

Kvaliteta života kod osoba s poremećajima hranjena

Navratil, Anja

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:573758>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-20**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet Osijek
Odsjek za psihologiju

Anja Navratil

**KVALITETA ŽIVOTA KOD OSOBA S POREMEĆAJIMA
HRANJENJA**

Završni rad

prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2020.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Anja Navratil

**KVALITETA ŽIVOTA KOD OSOBA S POREMEĆAJIMA
HRANJENJA**

Završni rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena
psihologija

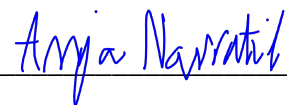
Mentorica: prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2020.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj radu internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, datum 16.9.2020



Anja Navratil, 0122227332

Sadržaj

UVOD.....	1
POREMEĆAJI HRANJENJA.....	2
KVALITETA ŽIVOTA.....	3
KVALITETA ŽIVOTA I POREMEĆAJI HRANJENJA	4
ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA KVALITETU ŽIVOTA OSOBA S POREMEĆAJIMA HRANJENJA	7
LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA I PREVENCIJA NARUŠAVANJA KVALITETE ŽIVOTA.....	11
ZAKLJUČAK.....	14
LITERATURA	16

Kvaliteta života kod osoba s poremećajima hranjenja

SAŽETAK

Popularizacija poremećaja hranjenja i njihova visoka stopa smrtnosti jedni su od razloga zbog kojeg su postali glavnim predmetom istraživanja. Pojedinci s poremećajima hranjenja, ponašanja vezana uz hranu, odnosno restrikciju unosa hrane, prejedanje ili povraćanje, koriste kao mehanizme nošenja s emocijama koje pojedinac nije u mogućnosti objasniti. Takvo ponašanje narušava pojedinčevu sliku o sebi, njegovo samopouzdanje te fizičko i psihičko zdravlje. Posljedice narušavanja tih domeni je i narušavanje kvalitete života.

Kvaliteta života se definira kao percipirano zadovoljstvo životom i vlastite uloge u svim kontekstima, stoga je važno razumjeti odnos između navedenog pojma i poremećaja hranjenja. Istraživanja na tu temu su pokazala kako je kvaliteta života pojedinca narušena ukoliko ima dijagnosticiran neki od tipova poremećaja hranjenja te ovisi o kroničnosti stanja i osobnoj percepciji poremećaja i posljedica koje poremećaj ima na psihičko zdravlje, ali i na fizičko.

Terapijski pristupi su neizbježan korak u liječenju poremećaja hranjenja. Najpoznatiji je kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) koja pokazuje dobre rezultate u svim poremećajima, pa tako i poremećajima hranjenja. Mindfulness ili terapija usmjerene svjesnosti u novije vrijeme doživljava popularnost te je postala sve češća tema istraživanja. Isto kao i kognitivno-bihevioralna terapija, daje dobre rezultate pošto se usmjerava na razumijevanje i verbalizaciju emocija koje pojedinac osjeća.

Temeljem dosadašnjih istraživanja odnosa poremećaja hranjenja i kvalitete života može se zaključiti da, iako postoji nešto veći broj istraživanja, neki aspekti samog odnosa nisu u potpunosti jasni niti dovoljno istraživani. Stoga je potrebno usmjeriti pozornost zdravstvenih stručnjaka na fiziološke, psihološke te socijalne poteškoće s kojima se oboljeli svakodnevno nose, upoznati ljude s navedenim bolestima te educirati okolinu o posljedicama poremećaja.

Ključne riječi: *poremećaj hranjenja, kvaliteta života, KBT, mindfulness*

UVOD

Socio-kulturološki pritisak i popularizacija društvenih mreža koje propagiraju idealne figure, rezultira internalizacijom slike mršavog, vitkog i mišićavog tijela koje rijetko tko može postići (Baceviciene, Jankauskiene i Balciuniene, 2020). Diskrepancija između idealnog tijela i percipiranog narušava sliku o tijelu, dovodi do nezadovoljstva vlastitim tijelom i samim sobom, a posljedično smanjenje samopouzdanja pojedinca navodi na ponašanja koja se očituju restrikcijom unosa hrane, upuštanjima u razne dijete i ostalim ponašanjima koja narušavaju odnos s hranom i vlastitim tijelom. Takva ponašanja nerijetko završe razvitkom nekog od poremećaja hranjenja.

Zadnjih nekoliko desetljeća raste zanimanje za pojmom kvalitete života, koja je usko povezana s poremećajima hranjenja te se, prilikom objašnjavanja odnosa poremećaja hranjenja i kvaliteta života nerijetko spominje smanjenje kvalitete života kao posljedicom razvitka psihičkog poremećaja (Markanović i Jokić-Begić, 2011). Naime, pri intenzivnim psihičkim smetnjama narušava se homeostaza organizma, te ukoliko pojedinac nema mehanizme koji su potrebni za vraćanje organizma u ravnotežu, kvaliteta života pojedinca se smanjuje te postoji rizik od trajnog smanjenja kvalitete života (Vuletić i sur., 2011). Nadalje, neka istraživanja su pokazala da je kvaliteta života kod pojedinaca s poremećajima hranjenja općenito niža u odnosu na druge psihičke poremećaje te cjelokupnu populaciju (Martín i sur., 2017).

Stoga je cilj ovog rada prikazati povezanost poremećaja hranjenja i kvalitete života, prikazati moguće čimbenike koji narušavaju kvalitetu života te raspraviti o mogućim preventivnim programima i načinima poboljšanja razine kvalitete života kod takvih pojedinaca.

POREMEĆAJI HRANJENJA

U današnjem svijetu zabilježen je porast broja osoba s nekim tipom poremećaja hranjenja. Naime, nemogućnost kontroliranja medijskog sadržaja i propagiranje određenih standarda privlačnosti, kao i pritisak okoline i vršnjaka na restriktivna ponašanja i dijete samo su jedni od čimbenika zbog kojih su poremećaji hranjenja u novije vrijeme sve učestalija tema znanstvenih radova.

Općenito, poremećaji hranjenja se definiraju kao svojevolumno izglednjivanje ili prejedanje te je uz to prisutna i zabrinutost vlastitim izgledom, nezadovoljstvo njime te usmjerenost na kontrolu težine i unosa kalorija, odnosno hrane. Najčešći poremećaji hranjenja i široko poznati su anoreksija nervoza (*anorexia nervosa*), bulimija nervoza (*bulimia nervosa*) te poremećaj prejedanja (Begić, 2011). Zajedničko ovim tipovima poremećaja hranjenja je pretjerani utjecaj oblika tijela te tjelesne težine na samoprocjenu vlastitog tijela te loše organiziran raspored unosa hrane (Božić i Macuka, 2017).

