

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO
ORTOREKSIJA NERVOZA
IN PREOKUPACIJA Z ZDRAVO PREHRANO

MARUŠA MODRIJAN

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

Ortoreksija nervoza in preokupacija z zdravo prehrano

(Orthorexia nervosa and preoccupation with a healthy diet)

Ime in priimek: Maruša Modrijan

Študijski program: Biopsihologija, 2. stopnja

Mentorica: doc. dr. Maša Černelič Bizjak

Koper, november 2018

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Maruša MODRIJAN

Naslov magistrskega dela: Ortoreksija nervoza in preokupacija z zdravo prehrano

Kraj: Koper

Leto: 2018

Število listov: 86

Število slik: 2

Število tabel: 8

Število prilog: 3

Število strani prilog: 4

Število referenc: 148

Mentor: doc. dr. Maša Černelič Bizjak

UDK: 159.9:616.89-008.441.42(043.2)

Ključne besede: zdravizem, zdrava prehrana, psihologija prehrane, motnje hranjenja, omejitev hrane, ortoreksija nervoza, vprašalnik ORTO-15

Izvleček: Hrana ima v človekovem življenju pomemben biološki, psihološki in socialni pomen. Pod vplivom ideologije zdravizma se v današnji družbi spreminja posameznikov odnos do hrane, prehranjevanja in zdravja. Čeprav gre za pozitiven trend, lahko skrajne prehranske ideologije negativno vplivajo na posameznikovo telesno in duševno zdravje ter kakovost življenja. Nedavne študije in klinična opažanja nakazujejo večjo pojavnost novih motenj hranjenja, na podlagi česar so nastale konceptualizacije novih kliničnih diagnoz, ki so predlagane za vključitev v DSM-V. Ena izmed njih je tudi ortoreksija nervoza – patološka preokupacija z zdravo, biološko čisto hrano z izrazitimi negativnimi posledicami na telesni, psihološki in socialni ravni posameznika. Motnja za zdaj še nima splošno sprejete opredelitve in enotnih diagnostičnih meril. Vzrok za to so lahko tudi medkulturne razlike in psihometrične pomanjkljivosti edinega diagnostičnega vprašalnika ORTO-15. Namen magistrskega dela je bil raziskati pogostost preokupacije z zdravo prehrano pri posameznikih, od poznega mladostništva do srednjega odraslega obdobja (od 18 – 30 let), na naključno pridobljenem slovenskem vzorcu. Uporabili smo demografski vprašalnik, test ORTO-15 in vprašalnik o prehranjevalnem vedenju. Dobljeni rezultati se skladajo z rezultati predhodnih študij in nakazujejo na to, da sta ženski spol in perfekcionizem pomembna dejavnika tveganja za razvoj ortoreksije nervoze, kar nakazuje smer za prihodnje raziskovanje področja.

Key words documentation

Name and SURNAME: Maruša MODRIJAN

Title of the thesis: Orthorexia nervosa and preoccupation with a healthy diet

Place: Koper

Year: 2018

Number of pages: 86

Number of figures: 2

Number of tables: 8

Number of appendix: 3

Number of appendix pages: 4

Number of references: 148

Mentor: Assist. Prof. Maša Černelič Bizjak, PhD

UDK: 159.9:616.89-008.441.42(043.2)

Keywords: healthism, healthy diet, psychology of eating, eating disorders, food restriction, orthorexia nervosa, ORTO-15 test

Abstract: Food has got a significant biological, psychological and social meaning in people's lives. Under the influence of the ideology of healthism the individual's relationship to food, nutrition and health has been changing. Even though there is a positive tendency, the nutritional ideologies can have negative influence on individual's physical and mental health and quality of life. Recent studies and clinical observations indicate that there is more frequent occurrence of new types of eating disorders, from which conceptualization of new clinical diagnosis has occurred and they have been proposed for integration in DSM-V. One of them is also orthorexia nervosa – a pathologic preoccupation with healthy, biologically clean food, which causes distinct negative consequences on individual's body, psychological and sociological level. There is no universally accepted definition of this disorder and there are not any unified diagnostic criteria. The reasons for that might also be intercultural differences and insufficient psychometric properties of the only diagnostic questionnaire ORTO-15. The purpose of the master's thesis was to research the frequency of preoccupation with healthy food of individuals from late adolescence to period of middle adulthood (from 18 to 30 years), the data was collected by random sample of Slovenian population. A demographic questionnaire, ORTO-15 questionnaire and a questionnaire about eating behaviour were used. The results obtained match with the results of the previous studies and indicate that female gender and perfectionism are the most important risk factors for development of orthorexia nervosa, which indicate the possible future research directions.

ZAHVALA

V prvi vrsti bi se rada iskreno zahvalila svoji mentorici, doc. dr. Maši Černelič Bizjak, ki me je s svojim strokovnim znanjem, prijaznostjo, potrpežljivostjo in izčrpnimi nasveti usmerjala pri pripravi mojega magistrskega dela. Zahvaljujem se za ves vložen čas in energijo. Vse to je bilo ključno, da je danes moje magistrsko delo ugledalo luč sveta.

Posebna zahvala gre izbranim ljudem, ki so imeli v času priprave magistrskega dela pomemben in močan vpliv na moje življenje in osebni razvoj. Najlepše se zahvaljujem gospe Ines Gajster, vodji prehranske posvetovalnice Naturhouse iz Kopra in vsem svojim strankam, ki so mi omogočili pridobivanje dragocenih teoretičnih in praktičnih izkušenj s področja prehrane in prehranske psihologije. Posebna zahvala gre tudi prijateljicama Ani Dobnik in Špeli Vehar, ki sta mi nesebično pomagali pri odkrivanju mojega življenjskega poslanstva in veliko pripomogli k jasni viziji moje nadaljnje karijerne poti. Nikakor ne morem mimo tega, da se lepo zahvalim vsem posameznikom, ki so si vzeli čas in odločili sodelovati v raziskavi moje magistrske naloge. Vsak izmed njih je doprinesel k novim spoznanjem o ortoreksiji nervozi, ki bodo pomembni za nadaljnje raziskovanje na tem področju.

Ne nazadnje pa gre ogromna zahvala moji družini in fantu Matjažu, ki so mi ves čas stali ob strani, me optimistično spodbujali in vedno verjeli vame, da zmorem.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
1.1 IZVOR MOTENEGA PREHRANJEVALNEGA VEDENJA	4
1.1.1 Emocionalni in širši psihološki dejavniki in vpliv na prehranjevanje.....	5
1.1.2 Sociokulturni dejavniki in vpliv na prehranjevalno vedenje.....	7
1.1.3 Vpliv družinskega okolja	10
1.2 ORTOREKSIJA NERVOZA.....	13
1.2.1 Postavitev diagnostičnih meril ortoreksije nervoze	14
1.3 PREDLAGANA SIMPTOMATIKA ORTOREKSIJE NERVOZE	21
1.3.1 Fizična simptomatika	21
1.3.2 Psihična simptomatika	22
1.3.3 Socialna simptomatika	24
1.4 DILEME O UMESTITVI ORTOREKSIJE NERVOZE MED MOTNJE HRANJENJA	26
1.4.1 Povezanost ortoreksije nervoze z motnjami hranjenja.....	28
1.4.2 Povezanost z obsesivno-kompulzivno motnjo	32
1.5 IZSLEDKI OBSTOJEČIH RAZISKAV IN DEJAVNIKI TVEGANJA	35
1.5.1 Spol	35
1.5.2 Poklicna usmeritev	36
1.5.3 Stopnja akademske izobrazbe	38
1.5.4 Starost.....	39
1.5.5 Druge zdrave navade.....	39
1.5.6 Indeks telesne mase.....	40
1.6 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKE NALOGE.....	41
1.7 HIPOTEZE.....	41
2 METODA.....	42
2.1 VZOREC.....	42
2.2 PRIPOMOČKI	42
2.3 POSTOPEK.....	44
3 REZULTATI.....	45
4 RAZPRAVA	51
4.1 PREDNOSTI IN OMEJITVE	55
5 SKLEPI	58
6 VIRI.....	59

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1: Predlagana diagnostična merila za ortoreksijo nervozo (povzeto po Moroze idr., 2015).....	19
Tabela 2: Opisna statistika odgovorov pri posameznih postavkah vprašalnika ORTO-15 ..	45
Tabela 3: Opisna statistika vprašalnika	46
Tabela 4: Prikaz preokupiranosti/nepreokupiranosti z zdravo prehrano med moškimi in ženskami	47
Tabela 5: Prikaz preokupiranosti/nepreokupiranosti z zdravo prehrano glede na starostno skupino	47
Tabela 6: Stopnja izobrazbe udeležencev.....	48
Tabela 7: Korelacijska tabela	48
Tabela 8: Regresijski model preokupiranosti z zdravo prehrano	49

KAZALO SLIK

Slika 1: Maslowa hierarhija potreb (povzeto po Maslow, 2008).	8
Slika 2: Vennov diagram, ki prikazuje edinstvene in prekrivajoče se značilnosti ortoreksije nervoze, anoreksije nervoze in obsesivno-kompulzivne motnje (povzeto po Volpe idr., 2015).	27

KAZALO PRILOG

PRILOGA A: Demografski vprašalnik

PRILOGA B: Vprašalnik ORTO-15 (Donini idr., 2005)

PRILOGA C: Vprašalnik o prehranjevalnem vedenju

SEZNAM KRATIC

ANOVA – Analiza variance

DSM-V – Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj Ameriške psihiatrične zveze, 5. izdaja (2013)

ITM – Indeks telesne teže

MKB-10 – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, 10. izdaja

MMPI - Minnesotski multifazični osebnostni vprašalnik (ang. Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Hathaway, McKinley in Meehl, 1943)

YBC-EDS – Lestvica simptomatike motenj hranjenja Yale-Brown-Cornell (ang. Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale, Goodman idr., 1989)

1 UVOD

Zdravje predstavlja pomemben »biološko-družbeno-kulturni produkt in konstrukt«, temeljno pravico in vrednoto posameznika ter hkrati tudi normo, ki jo določa kultura oziroma prevladujoča ideologija in iz nje izhajajoči politični ter ekonomski interesi (Kamin, 2006). Težnja k doseganju zdravja v današnji družbi pridobiva pomen. Crawford (1980, v Greenhalgh in Wessley, 2004) je leta 1980 prvi opredelil tovrsten pojav naraščanja pomena zdravja v zahodni družbi oziroma t. i. nove zdravstvene zavesti in ga označil z izrazom *zdravizem* (ang. healthism). Zdravizem je sociokulturni pojav, ki poudarja posameznikovo samoodgovornost in aktivno skrb za lastno zdravje in dobro počutje (Lee in Macdonald, 2010). Pomembna značilnost zdravizma je visoko zdravstveno zavedanje posameznikov, samoinformiranje glede zdravja, samorefleksija in splošno nezaupanje v avtoritete zdravstva (Kamin, 2006).

Ideologija zdravizma je sprožila oblikovanje številnih vedenj in praks v zvezi s telesno vadbo in prehranjevanjem, katerih namen je izboljšanje življenjskega sloga in s tem zdravja. Aktivna skrb za zdrav življenjski slog lahko prispeva k izboljšanju zdravstvenega stanja v družbi, vendar pa lahko spodbuja tudi nezdrave predstave o telesu, vadbi in prehrani (Lee in Macdonald, 2010). Hranjenje predstavlja pomembno kulturno-specifično dejavnost. Prehranjevanje postaja vse bolj zavestno vedenje, ki ga ljudje skušajo nadzorovati (Zaviršek, 2000, v Sternad, 2001). Trend zdravizma ima velik vpliv na spremembe v današnjih prehranjevalnih navadah in prehranjevalno vedenje, saj poudarja pomembnost discipliniranja lastnega telesa in samonadzora nad svojim telesom, zdravjem, počutjem in življenjem nasploh, ki sta vrlini, ki ju sodobna družba visoko ceni (Crawford, 2006). Prehranjevalno vedenje opredelimo kot patološko, ko postane hrana posameznikova najpomembnejša življenjska vrednota, ki začne dominirati nad ostalimi vrednotami ter negativno vplivati na kakovost življenja (Tomori, 1990). Skrajne prehranske ideologije lahko negativno vplivajo na posameznikovo telesno in duševno zdravje (Fidan, Ertekin, Isikay in Kirpinar, 2010). V magistrski nalogi se osredotočamo predvsem na vpliv na duševni ravni in s tem na pojav motenega odnosa do hrane, ki se lahko izrazi v obliki motenj prehranjevanja ali hranjenja.

Motnje hranjenja so v Sloveniji in po svetu v porastu, zato predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem. Statistike glede pojavnosti niso enote, najpogosteje pa navajajo, da za njimi oboleva 2 – 12 % žensk med 15. in 35. letom starosti (Serbec, 2010). Izsledki drugih raziskav pa navajajo, da vedno pogosteje zbolevajo tudi moški (Aksoydan in Camci, 2009; Donini, Marsili, Graziani in Imbriale, 2004; Pišek, 2012).

Priročnik Ameriške psihiatrične zveze (Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-V) in Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih težav za statistične namene (MKB-10) opredeljujeta motnje hranjenja kot duševne in vedenjske motnje in jih v grobem delita na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in kompulzivno prenažanje (Serbec, 2010). Nedavne študije in klinična opažanja so nakazala na vse večjo pojavnost do zdaj manj znanih oblik motenega odnosa do hrane oziroma motenega prehranskega vedenja. Vse to je spodbudilo h konceptualizaciji novih prehranskih psihopatologij, ki zaenkrat zaradi nejasnih diagnostičnih meril, še niso umeščene v DSM-V in MKB-10 (Özdemir, 2015). Vandereycken (2011) mednje uvršča: sindrom nočnega hranjenja, bigoreksijo, pregoreksijo in najbolj znano med njimi – ortoreksijo nervozo.

Ortoreksijo nervozo je prvi opredelil dr. Steven Bratman leta 1997. Izraz ortoreksija izhaja iz dveh grških besed in sicer *orthos*, ki pomeni pravilen in *orexis*, ki pomeni tek, kar lahko prevedemo kot pravilen tek oziroma pravilno prehranjevanje. Ortoreksija predstavlja patološko preokupacijo, povezano z uživanjem zdrave in biološko »čiste« hrane, ki postopoma vodi do izrazitih prehranskih omejevanj zaradi pretiranega izogibanja hrani, ki naj bi bila zdravju škodljiva (Bratman, 1997). »Čisto prehranjevanje« se osredotoča na ekološko pridelano hrano brez dodanih konzervansov, antibiotikov in gensko spremenjenih organizmov (Bratman, 2017a). Ortoreksija nervoza trenutno nima splošno sprejete opredelitve in standardnih veljavnih diagnostičnih meril (Donini idr., 2004).

Dunn in Bratman (2016) navajata, da število ljudi, ki so preokupirani z uživanjem zdrave prehrane, narašča. Segura-Garcia idr., (2012) potrjujejo opažanja in poročajo, da se je njena razširjenost v roku treh let, kolikor je potekala njihova študija, povečala iz 28 % na 53 % v splošni populaciji. Arusoğlu, Kabakçı, Köksal in Merdol (2008) pravijo, da je enak trend opazen tudi v klinični praksi. Trenutni podatki o razširjenosti med državami niso enotni, kar lahko pripišemo medkulturnim razlikam in vprašljivi veljavnosti diagnostičnega vprašalnika za merjenje tega konstrukta, to je ORTO-15. Večina obstoječih raziskav navaja razširjenost med 6,9 % (Donini idr., 2004) in 88,7 % (Alvarenga idr., 2012). Nekateri raziskovalci menijo, da je največja razširjenost v populacijah z visokim tveganjem, kot so zdravniki, dietetiki, igralci, umetniki in športniki, saj povprečno znaša od 35 – 57,8 %. (Varga, Dukay-Szabò, Türy in van Furth, 2013). Na področju ortoreksije nervoze se kaže pomanjkanje kliničnih študij, preko katerih bi pridobili ustrezne empirične podatke in vpogled v simptomatiko ter razširjenost motnje. Večina obstoječih študij izhaja iz Evrope (npr. Švedske, Avstrije, Madžarske in Italije ter evropskega in azijskega dela Turčije), razmeroma malo raziskav pa je bilo opravljenih v ZDA, od koder ideja o ortoreksiji izvira (Stochel idr., 2015). Omejitev obstoječih raziskav je tudi ta, da se jih večina osredotoča predvsem na zelo majhne

raziskovalne vzorce in populacije, ki se poklicno ali v prostem času ukvarjajo z zdravjem in zdravo prehrano. Sem uvrščamo prej omenjene skupine z visokim tveganjem, kot so zdravniki, dietetiki, igralci, umetniki in športniki (Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry in van Furth, 2014). Dunn in Bratman (2016) ob tem dodajata, da večina obstoječih diagnostičnih instrumentov nehoti identificira »zdravo prehranjevanje«, čemur lahko pripišemo veliko razširjenost v tovrstnih populacijah.

Iz navedenega izhaja, da so na področju ortoreksije nervoze potrebne dodatne raziskave na splošni populaciji, ki bi dale jasnejšo sliko o razširjenosti, diagnostični simptomatiki in dejavnikih tveganja, kar bi pripomoglo k uveljavitvi ortoreksije nervoze kot samostojne psihopatološke kategorije. Pojavnost, razširjenost in simptomatika ortoreksije nervoze v Sloveniji trenutno še ni znana. Na voljo je le podatek, ki ga navaja zdravnica in psihoterapevka Sanja Rozman, in sicer, da so leta 2013 na Enoto za motnje hranjenja Psihiatrične klinike v Ljubljani sprejeli šest, leta 2014 pa pet oseb z diagnozo ortoreksije nervoze (Lamovšek, 2015). Ugotovimo lahko, da se v Sloveniji kaže pomanjkanje znanstvenih raziskav s tega področja, prav tako pa Slovenci še nimamo uveljavljenih diagnostičnih instrumentov, s katerimi bi ocenili razširjenost ortoreksije nervoze med Slovenci. V pričujočem magistrskem delu skušamo osvetliti področje ortoreksije nervoze in spodbuditi njegovo raziskovanje v slovenskem znanstvenem prostoru.

V poglavjih magistrske naloge se osredotočamo na možne izvore preokupacije z zdravo prehrano in dejavnike tveganja, ki lahko vplivajo k razvoju motenega prehranskega vedenja. V nadaljevanju predstavljamo trenutne izsledke znanstvenih raziskav, na podlagi katerih smo zasnovali prvo znanstveno raziskavo o ortoreksiji nervozi v Sloveniji, ki smo jo izvedli med 151 posamezniki od poznega mladostništva do srednjega odraslega obdobja (od 18 – 30 let), na naključno pridobljenem slovenskem vzorcu. Za namene raziskave smo naredili prvi slovenski prevod edinega obstoječega diagnostičnega vprašalnika ORTO-15.

1.1 IZVOR MOTENEGA PREHRANJEVALNEGA VEDENJA

Prehranjevalno vedenje lahko definiramo kot: »Misli, dejanja in namere organizma, da zaužije trdno snov ali tekočino« (Elsner, 2002, str. 18). Predstavlja proces, ki se izoblikuje na podlagi kompleksnega sistema biološko-genetskih, psiholoških, sociokulturnih, ekonomskih in antropoloških dejavnikov. Dokončno pa ga izoblikuje posameznik s svojimi osebnimi motivi (Gedrich, 2003, v Kopal Grum in Seničar, 2011). Motiv lahko definiramo kot potrebo, željo ali impulz, ki spodbuja in usmerja posameznika k določenemu vedenju. Za večino motivov je značilno, da so prirojeni, drugi pa se razvijejo na podlagi vplivov kulture, učenja in individualnih izkušenj, ki jih je deležen posameznik (Musek, 1993). Motiv po hrani je ključni element našega preživetja (Kopal Grum in Seničar, 2011).

Južnič (1998) opredeljuje pet razsežnosti, ki jih lahko zajema hrana in s tem dokazuje njeno pomembnost v posameznikovem življenju:

1. **Biološka razsežnost:** hrana predstavlja temeljno človekovo potrebo in vir energije za fizično preživetje.
2. **Hedonistična razsežnost:** hrana predstavlja vir užitka, ki ga posameznik doživlja ob samem prehranjevanju in dejavnostmi, ki so z njim povezane, na primer užitek ob izboru in pripravi hrane.
3. **Magijska razsežnost:** hrana predstavlja sredstvo zdravljenja, saj ima zdravilno moč.
4. **Emocionalna in širša psihološka razsežnost:** prehranjevanje vpliva na človekovo emocionalno stanje, počutje, zdravje in življenjsko vitalnost ter moč.
5. **Simbolna razsežnost:** določena prehrana in načini prehranjevanja so kulturno pogojeni.

Iz navedenega lahko ugotovimo, da je v nasprotju z drugimi živimi bitji pomen hrane v človekovem življenju mnogo več kot zgolj sredstvo za preživetje in da pri izoblikovanju prehranjevalnega vedenja posameznika sodelujejo tudi drugi kompleksnejši motivi, ki jih predstavljamo v nadaljevanju (Južnič, 1998).

Magijska razsežnost hrane, ki jo opredeljuje Južnič (1998) lahko predstavlja pomemben izvor prepričanj, ki vplivajo na razvoj motenega prehranjevalnega vedenja pri posamezniku, ki ga lahko povežemo z ortoreksijo nervozo. Fieldhouse (1995) pravi, da gre za naslednje oblike prepričanj: a) prepričanja o tem, da imajo nekatera živila lastnosti, ki preprečujejo bolezni; b) prepričanje, da so nekatera živila zdravju škodljiva, zato jih je treba odstraniti iz svoje prehrane; c) prepričanje, da je samo naravna hrana, brez

konzervansov in drugih umetnih snovi zdrava. Barthels, Meyer in Pietrowsky (2015) so v svoji raziskavi prišli do zaključkov, da posamezniki, ki kažejo preokupiranost z zdravo prehrano velikokrat precenjujejo moč hrane glede njene zdravilnosti ter izboljšanja in krepitve zdravja. Babicz-Zielińska (2006) kot najpomembnejši motiv, ki se povezuje z navedenimi prepričanji, navaja željo po ohranitvi zdravja in dobrega počutja preko izbire ustreznih živil.

Poskusi preprečevanja in zdravljenja bolezni s pomočjo prehrane segajo daleč v zgodovino. Kot primer lahko navedemo različne oblike prehranjevanja, kot so: veganizem, paleo dieta, makrobiotika, ayurveda idr.. Kasneje je prišlo do razvoja modernejših pristopov, kot so: teorija kombiniranja živil, kislinsko/bazična prehrana ter številna gibanja, povezana s t. i. »čistim prehranjevanjem«. Na podlagi tega so se razvile številne prehranske paradigme in teorije, ki poudarjajo čistost prehrane in njeno zdravilno moč. Upoštevanje načel zdrave prehrane ter teoretičnih zasnov tovrstnih prehranskih paradigem samo po sebi ni patološko, problematična je zgolj njihova interpretacija. Poudarjena je predvsem problematika prehranskih teorij, ki so osnovane na poudarjanju čistosti hrane in telesa, saj lahko pri posamezniku privedejo do občutkov osebne nečistosti ter teorije, ki se osredotočajo na ravnotežje, saj lahko spodbudijo posameznika k razmišljanju o tem, da ima v življenju premalo nadzora in ravnotežja. Kot najbolj problematične so se izkazale tiste, ki zagovarjajo najbolj omejujoč način prehranjevanja (Bratman, 2017b).

1.1.1 Emocionalni in širši psihološki dejavniki in vpliv na prehranjevanje

S psihološkega vidika predstavlja prehranjevalno vedenje rezultat posameznikovega odziva na notranje in zunanje dražljaje. Sprejete dražljaje iz okolja posameznik predela s pomočjo umskih procesov, ki jih delimo na aktivacijske (čustva, motivi in naravnosti) in kognitivne (zaznavanje, mišljenje, učenje). Rezultat navedenega procesa je odziv – prehranjevalno vedenje (Gedrich, 2003).

Hrana predstavlja človeku prvo pozitivno izkušnjo v življenju, povezano z ugodjem in hkrati tudi prvo vez s človekom, ki ga hrani in skrbi zanj. Preko tovrstne povezave otrok doživlja občutke sprejetosti, varnosti in ljubljenosti (Tomori, 1990). Od tod izvirajo temelji psihološke razsežnosti hrane, o katerih piše Južnič (1998) in globoka, trajna povezanost med hrano in občutki ter čustvi posameznika. Hrana zaradi znanega občutka varnosti in pomiritve tudi v kasnejših starostnih obdobjih ostaja posameznikov način soočanja z vsakodnevnimi težavami in notranjimi stiskami (Tomori, 1990). Posameznik preko hrane namreč ne zadosti zgolj telesnim, temveč tudi kompleksnim psihološkim potrebam (Lavrenčič, 2016).

Kobal Grum in Seničar (2011) navajata, da obstajajo številne raziskave, ki so se osredotočile na vpliv čustev na prehranjevalno vedenje. Izsledki kažejo, da igrajo čustva pomembno vlogo v celotnem procesu prehranjevanja, saj vplivajo na: posameznikovo motivacijo za hranjenje (Macht in Simons, 2000), odzivanje na hrano (Willner in Healy, 1994), izbiranje hrane (Gibson, 2006), količino zaužite hrane (Greeno in Wing, 1994) in tudi na fiziološke procese, kot sta metabolizem in prebava (Blair, Wing in Wald, 1991). Macht (2008) opredeljuje pet različnih načinov, preko katerih čustva vplivajo na posameznikovo prehranjevanje: a) določena vrsta hrane pri posamezniku sproži čustva, ki posredno vplivajo na izbiro hrane; b) močna in intenzivna čustva lahko zavirajo potrebo po hranjenju; c) kognitivni nadzor nad prehranjevanjem je ključnega pomena za ustrezno prehranjevalno vedenje. Ob negativnih in pozitivnih čustvih se le-ta lahko zmanjša, saj predelava čustvenih dražljajev zahteva pozornost, kar lahko zmanjša kognitivno kapaciteto posameznika; d) hrana lahko predstavlja regulator negativnih čustev; e) izbira živil je odvisna od trenutnega čustvenega doživljanja.

