

# Sociokulturni čimbenici poremećaja prehrane kod djece

---

**Grubišić-Čabo, Antonia**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:172:071561>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-01**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of Faculty of humanities and social sciences](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



**SVEUČILIŠTE U SPLITU  
FILOZOFSKI FAKULTET**

**DIPLOMSKI RAD**

**SOCIOKULTURNI ČIMBENICI POREMEĆAJA  
PREHRANE KOD DJECE**

**ANTONIA GRUBIŠIĆ - ČABO**

**Split, 2023.**

**Odsjek:** Rani predškolski odgoj i obrazovanje

**Studij:** Diplomski sveučilišni studij Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

**Predmet:** Sociologija djetinjstva

**SOCIOKULTURNI ČIMBENICI POREMEĆAJA PREHRANE  
KOD DJECE**

**Studentica:**

Antonia Grubišić-Čabo

**Mentorica:**

prof. dr. sc. Sanja Stanić

**Split, srpanj 2023.**

# Sadržaj

<b>1. Uvod.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Poremećaji prehrane i antropometrijske metrike .....</b>	<b>2</b>
2.1. Teorijski aspekti poremećaja prehrane.....	2
2.2. BMI kao glavni element u dijagnostici poremećaja prehrane .....	4
2.2.1. BMI klasifikacija .....	4
2.2.2. Ograničenja BMI indeksa.....	5
2.3. Antropometrijski pokazatelji koji ukazuju na pretilost odnosno pothranjenost djece .....	6
<b>3. Najčešći poremećaji prehrane kod djece.....</b>	<b>9</b>
3.1. Anoreksija nervoza .....	9
3.1.1. Obilježja ponašanja osoba s anoreksijom nervozom .....	10
3.1.2. Utjecaj poremećaja na fizički izgled i zdravstveno stanje osobe .....	11
3.2. Bulimija nervoza.....	12
3.2.1. Prehrambeno ponašanje povezano s bulimijom nervozom .....	13
3.2.2. Utjecaj bulimije nervoze na zdravlje osobe .....	14
3.3. Kompulzivno prejedanje .....	16
3.4. Ostali nespecifični poremećaji prehrane .....	18
<b>4. Sociokulturni čimbenici poremećaja prehrane.....</b>	<b>19</b>
4.1. Teorija sociokulturnog utjecaja .....	20
4.2. Utjecaj medija i internalizacija medijskih ideala ljepote .....	21
4.3. Utjecaj obiteljskog okruženja na razvoj poremećaja prehrane.....	24
4.4. Utjecaj vršnjaka na modeliranje ponašanja i poremećaje prehrane .....	24
<b>5. Analiza stanja u Republici Hrvatskoj .....</b>	<b>26</b>
<b>6. Sustavni pregled studija utjecaja sociokulturnih čimbenika na poremećaje prehrane kod djece.....</b>	<b>29</b>
<b>7. Zaključak.....</b>	<b>36</b>
<b>Sažetak .....</b>	<b>38</b>
<b>Summary.....</b>	<b>39</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>40</b>
<b>Popis tablica.....</b>	<b>47</b>
<b>Popis slika .....</b>	<b>47</b>

# 1. Uvod

Kada se govori o prehrani i tjelesnim proporcijama, današnje društvo obilježavaju dva značajna fenomena. Zemlje u razvoju, a poglavito afričke zemlje, obilježene su velikim udjelom stanovništva koje je neuhranjeno, dok razvijene zemlje imaju problema s pretiulošću stanovništva. Ovi problemi iz dana u dan pogađaju sve veći broj mlađe djece i adolescenata. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (2021) oko 149 milijuna djece ima razvojne zaostatke, odnosno nemaju adekvatnu visinu i tjelesnu težinu u odnosu na starosnu dob, 45 milijuna ih je pothranjeno ili mršavo, a 38,9 milijuna imaju prekomjernu težinu u odnosu na visinu ili starosnu dob. Temeljni razlozi ovakve statistike proizlaze iz poremećaja u prehrani, od kojih su najčešće identificirani bulimija nervoza, anoreksija nervoza, kompulzivno prejedanje i ostali nespecifični poremećaji prehrane. Međutim, literatura ističe kako se iza ovih poremećaja kriju različiti uzročnici te da je od iznimne važnosti identificirati čimbenike rizika koji posljedično vode ka odstupajućem prehranbenom ponašanju. To mogu biti psihološki, razvojni, biološki i sociokulturni čimbenici.

Temeljni cilj ovog rada je sustavnim pregledom literature identificirati i analizirati studije koje se bave sociokulturnim utjecajima na poremećaje prehrane kod djece kako bi se utvrdilo koji čimbenici i na koji način utječu na odstupajuća prehranbena ponašanja. Riječ je o sekundarnom istraživanju u kojem se koristi relevantna stručna i znanstvena literatura s ciljem stjecanja dubljeg uvida u navedenu.

Rad se sastoji od sedam povezanih cjelina. Nakon uvodnog dijela, u drugom poglavlju obrađuje se pojmovno određenje poremećaja prehrane te identificiraju i opisuju najvažnije antropometrijske metrike u dijagnostici poremećaja prehrane. Potom se, u trećem poglavlju rada opisuju najčešći poremećaji prehrane kod djece, nakon čega slijedi identifikacija sociokulturnih čimbenika rizika koji uključuju utjecaje medija, obitelji i vršnjaka. Peto poglavlje rada obuhvaća analizu stanja uhranjenosti, prehrane i tjelesnih aktivnosti hrvatskih osnovnoškolaca u dobi od 8 do 8,9 godina. Nakon toga prelazi se na sustavni pregled literature temeljem kojeg se odabiru i analiziraju relevantne studije koje se bave utjecajem sociokulturnih čimbenika na poremećaje prehrane kod djece. U zaključku rada sumiraju se rezultati istraživanja u kontekstu dostupne literature i autorica iznosi kritički osvrt na temu rada.

## **2. Poremećaji prehrane i antropometrijske metrike**

Studije pokazuju da jedno od pet djece i adolescenata diljem svijeta pokazuje znakove poremećaja prehrane (Koppell i Pascale, 2023) što je postalo jedan od vodećih problema današnjice. Određena ponašanja osobe i njihov izgled često ukazuju na poremećaj prehrane. Međutim, da bi se on dijagnosticirao, liječnici, koriste i određene načine mjerenja poznate kao antropometrijske metrike i indeksi, među kojima su najvažniji indeks tjelesne mase (engl. *body mass index* - BMI) te antropometrijski pokazatelji pretilosti i pothranjenosti.

Ovo poglavlje rada bavi se temeljnim teorijskim aspektima i problematikom poremećaja prehrane u današnjem društvu te opisuje metrike za njihovu dijagnostiku.

### **2.1. Teorijski aspekti poremećaja prehrane**

Postojanje, rast i razvoj ljudskog tijela inherentno su povezani s karakteristikama prehrane (Artemieva, Tsygankov, Danilin, Suleymanov i Lazukova, 2021). Poremećaji prehrane oblik su psihičkog poremećaja prepoznatog u psihologiji, socijalnom radu, nutricionizmu i medicini (Keel, 2016) te podrazumijevaju višefaktorske bolesti određene složenom interakcijom bioloških, psiholoških i fizičkih čimbenika (July, 2016). Nedostatak ili višak prehrane glavni je patogenetski uzrok niza stanja vezanih uz imunitet i reaktivnost organizma (Artemieva i sur., 2021). Poremećaji prehrane također se definiraju kao trajni poremećaji ponašanja prema hrani i/ili potreba da se kontrolira težina koja šteti fizičkom zdravlju i psihosocijalnom sustavu (July, 2016), a uključuju odstupajuće ponašanje u prehrani i preokupaciju hranom, praćeno u većini slučajeva zabrinutošću oko tjelesne težine i oblika (Svjetska zdravstvena organizacija, 2018). Za uspješan rast i pravilan razvoj potrebna je uravnotežena, punopravna prehrana (Artemieva i sur., 2021).

U ranoj dobi poremećaji prehrane vrlo su česta i promjenjiva situacija. Uz privremene događaje, postoje neke kritične faze (odvikavanje, samostalna prehrana, itd.) koje karakteriziraju ozbiljna stanja kao što je potpuno odbijanje hrane sa snažnim utjecajem na fizički i psihički razvoj djeteta. Sadašnje dijagnostičke klasifikacije poremećaja hranjenja ove poremećaje smatraju jedinstvenom kategorijom pod nazivom „Poremećaji hranjenja ranog djetinjstva i djetinjstva“ (July, 2016). Poremećaji prehrane najpristupačniji su model za sveobuhvatno

proučavanje patoloških učinaka produljene izloženosti gladi i prejedanju (Artemieva i sur., 2021).

Gatward (2007, prema Kardum, Gračanin, i Hudek-Knežević, 2008) napominje da se prehrambena ograničenja i poremećaji prehrane mogu objasniti konceptom moći držanja društvene pažnje i potrebom za pripadanjem. Koncept “društvene moći zadržavanja pozornosti” definiran je kao sposobnost pojedinca da zadrži pozornost i pridobije pažnju od drugih članova grupe (Gilbert, 1992; prema Kardum i sur., 2008), a ovaj koncept usko je povezan sa stupnjem do kojeg se osoba osjeća pod kontrolom. Naime, oni pojedinci koji smatraju da zauzimaju visoku, dominantnu poziciju ili status unutar grupe kojoj pripadaju osjećaju veću kontrolu u odnosu na one koji su u podređenoj poziciji i stoga imaju veću moć držanja društvene pažnje. Potreba za pripadnošću skupini razvila se kao jedna od temeljnih ljudskih potreba, budući da naši preci koji nisu bili dio skupine ne bi dugo preživjeli. Opstanak ljudi uvelike je ovisio o pripadnosti skupini, ljudi su se morali natjecati s drugima za resurse i to je natjecanje moglo dovesti do prijetnje isključenja iz skupine. Sve do relativno nedavno pretilost je bila znak dobrih resursa i statusa, samo bogati mogli su si priuštiti stanje pretilosti (Stevens i Price, 2000). Međutim, u današnje vrijeme kada je hrana lako dostupna i relativno jeftina, restrikcija u prehrani postala je znak visokog statusa i samokontrole (Kardum i sur., 2008).

Opsjednutost težinom i pokušaj mijenjanja tijela bili su zabava za mnoge žene, kako kroz povijest tako i danas. Tijekom 19. stoljeća žene su nosile steznike kako bi postigle idealan oblik ženskog tijela. Negativnih učinaka nošenja steznika bilo je mnogo: otežano disanje, ograničenje kretanja, slabost, zatvor i drugi probavni problemi, prijelom rebara, prolaps maternice i pomicanje jetre. Ipak, bio je naširoko korišten, čak i tijekom trudnoće. (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

Iako poremećaji prehrane imaju mnoge korijene, uloga sociokulturnih pritisaka ne može se zanemariti. Opće je prihvaćeno da je Zapadno društvo vrlo orijentirano na izgled. Ljudi u vrlo ranoj dobi uče o važnosti izgleda, što se cijeni, a što stigmatizira. Primjerice, šestogodišnja djeca pokazuju svijest o stigmatizaciji pretilosti, pripisujući djeci s prekomjernom tjelesnom težinom negativne osobne attribute (npr. lijenost, nestašnost, nepoštenje, glupost). Djeca u dobi od tri godine kategoriziraju drugu djecu na temelju težine, pri čemu djevojčice preferiraju djecu normalne tjelesne težine od pretilih djece (Staffieri, 1967; prema Cavanaugh i Lemberg, 1999).

## 2.2. BMI kao glavni element u dijagnostici poremećaja prehrane

Indeks tjelesne mase - BMI je omjer težine i visine pojedinca (Guine, Fernandes, Abrantes, Cardoso i Ferreira, 2016), a koristi se za procjenu rizika od zdravstvenih problema povezanih s težinom te mjeri višak tjelesne težine za određenu visinu (Nihiser i sur., 2007). Adolphe Quetelet ga je uveo između 1830. i 1850. godine, kao mjeru konstitucije ljudskog tijela koja se koristi u širokom rasponu istraživačkih aktivnosti u antropologiji i kliničkoj medicini. Na primjer, prepoznat je među čimbenicima koji se odnose na nasljeđivanje sastava tijela u regionalno ili demografski definiranim populacijama (Kurbel, Zucić, Vrbanec i Pleština, 2008).

### 2.2.1. BMI klasifikacija

Premda je kreiran više od stoljeća ranije, Queteletov indeks popularizirala je skupina autora tek 1972. godine (Keys, Fidanza, Karvonen, Kimura i Taylor, 1972). Autori su oštro kritizirali valjanost podataka koje je u to vrijeme objavila osiguravajuća kuća *Metropolitan Life Insurance*, smatrajući kako tablice za definiranje premršavih i preteških osoba nisu adekvatne. Valja također naglasiti kako se u to doba izraz “pretilost” još uvijek nije koristio. Umjesto toga, Keys i sur. (1972), predložili su korištenje Queteletovog indeksa u populacijskim studijama i nazvali su ga indeksom tjelesne mase, odnosno BMI indeksom. Iz navedenog proizlazi da je Queteletov indeks = tjelesna težina (kilogrami) podijeljena s kvadratom visine (metri) = BMI.

Svjetska zdravstvena organizacija okupila je 1993. godine skupinu eksperata sa zadatkom da razviju jedinstvene kategorije BMI-a, a rezultati su objavljeni kao tehničko izvješće u 1995. godini. Utvrđene su četiri BMI klase koje vrijede za odrasle osobe oba spola, a uključuju premalu tjelesnu težinu, normalnu, prekomjernu tjelesnu težinu i pretilost (*Tablica 1*).

*Tablica 1.* BMI klasifikacija (Svjetska zdravstvena organizacija, 1995; 1997)

BMI klasa	Indeks tjelesne mase (BMI)
Premala tjelesna težina (pothranjenost)	15 – 19.9
Normalna tjelesna težina	20 – 24.9
Prekomjerna tjelesna težina	25 – 29.9
I. stupanj pretilosti	30 – 34.9



II. stupanj pretilosti	35 – 39.9
III. stupanj pretilosti	≥40

Prema ovoj klasifikaciji, osoba se smatra pothranjenom ako je njezin BMI u rasponu između 15 i 19.9. Ako se njen raspon BMI kreće od 20 do 24.9 ima normalnu težinu, a od 25 do 29.9 prekomjernu tjelesnu težinu. Sve osobe čiji BMI indeks prelazi ili je jednak 30 smatraju se pretilima (Svjetska zdravstvena organizacija, 1995). Međutim, kako je postalo jasno da se sve veći broj ljudi suočava s pretilošću bilo je potrebno napraviti određene izmjene u terminologiji pa je 1997. godine Međunarodna radna skupina za pretilost proširila broj BMI kategorija kako bi uključila različite stupnjeve pretilosti. Time su uvedena i tri stupnja pretilosti (*Tablica 1*). Prvi stupanj pretilosti označava osobe čiji se BMI indeks kreće između 30 i 34.9, drugi stupanj osobe s BMI indeksom 35-39.9, a BMI 40 i više je pretilost trećeg stupnja (Svjetska zdravstvena organizacija, 1997).

