



Projektna naloga pri predmetu informatika

KAZALO VSEBINE

Projektna naloga pri predmetu informatika.....	1
1 UVOD.....	3
2 JEDRO.....	4
3 ZAKLJUČEK.....	15
4 LITERATURA.....	17

1 UVOD

1.1 KAJ SO MOTNJE HRANJENJA?

Motnje hranjenja so **čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane.**

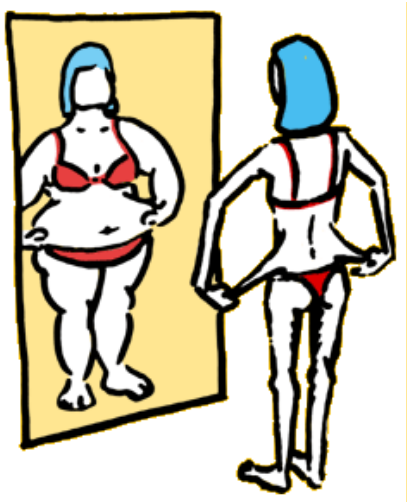
Motnje hranjenja predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter ne-sprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Navidezni problem s hrano v globini skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi cele vrste različnih razlogov. Hranjenje ali odklanjanje hrane postane izraz osvoboditve notranjih, bolečih in ne-prepoznanih čustev.

Motnje hranjenja se lahko kažejo kot mehanizem izogibanja, ko človek vso svojo energijo osredotoči na hrano in hranjenje ter se tako izogne bolečim čustvom in problemom. Lahko predstavljajo način obvladovanja življenjskih problemov, ki se zdijo nerešljivi, ali pa gre za prizadevanje kontrolirati lastno telo in življenje v razmerah, ko prizadeti čuti, da ga kontrolirajo drugi. Motnje hranjenja pa so lahko tudi reakcija na dolgotrajno, leta trajajočo, nerazrešeno stresno situacijo.

2 JEDRO

2.1 DOŽIVLJANJE SAMEGA SEBE- SAMOPODOBA

V osnovi to niso motnje v hranjenju, ampak motnje v sprejemanju samega sebe. Mladostniki, ki imajo motnjo hranjenja se doživljajo grde, nesposobne, neuspešne. Nikoli niso zadovoljni sami s seboj pa čeprav določeno, zadano si nalogo, še tako dobro opravijo. Ker niso zadovoljni sami s seboj, so nesamozavestni, se ne spoštujejo in imajo slabo samopodobo.



Slika1: Karikatura, ki prikazuje samopodobo obolelih

2.2 TELESNA PODOBA

Telo je najbolj stvaren in konkreten del človekove celovitosti. Je nekaj določnega, vidnega, oprijemljivega. Telo je stvarnost sama. Čutenje lastnega telesa je vsakemu človeku prva izkušnja sveta.

Predstava o lastnem telesu je sestavni del celotne samopodobe. Povezana je s samospoštovanjem in oceno lastne vrednosti.

Kdor se ceni, se ima rad in se doživlja kot vredno človeško bitje, pozitivno sprejema tudi svoje telo. Odklonilen odnos do telesa, vcepljen odpor do telesnega, sram in boleče izkušnje različnih vrst, odločilno znižujejo tudi človekovo samovrednotenje.

"Če si ugajaš si samozavesten, če si samozavesten si tudi uspešen."



Slika 2: Podoba človeka

2.3 ALI MOTNJE HRANJENJA UVRŠČAMO MED BOLEZNI ODVISNOSTI?

Motnje hranjenja v mednarodnih klasifikacijah bolezni niso uvrščene med bolezni odvisnosti. Kljub temu pa so jim v marsičem podobne.

Tako kot pri odvisnosti od psihoaktivnih snovi* človek ves čas razmišlja le o tem, kako bo dobil snov, ki jo potrebuje, tudi pri motnjah hranjenja oseba ves čas razmišlja le o hrani. Hrana je v tem primeru tista snov, ki je središče vseh razmišljanj: kje in kako jo zaužiti in jo nato čimprej spraviti iz sebe, ali pa, kako se ji upreti. To je **24-urna zaposlitev**, preokupacija, celo obsedenost.

