

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
FILOZOFSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU**

**DIPLOMSKI RAD  
ODREDNICE PROVOĐENJA DIJETE KOD ADOLESCENTICA**

**MENTOR :  
PROF. DR. SC. GORANKA LUGOMER – ARMANO**

**GORDANA NOVKOVIĆ  
ZAGREB, 2003.**

# **SADRŽAJ**

<b>1. UVOD .....</b>	<b>3</b>
1.1. DIJETA .....	4
1.2. POREMEĆAJI HRANJENJA ( ANOREKSIJA I BULIMIJA ).....	5
1.2.1. ANOREKSIJA .....	5
1.2.2. BULIMIJA .....	7
1.3. BIOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA.....	9
1.3.1. DOB.....	9
1.3.2. SPOL.....	10
1.3.3. TJELESNA TEŽINA.....	10
1.4. PSIHOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA .....	12
1.4.1. SAMOPOŠTOVANJE .....	12
1.4.2. PREDODŽBA O VLASTITOM TIJELU .....	13
1.4.3. PERFEKCIONIZAM.....	17
1.5. SOCIJALNI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA .....	18
<b>2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>20</b>
<b>3. METODA .....</b>	<b>21</b>
3.1. SUDIONICI .....	21
3.2. POSTUPAK .....	22
3.3. MJERNI INSTRUMENTI.....	22
3.3.1. ROSENBERGOVA SKALA SAMOPOŠTOVANJA .....	23
3.3.2. UPITNIK OPĆEG NEZADOVOLJSTVA TJELESNIM IZGLEDOM .....	24
3.3.3. UPITNIK NEUROTSKOG PERFEKCIONIZMA .....	25
3.3.4. SKALA ADOLESCENTNOG DRŽANJA DIJETE .....	26
3.3.5. INDEKSI TJELESNE MASE.....	27
<b>4. REZULTATI I RASPRAVA .....</b>	<b>28</b>
<b>5. OGRANIČENJA I IMPLIKACIJE PROVEDENOG ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>47</b>
<b>6. ZAKLJUČAK.....</b>	<b>49</b>
<b>7. SAŽETAK.....</b>	<b>50</b>
<b>8. LITERATURA .....</b>	<b>51</b>
<b>9. PRILOZI.....</b>	<b>53</b>

## 1. UVOD

Poremećaji uzimanja hrane poput anoreksije i bulimije pogađaju oko 3% adolescentske populacije, dok se držanje dijete i opsesije vezane uz hranu javljaju u svim dobnim skupinama (prema Pinel, 2002). Iako je riječ o relativno rijetkim poremećajima, njihova učestalost je u zabrinjavajućem porastu, što je jedan od značajnih razloga sve većeg interesa stručnjaka i šire javnosti o načinima manifestiranja, osnovnim odrednicama, te mogućoj prevenciji i liječenju poremećaja u prehrani.

Općenito, poremećaje hranjenja karakterizira pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćena je neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane (Hsu, 1990, prema Pokrajac – Bulian, 2000). Najpoznatiji poremećaji hranjenja današnjice (uz problem gojaznosti) su anoreksija i bulimija koje su se 1980. godine prvi puta pojavile u DSM – III kao podvrsta poremećaja djetinjstva i adolescencije (prema Davison i Neale, 1999). Nezdrave navike ishrane i poremećaji hranjenja kao što su restriktivne dijete, prejedanje i korištenje štetnih načina kontrole težine (npr. povraćanja), predstavljaju veliki zdravstveni problem ženske adolescentne populacije. Obično se javljaju u razdoblju između 14. i 20. godine života.

Iako ne postoji suglasnost istraživača o relativnom značenju uloge bioloških faktora, ličnosti, obiteljskih varijabli te socio – kulturnog konteksta u nastanku poremećaja hranjenja, smatra se da oni odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične razvojne zadatke adolescencije (Rosen, 1996, prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Poremećaji hranjenja, a u određenoj mjeri i problemi s hranjenjem (dijeta, prejedanje) javljaju se u prijelaznom razdoblju adolescencije i tijekom prijelaza iz adolescencije prema ranoj odrasloj dobi. Razvojni zadaci tranzicije rane adolescencije odnose se na internaliziranje vrijednosti postignuća i organiziranje relativno stabilne i kohezivne strukture mišljenja o sebi koje regulira raspoloženje, impulse i samopoštovanje tj. razvoj koherentnog osjećaja osobnog identiteta, integriranje izmjenjene slike tijela u sliku o sebi, javljanje veće autonomije u odnosu na roditelje, te razvoj intimnih odnosa. Zadaci kasnije adolescencije uključuju uspostavljanje intimnosti, dostizanje obrazovanja i zapošljavanje, te razvoj osobnog identiteta odvojeno od obitelji, koji se odnosi na mogućnost samostalnog donošenja zrelih odluka i usklađivanje društvenih i osobnih vrijednosti.

## 1.1. DIJETA

Općenito, svaka restrikcija hrane koja je usmjerena prema utjecanju na oblik ili težinu tijela trebala bi se smatrati dijetom (prema Ambrosi – Randić, 2001).

Rezultati brojnih istraživanja pokazuju da se zapravo nikada ranije nije težilo takvoj mršavosti kao danas (prema Vidović, 1998). Sve do početka 20. st. oblo žensko tijelo bilo je ideal ženstvenosti i ljepote. Tek dvadesetih godina, mršavo tijelo masovno prihvaćaju posebno žene koje su se željele nametnuti na socijalnoj ljestvici. Zatim slijedi ratno i poslijeratno razdoblje, četrdesete i pedesete godine, kada se ponovo favorizira žena istaknutih oblina, dok šezdesetih godina javnost upoznaje Twiggy (170cm /44kg), poznatu manekenku i model koja je bila uzor mnogim mladim djevojkama i ženama. Taj se ideal ljepote zadržao do danas, premda ne u svim razdobljima toliko drastično, no dovoljno utjecajan da potakne mlade žene da se odluče na «drastične» korake u njegovom dostizanju.

Zapadna kultura ističe ljepotu kao ključnu karakteristiku ženstvenosti, iako dostizanje ekstremno mršavog tijela doprinosi nastanku poremećaja u prehrani. Vrlo često štetna i nepromišljeno provedena redukcijska dijeta je jedan od, nažalost, uobičajenih načina na koji se odlučuje veliki broj mladih žena i djevojaka u želji za dostizanjem «ideala mršavosti».

Poznato je da ponavljanje dijete izaziva suprotan učinak na gubljenje tjelesne težine. Javlja se tzv. jo-jo efekt tj. osoba sa svakom narednom dijetom, uspoređujući vlastiti metabolizam, sve sporije gubi na težini, a brže se deblja, što je na psihološkom planu povezano s osjećajem manje vrijednosti, razočarenjem, sramom i poraženosti.

Životni događaji koji pokreću «patološki» mehanizam provođenja dijete su sva ona iskustva koja dovode u pitanje nezavisnost i osjećaj svemoći adolescenata – prvi izlasci sa suprotnim spolom, gubitak prijateljstva, bolest ili smrt bliskog člana obitelji, odlazak od kuće zbog školovanja. Posljedica ovih «uobičajenih» razvojnih poteškoća je nesigurnost koja obuzima nedovoljno autonomne adolescente. Provođenje dijete i gubitak na tjelesnoj težini izazivaju pozitivne reakcije okoline i pružaju osjećaj moći koji djevojka možda nikada prije nije doživjela. Ta se ponašanja prilično brzo konsolidiraju te postaju sastavni dio ponašanja pojedinca, izvor ponosa, pa čak i superiornosti (prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Premda još uvijek nije potpuno razjašnjena uloga provođenja redukcijske dijete u razvoju poremećaja hranjenja, istraživači su uočili da su osobe na dijeti posebno rizična skupina za razvoj spomenutih poremećaja.

Istraživanja pokazuju da tijekom adolescencije oko 80% mladih drži dijetu (Schleimer, 1983, prema Ambrosi – Randić, 2001). Djevojke koje provode dijetu osam puta povećavaju

vjerojatnost razvoja poremećaja u prehrani, za razliku od djevojaka «nedijetalki» (prema Brownell i Fairburn, 1995).

Efekti provođenja dijete manifestiraju se višestruko, i na tjelesnom i na psihološkom planu, što je vrlo alarmantno i zabrinjavajuće. Nagli gubitak na težini kao posljedica provođenja redukcijske dijete vrlo često utječe na funkcioniranje endokrinog sustava tj. na lučenje hormona što u konačnici uzrokuje neredovite menstruacije ili pak njihov potpuni prestanak. Osim toga, često dolazi i do narušavanja imunološkog sustava, te lakšeg podlijevanja različitim oboljenjima. Držanje dijete utječe na neurotransmitere u mozgu, posebno na serotonin, a taj je efekt izraženiji kod žena nego kod muškaraca. Serotonin ima značajnu ulogu u normalnoj kontroli hranjenja i biranja hrane, a njegovo abnormalno funkcioniranje u mozgu uključeno je u nastanak depresivnog poremećaja. Što se tiče psiholoških efekata provođenja redukcijske dijete, važno je napomenuti veliku preokupiranost tj. zabrinutost za hranu i prehranu.

S druge strane, smanjeni unos rafiniranih ugljikohidrata i masti životinjskog podrijetla, te uzimanje većeg broja manjih obroka tijekom dana, samo su neke od preventivnih strategija kojima vodimo brigu o zdravoj ishrani. Naime, riječ je o učinkovitoj strategiji kojom se kontrolira tjelesna težina, i tako indirektno sprečava razvoj različitih bolesti kao što su dijabetes, kardiovaskularne bolesti i slične bolesti koje se povezuju uz prekomjernu tjelesnu težinu.

## **1.2. POREMEĆAJI HRANJENJA ( anoreksija i bulimija )**

### *1.2.1. ANOREKSIJA*

Riječ «anoreksija» je grčkog podrijetla, a odnosi se na nedostatak apetita, izbjegavanje i osjećanje gnušanja prema hrani (prema Pokrajac – Bulian, 2000). Zahvaća pretežno mlade djevojke u dobi od 14 do 25 godina, rijetko počinje prije puberteta, te u žena starijih od 40 godina. Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih bolesti Američkog psihijatrijskog društva (DSM – IV, 1996), prosječna dob pojavljivanja anoreksije je 17 godina.

U osnovi postoje dva tipa anoreksije: 1.RESTRIKTIVNI TIP (provodi se dijeta tj. izgladnjivanje praćeno često pretjeranom tjelesnom aktivnošću) i 2.PREŽDERAVAJUĆE/PURGATIVNI TIP (provodi se dijeta koju prati povremeno prejedanje i izbacivanje hrane iz tijela laksativima, diureticima ili povraćanjem).

Amenoreja (izostanak redovitih menstruacija) je karakteristično obilježje anoreksije, a značajne su i druge fiziološke promjene (Kaplan i Woodside, 1987, prema Davison i Neale, 1999): suha koža koja lako popuca, nježne polegnute dlačice na licu i vratu, krhki i lomljivi nokti ruku, žučkasti ton kože, usporeno srčano bilo, opstipacija, snižena tjelesna temperatura, te mišićna slabost.

Prema DSM – IV (1996) anoreksiju je moguće dijagnosticirati ako su zadovoljeni sljedeći uvjeti:

- A) Odbijanje da se održi tjelesna težina na ili iznad minimalne težine za dob i visinu (gubitak na težini doveo je do održavanja tjelesne težine na razini manjoj od 85% od očekivane; ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koje dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85% od očekivane).
- B) Izuzetan strah od dobivanja na težini i debljanja, čak i u slučaju smanjene težine.
- C) Poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje ili odbijanje prihvatanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.
- D) Kod žena u generativnoj dobi, postoji amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri menstruacijska ciklusa. (Amenoreja se uzima u obzir ako se menstruacija ponovno uspostavlja jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena.).

Što se tiče etiologije anoreksije, postoje različita tumačenja koja još uvijek uglavnom nisu empirijski dokazana. Davison i Neale (1999) iznose kratak pregled najutjecajnijih tumačenja poremećaja u prehrani.

Prema nekim psihološkim objašnjenjima (koja se temelje na Freudovom shvaćanju), uzimanje hrane može biti nadomjestak za izražavanje spolnih poriva, dok je prema nekima anoreksija izraz sukoba između želje za postizanjem neovisnosti i samostalnosti u okviru obitelji s jedne strane i straha od odrastanja s druge strane. Moderna psihodinamska tumačenja poremećaja hranjenja imaju polazište u teoriji objektnih odnosa (vidi etiologija bulimije). Garner i Bemis su najistaknutiji teoretičari anoreksije u okviru kognitivno-bihevioralnih modela. Osnovna pretpostavka kognitivno-bihevioralnih modela je da u osnovi poremećaja hranjenja leži iskrivljena ili pogrešna ideja o tjelesnoj težini i izgledu tijela. Prema teoretičarima učenja, anoreksija je fobija od debljine (Crisp, 1967) ili težnja da se dostigne izgled prelijepe vitke žene, toliko silno promican u našem društvu (Bemis, 1978). Što se tiče bioloških objašnjenja, prema vjerojatno vodećoj fiziološkoj teoriji riječ je o abnormalnom funkcioniranju dijela hipotalamusa odgovornog za kontroliranje uzimanja hrane, spolne

aktivnosti i menstruacije; međutim, još uvijek nije poznato da li je taj hipotalamički poremećaj uzrok anoreksije, posljedica gubitka tjelesne težine i ograničenog unosa kalorija ili emocionalnog stresa (Garfinkel i Garner, 1982).

### 1.2.2. BULIMIJA

Riječ “bulimia” je grčkog podrijetla, a znači proždrljivost. Poremećaj se očituje u “proždiranju” ogromnih količina hrane i kompenzacijskom purgativnom (povraćanje, laksativi i diuretici) ili nepurgativnom (suzdržavanje od unosa hrane ili pretjerana tjelesna aktivnost) ponašanju. Dijagnosticira se na temelju sljedećih kriterija (u skladu sa DSM-IV, 1996):

- A) Ponavljanje epizode prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja karakterizirana je s:
  - (1) jedenjem u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) količine hrane koja je značajno veća nego što bi većina osoba pojela za isto vrijeme i u sličnim okolnostima i (2) osjećajem gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede).
- B) Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje ne bi li se spriječilo povećanje težine, kao što su: samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova, post ili pretjerano tjelesno vježbanje.
- C) Prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju se, prosječno, najmanje dvaput tjedno tijekom tri mjeseca.
- D) Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela.
- E) Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije.

Samoizazvanim povraćanjem služi se najveći broj bulimičnih osoba (80-90%). Povraćanje smanjuje fizičku nelagodu izazvanu unošenjem prekomjerne količine hrane i umanjuje anksioznost koju izaziva pomisao na debljanje (prema Vidović, 1998). Strah od debljanja omogućuje razlikovanje bulimičara od “normalnih” pojedinaca. Velika sličnost sa anoreksijom je u patološkom doživljavanju tijela, nezadovoljstvu njime i sklonosti da pretjerani naglasak na oblik tijela i njegovu težinu bude glavna odrednica po kojoj se osoba vrednuje (prema Pokrajac-Bulian, 2000). Prosječna dob javljanja bulimije je između 16. i 19. godine. Pogađa adolescentice i mlade žene, a samo u 10% slučajeva odnosi se na muškarce (prema DSM-IV, 1996). U istraživanjima raznih autora dokazano je da kod bulimije postoji povećana učestalost depresivnih simptoma ili poremećaja raspoloženja, zatim da bulimičari

pokazuju impulzivno ponašanje, samoozljeđivanje, ovisnost, nisko samopoštovanje i sl. (prema Pokrajac-Bulian, 2000). Dosta veliki postotak bulimičara prekomjerno konzumira alkohol i zloupotrebljava droge. Za razliku od anoreksične osobe, osoba s bulimijom nije uvijek abnormalno mršava. Dolazi i do fizioloških posljedica (posebno ako se pražnjenje obavlja povraćanjem) kao što su: upale grla i ždrijela, otečene žlijezde slinovnice, razaranje zubnog enamela kiselim sadržajem povraćevine, zatim oštećenje crijevne stijenke, nutritivni deficiti i dehidracija (prema Davison i Neale, 1999). Moguća je i pojava nepravilnog menstrualnog ciklusa. To nažalost nisu jedine medicinske komplikacije koje se mogu javiti, a karakteristično je da one ostaju neotkrivene duže vrijeme jer bulimična osoba često zbog nelagode nikome ne otkriva svoje probleme hranjenja, dok njezin vanjski izgled, za razliku od anoreksije, ostaje i dalje neupadan.

Kao i za anoreksiju, i za bulimiju u literaturi pronalazimo razna teorijska objašnjenja njezine etiologije tj. nastanka i održavanja te raznih tretmana liječenja. Pokrajac – Bulian (2000) u svojoj doktorskoj disertaciji navodi najznačajnija tumačenja spomenutih poremećaja.

I anoreksija i bulimija se obiteljski nasljeđuju, međutim studije blizanaca pokazuju da su specifični genetski faktori značajniji za anoreksiju nego za bulimiju, dok se kod bulimije uočava općenitija predispozicija k afektivnim smetnjama i gojaznosti. Prema najranijem psihoanalitičkom mišljenju, povraćanje se tumači kao pokušaj odbacivanja neželjenog penisu nakon doživljene oralne seksualne traume, dok strah od debljanja može simbolizirati odbacivanje trudnoće (Dally 1969, prema Alexander-Mott, 1994). U okviru psihodinamske teorije također se navodi da je za bulimičare posebno važna karakteristika gubitka kontrole kod prejedanja što se povezuje sa sjećanjem na ranu kontrolu sfinktera. Međutim, moderna psihodinamska tumačenja poremećaja hranjenja imaju polazište u teoriji objektnih odnosa u čijoj je osnovi ideja da je doživljavanje i funkcioniranje pojedinca određeno načinima ostvarivanja odnosa s drugim značajnim osobama. Što se tiče kognitivno-bihevioralnih modela spomenutih ranije kod etiologije anoreksije, Fairburn i suradnici se u tom području posebno bave bulimijom i smatraju da je središte poremećaja prekomjerna zabrinutost za tjelesnu težinu.

