

Povezanost zadovoljstva izgledom, obiteljskih odnosa i korištenja društvenih mreža kao rizičnih faktora u razvoju poremećaja u prehrani

Buršić, Eleonora

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:248804>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-07**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

ELEONORA BURŠIĆ

**POVEZANOST ZADOVOLJSTVA
IZGLEDOM, OBITELJSKIH ODNOSA I
KORIŠTENJA DRUŠTVENIH MREŽA
KAO RIZIČNIH FAKTORA U RAZVOJU
POREMEĆAJA U PREHRANI**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2023.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODSJEK ZA SOCIOLOGIJU

ELEONORA BURŠIĆ

**POVEZANOST ZADOVOLJSTVA
IZGLEDOM, OBITELJSKIH ODNOSA I
KORIŠTENJA DRUŠTVENIH MREŽA
KAO RIZIČNIH FAKTORA U RAZVOJU
POREMEĆAJA U PREHRANI**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: doc. dr. sc., Dario Pavić

Zagreb, rujan 2023.

Povezanost zadovoljstva izgledom, obiteljskih odnosa i korištenja društvenih mreža kao rizičnih faktora u razvoju poremećaja u prehrani

Association of appearance satisfaction, family relationships and the use of social media as risk factors in the development of eating disorders

Sažetak: Cilj ovog istraživanja jest utvrditi postoji li povezanost između zadovoljstva izgledom, obiteljskih odnosa, korištenja društvenih mreža i poremećaja u prehrani. Anketa je provedena u *online* obliku na uzorku od 400 studenata Sveučilišta u Zagrebu akademske godine 2022./2023. Višestrukom regresijskom analizom pronađena je povezanost između obiteljskih odnosa i pojave simptoma poremećaja u prehrani. Točnije, rezultati pokazuju kako su simptomi poremećaja u prehrani prisutniji u obiteljskim odnosima u kojima postoje velike razine kontrole, negativnog komentiranja izgleda i kritiziranja. S druge strane, što je viša razina zajedničkih osjećaja kao što su ljubav, sigurnost, podrška i pripadnost među članovima obitelji, to su manje prisutniji simptomi poremećaja prehrane. Dobiveni rezultati sugeriraju kako ne postoje razlike u pojavi simptoma poremećaja u prehrani s obzirom na sociodemografska obilježja ispitanika, kao ni povezanost između korištenja društvenih mreža, zadovoljstva izgledom i poremećaja u prehrani, ali je nezadovoljstvo izgledom značajno povezano sa spolom. Zastrašujući porast stopa oboljelih od poremećaja u prehrani nisu rezultat puke slučajnosti, već govore u prilog tomu kako obiteljski i kulturološki čimbenici, poput komodifikacije i estetizacije tijela te strahu od debljanja kod osoba s određenim genetičkim i psihološkim predispozicijama mogu stvoriti plodonosno tlo za razvoj poremećaja u prehrani.

Ključne riječi : poremećaji u prehrani, društvene mreže, obiteljski odnosi, nezadovoljstvo izgledom

Abstract: The aim of this study is to determine whether there is an association between appearance satisfaction, family relationships, social media use and eating disorders. The survey was conducted in *online* form on a sample of 400 students of the University of Zagreb in the academic year 2022/2023. Association between family relationships and symptom occurrence of eating disorders has been found using Multiple regression analysis. More specifically, the results show that the symptoms of eating disorders are more prevalent in family relationships where there are high levels of control, negative commenting on appearance and criticizing. On the other hand, the higher the level of shared feelings such as love, security, support and belonging between family members, the less prevalent are the symptoms of eating disorders. The obtained results suggest that there are no differences in symptom occurrence of eating disorders with regard to the sociodemographic characteristics of the subjects and no association between the use of social media, appearance satisfaction and eating disorders, whereas appearance dissatisfaction is significantly associated with gender. The frightening rise in rates of eating disorders is not the result of mere coincidence, they speak in favor of how family and cultural factors, such as commodification and aestheticization of the body and fear of gaining weight in people with certain genetic and psychological predispositions can create a fruitful ground for the development of eating disorders.

Keywords: eating disorders, social media, family relationships, appearance dissatisfaction

Sadržaj

1. Uvod.....	2
2. Etiologija poremećaja u prehrani.....	4
2.1. Kapitalizam ljepote: ideali, deluzije i normativno nezadovoljstvo	4
2.2. Obiteljske karakteristike osoba koje boluju od poremećaja u prehrani	7
3. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji poremećaja u prehrani.....	10
ANOREKSIJA NERVOSA	10
BULIMIJA NERVOSA	13
POREMEĆAJI PREJEDANJA	15
ORTOREKSIJA NERVOSA: biljna prehrana kao maska za poremećaje u prehrani? ...	17
4. BIGOREKSIJA: Poremećaji prehrane, muškarci i fitness industrija	19
5. Virtualno ogledalo: uloga društvenih mreža u promicanju idealne figure.....	21
6. Pregled dosadašnjih istraživanja.....	23
7. Cilj, problem i hipoteze istraživanja.....	25
8. Metodologija istraživanja.....	26
8.1. <i>Ispitanici</i>	26
8.2. <i>Postupak</i>	27
8.3. <i>Instrumenti</i>	28
<i>Instrument za mjerenje kvalitete obiteljskih odnosa (Parental Bonding Instrument, PBI; Parker, Tupling i Brown, 1979)</i>	29
<i>Skala zadovoljstva tjelesnim izgledom (Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults, Mendelson, Mendelson i White, 1997)</i>	30
<i>Upitnik za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994)</i>	30
9. Rezultati	31
Deskriptivni podatci istraživanja.....	31
Sociodemografske karakteristike	31
Slika tijela i korištenje društvenih mreža.....	34
Testiranje hipoteza.....	39
<i>Faktorska analiza</i>	39
<i>Višestruka regresijska analiza</i>	43
10. Rasprava.....	49
11. Zaključak.....	52
Prilozi.....	54
Prilog 1. Anketni upitnik	54
Popis literature	60

1. Uvod

„Netko izabere alkohol za rješavanje frustracija, netko drogu. Ljudi koji obole od poremećaja hranjenja kao medij izaberu hranu“ (Dropulić i Marčinko, 2014:29)

Prema podacima Nacionalne udruge za poremećaje u prehrani (National Eating Disorders Association, 2021), u bilo kojem trenutku između 0,3 - 0,4 % mladih žena i 0,1 % mladih muškaraca patit će od anoreksije nervose te se potvrđuje kako su stope odgovora na liječenje poremećaja u prehrani i dalje niske, a samo 50% pacijenata postigne potpunu remisiju nakon dugotrajnog praćenja (Wilson i sur., 2007; prema Woods, Jessup i Olatunji, 2023). Prema Van Eeden, Van Hoeken i Hoek (2021), stopa incidencije poremećaja prehrane, odnosno, broj novih slučajeva poremećaja u populaciji u određenog vremenskom razdoblju (obično u godinu dana) dostiže 100 000. Dakle, svakih godinu dana, 100 000 osoba oboli od nekog oblika poremećaja prehrane. Prevalencija anoreksije nervose kod žena u Sjedinjenim Državama je 0,5 % do 1 %, dok je prevalencija bulimije nervose 2 % do 3 % te može dostići 10 % u ranjivoj populaciji, kao što su žene u dobi pohađanja fakulteta (Sathyapriya i sur., 2018). Često se navodi kako je omjer brzine doživotne prevalencije anoreksije nervose i bulimije nervose kod muškaraca u odnosu na žene jednak ili manji od 1 : 10, ali brojke vjerojatno odražavaju kliničko podotkrivanje među muškarcima (Raevuoria, Keski-Rahkonena i Hoeke, 2014).

Demografski, većina pacijenata s bulimijom su samci, fakultetski obrazovani i u srednjim dvadesetima (Sathyapriya i sur., 2018).

Prema Jenkins, Mancuso, Phillipou i Castle (2021), DSM-V navodi tri glavna poremećaja prehrane: anoreksija nervosa, bulimija nervosa i poremećaj prejedanja (eng. *binge-eating disorder*). Također, navodi se kako osobe s poremećajima prehrane koje ne zadovoljavaju pune kriterije za bilo koji od gore navedenih poremećaja spadaju u kategorije „ostali specifični poremećaji hranjenja ili prehrane“ (eng. *other specified feeding or eating disorder*) ili „nespecifični poremećaji prehrane“ (eng. *unspecified feeding or eating disorder*) (Jenkins i sur., 2021). Posljednja se određuje kada nisu ispunjeni potpuni kriteriji za druge poremećaje prehrane ili ako se ne raspolaze dovoljnom količinom informacija (Jenkins i sur., 2021).

Poremećaje prehrane, uključujući anoreksiju, bulimiju, poremećaje izbjegavanja/restriktivnog unosa hrane (ARFID) i poremećaje prejedanja (BED) karakteriziraju povišene stope smrtnosti, medicinske komplikacije i smanjena kvaliteta života (Anderson, Berg, Brown, Menzel i Reilly, 2021). Zaokupljenost prehranom, slikom tijela i težinom, kao i zaokupljenost i potreba za kontrolom unosa kalorija mogu imati ozbiljne emocionalne, društvene, hormonalne i fizičke

posljedice poput ozbiljnih kardiovaskularnih i neuroloških komplikacija, kao i narušenog fizičkog razvoja (McKenzie i Joyce, 1992; Mitchell, Specker i de Zwaan, 1991; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin, i Rosenheck, 2000; prema Chavez i Insel, 2007).

Posljedice navedenih poremećaja također mogu poprimiti oblik ozbiljnih somatskih komplikacija koje nisu lako vidljive laicima ili prepoznatljive pogođenom pojedincu – čak i iskusni zdravstveni radnici imaju poteškoća s njihovim točnim prepoznavanjem što može rezultirati pogrešnom pripisivanju njihovih uzroka (Schaumberg, Welch, Breithaupt, Hübel, Baker, Munn-Chernoff i Bulik, 2017).

Ideja o prijatelju, kolegici iz klupe, roditelju, učitelju ili djetetu koji se bori s poremećajem u prehrani, a posljedično tomu i s depresijom, tjeskobom, sramom, samomržnjom, krivnjom, frustracijom i izolacijom, društvu ili bliskoj osobi može se činiti teško prihvatljivom. Mnoga istraživanja koja se bave stigmatizacijom oboljelih od poremećaja u prehrani pokazuju kako su osobe s mentalnim bolestima, a time i osobe s poremećajem u prehrani vrlo često stigmatizirane (Brelet, Flaudias, Désert, Guillaume, Llorca i Boirie, 2021). Autori navode kako opća populacija osobe s poremećajem prejedanja povezuje s većim tijelom te osobe s anoreksijom opisuju kao „opasne, nesposobne, manipulatorne, s kojima je teško razgovarati i koje traže pažnju“ (Brelet i sur., 2021:9). Također, navodi se kako negativne konotacije često mogu dovesti do samostigmatizacije, pri čemu se mnogi smatraju slabima i nesposobnima, doživljavaju nisku samoefikasnost i nisko samopoštovanje te ne slijede posao ili druge neovisne životne ciljeve (Brelet i sur., 2021).

Osobe s poremećajima prehrane mogu se izolirati od društvenih aktivnosti i odnosa zbog internaliziranog osjećaja srama ili krivnje. Sram i krivnja mogu biti uzročni čimbenici u razvoju i održavanju anoreksije i bulimije nervose, ali je također moguće, s obzirom na stigm i tabu koji okružuje ove poremećaje, kako su sram i krivnja njihove posljedice (Burney i Irwin, 2000; Oluyori, 2013; Sanftner i sur., 1995; prema Blythin i sur., 2020).

Stalni fokus na izgled i rituale povezane s hranom može dovesti do sukoba i nesporazuma s obitelji i užom zajednicom u pokušaju razumijevanja i pružanja podrške oboljeloj osobi. Mnogi roditelji se suočavaju s raznim preprekama unutar procesa liječenja poremećaja prehrane (Coelho, Suen, Marshall, Burns, Lam i Geller, 2021). Neke od prepreka očituju se u kasnom prepoznavanju simptoma poremećaja prehrane, izazovima s pristupom adekvatnoj zdravstvenoj skrbi, pravovremenom liječenju, negativnim emocionalnim utjecajem na roditelje te roditeljskom isključenosti iz procesa liječenja (Coelho i sur., 2021). Saznanje o djetetu koji boluje od poremećaja prehrane predstavlja vrlo poražavajuće i bolno iskustvo za roditelja.

Prema Coelho i suradnicima (2021), roditelji nerijetko osjećaju krivnju kada se njihovom djetetu prvi put dijagnosticira poremećaj prehrane.

U nastavku, analizirat će se etiologija, simptomatologija, kao i psihološke i fizičke posljedice navedenih poremećaja u prehrani. Nadalje, raspravljati će se o potencijalnim čimbenicima rizika za razvoj poremećaja u prehrani poput društvenih standarda ljepote, društvenih mreža, obiteljskih odnosa, nezadovoljstva vlastitim izgledom i fitness industrije.

2. Etiologija poremećaja u prehrani

Poremećaji u prehrani su složene i višestruke pojave oblikovane kulturnim, društvenim i okolišnim čimbenicima, kao i pojedinačnim psihološkim i biološkim čimbenicima. Većina argumenata o poremećajima prehrane danas prepoznaje nešto "kulturno" kao bitno u njihovoj etiologiji; bilo da se radi o slikama tijela ili ženskom društvenom i obiteljskom iskustvu (Nasser i sur., 2001). Neki sociolozi tvrde kako je porast tjelesnog ideala mršavosti na Zapadu pridonio razvoju neuređenog ponašanja u prehrani, osobito među ženama, dok drugi naglašavaju ulogu kulturnih stavova prema hrani kao što je "čista" prehrana ili demonizaciji određenih skupina hrane. Treća skupina autora primjećuje kako su kontradikcije između neoliberalnih normi tjelesnosti građanstva i oblika potrošnje koje promiču tržišni prehrambeni sustavi utjecale na povećanu prevalenciju pojedinih poremećaja prehrane. Svaka od navedenih teza biti će obrazložena u nastavku.

2.1. Kapitalizam ljepote: ideali, deluzije i normativno nezadovoljstvo

Prema Rodin, Silberstein i Striegel-Moore (1984), kulturne norme, stereotipi i stavovi o ženskoj seksualnoj ulozi pružaju kontekst za razumijevanje zaokupljenosti žena mršavošću i njihovom težnjom za ljepotom.

U ljudskoj povijesti, standardi ljepote su oduvijek bili izuzetno prisutni u definiranju što je "lijepo" i poželjno u kontekstu oblika tijela, proporcija lica, visine i težine, a danas snažno utječu na svakodnevnu komunikaciju, medije i poslovni svijet (Wani, 2023). „U suvremeno doba standarde ljepote postavlja ljudska priroda kako bi težila sukladnosti sa društveno-kulturnim i političkim sustavima, što objašnjava viđenje privlačnosti kao normativne osobine u društvu, a posljedično tomu ljudsku tendenciju u "zavaravanju" drugih koristeći odjeću, šminku

i ostale metode“ (Wani, 2023:2265). Društveni standardi ljepote često naglašavaju tanko tijelo kao ideal, što može dovesti do želje za mršavošću i/ili strahu od debljine.

Moderna zapadna kultura promiče idealnu žensku figuru i oblik tijela, a težina može igrati veliku ulogu u određivanju misli i osjećaja prema vlastitom tijelu (Rodin, Silberstein i Striegel-Moore, 1984). Negativna slika tijela je toliko česta među ženama u zapadnoj kulturi kako se ista definira „normativnim nezadovoljstvom“. Tantleff-Dunn i suradnici (2011) navode kako je nezadovoljstvo vlastitom težinom postalo toliko rasprostranjeno među ženama da se negativni osjećaji spram vlastitoga izgleda smatraju "normom", a ne iznimkom. Autori također navode kako, iako se pojam "normativnog nezadovoljstva" u literaturi mnogo spominje, ostaje gotovo nepoznato u kojoj se mjeri nezadovoljstvo težinom i njezina korelacija s tjelesnom slikom povezana s poremećajima u prehrani postao stereotip za žene i u nekim slučajevima muškarce (Tantleff-Dunn i sur., 2011). Prema Juli (2019), težnja ka idealnoj figuri je pod utjecajem dvaju iskrivljenih i toksičnih kategorija našeg vremena: jedna je kategorija ljepote, a druga sreće – druga netom postaje imperativ djelovanja kod pojedinaca. „Mi smo legitimirani da postojimo samo na temelju dva uvjeta: ljepote i ljepote sretnih. Žene internaliziraju te ideale mršavosti smatrajući ih referentnom točkom s kojom se prosuđuju, dok se muškarci dive mladom, tankom i mišićavom tijelu“ (Juli, 2019:448). Na sličan način promišlja i Britton (2012) te navodi kako danas postoje tisuće oglasa koji promoviraju nedostižan ideal ljepote ženama svih dobnih skupina, oblika i veličina, a postavljanjem retuširanih modela u reklame, društvo je izgradilo nemoguće standarde ljepote što je dovelo do osjećaja neadekvatnosti među ženama (Britton, 2012).

Epidemijske proporcije želje za mršavošću, nezadovoljstva tijelom i neprovjerenim metodama kontrole težine među ženama navele su teoretičare da istražuju mehanizam koji je kadar doprijeti do velikog broja žena, pri čemu se masovni mediji navode kao jedan od tih mehanizama (Levine i Smolak, 1996; prema Spettigue i Henderson, 2004). Mediji, modna industrija i oglašavanje mogu ovjekovječiti spomenute ideale ljepote, promovirajući slike mršavih modela ili slavni osoba kao oličenje privlačnosti. Nadalje, različite industrije poput industrije brze hrane, zdrave prehrane, kozmetičke i plastične kirurgije također promiču opasno tanak ideal ljepote koji pruža zrelu klimu za razvoj neuređene prehrane ili nekog oblika poremećaja u prehrani (Hesse-Biber, Leavy, Quinn i Zoino, 2006).

Prema Dondzilo, Rieger, Jayawardena i Bell (2019), sociokulturna teorija objašnjava kako percipirani pritisci od strane društvenih agenata (npr. mediji i kolege) u dostizanju idealnog oblika tijela doprinose razvoju i održavanju slike tijela i patologije karakteristične za poremećaje u prehrani. „Tendencija internalizacije tih sociokulturnih stavova i proces

prilagođavanja tankom tjelesnom idealu, može dovesti do dvije motivacijske orijentacije: približavanje tankom idealu i izbjegavanje stigme debljine. Ovi motivacijski konstrukti mogu se operacionalizirati tako da predstavljaju nagon za mršavošću (eng. *thinspiration*) i strah od debljine“ (Dondzilo i sur., 2019:585).

Međutim, potrebno je naglasiti kako su želja za mršavošću i strah od debljine različiti konstrukti koji u kontekstu slike tijela i poremećaja prehrane obuhvaćaju mehanizme pristupanja i izbjegavanja (Dalley, 2016; Levitt, 2003; Rodgers, DuBois, Frumkin, & Robinaugh, 2018; prema Donzillo i sur., 2019). Mehanizam pristupanja definira se kao ponašanje koje pokreće ili se usmjerava prema pozitivnim podražajima, odnosno, ponašanje u skladu sa dostizanjem mršavosti, dok strah od debljine obuhvaća mehanizam izbjegavanja koji se definira kao ponašanje kojeg pokreću negativni podražaji ili njihovo izbjegavanje (Elliot, 2006; prema Donzillo i sur., 2019). S jedne strane, mediji usmjeravaju ponašanje pojedinaca čineći mršavost poželjnom, a s druge perpetuiraju strah od pretilosti koji, kao distinktivni simptom anoreksije nervose (Borgers i sur., 2021), može proizaći iz stigmatizacije većih tijela i negativnog prikazivanja pojedinaca s prekomjernom težinom u određenim kulturama.

Prema Mannion i Small (2019), povećanje stope pretilosti na globalnoj razini dovelo je do „epidemije pretilosti“ koja je okarakterizirana kao jedna od najtežih prijetnji individualnom i javnom zdravlju našeg vremena. Tako se, prema autorima, stvara javni diskurs koji dovodi do moralne panike koja se očituje u medijskoj demonizaciji pretilosti i pritiscima da se dobije odgovarajuća veličina ili oblik tijela. Moralne konotacije poput lijenosti, impulzivnosti i proždrljivosti se negativno reflektiraju nad onima koji imaju prekomjernu težinu ili su pretili (Mannion i Small, 2019), pri čemu se pretilost snažno stigmatizira te se psihološki, socijalno ili ekonomski kažnjava (Rodin, Silberstein i Striegel-Moore, 1984).

Littlewood (2004) primjećuje kako je strah od pretilosti pratio niz ekonomskih i javnozdravstvenih promjena povezanih s industrijalizacijom, kao što su poboljšana prehrana i opći pristup hrani izvan fizioloških zahtjeva, razvoj prehrane kao aktivnosti unutar slobodnog vremena, niske stope smrtnosti, ali i smanjene plodnosti. Autor mogući pomak u muškoj seksualnoj privlačnosti prema androginom i "pomlađenom" ženskom tijelu objašnjava povećanjem broja žena na tržištu rada koje se natječu protiv muškaraca, što je dovelo do teoretske, ali u praksi ne tako dostupne moralne jednakosti, a možda i identiteta s muškarcima što je u konačnici rezultiralo preklapanjem društvenih uloga, ciljeva, klasnog statusa, rađanja djeteta i morfologije tijela (Littlewood, 2004).