### **2.2.2. Ograničenja BMI indeksa**

Unatoč činjenici da se posljedice pretilosti za kronično zdravlje akumuliraju i manifestiraju tijekom vremena, većina istraživanja o zdravlju populacije koja istražuju implikacije visokog BMI-a mjeri samo njegov nedavni intenzitet (Ng, Elliott, Riosmena i Cunningham, 2020). BMI je najčešće korištena mjera zdravstvenog rizika povezanog s težinom jer su izravna mjerenja tjelesne masnoće invazivnija i skuplja. Iako nije izravna mjera tjelesne masnoće, pokazalo se da je u korelaciji s tjelesnom masnoćom (Ferrera, 2006). Mjerenje je relativno jednostavno, jeftino, neinvazivno i brzo. Baš kao što je mamografija alat za otkrivanje karcinoma dojke, BMI je alat za procjenu pretilosti. Kao što rezultati mamografije ne daju konačnu dijagnozu karcinoma dojke tako se BMI ne bi trebao koristiti sam za sebe za postavljanje dijagnoze pretilosti. Umjesto toga, trebao bi se koristiti za identifikaciju pojedinaca koje pružatelj medicinske skrbi treba dodatno pregledati kako bi se dobila informirana dijagnoza (Nihiser i sur., 2007).

Dimitrova (2018) ističe kako je BMI indeks najpopularnija metoda za određivanje stupnja pretilosti, a Montignac (2005) napominje da se BMI pokazao vrlo pouzdanim instrumentom u praćenju promjena tjelesnih masnoća te da se količina masnog tkiva njime utvrđuje preciznije negoli je to moguće mjerenjem kožnih nabora. Međutim, prepoznata su i pojedina ograničenja

ove metrike. Glavni nedostatak je u tome što ne daje informacije o neovisnim doprinosima masne mase i mase bez masti koji variraju ovisno o visini, težini i dobi. Zbog tih istraživanja pokazalo se da je procjena sastava tijela primarna determinanta zdravlja te bolji prediktor rizika morbiditeta i mortaliteta od BMI. Studije su naglasile važnost određivanja tjelesne masti i bezmasne mase izravnim mjerama, umjesto oslanjanja na indeks tjelesne mase kada se opisuju rizici od pretilosti ili pothranjenosti. Primjenom indeksa bezmasne mase i masne mase u antropološkim istraživanjima uklanjaju se razlike u ovim parametrima zbog visine i omogućuju nam precizniju procjenu (Dimitrova, 2018). Također, mnogi ljudi s BMI ispod  $30 \text{ kg/m}^2$  su pretili i stoga su pogrešno klasificirani prema BMI. Prevalencija komorbiditeta povezanih s pretilošću visoka je u ispitanika niskog rasta kod kojih je BMI kao dijagnostički alat loš i ne može se poboljšati smanjenjem pragova BMI za prekomjernu težinu. Kada se koristi za izračun sadržaja masti, BMI može pružiti pogrešne informacije u mnogim okruženjima: dojenčad i djetinjstvo; starenje; rasne razlike; sportaši; vojno i civilno osoblje; mršavljenje s i bez vježbanja; fizički trening; i posebnim kliničkim okolnostima (Kurbel i sur., 2008).

### **2.3. Antropometrijski pokazatelji koji ukazuju na pretilost odnosno pothranjenost djece**

Indeks tjelesne mase se, osobito u razvijenim zemljama, počeo koristiti za dijagnosticiranje poremećaja prehrane (poput pothranjenosti i, posebice, pretilosti). BMI za dob i spol koristi se za identifikaciju problema pretilosti (višak tjelesne masnoće) kod djece u dobi od 2-20 godina čija se visina može mjeriti u stojećem položaju (Canbulat, Gözen, Köse, i Arda, 2011). Izuzev BMI indeksa za odrasle, Svjetska zdravstvena organizacija je za djecu (djeca rane i predškolske te školske dobi) i adolescente razvila percentilne krivulje koje su u skladu sa standardima rasta za predškolsku djecu i graničnim vrijednostima indeksa tjelesne mase (BMI) za odrasle (Guine i sur., 2016).

Za djecu u dobi od 2 do 20 godina starosti razvijeni su i antropometrijski pokazatelji koji ukazuju na pretilost odnosno pothranjenost djeteta u odnosu tjelesnu visinu i težinu (*Tablica 2*). Na temelju tih pokazatelja izrađuju se prethodno navedene percentilne krivulje. Riječ je zapravo o parametrima koji na prvi pogled ukazuju na poremećaje u prehrani djeteta. Dijete koje nije dovoljno visoko za svoju starosnu ukazuje na poremećaj u koštanom razvoju koji sa sobom nosi

brojne probleme. Ova su djeca najčešće pothranjena i odnosu na drugu djecu jednake dobi. Ovakva antropometrija može biti nasljedna, no najčešće je rezultat nedovoljne i loše izbalansirane prehrane (Svjetska zdravstvena organizacija, 1995). Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (2021), 149 milijuna djece mlađe od 5 godina zaostaje u razvoju, odnosno prenisko je za svoju dob. Ako se prehrana djeteta ne prilagodi i ono nastavi sa zaostacima u razvoju, to može voditi ka brojnim bolestima uključujući celijakiju, kronične respiratorne bolesti te probleme s jetrom, srcem i bubrezima (Ille, 2022). Drugi slučaj su djeca koja nedovoljnu tjelesnu težinu u odnosu na visinu. Ovo je također stanje pothranjenosti, a može biti posljedica naglog rasta, genetskih predispozicija ili puno dublje problematike koja ukazuje na neadekvatnu prehranu. Jednak slučaj je i s djecom koja su previše mršava za svoju starosnu dob. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (2021), oko 45% smrtnih slučajeva među djecom mlađom od 5 godina povezano je s pothranjenošću, a najviše su pogođene zemlje sa srednjim i niskim dohotkom. Istovremeno u tim istim zemljama rastu stope pretilosti i prekomjerne tjelesne težine kod djece.

*Tablica 2. Antropometrijski pokazatelji pretilosti /pothranjenosti temeljeni na visini i težini djeteta (Svjetska zdravstvena organizacija, 1995; 2021)*

<b>Antropometrijski pokazatelj</b>	<b>Opis</b>	<b>Stanje u 2020.*</b>
Nedovoljna visina u odnosu na starosnu dob	Razvojni zaostatak	149 milijuna
Nedovoljna težina u odnosu na starosnu dob	Pothranjenost	45 milijuna
Nedovoljna težina u odnosu na visinu	Mršavost	
Prevelika težina u odnosu na visinu ili visok BMI	Pretilost	38,9 milijuna
Prevelika težina u odnosu na starosnu dob	Pretilost	

*\*Statistika broja djece koja su pothranjena, mršava i pretela za 2020. godinu*

Sljedeća kategorija su djeca koja imaju preveliku tjelesnu težinu i BMI indeks u odnosu na visinu, što još jednom ukazuje na poremećaj prehrane i nedostatak tjelesnih aktivnosti, jednako kao i kod djece koja imaju preveliku težinu s obzirom na starosnu dob (Svjetska zdravstvena organizacija, 1995). Prekomjerna tjelesna težina od djece u dobi između 5 i 7 godina postaje sve veći problem diljem svijeta. Primjerice, u istraživanju koje su proveli Nazarova i Kuzmičev (2016) među 3.130 dječaka i djevojčica u dobi od 3 do 7 godina u Rusiji, pokazalo se

kako je čak 14% djece u dobi između 5 i 7 godina pretilo. Slična razina prevalencije prekomjerne tjelesne težine uočena je među djecom predškolske dobi u Španjolskoj i Italiji (Lasarte-Velillas i sur., 2015; Rosati, Triunfo, Zucchetti, Gorca, Chini i Campana, 2014). Stanja povezana s pretilošću kod djece i adolescenata uključuju probleme s disanjem poput astme, visoki krvni tlak i kolesterol, povećan rizik od razvoja dijabetesa tipa 2, kao i probleme sa zglobovima (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

### 3. Najčešći poremećaji prehrane kod djece

U literaturi su identificirana četiri najčešća poremećaja prehrane kod djece koja uključuju anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaj prejedanja i ostale nespecifične poremećaje (Zam, Sajiari i Sijari, 2018). Isti se detaljno opisuju u nastavku.

#### 3.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza je poremećaj prehrane koji se aktivira neobjašnjivim strahom od debljanja. Također je psihijatrijski poremećaj i većinom pogađa mlađe žene (Jassogne i Zdanowicz, 2018) te spada u teške i nerijetko smrtno psihijatrijske poremećaje (Ambrosi-Randić, 2004). Uglavnom je prisutna u zemljama koje su društveno-ekonomski razvijene. Ima visoku stopu smrtnosti zbog svojih medicinskih (koji uzrokuju polovicu svih smrti) i psihosocijalnih psihijatrijskih poremećaja (Jassogne i Zdanowicz, 2018). Osoba pogođena ovim poremećajem često je opsjednuta svojim izgledom tijela i obično sebe doživljava kao pretilu, dok je stvarnost obično upravo suprotna. Budući da osoba koja boluje od anoreksije nema realno razumijevanje svog stanja i percepcija vlastitog tijela je iskrivljena, ovaj poremećaj je izuzetno teško liječiti (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

Anoreksija nervosa može se okarakterizirati i kao sindrom samoizgladnjivanja. Glavni znak sindroma je mršavost uzrokovana namjernim ograničavanjem unosa hrane. Osim toga, postoji intenzivan strah od debljanja, što osoba koja pati od ovog poremećaja ne može eksplicitno opisati ili izraziti implicitno kao ponašanje usmjereno na sprječavanje debljanja. Konačno, postoji poremećaj slike o tijelu, koji može uključivati pogrešnu percepciju prekomjerne tjelesne težine unatoč mršavosti, neprimjeren utjecaj težine ili tjelesnog oblika na samoprocjenu ili loše prepoznavanje ozbiljnih medicinskih posljedica niske tjelesne težine (Keel, 2016). Za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze moraju biti ispunjeni sljedeći kriteriji (American Psychiatric Association, 2013):

1. ograničavanje određenog unosa energije koji dovodi do značajno niske tjelesne težine u kontekstu dobi, spola i fizičkog zdravlja,
2. neobjašnjiv intenzivan strah od debljanja, iako osoba nema dovoljno kilograma,

3. poremećaj u načinu doživljavanja vlastite tjelesne težine ili tjelesnog oblika, neprimjeren utjecaj tjelesne težine ili tjelesnog oblika na samoprocjenu ili poricanje ozbiljnosti trenutne niske tjelesne težine.

Čak i ako nisu ispunjeni svi kriteriji za anoreksiju, i dalje može biti prisutan ozbiljan poremećaj prehrane. Atipična anoreksija uključuje one osobe koje ispunjavaju kriterije za anoreksiju, ali nemaju pothranjenu težinu unatoč značajnom gubitku težine. Istraživačke studije nisu otkrile razliku u medicinskim i psihološkim učincima anoreksije i atipične anoreksije (American Psychiatric Association, 2013).

### ***3.1.1. Obilježja ponašanja osoba s anoreksijom nervozom***

Anoreksiju nervozu, u početnim fazama, može biti teško razlikovati od normalne dijete. Poput osoba koje se drže normalne dijete, anoreksične osobe često izbjegavaju određene namirnice (npr. masnoće, slatkiše i kruh) i smanjuju porcije drugih skupina namirnica. Međutim, za razliku od osoba koje drže normalnu dijetu, anoreksične osobe nastavljaju s ograničenjima hrane nakon postizanja "normalne" tjelesne težine. Dok ljudi na zdravoj dijeti uživaju u obrocima i jedu ono što im je dopušteno (a ponekad i više) te cijene svoj gubitak težine i pozitivne promjene na svojem tijelu, osobe s anoreksijom obično jedu manje od onoga što je na tanjuru, možda ne više od nekoliko zalogaja te sebe opisuju kao pretile i debele, čak i nakon što su ozbiljno smršavjele. Kada se suoče sa svojim problemima gubitka težine i prehrane, anoreksične osobe često poriču da ograničavaju hranu i da imaju problema s hranom. (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

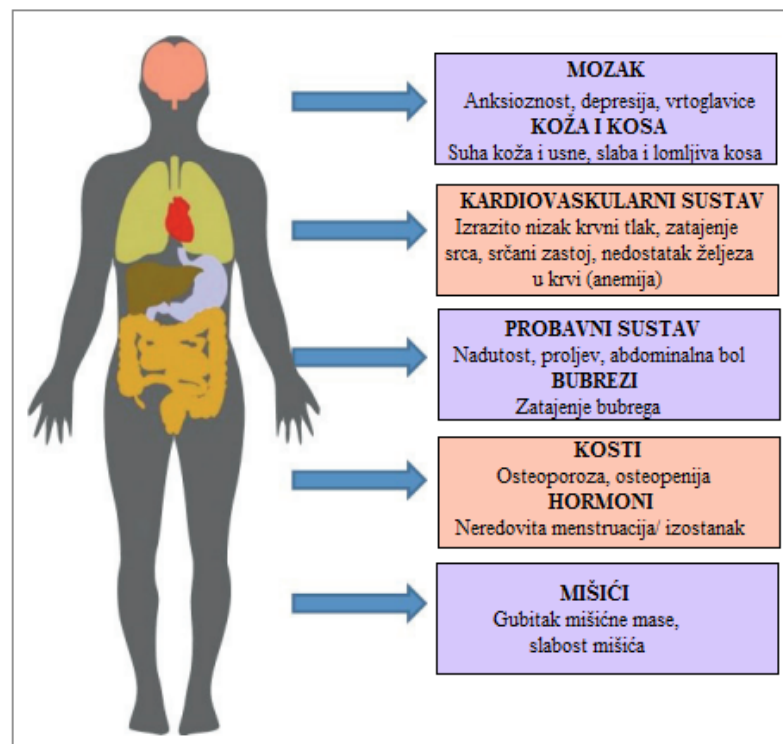
U zapadnoj kulturi uspješno mršavljenje je često željeni i ohrabrivani cilj. Stoga, početni gubitak tjelesne težine pojedinaca s anoreksijom nervozom pruža dokaz impresivne samokontrole i osobnog postignuća, što dovodi do poboljšanog samopoštovanja. Osim toga, mnoge osobe koje razviju anoreksiju nervozu opisuju primanje komplimenata na početku svojih uspješnih pokušaja mršavljenja (Skårderud, 2007; prema Walsh, 2013). Često, nakon što pojedu mali obrok, ili gotovo ništa, osobe s anoreksijom postanu tjeskobne i žale se da se osjećaju "natrpano". Djelomično je osjećaj sitosti nakon malog unosa hrane povezan s fiziološkim prilagodbama ograničenja kalorija. Općenito, osobe s anoreksijom nervozom djeluju tako da minimiziraju potrošnju kalorija i maksimiziraju proizvodnju energije. U tom kontekstu,

restriktivna dijeta, neuobičajena ponašanja i pretjerana tjelovježba lako su razumljivi. Budući da je instinkt tijela da se očuva, osoba s anoreksijom često se upušta u još veće restrikcije kalorija i tjelesne aktivnosti kako poremećaj napreduje (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

### 3.1.2. Utjecaj poremećaja na fizički izgled i zdravstveno stanje osobe

Fiziološke promjene povezane s anoreksijom nervozom slične su onima koje slijede nakon dugotrajnog razdoblja pothranjenosti i gladovanja. Neki od učinaka ograničenja prehrane pojavljuju se rano u tijeku bolesti, dok drugi nisu vidljivi sve dok poremećaj značajno ne napreduje. Najlakše prepoznata promjena kod anoreksije je vrlo brz gubitak težine. Nije neobično da mlada osoba s anoreksijom izgubi 10 kg u mjesec dana i čak 20 do 25% ukupne tjelesne težine tijekom nekoliko mjeseci (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

Na *Slici 1* prikazani su temeljni fizički znakovi i efekti anoreksije nervoze na osobe koje pate od navedenog poremećaja. Vidljivo je kako ima negativno djelovanje na brojne tjelesne organe i, ako se ne liječi, može rezultirati zatajenjem organa i posljedično smrću (Zam, Sajiari i Sijari, 2018).