Tudi posledice motnje hranjenja so podobne tistim pri boleznih odvisnosti. Kratkoročni odvisnosti (imenovani tudi "medeni tedni"), tekom katere se človek počuti celo boljše kot prej, postane bolj samozavesten, se ne "sekira" in je navidezno uspešnejši, dolgoročno sledi zapiranje vase, vedno večji občutek izgube kontrole in neobvladovanja svojega življenja, socialni umik in zapiranje vase.

Motnje hranjenja so zapletenejša odvisnost od vseh drugih, saj "nevarne snovi" (hrane) ne moremo prenehati uživati, temveč moramo hrano jesti in se jo obenem naučiti uživati drugače in na novo.

Če lahko pri odvisnosti z drugimi snovmi merimo ozdravitev s količino samodiscipline, ki se kaže v "zadnjem kozarcu", "zadnjem jointu" ali "zadnjem šusu", kar daje navidezni občutek, da smo ozdravljeni, tega pri odvisnosti s hrano ne moremo.

*psihoaktivne snovi- alkohol, droge, določena zdravila ...

2.4 VZROKI MOTENJ HRANJENJA

Dejavniki tveganja, ki pogojujejo nastanek motenj hranjenja so številni. Le redko lahko pri posamezniku izluščimo le enega. Večinoma gre za kombinacijo večjega števila dejavnikov, ki določeno osebo počasi, a vztrajno vodijo v eno izmed motenj hranjenja. Razdelimo jih lahko na tri skupine: *družinske*, *socio-kulturne* in *biološko-genetske*.

2.4.1 Družinski dejavniki tveganja

Kronične telesne in duševne bolezni staršev povzročajo pri otroku in mladostniku občutek negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje varnosti.

Podobne posledice ima tudi nefunkcionalen** partnerski odnos v smislu stalnih preprirov ali celo nasilnosti. Ustrezen partnerski odnos je eden najmočnejših varovalnih dejavnikov za zdrav razvoj otroka.

Pomemben dejavnik tveganja je tudi nefunkcionalno starševstvo. V tem primeru mora otrok prevzemati vloge, ki jim ni dorasel: posredovalca, pogajalca, amortizerja ali razsodnika med staršema. Nefunkcionalno starševstvo je prisotno tudi takrat, ko eden ali oba starša svojega otroka ali pretirano varujeta, ga želita ubraniti "vsega hudega" ali pa mu prepuščata odločitve in samostojnost, ki ji še ni dorasel.

Pogoste diete v družini, predvsem s strani matere, seveda tudi niso koristna popotnica za doraščajočega otroka, ki prevzema vedenjske vzorce tistih, ki so mu najbližje.

Dejavnik tveganja je tudi uporaba hrane kot vzgojni pripomoček. V tem primeru se otrok pričinja izogibati skupnim obrokom, ali pa se jih že v naprej boji, saj ve, da ga bosta starša zasliševala glede šole, prijateljev, ga kregala in vršila nadzor nad njim. Hrana ni in ne sme biti sredstvo nagrajevanja ali kaznovanja.

Pomemben dejavnik tveganja je tudi neustrezna komunikacija med staršema in otrokom. Sem sodijo predvsem tako imenovana "dvojna sporočila". Dvojno sporočilo pomeni, da nam nekdo z besedami zatrjuje eno, z dejanji (vedenjem) pa ravno nasprotno.

Omeniti velja tudi duševne, telesne in spolne zlorabe s strani odraslih do otroka. Vedeti je treba, da otrok za grehe odraslih pogosto išče krivdo v sebi in se posledično čuti slabega, nevrednega spoštovanja in tako razvije slabo samopodobo in nizko samospoštovanje.

