

Psihološki aspekti prekomjerne tjelesne težine i pretilosti

Mračić, Nives

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:055204>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju
Diplomski studij psihologije

Nives Mračić

**Psihološki aspekti prekomjerne tjelesne težine i
pretilosti**

Diplomski rad

Zadar, 2023.

Sveučilište u Zadru
Odjel za psihologiju
Diplomski studij psihologije

Psihološki aspekti prekomjerne tjelesne težine i pretilosti

Diplomski rad

Student/ica:

Nives Mračić

Mentor/ica:

Prof. dr. sc. Ana Slišković

Zadar, 2023.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Nives Mračić**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Psihološki aspekti prekomjerne tjelesne težine i pretilosti** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 13. rujna 2023.

SADRŽAJ

1. UVOD	7
1.1. Prekomjerna tjelesna težina i pretilost	7
1.2. Mentalno zdravlje i tjelesna težina	9
1.3. Stigmatizacija radi tjelesne težine	13
1.4. Emocionalna regulacija i obrasci hranjenja	16
1.4.1. Emocionalno jedenje	17
1.4.2. Nekontrolirano jedenje	19
1.4.3. Kognitivno suzdržavanje	19
1.5. Privrženost i tjelesna težina	20
1.6. Percipirana tjelesna težina	24
2. PROBLEMI I HIPOTEZE	25
2.1. Cilj	25
2.2. Problemi	25
2.3. Hipoteze	25
3. METODOLOGIJA	27
3.1. Sudionici	27
3.2. Mjerni instrumenti	28
3.3. Postupak	31
4. REZULTATI	32
5. RASPRAVA	46
6. ZAKLJUČCI	53
7. LITERATURA	55

Sažetak

Psihološki aspekti prekomjerne tjelesne težine i pretilosti

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati neke psihološke aspekte prekomjerne težine i pretilosti. Preciznije, u istraživanju je ispitivan odnos stvarne tjelesne težine (operacionalizirane preko indeksa tjelesne mase (ITM-a)) i percipirane tjelesne težine s mentalnim zdravljem, doživljajem stigmatizacije radi tjelesne težine, obrascima hranjenja, emocionalnom regulacijom i privrženosti u bliskim vezama. U skladu s teorijskim polazištem, pretpostavljeno je da će pojedinci s višim ITM-om, kao i višom percipiranom tjelesnom težinom imati lošije mentalno zdravlje, lošiju emocionalnu regulaciju, veći doživljaj stigmatizacije radi tjelesne težine te da će više koristiti nezdrave obrasce hranjenja. Također je pretpostavljeno da će u skupinama više objektivne i percipirane tjelesne težine biti više nesigurno privrženih osoba. U istraživanju provedenom metodom on-line ankete, sudjelovale su 824 osobe starije od 18 godina (732 žene i 89 muškaraca) koje žive na području Republike Hrvatske i šire regije. Uzorak je podijeljen na četiri skupine: pothranjene osobe ($N=82$), osobe normalne tjelesne težine ($N=304$), prekomjerno teške osobe ($N=243$) i pretilo osobe ($N=195$). Ispitanici su dodatno podijeljeni u četiri skupine temeljem vlastite percepcije tjelesne težine. U istraživanju su korišteni Upitnik općih podataka, čestice o visini, tjelesnoj težini, tjelovježbi, prehrani, čestica o percepciji vlastite tjelesne težine, Mjera doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine, Trofaktorski upitnik obrazaca hranjenja, Kratki upitnik mentalnog zdravlja, Upitnik emocionalne regulacije i kontrole i Modificirana verzija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama. Dobiveni rezultati su djelomično potvrdili teorijska predviđanja. Skupine sudionika različitog ITM-a i različite percipirane težine nisu se razlikovali u mentalnom zdravlju. S druge strane, rezultati ukazuju na uglavnom očekivane značajne razlike među osobama različite objektivne i percipirane tjelesne težine u doživljaju stigmatizacije radi tjelesne težine, nezdravim obrascima hranjenja i nesigurnoj privrženosti. Kada je riječ o emocionalnoj regulaciji, očekivana razlika dobivena je samo kod usporedbe skupina različito percipirane tjelesne težine.

Ključne riječi: prekomjerna tjelesna težina, pretilost, mentalno zdravlje, emocionalna regulacija, stigmatizacija, obrasci hranjenja

Summary

Psychological aspects of overweight and obesity

The aim of the research was to examine some psychological aspects of overweight and obesity. Precisely, the research examined the relationship between actual bodyweight (operationalized through body mass index (BMI)) and perceived bodyweight with mental health, experience of stigmatization due to body weight, eating patterns, emotional regulation and attachment in close relationships. In accordance with the theoretical starting point, it was assumed that individuals with a higher BMI, as well as with higher perceived bodyweight, will have worse mental health, worse emotional regulation, a greater experience of stigmatization due to body weight, and that they will use unhealthy eating patterns more. Also, it was assumed that there will be more insecurely attached people in the group of people with perceived and objective higher bodyweight. In the research conducted using the online survey method, 824 people living in the Republic of Croatia and the wider region over the age of 18 participated (732 female and 89 male). The sample was divided into four groups: underweight people (N=82), people of normal body weight (N=304), overweight people (N=243) and obese people (N=195). Participants were additionally divided into four groups based on their own perception of body weight. For the purpose of the research, the general data questionnaire, items on height, body weight, exercise, diet, item on the perception of one's own bodyweight, Measure of experience of stigmatization due to body weight, Three-Factor Eating Questionnaire, Mental Health Inventory, Emotional Regulation and Control Questionnaire and Modification of Brennan's Experiences in Close Relationships Inventory were used. The obtained results partially confirmed the theoretical predictions. Groups of participants of different BMI and different perceived weight did not differ in mental health. On the other hand, the results mostly indicate expected significant differences between people of different objective and perceived body weight in the experience of weight stigmatization, unhealthy eating patterns and insecure attachment. When it comes to emotional regulation, the expected difference was obtained only when comparing groups with differently perceived body weight.

Key words: overweight, obesity, mental health, emotional regulation, stigmatization, eating patterns

1. UVOD

1.1. Prekomjerna tjelesna težina i pretilost

Problemi s tjelesnom težinom postali su goruća tema javnog zdravstva. Posljednja su desetljeća obilježena značajnim porastom prekomjerne težine i pretilosti kod djece i odraslih. Pojmovi *prekomjerna tjelesna težina* i *pretilost* označavaju prekomjerno nakupljanje masti u tijelu koje predstavlja rizik za zdravlje pojedinca, a određuju se indeksom tjelesne mase. Pri tome se indeks tjelesne mase (ITM) između 25 i 30 kg/m² naziva prekomjerna tjelesna težina, a ITM iznad 30 kg/m² smatra se *pretilošću*. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) je 2003. godine proglasila pretilost globalnom epidemijom. Podaci Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2021) ukazuju na činjenicu da se pretilost na svjetskoj razini gotovo utrostručila od 1975. Također, WHO (2021) izvještava da je u 2016. godini čak preko 1,9 milijardi odraslih osoba koje su bile starije od 18 godina imalo prekomjernu tjelesnu težinu. U navedenoj je skupini više od 650 milijuna osoba bilo klasificirano u kategoriju pretilosti. Kada je riječ o podacima iz 2016. u postotcima, 39% odraslih starijih od 18 godina je bilo prekomjerno teško, a 13% pretilo, dok kada je riječ o djeci i adolescentima od 5 do 19 godina, više od 340 milijuna je bilo prekomjerne težine ili pretilo. Svjetska zdravstvena organizacija također izvještava da prekomjerna tjelesna težina kao i pretilost ubijaju više u odnosu na pothranjenost kada je riječ o područjima na kojima živi većina populacije u svijetu. Zaprepašćujući je podatak iz 2020. godine da je čak 39 milijuna djece koja su mlađa od 5 godina bilo prekomjerne težine ili pretilo (WHO, 2021).

Čimbenici rizika koji pridonose pretilosti su neadekvatna prehrana, tjelesna neaktivnost, sjedilački način života i genetski čimbenici. S druge strane, prekomjerna tjelesna težina i pretilost predstavljaju čimbenike rizika za razvoj vodećih kroničnih nezaraznih bolesti današnjice: kardiovaskularnih bolesti (najviše bolesti srca i moždani udar), dijabetesa, novotvorina, nekih vrsta raka (uključujući rak endometrija, dojke, jajnika, prostate, jetre, žučnog mjehura, bubrega i debelog crijeva), mišićno-koštanih poremećaja (posebice osteoartritisa – degenerativne bolesti zglobova koja je vrlo onesposobljavajuća), kronične opstruktivne plućne bolesti i psihičkih poremećaja (Musić Milanović i Bukal, 2018; WHO, 2021). Osim ovih zdravstvenih i pratećih financijskih posljedica, važno je istaknuti da su psihološki i društveni aspekti života također narušeni u pretilih osoba (Guerrieri i sur., 2008).

Mehanizam koji uzrokuje debljanje, odnosno mršavljenje, prilično je jednostavan - pozitivna energetska vrijednost uzrokuje debljanje, dok negativna energetska vrijednost uzrokuje

mršavljenje. Prema istom obrazloženju, gubitak težine mogao bi se postići pomoću smanjenja unosa hrane, a time i energetskeg unosa i/ili povećanjem tjelesne aktivnosti odnosno, utroška energije (Lučić, 2020). Posljedično, intervencije za mršavljenje koje se fokusiraju na mijenjanje unosa i potrošnje energije kako bi se stvorila ravnoteža bi trebale biti uspješne. Međutim, čini se da ljudi imaju velikih poteškoća radeći navedeno. Meta-analiza je pokazala da programi promjene načina života često dovode do gubitka težine u kratkom roku, međutim pokušaji zadržavanja gubitka tjelesne težine dugoročno nisu baš uspješni (Miller, 1999).

Određivanje pretilosti

Postoji više metoda za procjenu pretilosti. Najpoznatiji kriterij je izračunavanje već spomenutog ITM-a (indeksa tjelesne mase, engl. *body mass index* - BMI). ITM se izračunava kao omjer tjelesne težine izražene u kilogramima i kvadrata tjelesne visine izražene u metrima (Ružić i Perišić, 2011). Svjetska zdravstvena organizacija klasificira ljude u pet kategorija prema ITM-u: prva kategorija je *izrazita pothranjenost* (<18.5), druga kategorija je *potencijalna pothranjenost* (18.5-19.9), treća kategorija je *normalna uhranjenost* (20-24.9), četvrta kategorija je *preuhranjenost* (25-29.9) i peta kategorija je *pretilost* (>30). Nadalje, pretilost se može podijeliti u tri stupnja: *pretilost* (30-34.9), *ozbiljna pretilost* (35-39.9) i *morbidna pretilost* (≥ 40.0) (Sonnabend, 2017). U daljnjem tekstu će se normalna tjelesna težina odnositi na normalnu uhranjenost, prekomjerna tjelesna težina na preuhranjenost, a pretilost na sve tri navedene vrste pretilosti.

Uz indeks tjelesne mase (ITM), neki autori tvrde da je bolja mjera CW (eng. *waist circumference*), odnosno opseg struka (Janssen, Katzmarzyk i Ross, 2004), kao i mjera bokova, te omjer navedenog (Ross i Janiszewski, 2008). Sonnabend (2017) navodi kako se kada je riječ o muškarcima opseg struka koji je veći od 102 cm smatra većim od normalnog, dok kada je riječ o ženama ta granica iznosi 88 cm. Uvećane vrijednosti u ovom slučaju indiciraju na pretilost. Kada je riječ o omjerima, kod muškaraca je granični omjer opsega struka i bokova za prepoznavanje pretilosti 0.9, dok kod žena taj omjer iznosi 0.85. U slučaju većih omjera od navedenih, pretilost se može klasificirati kao centripetalna, androidna ili jabukolika. Uz ovu podjelu postoji i necentripetalna, ginoidna ili kruškolika pretilost za koju su karakteristične masne naslage u području bokova, dok se u androidne pretilosti većina masnog tkiva nalazi u području trbuha.

Nešto složeniji oblik određivanja uhranjenosti je određivanje količine i postotka masnog tkiva mjerenjem debljine kožnih nabora (Grubišić, 2014).

Psihološki aspekti tjelesne težine

Pretilost je složeno stanje povezano s nizom medicinskih poremećaja. Uobičajena je pretpostavka da pretilost također mora biti povezana s psihološkim i emocionalnim komplikacijama. Istraživanje psihosocijalnih aspekata pretilosti postalo je sofisticiranije tijekom godina, od čisto teorijskih radova do kros-sekcijskih usporedbi pretilih osoba s osobama normalne tjelesne težine te prospektivnih istraživanja vremenskog slijeda pretilosti i poremećaja raspoloženja. Istraživanja su pokazala da pretilost, sama po sebi, nije sustavno povezana s psihopatološkim ishodima. Određene pretile osobe, međutim, izložene su većem riziku od psihijatrijskih poremećaja, osobito depresije (Fabricatore i Wadden, 2004). Kada je riječ o prekomjerno teškim i pretilim osobama, vrlo je važno obratiti pažnju na mentalno zdravlje ovih osoba, jer razumijevanje da iza pretilih osoba možda postoji problem s depresivnosti, anksioznosti, emocionalnom regulacijom ili privrženošću, može pridonijeti poboljšanju zdravlja i općenito pozitivnim promjenama u pretilih osoba. Kada je riječ o psihičkim problemima i pretilosti, teško je odvojiti uzročno posljedične veze. Rezultatima mnogih provedenih istraživanja vidljivo je kako su navedene poteškoće koje doživljavaju osobe koje se bore s pretilošću između ostalog i odraz socijalnog okruženja koje je okrutno prema osobama koje su pretile ili prekomjerne tjelesne težine. Društvo uvelike diskriminira i stigmatizira takve osobe (Štimac, 2017). Uz navedeno, veliku otegotnu okolnost predstavlja i nerealna slika tijela, odnosno percepcija sebe kao prekomjerno teške osobe (Talen i Mann, 2009). S obzirom na navedeno, ovo se istraživanje usmjerilo na ispitivanje nekih aspekata mentalnog zdravlja u relaciji sa stvarnom i percipiranom tjelesnom težinom.

U nastavku su prikazana dosadašnja istraživanja na ovu temu kao i teorijski okviri na kojima se temelje pretpostavke ovog i dosadašnjih istraživanja. S obzirom na važnost mentalnog zdravlja, u narednom potpoglavlju opisan je odnos tjelesne težine i mentalnog zdravlja.

1.2. Mentalno zdravlje i tjelesna težina

Mentalno zdravlje Svjetska zdravstvena organizacija definira kao „stanje mentalnog blagostanja koje ljudima omogućuje da se nose sa životnim stresovima, ostvare svoje sposobnosti, dobro uče, dobro rade te doprinose svojoj zajednici“ (WHO, 2022). To je sastavni dio zdravlja i dobrobiti koji podupire naše individualne i kolektivne sposobnosti da donosimo odluke, gradimo odnose i oblikujemo svijet u kojem živimo. Mentalno zdravlje je

osnovno ljudsko pravo i ključno je ključno za osobni, društveni i socio-ekonomski razvoj (WHO, 2022). Kada se ispituje mentalno zdravlje, obično se u obzir uzimaju konstrukti poput anksioznosti, depresivnosti, gubitka bihevioralne/emocionalne kontrole, emocionalne veze, opći pozitivni afekt i zadovoljstvo životom. U narednom tekstu stoga su istaknute depresija, anksioznost, doživljaj traume i stigmatizacija kao odrednice mentalnog zdravlja u odnosu na tjelesnu težinu.

Kada je riječ o depresiji i tjelesnoj težini, osim povezanosti, ispitalo se i u kojem smjeru ide ta povezanost. Utječe li depresija na tjelesnu težinu ili tjelesna težina na depresiju? Jedan predloženi slijed je taj da pretilost prethodi depresiji budući da su pretile osobe, kako je pokazano, izložene većem riziku od depresije iz više razloga, poput tjelesne neaktivnosti (Heo i sur., 2010), lošije kvalitete života (Fontaine i sur., 2001) i društvenih predrasuda (Puhl i sur., 2001; Puhl i sur., 2006). U obrnutom slučaju depresivni pojedinci mogli bi dobivati na težini zbog posljedica antidepresiva (Stunkard i sur., 2003), oslabljene kvalitete sna (Riemann i sur., 2001) ili sjedilačkog načina života (Mannan i sur., 2016). Meta-analiza koju su proveli Mannan i suradnici (2016) pokazala je kako postoji dvosmjerna veza između pretilosti i depresije. Kada je riječ o snazi i utjecaju, smjer u kojem depresija prethodi pretilosti je jači od obrnutog. Također, važno je istaknuti da i muškarci i žene imaju rizik za razvoj pretilosti iako žene u reproduktivnoj dobi imaju veći rizik od razvijanja poremećaja hranjenja. Međutim, rezultati istraživanja o depresiji i mentalnom zdravlju su nerijetko oprečni, pa su tako Carpenter i suradnici koristeći podatke iz velikog nacionalnog uzorka iz SAD-a, otkrili da je pretilost povezana s povećanim rizikom od depresije i suicidalnih ideja među ženama, ali ne i među muškarcima. Roberts i suradnici (2003) u svojem su istraživanju ustanovili samo da pretilost povećava rizik za razvijanje depresije, ali ne i obrnuto. Ross (1994) je ustanovio kako je pretilost utjecala na depresiju kod obrazovanih ljudi u odnosu na neobrazovane. Također navodi kako prekomjerno teške osobe imaju sklonost provođenju dijeta i posljedično fizičkim zdravstvenim posljedicama što posredno utječe na doživljaj depresije. Pokrajac-Bulian (2011) u svojoj knjizi navodi da postoji nekoliko mogućih objašnjenja povezanosti između pretilosti i depresije. Prvo objašnjenje naglašava da stigmatizacija i devalorizacija pretile osobe mogu dovesti do sniženog samopoštovanja, negativnog samopoimanja i povećane sklonosti ka depresiji. Drugo objašnjenje se temelji na normama i idealima tjelesne vitkosti. Pokrajac-Bulian ističe da za osobe koje se suočavaju s pretilošću, postizanje takvih standarda može predstavljati izvor stresa, a proces gubitka tjelesne težine i provođenje dijeta može dodatno povećati razinu stresa, čak i više nego sama

pretilost. Jedno je istraživanje pokazalo da je pretilost povezana s lošijim mentalnih zdravljem kod žena, nevezano za rasu (Reed, 1985; prema Roberts i sur., 2003). Devlin, Yanovski i Wilson (2000) upućuju na činjenicu da bi pri liječenju pretilosti u obzir trebalo uzimati utjecaj pretilosti na samopoštovanje u kulturi koja je hostile prema osobama koje se ne uklapaju u standarde tjelesne težine. Talen i Mann (2009) u svojem radu o pretilosti i mentalnom zdravlju navode da je u studijama o pretilosti i mentalnom zdravlju, psihološko funkcioniranje djece i adolescenata uvelike povezano s čimbenicima rizika u četiri područja koja uključuju izgled tijela, samopoštovanje, depresiju i obiteljsko funkcioniranje. Isti autori nadalje navode da problemi s pretilošću ostavljaju dugoročne posljedice na tjelesno i mentalno zdravlje djece i adolescenata u odrasloj dobi. Prisutnost nezadovoljstva tjelesnom slikom, prisutnost poremećaja raspoloženja, niskog samopoštovanja, prejedanja ili emocionalnih i drugih poremećenih prehrambenih ponašanja mora se riješiti i prema potrebi trebalo bi se obratiti stručnjacima za mentalno zdravlje. Problemi mentalnog zdravlja prisutni su i kod pretilih odraslih (Talen i Mann, 2009). Područja u kojima se to može očitovati su zadovoljstvo slikom tijela i samopoštovanje; emocije, raspoloženje i psihosocijalno funkcioniranje; osobine ličnosti; poremećaji hranjenja i obiteljski i društveno-kulturni kontekst. Osobe koje pate od pretilosti a koje su nezadovoljne tjelesnom slikom izložene su većem riziku od poremećaja mentalnog zdravlja i izrazite pretilosti. Međutim, umjerene razine nezadovoljstva tjelesnom slikom za neke mogu biti motivirajući faktor u gubitku težine. Uz navedeno, treba reći da od najviše mentalnih posljedica pate žene koje su u velikoj mjeri opterećene težinom ili oblikom tijela (Friedman i sur., 2002; Mond i sur., 2007). Ovdje je važno napomenuti da slika o tijelu nije povezana s realnom reprezentacijom tijela, pa je posljedično „nebitno“ je li osoba pretila ili samo nezadovoljna sobom u kontekstu posljedica na mentalno zdravlje. McCabe i Ricciardelli (2004) u svojem istraživanju pokazali su da su muškarci, za razliku od žena, manje nezadovoljni slikom tijela. Međutim, muškarci su skloni pokazati više nezadovoljstva slikom tijela kada se žele identificirati i teže tome da postignu maskulini tip tijela. Seksualna orijentacija je faktor koji također utječe na muškarčevu sliku o tijelu. Muškarci homoseksualne orijentacije su nezadovoljniji slikom o tijelu u usporedbi sa muškarcima heteroseksualne orijentacije.

