Utjecaj pretilosti na subjektivnu kvalitetu života

Dragojlov, Dragana

Undergraduate thesis / Završni rad

2012

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:086801

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-24**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Preddiplomski studij psihologije

Dragana Dragojlov

Utjecaj pretilosti na subjektivnu kvalitetu života

Završni rad

Mentor: prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Komentor: dr.sc. Ivana Marčinko

U Osijeku, 2012.

SADRŽAJ

UVOD 1
1. PRETILOST 3
1.1. DEFINICIJE PRETILOSTI 3
1.2. DEFINICIJA STUPNJA I VRSTE PRETILOSTI 4
1.3. UZROCI PRETILOSTI 5
1.4. PREVALENCIJA PRETILOSTI U SVIJETU 6
1.5. PREVENCIJA PREKOMJERNE TJELESNE TEŽINE I PRETILOSTI 7
2. SUBJEKTIVNA KVALITETA ŽIVOTA 8
2.1. ŠTO JE SUBJEKTIVNA KVALITETA ŽIVOTA? 8
2.2. KVALITETA ŽIVOTA I BOLEST 9
3. UTJECAJ PRETILOSTI NA SUBJEKTIVNU KVALITETU ŽIVOTA 11
3.1. PRETILOST I DEPRESIVNOST 11
3.2. STIGMATIZACIJA I PREDRASUDE 12
3.3. PRETILOST I SOCIJALNI ODNOSI 13
3.4. SAMOPOŠTOVANJE I SLIKA TIJELA U PRETILOSTI 14
3.5. UTJECAJ PRETILOSTI NA SUBJEKTIVNU KVALITETU ŽIVOTA DJECE 15
3.6. ZDRAVSTVENE POSLJEDICE PRETILOSTI 16
4. ZAKLJUČAK 18
LITERATURA 19

SAŽETAK

Postoji velik broj istraživanja koja se bave pojmom kvalitete života, multidimenzionalnim konstruktom koji predstavlja pojedinčevu percepciju vlastitog života, koju karakterizira usporedba objektivnih životnih okolnosti i željenih okolnosti. Prilikom provođenja istraživanja i teoretiziranja o ovom konceptu nametnula se potreba za izdvajanjem subjektivnih pokazatelja kvalitete života, budući da se kvaliteta života ne može mjeriti samo na temelju objektivnih pokazatelja. Ovaj specifični konstrukt se u psihologiji najčešće naziva *zadovoljstvo životom*, a pod utjecajem je različitih faktora. Jedan od čimbenika koji utječu na subjektivnu kvalitetu života je i bolest, stanje organizma koje odstupa od normalnog funkcioniranja. Bolešću možemo nazvati i pretilost (abnormalno ili pretjerano nakupljanje masti u tijelu, koje predstavlja rizik za zdravlje), jer predstavlja globalnu, brzorastuću epidemiju, koja zahvaća sve dobne i socioekonomske skupine te u modernom svijetu koegzistira s neuhranjenošću. Zdravstvene posljedice pretilosti su velike, počevši od dijabetesa, prerane smrti zbog arterijske hipertenzije, bolesti lokomotornog sustava, prestanka disanja u snu te povećanog rizika za razvoj raka maternice, debelog crijeva, dojke i prostate.

Svrha ovoga završnog rada prikazati je kako pretilost utječe na subjektivnu kvalitetu života, budući da istraživanja nude neujednačene rezultate. Istraživanja pokazuju da je pretilost povezana s povećanim rizikom od obolijevanja od psihičkih bolesti, posebno depresije, no i ovdje su prisutni nekonzistentni nalazi. Pored toga, istraživanja su pokazala da pretilost ima negativan utjecaj na sliku o sebi i samopoštovanje osobe, kao i na socijalne odnose, te da pridonosi stigmatizaciji i predrasudama.

Ključne riječi: *kvaliteta života, zadovoljstvo životom, bolest, pretilost*

UVOD

U literaturi su prisutne različite konceptualizacije kvalitete života. Postoji mišljenje kako je kvaliteta života jednodimenzionalan konstrukt, ali ga velika većina psihologa promatra kao multidimenzionalan konstrukt. Postoji velik broj definicija kvalitete života koje se razlikuju u tome što naglašavaju različite čimbenike važne za kvalitetu života. Prema Cumminsu (2000; prema Vuletić, 2011) kvaliteta života je multidimenzionalan konstrukt koji obuhvaća objektivnu i subjektivnu komponentu. Krizmanić i Kolesarić (1989; prema Vuletić, 2011) su definirali kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i specifičnim životnim iskustvom te osobe.