Regulacija in nadzor čustev torej potekata s spreminjanjem količine in vrste zaužite hrane (Morris in Reily, 1987). Usmerjenost k hranjenju kot posledici negativnih čustev in v namen izpolnjevanja čustvenih potreb lahko opredelimo kot *emocionalno prehranjevanje* (ang. emotional eating) (Dovey, 2010). Najpomembnejša značilnost je, da posameznik s pomočjo hrane skuša nadomestiti primanjkljaj čustev, ki jih sicer ne zna ali ne zmore zadovoljiti v vsakdanjem življenju (Lavrenčič, 2016).

Pomembna psihološka komponenta hrane je tudi njen vpliv na občutek varnosti in (samo)nadzora (Tomori, 1990). Razlikujemo med notranjim in zunanjim mestom nadzora. Za notranjega je značilno, da ima posameznik občutek, da sam nadzoruje lastno življenje, pri zunanjem pa posameznik meni, da njegovo življenje nadzorujejo drugi (Kobal Grum in Seničar, 2011). Izsledki raziskav navajajo, da je za posameznike, ki so preokupirani z uživanjem zdrave prehrane, značilen jedrni občutek pomanjkanja notranjega nadzora v življenju, ki ga skušajo odpraviti z nadzorom lastnega prehranjevanja (Bratman in Knight, 2001; Ogden, 2003). Ustvarjanje tveganj v zvezi z zdravjem v današnji družbi ustvarja pri ljudeh številne domišljajske nevarnosti glede hrane. Mišljenje človeka je po navadi racionalno – ali nekaj predstavlja tveganje ali pa je brez tveganja. Psihološki vpliv morebitnega tveganja je pogosto močnejši kot tveganje samo. Na ta način si preko samonadzora pri prehranjevanju posameznik ustvarja iluzijo o varnosti in nadzoru (Mathieu, 2005). Kobal Grum in Seničar (2011) ugotavljata podobno, da zaskrbljenost nad hrano izhaja iz realnih ali namišljenih vzrokov in predstav. Od tod izvira zaskrbljenost, kakšne so lahko negativne posledice določenega načina prehranjevanja, ki se izrazi v posameznikovi preokupaciji s hrano ter lahko vodi k razvoju motenega prehranskega vedenja, kot je ortoreksija nervoza.

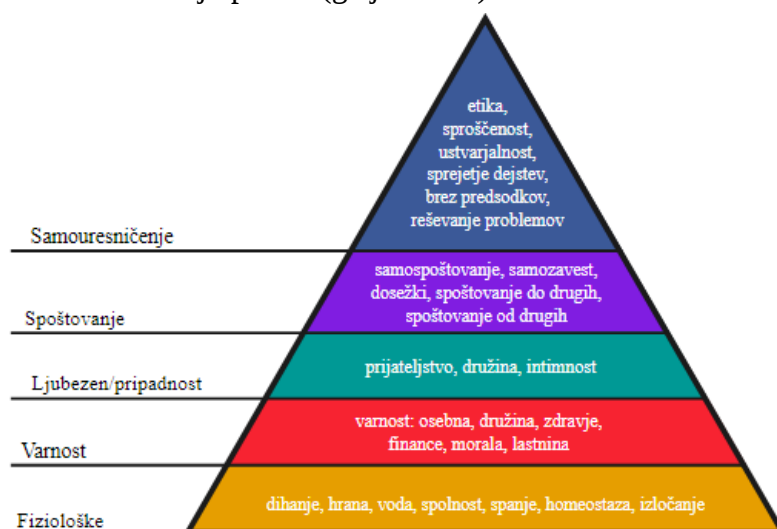
Največji preobrat na tem področju se zgodi v obdobju zgodnje in srednje odraslosti. Pri mladih odraslih in odraslih se pomen prehrane velikokrat poveže s tem, kako doživljajo lastno zmožnost in z občutki odgovornosti. Preko hrane skušajo obvladovati dogajanje v svojem okolju in hkrati vzpostaviti nadzor nad svojim življenjem. Hrana jim predstavlja pomembno sredstvo za doseganje težje dosegljivih ugodij, poleg tega pa z njeno pomočjo rešujejo duševne težave in odpravljajo nezadovoljstvo. Preko hrane torej skušajo obvladovati neobvladljivo (Tomori, 1990). Von Essen in Martensson (2014) sta v svoji raziskavi, kjer sta proučevala prehranjevalne navade mladih odraslih ugotovila, da je zdrava in organsko pridelana hrana pomembna strategija, ki jo mladi odrasli uporabljajo za doseg zdravlja in dobrega počutja. Skrb za zdravo prehranjevanje jim predstavlja nekakšno lastno terapevtsko samo-intervencijo. Izbiro zdravega načina prehranjevanja, ki temelji na ekološko pridelani hrani, mladi odrasli doživljajo kot odkrivanje občutka neodvisnosti, nadzora in samoregulacije. Hrana jim pomaga doseči in ohranjati pozitivno čustveno stanje, obvladovati pritiske in postavljati meje. Bisogni, Connors, Devine in Sobal (2002) so ugotovili, da mladi odrasli preko hrane vzpostavijo občutek stabilnosti glede identitete in pripadnosti. Woodgate in Leach (2010) sta preko raziskovanja, kaj pomeni »zdrava prehrana« mladim odraslim, ugotovila, da jim zdravo prehranjevanje pomeni mnogo več kot zgolj upoštevanje smernic zdravega prehranjevanja, saj jim pomeni življenjski slog in pomembno življenjsko vrednoto.

1.1.2 Sociokulturni dejavniki in vpliv na prehranjevalno vedenje

Hitre demografske in družbenoekonomske spremembe imajo velik vpliv na prehranjevalno vedenje in odnos posameznika do hrane (Senauer, 2001). Skrb za zdravje predstavlja, pod vplivom ideologije zdravizma, pomembno vrednoto v našem kulturnem okolju (Jamnik Vidic, 2013). Zdravje kot vrednota pomeni premik, ki predstavlja posledico epidemije kroničnih nenalezljivih bolezni, predvsem debelosti, in poudarja vzpostavitev zdravih prehranjevalnih navad kot enega izmed ključnih varovalnih dejavnikov optimalnega zdravja (Bağcı Boci, Çamur in Güler, 2007; Mathieu, 2005). Ljudje zdravja ne opredeljujejo kot proces, temveč kot cilj, za katerega je potrebno znanje in samodisciplina. Zdravje postaja sredstvo, ki je ključnega pomena za doseganje drugih življenjskih ciljev. Z upoštevanjem smernic zdravega načina življenja ljudje čutijo zadovoljstvo in občutek doseganja nadzora nad lastnim življenjem. V nasprotnem primeru pa se pojavijo občutki krivde in zaskrbljenost zaradi neuresničenja njihovih idealov glede zdravja, zaradi določenih omejitev (Lupton, 1995). Pond, Stephens in Alpass (2010) te prakse označijo kot posameznikov »samo-projekt«, Musolino, Warin, Wade in Glichrist (2015) pa kot ponotranjeno pozitivno prakso za krepitev zdravja.

Naše telo je podvrženo regulaciji in družbenemu nadzoru v skladu z normami, ki jih predpisuje družba (Kuhar, 2004). Gre za družbeno poudarjanje vitkosti in stigmatizacijo debelosti (Krasko, 2010). V današnji družbi povezujemo vitko, čvrsto in z vadbo oblikovano telo, z disciplino, zmožnostjo nadzora nad lastnim življenjem in kot označevalca dobrega zdravja (Kuhar, 2004). Privlačno in mladostno telo, skupaj z zdravim prehranjevanjem in redno telesno dejavnostjo, predstavlja simbol zdravja, uspeha in kakovostnega življenja. Debelost pa se povezuje z boleznijo, lenobo, čustveno šibkostjo in neprivlačnostjo (Lee in Macdonald, 2010). Od tod izhaja prepričanje, da je vitek človek, v nasprotju s čezmerno hranjenim, tisti, ki je discipliniran in ima nadzor nad sabo in svojim življenjem (Krasko, 2010). Vse to lahko vodi k preokupaciji glede vitkosti, zdravega prehranjevanja in k pretirani telesni dejavnosti.

K razširjenosti preokupacij s hrano in motenj hranjenja pripomore tudi družbena spremenljivost njenih simptomov, kot so: priljubljenost hujšanja, ideal vitkosti, trend redne telesne dejavnosti in zdravega prehranjevanja (Rožman, 2013). Rangel, Dukeshire in MacDonald (2012) navajajo, da potrošniki postajajo vse bolj ozavešeni in hkrati pozorni na kakovost hrane, ki jo uživajo. Mohorič (2009) predpostavlja, da trend zdravega načina prehranjevanja predstavlja reakcijo na daljše obdobje vse večje industrializacije prehrane, posledica katere je intenzivna pridelava in vse večja oropanost hrane s hranilnimi snovmi. Sodobna hrana vsebuje vedno več umetnih dodatkov, konzervansov, barvil, ojačevalcev okusa in umetnih snovi, kar lahko skupaj s potrošništvom in z aktualnimi trendi, ki jih omenja (Rožman, 2013), ustvarja značilnosti novih oblik motenega odnosa do hrane, kot je ortoreksija nervoza. Hrana v povezavi s socialnim okoljem služi kot sredstvo razvoja identitete in samopodobe (Tomori, 1990). Je orodje sporazumevanja o tem, kdo smo in kakšen družbeni položaj zasedamo (Kobal Grum in Seničar, 2012). Senauer (2001) odnos do hrane v sodobni družbi razlaga z Maslowo hierarhijo potreb (glej Slika 1).



Slika 1. Maslowa hierarhija potreb (povzeto po Maslow, 2008).

Tradicionalni potrošnik se je glede na Maslowo hierarhijo potreb nahajal na dnu piramide, saj mu je hrana predstavljala zgolj vir za zadovoljevanje osnovnih fizioloških potreb. V sodobni družbi se je povečalo povpraševanje po naravnih in ekoloških živilih, kar raziskovalci pojasnjujejo ne le kot posledico družbenega napredka, temveč tudi bolj zapletenih osebnih motivov slehernega posameznika. Sodobne potrošnike namreč spodbujajo tudi dejavniki, ki so na višjih ravneh piramide (glej Slika 1). Preko hrane posameznik skuša zadovoljevati bolj kompleksne potrebe, kot je potreba po varnosti, ljubezni/pripadnosti, samospoštovanju in samoaktualizaciji (Senauer, 2001).

Med najpomembnejša sociokulturna dejavnika, ki vplivata na potrošnjo in prehranjevalne vzorce, poleg ideologije zdravizma, prištevamo pojav množičnega vstopa žensk na trg dela in globalizacijo (Senauer, 2001). V procesu emancipacije, demokratizacije in prehoda žensk na trg dela se je vloga žensk spremenila (Krasko, 2010). Prišlo je do premika vloge žensk, od reproduktivne k produktivni vlogi (Bordo in Heywood, 2007). Sodobna ženska mora najti ravnovesje med ideali poslovne uspešnosti in tradicionalnimi pričakovanji, ki jih ima okolje do nje ter med doseganjem telesnega videza, kot ga zapovedujejo mediji in modna industrija. Do žensk se kažejo vse večji pritiski glede njihove uspešnosti, sposobnosti, tekmovalnosti in neodvisnosti, kar je v nasprotju s tradicionalno družinsko vlogo ženske kot žene, matere in gospodinje (Gordon in Kanstrup, 1992). Zaradi teh sprememb se je hkrati z žensko spremenila tudi moška vloga in s tem tudi celoten družinski sistem. Tradicionalno je bila moška vloga skrbeti za varnost in preživetje družine, s spremembo vlog pa so ženske prevzele določen del teh nalog. Po mnenju raziskovalcev naj bi imele te spremembe velik vpliv na moški ego potencial in negativen vpliv na zaupanje vase kot moškega, iz česar izhaja večja pojavnost depresije, spolnih motenj in motenj hranjenja pri moških (Krasko, 2010). Večjo pojavnost motenj hranjenja pri ženskah prav tako povezujemo s kulturami, ki poudarjajo »zahodno podobo idealne ženske« (Arusoğlu idr., 2008).

Koristi in tveganja v zvezi s pravilnimi prehranskimi izbirami so zadnja leta v središču zanimanja medijev in strokovne javnosti. Seznanjanje z dejavniki tveganja in pozivanje k samo-odgovornosti v zvezi z zdravjem, je povzročilo, da je posameznik postal glavni odločevalec pri sprejemanju zdravju koristnih odločitev (Ericson in Doyle, 2003). Čeprav mnogi menijo, da se pri izbiri in nakupu hrane odločamo avtonomno, ima medijsko oglaševanje in informiranje velik vpliv na naše prehranjevalne izbire, saj deluje na nezavedni ravni (Kobal Grum in Seničar, 2012). Javnost je postala izpostavljena množici nepreverjenih informacij s področja prehrane in zdravja, ki so posredovane preko medijev in ki lahko igrajo pomembno vlogo pri razvoju obsesij, kot je ortoreksija nervoza (Arhire, 2015). Nicolosi (2006) je tovrsten pojav množice raznovrstnih informacij glede tveganj in koristi hrane v sodobni družbi poimenoval z izrazom *ortoreksična družba*. Gre za družbo

posameznikov, ki so visoko zdravstveno informirani in na podlagi teh znanj ocenjujejo tveganja in koristi pri izbiri hrane. Sentočnik (2004) pravi, da je za posameznike, ki kažejo preokupacijo z zdravo prehrano značilno, da izdelajo lasten prehranjevalni sistem, ki ga togo in disciplinirano upoštevajo. Zanj ni nujno, da temelji na poglobljenem znanju s področja prehrane.

Strokovnjaki predvidevajo, da je k razvoju preokupacij z zdravo prehrano in zdravim načinom življenja med mladimi odraslimi, prispevala tudi naraščajoča uporaba družabnih omrežij. Družabna omrežja naj bi uporabljalo kar 90 % posameznikov, starih od 16 do 34 let (Turner in Lefevre, 2017). Raziskave kažejo na to, da 54 % uporabnikov uporablja družabna omrežja za ozaveščanje o ustrezni izbiri živil in izmenjavo izkušenj glede hrane, 42 % pa jih uporablja za iskanje nasvetov o hrani (The Hartman Group, 2012). Uporaba družabnih omrežij ima tako pozitivne kot negativne učinke na telesno in duševno zdravje svojih uporabnikov. Preko raziskav na tem področju so pri uporabnikih odkrili prizadevanja za povečano uživanje sadja in zelenjave ter zmanjšanje uživanja procesiranih živil. Nasprotno pa so pri uporabnikih odkrili tudi negativne učinke na posameznikovo samopodobo, družbeno primerjavo, pojav depresije in moteno prehranjevanje (Marsh in Campbell, 2016).

Turner in Lefevre (2017) sta v svoji študiji raziskovala povezavo med uporabo družabnih omrežij in ortoreksijo nervozo. Ugotovila sta, da obstaja pomembna povezava med simptomatiko, ki jo meri vprašalnik ORTO-15 in uporabo družabnega omrežja Instagram. Večja uporaba Instagrama je bila povezana z večjo težnjo k ortoreksiji nervozi. Instagram je bilo edino družabno omrežje, pri katerem je bila odkrita tovrstna povezanost. Manjša pozitivna povezanost je bila odkrita le še pri Twitterju. Avtorja navajata več dejavnikov, ki verjetno prispevajo k tovrstnim rezultatom. Pomemben vidik Instagrama je nenehna izpostavljenost uporabnika vsebinam, ki so povezane z zdravo prehrano, kar povzroči, da uporabnik verjame, da je tovrstno vedenje bolj razširjeno in normalno, kot je sicer. Vse to vodi k družbenim pritiskom na posameznike, da bi ustrezali takšnim vedenjem. Na ta način se problematično vedenje stalno krepi. Salathé in Khandelwal (2011) dodajata, da uporabniki zaznavajo svoje vrednote in svetovne poglede pogosto bolj resnične kot dejansko so, zaradi selektivnega spremljanja prispevkov drugih, podobno mislečih ljudi.

1.1.3 Vpliv družinskega okolja

Dovey (2010, v Kobal Grum in Seničar, 2011, str. 159) pravi, da je »prehranjevalno vedenje rezultat izkustvenega treninga z visoko frekvenco ponavljanja«. To nakazuje na pomembnost primarnih družinskih odnosov in predvsem procesa socializacije, preko katerega pridobi otrok prve izkušnje s prehranjevanjem in prevzame prehranjevalne

vzorci svojih staršev (Pokorn, 1997). Rezultat učenja preko procesa socializacije je habituacija oziroma navada (Kobal Grum in Seničar, 2011). Prve izkušnje s hrano in prehranjevanjem otrok ponotranji in kot takšne vplivajo na kasnejši odnos posameznika do hrane (Končnik Goršič, 2004).

Ogden (2003) izbiro hrane razloži z razvojnimi modelom, v katerem poudarja pomen učenja in izkušenj, na podlagi katerih otroci razvije preference za izbor določene vrste hrane. Pomembna je asociativnost, socialno učenje in izpostavljenost. Kobal Grum in Seničar (2011) razložita uporabo asociativnega učenja v družinskem okolju, na področju prehranjevanja kot:

(A) Izbira hrane kot sredstva nagrajevanja:

Starši morajo biti otroku pozitiven zgled pri izbiri zdrave hrane, vendar pa se je treba izogibati nagrajevanju izbire hrane, v ozadju katerega je čustveno pogojevanje. Takšna oblika spodbujanja lahko ima namreč negativne posledice za otrokov nadaljnji razvoj, saj spodbuja nastanek nezavednih povezav med čustvi in občutki ter izbiro določene vrste hrane. Čeprav se na področju ortoreksije nervoze kaže pomanjkanje družinskih študij, Getz (2009) navaja, da je eden najbolj skrb vzbujaajočih trendov, v družinskem okolju, povezanih z ortoreksijo ta, da otroci pogosto prevzemajo prehranjevalno vedenje, ki ga označujemo za ortoreksično, od svojih staršev. Otroci namreč opazujejo in posnemajo starševsko vedenje glede izbire hrane in prehranjevanja na sploh.

(B) Hrana kot nagrada:

V družinskem okolju se hrana velikokrat uporablja kot vzgojni pripomoček, saj služi za sredstvo nagrajevanja, kaznovanja in nadzora (Serbec, 2010). Raziskava Ogden (2003) kaže na to, da je tovrstna uporaba hrane v vzgojne namene pomemben dejavnik motenj hranjenja, saj lahko posameznik utrjene vzorce nagrajevanja in kaznovanja s pomočjo hrane prenese tudi v kasnejša starostna obdobja. Problematično je tudi področje vzpostavljanja nadzora preko hrane. Gostecnik (1997) pravi, da vsiljevanje hrane otroku povzroči, da se začne proti njej boriti. Hrana postane sredstvo samoreguliranja in način, kako posameznik obvladuje svet, kar mu je bilo kot otroku onemogočeno in nedosegljivo. Z odklanjanjem določene vrste hrane, posameznik simbolno odklanja vse, kar mu po njegovem mnenju nudi ali vsiljuje okolje.

Ob proučevanju razlik med državami EU glede zgodnjih prehranjevalnih navad so Krug idr., (2009) ugotovili, da slovenski starši hrano pogosto uporabljajo kot sredstvo nadzora, kar lahko predstavlja tveganje za kasnejši razvoj motenj hranjenja.

(C) Hrana in fiziološke posledice:

Starši lahko na otroka prenesejo tudi lastne negativne izkušnje z določeno vrsto hrane in s tem strah pred uživanjem le-te in fiziološkimi posledicami, ki lahko nastanejo (Kobal Grum in Seničar, 2011). V mnogih primerih starši hranijo otroke le z ekološkimi živili in jim nehote vsadijo občutek strahu, da so druga živila slaba in zdravju škodljiva (Getz, 2009).

Otroci so psihično nezrela bitja, ki potrebujejo starše za obvladovanje duševnih stisk (Miller, 2005). Za optimalen razvoj otroka je bistvenega pomena ustrezno odzivanje staršev na otrokove potrebe, preko katerih se otrok sam nauči prepoznavati lastne potrebe in priuči načinov, kako jih uspešno zadovoljevati in reševati spore, ko zadovoljitev ni mogoča (Winnicott, 2010). Ob neustreznem obvladovanju duševnih stisk začne otrok neugodne čustvene vsebine tlačiti v nezavedno. Vse potlačene psihične vsebine, ki jih otrok ni razrešil v odnosu s starši, negativno vplivajo na njegov nadaljnji razvoj in povzročijo, da se otrok oddalji od samega sebe. Čeprav kopičenje poteka na nezavedni ravni, se posledice kažejo na otrokovi telesni ravni in povzročijo, da otrok razvije negativen odnos do lastnega telesa (Miller, 2005).

Pomemben dejavnik pri razvoju motenj hranjenja je tudi družinska vzgoja. Božič (2010) izpostavlja t. i. pogojno ljubezen, za katero je značilno, da starši otroku vcepijo miselnost, da je pomemben, dober in da ga imajo radi le takrat, ko je priden, poslušen in ko zadovoljuje potrebe drugih in ne svojih lastnih. Na krajši rok tovrstna oblika vzgoje sicer pripelje do zelenega vedenja, na dolgi rok pa pri otroku ustvari številne negativne čustvene posledice, kot so občutek notranje prisile, kratkotrajno zadovoljstvo ob uspehu, nihanje samospoštovanja in nizko samovrednotenje. Bruch (1975) je odkrila, da ima negativni vpliv tudi materina pretirana vključenost pri vzgoji, od koder izhajajo posameznikove težave glede avtonomije, samozaupanja in trajni občutki neučinkovitosti.

Družinsko okolje spodbuja izraznost osebnostnih značilnosti, kot so: perfekcionizem oziroma nagnjenje k popolnosti, željo po zunanjem priznavanju, pridnost, čustveno labilnost, pomanjkanje samospoštovanja, negotovost vase, občutek manjvrednosti in notranje praznine (Browell in Fairburn, 1995), ki lahko v veliki meri prispevajo h kasnejšemu razvoju motenj hranjenja, kot je ortoreksija nervoza.

1.2 ORTOREKSIJA NERVOZA

Ortoreksija nervoza ali preokupacija z uživanjem zdrave, biološko čiste hrane, se pri posamezniku začne kot poskus doseganja optimalnega zdravja in dobrega počutja. Posameznik želi ohraniti, izboljšati svoje zdravje, odpraviti že obstoječo bolezen ali izgubiti odvečno telesno težo (Catalina Zamora, Bonaechea, Sanchez in Rial, 2005). Park idr., (2011) poročajo o kliničnem primeru 30-letnega moškega, ki je bil sprejet v bolnišnico zaradi splošne šibkosti in kronične izčrpanosti. Dnevno je tri mesece jedel zgolj 3-4 žlice rjavega riža s svežo zelenjavo, brez dodane soli in v tem času izgubil skupno 14 kilogramov. S tovrstno prehrano je želel ozdraviti motnjo tikov.

Razvoj ortoreksije poteka v dveh ločenih fazah. Prva se imenuje *faza medenih tednov*, za katero je značilno, da je bolezenska korist večja od bolezenske škode. V tej fazi ima posameznik občutek, da preko nadzora lastnega prehranjevanja lažje vzpostavlja nadzor nad lastnim življenjem, kar prispeva k izboljšanju njegovega počutja in k dvigu samozavesti. Za to fazo je značilno, da skušajo posamezniki o pomenu zdrave prehrane in zdravega načina življenja ozaveščati in prepričevati posameznike v svojem širšem in ožjem okolju. Bistvena značilnost te faze je kognitivna distorzija, saj se posamezniki ne počutijo bolje zato, ker jedo bolj zdravo in uravnoteženo, temveč zato, ker imajo večji občutek nadzora in zadovoljstva nad svojim življenjem. Omenjena faza lahko traja tudi nekaj let. V naslednji fazi, ki jo imenujemo tudi *faza dekompenzacije*, je bolezenska škoda večja od bolezenske koristi. Zdrava prehrana posameznikom ne prinaša več zadovoljstva, saj z napredovanjem motnje posameznik iz svoje prehrane izloča vedno več živil, za katere meni, da so neustrezna, biološko nečista oziroma zdravju škodljiva (Serbec, 2010). Bratman (2017) prav tako ločuje dve poglavitni fazi pri razvoju ortoreksije nervoze. Prva predstavlja odločitev posameznika, da se bo zdravo prehranjeval, v drugi pa se ta odločitev stopnjuje do bolezenske preokupacije z zdravo prehrano. Prva faza torej še ne pomeni patologije, zato zdravega načina prehranjevanja ne gre enačiti z ortoreksijo nervozo. Šele druga faza poseblja nastanek patologije, saj jo označujejo številne fizične, psihološke in socialne posledice.

Zaradi tovrstnih značilnosti lahko ortoreksijo nervozo opredelimo kot neprehodno, dolgoročno motnjo, ki negativno vpliva na kakovost posameznikovega življenja (Bratman in Knight, 2001).