Preventivno lahko starši delujejo tako, da pri otroku spodbujajo "zdravo agresivnost" (postaviti se zase, poskusiti nove stvari, upati si stopiti v svet), individualnost ter odprto in direktno komunikacijo, pohvaliti je potrebno trud in ne le dosežen cilj. Zavedati se morajo, da so otrokovi vzorniki in da ne morejo od otroka pričakovati tistega, česar sami ne zmorejo in ga niso naučili.

**Nefunkcionalen- neustrezen

2.4.2 Socio-kulturni dejavniki tveganja

Seveda pa ne moremo mimo dejstva, da se je vloga ženske v zadnjih desetletjih zelo spremenila. Tako je samo po sebi umevno, da je ženska zaposlena, hkrati pa večinoma še vedno prevzema vse naloge, ki so včasih veljale za tradicionalno ženske. Dandanes velja za uspešno tista ženska, ki je hkrati lepa, negovana, zaposlena, izpolnjuje vse tradicionalne*** funkcije in je seveda vitka. Veliko so k tej "idealni" podobi ženske doprinesli tudi mediji, ki glorificirajo vitkost za vsako ceno. Tako je potrebno odpreti le katero koli revijo namenjeno dekletom in ženskam in že smo dobesedno oblegani z razno raznimi dietami z naslovnice pa se nam smehljajo čudovito lepe, vitke mladenke, modeli, ki v nas vzbujajo občutke krivde ob vsakem gramu zaužite hrane.

2.4.3 Biološko - genetski dejavniki tveganja

Pomemben dejavnik tveganja je prekomerna telesna teža ob rojstvu in v otroštvu. Debel otrok je tarča posmeha vrstnikov, jeze staršev. Četudi kasneje shujša, je težko popraviti slabo samopodobo, ki si jo je ustvaril o sebi.

Deduje pa se tudi nagnjenost k specifičnim osebnostnim potezam, ki so rizične za razvoj motenj hranjenja. Med njih uvrščamo: perfekcionizem, pretirano storilnost, izrazito pridnost, potrebo po potrjevanju, pohvalah in potrditvah s strani okolice.

Raziskovanje dejavnikov tveganja za razvoj motenj hranjenja poteka po dveh vzporednih poteh: biološki (genski inženiring in nevrotransmitterske funkcije) in psiho-socio-kulturološki. Dokončen odgovor pa bomo najbrž dobili upoštevajoč izsledke obeh, ki jih bo mogoče in jih je že mogoče uporabiti pri načrtovanju najširših preventivnih programov.

*tradicionalne funkcije - ženska je kot mati in gospodinja

2.5 VRSTE MOTENJ HRANJENJA

Med motnje hranjenja uvrščamo:

- ✓ ***anoreksijo nervozo***
- ✓ ***bulimijo nervozo in***
- ✓ ***kompulzivno prenažedanje.***

Pojavnost anoreksije nervoze se v zadnjih 20-ih letih ni zelo spremenila in znaša v svetu med 0,5-1%. Drugače pa je pri bulimiji nervozi, kjer ugotavljajo, da strmo in linearno narašča. Sprva so bile številke enake kot pri anoreksiji, danes pa so nekajkrat večje (med 3 in 5%). Podatki za kompulzivno prenažedanje pa še niso znani, saj je to najmlajša kategorija od vseh treh motenj hranjenja.

Tudi razmerje med spoloma se je spremenilo. Sprva so motnje hranjenja veljale za izrazito žensko bolezen, danes ni več tako. Tako velja, da na 9 do 10 žensk z anoreksijo nervozo, zboli 1 moški in na 7 do 8 žensk z bulimijo nervozo, zboli 1 moški. Pri kompulzivnem prenažedanju pa naj bi bila porazdelitev med spoloma približno enaka.

2.5.1 Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza velja že zadnjih 100 let za duševno bolezen.