Usprkos ranijim navodima o povezanosti povišene tjelesne težine sa depresivnosti, važno je spomenuti da postoje istraživanja koja ne potvrđuju te nalaze (Dixon i sur., 2003; Onyike 2003). Također, navodi se i kako je pretilost više prediktor lošijeg fizičkog nego mentalnog zdravlja (Doll i sur., 2000; Jia i Lubetkin, 2005; Onyike, 2003). Međutim, već ranije

spomenuti faktor stupnja pretilosti je ključan. Osobe čiji je ITM preko 40 imaju lošije mentalno zdravlje (Dickerson i sur., 2006).

Također se čini da postoji pozitivna povezanost između pretilosti i anksioznosti, iako je relativno manje istraživanja provedenih na ovu temu. Meta-analiza iz 2010. godine koju su proveli Garipey i suradnici (2010) uključila je sedam kros-sekcijskih istraživanja u kojima je spol bio relevantna varijabla i zaključili su da postoji značajna povezanost između pretilosti i anksioznosti kod muškaraca i kod žena. Strine i sur. (2008) također su utvrdili da je povijest anksioznog poremećaja tijekom života bila povezana s većom vjerojatnosti pretilosti i kod muškaraca i kod žena. Bjerkeset i suradnici (2008) ispitali su predviđa li pretilost simptome anksioznosti nakon 10-godišnjeg praćenja na velikom nacionalnom uzorku odraslih Norvežana. Utvrdili su da veća početna težina predviđa povećanu vjerojatnost tjeskobe pri praćenju kod muškaraca, ali ne i kod žena.

Pretilost može biti povezana s anksioznošću, a jedan od poremećaja koji se smatra mogućim faktorom rizika je posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). PTSP je psihijatrijski poremećaj koji se javlja nakon izlaganja ili svjedočenja životno ugrožavajućim situacijama. Različiti događaji ili stresori mogu izazvati PTSP, uključujući teške nesreće, prirodne katastrofe, kriminalne napade, ratne traume, nasilje nad civilima, psihičko i seksualno nasilje, nasilje u obitelji, zanemarivanje ili zlostavljanje u djetinjstvu te traumu vezanu uz posao ili svjedočenje traumatskom događaju. PTSP se svrstava među anksiozne poremećaje, ali se razlikuje od ostalih po tome što je za njegov nastanak ključno izlaganje traumatskom događaju i doživljavanje traumatskog iskustva (Kozarić Kovačić i sur., 2007). Neka istraživanja sugeriraju da prejedanje služi za regulaciju emocija nakon traumatskog događaja (Carmassi i sur., 2015). U slučajevima PTSP-a povezanog s fizičkim ili seksualnim zlostavljanjem, povišena tjelesna težina se također može shvatiti kao zaštitni faktor za smanjenje ranjivosti na naknadno zlostavljanje (Felitti, 1993). Čini se da je odnos između PTSP-a i pretilosti čvrst, što bi moglo sugerirati da PTSP povećava rizik od debljanja, iako je potrebno više longitudinalnih studija da se utvrdi smjer ovog odnosa (Suliman i sur., 2016). Iako sva traumatska iskustva ne rezultiraju razvojem PTSP-a, mnoge su studije otkrile da traume u ranom djetinjstvu ili nepovoljna iskustva iz djetinjstva, posebno seksualno ili fizičko zlostavljanje i zanemarivanje, mogu povećati rizik od pretilosti kasnije u životu (Danese i Tan, 2014; Norman i sur., 2012). Drugo istraživanje pokazalo je da su odrasle žene koje su izvještavale da su u djetinjstvu doživjele fizičko zanemarivanje, fizičko zlostavljanje,

emocionalno zlostavljanje ili seksualno zlostavljanje dobile više na tjelesnoj težini unutar tri godine nego žene bez takve anamneze (Udo i Grilo, 2016).

Žene s pretilošću mogu biti osjetljivije na razne poremećaje mentalnog zdravlja od pretilih muškaraca. Ova razlika može odražavati populacijske trendove prema kojima žene imaju veće stope mentalnih poremećaja nego muškarci. Drugi razlog za ovakve razlike može biti i u tome što su žene osjetljivije na teret stigme i pristranosti prema osobama s povećanom tjelesnom težinom i sklonije su internalizaciji takve stigme, kao što je navedeno u poglavlju o stigmatizaciji koje slijedi u nastavku (Tronieri i sur., 2017). Dakle, doživljaj stigme je posrednik kada je u pitanju lošije mentalno zdravlje prekomjerno teških i pretilih ljudi. Od djece do starijih u odrasloj dobi, stigmatizacija na temelju tjelesne težine povezana je s negativnim emocionalnim posljedicama uključujući nisko samopoštovanje, pojačanu tjeskobu i depresiju, suicidalne misli, lošu sliku o tijelu, poremećene obrasce hranjenja i veći ukupni psihološki stres (Papadopoulos i Brennan, 2015; Puhl i Suh, 2015; Sutin i sur., 2015). Internalizirana stigmatizacija tjelesne težine je na sličan način povezana s nizom negativnih ishoda mentalnog zdravlja, uključujući depresiju, tjeskobu, poremećaje prehrane i narušenu kvalitetu života povezanu s mentalnim zdravljem (Papadopoulos i Brennan, 2015). Više o doživljaju stigmatizacije radi tjelesne težine i ostalim posljedicama koje ostavlja na pojedinca opisano je u sljedećem potpoglavlju.

S obzirom na navedene relacije mentalnog zdravlja i tjelesne težine, koje nisu posve konzistentne u ovom istraživačkom području, ovaj se rad prvenstveno usmjerio na ispitivanje razlika u mentalnom zdravlju među osobama različite razine uhranjenosti.

1.3. Stigmatizacija radi tjelesne težine

Stigmatizacija radi tjelesne težine definirana je kao odbacivanje i obezvrjeđivanje osoba koje se ne pridržavaju prevladavajućih društvenih normi o odgovarajućoj tjelesnoj težini i obliku od strane društva (Tomiyama i sur., 2018). Stigma radi tjelesne težine je pervazivna i može utjecati na sve važne domene življenja poput zdravstvene skrbi, zaposlenja, obrazovanja i interpersonalnih odnosa (Brochu i sur., 2018). U Sjedinjenim Američkim Državama ljudi s povišenim ITM-om izvještavaju o većoj diskriminaciji u usporedbi s rasnom i etničkom diskriminacijom (Tomiyama i sur., 2018). Žene su posebice stigmatizirane zbog njihove tjelesne težine u više područja, uključujući zaposlenje, obrazovanje, medije i ljubavne veze (Fikkan i Rothblum, 2012). Također, visoka razina

stigmatizacije radi tjelesne težine utvrđena je i u zdravstvenom sustavu od strane liječnika, medicinskog osoblja, studenata medicine i nutricionista (Phelan i sur., 2014). Negativni stereotipi uključuju percepciju da su pretili ljudi zli, glupi, ružni, nesretni, manje kompetentni, aljkavi, lijeni, društveno izolirani i da im nedostaje samodiscipline, motivacije i osobne kontrole (Brylinsky i Moore, 1994; Puhl i Brownell, 2006; Teachman i sur. 2003). Istraživanja sugeriraju da negativni stavovi prema osobama prekomjerne tjelesne težine počinju rano u djetinjstvu, već u predškolskoj dobi te da se predrasude o tjelesnoj težini mogu pogoršavati (Latner i Stunkard, 2003). Dokazi pokazuju da negativni stavovi u obliku stigme i pristranosti prerastaju u diskriminirajuće ponašanje prema pretilim osobama (Carr i Friedman, 2005). Neki pojedinci mogu internalizirati ta negativna uvjerenja i stavove povezane s težinom, što dovodi do samostigmatizacije, također poznate kao „internalizacija pristranosti težine“ (Durso i Latner, 2008).

Mnoga su istraživanja koja govore u prilog tome kako stigma radi prekomjerne tjelesne težine ostavlja negativne posljedice, s naglaskom na otežano gubljenje kilograma, razvijanje poremećaja u prehrani i još veće nakupljanje kilograma. Hunger i Tomiyama (2018) pokazali su kako osobe koje su stigmatizirane kao „previše debele“ u dobi od 14 godina četiri godine kasnije imaju povećan rizik od razvijanja poremećaja hranjenja. Ovo se istraživanje nadovezuje na prethodno istraživanje s istim uzorkom, koje pokazuje da osobe koje su stigmatizirane kao „debele“ sa 10 godina, u dobi od 19 godina imaju veći rizik od debljanja i pretilosti (Hunger i Tomiyama, 2014). Ovi nalazi pridonose široj istraživačkoj literaturi koja pokazuje da zadirkivanje vezano za tjelesnu težinu predviđa poremećaje prehrane kod djevojčica i dječaka u adolescenciji, te da percipirana diskriminacija prema težini negativno utječe na fizičko i psihičko zdravlje (Brochu i sur., 2018; Neumark-Sztainer i sur., 2002). U istraživanju Wotta i Carelsa (2010) pokazano je kako je stigma radi tjelesne težine pozitivno povezana s depresijom i prejedanjem kao i sa slabijim ishodima programa za mršavljenje, sugerirajući tako da je ova vrsta stigmatizacije determinirajuća za prekomjernu tjelesnu težinu, kao i za mogućnost pretilih i prekomjerno teških osoba da izgube kilograme.

Dosadašnja istraživanja nisu pokazala kako stigmatizacija vezana za tjelesnu težinu točno utječe na zdravlje, međutim predložena su četiri mehanizma koji su možebitno u podlozi navedenog: povećani stres, nezdrave promjene ponašanja, neiskorištenost zdravstvene zaštite i socijalna distanciranost (Brochu i sur., 2018). Tomiyama (2014) navodi kako je stigma radi prekomjerne tjelesne težine fiziološki i psihološki stresna, utječe na emocionalne procese (npr. doživljaj srama) i narušava zdravstvene ishode (npr. povišen krvni tlak).

Također, stigma radi prekomjerne tjelesne težine može negativno utjecati na samoregulaciju i izvršno funkcioniranje, što rezultira pojačanim unosom hrane i izbjegavanjem tjelesne aktivnosti. Posljedično, stigma navodi ljude da koriste nezdrave metode gubljenja kilograma poput posta, tableta za mršavljenje, uzimanja raznih pročišćivača i slično (Hunger i sur., 2015). Istraživanje koje su proveli Amy i suradnici (2006) pokazuje kako žene koje doživljavaju stigmatu radi prekomjerne težine u zdravstvenom sustavu češće izbjegavaju važne preventivne preglede poput mamografije i pregleda zdjelice. Stigma radi prekomjerne težine dovodi do iskustva socijalne izoliranosti, utječući tako na temeljnu ljudsku potrebu za pripadanjem i prihvaćenošću od drugih ljudi (Hunger i sur., 2015), a poznato je da su kvalitetni socijalni odnosi ključni za zdravlje i opću dobrobit (Cohen, 2004). Kada je riječ o potrebi za pripadanjem i prihvaćenošću, važno je napomenuti da osobe povišene tjelesne težine najčešće stigmatizaciju i zadirkivanje doživljavaju od obitelji i prijatelja koji bi trebali biti primarni i bezuvjetni izvor socijalnih veza, pripadnosti i prihvaćenošću (Puhl i Brownell, 2006). Također, tjelesna težina je jedan od najčešćih razloga zadirkivanja i u školi. Ovome svakako pridonose i mjerenja tjelesne težine na nastavi tjelesne i zdravstvene kulture (Ikeda i sur., 2006). Tomiyama i sur. (2018) navode kako je u klasičnoj studiji provedenoj kasnih 1950-ih, djeci u dobi od 10 i 11 godina pokazano šest slika djece i zatraženo da ih poredaju po redosljedu djeteta koje im se 'najviše svidjelo'. Tih je šest slika uključivalo dijete 'normalne' težine, 'pretilo' dijete, dijete u invalidskim kolicima, jedno sa štakama i nogom u ortozi, jedno bez šake i jedno facijalno unakaženo. Studija je pokazala da je pretilo dijete bilo stavljano na zadnje mjesto.

Kinavey i Cool (2019) navode kako i u psihoterapijskom radu s klijentima prekomjerne težine postoji problem stigme i kako i sami terapeuti ne mogu nadići svoju internaliziranu stigmatizaciju prema osobama koje imaju prekomjernu težinu. Ovi autori navode kako u njihove terapeutske urede dolaze klijenti koji su imali iskustva s psihoterapeutima koji su ih upućivali na dijetne režime kako bi riješili svoje probleme. Psihoterapeuti postaju žrtve istih stereotipa i diskriminirajućeg mišljenja o veličini tijela koje prevladava u kulturi u kojoj živimo. Pristranost prema debljini (engl. *anti-fat bias*) odnosi se na negativne stavove i vjerovanja o ljudima koji su percipirani kao debeli, a koji se usvajaju u ranoj dobi djelomično zato što smo svjedoci društvenog statusa i privilegija koje imaju osobe manje tjelesne težine (Danielsdóttir i sur., 2010). Ovakve neupitne pretpostavke o težini i debljini potiču rast stigmatizacije radi tjelesne težine. Latner i suradnici (2012) donose važne uvide u stigmatizaciju pretilih osoba, čak i nakon postignute normalne tjelesne težine. Ovo

istraživanje je pokazalo da su osobe koje su bile pretile, a sada su normalne tjelesne težine, podložne većoj stigmatizaciji u pogledu fizičke privlačnosti u usporedbi s osobama koje nikada nisu bile pretile, iako sada imaju normalnu tjelesnu težinu. Ovi rezultati ukazuju na to da stigmatizacija pretilih osoba perzistira unatoč njihovom gubitku težine, vjerojatno zbog stalne promocije mršavosti koja je prisutna u popularnim medijima. Prema istraživanju autorice Pokrajac-Bulian (2011), pretile osobe često izražavaju nelagodu u pojavljivanju u javnosti, a veliki postotak njih (81%) izbjegava restorane u kojima se prodaje brza hrana radi izbjegavanja stigmatizacije. Stigmatizacija koju pretili pojedinci doživljavaju ima negativan utjecaj na njihovu kvalitetu života.

Unatoč navedenim negativnim posljedicama stigmatizacije radi tjelesne težine i mnogim provedenim istraživanjima i dalje postoje mišljenja pojedinih medicinskih etičara (Callahan, 2013) da stigmatiziranje pojedinaca veće tjelesne težine i primjena društvenog pritiska za poticanje mršavljenja poboljšava zdravlje populacije te bi stoga, prema njihovom mišljenju, trebalo biti provođeno. Upravo zato, vrlo je važno raditi na destigmatizaciji osoba prekomjerne težine i još dubljem otkrivanju negativnih utjecaja i posljedica koje stigmatizacija nosi sa sobom.

S obzirom na u literaturi opisanu stigmatizaciju radi tjelesne težine, ovaj je rad usmjeren i na ispitivanje razlika u razini stigmatizacije među osobama različitih stupnjevima uhranjenosti između ostalog i kako bi se moglo utvrditi koje su skupine najugroženije kada je u pitanju stigmatizacija radi tjelesne težine. Stigma radi tjelesne težine vodi negativnim emocijama s kojima se pojedinci različito nose, zbog čega je izuzetno važna emocionalna regulacija koja je opisana u sljedećem potpoglavlju.

1.4. Emocionalna regulacija i obrasci hranjenja

Jedno od najbrže rastućih područja unutar psihologije je područje proučavanja regulacije emocija (Gross, 2015). Emocionalna regulacija odnosi se na način na koji pokušavamo utjecati na to koje emocije imamo, kada ih imamo i kako doživljavamo i izražavamo te emocije (Gross, 2008). Emocionalna regulacija predstavlja višedimenzionalni koncept koji obuhvaća sposobnost pojedinca da prepozna, razumije i prihvati svoja emocionalna iskustva, kontrolira impulzivno ponašanje u situacijama neugodnih emocija te fleksibilno prilagođava svoje emocionalne reakcije u skladu s prikladnošću situacije (Gratz i Roemer, 2004). Kada je riječ o emocionalnoj regulaciji Gross (2008), ujedno i najpoznatiji istraživač ovog koncepta, govori o tome kako pojam emocionalne regulacije nije sasvim

jasan. Neka od pitanja su odnosi li se ona na to da su emocije regulirane ili da one reguliraju određene procese u tijelu i ako se odnosi na prvo navedeno, reguliramo li svoje ili tuđe emocije (Mohović, 2020). Gross i Thompson (2007) predstavili su model od pet koraka koji se odnose na emocionalnu regulaciju a koji uključuju: odabir situacije (ovdje je važno da pojedinac dobro procjeni potencijalne emocionalne odgovore na datu situaciju), modifikaciju situacije (kako bi se izazvao određeni emocionalni odgovor), preusmjerenje pažnje, kognitivnu promjena i modifikaciju emocionalnog odgovora. Prva se četiri koraka odnose na fazu prije aktivacije emocionalnog odgovora, dok se zadnji korak odnosi na ono što se događa nakon aktivacije emocionalnog odgovora. Istraživanja o emocionalnoj regulaciji u ovom području naglašavaju da je hranjenje strategija ili afektivni odgovor na emocionalni stres ili na patološki psihički razvoj (Gianini i sur., 2013; Miller-Matero, 2014). Prevladavajući teorijski model za objašnjenje poremećaja u prehrani sugerira da se ta ponašanja (ne)jedenja poduzimaju kao pokušaj reguliranja ili bijega od negativnih afekata (Stice i sur., 2001). Racine i Wildes (2013) tvrde da je emocionalna regulacija u pozadini održavanja poremećaja u prehrani te da osobe koje se prejedaju imaju poteškoća u regulaciji snažnih emocija. Mehanizam je sljedeći; osobe se okreću raznim načinima suočavanja s emocijama poput *emocionalnog jedenja*, *nekontroliranog jedenja* i *kognitivnog suzdržavanja* (Mohorić i sur., 2021), što posljedično dovodi do pretilosti. Više o ova tri mehanizma koje mjeri upitnik, koji je primijenjen i u ovom istraživanju (Nikolić i sur., 2018), bit će objašnjeno u sljedećim potpoglavljima.