S druge strane, Pirie (2016) primjećuje postojanje kontradikcija između neoliberalnih normi tjelesnosti građanstva i oblika potrošnje koje promiču tržišni prehrambeni sustavi. Nadalje, autor polazi od teze kako sve veća prevalencija neuređene prehrane može biti povezana s posebnim obilježjima suvremene neoliberalne političke ekonomije, a posebno neoliberalnih prehrambenih sustava, pri čemu neoliberalizam učinkovito stvara okruženje u kojem se prejedanje istovremeno potiče i osuđuje (Pirie, 2016). Zatim, naglašava kontradiktornosti neoliberalnog režima unutar javnog zdravstva u vidu zahtijeva da svatko od nas preuzme odgovornost za vlastito zdravlje i upravlja svojom potrošnjom na razborit način: „Izgradnjom pretilosti kao glavne javnozdravstvene krize s kojom se suočavaju napredna kapitalistička društva skrećemo pozornost s učinaka strukturnih ekonomskih promjena u povećanju zdravstvenih nejednakosti i drugih javnozdravstvenih problema (npr. industrijsko zagađenje) koji su manje podložni analizi usmjerenoj na pojedinačnu agenciju. S druge strane, prvenstveno kroz rast sektora jeftinih restorana, iznimno veliki obroci, od preko 2000 kalorija, integrirali su se u svakodnevne prehrambene prakse (Pirie, 2016:850). Autor zaključuje kako kontradiktorni pritisci koje prehrambeni i javnozdravstveni sustavi vrše na pojedince imaju potencijal za stvaranje znatne nelagodice među ranjivim pojedincima i doprinose rastu neuređene prehrane (Pirie, 2016).

2.2. Obiteljske karakteristike osoba koje boluju od poremećaja u prehrani

„Sve sretnje obitelji nalik su jedna na drugu, svaka nesretna obitelj nesretna je na svoj način“

(Nikolajevič Tolstoj, 1961)

Sreća unutar obitelji ne proizlazi iz jedinstvenih okolnosti ili izvanrednih događaja, već iz prisutnosti određenih temeljnih osobina ili pozitivnih osjećaja koji su zajednički svim članovima obitelji. Prema MacArthuru (2005), te osobine mogu uključivati ljubav, razumijevanje, međusobno poštovanje, učinkovitu komunikaciju, podršku i sposobnost zdravog snalaženja u sukobima. “U funkcionalnoj obitelji postoji privlačna, ugodna i nježna atmosfera u domu i obitelji. Atmosfera u domu je pomalo neopipljiva, ali je u samom središtu obiteljske duše. U funkcionalnoj obitelji postoji dobar osjećaj i dobar je osjećaj biti zajedno. Atmosfera je "laka" i "nije tijesna". Ljudi vole biti tamo“ (MacArthur, 2005:13). Suprotno tomu, obitelji u kojima je atmosfera “tjesna” i “nelagodna”, a neke od navedenih karakteristika su nepostojeće, tada se može govoriti o disfunkcionalnim obiteljima. Djeca se osjećaju sigurno

kada mogu računati na to da će njihovi skrbnici dosljedno zadovoljavati njihove fizičke i emocionalne potrebe, no često se to ne događa u disfunkcionalnim obiteljima jer roditelji ne ispunjavaju svoje osnovne odgovornosti da skrbe, štite i njeguju svoju djecu (Sharon Martin, 2018; prema Swetha i Gayathri, 2022). Swetha i Gayathri (2022) također navode kako su disfunkcionalne obitelji obično nepredvidive, kaotične i ponekad zastrašujuće za djecu. Zdravi obiteljski odnosi važni su za normalan psihosocijalni, tjelesni i moralni razvoj svakog pojedinca. U sljedećim redovima navesti će se niz specifičnih karakteristika i obrazaca disfunkcionalnih obiteljskih odnosa koji mogu utjecati na razvoj poremećaja u prehrani.

Erriu, Cimino i Cerniglia (2020) navode kako se u povijesti negativna obiteljska dinamika promatrala kao ključni element u razvoju i održavanju poremećaja prehrane, s početnom pažnjom usmjerenoj prema anoreksiji nervosi. Dugogodišnja tradicija istraživanja poremećaja prehrane u relacijskom sistemskom polju, koja je započela prije više od 50 godina pionirskim kliničkim opažanjima ekspanenata milanske škole, istaknula je odnos između psihopatoloških aspekata prehrane i obiteljske dinamike pacijenata (Erriu i sur., 2020). Prve sistemske konceptualizacije anoreksije nervoze predložene modelima psihosomatskih obitelji (Minuchin, Rosman i Baker, 1978), sugerirale su kako u podrijetlu poremećaja postoje specifični obrasci obiteljske interakcije i promjene u odnosima koji bi također mogli biti odrednice u održavanju i razvoju bolesti (Erriu, Cimino i Cerniglia, 2020). Prema Hurwitz (2004), somatizacija se odnosi na tendenciju pojedinaca da iskuse i komuniciraju psihološki stres u obliku somatskih simptoma za koje traže liječničku pomoć. Ovaj psihološki proces dovodi do somatoformnih poremećaja, koji se obično prvi put pojavljuju u nepsihijatrijskim okruženjima (Hurwitz, 2004) i može se pokrenuti i/ili ovjekovječiti emocionalnim odgovorima kao što su anksioznost i depresija (Al Busaidi, 2010). Tako su Minuchin, Rosman i Baker (1978) pronašli četiri karakteristike psihosomatske obitelji te navode zatečenost, pretjeranu zaštitu, krutost i nemogućnost rješavanja sukoba čiji se klaster transakcijskih obrazaca smatrao karakterističnim za obiteljski proces koji potiče somatizaciju (Minuchin, Rosman i Baker, 1978). “Unutar psihosomatskog obiteljskog konteksta, simptomatsko dijete je uključeno u roditeljski sukob na specifične načine. Roditelji koji se međusobno ne podnose mogu se ujediniti u zaštitnoj brizi za svoje bolesno dijete, izbjegavajući sukob obilaskom djeteta ili se bračni sukob pretvara u roditeljski sukob oko pacijenta i njegova upravljanja. U nekim obiteljima, roditelji dijete regrutiraju da zauzme stranu ili se ono nameće kao posrednik ili pomagač. Učinkovitost nositelja simptoma u reguliranju unutarnje stabilnosti obitelji pojačava i nastavak simptoma i

osebujne aspekte obiteljske organizacije u kojoj se pojavio” (Minuchin, Rosman i Baker, 1978:32).

Disfunkcionalna obiteljska dinamika u kojoj postoje visoke razine sukoba, kritike ili zanemarivanja mogu pridonijeti razvoju poremećaja prehrane. Ova nezdrava obiteljska okruženja mogu stvoriti emocionalni stres i potrebu za kontrolom koji se mogu očitovati u neuređenim obrascima prehrane. „Kada adolescenti nemaju sposobnost donošenja vlastitih izbora, manje je vjerojatno da će regulirati unos hrane, donositi zdrave odluke o hrani ili pronaći hranu u kojoj uživaju“ (Robertson, 2020). Sukladno navedenom, istraživači su pronašli neke komponente odnosa roditelj-dijete koje mogu biti povezane s razvojem poremećajima prehrane (Robertson, 2020; prema Ramsewak, Moty, Putteeraj, Somanah i Nirmala, 2022). Stilovi roditeljstva shvaćaju se kao tipični stavovi i ponašanja koja imaju oni koji zauzimaju roditeljsku ulogu, dok su određena ponašanja, kao što su stvaranje pritiska na jelo ili kritika težine specifična za domenu roditeljskih praksi (Hampshire, Mahoney i Davis, 2022). Roditeljski stilovi se djelomično razlikuju s obzirom na razine kontrole i topline u odnosu roditelj-dijete. Ako su razine kontrole roditelja – bilo prevelike ili premale – prisutne, a nedostatak naklonosti karakterističan je za njihove interakcije s adolescentima, spomenute su prakse za adolescente u tim domovima povezane s većim rizikom za razvoj neuređenog prehranbenog ponašanja (Berge i sur., Krug i sur., 2016; Zubatsky 2015; prema Robertson, 2020).

U istraživačkoj literaturi o obiteljskim karakteristikama žena s anoreksijom ili bulimijom često se navode obiteljska okruženja u kojima su prisutne određene karakteristike poput perfekcionizma, visokih razina kontrole, zamršenih normi i nejasnih granica te u kojima su istaknuta pitanja težine i izgleda (Haworth-Hoepfner, 2000). Autoritarni roditelji koriste stroga pravila i ograničenja formirana prekomjernom razinom autoriteta za kontrolu ponašanja svoje djece, dok popustljivi roditelji preuzimaju strategiju toleriranja i podržavanja ponašanja na temelju želja svoje djece bez razmatranja uzroka ili osnova njihova ponašanja (Liu i Guo, 2010; prema Kong i Yasmin, 2022). Ramsewak i suradnici (2022) navode kako su autoritarni i popustljivi stilovi značajnije povezani s poremećajima prehrane u odnosu na autoritativni stil roditeljstva, stoga je vjerojatnije da će djeca razviti neuređene prehranbene navike ako se očinska figura percipira kao autoritarna. Nadalje, Robertson (2020) navodi kako su majke često opisane kao perfekcionistice, zahtjevne i hiperkritične, pri čemu se u situacijama gdje roditelji vrše pretjeranu kontrolu nad prehranbenim navikama ili postavljaju nerealna očekivanja na

izgled svoga djeteta može stvoriti osjećaj pritiska i dovesti do neuređenog prehrambenog ponašanja u obliku „mehanizma suočavanja“.

3. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji poremećaja u prehrani ANOREKSIJA NERVOSA

Anoreksija nervosa je ozbiljan psihički poremećaj kojeg karakterizira samoinducirana pothranjenost, izobličenje slike tijela i strah od debljanja (Chang i sur., 2023). Prema Peterson i suradnicima (2016), razgraničenje podskupina unutar dijagnoze može olakšati jasnije razumijevanje simptoma koji se istodobno pojavljuju, stoga DSM-V označava dvije podvrste anoreksije nervose:

1) **PREŽDERAVAJUĆE/PURGATIVNI TIP (AN-BP)** kojeg karakterizira prejedanje ili pročišćavanje (npr. samoinducirano povraćanje, zlouporaba laksativa ili diuretika), ili kombinacija prejedanja i simptoma čišćenja u posljednja tri mjeseca

2) **RESTRIKTIVNI TIP (AN-R)**, karakteriziran nedostatkom redovitog prejedanja i/ili pročišćavanja, odnosno, izbacivanja hrane povraćanjem, laksativima ili diureticima u tri mjeseca prije dijagnoze (Peterson i sur., 2016).

Iako kroz povijest simptomatologija anoreksije nervose pokazuje evoluciju povezanu s okolišnim čimbenicima (Dell’Osso i sur., 2016), važno je naglasiti kako samoizgladnjivanje nije praksa nastala u suvremeno doba. Post ili samoizgladnjivanje, kao oblik duhovne discipline ili sredstvo pročišćavanja tijela i uma, već se stoljećima prakticira u raznim vjerskim tradicijama. Prema Weiss (1995), samoizgladnjivanje je često predstavljalo sredstvo za izvršavanje moći i kontrole u obiteljima i društvima iz religijske, političke ili društvene perspektive. Nadalje, autor tvrdi kako različite religije institucionaliziraju post, koji može poslužiti kao izraz pobožnosti ili provjere članstva u grupi: „Judaizam usmjerava sljedbenike da poste na Jom Kipur, danu molitve i pomirenja. Islam prakticira post u dnevnim satima Ramazana u devetom mjesecu islamskog kalendara. Hindusi mogu odlučiti postiti, bilo u potpunosti ili ograničavanjem određene hrane u određeno vrijeme tijekom tjedna, mjeseca ili godine. Starijim Jainima pogođenim bolešću i koji nisu bili u stanju ispuniti obvezne vjerske dužnosti bilo je dopušteno razmotriti mogućnost ritualnog samoizgladnjivanja, fatalna praksa poznata kao Sallekhan“ (Weiss, 1995:14). U zapadnim su zemljama također zabilježeni prvi primjeri samoizgladnjivanja, nastali kao rezultat difuzije gnostičke filozofije i kršćanstva, gdje su kršćanski pustinjaci prakticirali duševno pročišćavanje putem samoizgladnjivanja

(Dell'Osso i sur., 2016). S druge strane, samoizgladnjivanje i drugi oblici samonanošenja štete kod osoba koje boluju od poremećaja u prehrani su u velikoj mjeri prisutni kao oblik tjelesnog ograničavanja koji se koristi za provođenje kontrole nad potrebom za hranom, što u dogledno vrijeme može dovesti do fizičke ozljede ili čak smrti (Favaro i Santonastaso, 1998; Lacey i Evans, 1986; Welch i Fairburn, 1996; prema Treasure, 2007).

Nadalje, Del Casale i suradnici (2022) smatraju kako se ovaj poremećaj može tumačiti kao odgovor na društveni kontekst i ženino odbijanje debljine u negiranju zrele seksualnosti i nekada davno su mu se pripisivali "histerični" uzroci. Naime, tijekom 19. stoljeća zanimanje o uzrocima histerije u medicinskoj je literaturi bilo veliko. Histerija, detaljno opisana u drugom tisućljeću prije Krista, nesumnjivo je prvi mentalni poremećaj koji se pripisivao ženama (Tasca i sur., 2012) i bio je povezan s različitim fizičkim i psihološkim simptomima. Anoreksija nervosa, onako kako se danas kategorizira, još nije bila priznata dijagnoza u to vrijeme. Često se pogrešno tumačila kao oblik histerije jer je uključivala poremećaje apetita i slike tijela, koje se smatralo simptomima "ženskog poremećaja". Izraz "histerična anoreksija" ili "histerija anoreksije" prvi je upotrijebio Charles Ernest Lasègue (1816-1883) u članku "O histeričnoj anoreksiji" (1873) (Valente, 2016). Prema Valente (2016), Lasègue je identificirao tri faze histerične anoreksije. Pa tako, u prvoj fazi pacijenta prati osjećaj punoće i pati nakon pojedenog obroka. Nadalje, pojavljuje se hiperaktivno ponašanje i pacijent eliminira neke namirnice iz svoje prehrane. U drugoj fazi dolazi do evidentnog fizičkog pogoršanja i pacijent niti želi niti ne želi ozdraviti (Valente, 2016). U trećoj i posljednjoj fazi, pacijent pokazuje znakove pothranjenosti i osjeća tjeskobu zbog percipirane zabrinutosti i tuge najbližih, zbog čega po prvi puta shvaća ozbiljnost situacije (Valente, 2016).

Lasègueovi uvidi odražavaju razumijevanje i znanje njegova vremena, pri čemu je ono bilo uvelike ograničeno u usporedbi sa suvremenim saznanjima o poremećaju. Od tada je razumijevanje anoreksije nervose značajno napredovalo, a poremećaj je sada prepoznat kao specifično psihijatrijsko stanje sa širokim rasponom simptoma i manifestacija.

Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (WHO, 1992; prema Morris i Twaddle, 2007:895) navodi sljedećih pet dijagnostičkih kriterija anoreksije nervose:

- Tjelesna težina održava se najmanje 15 % ispod očekivane
- Gubitak težine je samostalno izazvan izbjegavanjem "debljajuće hrane" zajedno sa samoinduciranim povraćanjem, pročišćavanjem, prekomjernim vježbanjem ili korištenjem sredstava za suzbijanje apetita ili diuretika (ili oboje)

- Slika tijela je iskrivljena u obliku specifične psihopatologije pri čemu je prisutan perzistirajući strah od debljine gdje pacijent sebi nameće prag težine
- Rasprostranjeni endokrini poremećaj manifestira se kod žena u obliku amenoreja i kod muškaraca kao gubitak seksualnog interesa i impotencije. Mogu se povećati koncentracije hormona rasta i kortizola, a mogu se vidjeti i promjene u perifernom metabolizmu hormona štitnjače i abnormalnosti izlučivanja inzulina
- Ako se pojavljuje prije početka puberteta, slijed pubertetskih događaja bit će odgođen (Rast će prestati; kod djevojčica se grudi neće razviti i primarna amenoreja će biti prisutna; kod dječaka genitalije će ostati nerazvijene).

Statistički podatci otkrivaju zabrinjavajuće uvide o prevalenciji anoreksije nervose. Prema Morris i Twaddle (2007), anoreksija nervosa ima najveću smrtnost od bilo kojeg psihijatrijskog poremećaja. Ima prevalenciju od oko 0,3 % kod mladih žena, pri čemu je više nego dvostruko češća kod tinejdžerica s prosječnom dobi od 15 godina te su 80 do 90 % pacijenata žene. U posljednjih nekoliko godina, relevantni stručnjaci na području poremećaja u prehrani identificirali su strah i mehanizam izbjegavanja (Melles, Spix i Jansen, 2021) kao temeljne simptome anoreksije nervose i noviji nalazi pokazuju kako se poremećaji prehrane i anksiozni poremećaji često pojavljuju istodobno: oko 65 % pacijenata s poremećajem prehrane ispunjava kriterije komorbidne anksioznosti, s najčešće dijagnosticiranim socijalnim anksioznim poremećajem. Ublažavanje anksioznosti uzrokovane ograničavanjem prehrane perpetuiraju pretjerani angažman u ponašanju (Lloyd, Haase i Verplanken, 2018).

Nakon spomenute prevalencije poremećaja, važno je istaknuti kako njegovo potpunije razumijevanje zahtijeva primjenu relevantnih teorijskih okvira u objašnjavanju uzroka, mehanizama održavanja i mogućim pristupima liječenja. Međutim, radi potreba ovoga rada navesti će se samo nekolicina, pri čemu će biti istaknute sljedeće teorije: kognitivno-bihevioralne, psihodinamične i neorobiološke.

Kognitivno-bihevioralne teorije naglašavaju ulogu iskrivljenih misli, uvjerenja i ponašanja u razvoju i održavanju anoreksije nervose. U Fairburnovom transdijagnostičkom pristupu, poremećaji prehrane shvaćaju se kao kognitivni problemi (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2013; prema Dudek, Ostaszewski i Malicki, 2019). Prema ovom modelu, temeljni uzrok svih poremećaja prehrane je isti skup disfunkcionalnih uvjerenja vlastite vrijednosti, koji se uglavnom sastoji od kognitivnih značajki prekomjerne procjene oblika i težine i njihove kontrole, koje se izražavaju u nizu poremećenih misli i ponašanja (Loeb i sur., 2012). Prema Dudek, Ostaszewski i Malicki (2019), kod pacijenata s poremećajima prehrane osjećaj samopoštovanja je prvenstveno određen njihovom težinom, figurom i sposobnosti da ih se

kontrolira, za razliku od osoba čije se samopoštovanje temelji na njihovim postignućima u različitim sferama života, stoga se upuštaju u ponašanja koja pojačavaju temeljnu psihopatologiju, primjerice, u slijedenju različitih režima prehrane koje su često iznimno restriktivne ili iracionalne, a mogu uključivati potpuno izbjegavanje ugljikohidrata ili konzumiranja 800 kalorija dnevno (Dudek, Ostaszewski i Malicki, 2019).

Psihodinamske teorije sugeriraju kako anoreksija nervosa može biti manifestacija temeljnih psiholoških sukoba, kao što su pitanja povezana s kontrolom, identitetom ili neriješenim iskustvima iz djetinjstva. Prema psihoanalitičkoj teoriji (Lane, 2002), anoreksija potječe iz dječjeg odnosa s majkom, što dovodi do poteškoća kroz psiho seksualne faze odvajanja od majke i razvoja autonomnog ja. Pojedinaac postaje samokažnjavajući i samokontrolirajući, izražavajući svoje osjećaje i unutarnje sukobe kroz svoje tijelo kao simbolički način ispuštanja napetosti tješeći se, istiskujući mentalnu bol na tijelo, pročišćavajući se od tjelesnih impulsa ili kao način pasivno agresivnog oblika osвете roditeljskim figurama (Lane, 2002).

S druge strane, neurobiološki modeli sugeriraju kako osobe s anoreksijom mogu imati genetske predispozicije ili abnormalnosti u strukturi i funkciji mozga koje doprinose razvoju poremećaja. Recentne neurobiološke studije poremećaj smatraju ishodom disfunkcija u neuronskim procesima povezanim s apetitom i emocionalnošću (Kaye i sur., 2009, 2013; prema Riva, 2016). Prema Riva (2016), ovi pregledi sugeriraju kako pacijente s anoreksijom karakterizira disregulacija u prednjem ventralnom striatalnom putu - za kojeg se vjeruje da služi kao prolaz putem kojeg asocijativne informacije iz amigdale i prefrontalnih regija mozga mogu utjecati na izlaz motornih neurona pri usmjeravanju ponašanja (Roesch, Singh, Brown, Mullins i Schoenbaum, 2009). Spomenuta disregulacija može stvoriti podlogu za disregulirana prehrambena ponašanja, pri čemu visoka razina samokontrole proizvedena pretjeranim funkcioniranjem leđnog kognitivnog kruga osobama s anoreksijom omogućuje inhibiranje apetita (Kaye i sur., 2009, 2013; prema Riva, 2016).