Mnoga istraživanja na temu poremećaja hranjenja i odnosa s kvalitetom života primijenjena su na populaciji žena zbog toga što se u općoj populaciji ženama češće dijagnosticira neki tip poremećaja hranjenja (Sanftner, 2011). U novije vrijeme, istraživači su počeli uzimati i populaciju muškaraca zbog rastućeg broja dijagnosticiranih. Razlog tome je, kako neka istraživanja navode, internalizacija atletskog i mišićavog tijela kao ideala muške ljepote koja se povezuje s razvojem patoloških prehrambenih ponašanja (Baceviciene i sur., 2020). Važno je naglasiti kako ovi poremećaji utječu na psihološki, fizički i socijalni aspekt pojedinčevog života te ujedno postoji velika šansa da dijagnoza postane kronična ili pak da pojedinac ima nekoliko relapsa tijekom života. Pojedinci s dijagnozom poremećaja hranjenja imaju čak 30% do 50% više relapsa nego bilo koji drugi psihički poremećaj (Guarda, 2008; prema Winkler i sur., 2014). Utjecaj koji poremećaji hranjenja imaju na aspekte pojedinčevog života, kako društvenog tako i zdravstvenog, velika vjerojatnost prijelaza poremećaja u kronično stanje te nerijetkog odustajanja od tretmana ili relapsa pacijenta, smatraju se samo jednim od razloga visoke stope smrtnost pacijenata kojima je dijagnosticiran poremećaj hranjenja (Padierna i sur., 2000).

Kako bi se dijagnosticirao neki od tipova ovih poremećaja, pojedinac treba zadovoljiti određene kriterije koji se odnose na njegov indeks tjelesne mase, prehrambene navike te ponašanje općenito. Proces dijagnosticiranja oslanja se na peto izdanje Dijagnostičkog i

statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-V) i na Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (Begić, 2011).

Također, istraživanja su pokazala da su nezadovoljstvo vlastitim tijelom te poremećen obrazac hranjenja povezani s nižim psihosocijalnim funkcioniranjem te nezdravim načinom života kod mladih ljudi (Baceviciene i sur., 2020). Ujedno su neka istraživanja ukazala na to da je psihičko zdravlje pojedinaca s poremećajima hranjenja više narušeno u odnosu na njihovo fizičko zdravlje, stoga je važno usmjeriti se na aspekte psihičkog zdravlja koji se mogu poboljšati (Martín i sur., 2017). Nerijetko se događa komorbiditet s drugim poremećajima, pa je tako za anoreksiju, ali i za druge poremećaje hranjenja, nerijetki komorbiditet s depresijom, socijalnom fobijom, opsesivno-kompulzivnim poremećajima, te pojavljivanje s drugim poremećajima hranjenja. Naime, bitno je razumjeti da komorbiditet, uz sami poremećaj hranjenja, može uvelike narušiti kvalitetu života, a neka istraživanja navode kako je kvaliteta života kod pojedinaca s poremećajima hranjenja i komorbiditetom više narušena u odnosu na one pojedince koji nemaju prateće poremećaje (Martín i sur., 2017).

KVALITETA ŽIVOTA

Posljednjih nekoliko desetljeća pojam kvalitete života u istraživanjima pojedinaca s poremećajima hranjenja, dobiva na značenju zbog sve ozbiljnijeg shvaćanja posljedica koje ovakvi poremećaji imaju na pojedinca (Mond i sur., 2005). Kvaliteta života složen je koncept, što ga čini iznimno teškim za definiranje.

Jedna od mnogobrojnih definicija je ona Svjetske zdravstvene organizacije koja objašnjava kvalitetu života kao percipirano zadovoljstvo životom i vlastite uloge u svim kontekstima, koje su nametnute od strane društvenih vrijednosti i normi, ali ujedno i od strane samog pojedinca putem zacrtanih ciljeva i vlastitih očekivanja (Mitchison i sur., 2016).

Pojam kvalitete života je multidimenzionalan te uključuje tjelesno i socijalno zdravlje (Vuletić i sur., 2011). Tjelesni aspekt kvalitete života odnosi se na tjelesne ozljede i funkcionalnu sposobnost organizma, percepciju fizičke i psihičke dobrobiti, dok se pojam socijalnog zdravlja odnosi na zadovoljstvo životom, stupanj i kvalitetu socijalnih interakcija te percepciju vlastite vrijednosti (Despot-Lučanin, 2003; prema Vuletić i sur., 2011). Kako bi upotpunio pojam kvalitete života, Cummins (2000; Vuletić i Misajon, 2011) navodi kako taj pojam ima objektivnu i subjektivnu komponentu. Objektivni aspekt uključuje mjere blagostanja koje su specifične za neku kulturu te je njih moguće objektivno mjeriti te uključuje materijalna

dobra i dohotke, dok subjektivna komponenta ovisi o pojedinčevim osobinama ličnosti i njenoj percepciji objektivnih događaja, društvenih i intimnih odnosa te vlastitog zdravlja (Vuletić i Misajon, 2011). Nadalje, istraživanja koja koriste navedene aspekte kvalitete života mogu biti koristan dodatak nalazima pojedinaca s dijagnozama poremećaja hranjenja, ali zbog korištenja samoprocjene prilikom mjerenja aspekata kvalitete života ne postoje mnogobrojna istraživanja na tu temu zbog poteškoća u interpretiranju rezultata (Mond i sur., 2005).

Kako bi se ispitala kvaliteta života pojedinca korištene su razne mjere te je najčešći pristup samoprocjena globalne kvalitete života. Iako je takva procjena korisna prilikom štire evaluacije cjelokupne populacije, prilikom ispitivanja kvalitete života kod populacije koja ima dijagnosticiran neki psihički poremećaj, pogotovo poremećaj hranjenja, bitno je usmjeriti se upravo na one aspekte koji su kod takvog pojedinca narušeni (Mond i sur., 2005). S obzirom na navedene informacije, u novije vrijeme napravljene su skale kvalitete života koje se primjenjuju kod pojedinaca s poremećajima hranjenja, a sve kako bi se dobili što relevantniji i realniji rezultati razine kvalitete života i posljedica koje poremećaj hranjenja ima na njega (Bamford i Sly, 2010). Ujedno se uzima u obzir zaključak do kojeg su došli Mond i suradnici (2005) tijekom svojeg istraživanja kvalitete života kod pojedinaca s poremećajima hranjenja, gdje navode kako je korištenje samo jednog mjernog instrumenta nedostatno za pravovaljano donošenje zaključaka o kvaliteti života pojedinca.