Oseba z anoreksijo nervozo čuti strah pred debelostjo, ki se ne zmanjša niti ob zniževanju telesne teže. Ves čas je prepričana, da je debela, četudi so v resnici že izražene telesne posledice podhranjenosti. To prepričanje imenujemo motena predstava o lastnem telesu. Ženske in dekleta ob tem izgubijo menstruacijo.

Diagnoza pa se postavi tudi tedaj, ko ima dekleta tipično sliko anoreksije nervoze ob ustrezni telesni teži, izpolnjeni pa so ostali pogoji za to bolezen.

Anoreksija nervoza je motnja, ki nastaja postopoma, torej za proces. Je motnja, ki se večinoma pojavi na prehodu iz otroštva v adolescenco (to je pri 8-12 letih starosti) in v povprečju traja nekaj let, preden obolela oseba poišče pomoč. V ozadju je pogosto slaba samopodoba in nizko samospoštovanje. Začetek je večinoma nedolžen. Tako se dekleta odloči shujšati, saj je opazila, da je njena prijateljica, odkar je shujšala, dobila novega fanta. Shujša za nekaj kilogramov in vse sošolke opazijo, da je sedaj lepša in ji to tudi povedo. Fant, ki ji je že dolgo všeč, se začne zanimati zanjo in tako se odloči, da bo še malo shujšala. Teža ji pada, ona pa se počuti vedno boljše, vse ji gre kot po maslu in prvič v življenju ima občutek, da jo okolica opazi, ji posveča pozornost in jo upošteva. Začuti, da ima moč in da je ona tista, ki nadzoruje svoje življenje. Gre torej za poskus adaptacije, za strategijo, s katero poskuša lažje živeti. Vendar pa se hujšanje ne ustavi in nenadoma se zave, da nima več nadzora v svojih rokah.

V tej fazi motnje pride do izgube kontrole, ki vodi v vedno večji občutek neustreznosti, neuspešnosti in posledično do še slabše samopodobe ter nižjega samospoštovanja kot na začetku opisanega začaranega kroga. Krivda je prevladujoč občutek.

Potrebno pa je poudariti, da je poimenovanje motnje zavajajoče, saj "anoreksija" pomeni izgubo apetita, ta pa pri opisani motnji ne izgine, le želja po nadzoru zaužite hrane je pretirana. Zavajajoče in napačno je prepričanje, da ima tisti, ki bruha bulimijo, tisti, ki strada pa anoreksijo.

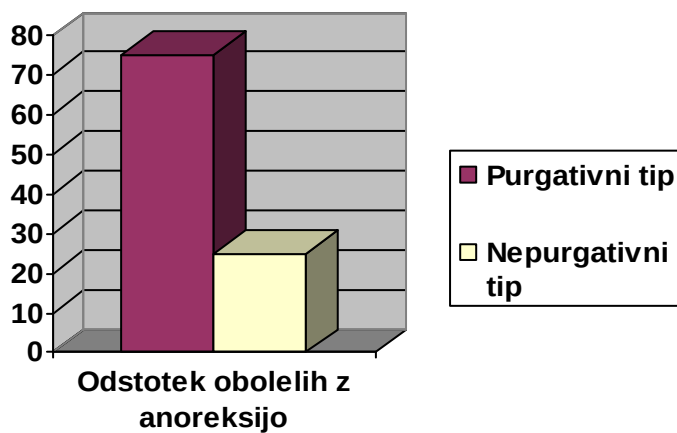
Ločimo dva podtipa anoreksije nervoze :

*** Purgativni tip anoreksije nervoze**

Te osebe vzdržujejo nizko telesno težo s pomočjo bruhanja (pogosto se tudi prenajedajo), jemanja odvajal in/ali diuretikov (75% oseb z anoreksično motnjo).

*** Restriktivni tip anoreksije nervoze**

Te osebe vzdržujejo nizko telesno težo z odklanjanjem vseh vrst hrane (s stradanjem), ali pa le ogljikovih hidratov in tiste hrane, za katero menijo, da je visoko kalorična. Obenem pogosto pretiravajo s telesno aktivnostjo, kar imenujemo hiperaktivnost (25 % oseb z anoreksično motnjo).



