeding or eating disorder (UFED) where eating disorder criteria are not met by frequency of occurring.

The aim of this study was to compare the frequency of eating disorder symptoms between Croatian and Slovenian students.

By analyzing data collected by means of the EAT-26 test, completed by 200 Croatian and 200 Slovenian students, it was concluded that there is an equal number of students who were underweight and students who were treated or are treated for eating disorders. Also, the presence of eating disorder symptoms is equal in terms of the total test scores for Slovenian and Croatian students. However, in terms of answers to behavioral questions of the test, Slovenian students have a higher percentage of presence of eating disorder symptomatology.

The conclusion is that among the surveyed students, based on behavioral questions, there are more students in Slovenia with the presence of symptoms of eating disorders compared to the students in Croatia.

Keywords: eating disorders, symptomatology of eating disorders, Croatian students, Slovenian students, EAT-26 test

UVOD

Složeni poremećaji i smetnje u ograničavanju, ili pretjeranom uzimanju hrane te rigoroznoj kontroli i opterećenosti vlastitom tjelesnom masom nazivaju se poremećaji hranjenja (1,2). Broj oboljelih danas izrazito je velik i ima tendenciju rasta, u općoj populaciji broj oboljelih je oko 5% (1,3). To su poremećaji uglavnom suvremene zapadne civilizacije iako se globalizacijom zadnjih godina širi cijelim svijetom. Krivci za toliku pojavnost bolesti mogu biti obilje hrane, socijalno okruženje te genetska predispozicija i crte ličnosti. U razvijenim zemljama Zapada postoji jasna povezanost između kulta mršavog tijela i raširenosti poremećaja u hranjenju (4). Problematika je ovih poremećaja što nastaju u ranoj adolescenciji, a često se kasno dijagnosticiraju, što otežava liječenje. Osim toga, veliki broj poremećaja u konačnici ostaje nedijagnosticiran i neliječen zbog cijelog spektra razloga (2). S obzirom na navedeno, bitno je uočiti simptome poremećaja hranjenja kada oni nastupe kako bi se, i to što prije, osoba uključila u proces liječenja. Cilj ovog rada bio je istražiti razliku između učestalosti pojave simptomatologije poremećaja hranjenja kod studenata u Republici Hrvatskoj u odnosu na one u Republici Sloveniji.

POREMEĆAJI HRANJENJA (ED)

U poremećaje hranjenja spadaju: anoreksija (AN), bulimija (BN), poremećaji prejedanja (BED), ostali specifični poremećaji (OFSED) te nespecifični poremećaji hranjenja (UFED) (5). Poremećaji hranjenja jedni su od najčešćih i najsmrtonosnijih psihički poremećaji sa stopom mor-

taliteta do 20% (3,6). Uzrok im nije sasvim razjašnjen, smatra se da bolesti nastaju pod utjecajem genetskih, psiholoških i socijalnih čimbenika. Važno je naglasiti da neke osobe uz prisutne mnoge rizične čimbenike nika-da ne razviju bolest (1).

Anoreksija nervoza

Pojavnost anoreksije nervoze procjenjuje se na oko 1 % oboljelih u ukupnoj svjetskoj populaciji (3). Jedna od temeljnih značajki ove bolesti pogrešno je procjenjivanje vlastitog oblika i mase tijela (7). Dijagnostički kriteriji prema DMS-5 su: ograničavanje unosa hrane, odbijanje postizanja i minimalne mase za dob, spol visinu te opsesivna bojazan od debljanja. Osim toga, prisutne su i promjene u doživljaju vlastite težine i oblika tijela, neprimjerena samo-evaluacija ovisna o izgledu tijela i neshvaćanje ozbiljnosti premale tjelesne mase (1,5). Postoje dvije podvrste anoreksije nervoze: restriktivni tip i tip prejedanja/čišćenja te je mogući prelazak iz jedne faze bolesti u drugu. Restriktivni tip obilježen je ograničavanjem unosa hrane i intenzivnim vježbanjem, dok se tip prejedanja/čišćenja odnosi na anoreksiju nervozu koja uz navedene komponente ima i elemente bulimije nervoze u smislu povremenih prejedanja s kompenzacijskim metodama (8). Bolest se službeno dijagnosticira kada je tjelesna masa 15% ispod normalne tjelesne mase u odnosu na visinu, a BMI manji je od 17.5 (1). Javlja se u prosjeku u dobi od 17 godina (1), a najčešće u dobi od 14 do 18 godina sa sve većom tendencijom ranije pojavnosti (8). Osobe koje boluju od anoreksije imaju razne druge psihičke poremećaje i probleme poput anksioznosti i depresije (1).