*Slika 1.* Fizički znakovi i efekti anoreksije nervoze (Zam, Sajiari i Sijari, 2018: 30)

S ozbiljnim padom tjelesne težine i statusa uhranjenosti, žene s prethodno redovitim menstrualnim ciklusom često prestaju imati menstruaciju. Anoreksija također doprinosi problemima u regulaciji tjelesnih funkcija. U vezi s teškim gubitkom težine, osobe s anoreksijom često pokazuju poteškoće u održavanju odgovarajuće ravnoteže tekućine. Simptomi nedostatka tekućine uključuju grčeve mišića, umor i "vrtoglavicu" zbog niskog krvnog tlaka pri stajanju (Zam, Sajiari i Sijari, 2018).

Osobe s anoreksijom također imaju poteškoća u regulaciji tjelesne temperature. Budući da se tijelo ne može zagrijati bez goriva ili potrebnih slojeva masti, osobe s anoreksijom često su preosjetljive na hladnoću. Kako stanje napreduje, nekim ljudima rastu fine dlake, koje se nazivaju lanugo, po većem dijelu tijela kako bi održale toplinu. S obzirom na naglasak koji osobe s anoreksijom stavljaju na fizički izgled, ironično je da mnogi učinci anoreksije imaju tendenciju da umanje fizičku privlačnost. Manjak proteina koji prati kalorijsko ograničenje često rezultira blijedom kosom, kožom i noktima. I kosa i nokti postaju lomljivi, što dovodi do oštećenja i lomljenja. Kosa se također može činiti tankom jer nova kosa ne raste da bi zamijenila izgubljenu kosu. Suha, ljuskava koža razvija se zbog nedostatka hrane. Još jedan problem kod anoreksije je pogoršanje stanja zuba i desni. Karijes i bolesti desni često se javljaju kao posljedica nedostatka kalcija i unosa hranjivih tvari ili kao posljedica povraćanja kod nekih pojedinaca. Iako tjelesne značajke o kojima se do sada raspravljalo predstavljaju ozbiljne zdravstvene probleme, općenito nisu opasne po život. Međutim, dugoročne posljedice anoreksije utječu na kvalitetu i kvantitetu života. Dugotrajno gladovanje oštećuje gotovo sve glavne tjelesne funkcije jer tijelo počinje sagorijevati mišiće i organe za gorivo. Anoreksija može dovesti do oštećenja vitalnih organa, uključujući srce, jetru, bubrege, želudac i crijeva, mišiće i kosti, reproduktivni sustav i mozak. Potencijalni dugoročni zdravstveni problemi povezani s oštećenjem organa i tkiva uključuju zatajenje bubrega, zatajenje srca, osteoporozu (gubitak gustoće kostiju), neplodnost, intelektualni pad i kronično oštećenje crijeva kod osoba koje zlorabe laksativ (Cavanaugh i Lemberg, 1999; Zam, Sajiari i Sijari, 2018).

### **3.2. Bulimija nervoza**

Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello i Santonastaso (2009) bulimiju nervozu opisuju kao ozbiljan, potencijalno po život opasan poremećaj prehrane kojeg karakterizira ciklus prejedanja i



kompenzacijskih ponašanja kao što je samoizazvano povraćanje osmišljeno da poništi ili kompenzira učinke prejedanja. Marchi i Cohen (1990) proveli su istraživanje poremećaja prehrane među 659 djece u dobi između 9 i 21 godinu života. Pokazalo se da je prevalencija dijagnosticirane bulimije nervoze među djecom učestalija od anoreksije nervoze. Među muškom djecom iznosi 3/1000 dječaka, a među ženskom čak 25/1000 djevojčica. Međutim, prevalencija djece koja ukazuju na bulimična ponašanja (no, nemaju postavljenu dijagnozu) znatno je veća, a iznosi 15/1000 dječaka i 88/1000 djevojčica.

Za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze moraju biti ispunjeni sljedeći kriteriji (American Psychiatric Association, 2013):

1. Osoba ima ponavljajuće epizode prejedanja koje karakteriziraju sljedeći čimbenici:
  - u određenom vremenskom razdoblju osoba jede onoliku količinu hrane koja je u prosjeku veća nego što većina ljudi jede u sličnom vremenskom razdoblju i pod sličnim okolnostima,
  - osoba ima osjećaj nedostatka kontrole dok jede tijekom epizode prejedanja (npr. osjećaj da ne može prestati jesti ili kontrolirati što ili koliko jede).
2. Osoba ima ponavljajuće neprikladno kompenzacijsko ponašanje kako bi spriječila debljanje (samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, gladovanje ili pretjerana tjelovježba).
3. Prejedanje i neprikladno kompenzacijsko ponašanje javljaju se u prosjeku najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca.
4. Na samoocjenjivanje pretjerano utječu oblik tijela i težina.

### ***3.2.1. Prehrambeno ponašanje povezano s bulimijom nervozom***

Prehrambeno ponašanje povezano s bulimijom nervozom razlikuje se od anoreksije nervoze i zdrave prehrane. Bulimiju karakteriziraju dva primarna simptoma: prejedanje i čišćenje povraćanjem (Cavanaugh i Lemberg, 1999). Nicholls (1999) napominje i drugi oblik čišćenja, a uključuje korištenje laksativa i drugih lijekova koji će izazvati brzo i potpuno pražnjenje crijeva. Autor objašnjava da je ovo ponašanje tipično za djevojčice u dobi između 13 i 14 godina koje su u razdoblju adolescencije, ali još uvijek pod nadzorom roditelja i u njima je još uvijek strah da ih

roditelji ne čuju dok povraćaju u kupaoni pa se ispočetka služe ovim načinom da što prije izbace svu pojedenu hranu iz tijela (Nicholls, 1999).

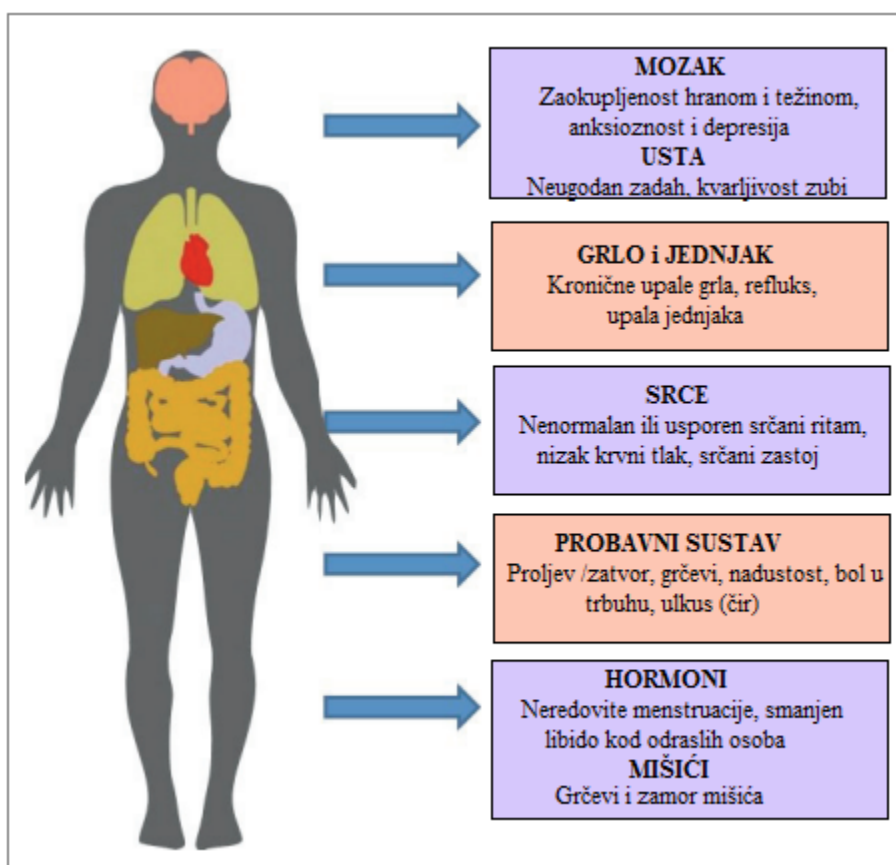
Epizode prejedanja koje su obilježje poremećaja rijetko se opažaju. Osobe s bulimijom obično pokazuju suzdržano, kontrolirano ponašanje u prehrani u javnosti. Zapravo, suzdržanost koju pokazuju mlade žene s bulimijom toliko je ekstremna da bi se drugi mogli zapitati kako mogu spriječiti gubitak težine. Tijekom javnih obroka, osobe s bulimijom mogu izbjegavati masnoće, slatkiše i nezdravu hranu, dok konzumiraju povrće, voće i male količine nemasnog mesa. Javna manifestacija samokontrole prikriva privatne, kaotične i nekontrolirane obrasce prehrane osobe s bulimijom, kao i njegove ili njezine strahove od hrane. Slično kao i kod anoreksije, socijalna izolacija uobičajena je karakteristika ponašanja kod bulimije. Osobe s bulimijom često se više povlače u društvo jer im prejedanje i čišćenje oduzimaju više vremena i energije. Nekada otvorena, druželjubiva mlada žena mogla bi početi odbijati pozive na zabave, večere ili druge aktivnosti koje uključuju hranu. Osobe s bulimijom koje žive s obitelji ili prijateljima mogu se izolirati povlačenjem u svoje sobe umjesto da gledaju televiziju, igraju igrice ili razgovaraju. (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

### ***3.2.2. Utjecaj bulimije nervoze na zdravlje osobe***

Utjecaj bulimije nervoze na zdravlje je negativan u mjeri u kojoj i ranije opisana anoreksija nervoza, a utječe na mozak, srce, jednjak, hormone, mišiće i probavni sustav (*Slika 2*).

Brojni fiziološki problemi povezani s bulimijom razlikuju se ovisno o učestalosti i intenzitetu prejedanja i metodama čišćenja koje pojedinac koristi. Fizički problemi povezani s prejedanjem uključuju bol u trbuhu, nadutost, zatvor i proljev (Zam, Sajari i Sijari, 2018). Kod ekstremnijih prejedanja želudac može puknuti i rezultirati smrću. Čišćenje je također povezano s određenim fizičkim simptomima. Izmjena između prejedanja i čišćenja može rezultirati vidljivim fluktuacijama težine. Značajnije promjene težine mogu se pojaviti kod zlouporabe laksativa i/ili diuretika, što mijenja ravnotežu tekućine pojedinca. Budući da velika većina žena koje razviju bulimiju imaju normalnu tjelesnu težinu ili malo iznad normalne tjelesne težine, nepravilnosti u prehrani i amenoreja (izostanak menstruacije) često se javljaju kao rezultat promjene tjelesne težine i nedostataka u prehrani povezanih s poremećajem. Čišćenje također može doprinijeti neravnoteži elektrolita, što je prvenstveno povezano sa smanjenjem kalija. Kalij je neophodan za

pravilno funkcioniranje mišićnog tkiva: nedostatak rezultira umorom i grčevima mišića, poremećajima srčanog ritma, oštećenjem bubrega, a u težim slučajevima i paralizom. Nadoknada kalija neophodna je za ispravljanje neravnoteže tekućine i ponovno uspostavljanje normalnog funkcioniranja organa. Međutim, takvu nadoknadu mora nadzirati liječnik, jer previše ili premalo kalija može dovesti do zatajenja srca ili bubrega (Cavanaugh i Lemberg, 1999).



Slika 2. Fizički znakovi i efekti bulimije nervoze (Zam, Sajiari i Sijari, 2018: 30)

Neki fizički simptomi bulimije specifični su za metodu čišćenja koju pojedinac koristi. Čišćenje kroz samoizazvano povraćanje ima neke potencijalno ozbiljne fizičke posljedice, uključujući upalu grla, čireve u ustima i desnama, suhe i ispucale usne, karijes, generalizirano oticanje, nepravilnosti žlijezda slinovnica i zatvor. Iako naizgled bezopasne, ove nuspojave često znače ozbiljnije oštećenje. Na primjer, kronični bolni grč s povremenom krvlju u povraćenom sadržaju može biti znak kidanja jednjaka ili čira (Cavanaugh i Lemberg, 1999; Zam, Sajiari i Sijari, 2018). Učestalo povraćanje može "paralizirati" probavni trakt, tako da se hrana ne može

učinkovito kretati kroz tijelo. Kao rezultat toga, osobe s bulimijom često se žale na "osjećaj sitosti" dulje od većine ljudi i mogu imati nadutost bez olakšanja pražnjenja crijeva (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

### **3.3. Kompulzivno prejedanje**

Kompulzivno prejedanje Pokrajac-Bulian i sur. (2009; prema Božić i Macuka, 2017) objašnjavaju kao nekontrolirani unos enormne količine hrane u organizam u kratkom vremenskom periodu. Zam, Sajari i Sijari (2018) i Cavanaugh i Lemberg (1999) su identificirali pet temeljnih kriterija koji moraju biti zadovoljeni prilikom dijagnosticiranja poremećaja kompulzivnog prejedanja. Ovi kriteriji uključuju:

1. Ponavljajuće epizode prejedanja koje su ranije dijagnosticirane kod bulimije nervoze gdje osoba u jednom obroku unese prosječno veću količinu hrane nego većina drugih ljudi u istom vremenskom razdoblju i pod istim okolnostima te da osoba ima osjećaj nedostatka kontrole dok jede tijekom epizode prejedanja.
2. Tijekom epizode prejedanja osoba ispunjava najmanje tri od navedenih čimbenika:
  - jede mnogo brže nego inače,
  - jede do osjećaja neugodne sitosti,
  - unosi velike količine hrane u organizam čak i kad ne osjeća glad,
  - jede sama jer se osjeća neugodno zbog toga koliko jede,
  - osoba osjeća gađenje prema sebi, depresiju ili osjećaj krivnje nakon jela.
3. Često je prisutan izraženi distress u vezi s prejedanjem.
4. Prejedanje kod osoba javlja se u prosjeku najmanje jednom tjedno tijekom 3 mjeseca.
5. Prejedanje nije povezano s ponovnim korištenjem neprikladnih kompenzacijskih ponašanja (npr. čišćenje) kao kod bulimije nervoze i ne događa se isključivo tijekom bulimije nervoze ili anoreksije nervoze.

Poremećaj prejedanja dijeli nekoliko karakteristika s bulimijom nervozom. Kao i bulimičari, osobe koje se prejedu gube kontrolu nad hranom što često rezultira epizodama prejedanja. I bulimičari i osobe koje se prejedaju sklone su precijeniti mršavost i važnost

mršavosti u postizanju uspjeha, sreće i popularnosti. Slično bulimičarima, često pokazuju vidljive fluktuacije težine koje su izravno povezane s izmjenom između ograničenja i prejedanja. Osim što dijele neke simptome, postoje i razlike. Pojedinci s navikama kompulzivnog prejedanja ne čiste se. Za osobe s bulimijom, prejedanje se općenito sastoji od hrane koja ima ograničenu nutritivnu vrijednost, poput slatkiša ili nezdrave hrane. Za osobe koje se prejedaju, prejedanje također može uključivati hranu koja je inače zdrava. Kompulzivni prejedač može sjediti s drugima i konzumirati odgovarajuću količinu tijekom obroka, ali može izgubiti kontrolu kasnije dok čisti stol od ostataka. Osoba može pojesti ono što drugi ljudi ostave na svojim tanjurima, dovršiti ono što ostane u posudama za posluživanje ili nastaviti jesti dok odlaže hranu. Drugi obrazac prejedanja uključuje kontinuirano grickanje, osobito tijekom večernjih sati, kada hrana preuzima ulogu "umirujućeg suputnika". Mnogi jedu vrlo malo tijekom dana u prisutnosti drugih, ali onda piju kad su sami. Pojedinci s navikama kompulzivnog prejedanja pokazuju neke karakteristike ponašanja slične onima kod anoreksije i bulimije. Na primjer, kompulzivno prejedanje često ima problema s odbijanjem zahtjeva drugih, odustajanjem od vlastitih planova za zadovoljenje potreba drugih. Rijetko će kompulzivno prejedanje sugerirati da je zahtjev nezgodan ili nametnut. Na poslu često preuzimaju dodatnu odgovornost i uvijek su spremni pomoći, bez obzira na opterećenje posla. Najjednostavniji opis stava osobe s poremećajem kompulzivnog prejedanja je "ugoditi ljudima". Ako to nekoga čini sretnim, on ili ona će to učiniti (Cavanaugh i Lemberg, 1999).