BULIMIJA NERVOSA

Bulimija nervosa je drugi najčešći poremećaj prehrane i jedno je od najčešćih psihijatrijskih stanja kod žena (Berner i sur., 2023). Prema Hay i Claudino (2010), osobe s bulimijom nervosa mogu biti normalne težine, što otežava dijagnosticiranje. Nakon deset godina, oko polovice ljudi s bulimijom nervosa potpuno će se oporaviti, jedna trećina će se djelomično oporaviti, a

10 % do 20 % će i dalje imati simptome (Hay i Claudino, 2010). U slučaju anoreksije nervose postoji ekstremni strah od debljanja unatoč sve većoj mršavosti, dok se bulimija nervosa obično pojavljuje nakon razdoblja dijete (Berrettini, 2004) kojeg karakteriziraju ponavljajuće epizode prejedanja, odnosno, unošenja velikih količina hrane (eng. *binge*) povezane s osjećajem gubitka kontrole, kao i neprimjerena kompenzacijska ponašanja (npr. samoinducirano povraćanje, zlouporaba laksativa ili diuretika, post ili pretjerano vježbanje) te precijenjenost oblika tijela i vlastite težine (Hail i Le Grange, 2018). Samoinducirano povraćanje najčešća je korištena metoda pročišćavanja kojoj se pacijenti s poremećajima prehrane vraćaju kako bi nadoknadili propuste njihova prejedanja i posljedično tomu, smršavjeli (Mehler i Rylander, 2015).

Prema Mehler (2011), postoje brojne oralne i gastrointestinalne komplikacije koje se mogu razviti kao posljedica samo-induciranog povraćanja. Autor navodi kako većina pacijenata s bulimijom nervosom izaziva povraćanje pomoću vlastitih prstiju, ali neki koriste *Ipecac*. *Ipecac* je sirup koji osobe s poremećajima prehrane mogu zloupotrijebiti za samoizazivanje povraćanja i može rezultirati ozbiljnim medicinskim komplikacijama, s uobičajenim nuspojavama koje uključuju dugotrajno povraćanje (dulje od jednog sata), letargiju, pospanost, proljev, groznicu i razdražljivost (Benzoni i Gibson, 2021). Kako bolest napreduje, mnogi mogu refleksno povraćati bez mehaničke stimulacije (Mehler, 2011). Oralne komplikacije bulimije prvenstveno su povezane s kroničnom regurgitacijom kiselog želučanog sadržaja te se može javiti keilozna, oblik stomatitisa karakteriziran bljedilom i maceracijom sluznice na kutovima ustiju ili linearnim pukotinama u teškim slučajevima (Mehler, 2011). Prema Nitsch, Dlugosz, Gibson i Mehler (2021), osim gubitka velikog broja elektrolita kao posljedice povraćanja, neke od medicinskih komplikacija jedinstvene su za način pročišćavanja, pri čemu se navode sljedeće: žuljevi na dominantnoj ruci, zubne erozije i traume sluznice usne šupljine i ždrijela, krvarenja od prisilnog povraćanja, koji također može uzrokovati ponavljajuću epistaksu, hipertrofiju parotidne žlijezde, intratorakalne i intra-alveolarne tlakove, što može dovesti do upale pluća, raznih gastrointestinalnih komplikacija, nepravilne menstruacije kod ženskih pacijenata i mnogih drugih komplikacija, ovisno o učestalosti njihovog ponašanja (Nitsch, Dlugosz, Gibson i Mehler, 2021).

Najrecentnija istraživanja iz područja neurobiologije i genetike sugeriraju kako genetska predispozicija, promijenjeni moždani krugovi, neravnoteža neurotransmitera i hormonska deregulacija mogu igrati veliku ulogu u samim počecima razvoja ovog poremećaja. Primjerice, podaci istraživanja na uzorku zdravih odraslih osoba sugeriraju kako na regulaciju unosa hrane utječu procesi povezani s kontrolom inhibitora i metaboličko stanje organizma — je li netko nedavno jeo ili postio, dok podatci dobiveni na pojedincima s bulimijom, koji izmjenjuju stanja

iz ekstremnog kontroliranja unosa kalorija do prejedanja, sugeriraju potencijalno aberantnu interakciju između kognitivne kontrole i metaboličkih čimbenika (Berner i sur., 2023).

POREMEĆAJI PREJEDANJA

Eaton (2020) navodi kako je zečja rupa u Carrollovom romanu „Alisa u Zemlji Čudesa“ uobičajena metafora za proces razvoja poremećaja prehrane koja pokazuje zamršene fizičke, bihevioralne i psihološke komponente koje doživljavaju pojedinci sa datim poremećajima. U zečjoj rupi postoji iluzorna barijera između objektivnog svijeta pojedinca i trenutne stvarnosti neuređene prehrane (Carroll, 1865; prema Eaton, 2020). „Putovanje do oporavka od poremećaja u prehrani je često obilježeno zbunjenošću i preprekama te se može opisati kao bijeg pojedinca od obmana i kontradikcija koje postoje u zečjoj rupi“ (Eaton, 2020:373). Međutim, u romanu nema eksplicitnog prikaza poremećaja prehrane, no tematika hrane koja se provlači kroz čitavo djelo i njezini učinci na Alisinu veličinu, identitet i percepciju sebe igraju značajnu ulogu u fabuli priče.

U romanu, Alisine interakcije s hranom dovode do nepredvidivih promjena u njezinoj fizičkoj veličini. Primjerice, pije iz boce s oznakom "Ispij me" i skuplja se do male veličine te nedugo nakon toga pojede tortu s oznakom "Pojeđi me" i raste u veličini (Carroll, 2004: 20-23). Ove transformacije predstavljaju Alisinu borbu s vlastitim identitetom, neizvjesnostima i strahom koji prate odrastanje. Mnoge interpretacije spomenutog djela izričito dovode u pitanje problematiku odrastanja i razvoj abnormalnih obrazaca jedenja, što je karakteristično za poremećaj prejedanja. Westcott (2020) navodi kako se, u vidu poremećaja u prehrani, većina feminističkih odgovora na simboliku u radu Lewisa Carrola odnosi na anoreksiju, koja predstavlja „izvršnu alegoriju za nestanak jastva u ženskoj adolescenciji“. Međutim, Westcott (2020) tvrdi kako Alisin odgovor na novu okolinu i transformaciju nije karakterističan za anoreksiju, već je neuređeno prehrambeno ponašanje koje pokazuje Alisa prilikom procesa smanjivanja i rasta sličnije prejedanju radi anksioznosti koju doživljava, što ju dovodi do toga da jede više.

Prema Burton i Abbott (2019), prejedanje uključuje osjećaj „gubitka kontrole“ nad prehranom i konzumiranje velike količine hrane u kratkom vremenskom trajanju, obično popraćeno osjećajem krivnje, srama, gađenja i depresije te je prisutno kod osoba s dijagnozom bulimije nervose, poremećaja prejedanja i prežderavajuće/purgativnog tipa anoreksije nervose (Burton i Abbott, 2019). Ta je individualna dijagnoza različita od bulimije, iako se zapravo vrlo malo zna

o razlikama u prejedanju između ovih kliničkih skupina (Iqbal i Rehman, 2022; Schreiber-Gregory i sur., 2013).

Poremećaj prejedanja je povezan s posljedicama fizičkog zdravlja, uključujući povećanu smrtnost, rizik od dijabetesa tipa 2, hipertenziju, kroničnu bol i glavobolje (Kessler i sur., 2013; Kornstein, Kunovac, Herman, i Culpepper, 2016; prema Grant i Chamberlain, 2020). Prema Iqbal i Rehman (2022), prejedanje uključuje epizode konzumiranja hrane u većoj količini nego što je to normalno u vrlo kratkom vremenu, pri čemu se one ponavljaju svaki tjedan tijekom tri mjeseca, iako njihovo trajanje uvelike varira među oboljelim pojedincima. Schreiber-Gregory i suradnici (2013) navode kako prosječna epizoda obično traje kraće od jednog sata i vjerojatnije je da će se dogoditi radnim danom nego vikendom. Također, navodi se kako pojedinci koji prijavljuju dulje prosječno trajanje epizode prejedanja prijavljuju veću depresiju i niže rezultate samopoštovanja od onih s kraćim prosjekom epizode prejedanja (tj. manje od dva sata) (Schreiber-Gregory i sur., 2013). Pojedinci koji prejedaju obično pokazuju somatske (fizičke) i psihosomatske simptome, odnosno, zdravstvene probleme koje potiču ili pogoršavaju psihosocijalni čimbenici poput gastrointestinalnih problema (npr. bolovi u trbuhu), bol u prsima i srcu, glavobolje, nesvjesticu, otežano disanje i umor (Romano i sur., 2020). Često se umjesto poremećaja prejedanja koristi termin *emocionalnog prejedanja* koji se odnosi na sklonost prejedanju kao odgovoru na negativne emocije. Jedenje velikih količina hrane u vrlo kratkom vremenskom rasponu se koristi kao način suzbijanja ili ublažavanja negativnih emocija poput stresa, ljutnje, straha, tuge, usamljenosti ili dosade. Veliki životni događaji ili, češće, brige svakodnevnog života mogu potaknuti negativne emocije koje dovode do emocionalnog prejedanja i ometaju pokušaje mršavljenja (Saljoughian, 2021).

Nemogućnost emocionalne regulacije ključan je faktor za razumijevanje ovog poremećaja, čiji je ishod razvoj abnormalnog odnosa prema hrani. Kontrola unosa kalorija ili druga disfunkcionalna ponašanja vezana uz hranjenje koriste se kao načini nošenja s teškim osjećajima i raznim životnim situacijama.

Emocionalna regulacija je ključna za sprječavanje takvog disfunkcionalnog ciklusa prejedanja, te prema Gratz i Roemer (2004) uključuje (a) svijest i razumijevanje emocija, (b) prihvaćanje emocija, (c) sposobnost kontrole impulzivnog ponašanja i ponašanja u skladu sa željenim ciljevima pri doživljavanju negativnih emocija, i (d) sposobnost fleksibilnog korištenja situacijski prikladnih strategija regulacije emocija za moduliranje emocionalnih odgovora po želji kako bi se ispunili individualni ciljevi. Disregulacija emocija nastaje kada pojedinac ima nedostatke u bilo kojoj od ovih domena (Gratz i Roemer, 2004). Istraživanja emocionalne

disregulacije naglašavaju kako je jedenje maladaptivna strategija suočavanja s emocionalnim stresom (Ahmadkaraji i sur., 2023) te se strategije regulacije emocija smatraju posebno važnima kod stanja pretilosti jer mogu smanjiti stres koji je obilježen povećanim izlučivanjem kortizola (Reinelt i sur., 2020). Osim toga, često potiskivanje emocija povezano je s emocionalnom prehranom, odnosno konzumiranjem više hrane kada se netko osjeća emocionalno (Reinelt i sur., 2020).

ORTOREKSIJA NERVOSA: biljna prehrana kao maska za poremećaje u prehrani?

Ortoreksija Nervosa (ON) je opsesija pravilnom i kvalitetnom prehranom koju karakterizira restriktivna prehrana, ritualizirani obrasci prehrane i kruto izbjegavanje hrane za koju se vjeruje da je nezdrava ili nečista (Hafstad, Bauer, Harris i Pallesen, 2023). Orthorexia (ON) iz grčkog *ortho*, što znači ispravno, a *orexia*, što znači apetit, prvi je imenovao Steven Bratman 1997. godine te je klasificirana kao neodređeni poremećaj hranjenja i prehrane u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-V) (Scarff, 2017).

Vegetarijanska ili veganska prehrana može biti privlačna osobama s ortoreksijom nervosom zbog njihove usredotočenosti na cjelovitu i neprerađenu hranu. U zapadnim društvima se primjećuje sve veći interes za obrasce prehrane na biljnoj bazi kao što su izbjegavanje mesa, ribe ili potpuno isključivanje proizvoda životinjskog podrijetla karakteristične za vegetarijanstvo ili veganstvo (Medawar i sur., 2019). Također, autori navode kako je u 2015. godini prijavljeno oko 0.4 % - 3.4 % odraslih osoba u SAD-u, 1 - 2 % odraslih Britanaca i 5 - 10 % odraslih Nijemaca kojih, iz različitih razloga, uglavnom konzumiraju biljnu prehranu (Medawar i sur., 2019). Prema Clem i Barthel (2021), zanimanje za biljnu prehranu potaknuto je brojnim čimbenicima kao što su ostvarivanje zdravlja, zabrinutosti za dobrobit životinja ili načina smanjenja njihova ekološkog otiska. Neki su također djelomično potaknuti podrškom biljne prehrane od strane slavni osoba, medijskom pažnjom i popularnim dokumentarcima (Clem i Barthel, 2021).

Vegetarijanstvo se uglavnom odnosi na različite vrste prehrane klasificirane prema tomu koliko su restriktivne, pri čemu je vegetarijanstvo shvaćeno kao isključivanje mesa iz prehrane, ali i drugi manje restriktivni obrasci prehrane mogu se svrstati u područje vegetarijanstva (Hargreaves, Raposo, Saraiva i Zandonadi, 2021). Primjerice, prema Pawlak (2017), vegetarijanstvo obuhvaća nekoliko vrsta prehrane, uključujući polu-vegetarijansku (eng. *flexitarian*), pesko-vegetarijansku, lakto-vegetarijansku, ovo-vegetarijansku, lakto-ovo-

vegetarijansku, vegansku i vegansku prehranu sirove hrane. Polu-vegetarijanska prehrana se sastoji od male količine mesa, uglavnom ribe i peradi, dok Pesco-vegetarijanska prehrana uz hranu životinjskog i biljnog podrijetla uključuje i ribu (Pawlak, 2017:82).

U tijeku su istraživanja i rasprave o potencijalnoj vezi između biljne prehrane i poremećaja prehrane. U trenutnoj literaturi ne postoji jednoznačan odgovor po pitanju prirode spomenutog odnosa. Međutim, postoje neke asocijacije i potencijalni čimbenici rizika koje treba uzeti u obzir pri sudjelovanju u toj raspravi.

Vegetarijanstvo dijeli zajedničku karakteristiku s poremećajima prehrane – oba slučaja uključuju određeni stupanj restrikcija u prehrani, što može dovesti do preklapanja između istih i poteškoća u njihovom razlikovanju, posebice kod pojedinaca s dijagnosticiranom anoreksijom nervosom, stoga će se u nastavku detaljnije obrazložiti u kojim slučajevima vegetarijanstvo može poslužiti kao krinka za kontrolu unosa hrane u kontekstu poremećaja u prehrani.

Prema istraživanju Hopwood, Bleidorn, Schwaba i Chen (2020), zdravlje, okoliš i prava životinja predstavljaju tri glavna razloga zbog kojih ljudi slijede vegetarijansku prehranu u zapadnim društvima. No, zanimljiv je podatak kako je 45 % do 54 % adolescenata i mladih odraslih osoba, osobito žena s anoreksijom nervosom slijedilo neki oblik vegetarijanske prehrane (Sergentanis i sur., 2020). Autori također naglašavaju kako bi se, iz perspektive poremećaja u prehrani, u početku moglo činiti manje alarmantnim kako osobe uglavnom prihvaćaju vegetarijanstvo iz etičkih ili religijskih razloga, za razliku od osoba s motivima mršavljenja i brigama o obliku tijela, no, pristranost u izvješćivanju o stvarnim razlozima zabrinjava (Sergentanis i sur., 2020).

Prema Fuller, Brown, Rowley i Elliott-Archer (2022), kliničari koji liječe pacijente s restriktivnim poremećajima prehrane, kao što je anoreksija nervosa, bit će svjesni brojnih načina na koje pacijenti mogu ograničiti svoju prehranu u rasponu od ukupnog ograničenja kalorija i samo dijagnosticiranih prehrambenih alergija/intolerancije do društveno prihvatljivih prehrambenih ograničenja prisutnih u vegetarijanstvu ili veganstvu.

Poremećaji prehrane se često povezuju s perfekcionizmom (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, Uppala, i Simonich, 2007) i željom za kontrolom, budući da su istraživanja pokazala kako možda postoji sličan temeljni strah od gubitka samokontrole među pojedincima s neuređenom prehranom i opsesivno-kompulzivnih ponašanja (Froreich, Vartanian, Grisham i Touyz, 2016). Pojedinci koji pate od poremećaja u prehrani strahuju od dobivanja na težini, gubitka kontrole ili osuđivanja od strane drugih te često koriste izbjegavajuća ponašanja kao svojevrsnu metodu u borbi protiv navedenih strahova (Melles i Jansen, 2023). Pa tako, netko tko se boji beskrajnog debljanja može spriječiti strah od ishoda ograničavanjem unosa hrane.

Međutim, čineći to, pojedinac nikada neće doživjeti hoće li se očekivani i često nerealni ishodi stvarno dogoditi te će dugoročno ti isti mehanizmi izbjegavanja održavati strahove (Melles i Jansen, 2023). Posljedično tomu, neki pojedinci s poremećajima prehrane mogu se okrenuti vegetarijanstvu kao sredstvu za vršenje kontrole nad svojim izborom hrane ili s ciljem postizanje osjećaja čistoće – u tim slučajevima vegetarijanstvo može poslužiti kao maska za neuređene obrasce prehrane.

Međutim, prema rezultatima istraživanja Yılmaz i Dundar (2022), prehrana kod osoba s ortoreksijom može imati drugačiji cilj od prehrane usmjerene na fizički izgled kod osoba koje boluju od anoreksije i bulimije nervose. Nadalje, čimbenici povezani s ortoreksičkim prehrambenim navikama mogu se objasniti trenutnom kulturnom opsesijom zdravljem i zdravom prehranom (Yılmaz i Dundar, 2022), što se paralelno pojavljuje uz već spomenuti fenomen normativnog nezadovoljstva i strahu od pretilosti u kontekstu globalnog društva.

4. BIGOREKSIJA: Poremećaji prehrane, muškarci i fitness industrija

Odavno je prepoznato kako mnoge žene pate od tjeskobe povezane sa slikom tijela u rasponu od jednostavnog nezadovoljstva s oblikom i težinom do ozbiljnog poremećaja prehrane kao što je anoreksija nervosa (Mosley, 2009). Od 1997. godine, kako u zapadnoj i ne zapadnoj medicinskoj i znanstvenoj zajednici, sve je više istraživanja usmjerenih na mišićnu dismorfiju, stanje koje se temelji na uvjerenjima ljudi koji smatraju kako nemaju dovoljno mišićavosti (Tod i sur., 2016). Posljednjih godina došlo je do zabrinjavajućeg porasta prevalencije mišićne dismorfije i poremećaja prehrane unutar fitness industrije, posebno među pojedincima koji se bave *bodybuildingom*. Međutim, procijenjena prevalencija mišićne dismorfije u općoj populaciji iznosi 1.9 - 2.2 % (Sindi i sur., 2023).

Prema postojećim podacima, mišićna dismorfija se u prvom znanstvenom izvješću nazivala "obrnuta anoreksija nervosa" (Pope i sur., 2005). Mišićna dismorfija, također poznata kao "bigoreksija" ili "obrnuta anoreksija" je psihološko stanje kojeg karakterizira opsesivna zaokupljenost mišićavošću i iskrivljena slika tijela (Mosley, 2009). Adolescenti, kao i bodybuilderi, vođeni društvenim pritiskom i težnjom za idealiziranom tjelesnom građom se često nalaze u rizičnoj skupini za razvoj ovog poremećaja. Stalna izloženost slikama

hipermišićavih tijela praćena željom za usklađivanjem s nerealnim standardima mišićavosti mogu potaknuti nezadovoljstvo tijelom i nezdravu opsesiju veličinom i definicijom mišića. Zanimljivo je istaknuti rezultate studija učinaka izloženosti medijima na sliku ženskog tijela, odnosno kratku izloženost slajdovima, fotografijama u časopisima i televizijskim reklamama koje prikazuju vrlo mršave modele. Rezultati su pokazali kako izloženost različitim medijima povećava nezadovoljstvo tijelom ili tjelesnom građom; povećava anksioznost, poremećaje raspoloženja i zabrinutost za težinu te smanjuje samopercipiranu privlačnost, samopoštovanje i samopouzdanje kod žena, dok su studije koje su muškarce izložile medijima koje prikazuju ideal mišićavih tijela pokazale duboki negativni učinak na sliku tijela mladih muškaraca (Arbour i Ginis, 2006).