KVALITETA ŽIVOTA I POREMEĆAJI HRANJENJA

Spominjanje poremećaja hranjenja datira još u vrijeme starih Grka, dok je popularizacija same teme istraživanja nešto novija. Takva se istraživanja uvelike odnose na razumijevanje samih poremećaja ili klasifikacije istih, međutim zbog nedavnog porasta interesa za pojam kvalitete života te shvaćanja njegove važnosti u procesu oporavka, sve više istraživača koristi pojam kvalitete života kao jednu od varijabli prilikom ispitivanja psihičkih poremećaja (Bamford i Sly, 2010).

Prilikom istraživanja, mjera kvalitete života ispituje mogućnost pojedinca da se, usprkos dijagnozi, svakodnevno upušta u dnevne aktivnosti i zadatke, odnosno ispituje se pojedinčeva sposobnost funkcioniranja u radnom okruženju te posljedice koje poremećaj hranjenja ima na tjelesnu i psihičku funkcionalnost organizma (Mond i sur., 2005).

Općenito govoreći, istraživanja odnosa poremećaja hranjenja i kvalitete života pokazala su kako je kvaliteta života kod pojedinaca, koji imaju dijagnosticiran neki tip poremećaja

hranjenja, manja u odnosu na pojedince s nekim drugim psihičkim poremećajima, kao i u odnosu na opću populaciju (Martín i sur., 2017).

Meta-analiza kvalitete života, koju su proveli Engel i suradnici (2009; prema Martín i sur., 2017) potvrdila je hipotezu da su pojedinci svih tipova poremećaja hranjenja imali smanjenu kvalitetu života u odnosu na opću populaciju u kontrolnoj skupini i druge psihičke poremećaje. Sama kvaliteta života bila je jednako narušena neovisno o samoj težini dijagnoze. Ujedno, neka istraživanja navode kako pojedinci koji su završili tretman i koji se smatraju u remisiji, svedeno, neovisno o tome i dalje imaju niže rezultate na skalama kvalitete života (Padierna i sur., 2002; prema Bamford i Sly, 2010). Nadalje, kako bi se bolje diferencirala opća populacija od populacije koja ima dijagnosticiran neki tip poremećaja hranjenja, kao i same diferencijacije tipova poremećaja hranjenja međusobno, mjerenje globalne kvalitete života nije dostatno. Iako su prijašnja istraživanja davala logične rezultate, neki istraživači smatraju kako je korištenje mjernih instrumenata za ispitivanje globalne kvalitete života teško primjenjivo kod pojedinaca s raznim patologijama, u što spadaju i osobe kojima je dijagnosticiran poremećaj hranjenja (Sanftner, 2011). Stoga je, u novije vrijeme, korišten mjerni instrument kvalitete života kod poremećaja hranjenja kojeg su osmislili Engel i suradnici (2006; prema Sanftner, 2011) te je posebno primjenjiv na populaciji osoba s poremećajima hranjenja zbog naglaska na probleme s prehranom i težinom koji se stavljaju u centar problema ponašanja kod takvih osoba (Sanftner, 2011). Logika iza korištenja specifičnih mjernih instrumenata je u tome da se olakša interpretacija rezultata same kvalitete života, kao i dobivanje osjetljivijeg instrumenta.

Osobe s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja imaju slabije rezultate na mjernim instrumentima, koji ispituju generalnu kvalitetu života, kada ih se uspoređuje s općom populacijom (Mond i sur., 2005). Korištenjem mjernih instrumenata su dobili, da iako imaju slabiji rezultat na skalama, pojedinci s anoreksijom ukazuju na slabije opadanje u domenama kvalitete života od ostalih poremećaja. Objašnjenje ovakvih rezultata leži u podlozi same percepcije okoline na pojedince kojima je dijagnosticirana anoreksija. Pojedinci koji imaju drugi tip poremećaja hranjenja, kao što je bulimija, na restriktivna ponašanja i prekomjerne tjelovježbe onih s anoreksijom gledaju s divljenjem i zavisti, što donekle potpomaže takvo ponašanje onih koji ga manifestiraju (Mond i sur., 2005).

Često ispitivane mjere, uz već navedenu globalnu kvalitetu života, su mjere subjektivne kvalitete života i kvalitete života povezane sa zdravljem. Prilikom mjerenja subjektivne kvalitete života ispituje se zadovoljstvo životom općenito ili zadovoljstvo specifičnim područjima života (Vuletić i Misajon, 2011). Nedostatak mjerenja subjektivne kvalitete života je u tome što sam pojedinac subjektivno procjenjuje aspekte svoga života, te su stoga moguće

nelogičnosti prilikom interpretacije rezultata. Naime, istraživanja subjektivne kvalitete života kod pojedinaca kojima je dijagnosticirana anoreksija ukazala su na to da je subjektivna kvaliteta života, odnosno stupanj zadovoljstva životom ili određenim aspektima bio viši u situacijama kada su pojedinci bili ugroženog fizičkog zdravlja (Mond i sur., 2005). Objašnjenje ovakvih rezultata leži u razumijevanju postojanja iracionalnog straha od debljine te shvaćanju da fizičko zdravlje pojedincima s anoreksijom nije prioritet, stoga su rezultati na skalama zadovoljstva životom viši (Mond i sur., 2005). Ova objašnjenja potkrijepljena su rezultatima istraživanja Mond i suradnika (2005). Oni su na temelju rezultata skala kvalitete života koja se odnosila na društveni aspekt, gdje su dobili sličnost između rezultata onih pojedinaca koji imaju anoreksiju i opće populacije, zaključili da su pojedinci u toj grupi općenito zadovoljni brojem socijalnih kontakata i podrške koju dobivaju iz okoline. Nešto noviji pojam, od ova dva, je pojam kvalitete života povezane sa zdravljem te se odnosi na pojedinačevu procjenu vlastitog života uzimajući u obzir i njegovo zdravlje (Jenkins i sur., 2011). Mnogi navode poveznicu između narušene kvalitete života povezane sa zdravljem s ozbiljnošću same dijagnoze poremećaja (Pohjolainen i sur., 2016). Jedno od prvih poznatih istraživanja koje je ispitivalo utjecaj poremećaja hranjenja na kvalitetu života bilo je ono Keilena i suradnika (1994; prema Jenkins i sur., 2011). Istraživači su uspoređivali grupu žena kojima je bio dijagnosticiran jedan od tipova poremećaja hranjenja s grupama ljudi s raznim fizičkim oboljenjima (kandidati za transplantaciju srca, pacijenti s cističnom fibrozom itd.) te su uočili da su niže rezultate na skalama kvalitete života imale žene kojima je bio dijagnosticiran jedan od poremećaja hranjenja (Jenkins i sur., 2011). Iako je navedeno istraživanje imalo svojih nedostataka, pogotovo u pogledu korištenih instrumenata te njihove primjenjivosti i osjetljivosti, ono je omogućilo drugim istraživačima da se usmjere na specifične aspekte kvalitete života i njihove manifestacije kod pojedinaca s poremećajima hranjenja kako bi se olakšala operacionalizacija ponašanja i interpretacija rezultata.