Općenito, svaki model se usmjerava na samo jedan aspekt poremećaja, pa je jako važno napomenuti da se danas težište stavlja na multifaktorske modele koji predstavljaju rezultat složenih odnosa socio-kulturnih, obiteljskih i individualnih čimbenika (uključujući ličnost i biološke karakteristike) u objašnjavanju nastanka i razvoja poremećaja u prehrani.



### 1.3. BIOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA

Usprkos brojnim dosadašnjim istraživanjima, još uvijek ne možemo sa sigurnošću potvrditi koji je to genetski mehanizam zapravo u osnovi poremećaja hranjenja.

No, detaljnije ćemo se osvrnuti na neke biološke čimbenike važne za njihov nastanak (prema Ambrosi – Randić, 2001):

#### 1.3.1. DOB

Poremećaji hranjenja predstavljaju poremećaje tipične za mlade žene iako se neki pojavljuju već u djetinjstvu tj. prije 14. godine. Najčešći je poremećaj hranjenja u dječjoj dobi anoreksija nervoza, dok se pravi sindrom bulimije vrlo rijetko viđa prije 14. godine.

Istraživanja poremećaja hranjenja djece u školskoj dobi pokazuju da već u osnovnoj školi djeca žele biti mršavija nego što jesu: oko 45% djece želi biti mršavije, 37% djece pokušava na neki način smanjiti svoju težinu, a 6,9% postiže na adaptiranoj verziji Upitnika navika hranjenja rezultat u rangu patološkog (Maloney, McGuire, Daniels i Specker, 1989).

U srednjoškolskoj dobi djevojke su rizična skupina za razvoj poremećaja hranjenja. Poremećaji hranjenja koji se javljaju u tom razdoblju mogu se kretati od nezadovoljstva vlastitim tijelom preko nepatološkog držanja dijete, sve do čistih poremećaja hranjenja (kao što su anoreksija i bulimija). I dok samo 3-5% svih adolescentnih djevojaka pati od otvorenih, čistih poremećaja hranjenja (Hsu, 1990; Levine, 1987), većina ih drži **DIJETU** (Rosen i Gross, 1987). Držanje dijete možemo smatrati problematičnim ponašanjem jer može dovesti do fluktuacije u težini i prejedanja, što narušava zdravlje. Istraživanja također pokazuju da djevojke koje rano sazrijevaju iskazuju negativnije stavove prema vlastitom tijelu i drže dijetu u većem stupnju nego što to čine njihove vršnjakinje koje su u trenutku dostizanja puberteta bile starije (Brooks – Gunn, 1987; Crisp, 1980). Prema drugom modelu, kumulativni stres djeluje negativno na psihosocijalno funkcioniranje. Simmons i Blyth (1987) su dokazali da djevojke imaju veću šansu nego dječaci da dožive prijelaz iz osnovne u srednju školu paralelno s nastupom puberteta i početkom izlaženja, dok su Levine i Smolak (1992) potvrdili da pojava prve menstruacije i sastanaka unutar iste godine predstavlja jedinstveni stres za mlade djevojke u odnosu na predodžbu o vlastitom tijelu, dijetu i poremećene navike hranjenja. Attie i Brooks – Gunn (1989) u svojoj su longitudinalnoj studiji potvrdile da se poremećaji hranjenja javljaju kao odgovor na pubertetske promjene. Djevojke koje su se odnosile negativno prema vlastitom tijelu u pubertetu bile su pod većim rizikom za razvoj problema u hranjenju.

### 1.3.2. SPOL

Poremećaji hranjenja tipično se vezuju uz ženski spol, s odnosom od 9:1 u korist žena (Rastam, Gillberg i Garton, 1989; Fairburn i Beglin, 1990; Wolf, 1991).

Istraživanja pokazuju da su nezadovoljstvo tijelom i ograničavanje unosa hrane ponašanja koja su uobičajenija za žene, nego za muškarce (Connors i Johnson, 1987; Striegel – Moore, Silberstein i Rodin, 1986, prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Istraživanja provedena na adolescentima isto tako sugeriraju da su zabrinutost tjelesnim izgledom i težinom od većega značenja za djevojke nego za mladiće (prema Pokrajac – Bulian, 2000).

### 1.3.3. TJELESNA TEŽINA

Tjelesna težina predstavlja temeljni problem kod poremećaja hranjenja. Kod osoba s poremećajima hranjenja prisutna je izrazita zabrinutost zbog težine koja se često pokušava smanjiti i kontrolirati, no težina, odnosno debljina i mršavost, rezultat su složenih bioloških, psiholoških i socijalnih procesa.

Proporcionalnost tjelesne visine i težine poznata je pod nazivom Indeks tjelesne mase (ITM) tj. Quetletov indeks (Garrow i Webster, 1985). Izračunava se tako da se tjelesna težina izražena u kilogramima, podijeli kvadratom tjelesne visine izražene u metrima.

Indeks tjelesne mase može se kretati u rasponu *od 10 do 50*, a prema Fairburnu (1996), vrijednosti se interpretiraju na sljedeći način:

- **ispod 16** – ekstremno ispodprosječna tjelesna masa
- **16-18** – umjereno ispodprosječna tjelesna masa
- **18-20** – blago ispodprosječna tjelesna masa
- **20-25** – prosječna tjelesna masa
- **25-27** – blago iznadprosječna tjelesna masa
- **27-30** – iznadprosječna tjelesna masa
- **30-40** – umjereno iznadprosječna tjelesna masa
- **iznad 40** – ekstremno iznadprosječna tjelesna masa

Potrebno je napomenuti da je jako važno prilikom dijagnosticiranja poremećaja u prehrani obratiti pozornost, osim na vrijednost indeksa tjelesne mase, na tjelesnu građu osobe, dosadašnju tjelesnu težinu, te očekivani prosjek indeksa tjelesne mase u pojedinoj populaciji za pojedinu dob kojoj osoba pripada.

Također je važno naglasiti da se navedene norme mogu primjenjivati za muškarce i žene iznad 16 godina, dok je za djecu i adolescente do šesnaeste godine života neophodno koristiti tablice distribucije indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol. Razlozi koji opravdavaju upotrebu posebnih tablica distribucije ITM-a, odnose se na intenzivan rast i razvojne promjene karakteristične za razdoblja dojenačke dobi, djetinjstva i puberteta tj. adolescencije. Poznato je da gojaznost u spomenutim razdobljima varira s obzirom na dob, spol i rasu. Vasta i sur. (1998) opisuju čovjekov rast i razvoj u spomenutim životnim razdobljima.

Sve do uzrasta od oko deset godina dječaci i djevojčice približno su iste visine. Do naglog rasta obično dolazi u dobi između 10 i 12 godina kod djevojčica, te između 12 i 14 godina kod dječaka. Tako su u dobi od 11 do 14 godina djevojčice u prosjeku više nego dječaci. Za nekoliko godina kasnije, taj se odnos trajno preokrene. U Sjevernoj Americi, te sjevernoj i zapadnoj Europi, poznato je da je do uzrasta od 15.5 godina kod djevojčica, te 17.5 godina kod dječaka rast u visinu gotovo posve završen, a nakon toga naraste se za manje od 2% (Malina, 1990, Tanner, 1990).

Proporcija masnog tkiva u odnosu na mišićno tkivo također se mijenja s uzrastom i razlikuje se kod dječaka i djevojčica. Kod rođenja djevojčice imaju nešto više masnog tkiva od dječaka. Tijekom djetinjstva ta se razlika postupno povećava do otprilike osme godine života, a nakon toga povećava se znatno brže. Za vrijeme naglog rasta u adolescenciji djevojčice nastavljaju dobivati masno tkivo brže od dječaka, iako u vrijeme kada najbrže rastu postoji nagli pad brzine nakupljanja masnog tkiva.

U adolescenciji dolazi i do povećanja mišićne mase, i to izrazitije kod dječaka nego kod djevojčica. Promjene u skeletnom sustavu, okoštavanje, rast unutrašnjih organa, te općenito pojedinih dijelova tijela i organizma u cjelini također značajno doprinose psihofizičkom razvoju mlade osobe.

Poznato je da su mlade žene koje u odnosu na svoje vršnjakinje, imaju veću tjelesnu težinu i više tjelesne masnoće, manje zadovoljne vlastitim tijelom, češće provode dijetu i pokazuju simptome poremećaja hranjenja.

Međutim, nalazi brojnih autora potvrđuju da tjelesna težina nije jedini i dovoljan prediktor nastanku odstupajućih navika hranjenja.

## 1.4. PSIHOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA

Psihološkim čimbenicima se u suvremenim istraživanjima poklanja velika pažnja. Među najčešće istraživane psihološke čimbenike u nastanku poremećaja hranjenja ubrajaju se depresivnost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije, perfekcionizam, poremećaji ličnosti, te anksioznost.

### 1.4.1. SAMOPOŠTOVANJE

Općenito, samopoštovanje se definira kao rezultat formiranog pojma o sebi tj. vrednovanje ili evaluacija sebe bilo na pozitivan ili na negativan način. Samopoštovanje razni autori različito definiraju i opisuju, ovisno o teorijskom polazištu, korištenim mjernim instrumentima, načinu istraživanja, ispitanicima i sl.

Coopersmith (1967) navodi da pod tim terminom podrazumijevamo procjenu koju pojedinac iskazuje o samome sebi. Njime se iskazuje do koje mjere pojedinac sebe smatra sposobnim, značajnim, uspješnim i kompetentnim. Samopoštovanje je osobna procjena vrijednosti koja je izražena u stavu što ga pojedinac ima o samom sebi. To je subjektivno iskustvo koje pojedinac upućuje drugima verbalnim iskazima ili nekim drugim očitim iskazima ponašanja.

Fleming i Courtney (1984) definiraju samopoštovanje kao multifacetni konstrukt ili konstrukt specifičnih domena. Iz te perspektive, facete samopoštovanja smještene su u hijerarhijski sustav. Na vrhu hijerarhijske strukture nalazi se globalno samopoštovanje, a ispod tog općeg konstrukta smještene su akademska, socijalna, emocionalna i tjelesna domena samopoštovanja, od kojih se svaka još može raščlaniti.

Prema Dacey i Kenny (1994, prema Vulić – Prtorić, 2000) adolescenti s visokim samopoštovanjem koriste pozitivne načine rješavanja životnih problema. Međutim, porast životnog stresa može rezultirati gubljenjem samopoštovanja. Postoji veća vjerojatnost da će mladi niskog samopoštovanja imati poremećaje kao što su anksioznost, depresija, delikvencija, poremećaji hranjenja od mladih s visokim samopoštovanjem.

U svojoj doktorskoj disertaciji, Ambrosi – Randić (2001) iznosi neke vrlo važne spoznaje vezane uz problematiku samopoštovanja kao osobine ličnosti u okviru poremećaja u hranjenja.

Izgleda da žene imaju više problema u području samopoštovanja (Tschirhart i Donovan, 1984) zato što njihovo samopoštovanje nije internalizirano, već vezano uz vanjske faktore, kao što su tjelesni izgled ili situacije u kojima čine nešto za drugoga. Kada djevojke postanu nesigurne u interpersonalnim odnosima ili posumnjaju u vlastite

sposobnosti, pretpostavlja se da se (u zapadnoj kulturi) okreću kontroli tjelesne težine kao sredstvu kojim će osigurati uspjeh i prihvaćanje. Poznato je također da je samopoštovanje djevojaka prije puberteta te u adolescenciji važan čimbenik u njihovoj predispoziciji za razvoj poremećaja hranjenja (Shisslak i Crago, 1987). Žene su uvjerenе da je važnije kako izgledaju, nego tko su i što znaju. Sniženo samopoštovanje prisutno je i u osoba s anoreksijom i bulimijom nervozom, a pretpostavlja se da je jedan od rizičnih čimbenika za nastanak samih poremećaja. U sklopu poremećaja hranjenja dijeta i gubitak težine predstavljaju ponašanja kojima osobe uspostavljaju osjećaj kontrole nad svojim životom.

Na studentskom uzorku nisko je samopoštovanje povezano s anoreksičnim ponašanjem (Grant i Fedor, 1986), pokušajima da se poveća ili smanji težina (Rosen, Gross i Vara, 1987), i s poremećenim navikama hranjenja (Fisher, Schneider, Pegler i Napolitano, 1991). Žene s poremećajima hranjenja imaju ekstremno nisko samopoštovanje, misle o sebi da su loše osobe i strahuju da će biti odbačene ili napuštene (Garfinkel i Garner, 1982; Johnson i Connors, 1987). Dakle, iz navedenih istraživanja proizlazi da je sniženo samopoštovanje u osoba ženskog spola povezano s predkliničkim i kliničkim poremećajima hranjenja, i to od predadolescencije do mlađe odrasle dobi.

Pokrajac- Bulian (2000) iznosi da će vjerojatno osobe negativnijeg samopoštovanja lošije procjenjivati svoje tijelo, obezvrijeđujući ga kao što to čine za svoje sposobnosti i preostale aspekte slike o sebi.

#### 1.4.2. PREDODŽBA O VLASTITOM TIJELU

Veći broj autora samopoimanje definira kao deskriptivni aspekt sebe, a samopoštovanje kao evaluativni aspekt sebe. Tjelesno samopoimanje mladih (fizički self, body image) ima značajan udio u općem samopoimanju, odnosno općem samopoštovanju. Prema Lacković-Grgin (1994), tjelesno samopoimanje determinirano je *subjektivnom percepcijom svoga tijela* (njegova izgleda i funkcija), *internaliziranim emocionalnim iskustvom o tijelu*, *inernalizacijom reagiranja okoline* na tijelo subjekta, te time kakve je *standarde i očekivanja* o svome tijelu osoba izgradila, odnosno kakva je za nju *idealna slika tijela*.

Nezadovoljstvo vlastitim tijelom jedan je od poremećaja predodžbe o tijelu, koji se može kretati od laganog nezadovoljstva specifičnim dijelovima tijela sve do ekstremnog omalovažavanja izgleda, pri čemu osobe smatraju svoje tijelo odbojnim i odvratnim. Ispituje se tako da ispitanici procjenjuju zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo svojim tijelom ili njegovim pojedinim dijelovima.

Poznato je također da je nezadovoljstvo vezano uz težinu pojedinih dijelova tijela prisutno kod oba spola i da je velik broj ispitanika nesretan barem zbog jednog aspekta svog izgleda.

Pubertet je razdoblje u čovjekovom razvoju koje je kod djevojaka povezano s porastom masnih naslaga čime se indirektno povećava razlika između tijela adolescentica i kulturalnog ideala tjelesnog izgleda žene. Takav nesklad u poimanju vlastitog tijela loš je za mlade djevojke, koje su u pubertetu vrlo osjetljive na mišljenje o sebi. Suprotno tome, porast visine i razvoj mišićne mase za vrijeme puberteta približava dječake kulturalnom idealu muškosti. Normalne tjelesne promjene do kojih dolazi u pubertetu, primjerice razvoj sekundarnih spolnih oznaka, mogu izazvati zabrinutost tjelesnim izgledom (Rosen, 1992, prema Pokrajac – Bulian, 2000). Do toga može doći u slučaju negativnih povratnih informacija iz okoline, upućenih mladoj osobi u razvoju.

Za objašnjavanje razvoja i /ili održavanja nezadovoljstva vlastitim tijelom ponuđena su **četiri tumačenja** (Thompson, 1992, prema Ambrosi - Randić, 2001): socijalna usporedba, sociokulturni pristup, negativni verbalni komentar i razvojni pristup.

SOCIJALNA USPOREDBA polazi od toga da su osobe koje često uspoređuju svoj izgled s izgledom drugih osoba, posebno s «vrlo atraktivnim» osobama, u većoj opasnosti za razvijanje nezadovoljstva tijelom. Ovu hipotezu podržavaju korelacijska i laboratorijska istraživanja Heinberga i Thompsona (1992a,b). SOCIOKULTURNI PRISTUP temelji se na uvjerenju da društveni faktori, posebno oni koji uključuju tisak i vizualne medije, pružaju snažne poruke u vezi s prihvatljivošću ili neprihvatljivošću nekih tjelesnih osobina (Heinberg, Thompson i Stormer, 1995). Podršku ovom pristupu daju sva ona istraživanja koja ukazuju na povezanost između poremećaja hranjenja, nezadovoljstva tijelom i poruka iz medija (dijeta, mršavost i tjelesni ideali). Rana izloženost NEGATIVNOM VERBALNOM KOMENTARU u obliku zabinutih komentara vezanih uz izgled ili tjelesnu težinu povezana su s nezadovoljstvom tijelom, poremećajima hranjenja i općim psihološkim funkcioniranjem (Brown, Cash i Lewis, 1989; Cattarin i Thompson, 1994). Autori koji podržavaju RAZVOJNI PRISTUP usmjereni su na vrijeme pojave menarhe kao središnjeg čimbenika u razvoju nezadovoljstva tijelom. Rani tjelesni razvoj, općenito definiran kao ulazak u pubertet prije vršnjaka u vlastitoj socijalnoj skupini ili rana menarha (11 godina ili ranije) povezan je s visokim nezadovoljstvom tijelom (Thompson, 1990), no kasnija istraživanja istog autora pružaju kontradiktorne podatke što ukazuje na to da je potrebna dodatna provjera ovih rezultata.

Stormer i Thompson (1995) utvrdili su da, kada se izuzme utjecaj samopoštovanja i stupnja gojaznosti, socijalna usporedba i društveni faktori predstavljaju značajne prediktore nezadovoljstva vlastitim tijelom i poremećaja hranjenja. Negativni verbalni komentari isto tako objašnjavaju mali dio varijance, dok se razvojni status nije pokazao kao značajan prediktor niti u jednoj analizi.

Podaci i činjenice koji slijede o istraživanjima na području slike tijela navodi Pokrajac – Bulian (2000) u svojoj doktorskoj disertaciji.