1.4.1. Emocionalno jedenje

Emocionalno jedenje definira se kao sklonost prejedanju kao odgovoru na negativne emocije kao što su tjeskoba ili razdražljivost (van Strien i sur., 2007; prema Adriaanse i sur., 2011). Koncept emocionalnog jedenja izveden je iz psihosomatske teorije (Bruch, 1964; prema Adriaanse i sur., 2011), koja govori da oni koji emocionalno jedu ne mogu razlikovati glad od fiziološkog stanja koje prati negativne emocije. Kao rezultat toga, *emocionalni jedaći* reaguju jedenjem kada doživljavaju negativne emocije, dok bi to za druge osobe rezultiralo gubitkom apetita budući da emocije izazivaju slične fiziološke promjene kao sitost. Pojedinci s visokim rezultatima na skalama emocionalnog jedenja imaju povećan rizik od prekomjerne težine, što počiva na pretpostavci da oni koji su visoko na emocionalnom jedenju ne samo da jedu kada su gladni već i kada doživljavaju preplavljujuće emocije (Adriaanse i sur., 2011). Pokazalo se da je emocionalno jedenje povezano s ishodima tjelesne težine, kako u pogledu povećanja tjelesne težine tijekom vremena tako i u pogledu poteškoća

s gubitkom tjelesne težine i održavanjem tjelesne težine (Frayn i Knäuper, 2018). Ganley (1989; prema Frayn i Knäuper, 2018) navodi da 60% ili više pojedinaca koji imaju prekomjernu težinu ili su pretili spadaju u emocionalne jedače. Za te osobe je dodatno vrlo vjerojatno da će konzumirati hranu s visokim udjelom masti, šećera i kalorija kao odgovor na negativne emocije (Elfhag i Rossner, 2005).

Emocionalno jedenje smatra se čimbenikom rizika za poremećaje hranjenja i važnim čimbenikom pretilosti i s njom povezanim zdravstvenim problemima. Crockett i suradnici (2015) proveli su istraživanje u kojem je anketirano je 552 studenta i ustanovljeno je da su sklonost dosadi i poteškoće u regulaciji emocija istodobno predviđale neprikladno prehrambeno ponašanje, uključujući jedenje kao odgovor na dosadu i druge negativne emocije. Emocionalno jedenje identificirano je i kao medijatorska varijabla između depresije i ITM-a kod mladih muškaraca i žena (Lazarevich i sur., 2016). Emocionalno jedenje kod studenata koji su sudjelovali u istraživanju Bennetta i suradnika (2013) rezultiralo je konzumacijom visokokalorijske nezdrave hrane, što posljedično utječe na ITM. Također, dosada je pojačavala emocionalno jedenje. Ovi autori naglašavaju važnost intervencija među studentima kako bi u kasnijim godinama kada se budu suočavali sa stresom mogli koristiti zdravije strategije suočavanja. Geliebter i Aversa (2003) proveli su istraživanje u kojem su ispitali emocionalno jedenje kod osoba s normalnom tjelesnom težinom, prekomjerno teških osoba i pothranjenih osoba. Kada su doživljavali negativna emocionalna stanja ili situacije, osobe s prekomjernom tjelesnom težinom izjavile su da jedu više u odnosu na osobe s normalnom tjelesnom težinom i pothranjene osobe. U slučaju pozitivnih emocija, pothranjene su osobe jele više od prekomjerno teških i onih normalne tjelesne težine, što upućuje da osobe povišene tjelesne težine „emocionalno jedu“ u situacijama negativnih emocija, ali ne i pozitivnih. U konačnici, dokazano je da emocije utječu na prehrambeno ponašanje kod ljudi. Negativne emocije temeljito povećavaju konzumaciju hrane, dok je mehanizam na koji djeluju pozitivne emocije manje definiran (Patel i Schlundt, 2001). Također, čini se da česte emocije poput radosti i ljutnje imaju veći utjecaj na unos hrane u odnosu na emocije koje se rjeđe pojavljuju. Dodatno, tijekom ljutnje dolazi do povećanja impulzivnog jedenja (brzo, nepravilno i nemarno hranjenje usmjereno na bilo koju dostupnu hranu), dok tijekom radosti dolazi do povećanje hedonističke prehrane (sklonost jedenju zbog ugodnog okusa hrane) (Macht, 1999). Navedeno vrijedi za ljude normalne težine, ali i za ljude s prekomjernom težinom. Međutim, utjecaj koji emocije imaju na prehrambeno ponašanje pokazao se jačim kod pretelih ljudi nego kod nepretelih te kod ljudi koji provode

dijete u odnosu na one koji ne provode dijete. Dakle, prekomjerno teške i pretile osobe značajno više koriste emocionalno jedenje. Emocionalno jedenje prevladava diljem opće populacije u različitim društvenim klasama, među muškarcima i ženama (Ganley, 1989; Canetti, 2002), iako je pokazano kako žene češće emocionalno jedu od muškaraca (Baum i Contrada, 2011).

1.4.2. Nekontrolirano jedenje

Termini "nekontrolirano jedenje" i "prejedanje" (engl. *binge eating*) često se koriste kao sinonimi i odnose se na sličan obrazac prehrambenog ponašanja. Oba termina opisuju situaciju u kojoj osoba konzumira velike količine hrane bez osjećaja kontrole ili regulacije. Važno je napomenuti da postoji razlika između nekontroliranog jedenja/prejedanja i poremećaja prejedanja (engl. *binge eating disorder*) koji ima točno određene kriterije u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-5). De Lauzon opisuje nekontrolirano jedenje kao prekomjerno unošenje hrane radi subjektivnog osjećaja da je osoba gladna (de Lauzon i sur., 2004). Angle i suradnici (2009) nekontrolirano jedenje opisuju kao prejedanje s potpunim osjećajem gubitka kontrole. Ovaj je obrazac hranjenja pozitivno povezan s povećanjem tjelesne težine, kao i s nemogućnošću da se održi željena tjelesna težina (Dykes i sur., 2004). Također, korištenje ovog obrasca hranjenja povezano je i s konzumiranjem visokoenergetske hrane (de Lauzon i sur., 2004).

1.4.3. Kognitivno suzdržavanje

Anglé i suradnici (2009) kognitivno suzdržavanje definiraju kao povećanu kontrolu nad unosom hrane. Osobe koje žele izgubiti na težini koriste ovaj obrazac hranjenja, međutim, on se razlikuje od provođenja dijete po tome što osobe koje se kognitivno suzdržavaju i dalje unose dovoljno hrane, samo ne unose onoliko hrane koliko bi željeli, dok kada je u pitanju dijeta uvijek postoji kalorijski deficit. U istraživanju kojeg su proveli Lähteenmäki i Tuorila (1995) koristeći trofaktorski upitnik obrazaca hranjenja, ustanovljeno je kako su osobe koje su na dijeti koristile mehanizam kognitivnog suzdržavanja. Kognitivno suzdržavanje je u pozadini kontroliranog hranjenja. Osobe koje se kognitivno suzdržavaju manje jedu hranu koja sadrži puno masnoće poput namaza, majoneze i mliječnih proizvoda s visokim udjelom masti, dok češće konzumiraju nemasne mliječne proizvode (Lähteenmäki i Tuorila, 1995). Također, u istraživanju na španjolskoj populaciji (Jáuregui-Lobera i sur., 2014) utvrđeno je kako sudionici s nižim samopoštovanjem i oni koji su se često sami vagali,

kao i oni sa višim ITM-om i oni koji se percipiraju prekomjerno teškima pokazuju više rezultate na dimenziji kognitivnog suzdržavanja. Uz navedeno, pokazano je kako su studenti koji su visoko na ovoj dimenziji češće na dijeti, te kako žene više pokazuju ovaj obrazac hranjenja od muškaraca. Herman i Polivy (1985; prema Apfeldorfer i Zermati, 2001) u svojoj Teoriji kognitivnog suzdržavanja navode da dijete za mršavljenje dovode do stanja kognitivne suzdržanosti, tj. načina prehrane koji u svojoj pozadini ima dijetnu kulturu, odnosno raznorazna uvjerenja o različitim posljedicama prehrambenih navika na težinu, dok su unutarnji kriteriji gladi i sitosti narušeni. U situacijama kada je kognitivna kontrola oslabljena dolazi do dezinhibicije i prejedanja, što posljedično može utjecati na dobitak kilograma. Upravo zato kognitivno suzdržavanje može biti povezano i sa prekomjernom težinom i s uspješnim gubljenjem kilograma (Barbarić, 2019).

S obzirom na opisanu važnost emocionalne regulacije i obrazaca hranjenja u relaciji s tjelesnom težinom, u ovom je radu stavljen naglasak i na usporedbu pojedinaca različitih stupnjeva uhranjenosti kako bi se utvrdilo koje su skupine ugroženije kada su u pitanju slabija emocionalna regulacija i obrasci hranjenja. Budući da je u pozadini razvijanja emocionalne regulacije (Cloitre i sur., 2008) i emocionalne inteligencije (Žigmundić, 2016) privrženost, činilo se vrijednim ovim istraživanjem obuhvatiti i konstrukt privrženosti, čiji opis slijedi u sljedećem potpoglavlju.

1.5. Privrženost i tjelesna težina

Teorija privrženosti Johna Bowlby-ja nastala je sredinom 20. stoljeća (Bowlby, 1979) temeljem proučavanja veze jedinke sa primarnim skrbnikom. Teorija proizlazi iz studije slučaja dva neprilagođena dječaka odvojena od majke i smještena u instituciju, iz kojeg je zaključeno da problemi u relaciji majka - dijete prethode psihopatologiji. Bowlby je vjerovao da je veza djeteta s majkom ona koja oblikuje njegovo kasnije djelovanje. Kroz istraživanja je otkrio da djeca doživljavaju veliki stres prilikom odvajanja od majke, čak i ako se o njima brine druga odrasla osoba. U to vrijeme, dominirale su dvije teorije: psihoanalitička teorija i teorija socijalnog učenja, prema kojima veza između majke i djeteta proizlazi iz činjenice da majka hrani dijete te se zadovoljstvo hranjenjem povezuje s prisutnošću majke. Međutim, Bowlby je smatrao da je snažna veza između majke i djeteta posebno vidljiva u stresnim situacijama te da proizlazi iz biološke potrebe za bliskošću koja je rezultat prirodne selekcije. Njegova stajališta su poduprla istraživanja provedena na životinjama, koja su pokazala da

mladunci nekih vrsta razvijaju privrženost prema majci ne zbog hrane koju dobivaju od nje, već zbog topline koju majka pruža (Molnar, 2012). *Stil privrženosti* je koncept koji je proizašao iz Bowlbyjeve teorije privrženosti, a odnosi se na specifične obrasce ponašanja u bliskim odnosima sa figurama privrženosti. Figure privrženosti su najčešće roditelji, djeca, prijatelji ili romantični partneri. Koncept uključuje povjerenje da je figura privrženosti dostupna kao sigurna baza iz koje pojedinac može istraživati svijet u slobodi kada nije u stanju distresa, kao i sigurna luka u kojoj osoba može tražiti podršku, zaštitu i utjehu u stresnim periodima. Istraživanje svijeta ne uključuje samo fizički svijet nego i odnose s drugim ljudima i promišljanje o vlastitim internaliziranim iskustvima (Levy i sur., 2011). Najčešće se kada je riječ o privrženosti govori o odnosu majke i djeteta. Taj je odnos temeljni primjer privrženosti ako je takav da se majka brine o djetetu. Međutim, kao što je ranije navedeno osim prema primarnom skrbniku dijete može razviti privrženost i prema drugim figurama koje uključuju oca, baku djeda, prijatelje, partnere ili druge. Važno je naglasiti da se privrženost razvija u dojenačkoj dobi između djeteta i osobe koja za njega brine. Dijete tako može razviti sigurnu privrženost, izbjegavajuću privrženost ili anksiozno-ambivalentnu privrženost (Ainsworth i sur., 2015) Ove se tri vrste privrženosti također mogu razlikovati i u odrasloj dobi. S druge strane, Bartholomewova (1990) navodi dvije dimenzije izbjegavanja privrženosti. Prva dimenzija je odbijajuća privrženost karakterizirana obrambenim mehanizmom samodostatnosti, a druga je plašljiva privrženost koju karakterizira strah od anticipiranog odbijanja od drugih ljudi. U konačnici Bartholomewova polazivši od Bowlbyjeovog teorijskog okvira koji govori da osobe internaliziraju odnos sa skrbnicima postavlja četiri tipa privrženosti: *sigurnu privrženost* koja uključuje pozitivan model o sebi i drugima; *zaokupljenu privrženost* koja uključuje negativan model o sebi, a pozitivan model o drugima; *odbijajuću privrženost* koja uključuje pozitivan model o sebi, a negativan o drugima i na kraju *plašljivu privrženost* koja uključuje negativan model i o sebi i drugima. Važno je za naglasiti da stil privrženosti uglavnom ostaje isti tijekom života što je pokazano i u dvadesetogodišnjem istraživanju prema kojem je kod nešto više od 70% osoba zadržan stil privrženosti koji su razvili sa primarnim skrbnikom (Waters i sur., 2000).

Način na koji privrženost može pridonijeti regulaciji gladi i hranjenja prva je opisala Hilde Bruch, psihijatrica i psihoanalitičarka koja se bavila poremećajima prehrane i pretilošću (Bruch, 1957). Bruch (1975) je progovorila o važnosti psiholoških faktora u prehrani i prozvala one koji su naglasak stavljali na samo organske faktore. Također, bila je i prva koja je predstavila važnost odnosa dijete-roditelj u razvoju prekomjerne težine i pretilosti. Većina

mladih može sama regulirati svoje prehrambeno ponašanje oslanjajući se na unutarnje znakove gladi kao što su pokazali Birch i Deysner (1985) u svojem istraživanju, međutim postoje individualne razlike. Razumijevanje ovih razlika i načina na koji se one manifestiraju presudno je za razumijevanje uloge koju samoregulacija prehrane igra u razvoju prekomjerne težine i pretilosti. Iako se obično smatra da se prehrana automatski regulira biološkim potrebama, Bruch (1975) sugerira da je regulacija prehrane također sastavljena od psihološke komponente. Za zdrav razvoj osjećaja gladi, sitosti i samosvijesti, ključno je da se na djetetove biološke i emocionalne znakove ili potrebe reagira na odgovarajući način (Bruch, 1975). Budući da razvoj globalne samoregulacije počinje u djetinjstvu i razvija se u obiteljskom kontekstu, moglo bi biti korisno sagledati razvoj samoregulirajućih prehrambenih ponašanja unutar okvira teorije privrženosti.

Iz perspektive teorije privrženosti, poremećaji hranjenja se konceptualiziraju kao eksternalizirana ponašanja učinjena kako bi se omogućilo skretanje pažnje sa zabrinutosti vezane uz privrženost, prema vanjskom i dostižnijem cilju promjene tijela (Dozieri i sur., 1999). Na temelju ovog modela, očekivano je da će osobe s poremećajima prehrane imati visoku učestalost štetnih učinaka ranih iskustava s figurama privrženosti i visoku prevalenciju nesigurne privrženosti. Oba ova predviđanja više puta su potvrđena studijama kliničke i nekliničke populacije. Također, nesiguran stil privrženosti smatra se faktorom rizika za razvoj poremećaja prehrane. Ranije provedeno istraživanje na skupini djevojaka u adolescenciji pokazalo je kako nesigurno privržene osobe izvještavaju o značajno većoj zabrinutosti oko težine od osoba koje su imale razvijenu sigurnu privrženost. Međutim, kasnije je navedeno mnogo metodoloških nedostataka ovog istraživanja (Sharpe i sur., 1998; prema Troisi i sur., 2005). Upravo zato, Troisi i suradnici (2005) u svojem su istraživanju odlučili pod kontrolu staviti neke nedostatke. Oni su koristili upitnik privrženosti koji je ispitivao trenutnu privrženost sa bliskom osobom, ali i retrospektivni upitnik separacijske anksioznosti, te su uzeli u obzir i anamnestičke i demografske varijable. U njihovom istraživanju, u usporedbi sa ženama iz kontrolne skupine, žene s poremećajima prehrane izvještavale su o ozbiljnijim simptomima separacijske anksioznosti tijekom djetinjstva te su imale više rezultate na podljestvicama nesigurnih stilova privrženosti za odrasle. Rezultati navedenog istraživanja potvrđuju vezu između poremećaja prehrane i nesigurne privrženosti koja je pronađena u ranijim istraživanjima (Troisi i sur., 2005). Ward i suradnici (2000) u svojem su preglednom istraživanju ustanovili da je velika većina studija otkrila da su procesi privrženosti, bilo kojom metodom mjereni, abnormalni u populaciji s poremećajem

prehrane. Njihov je zaključak da je nesigurna privrženost uobičajena u populaciji s poremećajima prehrane. Unatoč radovima autorice Bruch (1975) koja je govorila o važnosti privrženosti za samoregulaciju i posljedično prekomjernu težinu i pretilost, malo je radova koji su se bavili temom privrženosti i pretilosti, a da to nije bilo u sklopu poremećaja hranjenja. Također, većina je radova provedena na djeci i adolescentima, ali ne i na odraslima. Anderson i Whitaker (2011) proveli su istraživanje kohorte na grupi od 6650 ispitanika čiji je cilj bio procijeniti povezanost između sigurne privrženosti kod djece u dobi od 24 mjeseca i njihovog rizika od pretilosti u dobi od četiri godine. Prevalencija pretilosti bila je 23.1% kod djece s nesigurnom privrženošću i 16.6% kod one sa sigurnom privrženošću. Za djecu s nesigurnom privrženošću izgledi za pretilost bili su veći nego za djecu sa sigurnom privrženošću nakon kontrole kvalitete interakcije majka-dijete tijekom igre, roditeljske prakse povezane s pretilošću, majčinskog indeksa tjelesne mase te sociodemografskih karakteristika. Dakle, nesigurna privrženost u ranom djetinjstvu može biti faktor rizika za pretilost. Vrijedno istraživanje na ovu temu provela je Maras (2013), a ispitala je odnos između stila privrženosti i indeksa tjelesne mase (ITM) u velikom uzorku mladih iz Ontarija, kao i moguće posredničke mehanizme ovog odnosa (suzdržano jedenje, emocionalno jedenje i eksternalno jedenje). Rezultati pokazuju da je nesigurna privrženost bila povezana s povećanim indeksom tjelesne mase te da je taj odnos bio značajno posredovan suzdržanim jedenjem. Ovaj medijatorski odnos moderiran je spolom – iako je bio statistički značajan za oba spola, kod žena je bio izraženiji. Cilj istraživanja koje su proveli Anderson i suradnici (2012) bio je utvrditi je li pretilost u adolescenciji povezana s kvalitetom ranog odnosa majke i djeteta. Nakon što je pod kontrolu stavljena varijabla spola i porođajne težinu, šanse za adolescentnu pretilost bile su veće u onih s najnižom kvalitetom ranih odnosa majka-dijete u usporedbi s onima s najvišom kvalitetom. Niska majčinska osjetljivost bila je jače povezana s pretilošću nego nesigurna privrženost. Studija koja je promatrala uzorak od 200 studenata (65 muškaraca i 135 žena) prosječne dobi od 22.4 godine otkrila je da je anksiozna privrženost bila značajno povezana s višim BMI-om te da je odnos bio posredovan dezinhbiranom prehranom kada su dob i spol kontrolirani (Wilkinson i sur., 2010). Također, ovdje je privrženost proučavana samo na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja te je ustanovljeno da između dimenzije izbjegavanja i povišenog ITM-a nije bilo povezanosti, dok je to za dimenziju anksioznosti bio slučaj.