Slika 3: Fotografija anoreksične osebe

2.5.2 Bulimija nervoza

Pri osebi z bulimijo nervozo se izmenjujejo obdobja prenajedanja (tako imenovana >volčja lakota<) in različni neustrezni mehanizmi zmanjševanja telesne teže (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna aktivnost). Prisotna je preokupiranost z obliko svojega telesa, telesno težo in stalen strah pred debelostjo ter občutki pomanjkljivega nadzora nad lastnim hranjenjem.

Bulimija je motnja, ki se najpogosteje pojavlja na prehodu iz adolescence v zgodnje odraslo obdobje (to je pri 16. do 18. letu starosti) in prav tako kot pri anoreksiji v povprečju mine nekaj let, preden obolela oseba poišče pomoč.

Osebe z bulimijo nervozo imajo večinoma ustrezno ali nekoliko povečano telesno težo. Med prenajedanjem oseba z bulimijo poje bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Opisana oseba se svojega prenajedanja sramuje in ga izvaja na samem ter z njim nadaljuje do bolečin v želodcu. Ob pretiranem uživanju hrane sprošča napetost, temu sledi občutek krivde in posledični vedenjski vzorci za zniževanje telesne teže. Sram je prevladujoč občutek.

Ločimo purgativni in nepurgativni tip bulimije nervoze:

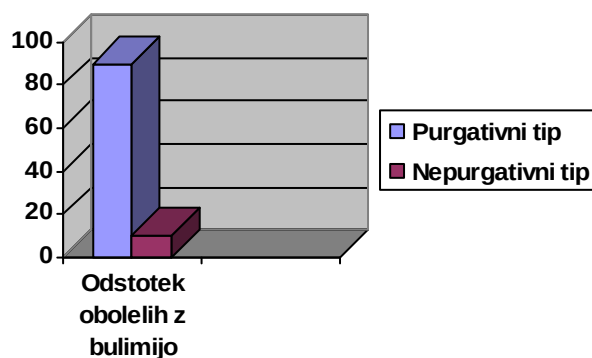
*** Purgativni tip bulimije nervoze**

Obdobju prenajedanja sledi bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov (90% oseb z bulimično motnjo).

*** Nepurgativni tip bulimije nervoze**

Obdobju prenajedanja sledi stradanje, odklanjanje hrane, pretirana telesna aktivnost (10 % oseb z bulimično motnjo).

Raziskave kažejo pomembno povezavo med bulimijo in depresivno motnjo. Tako pri približno 75% žensk vseh starosti z bulimijo ugotavljajo tudi izraženo klinično sliko depresije (depresivno razpoloženje, znatno pomanjkanje zanimanja ali veselja, pomanjkanje energije, povečana utrujenost ali razdražljivost, izguba samozaupanja in samospoštovanja, neutemeljeni občutki krivde oziroma očitki, pogoste misli na smrt), posledično pa so pogostejši tudi samomori.



2.5.3

Kompulzivno

prenajedanje

Ta motnja je najmanj raziskana in zadnja leta potekajo intenzivne raziskave v tej smeri.

Oseba s kompulzivnim prenažedanjem se prenažeda s hrano, ob tem ima občutek izgube nadzora nad lastnim hranjenjem. Obdobjem prenažedanja pa ne sledijo mehanizmi za zniževanje telesne teže.

Kompulzivno prenažedanje je motnja, ki se pojavlja v zgodnjem in srednjem odraslem obdobju, najpogosteje med 35 in 45 letom. Raziskave kažejo, da približno 20% debelih ljudi izpolnjuje kriterije za kompulzivno prenažedanje.

Osebe s to motnjo so lahko prekomerno hranjene, 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.