- **SMETNJE U PERCEPCIJI VLASTITOG TIJELA**

Osobe s poremećajima hranjenja imaju vrlo nerealnu percepciju vlastitog tijela, smatrajući ga pretjerano krupnim i zaokruženim, debelim ili neproporcionalnih dimenzija, posebno nekih dijelova tijela. Bez obzira na povratne informacije iz okoline, ovi pojedinci vjeruju isključivo u svoju osobnu procjenu, smatrajući da su previše debeli. Osim toga, pojedinci s poremećajima hranjenja pokazuju veliku usmjerenost i osjetljivost na tjelesne senzacije kao što su glad, sitost, probava, bol, mučnina, konstipacija, koje se procesom selektivne pažnje znatno pojačavaju.

- **DISTORZIJE U STAVOVIMA O VLASTITOM TIJELU**

Nezadovoljstvo vlastitim tijelom odnosi se na obezvrijeđivanje vlastitog izgleda koji se uspoređuje s nekim idealom. Osoba misli da je prekomjerno teška, da je previše krupna ili zaobljena, te se zbog tako odstupajućeg izgleda osjeća neprivlačnom. Nezadovoljstvo tijelom može se odnositi i na pojedine dijelove tijela (bokove, struk, stražnjicu i sl.).

- **ODSTUPANJA U PONAŠANJU**

Osobe s poremećajima hranjenja izbjegavaju situacije u kojima moraju pokazivati vlastito tijelo: izbjegavaju kupališta, restorane, izlaske, ukoliko bi oni mogli uključivati poglede osoba suprotnog spola. Često izbjegavaju i intimne odnose, a svoje tjelesne nedostatke pokušavaju prikriti nošenjem primjerene odjeće tamnih boja koja dobro pokriva tijelo. Uz to, pojedinci s poremećajem slike tijela pribjegavaju različitim ponašanjima kao što su provjeravanje vlastitog izgleda u zrcalu, kako bi se uvjerali da se izgled nije pogoršao ili zapitkivanje okoline o tome izgledaju li dobro.

Pod izlikom mode, radikalno se djelovalo na ponašanje i izgled žena. Wolf (1991) naglašava da standardi ljepote imaju veći utjecaj na ponašanje, nego na izgled. Tako žene s deformiranim stopalima nisu mogle hodati, dok žene s obrezanim genitalijama nisu mogle izraziti i proživjeti vlastitu seksualnost. Adolescenti iskazuju želju za mršavošću

čime se pokušavaju prilagoditi potrebi preuzimanja odgovornosti za vlastiti život (Bruch, 1989).

Osobe s poremećajem slike tijela razvijaju disfunkcionalna uvjerenja o vlastitom izgledu tijela i značenju koje ono ima u nastanku slike o sebi, a ona nadalje utječu na njihove misli, emocije i ponašanja. Disfunkcionalna uvjerenja nastaju kao dio ranog iskustva, obično u tijeku adolescencije kada osobni identitet i tjelesni razvoj doživljavaju nagle promjene.

Pridavanje velikog značaja izgledu može biti pojačano obiteljskim stavovima i ponašanjima: roditelji koji ističu značaj vlastitoga tjelesnog izgleda i/ili provode dugotrajne i rigorozne dijete (Garfinkel i Garner, 1982). Majčina briga o težini i zaokupljenost mršavošću prediktori su provođenja dijete njihovih srednjoškolskih kćeri jer se na taj način isti ponašajni model nudi vlastitoj djeci (Striegel - Moore i Kearney – Cooke, 1994). Okolina, obitelj i vršnjaci mogu kritičkim primjedbama, koje se usmjeravaju na izgled, dovesti do nastanka nezadovoljstva u percepciji vlastitog tijela i težine (Moreno i Thelen, 1993).

Nađeno je da je velik postotak djevojaka s bulimijom bio prekomjerno težak prije pojave bolesti (Fairburn i Cooper, 1982; Garfinkel, 1981), te da majke djevojaka s bulimijom imaju viši ITM u odnosu na kontrolnu skupinu (Yates, 1992). Budući da je tjelesna težina 70% nasljeđena, to upućuje na obiteljsku sklonost ka povećanoj tjelesnoj težini.

Istraživanja su pokazala da je ranije tjelesno sazrijevanje kod djevojčica u pubertetu povezano s manje pozitivnom slikom tijela. Naime, socijalni interes za nečiji izgled (npr. za adolescenticu koja ranije seksualno sazrijeva) može se pojaviti u vrijeme kada ona ne posjeduje dovoljno vještina za nošenje sa zahtjevima vlastite tjelesne slike.

Levine i suradnici (1994) nalaze da se rizik nastanka poremećaja hranjenja povećava kod djevojaka koje počinju izlaziti s mladićima u vrijeme pojave prve menstruacije. Ukoliko se navedenim događajima pridodaju i povećani zahtjevi škole ili zabrinutost akademskim uspjehom, značajno raste rizik nastanka poremećajka hranjenja. Ujedno duža depriviranost hranom potiče prejedanje (Polivy i Herman, 1983; Connors, 1996), a dijeta obično prethodi pojavi bulimije (Johnson i Connors, 1987).

Budući da se u našem društvu velik značaj pridaje tjelesnoj težini, kod mlade osobe procjena osobne vrijednosti često ovisi o savršenome tijelu.



### 1.4.3. PERFEKCIONIZAM

**Perfekcionizam** se općenito definira kao tendencija za postavljanjem nerealistično visokih ciljeva, praćenih pretjerano kritičnim samoevaluacijama i strahom od neuspjeha. Multidimenzionalan je i sastoji se od potencijalno adaptivne, ali i maladaptivne komponente.

Pod pojmom adaptivni perfekcionizam smatraju se visoki osobni standardi i jaka želja za redom i strukturom, dok se pod pojmom maladaptivni perfekcionizam općenito smatra set samoporažavajućih misli i ponašanja koja imaju za cilj dostizanje previsokih i nerealističnih ciljeva. U osnovi maladaptivnog perfekcionizma nalazi se veći broj varijabli kao što su povećana anksioznost oko izvedbe zadataka, prevelika zabrinutost za pogreške, prevelika osobna očekivanja, odgađanje zadataka i sl., koje su povezane sa poremećajima hranjenja (prema Ashby i sur., 1998).

Jedan od značajnih istraživača na području perfekcionizma, Hamachek (1978, prema Frost i sur., 1990) je smatrao da perfekcionizam možemo promatrati kao način ponašanja te kao način razmišljanja o ponašanju. Prema njemu, perfekcionizam se javlja na kontinuumu od normalnog do neuroskog. Tako **normalni perfekcionista** postavlja sebi visoke, ali realistične ciljeve i motiviran je prvenstveno zadovoljstvom i nagradama koje donosi uspjeh. S druge strane, **neurotski perfekcionista** nastoji prvenstveno izbjeći neuspjeh, ništa mu nije dovoljno dobro i nije zadovoljan svojom izvedbom ma koliko dobra ili čak natprosječna bila.

U našoj se kulturi posebno potiču postignuće i uspješnost, a za mlade je žene interpersonalna privlačnost značajna komponenta «uspjeha».

Značaj izgleda pri konstruiranju tjelesnog samopoimanja, te za razvoj općeg samopoimanja je velik, jer je tijelo, posebice s obzirom na procjene drugih, prvo što u susretu s pojedincem drugi zapažaju. Za razliku od nekih osobnih karakteristika, koje osoba može, ponekad i vrlo dugo, uspješno prikrivati od drugih, tijelo je izloženo pogledima i procjenama bez obzira želi li to osoba ili ne (prema Lacković – Grgin, 1994).

U istraživanjima (Saboonchi i Lundh, 1999, prema Grubišić, 2002) se pokazalo da je perfekcionizam stabilna crta ličnosti koja se kroz različite situacije vrlo malo mijenja.

Poznati su brojni rizični čimbenici za pojavu i razvoj perfekcionizma: spol (nema jednoznačnih rezultata o prevalenciji perfekcionizma kod muškaraca, odnosno žena, ali postoje neke razlike), stilovi atribucije (lokus kontrole), nadarenost, red rođenja, osobine roditelja, religioznost i neke osobine ličnosti (npr. samokritičnost koja se npr. može

ogledati u nezadovoljstvu samim sobom, samohendikepiranje, duhovitost, kompulzivnost).

Perfekcionisti se mogu lako prepoznati i u adolescentskoj populaciji. Redovito izvršavaju sve svoje školske obveze, radni stolovi su im uvijek vrlo uredni, kad nešto rade tome se potpuno posvete i sl.

Za kontekst poremećaja i problema u prehrani posebno je zanimljiv način na koji perfekcionisti misle, a to je nači u kategorijama «sve ili ništa» koji ih ograničava da prihvate prosječnost i nesavršenost u poimanju svog fizičkog izgleda.

## **1.5. SOCIJALNI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA**

Za mlade ljude masovni mediji, posebno televizija i razni časopisi, su možda najmoćniji prijenosnici sociokulturnih ideala. Lakoff i Scherr (1984, prema Ambrosi – Randić, 2001) tvrde da je utjecaj televizije i časopisa posebno negativan zbog toga što se modeli u tim medijima shvaćaju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao manipulirane i umjetno stvorene slike. Budući da je adolescencija razdoblje intenzivnog razvoja identiteta i istraživanja spolne uloge, nije čudno da se utjecaj masovnih medija ne može zanemariti.

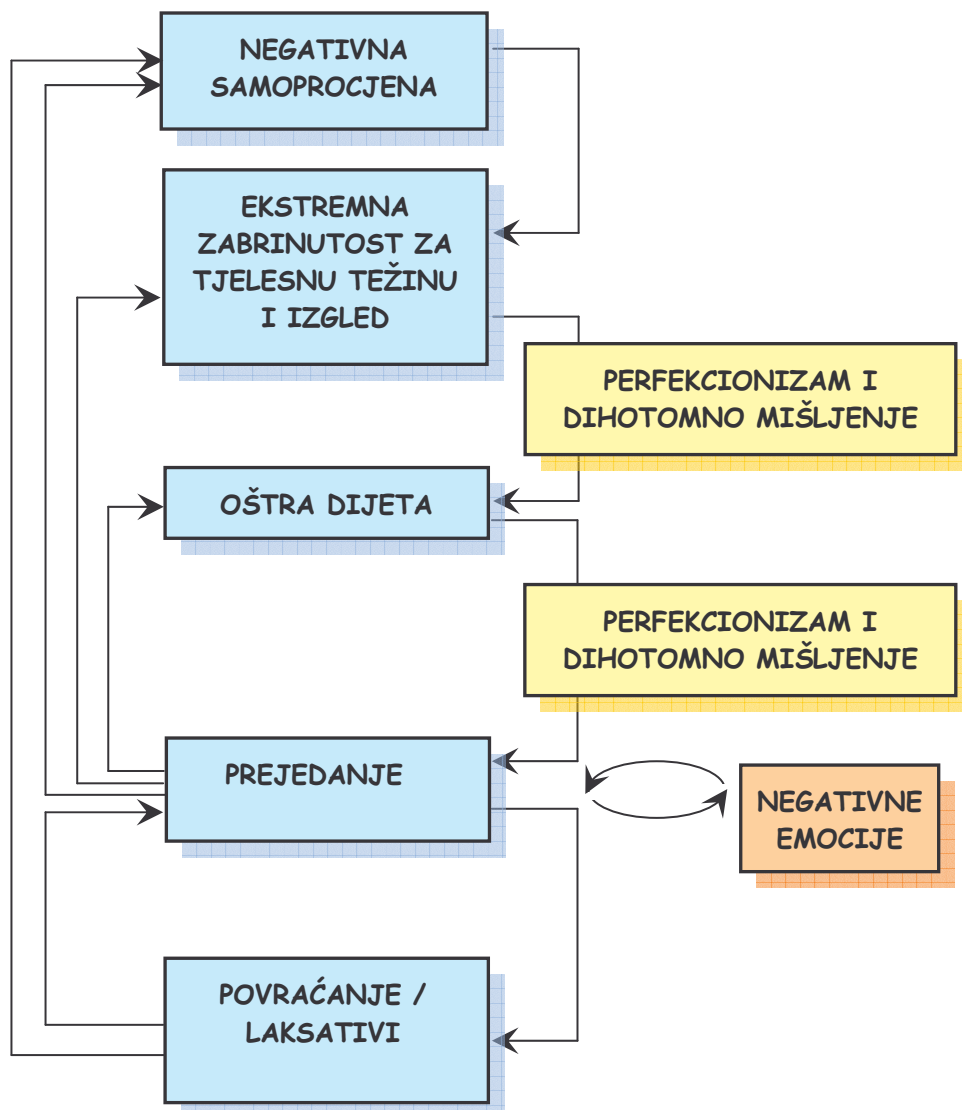
Osim uloge medija, snažan je i utjecaj vršnjaka na psihofizički razvoj adolescenta. Na primjer, tendencija socijalnog uspoređivanja, koja je vrlo izražena u adolescentnom razdoblju, može dovesti do nezadovoljstva tijelom.

No, osim svog negativnog tj. destruktivnog utjecaja na mlade, socijalni utjecaji mogu također biti i konstruktivno usmjereni (kao npr. pozitivan primjer odgojno – obrazovnih televizijskih emisija usmjerenih na zdravi način prehrane i zdrav odnos prema svome tijelu).

U posljednjih petnaestak godina bilježi se znatan porast problema hranjenja koji isključivo pogađaju žene. Velik broj žena u našem društvu izložen je čimbenicima koje smatramo rizičnima za nastanak poremećaja hranjenja. Istraživanje složene problematike bioloških, psiholoških i sociokulturnih varijabli u kontekstu nastanka i razvoja spomenutih poremećaja, te informiranje i edukacija stručnjaka, roditelja, mladih djevojaka i ostalih članova društva uključenih izravno ili neizravno u problematiku poremećaja u prehrani, značajno će doprinijeti prevenciji spomenutih problema i poremećaja.

Ideja za ovo istraživanje nalazi svoje polazište u modelu poznatog istraživača na području poremećaja u prehrani, C.G. Fairburna (1997). Autor u modelu održavanja prejedanja objedinjuje nekoliko ključnih čimbenika odgovornih za nastanak i razvoj problema i poremećaja u prehrani. U ovom istraživanju ispitivan je odnos varijabli samopoštovanja, perfekcionizma, nezadovoljstva tijelom i provođenja dijete.

Slika 1. Model održavanja prejedanja , prema Fairburn (1997)



## 2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

### CILJ ISTRAŽIVANJA:

Cilj ovog istraživanja je dobiti uvid u neke od mogućih rizičnih čimbenika nastanka poremećaja u prehrani, te utvrditi u kojoj mjeri ti čimbenici doprinose predviđanju provođenja dijete kod adolescentica.

### PROBLEMI ISTRAŽIVANJA:

1. Steći uvid u distribucije i deskriptivne statističke parametre rezultata adolescentica za varijable samopoštovanja, nezadovoljstva tjelesnim izgledom, neuroskog perfekcionizma, držanja dijete, te uvid u distribucije i rezultate na mjerama realnih i željenih indeksa tjelesne mase, kao i na mjeri razlike između realnih i željenih indeksa tjelesne mase.
2. Ispitati interkorelacije samopoštovanja, neuroskog perfekcionizma, nezadovoljstva tjelesnim izgledom, te razlike između realnog i željenog indeksa tjelesne mase, i njihov doprinos u objašnjenju varijance provođenja dijete kod adolescentica.

### HIPOTEZE:

S obzirom na dosadašnje spoznaje o varijablama globalnog samopoštovanja i neuroskog perfekcionizma kao relativno stabilnih osobina ličnosti, te s obzirom na uzorak «zdravih» djevojaka očekuje se da se distribucije postignutih rezultata u navedenim varijablama neće statistički značajno razlikovati od normalne distribucije.

Što se tiče distribucija rezultata postignutih na Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom i Skale adolescentnog držanja dijete, realno je za očekivati pozitivno asimetrične distribucije, tj. veći broj djevojaka koje će imati niže rezultate na navedenim mjernim instrumentima.

Slične rezultate i odstupanja od normalne distribucije očekujemo i za distribuciju razlika između realnog i željenog indeksa tjelesne mase. Naime, s obzirom na uzorak zdravih adolescentica očekujemo da će većina njih biti zadovoljna svojom tjelesnom težinom, tj. da će dominirati nulta vrijednost razlike između spomenuta dva indeksa tjelesne mase.

Jedna od pretpostavki ovog istraživanja odnosi se također na odnos između spomenutih prediktorskih varijabli i kriterijske varijable (držanje dijete). S obzirom na spomenute rezultate istraživanja, očekuje se da će opće nezadovoljstvo tjelesnim izgledom, neurotski perfekcionizam i razlika između realnog i željenog indeksa tjelesne mase biti u statistički značajnoj pozitivnoj korelaciji sa dijedom, dok će samopoštovanje imati statistički značajnu negativnu povezanost sa kriterijskom varijablom.

### 3. METODA

#### 3.1. SUDIONICI

Sudionice u ovom istraživanju bile su učenice trećih razreda zagrebačke XI.opće gimnazije, IV. jezične gimnazije, Treće ekonomske škole i Škole za tekstil, kožu i dizajn.

**Tablica 1.** Detaljniji prikaz ispitivanog uzorka

NAZIV ŠKOLE	BROJ UČENICA (N)
GIMNAZIJA	83
TREĆA EKONOMSKA ŠKOLA	63
ŠKOLA ZA TEKSTIL, KOŽU I DIZAJN	37
UKUPAN BROJ UČENICA	<b>183</b>

Iako se radi o prigodnom uzorku, nastojali smo obuhvatiti učenice različitih vrsta srednjih škola (u smislu zahtjevnosti, dužine trajanja i usmjerenja) kako bi se bar skromno povećala mogućnost generalizacije dobivenih rezultata.

### 3.2. POSTUPAK

Ispitivanje je provedeno grupno tijekom redovnog odvijanja nastave u ožujku 2003.god.