S obzirom na sve navedeno, cilj ovog istraživanja bio je i pokušati doprinijeti rijetkim nalazima o odnosu privrženosti i tjelesne težine u odrasloj dobi.

1.6. Percipirana tjelesna težina

U ovom istraživačkom području je od osobite važnosti obuhvatiti i percepciju osoba o vlastitoj tjelesnoj težini. Naime, osobe se razlikuju u načinu na koji se doživljavaju i taj način ne mora imati veze sa stvarnom slikom, odnosno realnom tjelesnom težinom. Stoga je važno uz podatke o tjelesnoj težini ili ITM-e u obzir uzeti i percipiranu tjelesnu težinu. Pokazano je kako veću vrijednost u istraživanjima koja proučavaju psihološke aspekte tjelesne težine ima doživljaj sebe kao prekomjerno teške ili pretile osobe od stvarnog položaja na ITM tablici. Percipirani status težine, ali ne i stvarni status težine, bio je povezan s psihološkim simptomima (Tang i sur., 2010). Ispitanici koji su za sebe vjerovali da imaju normalnu tjelesnu težinu imali su znatno niže rezultate depresije. Postoji i spolna razlika u percepciji tjelesne težine. Muškarci se doživljavaju manje teškima u odnosu na svoju stvarnu tjelesnu težinu, dok se žene češće doživljavaju pretjerano teškima kada su normalne tjelesne težine (Kaplan i sur., 1988). Ovaj podatak potvrđuje i istraživanje Tanga i suradnika (2010) u kojem je ustanovljeno da je vjerojatnije da će djevojčice sebe pogrešno doživljavati kao osobe s prekomjernom tjelesnom težinom, dok će se dječaci više pogrešno klasificirati kao pothranjeni. Adolescenti koji su sebe doživljavali kao osobe s prekomjernom tjelesnom težinom imali su veću vjerojatnost da će doživjeti simptome depresije i anksioznosti od onih koji su sebe doživljavali kao osobe s normalnom tjelesnom težinom i/ili s pothranjenošću. Međutim, nije pronađena značajna povezanost između simptoma depresije i anksioznosti i stvarnog izmjerenog statusa težine (Tang i sur., 2010). Percepcija statusa tjelesne težine kod odraslih često se ne slaže s njihovim stvarnim statusom tjelesne težine, čak ni kada se sami mjere i prijavljuju svoju težinu. Dok i percipirani i stvarni status tjelesne težine utječu na samoprocjenu zdravlja i zadovoljstva životom, percipirana tjelesna težina je više povezana sa pokazateljima kvalitete života povezanima sa zdravljem (Herman i sur., 2013).

S obzirom na sve navedeno, ovo je istraživanje usmjereno na usporedbu razina mentalnog zdravlja, stigmatizacije radi tjelesne težine, emocionalne regulacije i obrazaca hranjenja između pojedinaca koji pripadaju objektivno različitim kategorijama stupnja uhranjenosti (ITM), ali i između pojedinaca različito subjektivno percipirane tjelesne težine, pod pretpostavkom da ona u većoj mjeri oblikuje psihološke aspekte tjelesne težine (Tang i sur., 2010).

2. PROBLEMI I HIPOTEZE

2.1. Cilj

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u mentalnom zdravlju, doživljaju stigmatizacije, emocionalnoj regulaciji, obrascima hranjenja i privrženosti između skupina pojedinaca različitih razina stvarne i percipirane uhranjenosti (pothranjenost, normalna tjelesna težina, prekomjerna tjelesna težina i pretilost).

2.2. Problemi

1. Ispitati razlike između pojedinaca koji prema ITM ljestvici pripadaju različitim stupnjevima uhranjenosti (pothranjenost, normalna tjelesna težina, prekomjerna tjelesna težina i pretilost) i različitim razinama percipirane tjelesne težine (percipirana pothranjenost, percipirana normalna tjelesna težina, percipirana prekomjerna tjelesna težina i percipirana pretilost) u:

1.1. mentalnom zdravlju

1.2. doživljaju stigmatizacije

1.3. emocionalnoj regulaciji

1.4. obrascima hranjenja koji uključuju nekontrolirano jedenje, suzdržavanje od hrane i emocionalno jedenje.

2. Ispitati razlike u pripadnosti kategorijama sigurne i nesigurne privrženosti između grupa osoba različitih kategorija ITM-a (pothranjenost, normalna tjelesna težina, prekomjerna tjelesna težina i pretilost), kao i između grupa različito percipirane vlastite tjelesne težine (percipirana pothranjenost, percipirana normalna tjelesna težina, percipirana prekomjerna tjelesna težina i percipirana pretilost).

2.3. Hipoteze

1.1. S obzirom da su istraživanja pokazala kako postoji dvosmjerna pozitivna povezanost između depresije i prekomjerne težine i pretilosti (Mannan i sur., 2016), kao i anksioznosti i prekomjerne težine i pretilosti (Amiri i Behnezhad, 2019) koje su u podlozi mentalnog zdravlja, za pretpostaviti je da će osobe koje imaju veći ITM imati i lošije mentalno zdravlje u usporedbi s osobama nižeg ITM-e. U skladu s rezultatima o važnosti percepcije vlastite tjelesne težine (Tang i sur., 2010), pretpostavljeno je da će osobe koje se percipiraju da

pripadaju većem stupnju uhranjenosti imati lošije mentalno zdravlje od onih koji svoju tjelesnu težinu percipiraju nižom.

1.2. S obzirom na utvrđene učinke stigmatizacije radi prekomjerne tjelesne težine na prejedanje i slabije ishode u programu mršavljenja (Wott i Carles, 2010), pretpostavljeno je da će osobe koje imaju veći ITM postizati više rezultate na skali doživljaja stigmatizacije radi tjelesne težine u odnosu na osobe s nižim ITM-e. S obzirom na internalizaciju stigme (Tronieri i sur., 2017), pretpostavljeno je i da će osobe koje se percipiraju težima imati više razine stigmatizacije u odnosu na one koji se percipiraju u kategorijama niže tjelesne težine.

1.3. Na temelju dosadašnjih saznanja koja su pokazala da emocionalna regulacija ima važnu ulogu u regulaciji jedenja, a posljedično i u nezdravim navikama hranjenja (Crockett i sur., 2015) koje mogu utjecati na tjelesnu težinu na način da je povećavaju, kao i na temelju istraživanja koja su pokazala da lošija emocionalna regulacija ima značajan utjecaj na neuspješnost u gubljenju kilograma (Reinelt i sur., 2020), za pretpostaviti je da će osobe koje imaju veći ITM postizati lošije rezultate na emocionalnoj regulaciji od osoba s manjim ITM-om. Isto se očekuje i za osobe koje percipiraju da pripadaju većem stupnju uhranjenosti budući da navedeno vodi negativnim emocionalnim posljedicama (Puhl i Suh, 2015).

1.4. Uzimajući u obzir rezultate prethodnih istraživanja (Mohorić i sur., 2021), prema kojima postoji pozitivna povezanost između emocionalnog jedenja, kognitivnog suzdržavanja i nekontroliranog jedenja s indeksom tjelesne mase, za pretpostaviti je postojanje razlika u obrascima hranjenja između osoba koje spadaju u grupu pothranjenih, onih normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i grupu pretilosti kada je riječ o obrascima hranjenja. Veći ITM trebao bi upućivati na veće korištenje ovih obrazaca, a također, oni koji se percipiraju težima također bi trebali više koristiti navedene obrasce hranjenja jer je percipirana težina povezana sa psihološkim simptomima koji su u pozadini ovih obrazaca hranjenja (Tang i sur., 2010).

2. S obzirom da je nesigurna privrženost povezana s povećanim indeksom tjelesne mase (Maras, 2013), za pretpostaviti je da će u skupinama više tjelesne težine biti više nesigurno privrženih nego u skupinama niže tjelesne težine, gdje se očekuje više onih koji imaju razvijenu sigurnu privrženost s bliskom osobom. Isto se očekuje i u slučaju percipirane više tjelesne težine jer je pokazano kako je nesigurna privrženost povezana sa zabrinutošću oko tjelesne težine koja može dovesti do razvoja poremećaja u prehrani (Sharpe, 1998).

3. METODOLOGIJA

3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 824 ispitanika od kojih je 87% bilo ženskog spola (N=734), a 11% ispitanika je bilo muškog spola (N=89) dok se 1 ispitanik nije izrazio o spolu. 85.1% ispitanika imalo je prebivalište u Hrvatskoj (N=722), 4.4% u Bosni i Hercegovini (N=37), 4.4% u Srbiji (N=37), dok manji broj ispitanika živi u drugim državama (Crna Gora, Slovenija, Austrija). Najveći dio uzorka ima završen diplomski studij ili visoku stručnu spremu (35.8%, N=304) ili srednju školu (36.4%, N=309). Potom slijede oni s preddiplomskim studijem ili višom stručnom spremom (18.9%, N=161), pa oni s poslijediplomskim studijem (5.3%, N=45), dok je najmanje onih koji imaju završenu samo osnovnu školu (0.6%, N=5). Kada je riječ o zaposlenosti, 67.7% ispitanika je zaposleno na puno radno vrijeme (N=574), 5.8% ih je zaposleno na radno vrijeme kraće od punog, 8.8% je nezaposlenih (N=75), dok je studenata 10.9% (N=93). Kada je riječ o bračnom statusu, 52.8% ispitanika je u braku (N=448), u izvanbračnoj zajednici ih je 16.7% (N=142), 21.8% su samci (N=185), razvedenih je 4.4% (N=37), dok je udovaca 1.4% (N=12). 55% uzorka (N=454) ima djecu, dok 45% nema djece (N=370).

U svrhu opisa korištenog uzorka u pogledu prehrambenih navika i čestine tjelovježbe, dalje su navedeni podaci koji upućuju na heterogenost uzorka u ovom pogledu, kao i preporučene vrijednosti Svjetske zdravstvene organizacije u pogledu čestine tjelovježbe. Kada je riječ o *uravnoteženoj prehrani* u toku tjedna, 2.91% izjavljuje da niti jedan dan nema uravnoteženu prehranu, 6.7% izjavljuje da im je prehrana uravnotežena jedan dan u tjednu, 12.23% dva dana u tjednu, 19.4% tri dana u tjednu, 20.1% četiri dana u tjednu, 22.7% pet dana u tjednu, 7.7% izjavljuje da im je prehrana uravnotežena šest dana u tjednu, a isti postotak ljudi to tvrdi za svaki dan u tjednu. Kada je riječ o *anaerobnim vježbama* (preporučeno najmanje dva dana u tjednu, WHO, 2022), 33.4% uzorka ne provodi ovakve vježbe niti jedan dan u tjednu, 23.3% ih provodi jedan dan u tjednu, 14.6% ih provodi dva dana u tjednu, 15.8% ih provodi tri dana u tjednu, 4.6% ih provodi četiri dana u tjednu, 11% ih provodi pet dana u tjednu, 1.6% ih provodi šest dana u tjednu i 1.1% ih provodi svaki dan u tjednu). *Umjerene aerobne vježbe* (preporučeno 150 - 300 minuta tjedno; WHO, 2022), ispitanici u prosjeku provode 194 minute tjedno (minimalno 0 minuta, maksimalno 6000 minuta), dok *snažne aerobne vježbe* (preporučeno 75 - 150 minuta, WHO, 2022) ispitanici u prosjeku provode 58 minuta tjedno (minimalno 0 minuta, maksimalno 1800 minuta).

Radi potrebe istraživanja ispitanici su prema indeksu tjelesne mase (ITM) podijeljeni u različite kategorije. Prva je podjela na četiri kategorije: 1) oni koji spadaju u kategoriju pothranjenosti - ITM < 19.9 (N=82), 2), oni koji spadaju u normalnu tjelesnu težinu - ITM od 20 do 24.9 (N=304), 3) oni koji spadaju u prekomjernu tjelesnu težinu - ITM od 25 do 29.9 (N=243) i 4) oni koji spadaju u kategoriju pretilosti - ITM >30 (N=196). Druga je podjela također na četiri kategorije, ali prema percipiranoj pripadnosti određenoj kategoriji: 1) oni koji percipiraju da pripadaju u grupu pothranjenih (N=21), 2) oni koji percipiraju da pripadaju u grupu normalne tjelesne težine (N=376), 3) oni koji percipiraju da pripadaju u grupu prekomjerne tjelesne težine (N=351) i 4) oni koji percipiraju da pripadaju u grupu pretilosti (N=76).

3.2. Mjerni instrumenti

Upitnik sociodemografskih podataka

Ovaj je upitnik sadržavao pitanja o dobi, spolu, državi u kojoj prebivaju, završenoj razini obrazovanja, statusu zaposlenosti, bračnom statusu i pitanje o djeci.

Čestice o visini, težini, tjelovježbi i prehrani

U ovom se dijelu od sudionika tražilo da unesu svoje podatke o visini i težini izražene u centimetrima i kilogramima kako bi se posljedično mogao računati ITM. Također su odgovorili na pitanje o tjednoj minutaži vezanoj za provođenje umjerenih i snažnih aerobnim „Koliko minuta tjedno provodite umjerene aerobne vježbe (npr. brzo hodanje, vožnja bicikla po ravnom ili uz blaži uspon, plesanje, manji radovi u vrtu i sl.)?“. Također, postavljeno je i pitanje „Koliko dana u tjednu provodite anaerobne vježbe, odnosno vježbe za jačanje mišića trbuha, leđa, prsa, ruku, ramena, nogu (npr. čučnjevi, trbušnjaci, sklekovi, vježbe s elastičnom trakom, trbušnjaci, joga, pilates i sl.)?“ kao i pitanje „Za koliko dana u tipičnom tjednu biste mogli reći da je Vaša prehrana zdrava i uravnotežena (molim upišite broj dana u tjednu)?“

Čestica o percepciji vlastite tjelesne težine

Ovom je česticom ispitana percepcija pojedinca o doživljaju vlastite tjelesne težine. Osoba je trebala izabrati jednu od četiri navedene skupine: pothranjenost, normalna tjelesna težina, prekomjerna tjelesna težina ili pretilost.

Mjera doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine

Ovaj je upitnik konstruiran u istraživanju Maglov (2017) po uzoru na skalu *Physical Experiences Survey* (Cash, 1995; prema Maglov, 2017) koji mjeri doživljaj stigmatizacije kod mladih osoba zbog tjelesne težine. Mjera doživljaja stigmatizacije radi tjelesne težine sastoji se od sedam pitanja na kojima sudionici moraju odgovoriti na skali od četiri stupnja. Uputa je sljedeća: „*Molimo vas da koristeći skalu od 1 do 4 procijenite koliko često se drugi ljudi ponašaju na navedeni način prema Vama zbog Vaše tjelesne težine?*“, a ispitanik odgovara na skali od 1=nikada do 4=stalno. Neki primjeri ovih čestica su sljedeći: „Izbjegavaju se družiti sa mnom.“; „Pričaju ružno o meni ili imaju zlobne komentare (uživo ili na internetu).“; „Uskraćuju mi neka moja prava zbog toga“. Rezultat na ovoj skali dobiva se kao zbroj odgovora na svim česticama upitnika. Veći rezultat upućuje na veći doživljaj stigmatizacije radi tjelesne težine. Upitnik na ovom uzorku ima zadovoljavajuću pouzdanost (Cronbach alpha=.88).

Trofaktorski upitnik obrazaca hranjenja (engl. *Three-Factor Eating Questionnaire – TFEQ*; Karlsson i sur., 2000; Stunkard i Messick, 1985)

Ovaj su upitnik na hrvatski prevele i validirale Nikolić i suradnice (2018). Upitnik mjeri tri obrasca hranjenja koji uključuju kognitivno suzdržavanje, nekontrolirano jedenje i emocionalno jedenje. U upitniku je 18 tvrdnji, u obliku tri subskale; osam tvrdnji ispituju nekontrolirano jedenje, šest tvrdnji ispituju emocionalno jedenje te četiri tvrdnje ispituju suzdržavanje od hrane. Na prvih 14 tvrdnji sudionici su odgovarali na skali od 1=u potpunosti točno do 4=u potpunosti netočno. Primjer tvrdnje je: „Kada se osjećam usamljeno, tješim se hranom“. Zadnje četiri tvrdnje ispitanici su procjenjivali na četiri stupnja, ali je značenje stupnja variralo s obzirom na tvrdnju. Primjer takve čestice je „Koliko je vjerojatno da ćete se potruditi pojesti manje no što želite?“ s ponuđenim odgovorima: 1 - Gotovo nevjerojatno; 2 - Malo vjerojatno; 3 - Dosta vjerojatno i 4 – Najvjerojatnije“. Pri obradi rezultata prvih 14 čestica obrnuto je bodovano. Rezultati se na navedene 3 subskale dobivaju određivanjem aritmetičke sredine odgovora na tvrdnje koje se odnose na pojedini obrazac hranjenja. Veći rezultat upućuje na veću sklonost korištenja određenog obrasca hranjenja. Kada je riječ o pouzdanosti upitnika u ovom istraživanju, čestice faktora nekontroliranog jedenja imaju pouzdanost Cronbach alpha=.58; čestice faktora kognitivno suzdržavanje imaju pouzdanost Cronbach alpha=.65 i čestice faktora emocionalnog jedenja imaju pouzdanost Cronbach alpha=.94.