<i>Tip bolezni</i>	<i>starost (leta)</i>
anoreksija	8-12
bulimija	16-18
kompulzivno prenažedanje	35-45

Tabela 1: primerjava bolezni z starostjo obolelih

2.6 ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA

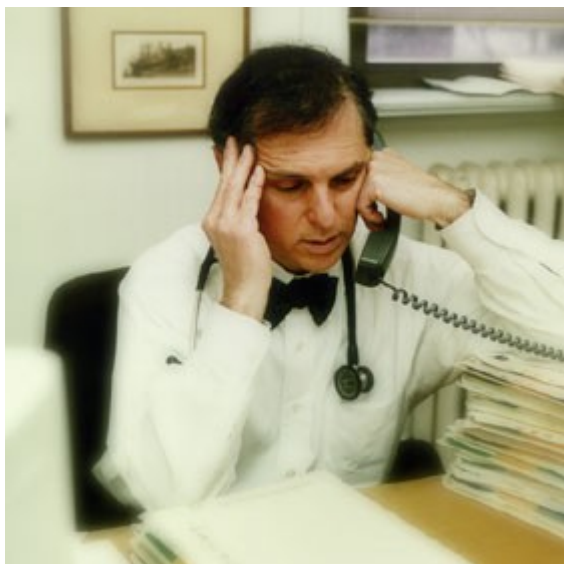
Najpomembnejši predpogoj za uspešno zdravljenje je lastna motivacija (želja po spremembi in s tem po zdravljenju). Dokler se oseba sama ne odloči, da želi spremeniti svoje življenje, je nihče ne more k temu prisiliti. Kljub temu pa je potrebno izvajati redne ambulantne pogovore in na ta način motivirati mladostnika ali odraslo osebo za nadaljnje intenzivnejše zdravljenje. Pri motiviranju mladostnika z motnjo hranjenja za zdravljenje lahko odigrajo zelo pomembno vlogo njegovi prijatelji in sošolci .

Zato je prav, da vemo, da so motnje hranjenja resne bolezni, ki zahtevajo strokovno pomoč. Zato je vloga najstnika, ki opazi, da gre pri vrstnici/vrstniku morda za anoreksijo ali bulimijo, v tem, da svojih opažanj in sumov ne zamolči. Skrivanje skrivnosti, da prijateljica bruha po vsakem obroku, ne pomaga. Kasneje kot pride prizadeti do strokovne pomoči, težje in daljše je zdravljenje. Zato naj najstnik izbere zaupno odraslo osebo (starše, učitelja, šolskega svetovalnega delavca) in ji pove o svojih opažanjih ter jo prosi za ukrepanje.

Dejstvo je, da so motnje hranjenja 24 - urna preokupacija, polna občutkov krivde, sramu in tako se slej ko prej vsak odloči, da ne želi več živeti tako naprej in poišče ustrezno pomoč (povprečno mine od 5 do 6 let, da oseba poišče strokovno pomoč). Od tega trenutka dalje terapija ne bo služila le vzdrževanju življenja (pomoč pri hranjenju in nadzor nad hranjenjem, infuzije, psihiatrično in internistično spremljanje) in izvajanju motivacijskega procesa, temveč bo vodila v zdravje (telesno in duševno).

Potrebno je poudariti, da so motnje hranjenja ozdravljive. Ozdravljenost ne pomeni samo biti brez znakov, temveč tudi ustrezno psiho-socialno funkcioniranje v ožjem (družinskem) in širšem (šola, služba, prijatelji,) pomenu.

Pot je sicer dolgotrajna in naporna, vendar zelo pogosto uspešna. Ozdravljene osebe vedo povedati, da jim je izkušnja motnje hranjenja tudi nekaj dala: bolj se cenijo, pridobile so veliko pomembnih spoznanj tako o sebi, kot tudi o življenju nasploh in zato bolj kvalitetno živijo.



