# Poremećaji u prehrani adolescenata

**Mudrinić, Iva**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2016**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:649485

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-29**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

*Repository / Repozitorij:*

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Diplomski studij pedagogije i povijesti

Iva Mudrinić

# Poremećaji u prehrani adolescenata

Diplomski rad

Mentor: doc.dr.sc. Goran Livazović

Osijek, 2016.

Sadržaj

**I. UVOD** ... 3
**II. TEORIJSKA ANALIZA** ... 3
2.1. Značajke razdoblja adolescencije ... 4
2.1.1. Tjelesne promjene u adolescenciji ... 5
2.1.2. Razvoj identiteta u adolescenciji ... 8
2.1.3. Adolescenti u odnosima s roditeljima ... 10
2.1.4. Adolescenti u odnosima s vršnjacima ... 12
2.2. Poremećaji u prehrani ... 14
2.2.1. Klasifikacija poremećaja u prehrani ... 17
2.2.1.1. Anoreksija nervoza ... 17
2.2.1.2. Bulimija nervoza ... 18
2.2.1.3. Poremećaj s prejedanjem ... 19
2.2.2. Rizični faktori za nastanak poremećaja u prehrani ... 20
**III. METODOLOGIJA EMPIRIJSKOG ISTRAŽIVANJA** ... 24
3.1. Cilj, problem i hipoteze istraživanja ... 24
3.2. Ispitanici ... 24
3.3. Postupak ... 25
3.4. Instrumenti ... 25
**IV. REZULTATI ISTRAŽIVANJA** ... 26
4.1. Sociodemografski podatci ... 26
4.2. Deskriptivna statistika odabranih dimenzija ispitivanih varijabli ... 28
4.3. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke ... 31
4. 3. 1. Rezultati t-testa s obzirom na spol ispitanika ... 31
4. 3. 1. Rezultati t-testa s obzirom na dob ispitanika ... 33
4.4. Korelacijska analiza ... 34
**V. RASPRAVA** ... 36
**VI. ZAKLJUČAK** ... 40
**VII. PRILOZI** ... 42
**VII. LITERATURA** ... 46

***Sažetak***

*Poremećaji u prehrani su obilježeni teškim smetnjama u prehrambenim navikama, ponašanju i svakodnevnom funkcioniranju, a najčešće se vežu uz adolescenciju, razdoblje koje je obilježeno brojnim razvojnim promjenama, između ostalog i značajnim promjenama u tjelesnom izgledu. Cilj ovoga istraživanja bio je ispitati učestalost ponašanja i stavova karakterističnih za anoreksiju, bulimiju, poremećaj s prejedanjem i ortoreksiju kod srednjoškolaca s obzirom na spol i dob te njihovu moguću povezanost s odnosom s roditeljima i vršnjacima te stavovima srednjoškolaca o vlastitom tjelesnom izgledu. Istraživanje je provedeno primjenom anketnog upitnika na uzorku od 148 učenika 1. i 4. razreda srednje škole. Obrada podataka provedena je deskriptivnom statistikom, t-testovima za nezavisne uzorke te korelacijskom analizom. Rezultati pokazuju da su ponašanja i stavovi karakteristični za anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem u većoj mjeri prisutni kod djevojaka, a ponašanja i osjećaji za ortoreksiju kod mlađih adolescenata. Kod ispitanika koji pokazuju veće nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom prisutnija su ponašanja i osjećaji karaktersitični za anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem. Djevojke pokazuju veće nezadovoljstvo tijelom u odnosu na mladiće. Nije utvrđena povezanost odnosa adolescenata u obitelji i s vršnjacima te ponašanja i osjećaja karakterističnih za pojedine poremećaje u prehrani.*

***Ključne riječi: adolescenti, poremećaji u prehrani, nezadovoljstvo tijelom***

# I. UVOD

Adolescenti se tijekom adolescencije suočavaju s brojnim razvojnim promjenama u kratkom vremenskom razdoblju, između ostalih i s tjelesnim promjenama, pa se može dogoditi da ih ne mogu prihvatiti bez poteškoća. Poremećaji u prehrani su obilježeni teškim smetnjama u prehrambenim navikama, ponašanju i svakodnevnom funkcioniranju. Zbog teških posljedica na život adolescenata, važno su područje istraživanja za pedagogiju. Kako poremećaje u prehrani karakteriziraju zdravstvene poteškoće koje nerijetko zahtijevaju hospitalizaciju, važno ih je znati prepoznati, na vrijeme uočiti i pravovremeno reagirati. Zbog zaokupljenosti tjelesnim izgledom i hranom, poremećaji u prehrani kod adolescenata predstavljaju i prepreku uspješnom redovitom izvršavanju i koncentriranju na svakodnevne obveze, uključujući i one školske. Povezani su i s narušenim samopouzdanjem i slikom o sebi, a u kasnijim fazama poremećaja i povlačenjem u sebe te gubitkom kontakta s drugima i teškoćama u uspostavljanju emocionalnih odnosa. Zbog svih ovih implikacija na život adolescenata, važno je za pedagoge i stručnjake drugih odgojno-obrazovnih profila biti upoznat s obilježjima poremećaja u prehrani te prepoznati prve znakove kada se poremećaj javi. Osim toga, za pedagogiju je ključno istraživanje rizičnih faktora za nastanak poremećaja u prehrani kako bi se razvili što učinkovitiji preventivni programi koji su usmjereni skupinama rizičnima za razvoj poremećaja u prehrani.

Tema je važna i korisna za pedagogijsku znanost i profesiju pedagoga jer je u današnjem vremenu idealiziranje mršavosti i vitkog tijela, posebno ženskog, vrlo rašireno, što posebno utječe na adolescente i njihova razmišljanja i stavove o vlastitom tijelu pa tako i na njihov svakodnevni život. Istraživanje ove teme pedagozima daje uvid u prevalenciju, klasifikaciju i obilježja pojedinih poremećaja u prehrani, a time i u ozbiljne posljedice tih poremećaja na život adolescenata. Tako poremećaj mogu prepoznati u samom začetku i reagirati pri pojavi ponašanja karakterističnih za neki od poremećaja. Osim toga, pedagozima, kao suvremenim odgojno-obrazovnim stručnjacima opće prakse, istraživanje poremećaja u prehrani omogućuje planiranje i provođenje primarne prevencije kako bi se spriječila njihova pojava i razvoj. Naime, kako se poremećaji hranjenja javljaju u razdoblju adolescencije, odnosno u školskoj dobi, važno je osmišljavati prevencijske programe koji su namijenjeni provedbi u školi. Osnovu za takvo planiranje, osmišljavanje i provođenje prevencijskih programa omogućuje upoznavanje s rizičnim faktorima za razvoj poremećaja u prehrani. Osim toga, pedagog, kao suvremeni refleksivni praktičar, ima potrebu za najnovijim spoznajama iz područja istraživanja suvremenih izazova socijalizacije i inkulturacije djece i mladih, kako bi na temelju njih mogao konstruirati nove spoznaje, kritički promišljati i procjenjivati svoj rad te tako uspješno odgovoriti suvremenim odgojno-obrazovnim izazovima.

# II. TEORIJSKA ANALIZA

## 2.1. Značajke razdoblja adolescencije

Američki psiholog Hall je još 1904. godine iznio gledište o adolescenciji kao o razdoblju intenzivnih promjena i o adolescentima kao osobama nepredvidivog i često nepoželjnog ponašanja, sklonima burnom emocionalnom reagiranju i onima koji su često u sukobu s okolinom (Hitrec, 1986). Termin adolescencija dolazi od latinske riječi *adolescere*, što znači rasti prema zrelosti (Lerner i Steinberg, 2004). Prema Lacković-Grgin (2006), adolescencija se može shvatiti kao prijelazno razdoblje između djetinjstva i odrasle dobi, koje se dijeli na ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Početak adolescencije obilježen je pubertetom, odnosno nizom bioloških događaja koji dovode do potpunog razvoja tijela i spolne zrelosti. Hitrec (1986) navodi kako se granica početka puberteta, a time i adolescencije, kod djevojčica javlja između 12. i 14. godine, a kod dječaka između 13. i 15. godine. Za gornju granicu adolescencije navodi kako ona uključuje mnoge odrednice i varira u različitim kulturama te se može općenito reći da pokriva drugo desetljeće života. Prema Lacković-Grgin (2006), najšire dobne granice adolescencije danas se kreću od jedanaest do dvadeset i pet godina. Međutim, adolescenciju ne treba shvaćati samo kao dobnu kategoriju, nego kao razvojno razdoblje koji ima svoje osobitosti koje adolescenciju razlikuju od ostalih životnih razdoblja. Duljina i obilježja adolescencije razlikuju se u pojedinim kulturama, ovisno o njezinim socijalizacijskim značajkama. U primitivnijim i jednostavnijim kulturama je prelazak iz djetinjstva u odraslu dob kraći. Siromašnija društva i niži društveni slojevi teže što ranijem profesionalnom osposobljavanju mladih te njihovom uključivanju u rad (Ilišin, 2002). U razvijenijim društvima, u kojima su školovanje i ovisnost o roditeljima duži, adolescencija je produljena. Kako je u suvremenim zapadnim društvima tranzicija u odraslu dob individualno različita, puno osoba vrlo postupno postaju odrasle (Berk, 2008). Mladi se stoga mogu smatrati najranjivijim segmentom populacije u društvu jer se nalaze u prijelaznom statusu u kojemu više nisu zaštićeni kao djeca, ali još uvijek ne mogu uživati sve mogućnosti i pogodnosti koje su dostupne odraslima (Ilišin, Radin, 2002).

Havighurst (1972, prema Livazović, 2011) navodi važne razvojne zadatke u adolescenciji, a to su internalizacija novih modela ponašanja i zrelosti u odnosima među spolovima, prihvaćanje muške ili ženske uloge u društvenoj sredini, prihvaćanje vlastitog tijela, ostvarenje emocionalne samostalnosti od roditelja, priprema za brak i obiteljski život, stjecanje ekonomske neovisnosti, usvajanje niza moralnih i etičkih vrednota nužnih za socijalno funkcioniranje te preuzimanje i implementacija društveno odgovornog ponašanja.

### 2.1.1. Tjelesne promjene u adolescenciji

Razdoblje adolescencije je specifično upravo zbog intenzivnih promjena u svim područjima razvoja. Obilježava ju tjelesno i spolno sazrijevanje koje je univerzalno i koje će doživjeti sve osobe do dvadesete godine života, osim osoba s ozbiljnim zdravstvenim teškoćama. Ulaskom u adolescenciju cjelokupan izgled se drastično mijenja i adolescenti se suočavaju s brojnim tjelesnim promjenama. Kako identitet u razdoblju adolescencije nije dovoljno definiran, adolescenti procjenjuju sebe upravo na temelju tjelesnog izgleda. Oni se često vrlo teško prilagođavaju na novu vanjsku stvarnost u svome tjelesnom izgledu i to postaje jedna od njihovih najvažnijih briga.

Tjelesne promjene u pubertetu započinju promjenama u hormonalnoj ravnoteži, nakon čega slijedi i niz drugih promjena. Marshall i Tanner (1974, prema Archibald i sur., 2003) identificirali su pet osnovnih područja tjelesnih promjena u pubertetu: akceleracija rasta i razvoja, povećanje mišićnog i masnog tkiva, razvoj kardiovaskularnog i dišnog sustava te posljedično povećanje snage i izdržljivosti, razvoj sekundarnih spolnih karakteristika i reproduktivnih organa te, posljednje, promjene u endokrinom sustavu. Slično navodi Lacković-Grgin (2006), koja prikazuje slijed tjelesnih i fizioloških promjena kod djevojčica i dječaka. Kod djevojčica su to promjene hormonalne ravnoteže, početak naglog rasta kostura, početak rasta grudi, početak pigmentacije stidnih dlačica, ubrzani tjelesni rast, potpuno pigmentirana pubična dlakavost, prva menstruacija, rast dlačica ispod ruku. Slijed promjena kod dječaka je: promjene u hormonalnoj ravnoteži, početak rasta kostura, povećanje genitalija, pojava početne pigmentacije stidnih dlačica, rane promjene glasa, prva noćna ejakulacija, potpuna pigmentiranost stidnih dlačica, ubrzani tjelesni rast, početak rasta dlačica na licu i bradi, nastup rasta dlaka na prsima i ispod ruku, kasne promjene glasa, gruba i pigmentirana dlakavost lica i brade.

Ubrzani rast u visinu je indikator uobičajenih tjelesnih promjena pri prijelazu iz djetinjstva u adolescenciju. Najbrži tjelesni rast događa se u prosjeku dvije godine ranije kod djevojčica nego kod dječaka (Archibald i sur., 2003). Kod djevojčica se ranije povećava i tjelesna težina. I unutar iste kronološke dobi postoje razlike u brzini rasta u visinu i rasta težine adolescenata. Osim spomenutog slijeda tjelesnog rasta i razvoja, pojedini dijelovi tijela imaju svoj vlastiti ritam rasta i razvoja, kao i pojedini dijelovi lica. Konačan ishod rasta i razvoja u adolescenciji rezultirat će određenim tipom tjelesne građe. Sheldon (prema Lacković-Grgin, 2006) navodi tri tipa tjelesne građe: ektomorfni (visoki, mršavi, slabe tjelesne snage), endomorfni (nižeg rasta, velike tjelesne mase u trbušnom dijelu, slab kostur) te mezomorfni (skladnih proporcija, dobro razvijenih mišića i kostura). Većina adolescenata preferira mezomorfni tip tjelesne građe (Grogan, 1999). Kako je u

zapadnim kulturama razvijen kult vitkosti koji se prvenstveno odnosi na žene, dolazi do toga da se adolescentice endomorfne građe osjećaju loše, a mlade djevojke zaokupljene postizanjem vitkosti.

Tijekom puberteta dolazi do najintenzivnijeg spolnog razvoja, koji se smiruje u kasnoj adolescenciji kada organizam postaje zreo za reproduktivnu funkciju. Promjene povezane sa spolnim funkcioniranjem uključuju razvoj primarnih spolnih karakteristika koje uključuju reproduktivne organe i razvoj sekundarnih spolnih karakteristika koje su vidljive na vanjštini tijela i služe kao dodatni znakovi spolne zrelosti (Berk, 2008). Utvrđene su velike individualne razlike u prosječnoj dobi za javljanje spolnog razvoja pa se tako on javlja u rasponu od 4 do 5 godina, pri čemu se kod djevojčica javlja nakon navršenih 8 godina, a kod dječaka nakon 9 godina (Parent i sur, 2003). Spolni razvoj može započeti i ranije i tada govorimo o preuranjenom pubertetu. Kod djevojčica se kao indikator spolnog sazrijevanja najčešće koristi menstruacija. Na vrijeme dobivanja menstruacije značajno utječe naslijeđe, ali i način prehrane, tjelesne aktivnosti i drugi faktori iz okoline (Archibald i sur., 2003). Isti autori navode da je kašnjenje menstruacije prisutnije kod atletičarki i adolescentica s anoreksijom.

Kada razmatramo učinak vremena spolnog sazrijevanja na ponašanje adolescenata, najveći raskorak se primjećuje između rano sazrelih djevojčica i kasno sazrelih dječaka te su te dvije skupine i najrizičnije za neprilagođena ponašanja (Brooks-Gunn, 1988, prema Lacković-Grgin, 2006). Djevojčice koje rano sazrijevaju su nepopularne, povučene, tjeskobne i bez samopouzdanja (Ge, Conger i Elder, 1996; Jones i Mussen, 1958, prema Berk, 2008). Ranije sazrele djevojčice imaju nisko samopouzdanje te lošije tjelesno samopoimanje (Graber i sur., 1996, prema Archibald i sur., 2003). Promjene u njihovom tjelesnom izgledu percipiraju se negativno. Slično je i u slučaju kasno sazrelih dječaka. Kasno sazreli dječaci nisu osobito omiljeni, odrasli i vršnjaci misle kako su oni tjeskobni, previše pričljivi i kako traže pažnju drugih (Brooks-Gunn, 1988; Clausen, 1975; Jones, 1965, prema Berk, 2008). Ovakvi trendovi mogu se objasniti dvama činiteljima, stupnjem u kojem tijelo adolescenta odgovara društvenom idealu tjelesne privlačnosti i u kojoj se mjeri adolescenti fizički uklapaju među svoje vršnjake. Prema gledištu društva, pubertetski razvoj djevojke udaljava od ženskog ideala (mršavost, duge noge) u koji se više uklapaju djevojčice koje kasno sazrijevaju, dok pubertetski razvoj dječake približava muškom idealu (visina, široka ramena, mišićavost) kojeg prije dostižu dječaci koji rano sazrijevaju (Polivy i sur., 2003). Dosljedno tome, djevojčice koje rano sazrijevaju i dječaci koji kasno sazrijevaju imaju manje pozitivnu sliku tijela, odnosno poimanje i stav prema svojem tjelesnom izgledu.