Bulimija nervoza

Pojava ove bolesti procjenjuje se na oko 1-3% oboljelih u općoj populaciji (3). Bulimija nervoza psihička je bolest koju obilježava patološka zaokupljenost vlastitom tjelesnom težinom i oblikom, ali uz to ima i faze kompulzivnog prejedanja te ekstremne korektivne mjere unesenih kalorija zbog straha od debljanja. Prejedanje se odnosi na unos ekstremne količine hrane kroz neki vremenski period (u roku od dva sata). U tim epizodama osoba uzima hranu brže nego obično, jede do osjećaja neugodne sitosti, jede iako nije fizički gladna i skriva se tijekom hranjenja zbog osjećaja srama. Čišćenje, odnosno kompenzacijski postupci

se provodi kroz samoinicirano povraćanje, pretjerano vježbanje te pretjerana uporaba laksativa, diuretika i tableta za mršavljenje (5,9,10). Osnovni kriteriji za dijagnozu prema DMS-5 su: epizode prejedanja i kompenzacijskih postupaka najmanje jednom tjedno minimalno 3 mjeseca (5,9). Uglavnom je bolest od koje pate žene s omjerom od 10:1. Pojavnost je najčešća u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi. Često su osobe s bulimijom prethodno patile od anoreksije; postoji prijelaz iz anoreksije u bulimiju kod gotovo 30% oboljelih, dok je rjeđi obrnuti prijelaz (1,10). Oboljele osobe teško stupaju u socijalne odnose, često su anksiozne i imaju pridružene opsesivno-kompulzivne poremećaje (1).

Poremećaji prejedanja (BED)

Poremećaji prejedanja se u općoj populaciji pojavljuju s učestalošću od 3,5% kod žena i 2% kod muškaraca, a najviše oboljelih je u populaciji adolescenata (11). Poremećaj prejedanja je poremećaj prehrane koji je vrlo sličan bulimiji bez kompenzacijskih ponašanja koja se kod bulimije javljaju nakon uzimanja velike količine hrane. Prema DMS-5 kriterij za dijagnostiku ovog poremećaja podrazumijeva objektivno prejedanje najmanje jednom tjedno tijekom 3 mjeseca. Faza prejedanja ista je kao i kod bulimije nervoze (12,13). Ove osobe obično su pretile, međutim, od pretilih osoba ih razlikuje postojeća psihopatologija; raniji početak pretilosti, veći dio života proveden na dijete u odnosu na pretile osobe te oštećenje socijalnog i profesionalnog funkcioniranja. Oko 30% pretilih osoba pati od BED-a (11,13).

Ostali specifični poremećaji (OFSED) i nespecifični poremećaji hranjenja (UFED)

U OFSED eng. Other specified feeding and eating disorders spadaju: atipična anoreksija nervoza, poremećaj čišćenja, bulimije nervoze s niskom učestalošću ili ograničenog trajanja, poremećaji prejedanja s niskom učestalošću ili ograničenog trajanja te sindrom noćnog jedenja. Ovi poremećaji često su manje opasni i traju kraće od ranije spomenutih poremećaja hranjenja, ali su i mnogo učestaliji. Oko 40% ovih pacijenata u konačnici razvije anoreksiju, bulimiju ili poremećaj prejedanja (14). Atipična anoreksija ispunjava sve kriterije za dijagnostiku anoreksije nervoze, osim što je BMI > 18,5 ili osobe bez obzira na gubitak kilograma

koji je značajan imaju masu unutar normalnog raspona. Kod bulimije koja ima manju učestalost, ili je ograničenog trajanja, također su zadovoljeni kriteriji za bulimiju nervozu, ali je pojavnost manja od jednom tjedno, ili su se simptomi javljali kroz razdoblje kraće od 3 mjeseca. Poremećaji čišćenja uključuju korištenje kompenzacijskog ponašanja kako bi se gubilo na tjelesnoj masi, bez objektivnih epizoda prejedanja, tijekom razdoblja od 3 mjeseca (15). Glavna karakteristika oboljelih od sindroma noćnog jedenja jesu ponavljajuće epizode noćnog hranjenja (16).

Kod nespecifičnih poremećaja hranjenja, simptomi ne zadovoljavaju u potpunosti kriterije za neku od dijagnostičkih kategorija: bulimije, anoreksije, poremećaja prejedanja ili ostalih specifičnih poremećaja hranjenja, ali svejedno uzrokuju značajno otežano socijalno, profesionalno ili funkcioniranje na nekoj drugoj razini (5).

FIZIOTERAPIJA KOD POREMEĆAJA HRANJENJA

Fizioterapeut, kao sastavni dio multidisciplinarnog tima koji radi s oboljelima od poremećaja hranjenja, ima važnu ulogu u procesu liječenja. Mnoge randomizirane kontrolirane studije na oboljelima od anoreksije i bulimije, pokazale su kako nisu zabilježeni štetni učinci fizikalne terapije u tretmanu ovih pacijenata. Rezultati su pokazali kako kod oboljelih od anoreksije nervoze aerobni trening i trening otpora rezultiraju povećanjem indeksa tjelesne mase i postotka masti. Kod oboljelih od anoreksije i bulimije kroz aerobnu tjelovježbu, jogu i masažu djelovalo se na smanjenje pojavnosti patologije u hranjenju, kao i simptoma depresije (17). Uočeno je da, čak i kod teških oblika anoreksije nervoze, nadgledana tjelesna aktivnost u vidu vježbi snaženja s ostalim intervencijama usmjerenim na tijelo (npr. masaža) mogu popraviti iskrivljenu sliku tijela i pozitivno djelovati na tjeskobu (18). Pri usporedbi učinaka kognitivno-bihevioralne terapije i fizičke aktivnosti u kombinaciji s nutricionističkom terapijom na oboljele od bulimije nervoze ili poremećaja prejedanja, rezultati su pokazali kako obje vrste liječenja imaju srednje snažno do snažno poboljšanje s dugoročnim učinkom, bez statistički značajne razlike (19). Navodi se