Recentna studija koju je proveo Murray i sur. (2022) uključivala je skeniranje mozga djece u dobi od 9 do 10 godina s poremećajem kompulzivnog prejedanja. Rezultati su pokazali da postoje razlike u gustoći sive tvari u mozgu kod djece s poremećajem prehrane u usporedbi s njihovim vršnjacima. Nalazi studije sugeriraju kako je temeljni uzrok poremećaja zapravo abnormalni razvoj u moždanim centrima za nagrađivanje i inhibiciju.

Osobe koje se kompulzivno prejedaju često imaju problema s težinom ili teško održavaju stabilnu težinu. Zapravo, neka istraživanja sugeriraju da čak 50% pretilih osoba koje se jave na liječenje ispunjava kriterije za kompulzivno prejedanje. Tinejdžeri i mlađe odrasle osobe koje tek razvijaju navike kompulzivnog prejedanja možda nisu dosegle fazu ozbiljne pretilosti, ali imaju tendenciju značajnog gojaznosti (Cavanaugh i Lemberg, 1999). Fizički učinci u početku nisu tako vidljivi kao oni kod anoreksije i bulimije i općenito se ne razlikuju od onih kod pretilosti. Dugoročne posljedice kompulzivnog prejedanja povezane su s pretilošću, uključujući dijabetes,

hipertenziju, respiratorne bolesti, karcinom i artritis. Stoga se pojedinci s navikama kompulzivnog prejedanja ne moraju boriti samo s izravnim učincima svog poremećaja, već i s posljedicama pretilosti, što može dovesti do više zdravstvenih problema i kraćeg životnog vijeka od pojedinaca sa zdravom težinom (Zam, Sajiari i Sijari, 2018).

### **3.4. Ostali nespecifični poremećaji prehrane**

Liječnici se svakodnevno susreću s poremećajima prehrane koji se dijagnostikom ne mogu svrstati u nijednu od tri ranije opisane vrste. Iz tog razloga u praksi su poznati kao ostali nespecifični poremećaji prehrane, a čine čak 50% ukupnih poremećaja prehrane. Premda ovi pacijenti u potpunosti ne ispunjavaju kriterije za anoreksiju, bulimiju i kompulzivno prejedanje, ako se postojeća prehrambena ponašanja pacijenata nastave, ona mogu napredovati i posljedično rezultirati anoreksijom ili bulimijom (Zam, Sajiari i Sijari, 2018).

Institut za poremećaje hranjenja opisao je pet poremećaja koji spadaju u skupinu ostalih nespecifičnih poremećaja hranjenja. Prva kategorija je atipična anoreksija nervoza kod koje pacijenti ispunjavaju gotovo sve kriterije za anoreksiju nervozu, pa čak i značajan gubitak težine. Međutim, njihova “nova” težina još uvijek se nalazi unutar ili iznad normalnog raspona stoga se ne može okarakterizirati kao anoreksija nervoza. Drugi poremećaj je bulimija nervoza niske učestalosti. I u ovom slučaju svi kriteriji za bulimiju nervozu su ispunjeni, osim što se prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju u prosjeku manje od jednom tjedno i/ili manje od 3 mjeseca (jednaki kriteriji vrijede i za poremećaj kompulzivnog prejedanja). Četvrti je poremećaj pročišćavanja, specifičan za osobe koje žele utjecati na svoju težinu ili oblik tijela pa imaju ponavljajuće ponašanje pročišćavanja poput zlouporabe laksativa, diuretika i drugih lijekova. Važno je naglasiti kako se ove osobe ne prejedaju već imaju normalne prehrambene navike. Posljednja kategorija je sindrom noćnog jedenja koji je karakteriziran konzumacijom hrane usred noći, u različitim količinama i tijekom nekoliko puta (Institute for Eating Disorders, n.d.).

## 4. Sociokulturni čimbenici poremećaja prehrane

Kao odgovor na visoku prevalenciju pretilosti i poremećaja hranjenja među mladima, istraživači su predložili korištenje integriranog pristupa prevenciji koji se bavi spektrom poremećaja povezanih s tjelesnom težinom unutar intervencija. Identifikacija čimbenika rizika koji su zajednički za ove poremećaje povezane s tjelesnom težinom bitan je korak u razvoju učinkovitih preventivnih intervencija (Haines i Neumark-Sztainer, 2006).

Kako bi se razumjele metodološke poteškoće u proučavanju čimbenika rizika, korisno je zapamtiti definiciju "čimbenika rizika", faktora koji je povezan s poremećajem i može poduprijeti povremenu vezu. Dokazi koji podupiru povremenu vezu između čimbenika rizika i poremećaja osiguravaju (Schmidt, 2002):

- identifikaciju čimbenika koji prethodi poremećaju koji se proučava,
- ponovljenu pojavu istog čimbenika rizika u više studija čimbenika rizika,
- da je čimbenik rizika povezan je samo s jednim poremećajem i
- otkriće da eksperimentalna intervencija koja eliminira čimbenik rizika također eliminira poremećaj.

Brojna istraživanja poremećaja prehrane, a posebno ona koja koriste dizajne presjeka, krše prvu točku u vezi s vremenskim prvenstvom i, iako su navodno zainteresirana za prepoznavanje čimbenika rizika, ne pokušavaju identificirati što je prethodilo poremećaju prehrane. Da bi se ovo razjasnilo, potrebno je ustanoviti početak čimbenika rizika i pažljivo definirati i datirati početak poremećaja prehrane (što nije tako jednostavno kao što zvuči). Premda je moguće odrediti vremensku točku kada je netko razvio poremećaj prehrane, tome je mogao prethoditi dugi vremenski period u kojem je osoba pokazivala određene simptome koji su ukazivali na poremećaj, a koji se ne mogu precizno odrediti (Schmidt, 2002).

U istraživanjima poremećaja hranjenja pojam "rizik" korišten je na dva različita načina, što ponekad dovodi do pojmovne zbrke. "Čimbenici rizika" odnose se na osobnost, stavove, biološke, obiteljske, kulturne i druge značajke unutar pojedinca ili koje se na njih odnose. U studijama presjeka, ove karakteristike su procijenjene kao istodobni prediktori poremećaja prehrane; u prospektivnim studijama, kao prekursori ili prediktori budućeg razvoja poremećaja prehrane. Međutim, izraz "čimbenici poremećaja prehrane ili faktori rizika" odnosi se na

subkliničke ili kliničke simptome poremećaja prehrane koji se može dijagnosticirati. Ponekad je razlika između čimbenika rizika kao prediktora i kao kriterijskih mjera zamagljena. Na primjer, umjereno teška dijeta može se promatrati ili kao preteča ili kao simptom poremećaja prehrane. Stoga, osnova za razlikovanje prekursora od simptoma može biti stupanj, a ne jedinstvenost. Slično tome, prethodna epizoda poremećaja prehrane može se konceptualizirati kao faktor rizika za budući razvoj poremećaja prehrane koji je u remisiji (ako postoji produljeno razdoblje bez simptoma). Pronalaženje drugih čimbenika za bolju identifikaciju tko je u opasnosti za kasniji razvoj poremećaja hranjenja dragocjeno je za razumijevanje etiologije poremećaja hranjenja, razvijanje programa primarne prevencije koji su usmjereni na ranjive skupine i poboljšanje postupaka liječenja i kratkoročnih i dugoročnih ishoda ( Leon, Keel, Klump i Fulkerson, 1997).

Nekoliko klasa predisponirajućih ili ranjivih čimbenika utječe na rizik od poremećaja prehrane: psihološki, kulturološki i obiteljski, razvojni i biološki. Međutim, relativna snaga, kombinacija i interakcija specifičnih čimbenika vjerojatno se razlikuju među pojedincima koji razvijaju takve poremećaje (Leon, Keel, Klump i Fulkerson, 1997).

#### **4.1. Teorija sociokulturnog utjecaja**

Dugo se sumnjalo da sociokulturni utjecaji promiču poremećaje slike tijela i prehrane. Sociokulturni pritisci usredotočeni su na idealizaciju mršavosti i tjelesne spremnosti te omalovažavanje prekomjerne težine, a primarno potječu iz masovnih medija, obitelji i vršnjaka (Stice, 2002).

Sociolozi su predložili dva procesa pomoću kojih agenti socijalizacije mogu promovirati stavove i ponašanje: društveno potkrepljivanje i modeliranje. Društveno potkrepljenje odnosi se na proces u kojem ljudi internaliziraju stavove i pokazuju ponašanja koja odobravaju drugi ljudi. Unutar domene slike o tijelu i smetnji u prehrani, društveno potkrepljenje moglo bi se definirati kao komentari ili radnje drugih koji služe podržavanju i održavanju slike o mršavom-idealnom tijelu za žene. Na primjer, vjerojatnije je da će adolescentica težiti ultra vitkoj tjelesnoj građi putem dijete ako vidi da masovni mediji veličaju vitkost. Društveno jačanje ideala za mršavost također se može očitovati od strane agenata socijalizacije koji su zaokupljeni svojom težinom, drže dijete ili kritiziraju ljude s prekomjernom težinom. Teoretski, društveno jačanje ideala mršavosti potiče internalizaciju ovog ideala i time nezadovoljstvo tijelom. Smatra se da ovi



čimbenici zauzvrat rezultiraju dijetom i negativnim učincima, koji povećavaju rizik od pojave nezdravog ponašanja u kontroli težine i patologije prehrane. S druge strane, modeliranje se odnosi na proces u kojem pojedinci izravno oponašaju ponašanja koja promatraju. Na primjer, veća je vjerojatnost da će žena koristiti laksative za kontrolu težine ako vidi da se vršnjaci ponašaju na ovaj način. Socijalizacijski agenti također mogu modelirati preokupaciju tjelesnim dimenzijama, pretjeranom dijetom, nezdravim ponašanjem u kontroli težine i prejedanjem. Promatranje drugih kako se ponašaju poremećeno u prehrani također može dati dojam da su ta ponašanja normativna, što može povećati vjerojatnost da će biti oponašana. Socijalni psiholozi su također sugerirali da društvena usporedba igra važnu ulogu u štetnim učincima izloženosti medijski prikazanim tanko-idealnim slikama. Prema ovom prikazu, pojedinci se uspoređuju s tim idealiziranim slikama ljepote i procjenjuju da im nedostaje (socijalna usporedba prema gore), što promiče nezadovoljstvo tijelom i može motivirati nezdravo ponašanje u kontroli težine. Postoji značajna empirijska dokumentacija o ovim različitim sociokulturnim pritiscima i odnosu tih pritisaka s razvojem poremećaja slike o tijelu i poremećajem prehrane (Stice, 2002).

U literaturi se najčešće spominju tri sociokulturna čimbenika koji su prediktori razvoja poremećaja prehrane, a oni uključuju utjecaj medija i internalizaciju medijskih ideala ljepote, obiteljsko okruženje te pritisak vršnjaka koji je najistaknutiji među mladima (Rymarczyk, 2021).

## **4.2. Utjecaj medija i internalizacija medijskih ideala ljepote**

Današnja djeca i adolescenti odrastaju u svijetu preplavljenom masovnim medijima koji uključuju televiziju, video, internet, radio, novine, časopise, *billboarde*, itd., i njihova izloženost različitim medijskim sadržajima iz dana u dan se povećava (Davison, Markey i Birch, 2000). Statistika ukazuje na zapanjujuće podatke po pitanju medijske izloženosti djece u ranoj i predškolskoj dobi. Korištenjem podataka Ureda za komunikacije u Velikoj Britaniji (OfCom, 2019; 2021) o korištenju medija i stavovima djece i roditelja izrađena je *Tablica 3* koja sadrži statistiku korištenja multimedijjskih uređaja i interneta među djecom starosne dobi 0-8 godina. Podaci su uistinu poražavajući. Djeca tjedno u prosjeku na internetu provedu 9 sati i 15 minuta, 96% ih gleda video zapise na *YouTube*-u i *Netflix*-u, čak 66% ih koristi društvene mreže, a 57% djece posjeduje vlastiti tablet uređaj. Uz ovoliku izloženost multimedijjskim sadržajima zapravo

niti ne čudi činjenica da se utjecaj medija na razvoj poremećaja prehrane stavlja na prvo mjesto kada su u pitanju sociokulturni čimbenici utjecaja kod djece i adolescenata.

*Tablica 3.* Statistika korištenja multimedijskih u uređaja i interneta među djecom starosne dobi 0-8 godina (Of Com, 2019; 2021)

Kategorija	Djeca 0-8 godina
Vlastiti tablet uređaj	57 %
Vlastiti mobilni uređaj	14%
Korištenje i pristup društvenim mrežama	66%
Vlastiti profil na društvenim mrežama	5%
Korištenje video platformi ( <i>Netflix</i> i <i>YouTube</i> )	96%
Prosječan broj sati proveden na internetu	9 h i 15 min

Stice (2002) ističe kako postoji čak pet čvrstih dokaza da masovni mediji promiču idealnu sliku tijela i poremećaje prehrane. Prvo, analizama sadržaja utvrđeno je da su tjelesne dimenzije manekenki, glumica i drugih ženskih kulturnih ikona postale tanje u posljednjih nekoliko desetljeća. Autor objašnjava kako čak jedna četvrtina modela u nekim časopisima zadovoljava kriterije težine za anoreksiju nervozu (Stice, 2002). Ovo je dokazano i u recentnom istraživanju koje su proveli Bogar, Dukay-Szabo, Simon, Tury i Paszthy (2022) među 179 manekenki i 261 članicom kontrolne skupine prosječne dobi 25,5 godina. Prema rezultatima, prosječni BMI manekenki bio je u rasponu pothranjenosti (BMI=18,1), dok je BMI kontrolne skupine bio je značajno viši (BMI=22,1). Osim toga, 14,6% manekenki pokazalo je subkliničke simptome anoreksije nervoze u odnosu na 2,7% u kontrolnoj skupini.