Istraživanje Vanderdeycken i Vanderlinden (1983; prema Martín i sur., 2017) pozabavilo se problematikom negiranja poremećaja i fizičkog oštećenja organizma kod pojedinaca s anoreksijom, te utjecajem negiranja na rezultate samoiskaza. Pomoću dobivenih zaključili su da su pojedinci koji bi negirali postojanje dijagnoze imali bolje rezultate u domenama kvalitete života od onih koji su otvoreno priznali svoju dijagnozu. Moguće objašnjenje proizlazi od toga da je percepcija kod pojedinaca koji prihvataju svoju dijagnozu narušena što ih čini osjetljivijima na promjene u fizičkom izgledu te imaju tendenciju preuveličavanja fizičke građe, dok pojedinci koji negiraju postojanje poremećaja nisu toliko osjetljivi na fizičke promijene pošto ne gledaju na takva ponašanja kao na patologiju (Vanderdeycken i Vanderlinden, 1983).

Istraživanje Padierna i suradnika (2002; prema Winkler i sur., 2014) na populaciji žena kojima je dijagnosticiran neki od poremećaja hranjenja, u kojem su koristili nekoliko mjernih instrumenata za ispitivanje opće kvalitete života i kvalitete života povezane sa zdravljem, ukazalo je na to kako su upravo ti pojedinci imali znatno više narušenu kvalitetu života od opće populacije. Odnosno, na svim mjernim instrumentima, žene koje su imale dijagnosticiran poremećaj hranjenja, imale su niže rezultate od žena u općoj populaciji (Jenkins i sur., 2011). Nadalje, uzimajući u obzir niske rezultate žena s poremećajima hranjenja na skalama koje su se odnosile na kvalitetu života povezanu sa zdravljem, istraživači su zaključili kako je utjecaj poremećaja velik i na one aspekte života koji nisu direktno povezani s poremećajem (Jenkins i sur., 2011). Rezultate navedenog istraživanja potvrdili su Winkler i suradnici (2014) svojom meta-analizom. Naime, njihovo istraživanje nije pokazalo razlike među tipovima poremećaja i rezultatima na mjernim instrumentima kvalitete života. Odnosno pojedinci su, neovisno o svojoj dijagnozi, imali podjednako niske rezultate na skali kvalitete života povezane sa zdravljem (Winkler i sur., 2014). S druge strane, Jenkins i suradnici (2011; prema Winkler i sur., 2014) su uočili razliku između prejedajućeg poremećaja i svih ostalih tipova, gdje su pojedinci s ovim poremećajem imali niže rezultate na skali koja je ispitivala kvalitetu života povezanu sa zdravljem, pogotovo u domeni funkcionalnosti organizma. Rezultati ovog istraživanja bi se mogli objasniti pomoću kliničkih saznanja o prejedajućem poremećaju te nuspojavama i komplikacijama koje nastaju zbog neodgovarajućeg ponašanja vezanog uz hranjenje (Jenkins i sur., 2011). Jedno od objašnjenja mogućih razlika među tipovima poremećaja dao je Hay (2013; prema Winkler i sur., 2014). On navodi kako su moguće diskrepancije među rezultatima istraživanja uzrokovane krivim procjenama tjelesne težine pojedinaca s ekstremnim vrijednostima indeksa tjelesne mase, gdje su pojedinci s takvim vrijednostima indeksa tjelesne mase imali znatno lošije rezultate na skali kvalitete života, dok su oni sa standardnim vrijednostima indeksa tjelesne mase imali bolje rezultate na toj istoj skali.

ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA KVALITETU ŽIVOTA OSOBA S POREMEĆAJIMA HRANJENJA

Iako se opus istraživanja na temu kvalitete života i utjecaja poremećaja hranjenja na nju, povećao, broj istraživanja o samim čimbenicima koji utječu na kvalitetu života je pomanji. Naime, kako bi se u potpunosti razumio utjecaj koji poremećaji imaju na kvalitetu života, potrebno je istražiti i same čimbenike koji utječu na nju. Svakodnevni život i izloženost

medijskim sadržajima sa sobom nosi mnogobrojne čimbenike koji bi mogli utjecati na kvalitetu života, a tempo života kojim moderni čovjek živi nije u skladu sa samim mogućnostima organizma.. Stoga se takav tempo percipira kao pritisak društva na pojedinca, a posljedično iskrivljena percepcija stvarnosti dovodi do nezadovoljstva te raznih patologija.

Istraživanja su pokazala kako čimbenici, kao što je komorbiditet te socijalne interakcije, utječu više na samu kvalitetu života pojedinaca s poremećajima hranjenja od socio-ekonomskih čimbenika, vrste tretmana u kojem je pojedinac ili tjelesnog indeksa masti, koji je jedan od kriterija samog dijagnosticiranja poremećaja (Martín i sur., 2017).

Mnogi istraživači navode važnost pojave komorbiditeta, odnosno pojave drugih poremećaja s poremećajem hranjenja, a komorbiditet može dodatno negativno djelovati na kvalitetu života. Nekolicina istraživanja je ukazala na povezanost između postojanja komorbiditeta i slabijih rezultata na skalama kvalitete života (Martín i sur., 2017).