1.2.1 Postavitev diagnostičnih meril ortoreksije nervoze

Opredelitev in potrditev novih psihopatologij, kot je ortoreksija nervoza in njihovih diagnostičnih meril, je dolgotrajen proces. Klinična opredelitev in postavitev jasnih diagnostičnih meril ortoreksije nervoze sta trenutno v fazi razvoja (McInerney-Ernst, 2011). Robins in Guze (1970) sta razvila postopek ugotavljanja diagnostične veljavnosti novih psihopatologij, preko katerega so preverjali tudi ortoreksijo nervozo. Raziskave na področju ortoreksije nervoze se trenutno ukvarjajo s prvim korakom, in sicer opisom klinične slike, na podlagi katere skušajo določiti diagnostična merila in opisati demografske značilnosti (npr. spol, starost, stopnjo izobrazbo, poklicni profil itd.) posameznikov z domnevno diagnozo ortoreksije nervoze.

Začetki raziskovanja ortoreksije nervoze segajo v leto 1997, ko je konstrukt prvi opredelil ameriški zdravnik in alternativni zdravilec Steven Bratman. Konstrukt je ustvaril na podlagi lastnih kliničnih izkušenj in primerov, na katere je naletel v svoji poklicni karieri (Bratman, 1997). Tri leta kasneje sta Bratman in Knight (2001) napisala knjigo z naslovom »Health Food Junkies«, kjer je Bratman prvič opisal simptomatiko ortoreksije nervoze in kasneje na tej podlagi ustvaril seznam desetih vprašanj, danes znan kot Bratmanov test ortoreksije (glej spodaj), s katerim lahko laično določimo tveganje za morebitno izraženost ortoreksije nervoze. Če oseba odgovori pozitivno na štiri ali več vprašanj, lahko sumimo, da kaže preokupacije z uživanjem zdrave hrane, v taki razsežnosti, da jo lahko povezujemo z ortoreksijo nervozo.

Bratmanov test ortoreksije vsebuje vprašanja, kot so:

1. Ali razmišljate o zdravi prehrani več kot tri ure na dan?
2. Ali načrtujete obroke za več dni vnaprej?
3. Ali vam je prehrabna vrednost obroka važnejša od uživanja v hrani?
4. Ali se vam je ob ukvarjanju s kvaliteto prehrane znižala kvaliteta življenja?
5. Ali postajate čedalje strožji v izboru kvalitete hrane, ki jo uživate?
6. Se počutite bolj samozavestni, ko jeste zdravo hrano?
7. Ste se zaradi zdrave prehrane odrekli hrani, v kateri ste nekoč uživali?
8. Ali se zaradi vašega načina prehranjevanja umikate iz kroga družine ali družbe?
9. Ali se počutite krive, če jeste hrano, ki ni del vaših pravil prehranjevanja?
10. Ali vas uživanje zdrave hrane pomirja in omogoča kontrolo nad sabo?

Kljub temu, da Bratmanov test ortoreksije ni znanstveno potrjen diagnostični instrument za merjenje ortoreksije nervoze, je iz literature razvidno, da obstajajo vsaj tri raziskave, ki

so ga uporabile v namene znanstvenega raziskovanja (Eriksson, Baigi, Marklund in Lindgren, 2008; Kinzl, Hauer, Traweger, 2006; Korinth, Schless in Westenhoefer, 2009).

Prva diagnostična merila ortoreksije (glej spodaj) sta podala Bratman in Knight (2001):

- (A) Posameznik porabi preveč časa (več kot 3 ure na dan) za razmišljanje o izbiri in pripravi zdrave hrane.
- (B) Posameznik goji občutke superiornosti oziroma premoči nad tistimi, ki imajo drugačne prehranjevalne navade.
- (C) Posameznik se strogo in togo drži lastnih pravil prehranjevanja, ki vodijo v različne prehranske omejitve.
- (D) Posameznik se ob držanju prehranskih pravil počuti samozavestno in zadovoljno, ob njihovem neupoštevanju pa ga spremlja občutek krivde.
- (E) Posamezniku zdravo prehranjevanje postane osrednja življenjska vrednota, ob čemer zanemarja pomen drugih vrednot, odnose z drugimi, dejavnosti, v katerih je prej užival in včasih tudi fizično zdravje.

Gleaves, Graham in Ambwani (2004) ob tem opozarjata, da navedena merila, ki sta jih opisala Bratman in Knight (2001) v večji meri izhajajo iz njunih poklicnih izkušenj ter niso ustrezno empirično opredeljena in dokazana.

Prvo empirično raziskavo s tega področja so izvedli Donini idr., (2004) v Italiji. Izvedena je bila preliminarne študija, v kateri so s pomočjo vprašalnika o prehranjevalnih navadah in Minnesotskim multifazičnim osebnostnim vprašalnikom – MMPI (Hathaway, McKinley in Meehl, 1943) preverjali simptomatiko in razširjenost ortoreksije nervoze. Opredelili so jo kot motnjo, za katero je značilna kombinacija motenega prehranskega vedenja in obsesivno-kompulzivna simptomatika. V raziskavo je bilo vključenih 404 udeležencev iz splošne populacije, ki so jih razvrstili v štiri skupine, in sicer: 1) normalno prehranjevalno vedenje in rezultat MMPI, 2) normalno prehranjevalno vedenje in odklon na vprašalniku MMPI, 3) »zdravo« prehranjevalno vedenje in normalen rezultat MMPI, 4) »ortoreksično« prehranjevalno vedenje, pri katerem je »zdravo« prehranjevanje povezano z odklonom na vprašalniku MMPI. Na ta način so identificirali posameznike, ki so kazali preokupiranost z zdravo prehrano. Ugotovili so, da obstajajo pomembne razlike med različnimi skupinami v rezultatih na vprašalniku ORTO-15. Med 404 posamezniki so odkrili 28 ($M = 39,4$; $SD = 4,0$) (6,9 %) posameznikov z domnevno diagnozo ortoreksije nervoze, 15 % ($M = 41,9$; $SD = 4,0$) jih je kazalo normalno prehranjevalno vedenje, vendar povišan rezultat na lestvici MMPI, 17,1 % ($M = 39,3$; $SD = 4,0$) jih lahko opredelimo kot preokupirane z zdravo prehrano brez odklonov na MMPI, 60,3 % ($M = 42,4$; $SD = 4,0$) pa jih je kazalo normalno prehranjevalno vedenje brez odklonov na

MMPI. Na podlagi teh podatkov so bile določene optimalne mejne vrednosti za napoved ortoreksije nervoze z uporabo ORTO-15 in določanje občutljivosti in specifičnosti pri različnih mejnih vrednostih. Varga idr., (2013) ob tem opozarjajo, da je treba tovrstne izsledke razlagati previdno, saj ne temeljijo na reprezentativnem raziskovalnem vzorcu. Dunn in Bratman (2016) dodajata, da Donini in sodelavci po izvedeni raziskavi niso izpostavili posebnih diagnostičnih meril, ki bi bila ključna za razlikovanje ortoreksije nervoze od drugih podobnih motenj, kot sta na primer anoreksija in obsesivno-kompulzivna motnja.

Po raziskavi leta 2004 so Donini, Marsili, Graziani, Imbriale in Cannella (2005) leto kasneje razvili prvi in edini vsaj delno potrjeni diagnostični instrument za diagnosticiranje ortoreksije nervoze – ORTO-15, ki temelji na predhodnem Bratmanovem testu ortoreksije. Vprašalnik sestavlja 15 postavk, ki se nanašajo na merjenje intenzivnosti preokupacije z zdravo hrano oziroma prisotnosti ortoreksičnih vedenj. Vprašalnik se osredotoča predvsem na kognitivni in čustveni vidik prehranjevanja ter klinično simptomatiko, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo. Poudarek je na ocenjevanju vedenja posameznika v zvezi z izbiro, nakupovanjem, pripravo in uživanjem hrane (glej poglavje Metode).

Po objavi vprašalnika ORTO-15 so začele v drugih jezikih nastajati bolj izpopolnjene prilagoditve in spremembe vprašalnika ORTO-15: turška različica ORTO-11 (Arusoğlu idr., 2008), madžarska različica ORTO-11-Hu (Varga idr., 2014), poljska različica ORTO-15 (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle in Hay, 2015), nemška različica ORTO-9-GE (Missbach, Dunn in König, 2016) in španska različica ORTO-15 (Parra-Fernandez idr., 2018), ki so zavrgle različne postavke iz originalne različice vprašalnika ORTO-15, z namenom povečanja veljavnosti in notranje zanesljivosti vprašalnika. Spremembe so temeljile na potrditvenih faktorskih analizah.

Mnogo avtorjev (Donini idr., 2005; Stochel idr., 2015) je v svojih študijah preverjalo merske značilnosti izvirnega vprašalnika ORTO-15. Donini idr., (2005) so opravili validacijo vprašalnika ORTO-15. V raziskavo je bilo vključenih 525 posameznikov, ki so jih razdelili v dve skupini. V prvo skupino so bile vključene 404 osebe, s katerimi so preverjali strukturo vprašalnika ORTO-15, v drugo skupino pa 121 udeležencev, ki je služila kot kontrolna skupina za preverjanje veljavnosti vprašalnika. Rezultati so pokazali, da ORTO-15 kaže dobro napovedno sposobnost pri mejni vrednosti 40 točk (učinkovitost 73,8 %, občutljivost 100 % in specifičnost 73,6 %) tudi pri preverjanju s kontrolno skupino. Opozorili pa so na dejstvo, da ima vprašalnik omejitvev pri prepoznavanju obsesivno-kompulzivne motnje. Glede na izsledke predlagajo dopolnitev vprašalnika ORTO-15 s postavkami, preko katerih bi lahko vrednotili obsesivno-

kompulzivno vedenje. Stochel idr., (2015) so na skupini poljskih učencev in učenk, starih od 15-21 let, izvedli študijo, katere namen je bil proučiti zanesljivost vprašalnika ORTO-15. Na osnovi dobljenih rezultatov so podali ugotovitev, da je vprašalnik ORTO-15 zanesljivo orodje za prepoznavanje preokupacije z zdravim prehranjevanjem, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, pri mladostnikih starih od 15-21 let.

Na podlagi originalne izvedbe ORTO-15 in njegovih izpopolnjenih različic, so raziskovalci začeli raziskovati razširjenost ortoreksije v različnih populacijah in izvajati študije primera, z namenom natančnejše opredelitve diagnostičnih meril ortoreksije nervoze. Zamora idr., (2005) so v Španiji izvedli prvo znanstveno študijo primera s področja ortoreksije nervoze. Izpostavili so primer 28-letne ženske s hudo podhranjenostjo, pomanjkanjem železa in vitamina B12. Zaradi težav z aknami naj bi pri svojih 14 letih iz prehrane odstranila vse maščobe, pri 16 letih pa prešla na lakto-ovo-vegetarijansko dieto. Pri svojih 24 letih je iz zdravstvenih in ne etičnih razlogov, iz svoje prehrane odstranila še jajca in mlečne izdelke. V času študije je uživala le še presno zelenjavo in skupno izgubila 27 kilogramov telesne teže. Avtorji poročajo tudi o njeni popolni izolaciji od družine. Drugo pomembnejšo študijo primera so izvedli Park idr., (2011), kjer so v podrobno obravnavo vzeli moškega, ki je zaradi stroge restriktivne diete in posledične podhranjenosti utrpel številne zdravstvene posledice.

Vandereyken (2011) je podal seznam simptomov ortoreksije nervoze, ki temeljijo na izsledkih dosedanjih raziskav (glej spodaj):

- (1) Preokupacija z »zdravo prehrano«, ki se kaže v izogibanju vsem živilom in sestavinam, za katere posameznik predvideva, da so nezdrava.
- (2) Pretirana skrb za lastno zdravje.
- (3) Pomanjkljivi na področju medosebnih odnosov ter na ostalih pomembnih življenjskih področjih.
- (4) Izguba telesne teže in podhranjenost kot posledici omejevanja prehrane.
- (5) Simptomi niso posledica drugih duševnih bolezni.

Varga idr., (2013) so izvedli pregled obstoječe literature s področja ortoreksije in predlagali naslednja diagnostična merila (glej spodaj) (str. 108):

- (1) Čezmerna skrb glede kakovosti hrane, ki se izraža v obliki togih prehranjevalnih navad.
- (2) Obsesivne misli in kompulzivna vedenja v zvezi s prehranjevanjem, zdravjem in vplivom hrane na zdravje.
- (3) Prehranjevalne navade niso del zdravljenja oziroma del zdravniškega priporočila, če

pa so, so izvedene pretirano in togo.

- (4) Odsotnost izkrivljenosti telesne podobe.
- (5) Namesto količine hrane je pomembna njena kvaliteta.
- (6) Posameznik ne kaže strahu pred debelostjo.
- (7) Vedenje vztraja vsaj 6 mesecev ali več.
- (8) Simptomi povzročajo zdravstvene težave in/ali poslabšanje socialnih, poklicnih ali drugih pomembnih področij delovanja posameznika.

Barthels (2014) predlaga naslednja merila (glej spodaj):

- (A): Trajna in intenzivna preokupacija z zdravo prehrano in zdravim prehranjevanjem.
- (B): Izražanje skrbi in izogibanje živilom, ki so glede na subjektivna prepričanja, nezdrava.
- (C1): Vsaj dve precenjeni ideji o učinkovitosti in potencialni koristi hrane na zdravje.

IN/ALI

(C2): Ritualizirana preokupacija z nakupovanjem, pripravo in uživanjem živil, ki niso posledica kulinarčnih razlogov, temveč prečenjenih idej o koristnosti živil. Odstopanje ali nezmožnost upoštevanja prehranskih dopolnil povzroča intenzivne strahove, ki pa se jim je mogoče izogniti z upoštevanjem pravil.

(D1): Fiksacija na zdravo prehranjevanje povzroča trpljenje ali klinično pomembne motnje na socialnem, poklicnem ali drugih pomembnih življenjskih področjih in/ali ima negativen vpliv na otroke.

IN/ALI

(D2): Sindrom pomanjkanja ustreznih hranil zaradi neustreznega prehranjevanja. Vpogled v bolezen ni potreben, v nekaterih primerih je pomanjkanje vpogleda kazalnik za resnost motnje.

(E): Prisotnost izgube teže in podhranjenosti, vendar brez skrbi in strahov glede teže in oblike telesa.

Za diagnosticiranje ortoreksije morajo biti izpolnjena merila A, B, C in E. Merilo D mora biti izpolnjeno vsaj delno. Bratman (2017b) pravi, da so Barthelseva merila ena izmed najobetavnejših in najboljši opis ortoreksije.

Moroze, Dunn, Craig Holland, Yager in Weintraub (2015) so na podlagi svoje študije primera podali naslednja diagnostična merila (glej Tabela 1). Kot je razvidno iz tabele 1, merili A in B opozarjata na preokupacijo z uživanjem čiste hrane kot tudi na posledice uživanja nezdrave hrane, občutke krivde in socialnih posledic, ki nastanejo zaradi takšnega vedenja. Merili C in D pa se osredotočata na zdravstveni vidik motnje.

Tabela 1

Predlagana diagnostična merila za ortoreksijo nervozo (povzeto po Moroze idr., 2015)

Merilo A: preokupacija z uživanjem »zdrave hrane«, z izraženo skrbjo glede kakovosti in hranilne uravnoteženosti obrokov (za postavitev diagnoze morata biti izpolnjena vsaj 2 ali več pogojev.)

- (1) Uživanje hranilno neuravnotežene prehrane zaradi zmotnih prepričanj glede njene »čistosti«.
- (2) Preokupacija in skrb glede prehranjevanja z nečistimi ali nezdravimi živili in glede vpliva kakovosti hrane in njene sestave na fizično in/ali duševno zdravje.
- (3) Togo izločanje živil, ki jih posamezniki smatrajo kot »nezdrave«, saj vsebujejo maščobe, konzervanse, aditive, živalske proizvode ali druge sestavine, ki jih štejejo za zdravju škodljive.
- (4) Časovno zamudno (npr. tri ali več ur na dan) ukvarjanje v zvezi s hrano (informiranje o izvoru, sestavi in pravilni pripravi živil).
- (5) Zaskrbljenost in občutki krivde ob uživanju hrane, ki jo smatrajo kot nezdravo oziroma nečisto.
- (6) Nestrpnost do prepričanj drugih glede hrane.
- (7) Poraba velikih količin denarja, glede na posameznikov dohodek, zaradi zaznane kakovosti in sestave živil.

Merilo B: obsesivna skrb glede hrane (za postavitev diagnoze mora biti izpolnjen vsaj 1 izmed naslednjih pogojev).

- (1) Pojav zdravstvenih težav zaradi neuravnotežene prehrane (npr. podhranjenost).
- (2) Huda stiska ali poslabšanje v socialnem, akademskem ali poklicnem delovanju zaradi obsesivnih misli in vedenj, ki se nanašajo na posameznikova prepričanja o zdravi hrani.

Merilo C: Motnja ne predstavlja zgolj poslabšanja simptomov drugih duševnih motenj, kot so obsesivno-kompulzivna motnja ali shizofrenija ali druga psihotična motnja.

Merilo D: Vedenje ni povezano s prehranjevanjem, ki ga zapoveduje vera. Prav tako ni povezano z diagnozo alergije ali drugega zdravstvenega stanja, ki zahteva specifičen način prehranjevanja, ki ga predpiše zdravnik.

Kljub številnim poskusom opredelitve diagnostičnih meril ortoreksije nervoze zasnova še vedno ni dobila zanesljive formalne opredelitve. Dunn in Bratman (2016) sta z namenom dokončne opredelitve ortoreksije nervoze, podala enotna diagnostična merila (glej spodaj), na podlagi katerih bodo v prihodnosti nastali novi, bolj izpopolnjeni diagnostični

instrumenti za merjenje ortoreksije nervoze. Merila vsebujejo dve glavni točki. Prva se nanaša na obsedenost z uživanjem zdrave hrane (prehranske omejitve, ki povzročijo izgubo teže, negativne občutke in samo-kaznovanje, ko se prehranska pravila prekršijo). Drugo merilo pa je povezano s klinično simptomatiko, ki izhaja iz motnje (huda podhranjenost, izguba socialnih stikov, nizka samozavest itd.).

Merilo A: Obsesivno osredotočanje na »zdravo« prehranjevanje, kot ga opredeljuje prehranska teorija ali niz prepričanj, katerih specifične podrobnosti se lahko razlikujejo; zaznamuje ga čustvena stiska v povezavi z izbiro živil, ki jih posameznik zaznava kot nezdrave; izguba telesne teže, ki ni primaren cilj posameznika.

- (1) Kompulzivno vedenje in/ali miselna preokupacija glede omejevalne diete ter pravilne prehrane, za katere posameznik verjame, da spodbujajo optimalno zdravje. Diete lahko vključujejo tudi uživanje prehranskih dopolnil in prakticiranje intenzivne telesne vadbe.
- (2) Kršitev prehranskih pravil sproža strah pred boleznijo, občutek osebne nečistosti in/ali negativne fizične občutke, ki jih spremljata anksioznost in sram.
- (3) Prehranske omejitve se sčasoma povečujejo, kar lahko privede do izločanja celotnih skupin živil z namenom razstrupljanja oziroma detoksikacije telesa. To stopnjevanje vodi v izgubo teže, čeprav je želja po izgubi teže odsotna, skrita ali podrejena ideji o zdravi prehrani.

Merilo B: Kompulzivno vedenje in miselna preokupacija postaneta klinično pomembni v primeru:

- (1) Podhranjenosti, izgube telesne teže ali drugih zdravstvenih zapletov zaradi omejevanja prehrane.
- (2) Prisotnost intrapersonalne stiske ali poslabšanje socialnega, akademskega ali poklicnega delovanja, ki je posledica prepričanj ali vedenj o zdravi prehrani.
- (3) Pozitivna telesna podoba, samopodoba, samospoštovanje in/ali zadovoljstvo z življenjem so pogojeni z uspešnim sledenjem prehranskim pravilom.

1.3 PREDLAGANA SIMPTOMATIKA ORTOREKSIJE NERVOZE

Ortoreksija nervoza je izrazito individualno pogojena motnja. Predstava o tem, kaj pomeni »zdrava in biološko čista hrana«, se namreč od posameznika do posameznika razlikuje. Koncept zdravega se lahko razlikuje tudi glede na posameznikovo čustveno stanje in njegovo predznanje o prehrani (Bratman in Knight, 2001). Na podlagi predlaganih diagnostičnih meril in izsledkov obstoječih raziskav lahko opredelimo tri skupine diagnostičnih simptomov, ki so značilni za posameznike, ki kažejo preokupiranost z zdravo prehrano in ki se odražajo na treh ravneh: fizični, psihološki in socialni.

1.3.1 Fizična simptomatika

Medicinski model obravnava motnje hranjenja kot bolezen, zato se osredotoča na simptome oziroma telesne težave, ki jih spremljajo (Zaviršek, 2000). Na področju ortoreksije nervoze se kaže pomanjkanje dolgoročnih empiričnih študij, v katerih bi spremljali, ali preokupacija z zdravo prehrano vpliva na telesno zdravje posameznika. Glede na obstoječe klinične primere strokovnjaki menijo, da lahko napredovanje ortoreksije nervoze privede do enakih zdravstvenih posledic kot huda oblika anoreksije nervoze (Park idr., 2011). Kot posledica stroge restriktivne diete, ki je ključna značilnost ortoreksije nervoze, pri kateri posamezniki opuščajo posamezna živila ali celotne skupine živil, lahko pride do pomanjkanja ključnih hranilnih snovi (Koven in Abry, 2015). Posledica restriktivnega prehranjevanja je tudi kalorični primanjkljaj (Arhire, 2015). Pri posameznikih se pojavijo zdravstvene težave, kot so: anemija (slabokrvnost), osteopenija (zmanjšanje kostne gostote in predstopnja osteoporoze), pancitopenija (pomanjkanje eritrocitov, levkocitov in trombocitov), hiponatremija (pomanjkanje natrija, čigar posledica je lahko povečano zadrževanje tekočin v telesu), metabolična acidoza (motnja kislinsko-bazičnega ravnovesja), počasnejši utrip srca in hormonske motnje (amenoreja ali pomanjkanje testosterona) (Koven in Abry, 2015; Park idr., 2011). Prvi telesni znaki, ki nakazujejo na podhranjenost, so izpadanje las, izguba menstruacije in težave s kožo (Bratman, 2017a). Reich in Kröger (2009) pravita, da si posamezniki z ortoreksijo nervozo simptome, ki so posledica pomanjkljive prehrane, kot so: želodčni krči, glavobol, težave s prebavo ali izpadanje las, napačno razlagajo kot znak razstrupljanja telesa. Preobremenjenost s hrano povzroča posamezniku stres in vpliva na neprestano napetost v telesu (Štaleker Pleš, 2018).

Koven in Abry (2005) sta se v svojem raziskovalnem delu osredotočala na raziskovanje ortoreksije nervoze iz nevropsihološkega vidika in ugotovila, da se prisotnost ortoreksične simptomatike povezuje s številnimi kognitivnimi pomanjkljivostmi, ki so

skupne tudi drugim motnjam hranjenja kot sta anoreksija nervoza in bulimija. Szmukler idr., (1992) med glavne kognitivne odklone oseb z motnjami hranjenja štejejo rigidne in obsesivne misli, motnje spomina, delovnega spomina in zunanje pozornosti. Pojavljajo se prevladujoče miselne distorzije, kot sta razmišljanje po načinu »vse ali nič« in »črno-belo« mišljenje.

Posamezniki imajo težave s fleksibilnim reševanjem problemov in odločanjem, kar je posledica izrazite kognitivne togosti, ki je značilna tudi za anoreksijo nervozo, s katero lahko pojasnimo togo izbiranje hrane in držanje prehranskih pravil pri ortoreksiji nervozi (Koven in Senbonmatsu, 2013). Izražene so tudi težave z zunanjo pozornostjo, ki omogoči, da smo pozorni na zunanje okolje, vključno s tem, kakšen socialni vpliv imamo na druge ljudi. Za posameznike z ortoreksijo nervozo je značilno, da svojo pozornost osredotočajo zgolj nase, saj težijo k doseganju lastnega popolnega zdravja in osebne čistosti. Zaradi prekomerno usmerjene pozornosti na lastno notranjost, se kažejo težave z njihovo osredotočenostjo na zunanje okolje (Clark, 2005, v Koven in Abry, 2005).

1.3.2 Psihična simptomatika

Posamezniki, ki kažejo preokupacijo z zdravo prehrano, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, porabijo veliko časa za načrtovanje, organiziranje, nakupovanje in pripravo hrane, na način, ki ustreza njihovem samo-vsiljenemu načinu prehranjevanja (Mathieu, 2005).

Velik poudarek dajejo pridobivanju informacij o hrani, ki jo uživajo in izražajo skrb glede njenega izvora in kakovosti, pri čemer je mišljena predvsem kombinacija hranilne vrednosti živil in njena biološka čistost (Koven in Abry, 2015). Obsesivno se izogibajo hrani, ki vsebuje umetna barvila, konzervanse, ostanke pesticidov, gensko spremenjene sestavine in druge umetne snovi. Prav tako iz svoje prehrane izločajo živila z nezdravimi maščobami, sladkorjem, soljo itd. (Chaki, Pal in Bandyopadhyay, 2013). Donini idr., (2004) posameznike, ki kažejo preokupacijo z zdravo prehrano imenujejo »zdravstveni fanatiki«. Raziskava je pokazala, da ti posamezniki posegajo zgolj po sveži, biološko pridelani hrani, ki velja za zdravo, izogibajo pa se zamrznjeni in konzervirani hrani. Bratman in Knight (2001) dodajata, da vodi tovrstna selekcija ustreznih živil do postopnega zmanjševanja »seznama dovoljenih živil«.