Da je ovaj trend mršavljenja izražen među modelima i manekenkama u pozitivnoj korelaciji s očitim porastom poremećaja prehrane bio je prvi dokaz koji ukazuje na to da mediji doprinose poremećaju prehrane. S druge strane, malo je pojedinaca s prekomjernom težinom u medijima, unatoč činjenici da je svaka četvrta osoba u zapadnim zemljama pretila. Drugo dokaz da masovni mediji promiču idealnu sliku tijela i samim time utječu na razvoj poremećaja prehrane kod stanovništva vidljiv je iz podataka koji sugeriraju da postoji veći naglasak na dijeti i kontroli tjelesne težine u medijima koji ciljaju žene u usporedbi s onima koji ciljaju muškarce, što je paralelno s rodnom distribucijom patologije prehrane. Treće, postoje dokazi da je korištenje medija s tanko-idealnim sadržajem u korelaciji s istodobnim i budućim izgledom tijela

i poremećajem prehrane. Četvrto, pojedinci s bulimijom nervozom doživljavaju veći pritisak medija da budu mršavi od kontrolne skupine i često navode da su naučili nezdrave tehnike kontrole težine iz medija. Peto, randomizirani eksperimenti su dokumentirali da akutna izloženost medijski prikazanim slikama idealne mršavosti rezultira povećanim nezadovoljstvom tijelom i negativnim učincima. Zanimljivo je da su ti učinci često veći među "rizičnim" pojedincima koje karakterizira početno nezadovoljstvo tijelom i internalizacija idealne mršavosti. U jedinom randomiziranom eksperimentu koji je manipulirao dugotrajnom izloženošću medijskim slikama idealne mršavosti, otkriveno je da pretplaćivanje na modne časopise dovodi do povećanog nezadovoljstva vlastitim tijelom, do dijete, negativnih afekta i bulimičnih simptoma. Ovo je posebno vidljivo kod ranjivih djevojaka koje karakterizira početno nezadovoljstvo tijelom, vanjski pritisak da se bude mršav te manjak socijalne podrške (Stice, 2002).

Postoje značajni korelacijski, prospektivni i eksperimentalni dokazi da masovni mediji doprinose stvaranju slike idealnog tijela i poremećaju prehrane. Također postoje dokazi da su štetni učinci masovnih medija pojačani od osoba koje imaju početne čimbenike ranjivosti što je povećana internalizacija ideala mršavosti (Stice, 2002). Mediji daju iskrivljenu sliku o idealima ljepote i potrebno je na različite načine intervenirati da oni što manje utječu na djecu i adolescente i na njihova ponašanja. Američka akademija pedijatara ističe kako bi se liječnici trebali redovito raspitivati o ponašanju povezanom s medijima, uključujući gledanje televizije, korištenje videoigara, vrijeme provedeno ispred računala i slušanje radijskih programa te o vrstama časopisa koje djeca čitaju. S druge strane, roditelji, učitelji, školski službenici i drugi stručnjaci trebali bi biti svjesni vrsta programa kojima su mladi ljudi izloženi, sadržaja programa i zdravstvenih rizika povezanih s medijima (American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education Media Education, 1999). Oni koji su zabrinuti zbog negativnog utjecaja medija na idealne ljepote, samopouzdanje djece, prehranu i poremećaje prehrane kod djece trebaju razmotriti niz različitih intervencija kao što su zdravstvene komunikacijske kampanje, medijsko osvještavanje o navedenoj problematici i poučavanje djece medijskoj pismenosti (Brown, 2002).

### **4.3. Utjecaj obiteljskog okruženja na razvoj poremećaja prehrane**

Premda neki autori tvrde kako obitelj i njeni članovi ne uzrokuju poremećaje prehrane kod djece i adolescenata (Le Grange, Lock, Loeb i Nicholls, 2010), određene obiteljske karakteristike mogu povećati rizik od poremećaja hranjenja i/ili problematičnog ponašanja u hranjenju u djetinjstvu i adolescenciji (Patel, Wheatcroft, Park i Stein, 2002; Johnson, Cohen, Kasen i Brook, 2002).

Pike i Rodin (1991) ističu kako sociokulturni pritisci koji proizlaze iz obitelji promiču idealnu sliku tijela i poremećaje prehrane kod djece i adolescenata. Autori navode dva temeljna razloga koja podupiru ovu tvrdnju. Prvo, roditeljski pritisak da se smršavi, obiteljsko kritiziranje u vezi s težinom i majčino ulaganje u vitkost kćeri pozitivno su povezani s adolescentnim poremećajem prehrane. Drugo, majke djevojčica s poremećajem hranjenja pokazuju povećana ograničenja u prehrani svojih kćeri, potiču svoje kćeri na dijetu i tjelovježbu te doživljavaju svoje kćeri pretilima i manje privlačnima (Pike i Rodin, 1991). Stice (2002) je također naveo niz dokaza koji upućuju na to da obiteljsko okruženje utječe na poremećaje prehrane kod osoba s dijagnozom. Pritom ističe nekoliko dokaza iz različitih studija koje potvrđuju ove tvrdnje. Primijećeno je kako pojedinci s bulimijom osjećaju veći pritisak svoje obitelji da budu mršavi od kontrolne skupine, a mnogi pacijenti navode da su započeli bulimično ponašanje nakon obiteljskog pritiska da izgube težinu. Također postoje i indikacije da su opći poremećaji u obiteljskom funkcioniranju povezani s patologijom prehrane s obzirom na to da pojedinci s poremećajima prehrane navode da su njihove obitelji sukobljenije, neorganiziranije, kritičnije i manje kohezivne u usporedbi s kontrolnom skupinom. Osim toga, postoje dokazi o izravnom modeliranju odstupajućeg prehranbenog ponašanja od strane roditelja (Stice, 2002).

### **4.4. Utjecaj vršnjaka na modeliranje ponašanja i poremećaje prehrane**

Utjecaj vršnjaka na modeliranje djetetovog ponašanja ima uporište u socijalnoj kognitivnoj teoriji koja se sastoji od dva elementa, pritiska i modeliranja. Teorija pritiska odnosi se na zadirkivanje vršnjaka povezano s tjelesnom težinom što rezultira stvaranjem iskrivljenih ideala ljepote pa osobe koje su žrtve takvih izrugivanja smatraju da moraju smršaviti te tako postati društveno prihvatljivi. Štoviše, zadirkivanje i izrugivanje ima tendenciju pojačati nezadovoljstvo tijelom i potaknuti uključivanje u poremećena ponašanja u prehrani kako bi se

postigla mršavost i privlačan izgled tijela (Bandura, 1986). S druge strane, teorija modeliranja podrazumijeva praćenje ponašanja drugih osoba i postupanje u skladu s njima. Modeliranje se zapravo događa kada neko dijete ili adolescent govori o radnjama koje je poduzeo/la da bi smanjio/la tjelesnu težinu, a potom njegov/njezin vršnjak/inja usvoji ista nezdrava ponašanja kako bi povećao/la svoju dopadljivost među vršnjacima (Oden, 2012). Chein, Albert, O'Brien, Uckert i Steinberg (2011) objašnjavaju kako je poistovjećivanje s grupom vršnjaka istaknuta je pojava u kojoj djeca i adolescenti pokušavaju pripadati vršnjačkim entitetima kao dio istraživanja vlastitog društvenog identiteta. Iz tog razloga pokušavaju u potpunosti prilagoditi svoj izgled i ponašanje kako bi se što bolje povezali s grupom. Jedna studija ukazuje upravo na to. Pokazalo se da je visoka konzumacija grickalica i brze hrane veća među adolescentima čiji vršnjaci imaju slične prehrambene navike (Wouters, Larsen, Kremers, Dagnelie i Geenen, 2010).

Stice (2002) navodi četiri razloga koji govore u prilog činjenici da vršnjaci doprinose poremećaju percepcije o tjelesnim idealima i neurednoj prehrani. Prvo, percipirani interes vršnjaka za dijetu i internalizacija idealne mršavosti pozitivno korelira s patologijom prehrane. Drugo, pojedinci s bulimijom nervozom su primijetili veći pritisak svojih vršnjaka da budu mršavi od kontrolne skupine, a mnogi pacijenti navode da su započeli bulimično ponašanje nakon pritiska prijatelja da smršave. Treće, zadirkivanje vršnjaka o težini prospektivno predviđa povećanje nezadovoljstva tijelom i poremećaja prehrane. Četvrto, postoje dokazi o izravnim učincima modeliranja. Postoje dokazi o pozitivnom odnosu između vlastitog prejedanja i prejedanja vršnjaka, a utvrđeno je i kako se veličina tog učinka povećava kako prijateljstvo s vremenom postaje kohezivnije. Slično tome, veliki broj pacijenata s bulimijom navodi da su upravo od svojih prijatelja stekli navike povraćanja u svrhu kontrole tjelesne težine (Stice, 2002).

## 5. Analiza stanja u Republici Hrvatskoj

Najobuhvatnije istraživanje pretilosti kod djece u Republici Hrvatskoj provodi se od strane Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u okviru Europske inicijative praćenja debljine u djece. Do sada su napravljene dvije ovakve studije među učenicima hrvatskih osnovnih škola, starosne dobi između 8 i 8,9 godina. Za potrebe analize u ovom radu koristi se publikacija koja procjenjuje stanje uhranjenosti djece u školskog godini 2018./2019. (Capak, 2021).

Istraživanje je provedeno temeljem anketnog upitnika na uzorku od 2.711 roditelja djece iz 232 osnovne škole u Hrvatskoj kako bi se ispitali njihovi stavovi i percepcije o različitim pitanjima povezanim s uhranjenosti njihove djece, tjelesnim aktivnostima, itd. Osim toga, među djecom je provedeno mjerenje visine i težine na temelju čega je izračunat BMI indeks.

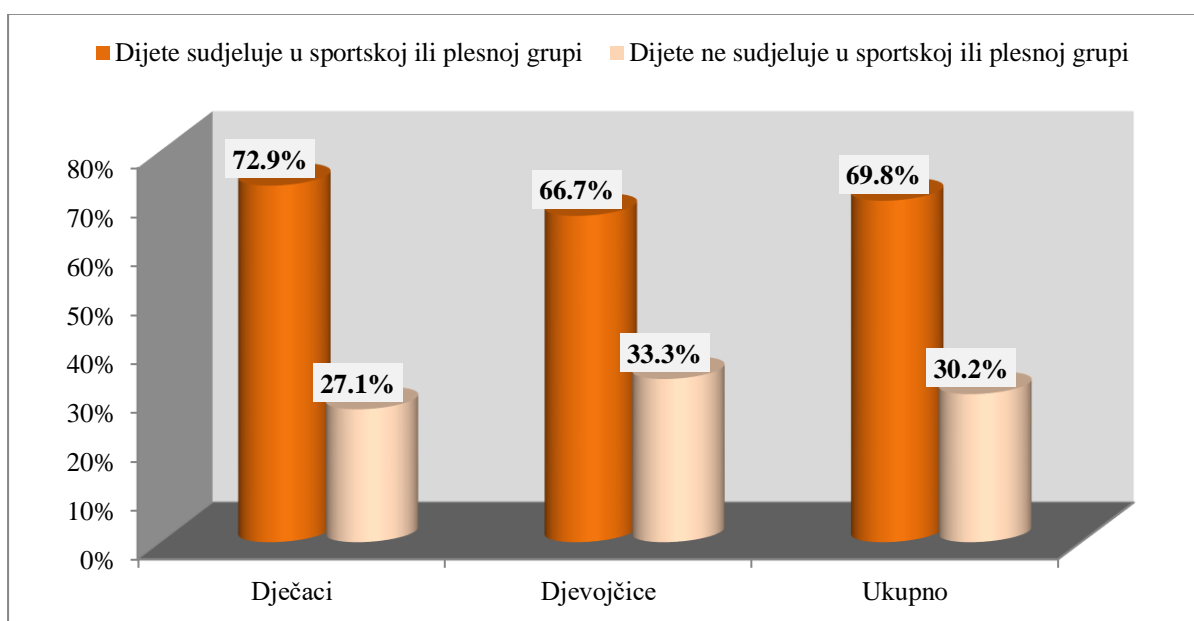
U *Tablici 4* prezentirani su rezultati stvarnog mjerenja i percepcije roditelja o tjelesnoj masi njihove djece. Već prvim uvidom u tablicu evidentne su razlike između percepcija roditelja i stvarnog stanja uhranjenosti njihove djece. No, prije komentiranja ovih razlika potrebno je analizirati stanje tjelesne mase djece. Pokazalo se da 63,3% djece ima normalnu tjelesnu težinu, 20,2% ih je s prekomjernom tjelesnom težinom, 14,8% ih je pretilo, a 1,6% pothranjeno. Točnije, ukupno 35% hrvatske djece u dobi od 8 godina ima tjelesnu težinu iznad normalne.

*Tablica 4.* Rezultati mjerenja i percepcije roditelja o tjelesnoj masi djece u dobi između 8 i 8,9 godina (Capak, 2021: 19-20)

Izmjereno stanje tjelesne mase djece					
%	Pothranjenost	Normalna tjelesna težina	Prekomjerna tjelesna težina	Pretilost	Ukupan broj djece
Dječaci	1,4	61,7	19,2	17,8	1.352
Djevojčice	1,8	65,0	21,2	11,9	1.357
Ukupno	1,6	63,3	20,2	14,8	2.709
Percepcije roditelja o tjelesnoj težini djece					
%	Pothranjeno	Normalno uhranjeno	Malo preuhranjeno	Jako preuhranjeno	Ukupan broj djece
Dječaci	1,9	84,2	12,5	1,4	1.323
Djevojčice	1,4	84,5	12,8	1,3	1.310
Ukupno	1,6	84,4	12,7	1,3	2.633

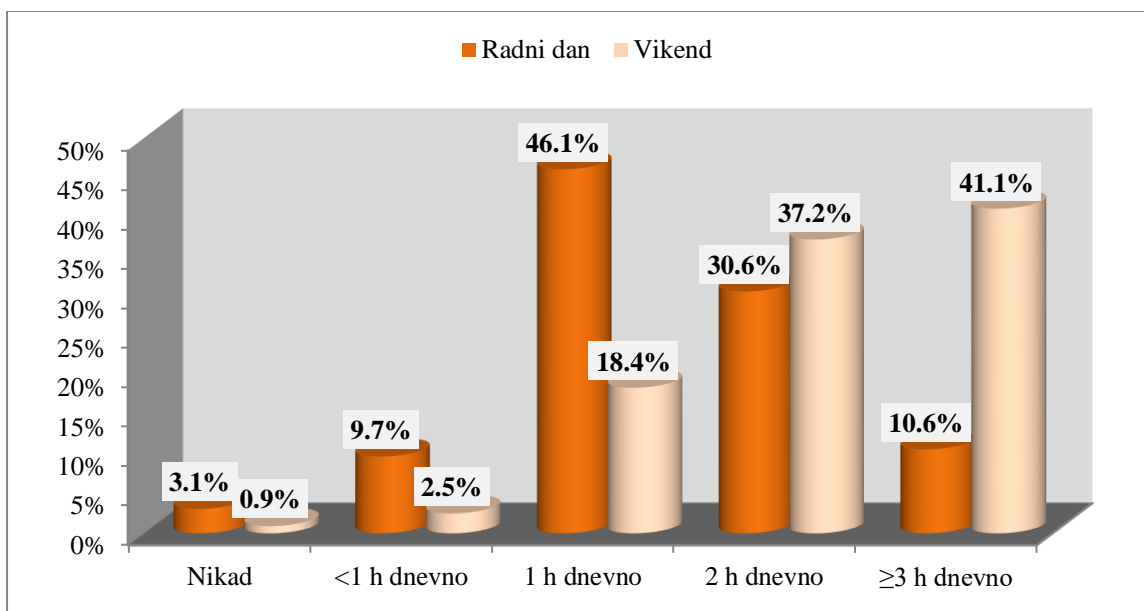
Ovi podaci su poražavajući, a još više zabrinjava činjenica da većina roditelja nije svjesna problema povezanih s debljinom kod svoje djece. Ukupni rezultati oko pothranjenosti djece se podudaraju, međutim, kada su u pitanju ostale kategorije, moglo bi se reći kako su roditelji u zabludi. Naime, veliki udio roditelja smatra kako su njihova djeca normalno uhranjena što je vidljivo iz činjenice da ih se 84,4% slaže da je njihovo dijete normalne tjelesne težine, dok stvarni rezultati pokazuju da ih je u toj kategoriji čak 21,1% manje. Ovo ujedno upućuje na činjenicu da ti isti roditelji nisu svjesni problematike pretilosti vlastite djece pa da samim time vjerojatno neće poduzeti niti nikakve mjere u vezi s tim.