Slika ili predodžba tijela je subjektivna reprezentacija tjelesnoga izgleda i tjelesnih iskustava te je značajan aspekt psihološkog i interpersonalnog razvoja u adolescenciji, posebno za djevojke (Pokrajac-Bulian i sur., 2004). Postoje značajne spolne razlike u slici tijela. Adolescentice češće razmišljaju i procjenjuju svoje tijelo te izražavaju negativnije emocije o pojedinim njegovim dijelovima (Ata i sur., 2007). Nepovoljna slika tijela uglavnom je prisutnija kod mlađih adolescentica, što je vidljivo iz rezultata longitudinalnih istraživanja koja pokazuju da kod djevojaka zadovoljstvo tijelom opada u dobi od 12. do 15. godine, nakon čega ono uglavnom raste, ali može i dalje opadati te biti praćeno povećanom željom za vitkošću (Levine i Smolak, 2002). Lacković-Grgin (2006) navodi da su djevojke prvenstveno nezadovoljne svojom težinom, kožom i figurom u cjelini, dok su mladići nezadovoljni kosom, kvalitetom glasa i općim izgledom. Iako je takva zabrinutost zbog pretjerane težine veća kod djevojaka nego kod mladića, i jedni i drugi procjenjuju da pretjerana tjelesna težina utječe na njihov socijalni položaj među vršnjacima (Levine i Smolak, 2002). Važno je naglasiti da istraživanja pokazuju kako je slika tijela i zadovoljstvo vlastitim tijelom subjektivni doživljaj vlastitog izgleda i ne mora biti u skladu s fizičkom realnošću tijela (Tiggeman, 1992; Greaves 1994, prema Grogan, 1999).

Vidljivo je da je adolescencija razdoblje u kojem se adolescenti suočavaju sa zahtjevnim razvojnim zadatcima, posebno u prihvaćanju značajnih promjena u tjelesnom razvoju. Kod adolescenata se događaju brojne promjene u vrlo kratkom razdoblju. Naučiti kako se nositi sa svim intenzivnim tjelesnim promjenama može biti vrlo zahtjevno. Kako se tjelesne promjene ne javljaju kod svih adolescenata u isto vrijeme, vrlo često su uz njih prisutni nesigurnost i gubitak samopouzdanja, koji su izraženiji kod onih koji u pubertet ulaze među prvima ili posljednjima, odnosno kod kasno sazrelih dječaka i rano sazrelih djevojčica. Stoga je izuzetno važno da odrasli koji su u svakodnevnoj interakciji s adolescentima, prvenstveno roditelji, učitelji i pedagozi, budu upoznati s promjenama s kojima se adolescenti suočavaju i prihvate promjene koje nastupaju u odnosu adolescenata prema njima. Kako se uz tjelesne promjene javljaju kognitivne i promjene u socijalnim odnosima, adolescentima je potrebno pružiti podršku, zaštitu i oslonac, uz postupno davanje autonomije, kako bi stekli osjećaj sigurnosti i prihvaćenosti.

### 2.1.2. Razvoj identiteta u adolescenciji

U razdoblju adolescencije dolazi do razvoja kognitivnih sposobnosti, razvija se formalno mišljenje, veća je fleksibilnost u razmišljanju. Pojavljuje se i dimenzija budućnosti pa adolescenti planiraju i razmišljaju o budućnosti. Sve to utječe na promjenu gledišta adolescenata na sebe, odnosno na svoja obilježja i svoje ciljeve te na svijet oko sebe. Sve promjene s kojima se suočavaju, adolescenti trebaju uklopiti u već postojeću sliku o sebi, što će dovesti do razvoja jedinstvenog osobnog identiteta. Konstruiranje identiteta mladih uključuje definiranje tko su, koje su njihove osobne vrijednosti i smjer koji će slijediti u životu. Erikson je bio prvi koji je prepoznao identitet kao glavno postignuće u razvoju ličnosti u adolescenciji i kao ključni korak u izrastanju u produktivnu, zadovoljnu odraslu osobu (Berk, 2008). Bastašić (1995) također identitet smatra rezultatom konačnog oblikovanja ličnosti u adolescenciji i definira ga kao osobnost, odnosno ono što prepoznajemo u svakom pojedincu kao neku stalnost njegovog postojanja.

Erikson je psihološki konflikt adolescencije nazvao identitet nasuprot difuziji identiteta ili zbunjenosti (Kroger i Marcia, 2010). Pri tome smatra da adolescenti u složenim društvima doživljavaju krizu identiteta prije nego što odrede svoje vrijednosti i ciljeve. Tijekom adolescencije događa se prijelaz iz osnovne u srednju školu, ali i prijelaz iz srednje škole na fakultet ili ulazak na tržište rada. Samim time se mijenja društveni svijet adolescenata i oni se suočavaju s različitim socijalnim situacijama, novim društvenim skupinama, ulogama i očekivanjima (Tanti i sur., 2011). Adolescenti u kontekstu obitelji, vršnjačkih odnosa, škole i slobodnog vremena ostvaruju svoje potencijale i pripremaju se za buduće uloge. Oni postupno postaju neovisniji o roditeljima, istražuju granice slobode i odgovornosti i eksperimentiraju s različitim ulogama. Vršnjačke grupe su važan čimbenik socijalnog i emocionalnog razvoja pojedinca, one su modeli za učenje uloga i standarda ponašanja u tim ulogama. Identificiranje s grupom vršnjaka pomaže adolescentima u formiranju identiteta i izgradnji samopoštovanja. Škola također može na različite načine podupirati razvoj identiteta, promicanjem mišljenja višeg stupnja, organiziranjem slobodnih aktivnosti, poticanjem od strane nastavnika.

Sve te nove socijalne situacije značajno utječu na razvoj socijalne kompetencije i identiteta adolescenata. Razdoblje ispitivanja alternativa i predavanja ulogama naziva se status moratorija i u njemu se ne donose odluke niti preuzima odgovornost (Lacković-Grgin, 2006). Ispitivanje alternativa rezultirat će osjećajem individualnosti, shvaćanjem uloge u društvu, osjećajem kontinuiteta tijekom vremena i posvećivanjem idealima (Moshman, 2005). Adolescenti koji prolaze kroz takav proces unutarnjeg pretraživanja sebe naposljetku dolaze do zrelog, ostvarenog

identiteta. Empirijska istraživanja pokazuju da mladi postignutog identiteta pokazuju veću razinu autonomije i manje su podložni mišljenju drugih, karakterizira ih visoka razina motivacije za postignućem i samopoštovanja (Kroger, 2003). Izvještavaju o većoj sličnosti između svog idealnog i stvarnog ja te su napredniji u moralnom rasuđivanju (Josselson, 1994; Marcia i sur., 1993, prema Berk, 2008). Erikson naglašava specifičan društveni i kulturni kontekst u razvoju identiteta (Moshman, 2005). Tako je u suvremenim društvima, uz porast mogućnosti, ali i uz veću društvenu konkurenciju, proces odabira identiteta postao kompleksniji te je adolescentima otežan odabir i donošenje odluka. Razdoblje moratorija ne smije biti predugo ili prekratko, nego optimalnog trajanja jer se inače javlja difuzija identiteta. Adolescenti u statusu difuzije identiteta mogu izgledati neusmjereno zbog toga što nisu uspjeli riješiti ranije konflikte ili zato što im društvo ograničava izbore na one koji ne odgovaraju njihovim željama i sposobnostima te zbog toga nisu spremni na izazove odrasle dobi. Osobe s difuzijom identiteta nemaju jasan smjer, nisu se obvezale vrijednostima niti ih aktivno pokušavaju postići (Kroger i Marcia, 2010). Nikada nisu niti istražile moguće alternative. Adolescenti s difuznim identitetom pokazuju nisku razinu autonomije i samopoštovanja te su podložni vršnjačkom pritisku u većoj mjeri od adolescenata drugih statusa identiteta (Kroger, 2003). Ipak, difuzija identiteta je česta u ranoj adolescenciji, tijekom koje adolescent, uz odgovarajuću podršku iz okoline, postupno vrši izbore, preuzima uloge, odgovornost i obveze koje se od njega očekuju (Moshman, 2005). Neki adolescenti ne prolaze razdoblje moratorija i nalaze se u statusu preuzetog identiteta. Preuzeti ili zaključeni identitet su stekle osobe koje su se obvezale nekim vrijednostima i ciljevima, a da prije nisu istražile alternative (Kroger i Marcia, 2010). One prihvaćaju već gotov identitet koji su za njih izabrali značajni drugi. Takve adolescente karakterizira visoka razina konformizma, autoritarnosti i konvencionalnosti (Cramer, 1995; Marcia, 1967, prema Kroger, 2003). Ipak, i adolescenti u statusu preuzetog identiteta mogu prijeći u status moratorija i zatim ostvariti postignuti identitet.

Kada se promatra povezanost poremećaja u prehrani s razvojem identiteta, nestabilnost u razvoju identiteta kod adolescenata se povezuje s razvojem poremećaja u prehrani, odnosno s razvojem nepovoljne slike tijela i odstupajućih navika hranjenja karakterističnih za anoreksiju i bulimiju (Stein i Corte, 2007). Iako je nestabilnost u razvoju identiteta uobičajena u adolescenciji, ona je izraženija kod osoba s poremećajima hranjenja. Konfuziju identiteta i nestabilnost u razvoju identiteta kod bulimičnih osoba potvrđuju Schupak-Neuberg i Nemeroff (1992) u svome istraživanju.

### 2.1.3. Adolescenti u odnosima s roditeljima

Obitelj je primarni faktor odgoja i socijalizacije, u njoj dijete stječe prva iskustva, razvija svoje potencijale i formira stavove. U obitelji djeca mogu doživjeti kontinuiranu podršku i osjećaj pripadnosti obitelji, koji je značajan za njihov cjelokupni razvoj. Obitelj i dominantna kultura su povezane pa tako promjene koje zahvaćaju društvo, zahvaćaju i obitelj. U suvremenim društvima tradicionalno čvrst utjecaj roditelja nije široko rasprostranjen te se očekuje i podržava razvoj neovisnosti adolescenata. Odnos roditelja i djece u adolescenciji se može promatrati kao relativno nestabilan uslijed promjena u fizičkom, kognitivnom i socijalnom razvoju adolescenata te, u novije vrijeme, kao kontinuiran odnos koji se razvija i mijenja usporedno s razvojem adolescenata (Granic i sur., 2003). Prema tom posljednjem gledištu, u razdoblju adolescencije počinje porast uzajamnosti u odnosu roditelja i djece, interakcija se mijenja od asimetričnih u pravcu simetričnih interakcija pa mladi postupno postaju sve neovisniji o roditeljima. Unatoč tome, brojna istraživanja pokazuju da mladi jako drže do kvalitete svojih odnosa s roditeljima. Tako Tap (1977, prema Lacković-Grgin, 2006) ističe da djevojke preferiraju razumijevanje, povjerenje i prijateljstvo, dok mladići preferiraju nježnost, ljubav i odanost kao kvalitete svojih majki. Pri tome i roditelji i adolescenti procjenjuju da su majke značajno više uključene u praksu roditeljstva od očeva.

Optimalan obiteljski kontekst je onaj koji podržava potrebe adolescenata i, prema Grolnick i suradnicama (2008), uključuje tri dimenzije: roditeljsku uključenost, strukturu i podržavanje autonomije. Osobna uključenost podrazumijeva pružanje emocionalne topline i podrške, zainteresiranost roditelja i sudjelovanje u svakodnevnom životu djece. Pružanje strukture uključuje postavljanje pravila, smjernica i jasnih očekivanja, dok se podržavanje autonomije odnosi na podržavanje djetetovih sposobnosti za pokretanje vlastitih aktivnosti i pružanje potpore u svakodnevnim problemima. Roditeljsku uključenost adolescenti mogu doživljavati na različite načine. Ukoliko roditelji pri tome ne podupiru njihovu autonomiju, adolescenti uključenost doživljavaju negativno, dok oni koji osjećaju podržavanje od strane roditelja u smislu autonomije, doživljavaju roditeljsku uključenost pozitivnom i poželjnom (Grolnick i sur., 2008). U svakodnevnim interakcijama između roditelja i djeteta najvažniju ulogu ima komunikacija, koja određuje kvalitetu odnosa (Pećnik i Tokić, 2011). Iako, kako navode Lacković-Grgin, Penezić i Žutelija (2001), zbog procesa separacija-individuacija u adolescenciji opada povjeravanje roditeljima, a raste povjeravanje prijateljima i partnerima, međusobna komunikacija roditelja i adolescenata i dalje ima veliku važnost. Adolescenti koji ostvaruju nepovoljnu komunikaciju s roditeljima i koji su često u konfliktu s njima češće sudjeluju u delinkventnom i ponašanju

rizičnom za njihovo zdravlje (Cavendish i sur., 2014). Istraživanja potvrđuju da su roditelji dobro prilagođenih adolescenata informirani o tome kako oni provode slobodno vrijeme, tko su im prijatelji i što im se događa u školi (Pećnik i Tokić, 2011). Takvo povjeravanje roditeljima ovisi i o njihovoj reakciji pa će, ako roditelji pri povjeravanju pozitivno reagiraju i podupiru adolescentove potrebe, adolescenti i u budućnosti s roditeljima razgovarati o sebi i svojemu životu. Pružanje emocionalne podrške i potpore je značajan zaštitni faktor u adolescenciji. Istraživanja pokazuju da je nedostatak podrške u obitelji povezan s problemima u prilagodbi adolescenata, delinkventnim i nasilnim ponašanjem, zloupotrebom alkohola, depresivnim simptomima, osjećajem usamljenosti te niskom razinom samopoštovanja (Branje i sur., 2008). Meadows i suradnici (2006) su istraživali povezanost roditeljske podrške i depresivnih simptoma kod adolescenata, pri čemu navode da podrška majke i oca umanjuje depresivne simptome u kasnoj adolescenciji. Veća je povezanost podrške majke i depresivnih simptoma kod adolescentica nego kod adolescenata, dok za povezanost podrške oca i depresivnih simptoma nisu pronađene razlike prema spolu.

Promatrajući stilove roditeljskog ponašanja, autoritativni stil, koji uključuje visoku razinu topline i razumijevanja te visoku razinu roditeljskih zahtjeva u skladu s dobi, ističe se kao najučinkovitiji. Mnoga istraživanja potvrđuju da je odnos roditelja prema adolescentima, kojeg obilježava toplina, podrška, poticanje nezavisnosti, primjerena kontrola te visoka očekivanja u skladu s dobi, ključan za normalan razvoj u adolescenciji (Granic i sur., 2003). Istraživanja su uglavnom suglasna u tome da su djeca i adolescenti autoritativnih roditelja nezavisni, sposobni regulirati vlastito ponašanje, emocionalno su prilagođeni, zadovoljni i društveno odgovorni (Maccoby i Martin, 1983, prema Deković i Raboteg-Šarić, 1997). Manje učinkoviti stilovi roditeljskog ponašanja su autoritarni, koji podrazumijeva visoku razinu zahtjeva i nisu razinu razumijevanja, te permisivni, koji uključuje nisku razinu zahtjeva i visoku razinu razumijevanja i topline. Regulacija, odnosno izostanak autonomije djeteta kao jedna od glavnih odrednica autoritarnog roditeljskog stila, povezana je s pojavom internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja u ponašanju u adolescenciji (Barber, 1996, prema Skinner i sur., 2005). Indiferentni ili zanemarujući stil, koji uključuje nisku razinu zahtjeva i nisku razinu razumijevanja, povezan je s problemima u ponašanju i s delinkventnim, impulzivnim i agresivnim ponašanjem adolescenata (Barber, Olsen i Shagle, 1994, prema Deković i Raboteg-Šarić, 1997).

### 2.1.4. Adolescenti u odnosima s vršnjacima

Ulaskom u razdoblje adolescencije, vršnjački odnosi postaju sve važniji u životu pojedinca. Interakcija s vršnjacima pomaže adolescentima u formiranju identiteta, izgradnji samopoštovanja i pri razvoju sposobnosti da se uspješno nose s razvojnim problemima u adolescenciji (Tanti i sur., 2011). Lebedina-Manzoni i suradnici (2008) navode da se utjecaj vršnjačkih odnosa u adolescenciji može promatrati u smislu onoga koje pomaže mladima u njihovoj tranziciji prema neovisnosti mišljenja i djelovanja te u smislu onoga koje vodi rizičnom i neprihvatljivom ponašanju. Bukowski i Hoza (1989, prema Lacković-Grgin, 2006) tvrde da su osnovne dimenzije vršnjačkih odnosa prihvaćenost i prijateljstvo. Postavili su model odnosa s vršnjacima u kojemu razlikuju odnose u grupi, u kojima adolescent može biti prihvaćen i realizirati popularnost te odnose u dijadi, u kojoj može realizirati blizak i uzajaman odnos, odnosno prijateljstvo. Adolescentice obično preferiraju istospolna prijateljstva koja odlikuje veća intimnost, brižnost, povjeravanje tajni i dijeljenje emocija, dok prijateljstva adolescenata obilježava prijateljska kompetitivnost, rizične aktivnosti, uzbuđenje (Perry i Pauletti, 2011).