kako preokupacija vježbanjem i prehranom transformira simptome poremećaja hranjenja u funkcionalnu aktivnost homeostatske kontrole i izlučivanja hormona (19,20).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja bio je provesti analizu dobivenih podataka te usporediti pojavnost simptomatologije poremećaja hranjenja kod hrvatskih i slovenskih studenata. Sukladno postavljenim ciljevima istraživanja, slijede postavljene hipoteze:

H1: Slovenski i hrvatski studenti imaju podjednak postotak osoba s manjim BMI-om od 18,5 kg/m² (preniskom tjelesnom masom).

H2: Pojavnost simptomatologije poremećaja hranjenja jednaka je kod slovenskih i hrvatskih studenata, gledajući ukupni zbroj bodova testa.

H3: Pojavnost simptomatologije poremećaja hranjenja jednaka je kod slovenskih i hrvatskih studenata, gledajući odgovore na bihevioralna pitanja testa.

H4: Jednako mnogo hrvatskih i slovenskih studenata liječi se, ili se liječilo od poremećaja hranjenja.

MATERIJALI I METODE

Ovo presječno istraživanje provedeno je u Hrvatskoj kod studentske populacije na području Rijeke, Varaždina, Zagreba i Pule, a u Sloveniji kod studentske populacije na području Ljubljane i Maribora. Izrađena su dva anketna upitnika sastavljena od istih pitanja: jedan na hrvatskom i jedan na slovenskom jeziku. Od 200 hrvatskih ispitanika 160 su žene, 39 muškarci i 1 transrodna osoba. Ispitanici se nalaze u dobnom rasponu od 19 do 50 godina, a medijan je 21 godina. Od 200 ispitanika u Sloveniji 138 su žene, 61 muškarac i 1 transrodna osoba. Dobni raspon u Sloveniji protezao se između 18 i 35 godina, a medijan je bio 22 godine. Istraživanje se provodilo online. Kriteriji isključivanja bile su osobe koje nisu studenti, ili ne studiraju u Hrvatskoj ili Sloveniji. Svi ispitanici bili su upoznati sa svrhom i etičnosti istraživanja u vidu anonimnosti i korištenja podataka. Rad je procijenjen kao istraživanje niskog rizika.

Prikupljanje podataka potrebnih za ovo istraživanje provelo se pomoću anket-

nog upitnika EAT- 26 uz dozvolu autora. EAT-26 je vrlo često korišten i široko rasprostranjen standardizirani test kojeg osoba ispunjava sama. Koristi se za mjerenje simptomatologije i rizičnih čimbenika poremećaja hranjenja. Upitnik je sastavljen od tri skupine pitanja. Prva skupina pitanja uključuje osobne podatke o ispitanicima: zemlja studiranja, dob, spol, visina i masa za izračunavanje BMI-a. U ovoj skupini pitanja obračala se pažnja na BMI<18,5 kg/m² te je pojam „tjelesna masa” zamijenjen pojmom „tjelesna težina” kako bi ispitanici bolje razumjeli pitanje. Drugi tip pitanja uključivao je testna pitanja koja zbrajanjem daju konačnu ocjenu. Pitanja 1-25 u drugoj skupini pitanja boduju se: Uvijek = 3, Obično = 2, Često = 1, Ostali odgovori = 0, stavka 26 boduje se u suprotnom smjeru (Nikad = 3 itd.). Zbrajanjem dobivenih bodova dobiva se ukupni rezultat testa, ako je ukupni broj bodova 20 ili više, poželjno je osobu uputiti na daljnje pretrage kako bi se ustanovilo boluje li od nekog od poremećaja hranjenja. Treća skupina pitanja su tzv. bihevioralna pitanja (Slika 1), u kojima je također potrebno ispitanike uputiti na daljnju pretragu ako je osoba označila bilo koje od plusom označenih polja (pod A, B, C, D, E). Bitno je naglasiti kako se ovim testom ne postavlja dijagnoza poremećaja, već je moguće samo ukazati na činjenicu da osoba ima simptome koji bi mogli upućivati na ED (21). Anketu su svi sudionici ispunjavali samostalno i anonimno. Ispitivanje je provedeno u ljetnom semestru akademske godine 2020./2021. Dobiveni rezultati obrađeni su hi- kvadrat testom (x² test) za kvalitativne uzorke. Provedena su ukupno četiri hi-kvadrat testa za velike nezavisne uzorke, statistička značajnost je prikazana kao P<0,05. Ostali podaci prikazani su pomoću tabela ili grafikona.