Nekoliko studija je pokazalo kako nagon za mišićavošću povezan sa striktnim režimom prehrane s naglaskom na visoke unose proteina i vrlo niskom količinom masti ponekad može dovesti do prejedanja (Chaba i sur., 2018). Mnogi bodybuilderi pribjegavaju restriktivnim dijetama i ekstremnim mjerama za postizanje željene tjelesne građe, što može dovesti do neuređenih obrazaca prehrane i iskrivljenog odnosa s hranom koji se reflektiraju u stvaranju krutih planova prehrane, kaloričnih ograničenja, prekomjernom vježbanju te korištenju raznih tvari ili prehrambenih dodataka za poboljšanje performansi u svrhu oblikovanja idealnog tijela. Povijesno gledano, informacije o prehrani i suplementaciji prenijeli su časopisi za bodybuilding i uspješni bodybuilderi, ali nedavno se više informacija pojavilo putem *Interneta* i foruma (Iraki i sur., 2019). Kao takve, mnoge prehrambene strategije i savjeti koje koriste bodybuilderi nisu znanstveno potkrijepljene ili prihvaćene te u znanstvenoj literaturi postoje dokazi kako niz takvih strategija, uključujući tešku uporabu dodataka u prehrani mogu biti štetne za zdravlje (Iraki i sur., 2019). Naime, bodybuilderi često sudjeluju u zlouporabi droga kako bi postigli željenu mišićnu masu u kratkom vremenu, stoga je incidencija korištenja anaboličkih steroida 54 - 76 % i 10 - 40 % u slučaju muških i ženskih natjecateljskih bodybuildera, respektivno (Smoliga, Wilber i Robinson, 2023). U novije vrijeme koristi se Synthol, injekcijsko ulje koji se sastoji od 85 % ulja (pretežito sezamovog), 7.5 % lidokain (lokalni anestetik) i 7.5 % steriliziranog alkohola za postizanje kozmetičkog izgleda treniranih mišića (Childs, 2007; Ghandourah i sur., 2012; prema Hall, Grogan i Gough, 2016). Disfunkcionalni obrasci prehrane, kao i psihološke značajke poput perfekcionizma, niskog samopoštovanja i socijalne anksioznosti mogu igrati ključnu ulogu u razvoju i održavanju mišićne dismorfije. Prema Cerea i sur. (2018), mišićna dismorfija dijeli kliničke značajke s poremećajima prehrane zbog prisutnosti kompulzivnog vježbanja i krute prehrane koja karakterizira oba poremećaja. „U skladu s tim, prethodne studije dobro su dokumentirale visok komorbiditet između mišićne

dismorfije i poremećaja u prehrani, ali malo se zna o disfunkcionalnim obrascima prehrane kao što je ortoreksija nervosa kod osoba s mišićnom dismorfijom“ (Cerea i sur., 2018:2). Tako su Ricciardelli i McCabe (2004) pronašli nekoliko čimbenika za koje je utvrđeno da su povezani s neuređenom prehranom i težnjom za mišićavošću među adolescentima, koji su također slični onima koji se odnose na djevojke. To uključuje indeks tjelesne mase, negativan utjecaj na samopoštovanje, perfekcionizam, upotreba droga, percipirani pritisak od strane roditelja i vršnjaka za mršavljenjem i sudjelovanje u sportovima koji se usredotočuju na skladnost/mršavost tijela, koji su vrlo slični karakteristikama bodybuildera u riziku od razvoja mišićne dismorfije.

Rigorozni tjelesni standardi mogu imati ozbiljne posljedice za žene i muškarce te često budu popraćeni intenzivnom anksioznošću u vidu prehrane i vježbanja, neuređenim prehranbenim ponašanjima, opsesivnih misli o mršavljenju ili dobivanju mišićne mase, upotrebe supstanci i negativnih osjećaja vezanih uz uspoređivanje sebe sa slikama na društvenim mrežama i fitness profilima. Rezultati istraživanja rodni razlika u glavnim značajkama odraslih osoba s dijagnozom dismorfije tijela kojeg su proveli Malcolm, Pikoos, Castle i Rossell (2021), pokazuju kako se znatno više žena nego muškaraca brinulo radi izgleda svojih listova i/ili bedra, dok se više muškaraca nego žena brinulo radi mišićavosti ili tjelesne građe. Kao što je ranije spomenuto, u našem društvu postoji određena stigma i averzija prema mentalnim poremećajima, a posebice prema poremećaja u prehrani u muškoj populaciji. Kada se raspravlja o muškarcima i poremećajima prehrane, teško je zanemariti ogroman utjecaj koji je fitness industrija imala na porast prevalencije istih. Uspon "kulture teretane" (eng. *gym-culture*) u posljednjih nekoliko desetljeća popraćen je eksplozijom profila na društvenim mrežama posvećenih objavljivanju fotografija mišićavih muškaraca i videozapisa za dizanje utega, koji često dovode do uspoređivanja tjelesnih ideala i snage među muškarcima. Prema McKenzie, Oliffe, Black i Collings (2022), muškarci internaliziraju stereotipe o osobama s mentalnim poremećajima karakterizirajući ih kao slabe i neuspješne, što može znatno otežati uočavanje i liječenje poremećaja u prehrani prisutnima kod pripadnika fitness industrije.

5. Virtualno ogledalo: uloga društvenih mreža u promicanju idealne figure

Iako je etiologija zabrinutosti o prehrani višefaktorska, izloženost medijskim porukama doprinosi razvoju poremećaja u prehrani (Sidani, Shensa, Hoffman, Hanmer i Primack, 2016).

Prema Harrell (2021), proveden je veliki broj istraživanja o društvenim medijima i stoga se njihovim razumijevanjem razvila ideja o tomu kako bi društveni mediji mogli igrati ulogu u razvoju poremećaja prehrane, pri čemu se društvene mreže ističu kao medijski faktor koji može pridonijeti promicanju i pogoršanju simptoma poremećaja prehrane. Današnja djeca i adolescenti odrastaju u svijetu preplavljenom masovnim medijima kao što su televizija, filmovi, videozapisi, jumbo plakati, časopisi, glazba, novine i Internet. Zapanjujuće statistike otkrivaju kako dijete ili adolescent u prosjeku gleda do pet sati televizije dnevno i provodi u prosjeku šest do sedam sati gledajući različite medije zajedno (Morris i Katzman, 2003).

Platforme društvenih mreža često prikazuju idealizirane i jako uređene slike tankih, odnosno, "idealnih" tijela. Stalna izloženost ovim nerealnim standardima može dovesti do nezadovoljstva vlastitim tijelom, niskog samopoštovanja i razvoja nezdravih prehrambenih navika dok pojedinci nastoje postići ove nemoguće ideale. Prema Perez-Ochoa (2022), društveni mediji uvjetovali su ljude u želji za postizanjem tih standarda putem milijuna dolara potrošenih na industriju ljepote i prehrane. Prema mišljenju autora, žene su uvjetovane vjerovati kako moraju biti malene, dok su muškarci uvjetovani vjerovati da bi trebali biti tanki i mišićavi, pri čemu navodi kako je taj učinak učinjen putem velikih jumbo plakata, časopisa, oglasa, društvenih medija i trendova prehrane. Generacija Z i mlađe generacije će odrastati s medijima svuda oko sebe te će njihov primarni okoliš biti mediji, a razvoj poremećaja prehrane temelji se na okolišu u 30 - 50 % slučajeva (Perez-Ochoa, 2022).

Negativna slika tijela, osobito nezadovoljstva tijelom, vrlo je rasprostranjena među mladim ženama (Fallon i sur., 2014; prema Harrell, 2021). Različite studije pokazale su kako upotreba i izloženost društvenim medijima stvaraju zabrinutost za sliku i oblik tijela, kao i razvoj poremećaja u prehrani (Holland i Tiggemann, 2016; prema Harrell, 2021). U tom smislu, etiologija poremećaja prehrane povezana je s internalizacijom društvenog pritiska koji proizlazi iz standarda ženske ljepote zapadne kulture ili modernog industrijskog društva (Stice i sur., 2011; prema Harrell, 2021).

U posljednje vrijeme, postoje mnogi medijski izvještaji o ulozi društvenih mreža, posebno *Instagrama*, koji su općenito povezani s problemima mentalnog zdravlja, višim razinama depresije kod mladih odraslih osoba, kao i poremećajima prehrane i povezanim neuređenim ponašanjima (Turner i Lefevre, 2017). Vođeni tim saznanjima, Turner i Lefevre (2017) proveli su internetsko istraživanje korisnika društvenih mreža na uzorku od 680 ispitanika koji prate profile zdrave hrane kako bi istražili povezanost između upotrebe društvenih mreža i simptoma ortoreksije nervoze. Rezultati istraživanja sugeriraju kako je unutar ispitivane populacije veća upotreba *Instagrama* bila povezana s jačim ortoreksičnim simptomima, dok je *Twitter* imao

slabu pozitivnu povezanost (Turner i Lefevre, 2017). Druga studija proučavala je odnos adolescentica i nezadovoljstvo tijelom. Naime, proučavali su učestalost između vremena provedenog u objavljivanju slika i vremena provedenog gledajući slike drugih na *Facebook*-u. Otkriveno je kako su oni koji su provodili više vremena gledajući objave bili nezadovoljniji svojom slikom tijela te su u većoj mjeri idealizirali mršavost u odnosu na pojedince koji time nisu bili izloženi (Meier i Gray, 2014; prema Harrell, 2021).

Navedeno je samo nekoliko studija od mnogih drugih koja izvješćuju o povezanosti između korištenja društvenih mreža i pojave poremećaja prehrane među pojedincima koji nisu zadovoljni svojim izgledom.

6. Pregled dosadašnjih istraživanja

Do sada je provedena opsežna količina istraživanja na području poremećaja u prehrani, pri čemu rezultati tih istraživanja uglavnom sugeriraju kako su poremećaji u prehrani povezani s različitim rizičnim čimbenicima. Tako su Barakat i suradnici (2023) u svom preglednom radu u kojemu su izneseni rezultati 284 relevantnih istraživanja, identificirali čak devet glavnih kategorija rizičnih faktora:

- (1) genetika
- (2) gastrointestinalna mikrobiota i autoimune reakcije
- (3) izloženost djece i ranih adolescenata
- (4) osobine ličnosti i komorbidna stanja mentalnog zdravlja
- (5) spol
- (6) socioekonomski status
- (7) etnička manjina
- (8) sliku tijela i društveni utjecaj
- (9) elitni sportovi

Iako se dugo godina smatra psihološkim problemom, anoreksija nervosa se često javlja u obitelji. Utvrđeno je kako ženski rođaci pojedinaca s anoreksijom imaju jedanaest puta veću vjerojatnost da će razviti anoreksiju od rođaka pojedinaca bez anoreksije (Strober i sur., 2000), sugerirajući genetsku komponentu u razvoju poremećaja. Do sada su istraživači pronašli barem dva gena koji pomažu u određivanju rizika od stjecanja bolesti. Naime, Paolacci i suradnici (2020) navode kako su Svegenomska studija asocijacije (*Genome-wide association*

study) i druge studije otkrile genetske lokuse u etiologiji anoreksije nervose. Naime, otkriveno je kako opioidni receptor delta 1 (OPRD1) djeluje kao receptor za endogene opioide, a serotonin 1D (HTR1D) djeluje na središnji živčani sustav i utječe na anksioznost i lokomociju (Bergen i sur., 2003; Brown i sur., 2007; prema Paolacci i sur., 2020). Rezultati sugeriraju kako varijacije u genima za raspoloženje i apetita mogu dovesti žene u opasnost od razvoja anoreksije. Kao biološki čimbenik rizika, navodi se uloga mikrobiote crijeva u disregulaciji apetita (Barakat i sur., 2023). Nadalje, navodi se povezanost između zlostavljanja, traume i dječje pretilosti i poremećaja prehrane, kao i komorbiditet između poremećaja prehrane i poremećaja mentalnog zdravlja, uključujući poremećaje osobnosti i raspoloženja koji utvrđeno povećavaju ozbiljnost simptomatologije poremećaja prehrane. Visoko obrazovanje, čimbenici povezani s imidžom tijela i upotreba društvenih medija usmjerenih na izgled također su povezani s povećanim rizikom od razvoja simptoma poremećaja prehrane (Barakat i sur., 2023). Generalno rezultati istraživanja novijeg vijeka pokazuju vezu između nezadovoljstva slikom tijela i mnogih čimbenika povezanih s lošim psihičkim zdravljem kao što su depresija, nisko samopoštovanje, anksioznost, zlouporaba opojnih droga i zlouporaba alkohola, iako se trenutno ne zna točno koja je uloga nezadovoljstva tijela u izazivanju ili promicanju pojave poremećaja prehrane i je li primarna za poremećaj ili sekundarna promjenama kognitivnih funkcija određenih postom u slučaju anoreksije ili zlouporabom raznih sredstava u slučaju bulimije (Juli, 2017; prema Juli, 2018).

Prema Mancine i suradnicima (2020), u posljednjih petnaest godina došlo je do povećanja broja istraživanja o patologiji prehrane u sportu, a rezultati pokazuju kako su određeni poremećaji prehrane češći među sportašima u usporedbi s općom populacijom. Patologija prehrane često se opisuje kao kontinuum u rasponu od neuređene prehrane do kliničkog poremećaja prehrane (Mancine i sur., 2020). Prema rezultatima novijih istraživanja, najzastupljeniji simptomi kod sportaša očituju se u restriktivnim obrascima prehrane, zabrinutosti zbog težine i oblika povezanih sa sportskim izgledom, komentarima trenera ili suigrača, strahu od debljanja, tjelesnom sramu te prekomjernom vježbanju, osobito u razdobljima ozljeda i zdravstvenih problema praćenim bolom i umorom (Lichtenstein, Johansen, Runge, Hansen, Holmberg i Tarp, 2022). Ovi nalazi ukazuju na to kako su sportaši sa simptomima poremećaja u prehrani vrlo uznemireni zbog jela ili prehrane, vježbanja i tjelesnog izgleda potaknutog sportskim okruženjem unatoč tome što imaju atletska tijela (Lichtenstein i sur., 2022).

Prema Currie (2010), pritisak da se zadovolje određeni standardi tjelesne težine ili izgleda, kao i naglasak na performansama i natjecanju mogu pridonijeti razvoju poremećaja prehrane u sportu, stoga će se od muških i ženskih sportaša također očekivati neobičan način prehrane, ali

i poticati. „Za većinu će to jednostavno biti još jedan aspekt težnje za sportskom izvrsnošću. Za neke će to značiti napredovanje od neobičnih obrazaca prehrane (koji su normalni u sportskoj populaciji) do jasnije neuravnoteženih i patoloških prehranbenih mjera. Može biti teško razlikovati 'atletsku' od 'neuređene' prehrane i nema jasne granične točke“ (Currie, 2010:66). S obzirom da predani sportaši žive za sport, posvećujući mu svoje vrijeme i novac, kao i većinu svoje energije kako bi razvili svoje vještine i postigli visoke ciljeve, mogu se suočiti s problemima s uravnoteženjem sportske karijere i života, kao i sklonosti prema problemima s anksioznošću, samopoštovanjem, depresijom, perfekcionizmom ili poremećajima prehrane (Lesyk, 1998; prema Ismailova i Gazdowska, 2016).

U konačnici, zanimljivo je istaknuti studiju koja je proučavala razlike u percepciji čimbenika koji uzrokuju poremećaje prehrane između pojedinaca koji boluju od poremećaja u prehrani i pojedinaca koji ne boluju od poremećaja u prehrani. Rezultati istraživanja Blodgett Salafia, Jones, Haugen i Schaefer (2015) su pokazali postojanje razlika u mišljenju o uzrocima poremećaja prehrane između onih koji imaju poremećaj prehrane i onih koji nemaju, pri čemu šira javnost uglavnom vjeruje kako mediji uzrokuju poremećaje prehrane, dok istu misao ne dijele pojedinci s poremećajem u prehrani. Nadalje, navodi se kako su ispitanici bez poremećaja prehrane rjeđe navodili sport, sliku tijela i traumatske događaje kao čimbenike rizika naspram sudionika s poremećajima prehrane. Međutim, psihološki i emocionalni problemi bili su visoko podržani u obje skupine ispitanika (Blodgett Salafia i sur., 2015).

7. Cilj, problem i hipoteze istraživanja

Poremećaji prehrane niz su psiholoških stanja koja karakteriziraju abnormalne prehranbene navike i stavovi prema hrani i težini, što često rezultira teškim posljedicama fizičkog i mentalnog zdravlja. Međutim, nedostavno je proučavati tako kompleksan fenomen lišen njegove socio-kulturalne geneze. Ovo istraživanje polazi od teze kako poremećaji prehrane nisu uzrokovani samo pojedinačnim psihološkim ili genetičkim čimbenicima, već su oblikovani i društvenim pritiscima, raznim kulturološkim i modnim trendovima kako bi se pojedinci uskladili s određenim tjelesnim idealima i normama koji se konstantno mijenjaju. Osnovni cilj ovoga rada je istražiti povezanost između zadovoljstva izgledom, obiteljskih odnosa i korištenja društvenih mreža kao rizičnih faktora u razvoju poremećaja u prehrani. Također, ispituje se uloga obiteljskih odnosa u razvoju i održavanju poremećaja prehrane, uključujući utjecaj obrazaca obiteljske komunikacije i podrške nasuprot kontroli i komentiranju izgleda na neuređeno ponašanje u prehrani, istražuje se utjecaj upotrebe društvenih mreža na razvoj

poremećaja prehrane, uključujući ulogu društvene usporedbe, izloženost medijskim iskazima idealnih standarda ljepote i utjecaj internetskih zajednica na razvoj poremećaja u prehrani te identifikacija zaštitnih čimbenika, poput uloge podražavajućih obiteljskih odnosa i pozitivne slike tijela pri minimalizaciji rizika od razvoja poremećaja prehrane. Nezavisne varijable su sociodemografska obilježja ispitanika koja uključuju dob i spol, mjesto stanovanja prije dolaska na studij, godinu i područje studija, kvalitetu odnosa s obitelji te stavove o zadovoljstvu vlastitim tjelesnim izgledom. Zavisna varijabla su ponašanja i stavovi karakteristični za pojedine poremećaje u prehrani.

Prema svemu navedenom, oblikovane su sljedeće hipoteze:

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

H2: Postoji statistički značajna povezanost između nezadovoljstva izgledom i spola.

H3: Postoji statistički značajna povezanost između nezadovoljstva izgledom i poremećaja u prehrani.

H4: Postoji statistički značajna povezanost između kvalitete odnosa studenta s obitelji i poremećaja u prehrani.

H5: Postoji statistički značajna povezanost između korištenja društvenih mreža i poremećaja u prehrani.

H5a: Postoji statistički značajna pozitivna korelacija između vremena provedenog na društvenim mrežama u danu i simptomatologije poremećaja u prehrani.

H6: Postoji statistički značajna povezanost između obiteljskih odnosa, korištenja društvenih mreža i nezadovoljstva izgledom u razvoju poremećaja u prehrani

8. Metodologija istraživanja

8.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 400 studenata i studentica u dobi između 18 i 43 godine. Ispitanici su studenti različitih godina studija sa različitih smjerova na Sveučilištu u Zagrebu. Od ukupnog broja studenata u anketi je sudjelovalo 319 studentica (79,8 %) te 79 studenata (19,8 %). Studentska je populacija odabrana kao ciljana skupina zbog određenih njezinih karakteristika, kao što su specifični položaj u društvu, prijelazno razdoblje života te podložnost vanjskom utjecaju. Kao što je ranije spomenuto, statistički podaci pokazuju kako

veliki broj osoba oboljelih od prehrane su upravo studenti, točnije, studentice. Iz navedenih razloga, rano prepoznavanje i rješavanje poremećaja prehrane ključno je za uspješno liječenje, stoga bi istraživanje poremećaja prehrane na uzorku studenata moglo pomoći u ranom otkrivanju i intervenciji, potencijalno sprječavajući teže slučajeve i dugoročne posljedice, iako isto nadilazi svrhu samog istraživanja.

8.2. *Postupak*

Anketni upitnik u online obliku je proveden u akademskoj godini 2022./2023. na studentima Sveučilišta u Zagrebu. Upitnik je objavljen u svim relevantnim *Facebook* grupama studentskih domova u Zagrebu (npr. studentski dom Laščina, studentski dom Stjepan Radić), u raznim studentskim grupama različitih fakulteta te na *Instagramu*. Odgovori ispitanika su se prikupljali u razdoblju od travnja 2023. do lipnja 2023. Ispitanici su prije ispunjavanja web ankete bili upoznati sa svrhom istraživanja te im je dana uputa o načinu ispunjavanja anketnog upitnika. Naime, sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i anonimno te su ispitanici u bilo kojem trenutku mogli odustati od popunjavanja anketnog upitnika. Dobivene podatke o studentima nije moguće povezati s ispunjenim anketnim upitnikom.. Interpretaciji rezultata pristupalo se odgovorno i vrijednosno neutralno. Svi dobiveni podaci čuvaju se i nakon provedbe istraživanja. Datoteka s podacima je u potpunosti zaštićena od pristupa trećih osoba. Istraživanje je provedeno uz odobrenje Etičkog povjerenstva Odsjeka za sociologiju. Dobiveni podatci su obrađeni pomoću statističkog programa za računalnu obradu podataka (IBM SPSS) i računalnim programom otvorenog koda za analizu podataka i provođenje statističkih testova postupcima deskriptivne i inferencijalne statistike (jamovi). Napravljena je faktorska analiza kako bi se veći broj varijabli reducirano na manji broj faktora. Provedena je statistička metoda višestruke regresijske analize u svrhu testiranja hipoteza, pri čemu se nastojalo ustvrditi koje varijable značajno predviđaju zavisnu varijablu simptoma poremećaja u prehrani i nezadovoljstva izgledom. U prvoj višestrukoj regresiji prve su unesene sociodemografske karakteristike (spol, dob, godina studija, područje znanosti ili umjetnosti i mjesto stanovanja prije upisa na studij). Sljedeće su unesene varijable dobivene faktorskom analizom (FAC1_1_toplina i FAC2_1_kontrola). U četvrtoj regresijskoj analizi prediktorna varijabla bila je nezadovoljstvo izgledom (FAC3_2_nezadovoljstvo). U petoj regresijskoj analizi prediktorna varijabla bila je zbroj svih čestica koja se odnose na korištenje društvenih mreža (zbroj_kdm1), dok su u posljednjoj analizi prediktorne varijable bile nezadovoljstvo izgledom, obiteljski odnosi i korištenje društvenih mreža.