Adolescentima je važno biti prihvaćen u vršnjačkoj grupi. Prema Colemanu (1980, prema Lacković-Grgin, 2006), osobine mladih koje su se pokazale značajnim odrednicama popularnosti su privlačan tjelesni izgled, vedro raspoloženje i entuzijazam te prijateljski odnosi prema članovima grupe. Pri tome navodi da, više od školskog uspjeha, popularnosti mladića doprinose sportske aktivnosti, a popularnosti djevojčica tjelesni izgled i lijepa odjeća te društvenost. Novija istraživanja također potvrđuju sudjelovanje u sportskim aktivnostima te tjelesni izgled i lijepu odjeću kao odrednice popularnosti adolescenata i adolescentica (Lease i sur., 2002; Closson, 2008). Ispitivanja kod studenata pokazuju da su za njihovu popularnost značajni sportski uspjeh te, na drugom mjestu, uspjeh na studiju i inteligencija, dok je kod studentica na prvom mjestu privlačan tjelesni izgled, na drugome društvenost, a na trećem uspjeh na studiju i inteligencija (Lacković-Grgin, 2006). Mladi nastoje biti slični svojim vršnjacima, njihovim interesima i vrijednostima, što iskazuju u načinu odijevanja, sudjelovanjem u istim aktivnostima pa i posjedovanjem istih vještina. Konformiranje može imati i pozitivne i negativne učinke na vrijednosti i ponašanja mladih. Ako grupa visoko vrednuje različite oblike delinkventnog ponašanja, tada će konformiranje s takvim vrijednostima imati negativan učinak i može pojedinca dovesti u različite probleme. Konformiranje je najizraženije u ranoj i srednjoj adolescenciji (Brown i sur., 1986, prema Lebedina-Manzoni i sur., 2008). U srednjoj adolescenciji se teži snažnijem prihvaćanju, želi se biti popularan, uz visoku osjetljivost na negativne reakcije drugih.

U kasnoj adolescenciji se podložnost vršnjačkom pritisku smanjuje te, s razvojem vlastitog identiteta, snažna potreba za pripadanjem grupi i konformiranje normama grupe vršnjaka prestaju biti ključni za vlastiti osjećaj dobrobiti (Brown i sur., 1986, prema Lebedina-Manzoni i sur., 2008). Tijekom adolescencije dolazi do pomaka od prihvaćanja roditeljskih prema prihvaćanju vršnjačkih vrijednosti. Mladi će se priklanjati vršnjačkim vrijednostima kad njihovi roditelji ne pokazuju interes za njima važne vrijednosti i kad vršnjaci podržavaju te vrijednosti, a roditelji ne (Lacković-Grgin, 2006). Postoje razlike u područjima na kojima roditelji i vršnjaci imaju najveći utjecaj. Prema Steinberg (2001, prema Berk, 2008), roditelji imaju više utjecaja na temeljne životne vrijednosti i planove u obrazovanju, a vršnjaci su utjecajniji u pogledu kratkoročnih svakodnevnih stvari kao što su odijevanje, glazba i izbor prijatelja.

Kada se promatra odnos vršnjačkih odnosa u adolescenciji i poremećaja u prehrani, rezultati istraživanja upućuju na moguće sličnosti između članova prijateljskih skupina u zabrinutosti zbog vlastitog tijela i prehrambenim navikama (Ambrosi-Randić, 2004). Longitudinalna istraživanja potvrđuju da je držanje dijete bliskih prijatelja povezano s nezadovoljstvom tijelom te nezdravim i ekstremnim načinima kontrole tjelesne težine kod adolescentica (Paxton i sur., 2006; Eisenberg i sur., 2010, prema Keel i Forney, 2013). Gerner i Wilson (2005) iznose da prihvaćenost od strane vršnjaka, percipirana socijalna podrška i bliskost u prijateljskim odnosima smanjuju zabrinutost izgledom kod adolescentica. Takve rezultate potvrđuju i Stice i suradnici (2002) te navode da osjećaj pripadnosti vršnjacima smanjuje potrebu za prilagođavanjem idealu mršavosti. Suprotno tome, Livazović i Ručević (2012) u svome istraživanju nalaze da je visoka kvaliteta vršnjačkih odnosa značajni prediktor odstupajućih navika hranjenja. To se može objasniti time da mladi u vršnjačkim grupama u kojima postoji norma mršavosti stječu potporu svojih vršnjaka konformiranjem toj normi (Eisneberg i sur., 2005, prema Livazović, Ručević, 2012) ili da vršnjaci pružaju veću potporu adolescenticama kod kojih su opazili odstupajuće navike hranjenja (Croll i sur., 2002, prema Livazović, Ručević, 2012).

## 2.2. Poremećaji u prehrani

Poremećaji u prehrani su trajna odstupanja u navikama hranjenja ili smetnje u ponašanju vezane uz hranjenje, koje dovode do promjena u konzumaciji ili apsorpciji hrane i koje značajno narušavaju tjelesno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje, a ne javljaju se kao posljedica drugog poremećaja (Fairburn i Walsh, 1995, prema Munjas Samarin, 2011). Poremećaji u prehrani pojavili su se krajem 19. stoljeća u vrijeme viktorijanske Engleske (Vemuri i Steiner, 2007), kada su mlade djevojke odbijale hranu, koja je bila značajno simboličko sredstvo u buržoaskim obiteljima, kako bi izrazile nezadovoljstvo i otpor nametnutim očekivanjima društva i nemogućnosti izražavanja vlastitih želja. Međutim, tragovi izbjegavanja hrane zabilježeni su i ranije. U srednjem vijeku se javlja izbjegavanje hrane kod mladih žena tijekom samoizgladnjivanja i posta kao oblik duhovnog pročišćenja (Vemuri i Steiner, 2007). Slabljenjem religijskog autoriteta i jačanjem znanosti na takvo samoizgladnjivanje počinje se gledati kao na poremećaj. U današnje vrijeme se nastanak poremećaja u prehrani objašnjava interakcijom različitih rizičnih faktora. Iako ih se smatra psihičkim poremećajima, poremećaje u prehrani ne može se objasniti samo iz psihološke ili medicinske perspektive. Na njihov nastanak i razvoj utječu različiti faktori, od kojih se veliki značaj pridaje obiteljskim i vršnjačkim odnosima (Keel i Forney, 2013; Gerner i Wilson, 2005; Ambrosi-Randić, 2004) te kulturnom kontekstu i utjecaju masovnih medija (Gillen, 2006; Stice, 2002a; Groesz i sur., 2002). Stoga ih je važno promatrati iz pedagoške perspektive kroz utjecaj različitih odgojnih čimbenika. S obzirom na posljedice i razvoj poremećaja u prehrani, važna su tema istraživanja medicinskih, psiholoških, bioloških i drugih disciplina.

Kao najčešći poremećaji hranjenja navode se anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj s prejedanjem, a uglavnom se javljaju tijekom adolescencije kod djevojaka između 15 i 19 godina pa one predstavljaju najrizičniju skupinu za razvoj poremećaja hranjenja (Martin i Golden, 2014). Osim njih, u novije vrijeme se javlja i poremećaj koji uključuje pretjeranu zabrinutost zdravom i pravilnom prehranom te ograničavanje prehrane na zdrave i organske proizvode. Poremećaj je prvi puta definiran 1997. godine i naziva se ortoreksija nervoza (Varga i sur., 2013). Za ortoreksiju još uvijek ne postoje službeno prihvaćeni dijagnostički kriteriji. Kod osoba s poremećajem ortoreksije nije prisutna samo pretjerana zabrinutost konzumiranjem zdrave hrane, nego se javlja i pripremanje hrane na točno određen način, potpuno izbjegavanje skupina namirnica koje se smatraju nezdravima te detaljno planiranje svakog obroka i načina njegove pripreme (Brytek-Matera, 2012). Zabrinutost zdravom hranom je prisutna do te mjere da utječe na svakodnevni život osobe i ograničava sudjelovanje u uobičajenim društvenim aktivnostima zbog restriktivnih

prehrambenih navika. Iako u početku poremećaj može imati pozitivne učinke na zdravstveno stanje osobe zbog zdrave prehrane, ortoreksija u kasnijim stadijima, zbog unosa samo određenih skupina namirnica, može dovesti do ozbiljnih zdravstvenih teškoća kao što su značajan gubitak tjelesne težine, nedostatak nutrijenata te gastrointestinalni problemi (Varga i sur., 2013).

Ispitivanja prevalencije poremećaja u prehrani nailaze na poteškoće jer osobe s tim poremećajima često prikrivaju njegovu prisutnost te nerijetko pojedinci ne ispunjavaju sve dijagnostičke kriterije za pojedini poremećaj. Prevalencija anoreksije ispitivala se na uzorku od 31 406 blizanaca u Švedskoj, pri čemu su dobiveni rezultati prevalencije od 1.2% za anoreksiju kod ženskih ispitanica te 0.29% kod muških (Bulik i sur., 2006). Istraživanje na području šest europskih zemalja na uzorku od 21425 ispitanika starijih od 18 godina proveli su Preti i suradnici (2009) i došli do rezultata da je prevalencija anoreksije 0.48%, bulimije 0.51% te poremećaja s prejedanjem 1.12%. Swanson i suradnici (2011) su ispitivali prevalenciju poremećaja u prehrani na uzorku od 10 123 američkih adolescenta u dobi od 13 do 18 godina te su došli do sljedećih rezultata: prevalencija iznosi 0.3% za anoreksiju, 0.9% za bulimiju, 1.6% za poremećaj s prejedanjem. Utvrdili su i veću prevalenciju bulimije i poremećaja s prejedanjem kod djevojaka. Smink i suradnici (2014) su proveli istraživanje na uzorku od 1597 nizozemskih adolescenata prosječne dobi 19 godina te su došli do rezultata da se poremećaji u prehrani javljaju kod 5.7% adolescentica (anoreksija 1.7%, bulimija 0.8%, poremećaj s prejedanjem 2.3%) te kod 1.2% adolescenata. Nešto različiti rezultati prevalencije poremećaja u prehrani mogu se objasniti primjenom različitih kriterija za te poremećaje, odnosno primjenjuju li se strogi dijagnostički kriteriji ili prisutnost nekih od ponašanja tipičnih za poremećaje u prehrani, ali i veličinom uzorka te kulturnim i društvenim razlikama. Pregledom relevantnih istraživanja, Swanson i suradnici (2011) navode da se prevalencija anoreksije može promatrati u rasponu od 0.5% do 1.0%, a bulimije nervoze od 0.5 do 3.0%.

Kada se u istraživanju prevalencije poremećaja u prehrani primjenjuju manje strogi kriteriji od utvrđenih dijagnostičkih kriterija, prevalencija je puno veća, odnosno, prema Swanson i suradnicima (2011), između 14% i 20% adolescenata pokazuje različite oblike odstupajućih navika hranjenja. Longitudinalno istraživanje Sticea i suradnika (2009) bavilo se istraživanjem nepotpunih oblika poremećaja u prehrani (onih koji zadovoljavaju samo neke od propisanih dijagnostičkih kriterija) i pokazuje da je 12% adolescentica imalo takve oblike poremećaja. Istraživanja provedena u Hrvatskoj se uglavnom bave istraživanjem nekih od odrednica poremećaja u prehrani i rizičnih faktora za njihov razvoj. Istraživanje o slici tijela i kontroli tjelesne težine provedeno je u Litvi, Hrvatskoj i SAD-u, pri čemu je uzorak činilo 2946 hrvatskih učenika

u dobi od 13 do 15 godina (Zaborskis i sur., 2008). Pronađeno je da se 27.5% hrvatskih adolescenata smatra predebelima te da 12% adolescentica provodi dijetu ili na neki drugi način pokušava smanjiti tjelesnu težinu. Pokrajac-Bulian i suradnici (2007) nalaze da 7.7% adolescentica i 0.5% adolescenata pokazuju odstupajuće navike hranjenja, dok se 5.1% adolescentica prejeda uz osjećaj gubitka kontrole, a njih 1.3% ima potrebu za povraćanjem nakon jela.

Ono što razlikuje poremećaje u prehrani od ostalih oblika ponašanja koji se javljaju povremeno, a uključuju neke abnormalnosti hranjenja ili provođenje dijete, jest poremećaj slike vlastitog tijela (Rosen, 1990, prema Pokrajac-Bulian, 1998). Međutim, i takvi nepotpuni oblici poremećaja u prehrani imaju ozbiljne posljedice na život pojedinaca, od kojih Stice i suradnici (2009) navode zdravstvene poteškoće, anksioznost, teškoće u svakodnevnom funkcioniranju i veću vjerojatnost za javljanje drugih psihičkih i zdravstvenih poteškoća u budućnosti pa se niti oni ne mogu zanemariti. Razvoj poremećaja u prehrani može se promatrati kao proces koji se sastoji od tri stadija (Cooper, 1995, prema Ambrosi-Randić, 2004). Početni stadij je vrijeme od rođenja do pojave prethodnika u ponašanju. Tijekom tog razdoblja je pojedinac izložen rizičnim faktorima koji se pojavljuju prije samog nastupa poremećaja hranjenja. Drugi stadij je razdoblje od razvoja prethodnika u ponašanju do jasnog nastupa poremećaja. U najvećem broju slučajeva prethodnik u ponašanju je dijeta. U tom razdoblju je povećana opasnost od poremećaja hranjenja ako se uz dijetu javljaju i precipitirajući faktori, koji mogu biti dio normalnog razvoja kao nastup puberteta i napuštanje roditeljskog doma, ali i negativni događaji kao smrt bliske osobe i bolest. U trećem stadiju održavajući faktori u interakciji sa zaštitnim određuju kada će poremećaj nastupiti i hoće li se učvrstiti.

### 2.2.1. Klasifikacija poremećaja u prehrani

#### 2.2.1.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza je vrlo težak poremećaj s nerijetko teškim posljedicama. To je poremećaj u kojemu osobe teže mršavosti koja rezultira ozbiljnim gubitkom na težini. Anoreksiju je moguće dijagnosticirati ako su zadovoljeni sljedeći kriteriji: ograničenje unosa energije u odnosu na zahtjeve (dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i tjelesno zdravlje), intenzivan strah od dobitka na težini ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne težine, smetnje u načinu doživljavanja težine i oblika tijela te pretjerani utjecaj tjelesne težine na samovrednovanje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Moguće je razlikovati dva tipa ovog poremećaja, a to su restriktivni i prejedajuće-purgativni (Bryant-Waugh, 2007). Kod restriktivnog tipa anoreksije nervoze gubitak na težini je uzrokovan smanjenim unosom hrane u organizam, ali osoba nije uključenja u prejedanje ili pražnjenje. Kod prejedajuće-purgativnog tipa anoreksije nervoze osoba je obično uključena u ponašanje prejedanja i pražnjenja, kao što su samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa i diuretika.

Osobe s anoreksijom nervozom imaju potpuno iskrivljen doživljaj vlastitog tijela i uvjerene su da su pretile ili da im je pojedini dio tijela loše oblikovan (Ambrosi-Randić, 2004). Strah od debljanja, koji je uvijek prisutan čimbenik, povećava se gubitkom tjelesne težine. Obuzetost oblikom tijela prisutna je do te mjere da do osobe ne dopiru uvjeravanja od okoline i čini se kao da je osoba izgubila doticaj sa stvarnošću (Vidović, 2009). Smanjenje unosa hrane može dovesti do teških zdravstvenih stanja, ponekad i opasnih po život. Uobičajene su teškoće izostanak menstruacije, smanjenje mišićnog tkiva, gubitak mineralne gustoće kostiju, što posljedično može dovesti do usporenog tjelesnog rasta u adolescenciji (Keel i Levitt, 2006). Zbog drastičnog smanjenja unosa hrane različiti tjelesni sustavi ne mogu normalno funkcionirati. Tako osobe s anoreksijom imaju problema s regulacijom tjelesne temperature, usporenim radom srca, niskim krvnim tlakom, nesanicom, konstipacijom (Keel i Levitt, 2006). Mitchell i Crow (2010) navode i dentalne probleme, kao što su erozija i dekalcifikacija zuba, koji su karakteristični za prejedajuće-purgativni tip anoreksije. Dolazi i do psiholoških smetnji kao što su depresivno raspoloženje, razdražljivost, povlačenje iz društva, opsesivna zabrinutost hranom te smanjena koncentracija (Beaumont, 2002). Kada takve poteškoće ozbiljno otežavaju normalno funkcioniranje tjelesnih sustava, potrebna je hospitalizacija.