Istraživanje je obuhvatilo i zastupljenost tjelesnih aktivnosti među djecom kao i procjenu sjedilačkog načina života što su važni pokazatelji pristupa zdravom razvoju. Od ukupnog broja djece obuhvaćenog ovom studijom, 69,8% djece sudjeluje u nekoj sportskoj ili plesnoj grupi, a preostalih 30,2% ih se ne bavi nikakvim dodatnim, izvanškolskim tjelesnim aktivnostima (*Slika 3*). Također je vidljivo da dječaci u navedenim aktivnostima sudjeluju više (72,0%) od djevojčica (66,7%), međutim, ove razlike nisu drastične.



*Slika 3.* Sudjelovanje djece u sportskim i plesnim aktivnostima (Capak, 2021: 29)

Hrvatska djeca ispred malih ekrana ili u igri električnim uređajima tijekom tjedna provode između 1 (46,1%) i 2 sata dnevno (30,6%), a vikendom znatno više. Najveći udio djece (41,1%) vikendom gleda televiziju ili igra igrice više od 3 sata dnevno (*Slika 4*).



*Slika 4.* Vrijeme koje djeca provode pred malim ekranima ili igrajući igrice na elektroničkim uređajima (Capak, 2021: 33)

Podaci ukazuju na veliki udio vremena kojeg djeca provode pred različitim medijima i tako se potiče sjedilački način života koji posljedično pospješuje razvoj pretilosti kod djece.

Istraživanje je obuhvatilo i odgovore roditelja o učestalosti konzumiranja pojedinih namirnica u dječjoj tjednoj prehrani. Podaci pokazuju kako najveći udio djece konzumira meso između 4 i 6 dana tjedno (52,4%), svježe voće svaki dan jede 33,7% djece, a povrće najveći udio djece jede između 4 i 6 puta tjedno (36,9%). Premda su podaci o zdravoj prehrani relativno pozitivni, ipak je učestalost konzumacije brze hrane, pretjerano zasoljene hrane i slatkiša prilično visoka. Slatkiše, kolače i grickalice svakodnevno konzumira čak 34,1% djece, a brzu hranu 26,1% djece konzumira između jednog i tri dana tjedno. Ukupno 71,1% roditelja izjasnilo se da njihova djeca brzu hranu konzumiraju manje od jednom tjedno ili ju uopće ne konzumiraju (Capak, 2021).

Može se zaključiti kako u Hrvatskoj postoji veliki udio djece s prekomjernom težinom i pretile djece. Osim visoke konzumacije nezdravih namirnica veliki problem je i niska svijest roditelja o problematici pretilosti kao i njihova iskrivljena percepcija o vlastitoj djeci. Neophodna je edukacija i osvještavanje roditelja o uzrocima i negativnim posljedicama pretilosti i mjerama koje je potrebno provesti kako bi se pretilost kod djece minimizirala.



## 6. Sustavni pregled studija utjecaja sociokulturnih čimbenika na poremećaje prehrane kod djece

U ovom dijelu rada pristupljeno je sustavnom pregledu literature s ciljem pronalaska i odabira članaka/studija koje se bave procjenom utjecaja sociokulturnih čimbenika na poremećaje prehrane kod djece. Pretraga je izvršena unutar četiri baze podataka: *Researchgate*, *Science Direct*, *PubMed* i *Google Scholar* korištenjem mogućnosti naprednog pretraživanja i upotrebom ključnih riječi: *sociocultural factors*, *eating disorders*, *children*, *adolescents*, *media*.

Pretraga se odvijala unutar tri faze. Nakon upisa ključnih riječi izdvojeno je ukupno 1.148 rezultata. U drugoj fazi, isključeni su članci koji se dupliciraju, oni koje nemaju otvoren pristup sadržaju te članci koji nude samo teorijski prikaz i rezultate drugih studija. Nakon upotrebe kriterija isključivanja, ostalo je 35 članaka koji su podvrgnuti daljnjoj provjeri. Uvidom u sadržaj svakog od njih, za daljnju analizu odabrano je ukupno 10 članaka koji uključuju longitudinalne studije, prospektivne kohortne studije i jedna meta analiza (*Tablica 5*). U odabranim studijama sudjelovalo je ukupno 14.747 djece i adolescenata u dobi od 0 do 23 godine. Većina ovih studija bavila se procjenom poremećaja prehrane i sociokulturnih čimbenika kod ženske djece, a tek tri studije (Patton, Selzer, Coffey, Carlin i Wolfe, 1999; Stice, Aras i Hammer, 1999; Al-Sheyab, Gharaibeh i Kheirallah, 2018) procjenjivale su i djevojčice i dječake.

*Tablica 5.* Prikaz odabranih studija

<b>Autori</b>	<b>Lokacija</b>	<b>Trajanje</b>	<b>Br. sudionika</b>	<b>Dob djece</b>
Patton i sur. (1999)	Australija	3 god.	1.699	14,5
Field i sur. (1999)	Massachusetts, SAD	1 god.	6.982	9-14
Stice, Aras i Hammer (1999)	Washington, SAD	5 god.	216	0-5
The McNight Investigators (2003)	Arizona i Kalifornija	4 god.	1.103	11-12
Groesz, Levine i Murnen (2002)	nije poznato	-	2.292	9-23
Johnson i Wardle (2005)	Velika Britanija	1 god.	960	14,4
Rodgers i Chrabol (2009)	Italija i Francuska	-	299	19,9
Ferguson i sur. (2012)	Brazil	6 mj.	237	10-17
Allen i sur. (2012)	Australija	2 god.	221	8-13
Al-Sheyab i sur. (2018)	Jordan	-	738	13-16

Samo u jednoj studiji izmjeren je BMI indeks sudionika, a potom uspoređen s razinom zadovoljstva, odnosno nezadovoljstva vlastitim tijelom kako bi se stekao dublji uvid u stavove i ponašanja djece. Ferguson, Munoz, Garza i Galindo (2012) proučavali su utjecaj televizije i društvenih medija te odnosa s vršnjacima na poremećaje u prehrani i zadovoljstvo životom među 237 brazilskih adolescentica u dobi između 10 i 17 godina. Na početku studije sudionicama je izmjeren BMI indeks, a potom su podvrgnute testu procjene nezadovoljstva vlastitim tijelom (Tablica 6). Najveći udio sudionica imao je normalnu tjelesnu težinu (64,1%), odnosno BMI između 18.5 i 24.9. Od preostalih 35,9% adolescentica, njih 14,7% bilo je pothranjeno (BMI  $\leq$  18.5), 14,7% imalo je prekomjernu težinu (BMI=25-29.9), a preostalih 6,5% pretilo (BMI  $\geq$  30). Rezultati testa pokazali su da varijanca u nezadovoljstvu vlastitim tijelom raste s porastom BMI. Naime, adolescentice s najnižim BMI imale su najvišu razinu zadovoljstva (M=47; SD=15.10), a one s najvišim BMI ujedno i najvišu razinu nezadovoljstva (M=70.14; SD=16.58).

Tablica 6. Nezadovoljstvo vlastitim tijelom kod adolescentica u dobi između 10 i 17 godina (Ferguson i sur., 2012)

Varijabla	Udio ispitanica (n=237)			
	$\leq 18.5$ Pothranjenost	18.5-24.9 Normalna tjelesna težina	25-29.9 Prekomjerna težina	$\geq 30$ Pretilost
BMI	14,7%	64,1%	14,7%	6,5%
Prosječna razina nezadovoljstva vlastitim tijelom (M $\pm$ SD)	47.69 $\pm$ 15.10	52.35 $\pm$ 16.81	66 $\pm$ 15.36	70.14 $\pm$ 16.58

Ovi rezultati zapravo potkrepljuju tvrdnje da je mršavost ideal ljepote među mladima. Jednako tako, zabrinjavajuća je činjenica da čak 35,9% adolescentica ima BMI indeks ispod ili iznad normalnog, odnosno da su pothranjene ili imaju prekomjernu težinu/pretilost. Do zanimljivih podataka došli su i Rodgers i Chabrol (2009) u svom istraživanju provedenom među 299 studentica sa sveučilišta u Padovi i Toulouseu, prosječne starosne dobi 19,9 godina. Istraživanje je provedeno s ciljem utvrđivanja utjecaja fotografija fotomodela na sliku o vlastitom tijelu među studenticama. Studenticama su predstavljena tri lažna oglasa koja promoviraju losione za tijelo. Prvi oglas sadržavao je neutralan slogan, a žena (model) koja je bila na oglasu imala "idealne" mršave proporcije. U drugom oglasu je model bio prosječne tjelesne građe i težine, a oglas je imao identičan slogan kao i u prvom slučaju. Posljednji oglas također je sadržavao model prosječnih tjelesnih proporcija, ali uz popratni slogan koji je osmišljen da prenese prihvaćanje odstupanja od društvenih normi mršavosti. Prije početka

studije, sudionice su ispunile anketni upitnik zadovoljstva vlastitim tijelom, izgledom i težinom. Rezultati su ukazali na značajnu statističku vezu između sudionica s prethodnim nezadovoljstvom vlastitim tijelom i prvog oglasa s mršavim modelom. U prijevodu, ispitanice koje su prije gledanja oglasa ukazale na nezadovoljstvo svojim tijelom, izrazile su veće nezadovoljstvo tijelom nakon izloženosti slikama idealno mršavih modela nego slikama modela prosječne veličine tjelesne građe. Međutim, nije ustanovljena značajna veza između percepcije vlastitog izgleda i slogana koji su bili u oglasima. Ovi rezultati u potpunosti se poklapaju s ranije spomenutim tvrdnjama Sticea (2002) koji je ustanovio kako ranjive djevojke, koje karakterizira početni nezadovoljstvo tijelom imaju veću tendenciju da to nezadovoljstvo povećaju pod utjecajem izloženosti modnim časopisima i slici savršenih ženskih proporcija.

Nezadovoljstvo slikom vlastitog tijela i različiti sociokulturni utjecaji povećavaju vjerojatnost za razvoj poremećaja prehrane kod mladih, što je dokazano u nekoliko studija. Studija koju su proveli Patton i sur. (1999) jedna je od rijetkih u kojoj su sudjelovali i dječaci koji su činili 47,73% udjela u ukupnom broju sudionika studije (n=1.699). Riječ je o kohortnoj studiji u trogodišnjem trajanju, a prosječna starosna dob sudionika na početku studije iznosila je 14,5 godina. Na početku istraživanja 3,3% djevojčica i 0,3% dječaka imalo je parcijalne sindrome poremećaja prehrane. Do kraja studije 8% djevojčica i 0,5% dječaka držalo je strogu dijetu, a 60% djevojčica i 29% dječaka bilo je na umjerenom dijeti. Autori ističu kako su djevojčice pod strogim dijetnim režimom imale 18 puta veću vjerojatnost da će razviti neki poremećaj prehrane u roku od sljedećih 6 mjeseci nego one koje nisu držale dijetu, a tijekom 12 mjeseci šanse za razvoj novog poremećaja prehrane bile su gotovo 1 prema 5.

The McNight Investigators (2003), proveli su četverogodišnju longitudinalnu studiju među 1.103 djevojčice iz Arizone i Kalifornije, prateći njihovo stanje od 6. do 9. razreda osnovne škole. Potrebno je naglasiti kako je od 1.358 djevojčica koje su na početku pristupile studiji, kod njih 2,5% (n=35) dijagnosticiran potpuni ili djelomični poremećaj prehrane zbog čega su izostavljene iz studije. Tijekom praćenja, 32 (2,9%) od 1.103 djevojčica razvile su djelomični ili potpuni sindrom poremećaja prehrane i klasificirane su kako slijedi: jedan slučaj bulimije nervoze, 26 slučajeva djelomične bulimije i 5 kompulzivnih poremećaja prejedanja. Od ukupno 32 slučaja, 59,4% identificirano ih je u Arizoni, a preostalih 40,6% u Kaliforniji. Nasuprot tome, u studiji Fielda i sur. (1999) u trajanju od godine dana, 74 od 6.982 djevojčice su se počele koristiti povraćanjem ili laksativima najmanje jednom mjesečno kako bi kontrolirale

tjelesnu težinu. Imajući na umu da je riječ o djevojčicama starosne dobi između 9 i 14 godina, ovaj podatak je zaista zabrinjavajući. Jednako tako, studija na 960 adolescentica otkrila je da nezadovoljstvo tijelom, nisko samopouzdanje i korištenje restrikcija u prehrani predviđaju pojačane simptome bulimije nakon 12-mjesečnog praćenja (Johnson i Wardle, 2005).

U ranije proučenoj literaturi uočeno je kako postoje tri glavna sociokulturna čimbenika koja su prediktori razvoja poremećaja prehrane kod djece, a uključuju utjecaj medija i internalizaciju medijskih ideala ljepote, obiteljsko okruženje te pritisak vršnjaka (Rymarczyk, 2021). Međutim, još uvijek nije jasno koji od navedenih čimbenika imaju dominantan utjecaj i u kojoj mjeri je on istaknut. Za potrebe analize izrađena je *Tablica 7* koja sadrži prikaz rezultata iz četiri istraživanja koja su se bavila socio-kulturnim čimbenicima utjecaja na poremećaje prehrane kod djece i adolescenata (The McNight Investigators, 2003; Field, Camargo, Taylor, Berkey i Colditz, 1999; Al-Sheyab, Gharaibeh i Kheirallah; 2018; Ferguson i sur., 2012).