Pripravljanje obrokov posameznikom predstavlja ritual, ki se ga togo držijo. Pri tem upoštevajo predpisane načine priprave hrane (npr. pravilno rezanje zelenjave) in uporabljajo materiale in pripomočke, ki so zdravju neškodljivi (npr. samo keramiko, ali samo lesene pripomočke) (Bartrina, 2007). Gre za samo-vsiljeni prehranski režim, za

katerega je značilno, da se posamezniki prehranjujejo po vnaprej določenem urniku in svoje obroke načrtujejo za nekaj dni vnaprej (Kojić, 2013). Načrtovanje prehrane poteka v štirih fazah. V prvi fazi posameznik razmišlja o svojem jedilniku. V drugi fazi poteka natančno proučevanje sestavin, ki jih želi uporabiti pri pripravi obroka. Tretja faza se nanaša na pripravo teh sestavin z ustreznimi postopki in tehnikami, za katere posameznik meni, da niso povezani z nevarnostjo za zdravje. Četrta faza je faza, v kateri se pri posamezniku manifestirajo občutja zadovoljstva ali krivde, odvisno od tega, kako so bile izvedene predhodne faze. V primeru, da katera izmed predhodnih faz po posameznikovem mnenju ni bila zadovoljivo opravljena, se pojavijo občutki tesnobe, krivde in zaskrbljenosti (Catalina Zamora, 2005; Mathieu, 2005).

Psihološke študije se ukvarjajo predvsem s povezavo osebnostne psihopatologije v povezavi z motnjami hranjenja. Največ raziskav na področju motenj hranjenja je bilo usmerjenih v raziskovanje osebnostnih lastnosti, kot so perfekcionizem, obsesivnost in impulzivnost (Stice, Peart, Thompson-Brenner, Martinez in Westen, 2006). Skupne osebnostne lastnosti, ki so značilne za posameznike z izraženimi ortoreksičnimi vedenji, so: togost, perfekcionizem, izrazita potreba po nadzoru, pretirana storilnost, rigidnost, velika potreba po pohvalah iz okolice, nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Posamezniki izražajo obsesivno željo po osebnostni čistosti, perfekciji in popolnem zdravju, ki prične negativno vplivati na kvaliteto njihovega življenja (Arhire, 2015).

Kontrola nad lastnim prehranjevanjem vodi do občutka nadzora in moči ter predstavlja vrsto nagrajevanja, ki le še okrepi posameznikovo prepričanje (Arhire, 2015). Von Essen in Martensson (2014) navajata primer moškega iz svoje empirične študije, ki opisuje, kako je s pravilnim načinom prehranjevanja bolje in lažje obvladoval življenjske položaje. Opisujeta tudi primer ženske, ki navaja, da je opazila tesno povezavo med tem, kako se počuti in kakšno hrano uživa. Rutine povezane s prehranjevanjem so ji pomagale, da je ostala čustveno nevtralna, stabilna in polno funkcionirajoča tudi, ko je bila pod pritiskom.

Perfekcionizem predstavlja večdimenzionalni konstrukt, za katerega je značilno postavljanje visokih standardov, ki samo po sebi še ni patološko (Soenens idr., 2008). Težnjo po popolnosti podpirajo tako družbene norme kot tudi sociokulturna pričakovanja (Božič, 2010). Potreba po popolnosti se lahko izrazi tudi na področju prehranjevanja in se kaže kot posameznikovo nagnjenje k pretirano strogim in perfekcionističnim merilom na področju prehranskega vedenja in v pretirani storilnosti (Kobal Grum in Seničar, 2012). Raziskovalci potrjujejo, da se simptomi ortoreksije pozitivno povezujejo z vsemi sestavinami perfekcionizma. Želja po popolnosti naj ne bi bila povod za nastanek motnje, vendar postane v njenem razvoju pomemben del motnje. Perfekcionizem deluje kot

nekakšen obrambni mehanizem, s katerim posamezniki ohranjajo svojo samopodobo in razvito identiteto. Poglabitev motnje le še poslabša težnjo po popolnosti (Oberle, Samghabadi in Huges, 2017). Perfekcionizem in pretirana storilnost izhajata iz nizke samopodobe in samospoštovanja. Gre za t. i. zunanji lokus kontrole, ki je nefunkcionalen. Posamezniki težko sprejemajo lastne odločitve in so velikokrat odvisni od mnenj drugih (Krasko, 2010). To se sklada z ugotovitvami Sernec (2012), ki ugotavlja, da so nizka samopodoba in samospoštovanje ter splošno nezadovoljstvo s samim seboj pogoste značilnosti oseb z motnjami hranjenja. Osebe z motnjami hranjenja veljajo za perfekcioniste, ki niso nikoli zadovoljni sami s sabo in tistim, kar počnejo. Uspeha navadno ne pripisujejo sebi, temveč zunanjim vzrokom. Bratman in Knight (2001) zavračata trditev, da imajo posamezniki z ortoreksijo težave s samozavestjo, saj zagovarjata, da so ljudje z ortoreksijo zadovoljni in samozavestni posamezniki, ki gojijo intenzivne občutke superiornosti. Kasnejše študije (Barthels idr., 2015) so pokazale ravno nasprotno, in sicer da je ortoreksija nervoza povezana z veliko osebno stisko. V svoji študiji so odkrili nizko samospoštovanje in zmanjšano zmožnost sprostiti se, pri posameznikih, preokupiranih z uživanjem zdrave prehrane. Odkrili so pozitivne korelacije med ortoreksijo nervozo in razvojem depresije. To potrjuje tudi Lamovšek (2015), ki pravi, da je preokupacija s hrano lahko pomemben dejavnik pri razvoju depresije, paničnih napadov in anksioznosti. Ob kršenju prehranskih pravil ali želji po »prepovedani hrani« se lahko pri posamezniku pojavijo občutki krivde in sramu, ki vodijo do samo-kaznovanja s še bolj strogimi prehranskimi omejitvami ali vzdržnostjo (Mathieu, 2005). Barthels, Meyer in Pietrowsky (2015) kot pomemben element ortoreksije nervoze, kjer je v ospredju strah pred boleznijo in želja po popolnem zdravju, navajajo tudi hipohondrizem.

Kot pomembnejše elemente ortoreksije nervoze strokovnjaki navajajo tudi težave z obvladovanjem neugodnih čustev, kot so strah, jeza in žalost, pogosto fantaziranje o nesmrtnosti in strah pred nemočjo in minljivostjo. Posamezniki vrednotijo stvari, dogodke in ljudi kategorično – stvar je dobra ali slaba, pravilna ali napačna, brez upoštevanja vmesnih nians (Stanojević, 2009a). Občutke miru, sreče, veselja, varnosti in samozavesti posameznik pogosto povezuje s čistostjo in ustreznostjo hrane, ki jo uživa (Bratman, 2017a).

1.3.3 Socialna simptomatika

Ortoreksija nervoza ima poleg psihofizičnih tudi pomembne socialne posledice. Zaradi preokupacije z zdravo prehrano posameznik zapostavlja in se sooča z različnimi težavami na drugih življenjskih področjih, kot so ljubezen, ustvarjalnost, družina, prijateljstvo, delo in izobraževanje (Bratman, 2017a).

Izkrivljena prepričanja o hrani vplivajo na posameznikovo mnenje o drugih ljudeh in na razvoj občutkov superiornosti oziroma premoči nad tistimi, ki nimajo takšne samodiscipline in prehranjevalnih navad (Bratman in Knight, 2001). Oberle idr., (2017) pravijo, da superiornost predstavlja nekakšen obrambni mehanizem posameznikov, s čimer se zavarujejo pred svojim nizkim samospoštovanjem in ranljivostjo ega. Vartanian, Herman in Polivy (2007) so ugotovili, da ljudje velikokrat presojuje druge na podlagi njihovih prehranjevalnih navad. Raziskava Varga idr., (2014) je pokazala, da imajo posamezniki, ki kažejo potrebo po informiranju in spodbujanju svoje okolice k zdravemu prehranjevanju večjo nagnjenost k ortoreksiji nervozi, kot tisti, ki tega ne počnejo. Posledično prihaja do izgube kakovosti in pogostosti stikov z drugimi ljudmi, saj jim njihove zapovedi in pravila onemogočajo pristnost in spontanost v medčloveških odnosih. Socialno izolacijo oseba po eni strani doživlja kot uspeh in nadvlado nad drugimi, saj se vidi kot drugačna in s tem boljša (Stanojević, 2009a). Donini idr., (2004) so ugotovili, da posameznike z izraženo ortoreksijo nervozo uživanje obrokov z drugimi ljudmi navdaja z negativnimi občutki, namesto z navdušenjem in veseljem.

Zaradi globokega prepričanja, da je zgolj njihov način prehranjevanja zdrav in ustrezen, so zelo kritični do ostalih mnenj, kar samo še pogloblja njihovo socialno izolacijo (Arhire, 2015). Prav tako se je pokazala tendenca k ortoreksiji pri posameznikih, ki vidijo čezmerno telesno težo kot znak šibkosti in ki menijo, da so ljudje sami krivi za svoje bolezni in slab videz. Za posameznike z višjo nagnjenostjo k ortoreksiji nervozi je značilno, da pogosteje negativno selekcionirajo ljudi, ki niso zmogli premagati svoje želje po hrani in ki se ne prehranjujejo v skladu s pravili zdrave prehrane (Varga idr., 2014).

Nevin in Vartanian (2017) sta v svoji raziskavi proučevala družbeno stigmo, ki jo prinaša ortoreksija nervoza in ugotovila, da imajo ljudje različne poglede na ljudi, ki poudarjajo pomen zdravega prehranjevanja. Po eni strani jih opisujejo kot bolj privlačne, vestne in moralno ozaveščene, po drugi pa med ljudmi veljajo za nesrečne, nedružabne in samocentrirane posameznike. Simpson in Mazzeo (2017) sta raziskovala, kakšne so razlike med socialno stigmo do ortoreksije nervoze v primerjavi z že obstoječimi motnjami hranjenja, kot so anoreksija nervoza, bulimija nervoza ali kompulzivno prehranjevanje. Izsledki raziskave so pokazali, da ljudje ortoreksijo nervozo vidijo kot manj skrb vzbujajočo motnjo v primerjavi s preostalimi motnjami hranjenja in zato do posameznikov, ki kažejo simptome ortoreksije nervoze, kažejo manj sočutja. Bilo pa je ugotovljeno, da se sama družbena stigma do posameznikov z ortoreksijo ne razlikuje od stigme do oseb z drugimi motnjami hranjenja. Nevin in Vartanian (2017) opozarjata na problematiko družbene stigme, ki lahko vodi do socialne izolacije posameznikov in negativno vpliva na napredovanje in poslabšanje motnje.

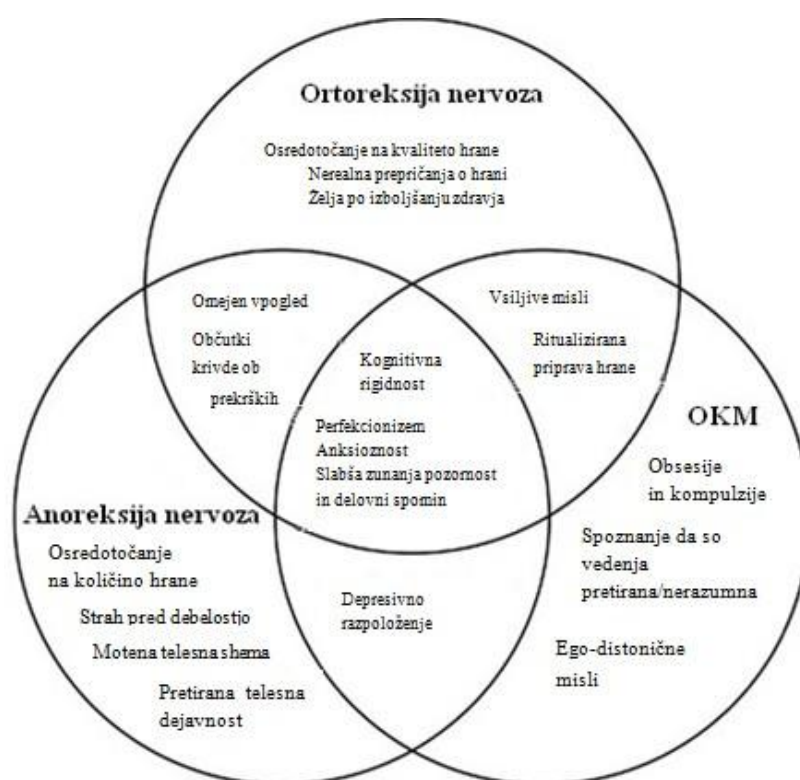
1.4 DILEME O UMESTITVI ORTOREKSIJE NERVOZE MED MOTNJE HRANJENJA

Vandereycken (2011) je organiziral sejo s 111 strokovnjaki s področja prehrane in jim predstavil simptomatiko ortoreksije nervoze, kot predlog za umestitev motnje v DSM-V. Strokovnjaki so se morali strinjati ali ne strinjati z naslednjimi trditvami: 1) Ta motnja mi je popolnoma neznana; 2) Motnjo sem zasledil v svoji lastni praksi; 3) Ta motnja je rezultat vpliva sodobnih popularnih medijev in medmrežja; 4) Ta motnja je le različica druge motnje in 5) Ta motnja zahteva več pozornosti raziskovalec in klinikov. Ugotovil je, da jim je ortoreksija nervoza dobro znana. Med njimi je vladalo strinjanje o tem, da je treba to vrsto motnje jemati resno in da si simptomatika ortoreksije nervoze zasluži več pozornosti pri raziskavah in v klinični praksi. Hkrati je več strokovnjakov potrdilo, da je trenutno obravnavano simptomatiko zasledilo tudi v svoji klinični praksi.

Donini idr., (2004) navajajo, da lahko ortoreksijo štejemo kot bolj ali manj resno osebnostno ali vedenjsko motnjo, ki po njihovem mnenju ni povezana z verskimi ali filozofskimi prepričanji posameznika. Tudi Koven in Abry (2015) sta mnenja, da ortoreksija ni povezana z veroizpovedjo ali skrbjo za okolje in blaginjo živali, kot je to značilno za filozofijo veganizma. Barthels, Meyer in Pietrowsky (2018) so v svoji raziskavi proučevali razširjenost prehranskega vedenja, povezanega z ortoreksijo nervoze v populaciji veganov, vegetarijancev in vsejedcev. Odkrili so, da se vegani in vegetarijanci med sabo ne razlikujejo po ortoreksičnem prehranjevalnem vedenju in da obe skupini dosegata višjo stopnjo ortoreksičnega prehranjevalnega vedenja v primerjavi s posamezniki, ki uživajo meso, mleko in jajca. Zaključujejo, da posamezniki, ki omejujejo vnos določenih živil, predvsem zaradi etičnih razlogov ali z namenom, da bi izgubili telesno težo, kažejo več ortoreksičnih vedenj, kot posamezniki, ki ne omejujejo vnosa živil. Bratman in Knight (2001) opozarjata, da vegetarijance in vegane zaradi njihovega načina prehranjevanja ni mogoče šteti kot ortoreksike, saj prehrane živalskega izvora ne izločajo iz svoje prehrane zaradi maničnega strahu za svoje zdravje. Slednje sta v svoji raziskavi potrdila Çiçekoğlu in Tunçay (2017), ki pravita, da je osnova veganstva etika in ne potreba po doseganju popolnega zdravja.

Raziskovalci in kliniki si niso enotni o tem, kam umestiti ortoreksijo nervozo (Varga idr., 2014). Arhire (2015) pravi, da po nekaterih razmišljanjih ortoreksija sploh ni psihološka motnja, temveč tendenca v družbi, ki jo spodbujajo družbenokulturne spremembe. Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggioalle in Hay (2015) navajajo, da še vedno ni jasno, ali ortoreksija predstavlja samostojno psihopatologijo, različico ali predstopnjo katere izmed že potrjenih psihopatologij.

S psihopatološkega vidika se ortoreksija nervoza povezuje z anoreksijo nervozo, obsesivno-kompulzivno motnjo (OKM), obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo (OCPD), anksiozno motnjo in motnjami psihotičnega spektra. Vennov diagram (glej Slika 2) predstavlja možne odnose med ortoreksijo, anoreksijo in obsesivno kompulzivno motnjo, ki jih natančneje predstavljamo v nadaljevanju. V skladu z dosedanjimi merili DSM-V, bi posameznike s simptomatiko, ki jo povezujemo z ortoreksijo nervozo, lahko najbolje uvrstili v širšo kategorijo motenj izogibanja vnosa hrane in restriktivnega vnosa hrane (F50.8) (Koven in Abry, 2015).



Slika 2. Vennov diagram, ki prikazuje edinstvene in prekrivajoče se značilnosti ortoreksije nervoze, anoreksije nervoze in obsesivno-kompulzivne motnje (OKM) (povzeto po Volpe idr., 2015).

Bartel (2016) je v svoji raziskavi raziskoval, ali se ortoreksija bolj povezuje z motnjami hranjenja (ED) ali z obsesivno-kompulzivno motnjo (OC). Rezultati so pokazali, da se ortoreksija v večji meri povezuje z motnjami hranjenja kot obsesivno-kompulzivno motnjo. Regresijska analiza je pokazala, da motnje hranjenja predstavljajo večjega napovedovalca ortoreksije kot obsesivno-kompulzivna motnja.

1.4.1 Povezanost ortoreksije nervoze z motnjami hranjenja

Motnje hranjenja opredeljujeta priročnik Ameriške psihiatrične zveze (Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-V) in Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10). DSM-V opisuje motnje hranjenja v poglavju Motnje hranjenja in prehranjevanja. Deli jih na naslednji način: pico, ki se dalje deli na pico pri otrocih (F98.3) in pico pri odraslih (F50.8), motnjo prežvekovanja (F98.21), motnjo izogibanja vnosa hrane in restriktivnega vnosa hrane (F50.8), anoreksijo nervozo, ki jo delimo na restriktiven tip (F50.01) in prenajedanje/purgativni tip (F50.02), bulimijo nervozo (F50.2), kompulzivno prenajedanje (F50.8), druge specifične motnje prehranjevanja ali hranjenja (F50.8), kamor spadajo atipična anoreksija nervoza, bulimija nervoza (nizke frekvence in/ali omejenega trajanja), kompulzivno prenajedanje (nizke frekvence in/ali omejenega trajanja), motnja bruhanja in sindrom nočnega hranjenja, nespecifične motnje prehranjevanja ali hranjenja (F50.9) (American Psychiatric Association, 2013).

Motnje hranjenja so definirane kot nenormalne prehranjevalne navade, ki vključujejo ali nezadostno ali pretirano uživanje hrane, kar negativno vpliva na fizično in duševno zdravje posameznika (Arhire, 2015). Predstavljajo večplasten in kompleksen pojav, ki se razvije na podlagi prepleta biološko-genetskih, sociokulturnih in družinskih dejavnikov (Serbec, 2010). Motnje hranjenja lahko opredelimo kot duševno motnjo, patologijo, strategijo preživetja ter način, na katerega posameznik navzven izraža duševno trpljenje (Rožman, 2013). Predstavljajo posledico odvisnosti od hrane, pri katerih gre za obrambni mehanizem, s katerim se posamezniki branijo pred notranjo bolečino. Notranja bolečina izhaja iz notranje razdvojenosti in nerazrešenega psihičnega konflikta, nastalega v otroštvu. Konflikt je bil v obdobju otroštva preveč težaven, da bi ga otrok lahko razrešil, naučil pa se je, da ga lahko potolaži z manipuliranjem s hrano (Rozman, 1998). Moteno prehranjevalno vedenje predstavlja posledico nezmožnosti posameznika glede ustreznega čustvovanja, razreševanja osebnih težav in pomanjkanja mehanizmov samoobvladovanja. Težave in konflikti, ki jih doživlja posameznik, so zanj preveč boleči, zato jih skuša reševati s pomočjo hrane. Moteno hranjenje je torej le simptom drugih, globljih težav (Stanojević, 2009a). Motnje hranjenja privedejo do različnih psihiatričnih, fizioloških in zdravstvenih zapletov, kot so depresija, anksioznost, različne osebne motnje itd. (Chaki idr., 2013).

Pomembno je ločevati med motnjami hranjenja in motnjami prehranjevanja. Pojem motenj prehranjevanja je širši, saj predstavlja vedenjske znake, ki opozarjajo na težave s hrano (Benedičič, Čibej in Trpeski, 1999). Gre za zaporedje motenih prehranjevalnih vzorcev in navad, ki lahko predstavljajo predstopnjo za kasnejši razvoj motenj hranjenja,

za katere ni nujno, da se vanje razvijejo in hkrati niso nujno znak duševne motnje (Treasure, 1997 v Serneć, 2010). Sem prištevamo neustrezne prehranjevalne navade, kot so neredno hranjenje, neprimerni načini hranjenja (na primer hranjenje v avtu), makrobiotična prehrana, seštevanje kalorij, odklanjanje hrane, enostranska prehrana, uživanje le določene hrane in pogosto nihanje telesne teže zaradi diet (Serneć, 2010). Moteno prehransko vedenje lahko prepoznamo po naslednjih značilnostih: posameznik se hrane boji; pri svojem prehranjevanju se ravna po zunanjem videzu; prehransko vedenje je togo ali kaotično; njegove misli obvladuje hrana; prehransko vedenje je močno odvisno od telesne teže in od posameznikovega razpoloženja (Reich in Kröger, 2009).

1.4.1.1 Skupne značilnosti ortoreksije in motenj hranjenja – anoreksije nervoze

Poglavitna skupna značilnost ortoreksije nervoze in motenj hranjenja je splošna preokupacija s hrano, ki postane središče posameznikovega življenja (Brytek-Matera idr., 2015). Raziskovalci (Bratman in Knight, 2001; Brytek-Matera idr., 2015; Catalina Zamora idr., 2005; Donini idr., 2004) opozarjajo na podobnost med ortoreksijo in anoreksijo nervozo. Tako posamezniki z anoreksijo kot tisti, ki kažejo preokupiranost z zdravo hrano v smeri ortoreksije nervoze, so osredotočeni na kontrolo lastnega prehranjevanja. Z napredovanjem motnje izgubljajo stik s preteklimi prehranskimi navadami in kažejo nezmožnost uvida v to, da je njihovo vedenje patološko (Bratman in Knight, 2001). Posamezniki v obeh primerih uporabljajo prehranske omejitve, ki vodijo v izrazito hujšanje, podhranjenost in imajo posledično negativen vpliv na posameznikovo telesno zdravje. Raziskave so pokazale, da posamezniki z ortoreksijo nervozo pogosto raje stradajo, kot da bi uživali hrano, ki ne sodi na njihov seznam dovoljenih živil in ki jo smatrajo kot biološko nečisto ter zdravju škodljivo (Bratman in Knight, 2001).

Catalina Zamora idr., (2005) so pri posameznikih z ortoreksijo odkrili osebne lastnosti, ki so podobne tistim pri posameznikih z restriktivno anoreksijo, mednje sodijo rigidnost, perfekcionizem in potreba po nadzoru nad življenjem, ki je prenesena na prehranjevanje. Med obema skupinama je prisoten fobičen strah pred določenimi živil, kar posledično vodi k izločanju teh živil iz prehrane.

Skupne povezave lahko najdemo tudi na področju medosebnih odnosov. Posamezniki z anoreksijo in ortoreksijo zaznavajo svoje simptome kot ego-sintonične, zaradi česar v manjši meri poiščejo strokovno pomoč v zvezi s svojimi težavami. Prvi, ki opazijo tovrstne težave so večinoma družinski člani ali osebni zdravnik (Bratman in Knight, 2001). Kot pri anoreksičnih posameznikih so tudi pri ortoreksičnih opazne kognitivne motnje fizičnega stanja, z zanikanjem slabosti in utrujenosti s težnjo, da bi zanikali čustva

in konflikte (Catalina Catalina Zamora idr., 2005). Skupna jim je socialna izolacija in občutki superiornosti (Brytek-Matera idr., 2015).

1.4.1.2 Razlike med ortoreksijo nervozo in motnjami hranjenja – anoreksijo nervozo

Med ortoreksijo nervozo in anoreksijo nervozo obstajajo ključne razlike, na katere so opozorili številni avtorji (Fidan idr., 2010; Mathieu, 2005; McInerney-Ernst, 2011).