#### 2.2.1.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je poremećaj u kojemu osoba u kratkom vremenu pojede veliku količinu hrane, ona pri tome ne može kontrolirati svoje ponašanje, a nakon prejedanja slijedi purgativno ili nepurgativno kompenzacijsko ponašanje (Munjas-Samarin, 2011). Glavna razlika između anoreksije nervoze i bulimije nervoze je u tome što osobe s poremećajem bulimije uglavnom održavaju normalnu tjelesnu težinu i kod njih su uvijek prisutne epizode prejedanja (Beumont, 2002). Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze su: ponavljane epizode prejedanja (karakterizira ih jedenje u određenom vremenskom razdoblju znatno veće količine hrane od one koju bi pojela većina osoba i osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane), ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje sa svrhom prevencije povećanja težine (samoizazvano povraćanje, zloupotreba diuretika), javljanje prejedanja i neodgovarajućeg kompenzacijskog ponašanja najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca, samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela, smetnje se ne javljaju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Pokazatelj gubitka kontrole je nemogućnost suzdržavanja od jedenja ili nemogućnost prestanka jedenja. Postoje dva tipa bulimije, purgativni i nepurgativni tip (Pinhas i sur., 2007). Kod purgativnog tipa osoba uobičajeno pribjegava samoizazvanim povraćanjima ili uporabi laksativa i diuretika. Nepurgativni tip obilježavaju druga neodgovarajuća ponašanja kao što su post ili pretjerano vježbanje, ali osoba ne pribjegava samoizazvanom povraćanju i zloupotrebi laksativa.

Prejedanje se obično odvija u potaji ili što je moguće neprimjetnije te se nastavlja dok osoba nije neugodno ili čak bolno prepuna (Vidović, 1998). Najčešći prethodnik prejedanju su neugodne emocije, zatim interpersonalni stresori, dijeta, neugodni osjećaji povezani s tjelesnom težinom i oblikom tijela te dosada (Beumont, 2002). Kako se nakon prejedanja javlja anksioznost, osobe pribjegavaju samoizazavanom povraćanju kako bi ublažile taj osjećaj (Keel i Levitt, 2006). Kod adolescentica s bulimijom čest je izostanak menstruacije, a učestala kompenzacijska ponašanja dovode do dehidracije organizma te kardiovaskularnih i gastrointestinalnih problema (Pinhas i sur., 2007). Pojavljuje se erozija zuba, oticanje žlijezda slinovnica te nedostatak kalija i elektrolita u organizmu. Osim toga, može se javiti tzv. Russelov znak, odnosno žuljevi i ozljede na šakama i zglobovima prstiju kao posljedice upotrebe ruku pri izazivanju povraćanja (Mitchell i Crow, 2010). Ovaj tip oštećenja se u kasnijoj fazi poremećaja više ne primjećuje jer povraćanje postaje gotovo refleksno. Prisutne su i psihičke posljedice pa tako Mitchell i Crow (2010) navode da su bulimične osobe često depresivne i letargične. Unatoč ozbiljnim posljedicama bulimije na život adolescenata, smatra ih se manje ozbiljnima od posljedica anoreksije (Beumont, 2002).

#### 2.2.1.3. Poremećaj s prejedanjem

Prejedanje (eng. *binge eating*) podrazumijeva unos neuobičajeno velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju kojeg prati osjećaj gubitka kontrole (Pokrajac-Bulian i sur., 2009). Ono se često javlja tijekom provođenja dijete. Epizode prejedanja karakteriziraju tri ili više sljedećih obilježja: jedenje brže nego što je uobičajeno, jedenje do osjećaja ispunjenosti, jedenje velike količine hrane i bez osjećaja gladi, jedenje nasamo zbog osjećaja stida, osjećaj gađenja prema samome sebi nakon jedenja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Osim navedenog, kriteriji su i prisutnost izrazite nelagode zbog prejedanja, pojavljivanje prejedanja najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca te nepovezanost prejedanja s neprikladnim kompenzacijskim postupcima i s anoreksijom i bulimijom. Važno je razlikovati pretilost od poremećaja s prejedanjem. Iako zbog unosa velike količine kalorija osobe s poremećajem prejedanja često imaju prekomjernu tjelesnu težinu, sve osobe koje su pretile nemaju poremećaj s prejedanjem. Osjećaj gubitka kontrole se smatra ključnim u razlikovanju prejedanja kao poremećaja u prehrani od prejedanja kao obrasca ponašanja (Grilo, 2002; Keel i Levitt, 2006). Waller (2002) navodi da se prejedanje može javiti kao odgovor na smanjeni unos kalorija tijekom držanja dijete, kao pokušaj reguliranja emocija i neugodnog raspoloženja te kao izbjegavanje suočavanja s neugodnim događajima i stanjima.

Prejedanje je praćeno velikim brojem negativnih posljedica za pojedinca, kao što su zdravstvene poteškoće, psihološke smetnje i poteškoće u socijalnim odnosima (Pokrajac-Bulian i sur., 2009). Osobe s poremećajem prejedanja imaju nisko samopoštovanje, anksiozne su i depresivne (Grilo, 2002). Kako se uz redovito prejedanje javlja i pretilost, kod osoba s poremećajem s prejedanjem javljaju se zdravstvene poteškoće povezane s pretilošću. One uključuju visoki krvni tlak, povišeni kolesterol, probleme u radu srca, respiratorne probleme te dijabetes (Keel i Levitt, 2006). Ipak, kod osoba s poremećajem prejedanja javljaju se i ozbiljnije zdravstvene teškoće od onih povezanih s pretilošću, kao što su depresija i drugi problemi povezani s mentalnim zdravljem (Mason i Lewis, 2014). Iako značajne, posljedice poremećaja s prejedanjem smatraju se manje ozbiljnima od onih anoreksije i bulimije (Mitchell i sur., 2008).

### 2.2.2. Rizični faktori za nastanak poremećaja u prehrani

Rizični faktori se javljaju prije samih poremećaja u prehrani, njihova odsutnost ne isključuje pojavu poremećaja, ali povećava rizik za njihov razvoj. Johnson, Tobin i Steinbert (1989, prema Brookings i Wilson, 1994) su postavili model rizičnih faktora za razvoj poremećaja hranjenja, a to su biološke nepravilnosti, problemi u razvoju, obiteljsko okruženje, osobine ličnosti i sociokulturni utjecaji. Polivy i suradnici (2003) su rizične faktore za nastanak poremećaja hranjenja podijelili sukladno Bronfenbrennerovoj ekološkoj teoriji na individualne, koji mogu biti biološki i psihološki, obiteljske i sociokulturne. Slično navodi i Ambrosi-Randić (2004), koja rizične poremećaje dijeli na biološke, psihološke i socijalne, ali faktore vezane uz obitelj prikazuje unutar socijalnih faktora, a ne kao zasebnu skupinu.

U skupinu bioloških faktora se mogu ubrojiti genetska predispozicija i smetnje u lučenju hormona i neurotransmitera (Polivy i sur. 2003) te dob, spol, pubertetske promjene i veća tjelesna težina (Ambrosi-Randić, 2004). Kada se promatra genetska predispozicija, povećan rizik za razvoj poremećaja hranjenja zapažen je kod bliskih srodnika i jednojajčanih blizanaca pa se u bliskoj obitelji često nalaze osobe s poremećajem jedenja (Vidović, 2009). Smetnje u lučenju hormona i neurotransmitera odnose se na deregulaciju serotonina koji kontrolira uzimanje hrane, te na razinu hormona testosterona, pri čemu se njegova smanjenja razina dovodi u vezu s poremećajima hranjenja (Polivy i sur., 2003). Kada se promatra dob kao rizični faktor, razdoblje rane adolescencije može se smatrati rizičnim za razvoj poremećaja hranjenja jer su kod djevojčica osnovnoškolske dobi rezultati na mjerenjima odstupajućih navika konzistentno visoki pa tako svaka deseta djevojčica pokazuje neka odstupanja u navikama hranjenja, kao što su provođenje dijete, strah od debljanja ili pretjerano razmišljanje o hrani (Knez i sur., 2008). Poremećaji u prehrani se tipično vežu uz ženski spol te su deset puta učestaliji kod žena (Smink i sur., 2012). Kada se promatra tjelesna težina kao rizični faktor za razvoj poremećaja hranjenja, rezultati istraživanja pokazuju kako realna tjelesna težina nema značajni učinak na zadovoljstvo vlastitim tijelom, dok percipirana težina ima značajne učinke na zadovoljstvo tijelom, dijetu i zadirkivanje zbog težine (Reiter i Davis, 2004; Ambrosi-Randić, 2004). Kod osoba s poremećajem hranjenja prisutna je izrazita zabrinutost zbog težine koja se pokušava smanjiti i kontrolirati. Haines i suradnici (2010) su u svome istraživanju potvrdili zabrinutost tjelesnom težinom kao najznačajniji rizični faktor za razvoj poremećaja u prehrani. Stice (2002b) navodi da se tjelesna težina može smatrati rizičnim faktorom za pritisak prema mršavosti, nezadovoljstvo vlastitim tijelom te držanje dijete i da tako ima veću ulogu u promicanju drugih rizičnih faktora za nastanak poremećaja hranjenja nego u poticanju i održavanju samih poremećaja hranjenja.

Skupina psiholoških faktora je najbrojnija skupina faktora u nastanku poremećaja hranjenja. Ambrosi-Randić (2004) između njih posebno ističe sniženo samopoštovanje, depresivnost, nezadovoljstvo vlastitim tijelom te negativni verbalni komentar ili zadirkivanje. Polivy i sur. (2003) kao psihološke faktore također ističu emocionalne faktore, nezadovoljstvo tijelom, ali psihološkim faktorima pridružuju i držanje dijete te sudjelovanje u aktivnostima koje naglašavaju težinu i oblik tijela. Depresivnost i nisku razinu samopoštovanja kao rizične faktore za razvoj poremećaja u prehrani potvrđuju i Stice i suradnici (2002) u svome istraživanju. Kao jedan od najznačajnijih rizičnih faktora za razvoj poremećaja hranjenja ističe se nezadovoljstvo tijelom (Slevec i Tiggemann, 2011, prema Brausch i Muehlenkamp, 2014). Nezadovoljstvo tijelom je poremećaj predodžbe o tijelu, pri čemu je osoba nezadovoljna specifičnim dijelovima tijela ili svojim tjelesnim izgledom u cjelini. Mnogi mladi koji su nezadovoljni svojom tjelesnom težinom i svojim tijelom pribjegavaju vježbanju i dijeti. Istraživanje provedeno 2004. godine pokazuje da je jedna od četiri učenica srednje škole u SAD-u koje su sudjelovale u ispitivanju uključena u nezdrave i odstupajuće navike hranjenja ili držanje dijete (Forman-Hoffman, 2004, prema Brausch i Muehlenkamp, 2014). Ambrosi-Randić (2001) iznosi rezultate istraživanja provedenih na učenicima osnovnih i srednjih škola u Hrvatskoj i navodi da 31% ispitanica i 18,4% ispitanika drži umjerenu dijetu, dok je 9,3% ispitanica i 4,1% ispitanika na ekstremnoj dijeti. Nezadovoljstvo tijelom i držanje dijete povezuje se sa sudjelovanjem u sportskim aktivnostima koje naglašavaju vitkost kao preduvjet za poboljšanje izvedbe, kao što su gimnastika, balet, umjetničko klizanje. Sudjelovanje u takvim aktivnostima smatra se rizičnim faktorom za razvoj poremećaja hranjenja (Garner i sur., 1998, prema Polivy, 2003).

Sociokulturni rizični faktori objedinjuju izloženost medijima, komentare i pritiske na vitkost doživljene u obiteljskim i vršnjačkim kontekstima te su povezani s internalizacijom poruka i vrijednosti vezanih uz vitkost, kao i procesima socijalne usporedbe (Tylka i Hill, 2004, prema Munjas-Samarin, 2011). Važnost sociokulturnih utjecaja potvrđuju Pokrajac-Bulian i suradnici (2008), koji u istraživanju među hrvatskim studenticama nalaze da sociokulturni utjecaji povećavaju vjerojatnost internalizacije ideala vitkosti, pri čemu internalizacija vitkosti posredno povećava vjerojatnost odstupajućih navika hranjenja i provođenja dijete. Grogan (1999) navodi kako je idealizacija mršavosti i vitkog tijela žena fenomen koji se pojavio u prvoj polovici dvadesetog stoljeća kao rezultat uspješnog marketinga modne industrije. Postoji i povećan društveni interes za tjelesni izgled muškaraca, kojima se nameće mišićavost te mezomorfan izgled tijela. Stice (2002, prema Pokrajac-Bulian i sur., 2004) nalazi da su internalizacija vitkosti kao ideala ljepote i percipirani pritisak ka mršavosti od strane obitelji, prijatelja, partnera i medija

prediktori porasta tjelesnoga nezadovoljstva u djevojaka od 14 do 17 godina. Važno je spomenuti kulturalne razlike u idealima tjelesnog izgleda. Dok zapadna razvijenija društva više vrednuju mršavost i vitkost, manje razvijena i siromašnija društva češće više vrednuju tijelo s oblinama jer se mršavost u takvim kulturama povezuje sa siromaštvom i bolestima (Grogan, 1999). Međutim, istraživanja pokazuju i da zemlje u razvoju usvajaju sve više vrijednosti dominantne, zapadne kulture (Wilfley i Rodin, 1995, prema Pokrajac-Bulian i sur., 2004). U zapadnoj kulturi je mršavost postala simbol uspjeha i privlačnosti, dok gojaznost prate negativni stereotipi. Tiggemann i Rothblum (1988, prema Grogan, 1999) su proveli istraživanje na velikoj grupi američkih i australskih studenata o njihovim stereotipima prema vitkim i pretilim osobama. Studenti su izvijestili o negativnim stereotipima prema pretilim osobama. Iako osobe prekomjerne težine opisuju kao tople i prijateljski orijentirane, također ih smatraju manje sretnima, sklonima prepuštanju užitcima, osobama s manjkom samopoštovanja i samokontrole, lijenima i manje atraktivnima u odnosu na vitke. Ti stereotipi su bili izraženiji prema pretilim osobama ženskog spola.

Mediji, zbog svoje popularnosti i raširenosti, vrlo učinkovito promoviraju ideal mršavosti koji je za većinu osoba nedostižan. Unatoč tome, on se prikazuje kao ostvariv za svakog pojedinca uz malo truda. Često se u medijima nalaze savjeti kako postati vitkiji te kako poboljšati svoj tjelesni izgled, što se dovodi u vezu s uspjehom, zdravljem i popularnošću. Prikazivanje takvog naizgled savršenog tjelesnog izgleda izaziva želju za postizanjem istoga, posebno kod adolescenata koji se suočavaju s promjenama u vlastitom tjelesnom izgledu. Usporedno sa širenjem ideala o mršavosti progresivno se povećava tjelesna težina mladih, što dovodi do sve većeg udaljavanja između realnog i idealnog tjelesnog izgleda (Ambrosi-Randić, 2004). Takav nesrazmjer može imati ozbiljne posljedice na zadovoljstvo vlastitim tijelom. Istraživanja pokazuju da je dulje vrijeme provedeno gledajući televizijske emisije i glazbene video spotove te čitajući ženske časopise u pozitivnoj korelaciji s negativnom slikom tijela kod adolescentica (Durkin i Paxton, 2002; Tiggemann i Pickering, 1996, prema Gillen, 2006). Taylor i suradnici (1998, prema Ambrosi-Randić, 2004) su proveli istraživanje na učenicima od 4. do 8. razreda osnovnih škola o utjecaju medija na zabrinutost zbog težine. Utvrdili su da nastojanja djevojaka da izgledaju kao djevojke s televizije predstavljaju značajan prediktor zabrinutosti zbog težine. Međutim, izloženost takvom medijskom utjecaju neće utjecati na poremećaj slike tijela, odstupajuće navike hranjenja te, naposljetku, i na razvoj poremećaja u prehrani kod svih adolescenata. Stice i suradnici (Stice, 2002a) su proveli eksperiment i došli do zaključka da izloženost medijskom sadržaju koje promovira ideal vitkosti utječe na povećanje nezadovoljstva tijelom, držanje dijete, neugodno

raspoloženje i bulimične simptome, ali samo kod adolescentica koje su i ranije pokazivale nezadovoljstvo tijelom, koje su izložene socijalnom pritisku prema mršavosti te koje imaju manjak socijalne podrške u okolini. To potvrđuje i meta analiza Groesz i suradnika (2002), koji nalaze da nezadovoljstvo tijelom značajno raste nakon izloženosti slikama vitkih modela u odnosu na izloženost drugim slikama, pri čemu je utjecaj izraženiji kod djevojaka mlađih od 19 godina i onih koje su i inače nezadovoljne svojim tijelom.

Obitelj također može utjecati na povećanu zabrinutost adolescenata svojim vlastitim tjelesnim izgledom tako što uveličava socijalni pritisak prema mršavosti. Haines i suradnici (2010) su potvrdili negativne verbalne komentare o tjelesnom izgledu od strane roditelja kao rizičan faktor za razvoj poremećaja u prehrani kod adolescenata. Iako roditelji općenito pozitivno procjenjuju izgled svoje djece, porastom dobi djeteta, a posebno u adolescenciji, povratne informacije roditelja postaju negativnije, osobito prema adolescenticama (Pokrajac-Bulian i sur., 2004). To se može dovesti u vezu s idealizacijom mršavosti i vitkosti ženskog tijela u razvijenijim kulturama. Nadalje, i utjecaj vršnjaka je značajan na zadovoljstvo vlastitim tijelom. Zbog važnosti i prirode vršnjačkih odnosa u adolescenciji, adolescentice mogu pokazivati sličnost u internalizaciji vitkosti, zadovoljstvu tijelom i odstupajućim navikama hranjenja (Keel i Forney, 2013).