Kratki upitnik mentalnog zdravlja (Mental Health Inventory – MHI-5; Berwick i sur., 1991; Davies i sur., 1988)

Ovaj je upitnik na hrvatski prevela Slišković (2020). Sastoji se od pet čestica koje ispituju opće mentalno zdravlje, a uključuju domenu anksioznosti, depresivnosti, općeg pozitivnog afekta te bihevioralne/emocionalne kontrole. Primjeri čestica: „Tijekom proteklih mjesec dana, koliko često ste se osjećali mirno i spokojno?“; Tijekom proteklih mjesec dana, koliko često ste se osjećali obeshrabreno i tužno?“. Odgovori za ove čestice označavaju se na skali od 1=nikad do 6=stalno. Ukupni rezultat se računao kao zbroj rezultata na svim česticama, pri čemu su čestice 1, 3 i 4 obrnuto bodovane. Viši rezultat upućuje na višu razinu mentalnog zdravlja. Upitnik na navedenom uzorku ima zadovoljavajuću pouzdanost (Cronbach alpha=.86).

Upitnik emocionalne regulacije i kontrole (ERIK; Takšić, 2003)

Ovaj se upitnik sastoji od 20 čestica koje ispituje kako negativne emocije i raspoloženje utječu na mišljenje, paćenje i ponašanje, tj. kakva je sposobnost emocionalne kontrole. Sudionici na svaku česticu odgovaraju na skali od 1=uopće ne do 5=u potpunosti da. Primjeri čestica: „Dobro pamtim situacije u kojima sam bio/la ljut/a.“; „Kad mi se nešto loše desi, osjećam se kao da su mi "sve lađe potonule".“; „Kad sam lošeg raspoloženja, problem mi je izvršiti i jednostavan zadatak.“. Ukupni rezultat računa se kao zbroj procjena na pojedinim česticama pri čemu viši rezultat upućuje na lošiju emocionalnu kontrolu. Upitnik primjenjen na ovom uzorku ima zadovoljavajuću pouzdanost uz koeficijent pouzdanosti Cronbach alpha=0.90.

Modificirana verzija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama (Kamenov i Jelić, 2003)

U originalnoj verziji ovog Inventara ispituje se privrženost u romantičnoj vezi, međutim modificiranim upitnikom ove se čestice mogu odnositi na bilo koju bliski odnos, ovisno o uputi. Ovaj se upitnik sastoji od 18 čestica, za razliku od originala koji sadrži 36 čestica. Čestice su podijeljene u dvije dimenzije: *dimenziju anksioznosti* (parne čestice), poput: „Bojim se da ta osoba neće mariti za mene koliko ja marim za njega/nju.“; „Ako ne mogu navesti tu osobu da pokaže interes za mene, postajem uznemiren/a ili ljut/a.“ i *dimenziju izbjegavanja* (neparne čestice), poput: „Radije ne pokazujem toj osobi svoje prave osjećaje“; „U trenutku kada se ta osoba počne zbližavati sa mnom, primjećujem da se ja povlačim.“. U uputi je ispitanicima naglašeno da se tvrdnje odnose na neku njima blisku osobu za koju se

oni odluče (majka, otac, partner, prijatelj) te su po završetku trebali označiti na koga su se tvrdnje odnosile. Njih 62.5% odlučilo se za partnera/icu, 17.5% za prijatelja/icu i 7.1% za majku dok su ostali zamislili djecu ili rođake. Sudionici su označavali stupanj slaganja s tvrdnjama na skali od 1=uopće se ne slažem do 7=potpuno se slažem. Rezultat se računa zbrojem procjena za čestice koje pripadaju određenoj dimenziji, pri čemu su čestice 9, 13 i 17 obrnuto bodovane. Koeficijent pouzdanosti za skalu izbjegavanja na uzorku u ovom istraživanju iznosi .84 dok za skalu anksioznosti iznosi .83. Na temelju rezultata na dimenzijama izbjegavanja i anksioznosti, moguće je odrediti jedan od četiri tipa privrženosti prema određenim kriterijima: sigurni, zaokupljeni, plašljivi i odbijajući tip privrženosti (Bartholomew, 1990). Za potrebe istraživanja, sudionici su podijeljeni na sigurno privržene (sigurni tip privrženosti; rezultati na dimenziji anksioznosti <36 i na dimenziji izbjegavanja <36) i nesigurno privržene (zaokupljeni, plašljivi i odbijajući tip privrženosti; rezultati >36 na obje ili barem jednoj od navedene dvije dimenzije).

3.3. Postupak

Istraživanje, za koje je prethodno dobivena dozvola Etičkog povjerenstva Odjela za psihologiju Sveučilišta u Zadru, provedeno je putem online upitnika u Google forms obrascu koji je podijeljen na društvenim mrežama. Uzorkovanje se provodilo tehnikom snježne grude na prigodnom uzorku u različitim grupama na društvenim mrežama koje su vezane za gubljenje kilograma i probleme s tjelesnom težinom, kao i preko profila osoba koje su utjecajne na tom području. Anonimnost je osigurana na način da se nije tražilo ime i prezime sudionika, kao ni bilo koji podatak prema kojem bi mogli biti identificirani. U opisu online upitnika objašnjen je postupak i zajamčena anonimnost odgovaranja. Također, navedeno je da se u svakom trenutku može odustati od ispunjavanja upitnika.

4. REZULTATI

U nastavku su prikazani deskriptivni parametri izračunati prije odgovora na istraživačke probleme. Deskriptivni parametri uključuju: aritmetičku sredinu, standardnu devijaciju, minimalnu vrijednost, maksimalnu vrijednost, asimetričnost i spljoštenost za rezultate dobi, rezultate na skali mentalnog zdravlja, skali doživljaja stigmatizacije, skali emocionalne regulacije, rezultate na subskali nekontroliranog jedenja, suzdržanog jedenja, emocionalnog jedenja, te na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja na skali privrženosti.

Tablica 1 Prikaz deskriptivnih parametara za dob i rezultate na skali mentalnog zdravlja, skali doživljaja stigmatizacije, skali emocionalne regulacije, subskali nekontroliranog jedenja, suzdržanog jedenja, emocionalnog jedenja, te na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja na skali privrženosti (N=824)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	Asimetričnost (<i>SE</i>)	Spljoštenost (<i>SE</i>)
Dob	36.72	11.00	18.00	73.00	0.63 (0.09)	-0.20(0.17)
Mentalno zdravlje	20.07	4.74	6.00	30.00	0.47 (0.09)	-0.46 (0.17)
Stigmatizacija	8.40	2.75	7.00	25.00	2.90 (0.09)	9.46 (0.17)
Emocionalna regulacija	59.92	14.35	23.00	97.00	-0.00 (0.09)	-0.26 (0.17)
Nekontrolirano jedenje	2.32	0.51	1,25	3.63	0.34 (0.09)	-0.32 (0.17)
Kognitivno suzdržavanje	2.20	0.66	1,00	4.00	0.24 (0.09)	-0.42 (0.17)
Emocionalno jedenje	2.19	1.00	1.00	4.00	0.41 (0.09)	-1.11(0.17)
Anksioznost	25.94	11.44	9.00	63.00	0.69 (0.09)	-0.04 (0.17)
Izbjegavanje	21.76	11.49	9.00	63.00	0.10 (0.09)	0.47 (0.17)

Prema Klineovim kriterijima (2011) vezanim za normalnost distribucije rezultata (indeks asimetričnosti treba biti manji od 3, a indeks spljoštenosti manji od 8), većina korištenih mjera ima prihvatljive indekse asimetričnosti i spljoštenosti (mjere razine mentalnog zdravlja, emocionalne regulacije, nekontroliranog jedenja, kognitivnog suzdržavanja, emocionalnog jedenja, dimenzije anksioznosti i dimenzije izbjegavanja). Iznimka je mjera razine stigmatizacije radi tjelesne težine koja ima visoke indekse asimetričnosti i spljoštenosti. Na skali stigmatizacije je naime prosječni rezultat bliži minimalnom rezultatu ($T_{min}=7$, $T_{max}=28$) i stoga je normalnost distribucije značajno narušena (Tablica 1) te je zaključeno da će se u daljnjoj obradi u pogledu mjere stigmatizacije provoditi neparametrijski statistički postupci. Na skali mentalnog zdravlja rezultat je nešto viši od srednje teorijske vrijednosti ($T_{min}=5$, $T_{max}=30$), dok je na skali emocionalne regulacije rezultat gotovo jednak središnjoj vrijednosti teorijskog raspona ($T_{min}=20$, $T_{max}=100$). Kada

je riječ o obrascima hranjenja, sva tri obrasca (nekontrolirano jedenje, kognitivno suzdržavanje i emocionalno jedenje) imaju nešto viši rezultat od srednje teorijske vrijednosti ($T_{min}=1$, $T_{max}=4$). Na obje dimenzije privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) teorijski minimum i maksimum su bili jednaki ($T_{min}=9$, $T_{max}=63$) te su aritmetičke sredine na ove dvije dimenzije više pomaknute prema nižim vrijednostima (Tablica 1).

Prije daljnje obrade rezultata u Tablici 2 prikazane su aritmetička sredina i standardna devijacija rezultata ispitanika različitih razina uhranjenosti i percipirane uhranjenosti na primijenjenim skalama.

Tablica 2 Prikaz deskriptivnih parametara rezultata ispitanika različitih razina uhranjenosti i percipirane uhranjenosti na primijenjenim skalama.

	ITM	Objektivni ITM		Percipirani ITM	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mentalno zdravlje	0	19.67	4.76	18.90	5.43
	1	20.47	4.33	20.75	4.29
	2	20.33	4.72	19.73	4.96
	3	19.29	5.27	18.55	5.13
Stigmatizacija	0	8.30	2.13	8.42	1.72
	1	7.59	1.55	7.69	1.74
	2	7.94	2.05	8.64	2.83
	3	10.26	4.05	10.79	4.60
Emocionalna regulacija	0	59.45	13.07	58.14	11.76
	1	58.92	14.13	58.53	14.14
	2	59.42	14.36	60.60	14.54
	3	62.27	15.03	64.13	14.32
Nekontrolirano jedenje	0	2.15	0.42	2.02	0.39
	1	2.18	0.47	2.16	0.44
	2	2.38	0.50	2.43	0.50
	3	2.53	0.52	2.71	0.53
Kognitivno suzdržavanje	0	1.80	0.76	1.43	0.46
	1	2.27	0.68	2.21	0.71
	2	2.26	0.59	2.25	0.59
	3	2.21	0.59	2.17	0.61
Emocionalno jedenje	0	1.54	0.70	1.33	0.44
	1	1.87	0.84	1.76	0.78
	2	2.33	0.91	2.50	0.99
	3	2.77	1.02	3.08	0.97
Anksioznost	0	26.27	12.07	22.90	8.19
	1	24.34	10.67	24.69	10.87
	2	25.02	10.81	26.45	11.86
	3	29.44	12.37	30.58	11.68
Izbjegavanje	0	21.54	12.40	22.67	11.65
	1	20.41	10.92	20.66	11.18
	2	21.12	10.45	22.13	11.34
	3	24.75	12.67	25.22	12.93

Legenda: 0=pothranjenost., 1=normalna tjelesna težina., 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

Kako bi se provjerila opravdanost korištenja parametrijskih postupaka u daljnjim analizama rezultata (usporedba skupina različitih objektivnih i percipiranih tjelesnih težina),

primijenjen je niz Levenovih testova homogenosti varijanci za preostale mjere (mentalno zdravlje, emocionalna regulacija, nekontrolirano jedenje, kognitivno suzdržavanje i emocionalno jedenje; Tablica 3).

Tablica 3. Prikaz rezultata Levenovih testova homogenosti varijanci između osoba različitih razina objektivne i percipirane uhranjenosti za mjere mentalnog zdravlja, emocionalne regulacije, nekontroliranog jedenja, kognitivnog suzdržavanja, i emocionalnog jedenja

		<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Objektivni ITM	Mentalno zdravlje	4.97	820	.002
	Emocionalna regulacija	1.23	820	.297
	Nekontrolirano jedenje	2.51	820	.058
	Kognitivno suzdržavanje	5.04	820	.002
	Emocionalno jedenje	14.89	820	.000
Percipirani ITM	Mentalno zdravlje	6.01	820	.001
	Emocionalna regulacija	.49	820	.681
	Nekontrolirano jedenje	3.39	820	.018
	Kognitivno suzdržavanje	7.30	820	.000
	Emocionalno jedenje	17.94	820	.000

Rezultati su pokazali da su varijance homogene samo kod rezultata na skali emocionalne regulacije i nekontroliranog jedenja među skupinama različitog objektivnog ITM-a, te na skali emocionalne regulacije u slučaju percipiranog ITM-a. Stoga su u daljnjoj obradi kod ovih mjera (uključujući i skalu doživljaja stigmatizacije za koju je ranije zaključeno da nije opravdano koristiti parametrijske testove, Tablica 1), korišteni neparametrijski testovi (Tablica 3).

U svrhu odgovora na prvi dio prvog problema (razlike među skupinama ispitanika kategoriziranih prema objektivnom ITM-e), provedene su dvije jednosmjerne analize varijance (ANOVA) kako bi se provjerile razlike između grupe osoba različite uhranjenosti u emocionalnoj regulaciji i nekontroliranom jedenju (Tablica 4) i četiri neparametrijska Kruskal Wallis testa kako bi se provjerile razlike u doživljaju stigmatizacije, mentalnom zdravlju, kognitivnom suzdržavanju i emocionalnom jedenju između grupa osoba različite uhranjenosti (Tablica 6).

Tablica 4 Razlike između grupa različite uhranjenosti (objektivni ITM) u emocionalnoj regulaciji i nekontroliranom jedenju

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Emocionalna regulacija	3/820	2.37	.061
Nekontrolirano jedenje	3/820	24.75	.000

Dobiveni rezultati pokazuju kako postoje razlike u nekontroliranom jedenju, ali ne postoje razlike u emocionalnoj regulaciji između grupa različite razine uhranjenosti (Tablica 4).

U svrhu detaljnijeg uvida primjenom post hoc Bonferroni testa, provjerene su razlike u razinama *nekontroliranog jedenja* između osoba koje pripadaju skupini pothranjene tjelesne težine, normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i pretilosti (Tablica 5).

Tablica 5 Razlike u razinama *nekontroliranog jedenja* između osoba koje pripadaju skupini pothranjene tjelesne težine, normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i pretilosti

	Razine ITM-a	0	1	2	3
	(<i>M</i>)	(2.15)	(2.18)	(2.38)	(2.53)
0	Pothranjenost		1.000	.001	.000
1	Normalna t.t.			.000	.000
2	Prekomjerna t.t.				.008
3	Pretilost				

Iz Tablice 5 vidljivo je da obrazac nekontroliranog jedenja najviše koriste osobe iz grupe pretilosti, zatim osobe iz grupe prekomjerne tjelesne težine, a najmanje oni iz grupe normalne tjelesne težine i pothranjenosti. Između osoba iz grupe pothranjenosti i normalne tjelesne težine nema razlike.

Kako bi se provjerile razlike u mentalnom zdravlju, doživljaju stigmatizacije, kognitivnom suzdržavanju i emocionalnom jedenju između grupa osoba različite uhranjenosti (objektivni ITM) provedeni su Kruskal Wallis neparametrijski testovi prikazani u Tablici 6.

Tablica 6 Prikaz rezultata neparametrijskog Kruskal Wallis testa razlika u mentalnom zdravlju, doživljaju stigmatizacije, kognitivnom suzdržavanju i emocionalnom jedenju između grupa osoba različite uhranjenosti

	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Mentalno zdravlje	1.58	3	.663
Stigmatizacija	112.60	3	.000
Kognitivno suzdržavanje	17.08	3	.001
Emocionalno jedenje	96.69	3	.000

Primjenom Kruskal Wallis neparametrijskog testa utvrđeno je kako postoje razlike u doživljaju stigmatizacije, kognitivnom suzdržavanju i emocionalnom jedenju između grupa različitih stupnjeva uhranjenosti. Ne postoje razlike u mentalnom zdravlju između grupa različite uhranjenosti (Tablica 6).

U svrhu detaljnijeg uvida provedeni su Mann Whitney U post hoc testovi kako bi se provjerile razlike između pojedinih kategorija na dimenzijama doživljaja stigmatizacije, kognitivnog suzdržavanja i emocionalnog jedenja (Tablica 7).

Tablica 7 Rezultati Mann Whitney U post hoc analiza razlika između pojedinih kategorija na dimenzijama doživljaja stigmatizacije, kognitivnog suzdržavanja i emocionalnog jedenja

	Grupe	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Stigmatizacija	0 i 1	9078.50	3.78	.000
	0 i 2	8682.50	1.74	.082
	0 i 3	5563.00	-3.10	.000
	1 i 2	31471.00	-2.98	.003
	1 i 3	14411.00	-9.69	.000
	2 i 3	14017.00	-7.35	.000
Suzdržavanje	0 i 1	7714.50	-5.30	.000
	0 i 2	5958.50	-5.44	.000
	0 i 3	5050.50	-4.84	.000
	1 i 2	36423.00	0.28	.780
	1 i 3	27730.50	1.21	.224
	2 i 3	22390.50	0.99	.323
Emocionalno jedenje	0 i 1	9511.00	-3.29	.001
	0 i 2	5368.00	-6.24	.000
	0 i 3	2809.00	-8.52	.000
	1 i 2	27190.00	-5.31	.000
	1 i 3	15178.00	-9.20	.000
	2 i 3	17842.00	-4.44	.000

0=pothranjenost, 1=normalna tjelesna težina, 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

U Tablici 8 prikazane su aritmetičke sredine rangova uspoređenih grupa.

Tablica 8 Prikaz rezultata aritmetičkih sredina rangova dvaju grupa koje se uspoređuju

Stigmatizacija	Grupe 0 i 1	Grupe 0 i 3	Grupe 1 i 2	Grupe 1 i 3	Grupe 2 i 3	
	M0=234.79	M0=109.34	M1=256.02	M1=199.90	M2=179.68	
	M1=182.36	M3=151.47	M2=296.49	M3=328.10	M3=269.12	
Suzdržavanje	Grupe 0 i 1	Grupe 0 i 2	Grupe 0 i 3			
	M0=135.58	M0=114.16	M0=103.09			
	M1=209.12	M2=179.48	M3=154.10			
Emocionalno jedenje	Grupe 0 i 1	Grupe 0 i 2	Grupe 0 i 3	Grupe 1 i 2	Grupe 1 i 3	Grupe 2 i 3
	M0=157.55	M0=106.65	M0=75.70	M1=241.52	M1=202.32	M2=195.62
	M1=203.20	M2=182.02	M3=165.62	M2=314.63	M3=324.33	M3=249.26

0=pothranjenost, 1=normalna tjelesna težina, 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

Rezultati su pokazali da osobe koje spadaju u kategoriju pretilosti imaju veći doživljaj stigmatizacije od onih koje spadaju u grupu prekomjerno teških, normalne tjelesne težine i pothranjenosti. Nadalje, oni koji spadaju u kategoriju prekomjerno teških imaju veći doživljaj stigmatizacije od onih u kategoriji normalne tjelesne težine. Konačno, oni koji spadaju u kategoriju pothranjenih imaju veći doživljaj stigmatizacije radi tjelesne težine od onih koji spadaju u kategoriju normalne tjelesne težine. Između ispitanika koji spadaju u grupu pothranjenosti i prekomjerne tjelesne težine nije utvrđena razlika u doživljaju stigmatizacije (Tablica 8).