Padierna i suradnici (2000; prema Winkler i sur., 2014) su u svom istraživanju , na uzorku od 179 pacijenata s poremećajima hranjenja, uspjeli povezati depresiju i anksioznost, koji se javljaju kao komorbiditet uz poremećaje hranjenja, sa smanjenjem kvalitete života u svim domenama kao i sa smanjenjem zadovoljstva životom. Smanjenja u navedenim domenama rezultat su osjećaja depresivnosti kojeg pojedinci osjećaju. Taj osjećaj depresivnosti važan je čimbenik što je pokazao Wade sa svojim suradnicima (2012; prema Winkler i sur., 2014) u istraživanju kvalitete života kod pojedinaca koji pokazuju narušen obrazac hranjenja, ali nemaju dijagnozu poremećaja, te su rezultati ukazali da je taj osjećaj uvelike naštetio globalnoj kvaliteti života.

Poremećaji hranjenja, posebice anoreksija, uključuju značajno oštećenje fizičkog zdravlja i stanja organizma. Ta oštećenja, koja su u većini slučajeva velika, negativno utječu na kvalitetu života, ali i na svakodnevnu funkcionalnost osobe. Nadalje, poremećaji uključuju i značajne psihičke poteškoće, odnosno narušenu komponentu mentalnog zdravlja. Nekolicina istraživanja potvrdila je da narušeno mentalno zdravlje, koje je lošije u odnosu na fizičko, značajno negativno utječe na subjektivnu kvalitetu života (Markanović i Jokić-Begić, 2011). Kada se spominje fizičko zdravlje i stanje organizma, neizbježno je spomenuti indeks tjelesne masti, odnosno BMI, čije je smanjenje jedan od kriterija za dijagnosticiranje poremećaja hranjenja. Hay (2003; prema Jenkins i sur., 2011) je u svom istraživanju ukazao na povezanost ekstremnih vrijednosti indeksa tjelesne mase i narušene fizičke i emocionalne kvalitete života, ali ne objašnjava samu podlogu tih rezultata. Stoga je istraživanje, koje su proveli Bandford i Sly (2010 ; prema Martín i sur., 2017) dovelo do rezultata i objašnjenja zašto bi indeks tjelesne mase mogao biti značajan čimbenik prilikom ispitivanja kvalitete života. Naime, oni pojedinci

koji su imali niži indeks tjelesne mase bili su fizički slabiji i malaksali što je uvelike ometalo njihovu svakodnevnu funkcionalnost organizma, što je posljedično dovelo do smanjenja kvalitete života kod tih pojedinaca. Iako ovi rezultati imaju smisla, istraživanja poput onog Winklera i suradnika (2014; prema Martin i sur., 2017) ipak nije ukazalo na značajan utjecaj indeksa tjelesne mase na samu kvalitetu života.

Iako indeks tjelesne mase nije značajan čimbenik, po nekim istraživanjima, čimbenik koji je izrazito bitan kod ispitivanja kvalitete života je prekomjerna tjelovježba. Tjelovježba, kod osobe s poremećajem hranjenja, ima svrhu održavanja ili smanjenja tjelesne mase te je zastupljena kod većine pojedinaca s dijagnosticiranom anoreksijom i kod polovice onih s bulimijom (Winkler i sur., 2014). Pokazalo se da pojedinci koji se upuštaju u prekomjernu tjelovježbu postižu niže rezultate u domeni fizičke funkcionalnosti organizma, koja je domena generalne kvalitete života. Pretpostavlja se da su rezultati niži zbog mogućih ozljeda i istegnuća koje sa sobom nosi intenzivan plan tjelovježbe. Isto tako, prekomjerna tjelovježba zahtjeva strogi plan kojeg se pojedinac mora držati što može umanjiti broj socijalnih interakcija koje pojedinac ima na dnevnoj bazi, te takva socijalna izolacija može isto tako narušiti kvalitetu života. Problematika prilikom evaluacije prekomjerne fizičke aktivnosti u odnosu na kvalitetu života leži u samoj težnji osoba s anoreksijom da budu što mršavije, te im tjelovježba to i omogućava. Stoga se može zaključiti da, iako su fizički takve osobe slabije, njihovi rezultati općenito pokazuju nešto bolje rezultate na skalama kvalitete života u odnosu na druge poremećaje hranjenja.

Jedan od čimbenika koji bi se trebali uzeti u obzir prilikom istraživanja kvalitete života kod osoba s poremećajima hranjenja je i kroničnost same dijagnoze. Dužina trajanja samog poremećaja i njegov intenzitet može narušiti, ne samo funkcionalnost organizma već i mentalno zdravlje pojedinca, a samim time utječe na subjektivni osjećaj kvalitete života.

Hay i suradnici (2010; Winkler i sur., 2014) primijetili su kako je ozbiljnost same dijagnoze imala veliki utjecaj na rezultate u skalama kvalitete života. Ukoliko je riječ o ozbiljnoj dijagnozi, organizam je slab što se manifestiralo u nezadovoljstvu životom kod nekih pojedinaca s poremećajima hranjenja. Iako je istraživanje počivalo na logičnoj premisi, neki drugi istraživači nisu mogli dobiti iste niti slične rezultate za ovaj čimbenik. Jedno istraživanje na većoj populaciji ljudi koji su već neko vrijeme bili u tretmanu liječenja poremećaja, ukazalo je na postojanje utjecaja kroničnosti simptoma samog poremećaja na smanjenje kvalitete života u svim domenama (Jenkins i sur., 2011). Naime oni pojedinci koji su duže imali kronično stanje, izvijestili su o manjoj kvaliteti života od onih pojedinaca koji su kraći vremenski period imali kronične simptome.

Nerijetko se, uz pojam poremećaja hranjenja, povezuju restriktivne prehrabne navike, purgativna ponašanja i pretilost koji posljedično narušavaju sliku vlastitog tijela što ugrožava fizičko, ali i psihičko zdravlje pojedinca. Istraživanje spomenuto kod Baceviciene i suradnika (2020) navodi kako je nezadovoljstvo vlastitim izgledom bio čimbenik koji je imao utjecaja na kvalitetu života populacije studentica na kojima je istraživanje provedeno. Intenzivna briga o tjelesnom izgledu i emocionalno jedenje, kao posljedica tih briga, rezultiraju smanjenju kvalitete života. Naime, nakon epizoda prejedanja, pojedinac se osjeća izrazito loše i odbijeno samim postupkom te takav ciklus može narušiti odnose s drugima te natjerati pojedinca da se u potpunosti socijalno izolira, što posljedično dovodi do smanjenja subjektivne kvalitete života. Neka istraži navode i kako je sama epizoda prejedanja, koja je prisutna kod nekih poremećaja hranjenja, i čestina ponavljanja takvog ponašanja čimbenik koji sam po sebi utječe na smanjenje kvalitete života pojedinca (Jenkins i sur., 2011). Stoga su se Cash i Fleming (2002; prema Baceviciene i sur., 2020) usmjerili na utjecaj pozitivne slike o vlastitom tijelu na razne domene kvalitete života. Pojedinac s pozitivom slikom o vlastitom tijelu je općenito, kako je istraživanje pokazalo, sretniji, ima bolju kontrolu nad vlastitom težinom te ostvaruje više socijalnih kontakata. Takav pojedinac razvija veće samopouzdanje, iskazuje veće zadovoljstvo životom te samim time ima veću i subjektivnu kvalitetu života.