Uvidom u istraživanja rizičnih faktora za razvoj poremećaja u prehrani vidljivo je da na razvoj poremećaja utječe više različitih čimbenika i ni jedan od njih ne može samostalno u potpunosti objasniti nastanak poremećaja u prehrani. Dakle, razvoju poremećaja u prehrani pridonosi interakcija bioloških i psiholoških faktora u obiteljskom i sociokulturnom okruženju koje naglašava ideal mršavosti. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se dobio uvid u to u kojoj mjeri i na koji način pojedini od faktora doprinosi razvoju poremećaja.

# III. METODOLOGIJA EMPIRIJSKOG ISTRAŽIVANJA

## 3.1. Cilj, problem i hipoteze istraživanja

Ovaj rad se bavi istraživanjem učestalosti poremećaja u prehrani kod adolescenata te rizičnih čimbenika za razvoj tih poremećaja. Cilj rada je ispitati učestalost ponašanja i stavova karakterističnih za poremećaje u prehrani kod srednjoškolaca s obzirom na spol i dob te njihovu moguću povezanost s odnosom s roditeljima i vršnjacima te stavovima srednjoškolaca o vlastitom tjelesnom izgledu.

Nezavisne varijable su sociodemografska obilježja ispitanika, koja uključuju dob, spol, školski uspjeh te život u obitelji. Zavisne varijable uključuju poremećaje u prehrani, odnosno ponašanja i stavove karakteristične za pojedine poremećaje u prehrani, odnos adolescenata s obitelji i vršnjacima te njihove stavove o vlastitom tjelesnom izgledu. Problem istraživanja je učestalost poremećaja u prehrani kod adolescenata i razlika s obzirom na sociodemografska obilježja, odnose s roditeljima i vršnjacima te stavove o tjelesnom izgledu.

Oblikovane su sljedeće hipoteze:

**H1:** Očekuju se statistički značajne razlike između ispitanika u prisutnosti poremećaja u prehrani s obzirom na sociodemografska obilježja.

**H2:** Očekuju se statistički značajne razlike u stavovima o vlastitom tjelesnom izgledu s obzirom na spol.

**H3:** Očekuje se da su ponašanja karakteristična za poremećaje u prehrani prisutnija kod ispitanika koji su nezadovoljniji vlastitim tjelesnim izgledom.

**H4:** Očekuje se značajna povezanost između odnosa adolescenata s obitelji i vršnjacima te poremećaja u prehrani.

## 3.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na uzorku od 148 učenika u dobi između 15 i 18 godina. Ispitanici su učenici prvih i četvrtih razreda srednje škole. Istraživanje je provedeno u Medicinskoj školi u Osijeku. Ispitani su učenici dva prva razreda smjera medicinska sestra/tehničar opće njege i jedan prvi razred smjera zdravstvene gimnazije te tri četvrta razreda smjera medicinska sestra/tehničar opće njege. Od ukupnog broja učenika ispitano je 111 učenica (75%) te 37 učenika (25%).

## 3.3. Postupak

Ispitivanje je provedeno u navedenoj školi u prvom polugodištu školske godine 2015./2016. Nakon službene najave o istraživanju, razredi i vrijeme provedbe istraživanja odabrani su u dogovoru s pedagoginjom i psihologinjom. Ispitivanje je provedeno na početku ili na kraju nastavnog sata ili sata razrednika. Učenici su prije provedbe istraživanja bili upoznati sa svrhom istraživanja te im je dana uputa o načinu ispunjavanja anketnih upitnika.

Dobiveni podatci su obrađeni uz pomoć statističkog programa za računalnu obradu podataka (SPSS) postupcima deskriptivne i inferencijalne statistike. Primijenjen je T-test za nezavisne uzorke te korelacijska analiza.

## 3.4. Instrumenti

Za provedbu istraživanja izrađen je anketni upitnik. Anketni upitnik sadrži ukupno 40 pitanja, koja su podijeljena u 5 dijelova. Prvi dio se sastoji od 6 pitanja koja se odnose na sociodemografske podatke, odnosno spol, dob, školski uspjeh, naobrazbu roditelja te život u obitelji. Drugi dio upitnika čine slikovni prikazi muškog i ženskog tijela, poredanih od najmršavijeg do najdebljeg. Ispitanici odabiru sliku za koju procjenjuju da najbolje prikazuje njihov trenutni tjelesni izgled te onu koja prikazuje njihov željeni izgled. Na odabranom crtežu svog trenutnog tjelesnog izgleda označavaju dio tijela kojim su najmanje zadovoljni (lice, ramena, ruke, prsa, trbuh, bokovi i stražnjica, noge). Treći dio upitnika čini 7 tvrdnji o odnosima u obitelji, a četvrti dio 5 tvrdnji o odnosima s vršnjacima. U oba dijela korištena je Likertova skala od 5 stupnjeva (1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek). Posljednji dio upitnika odnosi se na poremećaje u prehrani i stavove o vlastitom tjelesnom izgledu. Sadrži 20 tvrdnji o nezadovoljstvu vlastitim tijelom te o ponašanjima i stavovima karakterističnim za anoreksiju, bulimiju, poremećaj s prejedanjem i ortoreksiju. U tom dijelu je također korištena Likertova skala od 5 stupnjeva (1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek).

# IV. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

## 4.1. Sociodemografski podatci

Istraživanje je provedeno na ukupno 148 učenika srednje medicinske škole. Od toga je ispitano 111 djevojaka (75%) i 37 mladića (25%). Ispitani su učenici tri prva i tri četvrta razreda. Ukupno je ispitano 66 učenika prvih razreda (44,6%) i 82 učenika četvrtih razreda (55,4%). Najviše je učenika u dobi od 18 godina (48,6%). Školski uspjeh učenika odnosio se na uspjeh prethodne školske godine, pri čemu je najveći broj učenika postigao odličan školski uspjeh (66.9%), dok nitko od ispitanika nije naveo da je školsku godinu završio ocjenom dovoljan ili nedovoljan. Navedeni podaci vidljivi su u tablicama 1, 2 i 3.

**Tablica 1. Broj ispitanika prema spolu**

| Spol | N | % |
|---|---|---|
| Muški | 37 | 25 |
| Ženski | 111 | 75 |
| ∑ | 148 | 100 |

**Tablica 2. Broj ispitanika prema dobi**

| Dob | N | % |
|---|---|---|
| 15 | 65 | 43,9 |
| 16 | 1 | 0,7 |
| 17 | 10 | 6,8 |
| 18 | 72 | 48,6 |
| ∑ | 148 | 100 |

**Tablica 3. Školski uspjeh ispitanika**

| Školski uspjeh | N | % |
|---|---|---|
| odličan | 99 | 66,9 |
| vrlo dobar | 41 | 27,7 |
| dobar | 8 | 5,4 |
| dovoljan | 0 | 0 |
| nedovoljan | 0 | 0 |
| ∑ | 148 | 100 |

Analiza obiteljske strukture pokazuje da većina ispitanika živi s oba roditelja (86,5%), dok su ostali ispitanici naveli da žive s jednim roditeljem, majkom (10,1%) ili ocem (3,4%). Roditelji većine ispitanika imaju srednju stručnu spremu, 68,9% majki i 72,3% očeva. Podatci su prikazani u tablicama 4, 5 i 6.

**Tablica 4. Život ispitanika u obitelji**

| Život u obitelji | N | % |
|---|---|---|
| oba roditelja | 128 | 86,5 |
| majka | 15 | 10,1 |
| otac | 5 | 3,4 |
| ∑ | 148 | 100 |

**Tablica 5. Naobrazba oca ispitanika**

| Naobrazba oca | N | % |
|---|---|---|
| NKV | 1 | 0,7 |
| KV | 10 | 6,8 |
| SSS | 107 | 72,3 |
| VŠS | 18 | 12,2 |
| VSS | 12 | 8 |
| ∑ | 148 | 100 |

**Tablica 6. Naobrazba majke ispitanika**

| Naobrazba majke | N | % |
|---|---|---|
| NKV | 3 | 2 |
| KV | 20 | 13,5 |
| SSS | 102 | 68,9 |
| VŠS | 8 | 5,4 |
| VSS | 15 | 10,1 |
| ∑ | 148 | 100 |

## 4.2. Deskriptivna statistika odabranih dimenzija ispitivanih varijabli

Na slikovnom prikazu muškog i ženskog tijela, najveći broj adolescentica (53,2%) je procijenio da njihovom željenom tjelesnom izgledu odgovara slikovni prikaz pod brojem 3 (Prilog 1.). Najviše adolescenata (48,6%) je slikovni prikaz pod brojem 4 odredio kao onaj koji najbolje predstavlja njihov željeni tjelesni izgled. Kada se promatra razlika u procjeni trenutnog i željenog tjelesnog izgleda, najviše djevojaka (48,6%) za svoj željeni tjelesni izgled odabire slikovni prikaz mršavijeg tijela od njihovog trenutnog izgleda, dok njih 38,7% navodi da je njihov željeni tjelesni izgled jednak trenutnome. Najmanji broj djevojaka (12,6%) procjenjuje da njihov željeni tjelesni izgled predstavlja prikaz debljeg tijela od njihovog trenutnog izgleda. Najveći broj adolescenata (54,1%) izjavljuje da je njihov željeni tjelesni izgled jednak njihovom trenutnom izgledu, zatim slijede oni koji odabiru deblji tjelesni izgled (29,7%), a najmanje je onih koji odabiru tjelesni izgled mršaviji od trenutnog (16,2%).

**Tablica 7. Razlika u odabiru željenog tjelesnog izgleda na slikovnom prikazu u odnosu na trenutni tjelesni izgled**

| Spol | | Željeni tjelesni izgled sudionika | | | ∑ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Mršaviji od trenutnog | Jednak trenutnom | Deblji od trenutnog | |
| M | N | 6 | 20 | 11 | 37 |
| | % | 16,2% | 54,1% | 29,7% | 100 % |
| ž | N | 54 | 43 | 14 | 111 |
| | % | 48,6% | 38,7% | 12,6% | 100% |
| | ∑ | 60 | 63 | 25 | 148 |
| | % | 40,6% | 42,6% | 17% | 100% |

Analizom slikovnih prikaza na kojima su ispitanici označavali dijelove tijela kojima su najmanje zadovoljni, dobiveni su sljedeći rezultati. Djevojke su u najvećem broju označavale trbuh (31,5%), zatim noge (28%) te stražnjicu i bokove (20,7%). Kod mladića su najčešće isticana prsa (35,1%) te noge (21,6%) i trbuh (18,9%). Rezultati su prikazani u tablici 8.

**Tablica 8. Dio tijela kojim su ispitanici najmanje zadovoljni**

| Spol | | Dio tijela kojim je sudionik najmanje zadovoljan | | | | | | | ∑ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | lice | ramena | ruke | prsa | trbuh | bokovi i stražnjica | noge | |
| M | N | 0 | 6 | 1 | 13 | 7 | 2 | 8 | 36 |
| | % | 0,0% | 16,2% | 2,7% | 35,1% | 18,9% | 5,4% | 21,6% | 100% |
| Ž | N | 3 | 1 | 6 | 14 | 35 | 23 | 29 | 111 |
| | % | 2,7% | 0,9% | 5,4% | 12,6% | 31,5% | 20,7% | 26,1% | 100% |

Rezultati deskriptivne statistike za pitanje vezano uz nezadovoljstvo tijelom adolescenata prikazani su u tablici 9. Zanimljivo je da mali broj učenika (8,8%) procjenjuje da se nikada ne osjeća nezadovoljno vlastitim tijelom. Jaka želja za mršavljenjem nikada nije prisutna kod 34,5% adolescenata, dok je kod 7,4% ispitanika ona prisutna uvijek. Većina ispitanika (58,8%) navodi da nikada ne drži dijetu. Manji broj adolescenata procjenjuje da to čini rijetko (23,6%), 13,5% ponekad, 2,7% često, a najmanji broj ispitanika navodi da uvijek drži dijetu (1,4%). Da se u različitom intenzitetu osjećaju predebelo procijenilo je 52,7% ispitanika.

**Tablica 9. Nezadovoljstvo adolescenata vlastitim tijelom**

| | Osjećam se nezadovoljno vlastitim tijelom | | | | | Σ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nikad | Rijetko | Ponekad | Često | Uvijek | |
| N | 13 | 57 | 50 | 17 | 11 | 148 |
| % | 8,8 | 38,5 | 33,8 | 11,5 | 7,4 | 100 |

Kada se promatraju pitanja vezana uz poremećaj anoreksije, većina (58,8%) navodi kako nikada ne izbjegava jesti kada je gladno. Međutim, na pitanje o svjesnom ograničavanju količine hrane kako bi utjecali na svoj izgled, nešto manji broj ispitanika (46,6%) odgovara da to ne radi nikad. Manji broj adolescenata (34,5%) izjavljuje da je kod njih rijetko i ponekad prisutno pretjerano vježbanje s ciljem smanjenja tjelesne težine, dok njih 65,5% izjavljuje da to ne radi nikad. Tablica 10 prikazuje prisutnost straha od debljanja ili povećanja tjelesne težine kod adolescenata, pri čemu je većina ispitanika (60,8%) izvijestila o prisutnosti takvog straha u različitom intenzitetu.

**Tablica 10. Strah od debljanja ili povećanja tjelesne težine**

| | Bojim se debljanja ili povećanja tjelesne težine. | | | | | Σ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nikad | Rijetko | Ponekad | Često | Uvijek | |
| N | 58 | 31 | 33 | 16 | 10 | 148 |
| % | 39,2 | 20,9 | 22,3 | 10,8 | 6,8 | 100 |

Analiza ponašanja i osjećaja karakterističnih za bulimiju pokazuje da 6,8% ispitanika rijetko i ponekad razmišlja o pokušaju povraćanja nakon obroka, dok jedan ispitanik procjenjuje da o tome razmišlja uvijek. Namjerno korištenje diuretika i laksativa prisutno je rijetko i ponekad kod 3,4% ispitanika. Odgovori na pitanje o namjernom povraćanju hrane nakon obroka kako bi se spriječilo debljanje prikazani su u tablici 11.

**Tablica 11. Učestalost namjernog povraćanja nakon obroka**

| | Namjerno povraćam hranu da bih spriječio/la debljanje. | | | | | Σ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nikad | Rijetko | Ponekad | Često | Uvijek | |
| N | 141 | 4 | 2 | 1 | 0 | 148 |
| % | 95,3 | 2,7 | 1,4 | 0,7 | 0 | 100 |

Rezultati deskriptivne analize pitanja vezanih uz poremećaj s prejedanjem pokazuju da većina adolescenata (75,7%) nikada ne osjeća gađenje i depresivnost nakon obroka zbog količine hrane. Procjena o učestalosti konzumiranja prevelike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju prikazana je u tablici 12. Većina adolescenata (54,9%) navodi kako ne osjeća gubitak kontrole nad time koliko jede.

**Tablica 12. Učestalost konzumiranja prevelike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju**

| | U kratkom vremenskom razdoblju jedem preveliku količinu hrane. | | | | | Σ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nikad | Rijetko | Ponekad | Često | Uvijek | |
| N | 26 | 49 | 51 | 15 | 7 | 148 |
| % | 17,6 | 33,1 | 34,5 | 10,1 | 4,7 | 100 |

Kada se promatraju pitanja vezana za poremećaj ortoreksije, većina adolescenata (85,8%) izjavljuje da nikada ne provjerava broj kalorija i nutritivnu vrijednost prehrambenih proizvoda, dok njih 2,8% to čini često ili uvijek. Najveći broj adolescenata procjenjuje da ponekad konzumira samo zdravu hranu (48,6%). Manji broj adolescenata zdravu hranu konzumira rijetko (24,3%) te nikad (10,1%), dok 15,5% procjenjuje da ju konzumira često. Odgovori na pitanje o tome koliko često adolescenti slijede stroga pravila u prehrani prikazani su u tablici 13.

**Tablica 13. Učestalost pridržavanja strogih pravila u prehrani**

| | Slijedim stroga pravila u prehrani (unos kalorija, vrsta namirnica, vrijeme obroka). | | | | | Σ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nikad | Rijetko | Ponekad | Često | Uvijek | |
| N | 114 | 14 | 13 | 3 | 4 | 148 |
| % | 77 | 9,5 | 8,8 | 2 | 2,7 | 100 |

## 4.3. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke

### 4. 3. 1. Rezultati t-testa s obzirom na spol ispitanika

Prije provedbe analize t-testom, tvrdnje Likertovih skala zbrojene su u svrhu dobivanja novih varijabli. Dobivene su varijable odnos s roditeljima i odnos s vršnjacima te varijable nezadovoljstvo tijelom, anoreksija, bulimija, poremećaj s prejedanjem i ortoreksija.