Najpomembnejša razlika je motiv posameznika. Ortoreksija nervozna predstavlja preokupacijo z uživanjem zdrave in čiste hrane, katere glavni cilj je – biti zdrav in »čist«. Pri anoreksiji pa je nasprotno v ospredju preokupacija z izgubo telesne teže, ki je hkrati tudi njen poglavitni cilj (Brytek-Matera idr., 2015). Bratman (1997) poudarja, da cilj ortoreksika ni izguba telesne teže, temveč občutek popolnosti in občutek nadzora nad življenjem. Aksoydan in Camci (2009) potrjujeta to ugotovitev. Izsledki njune raziskave, kjer sta z uporabo vprašalnika ORTO-15 in mejne vrednosti 40 točk, raziskovala razširjenost ortoreksije med 94 umetniki – baletniki, glasbeniki simfoničnega orkestra in opernimi pevci, kažejo na to, da je med baletniki, v primerjavi z ostalima skupinama, najmanj posameznikov z ortoreksijo (32,1 % vzorca). Za baletne plesalce je značilno, da so večkrat preobremenjeni s svojo telesno težo, kar vodi v različne motnje hranjenja, kot sta anoreksija in bulimija nervozna, saj je poklic baletnika povezan z močno težnjo biti in ostati vitek. Ti izsledki kažejo na to, da so baletniki v večji meri obremenjeni s količino in ne toliko s kakovostjo hrane, ki jo uživajo. Številni avtorji se strinjajo, da gre pri ortoreksiji za skrb glede kakovosti hrane, v nasprotju z motnjami hranjenja, pri katerih gre za skrb glede njene kvantitete – koliko hrane količinsko zaužijejo (Bratman in Knight, 2001; Brytek-Matera idr., 2014). Dejavniki, kot so okus ali užitek, so za posameznika z ortoreksijo manj pomembni kot zdravilnost in hranilna vrednost hrane (Bratman, 1997). Posameznikom je kakovost hrane, ki jo uživajo celo bolj pomembna kot osebne vrednote, kariera in medosebni odnosi (Bağcı Boci idr., 2007; Catalina Zamora idr., 2015). Donini idr., (2004) prav tako navajajo, da posameznikom z ortoreksijo čistost hrane pomeni vse, ne glede na škodljive učinke za zdravje, ki jih povzroča takšno vrednotenje. Arhire (2015) nasprotno opozarja, da lahko imajo tudi posamezniki z motnjo hranjenja individualizirana pravila o tem, kakšno kakovost hrane uživajo. McInerney-Ernst (2011) dodaja, da posamezniki z motnjami hranjenja velikokrat izražajo zaskrbljenost glede vrste hrane, ki jo bodo užili in da je želja po doseganju popolnosti značilna tudi za posameznike z anoreksijo nervozo.

Catalina Zamora in sodelavci (2005) podajajo ugotovitev, da pri ortoreksiji ni razvidnih anoreksičnih vedenj, kot so bruhanje, uporaba odvajal ali povečana telesna dejavnost. McInerney-Ernst (2011) je opozorila na to, da DSM-IV-TR navaja, da so pomembna

merila za postavitev diagnoze anoreksije nizka telesna teža, kompenzacijsko vedenje in amenoreja, ki pa pri ortoreksičnih posameznikih niso nujno prisotna, zato po njenem mnenju motenj ne smemo enačiti.

Brytek-Matera idr., (2015) na podlagi izsledkov svoje raziskave med posamezniki od 18 - 25 leta poudarjajo, da posamezniki, ki kažejo močno preokupacijo z zdravo, čisto prehrano, nimajo motene telesne sheme, so na splošno zadovoljni s svojim telesnim videzom in ne kažejo strahu pred debelostjo, kot je to značilno za druge motnje hranjenja. Vendar pa restriktivno izločanje živil iz prehrane pogosto privede do neprostovoljne izgube telesne teže (Arusoğlu idr., 2008; Bratman S, 1997). Do enakih ugotovitev je prišel tudi McInerney-Ernst (2014), ki je izvedel raziskavo na Ameriških študentkah, pri katerih so bili ortoreksični simptomi povezani z nižjo stopnjo izraženih prehranjevalnih patologij. Nasprotno pa je bilo manj izraženih ortoreksičnih simptomov najdenih pri posameznikih, ki so imeli diagnosticirano motnjo hranjenja. Do enakih ugotovitev so prišli tudi drugi avtorji (Catalina Zamora idr., 2005; Park idr., 2011). Trenutno obstaja le ena empirična raziskava Varge in Mátéja (2010), ki je pokazala na povezavo med ortoreksijo in moteno telesno podobo. Prišla sta do ugotovitev, da je bila pri posameznikih z ortoreksijo motenost telesne podobe bolj intenzivna. DMS – V ugotavlja, da nekateri posamezniki z ortoreksijo nervozo svojega strahu pred pridobivanjem teže ne prepoznavajo ali celo ne priznajo (Ameriško psihiatrično združenje, 2013). To se sklada z Bratmanovo (2000) trditvijo, da je lahko ortoreksija način prikrite skladnosti s kulturno sprejetimi normami oblike telesa in lepote. Arhire (2015) pravi, da je pomembna razlika tudi ta, da anoreksični posamezniki svoje vedenje velikokrat prikrivajo, za razliko od posameznikov z ortoreksijo, ki ga v socialnem okolju celo poudarjajo in povečujejo.

Ortoreksija nervoza se od ostalih motenj hranjenja razlikuje tudi po tem, kdaj se pojavi. Raziskave kažejo, da se najpogosteje pojavi v poznih dvajsetih in zgodnjih tridesetih. Za razliko od ortoreksije pa se anoreksija lahko pojavi že zelo zgodaj, celo v otroštvu (Jamnik Vidic, 2013). Prvi simptomi anoreksije se po mnenju Barlowa (2008) običajno začnejo od sredine do pozne adolescence, pri starosti od 14-18 let. Bulimija je značilna za prehod v zgodnjo odraslost, kompulzivno prenašanje pa je najpogostejše na prehodu v srednjo odraslo obdobje (Jamnik Vidic, 2013). Motnje hranjenja se običajno prvič pojavijo v obdobju adolescence in zgodnje odraslosti. Takrat so posamezniki bolj nagnjeni k čustvenim nihanjem in vplivom okolice (Chaki idr., 2013).

Martins, Alvarenga, Vargas, Sato in Scagliusi (2011) predpostavljajo, da so posamezniki z ortoreksijo nervozo, za razliko od posameznikov z drugimi motnjami hranjenja, bolj odporni proti zdravljenju svoje motnje. Polivy in Herman (2002) pojasnjujejo, da veliko težje razumejo, da je njihovo vedenje nezdravo in neprimerno. Ugotovitvi se pridružuje

tudi Bratman (2000), ki pravi, da posamezniki z ortoreksijo nervozo vidijo sebe kot zdrave in disciplinirane posameznike.

Ljudje, ki so že preboleli anoreksijo ali bulimijo, pogosto zapadejo v manj hude oblike motenj hranjenja, kot je ortoreksija. To potrjuje tudi študija (Segura-Garcia idr., 2015), kjer so ugotovili prisotnost ortoreksije pri 28 % bolnikov z anoreksijo in bulimijo ob začetku njihovega zdravljenja in kar 58 % razširjenost ortoreksije med posamezniki, ki so zaključili zdravljenje anoreksije in bulimije. Možen pa je tudi obraten razvoj motnje, kjer lahko ortoreksija pomeni pomemben dejavnik tveganja oziroma prestopnjo za razvoj kasnejših motenj hranjenja (Mac Evilly, 2001). Kinzl, Hauer, Traweger in Kiefer (2006) so prišli do ugotovitve, da so dietetiki označeni kot ortoreksični, imeli v preteklosti izkušnje s katero izmed motenj hranjenja bolj pogosto, kot posamezniki, pri katerih niso našli ortoreksičnih tendenc. Iz tega sledi možna ugotovitev, da lahko posamezniki, ki okrevali od motnje hranjenja, zapadejo v manj patološko obliko motnje, kot je ortoreksija nervoza. Segura-Garcia idr., (2015) predpostavljajo, da lahko ortoreksija predstavlja razvoj katere izmed motenj hranjenja med remisijo in okrevanjem. Cartwright (2004) pravi, da ortoreksično vedenje predstavlja socialno odobren način za izražanje anoreksičnih simptomov.

1.4.2 Povezanost z obsesivno-kompulzivno motnjo

Drugi argumenti navajajo, da bi bilo ortoreksijo nervozo bolje uvrstiti med generalizirane anksiozne motnje, predvsem kot podvrsto obsesivno-kompulzivne motnje (Mathieu, 2005). Razmerje med ortoreksijo nervozo in OCD je še nejasno in empirično pomanjkljivo raziskano, da bi lahko potrdili argument, da ortoreksija nervoza predstavlja podtip OCD. Redke raziskave s tega področja so pokazale, da posamezniki z ortoreksijo nervozo kažejo nekatere obsesivno-kompulzivne simptome, fobične mehanizme in hipohondrizem, ki se izražajo kot dolgotrajne obsesije s hrano in prisile oziroma kompulzije (Catalina Zamora idr., 2005).

Med simptomatiko, povezano z OCD, uvrščamo ponavljajoče se vsiljive misli o hrani in zdravju, ki povečujejo skrb glede kakovosti hrane (Volpe idr., 2015), tehtanje hrane, pretirano ukvarjanje z načrtovanjem prehrane in občutke krivde po morebitnem odstopanju od lastno zastavljenih smernic prehranjevanja (Bratman, 2000). Posamezniki tehtajo hrano, ki jo uživajo z namenom, da bi zagotovili zadostno količino ustreznih makro in mikrohranil, natančno preučujejo vse sestavine, da bi se izognili morebitni kontaminaciji njihovih teles. Uporabljajo različne tehnike priprave hrane in rituale pri uživanju obrokov (Brytek-Matera, 2012; Donini idr., 2004). Vsa navedena vedenja, tehnike in rituali delujejo kot prisile. V primeru, da jih ne izpolnijo, posamezniki

doživljajo krivdo in tesnobo, podobno kot bolniki pri OCD (Brytek-Matera, 2012). Iz te perspektive lahko sklepamo, da ljudje zavračajo določeno vrsto hrane zaradi želje po zmanjšanju anksioznosti, ki jo čutijo v stiku z določeno hrano, kar pa je povezano z zakonitostmi zdravega načina življenja v določeni kulturi. Ritualizirano vedenje zmanjšuje anksioznost, vendar ne prinaša potešitve ali zadovoljstva (Arhire, 2015; Mathieu, 2005). Skupna značilnost je tudi pretirano obremenjevanje s pravili, nepomembnimi detajli in redom. Tako kot posamezniki z OCD, so tudi posamezniki z ortoreksijo nervozo izraziti perfekcionisti, zaradi česar so pri svojem prehranjevanju togi, hkrati pa jih to omejuje pri doživljanju zadovoljstva in sproščenosti (Stice idr., 2006). Skupna značilnost posameznikov z OCD in ortoreksijo nervozo je tudi nesposobnost prožnega razmišljanja (Varga idr., 2013). Moroze, Dunn, Holland, Yager in Weintraub (2015) prikazujejo primer togega razmišljanja v študiji primera posameznika z ortoreksijo. Gre za 28-letnega moškega s triletno zgodovino nezadostnega prehranskega vnosa in drastično izgubo telesne teže. Na zdravljenje je bil sprejet zaradi znatne podhranjenosti, pomanjkanja testosterona, zaprtja, slabih zob in osteoporoze. Posameznik je neprestano razmišljal zgolj o čistosti hrane in vnosu zadostne količine ustreznih makro in mikrohranil. Obseden je bil s tem, da pridobiva dovolj mikrohranil, kot sta cink in baker. Čeprav gre v tem primeru za dokaz o zanesljivosti v podpornem spektru OC, pa je to le študija primera in ne more biti reprezentativna za vse posameznike z ortoreksijo nervozo (Bartel, 2016).

Pri posameznikih je izrazito izražena hipohondričnost in strah pred boleznijo, ki izvira iz nezdravih oziroma nepravilnih prehranjevalnih navad, ter intenzivna zaskrbljenost glede telesnih simptomov. Ortoreksično prehransko vedenje je torej nekakšna strategija posameznika proti njegovi lastni hipohondriji in poskus zdravljenja zaznanih somatskih simptomov (Barthels idr., 2015).

Raziskovalci (Brytek-Matera, 2012; Donini idr., 2005) potrjujejo, da imajo posamezniki z višje izraženimi ortoreksičnimi vedenji več obsesivno-kompulzivnih simptomov. Donini idr., (2005) so prvi odkrili obsesivno-kompulzivno naravo ortoreksije nervoze preko analize rezultatov vprašalnika MMPI, ki meri zaskrbljenost, anksioznost, obsesivnost in napetost. Vse našteje lastnosti so se povezovale z višjimi rezultati na vprašalniku ORTO-15. Segura-Garcia idr., (2012) so prišli do podobnih ugotovitev. Poročajo, da je ortoreksija pokazala močno pozitivno korelacijo z lestvico YBC-EDS (Goodman idr., 1989) in povezavo s hrano, prehransko preokupacijo in rituali.

Domnevna razlika med ortoreksijo nervozo in OCD so občutki superiornosti. Ortoreksiki so namreč domnevno ponosni na svoje vedenje in pogosto skušajo prepričati tudi druge, da razmišljajo in delujejo na enak način. Posamezniki z OCD (kot je na primer obsesivno

pranje rok) pa se ne počutijo nič boljše od tistih, ki si rok ne umivajo tako pogosto in tega ne zahtevajo od drugih (Collins Graham, 2003).

1.5 IZSLEDKI OBSTOJEČIH RAZISKAV IN DEJAVNIKI TVEGANJA

Kljub temu, da ortoreksija predstavlja novo raziskovalno področje, obstajajo pomembne demografske spremenljivke, ki jih lahko, glede na izsledke obstoječih raziskav, povežemo z ortoreksijo nervozo (McInerney-Ernst, 2011).

1.5.1 Spol

Glede pojavnosti med spoloma med raziskovalci še vedno prihaja do neskladnih zaključkov. Izsledki nekaterih raziskav kažejo na to, da je spol močan napovedovalec ortoreksičnih teženj in da so ženske v primerjavi z moškimi bolj preokupirane z uživanjem zdrave hrane (Arusoğlu idr., 2008; Bağcı Boci, 2007; Brytek-Matera idr., 2014; Dell’Osso idr., 2016; Eriksson idr., 2008; Ramacciotti idr., 2011). Ta ugotovitev se sklada s statistiko nekaterih raziskav (Chaki idr., 2013; Fairburn, Cooper, Shafran in Wilson, 2008; Hoek in Van Hoeken, 2003), po katerih naj bi se motnje hranjenja, kot je anoreksija, pogosteje pojavljale pri ženskah.

Sternad (2001) pravi, da so ženske za razliko od moških v času socializacije bolj usmerjene v to, da so ekonomsko in čustveno odvisne od drugih. Od tod izhaja njihov jedrni občutek pomanjkanja nadzora, saj se od žensk v večji meri pričakuje, da se odzivajo na želje in potrebe drugih ter se jim skušajo prilagoditi. Motnje hranjenja simbolno predstavljajo rešitev, kako nekaj narediti po svoji volji. Rangel itd. (2012) kot razlog navaja, da imajo ženske močan občutek osebne odgovornosti do pravih prehranskih izbir in ob njihovem neizpolnjevanju jih to navdaja z občutki tesnobe in zmedenosti. Ta paradoks rešujejo tako, da ustvarjajo lastna pravila prehranjevanja, ki temeljijo na neprestanem zbiranju informacij, ki jih posredujejo strokovnjaki in mediji. Arganini, Saba, Comitato, Virgili in Turini, (2012) pravijo, da ženske za razliko od moških na splošno kažejo večjo težnjo k izbiri zdrave hrane in so bolj ozaveščene o vplivu prehrane na splošno zdravstveno stanje. Sobal (2005) dodaja, da moški za razliko od žensk, smatrajo prehranjevanje kot navadno, rutinsko opravilo, ki je nujno za preživetje. Čeprav se zavedajo smernic zdravega prehranjevanja, pa so do njih pogosto skeptični, zdravo prehrano pa vidijo kot monotono in nezadovoljivo. To potrjuje tudi raziskava Lennenäs idr. (1997), kjer so ugotovili, da je ženskam pri izbiri hrane najpomembnejša kakovost, vpliv na zdravje in cena, moški udeleženci pa so kot najpomembnejši dejavnik pri izbiri hrane navedli okus. Arganini idr. (2012) predvidevajo, da lahko k razlikam prispeva tudi dejstvo, da ženske v želji po nadzoru telesne teže pogosteje posežejo po omejevalnih dietah. Kiefer, Rathmanner in Kunze (2005) povezujejo pogostost dietnega vedenja, restriktivno prehranjevalno vedenje in

motnje kognitivnega nadzora kot pomembne dejavnike za razvoj preokupacij z zdravo prehrano.

Drugi avtorji so preko svojih raziskav prišli do ravno nasprotnih zaključkov, saj so ugotovili, da je ortoreksija nervoza bolj razširjena med moškimi (Aksoydan in Camci, 2009; Donini idr., 2004; Donini idr., 2005; Fidan idr., 2010; Segura-Garcia idr., 2012). Donini idr. (2004) so v svoji raziskavi odkrili večjo razširjenost med moškimi (11,3 % proti 3,9 % med ženskami). Dobljeni rezultat povezujejo s sodobnim trendom »telesne kulture«, ki v obliki socialnih pritiskov zapoveduje moškim, da morajo biti pozorni na fizične lastnosti in videz lastnega telesa. Izbira zdrave hrane v tem primeru služi kot sredstvo za doseganje popolnejšega telesnega videza. Raziskovalci so ugotovili, da se spol povezuje tudi z drugimi demografskimi spremenljivkami. Aksoydan in Camci (2009) ugotavljata, da preokupacija z zdravo prehrano pri moških narašča s telesno težo, Donini idr., (2004) pa so ugotovili pozitivno povezanost med ortoreksičnimi tendencami in naraščajočo starostjo. Aksoydan in Camci (2009) predvidevata, da je primarni razlog za večjo razširjenost pri moških želja po preprečevanju ali zdravljenju bolezni in izboljšanju splošnega zdravstvenega stanja. Arusoğlu idr. (2008) navajajo, da so razlike med spoloma kulturno pogojene.

Madžarska raziskava (Varga idr., 2014) ni pokazala bistvenih razlik med spoloma. Predvidevajo, da do razlik ni prišlo zaradi nereprezentativnosti vzorca, saj je bilo moških udeležencev v primerjavi z ženskami bistveno manj. Ponovitev raziskave bi pojasnila ali lahko rezultat razložimo kot posledico nereprezentativnosti vzorca ali pa odražajo resnično kulturno posebnost. Bistvenih razlik med spoloma ni odkril tudi McInerney-Ernst (2014).

1.5.2 Poklicna usmeritev

Varga idr. (2013) so ugotovili, da je razširjenost ortoreksije nervoze v skupinah z visokim tveganjem, kot so zdravstveni delavci, dietetiki in umetniki v povprečju 35 – 58 %. Visoka razširjenost je bila odkrita med joga inštruktorji (86 %) (Valera, Ruiz, Valdespino in Visioli, 2014), dietetiki (41,9 %) (Asil in Sürücüoğlu, 2015), študenti nutricionistike (35,9 %) (Bo idr., 2014) in študenti naravoslovja (84,5 %) (Malmborg, Bremander, Olsson in Bergman, 2017).

Bağcı Boci idr. (2007) so domnevali, da imajo posamezniki, ki kažejo občutljivo vedenje v zvezi s hrano, večje tveganje za razvoj ortoreksije nervoze. Raziskovali so učinke specifičnih dejavnikov, ki vplivajo na prehranjevalne navade in predstavljajo dejavnike tveganja za razvoj ortoreksije nervoze. V Turčiji so izvedli opisno študijo, v katero je bilo vključenih 318 zdravnikov, od tega 149 (53,1 %) žensk in 169 (46,9 %) moških. Vsi

udeleženci so izpolnili vprašalnik ORTO-11, ki je vseboval sociodemografska vprašanja, vprašanja po dnevnem vnosu prehrane, telesni dejavnosti, merilih pri izbiri hrane in vplivu prehrane na izbiro življenjskega sloga. Z upoštevanjem mejne točke, ki so jo predlagali Donini idr. (2005) so ugotovili, da je 45,5 % udeležencev kazalo znake preokupacije z zdravo prehrano, saj so dosegli manj kot 40 točk. Več skrbi kot so izrazili glede kakovosti hrane, nižji je bil rezultat na vprašalniku ORTO-11. 20,1 % moških zdravnikov in 38,9 % zdravnic je poudarilo pomembnost vpliva medijev pri njihovih prehranskih izbirah. Raziskovalci menijo, da je pomembno, da zdravniki več časa namenijo izobraževanju o uravnoteženi in pravilni prehrani. Sklepali so, da na višjo izraženost ortoreksije med zdravniki v Turčiji vpliva obvezno formalno izobraževanje o zdravi prehrani, ki bi lahko ustvarilo pristranskost udeležencev pri odgovarjanju. Prav tako turška različica ORTO-15 – ORTO-11 še ni bila preizkušena glede veljavnosti in zanesljivosti, zato so rezultati vprašljivi. Fidan idr. (2009) so prav tako izvedli študijo na vzorcu 878 študentov medicine in odkrili, da 43,6 % vzorca kaže preokupacije z zdravo prehrano, ob uporabi mejne vrednosti 40 točk na ORTO-11.

Pogosto se med raziskovalci postavlja vprašanje, ali strokovnjaki s področja prehrane in dietetike kažejo več ortoreksičnih vedenj, kot posamezniki na drugih poklicnih področjih. Raziskave so odkrile večjo pojavnost tudi med nutricionisti. Korinth, Schiess in Westenhoefer (2009) so želeli preveriti, ali imajo študentje dietetike več patoloških prehranskih vedenj, ki so jih posledično motivirale za študij nutricionistike, v primerjavi s kontrolno skupino. V navzkrižni primerjavi so zajeli 123 študentov 1. letnika in 96 študentov višjih letnikov. Uvedli so tudi kontrolno skupino 114 študentov drugih študijskih programov. Ugotovili so, da študentje prvih letnikov dietetike kažejo več prehranskih omejitev kot študentje višjih letnikov, vendar za razliko od drugih študentov, na drugih študijskih programih, ne kažejo simptomov ortoreksije nervoze. Poleg tega so bile ortoreksične tendence nižje pri posameznikih višjih letnikov. Prav tako so višji letniki pokazali mnogo več zdravih prehranskih izbir za razliko od posameznikov v kontrolni skupini, kjer je bilo več nezdravih izbir. Zaključujejo, da študentje prehrane sicer težijo k omejitvi prehrane z namenom nadzorovanja telesne teže, vendar pa ne kažejo več neurejenih ali motenih vzorcev prehranjevanja kot drugi študentje. Med študijem sprejmejo tudi nekoliko bolj zdrave izbire hrane in zmanjšajo svojo težnjo po obsedenosti s prehranjevalnim vedenjem. Dodajajo, da se mnogo posameznikov odloči za študij prehrane in dietetike z namenom, da bi se ukvarjali s svojimi lastnimi prehranjevalnimi težavami in neurejenimi vzorci prehranjevanja. Lahko pa neurejeno prehranjevanje predstavlja posledico pretirane skrbi glede zdrave prehrane, zaradi naučenega med študijem. Bağcı Boci idr. (2007) so odkrili, da so ljudje z izobrazbo oziroma znanjem o zdravi prehrani bolj verjetno preokupirani z zdravo in pravilno prehrano. Tudi drugje po svetu so prišli do podobnih zaključkov, pri študentih

nutricionistike (Fidan idr., 2010; Kinzl, Hauer, Traweger in Kiefer, 2005). Kinzl idr. (2005) so v svoji raziskavi ugotovili, da je imelo 12,8 % dietetikov ortoreksijo, 34,9 % pa jih je kazalo nekatera ortoreksična vedenja. Od tod so sklepali, da je lahko razlog za vključitev v tovrsten študijski program želja po obvladovanju motenega odnosa od prehrane. Reinstein, Koszewski, Chamberlin in Smith-Johnson (1992) pravijo, da so motnje hranjenja pogostejše med poklicnimi profili, ki se ukvarjajo s prehrano zato, ker so izpostavljeni višjim zahtevam glede svoje telesne teže in fizičnega izgleda nasploh. Od tod lahko izhaja tudi njihova večja preokupacija z zdravo prehrano in njeno kakovostjo.

Segura-Garcia in sodelavci (2012) poročajo o visoki stopnji pojavnosti ortoreksije med atleti. Športniki se namreč pogosto dobro zavedajo, da ima prehrana ključno vlogo pri izboljšanju učinkovitosti treningov, regeneraciji, doseganju idealne telesne teže in oblikovanja telesa. V raziskavo je bilo vključenih 517 športnikov, v kontrolno skupino pa 217 posameznikov. Najdena je bila pozitivna korelacija med ORTO-15 in vprašalnikom EAT-26 pri športnikih. Napovedovalci ortoreksičnega vedenja so proučevali predvsem dietno vedenje ter kompulzivno in ritualizirano prehranjevanje. Oberle, Watkins in Burkot (2018) so v svoji raziskavi odkrili pozitivno povezanost simptomatike ortoreksije nervoze s prakticiranjem aerobne vadbe in vadbe z utežmi. Posamezniki z izraženim ortoreksičnim vedenjem pogosteje izvajajo intenzivno vadbo z namenom izboljšanja njihovega telesnega in duševnega zdravja. Njihova močna motiviranost velikokrat vodi do zasvojenosti z vadbo in dieto, za katero je značilna kompulzivna potreba po natančnem urniku vadbe, ki se ga togo držijo tudi v primeru poškodbe, bolezni ali drugih težav.

Aksoydan in Camci (2009) sta izvajala raziskavo o razširjenosti ortoreksije nervoze med umetniki. Ugotovila sta, da je 56,4 % sodelujočih umetnikov kazalo ortoreksična vedenja. Največja razširjenost ortoreksije je bila med opernimi pevci (81,8 %), sledijo pa glasbeniki v simfoničnem orkestru (36,4 %) in baletniki (32,1 %). Razlike med omenjenimi skupinami so bile statistično značilne. Niso pa opazili razlik glede osnovnih značilnosti, kot so spol, starost, izobrazba, delovne izkušnje, indeks telesne mase, kajenje in uživanje alkohola. Sklepali so, da je več ortoreksičnega vedenja med umetniki zato, ker le-ti v Turčiji pomenijo zgled širši javnosti, v smislu telesnega videza in življenjskega sloga. V tem primeru gre torej bolj za socio-kulturni vpliv na izraženost motnje.