8.3. *Instrumenti*

Za provedbu istraživanja izrađen je anketni upitnik. Anketni upitnik sastoji se od 20 pitanja i ukupno 47 tvrdnji, koja su podijeljena u tri dijela (Prilog 1).

Prvi dio upitnika se sastoji od pet čestica: spol, dob, godina studija, područje znanosti i mjesto stanovanja prije dolaska na studij.

Uz upitnik općih socio-demografskih podataka primijenjeni su sljedeći mjerni instrumenti:

1. *Instrument za mjerenje kvalitete obiteljskih odnosa (Parental Bonding Instrument, PBI; Parker, Tupling i Brown, 1979)*
2. *Skala zadovoljstva tjelesnim izgledom (Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults, Mendelson, Mendelson i White, 1997)*
3. *Upitnik za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994)*

Drugi dio upitnika uključuje generalna pitanja o korištenju društvenih mreža kao što su vrijeme provedeno na društvenim mrežama, sadržaj povezan sa slikom tijela, praćenje profila povezanim sa modnom industrijom i influencerima, uređivanju fotografija i zadovoljstvu slikom tijela nakon korištenja društvenih mreža. Sadrži sljedećih četrnaest čestica: „Koliko sati dnevno provodite koristeći platforme društvenih medija (npr. Facebook, Instagram, Twitter, TikTok itd.)?“, „Koje vrste sadržaja na društvenim mrežama najviše konzumirate?“, „Koliko često na društvenim mrežama nailazite na slike ili sadržaj povezan sa slikom tijela?“, „Društvene mreže su važan izvor informacija o modi i o tome „kako biti atraktivan/na“?“, „Pratite li neku poznatu osobu na Instagramu koju se povezuje sa modnom industrijom (npr. Kim Kardashian, Bella Hadid, Kendall Jenner...)?“, „Pratite li neke influencere na društvenim mrežama koji prvenstveno objavljuju sadržaje vezane uz sliku ili izgled tijela?“, „Jeste li ikada prestali pratiti influencere na društvenim mrežama zbog negativnih učinaka na vašu sliku tijela ili samopoštovanje?“, „Jeste li ikada osjećali pritisak da izgledate na određeni način na temelju onoga što vidite na društvenim mrežama?“, „Jeste li ikada usporedili svoje tijelo s tijelima drugih na društvenim mrežama?“, „Uređujete ili filtrirate svoje fotografije prije nego što ih objavite na društvenim mrežama?“, „Jeste li ikada primili komentare na društvenim mrežama vezane uz vaš izgled ili sliku tijela?“, „Jeste li ikada pratili račune na društvenim mrežama ili hashtagove

povezane s tjelesnom pozitivnošću ili ljubavlju prema sebi (npr. #bodypositivity, #selflove, #loveyourself)?“, „Koliko često se osjećate zadovoljno vlastitom slikom tijela nakon korištenja društvenih mreža?“ i „Jeste li u posljednjih mjesec dana uzeli pauzu od korištenja društvenih medija zbog negativnih učinaka na vašu sliku tijela?“.

Instrument za mjerenje kvalitete obiteljskih odnosa (Parental Bonding Instrument, PBI; Parker, Tupling i Brown, 1979)

Za mjerenje kvalitete obiteljskih odnosa korišten je instrument *Parental Bonding Instrument* preuzet od Parkera, Tuplinga i Browna (1979). Instrument je prilagođen, odnosno, neke su čestice izbačene iz upitnika, a neke dodane. Čestice su uključivale određena roditeljska ponašanja karakteristična za autoritativan i autoritarni stil roditeljstva, odnosno stavove o razini topline naspram razine kontrole unutar odnosa student-roditelj. Razina topline mjeri se pomoću čestica emocionalne bliskosti, roditeljske skrbi, naklonosti, angažiranosti, pristupačnosti dok se razina kontrole odnosi na ravnodušnost, strogost, uplitanje i kontrolu, prekomjerne zaštite i kritike izgleda. Kako se radi o upitniku samoprocjene, ispitanici (studenti) morali su odgovoriti na skali od 1 do 5 u kojoj se mjeri slažu s gore navedenim tvrdnjama, odnosno, ispitivalo ih se o kvaliteti odnosa te ponašanju njihovih roditelja u tom odnosu. Kritiziranje izgleda od strane roditelja naknadno je dodana te nije bila uključena u originalnom instrumentu. Originalna verzija instrumenta sadržavala je dvije skale, odnosno, dva bloka pitanja pod nazivom "njega" i "prekomjerna zaštita" ili "kontrola". Ljestvice su uključivale 25 čestica, njih 12 odnosilo se na njegu, a njih 13 na "prekomjernu zaštitu" te su korištene s ciljem mjerenja temeljnih roditeljskih stilova onako kako ih dijete percipira. Mjera je "retrospektivna", što znači da odrasli (stariji od 16 godina) ispunjavaju upitnik onako kako pamte svoje roditelje tijekom prvih 16 godina, pri čemu se na obrazac koji mjeri stilove majke i oca odgovara odvojeno. Međutim, radi potreba ovoga rada instrument nije namijenjen djetetu ili adolescentu, već studentima. Za provedbu ovog istraživanja odabran je upravo PBI¹ jer je na temelju nekoliko studija utvrđeno kako ima dobru pouzdanost i valjanost. Korištena je Likertova skala od 5 stupnjeva (1 – uopće se ne odnosi na mene, 2 – ne odnosi se na mene, 3 – niti se ne odnosi niti se odnosi na mene, 4 – odnosi se na mene, 5 – u potpunosti se odnosi na mene). U posljednjem se djelu upitnika ispituju zadovoljstvo izgledom te ponašanja i simptomatologija povezana s poremećajima u prehrani u posljednjih godinu dana

¹ S engleskog Parental Bonding Instrument

Skala zadovoljstva tjelesnim izgledom (Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults, Mendelson, Mendelson i White, 1997)

Skala zadovoljstva tjelesnim izgledom sadrži šest čestica koja ispituju nezadovoljstvo vlastitim izgledom, preuzeta iz instrumenta za mjerenje zadovoljstva tjelesnim izgledom (Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults, Mendelson, Mendelson i White, 1997) te je izmijenjena i prilagođena studentskoj populaciji. U originalnoj verziji, upitnik je sadržavao 23 čestica koje su uključivale tri aspekta zadovoljstva tjelesnim izgledom, opće osjećaje o izgledu, zadovoljstvo težinom i procjenama drugih o nečijem tijelu i izgledu. Međutim, ovaj upitnik sadrži sljedeće čestice: „Smatram kako je izgled najvažniji aspekt onoga što jesam“, „Često provjeravam svoj izgled u ogledalu prije izlaska iz stana ili doma“, „Redovito odlazim u teretanu“, „Ako preskočim trening u teretani, osjećam kako gubim svoj tjelesni napredak“, „Mislim da nisam dovoljno mršav/mršava“ i „Moja težina ili oblik utječu na moje samopoštovanje, odnose ili sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu“.

Upitnik za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994)

S druge strane, upitnik za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane uključuje ponašanja i stavove karakteristične za anoreksiju, bulimiju, poremećaj prejedanja i ortoreksiju. Sadrži osam čestica: „Moja težina ili oblik utječu na moje samopoštovanje, odnose ili sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu“, „Odlučio/la sam slijediti određenu prehranu po uzoru na svoga prijatelja/prijateljicu“, „Izbjegavam društvene situacije ili događaje koji su uključivali hranu zbog straha od kršenja dijete“, „Moj odnos s hranom ometa moju ukupnu sreću ili dobrobit“, „Osjećam se krivim ili posramljenim nakon jela (krivnja)“, „Iskusio/la sam negativne učinke na fizičko ili mentalno zdravlje kao rezultat praćenja određene prehrane“, „Jedem velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju“ i „Koristim kompenzacijska ponašanja (npr. povraćanje, laksativi, prekomjerno vježbanje) za kontrolu vlastite težine“.

Od spomenutih osam čestica, dvije ispituju ponašanja karakteristična za bulimiju i poremećaj prejedanja poput namjernog povraćanja, uzimanja laksativa, prekomjernog vježbanja i slično. Za oba instrumenta je korištena Likertova skala od 5 stupnjeva (1 – uopće

se ne odnosi na mene, 2 – ne odnosi se na mene, 3 – niti se ne odnosi niti se odnosi na mene, 4 – odnosi se na mene, 5 – u potpunosti se odnosi na mene).

9. Rezultati

Deskriptivni podatci istraživanja

Sociodemografske karakteristike

Od ukupnog broja ispitanika (N=400), bilo je 79,8% ženskih ispitanica (N=319), 19,8 % muških ispitanika (N=79) i 0,5 % ispitanika kojih se nije željelo izjasniti (N=2). Žene su u većoj mjeri zastupljene u anketi, što se može djelomice objasniti većom spremnošću žena na ispunjavanje ankete u odnosu na muški udio ispitanika. Struktura ispitanika prema spolu prikazana je u Tablici 1.

Tablica 1. Struktura ispitanika prema spolu

	Frekvencije	%
Muški	79	19,8
Ženski	319	79,8
Ne želi se izjasniti	2	,5
Ukupno	400	100,0

U tablici 2. je prikazan udio studenata pojedine godine studija u ukupnom broju ispitanika. U upitniku je uključena i kategorija Šeste godine studija zbog specifičnosti područja biomedicine i zdravstva čiji studij obično traje 6 godina. Mali broj ispitanika studenata (4,3 %) bio je upisan na šestu godinu studija u trenutku provođenja istraživanja. Najveći broj ispitanika je u trenutku provođenja istraživanja bio upisan u petu godinu studija (24, 3 %).

Tablica 2. Struktura ispitanika prema godini studija

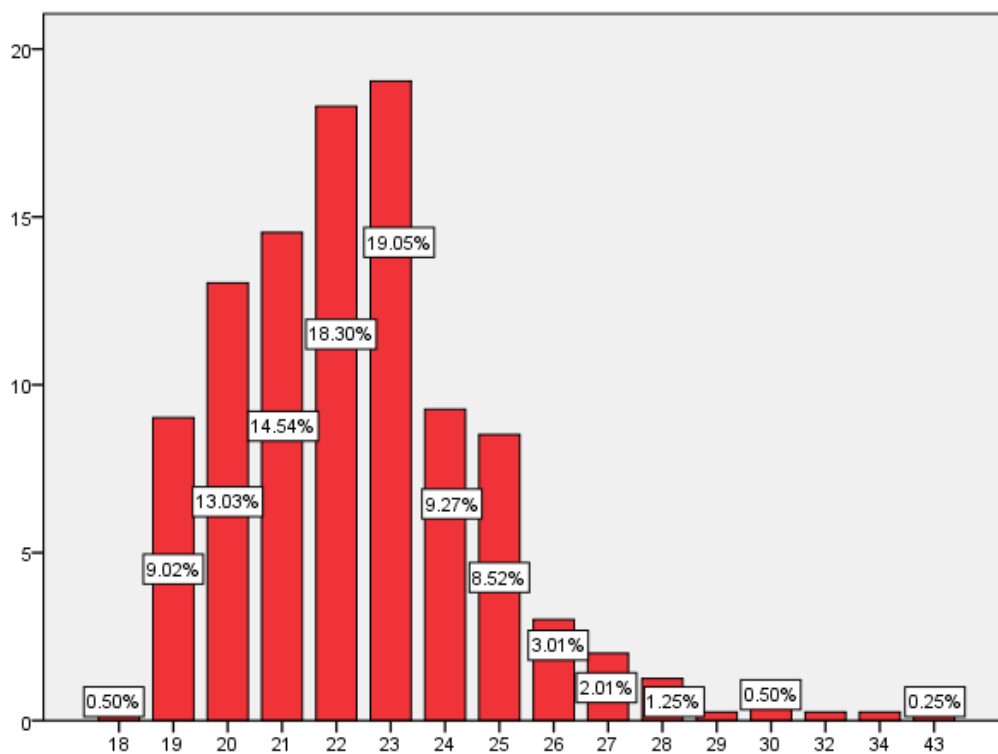
	Frekvencije	%
Prva	72	18
Druga	58	14,5
Treća	89	22,3
Četvrta	67	16,8
Peta	97	24,3
Šesta	17	4,3
Ukupno	400	100,0

U istraživanju su sudjelovali studenti svih područja znanosti i umjetnosti Sveučilišta u Zagrebu. Ispitanici su redovni i izvanredni studenti preddiplomskih, diplomskih i integriranih studija. Raspoređenost ispitanika s obzirom na područje studija prikazana je u tablici 3.

Tablica 3. Struktura ispitanika prema području znanosti i umjetnosti

	Frekvencije	%
Biomedicina i zdravstvo	43	10,8
Društveno-humanističke znanosti	234	58,5
Interdisciplinarna područja znanosti	12	3,0
Prirodne znanosti	21	5,3
Tehničke znanosti	76	19,0
Umjetničko područje	14	3,5
Ukupno	400	100,0

Najveći udio ispitanika (58,5 %) studira u području društveno-humanističkih znanosti te tehničkih znanosti (19 %), dok najmanji broj studenata studira unutar interdisciplinarnog područja (3 %), a manji broj iz područja umjetnosti (3,5 %). Struktura ispitanika s obzirom na dob prikazana je na sljedećem grafu.



Grafikon 1. Prikaz dobi ispitanika u postocima

Od ukupnog broja studenata (N=399), najveći broj ispitanika (19,05 %) ima 23 godine. Dob ispitanika kreće se u rasponu od 18 do 43 godine. Struktura ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja prije upisa na studiji prikazana je u tablici 4.

Tablica 4. Struktura ispitanika prema mjestu stanovanja prije upisa na studiji

	Frekvencije	%
Seosko naselje	102	25,5
Manji grad (do 20 000 stanovnika)	123	30,8
Veliki grad (iznad 20 000 stanovnika)	108	27
Zagreb	67	16,8

Ukupno	400	100,0
--------	-----	-------

Veliki broj ispitanika je prije upisa na studiju živio u manjem gradu 30,8%, zatim u velikom gradu 27%, dok je u seoskom naselju živjelo 25,5% ispitanika. Iz Zagreba dolazi najmanji broj ispitanika, njih 16,8%.

Slika tijela i korištenje društvenih mreža

Prije analize prikazat će se tablice s pojedinačnim odgovorima po česticama i njihovim postotcima. U tablici 5. prikazan je vremenski raspon korištenja društvenih mreža poput *Instagrama*, *Facebooka* ili *Twittera* u danu od strane studenata.

Tablica 5. Tablica vrijeme provedeno na društvenim mrežama u danu

	Frekvencije	%
Manje od jednog sata	19	4,8
1-2 sata	109	27,3
3-4 sata	193	48,3
5-7 sati	72	18
8-10 sati	7	1,8
10 i više sati	0	0
Ukupno	400	100,0

Najveći broj ispitanika (48,3 %) dnevno provodi tri do četiri sata na *Instagramu*, *Facebooku* ili *Twitteru*. Manji broj ispitanika (27,3 %) dnevno provodi sat do dva, a njih 18 % provodi od pet do sedam sati na navedenim društvenim mrežama. Vrlo mali broj ispitanika (4,8 %) dnevno provodi manje od jednog sata ili osam do deset sati (1,8 %) na društvenim mrežama. Od

ukupnog broja ispitanika (N=400), nitko ne provodi deset i više sati dnevno na društvenim mrežama, stoga je kategorija „10 i više sati“ isključena iz daljnjih analiza.

Upitnik je također uključivao tvrdnju o društvenim mrežama gdje su ispitanici odgovarali slažu li se s tvrdnjom kako su društvene mreže važan izvor informacija o modi i o tomu „kako biti atraktivan/na“. Ispitanici su na tvrdnje odgovarali s ocjenama u rasponu od 1 do 5, pri čemu ocjena 1 označava kako se u potpunosti ne slažu s tvrdnjom, a ocjena 5 označava kako se u potpunosti slažu s tvrdnjom. U tablici 6. prikazane su frekvencije i postotci čestica.

Tablica 6. Tablica frekvencija odgovora na tvrdnju: Društvene mreže su važan izvor informacija o modi i o tomu „kako biti atraktivan/na“.

	Frekvencije	%
U potpunosti se ne slažem	27	6,8
Ne slažem se	62	15,5
Niti se ne slažem niti se slažem	120	30
Slažem se	119	29,8
U potpunosti se slažem	72	18
Ukupno	400	100,0

Kao što se može primijetiti iz tablice 6., većina ispitanika se niti slaže, niti se ne slaže s tvrdnjom (30 %). Zanimljivo je istaknuti kako se veliki broj ispitanika slaže s navedenom tvrdnjom (29,8 %), a samo mali broj ispitanika se ne slaže s navedenom tvrdnjom (6,8 %).

U nastavku će se prikazati tablice s pojedinačnim odgovorima po česticama i njihovim postotcima za tvrdnje povezane s korištenjem društvenih mreža (tablica 7., tablica 8.), kvalitete obiteljskih odnosa (tablica 9.) i zadovoljstva izgledom (tablica 10.)

Tablica 7. Pregled frekvencija nominalnih varijabli korištenja društvenih mreža

TVRDNJE	Ne znam	Ne	Da
Pratite li neku poznatu osobu na Instagramu koju se povezuje sa modnom industrijom (npr. Bella Hadid, Kim)	4,0	61,5 %	34,5 %

Kardashian, Kendall Jenner, David Beckham...)?			
Pratite li neke influencere na društvenim mrežama koji prvenstveno objavljuju sadržaje vezane uz sliku ili izgled tijela?	4,5 %	49,3 %	46,3 %
Jeste li ikada prestali pratiti influencere na društvenim mrežama zbog negativnih učinaka na vašu sliku tijela ili samopoštovanje?	9,0 %	57,0 %	34,0 %
Jeste li ikada pratili račune na društvenim mrežama ili hashtagove povezane s tjelesnom pozitivnošću ili ljubavlju prema sebi (npr. #bodypositivity, #selflove, #loveyourself)?	10,0 %	58,0 %	32,0 %
Jeste li u posljednjih mjesec dana uzeli pauzu od korištenja društvenih medija zbog negativnih učinaka na vašu sliku tijela?	3,0 %	90,3 %	6,8 %

Najveći postotak ispitanika (61,5 %) ne prati niti jednu osobu povezanu s modnom industrijom, dok manji postotak (34,5 %) prati. Najveći postotak (49,3 %) prati influencere koji prvenstveno objavljuju sadržaje vezane uz sliku ili izgled tijela. Iznenaduje podatak kako 57,9 % ispitanika nije nikada prestao pratiti influencere na društvenim mrežama zbog negativnih učinaka na sliku tijela, a manji broj ispitanika jest (34,0 %). Veliki broj ispitanika ne prati račune ili hashtagove povezane s tjelesnom pozitivnošću (58,0%), dok manji broj, njih 32,0 % prati takve račune.

Tablica 8. Pregled frekvencija odgovora na Likertove skale za korištenje društvenih mreža

TVRDNJE	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
Jeste li ikada osjećali pritisak da izgledate na određeni način na temelju onoga što vidite na društvenim mrežama?	12,0 %	21,5 %	34,8 %	23,8 %	8,0 %
Jeste li ikada usporedili svoje tijelo s tijelima drugih na društvenim mrežama?	5,3 %	15,5 %	33,3 %	33,3 %	12,8 %

Uređujete li ili koristite filtere na svojim fotografijama prije nego što ih objavite na društvenim mrežama?	39,3 %	28,5 %	20,3 %	9,0 %	3,0 %
Jeste li ikada primili komentare na društvenim mrežama vezane uz vaš izgled ili sliku tijela?	34,8 %	20,8 %	27,0 %	14 %	3,5 %
Koliko često se osjećate zadovoljno vlastitom slikom tijela nakon korištenja društvenih mreža?	7,0 %	17,0 %	34,0 %	30,8 %	11,3 %

Čak 34,8 % ispitanika ponekad osjeća pritisak da izgleda na određeni način na temelju onoga što vide na društvenim mrežama, dok 8,0 % ispitanika uvijek osjeća pritisak nakon korištenja društvenih mreža. Ne iznenađuje podatak kako jednaki postotak studenata ponekad i često uspoređuje svoje tijelo s tijelima drugih (33,3 %), dok 39,3 % ispitanika nikada ne uređuje ili koristi filtere na svojim fotografijama, dok samo 3,0 % ispitanika uvijek uređuje fotografije. Ponovno ne iznenađuje podatak kako najveći broj ispitanika, njih 34,0 % se ponekad osjeća zadovoljno vlastitom slikom tijela nakon korištenja društvenih mreža, a ponekad to nije slučaj. Manji broj ispitanika se rijetko osjeća zadovoljno (17,0 %) u usporedbi s ispitanicima koji se često osjećaju zadovoljno nakon korištenja društvenih mreža (30,8 %).