	Nikada	Jednom mjesecno ili rjeđe	2-3 puta mjesecno	Jednom tjedno	2-6 puta tjedno	Jednom danom ili češće
A) Prejedanje			+	+	+	+
B) Povraćanje		+	+	+	+	+
C) Laksativi, diuretici		+	+	+	+	+
D) Vježbanje						+
E) Smršavio/la 9 ili više kilograma?	DA +	NE				

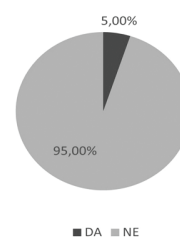
Slika 1. Bihevioralna skupina pitanja u EAT-26 testu

REZULTATI

Ispitano je ukupno 400 studenata, 200 s područja Republike Hrvatske i 200 s područja Republike Slovenije. Svi ispitanici koji su ispunjavali anketu na hrvatskom jeziku označili su da studiraju u Hrvatskoj, dok su svi studenti koji su ispunjavali anketu na slovenskom jeziku označili da studiraju u Sloveniji.

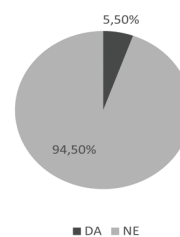
Analizom pitanja o visini i masi te računanjem BMI-a za svakog ispitanika, utvrđeno je da 10 (5%) hrvatskih studenata i 11 (5,5%) slovenskih studenata ima BMI u kategoriji pothranjenih. Pojam „DA” označuje masu manju od 18,5 kg/m², dok „NE” označuje sve mase iznad 18,5 kg/m² (Slika 2, Slika 3).

BMI<18,5 kg/m²



Slika 2. Kružni dijagram frekvencija BMI referalna za hrvatske studente

BMI< 18,5 kg/m²

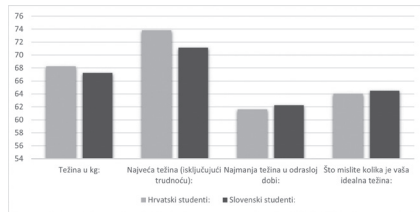


Slika 3. Kružni dijagram frekvencija BMI referalna za slovenske studente

Usporedbom frekvencije podataka iz tablice 1, utvrđeno je kako ne postoji statistički značajna razlika u broju pothranjenih studenata u dvije uspoređene zemlje na nivou značajnosti 0,05 (Tablica 1).

Računanjem prosjeka odgovora pod brojem 4 „Težina u kg?“, 5 „Najveća težina (isključujući trudnoću) u kg?“, 6 „Najmanja težina u odrasloj dobi u kg?“, i 7 „Što mislite kolika je vaša idealna težina u kg?“, dobiveni su sljedeći podaci prikazani u grafikonu.

Prosječna masa hrvatskih studenata iznosila je 68,24 kg, prosječna masa slovenskih studenata 67,24 kg. Prosjek najvećih masa u HR iznosio je 73,83, dok je prosjek najmanjih iznosio 61,62, u SLO su ti prosjeci iznosili 71,16 za najveću masu te 64,5 za najmanju masu u odrasloj dobi. U obje države prosjeci idealne tjelesne mase, nalazili su se između trenutne i najmanje mase u odrasloj dobi s prosjekom koji je u HR iznosio 64,06 kg, a u SLO 64,5 kg (Slika 4).

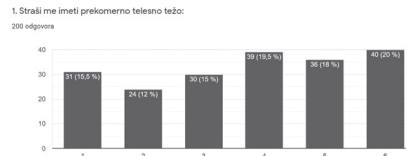


Slika 4. Grafički prikaz usporedbe težine, najveće težine, najmanje težine te, po osobnom mišljenju, idealne težine u kg kod hrvatskih i slovenskih studenata

U središnjem dijelu EAT-26 testa koji se upotrebljavao za računanje ukupnog zbroja bodova testa istaknuta su pojedina pitanja. Prikazani su odgovori hrvatskih i slovenskih studenata na 1. pitanje u kojem su trebali označiti koliko se tvrdnja: „Prestravljuje me imati preveliku tjelesnu težinu.“ odnosi na njih. Od 200 hrvatskih ispitanika 29% studenata označilo je da se navedena tvrdnja „Uvijek“ odnosi na njih, 21% je označilo da se tvrdnja „Vrlo često“ odnosi na njih, 16,5% je tvrdnju označilo sa „Često“, 16,5% s „Ponekad“, dok je 8% označilo s „Rijetko“ i tek 9% s „Nikada“ (Slika 5). 200 slovenskih studenata na postavljeno pitanje odgovorili su sljedeće: njih 20% označilo je stavku „Uvijek“, 18% „Vrlo često“, 19,5% „Često“, 15% označilo je „Ponekad“, 12% „Rijetko“ te njih 15,5% „Nikada“ (Slika 6).