Istraživanje Baceviciene i suradnika (2020) usmjerilo se na pozitivnu sliku tijela te kako takva percepcija utječe na kvalitetu života žena i muškaraca s poremećajima hranjenja. Žene kojima je dijagnosticiran jedan od tipova poremećaja, imale su lošije rezultate na skalama koje mjerile kvalitetu života, dok su žene s pozitivnom slikom o vlastitom tijelu navodile kako je njihova kvaliteta života poboljšana. Zanimljivi su rezultati koje su dobili kod muškaraca gdje se pokazalo da pozitivno viđenje vlastitog tijela ima izrazito veliki utjecaj na poboljšanje kvalitete života, dok se težnja prema mišićavoj muskulaturi te briga o razvitku pretilosti povezuje sa smanjenjem kvalitete života (Baceviciene i sur., 2020). Temeljem dobivenih rezultata zaključili su kako se napredak u razini psihičke i fizičke kvalitete života može potaknuti razvijanjem zdravog i pozitivnog stava o vlastitom tijelu te odlaskom na terapiju koja tom pojedincu odgovara.

LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA I PREVENCIJA NARUŠAVANJA KVALITETE ŽIVOTA

Zbog same ozbiljnosti poremećaja i mogućeg ishoda bolesti, bitni su preventivni programi i programi liječenja. Naime, psihološki pristup tretmanima liječenja poremećaja hranjenja ima svoje izazove, te je važno napraviti intervenciju u ranijim stadijima razvitka poremećaja, a sve u svrhu sprječavanja kasnijeg razvitka rezistencije na terapije (Juarascio i sur., 2015). Ujedno je bitno razumijevanje odnosa kvalitete života sa samom vjerojatnošću nastavka tretmana, jer je niža kvaliteta života dobar prediktor odustajanja (Juarascio i sur., 2015).

Iako su, pri završetku tretmana, neki aspekti kvalitete života umjereno poboljšani, rezultati na skalama kvalitete života biti će uvijek ispodprosječni (Juarascio i sur., 2015). Moguće objašnjenje je promjena u kognitivnim procesima, kao i u afektivnim iskustvima, koji su rezultat dugogodišnje simbioze s poremećajem (Juarascio i sur., 2015). Isto tako, prilikom tretmana, daje se velika važnost smanjenju simptoma samog poremećaja što je važno pri početku liječenja u svrhu oporavka fizičkog stanja organizma, ali bez daljnjeg psihološkog tretmana vodi do jednako loših rezultata u skalama kvalitete života. Mnogi pojedinci i nakon završetka tretmana osjećaju posljedice dugogodišnjeg ponašanja koje je povezano s poremećajem hranjenja. Stoga bi se prilikom tretmana trebalo usmjeriti i na poboljšanje kvalitete života, a ne samo smanjenje simptoma poremećaja.

Primjenom dosadašnjih informacija, razvijeni su terapijski pravci koji daju izrazito dobre rezultate kod pojedinaca s poremećajem hranjenja i poboljšanjem njihove kvalitete života. Najpoznatiji terapijski pristup, koji se primjenjuje kod pojedinaca s poremećajem hranjenja, je kognitivno-bihevioralna terapija (KBT). Ono što diferencira KBT pristup od ostalih je to što usmjerava pojedinca na osvještavanje ponašanja te razumijevanje misaonih procesa koji stoje iza samog ponašanja. Prijašnja istraživanja su pokazala kako ovakav pristup daje dobre rezultate kod pojedinaca s poremećajima hranjenja. Često se događa da pojedinci pristupe ovakvoj terapiji zbog negativnih posljedica na fizičko i psihičko zdravlje te kvalitetu života koje ovaj poremećaj ima na osobu (Linardon i Brennan, 2017). Stoga se novija istraživanja usmjeravaju na smanjenje simptomatologije poremećaja, ali i poboljšanja same kvalitete života. Nekolicina istraživanja je dobila rezultate u kojima je pokazan porast kvalitete života povezane sa zdravljem, ali i kvalitete života općenito, odmah nakon prvog odlaska na terapiju (Linardon i Brennan, 2017). Jedno od objašnjenja dobivenih rezultata može biti taj što se pojedinci općenito osjećaju pozitivno te polažu nadu u sam uspjeh tretmana nakon prvog