Prije početka ispitivanja svim je sudionicama upućena verbalna uputa u kojoj je bila naglašena povjerljivost i anonimnost podataka, dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju, te pojašnjen opći način ispunjavanja priloženih skala. Sudionicama su na raspolaganju tijekom provedbe istraživanja bili vaga i krojački metar, kojima su se koristile ukoliko nisu znale svoju trenutnu tjelesnu težinu, odnosno visinu. Ispitivanje je sa svakim razrednim odjeljenjem provedeno jednokratno u trajanju od jednog školskog sata.

Učenice su nakon verbalne upute samostalno nastavljale rad, uz napomenu da u slučaju nejasnoća oko ispunjavanja skala slobodno postavljaju pitanja.

### 3.3. MJERNI INSTRUMENTI

U ovom istraživanju korišteni su sljedeći mjerni instrumenti:

- **Rosenbergova skala samopoštovanja**
- **Upitnik općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom (BSQ)**
- **Upitnik neurotskog perfekcionizma (NPQ)**
- **Skala adolescentnog držanja djeteta**

Uz navedene mjerne instrumente korištena je i mjera - **ITM (Indeks tjelesne mase)**

### 3.3.1. ROSENBERGOVA SKALA SAMOPOŠTOVANJA

Za procjenu varijable samopoštovanja korištena je **Rosenbergova skala samopoštovanja** (Rosenberg Self – Esteem Scale, 1965). Skala mjeri globalnu vrijednosnu orijentaciju prema sebi. Sastoji se od 10 tvrdnji, pet u pozitivnom i pet u negativnom smjeru. Ukupan rezultat određuje se zbrajanjem procjena na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva (0 = niti malo se ne odnosi na mene, 4 = u potpunosti se odnosi na mene). Visok rezultat odražava visoko samopoštovanje. Ovu je skalu prilagodio našoj populaciji i detaljno opisao Bezinović (1988). Skala pokazuje dobre metrijske karakteristike. Primjenom na ispitanicima iz naše sredine pokazala je dobru pouzdanost. Koeficijenti unutarnje konzistencije (Cronbach alfa) kreću se od 0.81 – 0.84 na dva uzorka ispitanika u istraživanju Bezinovića (1988), dok je na drugoj skupini ispitanika (Tkalčić, 1990) dobivena pouzdanost od 0.82. U navedenim istraživanjima nisu dobivene spolne i dobne razlike između ispitanika, a skala ima nisku povezanost sa socijalnom poželjnošću (sve prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Za potrebe ovog istraživanja provjerena je faktorska struktura skale i pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbach alfa) na uzorku ispitivanih djevojaka. Provedena je faktorska analiza glavnih komponenata i ekstrahirana je jedna komponenta sa karakterističnim korijenom od 5.446, koja objašnjava 54.46% ukupne varijance. Dobivena je visoka pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbach alfa za cijelu skalu iznosi 0.90). Detaljniji prikaz dobivenih rezultata nalazi se u PRILOGU **Tablica 1.** i **Tablica 5.**

### 3.3.2. UPITNIK OPĆEG NEZADOVOLJSTVA TJELESNIM IZGLEDOM

Za procjenu zadovoljstva tijelom koristio se prilagođeni **Upitnik općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom** (Body Shape Questionnaire – BSQ; Cooper, Taylor, Cooper, Fairburn, 1987).

Upitnik predstavlja mjeru zadovoljstva/nezadovoljstva tijelom. Sastoji se od 34 čestice koje su dobivene pri provođenju polustrukturiranih intervjua s različitim skupinama žena, uključujući i pacijentice s anoreksijom i bulimijom. Ispitanice izražavaju zabrinutost vlastitim tjelesnim izgledom na skali od 6 stupnjeva Likertovog tipa (nikad, rijetko, ponekad, često, vrlo često, uvijek). Ukupan rezultat određuje se zbrajanjem procjena i varira u teoretskom rasponu od 34 do 204. Viši rezultat ukazuje na izrazitije nezadovoljstvo tijelom. Pitanja se odnose na ispitanikove osjećaje u proteklih mjesec dana. Pouzdanost tipa unutrašnje konzistencije iznosi 0.93 (Thompson, Penner, Altabe, 1990, prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Rezultati faktorske analize provedene u doktorskoj disertaciji Pokrajac – Bulian (2000) pokazali su sljedeće: analiza glavnih komponenata uz Varimax rotaciju izlučila je 5 faktora s eigen vrijednostima većim od jedan. Faktor ekstrahiran analizom na zajedničke faktore objašnjava 42.3% varijance. Radi se o faktoru zasićenom nezadovoljstvom vlastitim tijelom. Cronbach alfa dobiven za cijeli upitnik iznosi .96.

Za potrebe ovog istraživanja provjerena je faktorska struktura upitnika i pouzdanost tipa unutarne konzistencije (Cronbach alfa) na uzorku ispitivanih djevojaka. Faktorskom analizom glavnih komponenata ekstrahirano je pet komponenata sa eigen vrijednostima većim od jedan koje objašnjavaju 64.68% ukupne varijance. Prva komponenta ima karakteristični korijen od 15.965 i objašnjava 46.956% varijance što sugerira na postojanje jednog generalnog faktora. Cronbach alfa za cijeli upitnik iznosi 0.96. Detaljniji prikaz dobivenih rezultata nalazi se u PRILOGU **Tablica 2.** i **Tablica 5.**



### 3.3.3. UPITNIK NEUROTSKOG PERFEKCIONIZMA

Za procjenu varijable perfekcionizma korišten je prilagođen **Upitnik neurotskog perfekcionizma** (Neurotic Perfectionism Questionnaire – NPQ) prvi put standardiziran na našoj srednjoškolskoj populaciji u diplomskoj radnji Ivančice Grubišić (2002) sa Odsjeka za psihologiju u Rijeci.

Upitnik neurotskog perfekcionizma je skala samoprocjene koja je originalno konstruirana za mjerenje perfekcionizma kod osoba s poremećajima hranjenja (Mitzman, Slade i Dewey, 1994). Pokazala se vrlo dobrom mjerom za razlikovanje neperfekcionista, te normalnih i neurotskih perfekcionista. Originalna skala se sastoji od 42 čestice, a odgovori se boduju na skali od 5 stupnjeva: od 1- uopće se ne slažem do 5 – u potpunosti se slažem. Raspon mogućih rezultata je od 42 do 210 bodova gdje veći rezultat ukazuje na viši nivo perfekcionizma. Također je značajno napomenuti da originalno zamišljena skala mjeri 3 faktora: perfekcionizam usmjeren prema sebi, perfekcionizam usmjeren prema drugima i društveno uvjetovan perfekcionizam, a Cronbach alpha za cijelu skalu iznosi 0.95.

Faktorskom analizom na uzorku srednjoškolaca naše populacije utvrđena je jednofaktorska struktura. Kao kriterij za ekstrakciju faktora korišten je Scree – test koji ukazuje na postojanje jednog univerzalnog faktora. Izlučene eigen vrijednosti za prva tri faktora su 9.32, 1.98 i 1.81. Prvi faktor objašnjava 24.6% varijance. Opterećenja čestica na tom faktoru su visoka i kreću se od 0.32 do 0.70. Tijekom faktorske analize neke čestice su izbačene tako da je od originalne 42 čestice ostalo njih 35. Čestice su izbačene jer su imale opterećenje na glavnom faktoru ispod 0.30 te su snižavale pouzdanost upitnika. Cronbach alpha dobiven za cijeli upitnik (35 čestica) iznosi 0.91.

Za potrebe ovog istraživanja provjerena je faktorska struktura upitnika i pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbach alfa) na uzorku ispitivanih djevojaka. Faktorskom analizom glavnih komponenata ekstrahirano je sedam komponenata sa eigen vrijednostima većim od jedan koje objašnjavaju 64% ukupne varijance. Prva komponenta ima karakteristični korijen od 14.392 i objašnjava 41.12% varijance što sugerira na postojanje jednog generalnog faktora. Cronbach alfa za cijeli upitnik iznosi 0.96. Detaljniji prikaz dobivenih rezultata nalazi se u PRILOGU **Tablica 3.** i **Tablica 5.**

### 3.3.4. SKALA ADOLESCENTNOG DRŽANJA DIJETE

Za procjenu mjere provođenja dijetete upotrijebljena je prilagođena verzija **Skale adolescentnog držanja dijetete** (Adolescent Dieting Scale; Patton i sur., 1997, prema Ambrosi-Randić, 2001).

Skala se sastoji od osam čestica i obuhvaća tri tipične strategije držanja dijetete (brojanje kalorija, smanjivanje količine hrane i preskakanje obroka). Prilikom konstrukcije skale autori su analizirali upitnike koji mjere restriktivnu dijetetu (Herman, Polivy, 1980; Stunkard, Messick, 1985; Van Strien, Frijters, Bergers, Defares, 1986), abnormalne navike hranjenja (Garner i Garfinkel, 1979; Whitaker, Johnson, Shaffer, Rapoport, Kalikow, Walsh, Braiman i Dolinsky, 1990) i protokole intervjuja za poremećaje hranjenja (Fairburn i Cooper, 1991) da bi identificirali ponašanja tipična za dijetetu, ali koja ne uključuju ekstremne strategije u kontroli težine koje su karakteristične za kliničke poremećaje hranjenja. Početna verzija skale primijenjena je na 2525 učenika i učenica u Australiji, u dobi od 11 do 17 godina. Da bi se dobile kategorije držanja dijetete pogodne za upotrebu u daljnjim istraživanjima, rezultati su podvrgnuti analizi odgovora na česticama. Nakon detaljne analize, autori su definirali sljedeće kategorije adolescentnog držanja dijetete: bodovi od 15 do 24 predstavljaju ekstremnu dijetetu, bodovi od 7 do 14 umjerenu dijetetu, od 1 do 6 minimalnu dijetetu i 0 bodova nepostojanje dijetete. Ove se posljednje dvije skupine obično spajaju te govorimo o minimalnom držanju dijetete, odnosno o skupini «nedijetalaca».

Primjena kompletne prevedene skale na našem uzorku pri izradi doktorske disertacije Neale Ambrosi – Randić (2001) rezultirala je, nakon provedene analize čestica i faktorske analize, jednofaktorskom strukturom te vrlo visokim korelacijama čestica s ukupnim rezultatom. Skala ima visoku pouzdanost tipa unutarnje konzistencije, a također i sve čestice pokazuju zadovoljavajuću korelaciju s ukupnim rezultatom.

Uz svako pitanje ispitanice odgovaraju jednim od četiri predložena odgovora: od 0 (rijetko ili nikad) do 3 (gotovo uvijek). Ukupan rezultat na skali dobiva se jednostavnim zbrajanjem bodova, pri čemu viši rezultat ukazuje na prisustvo ekstremnijeg oblika dijetete. Mogući raspon bodova kreće se od 0 do 24.

Za potrebe ovog istraživanja provjerena je faktorska struktura skale i pouzdanost tipa unutrašnje konzistencije (Cronbach alfa) na uzorku ispitivanih djevojaka. Provedena je faktorska analiza glavnih komponenata i ekstrahirana je jedna komponenta sa karakterističnim korijenom od 5.779, koja objašnjava 72.23% ukupne varijance. Cronbach alfa za cijelu skalu iznosi 0.94. Detaljniji prikaz dobivenih rezultata nalazi se u PRILOGU **Tablica 4.** i **Tablica5.**

### 3.3.5. INDEKSI TJELESNE MASE

U istraživanju su korišteni realni i željeni indeksi tjelesne mase, te njihova razlika. Indeks tjelesne mase (ITM) izračunava se tako da se tjelesna težina izražena u kilogramima podijeli s kvadratom tjelesne visine izražene u metrima. Željeni indeks tjelesne mase računa se prema istoj formuli kao realni ITM samo što umjesto realne tjelesne težine u formulu uvrstimo željenu tjelesnu težinu. Dakle, željenu tjelesnu težinu u kilogramima podijelimo sa tjelesnom visinom izraženom u kvadratnim metrima .

#### 4. REZULTATI I RASPRAVA

Analize rezultata izvršene su pomoću SPSS for Windows, verzija 9.0.

Da bismo dobili što bolji uvid u cjelokupnu sliku istraživanja i odgovorili na postavljene probleme, prikaz rezultata započinjemo s tablicom deskriptivnih podataka.

**Tablica 2.** Prikaz deskriptivnih podataka za ukupan uzorak adolescentica (N =183) na Rosenbergovoj skali samopoštovanja, Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom, Upitniku neurotskog perfekcionizma, Skali adolescentnog držanja djeteta, realnom i željenom indeksu tjelesne mase, te razlici realnog i željenog indeksa tjelesne mase

VARIJABLA	N	M	SD	RASPON	TEORETSKI RASPON
SAMPOŠTOVANJE	183	27.91	7.996	4 – 40	0 - 40
NEZADOVOLJSTVO TJELESNIM IZGLEDOM	183	75.76	31.491	34 – 174	34 - 204
NEUROTSKI PERFEKCIONIZAM	183	82.37	27.335	36 – 156	35 - 175
DIJETA	183	5.94	6.909	0-24	0 - 24
REALNI INDEKS TJELESNE MASE	183	20.09	2.326	16.16-30.30	10 - 50
ŽELJENI INDEKS TJELESNE MASE	183	19.06	1.376	16.18-22.99	-
RAZLIKA REALNI I ŽELJENI INDEKS TJ. MASE	183	1.025	1.7526	-3.20 – 8.66	-

#### Legenda :

**N** – broj sudionica **M** – aritmetička sredina **SD** – standardna devijacija **RASPON**– opaženi raspon rezultata postignutih na mjerama i mjernim instrumentima **TEORETSKI RASPON** – teoretski raspon rezultata na mjernim instrumentima i realnom ITM-u

Deskriptivni podaci koje je dobila Pokrajac – Bulian (2000) u svojoj doktorskoj disertaciji ispitujući varijable samopoštovanje, nezadovoljstvo tjelesnim izgledom, te indeks tjelesne mase (istim mjernim instrumentima koji su korišteni u ovoj diplomskoj radnji) na dvije skupine ispitanica : kliničkoj skupini (prosječne dobi 17 godina, sa dijagnozom anoreksije nervoze) i komparabilnoj skupini (prosječne dobi 16 godina i 9 mjeseci) prikazani su u tablici koja slijedi.

Klinički uzorak ispitanica ukupno čini 35 djevojaka. Međutim, zbog «otpada» rezultata nekih ispitanica na pojedinim mjerama, broj ispitanica u pojedinim analizama varira. Kriteriji za uključenje ispitanica u kliničku skupinu bili su dijagnoza anoreksije nervoze prema DSM – IV kriterijima i hospitalizacija ili ambulantni tretman. S obzirom na školovanje 28.5% ispitanica kliničkog uzorka su učenice osnovne škole, 48.6% su srednjoškolke, dok je u uzorku 22.9% studentica.

**Tablica 3.** Prikaz deskriptivnih podataka kliničke i komparabilne skupine na Rosenbergovoj skali samopoštovanja, Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom i Indeks tjelesne mase dobiveni u disertaciji Pokrajac – Bulian (2000)

VARIJABLA	SKUPINA	N	M	SD	RASPON
SAMOPOŠTOVANJE	KLINIČKA	34	23.44	10.44	3 - 40
	KOMPARABILNA	35	30.83	6.54	15 - 40
NEZADOVOLJSTVO TJELESNIM IZGLEDOM	KLINIČKA	26	81.92	28.43	37 - 145
	KOMPARABILNA	35	57.54	20.23	37 - 124
INDEKS TJELESNE MASE	KLINIČKA	35	16.66	1.92	13.59 -22.54
	KOMPARABILNA	35	20.22	1.84	17.0 – 24.50

**Legenda :**

N – broj ispitanica    M – aritmetička sredina    SD – standardna devijacija    RASPON – opaženi raspon rezultata postignutih na mjernim instrumentima i ITM-u

U svojoj diplomskoj radnji, Ivančica Grubišić (2002) provela je ispitivanje na 213 srednjoškolaca trećih i četvrtih razreda i upotrijebila, između ostalog, Upitnik neuroskog perfekcionizma koji je korišten i u ovoj diplomskoj radnji. Radi usporedbe, navodimo deskriptivne podatke koje je dobila Grubišić na Upitniku neuroskog perfekcionizma: aritmetička sredina ( $M = 83.20$ ), standardna devijacija ( $SD = 22.92$ ), te raspon rezultata od 38 do 153.

Deskriptivni podaci koje je dobila Ambrosi – Randić (2001) na uzorku od 272 učenice srednjih škola, koristeći Skalu adolescentnog držanja djeteta su sljedeći: aritmetička sredina ( $M = 6.40$ ), standardna devijacija ( $SD = 5.69$ ), te raspon rezultata od 0 do 24.

Dakle, usporedbom prikazanih podataka možemo uočiti da se podaci koje smo dobili u našem istraživanju okvirno, na deskriptivnoj razini podudaraju sa podacima ostalih autora na tom području.

Potpuniji uvid u dobivene rezultate dobiti ćemo nakon što pogledamo grafičke prikaze rezultata za svaku pojedinu varijablu korištenu u istraživanju.