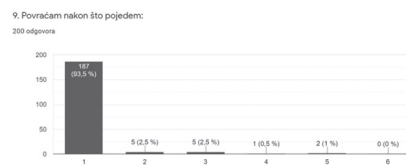


Slika 5. Grafički prikaz odgovora hrvatskih studenata na 1. pitanje upitnika: „Prestravljuje me imati preveliku tjelesnu težinu.“

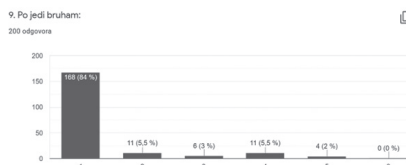


Slika 6. Grafički prikaz odgovora slovenskih studenata na 1. pitanje upitnika: „Prestravljuje me imati preveliku tjelesnu težinu.“

U pitanju broj 9 „Povraćam nakon što pojedem:“ ispitivano je potencijalno bulimično ponašanje hrvatskih i slovenskih studenata. Odgovori su prikazani grafički. Od 200 ispitanika, niti jedan hrvatski student na navedeno pitanje nije označio da se odgovor „Uvijek“ odnosi na njega/nju. Njih 1% označilo je tvrdnju „Vrlo često“, „Često“ 0,5%, „Ponekad“ 2,5%, „Rijetko“ njih 2,5%, dok je 93,5% ispitanika označilo kako „Nikada“ ne koristi navedeno kompenzacijsko ponašanje (Slika 7). Od 200 slovenskih studenata također nitko od njih na postavljeno pitanje nije odgovorio kako se tvrdnja „Uvijek“ odnosi na njih. 2% ispitanika označilo je kako se stavka „Vrlo često“ odnosi na njih, 5,5% odgovorilo je s „Često“, 3% s „Ponekad“, 5,5% s „Rijetko“, a 84% na postavljeno pitanje odgovorilo je „Nikada“ (Slika 8).

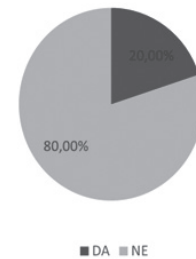


Slika 7. Grafički prikaz odgovora hrvatskih studenata na 9. pitanje upitnika: „Povraćam nakon što pojedem:“



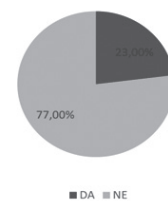
Slika 8. Grafički prikaz odgovora slovenskih studenata na 9. pitanje upitnika: „Povraćam nakon što pojedem:“

Zbrajanjem dobivenih bodova iz pojedinačnih pitanja (1-26) dobiva se ukupni rezultat testa. Ako je ukupni broj bodova 20 ili više, potrebno je osobu uputiti na daljnje pretrage kako bi se utvrdilo boluje li od nekog od poremećaja hranjenja. S „DA“ označeni su studenti koji su izračun ukupnog rezultata pitanja od 1 do 26 imali 20 bodova ili više, odnosno, oni studenti koje je potrebno uputiti na daljnje pretrage, dok su s „NE“ označeni oni studenti čiji je ukupni rezultat testa bio manji od 20. 40 (20%) hrvatskih studenata (Slika 9) i 46 (23%) slovenskih studenata ima ukupni zbroj bodova 20 ili više, odnosno kod tolikog broja studenata prisutna je simptomatologija poremećaja hranjenja gledajući ukupni zbroj bodova testa (Slika 10).



Slika 9. Kružni dijagram frekvencija referala za ukupni broj bodova 20 ili više prema EAT-26 testu za hrvatske studente

Ukupni zbroj bodova testa 20 ili više:



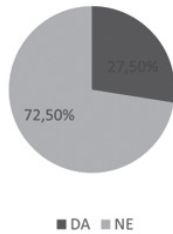
Slika 10. Kružni dijagram frekvencija referala za ukupni zbroj bodova prema EAT-26 testu za slovenske studente

Usporedbom frekvencije podataka iz tablice 2, utvrđeno je kako ne postoji statistički značajna razlika u broju studenata kod kojih je prisutna simptomatologija poremećaja hranjenja prema ukupnom zbroju bodova testa u Hrvatskoj i Sloveniji na nivou značajnosti 0,05 (Tablica 2).

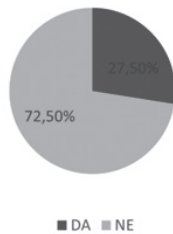
Treća skupina pitanja (pod A, B, C, D, E) su

tzv. bihevioralna pitanja. Pitanja glase: „A. Imam trenutaka kada sam jeo/la previše hrane i imao/la osjećaj da neću moći stati:“, „B. Koristim samoizazvano povraćanje kako bih kontrolirao/la vlastitu tjelesnu težinu“, „C. Koristim laksative, dijetalne tablete ili diuretike (tablete za vodu) za kontrolu svoje tjelesne težine ili oblika:“, „D. Vježbam više od 60 minuta dnevno da bih izgubio/la ili kontrolirao/la tjelesnu težinu:“, „E. Izgubio/la 9 ili više kila u posljednjih 6 mjeseci?“.