odlaska na terapiju, te sam osjećaj koji budi nakon toga ne mora biti dobar prediktor poboljšanja kvalitete života. Meta-analiza Linardona i Brennan (2017), koja je uspoređivala nekoliko vrsta kognitivno-bihevioralne terapije, ovisno o samim poremećajima, objašnjava kako je terapija poremećaja hranjenja imala najviše uspjeha kod prejedajućih poremećaja u odnosu na druge vrste poremećaja, kada se uspoređivala kvaliteta života prije i poslije tretmana (Linardon i Brennan, 2017). Međutim, naglašavaju kako, iako su rezultati mjerenja kvalitete života pokazali poboljšanje, sam tretman ima više učinka na redukciju simptoma samog poremećaja. Takav zaključak ne čudi, pošto je primarna svrha ovakve terapije upravo smanjenje simptomatologije poremećaja. Iako rezultati ovog istraživanja daju optimističan pogled na samu terapiju, neka istraživanja su ispitala učinak same terapije na kvalitetu života nakon 12 mjeseci od zadnjeg dolaska. Uočeno je da se razlika u razini kvalitete života u odnosu na druge pristupe kognitivno-bihevioralne terapije, smanjuje te čak i nestaje u nekim slučajevima. Protuteža tim rezultatima su ona dobivena u istraživanju Abrahama i suradnika (2006; prema Watson i sur., 2012) na pacijentima koji su bili zadržani u bolnici gdje su pristupili tretmanu, koje navodi da se u periodu od 12 mjeseci nakon tretmana i odlaska iz ustanove razina kvaliteta života poboljšala drastično. Sam rezultat kvalitete života nakon tretmana ovisi o vrijednosti koja je bila prije njega, odnosno ukoliko je pojedinac prije tretmana percipirao svoju kvalitetu života nešto višom, ona će nakon tretmana biti viša u odnosu na ostatak populacije oboljelih te je uvelike ovisilo o komorbiditetu s depresijom i anksioznošću (Watson i sur., 2012). Kada su simptomi komorbiditetnih poremećaja bili smanjeni, kvaliteta života kod onih kojima je dijagnosticiran poremećaj hranjenja, bila je više u odnosu na početak tretmana. Smatra se da su depresija i nisko samopouzdanje medijatori odnosa kvalitete života, poremećaja hranjenja i uspješnosti tretmana (Watson i sur., 2012). Isto tako, kvaliteta života nakon samog tretmana dala je slabije rezultate kod pojedinaca koji su imali teži oblik poremećaja hranjenja, iako su zasebni rezultati ukazali na poboljšanje kvalitete života i kod takvih pojedinaca u odnosu na stanje prije samog tretmana (Watson i sur., 2012). Ista meta-analiza ispitala je pristup samoj terapiji, odnosno je li terapija bila primjenjivana u grupnom okruženju ili je bila jedan-na-jedan s terapeutom. Pokazalo se da je pristup jedan-na-jedan imao pozitivniji učinak na kvalitetu života osobe s poremećajem hranjenja. Naime, većina ljudi ima poteškoće u otvaranju prema strancima te grupno okruženje može dodatno naškoditi kvaliteti života, zbog usporedbe s drugima, ili biti okidač za druga destruktivna ponašanja pojedinca. Nadalje, pristup jedan-na-jedan omogućava individualizirani tretman koji se usmjerava na samog pojedinca i njegovim potrebama te kako se pokazalo, razvijanje zdravog odnosa s terapeutom može čak i pomoći pri poboljšanju subjektivne kvalitete života pojedinca (Linardon i Brennan, 2017). Iako kognitivno-

bihevioralna terapija daje dobre rezultate po pitanju kvalitete života kod osoba s prejedajućim tipom poremećaja hranjenja, to nije i slučaj kod osoba s dijagnosticiranom anoreksijom. Ovakvi pojedinci, općenito, svoju kvalitetu života percipiraju dosta slično općoj populaciji, odnosno takvim ljudima gubitak težine ili fizičke spremnosti ne predstavlja negativan aspekt bolesti, što je moguće objašnjenje razloga zašto kognitivno-bihevioralni pristup ne daje dostatne rezultate.

Prilikom usporedbe kognitivno-bihevioralne terapije s drugim psihoterapijama te s neodlaskom na ikakav tretman, uočilo se da je kognitivno-bihevioralna terapija najbolji izbor za poboljšanje subjektivne kvalitete života (Linardon i Brennan, 2017). Rezultati sugeriraju da kognitivno-bihevioralna metoda ima jedinstveni utjecaj na povećanje zadovoljstva životom i općenito kvalitetu života. Ipak, kako bi se sa sigurnošću mogli raditi zaključci o utjecaju kognitivno-bihevioralne terapije potrebno je provesti dodatna istraživanja na tu temu.

Druga terapija koja se primjenjuje prilikom smanjenja simptomatologije poremećaja hranjenja i poboljšanja kvalitete života je terapija usmjerene svjesnosti, poznatija kao mindfulness. Unazad nekoliko godina, ovaj pristup zabilježio je porast popularizacije i primijene u intervenciji raznih poremećaja, pa tako i poremećaja hranjenja. Neovisno od toga, opus samih istraživanja utjecaja mindfulnessa i njegovog utjecaja na kvalitetu života pojedinaca s poremećajima hranjenja je ograničen (Prowse i sur., 2013). Iako opus istraživanja jest ograničen, istraživanja koja su ispitivala odnos poboljšanja kvalitete života i terapijom mindfulness-a je obećavajuć (Prowse i sur., 2013). Mindfulness se odnosi na stanje svijesti s pažnjom usmjerenom prema osobnim iskustvima ili prema okolini u kojoj se pojedinac nalazi te razumijevanje tog iskustva bez predrasude (Prowse i sur., 2013). Uzimajući u obzir tu definiciju, istraživanje Prowsea i suradnika (2013) na populaciji kojima je dijagnosticiran poremećaj hranjenja pokazalo je da su pojedinci koji su, uz poremećaj hranjenja, imali i simptome anksioznih poremećaja i depresije, imali lošije rezultate na skalama koje su bile direktno povezane s kvalitetom života. Naime, takvi pojedinci imaju nisko samopouzdanje te lošu sliku o sebi, što u terapiji mindfulnessa može dovesti do pogoršanja ponašanja, upravo zbog aspekta razumijevanja ponašanja na kojem se ona bazira. Isto istraživanje ukazalo je na negativan odnos vrijednosti zadovoljstva životom i same ozbiljnosti dijagnoze i simptoma koje su uočene kod pojedinca. Oni pojedinci koji su svoje simptome poremećaja percipirali narušavajućima za fiziološko i psihološko zdravlje ostvarivali su i slabije rezultate na skalama kvalitete života (Prowse i sur., 2013). Zabilježena je viša razina aleksitimije, odnosno poteškoće identificiranja i opisivanja emocija i emocionalnih iskustava, kod pojedinaca s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja što posljedično narušava samopouzdanje pojedinca, sliku o vlastitom tijelu te kvalitetu života (Wolever i Best, 2009). To je vidljivo kod

restriktivnih unosa hrane, gdje pojedinac nakon nekog vremena ne reagira na fiziološku potrebu organizma, već osjećaj gladi povezuje s negativnim emocijama. Mindfulness pristup, u tom pogledu, omogućava pojedincu da razumije i nauči verbalizirati svoje emocije te da na postojanje emocija gleda kao na iskustvo koje svi ljudi imaju.

Prilikom odabira tretmana važno je razumijevanje mehanizama nošenja s problemima koje pojedinac ima te ponašanjima koji nastaju kao manifestacije pokušaja nošenja s istima. Razumijevanje utjecaja kojeg kvalitetan tretman ima na pojedinca i njegovu kvalitetu života, omogućava razvijanje plana tretmana koji je dovoljno individualiziran da omogući pojedincu poboljšanje kvalitete života, ali i da je dovoljno „općenit“ da je primjenjiv na široj populaciji ljudi, uz razumijevanje da takvi tretmani ne moraju nužno davati dobre rezultate kod svih osoba s dijagnozom poremećaja hranjenja.