Slika 4: Prikazuje zdravnika, usposobljenega za pomoč ljudem s prehranjevalnimi motnjami

3 ZAKLJUČEK

3.1 KAJ LAHKO NAREDI NAJSTNICA/NAJSTNIK, KI OPAZI, DA IMA PRIJATELJICA/PRIJATELJ ZNAKE ANOREKSIJE?

Kako naj ji pomaga? Ali naj to zamolči? Ali naj jo "izda" in komu pove? Komu bi povedala ? Učiteljici, mami, tretji prijateljici? Kako bi najbolj koristila prijateljici ?

Najstnica naredi največ, če o svojih opažanjih čimprej opozori zaupno odraslo osebo. Prikrivanje in skrivanje znakov za anoreksijo, bulimijo in druge motnje hranjenja ne pomaga. Najstnica z motnjo hranjenja je bolnica, ki potrebuje strokovno pomoč. Prej kot je bo deležna, prej bo spet zdrava. Vloga najstnika/najstnice je tudi v tem, da spodbuja prijateljico z morebitno motnjo hranjenja, da se zaupa staršem ali kakšni drugi odrasli osebi in sprejme ponujeno strokovno pomoč.

Vloga sošolcev najstnice, ki je morala zaradi anoreksije ali bulimije na zdravljenje v bolnišnico, je velika. Naj ji pišejo zapiske in ji jih nosijo v bolnišnico, ji pošiljajo sms-e in ji dajo vsak trenutek vedeti, da še zmerom spada v njihov razred in da ostaja njihova prijateljica. Naj je ne pozabijo povabiti na šolski ples ali zaključni izlet - morda bo bolnišnični zdravnik dovolil izhod iz bolnišnice za nekaj ur.

3.2 KJE LAHKO POIŠČEM NASLOV- POMEMBNI NASLOVI

- Miroslav Berič, dr. med., spec. psih.
Specialistična psihiatrična ordinacija
Osojnikova c 9, 2250 Ptuj
tel. 02 - 780 69 50
- Eva Šoškič, spec. klin. psihologije
ZD Maribor, Psihohigienski dispanzer Maribor
Sodna ulica 13, 2000 Maribor
tel. 02 - 251 75 72
- Nataša Potočnik Dajčman, dr. med., spec. psih.
ZD Maribor, Dispanzer za psihohigieno otrok in mladostnikov
Vošnjakova ul. 4/III, 2000 Maribor
tel. 02 - 22 86 354
- Marija Gajšek, dr. med., spec. psih.
ZD Maribor, Dispanzer za psihohigieno
Vošnjakova 4/III, 2000 Maribor



Slika 5: Primer zdravstvenega doma

4 LITERATURA

- www.rkc.si/vzgoja/Stevilke/Slike/18/20-24.pdf
- www.geocities.com/teenxy/motnjehranjenja.html
- www.drustvo-zenska-svetovalnica.si/motnje_1.php
- www.kompas.com/kompas-cetak/0110/26/dikbud/anor45.htm
- www1.linkclub.or.jp/~och-gim/gim06-07.html
- www.afh.bio.br/basicos/Digest5.htm
- www.umanitoba.ca/outreach/wisdomtooth/bulimia.htm
- dc.estamosdentro.com:8080/ed/articulos/anorexia.jsp
- <http://www.tosemjaz.net/clanki/index.php?TE=3&CL=3&ST=0&PO=15>
- Niklošič N., 2005, Motnje hranjenja, Pil Plus, 2004/2005, št. 33, str. 22-23
- Kos M.,Konte B.,...: Velika ilustrirana otroška enciklopedija, Ljubljana, Mladinska knjiga, 1997

4.1 KAZALO SLIK

Slika1: Karikatura, ki prikazuje samopodobo obolelih	- 5 -
Slika 2: Podoba človeka	- 6 -
Slika 3: Fotografija anoreksične osebe	- 12 -
Tabela 1: primerjava bolezni z starostjo obolelih	- 14 -
Slika 4: Prikazuje zdravnika, usposobljenega za pomoč ljudem s prehranjevalnimi motnjami	- 15 -
Slika 5: Primer zdravstvenega doma	- 17 -