U bihevioralnoj skupini pitanja na daljnje pretrage zbog prisutne simptomatologije poremećaja hranjenja potrebno je uputiti ispitanike koji su označili bilo koje od polja označenih kvačicom (Slika 1). Analizom dobivenih podataka dobivena je sljedeća tablica. Pojmom „DA“ označeni su ispitanici koji su označili kvačicom bilo koje od rizičnih bihevioralnih pitanja (ili više njih) te ih je potrebno uputiti na daljnje preglede, pojmom „NE“ označeni su ispitanici koji su na sva pitanja odgovorili tako da se njihovi odgovori ne poklapaju s onim odgovorima označenima kao rizičnima (Slika 1) i stoga ih nije potrebno uputiti na daljnje pretrage. 55 (27,5%) hrvatskih studenata (Slika 11) i 92 (46%) slovenskih studenata označilo je potvrdno neku od rizičnih bihevioralnih stavki (Slika 12).



Slika 11. Kružni dijagram frekvencija referala za bihevioralna pitanja prema EAT-26 testu za hrvatske studente



Slika 12. Kružni dijagram frekvencija referala za bihevioralna pitanja prema EAT-26 testu za slovenske studente

Tablica 1. Hi kvadrat test za razlike u BMI-u između hrvatskih i slovenskih studenata

BMI<18,5 kg/m ²	DA	NE	Ukupno	x ²	P
HRVATSKI STUDENTI	10 (10,5)	190 (189,5)	200		
SLOVENSKI STUDENTI	11 (10,5)	189 (189,5)	200		
Ukupno	21	379	400	0,05	0,823
x ² g= 3,84					x ² < x ² g

Tablica 2. Hi kvadrat test za razlike u referalu ukupnog scorea (broja bodova) između hrvatskih i slovenskih studenata

UKUPNI BROJ BODOVA>20	DA	NE	Ukupno	x ²	P
HRVATSKI STUDENTI	40 (43)	160 (157)	200		
SLOVENSKI STUDENTI	46 (43)	154 (157)	200		
Ukupno	86	314	400	0,533	0,4653
x ² g= 3,84					x ² < x ² g

Tablica 3. Hi kvadrat test za razlike u referalu ponašanja između hrvatskih i slovenskih studenata

RIZIČNE BIHEVIORALNE STAVKE OZNAČENE POTVRDNO	DA	NE	Ukupno	x ²	P
HRVATSKI STUDENTI	55 (73,5)	145 (126,5)	200		
SLOVENSKI STUDENTI	92 (73,5)	108 (126,5)	200		
Ukupno	147	253	400	14,724	0,0001
x ² g= 3,84					x ² > x ² g

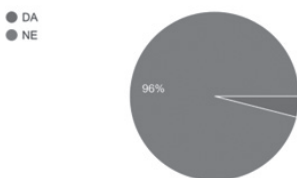
Tablica 4. Hi kvadrat test za razlike u referalu osoba liječenih od poremećaja hranjenja između hrvatskih i slovenskih studenata

OSOBE LIJEČENE OD POREMEĆAJA HRANJENJA	DA	NE	Ukupno	x ²	P
HRVATSKI STUDENTI	8 (10,5)	192 (189,5)	200		
SLOVENSKI STUDENTI	13 (10,5)	187 (189,5)	200		
Ukupno	21	379	400	1,256	0,2624
x ² g= 3,84					x ² < x ² g

Usporedbom frekvencije podataka iz tablice 3, utvrđeno je kako postoji statistički značajna razlika u broju studenata kod kojih je prisutna simptomatologija poremećaja hranjenja prema bihevioralnim pitanjima u Hrvatskoj u odnosu na Sloveniju na nivou značajnosti 0,05 (Tablica 3), odnosno utvrđeno je kako je na temelju bihevioralne skupine pitanja kod slovenskih studenata značajno prisutnija simptomatologija poremećaja hranjenja u odnosu na hrvatske studente

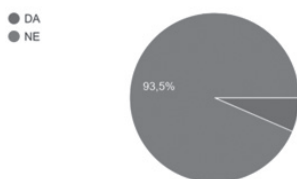
Na posljednje pitanje upitnika: „F. Jeste li se ikad liječili od poremećaja prehrane?“ od 200 ispitanih hrvatskih studenata i 200 ispitanih slovenskih studenata, u Hrvatskoj je potvrdno na pitanje odgovorilo 4% studenata, a niječno njih 96% (Slika 13). U Sloveniji, 6,5% studenata odgovorilo je potvrdno na postavljeno pitanje, a 93,5% zaničevalo je liječenje od bilo kakvog poremećaja hranjenja (Slika 14).