Osobe iz skupine pothranjenosti manje koriste obrazac kognitivnog suzdržavanja u hranjenju u odnosu na osobe iz skupine normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i skupine pretilosti. Između ostalih grupa nije utvrđena razlika (Tablica 8).

Najviše emocionalno jedu osobe iz skupine pretilosti, zatim osobe iz skupine prekomjerne tjelesne težine, zatim osobe iz skupine normalne tjelesne težine i najmanje osobe iz skupine pothranjenosti (Tablica 8).

U svrhu odgovora na drugi dio prvog problema provedena je jednosmjerna analize varijance (ANOVA) kako bi se provjerile razlike između grupe osoba koje se *percipiraju* različito uhranjenima u emocionalnog regulaciji (Tablica 9) i Kruskal Wallis neparametrijski testovi za dimenzije mentalnog zdravlja, doživljaja stigmatizacije, nekontroliranog jedenja, kognitivnog suzdržavanja i emocionalnog jedenja (Tablica 11).

Tablica 9 Razlike u emocionalnog regulaciji između grupa koje se percipiraju različito uhranjenima

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Emocionalna regulacija	3/820	3.76	.011

Utvrđena je statistički značajna razlika u emocionalnoj regulaciji između grupa koje se percipiraju različito uhranjenima (Tablica 9).

U svrhu detaljnijeg uvida primjenom post hoc Bonferroni testa, provjerene su razlike u razinama *emocionalne regulacije* između osoba koje percipiraju da pripadaju skupini pothranjene tjelesne težine, normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i pretilosti (Tablica 10).

Tablica 10 Razlike u razinama *emocionalne regulacije* između osoba koje se percipiraju da pripadaju skupini pothranjene tjelesne težine, normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i pretilosti

Varijabla	Razine ITM-a	0	1	2	3
	(<i>M</i>)	(58.14)	(58.53)	(60.60)	(64.13)
0	Pothranjenost		1.000	1.000	.535
1	Normalna t.t.			.309	.011
2	Prekomjerna t.t.				.304
3	Pretilost				

0=pothranjenost, 1=normalna tjelesna težina, 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

Utvrđeno je da osobe koje se percipiraju pretilima imaju lošiju emocionalnu regulaciju u odnosu na osobe koje se doživljavaju kao da imaju normalnu tjelesnu težinu. Nije utvrđena razlika između ostalih grupa (Tablica 10).

Kako bi se provjerile razlike između grupa osoba koje se *percipiraju* različito uhranjenima u mentalnom zdravlju, doživljaju stigmatizacije, nekontroliranom jedenju, kognitivnom suzdržavanju i emocionalnom jedenju korišteni su Kruskal Wallis testovi čiji su rezultati prikazani u Tablici 11.

Tablica 11 Prikaz rezultata Kruskal Wallis testova razlika između grupa osoba koje se *percipiraju* različito uhranjenima u mentalnom zdravlju, doživljaju stigmatizacije, nekontroliranom jedenju, kognitivnom suzdržavanju i emocionalnom jedenju

	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Mentalno zdravlje	5.71	3	.127
Stigmatizacija	79.88	3	.000
Nekontrolirano jedenje	82.99	3	.000
Kognitivno suzdržavanje	12.75	3	.005
Emocionalno jedenje	135.32	3	.000

Primjenom Kruskal Wallis neparametrijskog testa utvrđeno je kako postoje razlike u doživljaju stigmatizacije, nekontroliranom jedenju, kognitivnom suzdržavanju i emocionalnom jedenju između osoba koje percipiraju da pripadaju različitim stupnjevima uhranjenosti. Nije utvrđena razlika u mentalnom zdravlju kod navedenih osoba (Tablica 11).

U svrhu detaljnijeg uvida provedeni su Mann Whitney U post hoc testovi kako bi se provjerile razlike između pojedinih kategorija na dimenzijama doživljaja stigmatizacije nekontroliranog jedenja, kognitivnog suzdržavanja i emocionalnog jedenja (Tablica 12).

Tablica 12 Rezultati Mann Whitney U testa razlika između pojedinih kategorija na dimenzijama doživljaja stigmatizacije nekontroliranog jedenja, kognitivnog suzdržavanja i emocionalnog jedenja

	Grupe	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Stigmatizacija	0 i 1	2521.00	2.79	.005
	0 i 2	3370.50	0.66	.511
	0 i 3	591.50	-1.80	.071
	1 i 2	49418.00	-5.86	.000
	1 i 3	6959.00	-7.06	.000
	2 i 3	9360.50	-4.08	.000
Nekontrolirano jedenje	0 i 1	3337.50	-1.19	.233
	0 i 2	1945.00	-3.64	.000
	0 i 3	233.50	-4.94	.000
	1 i 2	44646.00	-7.54	.000
	1 i 3	6026.50	-7.95	.000
	2 i 3	9260.00	-4.18	.000
Kognitivno suzdržavanje	0 i 1	1456.00	-4.87	.000
	0 i 2	944.00	-5.73	.000
	0 i 3	252.50	-4.77	.000
	1 i 2	63667.00	-0.82	.41
	1 i 3	13876.50	0.40	.69
	2 i 3	12243.50	1.12	.26
Emocionalno jedenje	0 i 1	2647.50	-2.54	.011
	0 i 2	1215.00	-5.16	.000
	0 i 3	125.50	-5.89	.000
	1 i 2	38104.50	-9.85	.000
	1 i 3	4632.00	-9.30	.000
	2 i 3	8825.50	-4.63	.000

0=pothranjenost, 1=normalna tjelesna težina, 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

Aritmetičke sredine rangova uspoređenih grupa prikazane su u Tablici 13.

Tablica 13 Prikaz rezultata aritmetičkih sredina rangova dvaju grupa koje se uspoređuju

Stigmatizacija	Grupe 0 i 1	Grupe 1 i 2	Grupe 1 i 3	Grupe 2 i 3		
	M0=266.95	M1=319.93	M1=207.01	M=202.67		
	M1=195.20	M2=411.21	M3=322.93	M3=266.34		
Nekontrolirano jedenje	Grupe 0 i 2	Grupe 0 i 3	Grupe 1 i 2	Grupe 1 i 3	Grupe 2 i 3	
	M0=129.64	M0=25.60	M1=317.18	M1=206.29	M2=202.27	
	M2=189.90	M3=55.47	M2=414.15	M3=326.47	M3=268.16	
Kognitivno suzdržavanje	Grupe 0 i 1	Grupe 0 i 2	Grupe 0 i 3			
	M0=83.40	M0=63.05	M0=22.95			
	M1=205.46	M2=193.89	M3=56.20			
Emocionalno jedenje	Grupe 0 i 1	Grupe 0 i 2	Grupe 0 i 3	Grupe 1 i 2	Grupe 1 i 3	Grupe 2 i 3
	M0=141.00	M0=78.98	M0=19.88	M1=302.28	M1=204.65	M2=203.04
	M1=202.24	M2=192.93	M3=57.05	M2=430.11	M3=334.61	M3=264.63

0=pothranjenost, 1=normalna tjelesna težina, 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

Ispitanici koji se percipiraju pretilima imaju veći doživljaj stigmatizacije od onih koji se percipiraju prekomjerno teškima i normalne tjelesne težine. Oni koji se percipiraju prekomjerno teškima imaju veći doživljaj stigmatizacije od onih koji se percipiraju normalne tjelesne težine. Osobe koje se percipiraju pothranjenima imaju veći doživljaj stigmatizacije od onih koji se percipiraju normalne tjelesne težine. (Tablica 13). Nisu pronađene razlike između osoba koje se percipiraju pothranjenima u usporedbi s percipirano pretilima i percipirano prekomjerno teškima (Tablica 12).

Obrazac nekontroliranog jedenja najviše koriste osobe koje se percipiraju pretilima, zatim osobe koje se smatraju prekomjerno teškima, a najmanje osobe koje smatraju da imaju normalnu tjelesnu težinu ili pothranjenost, između kojih nije bilo razlike (Tablica 12, Tablica 13).

Utvrđeno je da osobe koje se smatraju pothranjenima manje koriste obrazac kognitivnog suzdržavanja u hranjenju u odnosu na osobe koje se smatraju prekomjerno teškima, pretilima ili normalne tjelesne težine. Između ostalih grupa nije pronađena razlika (Tablica 13).

Utvrđeno je da obrazac emocionalnog jedenja najviše koriste osobe koje se smatraju pretilima, zatim osobe koje se smatraju prekomjerno teškima, zatim osobe koje smatraju da imaju normalnu tjelesnu težinu, a najmanje osobe koje se smatraju pothranjenima (Tablica 13).

U svrhu odgovora na drugi problem izračunata su dva 2x4 *hi-kvadrat testa* kako bi se utvrdila razlika u privrženosti između grupa različite uhranjenosti i različite percepcije uhranjenosti. Prvo su izračunate frekvencije sigurno i nesigurno privrženih u obje grupe prikazane u Tablici 14, a zatim su provedena dva Hi-kvadrat testa (Tablica 15).

Tablica 14 Frekvencije sigurno i nesigurno privrženih osoba u grupama različitih stupnjeva uhranjenosti

		0	1	2	3
Objektivni ITM	Sigurno privrženi	58	235	185	110
	Nesigurno privrženi	24	69	58	85
Percipirani ITM	Sigurno privrženi	16	292	239	41
	Nesigurno privrženi	5	84	112	35

Tablica 15 Hi-kvadrat testovi razlika u privrženosti između grupa objektivnih i percipiranih različitih stupnjeva uhranjenosti

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Objektivni ITM	29.30	3	.000
Percipirani ITM	20.65	3	.000

Rezultati hi-kvadrat testova ukazuju na značajne razlike među skupinama, dakle i u slučaju kategorizacije prema objektivnom i u slučaju kategorizacije prema percipiranom ITM-e (Tablica 15). Kako bi se provjerilo između koji kategorija postoje razlike računati su 2x2 Hi-kvadrat testovi za objektivni (Tablica 16) i percipirani (Tablica 17) ITM, koji su prikazani u nastavku.

Tablica 16 Post-hoc analize za kategorije osoba prema objektivnom ITM-u

	0	1	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Sigurna	58	235	1.52	1	.217
Nesigurna	24	69			
	0	2			
Sigurna	58	185	.95	1	.330
Nesigurna	24	58			
	0	3			
Sigurna	58	110	4.96	1	.026
Nesigurna	24	85			
	1	2			
Sigurna	235	185	.10	1	.747
Nesigurna	69	58			
	1	3			
Sigurna	235	110	24.30	1	.000
Nesigurna	69	85			
	2	3			
Sigurna	185	110	19.14	1	.000
Nesigurna	58	85			

0=pothranjenost, 1=normalna tjelesna težina, 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

Rezultati su pokazali da je više nesigurno privrženih u grupi pretilih u odnosu na grupu osoba prekomjerne tjelesne težine, grupu osoba normalne tjelesne težine i grupu pothranjenih osoba. Kada je riječ o sigurnoj privrženosti više je sigurno privrženih u grupi pretilih osoba u odnosu na pothranjene osobe, kao i u grupi osoba normalne tjelesne težine u odnosu na pretile osobe, te u grupi osoba prekomjerne tjelesne težine u odnosu na pretile osobe (Tablica 16).

Između grupa pothranjenih osoba i osoba normalne tjelesne težine, između grupa pothranjenih i prekomjerne tjelesne težine, kao ni između grupa normalne tjelesne težine i prekomjerne tjelesne težine nije pronađena razlika u vrsti privrženosti (Tablica 16).

Tablica 17 Post-hoc analize za kategorije osoba prema percipiranom ITM-u

	0	1	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Sigurna	16	292	.02	1	.875
Nesigurna	5	84			
	0	2			
Sigurna	16	239	.60	1	.437
Nesigurna	5	112			
	0	3			
Sigurna	16	41	3.36	1	.067
Nesigurna	5	35			
	1	2			
Sigurna	292	239	8.44	1	.003
Nesigurna	84	112			
	1	3			
Sigurna	292	41	18.33	1	.000
Nesigurna	84	35			
	2	3			
Sigurna	239	41	5.54	1	.019
Nesigurna	112	35			

0=pothranjenost, 1=normalna tjelesna težina, 2=prekomjerna tjelesna težina, 3=pretilost

Kada je riječ o percepciji indeksa tjelesne mase, više je nesigurno privrženih u grupama osoba percipirano prekomjerne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirano normalne tjelesne težine i na grupu percipirane pretilosti, kao i u grupi osoba percipirano normalne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirane pretilosti. Nadalje, više je sigurno privrženih u grupi osoba percipirane normalne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirano prekomjerne tjelesne težine i grupu percipirane pretilosti, kao i u grupi osoba percipirano prekomjerne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirane pretilosti (Tablica 17). Nisu ustanovljene razlike između kategorije percipirane pothranjenosti sa kategorijama percipirane normalne, prekomjerne tjelesne težine ili pretilosti (Tablica 17).

5. RASPRAVA

S obzirom na važnost koju psihološki faktori imaju u nakupljanju i održavanju prekomjerne tjelesne težine te na činjenicu da programi promjene u kontekstu prehrane i tjelovježbe često dovode do gubitka težine u kratkom roku, međutim pokušaji zadržavanja gubitka tjelesne težine dugoročno nisu baš uspješni (Miller, 1999), ovo se istraživanje fokusiralo na neke psihološke aspekte koji su povezani s tjelesnom težinom. Pri tome je korišten ITM (indeks tjelesne mase) kao objektivni parametar, ali i percepcija pripadnosti određenom stupnju uhranjenosti.

S obzirom na navedeno, prvi je problem bio ispitati razlike u mentalnom zdravlju, doživljaju stigmatizacije, emocionalnoj regulaciji i obrascima hranjenja između osoba koje spadaju u različite kategorije tjelesne težine prema ITM ljestvici (Ružić i Perišić, 2011), kao i između osoba koje percipiraju da pripadaju određenoj kategoriji uhranjenosti.

Kada je riječ o mentalnom zdravlju, s obzirom na to da su istraživanja koja su se bavila različitim odrednicama mentalnog zdravlja poput depresije, anksioznost ili trauma pokazala kako postoji pozitivna povezanost između navedenih čimbenika i prekomjerne težine i pretilosti (Amiri i Behnezhad, 2019; Mannan i sur., 2016), pretpostavljeno je da će postojati razlika između onih u kategoriji pothranjene tjelesne težine, normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i pretilih u mentalnom zdravlju u smjeru da će oni koji imaju viši ITM imati lošije mentalno zdravlje. Utvrđeno je kako ne postoji razlika u mentalnom zdravlju između navedenih grupa. Razlog ovakvog nalaza može ležati u tome što na mentalno zdravlje mogu utjecati različiti faktori koji ne moraju nužno imati veze s višom tjelesnom težinom, pa tako i osobe koje imaju nižu tjelesnu težinu mogu imati probleme koji utječu na njihovo mentalno zdravlje. Mnogo je faktora koji su se mogli staviti pod kontrolu istražujući mentalno zdravlje i tjelesnu težinu. Na primjer, prirodne katastrofe poput potresa, kao i pandemije poput korona virusa koji su zahvatili osobe koje su sudjelovale u istraživanju, mogu utjecati na mentalno zdravlje (Pereira-Sanchez i sur., 2020; Peitl i sur., 2020). Isto je pretpostavljeno i u slučaju različite percepcije pripadnosti određenoj grupi uhranjenosti (Tang i sur., 2010). Kako bi se odgovorilo na drugi dio hipoteze, testirane su i razlike između percipiranih kategorija uhranjenosti gdje također nije utvrđena razlika u mentalnom zdravlju među grupama koje se percipiraju različito uhranjenima, stoga je hipoteza 1.1. odbačena. Ovi nalazi se ponovno mogu objasniti činjenicom da različiti faktori utječu na mentalno zdravlje kako onih koji se smatraju prekomjerno teškima, tako i onih koji se smatraju pothranjenima ili normalne tjelesne težine.

Dobiveni rezultati vezani za mentalno zdravlje se ukupno gledajući mogu objasniti činjenicom da nismo pod kontrolu stavili druge faktore koji oblikuju mentalno zdravlje (Milas, 2009), ali i činjenicom da je korišteni instrument za mjerenje mentalnog zdravlja u uputi navodio da se tvrdnje odnose na osjećaje i misli u proteklih mjesec dana, dok kada je riječ o tjelesnoj težini i mentalnom zdravlju, moguće je da su se osobe adaptirale na svoje stanje i da bi se očekivani rezultati dobili u slučaju ispitivanja mentalnog zdravlja generalno, a ne samo unutar mjesec dana.

Sljedeći dio prvog problema bio je ispitati razliku u doživljaju stigmatizacije radi tjelesne težine u četiri grupe raspoređene prema objektivnom ili percipiranom stupnju uhranjenosti. S obzirom da se stigma radi tjelesne težine očituje prema ljudima koji se ne pridržavaju prevladavajućih društvenih normi o odgovarajućoj tjelesnoj težini i obliku od strane društva (Hunger i Tomiyama, 2018), te da su Wott i Carles (2010) pokazali kako stigmatizacija radi prekomjerne težine ima utjecaj na prejedanje i slabije ishode u programu mršavljenja, pretpostavljeno je da će postojati razlika između ove četiri grupe na način da će osobe koje spadaju u skupinu pretilosti imati najviše izražen doživljaj stigmatizacije, oni koji pripadaju prekomjerno teškima nešto manje, a oni koji imaju normalnu tjelesnu težinu i pothranjenost još manje. Međutim, nalazi su pokazali da oni koji spadaju u kategoriju pothranjenih imaju veći doživljaj stigmatizacije radi tjelesne težine od onih koji spadaju u kategoriju normalne tjelesne težine. Ovaj zanimljiv nalaz ukazuje na činjenicu kako i osobe koje spadaju u grupu pothranjenih, odnosno one koje imaju vrlo nisku tjelesnu težinu također doživljavaju stigmatizaciju. Hackman i suradnici (2016) također su utvrdili kako stigmom doživljavaju i pretili i pothranjeni pojedinci, zato je kada se istražuje stigma povezana za tjelesnu težinu ovaj nalaz važno uzeti u obzir. Prunty i suradnici (2020) u svojem su istraživanju također uključili sve kategorije indeksa tjelesne težine i iako su ustanovili da i pothranjeni doživljavaju stigmom, naglašavaju da se ona ipak razlikuje od stigme koju doživljavaju osobe povišene tjelesne težine, što upitnikom korištenim u ovom istraživanju nije bilo moguće diferencirati. Nadalje je utvrđeno kako oni iz kategorije pretilosti imaju veći doživljaj stigmatizacije od onih iz grupe prekomjerne tjelesne težine, onih iz grupe normalne tjelesne težine i onih iz kategorije pothranjenosti, te kako oni koji spadaju u kategoriju prekomjerno teških imaju veći doživljaj stigmatizacije od onih u kategoriji normalne tjelesne težine. Ovi nalazi potvrđuju pretpostavljeno, odnosno da je doživljaj stigmatizacije povezan sa povišenom tjelesnom težinom jer stigma radi prekomjerne težine ima utjecaj na prejedanje i slabije ishode u programu mršavljenja (Wott i Carles, 2010). Nije

pronađena razlika u doživljaju između onih iz kategorije pothranjenosti i kategorije prekomjerne tjelesne težine. Razlog ovog nalaza može biti zbog ranije navedene stigme koju doživljavaju i osobe koje su pothranjene, ali treba i uzeti u obzir da su nalazi vezani za stigmatizaciju izračunati neparametrijskim testom. Također, kada je ispitivana razlika u doživljaju stigmatizacije s obzirom na percepciju pripadnosti određenoj grupi uhranjenosti nalazi su pokazali iste rezultate, osim u slučaju doživljaja stigmatizacije između onih koji se percipiraju pothranjenima i pretilima. U tom slučaju između ove dvije grupe nije pronađena razlika, što se ponovno objašnjava nalazima koji govore u prilog doživljaju stigmatizacije i kod pothranjenih ljudi (Hackman i sur., 2016; Prunty i sur., 2020). S obzirom na sve navedeno, hipoteza 1.2. je djelomično potvrđena.