Kako bi se analizirala značajnost razlika između ispitanika s obzirom na spol, provedena je analiza t-testom za nezavisne uzorke na varijablama odnos s roditeljima i vršnjacima, nezadovoljstvo tijelom, anoreksija, bulimija, poremećaj s prejedanjem i ortoreksija. Analizom rezultata nije utvrđena statistički značajna razlika između ispitanika s obzirom na spol na varijablama odnos s roditeljima, odnos s vršnjacima te ortoreksija. Statistički značajna razlika s obzirom na spol utvrđena je na varijabli nezadovoljstvo tijelom, a podatci su navedeni u tablici 14.

**Tablica 14. T-test prema spolu s obzirom na nezadovoljstvo tijelom**

| Varijabla | Spol | N | AS | SD | t |
|---|---|---|---|---|---|
| Nezadovoljstvo tijelom | muški | 37 | 6,27 | 2,05 | -5,05*** |
| | ženski | 111 | 9,44 | 3,62 | |

Bilješka: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

T-testom za nezavisne uzorke utvrđena je statistički značajna razlika (t=-5,05, p<0,001) s obzirom na spol na varijabli anoreksije. Tako su ponašanja i osjećaji koji su karakteristični za anoreksiju prisutniji kod djevojaka (AS=9,44) nego kod mladića (AS=6,27). Rezultati su prikazani u tablici 15.

**Tablica 15. T-test prema spolu s obzirom na anoreksiju**

| Varijabla | Spol | N | AS | SD | t |
|---|---|---|---|---|---|
| Anoreksija | muški | 37 | 5,49 | 1,91 | -4,44*** |
| | ženski | 111 | 7,91 | 3,13 | |

Bilješka: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

U pitanjima vezanim za ponašanja karakteristična za bulimiju, t-testom za nezavisne uzorke utvrđena je statistički značajna razlika ($t=-2,66$, $p<0,01$) s obzirom na spol. Ponašanja i osjećaji karakteristični za bulimiju prisutniji su kod adolescentica (AS=6,62), nego kod adolescenata (AS=5,62). T- testom za nezavisne uzorke utvrđena je i statistički značajna razlika ($t=-2,07$, $p<0,05$) s obzirom na spol na varijabli poremećaj s prejedanjem. Navedeni rezultati vidljivi su u tablici 16.

**Tablica 16. T-test prema spolu s obzirom na bulimiju i poremećaj s prejedanjem**

| Varijabla | Spol | N | AS | SD | t |
|---|---|---|---|---|---|
| Bulimija | muški | 37 | 5,62 | 0,92 | -2,66** |
| | ženski | 111 | 6,62 | 2,22 | |
| Poremećaj s prejedanjem | muški | 37 | 5,08 | 1,77 | -2,07* |
| | ženski | 111 | 5,96 | 2,39 | |

Bilješka: $p<0,05$*; $p<0,01$**; $p<0,001$***

### 4. 3. 1. Rezultati t-testa s obzirom na dob ispitanika

Osim analize t-testom za nezavisne uzorke s obzirom na spol, podatci su analizirani t-testom s obzirom na dob ispitanika. Varijabla dob učenika je rekodirana, pri čemu su ispitanici razvrstani u 2 skupine, mlađe i starije. Mlađi adolescenti su oni koji imaju 15 i 16 godina te stariji oni koji imaju 17 i 18 godina.

Rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob u pitanjima vezanim za odnos s roditeljima i odnos s vršnjacima te za nezadovoljstvo tijelom. Statistički značajna razlika ($t=2,45$, $p<0,05$) utvrđena je samo kod jedne tvrdnje vezane za odnos s obitelji, *Članovi moje obitelji se dobro slažu*. Mlađi adolescenti (AS=4,45) u većoj mjeri procjenjuju da se članovi njihove obitelji dobro slažu, nego stariji adolescenti (AS=4,15).

U pitanjima vezanima uz ponašanja i osjećaje karakteristične za pojedine poremećaje u prehrani, t-testom za nezavisne varijable utvrđena je statistički značajna razlika ($t=2,5$, $p<0,05$) na varijabli ortoreksije. Tako su kod mlađih adolescenata (AS=2,96) u većoj mjeri prisutna ponašanja i osjećaji karakteristični za ortoreksiju, nego kod starijih adolescenata (AS=2,1). Rezultati su prikazani u tablici 17.

**Tablica 17. T-test prema dobi s obzirom na ortoreksiju**

| Varijabla | Dob | N | AS | SD | t |
|---|---|---|---|---|---|
| Ortoreksija | Mlađi | 66 | 7,5 | 2,96 | 2,5* |
| | Stariji | 82 | 6,4 | 2,1 | |

Bilješka: $p<0,05$*; $p<0,01$**; $p<0,001$***

U pitanjima vezanim uz anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem statistički značajna razlika ($t=0,001$, $p<0,01$) utvrđena je samo kod jedne tvrdnje koja se odnosi na pretjerano vježbanje s ciljem mršavljenja. Mlađi adolescenti (AS=1,71) izjavljuju da češće pretjerano vježbaju kako bi smršavili, nego stariji adolescenti (AS=1,33).

## 4.4. Korelacijska analiza

Prije provedbe korelacijske analize, tvrdnje Likertove skale zbrojene su u nove varijable. Tako je istraživana povezanost između varijabli odnos u obitelji i odnos s vršnjacima te nezadovoljstva tijelom, anoreksije, bulimije, poremećaja s prejedanjem i ortoreksije. Ispitivana je i povezanost naobrazbe roditelja, broja braće i sestara i školskog uspjeha učenika te poremećaja u prehrani, no nije utvrđena statistički značajna povezanost između navedenih varijabli.

Statistički značajna povezanost nije utvrđena između odnosa s vršnjacima i poremećaja u prehrani te nezadovoljstva vlastitim tijelom. Utvrđena je povezanost samo između jedne tvrdnje koja se tiče odnosa s vršnjacima, *Volim se družiti s vršnjacima*. Postoji negativna niska korelacija između navedene tvrdnje o odnosu s vršnjacima i nezadovoljstva tijelom ($r=-0,27$, $p<0,01$), bulimije ($r=-0,27$, $p<0,01$) te poremećaja s prejedanjem ($r=-0,21$, $p<0,01$). Rezultati su prikazani u tablici 18.

**Tablica 18. Korelacijska analiza druženja s vršnjacima i nezadovoljstva tijelom, bulimije i poremećaja s prejedanjem**

| Varijabla | | Nezadovoljstvo tijelom | Bulimija | Poremećaj s prejedanjem |
|---|---|---|---|---|
| Volim se družiti s vršnjacima | r | -0,27** | -0,27** | -0,21* |
| | N | 148 | 148 | 148 |

Bilješka: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

Analizom povezanosti odnosa u obitelji i poremećaja u prehrani utvrđena je negativna niska korelacija ($r=-0,18$, $p<0,05$) odnosa u obitelji i bulimije. Rezultati su vidljivi u tablici 19. Za ostale poremećaje u prehrani nije utvrđena povezanost s odnosima u obitelji.

**Tablica 19. Korelacijska analiza odnosa u obitelji i bulimije**

| Varijabla | | Bulimija |
|---|---|---|
| Odnosi u obitelji | r | -0,18* |
| | N | 148 |

Bilješka: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

Pri ispitivanju povezanosti između nezadovoljstva tijelom i poremećaja u prehrani, zanimljivo je da značajna povezanost nije utvrđena samo između nezadovoljstva tijelom i ortoreksije. Nezadovoljstvo tijelom je u pozitivnoj visokoj korelaciji s anoreksijom ($r=0,76$, $p<0,001$) i

bulimijom (r=0,63, p<0,001) te u pozitivnoj umjerenoj korelaciji s poremećajem s prejedanjem (r=0,58, p<0,001). Podatci su prikazani u tablici 20.

**Tablica 20. Povezanost nezadovoljstva tijelom i anoreksije, bulimije te poremećaja s prejedanjem**

| Varijabla | | Anoreksija | Bulimija | Poremećaj s prejedanjem |
|---|---|---|---|---|
| Nezadovoljstvo tijelom | r | 0,76*** | 0,63*** | 0,58*** |
| | N | 148 | 148 | 148 |

Bilješka: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

Korelacijskom analizom istraživana je povezanost između pojedinih poremećaja u prehrani. Statistički značajna pozitivna povezanost utvrđena je između anoreksije i drugih poremećaja u prehrani, odnosno bulimije (r=0,55, p<0,001), poremećaja s prejedanjem (r=0,5, p<0,001) i ortoreksije (r=0,31, p<0,001). Pozitivna povezanost utvrđena je i između bulimije i poremećaja s prejedanjem (r=0,62, p<0,001). Ortoreksija je u pozitivnoj korelaciji samo s anoreksijom (r=0,31, p<0,001). Navedeni podatci su prikazani u tablici 21.

**Tablica 21. Analiza korelacije između pojedinih poremećaja u prehrani**

| Varijabla | | Anoreksija | Bulimija | Poremećaj s prejedanjem | Ortoreksija |
|---|---|---|---|---|---|
| Anoreksija | r | 1 | 0,55*** | 0,5*** | 0,31*** |
| | N | 148 | 148 | 148 | 148 |
| Bulimija | r | 0,55*** | 1 | 0,62*** | 0,006 |
| | N | 148 | 148 | 148 | 148 |
| Poremećaj s prejedanjem | r | 0,5*** | 0,62*** | 1 | 0,04 |
| | N | 148 | 148 | 148 | 148 |
| Ortoreksija | r | 0,31*** | 0,01 | 0,04 | 1 |
| | N | 148 | 148 | 148 | 148 |

Bilješka: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

# V. RASPRAVA

Provedenim istraživanjem htjela se ispitati učestalost poremećaja u prehrani s obzirom na spol, dob i život u obitelji te povezanost odnosa s roditeljima i vršnjacima, stavova o vlastitom tjelesnom izgledu i poremećaja u prehrani.

**H1: Očekuju se statistički značajne razlike između ispitanika u prisutnosti poremećaja u prehrani s obzirom na sociodemografska obilježja.**

Utvrđena je statistički značajna razlika u prisutnosti većine poremećaja u prehrani s obzirom na spol. Djevojke su većoj mjeri iskazivale o prisutnosti ponašanja i osjećaja karakterističnih za anoreksiju ($p<0,001$), bulimiju ($p<0,01$) i poremećaj s prejedanjem ($p<0,05$). Veću pojavnost navedenih poremećaja u prehrani kod osoba ženskog spola potvrđuju i druga istraživanja (Pokrajac-Bulian i sur., 2007; Preti i sur., 2009; Micali i sur., 2013; Smink, 2014). Za razliku od istraživanja Doninija i suradnika (2004) te Fidana i suradnika (2010), koji su utvrdili veću prevalenciju ortoreksije među osobama muškog spola, u ovom istraživanju nije utvrđena statistički značajna razlika prema spolu u prisutnosti ortoreksije. Razlozi zašto anoreksija, bulimija i poremećaj s prejedanjem više pogađaju osobe ženskog spola nisu poznati. Objašnjenje je moguće pronaći u društvenom pritisku prema mršavosti u razvijenijim zemljama koji je najviše usmjeren na osobe ženskog spola. Posebno je to izraženo u ranoj adolescenciji kada identitet još nije u potpunosti razvijen i definiran pa adolescenti sebe procjenjuju na temelju tjelesnog izgleda. Kako su djevojke u ranoj adolescenciji suočene s brojnim tjelesnim promjenama, između ostalog i s povećanjem masnih naslaga, često se njihov tjelesni izgled u tom razdoblju udaljava od društvenog ideala ženskog tijela. Adolescentice tako često pribjegavaju provođenju dijete, izbjegavanju obroka te drugim odstupajućim navikama hranjenja kako bi postigle mršavost, koja se smatra sinonimom ljepote.

Statistički značajna razlika prema dobi ($p<0,05$) utvrđena je samo u prisutnosti ortoreksije. Kod mlađih adolescenata, odnosno kod onih u dobi od 15 i 16 godina, veća je prisutnost ponašanja i osjećaja karakterističnih za ortoreksiju. Smanjenje prisutnosti ortoreksije s povećanjem dobi potvrđuju Fidan i suradnici (2010). Suprotno tome, Donini i suradnici (2004) navode kako se prevalencija ortoreksije povećava s dobi. Različiti rezultati upućuju na neistraženost poremećaja ortoreksije, s obzirom da je riječ o relativno kasno definiranom poremećaju u prehrani. Zanimljivo je da u ovom istraživanju nisu utvrđene razlike prema dobi u prisutnosti ponašanja i osjećaja karakterističnih za anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem, suprotno istraživanju Pokrajac-Bulian i suradnika (2007) koje potvrđuje veću učestalost simptoma poremećaja hranjenja kod mlađih adolescenata. Dobne razlike pri istraživanju odstupajućih navika hranjenja u adolescenciji

nisu utvrđene u istraživanju Ambrosi-Randić (2001). Takvi rezultati mogu se pripisati tome da se kao vrhunac nastanka poremećaja u prehrani smatra razdoblje od 15 do 19 godina (Bulik i sur., 2006). Kako je dob učenika u uzorku ovog istraživanja u rasponu od 15 do 18 godina, svi ispitanici su prema dobi smješteni unutar razdoblja vrhunca javljanja poremećaja u prehrani.

Rezultati ovog istraživanja ne pokazuju značajnu povezanost poremećaja u prehrani i naobrazbe roditelja, života s oba ili jednim roditeljem te broja braće i sestara, slično studiji Swanson i suradnika (2011), koji su istražujući fenomen poremećaja u prehrani utvrdili da nema povezanosti anoreksije, bulimije i poremećaja s prejedanjem te naobrazbe roditelja i života u obitelji s oba ili jednim roditeljem.

**H2: Očekuju se statistički značajne razlike u stavovima o vlastitom tjelesnom izgledu s obzirom na spol.**

Ovim istraživanjem utvrđena je statistička značajna razlika u stavovima o vlastitom tjelesnom izgledu s obzirom na spol ($p<0,001$). Djevojke u većoj mjeri iskazuju nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom. Rezultati pokazuju da se 22,5% adolescentica često ili uvijek osjeća nezadovoljno vlastitim tijelom, što je u skladu s istraživanjem Pokrajac-Bulian i suradnika (2007) koji navode da je oko 20% adolescentica i 7% adolescenata nezadovoljno svojim tjelesnim izgledom. Veće nezadovoljstvo tijelom kod osoba ženskog spola potvrđuju i druga istraživanja (Ata i sur., 2007; Zaborskis i sur., 2008).

U ovom je istraživanju između djevojaka i mladića također dobivena značajna razlika ($p<0,01$) u nezadovoljstvu tijelom koje je mjereno slikovnim prikazom. Djevojke su nezadovoljnije tijelom od mladića što je vidljivo pri izboru figura u procjeni željenoga izgleda tijela. Tako većina djevojaka (48,6%) odabire figuru koja je mršavija od figure za koju smatraju da predstavlja njihov trenutni tjelesni izgled, dok je većina mladića odabrala figuru jednaku njihovom trenutnom tjelesnom izgledu. Kod mladića se izbor zatim kreće prema krupnijim figurama, a kod djevojaka prema onoj koja predstavlja njihov trenutni izgled. Ovakvi rezultati su u skladu s istraživanjima Demaresta i Allena (2000), Ate i suradnika (2007) i Pokrajac-Bulian i suradnika (2007) koja su primjenjivala slikovni prikaz u procjeni zadovoljstva tijelom, pri čemu nalaze da je razlika željenog i procijenjenog trenutnog izgleda veća kod adolescentica nego kod adolescenata. Kako bi se bolje razumjelo ovakvo kretanje u nezadovoljstvu tijelom kod adolescenata i adolescentica, zanimljivo je pogledati rezultate vezane za nezadovoljstvo pojedinim dijelovima tijela. U ovome istraživanju, adolescentice su u najvećoj mjeri navodile trbuh, zatim noge te bokove i stražnjicu kao dijelove tijela kojima su najmanje zadovoljne, dok su kod adolescenata to prsa, zatim trbuh i

noge. Takvi rezultati su u skladu s onima koje navode Levine i Smolak (2002). Njih se može objasniti time da su dijelovi tijela koje navode adolescentice upravo oni koji se šire u pubertetu te oni na kojima se nakupljaju masne naslage, čime se adolescentice udaljavaju od društvenog ideala ženskog tjelesnog izgleda. Kako se kod muškaraca prvenstveno naglašava mišićavi tjelesni izgled koji uključuje široka ramena i uži struk, a ne mršavost, adolescenti najčešće navode kako su nezadovoljni gornjim dijelom tijela, odnosno prsima i trbuhom. Razvojne promjene u pubertetu dovode do približavanja adolescenata takvom društvenom idealu muškog tijela pa je razumljivo zašto su zadovoljniji svojim tjelesnim izgledom.