Za testiranje normaliteta distribucija korišten je Kolmogorov – Smirnov neparametrijski test, a dobiveni rezultati su prikazani u sljedećoj tablici:

**Tablica 4.** Kolmogorov – Smirnov Test proveden na rezultatima prediktorskih varijabli i kriterija prigodnog uzorka adolescentica (N=183)

VARIJABLA	N	M	SD	K – S – Z	p
SAMPOŠTOVANJE	183	27.91	7.996	1.142	0.147
NEZADOVOLJSTVO TJELESNIM IZGLEDOM	183	75.76	31.491	1.641	<b>0.009</b>
NEUROTSKI PERFEKCIONIZAM	183	82.37	27.335	1.164	0.133
DIJETA	183	5.94	6.909	2.660	<b>0.000</b>
RAZLIKA REALNI I ŽELJENI INDEKS TJ. MASE	183	1.02	1.753	1.783	<b>0.003</b>

**Legenda:**

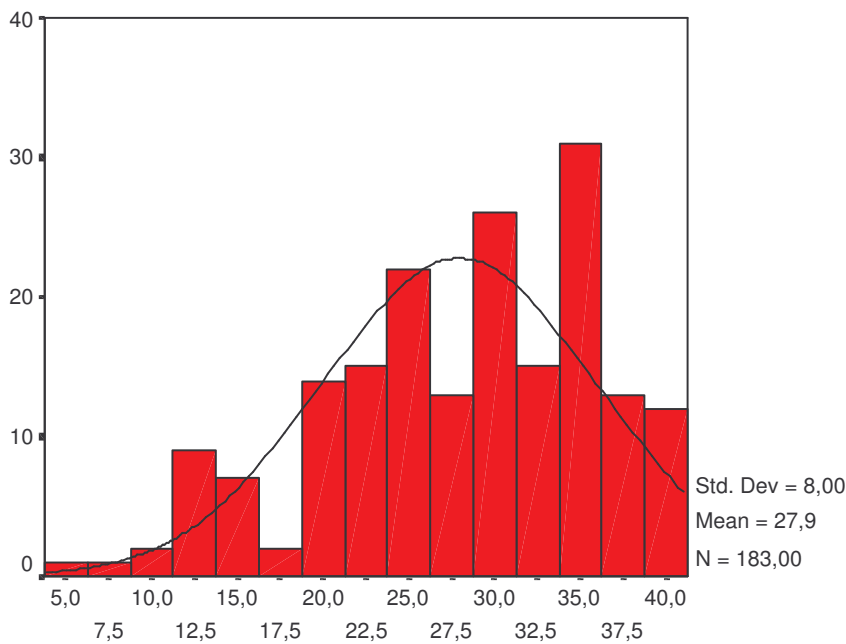
N – broj sudionica    M – aritmetička sredina    SD – standardna devijacija    K – S – Z = rezultat Kolmogorov – Smirnov testa    p – stupanj značajnosti kod dvosmjernog testiranja

Iz priložene tablice možemo uočiti da se distribucije ukupnih rezultata na Rosenbergovoj skali samopoštovanja i Skali neuroskog perfekcionizma statistički značajno ne razlikuju od normalne distribucije. Međutim, distribucija ukupnih rezultata na Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom statistički se značajno razlikuje od normalne distribucije (pozitivno je asimetrična što znači da veći broj sudionica postiže niže rezultate na ovoj skali što je i opravdano očekivati u uzorku zdravih adolescentica), a isto vrijedi i za distribuciju ukupnih rezultata postignutih na Skali adolescentog držanja dijete .

Odstupanje od normalne distribucije uočeno je također i na distribuciji razlika realnih i željenih indeksa tjelesne mase, no indeks asimetrije  $\alpha$  iznosi 0.12 što upućuje na vrlo malo odstupanje od simetrije.

Slijedi histogramski prikaz distribucija ukupnih rezultata postignutih na varijablama prikazanim u **Tablici 4.**, te zbog preglednijeg uvida u rezultate posebno distribucija realnih (Kolmogorov-Smirnov  $Z = 1.407$ ;  $p = 0.038$ ) tj. željenih (Kolmogorov – Smirnov  $Z = 0.771$ ;  $p = 0.591$ ) indeksa tjelesne mase koje iz navedenih podataka statistički značajno ne odstupaju od normalne distribucije.

**Graf 1.** Prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije ukupnih rezultata postignutih na Rosenbergovoj skali samopoštovanja



ukupan rezultat na samopoštovanju

**Legenda:**

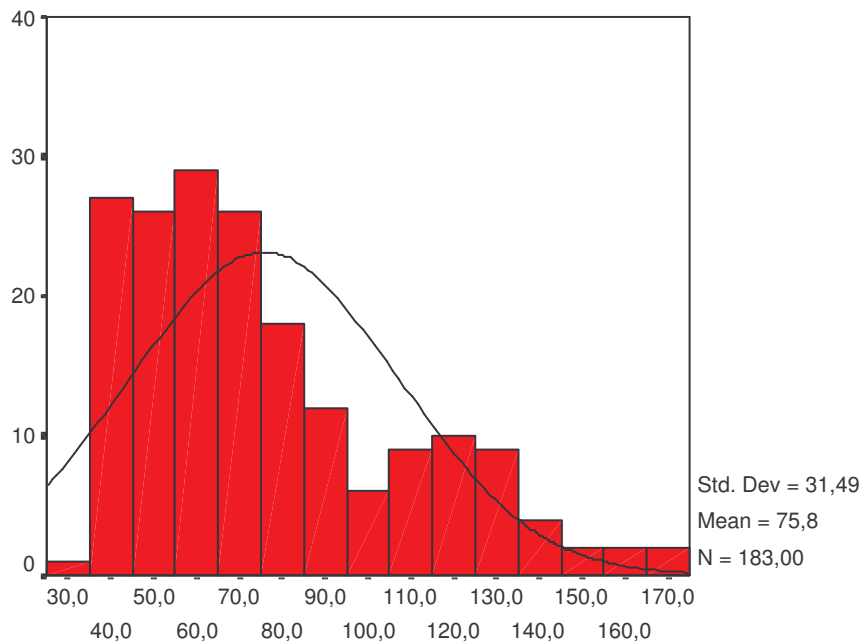
apscisa = ukupan rez. na samopoštovanju

ordinata = broj sudionica

Iz histogramskog prikaza uočavamo da iako se distribucija rezultata statistički značajno ne razlikuje od normalne distribucije, generalno, veći broj sudionica postiže rezultate na Rosenbergovoj skali samopoštovanja koji ukazuju na povišeni stupanj samopoštovanja, što smo i očekivali budući da se radi o zdravoj školskoj populaciji adolescentica.



**Graf 2.** Prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije ukupnih rezultata postignutih na Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom



ukupan rezultat na nezadovoljstvu vlastitim izgledom

**Legenda:**

apscisa: ukupan rez. na nezadovoljstvu vl. izgledom

ordinata: broj sudionica

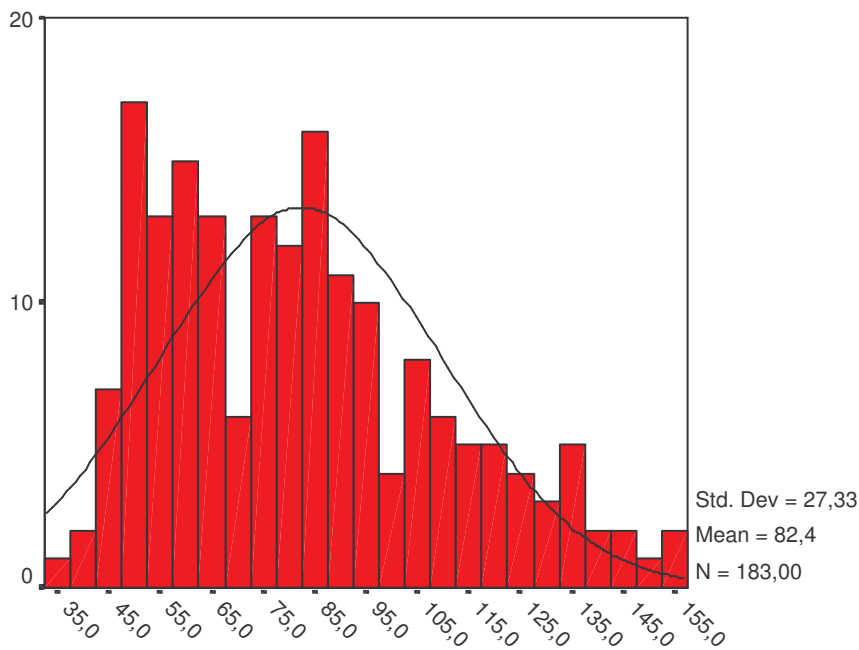
Histogramski prikaz nam ukazuje na podatak koji smo također očekivali, a odnosi se na veći broj sudionica koje izražavaju niže, odnosno nisko nezadovoljstvo vlastitim izgledom.

Tzv. «globalno» nezadovoljstvo tjelesnim izgledom (dobiveno podjelom aritmetičke sredine  $M = 75.8$  sa ukupnim brojem čestica upitnika  $N = 34$ ) iznosi **2.23**, iz čega proizlazi da su djevojke našeg uzorka rijetko bile nezadovoljne (u proteklih mjesec dana od vremena ispitivanja) vlastitim tjelesnim izgledom.

Iz grafičkog prikaza profila (**Slika 1.** i **Tablica 6.** U PRILOGU) koji prikazuje prosječne vrijednosti ( $M$ ) koje su sudionice postigle na svakoj pojedinoj čestici Upitnika općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom, možemo uočiti da se najviše vrijednosti aritmetičkih sredina kreću oko broja **3 (ponekad)**. Dakle, adolescentice su u protekla četiri tjedna, zbog zabrinutosti za vlastiti tjelesni izgled pomišljale da moraju vježbati, bilo ih je strah da bi se mogle udebljati, osjećaj dosade ih je navodio na razmišljanje o izgledu njihovog tijela, te su

se brinule što njihovo tijelo nije dovoljno čvrsto. Iz navedenog možemo uočiti da se najveća zabrinutost i nezadovoljstvo djevojaka odnosi na «uobičajene» preokupacije oko tjelesnog izgleda, karakteristične za mlade djevojke i žene. Što se tiče najnižih vrijednosti koje su djevojke postigle na Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom, možemo uočiti da se one kreću oko broja **1(nikad)**, i odnose se prvenstveno na bulimične oblike odnosa prema prehrani, točnije na samoizazvano povraćanje i upotrebu laksativa.

**Graf 3.** Prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije ukupnih rezultata postignutih na Skali neuroskog perfekcionizma



ukupan rezultat na neuroskom perfekcionizmu

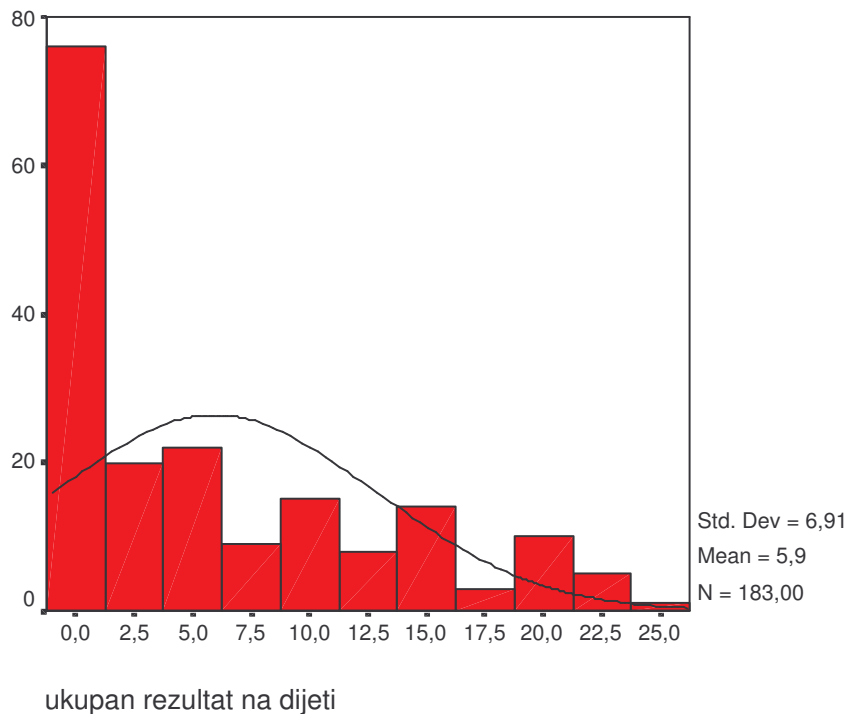
**Legenda:**

apscisa: ukupan rez. na neuroskom perfekcionizmu

ordinata: broj sudionica

Distribucija rezultata jedne relativno stabilne osobine ličnosti kao što je perfekcionizam, distribuira se u obliku normalne distribucije, što smo dobili na našem uzorku sudionica.

**Graf 4.** Prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije ukupnih rezultata postignutih na Skali adolescentnog držanja dijete



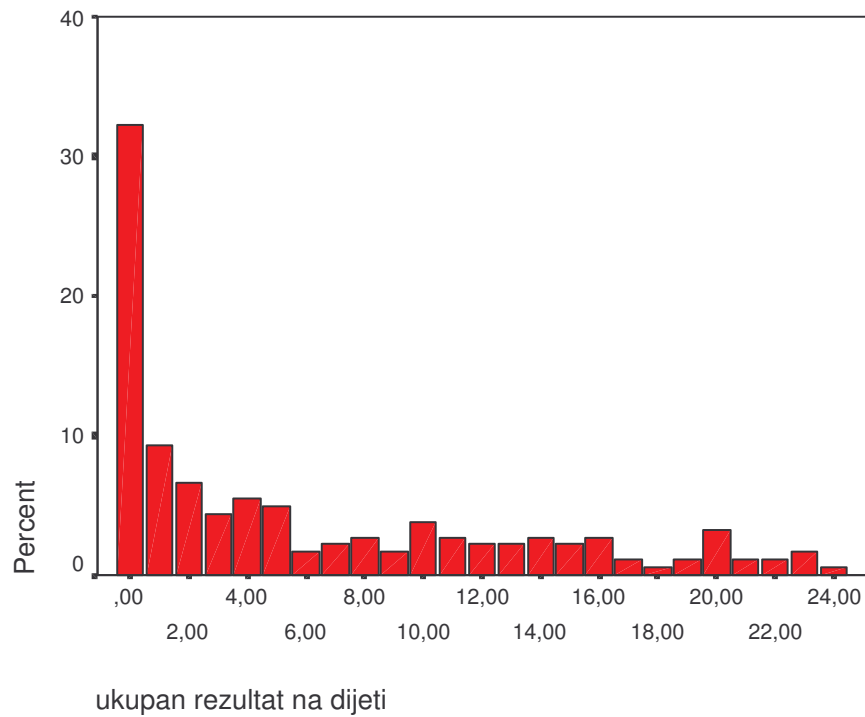
**Legenda:**

apscisa: ukupan rezultat na dijete

ordinata : broj sudionica

Kao što prikazuje histogram, većina sudionica postiže niske rezultate na Skali adolescentnog držanja dijete. Točnije, 76 djevojaka (41.53%) ima ukupan rezultat na Skali adolescentnog držanja dijete 0 ili 1. Prosječna vrijednost ( $M = 6.91$ ), koju postiže skupina od 183 adolescentice na Skali adolescentnog držanja dijete, prema Pattonu i sur. (1997) nalazi se na prijelazu iz kategorije «nedijetalki» tj. djevojaka koje minimalno provode dijete prema kategoriji umjerenih «dijetalki».

**Graf 5.** Prikaz odnosa postotka sudionica i ukupnog rezultata na Skali adolescentnog držanja dijete



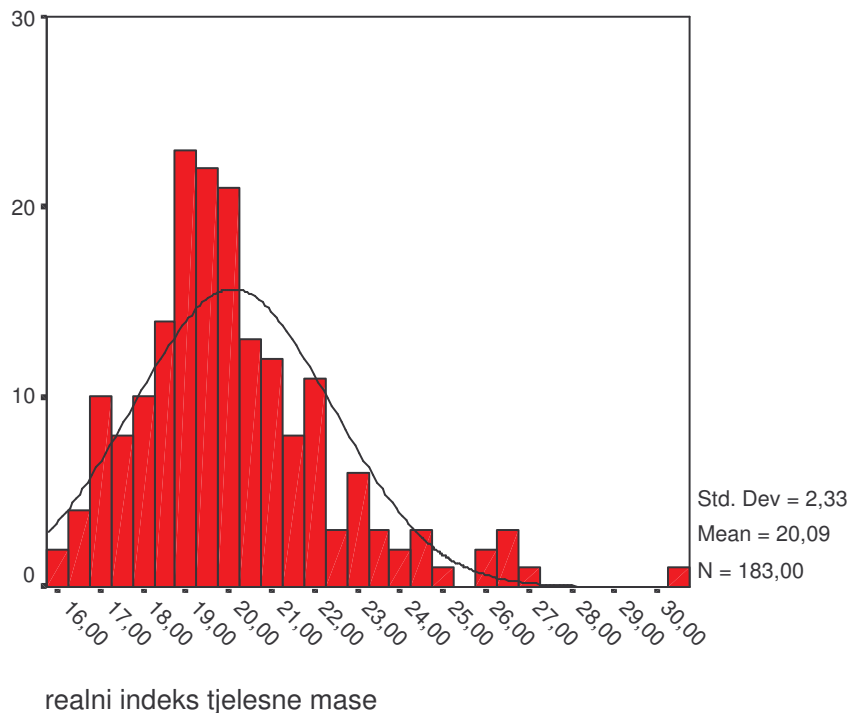
**Legenda:**

apscisa: ukupan rezultat na dijete

ordinata : postotak sudionica

Iz grafičkog prikaza možemo uočiti da približno 32% djevojaka u našem uzorku rijetko ili nikada ne provodi dijete.