Tablica 9. Pregled frekvencija na instrumentu za mjerenje kvalitete obiteljskog odnosa

TVRDNJE	Uopće se ne odnosi na mene	Ne odnosi se na mene	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	Odnosi se na mene	U potpunosti se odnosi na mene
Osjećam se emocionalno blisko s roditeljima.	4,5 %	9 %	16,8 %	37,3 %	32,5 %
Roditelji često pokazuju interes za moj život i aktivnosti.	2,0 %	4,5 %	12 %	38 %	43,5 %
Roditelji mi pružaju emocionalnu podršku kada sam uznemiren ili pod stresom.	3,8 %	7,5 %	15,3 %	36,3 %	37,3 %
Roditelji mi pružaju praktičnu pomoć i podršku kada mi je potrebna.	1,5 %	4,0 %	11,0 %	38,5 %	45 %
Osjećam kako se mogu osloniti na svoje roditelje kada ih zatrebam.	3,3 %	4,3 %	12,3 %	28,0 %	52,3 %
Roditelji mi često izražavaju ponos ili pozitivne povratne informacije.	4,8 %	7,8 %	17,5 %	30,8 %	39,3 %

Roditelji razumiju i poštuju moje misli i osjećaje.	4,3 %	5,8 %	20,8 %	35,5 %	33,8 %
Roditelji pokušavaju kontrolirati moje ponašanje ili odluke.	27,8%	32,0 %	22,3 %	10,8 %	6,5 %
Osjećam se kritizirano ili osuđivano od strane roditelja.	39,5 %	31,0 %	15,8 %	10,8 %	3,0 %
Roditelji mi često komentiraju izgled.	26,8 %	24,8 %	25,0 %	18,0 %	5,0 %

Od ukupnog broja studenata (N=400), najveći je broj ispitanika (37,3 %) odgovorilo kako se tvrdnja *Osjećam se emocionalno blisko s roditeljima* odnosi na njih, dok je manji broj ispitanika (9 %) odgovorilo kako se ne odnosi na njih. Čak 43,5 % ispitanika u potpunosti tvrdi kako roditelji često pokazuju interes za njihov život i aktivnosti; njih 37,3 % kako im roditelji pružaju emocionalnu podršku kada su uznemireni ili pod stresom; 45 % ispitanika u potpunosti tvrdi kako im roditelji pružaju praktičnu pomoć i podršku kada mi je potrebna. 53,2 % ispitanika u potpunosti osjeća kako se mogu osloniti na svoje roditelje kada ih zatrebaju. U manjem postotku, ali i dalje većina ispitanika (39,3 %) u potpunosti tvrdi kako im roditelji često izražavaju ponos ili pozitivne povratne informacije te 33,8 % ispitanika u potpunosti tvrde kako ih roditelji razumiju i poštuju njihove misli i osjećaje. Tek manji broj ispitanika smatra kako se tvrdnje koje ispituju razinu kontrole unutar odnosa odnose na njih ili se u potpunosti odnose na njih. Tako je za tvrdnju *Roditelji pokušavaju kontrolirati moje ponašanje ili odluke*, 10,8 % ispitanika odgovorilo kako se ista odnosi na njih, a samo 6,5 % odgovorilo je kako se tvrdnja u potpunosti odnosi na njih.

Za tvrdnju *Osjećam se kritizirano ili osuđivano od strane roditelja*, 10,8 % ispitanika odgovorilo je kako se ista odnosi na njih, a samo 3,0 % odgovorilo je kako se tvrdnja u potpunosti odnosi na njih. Na posljednju tvrdnju *Roditelji mi često komentiraju izgled*, 18,0 % ispitanika odgovorilo je kako se ista odnosi na njih, dok je njih 5 % odgovorilo kako se tvrdnja u potpunosti odnosi na njih. Prema svemu navedenom, veliki broj ispitanika smatra kako ima kvalitetan i topao odnos s obitelji.

Tablica 10. Pregled frekvencija na instrumentu za mjerenje zadovoljstva izgledom

TVRDNJE	Uopće se ne odnosi na mene	Ne odnosi se na mene	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	Odnosi se na mene	U potpunosti se odnosi na mene
---------	----------------------------	----------------------	--	-------------------	--------------------------------

Smatram kako je izgled najvažniji aspekt onoga što jesam.	24 %	38,3 %	27,3 %	9,5 %	1 %
Često provjeravam svoj izgled u ogledalu prije izlaska iz stana ili doma.	1 %	4,5 %	11,5 %	38 %	45,0 %
Redovito odlazim u teretanu.	35,0 %	16,3 %	14,5 %	16,3 %	18,0 %
Ako preskočim trening u teretani, osjećam kako gubim svoj tjelesni napredak.	40,3 %	18,0 %	16,0 %	14,5 %	11,3 %
Mislim da nisam dovoljno mršav/mršava.	28,5 %	13,8 %	17,8 %	19,3 %	20,8 %
Moja težina ili oblik utječu na moje samopoštovanje, odnose ili sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu.	18,5 %	20,5 %	21,0 %	22,3 %	17,8 %

Od ukupnog broja studenata (N=400), njih 38,3 % ne smatra kako je izgled najvažniji aspekt onoga što jesu, dok samo 1 % ispitanika smatra kako ono jest najvažniji aspekt njihova identiteta. Veliki broj ispitanika (45,0 %) često provjerava svoj izgled u ogledalu prije izlaska iz stana ili doma, njih 18 % redovito odlazi u teretanu, te mali broj ispitanika osjeća kako gubi tjelesni napredak ako preskoče trening u teretani. Zanimljivo je što je 28,5 % zadovoljno svojom težinom, a 20,8 % misli kako nije dovoljno mršavo. 22,3 % ispitanika smatra kako se posljednja tvrdnja, „*Moja težina ili oblik utječu na moje samopoštovanje, odnose ili sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu*“ odnosi na njih.

Testiranje hipoteza

Prije samog testiranja hipoteza, najprije se testiralo zadovoljavaju li podaci sve uvjete za provođenje faktorske i regresijske analize. Koristio se test pouzdanosti te provjera kolinearnosti čestica. Potom će se koristiti Shapiro-Willk test za provjeru normalnosti distribucije, odnosno, Kolmogorov-Smirnov test za velike uzorke kako bi se utvrdilo jesu li podaci koji se odnose na spol, dob, godinu studija, mjesto stanovanja prije upisa na studij normalno distribuirani.

Faktorska analiza

Kako bi se provjerila valjanost upitnika, konkretno za instrument za mjerenje kvalitete obiteljskih odnosa, zadovoljstva izgledom i upitnika za ispitivanje simptomatologije poremećaja u prehrani, prvi korak u analizi tvrdnji je procjena pouzdanosti analiziranih mjernih ljestvica. Sljedeća tablica (tablica 11) prikazuje Cronbach alfa koeficijente za pojedine mjerne ljestvice.

Tablica 11. Pokazatelji koeficijenta asocijacije

Mjerna ljestvica	Cronbach alpha koeficijenti	Broj čestica
Obiteljski odnosi	0,722	10
Zadovoljstvo izgledom	0,617	6
Poremećaji u prehrani	0,879	8

Prema tablici, samo dvije mjerne ljestvice (Obiteljski odnosi i poremećaji u prehrani) zadovoljavaju kriteriji pouzdanosti. Naime, Cronbach alfa koeficijent je mjera unutarnje konzistentnosti čestica te može poprimiti vrijednosti između 0 i 1. Što je bliže vrijednosti 1, to je mjerna ljestvica pouzdanija (Rajh, 2009). Cronbach alfa koeficijent za upitnik za poremećaje u prehrani iznosi 0,879, dok za kvalitetu obiteljskih odnosa iznosi 0,722. Mjerna ljestvica zadovoljstva izgledom nije pouzdana, stoga je ponovno provedena analiza pouzdanosti spajanjem tvrdnji koji se odnosi na zadovoljstvo izgledom i tvrdnji iz instrumenta za mjerenje simptomatologije poremećaja u prehrani.

Provedena je prva PC analiza (*Principal Component Analysis*), pri čemu su Kaiser-Meyer Olkinov test ($KMO=0,841$) i Bartlettov test sferičnosti ($h^2=1847.610$, $df=66$, $p < .01$) pokazali kako su uvjeti za provedbu faktorske analize za upitnik o simptomatologiji poremećaja u prehrani zadovoljeni.

Tablica 12. KMO i Bartlett Test za provedbu faktorske analize čestica o poremećajima u prehrani

Kaiser-Meyer-Olkin Mjera Adekvatnosti Uzorkovanja.	.841
--	------

Bartlettov Test Sferičnosti

Approx. Chi-Square	1847.610
df	66
Sig.	.000

Korištenjem Varimax rotacije dobivena su tri faktora: simptomatologija poremećaja u prehrani (dalje u tekstu FAC1_2_simptomi), FAC2_2_vježbanje i FAC3_2_nezadovoljstvo. Prvi faktor se sastoji od varijabli dijeta, izbjegavanje hrane, negativan odnos s hranom, krivnja, negativni učinci prehrane, binge i kompenzacijska ponašanja. Drugi faktor se sastoji od varijabli teretana i trening, dok se treći faktor sastoji od čestica „Često provjeravam svoj izgled u ogledalu prije izlaska iz stana ili doma“ (varijabla ogledalo), „Mislim da nisam dovoljno mršav/mršava“ (varijabla mršav) i „Moja težina ili oblik utječu na moje samopoštovanje, odnose ili sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu“ (varijabla težina_samopoštovanje). Izbačena je čestica „Smatram kako je izgled je najvažniji aspekt onoga što jesam“ jer objašnjava mali dio varijance. Matrica rotiranih komponenata prikazana je u tablici 13.

Tablica 13. Matrica rotiranih komponenata

Komponente	Komponenta 1	Komponenta 2	Komponenta 3
izgled_najvažniji	.170	.254	.466
ogledalo	-.026	.054	.796
teretana	.019	.914	-.019
trening	.186	.858	.205
mršav	.530	-.190	.502
težina_samopoštovanje	.500	.015	.635
dijeta	.705	.088	.263
prehrana_prijatelj	.718	.045	.048
izbjegavanje	.835	.118	.041
negativan_odnos_hrana	.788	-.018	.250
negativni_učinci_prehrane	.759	.125	.193
kompenzacija	.687	.133	.075

Provedena je druga PC analiza, pri čemu su Kaiser-Meyer Olkinov test (KMO=0,917) i Bartlettov test sferičnosti ($h^2=2657.847$, $df=45$, $p < .01$) pokazali kako su uvjeti za provedbu faktorske analize za upitnik o kvaliteti obiteljskih odnosa zadovoljeni.

Tablica 14. KMO i Bartlett Test za provedbu faktorske analize čestica o poremećajima u prehrani

Kaiser-Meyer-Olkin Mjera Adekvatnosti Uzorkovanja.	.917
Bartlettov Test Sferičnosti	
Approx. Chi-Square	2657.847
df	45
Sig.	.000

Korištenjem Varimax rotacije dobivena su dva faktora: FAC1_1_toplina i FAC2_1_kontrola . Prvi faktor se sastoji od čestica „Osjećam se emocionalno blisko s roditeljima“ (emocionalna_bliskost), „Roditelji često pokazuju interes za moj život i aktivnosti“ (interes), „Roditelji mi pružaju emocionalnu podršku kada sam uznemiren ili pod stresom“ (podrška), „Roditelji mi pružaju praktičnu pomoć i podršku kada mi je potrebna“ (pomoć), „Osjećam kako se mogu osloniti na svoje roditelje kada ih zatrebam“ (oslonac), „Roditelji mi često izražavaju ponos ili pozitivne povratne informacije“ (ponos) i „Roditelji poštuju moje misli i osjećaje“ (poštivanje_misli_i_osjećaja).

Drugi faktor se sastoji od čestica „Roditelji pokušavaju kontrolirati moje ponašanje ili odluke“ (kontrola), „Osjećam se kritizirano ili osuđivano od strane roditelja“ (kritika) i „Roditelji mi često komentiraju izgled“. Matrica rotiranih komponenata prikazana je u tablici 15.

Tablica 15. Matrica rotiranih komponenata

Komponente	Komponenta 1	Komponenta 2
emocionalna_bliskost	.864	-.191
interes	.855	-.022
podrška	.879	-.156
pomoć	.843	-.069
oslonac	.842	-.145
ponos	.826	-.231
poštivanje_misli_i_osjećaja	.782	-.325
kontrola	-.062	.813

kritika	-.352	.809
komentiranje	-.072	.716

Višestruka regresijska analiza

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

Provedena je višestruka regresijska analiza u jamovi programu u kojoj je zavisna varijabla bila poremećaji u prehrani odnosno simptomi poremećaja u prehrani (FAC1_2_simptomi), a nezavisne varijable sociodemografski podaci (spol, dob, područje znanosti, godina studija i mjesto). Štoviše, $R^2 = .0795$ prikazuje kako model objašnjava 7,95 % varijance u poremećajima u prehrani. Model je značajan ($p < .01$). Međutim, kako je samo jedan prediktor statistički značajan (manji grad (do 20 000 stanovnika) – seosko naselje, $p = 0.04$), a dobiveni rezultati pokazuju kako ne postoje značajne razlike s obzirom na ostale sociodemografske karakteristike, odbacuje se prva hipoteza prema kojoj postoje statistički značajne razlike u prisutnosti simptoma poremećaja u prehrani s obzirom na sociodemografska obilježja ispitanika. Tablice sažetka i koeficijenata modela prikazane su u nastavku.

Tablica 16. Sažetak modela

Model	R	R ²	Prilagođeni R ²	Cjelokupni test modela			
				F	df1	df2	p
1	0.282	0.0795	0.0399	2.01	16	372	0.012

Tablica 17. Model Koeficijenata - FAC1_2_simplomi

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	0.4115	0.9101	0.4522	0.651
spol:				
muški – ne želim se izjasniti	-1.1895	0.7293	-1.6310	0.104
ženski – ne želim se izjasniti	-0.8468	0.7178	-1.1797	0.239
dob	0.0290	0.0283	1.0270	0.305
godina_studija:				
Druga godina – Prva godina	-0.1558	0.1849	-0.8424	0.400
Treća godina – Prva godina	-0.0995	0.1759	-0.5657	0.572
Četvrta godina – Prva godina	-0.0340	0.1934	-0.1758	0.861
Peta godina – Prva godina	-0.3311	0.2058	-1.6085	0.109
Šesta godina – Prva godina	-0.0202	0.3306	-0.0611	0.951
područje:				
društveno-humanističke znanosti – biomedicina i zdravstvo	-0.2477	0.1691	-1.4648	0.144
interdisciplinarna područja znanosti – biomedicina i zdravstvo	-0.2591	0.3252	-0.7966	0.426
prirodne znanosti – biomedicina i zdravstvo	0.0117	0.2702	0.0434	0.965
tehničke znanosti – biomedicina i zdravstvo	-0.1038	0.1994	-0.5206	0.603
umjetničko područje – biomedicina i zdravstvo	0.5422	0.3107	1.7451	0.082
mjesto:				
manji grad (do 20 000 stanovnika) – seosko naselje	0.2771	0.1345	2.0600	0.040
veliki grad (iznad 20 000 stanovnika) – seosko naselje	0.1242	0.1388	0.8950	0.371
Zagreb – seosko naselje	0.0708	0.1603	0.4418	0.659

^a Predstavlja referentnu razinu

H2: Postoji statistički značajna povezanost između nezadovoljstva izgledom i spola.

Hipoteza testira ima li spol značajan utjecaj na nezadovoljstvo izgledom. Prema Kolmogorov-Smirnov testu za velike uzorke utvrđeno je kako podaci o sociodemografskim obilježjima ispitanika nisu normalno distribuirani ($p < .05$). S obzirom na to da podaci nisu normalno distribuirani te je izbačena kategorija „ne želim se izjasniti“ za varijablu spol, za testiranje hipoteze koristio se Mann Whitney U neparametrijski test. Sljedeća tablica (tablica 18) označava koja se skupina može smatrati najnezadovoljnijom svojim izgledom, naime, skupina s najvišim srednjim rangom. U ovom slučaju, ženski ispitanici imaju najviši srednji rang.

Tablica 18. Rangovi za varijablu spol

	spol	N	Srednji Rang	Zbroj Rangova
FAC3_2_nezadovoljstvo	muški	77	150.20	11565.50
	ženski	311	205.47	63900.50
	Ukupno	388		

Mann Whitney U test pokazuje kako postoje razlike u nezadovoljstvu vlastitim izgledom s obzirom na spol ($p < .05$). Drugim riječima, potvrđujemo hipotezu koja glasi: Postoji statistički značajna povezanost između nezadovoljstva izgledom i spola.

Tablica 19. Mann-Whitney U testna statistika

	FAC3_2_nezadovoljstvo
Mann-Whitney U	8562.500
Wilcoxon W	11565.500
Z	-3.871
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Varijabla grupiranja: spol

H3: Postoji statistički značajna povezanost između nezadovoljstva izgledom i poremećaja u prehrani.

Hipoteza testira postoji li značajna povezanost između nezadovoljstva izgledom i pojave simptoma poremećaja u prehrani. Dobiveni Spearmanov koeficijent korelacije ($r_h = -.005$, $p > .05$) nije statistički značajan, stoga se odbacuje nulhipoteza: postoji statistički značajna povezanost između nezadovoljstva izgledom i poremećaja u prehrani. Tablica korelacije prikazana je u nastavku.

Tablica 20. Korelacija između nezadovoljstva izgledom i poremećaja u prehrani

			FAC1_2_ simptomi	FAC3_2_ nezadovoljstvo
Spearman's rho	FAC1_2_simptomi	Koeficijent korelacije	1.000	-.005
		Sig. (2-tailed)	.	.920
		N	390	390
	FAC3_2_nezadovoljstvo	Koeficijent korelacije	-.005	1.000
		Sig. (2-tailed)	.920	.
		N	390	390

*. Korelacija je značajna na razini 0,05 (2-tailed).

H4: Postoji statistički značajna pozitivna povezanost između negativnih obiteljskih odnosa i poremećaja u prehrani.

Hipoteza testira imaju li obiteljski odnosi značajan utjecaj na pojavu simptoma poremećaja u prehrani. Napravljena je regresijska analiza nad zavisnom varijablom FAC1_2_simptomi pomoću prediktornih varijabli FAC1_1_toplina i FAC2_1_kontrola za Hipotezu₄. Model je statistički značajan ($F=32.642$, $p < .01$). Štoviše, $R^2 = .144$ prikazuje kako model objašnjava 14,4 % tj. 14 % varijance u poremećajima u prehrani. FAC2_1_kontrola ($b = .302$, $p < .01$) i FAC1_1_toplina ($b = -.233$, $p < .01$) mogu igrati značajnu ulogu u razvoju poremećaja u prehrani. Točnije, što je hladniji obiteljski odnos, to je veća vjerojatnost kako će se pojaviti simptomi poremećaja u prehrani. S druge strane, što je obiteljski odnos topliji, smanjuje se vjerojatnost pojave simptoma poremećaja u prehrani.

Tablice sažetka i koeficijenata modela prikazane su u nastavku.

Tablica 21. Sažetak modela

Model	R	R Kvadrat	Prilagođeni R Kvadrat	Std. Pogreška Procjene	Statistika Promjena					
					R Kvadrat Promjena	F Promjena	df1	df2	Sig. F Promjena	Durbin-Watson
1	.380 ^a	.144	.140	.92740378	.144	32.642	2	387	.000	2.059

a. Prediktori: (Konstanta), FAC2_1_kontrola, FAC1_1_toplina

b. Zavisna varijabla: FAC1_2_simptomi

Tablica 22. Model Koeficijenata

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti		
		B	Std. Pogreška	Beta	t	Sig.
1	(Konstanta)	.004	.047		.086	.931
	FAC1_1_toplina	-.233	.047	-.233	-4.952	.000
	FAC2_1_kontrola	.301	.047	.302	6.422	.000

a. Zavisna varijabla: FAC1_2_simptomi

H5: Postoji statistički značajna povezanost između korištenja društvenih mreža i poremećaja u prehrani.

Dobiveni Spearmanov koeficijent korelacije pokazuje kako postoji slaba pozitivna povezanost između korištenja društvenih mreža i poremećaja u prehrani ($rh = .115$, $p < .05$), stoga se prihvaća Hipoteza5. Tablica korelacija prikazana je u nastavku.

Tablica 23. Tablica Korelacija

		FAC1_2_simptomi	zbroj_kdm_1
Spearman's rho	FAC1_2_simptomi	Koeficijent korelacije	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	390
	zbroj_kdm_1	Koeficijent korelacije	.115*
		Sig. (2-tailed)	.023
		N	390

*. Korelacija je značajna na razini 0,05 (2-tailed).

H5a: Postoji statistički značajna pozitivna korelacija između vremena provedenog na društvenim mrežama u danu i simptomatologije poremećaja u prehrani.

Hipoteza testira ima li vrijeme provedeno na društvenim mrežama u danu značajan utjecaj na pojavu simptoma poremećaja u prehrani. Provedena je regresija nad zavisnom varijablom

FAC1_2_simptomi pomoću prediktorne varijable KDM_1 za Hipotezu_{5a}. Regresijski model nije statistički značaj. Varijabla vrijeme provedeno na društvenim mrežama u danu, odnosno, kategorije unutar varijable također nisu statistički značajne ($p < .01$), što ukazuje na to kako KDM_1 ne igra značajnu ulogu u razvoju poremećaja u prehrani. Odbacuje se nulhipoteza koja glasi: postoji statistički značajna pozitivna korelacija između vremena provedenog na društvenim mrežama u danu i simptomatologije poremećaja u prehrani.