**H3: Očekuje se da su ponašanja karakteristična za poremećaje u prehrani prisutnija kod ispitanika koji su nezadovoljniji vlastitim tjelesnim izgledom.**

Uz poremećaje hranjenja vrlo se često ispituje i nezadovoljstvo tijelom jer predstavlja značajan rizični faktor odstupajućih navika hranjenja i razvoja poremećaja u prehrani (Ambrosi-Randić, 2004). Očekivano, rezultati ovog istraživanja pokazuju da su kod adolescenata koji su nezadovoljniji vlastitim tijelom prisutnija ponašanja i osjećaji karakteristični za anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem ($p<0,001$). Slične rezultate prikazuje studija Hainesa i suradnika (2010), koji su istražujući rizične i zaštitne faktore za poremećaje u prehrani i pretilost utvrdili da su nezadovoljstvo i zabrinutost tjelesnim izgledom značajno povezani s poremećajima u prehrani. Povezanost nezadovoljstva tijelom s provođenjem dijete i poremećajima u prehrani potvrđuju Phares i suradnici (2004) i Wiseman i suradnici (2004). I Pokrajac-Bulian i suradnici (2004) su, istražujući navike hranjenja u adolescenciji kod hrvatskih srednjoškolaca, utvrdili značajnu povezanost između općeg nezadovoljstva tijelom i odstupajućih navika hranjenja.

Zanimljivo je da prisutnost ponašanja i osjećaja karakterističnih za ortoreksiju u ovom istraživanju nije povezana s nezadovoljstvom tijelom kod adolescenata. Kako navode Varga i suradnici (2013), poremećaj ortoreksije je prvenstveno usmjeren na konzumiranje zdrave hrane i održavanje zdravlja, a ne na gubitak kilograma pa stoga nije neobična odsutnost straha od debljanja i nezadovoljstva tijelom uz ponašanja tipična za ortoreksiju.

**H4: Očekuje se značajna povezanost između odnosa adolescenata s obitelji i vršnjacima te poremećaja u prehrani.**

Suprotno očekivanjima, nije utvrđena značajna povezanost kvalitete odnosa u obitelji i ponašanja i osjećaja karakterističnih za anoreksiju, poremećaj s prejedanjem i ortoreksiju. Nadalje, nije utvrđena povezanost niti između nezadovoljstva tijelom i odnosa u obitelji. Iako niska, negativna korelacija ($p<0,05$) utvrđena je samo između odnosa u obitelji i ponašanja i osjećaja

karakterističnih za bulimiju. Jedno od mogućih objašnjenja je da u adolescenciji kvaliteta odnosa i prihvaćenost od vršnjaka postaju važniji od odnosa s roditeljima. Dok su vršnjaci utjecajniji u svakodnevnim stvarima kao što su odijevanje, glazba i izbor prijatelja, roditelji imaju više utjecaja na temeljne životne vrijednosti i planove (Berk, 2008). Moguće objašnjenje ovakvih rezultata donosi i Dalle Grave (2015), koji navodi da je danas najšire prihvaćeno mišljenje da je većina uočenih problema u obiteljima osoba s poremećajem u prehrani zapravo nastala kao posljedica tog poremećaja, a ne da je bila prisutna i prije javljanja poremećaja kao jedan od uzroka. Dakle, problemi u funkcioniranju obitelji mogu se javiti tek nakon što se poremećaj u prehrani razvio kod djeteta, pa tako roditelji mogu pretjerano štititi dijete od vanjskih pritisaka i sprječavati njegovo osamostaljenje ili reagirati previše kritično i neprijateljski (Dalle Grave, 2015).

Iznenađujuće, iako niz istraživanja pokazuje značajnu povezanost odnosa adolescenata s vršnjacima i poremećaja u prehrani, u ovome istraživanju takva povezanost nije utvrđena. Negativna korelacija ($p<0,05$) je utvrđena samo kod tvrdnje koja se odnosi na to vole li se adolescenti družiti s vršnjacima. Ispitanici koji su kod te tvrdnje birali manje vrijednosti, pokazuju veće vrijednosti na varijablama vezanima uz nezadovoljstvo tijelom te ponašanja i osjećaje karakteristične za bulimiju i poremećaj s prejedanjem. Dok Stice i suradnici (2002) navode da bolji odnosi s vršnjacima i osjećaj prihvaćenosti od vršnjaka smanjuje potrebu za konformiranjem idealu mršavosti, Crollova i suradnici (2002) su utvrdili da je prevalencija poremećaja u prehrani veća kod djevojaka koje odnose s vršnjacima smatraju podržavajućima. To može značiti da se adolescenti priklanjaju normi mršavosti kako bi bili prihvaćeni u takvim vršnjačkim grupama ili da vršnjaci pružaju veću potporu onima kod kojih opaze odstupajuće navike hranjenja (Croll i sur., 2002). Iako je podržavajući odnos s vršnjacima izvor podrške adolescentima, kada ga karakterizira zabrinutost tjelesnim izgledom i razgovor o načinima postizanja onoga što smatraju poželjnim tjelesnim izgledom, adolescenti pokazuju veće nezadovoljstvo tijelom i odstupajuće navike hranjenja (Ata i sur., 2007). Ovakvi nalazi pokazuju da su poremećaji hranjenja veoma složeni te da njihova etiologija nije potpuno razjašnjena, a najboljima se smatraju modeli koji uključuju djelovanje više različitih faktora (Pokrajac-Bulian i sur., 2008).

Velik broj ispitanika u ovome istraživanju, odnosno 28% muških i 48% ženskih, navodi da drži dijetu. Takvi rezultati su u skladu s rezultatima longitudinalnog istraživanja Neumark-Sztainer i suradnika (2011), koji navode da približno 25% mladića i 50% adolescentica drži dijetu. Isti autori nalaze da su ispitanici koji su tijekom adolescencije bili na dijeti i koji su pokazivali odstupajuće navike hranjenja, bili u povećanom riziku za sudjelovanje u istim ponašanjima 10 godina kasnije. Kako sudjelovanje u takvim ponašanjima u adolescenciji predstavlja rizik za pribjegavanje istim

ponašanjima u kasnijoj dobi, postoji potreba za ranom prevencijom prije nego se odstupajuće navike hranjenja učvrste, ali i, kada je to potrebno, za intervencijom.

Osjećaj debljine se povezuje s poremećajima u prehrani jer takvo uvjerenje osobe potiče na restrikciju hranjenja ili na usvajanje nekih drugih načina nezdravog kontroliranja tjelesne težine (Dalle Grave, 2015). U ovome istraživanju je o prisutnosti takvog osjećaja izvijestilo više djevojaka (61,3%), nego mladića (27%). Zaborskis i suradnici (2008), na uzorku 15-godišnjaka iz Hrvatske, također nalaze razlike u osjećaju debljine s obzirom na spol, no pri tome iznose da se nešto manje djevojaka (38,9%) i mladića (16,6%) osjeća predebelo. Razmišljanje o pokušaju povraćanja nakon obroka prisutno je kod 9,9% adolescentica, dok je povraćanje nakon obroka prisutno kod 6,3% adolescentica. Rezultati pokazuju da takva ponašanja nisu prisutna kod adolescenata, slično rezultatima istraživanja Neumark-Sztainer i suradnika (2011), koji također nalaze da su takva ponašanja puno češća kod djevojaka (6,8%), nego kod mladića (0,8%).

Statistički značajna pozitivna povezanost ($p<0,001$) utvrđena je između ponašanja i osjećaja karakterističnih za anoreksiju te bulimije, poremećaja s prejedanjem i ortoreksije. Pozitivna povezanost je utvrđena i između bulimije i poremećaja s prejedanjem. Kako navodi Dalle Grave (2015), ovakvi rezultati nisu iznenađujući jer su longitudinalne studije koje su pratile osobe s poremećajima u prehrani zabilježile česte prijelaze iz dijagnoze jednog poremećaja u drugu. Osim toga, poremećaji u prehrani dijele i većinu karakteristika, kao što su pridavanje velike važnosti težini i obliku tijela te kontroli hranjenja, odnosno može se reći da poremećaje u prehrani održavaju zajednički mehanizmi (Dalle Grave, 2015).

# VI. ZAKLJUČAK

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati učestalost ponašanja i stavova karakterističnih za poremećaje u prehrani kod srednjoškolaca s obzirom na spol i dob te njihovu moguću povezanost s odnosima s roditeljima i vršnjacima te stavovima srednjoškolaca o vlastitom tjelesnom izgledu. Potvrđene su dvije postavljene hipoteze, dok su dvije odbačene. Utvrđena je statistički značajna

razlika prema spolu u prisutnosti ponašanja i osjećaja karakterističnih za anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem, koji se češće javljaju kod djevojaka, nego kod mladića. Statistički značajna razlika prema dobi utvrđena je za ponašanja i osjećaje karakteristične za ortoreksiju, koji su prisutniji kod mlađih adolescenata, nego kod starijih adolescenata. Također, statistički značajna razlika prema spolu utvrđena je u stavovima o vlastitom tjelesnom izgledu. Djevojke su u većoj mjeri iskazivale nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom te želju za postizanjem mršavijeg tjelesnog izgleda od trenutnog. Nadalje, utvrđena je značajna povezanost nezadovoljstva tjelesnim izgledom i prisutnosti ponašanja i osjećaja karakterističnih za anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem. Takva ponašanja i osjećaji prisutniji su kod adolescenata koji su nezadovoljniji svojim tjelesnim izgledom. Zanimljivo je da ponašanja i osjećaji karakteristični za ortoreksiju nisu značajno povezani s nezadovoljstvom tjelesnim izgledom. Ovi podatci su važni jer pomažu u identifikaciji skupina koje se nalaze u riziku za razvoj poremećaja u prehrani. Korelacijskom analizom nije utvrđena povezanost ponašanja i osjećaja karakterističnih za pojedine poremećaje u prehrani i odnosa adolescenata s obitelji, kao ni odnosa s vršnjacima. Značajan podatak u ovome istraživanju je da je približno polovica ispitanih djevojaka držala ili trenutno drži dijetu, dok isto radi približno četvrtina mladića. Takvi podatci su zabrinjavajući jer su adolescenti koji drže dijetu u većem riziku za razvoj poremećaja u prehrani, ali i ako se poremećaji u prehrani ne jave, dugotrajno i ekstremno provođenje dijete može ozbiljno negativno utjecati na zdravstveno stanje adolescenata. Zanimljivi su i podatci o značajnoj povezanosti ponašanja i osjećaja karakterističnih za anoreksiju, bulimiju i poremećaj s prejedanjem te o povezanosti ortoreksije i anoreksije. Takvi podatci potvrđuju da pojedini poremećaji u prehrani dijele ista glavna obilježja i faktore koji povećavaju rizik za njihov razvoj, što može pomoći u planiranju i provođenju preventivnih programa.

Rezultati ovog istraživanja upozoravaju na raširenost nezadovoljstva tijelom među adolescentima te odstupajućih navika hranjenja i predstavljaju važne podatke za pedagogiju. Učvršćivanje odstupajućih navika hranjenja, a zatim i razvoj poremećaja u prehrani, negativno utječe na održavanje koncentracije, pažnje i mogućnost izvršavanja svakodnevnih školskih obaveza adolescenata. Prisutan je i negativan utjecaj na cjelokupno zdravstveno stanje i međuljudske odnose, kako one u obitelji tako i one s vršnjacima. Stoga je važno razviti učinkovite preventivne programe koji će se usmjeriti na informiranje o tjelesnim promjenama u pubertetu i olakšavanje prihvaćanja tih promjena, smanjenje značenja tjelesnog izgleda u procjeni sebe i drugih te poticanja zdravog načina života i pravilne prehrane. Rezultati ovog istraživanja mogu biti osnova za daljnja i detaljnija istraživanja nezadovoljstva tijelom, poremećaja u prehrani i rizičnih faktora

za njihov razvoj. Kako se u ovome istraživanju ispitivala percipirana podrška, komunikacija te osjećaj povjerenja u obitelj i vršnjake, bilo bi korisno u budućim istraživanjima istražiti i druge dimenzije odnosa s obitelji i vršnjacima vezane uz nezadovoljstvo tijelom i poremećaje u prehrani, kao što su pritisak prema mršavosti i negativni verbalni komentari vezani uz tjelesni izgled i navike hranjenja od strane roditelja i vršnjaka. S obzirom da u ovom istraživanju nije uočena statistički značajna razlika u većini ispitivanih varijabli s obzirom na dob, bilo bi korisno istražiti nezadovoljstvo tijelom i odstupajuće navike hranjenja i kod mlađih učenika osnovnoškolske i predadolescentne dobi, kako bi se dobio uvid u to u kojoj dobi se internaliziraju društveni ideali tjelesnog izgleda i kada dolazi do usvajanja odstupajućih navika hranjenja.

Različiti programi prevencije poremećaja u prehrani su se pokazali uspješnima. Neumark-Sztainer i suradnici (1995) su razvili program namijenjen provedbi u školi, koji uključuje proširenje znanja i promjenu navika vezanih uz način prehrane i kontrolu tjelesne težine, razvoj pozitivne slike tijela i samopoštovanja te usvajanje strategija za suočavanje sa socijalnim pritiskom prema mršavosti i držanju dijete. Provođenje programa je rezultiralo napretkom u znanju i zdravom načinu kontrole tjelesne težine, smanjenju držanja dijete te prejedanju kod adolescenata. Nadalje, program koji uključuje sudjelovanje adolescentica u kritičkom promišljanju internalizacije ideala mršavosti kroz pismene i usmene rasprave te radionice pokazao je uspješnost u smanjenju nezadovoljstva tijelom te odstupajućih navika hranjenja (Stice i sur., 2008). Uspješnim se pokazao i program usmjeren na vršnjačke grupe (*Girl Talk*) koji je namijenjen provedbi u školi s adolescenticama (McVey i sur., 2003). Sastavnice programa čine interaktivne grupne aktivnosti koje su usmjerene na kritičko promišljanje o medijima, prihvaćanje vlastitog tijela, zdrave načine kontrole tjelesne težine i načine suočavanja sa stresom.

Provedeno istraživanje pokazuje da su nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom te odstupajuće navike hranjenja učestale, posebno kod adolescentica. Teorijska analiza i rezultati istraživanja trebali bi pomoći u otkrivanju rizičnih faktora za pojavu poremećaja u prehrani i dati smjernice za razvijanje i provođenje preventivnih programa.

# VII. PRILOZI

## Prilog 1. Anketni upitnik

ANKETNI UPITNIK

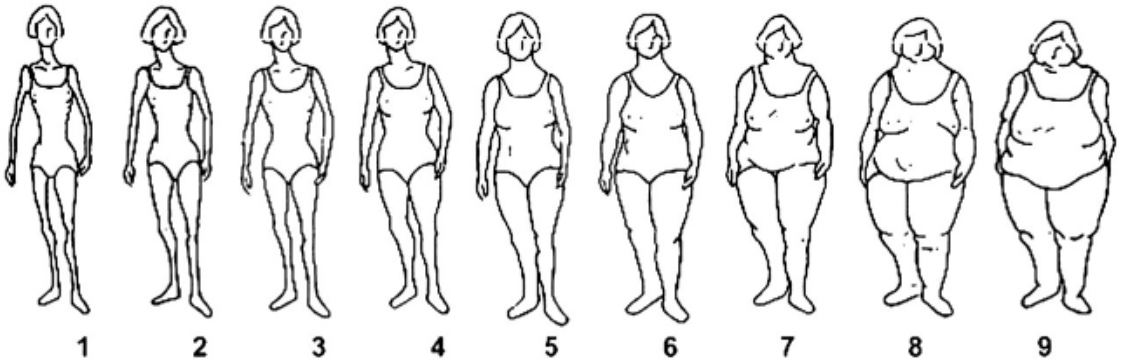
Dragi učenici,
molimo da ispunjavanjem upitnika sudjelujete u istraživanju o stavovima o prehrani i navikama hranjenja adolescenata. Molimo da na pitanja odgovorite iskreno i bez preskakanja. Ovaj upitnik je anoniman i bit će korišten isključivo u svrhu ovog istraživanja.

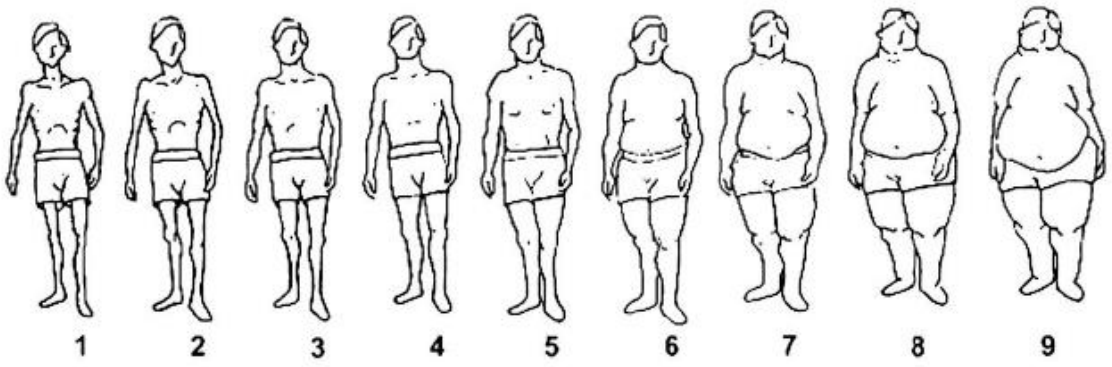
Unaprijed zahvaljujemo na sudjelovanju!