1.5.3 Stopnja akademske izobrazbe

Donini idr. (2005) so z uporabo vprašalnika ORTO-15 prišli do ugotovitve, da je stopnja razširjenosti ortoreksije nižja pri nizko izobraženih, v primerjavi z visoko izobraženimi. To potrjuje tudi raziskava Bağcı Boci idr. (2007), saj so ugotovili, da so imeli

posamezniki s podiplomsko izobrazbo/višjo izobrazbo nižji rezultat na ORTO-11, kar pomeni več ortoreksičnih teženj v primerjavi s posamezniki z nižjo izobrazbo. Slednje potrjuje tudi raziskava Aksoydan in Camci (2009), ki sta prišla do zaključkov, da se višje ravni izobrazbe povezujejo z več izraženimi ortoreksičnimi simptomi. Kljub vsemu strokovnjaki menijo, da raven izobrazbe ne predstavlja odločilnega dejavnika za ortoreksične težnje.

1.5.4 Starost

Obstoječe raziskave o možnem odnosu med ortoreksijo in starostjo dajejo prav tako nasprotujoče si izsledke. Donini idr. (2004) in Aksoydan in Camci (2009) so ugotovili, da razširjenost ortoreksije s starostjo narašča. To naraščanje pripisujejo večji občutljivosti glede zdravja in zdrave prehrane. Bağcı Boci idr. (2007) pa so nasprotno ugotovili, da so bili študentje, mlajši od 21 let, bolj preokupirani z zdravo prehrano, kot njihovi starejši vrstniki. Do ugotovitve, da vedenja, povezana z ortoreksijo nervozo s starostjo upadajo, so prišli tudi Fidan idr. (2010).

1.5.5 Druge zdrave navade

Varga idr. (2014) so ugotovili, da težnja k ortoreksiji nervozi ni povezana zgolj z izbiro zdrave prehrane, ampak tudi z nakupovanjem v trgovinah z zdravo prehrano in z drugimi zdravimi navadami, kot je več športne dejavnosti, manj uživanja alkohola in izogibanje kajenju. Tovrstna patološka obsedenost vodi do posebnega načina življenja. V raziskavi so predpostavljali, da posamezniki z ortoreksijo zavračajo uporabo drog, alkohola in cigaret ter da uživajo več prehranskih dopolnil, so bolj športno aktivni in imajo več prehranskih omejitev kot tisti, ki nimajo ortoreksičnih teženj. Ugotovili so, da imajo ljudje, ki se več ukvarjajo s športom, večjo težnjo k ortoreksiji, v primerjavi z ljudmi, ki se s športom ne ukvarjajo. V zvezi s kajenjem, uporabo kofeina in vnosom prehranskih dopolnil pa niso odkrili pomembnejših razlik. Vendar pa so udeleženci, ki niso nikoli pili alkohola, imeli večjo težnjo po ortoreksiji, v primerjavi s tistimi, ki so alkohol že uživali prej. Aksoydan in Camci (2009) potrjujeta ugotovitve, saj sta zaznala, da med umetniki, ki niso kadili ali pili alkohola, višjo stopnjo ortoreksije. Fidan idr. (2010) pa so prišli do ravno obratnih zaključkov, saj so odkrili, da je med nekadilci manj takšnih, ki kažejo na ortoreksična vedenja, v primerjavi s kadilci.

V skladu s pričakovanju posamezniki, ki imajo težnjo k ortoreksiji, jedo več polnozrnatih žit, pogosteje nakupujejo v trgovinah z zdravo prehrano in torej izražajo druge značilnosti, povezane z zdravim življenjskim slogom – se redno ukvarjajo s športom, imajo več prehranskih omejitev, uživajo manj alkohola in imajo težnjo k informiranju

drugih o pomenu zdrave prehrane. Ti izsledki so podobni Bratmanovi definiciji ortoreksije, ki ne vključuje le prehranjevalnih navad, ampak tudi druge značilnosti življenjskega sloga (Varga idr., 2014).

Brytek-Matera idr. (2014) so v svoji raziskavi ugotavljali, če obstaja povezava med ženskami, ki kažejo znake ortoreksije in njihovim obiskovanjem fitnesa. Uporabili so poljsko različico vprašalnika ORTO-15 in vprašalnik MBSRQ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire). Za ženske, ki kažejo preokupiranost z zdravo prehrano, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, je bilo ugotovljeno, da se v manjši meri poslužujejo redne telesne dejavnosti. Odkrili so, da so visoko zadovoljne z obliko svojega telesa ter ne kažejo zaskrbljenosti glede svoje telesne teže. Navajajo, da so se jim rezultati zdeli protislovni, zato predlagajo, da se to področje še natančneje razišče. Eriksson, Baigi, Marklund in Lindgren (2008) so bili prvi, ki so raziskovali povezavo med ortoreksijo nervozo in stopnjo telesne dejavnosti. Na vzorcu 251 udeležencev so odkrili, da od tega 66 % moških in 54 % žensk obiskuje fitnes oziroma se ukvarja s telesno aktivnostjo najmanj 3-4 krat tedensko. Ugotovili so, da imajo posamezniki z višjo stopnjo telesne dejavnosti več izraženih simptomov, ki bi jih lahko povezali z ortoreksijo nervozo. Bağci Boci idr. (2007) so proučevali povezavo med ortoreksijo in trenutnim nadzorom telesne teže. Ugotovili so, da so posamezniki, ki so trenutno nadzorovali svojo telesno težo, imeli manj izraženih simptomov ortoreksije. Nekatere študije (Aksoydan in Camci, 2009; Fidan idr., 2009) so prišle do zaključkov, da so simptomi ortoreksije pogostejši pri posameznikih s čezmerno telesno težo. Izsledke razlagajo na način, da posamezniki v želji po hujšanju postanejo bolj pozorni na kakovost in kalorično vrednost zaužite hrane. Bartrina (2007) navaja, da rizično skupino predstavljajo ženske, adolescenti in tisti, ki prakticirajo šport, kot je bodybuilding ali atletiko.

1.5.6 Indeks telesne mase

Večina študij je prišla do izsledkov, da se ITM in ortoreksija ne povezuje. Jesko (2015) in Bağci Boci idr. (2007) pa so prišli do ravno nasprotnih zaključkov, saj so v svojih raziskavah odkrili pozitivno povezanost med simptomi ortoreksije nervoze in ITM. Večji kot je bil ITM, višji je bil rezultat na vprašalniku ORTO-15, kar pomeni manjše tveganje za ortoreksijo nervozo. Tudi Arusoğlu idr. (2008) so ugotovili, da je visok ITM napovedovalec ortoreksične simptomatike, vendar le v povezavi z ženskim spolom, patološkim prehranjevanjem in izraženo obsesivno-kompulzivno simptomatiko. Bağci Boci idr. (2007) iz navedenega sklepajo, da tisti, ki so manj obremenjeni s svojo telesno težo in imajo posledično višji ITM, manj verjetno poročajo o vedenjih, ki jih lahko povežemo z ortoreksijo nervozo.

1.6 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKE NALOGE

Namen teoretičnega dela magistrske naloge je s pomočjo razpoložljive domače in tuje strokovne in znanstvene literature proučiti in spoznati problematiko ortoreksije nervoze. Prikaz trenutnih raziskovalnih izsledkov služi kot iztočnica za empirični del naloge. Namen raziskave magistrskega dela je raziskati pojavnost, razširjenost in simptomatiko, ki spremlja preokupacijo z zdravo prehrano, med posamezniki od poznega mladostništva do srednjega odraslega obdobja (od 18–30 let), na naključno pridobljenem slovenskem vzorcu.

Poglavitni cilj raziskave je raziskati in oceniti povezavo preokupacije z zdravo prehrano in nekaterimi demografskimi spremenljivkami, kot so spol, starost in stopnja izobrazbe, ter perfekcionizmom in navadami zdravega življenjskega sloga. V Sloveniji do sedaj še ni bilo izvedene raziskave, ki bi z obstoječimi diagnostičnimi pripomočki preverila pojavnost in razširjenost preokupacije z zdravo prehrano, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo. Z magistrsko nalogo tako želimo doprinesiti k znanju in dokazom o obstoju ortoreksije nervoze in prispevati k boljšemu razumevanju motnje bodisi tudi kot samostojne psihopatologije ter ovrednotiti njen pomen za javno duševno zdravje.

1.7 HIPOTEZE

Hipoteze, ki smo si jih postavili so sledeče:

Hipoteza 1: Preokupacija z zdravo prehrano je pogostejša pri ženskah kot pri moških.

Hipoteza 2: Preokupacija z zdravo prehrano je najbolj izražena v starostni skupini 25-30 let.

Hipoteza 3: Preokupacija z zdravo prehrano je pogostejša pri posameznikih z višjo izobrazbo.

Hipoteza 4: Osebe z višje izraženimi perfekcionističnimi lastnostmi izražajo več preokupiranosti z zdravo prehrano.

Hipoteza 5: Višja izraženost preokupiranosti z zdravo prehrano se povezuje z manj nezdravimi navadami in razvadami.

2 METODA

2.1 VZOREC

V raziskavi je sodelovalo 151 naključno izbranih posameznikov, starih od 18-30 let. Za tovrstno starostno skupino smo se odločili zato, ker številni avtorji navajajo, da je izraženost ortoreksije nervoze najpogostejša med posamezniki od poznega mladostništva do srednjega odraslega obdobja. Udeležence smo poiskali naključno preko družabnih omrežij, saj smo želeli pridobiti čim bolj reprezentativen vzorec. Podatke smo torej zbrali s pomočjo spleta. Vsi udeleženci so prejeli spletno povezavo do ankete, imenovane »Posebnosti hranjenja, s poudarkom na zdravem prehranjevanju«. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vse udeležence smo predhodno opozorili na načelo zasebnosti in zaupnosti ter ustrezno poskrbeli za njihovo anonimnost. Bili so obveščeni, da lahko kadar koli umaknejo svojo udeležbo v raziskavi. Udeleženci niso poročali o kakršnihkoli težavah z izpolnjevanjem vprašalnika, prav tako tudi ni bilo posameznikov, ki bi želeli prekiniti svoje sodelovanje pri raziskavi.

Za vsakega udeleženca posebej smo izračunali indeks telesne mase, in sicer kot telesno težo deljeno s kvadratom višine ter rezultat na vprašalniku ORTO-15. Postavke vprašalnika smo ovrednotili po vnaprej določenem ključu. Z upoštevanjem mejne vrednosti 40 točk, ki ločuje med normalnim in motenim prehranjevanjem, smo razdelili raziskovalni vzorec v dve skupini in sicer: 1) posamezniki, ki ne kažejo preokupacijo z zdravim prehranjevanjem (rezultat nad 40 točk) in 2) posamezniki, ki kažejo preokupacijo z zdravo prehrano (rezultat pod 40 točk). Navedeno mejno vrednost smo uporabili zato, ker je bila v predhodnih študijah najpogosteje uporabljana in dokazana kot najbolj zanesljiva.

2.2 PRIPOMOČKI

Podatke za namene magistrskega dela smo pridobili s pomočjo naslednjih vprašalnikov:

a) Demografski vprašalnik

Vprašalnik smo izdelali sami, z namenom, da bi od udeležencev pridobili demografske podatke, potrebne za izvedbo raziskave magistrske naloge. V njem so zajeta vprašanja glede spola, starosti, zaključene stopnje izobrazbe, trenutne telesne mase in višine (na podlagi česar smo izračunali indeks telesne mase – ITM) ter vprašanje o morebitni pretekli postavljeni diagnozi katere izmed motenj hranjenja.

b) Vprašalnik ORTO-15 (Donini idr., 2005)

Vprašalnik ORTO-15 predstavlja prvi instrument, ki meri izraženost prehranskih vedenj, povezanih z ortoreksijo nervozo. Gre za samo-ocenjevalni tip vprašalnika, ki ga sestavlja 15 postavk, preko katerih ocenjujemo posameznikovo vedenje v zvezi z izbiro, nakupovanjem, pripravo in uživanjem zdrave prehrane. Sestavlja ga 6 od 10 postavk predhodnega Bratmanovega testa ortoreksije ter dodanih 9 postavk izvzetih iz vprašalnika MMI (Minnesota Multiphasic Inventory), ki preverja obsesivno-fobične osebnostne lastnosti. Vprašalnik v osnovi preverja tri temeljne komponente ortoreksije nervoze, in sicer: kognitivno-racionalno (postavke 1, 5, 6, 11, 12 in 14), klinično (postavke 3, 7, 8, 9 in 15) in čustveno komponento prehranjevanja (postavke 2, 4, 10 in 13). V vprašalniku je uporabljena 4-točkovna Likertova merska lestvica z možnimi odgovori: vedno, pogosto, včasih ali nikoli. Postavke, ki odražajo moteno prehranjevalno vedenje oziroma nagnjenost k ortoreksiji, so ocenjene kot 1, postavke, ki predstavljajo normalno prehranjevalno vedenje pa kot 4. Vsota točk predstavlja rezultat vprašalnika. Višje kot je število doseženih točk, bolj normalno je prehranjevalno vedenje in obratno; nižje kot je število točk, večja je preokupiranost z zdravo prehrano. V raziskavah so preverjali tri različne meje, in sicer: <35, <40 in <45, pri čemer naj bi predpostavljali, da rezultati točk pod to mejo pomenijo, da oseba kaže moteno prehranjevalno vedenje, ki ga lahko povežemo z ortoreksijo nervozo. Vprašalnik ORTO-15 je pokazal dobro napovedno zmogljivost pri mejni vrednosti 40 točk (učinkovitost 73,8 %, občutljivost 100 % specifičnost 73,6 %, pozitivna napovedna vrednost 17,6 % in negativna napovedna vrednost 100 % (Donini idr., 2005). Vprašalnik je prosto dostopen na spletu. Za namen magistrskega dela smo ga prevedli iz angleščine v slovenščino, pri čemer smo se popolnoma držali prvotne strukture lestvice. Odgovore udeležencev smo ovrednotili po vnaprej določenem ključu za vrednotenje vprašalnika ORTO-15.

c) Vprašalnik o prehranjevalnem vedenju

Vprašalnik o prehranjevalnem vedenju, ki smo ga izdelali sami, sestavlja 5 vsebinsko različnih in med sabo ločenih sklopov vprašanj. Prvi sklop vprašanj sprašuje po lastnostih, ki so značilne za osebe nagnjene k perfekcionizmu. Drugi sklop vprašanj se nanaša na vedenja, ki jih lahko povezujemo z motenim prehranjevanjem v smeri ortoreksije nervoze. Tretji sklop sprašuje o odnosu z drugimi in morebitnem socialnem umiku zaradi prehranjevanja. V četrtem sklopu pa je poudarek na vprašanjih s področja zdravega življenjskega sloga.

2.3 POSTOPEK

V teoretičnem delu smo se za namen zbiranja podatkov opirali na dostopno obstoječo strokovno in znanstveno domačo in tujo literaturo. Velik poudarek je na že obstoječih znanstvenih raziskavah s tega področja. Poglavitni vir strokovnih in znanstvenih člankov so predvsem baze strokovnih člankov kot so: Medline, Pubmed, Embase, psycINFO idr.. Empirični del temelji na raziskavi, ki smo jo izvedli s pomočjo treh vprašalnikov. Zbiranje vprašalnikov je trajalo od avgusta 2017 do januarja 2018. Med vprašalniki ni bilo nepopolno rešenih.

Vse pridobljene podatke smo statistično obdelali in analizirali v programu SPSS. Izračunali smo koeficient Cronbach alfa. Za določitev porazdelitve smo izračunali koeficient asimetrije in sploščenosti. Izvedli smo deskriptivno analizo vseh uporabljenih vprašalnikov, nato pa smo z ustreznimi statističnimi metodami, ki so podrobneje predstavljene v poglavju *rezultati*, preverjali ustreznost postavljenih hipotez. Na podlagi dobljenih rezultatov smo podali ugotovitve in predloge za nadaljnje raziskovanje na tem področju.

2 REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 151 naključno izbranih posameznikov, od tega 25 % (N=37) moških in 75 % (N=114) žensk. 65 % (N=85) posameznikov spada v starostno skupino 18-24 let in 44% (N=66) v starostno skupino 25-30 let. Največ posameznikov v vzorcu (58 %) ima zaključeno srednješolsko izobrazbo, sledijo jim posamezniki z zaključeno univerzitetno (27 %), višješolsko (12 %) in osnovnošolsko (3 %) izobrazbo. 17 posameznikov (11 %) je poročalo o težavah s hranjenjem, 12 (8 %) jih je bilo v preteklosti diagnosticirano z motnjami hranjenja. Indeksi telesne mase posameznikov v vzorcu se nahajajo na intervalu od 16.4 do 34.4, največ posameznikov ima indeks telesne mase 22.

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati statistične obdelave zbranih podatkov. Za vsak vprašalnik so podane opisne statistike, ki jim sledijo analize, s katerimi smo preverili zastavljene hipoteze.

Tabela 2

Opisna statistika odgovorov pri posameznih postavkah vprašalnika ORTO-15

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Y1</i>	<i>Y2</i>	<i>R2</i>
1. Pozornost na kalorije 1*	2,35	1,12	-0,12	-1,51	-0,363
2. Negotovost v trgovini*	1,58	0,73	1,17	1,05	0,14
3. Skrb za hrano	3,03	0,87	-0,60	-0,32	0,35
4. Skrb za zdravje	2,66	0,99	-0,17	-1,00	0,28
5. Pomembnost okusa	2,17	0,7	0,21	-0,07	0,19
6. Izdatki za hrano	2,36	0,82	-0,09	-0,63	0,38
7. Skrbi glede hrane	3,50	0,79	-1,46	1,18	0,27
8. Dovoljevanje pregreh	2,90	0,72	0,25	-0,44	0,22
9. Vpliv počutja na prehranjevanje*	2,56	0,84	0,17	-0,67	-0,26
10. Vpliv hrane na samozavest	2,26	0,97	0,11	-1,06	0,48
11. Vpliv hrane na način življenja	2,62	0,99	-0,22	-0,988	0,36
12. Hrana in izboljšanje izgleda	1,79	0,89	0,72	-0,62	0,42
13. Občutenje krivde ob pregrehah*	2,43	1,06	-0,27	-1,28	-0,27
14. Hrana na tržnici	2,81	0,69	-0,62	0,78	0,05
15. Uživanje hrane v samoti/družbi	2,82	0,70	0,55	0,58	0,03

Legenda: *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *Y1* = koeficient asimetrije; *Y2* = koeficient presežka sploščenosti; *R2* = indeks diskriminativnosti

V tabeli 2 *Y1* predstavlja koeficient asimetrije, standardna napaka zanj znaša 0,19. Oznaka *Y2* predstavlja koeficient presežka sploščenosti, standardna napaka zanj znaša

0,392. Oznaka R2 označuje indeks diskriminativnosti (korelacija postavke z vsoto preostalih postavk). Postavke, označene z zvezdico (*) so tiste, pri katerih bi bil Cronbachov koeficient alfa za lestvico višji, če bi postavko izločili.

Vprašalnik ORTO-15 ima glede na test notranje zanesljivosti vprašljivo notranjo konsistentnost, saj koeficient Cronbach alfa znaša le 0,349. Pri opazovanju indeksov diskriminativnosti lahko zaključimo, da lahko le 5 postavk brez oklevanja obdržimo na lestvici, 4 postavke pa so takšne, ki občutno nižajo koeficient Cronbach alfa. Vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti nakazujejo, da gre za normalno porazdelitev, saj se vrednosti nahajajo na intervalu ± 2 (Field, 2009).

Tabela 3

Opisna statistika vprašalnika

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Y1</i>	<i>Y2</i>	α
1. Preokupacija z zdravo prehrano	37,82	4,12	-0,38	-0,27	0,35
2. Osebnostne značilnosti	2,63	0,39	-0,29	0,39	0,62
3. Klinična simptomatika	3,19	0,57	-0,97	0,64	0,81
4. Socialni odnosi	2,86	0,42	-0,31	0,05	0,49
5. Življenjski slog	0,31	0,50	-0,72	0,21	-0,48

Opombe: *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *Y1* = koeficient asimetrije; *Y2* = koeficient presežka sploščenosti; α = koeficient Cronbach alfa

Iz tabele 3 je razvidno, da notranje zanesljivosti vprašalnikov na našem vzorcu dosegajo nizke vrednosti. Vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti so znotraj mej intervala, ki porazdelitev še opredeljuje kot normalno in s tem omogočajo uporabo parametričnih preizkusov značilnosti.

V nadaljevanju je predstavljena statistična analiza postavljenih hipotez magistrske naloge.

Hipoteza 1: Preokupacija z zdravo prehrano je pogostejša pri ženskah kot pri moških

Prvo hipotezo smo testirali na dva načina. V prvi vrsti smo primerjali rezultate na testu ORTO-15 in se spraševali o tem, ali obstajajo razlike med spoloma; v drugem koraku pa smo vzorec razdelili na dve skupini, ter analizirali spolno sestavo vzorca, ki izraža preokupiranost z zdravo prehrano.

Test primerjave povprečij je pokazal, da obstajajo statistično pomembne razlike v povprečjih na testu ORTO-15 med spoloma. Moški v povprečju dosegajo 39,57 in ženske

37,25 točk. Levenov test je pokazal enakost varianc obeh skupin ($p=0,297$), t-test primerjave povprečij pa je pokazal signifikanco oziroma statistično značilnost manjšo od $\alpha = 0,05$, na podlagi česar lahko zaključimo, da se povprečja moških in žensk statistično pomembno razlikujejo med seboj. Nižja povprečja žensk na testu ORTO-15 kažejo na to, da so ženske v povprečju bolj preokupirane z zdravo prehrano kot moški.

Analizo prevalenc preokupiranosti z zdravo prehrano med moškimi in ženskami lahko na našem vzorcu opazujemo skozi frekvence pojavljanja. Iz tabele 4 je razvidno, da smo vzorec razdelili na dve skupini, in sicer na tiste, ki na testu dosegajo manj kot 40 točk in spadajo v populacijo ljudi, ki so preokupirani z zdravo prehrano, ter na tiste, ki na testu dosegajo 40 točk ali več in spadajo v normalno populacijo.

Tabela 4

Prikaz preokupiranosti/nepreokupiranosti z zdravo prehrano med moškimi in ženskami

	Ženske	Moški
Preokupirani ($N=97$)	84%	16%
Nepreokupirani ($N=54$)	41%	59%

Iz zgornjih rezultatov (glej Tabela 4) je razvidno, da je v skupini posameznikov, ki so preokupirani z zdravo prehrano več žensk kot moških. Nadalje nam primerjava povprečij pove, da ženske na testu ORTO-15 v povprečju dosegajo nižji rezultat kot moški. Iz tega sledi, da lahko potrdimo hipotezo 1, ki predpostavlja, da je preokupacija z zdravo prehrano pogostejša pri ženskah kot pri moških.

Hipoteza 2: Preokupacija z zdravo prehrano je bolj izražena v starostni skupini 25-30 let.

Tabela 5

Prikaz preokupiranosti/nepreokupiranosti z zdravo prehrano glede na starostno skupino

	18-24 let ($N=85$)	25-30 let ($N=66$)
Preokupacija	34%	38%
Normalno prehranjevanje	65%	62%

Starostna skupina 18-24 let ($N=85$) na testu ORTO-15 dosega povprečje 37,45, starostna skupina 25-30 let ($N=66$) pa 38,30. Levenov test je pokazal, da lahko predpostavljamo enakost varianc ($p=0,842$), rezultat t-testa, ki primerja povprečja med starostnimi skupinama pa je pokazal signifikacijo v vrednosti $p=0,206$, kar pomeni, da sprejmemo ničelno hipotezo o enakosti povprečij. Hipotezo 2, ki predpostavlja, da je preokupacija z zdravo prehrano bolj izražena v starostni skupini 25-30 let, zavrnilo. Čeprav gola

povprečja nakazujejo, da so mlajši bolj dovzetni za preokupiranost, pa razlike med povprečji na našem vzorcu niso statistično pomembne.

Hipoteza 3: Preokupacija z zdravo prehrano je značilna za posameznike z višjo izobrazbo.

Tabela 6

Stopnja izobrazbe udeležencev

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Osnovnošolska izobrazba	5	36,80	6,22
Srednješolska izobrazba	87	38,30	4,00
Višješolska izobrazba	18	36,83	4,52
Univerzitetna izobrazba	41	37,37	3,93

Trditev hipoteze 3, smo preverjali s testom ANOVA, ki primerja povprečja med več skupinami. Test primerjave povprečij ni pokazal nobenih statistično pomembnih razlik med skupinami ($p=0,393$). Hipotezo 3, ki predpostavlja, da je preokupacija z zdravo prehrano značilna za posameznike z višjo izobrazbo, zavrnamo.

Hipoteza 4: Osebe s perfekcionističnimi lastnostmi izražajo več preokupiranosti z zdravo prehrano.

Tabela 7

Korelacijska tabela

	1	2	3	4	5
1. Preokupacija z zdravo prehrano	-				
2. Perfekcionistične lastnosti	0,181*	-			
3. Klinična simptomatika	0,397*	0,382*	-		
4. Socialni odnosi	0,288*	0,211*	0,233*	-	
5. Življenjski slog	-0,125	-0,061	-0,197*	0,122	-

Rezultati v korelacijski tabeli (glej Tabela 7) kažejo statistično pomembne pozitivne korelacije (označeno z *). Nizek rezultat na lestvici osebnostnih lastnosti pomeni višjo izraženost perfekcionističnih lastnosti, nizek rezultat na lestvici ORTO-15 pa preokupiranost z zdravo prehrano. Statistično pomembna pozitivna korelacija tako v našem primeru pomeni, da imajo posamezniki z bolj izraženo preokupiranostjo z zdravo prehrano bolj izražene perfekcionistične lastnosti.