Nadalje, ispitala se razlika u emocionalnoj regulaciji između navedenih skupina pod pretpostavkom da nedostatna emocionalna regulacija utječe na nezdrave obrasce hranjenja i posljedično povišenu tjelesnu težinu (Crockett i sur., 2015), pa će tako oni s najvećim ITM-om, kao i oni koji se percipiraju težima, postizati najniže rezultate u emocionalnoj regulaciji. Međutim, nije pronađena značajna razlika između grupa koje pripadaju različitim stupnjevima uhranjenosti (objektivni ITM) u emocionalnoj regulaciji. Ovaj se nalaz može objasniti činjenicom da emocionalna regulacija utječe na poremećaje hranjenja generalno (Stice i sur., 2001), što uključuje i anoreksiju nervosu i bulimiju nervosu koje u svojoj pozadini nemaju povećanje tjelesne težine, čak štoviše, kada je riječ o anoreksiji, govorimo o sniženoj tjelesnoj težini, dok kada je riječ o bulimiji najčešće govorimo o normalnoj tjelesnoj težini (Nicholls i Viner, 2005). Kada je riječ o percipiranoj tjelesnoj težini, utvrđeno je da osobe koje se doživljavaju pretilima imaju lošiju emocionalnu regulaciju u odnosu na osobe koje se doživljavaju kao da imaju normalnu tjelesnu težinu. Zbog navedenog, hipoteza 1.3. je djelomično potvrđena. Ovaj nalaz može se objasniti time da osobe lošije emocionalne regulacije, koje nisu u mogućnosti dobro kontrolirati svoje emocije (Gross, 2008) vjerojatno imaju negativniji afekt i nerealniju sliku o sebi (Talen i Mann, 2009), te se svrstavaju u stereotipno negativne grupe uhranjenosti, odnosno grupe povišene tjelesne težine, što ne mora biti opravdano. Također, percepcija pripadnosti grupama više tjelesne težine može dovoditi do negativnih emocionalnih reakcija i posljedično do nedostatne emocionalne regulacije (Puhl i Suh, 2015).

U zadnjem dijelu prvog problema, ispitana je razlika između skupina različitih stupnjeva uhranjenosti (objektivne i percipirane) u obrascima hranjenja. Prvi se dio odnosio na nekontrolirano jedenje. Pretpostavljeno je da će se grupe razlikovati na način da će oni s

višim percipiranim ili objektivnim ITM-om više koristiti nekontrolirano jedenje (Anglé i sur., 2009). Utvrđeno je da obrazac nekontroliranog jedenja najviše koriste osobe iz grupe pretilosti, zatim osobe iz grupe prekomjerne tjelesne težine, a najmanje oni iz grupe normalne tjelesne težine i pothranjenosti između kojih nije pronađena razlika. Ovi su nalazi u skladu s drugim istraživanjima (Anglé i sur., 2009; Konttinen i sur., 2009) koja objašnjavaju da nekontrolirano jedenje predstavlja jedenje s potpunim osjećajem gubitka kontrole što posljedično utječe na težinu. Nalaz vezan za nepostojanje razlike među skupinama normalne tjelesne težine i pothranjenosti može se objasniti činjenicom da ove osobe imaju generalno nizak ITM i stoga manje koriste ovaj obrazac hranjenja koji je povezan s većim ITM-om (Mohorić i sur., 2021). Kada je riječ o percipiranom stupnju uhranjenosti rezultati na mjeri nekontroliranog jedenja su bili isti kao i kod objektivnog stupnja uhranjenosti.

Drugi dio ove hipoteze odnosio se na kognitivno suzdržavanje. Pretpostavljeno je da će kognitivno suzdržavanje također biti veće kod grupa s većim ITM-om, kao i kod onih koji se percipiraju na većem stupnju uhranjenosti. Dobiveni rezultati pokazuju kako postoji razlika u kognitivnom suzdržavanju između osoba u grupi pothranjenosti sa svim drugim grupama, međutim među preostale tri grupe ne postoji značajna razlika. Pothranjene osobe manje koriste obrazac hranjenja kognitivnog suzdržavanja, dok preostale tri grupe podjednako koriste ovaj obrazac. Dakle, nije pronađena razlika u grupi normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u kognitivnom suzdržavanju. Ovi se nalazi mogu objasniti činjenicom da ovaj obrazac hranjenja koriste osobe koje žele izgubiti na težini (Anglé i sur., 2009), pa se tako može pretpostaviti da osobe koje spadaju u grupu normalne tjelesne težine, kao i oni iz grupe prekomjerne tjelesne težine i pretilosti, žele izgubiti na težini i koriste ovaj obrazac, dok pothranjeni vjerojatno većinski ipak žele dobiti na težini, ili bar ne smatraju da trebaju izgubiti na težini. Međutim, postoje i nalazi koji govore u prilog ne dobivenoj razlici. Brytek-Matera i suradnici (2017) nisu dobili razlike u suzdržavanju s obzirom na ITM. Kada je riječ o percipiranom stupnju uhranjenosti rezultati su potpuno jednaki, odnosno nije bilo razlike u rezultatima ovisno o objektivnoj i percipiranoj tjelesnoj težini.

Posljednji, treći dio ove hipoteze odnosio se na emocionalno jedenje. Pretpostavljeno je da će postojati razlika između različitih stupnjeva uhranjenosti u emocionalnom jedenju i kod osoba koje u stvarnosti pripadaju određenom stupnju uhranjenosti i onima koje se percipiraju u određenom stupnju uhranjenosti na način da će obrazac emocionalnog jedenja koristiti oni

na većem stupnju uhranjenosti, bilo percipiranom, bilo objektivnom. Utvrđene su značajne razlike između svih skupina kada je u pitanju objektivni ITM. Osobe koje pripadaju višim grupama uhranjenosti više koriste obrazac hranjenja emocionalno jedenje, što je u skladu s dosadašnjim istraživanjima. Konttinen i suradnici (2010) su u svojem istraživanju također utvrdili da je emocionalno jedenje povezano s višom tjelesnom težinom. U istraživanju koje su proveli Keskitalo i suradnici (2008) koristeći trofaktorski upitnik hranjenja također je dobivena pozitivna povezanost između ITM-a i emocionalnog jedenja. Kada je riječ o percipiranom ITM-u nalazi su jednaki, utvrđeno je da obrazac emocionalnog jedenja najviše koriste osobe koje se smatraju pretilima, zatim osobe koje se smatraju prekomjerno teškima, pa oni koji smatraju da imaju normalnu tjelesnu težinu, a najmanje osobe koje se smatraju pothranjenima. Ovakvi očekivani i potvrđeni nalazi vjerojatno odražavaju činjenicu da emocionalno jedenje zapravo predstavlja odgovor na negativne emocije, odnosno osjećaj tjeskobe (Adriaanse i sur., 2011) koji se stvara radi doživljaja stigme radi tjelesne težine koja je pozitivno povezana s depresijom i prejedanjem kao i sa slabijim ishodima programa za mršavljenje (Wott i Carels, 2010). Osobe koje percipiraju da imaju veću tjelesnu težinu vjerojatno doživljavaju više neugodnih emocija zbog narušene slike o tijelu, doživljaja stigmatizacije i slično, te se tako stvara začarani krug jedenja i nezadovoljstva. S obzirom na navedene rezultate hipoteza 1.4., koja se odnosi na navedena tri obrasca hranjenja, djelomično je potvrđena.

Drugi je problem bio ispitati razlike u pripadnosti kategorijama sigurne i nesigurne privrženosti između grupa osoba različitih kategorija percipiranog i objektivnog indeksa tjelesne mase. S obzirom da je nesigurna privrženost povezana s povećanim indeksom tjelesne mase (Maras, 2013), pretpostavljeno je da će u grupama osoba povišene tjelesne težine biti više nesigurno privrženih nego u grupama niže tjelesne težine, gdje se očekuje više onih koji imaju razvijenu sigurnu privrženost s bliskom osobom. Nalazi koji se odnose na grupe osoba objektivnog indeksa tjelesne mase su pokazali da je više nesigurno privrženih u grupi pretilih u odnosu na grupu osoba prekomjerne tjelesne težine, grupu osoba normalne tjelesne težine i grupu pothranjenih osoba. Kada je riječ o sigurnoj privrženosti više je sigurno privrženih u grupi pretilih osoba u odnosu na pothranjene osobe, kao i u grupi osoba normalne tjelesne težine u odnosu na pretile osobe, te u grupi osoba prekomjerne tjelesne težine u odnosu na pretile osobe. Jedini nalaz koji odskače od pretpostavljenog je da je više sigurno privrženih u grupi pretilih osoba u odnosu na grupu pothranjenih osoba. S obzirom da se ovo istraživanje usmjerilo na aspekte povišene tjelesne težine, te je privrženost

promatrana iz te perspektive, zasigurno je mnogo razloga koji mogu biti u podlozi ovakvog nalaza. Na primjer, važno je spomenuti da neke osobe ne mogu jesti kada su pod stresom ili u tjeskobi, odnosno kada općenito doživljavaju negativne emocije, a čiji razlog može biti i nesigurna privrženost koja prema Bruch (1975) utječe na regulaciju sitosti, ali i gladi. Nalazi koji se odnose na percipiranu pripadnost određenoj grupi uhranjenosti pokazali su da je više nesigurno privrženih u grupama osoba percipirano prekomjerne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirano normalne tjelesne težine i na grupu percipirane pretilosti, kao i u grupi osoba percipirano normalne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirane pretilosti. Više je sigurno privrženih u grupi osoba percipirane normalne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirano prekomjerne tjelesne težine i grupu percipirane pretilosti, kao i u grupi osoba percipirano prekomjerne tjelesne težine u odnosu na grupu percipirane pretilosti. Rezultat koji je suprotan očekivanom u ovom slučaju je onaj da ima više nesigurno privrženih u grupi osoba koje se doživljavaju normalne tjelesne težine u odnosu na grupu osoba koje se doživljavaju pretilima. Ovdje svakako treba uzeti u obzir da grupe nisu bile ravnomjerno raspodijeljene te da je puno više osoba bilo u grupi onih koji se doživljavaju normalne tjelesne težine nego u grupi onih koji se doživljavaju pretilima, što je moglo iskriviti rezultate. Između grupa pothranjenih osoba i osoba normalne tjelesne težine, između grupa pothranjenih i prekomjerne tjelesne težine, kao ni između grupa normalne tjelesne težine i prekomjerne tjelesne težine nije pronađena razlika u vrsti privrženosti. Također, nisu ustanovljene razlike između kategorije percipirane pothranjenosti sa kategorijama percipirane normalne, prekomjerne tjelesne težine ili pretilosti. Razlog ovakvih nalaza može biti i u činjenici što je uputa za rješavanje upitnika o privrženosti glasila da se osobe usmjere na jednu blisku osobu koja nije bila definirana već su sami označili koga su odabrali. Ovo je napravljeno s obzirom na činjenicu da postoje nalazi kako se stil privrženosti formiran u djetinjstvu zadržava i kasnije u više od 70% slučajeva (Waters i sur., 2000). Međutim, ipak je moguće da su sudionici koji su u djetinjstvu možda razvili nesigurnu privrženost sa primarnim skrbnikom (najčešće majkom) kasnije izgradili sigurnu privrženost sa partnerom ili prijateljem – što je bila najčešće označavana osoba u istraživanju. S obzirom na sve navedeno, hipoteza o sigurnoj i nesigurnoj privrženosti je djelomično potvrđena. Prva je o privrženosti i tjelesnoj težini govorila Bruch (1975) koja je sugerirala da je regulacija prehrane također sastavljena od psihološke komponente te da je vrijedno sagledati ju kroz teoriju privrženosti. Iako i dalje nedovoljno istraženo, ovo je područje vrijedno daljnjeg razmatranja zbog ranije navedenih nalaza koji također idu u prilog činjenici da su tjelesna težina i privrženost povezani (Anderson i Whitaker, 2011; Anderson i sur., 2012).

Vrlo važno ograničenje ovog istraživanja je činjenica da indeks tjelesne mase nije najbolja mjera tjelesne težine jer povećana tjelesna težina ne mora nužno biti produkt masnih naslaga već može biti i npr. kod sportaša zbog povećane mišićne mase (Ross i Janiszewski, 2008). Također, važno je napomenuti da osim što ITM nije dovoljno dobra mjera pretilosti, ograničenje kod istraživanja koje od sudionika traže da sami unesu svoju težinu i visinu je i to što osobe imaju tendenciju preuveličavati svoju visinu a smanjivati svoju težinu kada daju odgovore u anketama (Stewart, 1987; Hill i Roberts, 1998), što je faktor koji u ispitivanju anketom nije moguće kontrolirati. Nadalje, s obzirom da je anketa ciljano podijeljena u online grupama vezanim za gubljenje kilograma, uzorak je bio selekcioniran, odnosno ispunjavale su ga pretežito osobe koje je privukla ova tema. Uz navedeno, generalno ograničenje je što je ovo istraživanje provedeno online i nije se moglo kontrolirati raspoloženje u kojem ispitanici odgovaraju na pitanja, potencijalni značajni događaji koji su mogli iskriviti rezultate, moguće iskrivljavanje odgovora od strane ispitanika kako bi se prikazali u što boljem svjetlu s obzirom na osjetljivost teme o kojoj se istraživalo, kao ni jasnoća upute (Maliković, 2015). Također, treba uzeti u obzir da rezultati u četiri kategorije niti u slučaju objektivne tjelesne težine, niti u slučaju percipiranog stupnja uhranjenosti nisu bili jednako raspoređeni, što može bitno utjecati na rezultate (Milas, 2009). Također, valja uzeti u obzir da su u uzorku ovog istraživanja većinski bile osobe ženskog spola, odnosno da nije bilo ravnomjerne raspodjele po spolu, a ranije je navedeno kako postoje spolne razlike u nekim od istraživanih konstrukata.

S obzirom na rezultate istraživanja u daljnjem savjetodavnom i terapijskom radu sa osobama koje se bore sa prekomjernom tjelesnom težinom trebalo bi uzeti u obzir psihološke faktore koji mogu biti uzrok ili posljedica borbe s prekomjernom tjelesnom težinom. Važno je raditi na podizanju razine mentalnog zdravlja generalno, kao i na ublažavanju posljedica nesigurnih obrazaca privrženosti, te na ispravljanju negativnih emocionalnih regulacija koje vode negativnim obrascima hranjenja. Također, važno je podizati društvenu svjesnost o stigmatizaciji radi tjelesnog izgleda kako bi se smanjio negativan učinak na osobe koje se bore s internaliziranom stigmom, ali i prorađivati doživljaje stigmatizacije u radu s klijentima.

6. ZAKLJUČCI

1.1. Nije utvrđena razlika u razini *mentalnog zdravlja* između osoba različitog objektivnog i percipiranog ITM-a.

1.2. Osobe koje spadaju u kategoriju pretilosti imaju veći doživljaj *stigmatizacije* od svih ostalih, dok prekomjerno teški imaju veći doživljaj *stigmatizacije* od onih u kategoriji normalne tjelesne težine. Sudionici koji spadaju u kategoriju pothranjenih imaju veći doživljaj *stigmatizacije* od onih normalne tjelesne težine. Nije pronađena razlika između osoba prekomjerne tjelesne težine i pothranjenih osoba u doživljaju *stigmatizacije*. Ispitanici koji se percipiraju pretilima imaju veći doživljaj *stigmatizacije* od onih koji se percipiraju prekomjerno teškima i normalne tjelesne težine. Oni koji se percipiraju prekomjerno teškima i pothranjenima imaju veći doživljaj *stigmatizacije* od onih koji se percipiraju normalne tjelesne težine. Nisu pronađene razlike između osoba koje se percipiraju pothranjenima u usporedbi s percipirano pretilima i percipirano prekomjerno teškima.

1.3. Ne postoje razlike u *emocionalnoj regulaciji* između grupa različite razine uhranjenosti. Utvrđeno je da osobe koje se percipiraju pretilima imaju lošiju emocionalnu regulaciju u odnosu na osobe koje se doživljavaju kao da imaju normalnu tjelesnu težinu. Nije pronađena razlika između ostalih grupa.

1.4. *Obrazac nekontroliranog jedenja* najviše koriste osobe iz grupe pretilosti, zatim osobe iz grupe prekomjerne tjelesne težine, a najmanje oni iz grupe normalne tjelesne težine i pothranjenosti između kojih nije bilo razlike. Isti su rezultati utvrđeni za skupine različito percipiranih ITM-ova.

Osobe iz skupine pothranjenosti manje koriste *obrazac kognitivnog suzdržavanja* u hranjenju u odnosu na osobe iz skupine normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i skupine pretilosti, između ostalih skupina nije utvrđena razlika. Isti su obrasci razlika utvrđeni među skupinama različito percipiranih ITM-ova.

Kada je riječ o *emocionalnom jedenju*, ovaj obrazac najviše koriste osobe iz skupine pretilosti, zatim osobe iz skupine prekomjerne tjelesne težine, zatim osobe iz skupine normalne tjelesne težine i najmanje osobe iz skupine pothranjenosti. Navedene su razlike dobivene i kada je riječ o usporedbama skupinama različitih percipiranih ITM-e.