1.Molimo da zaokruživanjem ili ispunjavanjem odgovorite na postavljena pitanja.

| | | |
|---|---|---|
| 1. Dob (zaokruži) | | a) 15 b) 16 c) 17 d) 18 |
| 2. Spol (zaokruži) | | a) M b) Ž |
| 3. Opći školski uspjeh u prethodnoj školskoj godini (zaokruži) | | a) nedovoljan<br>b) dovoljan<br>c) dobar<br>d) vrlo dobar<br>e) odličan |
| 4. Naobrazba roditelja (zaokruži) | | Otac / Majka<br>a) NKV (nezavršena osnovna škola) a) NKV<br>b) KV (osnovna škola) b) KV<br>c) SSS (srednja škola) c) SSS<br>d) VŠS (viša škola) d) VŠS<br>e) VSS (fakultet, magisterij, doktorat) e) VSS |
| 5. S kim živiš u obitelji? (zaokruži ili upiši na liniju) | | a) majka i otac<br>b) majka<br>c) otac<br>d) netko drugi (upiši tko)_____ |
| 6. Koliko imaš braće i sestara? (zaokruži ili upiši na liniju) | | Braće / Sestara<br>a) 0 a) 0<br>b) 1 b) 1<br>c) 2-3 c) 2-3<br>d) više od 3 (koliko?) _____ d) više od 3 (koliko?)_____ |

2. Promotrite sljedeće slike i zaokružite redni broj one za koju smatrate da najviše odgovara vašem trenutnom tjelesnom izgledu. Na toj slici označite (obojite) dio svoga tijela kojim ste najmanje zadovoljni.






3. Koja od prethodnih slika najbolje predstavlja tjelesni izgled kakvog biste željeli imati?

Zaokružite: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. U kolikoj mjeri se sljedeće tvrdnje odnose na vašu obitelj?

| **Kakvi su tvoji odnosi u obitelji?** | | **1 nikad** | **2 rijetko** | **3 ponekad** | **4 često** | **5 uvijek** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Život u mojoj obitelji je općenito ugodan. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Članovi moje obitelji se dobro slažu. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Razgovaram s majkom o svojim problemima. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Moja obitelj mi je izvor podrške i pomoći. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Razgovaram s ocem o svojim problemima. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Druge obitelji se slažu puno bolje od moje. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Osjećam se prihvaćeno u obitelji. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. U kolikoj mjeri se sljedeće tvrdnje odnose na vaš odnos prema vršnjacima?

| **Kakvi su tvoji odnosi s vršnjacima?** | | **1 nikad** | **2 rijetko** | **3 ponekad** | **4 često** | **5 uvijek** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Dobro se slažem s prijateljima. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Razgovaram s prijateljima o svojim problemima. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Moji prijatelji se dobro odnose prema meni. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Osjećam povjerenje u vršnjake. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Volim se družiti s vršnjacima. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Koliko su često kod vas prisutna navedena ponašanja i osjećaji?

| | | **1 nikad** | **2 rijetko** | **3 ponekad** | **4** | **5 često** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Osjećam se nezadovoljno vlastitim tijelom. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Izbjegavam jesti kada sam gladan/a. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Držim dijetu. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Namjerno koristim diuretike ili laksative kako bih spriječio/la debljanje. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. U kratkom vremenskom razdoblju jedem preveliku količinu | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Osjećam se predebelo. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Razmišljam o pokušaju povraćanja nakon obroka kako bih skinuo/la kilograme. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Bojim se debljanja ili povećanja tjelesne | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Osjećam kako gubim kontrolu nad time koliko jedem. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Konzumiram samo zdravu hranu. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Imam jaku želju za mršavljenjem. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Namjerno povraćam hranu da bih spriječio/la debljanje. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Svjesno ograničavam količinu hrane koju konzumiram kako bih utjecao/la na svoj izgled i tjelesnu težinu | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Pred drugima jedem umjereno, a kada sam sam/a „trpam“ velike količine hrane u | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Osjećam krivnju tijekom uzimanja obroka zbog utjecaja kojeg će to imati na moju | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Provjeravam broj kalorija i nutritivnu vrijednost prehrambenih proizvoda. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Osjećam gađenje i depresivnost nakon obroka zbog količine hrane koju sam pojeo/la. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Pretjerano vježbam kako bih smršavio/la. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Razmišljam o hrani i njezinoj kalorijskoj vrijednosti. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Slijedim stroga pravila u prehrani (unos kalorija, vrsta namirnica, vrijeme obroka). | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# VII. LITERATURA


Ambrosi-Randić, N. (2004). *Razvoj poremećaja hranjenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ambrosi-Randić, N. (2001). Učestalost i korelati provođenja dijete tijekom adolescencije. *Društvena istraživanja*, 10(3), str. 415-430.

Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Archibald, A. B., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal Processes and Physiological Growth in Adolescence. U: Adams, G.R., Berzonsky, M.D. (Ur.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, str. 24-49.

Ata, R. N., Ludden, A. B., Lally, M. M. (2007). The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(1), str. 1024–1037.

Bastašić, Z. (1995). *Pubertet i adolescencija*. Zagreb: Školska knjiga.

Berk, L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Branje, S. J. T., Hale III, W. W., Meeus, W. H. J. (2008). Reciprocal Development of Parent–adolescent Support and Adolescent Problem Behaviors. U: Kerr, M., Stattin, H., Engels, R. C. M. E. (Ur.), *What can parents do? New insights into the role of parents in adolescent problem behaviour.* Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, str. 135-163.

Beumont, P. J. V. (2002). Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. U: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Ur.), *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, str. 162-171.

Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M. (2002). Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), str. 166-175.

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

Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J., (2014). Experience of the Body. U: Claes, L., Muehlenkamp, J. J. (Ur.), *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*. Berlin: Springer-Verlag, str. 237-255.

Brookings, J. B., Wilson, J. F. (1994). Personality and Family-Environment Predictors of Self-Reported Eating Attitudes and Behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), str. 313-326.

Bryant-Waugh, R. (2007). Anorexia nervosa in children and adolescents. U: Jaffa, T., McDermott, B. (Ur.), *Eating disorders in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press, str. 111-123.

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

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), str. 305-313.

Cavendish, W., Montague, M., Enders, C., Dietz, S. (2012). Mothers' and Adolescents' Perceptions of Family Environment and Adolescent Social-Emotional Functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 23(1), str. 52-66.

Closson, L. M. (2009). Status and Gender Differences in Early Adolescents' Descriptions of Popularity. *Social Development*, 18(2), str. 412-426.

Dalle Grave, R. (2015). *Kako pobijediti poremećaje hranjenja*. Zagreb: Veble commerce.

Demarest, J., Allen, R. (2000). Body image: Gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, 140, str.465–472.

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

Gerner, B., Wilson, P. H. (2005). The Relationship between Friendship Factors and Adolescent Girls' Body Image Concern, Body Dissatisfaction, and Restrained Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), str. 313–320.

Gillen, M. M. (2006). *Body image development in emerging adulthood*, Doktorski rad, College of Health and Human Development, The Pennsylvania State University.

Granic, I., Dishion, T. J., Hollenstein, T. (2003). The Family Ecology of Adolescence: A Dynamic Systems Perspective on Normative Development. U: Adams, G.R., Berzonsky, M.D. (Ur.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, str. 60-92.

Grilo, C. M. (2002). Binge Eating Disorder. U: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Ur.), *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, str. 178-183.

Groetz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, str. 1–16.

Grogan, S. (1999). *Body image*. London: Routledge.

Grolnick, W. S., Beiswenger, K. L., Price, C. E. (2008) Stepping up without overstepping: Disentangling parenting dimensions and their implications for adolescent adjustment. U: Kerr, M., Stattin, H., Engels, R. C. M. E. (Ur.), *What can parents do? New insights into the role of parents in adolescent problem behaviour.* Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, str. 213-237.

Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E., Austin, S. B. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(4), str. 336–343.

Hitrec, G. (1986). Adolescencija. U: Kutanjac, M. (Ur.), *Od puberteta do zrelosti*. Zagreb: Mladost, str. 65-131.

Ilišin, V. (2002). Mladost, odraslost i budućnost. U: Ilišin, V, Radin, F. (Ur.), *Mladi uoči trećeg milenija*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu, str. 27-47.

Ilišin, V, Radin, F. (2002). Društveni kontekst i metodologija istraživanja. U: Ilišin, V, Radin, F. (Ur.), *Mladi uoči trećeg milenija*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu, str. 13-27.

Keel, P. K., Forney, K. J. (2013). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), str. 433–439.

Keel, P. K., Levitt, P. (2006). *Eating disorders*. New York: Chelsea House Publisher.

Knez, R., Pokrajac-Bulian, A., Peršić, M. (2008). Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata, *Paediatria Croatica*, 52 (Supl 1), str. 111-115.

Kroger, J. (2003). Identity Development during Adolescence. U: Adams, G.R., Berzonsky, M.D. (Ur.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, str. 205-227.

Kroger, J., Marcia, J. E. (2010). The Identity Statuses: Origins, Meanings, and Interpretations. U: Schwartz, S. J., Luyckx, K., Vignoles, V. L. (Ur.), *Handbook of Identity Theory and Research*. New York: Springer., str. 31-55.

Lacković-Grgin, K. (2006). Psihologija adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lacković-Grgin, K., Penezić, Z., Žutelija, S. (2001). Dobne i spolne razlike u samootkrivanju adolescenata različitim osobama. *Društvena istraživanja*, 10(3), str. 341-363.

Lease, A. M., Kennedy, C. A., Axelrod, J. L. (2002). Children's social constructions of popularity. *Social Development*, 11(1), str.87–109.

Lebedina-Manzoni, M., Lotar, M., Ricijaš, N. (2008). Podložnost vršnjačkom pritisku kod adolescenata-izazovi definiranja i mjerenja. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), str. 401-419.

Lerner, R. M., Steinberg, L. (2004). The Scientific Study of Adolescent Development: Past, Present, and Future. U: Lerner, R. M., Steinberg, L. (Ur.), *Handbook of adolescent psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd, str. 1-15.

Levine, M.P., Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. U: T. F. Cash, T. Pruzinsky (Ur.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: The Guilford Press, str. 74-82.

Livazović, G. (2011). *Utjecaj medija na poremećaje u ponašanju adolescenata,* Doktorski rad, Filozofski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

Livazović, G., Ručević, S. (2012). Rizični čimbenici eksternaliziranih ponašanja i odstupajućih navika hranjenja među adolescentima. *Društvena istraživanja*, 21(3), str. 733-752.

Martin, S. P., Golden, N. H. (2014). Eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Contemporary Pediatrics*, 31(6), str. 12-17.

Mason, T. B., Lewis, R J. (2014). Profiles of Binge Eating: The Interaction of Depressive Symptoms, Eating Styles, and Body Mass Index. *Eating Disorders*, 22(5), str. 450-460.

McVey, G., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardope, D., Blackmore, E. (2003). School-based peer support groups: A new approach to the prevention of disordered eating. *Eating Disorders*, 11(3), str.169–185.

Meadows, S. O., Brown, J. S., & Elder, G. H. (2006). Depressive symptoms, stress and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), str. 89–99.

Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5).

Mitchell, J. E, Crow, S. J. (2010). Medical Comorbidities of Eating Disorders. U: Agras, S. W. (Ur.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders*, New York: Oxford University Press, str. 259-267.

Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Crow, S. J., Peterson, C. B. (2008). *Binge-Eating Disorder*. New York: The Guilford Press.

Moshman, D. (2005). *Adolescent Psychological Development.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Munjas Samarin, R. (2011). *Provjera višedimenzionalnog modela razvoja poremećaja hranjenja,* Doktorski rad, Filozofski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

Neumark-Sztainer, D., Butler, R., Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education*, 27(1), str. 24–31.

Parent, A., Teilmann, G., Juul, A., Skakkebaek, N. E., Toppari, J., Bourguignon, J. (2003). The Timing of Normal Puberty and the Age Limits of Sexual Precocity: Variations around the World, Secular Trends, and Changes after Migration. *Endocrine Reviews*, 24(5), str. 668–693.

Pinhas, L., Katzman, D. K., Dimitropoulos, G., Woodside, D. B. (2007). Bingeing and bulimia nervosa in children and adolescents. U: Jaffa, T., McDermott, B. (Ur.), *Eating disorders in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press, str. 133-144.

Pećnik, N., Tokić, A. (2011). *Roditelji i djeca na pragu adolescencije: pogled iz tri kuta, izazovi i podrška.* Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.

Perry, D. G., Pauletti, R. E. (2011). Gender and Adolescent Development. *Journal of Research on Adolescence*, 21 (1), str. 61−74.

Phares V, Steinberg AR, Thompson JK (2004) Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth, and psychological functioning in preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), str.421–429.

Pokrajac-Bulian, A., (1998). Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji. *Društvena istraživanja*, 7(4-5), str. 581-601.

Pokrajac-Bulian, A., Ambrosi.-Randić, N., Kukić, M. (2008). Thin-Ideal Internalization and Comparison Process as Mediators of Social Influence and Psychological Functioning in the Development of Disturbed Eating Habits in Croatian College Females. *Psihologijske teme*, 17(2), str. 221-245.

Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T., Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, 16(1), str. 27-46.

Pokrajac-Bulian, A., Stubbs, L., Ambrosi-Randić, N. (2004). Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme*, 13(1), str. 91-104.

Pokrajac-Bulian, A., Tkalčić, M., Kardum, I., Šajina, Š., Kukić, M. (2009). Perfekcionizam, privatna svijest o sebi, negativan afekt i izbjegavanje kao odrednice prejedanja. *Društvena istraživanja*, 1-2(99-100), str. 111-128.

Polivy, J., Herman, C. P., Mills, J. S., Wheeler, H. B. (2003). Eating Disorders in Adolescence. U: Adams, G.R., Berzonsky, M.D. (Ur.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, str. 523-550.

Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P., The ESEMeD-WMH Investigators. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), str. 1125–1132.

Prpić, R., Mlačić, B., Milas, G. (2013). Velepetori model ličnosti, suočavanje sa slikom tijela i sklonost prejedanju. *Socijalna psihijatrija*, 41(3), str.147-155.

Reiter, E. M., Davis, S. N. (2014). Gendered Personalities and Development of Eating Disorders in College Students. *International Review of Modern Sociology*, 40(1), str. 27-39.

Schupak-Neuberg, E., Nemeroff, C. J. (1992). Disturbances in Identity and Self-Regulation in Bulimia Nervosa: Implications for a Metaphorical Perspective of "Body as Self". *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), str. 335-347.

Skinner, E., Johnson, S., Snyder, T. (2005) Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and practice*, 5(2), str. 175-235.

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Hoek (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), str. 406-414.

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Oldehinkel. A. J., Hoek, H. W. (2014). Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. *International Journal of Eating Disorders* 47(6), str. 610–619.

Stice, E. (2002a). Sociocultural Influences on Body Image and Eating Disturbance. U: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Ur.), *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, str. 103-108.

Stice, E. (2002b). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128(5), str. 825–848.

Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., Jaconis, M. (2009). An 8-Year Longitudinal Study of the Natural History of Threshold, Subthreshold, and Partial Eating Disorders From a Community Sample of Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), str. 587-597.

Stice, E., Marti, N., Spoor, S., Presnell, K., Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psycholgy*, 76(2), str. 329-340.

Stice, E., Presnell, K., Spangler, D. (2002). Risk Factors for Binge Eating Onset in Adolescent Girls: A 2-Year Prospective Investigation. *Health Psychology*, 21(2), str. 131–138.

Stine, K. F., Corte, C. (2007). Identity Impairment and the Eating Disorders: Content and Organization of the Self-Concept in Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15, str. 58–69.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), str. 714-723.

Tanti, C., Stukas, A. A., Halloran, M. J., Fodday, M. (2011). Social identity change: Shifts in social identity during adolescence. *Journal of Adolescence*, 34 (3), str. 555-567.

Varga, V., Dukay-Szabo, S., Tu´ry , F., van Furth, E. (2012). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorder*, 18(2), str. 103–111.

Vemuri, M., Steiner, H. (2007). Historical and current conceptualizations of eating disorders: a developmental perspective. U: Jaffa, T., McDermott, B. (Ur.), *Eating disorders in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press, str. 111-123.

Vidović, V. (2009). Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, 18(2), str. 185-191.

Waller, G. (2002). *The Psychology of Binge Eating*. U: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Ur.), Eating Disorders and Obesity. New York: The Guilford Press, str. 98-103.

Wiseman CV, Peltzman B, Halmi KA, Sunday SR (2004) Risk factors for eating disorders: Surprising similarities between middle school boys and girls. *Eating Disorders*, 12(4), str.315–320

Zaborskis, A., Petronyte, G., Sumskas, L., Kuzman, M., Iannotti, R. J. (2008). Body Image and Weight Control among Adolescents in Lithuania, Croatia, and the United States in the Context of Global Obesity. *Croatin Medical Journal*, 49(2), str. 233-242.