**Graf 6.** Prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije realnih indeksa tjelesne mase

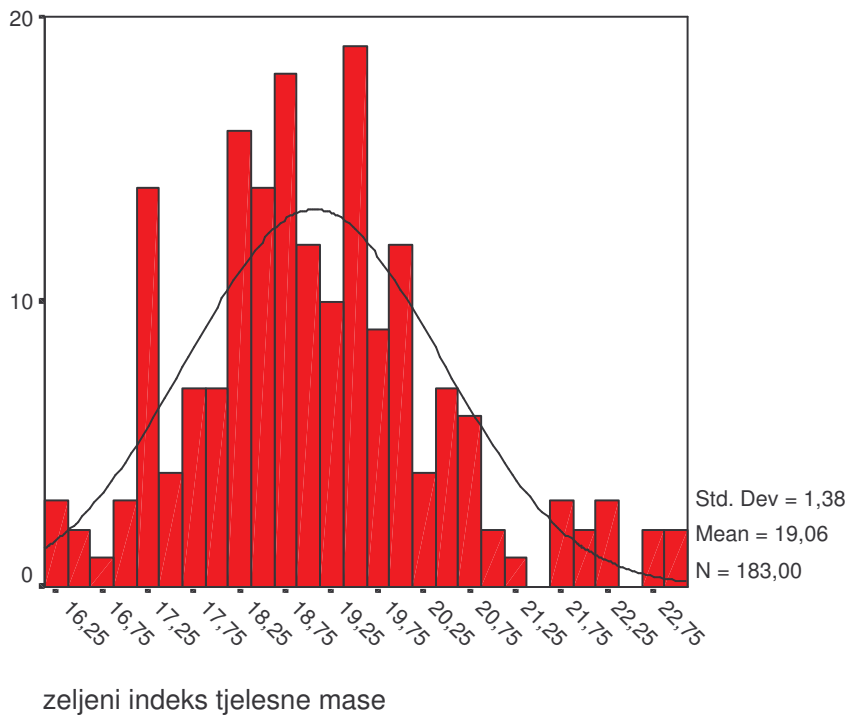


**Legenda:**

apscisa: realni indeks tjelesne mase  
ordinata : broj sudionica

Histogram koji prikazuje distribuciju realnih indeksa tjelesne mase upućuje na podatak prema kojem se prosječan indeks tjelesne mase adolescentica u našem uzorku podudara sa već spomenutim normama Fairburna iz 1996. (prema Ambrosi – Randić, 2001) – **prosječna težina : ITM 20 – 25** . Uočavamo da se njegova veličina nalazi na donjoj granici raspona prosječnog ITM-a. Jedan od mogućih razloga je dob sudionica (pretežno osamnaestogodišnjakinja) koje smo obuhvatili istraživanjem. Naime, zbog uobičajenih promjena na biološkoj razini organizma (npr.u brzini bazalnog metabolizma koja se usporava od otprilike dvadesete – dvadeset i pete godine života), realno je za očekivati da će prosječni indeksi tjelesne mase adolescentica biti nešto niži od prosječnih indeksa tjelesne mase žena starijih od dvadeset i pet godina.

**Graf 7.** Prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije željenih indeksa tjelesne mase

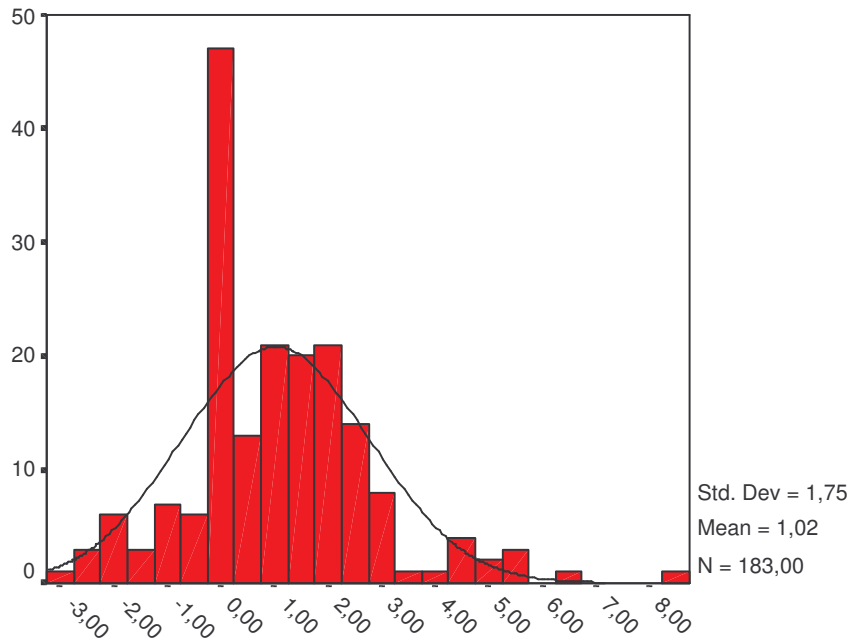


**Legenda:**

apscisa : željeni indeks tjelesne mase  
ordinata: broj sudionica

Prosječna vrijednost željenih indeksa tjelesne mase ( $M = 19.06$ ) na našem uzorku adolescentica, nešto je niža od prosječne vrijednosti realnih indeksa tjelesne mase ( $M = 20.09$ ) i nalazi se u rasponu blago ispodprosječne tjelesne mase, prema normama Fairburna iz 1996.god.

**Graf 8.** Prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije razlika realnog i željenog indeksa tjelesne mase



razlika realni i zeljeni indeks tjelesne mase

**Legenda:**

apscisa : razlika realni i željeni ITM

ordinata: broj sudionica

Prikaz distribucije razlika između realnog i željenog indeksa tjelesne mase upućuje nas na podatak prema kojem je 46 sudionica (25.1%) zadovoljno svojom tjelesnom težinom, 27 sudionica (14.8%) željelo bi imati veću tjelesnu težinu od tjelesne težine koju trenutno ima, dok 110 sudionica (60.1%) priželjkuje manju tjelesnu težinu od tjelesne težine koju trenutno ima.

Koeficijent korelacije od  $r = 0.661$  pokazuje da postoji statistički značajna ( $p < 0.01$ ) pozitivna povezanost između realnog i željenog indeksa tjelesne mase. Također možemo uočiti visoku pozitivnu statistički značajnu ( $r = 0.808$  ;  $p < 0.01$ ) povezanost, između realnog indeksa tjelesne mase i razlike realnog i željenog indeksa tjelesne mase. Dobiveni koeficijenti korelacije u skladu su s našim očekivanjima.

Nakon što smo dobili generalni uvid u rezultate koje su postigle adolescentice u našem uzorku na varijablama koje predstavljaju neke od važnih odrednica u cjelokupnoj problematici mogućeg razvoja problema i poremećaja u prehrani, slijedi prikaz rezultata korelacijske analize i kompletne multiple regresijske analize kako bismo odgovorili na naš **drugi postavljeni problem**. Da se podsjetimo, drugi problem se odnosi na utvrđivanja doprinosa prediktorskih varijabli (samopoštovanja, općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom, neuroskog perfekcionizma i razlike između realnog i željenog indeksa tjelesne mase) u objašnjavanju rezultata na kriterijskoj varijabli držanja dijete.

Neki od razloga zbog čega je izabrana dijeta kao kriterijska varijabla su sljedeći: Dijeta se nalazi u mnogim teorijskim modelima nastanka poremećaja hranjenja. Andersen (1990) (prema Ambrosi – Randić, 2001) smatra da je dijeta jedan od prethodnika poremećaja hranjenja te se javlja u tzv. predisponirajućoj fazi, a nastaje pod utjecajem sociokulturnih normi koje promoviraju mršavost.

U multidimenzionalnom modelu Lucasa (1981), kojeg je kasnije proširio Ploog (1984), dijeta zauzima središnje mjesto. Pojavljuje se pod utjecajem biološke (naslijeđe, konstitucija, endokrine anomalije) i psihološke ranjivosti (sniženo samopoštovanje, povišena depresivnost) te socijalnih utjecaja, a može dovesti do gubitka težine i efekata izgladnjivanja koji vode bulimiji i anoreksiji.

Dijeta je nužan, ali ne i dovoljan faktor nastanka poremećaja hranjenja. Njezino provođenje često se kod adolescentica, neovisno o njihovoj početnoj tjelesnoj težini, povezuje s osjećajem promašenosti, niskim samopoštovanjem i depresivnim simptomima (Wilson, 1995, prema Pokrajac – Bulian, 2000).

O mogućem doprinosu dijete poremećajima hranjenja govore i mnoge osobine «dijetalaca». Naime, dijetalci imaju izraženije neke osobine, koje se u izrazitom obliku pojavljuju kod osoba s poremećajima hranjenja. Sličnosti se nalaze u zaokupljenosti i razmišljanju o hrani, nezadovoljstvu tijelom, depresivnosti i sniženom samopoštovanju (Polivy i Herman, 1985, prema Ambrosi – Randić, 2001).

Poznato je da je u adolescentnoj dobi tjelesna privlačnost (koja se često definira kao mršavost) djevojkama važna za uspješne socijalne kontakte sa mladićima.



U prikazu rezultata krenut ćemo od tabelarnog prikaza rezultata korelacijske analize.

**Tablica 5.** Korelacije rezultata sudionica (N = 183) na Rosenbergovoj skali samopoštovanja, Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom, Upitniku neuroskog perfekcionizma, razlici između realnog i željenog indeksa tjelesne mase i Skali adolescentnog držanja djeteta

	SAM	NVI	NP	RAZ	DIJETA
SAM	1	<b>-0.507**</b>	<b>-0.779**</b>	-0.059	<b>-0.202**</b>
NVI		1	<b>0.608**</b>	<b>0.541**</b>	<b>0.744**</b>
NP			1	0.090	<b>0.325**</b>
RAZ				1	<b>0.468**</b>
DIJETA					1

\*\* statistički značajna povezanost ( $p < 0.01$ )

**Legenda:**

**SAM** – Rosenbergova skala samopoštovanja

**NVI** – Upitnik općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom

**NP** – Upitnik neuroskog perfekcionizma

**RAZ** – Razlika između realnog i željenog indeksa tjelesne mase

**DIJETA** - Skala adolescentnog držanja djeteta

Kao što možemo vidjeti iz **Tablice 5.**, svi spomenuti prediktori su statistički značajno povezani sa kriterijskom varijablom, mjerom držanja djeteta na razini značajnosti  $p < 0.01$  što smo i očekivali s obzirom na teorijsku podlogu i rezultate brojnih spomenutih istraživanja iz područja problema i poremećaja u prehrani.

*Najveća* statistički značajna **pozitivna povezanost** postoji između varijable nezadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom i držanja djeteta ( $r = 0.744$  ;  $p < 0.01$ ), iz čega proizlazi da djevojke koje su manje zadovoljne vlastitim tjelesnim izgledom, više provode dijete. U literaturi postoje evidentni podaci prema kojima je negativna predodžba o tijelu prediktor

ozbiljnosti u patologiji hranjenja i držanju dijeta, i to u mnogo većoj mjeri nego što su to ostale psihološke varijable.

Također je poznato da su nezadovoljstvo tijelom i pokušaji gubitka na težini česti među adolescentnim djevojkama u zapadnoj kulturi; više od 50% adolescentnih djevojaka izvješćuje da su držale dijete, a još veći postotak izjavljuje da žele biti mršavije (Huon, 1994; Wertheim, Paxton, Maude, Szmukler, Gibbons i Hiller, 1992, prema Ambrosi – Randić, 2001).

Autori često ističu nezadovoljstvo vlastitim tijelom kao varijablu povezanu s učestalošću provođenja dijete (Heatherton i Polivy, 1992; Miller i sur., 1980, prema Pokrajac – Bulian, 2000). Tako su Miller i sur. (1980) u svom istraživanju pronašli da 81% osoba nezadovoljnih vlastitom težinom provodi dijete.

Iz **Tablice 5.** nadalje uočavamo da je varijabla nezadovoljstva tjelesnim izgledom *statistički značajno negativno povezana* sa varijablom samopoštovanja ( $r = -0.507$  ;  $p < 0.01$ ). Dakle, iz naših rezultata proizlazi da djevojke, koje su manje zadovoljne vlastitim tjelesnim izgledom imaju sniženo globalno samopoštovanje, što pokazuju i podaci iz literature. U prilog dobivenim rezultatima Kostanjčar (2002) navodi :«Osim što se nezadovoljstvo tijelom smatra najvažnijim faktorom u razvoju poremećaja hranjenja, nezadovoljstvo vlastitim tijelom utječe na naše ponašanje i samopoštovanje.». Pokrajac – Bulian i Kandare (1999 – 2000) provele su istraživanje povezanosti općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom i nekih aspekata samopoimanja na studentskoj populaciji i dobile da su rezultati ispitanica na Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom i rezultati na Rosenbergovoj skali samopoštovanja u umjereno visokoj, negativnoj korelaciji ( $r = - 0.48$  ;  $p < 0.01$ ). Takva je povezanost, navode autorice, u skladu s hipotezom, da će nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom biti povezano sa sniženim globalnim samopoštovanjem. Thornton i Ryckman (1991, prema Lacković – Grgin, 1994) navode da atraktivniji adolescenti oba spola imaju pozitivnije samopoštovanje.

Dakle, zabrinutost za tijelo i pokušaji držanja dijete u adolescenata su uznemirujuće pojave jer predstavljaju rizične čimbenike za kasniji razvoj sindroma poremećaja hranjenja i uvijek su na subkliničkoj razini povezani s depresijom, niskim samopoštovanjem i anksioznošću (Dykens, Gerrard, 1986; Rosen i sur., 1987, prema Ambrosi- Randić, 2001).

Također, istraživanja upućuju da je zabrinutost za tjelesni izgled i težinu izrazitija kod mladih žena nego kod muškaraca (Rodin, Silberstein i Striegel – Moore, 1984; Striegel –

Moore, Silberstein i Rodin, 1986; Wadden, Brown, Foster i Linowitz, 1991, prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Koeficijent korelacije od  $r = -0.202$  ( $p < 0.01$ ) upućuje da postoji niska, ali statistički značajna negativna povezanost između varijable samopoštovanja i držanja djeteta. Iz toga proizlazi da djevojke nižeg globalnog samopoštovanja postižu više rezultate na Skali adolescentnog držanja djeteta, što govori u prilog postavljenoj hipotezi. Naime, nisko je samopoštovanje također povezano s poremećenim navikama i stavovima hranjenja u nekliničkim skupinama studentica (prema Mayhew i Edelman, 1989). Važno je napomenuti da je opći osjećaj samopoštovanja usko povezan sa zadovoljstvom tijelom ili tjelesnim samopoštovanjem. Žene s poremećajima hranjenja imaju izrazito nisko samopoštovanje, drže se lošim osobama, osjećaju strah od odbacivanja i napuštanja (Johnson i Connors, 1987, prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Također je vrlo uočljiva **visoka korelacija** između samopoštovanja i neurotskog perfekcionizma ( $r = -0.779$ ;  $p < 0.01$ ) koja, uz ostale visoke interkorelacije među prediktorima predstavlja jedno od ograničenja ovog istraživanja i otežava jasnu interpretaciju rezultata. Dobivena korelacija upućuje na podatak prema kojem djevojke koje postižu niže rezultate na Rosenbergovoj skali samopoštovanja, iskazuju veći neurotski perfekcionizam.

Umjereno visoku ( $r = -0.56$ ;  $p < 0.001$ ) i visoku ( $r = -0.72$ ;  $p < 0.001$ ) statistički značajnu povezanost između nekih dimenzija perfekcionizma i globalnog samopoštovanja, dobili su Hewitt, Flett i Ediger (1995) u svom opsežnom istraživanju iz područja perfekcionizma i poremećaja u prehrani. Također je značajno napomenuti da su Rice i sur. (prema Ashby i sur., 1998) došli do spoznaje da je maladaptivni perfekcionizam značajno povezan sa nižim samopoštovanjem i većim stupnjem depresije za razliku od adaptivnog perfekcionizma.

Koeficijent korelacije od  $r = 0.608$  ( $p < 0.01$ ) upućuje da postoji srednje visoka, statistički značajna pozitivna povezanost između varijable nezadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom i varijable neurotskog perfekcionizma. Iz navedenog podatka proizlazi da djevojke koje su manje zadovoljne vlastitim tjelesnim izgledom, tj. koje pokazuju više rezultate na Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom, pokazuju i više rezultate na Upitniku neurotskog perfekcionizma, što je u skladu sa očekivanjem. Naime, povišeni rezultati na oba navedena upitnika, u skladu sa podacima iz literature, predstavljaju rizične čimbenike za razvoj problema i poremećaja u prehrani. Prema Ashby (1998), osobe s dijagnosticiranim

poremećajem hranjenja imaju značajno više bodove na faktoru koji predstavlja maladaptivni perfekcionizam od osoba sa nedijagnosticiranim poremećajem u prehrani.

Na spomenute podatke nadovezuje se korelacija između neurotskog perfekcionizma i mjere provođenja dijete koja iznosi  $r = 0.325$  ( $p < 0.01$ ). Dakle, između dvije spomenute varijable postoji razmjerno niska, statistički značajna pozitivna povezanost koju smo u skladu sa podacima iz literature o varijabli perfekcionizma kao rizičnog čimbenika za razvoj poremećaja u prehrani i očekivali. Djevojke koje pokazuju više rezultate na Upitniku neurotskog perfekcionizma, imaju više rezultate na Skali adolescentnog držanja dijete, tj. globalno gledajući, rizičnija su skupina za razvoj poremećaja u prehrani.

Koeficijent korelacije od  $r = 0.541$  ( $p < 0.01$ ) upućuje da postoji srednje visoka, statistički značajna povezanost između razlike realnog i željenog indeksa tjelesne mase i varijable nezadovoljstva tjelesnim izgledom. Dakle, djevojke koje procjenjuju svoje tijelo teže, u odnosu na željeni «ideal» koji bi htjele postići, pokazuju veću zabrinutost i nezadovoljstvo svojim tjelesnim izgledom. Također je iz **Tablice 5.** uočljiva korelacija od  $r = 0.468$  ; ( $p < 0.01$ ) koja upućuje da postoji statistički značajna, srednje visoka povezanost između razlike realnog i željenog indeksa tjelesne mase i mjere provođenja dijete. Dobiveni podaci na našem uzorku u skladu su sa našim očekivanjima i sa podacima iz literature. Naime, poznato je da su gojaznošću više zabrinute žene nego muškarci. Tiggemann (1992, prema Lacković – Grgin, 1994) navodi da veći broj žena nego muškaraca brine o svojoj tjelesnoj težini i sebe percipira preteškima. Žene također mnogo češće drže dijetu, a zbog restriktivnosti ishrane češće pate od poremećaja hranjenja (anoreksije i bulimije). Tiggemann je također pronašla da s dobi žene postaju sve manje zadovoljne vlastitom tjelesnom težinom, čak i onda kad se objektivno ta težina ne udaljava bitno od idealne figure.