F. Jeste li se ikad liječili od poremećaja prehrane?
200 odgovora



Slika 13. Grafički prikaz odgovora hrvatskih studenata na pitanje: „F. Jeste li se ikad liječili od poremećaja prehrane?“

F. Ste se kdaj zdravili zaradi prehranjevalne motnje?
200 odgovora



Slika 14. Grafički prikaz odgovora slovenskih studenata na pitanje: „F. Jeste li se ikad liječili od poremećaja prehrane?“

Usporedbom frekvencije osoba koje su se liječile/liječe od poremećaja hranjenja označenih s „DA“ i onih koji se nikada nisu liječili označenih s „NE“. Prihvaća se nulta hipoteza te je utvrđeno kako ne postoji statistički značajna razlika u broju studenata koji su se liječili od poremećaja hranjenja u Hrvatskoj i Sloveniji na nivou značajnosti 0,05 (Tablica 4).

RASPRAVA

Analizom odgovora i računanjem BMI-a iz navedenih podataka utvrđeno je kako ne postoji statistički značajna razlika u broju pothranjenih studenata u ove dvije države. Ovim rezultatima potvrđuje se prva hipoteza: „Slovenski i hrvatski studenti imaju podjednak postotak osoba s manjim BMI-om od 18,5 kg/m² (preniskom tjelesnom masom).“ Na temelju provedenog istraživanja nije moguće reći postoji li veći udio pothranjenih osoba u navedenim državama te nije moguće dokazati kako je preniska tjelesna masa direktno povezana s pojavnosti poremećaja hranjenja, iako može biti jedan od pokazatelja prisutnosti istog.

Pretragom literature nađena su slična istraživanja. Istraživanje provedeno u Hrvatskoj ukazuje na činjenicu da je 7,91% studentica i 3,19% studenata na području Republike Hrvatske pothranjeno (22). U Sloveniji, Finskoj i Norveškoj postotak pothranjenih adolescenata iznosi samo 1%. U europskim studijama veća je pozornost posvećena prekomjernoj tjelesnoj masi, iako je i pothranjenost veliki javnozdravstveni problem (23).

Analizom dobivenih ukupnih bodova iz pojedinačnih pitanja testa (1-26), utvrđeno je kako razlika između hrvatskih i slovenskih studenata koji imaju ukupni zbroj bodova 20 ili više nije statistički značajna. Dokazano je kako ne postoji statistički značajna razlika u pojavnosti simptomatologije poremećaja hranjenja kod studenata ove dvije zemlje, odnosno potvrđuje se hipoteza: „Pojavnost simptomatologije poremećaja hranjenja jednaka je kod slovenskih i hrvatskih studenata, gledajući ukupni zbroj bodova testa.“ S obzirom da se ovim pitanjima istraživala učestalost pojave simptomatologije ED, nije moguće utvrditi boluju li osobe s ukupnim zbrojem bodova 20 ili više od ED, niti utvrditi je li osoba koja ima zbroj bodova manji od 20 zdrava.

Rezultati bihevioralnih pitanja pokazali su kako je u Sloveniji više studenata kod kojih je prisutna simptomatologija poremećaja hranjenja, gledajući bihevioralnu skupinu pitanja. Analizom tih podataka utvrđeno je kako postoji statistički značajna razlika, odnosno kako je simptomatologija ED prisutnija kod slovenskih studenata u odnosu na hrvatske studente prema bihevioralnoj skupini pitanja. Stoga se odbacuje nulta hipoteza: „Pojavnost simptomatologije poremećaja hranjenja jednaka je kod slovenskih i hrvatskih studenata, gledajući odgovore na bihevioralna pitanja testa.“ Navedena ponašajna pitanja istražuju pojavnost simptomatologije poremećaja hranjenja i iako postoji statistički značajna razlika između dvije istraživane skupine, iz dobivenih rezultata nije moguće zaključiti kako u nekoj od zemalja više studenata boluje od poremećaja hranjenja jer sama simptomatologija poremećaja ne ukazuje direktno na pojavu bolesti.

Pretragom literature uočeno je kako je prema sličnom istraživanju provedenom u Hrvatskoj gledajući ukupan zbroj bodova na EAT-26 testu ocjenu 20 ili više imalo 11,3% studentica (24). Objašnjenje za manji broj

osoba sa simptomatologijom poremećaja hranjenja može se objasniti činjenicom da je studija provedena prije 15 godina.

Analizom posljednjeg pitanja EAT-26 testa i izračunom dobivenih podataka prihvaća se hipoteza: „Jednako mnogo hrvatskih i slovenskih studenata liječi se, ili se liječilo od poremećaja hranjenja.“ jer je utvrđeno kako ne postoji statistički značajna razlika u broju liječenih studenata od ED u Hrvatskoj i Sloveniji.

Studija provedena u SAD-u pokazala je da 20% od studenata s pozitivnim simptomima poremećaja hranjenja zatraži nekakav oblik psihološke pomoći (25). Nizozemsko istraživanje pokazalo je kako će samo 40% poremećaja hranjenja biti dijagnosticirano i primijećeno od strane primarne zdravstvene skrbi, a, od prepoznatih, samo će 79% biti upućeno na daljnje liječenje, dok je istraživanje provedeno u UK ukazalo na činjenicu da se samo 11% slučajeva bulimije nervoze prepoznaje, a, kada se prepozna, samo 51% se upućuje na daljnje liječenje (26,27).

ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je istražiti postoji li razlika između učestalosti pojave simptomatologije poremećaja hranjenja kod hrvatskih i slovenskih studenata. Kroz prikupljanje informacija anketnim upitnikom te rezultatima dobivenih analizom tih odgovora, uočeno je kako populacija slovenskih studenata ima veću pojavnost simptomatologije poremećaja hranjenja gledajući bihevioralna pitanja testa. Međutim, ove dvije promatrane skupine ne razlikuju se značajno, odnosno imaju podjednak broj studenata koji imaju preisku tjelesnu masu i podjednak broj studenata koji se liječio ili se liječi od poremećaja hranjenja. Isto tako, utvrđeno je kako je prisutnost simptomatologije poremećaja hranjenja podjednaka gledajući ukupan zbroj bodova testa. Mnoga istraživanja pokazuju podatke slične dobivenima u ovoj studiji. Rezultati, kao i zaključci istraživanja, bili bi relevantniji kada bi u studiju bio uključen veći broj ispitanika te kada bi se istraživanje provelo ne kroz uočavanje simptomatologije poremećaja hranjenja, već kroz dijagnosticiranje poremećaja hranjenja kod studenata.

LITERATURA:

1. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza- Rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus* 2015;24:165-171
2. Zam W, Saijari R, Sijari Z. Overview on eating disorders. *Progr Nutr.* 2018;2:29-35.
3. Radić T. Perfekcionizam i poremećaji hranjenja (diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017.
4. Mačković S. Prevencija poremećaja prehrane u Hrvatskoj (diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko- rehabilitacijski fakultet; 2017.
5. American Psychiatric Association, DMS-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, 2013.
6. Odošić M. Anoreksija i bulimija- grešni zahtjevi suvremene modne scene (završni rad). Đakovo: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Poslijediplomski specijalistički studij Pastoralne teologije, Pastoral kriznih situacija; 2017.
7. Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *Br Med J* 2007;334:894-898
8. Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Sodersten P. Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiol Behav* 2007;92:283-290
9. Kourkouta L, Frantzana E, Iliadis C, Kleisiaris C, Papanthanasou I. Bulimia Nervosa: a review. *Sanit Magisterium* 2019;5:1-6
10. Keel PK. *Eating disorders* (2nd ed.) Oxford University Press, 2017.
11. Božić D, Macuka I. Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvat Rev za Rehabil istraživanja* 2017;53:1-16
12. Davis HA, Graham AK, Wildes JE. Overview of binge eating disorder. *Curr Cardiovasc Risk Rep* 2020;14:26
13. Azevedo AP de, Santos CC dos, Fonseca DC da. Transtorno da compulsao alimentar periodica. *Arch Clin Psychiatry* 2004;31:170-172
14. Riesco N, Aguera Z, Granero R, Jimenez-Murcia S, Menchon JM, Fernandez- Aranda F. Other specified feending or eating disorders (OFSED): Clinical heterogeneity and cognitive bibehavioral therapy outcome. *Eur Psychiatry* 2018; 54:109-116
15. Fairweather- Schmidt AK, Wade TD. SM-5 eating disorders and other specified eating and feeding disorders: Is there a meaningful differentiation? *Int J Eat Disord* 2014;47:524-533
16. Yahia N, Brown C, Potter S, Szymanski H, Smith K, Pringle L, et al. Night eating syndrome and its association with weight status, physical activity, eating habits, smoking status and sleep patterns among college students. *Eat Weight Disord* 2017;22:421-433
17. Vancampfort D, Vanderliden J, Hert MD, Soundy A, Adamkova M, Skjaerven LH, et al. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil* 2014;36:628-634
18. Stoving RK, Odese University Hospital. Physical therapy fot in-patients with severe anorexia nervosa. *NLM*, 2018.
19. Mathisen TF, Rosenvinge JH, Friborg O, Vrabel K, Bratland-Sanda S, Pettersen G, et al. Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *Int J Eat Disord* 2020;53:574-585
20. Mathisen TF, Rosenvinge JH, Pettersen G, Friborg O, Vrabel K, Bratland-Sanda S, et al. The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise –and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry* 2017;17
21. Garner DM, Olmsted MP, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-878
22. Sliško A. Odnos tjelesne aktivnosti, indeksa tjelesne mase i kvalitete života kod studenata (diplomski rad). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2015.
23. Pop TL, Maniu D, Rajka D, Lazea C, Cismaru G, Ștef A, et al. Prevalence of underweight, overweight and obesity in school-aged children in the urban area of the northwestern part of Romania. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18
24. Ambrosi-Randić N, Pokrajac-Bulian A. Psychometric properties of the eating attitudes test and children's eating attitudes test in Croatia. *Eat Weight Disord* 2005;10:76–82
25. Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, Kirz NE. Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Heal* 2011;59:700-7
26. Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL, Potvin JH, Rampey AH. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1995;166:660-666
27. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester: British Psychological Society, 2004.