2. Više je nesigurno privrženih u grupi pretilih u odnosu na grupu osoba prekomjerne tjelesne težine, grupu osoba normalne tjelesne težine i grupu pothranjenih osoba. Kada je riječ o

sigurnoj privrženosti više je sigurno privrženih u grupi pretilih osoba u odnosu na pothranjene osobe, kao i u grupi osoba normalne tjelesne težine u odnosu na pothranjene osobe, te u grupi osoba prekomjerne tjelesne težine u odnosu na pretile osobe. Između grupa pothranjenih osoba i osoba normalne tjelesne težine, između grupa pothranjenih i prekomjerne tjelesne težine, kao ni između grupa normalne tjelesne težine i prekomjerne tjelesne težine nije pronađena razlika u vrsti privrženosti.

Više je nesigurno privrženih u grupama osoba koje percipiraju da imaju prekomjernu tjelesnu težinu u odnosu na grupu koja se percipira normalne tjelesne težine i na grupu koja se percipira pretilom, kao i u grupi osoba koje se percipiraju normalne tjelesne težine u odnosu na grupu onih koji se percipiraju pretilima. Nadalje, više je sigurno privrženih u grupi osoba koji se percipiraju normalne tjelesne težine u odnosu na grupu osoba koji se percipiraju prekomjerno teškima i grupu osoba koji se percipiraju pretilima, kao što je i više sigurno privrženih u grupi osoba koje se percipiraju prekomjerno teškima u odnosu na grupu koja se percipira pretilom. Nisu ustanovljene razlike između kategorije percipirane pothranjenosti sa kategorijama percipirane normalne, prekomjerne tjelesne težine ili pretilosti.

7. LITERATURA

- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T. i Evers, C. (2011). Emotional eating: eating when emotional or emotional about eating? *Psychology and Health*, 26(1), 23-39.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. i Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Amy, N. K., Aalborg, A., Lyons, P. i Keranen, L. (2006). Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *International Journal of Obesity*, 30(1), 147-155.
- Anderson, S. E. i Whitaker, R. C. (2011). Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent medicine*, 165(3), 235-242.
- Anderson, S. E., Gooze, R. A., Lemeshow, S. i Whitaker, R. C. (2012). Quality of early maternal–child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics*, 129(1), 132-140.
- Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M. T., Lindfors, P., Lehtinen, M. i Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 1-7.
- Apfeldorfer, G. i Zermati, J. P. (2001). Cognitive restraint in obesity. History of ideas, clinical description. *Presse Medicale*, 30(32), 1575-1580.
- Barbarić, L. (2019). *Uloga emocionalne regulacije, samoefikasnosti i depresivnih simptoma u objašnjenju prehrambenih navika studenata*. Diplomski rad. Rijeka. Odjel za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
- Baum, A. i Contrada, R. (2011). *The handbook of stress science: biology, psychology and health*. Springer Publishing Company.
- Bennett, J., Greene, G. i Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187-192.

- Birch, L. L. i Deysher, M. (1985). Conditioned and unconditioned caloric compensation: evidence for self-regulation of food intake in young children. *Learning and Motivation*, 16(3), 341-355.
- Bjerkset, O., Romundstad, P., Evans, J. i Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American Journal of Epidemiology*, 167(2), 193-202.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Brochu, P. M. (2018). Weight stigma is a modifiable risk factor. *Journal of Adolescent Health*, 63(3), 267-268.
- Brochu, P. M., Pearl, R. L. i Simontacchi, L. A. (2018). Weight stigma and related social factors in psychological care. U Cassin, S., Hawa, R. i Sockalingam, S. (Ur.), *Psychological Care in Severe Obesity: A Practical and Integrated Approach* (str. 42-60). Cambridge University Press.
- Bruch, H. (1975). Emotional aspects of obesity in children. *Pediatric Annals*, 4(5), 91-99.
- Bruch, H. (1975). Obesity and anorexia nervosa: Psychosocial aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9(3), 159-161.
- Brylinsky, J. A. i Moore, J. C. (1994). The identification of body build stereotypes in young children. *Journal of Research in Personality*, 28(2), 170-181.
- Brytek-Matera, A., Rogoza, R. i Czepczor-Bernat, K. (2017). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Polish version: factor structure analysis among normal weight and obese adult women. *Psychiatry Psychother*, 19, 81-90.
- Callahan, D. (2013). Obesity: Chasing an elusive epidemic. *Hastings Center Report*, 43(1), 34-40.
- Canetti, L., Bachar, E. i Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), 157-164.
- Carmassi, C., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Miniati, M., Stratta, P., Rossi, A. i Dell, L. (2015). Impact of DSM-5 PTSD and gender on impaired eating behaviors in 512 Italian earthquake survivors. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 64-69.

- Carr, D. i Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244-259.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P. i Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(3), 282-289.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676.
- Crockett, A. C., Myhre, S. K. i Rokke, P. D. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 670-680.
- Danese, A. i Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 544-554.
- Daníelsdóttir, S., O'Brien, K. S. i Ciao, A. (2010). Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obesity Facts*, 3(1), 47-58.
- de Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J. M. i Karlsson, J. (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *The Journal of Nutrition*, 134, 2372-2380.
- Devlin, M. J., Yanovski, S. Z. i Wilson, G. T. (2000). Obesity: what mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 854-866.
- Dickerson, F. B., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J. A., Fang, L., Goldberg, R. W., Wohlheiter, K. i Dixon, L. B. (2006). Obesity among individuals with serious mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(4), 306-313.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E. i O'Brien, P. E. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine*, 163(17), 2058-2065.
- Doll, H. A., Petersen, S. E. i Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research*, 8(2), 160-170.

- Dozier, S. i Stovall, K. A. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. U Cassidy, J., i Shaver, P. R. (Ur.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical* (str. 718–744). The Guilford Press.
- Durso, L. E. i Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity, 16*(S2), S80-S86.
- Dykes, J., Brunner, E. J., Martikainen, P. T. i Wardle, J. (2004). Socioeconomic gradient in body size and obesity among women: the role of dietary restraint, disinhibition and hunger in the Whitehall II study. *International Journal of Obesity, 28*(2), 262-268.
- Elfhag, K. i Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews, 6*(1), 67-85.
- Fabricatore, A. N. i Wadden, T. A. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology, 22*(4), 332-337.
- Felitti, V. J. (1993). Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *Southern Medical Journal, 86*(7), 732-736.
- Fikkan, J. L. i Rothblum, E. D. (2012). Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias. *Sex Roles, 66*, 575-592.
- Fontaine, K. R. i Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews, 2*(3), 173-182.
- Frayn, M. i Knäuper, B. (2018). Emotional eating and weight in adults: a review. *Current Psychology, 37*, 924-933.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R. i Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research, 10*(1), 33-41.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 8*(3), 343-361.
- Gariepy, G., Nitka, D. i Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity, 34*(3), 407-419.

- Geliebter, A. i Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347.
- Gianini, L. M., White, M. A. i Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313.
- Gratz, K. L. i Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. i Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. U J. J. Gross (Ur.), *Handbook of Emotion Regulation* (str. 3–24). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of Emotions*, 3(3), 497-513.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Grubišić, J. (2014). *Procjena uhranjenosti trudnica mjerenjem debljine kožnih nabora*. Neobjavljeni doktorski rad. Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
- Guerrieri, R., Nederkoorn, C. i Jansen, A. (2008). The effect of an impulsive personality on overeating and obesity: Current state of affairs. *Psychological Topics*, 2, 265-286.
- Hackman, J., Maupin, J. i Brewis, A. A. (2016). Weight-related stigma is a significant psychosocial stressor in developing countries: evidence from Guatemala. *Social Science & Medicine*, 161, 55-60.
- Heo, M., Pietrobelli, A., Wang, D., Heymsfield, S. B. i Faith, M. S. (2010). Obesity and functional impairment: influence of comorbidity, joint pain, and mental health. *Obesity*, 18(10), 2030-2038.
- Herman, K. M., Hopman, W. M. i Rosenberg, M. W. (2013). Self-rated health and life satisfaction among Canadian adults: associations of perceived weight status versus BMI. *Quality of Life Research*, 22, 2693-2705.
- Hill, A. i Roberts, J. (1998). Body mass index: a comparison between self-reported and measured height and weight. *Journal of Public Health*, 20(2), 206-210.

- Hunger, J. M. i Tomiyama, A. J. (2014). Weight labeling and obesity: a longitudinal study of girls aged 10 to 19 years. *JAMA Pediatrics*, 168(6), 579-580.
- Hunger, J. M. i Tomiyama, A. J. (2018). Weight labeling and disordered eating among adolescent girls: longitudinal evidence from the National Heart, Lung, and Blood Institute growth and health study. *Journal of Adolescent Health*, 63(3), 360-362.
- Hunger, J. M., Major, B., Blodorn, A. i Miller, C. T. (2015). Weighed down by stigma: How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6), 255-268.
- Hunger, J. M., Major, B., Blodorn, A. i Miller, C. T. (2015). Weighed down by stigma: How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6), 255-268.
- Ikeda, J. P., Crawford, P. B. i Woodward-Lopez, G. (2006). BMI screening in schools: helpful or harmful. *Health Education Research*, 21(6), 761-769.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P.T. i Ross, R. (2004). Waist circumference and not body mass indeks explains obesity-related health risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 379-384.
- Jáuregui-Lobera, I., García-Cruz, P., Carbonero-Carreño, R., Magallares, A. i Ruiz-Prieto, I. (2014). Psychometric properties of Spanish version of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (Tfeq-Sp) and its relationship with some eating-and body image-related variables. *Nutrients*, 6(12), 5619-5635.
- Jia, H. i Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health*, 27(2), 156-164.
- Kamenov, Ž. i Jelić, M. (2003). Validacija instrumenta za mjerenje privrženosti u različitim vrstama bliskih odnosa: Modifikacija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama. *Suvremena psihologija*, 6(1).
- Kaplan, S. L., Busner, J. i Pollack, S. (1988). Perceived weight, actual weight, and depressive symptoms in a general adolescent sample. *International Journal of Eating Disorders*, 7(1), 107-113.
- Keskitalo, K., Tuorila, H., Spector, T. D., Cherkas, L. F., Knaapila, A., Kaprio, J., Silventoinen, K. i Perola, M. (2008). The Three-Factor Eating Questionnaire, body

- mass index, and responses to sweet and salty fatty foods: a twin study of genetic and environmental associations. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 88(2), 263-271.
- Kinavey, H. i Cool, C. (2019). The broken lens: How anti-fat bias in psychotherapy is harming our clients and what to do about it. *Women & Therapy*, 42(1-2), 116-130.
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press.
- Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. i Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53(1), 131-134.
- Kozarić Kovačić, D., Kovačić, Z. i Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 102-106.
- Lähteenmäki, L. i Tuorila, H. (1995). Three-factor eating questionnaire and the use and liking of sweet and fat among dieters. *Physiology & behavior*, 57(1), 81-88.
- Latner, J. D. i Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11(3), 452-456.
- Latner, J. D., Ebner, D. S. i O'Brien, K. S. (2012). Residual obesity stigma: An experimental investigation of bias against obese and lean targets differing in weight-loss history. *Obesity*, 20(10), 2035-2038.
- Lazarevich, I., Camacho, M. E. I., del Consuelo Velázquez-Alva, M. i Zepeda, M. Z. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639-644.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N. i Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193-203.
- Lučić, I. (2020). *Pretilost–epidemija modernog čovječanstva*. Diplomski rad. Zagreb. Biološki odsjek Prirodoslovno – matematičkog fakulteta u Zagrebu.
- Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, 33(1), 129-139.
- Maliković, M. (2015). *Internetska istraživanja*. Filozofski fakultet u Rijeci.

- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S. i Clavarino, A. (2016). Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 21, 51-66.
- Maras, D. (2013). *Attachment style and obesity: examination of eating behaviours as mediating mechanisms in a community sample of Ontario youth*. Doctoral dissertation. Carleton University.
- McCabe, M. P. i Ricciardelli, L. A. (2004). Weight and Shape Concerns of Boys and Men. *Handbook of Eating Disorders and Obesity*, 606–634.
- Milas, G. (2009). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Naknada Slap.
- Miller, W. C. (1999). How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss?. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1129-1134.
- Miller-Matero, L. R., Armstrong, R., McCulloch, K., Hyde-Nolan, M., Eshelman, A. i Genaw, J. (2014). To eat or not to eat; is that really the question? An evaluation of problematic eating behaviors and mental health among bariatric surgery candidates. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19, 377-382.
- Mohorić, T., Anić, P., Kukić, M., Pokrajac-Bulian, A. i Klobučar Majanović, S. (2021). Što znamo o obrascima hranjenja u nepretilih i pretilih osoba? Provjera konstruktne i kriterijske valjanosti Trofaktorskoga upitnika obrazaca hranjenja. *Klinička psihologija*, 14(1-2), 1-20.
- Mohović, P. (2020). *Uloga perfekcionizma i poteškoća u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju simptoma poremećaja hranjenja kod srednjoškolaca*. Diplomski rad. Rijeka: Odjel za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci.
- Molnar, J. (2012). *Rana privrženost i privrženost u prijateljskim i romantičnim odnosima*. Diplomski rad. Osijek: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Osijeku.
- Mond, J. M., Rodgers, B., Hay, P. J., Darby, A., Owen, C., Baune, B. T. i Kennedy, R. L. (2007). Obesity and impairment in psychosocial functioning in women: the mediating role of eating disorder features. *Obesity*, 15(11), 2769-2779.

- Musić Milanović, S. i Bukal, D. (2018). Epidemiology of obesity as a public health issue. *Medicus*, 27(1) 7-13.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J. i Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26(1), 123-131.
- Nicholls, D. i Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. *Bmj*, 330(7497), 950-953.
- Nikolić, M., Tokić, A. i Moretić, N. (2018). Trofaktorski upitnik obrazaca hranjenja. U Slišković, A., Burić, I., Čubela Adorić, V., Nikolić, M. i Tucak Junaković, I. (ur.) (2018). Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 10. *Suvremena psihologija*, 24(1), 113-116.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. i Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G. i Eaton, W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), 1139-1147.
- Papadopoulos, S. i Brennan, L. (2015). Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity*, 23(9), 1743-1760.
- Patel, K. A. i Schlundt, D. G. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, 36(2), 111-118.
- Peitl, V., Golubić Zatezalo, V. i Karlović, D. (2020). Mentalno zdravlje i psihološke krizne intervencije tijekom COVID-19 pandemije i potresa u Hrvatskoj. *Archives of Psychiatry Research: An International Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 56(2), 193-198.
- Pereira-Sanchez, V., Adiukwu, F., El Hayek, S., Bytyçi, D. G., Gonzalez-Diaz, J. M., Kundadak, G. K., Larnaout, A., Nofal, M., Orsolini, L., Ramalho, R., Ransing, R., Shalbfan, M., Soler-Vidal, J., Syarif, Z., Teixeira, A. L. S. i da Costa, M. P. (2020).

- COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 29-30.
- Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., Burgess, D. J., Nelson, D. B., Yeazel, M. W., Hardeman, R., Perry, S. i Van Ryn, M. (2014). Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity*, 22(4), 1201-1208.
- Pokrajac-Bulian, A. (2011). *Pretilost – spremnost za promjenu načinu življenja*. Naklada Slap.
- Prunty, A., Clark, M. K., Hahn, A., Edmonds, S. i O’Shea, A. (2020). Enacted weight stigma and weight self stigma prevalence among 3821 adults. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(5), 421-427.
- Puhl, R. i Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R. i Suh, Y. (2015). Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Reports*, 4, 182-190.
- Puhl, R. M i Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815.
- Racine, S. E. i Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *The International Journal of Eating Disorders*, 46, 713–720.
- Riemann, D., Berger, M. i Voderholzer, U. (2001). Sleep and depression—results from psychobiological studies: an overview. *Biological Psychology*, 57(1-3), 67-103.
- Roberts, R. E., Deleger, S., Strawbridge, W. J. i Kaplan, G. A. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27(4), 514-521.
- Ross, C. E. (1994). Overweight and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 63-79.

- Ross, R. i Janiszewski, P.M. (2008). Is weight loss the optimal target for obesity-related cardiovascular disease risk reduction?. *The Canadian Journal of Cardiology*, 24, 25-31.
- Ružić, A. i Peršić, V. (2011). Pretilost – milenijska prijetnja: tvrdokorna pandemijska bolest modernog društva. U Pokrajac-Bulian (Ur.), *Pretilost – spremnost za promjenu načina življenja* (str. 13-25). Naklada Slap.
- Sagar, R. i Gupta, T. (2018). Psychological aspects of obesity in children and adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*, 85, 554-559.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., Crago, M. i Taylor, C. B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International journal of eating disorders*, 23(1), 39-44.
- Sonnabend, K. (2017). *Žudnja za hranom, impulzivnost i simptomi poremećaja prejedanja u pretilih pacijenata*. Diplomski rad. Rijeka: Odjel za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci.
- Stewart, A. W., Jackson, R. T., Ford, M. A. i Beaglehole, R. (1987). Underestimation of relative weight by use of self-reported height and weight. *American Journal of Epidemiology*, 125(1), 122-126.
- Stice, E., Agras, W. S., Telch, C. F., Halmi, K. A., Mitchell, J. E. i Wilson, T. (2001). Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 11-27.
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Dube, S. R., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T., Manderscheid, R. i Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 127-137.
- Stunkard, A. J. i Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), S524-S532.
- Stunkard, A. J., Faith, M. S. i Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54(3), 330-337.
- Suliman, S., Anthonissen, L., Carr, J., du Plessis, S., Emsley, R., Hemmings, S. M., Lochner, C., McGregor, N., van den Heuvel, L. i Seedat, S. (2016). Posttraumatic

- stress disorder, overweight, and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 271-293.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H. i Terracciano, A. (2015). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 171-179.
- Štimac, D. (2017). *Debljina–klinički pristup*. Medicinska naklada
- Talen, M. R. i Mann, M. M. (2009). Obesity and mental health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 36(2), 287-305.
- Tang, J., Yu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H. i Liu, Z. (2010). Association between actual weight status, perceived weight and depressive, anxious symptoms in Chinese adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 10(1), 1-8.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M. i Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22(1), 68.
- Tomiyaama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15.
- Tomiyaama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R. i Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*, 16(1), 1-6.
- Troisi, A., Massaroni, P. i Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 89-97.
- Tronieri, J. S., Wurst, C. M., Pearl, R. L. i Allison, K. C. (2017). Sex differences in obesity and mental health. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-11.
- Udo, T. i Grilo, C. M. (2016). Perceived weight discrimination, childhood maltreatment, and weight gain in US adults with overweight/obesity. *Obesity*, 24(6), 1366-1372.
- Ward, A., Ramsay, R. i Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 35-51.

- Wilkinson, L. L., Rowe, A. C., Bishop, R. J. i Brunstrom, J. M. (2010). Attachment anxiety, disinhibited eating, and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity*, 34(9), 1442-1445.
- World Health Organization. (2021, 9. lipnja). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization. (2022, 17. lipnja). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2022, 5. listopada). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Wott, C. B. i Carels, R. A. (2010). Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 608-614.
- Žigmundić, M. (2016). *Utjecaj privrženosti na razvoj emocionalne inteligencije*.
Diplomski rad. Osijek: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Osijeku.