Provedena je kompletna multipla regresijska analiza, a dobiveni rezultati prikazani su u tablici koja slijedi.

**Tablica 6.** Osnovni rezultati multiple regresijske analize za kriterijsku varijablu provođenje dijete

PREDIKTORI	r	parc.	$\beta$	t	p	Test tolerancije
SAM	-0.202	0.195	0.202	2.655	<b>0.009</b>	0.390
NVI	0.744	0.647	0.865	11.325	<b>0.000</b>	0.388
NP	0.325	-0.040	-0.045	-0.529	0.598	0.316
RAZ	0.468	0.020	0.016	0.271	0.787	0.614

**Legenda:**

**SAM** – Rosenbergova skala samopoštovanja

**NVI** – Upitnik općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom

**NP** – Upitnik neuroskog perfekcionizma

**RAZ** – Razlika između realnog i željenog indeksa tjelesne mase

**r** – Pearsonov koeficijent korelacije prediktora sa kriterijem

**parc.** – parcijalna korelacija prediktora s kriterijem

**$\beta$**  - regresijski koeficijenti (doprinos svakog prediktora u objašnjavanju varijance kriterija)

**t, p** – test značajnosti regresijskih koeficijenata

**Test tolerancije** – test tolerancije na multikolinearnost

Koeficijent multiple korelacije (**R = 0.772**) statistički je značajan (**F<sub>4,178</sub> = 65.737, p<0.0005**).

Korigirani koeficijent multiple determinacije **R<sup>2</sup>** iznosi **0.587** iz čega proizlazi da ova kombinacija prediktora objašnjava približno **60% varijance** kriterijske varijable (provođenja dijete). Iz **Tablice 6.** možemo uočiti da je multipla regresijska analiza izdvojila samopoštovanje i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom kao dva statistički značajna prediktora u objašnjavanju varijance provođenja dijete, dok su varijabla neuroskog perfekcionizma i razlika realnog i željenog indeksa tjelesne mase u ovom setu varijabli ostale statistički neznačajne.

Dakle, rezultati pokazuju da je nezadovoljstvo vlastitim tijelom značajan prediktor provođenja dijete kod adolescentica (**beta = 0.865 ; p<0.0005**). Kao što smo već napomenuli, adolescencija je razoblje kada tjelesni izgled postaje jedna od ključnih komponenti u samopoimanju mladih. U tom razdoblju života, još više nego ranije, popularnost među vršnjacima zavisi od tjelesnog izgleda. Niz tjelesnih promjena koje udaljavaju djevojke od kulturalnog «ideala mršavosti», ujedno ih navode da intenzivnije počnu razmišljati o svom tjelesnom izgledu i načinima na koje bih se mogle približiti svome cilju – smanjenju tjelesne težine.

Premda vrlo nizak, dobili smo statistički značajan pozitivan beta ponder za varijablu *samopoštovanja*. (**beta = 0.202; p = 0.009**) i pozitivnu parcijalnu korelaciju samopoštovanja i držanja dijete (parc. = 0.195; p = 0.009). Takvi rezultati nas navode na zaključak da je više samopoštovanje adolescentica u našem uzorku, prediktor većeg držanja dijete. Navedeni rezultati ne govore u prilog hipotezi prema kojoj je nisko samopoštovanje karakteristika djevojaka koje prvođe dijete. Dobiveni rezultat mogli bismo jednim dijelom objasniti na sljedeći način. Naime, u okviru našeg istraživanja, važno se osvrnuti na sadržaj čestica Skale adolescentnog držanja dijete (skala je na kraju radnje priložena). Možemo uočiti da su pitanja koja obuhvaća spomenuta skala najvećim dijelom usmjerena na brigu o zdravoj prehrani, tj. na prevenciju od povišene tjelesne težine i održavanje postignute, za sudionicu zadovoljavajuće tjelesne težine, više nego na provođenje stroge redukcijske dijete. Poznato je da prevencija povišene tjelesne težine ima značajnu ulogu u nastanku i razvoju problema i poremećaja u prehrani.

Zbog svih spomenutih promjena koje se događaju u razdoblju adolescencije, potrebno je osobito tada veliku pozornost obratiti na preveniranje problema i poremećaja u prehrani. Naime, tada briga o zdravoj ishrani može vrlo lako, (jednim dijelom i zbog povećanog samopoštovanja koje se javlja kada djevojka počinje gubiti na težini), «skliznuti» u ekstremniju tj. oštriju redukciju unosa kalorija i nekontrolirano dovesti do značajnijeg gubitka tjelesne težine, problema u prehrani, a u najgorem slučaju i do poremećaja hranjenja.

Moguće je da bi upotrebom mjernog instrumenta koji obuhvaća restriktivnije odrednice provođenja dijete kod adolescentica, beta ponder za varijablu samopoštovanja bio suprotnog predznaka tj. negativan.

Varijable neurotski perfekcionizam i razlika između realnog i željenog indeksa tjelesne mase, ne doprinose statistički značajno objašnjavanju varijance naše kriterijske varijable, pa je njihov doprinos u ovom setu varijabli statistički neznačajan.

## 5. OGRANIČENJA I IMPLIKACIJE PROVEDENOG ISTRAŽIVANJA

Prilikom pripreme i provedbe našeg istraživanja, kao i analize rezultata, naišli smo na ograničenja koja proizlaze iz odabira uzorka sudionica, karakteristika mjernih instrumenata, te primijenjenih analiza rezultata.

Prigodan uzorak adolescentica, koji obuhvaća učenice trećih razreda zagrebačkih srednjih škola, jedan je od izvora ograničenja koji smo pokušali «ublažiti», kao što je već spomenuto, nastojanjem da obuhvatimo učenice različitih vrsta srednjih škola s obzirom na zahtjevnost, dužinu trajanja i usmjerenje.

Što se tiče mjernih instrumenata koje smo koristili u našem istraživanju, potrebno je napomenuti da su Upitnik neuroskog perfekcionizma i Skala adolescentnog držanja djeteta, mjerni instrumenti koji su se tek nedavno počeli primijenjivati na našem govornom području, te se stoga njihove mjerne karakteristike još uvijek ispituju.

Primijetili smo također, da je prilagođena verzija Skale adolescentnog držanja djeteta usmjerena većim dijelom na brigu o zdravoj prehrani, nego na restriktivnije oblike držanja djeteta kao što su potpuno nekorištenje određenih namirnica u svakodnevnoj prehrani, jako reducirani kalorijski unos hrane u organizam i slično, što je imalo implikacije na dobivene rezultate i zaključke koje smo dobili.

Važno je istaknuti da su pojašnjenja uz brojeve koje sudionice trebaju zaokružiti na skali Likertovog tipa, ponekad dosta nejasno navedena, što je općenito problem kod ovakve vrste ispitivanja. Spomenuto ograničenje posebno se odnosi na Skalu adolescentnog držanja djeteta, u kojoj broj «0» znači istovremeno dva različita pojma koji izražavaju čestinu provođenja djeteta (rijetko ili nikad) što otežava jasnu kategorizaciju sudionica, te daljnju obradu i interpretaciju dobivenih rezultata.

Budući da su sve provedene analize korelacijskog tipa, u nemogućnosti smo zaključivati o bilo kakvoj uzročnoj – posljedičnoj povezanosti među ispitivanim varijablama.

Već spomenute visoke interkorelacije među prediktorskim varijablama, predstavljaju ograničenje multivarijatne regresijske analize pa ih je važno u donošenju zaključaka uzeti u obzir.

Kao jedno od ograničenja provedenog istraživanja možemo navesti odstupanja od normalne distribucije koja smo uočili prilikom testiranja normaliteta distribucija ukupnih rezultata na Upitniku općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom, te Skali adolescentnog držanja djeteta. Uočeno je da su dobivene distribucije pozitivno asimetrične. Statistički značajno odstupanje od normalne distribucije uočeno je također i na distribuciji razlika realnih i željenih indeksa

tjelesne mase, no indeks asimetrije ove distribucije je vrlo nizak i također je u pozitivnom smjeru.

Osim navedenih ograničenja, potrebno je naglasiti važnost istraživanja bioloških, psiholoških i socijalnih odrednica provođenja dijete, koja predstavljaju veliki napredak u prevenciji problema i poremećaja u prehrani adolescentske populacije. Istraživanja u ovom području predstavljaju temelj edukativnim programima u školama, koji bi trebali uključivati informacije iz područja rasta i razvoja čovjekovog organizma, brige o pravilnoj prehrani i pozitivnom odnosu prema tjelesnim i psihološkim promjenama do kojih dolazi u pubertetu tj. adolescenciji.



## 6. ZAKLJUČAK

Istraživanjem nekih odrednica provođenja dijete na uzorku od 183 adolescentice zagrebačkih srednjih škola došli smo do sljedećih zaključaka:

1. Distribucije i deskriptivni statistički parametri rezultata adolescentica za varijable samopoštovanja, nezadovoljstva tjelesnim izgledom, neuroskog perfekcionizma, držanja dijete, te rezultati na mjerama realnih i željenih indeksa tjelesne mase, kao i na mjeri razlike između realnih i željenih indeksa tjelesne mase, u skladu su sa rezultatima istraživača koji su proučavali iste varijable u okviru tematike problema i poremećaja u prehrani i šire.

2. Dobivene interkorelacije samopoštovanja, neuroskog perfekcionizma, nezadovoljstva tjelesnim izgledom, te razlike između realnog i željenog indeksa tjelesne mase, su visoke i statistički značajne na razini rizika  $p < 0.01$ .

Korelacije svih spomenutih prediktora sa kriterijskom varijablom držanja dijete su statistički značajne na razini rizika  $p < 0.01$ .

Koeficijent multiple korelacije ( $R = 0.772$ ) statistički je značajan ( $F_{4,178} = 65.737$ ,  $p < 0.0005$ ).

Korigirani koeficijent multiple determinacije  $R^2$  iznosi 0.587 iz čega proizlazi da ova kombinacija prediktora objašnjava približno 60% varijance kriterijske varijable (provođenja dijete).

Varijable samopoštovanje ( $\beta = 0.202$ ;  $p = 0.009$ ) i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom ( $\beta = 0.865$ ;  $p < 0.0005$ ) imaju statistički značajan doprinos u objašnjavanju varijance provođenja dijete kod adolescentica našeg uzorka.

## 7. SAŽETAK

Istraživanje pod nazivom «Odrednice provođenja dijete kod adolescentica» provedeno je na prigodnom uzorku od 183 učenice trećih razreda zagrebačkih srednjih škola, s ciljem uvida u neke od mogućih rizičnih čimbenika nastanka poremećaja u prehrani. Pri tome su primijenjeni sljedeći mjerni instrumenti: Rosenbergova skala samopoštovanja, Upitnik općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom (BSQ; Cooper i sur., 1987), Upitnik neuroskog perfekcionizma (NPQ; Mitzman, Slade i Dewey, 1994), te Skala adolescentnog držanja dijete (Patton i sur., 1997). Na temelju podataka o tjelesnoj visini i težini adolescentica, određen je Indeks tjelesne mase (ITM).

Dobiveni rezultati pokazuju da su distribucije i deskriptivni statistički parametri rezultata adolescentica za ispitivane varijable mjerene spomenutim mjerim instrumentima, u skladu sa rezultatima istraživača koji su proučavali iste varijable u okviru tematike problema i poremećaja u prehrani i šire.

Dobivene su visoke statistički značajne ( $p < 0.01$ ) interkorelacije između varijabli samopoštovanja, neuroskog perfekcionizma, nezadovoljstva tjelesnim izgledom, te razlike realnog i željenog indeksa tjelesne mase. Korelacije svih spomenutih prediktora sa kriterijskom varijablom držanja dijete su statistički značajne na razini rizika  $p < 0.01$ .

Koeficijent multiple korelacije ( $R = 0.772$ ) statistički je značajan ( $F_{4,178} = 65.737$ ,  $p < 0.0005$ ).

Korigirani koeficijent multiple determinacije  $R^2$  iznosi 0.587 iz čega proizlazi da ova kombinacija prediktora objašnjava približno 60% varijance kriterijske varijable (provođenja dijete).

Varijable samopoštovanje ( $\beta = 0.202$ ;  $p = 0.009$ ) i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom ( $\beta = 0.865$ ;  $p < 0.0005$ ) imaju statistički značajan doprinos u objašnjavanju varijance provođenja dijete kod adolescentica našeg uzorka.

**Ključne riječi:** dijeta, poremećaji hranjenja, samopoštovanje, nezadovoljstvo tjelesnim izgledom, neuroski perfekcionizam

## 8. LITERATURA

- Ambrosi – Randić, N. (2001). *Biološki, psihološki i socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja. Doktorska disertacija*. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Američka psihijatrijska udruga (1996): *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (Četvrto izdanje)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ashby, J. S., Kottman, T., et al. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling, Vol. 20 Issue 3*, p261, 11p.
- Brownell, K. D.& Fairburn, C. G. (1995). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating Disorders. In C. G. Fairburn and D. M. Clark (Eds.). *Science and practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 209 – 241). Oxford: Oxford University Press.
- Fleming, J. S. & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404 – 421.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. and Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, Vol.14, No.5*, pp. 449 – 468.
- Grubišić, I. (2002). *Depresivnost i perfekcionizam kod srednjoškolaca. Diplomski rad*. Rijeka: Filozofski fakultet.

Hewitt, P. L., Flett, G. L. and Ediger, E. (1995). Perfectionism Traits and Perfectionistic Self-Presentation in Eating Disorder Attitudes, Characteristics, and Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, Vol.18, No.4, 317-326.

Kostanjčar, D. (2002). *Odnos svjesnosti i internalizacije sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu, maskulivosti, feminivnosti i zadovoljstva tjelesnim izgledom. Diplomski rad.* Zagreb: Filozofski fakultet.

Lacković – Grgin, K. (1994). *Samopoimanje mladih.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Mayhew, R., Edelmann, R. J. (1989). Self-esteem , irrational beliefs and coping strategies in relation to eating problems in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 10, 581-584.

Pinel, J. P. J. (2002). *Biološka psihologija.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Pokrajac – Bulian, A. (2000). *Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja. Doktorska disertacija.* Zagreb: Filozofski fakultet.

Pokrajac – Bulian, A., Kandare, A.(1999 – 2000). Povezanost općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom i nekih aspekata samopoimanja u studentskoj populaciji. *Psihologijske teme*, No 8-9, 63-77.

Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (1998) *Dječja psihologija.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vidović, V. (1998). *Anoreksija i Bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica.* Zagreb: 4P (Biblioteka časopisa «Psiha»).

Vulić-Prtorić, A. (2000). *Struktura anksioznosti i depresivnosti u djece: Provjera hijerarhijskog modela. Doktorska disertacija.* Zagreb: Filozofski fakultet.

## 9. PRILOZI

### A) Metrijske karakteristike korištenih mjernih instrumenata

**Tablica 1.** Faktorska struktura Rosenbergove skale samopoštovanja na uzorku adolescentica (N = 183)

	<b>F1</b>	<b>Komun.</b>
<b>SAM1</b>	.704	.495
<b>SAM2</b>	.600	.360
<b>SAM3R</b>	.725	.526
<b>SAM4</b>	.719	.517
<b>SAM5R</b>	.718	.516
<b>SAM6</b>	.805	.648
<b>SAM7</b>	.829	.687
<b>SAM8R</b>	.686	.471
<b>SAM9R</b>	.763	.582
<b>SAM10R</b>	.802	.643
<b>TOTAL</b>	<b>5.446</b>	
<b>OBJAŠNJENA VARIJANCA</b>	<b>54.456 %</b>	

**Tablica 2.** Rezultati faktorske analize glavnih komponenata Upitnika općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom (BSQ) na uzorku adolescentica (N = 183)

	<b>F1</b>	<b>Komun.</b>
NVI1	.534	.458
NVI2	.795	.808
NVI3	.756	.671
NVI4	.745	.753
NVI5	.726	.576
NVI6	.796	.717
NVI7	.628	.726
NVI8	.438	.537
NVI9	.681	.583
NVI10	.713	.588
NVI11	.782	.639
NVI12	.681	.736
NVI13	.618	.637
NVI14	.783	.705
NVI15	.715	.611
NVI16	.648	.466
NVI17	.838	.769
NVI18	.500	.577
NVI19	.808	.755
NVI20	.734	.753
NVI21	.780	.757
NVI22	.706	.682
NVI23	.736	.571
NVI24	.816	.699
NVI25	.690	.600
NVI26	*	.669

NVI27	.654	.591
NVI28	.720	.633
NVI29	.779	.715
NVI30	.627	.451
NVI31	.726	.687
NVI32	.330	.673
NVI33	.410	.650
NVI34	.674	.550
<b>TOTAL OBJAŠNJENA VARIJANCA</b>	<b>15.965</b>	<b>46.956 %</b>

**Napomena:** \* čestica NVI26 ima na glavnom faktoru F1 opterećenje jednako ili manje od 0.30

Total vrijednosti i % objašnjene varijance za preostala 4 izlučena faktora iznose:

**F2** 2.192 ; 6.448 %

**F3** 1.544 ; 4.541 %

**F4** 1.260 ; 3.706 %

**F5** 1.030 ; 3.028 %

**Tablica 3.** Rezultati faktorske analize glavnih komponenata Upitnika neurotskog perfekcionizma (NPQ) na uzorku adolescentica (N = 183)