Tablice sažetka i koeficijenata modela prikazane su u nastavku.

Tablica 24. Sažetak modela

Model	R	R ²	Prilagođeni R ²	Cjelokupni test modela			
				F	df1	df2	p
1	0.0891	0.00794	-0.00236	0.771	4	385	0.545

Tablica 25. Model Koeficijenata - FAC1_2_simptomi

Prediktor	Procjena	SE	t	p
Intercept ^a	0.2821	0.236	1.196	0.233
KDM_1:				
1-2 sata – manje od jednog sata	-0.2839	0.255	-1.112	0.267
3-4 sata – manje od jednog sata	-0.3386	0.247	-1.371	0.171
5-7 sati – manje od jednog sata	-0.2337	0.265	-0.882	0.378
8-10 sati – manje od jednog sata	0.0744	0.446	0.167	0.868

^a Predstavlja referentnu razinu

H6: Postoji statistički značajna povezanost između obiteljskih odnosa, korištenja društvenih mreža i nezadovoljstva izgledom u razvoju poremećaja u prehrani

Hipoteza testira imaju li obiteljski odnosi, korištenje društvenih mreža i nezadovoljstvo izgledom značajan utjecaj na pojavu simptoma poremećaja u prehrani. Napravljena je regresija nad zavisnom varijablom FAC1_2_simptomi pomoću prediktornih varijabli KDM_1, FAC1_1_toplina i FAC2_1_kontrola te FAC3_2_nezadovoljstvo za Hipotezu₆. Regresijski

model je statistički značajan ($F=17.317$, $p > .01$). Naime, model prikazuje srednju povezanost ($R=0,390$), te je protumačeno 15,2 %, tj. 14,4 % (R^2 Adjusted=0,144) varijabilnosti. Varijable FAC1_1_toplina, i FAC2_1_kontrola su statistički značajne, što ukazuje na to kako FAC1_1_toplina ($b= -2.228$, $p < .01$) i FAC2_1_kontrola ($b= .294$, $p < .01$) igraju značajnu ulogu u razvoju poremećaja u prehrani. Beta koeficijent je stupanj promjene varijable ishoda za svaku 1-jedinicu promjene varijable prediktora. Prema tomu, što je score na varijabli faktora hladnoće veći, odnosno što su kontrola, komentiranje izgleda i kritiziranje u odnosu student-roditelj veće, to su simptomi poremećaja u prehrani prisutniji. S druge strane, što je veća razina topline u odnosu student-roditelj, to su manje prisutniji simptomi poremećaja u prehrani. Tada samo djelomično prihvaćamo hipotezu, iz razloga što faktori nezadovoljstva izgledom i korištenja društvenih mreža u ovom modelu nisu statistički značajni ($p > .01$). Tablice sažetka i koeficijentata modela prikazane su u nastavku.

Tablica 26. Sažetak modela

Model	R	Prilagođeni R Kvadrat	Std. Pogreška procjene	Statistika Promjene				Durbin-Watson		
				R Kvadrat	F	Sig. F Promjena				
1	.390 ^a	.152	.144	.92537667	.152	17.317	4	385	.000	2.027

a. Prediktori: (Konstanta), FAC3_2_nezadovoljstvo, FAC2_1_kontrola, FAC1_1_toplina, zbroj_kdm_1

b. Zavisna Varijabla: FAC1_2_simptomi

Tablica 27. Model Koeficijanta

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti		
		B	Std. Pogreška	Beta	t	Sig.
1	(Konstanta)	-.838	.441		-1.898	.058
	FAC1_1_toplina	-.228	.047	-.228	-4.858	.000
	FAC2_1_kontrola	.293	.047	.294	6.251	.000
	zbroj_kdm_1	.027	.014	.093	1.918	.056
	FAC3_2_nezadovoljstvo	-.015	.048	-.015	-.317	.752

10. Rasprava

Napravljena je višestruka regresijska analiza kako bi se moglo predvidjeti što će utjecati na razvoj poremećaja u prehrani. Prve nezavisne varijable koje su ulazile u regresiju bile su varijable spola, dobi, godine studija, područja studija i mjesto stanovanja prije dolaska na studij u Zagreb. Sociodemografske karakteristike nisu značajno utjecale na simptome poremećaja u prehrani, stoga možemo zaključiti da nema statistički značajne razlike s obzirom na sociodemografske karakteristike u poremećajima u prehrani. Ovakav rezultat iznenađuje s obzirom na rezultate prijašnjih istraživanja koja pokazuju povezanost između spola i poremećaja u prehrani. Naime, podaci o prevalenciji poremećaja prehrane pokazuju kako su žene nerazmjerno pogođene u odnosu na muškarce (Springmann, Svaldi i Kiegelmann, 2020). Nadalje, autorice navode kako poremećaji u prehrani kod muškaraca mogu biti nedovoljno dijagnosticirani zbog stigmatizacije poremećaja i različitih simptoma od onih koji se javljaju kod žena (Springmann, Svaldi i Kiegelmann, 2020.). Mann-Whitney U testom se pokazalo kako postoje razlike u nezadovoljstvu vlastitim izgledom s obzirom na spol ($p < .05$), odnosno studentice su u prosjeku nezadovoljnije svojim izgledom. To je u skladu s prijašnjim istraživanjima koja generalno ukazuju na to kako su žene značajno nezadovoljnije svojim izgledom u odnosu na muškarce, što se može objasniti rigoroznim standardima ljepote i nerealnim društvenim očekivanjima koji usmjeravaju misli i osjećaje u prihvaćanju opasno tankog tjelesnog ideala prema kojemu se ženske osobe mjere. Reiter i Davis (2014) navode kako je fizička privlačnost ne-zaslužan faktor koji utječe na osobnu društvenu vrijednost, vidljivo po tomu što se "atraktivne" ljude od njihova rođenja tretira bolje i gleda pozitivnije od manje "atraktivnih" ljudi. Međutim, internalizacija tih tjelesnih ideala – koji se uglavnom promiču putem različitih medija dovodi do toga da pojedinci, poglavito žene, izjednačuju svoju inherentnu vrijednost i samopoštovanje s fizičkom atraktivnosti. Mnoge žene osjećaju pritisak kako bi trebale izgledati na određeni način te attribute poput „lijepa i atraktivna“ pripisuju pozitivnim osjećajima prihvaćenosti i divljenja u društvu. Međutim, Reiter i Davis (2014) primjećuju kako osjećaji neadekvatnosti mogu dovesti do nezadovoljstva tijelom te posljedično tomu razvoju poremećaja u prehrani kada se žena ne osjeća „lijepo i atraktivno“. „Što je veća važnost ispunjavanja kulturnih standarda ženstvenosti, to je vjerojatnije da će žena poduzeti ekstremne mjere kako bi ispunila kulturne standarde ženske ljepote, uključujući tanki ideal“ (Reiter i Davis, 2020:36). Nadalje, samo mali broj studija istraživao je učinak dobi i spola na nezadovoljstvo tijelom te važnosti fizičkog izgleda (Quittkat i sur., 2019). Mellor i suradnici (2010; prema Quittkat i sur., 2019) proveli su dvogodišnje longitudinalno istraživanje čiji su rezultati pokazali kako je nezadovoljstvo tijelom veće kod žena nego kod muškaraca te je veće kod mlađih nego kod starijih sudionika.

Varijabla korištenja društvenih mreža unesena je u regresijski model iz razloga što su prijašnja istraživanja pokazala kako društvene mreže mogu biti jedan od faktora koji doprinose riziku od razvoja poremećaja u prehrani, a odgovori studenata mogu pružiti uvid o utjecaju društvenih mreža na percepciju vlastite privlačnosti, odnosno, zadovoljstva tijelom i izgledom. Dane i Bhatia (2023) provele su sistematičan pregled postojeće globalne literature o odnosu korištenja društvenih mreža, slike tijela i poremećaja prehrane kod mladih u dobi od 10 do 24 godine. Pronašle su dokaze iz 50 studija u 17 zemalja koji ukazuju na to da upotreba društvenih mreža dovodi do zabrinutosti za sliku tijela, neuređene prehrane i lošeg mentalnog zdravlja posredničkim putevima društvene usporedbe te internalizacije tankog ideala i samoobjektiviziranja. Odgovori ispitanika u ovom istraživanju ukazuju kako postoji nesuglasje u stavovima o korištenju društvenih mreža. Drugim riječima, iz podataka se ne može iščitati smatraju li studenti kako društvene mreže negativno utječu na njihovu sliku tijela ili obrnuto, što u određenoj mjeri nadilazi sam cilj ovoga istraživanja. Također, ne postoji statistički značajna povezanost između korištenja društvenih mreža, kao ni povezanost između vremena provedenog na društvenim mrežama u danu i poremećaja u prehrani. S druge strane, rezultati istraživanja, u kojemu je sudjelovalo 37 žena i 38 muškaraca, pri čemu ih se zamolilo da samostalno procjene vrijeme provedeno na društvenim mrežama i da ispune test prehrambenih stavova, pokazuju kako ženski sudionici koji su izvijestili da provode više vremena na društvenim mrežama također imaju više simptoma poremećaja prehrane (Harrell, 2021).

Od rizičnih faktora za koje se smatralo kako bi mogli značajno utjecati na pojavu poremećaja u prehrani, a koji uključuju nezadovoljstvo izgledom i korištenje društvenih mreža, ovim se istraživanjem pokazalo kako obiteljski, naročito disfunkcionalni obiteljski odnosi značajno predviđaju pojavu simptoma poremećaja u prehrani. Točnije, rezultati posljednjeg regresijskog modela pokazuju kako su simptomi poremećaja u prehrani prisutniji u odnosima u kojima postoje velike razine kontrole, negativnog komentiranja težine i kritiziranja. S druge strane, što je veća razina zajedničkih osjećaja kao što su ljubav, sigurnost, podrška i pripadnost među članovima obitelji, to su manje prisutniji simptomi poremećaja prehrane.

Ograničenja istraživanja

Prvo ograničenje istraživanja predstavlja način uzorkovanja. Naime, u istraživanju je korišten neprobabilistički prigodni uzorak koji onemogućava poopćavanje podataka na cjelokupnu populaciju studenata. Takva distribucija ispitanika doprinijela je većoj varijabilnosti unutar dobne skupine studenata, odnosno, većoj heterogenizaciji skupine. Naime, najmlađi su

ispitanici imali 18 godina, dok su najstariji ispitanici imali 43 godine, stoga se vjeruje kako takav dobni raspon onemogućuje donošenje koherentnijih zaključaka o studentskoj populaciji u kontekstu poremećaja prehrane. Također, takva distribucija je doprinijela nereprezentativnom omjeru muških i ženskih ispitanika, što je u konačnici moglo utjecati na same odnose između varijabli i završnih rezultata.

Drugo ograničenje predstavlja izostanak poglavlja o modalitetima liječenja unutar teorijskog djela rada. Naime, u radu se u većoj mjeri naglašavala sociokulturna dimenzija poremećaja nego li se izvještavalo o psihijatrijskim pristupima, imajući na umu kako izvještavanje o poremećaju, načinima liječenja i terapijskim praksama predstavlja jedan od važnijih koraka u osvještavanju populacije o problemu, kao i razvoja empatije koji često rezultira uspješnim pokušajima davanja potpore bližnjemu koji boluje od poremećaja u prehrani.

Treće ograničenje predstavlja mali postotak objašnjenja varijance (nešto manje od 20 %) u „glavnom“ regresijskom modelom koji ispituje povezanost obiteljskih odnosa, zadovoljstva izgledom i korištenja društvenih mreža sa poremećajima u prehrani. Pretpostavlja se kako postoje varijable koje bi mogle objasniti veći dio varijance, a koje se nisu uzele u obzir u prilikom provođenja ovog istraživanja.

11. Zaključak

Cilj istraživanja je ispitati postoji li povezanost između zadovoljstva izgledom, obiteljskih odnosa i korištenja društvenih mreža i poremećaja u prehrani. Dobiveni rezultati pokazali su kako ne postoji značajna razlika u pojavi simptomatologije poremećaja u prehrani kada se radi o sociodemografskim podacima ispitanika (spol, dob, godina studija, područje znanosti ili umjetnosti i mjesto stanovanja prije dolaska na studij). S druge strane, spol ima značajan utjecaj na nezadovoljstvo izgledom. Što se tiče korištenja društvenih mreža, veliki broj ispitanika ponekad osjeća pritisak da izgleda na određeni način na temelju onoga što vide na društvenim mrežama te veliki broj često uspoređuje svoje tijelo s tijelima drugih. Također, većina ispitanika nikada ne uređuje ili koristi filtere na svojim fotografijama, ali prati *influencere* koji prvenstveno objavljuju sadržaje vezane uz sliku ili izgled tijela. Nadalje, najveći broj ispitanika se ponekad osjeća zadovoljno vlastitom slikom tijela nakon korištenja društvenih mreža, a ponekad to nije slučaj. Postavlja se pitanje jesu li odgovori po pitanju uređivanja fotografija društveno poželjni ili pak istiniti s obzirom na pritisak koji ispitanici osjećaju kako bi se

uskладili sa nerijetko retuširanim slikama modela ili *influencera* na društvenim mrežama. Postoji mogućnost kako odgovori ispitanika nisu istiniti, što upućuje na određeni stupanj društvenog osuđivanja praksi poput korištenja filtera ili uređivanja svojih fotografija. S jedne strane, društvene mreže nameću nerealne standarde ljepote i sliku idealnog tijela, dok se istovremeno promiče, ali i osuđuje lažno predstavljanje u vidu korištenja aplikacija za uljepšavanje. Rezultati istraživanja, s obzirom na neutralne odgovore ispitanika, također upućuju na to kako sami studenti nisu sigurni utječe li korištenje društvenih mreža u većoj mjeri pozitivno ili negativno na njih. Vrijeme provedeno na društvenim mrežama u danu ne igra značajnu ulogu u razvoju poremećaja u prehrani. Što se tiče obiteljskih odnosa, većina studenata smatra kako je njihov odnos s obitelji kvalitetan i topao. Naime, većina studenata osjeća emocionalnu bliskost s roditeljima. Također, studenti osjećaju kako se mogu osloniti na roditelje te im roditelji često iskazuju interes za njihov život i aktivnosti, pružaju im emocionalnu ili praktičnu podršku kada su uznemireni i često su ponosni na njih. Vrlo mali dio ispitanika se često zbog roditelja osjeća krivim ili posramljenim, kritizirano ili osuđivano. Također, vrlo mali broj ispitanika smatra kako roditelji pokušavaju kontrolirati njihovo ponašanje ili odluke te im često komentiraju izgled ili težinu. Međutim, od tri rizična faktora za koje se pretpostavljalo da bi mogli imati utjecaj na pojavu simptoma poremećaja u prehrani, samo obiteljski odnosi značajno utječu na pojavu simptoma poremećaja u prehrani. To ukazuje kako stilovi roditeljstva kojih karakterizira nedostatak emocionalne bliskosti, hladnoća, kontrolirajuća ponašanja i gdje se stavlja veliki naglasak na izgled i težinu znatno mogu utjecati na razvoj poremećaja u prehrani.

Uvriježeno mišljenje kako se poremećaji prehrane svode na hranu je zabluda. Na prvi pogled, naglasak stavljen na kontrolu unosa hrane je u suštini sredstvo za postizanje cilja. Samoizgladnjivanje ili prisilno povraćanje potiču gubitak tjelesne kilaže u slučaju anoreksije ili bulimije nervose, premda srž poremećaja – koja se manifestira kroz kontrolu unosa hrane – proizlazi iz želje za ljubavlju i prihvaćenosti. Te potrebe često nisu zadovoljene kod osoba s poremećajem prehrane. Imati potpunu kontrolu nad načinom na koji se tijelo osjeća, ponaša i izgleda, iz perspektive oboljelih od poremećaja u prehrani, znači imati moć nad samim sobom i svojim životom. Simbolički, to je svojevrsna borba protiv percipirane nepravdnosti koju okolina vrši nad pojedincem, često u znaku pobune nad autoritetom i pritiskom od strane skrbnika, roditelja ili pak društvenih očekivanja. Tada hrana postaje sredstvom za popunjavanje praznine nezadovoljenih potreba, a poremećaji prehrane njihov simptom. Budući da se estetski užitak, senzualna zabava i površni odnosi sve više cijene u suvremenom društvu (Markin, 2016), nameće se pitanje vrijednosti, cijene dostizanja spomenutih ideala ljepote ili mogućnost

istinskog zadovoljstva u strogo estetiziranom, materijalno-orijentiranom društvu. Prema tomu, zastrašujući porast stopa oboljelih od poremećaja u prehrani nisu rezultat puke slučajnosti, već govore u prilog tomu kako obiteljski i kulturološki čimbenici, poput komodifikacije i estetizacije tijela te strahu od debljanja kod osoba s određenim genetičkim i psihološkim predispozicijama, mogu stvoriti plodonosno tlo za razvoj poremećaja u prehrani. S obzirom na rezultate ovog istraživanja u kojemu su se obiteljski odnosi identificirali kao rizični faktor za razvoj poremećaja u prehrani, niz potencijalnih zaštitnih čimbenika uključuju visokokvalitetne obiteljske odnose i zdravo obiteljsko okruženje oko prehrane i težine, budući da obitelj ima ključnu ulogu u zaštiti mladih od neuređene prehrane i podržavanju adaptivnih ishoda (Langdon-Daly i Serpell, 2017). Za daljnja istraživanja, predlaže se provedba kvalitativnog istraživanja kako bi se dobio bolji uvid u karakteristike disfunkcionalnih obrazaca unutar obitelji i kvantitativnog istraživanja na većem uzorku studenata kako bi se saznalo koje varijable bolje predviđaju razvoj simptoma poremećaja u prehrani. Također, bilo bi relevantno imati veći broj eksperimentalnih studija kako bi se bolje uspostavile uzročno-posljedične veze između varijabli i čvršće zaključke o utjecaju korištenja društvenih mreža i obiteljskih odnosa na sliku tijela i psihopatologije poremećaja u prehrani.

Prilozi

Prilog 1. Anketni upitnik

Poštovane studentice i poštovani studenti,

pred Vama se nalazi anketni upitnik kojim se istražuje povezanost između zadovoljstva izgledom, obiteljskih odnosa i korištenja društvenih mreža kao rizičnih faktora u razvoju poremećaja u prehrani. Upitnik je namijenjen isključivo studentima Sveučilišta u Zagrebu. Podaci dobiveni istraživanjem koristit će se u svrhu pisanja diplomskog rada pod mentorstvom doc. dr. sc. Darija Pavića.

Sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti anonimno i dobrovoljno. U bilo kojem trenutku ispunjavanja anketnog upitnika moguće je odustati od daljnjeg sudjelovanja. Molim Vas da iskreno odgovarate na postavljena pitanja jer ne postoje točni ili netočni, kao niti poželjni ili nepoželjni odgovori. Predviđeno vrijeme za ispunjavanje ankete je 10 minuta. Za sva pitanja vezana uz istraživanje, njegovu provedbu ili rezultate, možete poslati upit na e-mail adresu:

ebursic@hrstud.hr

Klikom na „**Dalje**“ dajete svoju suglasnost za sudjelovanje u ovom istraživanju. Unaprijed zahvaljujem na sudjelovanju!
Eleonora Buršić

OBILJEŽJA ISPITANIKA:

1. Kojeg ste spola?
 - žensko
 - muško
 - ne želim se izjasniti

2. Koliko godina imate (molimo brojkama upišite na crtu)?

3. U koju ste godinu studija trenutno upisani?
 - prva
 - druga
 - treća
 - četvrta
 - peta
 - šesta

4. U kojem području znanosti ili umjetnosti studirate?
 - biomedicina i zdravstvo
 - društveno-humanističke znanosti
 - interdisciplinarna područja znanosti
 - prirodne znanosti
 - tehničke znanosti
 - umjetničko područje

5. Gdje ste živjeli prije upisa na studij?
 - seosko naselje
 - manji grad (do 20 000 stanovnika)
 - veliki grad (iznad 20 000 stanovnika)
 - Zagreb

SLIKA TIJELA, SAMOPOŠTOVANJE I KORIŠTENJE MEDIJA

6. Koliko sati dnevno provodite koristeći platforme društvenih medija (npr. Facebook, Instagram, Twitter, TikTok itd.)?
 - a) manje od jednog sata
 - b) 1-2 sata
 - c) 3-4 sata
 - d) 5-7 sati
 - e) 8-10 sati

- f) 10 i više sati
7. Koje vrste sadržaja na društvenim mrežama najviše konzumirate?
- a) Fotografije
 - b) Videozapisi
 - c) Članci
 - d) Prijenosi uživo
 - e) Infografike
 - f) Ostalo
8. Koliko često na društvenim mrežama nailazite na slike ili sadržaj povezan sa slikom tijela?
- nikada
 - rijetko
 - ponekad
 - često
 - uvijek
9. Društvene mreže su važan izvor informacija o modi i o tome „kako biti atraktivan/na“.
- U potpunosti se ne slažem
 - Uglavnom se ne slažem
 - Niti se slažem niti se ne slažem
 - Uglavnom se slažem
 - U potpunosti se slažem
10. Pratite li neku poznatu osobu na Instagramu koju se povezuje sa modnom industrijom (npr. Kim Kardashian, Bella Hadid, Kendall Jenner...)?
- a) Da
 - b) Ne
 - c) Ne znam
11. Pratite li neke *influencere* na društvenim mrežama koji prvenstveno objavljuju sadržaje vezane uz sliku ili izgled tijela?
- a) Da
 - b) Ne
 - c) Ne znam
12. Jeste li ikada prestali pratiti *influencere* na društvenim mrežama zbog negativnih učinaka na vašu sliku tijela ili samopoštovanje?
- a) Da
 - b) Ne
 - c) Ne znam
13. Jeste li ikada osjećali pritisak da izgledate na određeni način na temelju onoga što vidite na društvenim mrežama?
- nikada
 - rijetko

- ponekad
- često
- uvijek

14. Jeste li ikada usporedili svoje tijelo s tijelima drugih na društvenim mrežama?

- nikada
- rijetko
- ponekad
- često
- uvijek

15. Uređujete ili filtrirate svoje fotografije prije nego što ih objavite na društvenim mrežama?

- nikada
- rijetko
- ponekad
- često
- uvijek

16. Jeste li ikada primili komentare na društvenim mrežama vezane uz vaš izgled ili sliku tijela?

- nikada
- rijetko
- ponekad
- često
- uvijek

17. Jeste li ikada pratili račune na društvenim mrežama ili hashtagove povezane s tjelesnom pozitivnošću ili ljubavlju prema sebi (npr. #bodypositivity, #selflove, #loveyourself)?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

18. Koliko često se osjećate zadovoljno vlastitom slikom tijela nakon korištenja društvenih mreža?

- nikada
- rijetko
- ponekad
- često
- uvijek

19. Jeste li u posljednjih mjesec dana uzeli pauzu od korištenja društvenih medija zbog negativnih učinaka na vašu sliku tijela?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

OBITELJSKI ODNOSI

20. Sljedeće se tvrdnje odnose na kvalitetu Vašeg odnosa sa roditeljima. Molim Vas da označite koliko se navedene tvrdnje odnose na Vas osobno.