*Tablica 7.* Čimbenici utjecaja na poremećaje prehrane kod djece i adolescenata

The McNight Investigators (2003)					
Varijabla	Raspon vrijednosti	Arizona		Kalifornija	
		Početak praćenja	Kraj praćenja	Početak praćenja	Kraj praćenja
BMI		21.6	23.4	22.4	24.3
Sociokulturni pritisci	1-5	2.1	1.9	2.0	1.8
Utjecaj roditelja	1-5	1.4	1.3	1.4	1.4
Utjecaj vršnjaka	1-5	3.8	4.0	3.5	4.0
Negativni životni događaji	0-9	3.7	3.1	3.4	2.8
Školski uspjeh	0-4	2.2	2.2	2.2	2.2
Field, Camargo, Taylor, Berkey i Colditz (1999)					
Varijabla	Raspon vrijednosti	Prosječne vrijednosti na kraju praćenja			
Frekvencija dijete	1 -3	1.5			
Zabrinutost vlastitom težinom i izgledom tijela	1 -3	2.3			
Važnost vitkog tijela vršnjacima	1 -3	2.3			
Promjene prehrambenih navika pod utjecajem vršnjaka	1 -3	2.1			
Potreba da izgledaju kao modeli iz medija	1 -3	1.9			

Al-Sheyab, Gharaibeh i Kheirallah (2018)				
Varijabla	Raspon vrijednosti	Ponašanje u ishrani		
		Normalno	Poremećeno	
Pritisak vršnjaka	1 - 5	1.6	2.2	
Zadirivanje / ruganje vršnjaka	1 - 5	1.4	1.9	
Interakcija (razgovor, međusobno uspoređivanje)	1 - 5	2.0	2.7	
Vjerovanje da će ih mršavost učiniti dopadljivijima	1 - 5	1.5	2.1	

Ferguson, Munoz, Garza i Galindo (2012)				
Varijabla	Pokazatelj	Nezadovoljstvo tijelom	Poremećaji prehrane	Zadovoljstvo životom
Utjecaj roditeljske ljubavi	β	-0.12	-0.01	0.15
Vršnjačko natjecanje		0.36	0.14	-0.28
Televizija		-0.03	0.10	0.10
Društveni mediji		0.05	0.07	-0.13

U studiji koju su proveli The McNight Investigators (2003) među adolescenticama iz Arizone i Kalifornije procijenjeno je pet čimbenika rizika. Kod obje skupine sociokulturni pritisci i negativni životni događaji imali su niži utjecaj na poremećaje prehrane adolescentica na kraju u odnosu na početak praćenja. Utjecaj roditelja i obitelji kod adolescentica iz Arizone neznatno je smanjen, dok je kod onih iz Kalifornije ostao nepromijenjen. Ono što je zanimljivo jest da je do najvećeg odstupanja na kraju u odnosu na početak praćenja došlo u domeni utjecaja vršnjaka koji se drastično povećao, posebice u Kaliforniji. Autori objašnjavaju kako su vršnjačko natjecanje i međusobno uspoređivanje vanjskog izgleda glavni pokretači poremećaja u prehrani kod ženskog spola. Nažalost, studija nije obuhvatila utjecaj medija pa se ne može pretpostaviti bi li došlo do kakvih značajnih promjena da je i ta domena procijenjena u istraživanju. Međutim, navedeno je dokazano u studiji Fielda i sur. (1999) koji su pratili frekvenciju podvrgavanja dijete utjecaj vršnjaka i medija na poremećaje prehrane kod 6.982 djevojčice iz Massachusettsa (SAD) u dobi između 9 i 14 godina, tijekom godine dana. Dijetama i korištenju laksativa podvrgnule su se 74 od 6.982 djevojčice tijekom godine dana, a najveći utjecaj na poremećaje u prehrani imali su vršnjaci. Procjena domena vršila se na Likertovoj skali od 1 do 3 (1-nikad, 2-često, 3-uvijek), a najviše prosječne vrijednosti ( $M=2.3$ ) dobile su kategorije “Važnost vitkog tijela mojim vršnjacima” i “Mijenjam prehrambene navike pod utjecajem svojih vršnjaka”. Potrebu da izgledaju kao modeli iz medija manje je zastupljena ( $M=1.9$ ).

Al-Sheyab, Gharaibeh i Kheirallah (2018) su se u svojoj studiji orijentirali isključivo na utjecaj vršnjaka na poremećaje prehrane kod adolescenata u dobi između 13 i 16 godina. Autori su usporedbom srednjih vrijednosti utvrdili postojanje značajne statističke veze između vršnjačkog pritiska i odstupajućeg prehranbenog ponašanja, pri čemu je najveći utjecaj imala kategorija interakcije s vršnjacima koja je uključivala elemente poput razgovora s vršnjacima o izgledu, zajedničko vježbanje i međusobno uspoređivanje tjelesnog izgleda i proporcija ( $M=2.7$  u odnosu na  $M=2.0$  kod adolescenata s normalnim prehranbenim ponašanjem).

Do zanimljivih rezultata došao je Ferguson i sur. (2012) otkrivši kako na nezadovoljstvo tijelom, zadovoljstvo životom i razvoj poremećaja prehrane najviše utječe vršnjačko natjecanje među adolescenticama. Autori su koristili multivarijantnu regresiju da bi otkrili veze između varijabli. U Tablici 7 je iskazan koeficijent beta ( $\beta$ ) koji označava prosječni iznos za koji se zavisna varijabla povećava kada nezavisna varijabla poveća jednu standardnu devijaciju, a ostale nezavisne varijable ostaju konstantne. Iz rezultata je vidljivo sljedeće. Što je vršnjačko natjecanje veće, veće će biti i nezadovoljstvo adolescentica vlastitim tijelom i češće će razvijati poremećaje prehrane, dok na zadovoljstvo životom utječe inverzno, odnosno kako vršnjačko natjecanje raste, zadovoljstvo životom se smanjuje. Premda i utjecaj roditeljske ljubavi te televizija i društveni mediji imaju značajan utjecaj na navedena tri elementa, značajno su niža u odnosu na utjecaj vršnjaka.

Iz analiziranih studija evidentno je kako je utjecaj vršnjaka daleko viši i od roditeljskog utjecaja i utjecaja medija na poremećaje u prehrani kod djece. Ipak, s tim se ne slažu Allen, Gibson, McLean, David i Byrne (2014) koji smatraju kako je utjecaj obitelji dominantan. Ovi autori bavili su se procjenom majčinstva i obiteljskih čimbenika na utjecaj poremećaja hranjenja kod djece. Autori sugeriraju kako bi obiteljski čimbenici mogli biti važniji od utjecaja medija i vršnjaka u tumačenju značajki poremećaja prehrane kod djece u dobnoj skupini između 8 i 13 godina. Pokazalo se kako su djeca rođena od majki s poviješću poremećaja hranjenja imala u potpunosti drugačije obrasce hranjenja od ranog djetinjstva. Krutu hranu su dobivala značajno ranije, imala su značajno više razine psihopatologije poremećaja hranjenja i bila je znatno veća vjerojatnost da će prijaviti često prejedanje uzrokovano emocijama. Drugi važni nalaz odnosi se na obrazovni status majke. Djeca majki koje nisu završile srednju školu imala više razine psihopatologije poremećaja prehrane tijekom dvogodišnjeg razdoblja istraživanja od djece majki koje su završile srednju školu. Autori daju dva moguća obrazloženja ovog fenomena. Prvi

proizlazi iz socio-demografskog statusa obitelji pri čemu su djeca iz obitelji nižeg dohotka osjetljiva na povećanu brigu o hranjenu, težini i obliku tijela. Pretpostavlja se da restrikcije u prehrani dolaze zbog siromaštva. Drugo obrazloženje je da se majke koje nemaju završenu srednju školu razlikuju od drugih majki po svojoj sposobnosti da oblikuju poruke o zdravoj prehrani i tjelesnoj slici i/ili po naglasku koji stavljaju na tjelesnu težinu i prihvatljivi oblik djetetovog tijela.

Kada se govori o majčinskom utjecaju na poremećaje prehrane kod djece neizostavno je spomenuti i petogodišnju longitudinalnu studiju koju su proveli Stice, Aras i Hammer (1999), u kojoj su pratili i procjenjivali utjecaj ponašanja majke na potencijalni razvoj poremećaja prehrane kod djece. Pokazalo se da djeca majki koje su ukazivale na nezadovoljstvo vlastitim tijelom, internalizaciju idealne mršavosti te onih koje su koristile dijete tijekom života i imale simptome bulimije, imaju veću šansu za razvoj poremećaja prehrane u djetinjstvu. Ponašanje dojenčadi pri hranjenju i tjelesna masa tijekom prvog mjeseca života također su predvidjeli pojavu ovih ponašanja. Podaci sugeriraju i da se rizik od pojave spriječenog hranjenja, tajnog jedenja, prejedanja i povraćanja povećava svake godine do dobi od 5 godina djeteta.

Za kraj je potrebno spomenuti meta analizu u kojoj su Groesz, Levine i Murnen (2002) procijenili i usporedili rezultate ukupno 25 studija s 2.292 ženskih osoba u dobi između 9 i 23 godine koje su se bavile utjecajem medija na zadovoljstvo vlastitim izgledom. Baš kako je i prethodno spomenuto, i ova studija pokazala je kako se negativan stav o vlastitom tijelu povećava nakon izloženosti fotografijama i videozapisima mršavih djevojaka. Također je uočeno da se djevojčice i djevojke s višim BMI indeksom nakon izloženosti takvim medijima češće podvrgavaju oštrim dijetama u svrhu reduciranja tjelesne težine.

## 7. Zaključak

Stroge dijetete ili pak prejedanje dvije su krajnosti koje djeca i adolescenti sve češće koriste iz različitih razloga. U današnje vrijeme mršavost je jedan od temeljnih ideala ljepote, a u nastojanju da izgledaju kao modeli i manekenke koje su na pragu anoreksije, brojne adolescentice posežu za striktnim dijetama, koriste se laksativima i drugim lijekovima za brzo čišćenje organizma ili pak svjesno povraćaju konzumiranu hranu. Nakon nekog vremena ova ponašanja rezultiraju dijagnozama poput anoreksije i bulimije. S druge strane su pretila djeca koju najčešće obilježava kompulzivno prejedanje, koja imaju premalo tjelesnih aktivnosti i većinu vremena provode sjedeći. Pretilost postaje sve učestaliji problem u današnjem društvu, a liječnici i zdravstvene institucije pokušavaju pronaći način kako riješiti ovaj problem.

Prilikom analize stanja u Republici Hrvatskoj utvrđeno je kako veliki udio djece u dobi od 8 godina ima prekomjernu težinu ili je pretilo, a svjesnost njihovih roditelja o problemu je niska. Naime, preko 20% roditelja čija djeca prema standardima Svjetske zdravstvene organizacije spadaju u skupinu djece s prekomjernom težinom i pretilošću smatraju kako su njihova djeca normalne težine. Samim time jasno je i kako ovi roditelji na neki način potiču konzumaciju većih količina hrane ili dozvoljavaju svojoj djeci da se nezdravo hrane. Upravo utjecaj roditelja na poremećaje prehrane kod djece jedan je od najčešćih čimbenika rizika koji se spominje u literaturi. Pokazalo se, primjerice, da će djeca koja ne dobivaju dovoljnu količinu roditeljske ljubavi imati lošiju sliku o sebi što ih nerijetko dovodi do emocionalnog prejedanja. Drugi problem koji proizlazi iz roditeljstva su majke koje i same imaju određena rizična ponašanja u smislu korištenja različitih dijeta, internalizacije ideala mršavosti i slično. Takve majke već u ranom djetinjstvu mogu potaknuti razvoj poremećaja prehrane kod djece.

Drugi čimbenik pronađen u literaturi je utjecaj vršnjaka. Riječ je o referentnim grupama koje modeliraju ponašanje djeteta. U želji da se uklopi i bude prihvaćeno, dijete će često usvojiti ponašanja koja imaju njegovi vršnjaci, a koja se tiču odstupajućih ponašanja u prehrani, ili će se pak, pod utjecajem zadirkivanja i izrugivanja podvrgnuti dijetama i različitim drugim načinima kontroliranja težine kako bi se dopali vršnjacima. Ovaj problem češće se vezuje uz žensku nego uz mušku djecu.



Posljednji sociokulturni čimbenik utjecaja na poremećaje prehrane su različiti mediji koji svakodnevno promoviraju mršavost kao ideal ljepote zbog čega se djeca nastoje identificirati s prezentiranim modelima. Ukoliko su prethodno nezadovoljni vlastitim tijelom, utoliko će takve medijske prezentacije dodatno pogoršati njihovo samopoštovanje i ljubav prema vlastitom tijelu.

Neophodno je povećati širenje svijesti o ovim problemima među djecom i mladima, ali i među njihovim roditeljima. Brojna djeca imaju simptome koji ukazuju na potencijalan razvoj poremećaja prehrane, međutim, često ih nisu svjesni kao što nisu svjesni niti posljedica koje ti poremećaji ostavljaju na njihovo zdravlje. Iz tog razloga važno je umrežavanje i zajednički rad zdravstvenih i obrazovnih institucija i medija u području podizanja svijesti o problematici i posljedicama koje sa sobom nose odstupajuća prehrambena ponašanja. Međutim, to neće biti dovoljno ako se u medijima i dalje nastave masovno promovirati idealna mršava ženska tijela. Dok god djevojčice budu smatrale kako je takav izgled poželjan, one i njihovi vršnjaci nastojat će se prilagoditi predstavljenim “medijskim idealima”. Posljednji element na kojem dodatno treba raditi je poticanje tjelesnih aktivnosti kod djece i promoviranje zdrave prehrane. Samo konzumacija zdravih namirnica, tjelovježba i zdrav pogled na svijet omogućit će normalan razvoj djece u kojem nema mjesta za anoreksiju, bulimiju ili kompulzivno prejedanje.

## Sažetak

Pretilost i poremećaji prehrane sve su veći problem kod djece i mladih. Statistika pokazuje kako u Hrvatskoj, ali i u drugim zemljama svijeta, otprilike 35% djece ima prekomjernu tjelesnu težinu ili je pretilo, prema standardima koje je odredila Svjetska zdravstvena organizacija. Jednako tako, postoji i značajan udio pothranjene djece. Svi ovi elementi manifestiraju se kroz poremećaje prehrane poput anoreksije nervoze, bulimije nervoze i kompulzivnog prejedanja. Osim psiholoških čimbenika, sociokulturni čimbenici najčešći su uzročnik poremećaja u prehrani. Sustavnim pregledom literature u ovom radu odabrano je 10 studija koje su se bavile procjenom sociokulturnih učinaka na poremećaje prehrane i zadovoljstvo izgledom vlastitog tijela kod djece i adolescenata. Pokazalo se kao najveći učinak na odstupajuća prehrambena ponašanja ima utjecaj vršnjaka. Naime, adolescenti su skloni identificiranju sa svojim vršnjacima, međusobnom uspoređivanju te prihvaćanju i uvažavanju njihovih mišljenja i samim time, podvrgavanju različitim dijetama u svrhu kontrole težine ili pak emocionalnom prejedanju zbog nezadovoljstva slikom o sebi. Na njihovo ponašanje značajno utječu i mediji koji u većini slučajeva sugeriraju kako je mršavo tijelo privlačno i poželjno. Upravo mediji uzročnik su pogoršane percepcije o idealima ljepote među adolescenticama, a u velikom broju slučajeva i obitelj je značajan faktor poticanja odstupajućih prehrambenih ponašanja, a poglavito majke. Istraživanja sugeriraju da djeca majki koje su nezadovoljne vlastitim tijelom, koriste dijete tijekom života i imaju simptome bulimije, imaju veću vjerojatnost za razvoj poremećaja prehrane u djetinjstvu. Poznavanje čimbenika rizika od razvoja poremećaja u prehrani prvi je korak u prevenciji i suzbijanju njihovih potencijalno negativnih posljedica.

**Ključne riječi:** *poremećaji prehrane, pretilost, sociokulturni čimbenici, anoreksija, bulimija*

## Summary

Obesity and eating disorders are a growing problem among children and young people. Statistics show that in Croatia, as well as in other countries around the world, approximately 35% of children are overweight or obese, according to the standards set by the World Health Organization. Equally, there is a significant proportion of malnourished children. All these elements are manifested through eating disorders such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and compulsive overeating. In addition to psychological factors, sociocultural factors are the most common cause of eating disorders. Through a systematic review of the literature, 10 studies were selected in this thesis that dealt with the assessment of sociocultural effects on eating disorders and satisfaction with the appearance of one's own body in children and adolescents. Peer influence has been shown to have the greatest effect on abnormal eating behaviors. Namely, adolescents tend to identify with their peers, to compare each other and to accept and respect their opinions and thus, to undergo different diets for the purpose of weight control or emotional overeating due to dissatisfaction with their self-image. Their behavior is significantly influenced by the media, which in most cases suggest that a thin body is attractive and desirable. It is the media that exemplify the deteriorating perception of beauty ideals among adolescent girls, and in a large number of cases, the family is also a significant factor in encouraging abnormal eating behaviors, especially mothers. Research suggests that children of mothers who are dissatisfied with their own bodies, use strict diets and have symptoms of bulimia, have a greater chance of developing an eating disorder in childhood. Knowing the risk factors for the development of eating disorders is the first step in the prevention and suppression of their potentially negative consequences.