	F1	Komun.
NP1	.513	.526
NP2	.610	.546
NP3	.537	.714
NP4	.525	.547
NP5	.650	.676
NP6	.758	.744
NP7	.736	.707
NP8	.716	.615
NP9	.618	.535
NP10	.597	.479
NP11	.604	.553
NP12	.519	.720
NP13	.796	.668
NP14	.722	.585
NP15	.672	.578
NP16	.529	.672
NP17	.741	.635
NP18R	*	.617
NP19	.718	.653
NP20	.747	.684
NP21	.562	.593
NP22	.496	.681
NP23	.435	.665
NP24	.737	.671
NP25	.833	.793
NP26	.680	.585
NP27	.761	.744
NP28	.715	.570
NP29	.602	.712
NP30	.634	.619
NP31	.753	.646
NP32	.484	.738
NP33	.554	.671
NP34	.637	.718
NP35	.625	.541
<b>TOTAL OBJAŠNJENA VARIJANCA</b>	<b>14.392</b>	<b>41.119 %</b>

**Napomena:** \* čestica NP18R ima na glavnom faktoru F1 opterećenje jednako ili manje od 0.30

Total vrijednosti i % objašnjene varijance za preostalih 6 izlučenih faktora iznose:

**F2** 1.941 ; 5.545 %

**F3** 1.590 ; 4.543 %

**F4** 1.248 ; 3.565 %

**F5** 1.135 ; 3.244 %

**F6** 1.060 , 3.029 %

**F7** 1.034 , 2.956 %

**Tablica 4.** Faktorska struktura Skale adolescentnog držanja dijete na uzorku adolescentica (N = 183)

	<b>F1</b>	<b>Komun.</b>
<b>DIJ1</b>	.818	.670
<b>DIJ2</b>	.857	.735
<b>DIJ3</b>	.890	.791
<b>DIJ4</b>	.803	.645
<b>DIJ5</b>	.835	.697
<b>DIJ6</b>	.882	.778
<b>DIJ7</b>	.840	.706
<b>DIJ8</b>	.871	.758
<b>TOTAL OBJAŠNJENA VARIJANCA</b>	<b>5.779 72.233 %</b>	

**Tablica 5.** Ukupan broj tvrdnji i pouzdanost korištenih skala/upitnika na uzorku adolescentica (N = 183)

<b>SKALA / UPITNIK</b>	<b>BROJ TVRDNJI</b>	<b>ALFA</b>
<b>ROSENBERGOVA SKALA SAMOPOŠTOVANJA</b>	10	0.90
<b>UPITNIK OPĆEG NEZADOVOLJTVIA TJELESNIM IZGLEDOM</b>	34	0.96
<b>UPITNIK NEUROTSKOG PERFEKCIONIZMA</b>	35	0.96
<b>SKALA ADOLESCENTNOG DRŽANJA DIJETE</b>	8	0.94

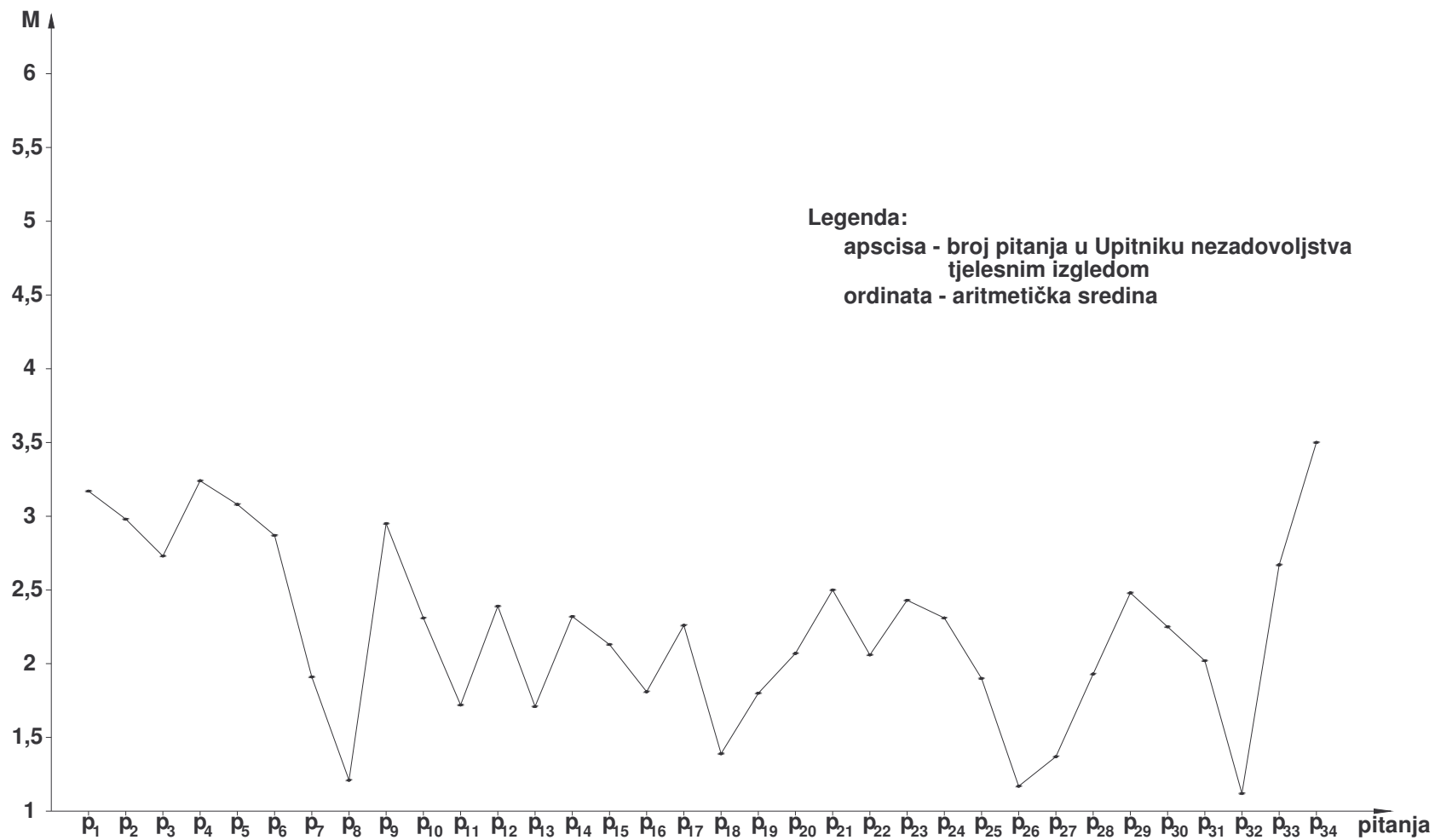


## B) Dijelovi iz obrade rezultata

**Tablica 6.** Prikaz nekih deskriptivnih statističkih parametara za čestice Upitnika općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom (BSQ) za uzorak adolescentica (N = 183)

	M	SD
NVI1	3.17	1.358
NVI2	2.98	1.724
NVI3	2.73	1.674
NVI4	3.24	1.752
NVI5	3.08	1.539
NVI6	2.87	1.716
NVI7	1.91	1.421
NVI8	1.21	0.674
NVI9	2.95	1.504
NVI10	2.31	1.428
NVI11	1.72	1.184
NVI12	2.39	1.41
NVI13	1.71	1.114
NVI14	2.32	1.362
NVI15	2.13	1.336
NVI16	1.81	1.318
NVI17	2.26	1.543
NVI18	1.39	0.857
NVI19	1.80	1.229
NVI20	2.07	1.227
NVI21	2.50	1.680
NVI22	2.06	1.403
NVI23	2.43	1.524
NVI24	2.31	1.473
NVI25	1.90	1.377
NVI26	1.17	0.694
NVI27	1.37	0.847
NVI28	1.93	1.274
NVI29	2.48	1.342
NVI30	2.25	1.356
NVI31	2.02	1.449
NVI32	1.12	0.617
NVI33	2.67	1.315
NVI34	3.50	1.654

Slika 1. Grafički prikaz profila prosječnih vrijednosti (M) po pojedinim česticama Upitnika općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom na uzorku adolescentica (N = 183)



## **MOLIMO VAS DA PROČITATE SLJEDEĆU UPUTU!**

Prije nego što okrenete stranicu i počnete ispunjavati skale i ostale podatke koji se od Vas traže htjeli bismo Vas još jedanput zamoliti da je jako važno da Vaši odgovori budu potpuno iskreni, i ujedno Vam još jednom skrećemo pozornost da je istraživanje potpuno anonimno te da će se rezultati upotrijebiti **jedino i isključivo** u istraživačke svrhe.

Ovo ispitivanje **NIJE** provjera Vašeg školskog znanja i zato je važno naglasiti da **NEMA** točnih i netočnih odgovora.

## ROSENBERGOVA SKALA SAMOPOŠTOVANJA

Molimo Vas da pažljivo pročitate ove tvrdnje i nakon toga zaokružite jedan od brojeva koji se nalaze uz tvrdnje. Među tim tvrdnjama nema dvije jednake i zato prije odgovaranja razmotrite svaku tvrdnju.

Odredite u kojoj se mjeri navedena tvrdnja odnosi na Vas:

**0 – niti malo**

**1 – malo**

**2 – osrednje**

**3 – prilično**

**4 – u potpunosti**

Molimo Vas da odgovorite na sve tvrdnje, i to što iskrenije možete.

1. Osjećam da vrijedim, u najmanju ruku koliko i ostali ljudi.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2. Osjećam da imam puno pozitivnih osobina.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3. Općenito, sve više osjećam da sam neuspješna osoba.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4. Sposobna sam funkcionirati barem tako uspješno kao i većina drugih ljudi.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5. Osjećam da nema puno toga čime bih se mogla ponositi.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
6. Imam pozitivan stav o sebi.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7. Općenito govoreći zadovoljna sam sobom.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
8. Željela bih imati više poštovanja prema samoj sebi.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
9. Ponekad se osjećam potpuno beskorisnom.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
10. Ponekad mislim da upoće ne vrijedim.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

## UPITNIK OPĆEG NEZADOVOLJSTVA TJELESNIM IZGLEDOM (BSQ)

Molimo Vas da pročitate svako od niže navedenih pitanja i nakon toga zaokružite jedan od brojeva koji se nalaze uz pitanje. Pitanja se odnose na osjećaje koje ste imali, vezane uz vlastiti izgled, **U PROTEKLA ČETIRI TJEDNA**. Molim Vas da odgovorite na sva pitanja.

Brojevi znače sljedeće:

**1 – nikad**

**2 – rijetko**

**3 – ponekad**

**4 – često**

**5 – vrlo često**

**6 – uvijek u protekla četiri tjedna**

1. Navodi li vas osjećaj dosade na razmišljanje o izgledu vašeg tijela?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
2. Brinete li se toliko o svom izgledu da osjećate potrebu za dijetom?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
3. Mislite li da su vaša bedra, stražnjica i bokovi preveliki u usporedbi s ostalim dijelovima tijela?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
4. Bojite li se da biste se mogli udebljati?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
5. Brine li vas što vaše tijelo nije dovoljno čvrsto?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
6. Osjećate li se debelom nakon obilnog obroka?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
7. Osjećate li se zbog svog izgleda tako loše, da se ponekad rasplačete?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
8. Izbjegavate li trčanje zbog straha da se vaše salo ne bi treslo?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
9. Jeste li u prisutnosti mršavih žena svjesniji svog izgleda?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
10. Brinete li o tome što vam se bedra prošire kad sjednete?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
11. Osjećate li se debelom i nakon uzimanja malih količina hrane?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
12. Osjećate li se manje vrijednom kad uspoređujete svoje tijelo s tijelima drugih žena?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
13. Ometa li vas razmišljanje o vašem izgledu u koncentraciji ( npr. Dok gledate TV., Čitate...)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
14. Osjećate li se debelom kad ste goli ( npr. pri tuširanju)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
15. Izbjegavate li nositi odjeću koja posebno ističe vaše tijelo?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
16. Zamišljate li da odsjecate mesnate dijelove svoga tijela?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

17. Osjećate li se debelom kada jedete slatkiše, kolače i drugu visoko kaloričnu hranu?	1	2	3	4	5	6
18. Izbjegavate li društvena zbivanja ( npr. zabave) jer se osjećate loše zbog svog izgleda?	1	2	3	4	5	6
19. Osjećate li se pretjerano krupni i zaokruženi?	1	2	3	4	5	6
20. Sramite li se svoga tijela?	1	2	3	4	5	6
21. Je li vas zabrinutost za tjelesni izgled navela na dijetu?	1	2	3	4	5	6
22. Osjećate li se sretnijom kad vam je želudac prazan?	1	2	3	4	5	6
23. Smatrate li da je vaš tjelesni izgled posljedica nedostatka samokontrole?	1	2	3	4	5	6
24. Brine li vas da drugi ljudi vide naslage sala na vašim bokovima?	1	2	3	4	5	6
25. Osjećate li da nije pošteno da su druge žene mršavije od vas?	1	2	3	4	5	6
26. Povraćate li zbog toga da bi se osjećali mršavijom?	1	2	3	4	5	6
27. Brinete li da kad ste u društvu vaše tijelo zauzima previše mjesta ( npr. sjedeći na kauču ili u autobusu)?	1	2	3	4	5	6
28. Brinete li se o tome što je vaše tijelo mlohavo i naborano?	1	2	3	4	5	6
29. Čini li vas pogled na odraz svoga tijela ( u ogledalu ili izlogu dućana) nezadovoljnom?	1	2	3	4	5	6
30. Štipate li dijelove svoga tijela da vidite koliko imate sala?	1	2	3	4	5	6
31. Izbjegavate li situacije u kojima bi ljudi mogli vidjeti vaše tijelo ( npr. bazeni i plaže)?	1	2	3	4	5	6
32. Upotrebljavate li laksative da biste se osjećali mršavijom?	1	2	3	4	5	6
33. Jeste li posebno svjesni svoga tijela u društvu drugih ljudi?	1	2	3	4	5	6
34. Tjera li vas zabrinutost za vlastiti izgled na pomisao da morate vježbati?	1	2	3	4	5	6

## UPITNIK NEUROTSKOG PERFEKCIONIZMA (NPQ)

Molimo Vas da procijenite i zaokružite u kojoj se mjeri slažete sa sljedećim tvrdnjama:

**1 – niti malo**

**2 – malo**

**3 – osrednje**

**4 – prilično**

**5 – u potpunosti**

1. Preosjetljiva sam na kritike.	1	2	3	4	5
2. Često se osjećam tjeskobno ili zbunjeno prije nego što započnem neki zadatak.	1	2	3	4	5
3. Ponekad su moji osjećaji tako zbrkani da ih ne mogu razumjeti.	1	2	3	4	5
4. Nепrestano nadgledam svoje ponašanje.	1	2	3	4	5
5. Vrlo sam kritična prema sebi.	1	2	3	4	5
6. Ponekad se osjećam isprazno.	1	2	3	4	5
7. Stalno se uspoređujem s ljudima koje smatram boljima od sebe.	1	2	3	4	5
8. Imam jasnu predodžbu kakva bih osoba željela ili trebala biti, ali mi se čini da to nikada ne dostižem.	1	2	3	4	5
9. Sklona sam ekstremnim razmišljanjima ( npr. «potpuno dobro ili potpuno loše», «potpuno uspješno ili potpuno neuspješno»).	1	2	3	4	5
10. Često se poželim povući od drugih ljudi i društvenih okupljanja.	1	2	3	4	5
11. Kada želim biti bliska s nekim, primjećujem da ga često namjerno pokušavam odbaciti ili odgurnuti od sebe.	1	2	3	4	5
12. Ponekad je moja ljutnja prema drugima tako intenzivna, da se čini destruktivnom i opasnom.	1	2	3	4	5
13. Ako nešto napravim loše, osjećam se kao potpuni promašaj.	1	2	3	4	5
14. Često se osjećam usamljeno/izolirano.	1	2	3	4	5

15. Ako napravim manje nego što najbolje mogu, osjećam se krivom i posramljenom.	1	2	3	4	5
16. Bez obzira koliko uspješno nešto napravim, svejedno osjećam da sam mogla/trebala napraviti bolje.	1	2	3	4	5
17. Bez obzira koliko dobro nešto napravim, nikad nisam zadovoljna svojim uratkom.	1	2	3	4	5
18. Obično sam dobra pri donošenju odluka.	1	2	3	4	5
19. Ponekad se osjećam kao da zaista ne znam tko sam.	1	2	3	4	5
20. Često se osjećam krivom.	1	2	3	4	5
21. Ako se neprestano ne trudim da postignem cilj, osjećam se nezadovoljno.	1	2	3	4	5
22. Dok sam bila dijete, bez obzira koliko dobro bih nešto napravila, činilo se da to nikad nije dovoljno dobro da zadovolji druge.	1	2	3	4	5
23. Često mi se čini da mi ljudi postavljaju nemoguće/pretjerane zahtjeve.	1	2	3	4	5
24. Sebe procjenjujem po tuđim standardima.	1	2	3	4	5
25. Često se osjećam bezvrijedno.	1	2	3	4	5
26. Vjerujem da ako razočaram nekoga, prestati će me poštovati ili mariti za mene.	1	2	3	4	5
27. Često se osjećam posramljeno.	1	2	3	4	5
28. Stalno kažnjavam samu sebe.	1	2	3	4	5
29. Osjećam da moram biti savršena kako bih dobila odobravanje.	1	2	3	4	5
30. Ponekad osjećam da kada bi ljudi mogli vidjeti «kroz mene», razotkrili bi me kao varalicu, kakvom se ponekad osjećam.	1	2	3	4	5
31. Čini mi se da moje najbolje nikad nije dovoljno dobro.	1	2	3	4	5
32. Kao dijete nisam mogla razumjeti što drugi očekuju ili zahtijevaju od mene.	1	2	3	4	5
33. Ponekad okrivljujem druge ljude i osjećam neprijateljstvo prema njima.	1	2	3	4	5
34. Da bih se osjećala dobro, moram biti onakva kakva drugi očekuju da budem.	1	2	3	4	5
35. Čini mi se da je teško postići uzbuđenje / zadovoljstvo u životu.	1	2	3	4	5





Molimo Vas da ispunite tražene podatke :

**Škola koju pohađate ( smjer ) :**

**Mjesec i godina rođenja:**

**Tjelesna visina:**

**Tjelesna težina:**

**Željena tjelesna težina:**

ZAHVALJUJEMO NA SURADNJI !