	Uopće se ne odnosi na mene	Ne odnosi se na mene	Niti se odnosi niti se ne odnosi na	Odnosi se na mene	U potpunosti se odnosi na mene
Osjećam se emocionalno blisko s roditeljima.					
Roditelji često pokazuju interes za moj život i aktivnosti.					
Roditelji mi pružaju emocionalnu podršku kada sam uznemiren ili pod stresom.					
Roditelji mi pružaju praktičnu pomoć i podršku kada mi je potrebna.					
Osjećam kako se mogu osloniti na svoje roditelje kada ih zatrebam.					
Roditelji mi često izražavaju ponos ili pozitivne povratne informacije.					
Roditelji poštuju moje misli i osjećaje.					
Roditelji pokušavaju kontrolirati moje ponašanje ili odluke.					

Osjećam se kritizirano ili osuđivano od strane roditelja.					
Roditelji mi često komentiraju izgled.					

POREMEĆAJI U PREHRANI, ZADOVOLJSTVO IZGLEDOM I PREHRAMBENE NAVIKE

Sljedeće se tvrdnje odnose na Vaše zadovoljstvo vlastitim izgledom i određene prehrambene navike. Molim Vas da označite koliko se navedene tvrdnje odnose na Vas osobno.

	Uopće se ne odnosi na mene	Ne odnosi se na mene	Niti se ne odnosi niti se odnosi na mene	Odnosi se na mene	U potpunosti se odnosi na mene
Smatram kako je izgled najvažniji aspekt onoga što jesam.					
Često provjeravam svoj izgled u ogledalu prije izlaska iz stana ili doma.					
Redovito odlazim u teretanu.					
Ako preskočim trening u teretani, osjećam kako gubim svoj tjelesni napredak.					
Mislim da nisam dovoljno mršav/mršava.					
Moja težina ili oblik utječu na moje samopoštovanje, odnose ili sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu.					
Koristio/la sam dijetu kao način kontrole unosa hrane ili tjelesne težine.					
Odlučio/la sam slijediti određenu prehranu po uzoru na svoga prijatelja/prijateljicu.					
Izbjegavam društvene situacije ili događaje koji					

su uključivali hranu zbog straha od kršenja dijete.					
Moj odnos s hranom ometa moju ukupnu sreću ili dobrobit.					
Osjećam se krivim ili posramljenim nakon jela.					
Iskusio/la sam negativne učinke na fizičko ili mentalno zdravlje kao rezultat praćenja određene prehrane.					
Jedem velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju.					
Koristim kompenzacijska ponašanja (npr. povraćanje, laksativi, prekomjerno vježbanje) za kontrolu vlastite težine.					

Popis literature

Ahmadkaraji, S., Farahani, H., Orfi, K., & Fathali Lavasani, F. (2023). Food addiction and binge eating disorder are linked to shared and unique deficits in emotion regulation among female seeking bariatric surgery. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 1-8.

Anderson, L. M., Berg, H., Brown, T. A., Menzel, J., & Reilly, E. E. (2021). The role of disgust in eating disorders. *Current psychiatry reports*, 23, 1-12.

Arbour, K. P., & Ginis, K. A. M. (2006). Effects of exposure to muscular and hypermuscular media images on young men's muscularity dissatisfaction and body dissatisfaction. *Body image*, 3(2), 153-161.

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8.

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*, 27(3), 384-405.

Benzoni, T., & Gibson, J. (2021). Ipecac. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.

Berner, L. A., Harlé, K. M., Simmons, A. N., Yu, A., Paulus, M. P., Bischoff-Grethe, A., ... & Kaye, W. H. (2023). State-specific alterations in the neural computations underlying inhibitory control in women remitted from bulimia nervosa. *Molecular Psychiatry*, 1-8.

Berrettini, W. (2004). The genetics of eating disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 1(3), 18.

Blodgett Salafia, E. H., Jones, M. E., Haugen, E. C., & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of eating disorders*, 3(1), 1-10.

Blythin, S. P., Nicholson, H. L., Macintyre, V. G., Dickson, J. M., Fox, J. R., & Taylor, P. J. (2020). Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(1), 134-159.

Borgers, T., Krüger, N., Vocks, S., Thomas, J. J., Plessow, F., & Hartmann, A. S. (2021). Overcoming limitations of self-report: an assessment of fear of weight gain in anorexia nervosa and healthy controls using implicit association tests. *Journal of eating disorders*, 9(1), 1-11.

Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P. M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and binge eating disorder: a scoping review. *Nutrients*, 13(8), 2834.

- Britton, A. M. (2012). The beauty industry's influence on women in society.
- Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2019). Processes and pathways to binge eating: development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. *Journal of eating disorders*, 7(1), 1-9.
- Carroll, L. (2004) *Alisa u Zemlji Čudesna* (Zagreb: Mozaik knjiga) translated by Raos, P. Print.
- Cerea, S., Bottesi, G., Pacelli, Q. F., Paoli, A., & Ghisi, M. (2018). Muscle dysmorphia and its associated psychological features in three groups of recreational athletes. *Scientific reports*, 8(1), 1-8.
- Chaba, L., Scoffier-Mériaux, S., Lentillon-Kaestner, V., & d'Arripe-Longueville, F. (2018). The drive for muscularity and muscle dysmorphia in bodybuilders: English literature review. *Staps*, 119(1), 65-79.
- Chang, Y. S., Liao, F. T., Huang, L. C., & Chen, S. L. (2023). The Treatment Experience of Anorexia Nervosa in Adolescents from Healthcare Professionals' Perspective: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 794.
- Chavez, M., & Insel, T. R. (2007). Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist*, 62(3), 159.
- Clem, J., & Barthel, B. (2021). A look at plant-based diets. *Missouri Medicine*, 118(3), 233.
- Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Burns, A., Lam, P. Y., & Geller, J. (2021). Parental experiences with their child's eating disorder treatment journey. *Journal of Eating Disorders*, 9, 1-14.

Currie, A. (2010). Sport and eating disorders-understanding and managing the risks. *Asian journal of sports medicine*, 1(2), 63.

Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001091.

Del Casale, A., Adriani, B., Modesti, M. N., Virzì, S., Parmigiani, G., Vento, A. E., & Speranza, A. M. (2022). Anorexia nervosa and familial risk factors: a systematic review of the literature. *Current Psychology*, 1-9.

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1651-1660.

Dondzilo, L., Rieger, E., Jayawardena, N., & Bell, J. (2019). Drive for thinness versus fear of fat: approach and avoidance motivation regarding thin and non-thin images in women. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 585-593.

Dropulić N., Marčinko D.(2014): Anoreksija, Težina ljepote: ispovijest o samoiscrpljivanju i opraštanju. Zagreb: Profil knjiga.

Dudek, J., Ostaszewski, P., & Malicki, S. (2019). Transdiagnostic models of eating disorders and therapeutic methods: The example of Fairburn's cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Roczniki Psychologiczne*, 17(1), 25-39.

Eaton, C. M. (2020). Eating disorder recovery: a metaethnography. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(4), 373-388.

Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: a narrative review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71.

Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.

Froreich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 1-9.

Fuller, S. J., Brown, A., Rowley, J., & Elliott-Archer, J. (2022). Veganism and eating disorders: assessment and management considerations. *BJPsych bulletin*, 46(2), 116-120.

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2020). Neurocognitive findings in young adults with binge eating disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(1), 71-76.

Gratz, K. L., & 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.

Hafstad, S. M., Bauer, J., Harris, A., & Pallesen, S. (2023). The prevalence of orthorexia in exercising populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 1-14.

Hail, L., & Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 11-16.

Hall, M., Grogan, S., & Gough, B. (2016). Bodybuilders' accounts of synthol use: The construction of lay expertise online. *Journal of health psychology*, 21(9), 1939-1948.

Hampshire, C., Mahoney, B., & Davis, S. K. (2022). Parenting styles and disordered eating among youths: A rapid scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12, 802567.

Hargreaves, S. M., Raposo, A., Saraiva, A., & Zandonadi, R. P. (2021). Vegetarian diet: an overview through the perspective of quality of life domains. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4067.

Harrell, A. (2021). *Social Media and Eating Disorders*.

Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of marriage and family*, 62(1), 212-227.

Hay, P. J., & Claudino, A. M. (2010). Bulimia nervosa. *BMJ clinical evidence*, 2010.

Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. E., & Zoino, J. (2006, March). The mass marketing of disordered eating and eating disorders: The social psychology of women, thinness and culture. In *Women's studies international forum* (Vol. 29, No. 2, pp. 208-224). Pergamon.

Hopwood, C. J., Bleidorn, W., Schwaba, T., & Chen, S. (2020). Health, environmental, and animal rights motives for vegetarian eating. *PloS one*, 15(4), e0230609.

Hurwitz, T. A. (2004). Somatization and conversion disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(3), 172-178.

Iraki, J., Fitschen, P., Espinar, S., & Helms, E. (2019). Nutrition recommendations for bodybuilders in the off-season: A narrative review. *Sports*, 7(7), 154.

Ismailova, D., & Gazdowska, Z. (2016). Eating disorders in sport: Review of prevalence, risk factors, and studies of eating disorders in highly competing athletes. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), 351-358.

Iqbal, A., & Rehman, A. (2022). Binge eating disorder. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing.

- Jenkins, Z. M., Mancuso, S. G., Phillipou, A., & Castle, D. J. (2021). What is OSFED? The predicament of classifying ‘other’ eating disorders. *BJPsych open*, 7(5), e147.
- Juli, M. R. (2018). The suffering body: manipulation and discomfort in Eating Disorders. *Psychiatria Danubina*, 30(suppl. 7), 521-526.
- Juli, M. R. (2019). The “imperfect beauty” in eating disorders. *Psychiatria Danubina*, 31(suppl 3), 447-451.
- Kong, C., & Yasmin, F. (2022). Impact of parenting style on early childhood learning: mediating role of parental self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 13, 928629.
- Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation and autoeroticism: The spider mother. *The Psychoanalytic Review*, 89(1), 101-123.
- Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of eating disorders*, 5(1), 1-15.
- Lichtenstein, M. B., Johansen, K. K., Runge, E., Hansen, M. B., Holmberg, T. T., & Tarp, K. (2022). Behind the athletic body: a clinical interview study of identification of eating disorder symptoms and diagnoses in elite athletes. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 8(2), e001265.
- Littlewood, R. (2004). Commentary: Globalization, culture, body image, and eating disorders. *Culture, medicine and psychiatry*, 28(4), 597–602.
- Lloyd, E. C., Haase, A. M., & Verplanken, B. (2018). Anxiety and the development and maintenance of anorexia nervosa: protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 7, 1-5.
- Loeb, K. L., Lock, J., Greif, R., & Le Grange, D. (2012). Transdiagnostic theory and application of family-based treatment for youth with eating disorders. *Cognitive and behavioral practice*, 19(1), 17-30.

MacArthur, J. D. (2005), The Functional Family. *Marriage and Families*, 16 (10), 12-21

Malcolm, A., Pikoos, T. D., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2021). An update on gender differences in major symptom phenomenology among adults with body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 295, 113619.

Mancine, R. P., Gusfa, D. W., Moshrefi, A., & Kennedy, S. F. (2020). Prevalence of disordered eating in athletes categorized by emphasis on leanness and activity type—a systematic review. *Journal of eating disorders*, 8(1), 1-9.

Mannion, R., & Small, N. (2019). On folk devils, moral panics and new wave public health. *International journal of health policy and management*, 8(12), 678.

Markin, P. (2016). The Growing Aestheticization of Society, Culture, and Everyday Life. 10.13140/RG.2.1.2913.7681.

McKenzie, S. K., Oliffe, J. L., Black, A., & Collings, S. (2022). Men's experiences of mental illness stigma across the lifespan: a scoping review. *American Journal of Men's Health*, 16(1), 15579883221074789.

Medawar, E., Huhn, S., Villringer, A., & Veronica Witte, A. (2019). The effects of plant-based diets on the body and the brain: a systematic review. *Translational psychiatry*, 9(1), 226.

Mehler, P. S. (2011). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *International Journal of Eating Disorders*.

Mehler, P. S., & Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa—medical complications. *Journal of eating disorders*, 3(1), 1-5.

Melles, H., & Jansen, A. (2023). Transdiagnostic fears and avoidance behaviors in self-reported eating disorders. *Journal of eating disorders*, 11(1), 1-10.

- Melles, H., Spix, M., & Jansen, A. (2021). Avoidance in Anorexia Nervosa: Towards a research agenda. *Physiology & behavior*, 238, 113478.
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1997). Manual for the body-esteem scale for adolescents and adults. *Res. Bull*, 16(2).
- Morris, A. M., & Katzman, D. K. (2003). The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paediatrics & child health*, 8(5), 287-289.
- Morris, J., & Twaddle, S. (2007). Anorexia nervosa. *BMJ (Clinical research ed.)*, 334(7599), 894–898.
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(3), 191-198.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- National Eating Disorders Association. (2021, July 14). Statistics & Research on Eating Disorders. <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>
- Nasser, M., Katzman, M., & Gordon, R. A. (Eds.). (2001). *Eating Disorders and Cultures in Transition*: Edited by Mervat Nasser, Melanie A. Katzman, Richard A. Gordon. Psychology Press.
- Nikolajević Tolstoj, L. (1961) *Ana Karenjina*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Nitsch, A., Dlugosz, H., Gibson, D., & Mehler, P. S. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 88(6), 333-343.
- Paolacci, S., Kiani, A. K., Manara, E., Beccari, T., Ceccarini, M. R., Stuppia, L., ... & Bertelli, M. (2020). Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New

perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Molecular genetics & genomic medicine*, 8(7), e1244.

Parker, G., Tupling, H., and Brown, L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1979, 52, 1-10.

Pawlak, R. (2017). Vegetarian diets in the prevention and management of diabetes and its complications. *Diabetes Spectrum*, 30(2), 82-88.

Perez-Ochoa, M. (2022). The Effects of Social Media on Eating Disorders.

Peterson, C. B., Pisetsky, E. M., Swanson, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., ... & Crow, S. J. (2016). Examining the utility of narrowing anorexia nervosa subtypes for adults. *Comprehensive Psychiatry*, 67, 54-58.

Pirie, I. (2016). Disordered eating and the contradictions of neoliberal governance. *Sociology of Health & Illness*, 38(6), 839-853.

Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body image*, 2(4), 395-400.

Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., & Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in psychiatry*, 10, 864.

Rajh, E. (2009). Razvoj mjernih ljestvica za mjerenje specifičnih elemenata marketinškog miksa usluga. *Ekonomski vjesnik*, XXII (2), 340-350. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/47933>

Ramsewak, S., Moty, N., Putteeraj, M., Somanah, J., & Nirmala, L. P. (2022). Parenting style and its effect on eating disorders and substance abuse across the young population. *Discover Psychology*, 2(1), 9.

Reinelt, T., Petermann, F., Bauer, F., & Bauer, C. P. (2020). Emotion regulation strategies predict weight loss during an inpatient obesity treatment for adolescents. *Obesity Science & Practice*, 6(3), 293-299.

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

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2004). A Biopsychosocial Model of Disordered Eating and the Pursuit of Muscularity in Adolescent Boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179–205.

Riva, G. (2016). Neurobiology of anorexia nervosa: serotonin dysfunctions link self-starvation with body image disturbances through an impaired body memory. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 600.

Robertson, J. (2020). The Parent Behind the Eating Disorder: How Parenting Styles Affect Eating Disorders in Adolescents. *Family Perspectives*, 2(1), 3.

Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32, 267–307.

Roesch, M. R., Singh, T., Brown, P. L., Mullins, S. E., & Schoenbaum, G. (2009). Ventral striatal neurons encode the value of the chosen action in rats deciding between differently delayed or sized rewards. *Journal of Neuroscience*, 29(42), 13365-13376.

Romano, K. A., Heron, K. E., Smith, K. E., Crosby, R. D., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., ... & Mason, T. B. (2020). Somatic symptoms and binge eating in women's daily lives. *Journal of psychosomatic research*, 135, 110161.

Saljoughian, M. (2021). BINGE EATING. *US Pharm*, 46(2), 36-38.

Sathyapriya, B., Lakshmanan, P., Sumathy, G., Koshy, J. M., Chandrakala, B., & Gokulalakshmi, E. (2018). Bulimia Nervosa—A Psychiatric Eating Disorder. *Acta Scientific Medical Sciences*, 2(2), 21-26.

Scarff, J. R. (2017). Orthorexia nervosa: an obsession with healthy eating. *Federal Practitioner*, 34(6), 36.

Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., ... & Bulik, C. M. (2017). The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450.

Schreiber-Gregory, D. N., Lavender, J. M., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., ... & Mitchell, J. E. (2013). Examining duration of binge eating episodes in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 810-814.

Sergentanis, T. N., Chelmi, M. E., Liampas, A., Yfanti, C. M., Panagouli, E., Vlachopapadopoulou, E., ... & Tsitsika, A. (2020). Vegetarian diets and eating disorders in adolescents and young adults: a systematic review. *Children*, 8(1), 12.

Sidani, J. E., Shensa, A., Hoffman, B., Hanmer, J., & Primack, B. A. (2016). The association between social media use and eating concerns among US young adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(9), 1465-1472.

Smoliga, J. M., Wilber, Z. T., & Robinson, B. T. (2023). Premature Death in Bodybuilders: What Do We Know?. *Sports Medicine*, 53(5), 933-948.

Spettigue, W., & Henderson, K. A. (2004). Eating disorders and the role of the media. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 13(1), 16.

Springmann, M. L., Svaldi, J., & Kiegelmann, M. (2020). Theoretical and methodological considerations for research on eating disorders and gender. *Frontiers in Psychology*, 11, 586196.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.

Swetha, B., & Gayathri, N. (2022). Dysfunctional Family And Its Effect On Mental Health Of Children In Jordan Sonnenblick's *The Secret Sheriff Of Sixth Grade*. *Journal of Positive School Psychology*, 1013-1020.

Tantleff-Dunn, S., Barnes, R. D., & Larose, J. G. (2011). It's not just a "woman thing:" The current state of normative discontent. *Eating disorders*, 19(5), 392-402.

Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., & Fadda, B. (2012). Women and hysteria in the history of mental health. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 110.

Tod, D., Edwards, C., & Cranswick, I. (2016). Muscle dysmorphia: current insights. *Psychology research and behavior management*, 9, 179–188.

Treasure, J. (2007). The trauma of self starvation: Eating disorders and body image. In M. Nasser, K. Baistow, & J. Treasure (Eds.), *The female body in mind: The interface between the female body and mental health* (pp. 57–71). Routledge/Taylor & Francis Group.

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

Valente, S. (2016). The hysterical anorexia epidemic in the French nineteenth-century.

Van Eeden, A. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515.

Wani, M. (2023.). *Beauty Standards: Ideologies And Stereotypes*. *European Chemical Bulletin* 12(5), 2264 – 2278.

Weiss, M. G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 537-553.

Westcott, A. (2020). Girls in Wonderland: The Male Gaze, Disordered Eating, and Bad Women in Alice's Adventures in Wonderland & Spirited Away.

Woods, E. S., Jessup, S. C., & Olatunji, B. O. (2023). Fear of fat in eating disorders: The mediating role of individual differences in self-disgust. *Journal of Affective Disorders Reports*, 11, 100452.

Yılmaz, M. N., & Dundar, C. (2022). The relationship between orthorexia nervosa, anxiety, and self-esteem: a cross-sectional study in Turkish faculty members. *BMC psychology*, 10(1), 82.