Hipoteza 5: Višja izraženost preokupiranosti se povezuje z manj nezdravimi navadami in razvadami.

Kot je razvidno iz korelacijske tabele (glej Tabela 7), je korelacija med preokupacijo z zdravo prehrano in življenjskim slogom negativna. Velja, da višji kot je rezultat na lestvici ORTO-15, nižja je preokupiranost z zdravo prehrano. Višji kot je rezultat na lestvici »življenjski slog«, manj nezdravih navad in razvad imamo. Negativna korelacija v tem primeru pomeni, da se z nižjim rezultatom na lestvici ORTO-15 povezuje višji rezultat na lestvici življenjskega sloga. Korelacija sicer ni statistično pomembna, vendar pa se kaže tendenca, da bolj kot smo preokupirani z zdravo prehrano, manj imamo nezdravih navad in razvad. Hipoteze 5 ne potrdimo, saj korelacija ni statistično pomembna.

V zaključku smo s pomočjo multiple regresije testirali predlagani model preokupiranosti z zdravo prehrano. Preokupiranost z zdravo prehrano, torej rezultat na vprašalniku ORTO-15, smo skušali pojasniti s spremenljivkami spol, starost, končana izobrazba, težave s hranjenjem, ITM, perfekcionistične osebnostne lastnosti, klinično simptomatiko, socialni odnosi in življenjski slog ter jih vključili v regresijski model.

Tabela 8

Regresijski model preokupiranosti z zdravo prehrano

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	β
Konstanta	27,431	4,795	
Klinična simptomatika	2,229	0,651	0,308**
Spol	-1,626	0,749	-0,170*
Socialni odnosi	1,417	0,791	0,143*
ITM	0,053	0,101	0,042
Perfekcionistične lastnosti	-0,213	0,894	-0,021
Končana izobrazba	-0,225	0,400	-0,050
Starost	0,250	0,733	0,030
Življenjski slog	-0,290	0,639	-0,035
Težave s hranjenjem	0,511	1,026	0,039

Opombe: $R^2 = 0,21$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Predlagan regresijski model (glej Tabela 8) pojasni 21,5 % variabilnosti konstrukta in je statistično pomemben ($p = 0,001$). Izvedli smo multiplo regresijo z namenom, da bi preokupiranost z zdravo prehrano pojasnili s preučevanimi spremenljivkami. Le spremenljivke spol $t(141) = -2,172$, $p < 0,05$, klinična simptomatika $t(141) = 3,424$, $p < 0,05$ in socialni odnosi, so se izkazale za takšne, ki statistično pomembno prispevajo k

pojasnjevanju modela. Postavke spol, klinična simptomatika in socialni odnosi torej statistično pomembno napovedujejo model, $F(9,141) = 4,280$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,21$.

4 RAZPRAVA

Namen pričujoče raziskave v okviru magistrskega dela je bil raziskati pogostost preokupacije z uživanjem zdrave prehrane, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, na vzorcu 151 naključno izbranih posameznikov, starih od 18 do 30 let. Zanimala nas je predvsem povezanost med preokupacijo z zdravo prehrano in nekaterimi demografskimi spremenljivkami, kot so spol, starost in stopnja zaključene izobrazbe ter perfekcionizmom in navadami zdravega življenjskega sloga.

Ortoreksija nervoza predstavlja v svetovnem in slovenskem strokovnem in znanstvenem prostoru novo raziskovalno področje, ki se še razvija. S pregledom obstoječih raziskav lahko ugotovimo, da se jih večina osredotoča pri opredelitvi psihopatologije na klinični opis opaženega vedenja. Tu gre predvsem za iskanje rizičnih dejavnikov, opredeljevanje diagnostičnih meril oziroma simptomatike ortoreksije nervoze.

V raziskavo smo vključili udeležence v starosti od poznega mladostništva do srednjega odraslega obdobja. Za tovrstni vzorec smo se odločili zato, ker se v tem starostnem obdobju izoblikujejo prehranjevalni vzorci in odnos do hrane, ki so ga posamezniki razvijali med odraščanjem. V tem obdobju se veliko posameznikov osamosvoji, kar prispeva k temu, da starši nimajo več tolikšnega vpliva na njihovo prehranjevanje. Izbira in način prehrane postane njihova lastna odločitev. Tomori (1990) navaja, da gre za preobrat in da hrana posameznikom ne pomeni več zgolj sredstva za potešitev lakote, temveč sredstvo za nadzor nad življenjem in reguliranje čustev. K temu je doprinesla ideologija zdravizma, v veliki meri pa tudi velika popularnost uporabe družabnih omrežij, kjer se posamezniki povezujejo, predstavljajo svoj način življenja in izmenjujejo svoje poglede na svet z drugimi uporabniki (Marsh in Campbell, 2016; Turner in Lefevre, 2017). Ugotovitve se skladajo z izsledki številnih raziskovalcev (Bisogni idr., 2002; Woodgate in Leach, 2010; Von Essen in Martensson, 2014) in vsi so prišli do zaključka, da mladim odraslim in odraslim zdrava prehrana pomeni pomembno vrednoto in ključni element za doseganje zdravja tako na telesnem kot tudi duševnem nivoju. Do podobnih ugotovitev smo prišli tudi z lastnimi praktičnimi izkušnjami pri delu s posamezniki v tem starostnem obdobju. Ugotovili smo, da so mladi odrasli vedno bolj preobremenjeni s hrano, ki jo uživajo. To nas je spodbudilo k temu, da z obstoječim vprašalnikom ORTO-15 in vprašalnikom prehranjevalnega vedenja raziščemo pojavnost in razširjenost preokupacije z zdravo prehrano, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, na tovrstni populaciji. Zanimala nas je predvsem povezava ključnih demografskih spremenljivk, kot so spol, starost in stopnja izobrazbe s preokupacijo z zdravim prehranjevanjem. Več študij je raziskovalo povezave med demografskimi spremenljivkami in pojavnostjo preokupacije z zdravo prehrano, vendar so prišli do neenotnih zaključkov, zato njihov

vpliv na ortoreksijo nervozo še vedno ni popolnoma jasen. Mnogo raziskav in avtorjev je omenjalo velik vpliv perfekcionizma na preokupiranost z uživanjem zdrave prehrane in razvoj motenega prehranjevalnega vedenja na splošno (Arhire, 2015; Catalina Zamora idr., 2005; Kobal Grum in Seničar, 2012; Oberle idr., 2017), vendar je ta povezanost trenutno še pomanjkljivo raziskana. Poleg vpliva perfekcionizma smo se osredotočili tudi na raziskovanje vpliva drugih zdravih navad, saj smo glede na navedbe nekaterih avtorjev (Aksyodan in Camci, 2009; Bratman in Knight, 2001; Varga idr., 2014) sklepali, da posamezniki, preokupirani z uživanjem zdrave hrane, to preokupacijo z zdravjem prenašajo tudi na druga področja zdravega življenjskega sloga, kot so šport, izogibanje kajenju, alkoholu, drogam itd..

Postavili smo si več hipotez. V prvi hipotezi smo tako predpostavili, da je izraženost simptomatike oziroma preokupacija z zdravo prehrano, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, pogostejša pri ženskah kot pri moških ter da bodo razlike statistično pomembne. Dobljeni rezultati kažejo, da je nagnjenost k ortoreksiji nervozi glede na spol statistično pomembna (glej Tabela 4). Z vprašalnikom ORTO-15 smo najprej preverili, ali posameznik kaže preokupiranost z uživanjem zdrave prehrane. Pri tem smo uporabili mejno vrednost 40 točk, ki se je v preteklih raziskavah izkazala za najbolj verodostojno. Rezultat preverjanja statistične veljavnosti vprašalnika ORTO-15, ki so ga izvedli Donini idr., 2005 kaže, da ima vprašalnik dobro napovedno sposobnost pri mejni vrednosti 40 točk. Rezultat pod 40 točk pomeni, da oseba kaže moteno prehranjevalno vedenje, ki ga lahko povežemo z ortoreksijo nervozo. V našem primeru so moški v povprečju dosegali 39,57 točk, ženske pa 37,25 točk. Čeprav se točkovno rezultat skorajda ne razlikuje, je t-test pokazal na statistično pomembnost te razlike. Nadalje smo z multiplo regresijo poskušali raziskati, katere spremenljivke napovedujejo preokupiranost z zdravo prehrano. Spremenljivka spol se je pokazala kot pomemben napovednik. Iz navedenega sledi, da lahko potrdimo, da ženske, ki sestavljajo raziskovalni vzorec, kažejo več preokupiranosti z zdravo prehrano, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, kot moški. Rezultat lahko povežemo s preteklimi raziskavami, v katerih so ugotovili, da so motnje hranjenja že na splošno pogostejše pri ženskah (Chaki idr., 2013; Fairburn idr., 2008; Hoek in Van Hoeken, 2003). Naši rezultati se skladajo z izsledki raziskav (Arusoğlu idr., 2008; Bağcı Boci, 2007; Brytek-Matera idr., 2014; Dell'Osso idr., 2016; Eriksson idr., 2008; Ramacciotti idr., 2011), ki kažejo na to, da so ženske v primerjavi z moškimi pogostejše preokupirane z uživanjem zdrave hrane. So pa naši rezultati tudi v nasprotju z raziskavami (Aksoydan in Camci, 2009; Donini idr., 2004; Donini idr., 2005; Fidan idr., 2010; Segura-Garcia idr., 2012), kjer so z uporabo vprašalnika ORTO-15 odkrili večjo pojavnost ortoreksije nervoze med moškimi. Razvoj motenega prehranjevalnega vedenja oziroma ortoreksije nervoze je kompleksen, saj nanj vplivajo številni socio-kulturni, psihološki in družinski dejavniki, ki smo jih predstavili v teoretičnem uvodu magistrske

naloge. Na podlagi teh kompleksnih vplivov lahko sklepamo, da je razvoj preokupacij z zdravo prehrano pri ženskah kulturno pogojen, od koder izhajajo tudi neenotni raziskovalni izsledki med državami. Na podlagi rezultatov naše raziskave lahko torej le sklepamo, od kod večja preokupacija z zdravo prehrano pri ženskah v našem kulturnem okolju, kar pa ne moremo posplošiti tudi na druga kulturna okolja. Dejstvo je, da se je ženska vloga tekom zgodovine precej spremenila in posledično vrši današnja družba na ženske velik pritisk. Od ženske se v večji meri kot od moškega pričakuje, da zna obvladovati svojo vlogo matere, žene in delavke, biti pri tem uspešna, prilagodljiva in organizirana (Gordon in Kanstrup, 1992). Zaradi nezmožnosti izpolnitve teh visokih pričakovanj imajo ženske občutek, da ne zmorejo obvladovati svojega življenja, nadzorovati svojih čustev, hkrati pa postajajo vse bolj nezadovoljne same s seboj. Rešitev za svoje občutke in občutek pomanjkanja nadzora pogosto najdejo v hrani.

V nadaljevanju smo želeli preveriti drugo hipotezo, v kateri smo predvidevali, da je preokupacija z zdravo prehrano najbolj izražena v starostni skupini 25-30 let. Na področju ortoreksije nervoze primanjkuje raziskav, ki bi se osredotočale na raziskovanje izraženosti preokupacije z zdravo prehrano v različnih starostnih skupinah. Predpostavili smo, da bo preokupacija z zdravo prehrano bolj izražena v starostni skupini od 25-30 let. Svoj sklep smo postavili glede na izsledke raziskav Donini idr. (2014) in Aksoydan in Camci (2009), ki so ugotovili, da prevalenca vedenj povezanih z ortoreksijo nervozo s starostjo narašča. Predvidevali so, da ljudje s staranjem postajajo vse bolj pozorni na ustrezne izbire zdravega življenjskega sloga, predvsem na uživanje zdrave hrane. Hkrati smo predvidevali, da se večina posameznikov v tem starostnem obdobju že osamosvoji od svoje primarne družine in imajo tako več vpliva na izbiro lastnega načina prehranjevanja. Ugotovili smo, da je starostna skupina 18-24 let na ORTO-15 dosegla povprečje 37,45 točk, starostna skupina 25-30 let pa 38,30 (glej Tabela 5). Čeprav gola povprečja nakazujejo na to, da so mlajši bolj dovzetni za preokupiranost z zdravo prehrano, kar lahko povežemo z ugotovitvami raziskave Bağcı Boci idr. (2007) in Fidan idr., 2010, pa razlike med povprečji niso statistično pomembne. Hipotezo lahko, glede na izsledke statistične analize, zavrnamo. Za ugotovitev natančnejše povezanosti ortoreksije nervoze in starosti so potrebne dodatne raziskave.

V nadaljevanju smo želeli preveriti tretjo hipotezo, v kateri smo predvideli, da bo preokupacija z zdravo prehrano pogostejša pri posameznikih z višjo izobrazbo.

Glede povezanosti stopnje akademske izobrazbe in preokupiranosti z uživanjem zdrave hrane, smo predvidevali, da bo preokupacija z zdravo prehrano pogostejša pri posameznikih z višjo izobrazbo. To smo sklepali na podlagi predhodnih študij, v katerih so z uporabo vprašalnika ORTO-15 odkrili, da je stopnja razširjenosti ortoreksije nervoze nižja pri nizko izobraženih, v primerjavi z visoko izobraženimi (Aksoydan in Camci,

2009; Bağcı Boci idr., 2007; Donini idr., 2005). Od tod izhaja, da naj bi posamezniki z višjo akademsko izobrazbo izražali več ortoreksičnih vedenj. Čeprav raziskovalci poudarjajo, da raven izobrazbe ne predstavlja odločilnega dejavnika za ortoreksične težnje, smo to kljub temu želeli preveriti na našem vzorcu. Njihova predvidevanja so se izkazala za pravilna, saj analize niso pokazale nobenih statistično pomembnih razlik med skupinami. Hipotezo 3 tako lahko zavrnemo. Na ugotovitve je lahko vplivala tudi nereprezentativnost vzorca glede stopnje izobrazbe. Iz tabele 6 je namreč razvidno, da prevladujejo udeleženci s srednješolsko izobrazbo.

V četrti hipotezi smo sklepali, da bodo osebe z višje izraženimi perfekcionističnimi lastnostmi, izražale več preokupiranosti z zdravo prehrano. Predhodne raziskave, ki so se osredotočale na povezavo osebnostnih lastnosti in preokupiranosti z zdravo prehrano, poročajo o številnih osebnostnih in vedenjskih značilnostih oseb nagnjenih k ortoreksiji nervozi, ki jih lahko povežemo s perfekcionistično naravnostjo posameznikov. Najbolj pogoste smo zbrali v vprašalniku prehranjevalnega vedenja in njihovo izraženost primerjali z doseženim rezultatom na vprašalniku ORTO-15. Sklepali smo, da posamezniki, ki izražajo več preokupiranosti z zdravo prehrano, sami sebe dojemajo kot perfekcioniste, nagnjene k redu in popolnosti. Arhire (2015) povezavo ortoreksije nervoze in perfekcionizma razloži na način, da perfekcionizem izhaja iz njihove osebnostne togosti, rigidnosti, pretirane storilnosti, nizke samopodobe in samospoštovanja. Od tod izhaja tudi velika želja posameznikov po osebnostni čistosti in popolnem zdravju, ki vodi do motenega odnosa do hrane in do pojava ortoreksije nervoze. Nagnjenje k perfekcionizmu samo po sebi še ni patološko (Soenens idr., 2008). Problem se pojavi ko doseganje popolnosti postane pomemben življenjski cilj, ki ga podpira tudi družbeno okolje, iz katerega izhaja posameznik. Sklepamo lahko, da je prehranjevanje, za razliko od drugih življenjskih področij, tisto, kjer posameznik lahko vrši nadzor in skuša preko strogih, perfekcionističnih meril glede prehranjevanja doseči občutek nadzora, popolnosti in čistosti. Izsledki raziskave nakazujejo na to, da lahko hipotezo 4 potrdimo. Statistične analize (glej Tabela 7) namreč potrjujejo, da posamezniki, ki dosegajo nižji rezultat na vprašalniku ORTO-15 (in imajo zato bolj izraženo preokupiranost z zdravo prehrano), poročajo o bolj izraženih perfekcionističnih lastnostih na vprašalniku prehranjevalnega vedenja.

V peti hipotezi smo predvidevali, da se višja izraženost preokupiranosti z zdravo prehrano povezuje z manj nezdravimi navadami in razvadami. Zdrav življenjski slog predstavlja ključni dejavnik pri ohranjanju in krepitvi posameznikovega telesnega in duševnega zdravja. Kot najpomembnejše dejavnike, ki vplivajo na zdravje posameznika, prištevamo zdravo prehrano, telesno dejavnost, izogibanje kajenju ter zlorabi alkohola in drog (Stanojević, 2009b). Glede na primarni cilj posameznika z domnevno motnjo

ortoreksije – doseči popolno zdravje in osebno čistost (Arhire, 2015; Bratman in Knight, 2001), smo sklepali, da bodo posamezniki, ki kažejo višjo izraženost preokupiranosti z zdravo prehrano, intenzivno skrbeli za svoje zdravje tudi na ostalih področjih zdravega življenjskega sloga. Naše domneve so se sicer izkazale za pravilne, saj smo ugotovili, da se nižji rezultat na vprašalniku ORTO-15 povezuje z višjim rezultatom na lestvici življenjskega sloga vprašalnika o prehranjevalnem vedenju. Posamezniki v vzorcu, ki kažejo preokupiranost z zdravo prehrano na vprašalniku ORTO-15, torej poročajo o manj nezdravih navadah in razvadah. Ugotovitve se povezujejo s predhodnimi raziskavami, kjer so na podroben način z dopolnitvijo vprašalnika ORTO-15 raziskovali povezanost ortoreksije nervoze ter športne dejavnosti, kajenja, pitja alkohola in uživanja drog. Na našem vzorcu se kaže tendenca, da se preokupiranost z zdravo prehrano povezuje z omenjenimi dejavniki zdravega življenjskega sloga, kar se sklada z ugotovitvami predhodnih raziskav (Aksoydan in Camci, 2009; Varga idr., 2014). Kljub temu pa odkrita korelacija ni bila statistično pomembna, zato hipoteze 5 ne moremo potrditi. Rezultate je potrebno razlagati previdno, saj temeljijo na lastno izdelanem vprašalniku prehranjevalnega vedenja, ki še ni bil preizkušen glede veljavnosti in zanesljivosti.

4.1 PREDNOSTI IN OMEJITVE

Rezultati raziskave predstavljajo pomemben prispevek k raziskovanju na področju ortoreksije nervoze v Sloveniji, saj gre za prvo tovrstno raziskavo na tem področju. Glavni cilj je spodbuditi strokovno javnost k poglobljenemu raziskovanju ortoreksije nervoze in s tem doprinesti k uveljavitvi te domnevne motnje kot samostojne psihopatologije. V raziskavi smo ponudili prvi prevod edinega vprašalnika za merjenje tega konstrukta ORTO-15 v slovenščino, hkrati pa smo s pomočjo lastno izdelanega vprašalnika prehranjevalnega vedenja skušali raziskati dimenzije ortoreksije nervoze, ki jih obstoječi instrument ne meri (npr. osebne lastnosti, ki jih lahko povežemo s perfekcionizmom in dejavniki zdravega življenjskega sloga). S tem smo podali ideje za izboljšanje vprašalnika ORTO-15 v prihodnosti.

Največja pomanjkljivost magistrskega dela je, da v magistrski nalogi nismo zmogli podati nekega jasnega stališča, saj vlada na področju ortoreksije nervoze kaotičnost in nestrinjanja raziskovalcev glede njene umestitve. Problematika se kaže predvsem v tem, da so različne študije prišle do zelo različnih zaključkov, zato je primerjava dobljenih rezultatov zelo otežena in omejena, rezultate pa si je potrebno razlagati previdno. Zaradi različnih izsledkov med državami lahko sklepamo, da so rezultati raziskav kulturno pogojeni, saj se simptomatika ortoreksije in njena razširjenost spreminja v različnih državah in skupinah prebivalstva. Vsaka kultura ima namreč drugačen pogled na to, kaj

predstavlja zdravo prehranjevanje, na posameznike pa delujejo drugačni psihološki, sociokulturni in družinski dejavniki. Slednje potrjuje tudi raziskava Gramaglia, Brytek-Matera, Rogoza in Zeppegno (2017), kjer so izvedli prvo medkulturno primerjavo ortoreksičnih vedenj med ženskami iz Italije in Poljske. Ugotovili so, da so Italijanke za razliko od Poljakinj bolj preokupirane z uživanjem zdrave prehrane. Italijani so namreč svetovno znani po svoji kulturi prehranjevanja in mediteranski dieti, ki jo prakticirajo. Poljaki pa veljajo za narod, ki zdravo prehranjevanje šteje kot eno izmed najpomembnejših dejavnosti za izboljšanje zdravja. Ugotovili so, da se s hrano obremenjujejo veliko manj kot Italijani, saj velika večina Poljakov opisuje svoje prehranjevanje kot uravnoteženo in pravilno.

Kot pomanjkljivost štejemo tudi velikost našega vzorca, ki je majhen, zaradi česar dobljenih rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo. Na rezultate je morda vplivala tudi neenaka zastopanost po spolu v vzorcu, saj je v raziskavi sodelovalo več žensk kot moških. Visok % posameznikov, ki so preokupirani z uživanjem zdrave prehrane lahko pojasnimo že s samim naslovom raziskave, ki je lahko že v osnovi pritegnil tiste, ki jih zanima skrb za zdravje in zdravo prehrano. Napredek na tem področju upočasnjuje tudi problematika glede razvoja veljavnih diagnostičnih instrumentov. Raziskovalci poročajo o številnih nedoslednostih glede veljavnosti in notranje zanesljivosti edinega diagnostičnega vprašalnika ORTO-15 in njegovih različic. Menijo, da je mejna vrednost 40 točk previsoka, ter da so zato rezultati lažno pozitivni. Trdijo še, da bi bila primernejša mejna vrednost 35 točk (Missbach idr., 2015; Ramacciotti idr., 2011; Varga idr., 2014). Glede na to, da smo vprašalnik prevedli iz angleščine v slovenščino, je to morda lahko vplivalo na samo merljivost vprašalnika. Vprašalnik ORTO-15 je izvirno nastal v Italiji in torej izhaja iz drugačnega kulturnega okolja, v katerem je način in kultura prehranjevanja drugačna od naše v Sloveniji. Vse to kaže na potrebo po nadaljnjem psihometričnem razvoju, ki bi zagotovil veljavna orodja za ocenjevanje ortoreksije nervoze, ki bi merila predvsem simptomatiko ortoreksije nervoze, ki se razlikuje od simptomatike OCD in anoreksije ter bi upoštevala kulturne posebnosti. Poleg tega bi moral izpopolnjeni diagnostični vprašalnik razlikovati med zdravim in ortoreksičnim prehranjevanjem. Bratman in Dunn (2015) prav tako opozarjata, da večina obstoječih instrumentov nehote identificira zdravo prehranjevanje. Težko je namreč določiti, kdaj je določeno vedenje povezano s prehranjevanjem atipično, vendar še ne patološko. S tem lahko povežemo veliko razširjenost ortoreksije nervoze v populacijah, ki se ukvarjajo z zdravo prehrano in zdravim življenjskim slogom nasploh. Bratman (2017a) krivdo za nejasno razlikovanje ortoreksije nervoze in zdravega nepatološkega prehranjevanja, pripisuje svoji prvotni definiciji, kjer ni poudaril jasnega razlikovanja med tema dvema pojmom. Preko izpopolnjenih vprašalnikov bi lahko naredili optimalnejšo oceno stanja ortoreksije nervoze v Sloveniji in po svetu, kar bi

omogočilo jasnejše razumevanje dejanske stopnje razširjenosti, dejavnikov tveganja in diagnostičnih meril te domnevne psihopatologije.

Velik problem je tudi nezainteresiranost stroke za ortoreksijo nervozo. Barthels (2014) navaja raziskavo, ki so jo izvedli med 215 strokovnjaki s področja psihoterapije. Vzorec je sestavljalo 141 žensk in 69 moških, od tega jih je 60 % delalo v zasebni praksi, 23 % pa v ambulantah. Samo 35 % udeleženi strokovnjakov je poznalo ortoreksijo, 75 % pa jih je priznalo, da imajo o tovrstni motnji premalo strokovnega znanja. 44 % udeležencev je poročalo, da so pri svojem delu naleteli na paciente, ki so kazali simptome ortoreksije, 90 % od teh pa so sestavljale ženske. V stroki je razvidno tudi pomanjkanje podatkov o dobrih terapevtskih praksah. Veliko raziskovalcev je namreč poročalo o opažanjih glede simptomov, ki jih lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, pri svojih pacientih. Po navedbah raziskovalcev je pri zdravljenju ortoreksije nervoze najbolj učinkovito zdravljenje s kombinacijo vedenjsko-kognitivne psihoterapije, psihoedukacije in zdravil. Cilj je zmanjšati ključne dejavnike tveganja za nastanek ortoreksije in vzpostaviti učinkovit model preprečevanja in zgodnjega odkrivanja tovrstne motnje. Ključna je zagotovitev ustreznega usposabljanja zdravstvenih delavcev. Pomembna je tudi krepitev osebnih veščin in krepitev varovalnih dejavnikov ter ustvarjanje podpornih skupin ter zagotavljanje zdravstvene pismenosti.