**Keywords:** *eating disorders, obesity, sociocultural factors, anorexia, bulimia*

## Literatura

1. Allen, K.L., Gibson, L.Y., McLean, N.J., David, E.A. i Byrne, S.M. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationships. *Journal of Eating Disorders*, 2 (11). [online]. (pristup 24. ožujka 2023). Preuzeto s <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/2050-2974-2-11#citeas>
2. Al-Sheyab, N. A., Gharaibeh, T. i Kheirallah K. (2018). Relationship between Peer Pressure and Risk of Eating Disorders among Adolescents in Jordan. *Journal of Obesity*, 2018: 7309878.[online]. (pristup 24. ožujka 2023). Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6169234/>
3. Ambrosi-Randić, N. (2004). *Razvoj poremećaja hranjenja*. Zagreb: Naklada Slap
4. American Psychiatric Association. (2013). *DSM – 5 Diagnostic criteris for eating disorders*. (pristup 19. veljače 2023). Preuzeto s: <https://www.breathetherapies.co.uk/wp-content/uploads/2019/06/DSM-5-Diagnositic-Criteria-.pdf>
5. American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education Media Education (1999). Policy Statement. *Pediatrics*, 104, 341–343.
6. Artemieva, M. S., Tsygankov, B. D., Danilin, I. E., Suleymanov A. R. i Lazukova, A. G. (2021). Psychosomatics in eating disorders. *Psychiatria Danubina*, 33 (4), 552-557. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/271742>
7. Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
8. Bogár, N., Dukay-Szabó, S., Simon, D., Túry, F. i Pászthy B. (2022). Frequency of disordered eating habits among fashion models. *European Eating Disorders Review*, 30 (6), 823-829.
9. Božić, D. i Macuka, I. (2017). Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53 (2), 1-16.
10. Brown, J. D. i Witherspoon, E. M. (2002). The mass media and American adolescents' health. *Journal of Adolescence & Health*, 31 (6), 153–170.

11. Canbulat, N., Gözen, D., Köse, D. i Arda, N. (2011). Effects of Body Mass Index on Adolescents' Social Comparisons and Body Cathexis in Istanbul. *Collegium antropologicum*, 35 (4), 1323-1326. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/75684>
12. Capak, K. (2021). Europski ured Svjetske zdravstvene organizacije: europska inicijativa praćenja debljine u djece, hrvatska 2018./2019. (CroCOSI). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Preuzeto s <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/03/CroCOSI-2021-publikacija-web-pages.pdf>
13. Cavanaugh, C. J. i Lemberg, R. (1999). What we know about eating disorders: facts and statistics. U R. Lemberg i L. Cohn (Ur.) *Eating disorders – a reference sourcebook* (str. 7-12). Phoenix: Oryx Press.
14. Centers for Disease Control and Prevention (2021). Childhood Obesity Facts.( pristup 17. ožujka 2023). Preuzeto s <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>
15. Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert K. i Steinberg L. (2011). *Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry*. *Developmental Science*, 14 (2), 1-10.
16. Davison, K. K., Markey, C. N. i Birch, L. L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns in 5-year-old-girls. *Appetite*, 35, 143–151.
17. Dimitrova, A. (2018). Body Composition Assessment in Young Bulgarian Tennis Athletes. *Collegium antropologicum*, 42 (3), 169-174. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/218694>
18. Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R. i Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (12), 1715-1721.
19. Ferrera, L. A. (2006). *Focus on body mass index and health research*. New York: Nova Publishers.
20. Ferguson, C. J., Munoz, M. E., Garza, A. i Galindo, M. (2012). Concurrent and Prospective Analyses of Peer, Television and Social Media Influences on Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms and Life Satisfaction in Adolescent Girls.

- Journal of Youth & Adolescence* [online]. Preuzeto s <https://www.christopherjferguson.com/BodyImageProspective.pdf>
21. Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S. i Colditz, G. A. (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 1184–1189.
  22. Groesz, L. M., Levine, M. P. i Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1–16.
  23. Guine, R.P.F., Fernandes, S.R., Abrantes, J.L., Cardoso, A.P. i Ferreira, M. (2016). Factors Affecting the Body Mass Index in Adolescents in Portuguese Schools. *Hrvatski časopis za prehrambenu tehnologiju, biotehnologiju i nutricionizam*, 11 (1-2), 58-64. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/166830>
  24. Haines, J. i Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health education research*, 21(6), 770-782.
  25. Ille, J. (2022). *Poremećaji rasta u djece*. (pristup 17. ožujka 2023). Preuzeto s <https://poliklinika-arista.hr/poremecaji-rasta-u-djece/>
  26. Institute for Eating Disorders (n.d.). DSM- 5 Diagnostic criteria for Eating Disorders. (pristup 19. ožujka 2023). Preuzeto s <https://insideoutinstitute.org.au/assets/dsm-5%20criteria.pdf>
  27. Jassogne, C. i Zdanowicz, N. (2018). Management of adult patients with anorexia nervosa: a literature review. *Psychiatria Danubina*. 30 (suppl. 7), 533-536. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/262990>
  28. Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. i Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3): 394-400.
  29. Johnson, F. i Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119–125.

30. Juli, M.R., (2016). Childhood obesity: global issues. *Psichiatria Danubina*, vol, 28.
31. Kardum, I., Gračanin, A. i Hudek-Knežević, J. (2008). Evolutionary Explanations of Eating Disorders. *Psihologijske teme*, 17 (2), 247-263. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/32441>
32. Keel, P. K. (2016). *Eating disorders*. New York: Oxford University Press.
33. Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, M.J, Kimura, N. i Taylor, H.L. (1972). Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases*, 25 (6), 329-343.
34. Koppell, J. i Pascale, A. (2023). One in five kids shows signes of disorder eating. (pristup 26. veljače 2023). Preuzeto s <https://www.ny1.com/nyc/all-boroughs/news-all-day/2023/02/22/study--1-in-5-kids-shows-signs-of-disordered-eating>
35. Kurbel, S., Zucić, D., Vrbanec, D. i Pleština, S. (2008). Comparison of BMI and the Body Mass/Body Surface Ratio: Is BMI a Biased Tool?. *Collegium antropologicum*, 32 (1), 299-301. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/23771>
36. Lasarte-Velillas, J. J., Hernández-Aguilar, M. T., Martínez-Boyero, T., Soria-Cabeza, G., Soria-Ruiz, D., Bastarós-García, J. C., Gil-Hernández, I., Pastor-Arilla, C. i Lasarte-Sanz, I. (2015). Overweight and obesity prevalence estimates in a population from Zaragoza by using different growth references. *Anales de Pediatría*, 83 (3), 152-158.
37. Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. L. i Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1-5.
38. Leon, G. R., Keel, P. K., Klump, K.L. i Fulkerson, J. A. (1997). Understanding the Etiology of Eating. *Psychopharmacology bulletin*, 33(3), 405-411.
39. Marchi, M. i Cohen, P. (1990). Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29 (1), 112-117.
40. Montignac, M. (2005). *Dječja pretilost: Montignacovom metodom protiv prekomjerne tjelesne težine djece i mladeži*. Zagreb: Naklada Zadro.

41. Murray, S. B., Duval, C. J., Balkchyan, A. A., Cabeen, R. P., Nagata, J. M., Toga, A. W., Siegel, S. J. i Jann, K. (2022). Regional gray matter abnormalities in pre-adolescent binge eating disorder: A voxel-based morphometry study. *Psychiatry Research*, 310. Preuzeto s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178122000877?via%3Dihub>
42. Nazarova, E. i Kuzmichev, Y. (2016). The height-, weight- and BMI-for-age of preschool children from Nizhny Novgorod city, Russia, relative to the international growth references. *BMC Public Health*, 16 (274). Preuzeto s <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2946-8>
43. Ng, C. D., Elliott, M. R., Riosmena, F. i Cunningham, S. A. (2020). Beyond recent BMI: BMI exposure metrics and their relationship to health. *SSM - population health*, 11, 100-547.
44. Nicholls, D. (1999). Eating disorders in children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 5, 241-249.
45. Nihiser, A. J., Lee, S. M., Wechsler, H., McKenna, M., Odom, E., Reinold, C., Thompson, D. i Grummer-Strawn, L. (2007). Body mass index measurement in schools. *Journal of School Health*, 77 (10), 651-671.
46. OfCom (2019). *Children and parents: Media use and attitudes report 2018*. London, UK: OfCom. Preuzeto s [https://www.ofcom.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0024/134907/children-and-parents-media-use-and-attitudes-2018.pdf](https://www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0024/134907/children-and-parents-media-use-and-attitudes-2018.pdf)
47. OfCom (2021). *Children and parents: media use and attitudes report 2020/21*. London, UK: OfCom. Preuzeto s [https://www.ofcom.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0025/217825/children-and-parents-media-use-and-attitudes-report-2020-21.pdf](https://www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0025/217825/children-and-parents-media-use-and-attitudes-report-2020-21.pdf)
48. Ogden, J. (2012). *Health Psychology*. London: McGraw-Hill Education.
49. Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J. i Stein, A (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5 (1), 1-19.
50. Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. i Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318 (7186), 765–768.



51. Pike, K. M. i Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of abnormal psychology*, 100 (2), 198.
52. Rodgers, R. i Chabrol, H. (2009). L'impact de l'exposition à des images de minceur idéalisée sur l'insatisfaction corporelle chez des jeunes femmes françaises et italiennes [The impact of exposure to images of ideally thin models on body dissatisfaction in young French and Italian women]. *Encephale*, 35(3), 262-268. Preuzeto s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19540413/>
53. Rosati, P., Triunfo, S., Zucchetti, F., Gorca, C., Chini, R. i Campana R. (2014). Screening of obesity, overweight and thinness in a children population in Rome. *Minerva Pediatric*, 66 (3), 201-207.
54. Rymarczyk, K. (2021). The role of personality traits, sociocultural factors, and body dissatisfaction in anorexia readiness syndrome in women. *Journal of Eating Disorders*, 9 (51). Preuzeto s <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-021-00410-y>
55. Schmidt, U. (2002). Risk factors for eating disorders. U C. G. Fairburn i K. D. Brownell (ur.) *Eating disorders and obesity – a comprehensive book* (str. 247-250). New York: The Guilford Press
56. Stevens, A. i Price, J. (2000). *Evolutionary psychiatry: A new beginning*. London: Routledge.
57. Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. U C. G. Fairburn i K. D. Brownell (ur.) *Eating disorders and obesity – a comprehensive book* (str. 103-107). New York: The Guilford Press.
58. Stice, E., Agras, W.S. i Hammer, L.D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (4), 375-387.
59. Svjetska zdravstvena organizacija (1995). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a World Health Organization (WHO) Expert Committee. Geneva, Switzerland: WHO. Preuzeto s <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>

60. Svjetska zdravstvena organizacija (1997). *Managing the global epidemic of obesity. Report of the World Health Organization (WHO) consultation on obesity*. Geneva, Switzerland: International Obesity Task Force, WHO. Preuzeto s <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>
61. Svjetska zdravstvena organizacija (2018). *Adolescent mental health*. (pristup 18. veljače 2023). Preuzeto s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
62. Svjetska zdravstvena organizacija (2021). *Malnutrition*. (pristup 17. ožujka 2023). Preuzeto s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
63. The McNight Investigators (2003). Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the McNight Longitudinal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 248–254. Preuzeto s <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.160.2.248>
64. Walsh, B. T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170 (5), 477-484.
65. Wouters, E. J., Larsen, J. K., Kremers, S. P., Dagnelie, P. C. i Geenen, R. (2010). Peer influence on snacking behavior in adolescence. *Appetite*, 55 (1), 11-17.
66. Zam, W., Sajari, R. i Sijari, Z. (2018). Overview on eating disorders. *Progress in Nutrition*, 20 (2), 29-35.

## Popis tablica

<i>Tablica 1.</i> BMI klasifikacija (Svjetska zdravstvena organizacija, 1995; 1997) .....	4
<i>Tablica 2.</i> Antropometrijski pokazatelji pretilosti /pothranjenosti temeljeni na visini i težini djeteta (Svjetska zdravstvena organizacija, 1995; 2021) .....	7
<i>Tablica 3.</i> Statistika korištenja multimedijских u uređaja i interneta među djecom starosne dobi 0-8 godina (Of Com, 2019; 2021).....	22
<i>Tablica 4.</i> Rezultati mjerenja i percepcije roditelja o tjelesnoj masi djece u dobi između 8 i 8,9 godina (Capak, 2021: 19-20) .....	26
<i>Tablica 5.</i> Prikaz odabranih studija.....	29
<i>Tablica 6.</i> Nezadovoljstvo vlastitim tijelom kod adolescentica u dobi između 10 i 17 godina (Ferguson i sur., 2012) .....	30
<i>Tablica 7.</i> Čimbenici utjecaja na poremećaje prehrane kod djece i adolescenata .....	32

## Popis slika

<i>Slika 1.</i> Fizički znakovi i efekti anoreksije nervoze (Zam, Sajiari i Sijari, 2018: 30) .....	11
<i>Slika 2.</i> Fizički znakovi i efekti bulimije nervoze (Zam, Sajiari i Sijari, 2018: 30) .....	15
<i>Slika 3.</i> Sudjelovanje djece u sportskim i plesnim aktivnostima (Capak, 2021: 29) .....	27
<i>Slika 4.</i> Vrijeme koje djeca provode pred malim ekranima ili igrajući igrice na elektroničkim uređajima (Capak, 2021: 33) .....	28

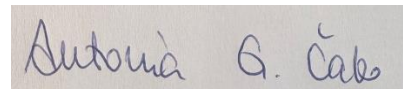
SVEUČILIŠTE U SPLITU  
FILOZOFSKI FAKULTET

**IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI**

kojom ja **Antonia Grubišić-Čabo**, kao pristupnica za stjecanje zvanja **magistrice ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja**, izjavljujem da je ovaj diplomski rad rezultat isključivo mogega vlastitoga rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio diplomskoga rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga diplomskoga rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, 03. srpnja 2023.

Potpis

Handwritten signature of Antonia G. Čabo in blue ink on a light gray background.

## Izjava o pohrani i objavi ocjenskog rada (diplomskog rada)

Studentica: Antonia Grubišić-Čabo

Naslov rada: Sociokulturni čimbenici poremećaja prehrane kod djece

Znanstveno područje i polje: Društvene znanosti/Sociologija

Vrsta rada: Diplomski rad

Mentorica rada (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje): Sanja Stanić, prof.dr.sc.

Komentor/ica rada (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje): /

Članovi povjerenstva (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje):

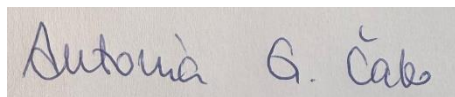
1. Branimir Mendeš, doc.dr.sc. (predsjednik)
2. Toni Maglica, doc.dr.sc. (član)
3. Sanja Stanić, prof.dr.sc. (članica/mentorica)

Ovom izjavom potvrđujem da sam autorica predanog ocjenskog rada (diplomskog rada) i da sadržaj njegove elektroničke inačice u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uređenog rada.

Kao autor izjavljujem da se slažem da se moj ocjenski rad, bez naknade, trajno javno objavi u otvorenom pristupu u Digitalnom repozitoriju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Splitu i repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama *Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti* (NN br. 119/22)).

Split, 03. srpnja 2023.

Potpis studentice:



Napomena:

U slučaju potrebe ograničavanja pristupa ocjenskom radu sukladno odredbama Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima (111/21), podnosi se obrazloženi zahtjev dekanici Filozofskog fakulteta u Splitu.