ZAKLJUČAK

Zbog načina na koji su društvene vrijednosti poslagane te propagiranja istih, poremećaji hranjenja su postali sve češći u općoj populaciji. Uz to što su jedni od najpoznatijih poremećaja, oni su ujedno i jedni od najsmrtonosnijih poremećaja. Poremećaje hranjenja prati aleksitimija, odnosno neadaptivno nošenje s emocijama te nemogućnost verbaliziranja istih. Kod pojedinaca s poremećajima hranjenja, ponašanja vezana uz hranu, odnosno restrikcija unosa hrane, prejedanje ili purgacija, su jedan od oblika nošenja s emocijama koje taj pojedinac nije u mogućnosti objasniti. Takvo maladaptivno ponašanje narušava pojedinčevu sliku o sebi, njegovo samopouzdanje te fizičko i psihičko zdravlje. Posljedice narušavanja tih domeni je i narušavanje kvalitete života.

Zajedničko istraživanjima, čiji je glavni cilj ispitivanje utjecaja poremećaja hranjenja na kvalitetu života, je zaključak da je kvaliteta pojedinca narušena ukoliko ima dijagnosticiran neki od tipova poremećaja hranjenja. Razlozi koje istraživači navode kako bi objasnili ove rezultate su razni, ali većina se slaže da smanjenje kvalitete života nastaje kao posljedica kronične simptomatologije pojedinca koja smanjuje pojedinčevu volju za socijalnom interakcijom, narušava njegovo pouzdanje te sliku o vlastitom tijelu. Problematičnost tog zaključka je u tome što takvi pojedinci u samom početku imaju lošije rezultate na domenama kvalitete života i mjerama subjektivne kvalitete života. Zbog tih razloga bitno je uvidjeti važnost navedenog odnosa te usmjeriti se na usavršavanje tretmana koji daju dobre rezultate u tom području.

Temeljem dosadašnjih istraživanja odnosa poremećaja hranjenja i kvalitete života može se zaključiti da, iako postoji dostatan broj istraživanja, neki aspekti samog odnosa nisu u potpunosti jasni niti dovoljno istraživani. Istraživači, iako podjednakih razmišljanja, ne daju objašnjenja zašto poremećaji hranjenja imaju utjecaja na kvalitetu života u mjeru u kojoj imaju te zašto se određeni čimbenici zanemaruju prilikom ispitivanja odnosa. Stoga bi bilo istražiti utjecaj većeg broja čimbenika na kvalitetu života te napraviti međusobnu usporedbu uspješnosti izvođenja raznih tretmana u svrhu poboljšanja kvalitete života.

LITERATURA

- Baceviciene, M., Jankauskiene, R. i Balciuniene, V. (2020). The Role of Body Image, Disordered Eating and Lifestyle on the Quality of Life in Lithuanian University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1593. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051593>
- Bamford, B. i Sly, R. (2010). Exploring quality of life in the eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 147–153. <https://doi.org/10.1002/erv.975>
- Begić, D. (2011). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
- Božić, D. i Macuka, I. (2017). Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53(2), 1-16. <https://doi.org/10.31299/hrri.53.2.1>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C. i Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 31(1), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
- Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M. i Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.002>
- Linardon, J. i Brennan, L. (2017). The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 715-730. <https://doi.org/10.1002/eat.22719>
- Markanović, D. i Jokić-Begić, N. (2011). Kvaliteta života psihički bolesnih osoba. U: Vuletić, G. (ur.). Kvaliteta života i zdravlje. *Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku*, 126-157.
- Martín, J., Padierna, A., Loroño, A., Muñoz, P. i Quintana, J. M. (2017). Predictors of quality of life in patients with eating disorders. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 45, 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.001>
- Mitchison, D., Dawson, L., Hand, L., Mond, J. i Hay, P. (2016). Quality of life as a vulnerability and recovery factor in eating disorders: a community-based study. *BMC psychiatry*, 16(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1033-0>

- Mond, J. M., Owen, C., Hay, P. J., Rodgers, B. i Beumont, P. J. V. (2005). Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality of Life Research*, 14(1), 171-178. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2657-y>
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., Gonzalez, N. i Horcajo, M. J. (2000). The health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research*, 9(6), 667-674. www.jstor.org/stable/4036090
- Pohjola, V., Koponen, S., Räsänen, P., Roine, R. P., Sintonen, H. i Karlsson, H. (2016). Long-term health-related quality of life in eating disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(9), 2341–2346. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1250-5>
- Prowse, E., Bore, M. i Dyer, S. (2013). Eating disorder symptomatology, body image, and mindfulness: Findings in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*, 17(2), 77-87. <http://dx.doi.org/10.1111/cp.12008>
- Sanftner, J. L. (2011). Quality of life in relation to psychosocial risk variables for eating disorders in women and men. *Eating behaviors*, 12(2), 136-142. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.003>
- Vanderdeycken, W. i Vanderlinden, J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 101-107. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198322\)2:4<101::AID-EAT2260020417>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198322)2:4<101::AID-EAT2260020417>3.0.CO;2-U)
- Vuletić, G. i Misajon, R. (2011). Subjektivna kvaliteta života: povijesni pregled. U: Vuletić, G. (ur.). Kvaliteta života i zdravlje. *Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku*, 9-16.
- Vuletić, G., Ivanković, D. i Davern, M. (2011). Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. U: Vuletić, G. (ur.). Kvaliteta života i zdravlje. *Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku*, 120-125.
- Watson, H. J., Allen, K., Fursland, A., Byrne, S. M. i Nathan, P. R. (2012). Does enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders improve quality of life? *European Eating Disorders Review*, 20(5), 393-399. <https://doi.org/10.1002/erv.2186>
- Winkler, L. A., Christiansen, E., Lichtenstein, M. B., Hansen, N. B., Bilenberg, N. i Støving, R. K. (2014). Quality of life in eating disorders: a meta-analysis. *Psychiatry research*, 219(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.002>

Wolever, R. Q. i Best, J. L. (2009). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. *Clinical Handbook of Mindfulness*, 259-287. http://doi-org-443.webvpn.fjmu.edu.cn/10.1007/978-0-387-09593-6_15