5 SKLEPI

Ortoreksija nervoza ali preokupacija z uživanjem zdrave prehrane z izrazitimi posledicami na posameznikovem telesnem, psihološkem in socialnem delovanju, predstavlja domnevno psihopatologijo, ki trenutno še nima splošno sprejete opredelitve in enotnih diagnostičnih meril. Obstoječe raziskave s tega področja so prišle do različnih zaključkov, kar lahko pripišemo medkulturnim razlikam in psihometričnim pomanjkljivostim edinega diagnostičnega vprašalnika ORTO-15 in njegovih različic. Namen magistrskega dela je bil osvetliti problematiko preokupiranosti z zdravo prehrano, ki jo lahko povežemo z ortoreksijo nervozo, na vzorcu 151 posameznikov od poznega mladostništva do srednjega odraslega obdobja. Z uporabo vprašalnika ORTO-15 in lastno izdelanega vprašalnika prehranjevalnega vedenja smo raziskali pojavnost ortoreksije nervoze na omenjenem vzorcu in skušali oceniti razlike med skupinami glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe ter raziskati povezanost med preokupiranostjo z zdravo prehrano in perfekcionizmom ter navadami zdravega življenjskega sloga. Rezultati analiz na našem vzorcu niso pokazali statistično pomembnih povezav med ortoreksijo nervozo in starostjo ter stopnjo izobrazbe, hkrati pa smo zavrgli tudi predpostavko, da je ortoreksija nervoza, povezana z manj nezdravimi navadami in razvadami. Izkazalo se je, da so ženski spol, perfekcionizem in socialni odnosi pomembni dejavniki tveganja za razvoj ortoreksije nervoze. Tovrstni rezultati nakazujejo smer za prihodnje raziskovanje področja.

6 VIRI

Aksoydan, E. in Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders*, 14(1), 33-37.

Alvarenga, M. S., Martins, M. C., Sato, K. S., Vargas, S. V., Philippi, S. T. in Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behaviour in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders*, 17(1), 29-35.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Arganini, A., Saba, A., Comitato, R., Virgili, F. in Turini, A. (2012). Gender differences in food choice and dietary intake in modern Western societies. *Public health – Social and behavioral health*. Pridobljeno s <https://www.intechopen.com/books/public-health-social-and-behavioral-health/gender-differences-in-food-choice-and-dietary-intake-in-modern-western-societies>.

Arhire, I. L. (2015). Orthorexia nervosa: The unhealthy obsession for healthy food. *The Medical-Surgical Journal*, 119(3), 632-638.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal in Merdol T. K. (2008) Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3), 283–291.

Asil, E. in Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54(4), 303–313.

Babicz-Zielińska, E. (2006). Role of psychological factors in food choice – a review. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences*, 15(4), 379-384.

Bağcı Boci, A. T., Çamur, D. in Güler C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in faculty of medicine Ankara, Turkey. *Appetite*, 49(3), 661-666.

Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. in Durand, V. M. (2009). *Abnormal psychology: An integrative approach* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

Barthels, F. (2014). Orthorektisches Ernährungsverhalten – Psychologische Untersuchungen zu einem neuen Störungsbild. Düsseldorf: Heinrich-Heine Universität.

Barthels, F., Meyer, F. in Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behaviour. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschar*, 62(10), 156-161.

Barthels, F., Meyer, F. in Pietrowsky, R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and Weight Disorders*, 23(2), 159-166.

Bartina, J. A. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos Latinoamericanos De Nutricion*, 57(4), 313-315.

Benedičič, A., Čibej, B., Trpeski, S. (1999). *Motnje prehranjevanja*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana, Mestna uprava, Oddelek za predšolsko izobraževanje in šport, Urad za preprečevanje zasvojenosti, Ministrstvo za zdravje.

Bisogni, C. A., Connors, M., Devine, C. M. in Sobal, J. (2002). Who we are and how we eat: A qualitative study of identities in food choice. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34, 128-139.

Blair, E. H., Wing, R. R. in Wald, A. (1991). The effect of laboratory stressors on glycemic control and gastrointestinal transit time. *Psychosomatic Medicine*, 53, 133-143.

Bo, S., Zoccali, R., Ponzo, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A. idr. (2014). University courses eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *Journal of Translational Medicine*, 12(1), 1-10.

Bordo, S. in Heywood, L. (Eds.). (2007). *Unbearable weight. Feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.

Božič, A. (2010). *Motnje hranjenja – podreditev ali odpor družbenim normam*, Diplomsko delo, Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Bratman, S. (1997). Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. *Joga Journal*, 136(1), 42–50.

Bratman, S. in Knight, D. (2001). *Health food junkies: orthorexia nervosa - overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway books.

Bratman, S. (8. 6. 2017a). *The Authorized Bratman Orthorexia Self-Test*. Pridobljeno s <http://www.orthorexia.com/>.

Bratman, S. (2017b). Orthorexia vs. Theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders*, 22(3), 381-385.

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.

Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, M. in Hay, P. (2014). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image. *Journal of eating disorders*, 3(2), 1-8.

Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C. in Zeppegno, P. (2015). Predictors of orthorexic behaviour in patients with eating disorders: A preliminary study. *BMC Psychiatry*, 15, 252-261.

Browell, K.D. (1995). Definition and classification of obesity. V K. D. Browell, C. G. Fairburn (ur.), *Eating disorders and obesity* (str. 54-74). New York: Guilford Press.

Bruch, H. (1975). *Eating disorders: Obsesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Cartwright, M. M. (2004). Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(4), 515-530.

Catalina Zamora, M. L. C., Bonaachea, B. B., Sanchez, F. G. in Rial, B. R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behaviour disorder? *Actas Espaolas de Psiquiatria*, 33(1), 66-68.

Chaki, B., Pal, S. in Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport & Exercise*, 8(4), 1045-1053.

Çiçekoğlu, P. in Tunçay, G. Y. (2017). A comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 200-205.

Clark, D. M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. V W. R. Crozier, L. E. Alden (ur.), *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians* (str. 193-218). New York: John Wiley & Sons.

Collins Graham, E. (2003). Development of the eating habits questionnaire, Magistrsko delo.

Pridobljeno:

https://www.researchgate.net/publication/26898432_Development_of_the_Eating_Habits_Questionnaire.

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalisation of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10, 365-388.

Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4), 401-420.

Dell'Osso, L., Abelli, M., Corbita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L. idr. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista Di Psichiatria*, 51(5), 190-196.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P. in Imbriale, M. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 151-157.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. in Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10(2), 28-32.

Dovey, T. M. (2010). *Eating behaviour*. New York: McGraw Hill/Open University Press.

Dunn, T. M. in Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.

Elsner, R. J. F. (2002). Changes in eating behaviour during the aging process. *Eating Behaviors*, 3, 15-43.

Ericson, R. V. in Doyle, A. (2003). *Risk and morality*. Toronto: University of Toronto Press.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B. in Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18(3), 389-394

Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S. in Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*, tretja izdaja. London: Sage Publications.

Fieldhouse, P. (1995). *Food and nutrition. Customs and culture*. London: Chapman and Hall.

Gedrich, K. (2003). Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? Research Report at the 25th Anniversary Symposium of AGEV. *Appetite*, 41(3), 231-238.

Getz, L. (2009). Orthorexia: When eating healthy becomes an unhealthy obsession. *Today's Dietitian*, 11(6), 40.

Gibson, E. L. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89(1), 53-61.

Gleaves, D. H., Graham, E. C. in Ambwani, S. (2004). Measuring »Orthorexia«: development of the Eating Habits Questionnaire. *TIJEPA*, 12(2), 1-18.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C, Delgado, P., Heninger, G. R. idr. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Gordon, G. in Kanstrup, C. (1992). Sexuality – The missing link in women' health. *IDS Bulletin*, 23(1), 29-37.

Gostečnik, C. (1997). *Človek v začaranem krogu*. Ljubljana: Založba Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.

Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R. in Zeppegno, P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-5.

Greenhalgh, T. in Wessley, S. (2004). »Health for me«: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Buletin*, 69, 197-213.

Greeno, G. G. in Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115(3), 444-464.

Hathaway, S. R., McKinley, J. C. in Meehl, P. E. (1948). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory: VI. The K Scale. *Journal of Consulting Psychology*, 12(1), 20-31.

Hierarhija potreb po Maslowu. (2008). Pridobljeno s https://digitalrightsmanifesto.files.wordpress.com/2008/05/maslow_hierarchy_of_needs.png.

Hoek, H. W. in Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.

Jamnik Vidic, B. (2013). Obsedeni z zdravo hrano. *Jana*, 23, 30-31.

Južnič, S. (1998). *Človekovo telo med naravo in kulturo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kamin, T. (2006). *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kiefer, I., Rathmanner, T. in Kunze, M. (2005). Eating and dieting differences in men and women. *Review Literature And Arts Of The Americas*, 2, 194-201.

Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C. in Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 395-396.

Kobal Grum, D. in Seničar, M. (2011). Psihološki vidiki prehranjevalnega vedenja. *Anthropos*, 3-4(223-224), 153-177.

Kobal Grum, D. in Seničar, M. (2012). *Uvod v psihologijo prehrane*. Ljubljana: Biotehniška fakulteta.

Kojić, T. (2013). *Ortoreksija*. Pridobljeno s <http://www.viva.si/Zdrav-na%C4%8Din-prehrane/390/Ortoreksija#>.

Končnik Goršič, N. (2004). *Moj otrok odrašča*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Korinth, A., Schiess, S. in Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorder in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13(1), 32-37.

Koven N. S. in Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 214-222.

Koven, N. S. in Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11(11), 385-394.

Krasko, K. (2010). Hrana ne sme biti sredstvo nagrajevanja, kaznovanja in nadzora. *Naša lekarna*, 45(5), 14-23.

Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D. idr. (2009). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors. *British Journal of Nutrition*, 101(1), 909-918.

Kuhar, M. (2004). *V imenu lepote: družbena konstrukcija telesne samopodobe*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Lamovšek, T. (2015). *Ortoreksija – ko se zdravo prehranjevanje spremeni v obsedenost*. Pridobljeno s <http://www.rtvsllo.si/zdravje/novice/ortoreksija-ko-se-zdravo-prehranjevanje-spremeni-v-obsedenost/355201>.

Lavrenčič, S. (2016). *Emocionalno prehranjevanje: vpliv emocij na prehranjevanje*. Diplomsko delo, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Lee, J. in Macdonald, D. (2010). »Are they just checking our obesity or what?« The healthism discourse and rural young women. *Sport, Education and Society*, 15(2), 203-219.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London: Sage Publications.

Mac Evilly, C. (2001). The price of perfection. *Nutrition Bulletin*, 26(4), 275-276.

Macht, M. in Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35(1), 65-71.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.

Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M.C. in Bergman, S. (2017). Health status, physical activity and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143.

Marsh, S. in Campbell, D. (2016). Clean eating trend can be dangerous for young people, experts warn. Pridobljeno s <https://www.theguardian.com/society/2016/oct/01/clean-eating-trend-dangerous-young-people-food-obsession-mental-health-experts>.

Martins, M. C., Alvarenga, M. S., Vargas, S. V., Sato, K. S. C. in Scagliusi F. B. (2011). Orthorexia nervosa: reflections about a new concept. *Revista de Nutricao*, 24(2), 345-357.

Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 105(10), 1510-1512.

McInerney-Ernst, E. M. (2011). *Orthorexia nervosa: a real construct or newest social trend?* Doktorska disertacija, Kansas City: Faculty of the University of Missouri.

Miller, A. (2005). *Upor telesa – upor terja resnico*. Ljubljana: Tangram.

Missbach, B., Dunn, T. M., König, J. S. (2016). We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on "Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman's Test and Associated Tendencies". *Appetite*, 108(1), 521-524.

Mohorič, K. (2009). *Ko zdravo postane nezdravo*. Pridobljeno s https://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/23095-4BD5B4FE01.pdf.

Moroze, M. R., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J. in Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "Orthorexia Nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.

Morris, W. N. in Reilly, N. P. (1987). Toward the self-regulation of mood: theory and research. *Motivation and Emotion*, 11(3), 215-249.

Musek, J. (1993). *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy, d. o. o.

Musolino, C., Warin, M., Wade, T. in Gilchrist, P. (2015). »Healthy anorexia«: The complexity of care in disordered eating. *Social Science & Medicine*, 139, 18-25.

Nevin, S. M. in Vartanian, L. R. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 25(5), 1-10.

Nicolosi, G. (2006). Biotechnologies, alimentary fears and the Orthorexic Society. *Tailoring Biotechnologies*, 2(3), 37–56.

Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O. in Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.

Oberle, C. D., Watkins, R. S. in Burkot, A. J. (2018). Orthorexic eating behaviour related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders*, 23(1), 67-74.

Ogden, J. (2003). *The psychology of eating: From healthy to disordered behaviour*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.

Özdemir, A. (2015). Less known eating disorders. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 853-859.

Parra-Fernandez, M., Rodriguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D, Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V, Carlos Munoz Camargo, J. idr. (2018). Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa. *PLoS One*, 13(1), 1-16.

Park, S. W., Jeong, Y. K., Gang, J. G., Eun, S. J., Heui, J. P. in Young, J. K. (2011). Ortorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax and pancytopenia. *Electrolyte Blood Press*, 9(1), 32-37.

Pišek, M. (2012). *Moški in motnje hranjenja*. Diplomsko delo, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Pokorn, D. (1997). *Zdrava prehrana in dietni jedilniki: priročnik za praktično predpisovanje diet*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Polivy, J. in Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Pond, R., Stephens, C. in Alpass, F. (2010). Virtuously watching one's health: older adults' regulation of self in the pursuit health. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 734-743.

Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G. in Dell'Oso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders*, 16(2), 127-130.

Rangel, C., Dukeshire, S. in MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety: An exploration into the orthorexic society. *Appetite*, 58(1), 124-132.

Reich, G. in Kröger, S. (2009). *Motnje hranjenja*. Ptujška Gora: In Obs Medicus, d.o.o.

Reinstein, N., Koszewski, W. M., Chamberlin, B. in Smith-Johnson, C. (1992). Prevalence of eating disorders among dietetics students: does nutrition education make a difference? *Journal of American Dietetic Association*, 92(8), 949-953.

Robins, E. in Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126(7), 107-111.

Rozman, S. (1998). *Peklenska gugalnica*. Ljubljana: Vale-Novak.

Rožman, A. (2013). Motnje hranjenja: boleče strategije preživetja. *Didakta*, 22(162), 47-49.

Salathé, M. in Khandelwal, S. (2011). Assessing vaccination sentiments with online social media: implications for infectious disease dynamics and control. *PLoS Computational Biology*, 7(10), 1-7.

Segura-Garcia, C., Papaiani, M.C., Caglioti, F., Procopio, L., Nistico, C.G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., De Fazio, P. in Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behaviour in athletes. *Eating and Weight Disorders*, 21(1), 1-17.

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Coroleo, M., Bruni, A. idr. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders*, 20(20), 161-166.

Senauer, B. (2001). *The food consumer in the 21st century: New research perspectives*. Minnesota: University of Minnesota, Department of Applied Economics.

Sentočnik, J. T. (2004). Ortoreksija. *Emzin*, 14(3-4), 103-104.

Sernec, K. (2010). Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmakološki vestnik*, 61(2), 106-109.

Sernec, K. (2012). Motnje hranjenja – bolezni sodobnega časa. V K. Sernec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 15-35). Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Simpson, C. C. in Mazzeo, S. E. (2017). Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM-5 eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 781-792.

Sobal, J. (2005). Men, meat, marriage: Models of masculinity. *Food & Foodways*, 13(1), 135-158.

Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B. in Goossens, L. (2008). Maladaptive perfectionism as an intervening variable between psychological control and adolescent depressive feelings: A three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 465-474.

Stanojević, S. M. (2009a). *Prehrana in dietetika*. Pridobljeno s http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Prehrana_in_dietetika-Suwa_Stanojevic.pdf.

Stanojević, S. M. (2009b). *Zdrav življenjski slog*. Ljubljana: Biotehniški izobraževalni center Ljubljana.

Sternad, D. M. (2001). *Motnje hranjenja – od besed, ki ranijo, do besed, ki celijo*. Ljubljana: samozaložba.

Stice, E., Peart, J., Thompson-Brenner, H. in Thomas, J. C. (2006). Eating disorders. V F. Andrasik, M. Hersen in J. C. Thomas (ur.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (str. 389-408). New Jersey: John Wiley & Sons.

Stochel, M., Janas-Kozik, M., Zejda, J., Hyrnik, J., Jelonek, I. in Siwiec, A. (2015). Validation of ORTO-15 questionnaire in the group of urban youth aged 15-21. *Psychiatria Polska*, 49(1), 119-134.

Szmukler, G. I., Andrewes, D., Kingston, K., Chen, L., Stargatt, R. in Stanley, R. (1992). Neuropsychological impairment in anorexia nervosa: before and after refeeding. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 14(2), 347-352.

Štaleker Pleš, O. (2018). *Motnje hranjenja*. Pridobljeno s <http://lekarna24ur.si/public/datoteke/Motnje-hranjenja.pdf>.

The Hartman Group (2012) *Clicks and cravings: the impact of social technology on food culture*. Pridobljeno s http://www.unitedfreshshow.org/files/clicks_and_craving.june_lee.pdf.

Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Treasure, J. (1997). Eating disorders. V: R. Murrey, P. Hill in P. McGuffin. (ur.), *The Essentials of Postgraduate Psychiatry* (str. 192-221). Cambridge: Cambridge University Press.

Turner, P. G. in Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 277-284.

Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R., Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 19(4), 469-472.

Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professional's opinion about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia and emetophobia. *Eating and Weight Disorders*, 19(2), 145-155.

Varga, M. in Máté, G. (2010). Eating disturbances in orthorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 672-673.

Varga, M., Dukay-Szabò S, Türy F. in van Furth E. F. (2013). Evidence and gaps in literature in orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 103-111.

Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F. in van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-11.

Vartanian, L. R., Herman, C. P. in Polivy, J. (2007). Consumption stereotypes and impression management: how you are what you eat. *Appetite*, 48(3), 265-277.

Volpe, U., Atti, A. R., Cimino, M., Monteleone, A. M., De Ronchi, D., Fernandez-Aranda, F. idr. (2015). Beyond anorexia and bulimia nervosa: what's »new« in eating disorders?. *Journal of Psychopathology*, 21, 415-423.

Von Essen, E. in Martensson, F. (2014). Young adults' use of food as a self-therapeutic intervention. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 1-9.

Willner, P. in Healy, S. (1994). Decreased hedonic responsiveness during a brief depressive mood swing. *Journal of Affective Disorders*, 32(1), 13-20.

Winnicott, D. (2010). *Otrok, družina in svet zunaj*. Ljubljana: UMco.

Woodgate, R. L. in Leach, J. (2010). Youth's perspectives on the determinants of health. *Qualitative Health Research*, 20(9), 1173-1182.

Zaviršek, D. (2000). Telo v prostorih zasebnega in javnega: sociološki in psihosocialni modeli motenj hranjenja. V T. Battelino (ur.), *Debelost in motnje hranjenja* (str. 143-151). Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni.



UNIVERZA NA PRIMORSKEM

UNIVERSITÀ DEL LITORALE / UNIVERSITY OF PRIMORSKA

FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

FACOLTÀ DI SCIENZE MATEMATICHE NATURALI E TECNOLOGIE INFORMATICHE

FACULTY OF MATHEMATICS, NATURAL SCIENCES AND INFORMATION TECHNOLOGIES

Glagoljaška 8, SI – 6000 Koper

Tel.: (+386 5) 611 75 70

Fax: (+386 5) 611 75 71

www.famnit.upr.si

info@famnit.upr.si

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
UNIVERSITÀ DEL LITORALE
UNIVERSITY OF PRIMORSKA

Titov trg 4, SI – 6000 Koper

Tel.: + 386 5 611 75 00

Fax.: + 386 5 611 75 30

E-mail: info@upr.si

<http://www.upr.si>

IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Spodaj podpisana Maruša Modrijan, z vpisno številko 89132031 vpisana v študijski program Biopsihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

Ortoreksija nervoza in preokupacija z zdravo prehrano.

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT« ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Maruša Modrijan

PRILOGE

PRILOGA A: Demografski vprašalnik

Pozdravljeni,

moje ime je Maruša Modrijan in sem študentka magistrskega študijskega programa Biopsihologija na Fakulteti za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem. V sklopu priprave magistrske naloge raziskujem posebnosti hranjenja, s poudarkom na zdravem prehranjevanju. Vprašalnik je anonimen, zbrani podatki pa bodo obravnavani zaupno in uporabljeni za namene magistrskega dela. Vaši odgovori so pomemben prispevek k novim spoznanjem na tovrstnem področju.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem,

Maruša Modrijan

Osebni podatki (obkrožite):

Spol: a) ženski b) moški
Starost: a) 18-24 let b) 25 – 30 let

Končana izobrazba:

a) osnovnošolska
b) srednješolska
c) višješolska
d) univerzitetna
f) drugo: _____

Ali imate/ste imeli kdaj težave s hranjenjem?

DA (Kakšne? Napišite/opišite) _____
NE

(4) Ali ste imeli kdaj diagnosticirano motnjo hranjenja?

DA (Katero? Napišite) _____
NE

Antropometrične meritve:

ITM (indeks telesne mase): _____

PRILOGA B: Vprašalnik ORTO-15 (Donini idr., 2005)

Pred vami je seznam 15 vprašanj, ki se nanašajo na vaše prehranjevanje. Prosimo, če lahko na vsako vprašanje odgovorite s 4-stopenjsko lestvico (vedno, pogosto, včasih in nikoli), glede na to kako pogosto se vedenje pojavlja pri vas. Odgovor, ki velja za vas označite s križcem.

	Vedno	Pogosto	Včasih	Nikoli
1. Ali ste pri hranjenju pozorni na to, koliko kalorij vsebujejo živila?	☐	☐	☐	☐
2. Ali se ob obisku trgovin s prehrano počutite zmedeno?	☐	☐	☐	☐
3. Ali vas je v zadnjih 3 mesecih skrbelo glede hrane/prehrane?	☐	☐	☐	☐
4. Ali so vaše prehranjevalne odločitve pogojene s skrbjo za vaše zdravstveno stanje?	☐	☐	☐	☐
5. Ali vam je okus pomembnejši od njene kvalitete?	☐	☐	☐	☐
6. Ste za zdravo prehrano/hrano pripravljeni plačati več denarja?	☐	☐	☐	☐
7. Ali vas skrbi povezane s prehrano/hrano preganjajo tudi več kot 3 ure dnevno?	☐	☐	☐	☐
8. Ali si v vaši prehrani dovoljujete kakšno pregreho?	☐	☐	☐	☐
9. Ali vaše počutje vpliva na vaše prehranjevalno vedenje?	☐	☐	☐	☐
10. Ali se vam zdi, da zdravo prehranjevanje dviga vašo samozavest?	☐	☐	☐	☐
11. Ali zdravo prehranjevanje vpliva na spremembe v načinu vašega življenja (npr. uživanje hrane zunaj doma, s prijatelji...)?	☐	☐	☐	☐
12. Ali menite, da zdravo prehranjevanje lahko izboljša vaš izgled?	☐	☐	☐	☐
13. Ali občutite krivdo, ko se pregrešite s hrano?	☐	☐	☐	☐
14. Ali menite, da je na tržnici hrana tudi nezdrava?	☐	☐	☐	☐
15. Ali jeste sami?	☐	☐	☐	☐

PRILOGA C: Vprašalnik o prehranjevalnem vedenju

Vsako trditev ocenite na 4-stopenjski lestvici, kako pogosto se stanje/vedenje pojavlja pri vas.

	Vedno	Pogosto	Včasih	Nikoli
Do sebe sem strog/a.				
Sem perfekcionista.				
Red in popolnost sta zame zelo pomembna.				
Težko obvladam negativna čustva (strah, jeza, žalost).				
Stvari so zame vedno le dobre ali slabe in ne nekaj vmes (»črno-belo« razmišljanje)				
Imam nadzor nad svojim življenjem in samim sabo.				
Strah me je nemoči.				
Strah me je minljivosti.				
Veliko mi pomenijo pohvale okolice.				
Težko sprejemam kritike drugih.				
Obroke načrtujem za več dni vnaprej				
O prehrani razmišljam več kot 3 ure na dan.				
Čutim, da sem preveč preokupiran/a s hrano.				
Občutek imam, kot da hrana kontrolira moje življenje.				
Skrbi me, izvor hrane, ki jo uživam.				
Skrbi me, kako je bila hrana, ki jo uživam, pripravljena.				
Kadar se pri prehrani pregrešim me navdajajo občutki tesnobe.				
Kadar se pri prehrani pregrešim me navdajajo občutki krivde.				
Rad poudarjam, da se prehranjujem zdravo.				
Do drugih sem kritičen/a.				
Menim, da sem boljši/a od tistih, ki po mojem mnenju ne jedo pravilno.				
Sorodnike in prijatelje spodbujam k zdravemu prehranjevanju.				
Menim, da je večina ljudi sama kriva za svoje zdravstvene težave.				
Prekomerna teža je znak šibkosti.				
V zadnjem času sem se oddaljil/a od sorodnikov in prijateljev.				

	Vedno	Pogosto	Včasih	Nikoli
Ali kadite?				
Ali uživate alkohol?				
Ali ste kdaj uživali droge?				
Ali se ukvarjate s športom?				