Ove definicije predstavljaju samo neke od različitih pokušaja definiranja kvalitete života. Dakle, ne možemo reći da postoji jedna općeprihvaćena definicija. Unatoč tome, među istraživačima postoji slaganje da se može razlikovati i mjeriti subjektivnu i objektivnu kvalitetu života. Koncept subjektivne kvalitete života odražava kvalitetu života iz perspektive pojedinca. Ovaj pristup karakterističan je za većinu suvremenih istraživanja koja se bave ovim konstruktom.

Kvaliteta života primarno je psihološki fenomen, odnosno vrsta generalnog stava prema vlastitom životu i njegovim područjima. Subjektivna kvaliteta života uključuje sedam područja: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu. Tim se mjerama ukazuje na individualne razlike u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta (Vuletić, 2011). Psiholozi subjektivni doživljaj kvalitete života nazivaju zadovoljstvom životom, a ono obuhvaća dvije komponente: kognitivnu (subjektivno blagostanje) i emotivnu (sreća).

Neka od sedam navedenih područja koje sačinjavaju subjektivnu kvalitetu života imaju veću važnost za pojedinca nego neka druga područja, no taj je osjećaj važnosti za svaku osobu različit. Budući da se emocionalno zasićena područja ocjenjuju važnijima (Vuletić, 2011), među takva možemo ubrojiti i područje zdravlja, jer bolest i razna druga stanja koja odstupaju od normalnog funkcioniranja izazivaju ponekad manje, a ponekad veće emocionalne reakcije. Sukladno navedenome, i pretilost, kao stanje opasno za zdravlje, ima značajan utjecaj na subjektivnu kvalitetu života osobe.

Ovim radom želimo prikazati pretilost kao stanje opasno po zdravlje, koje može izazvati pad u subjektivnoj kvaliteti života. Nakon toga slijedi dio vezan uz kvalitetu života,

kojim želimo pobliže objasniti ovaj konstrukt te se osvrnuti na utjecaj bolesti na kvalitetu života. Na kraju ćemo se baviti povezanošću subjektivne kvalitete života i pretilosti, prikazujući rezultate istraživanja iz različitih područja.

1. PRETILOST

U suvremenom društvu pretilost predstavlja jedan od najvidljivijih, ali i jedan od najviše zanemarenih javnozdravstvenih problema. Paradoksalno koegzistira s neuhranjenošću, i predstavlja brzorastuću globalnu epidemiju koja zahvaća mnoge dijelove svijeta. Kao vrlo složeno stanje, s ozbiljnim socijalnim i psihološkim dimenzijama, pretilost zahvaća gotovo sve dobne i socioekonomske skupine, i prijeti kako razvijenim tako i zemljama u razvoju.

1.1.DEFINICIJE PRETILOSTI

Pretilost je kronična bolest skromnoga simptomatskog iskaza i velikoga polimorbidnog potencijala koja se razvija u međudjelovanju različitih etioloških činilaca, nasljednih odrednica i različitih utjecaja okoline. Ona u svom konačnom obliku nastaje varijabilnom individualnom integracijom socijalnih, kulturnih, psiholoških, metaboličkih i genetskih činilaca (Vrhovec, Jakšić, Reiner i Vucelić, 2008; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Pretilost označava suvišak masnog tkiva u organizmu koje se akumulira povećanjem broja ili volumena masnih stanica, a praćen je povećanjem tjelesne težine. Pretilošću označavamo povećanje tjelesne mase u muškaraca za 20%, a u žena za 20-25% iznad standardne tjelesne težine. Povećanje tjelesne mase 50% iznad standardne smatra se izrazitom pretilošću (Urek, Crnčević-Urek i Čubrilo-Turek, 2007). Svjetska zdravstvena organizacija definira prekomjernu tjelesnu težinu i pretilost kao abnormalno ili pretjerano nakupljanje masti u tijelu, koje predstavlja rizik za zdravlje.

1.2.DEFINICIJA STUPNJA I VRSTE PRETILOSTI

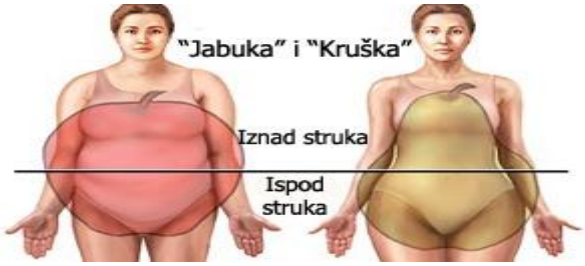
Stupanj pretilosti najčešće se iskazuje **indeksom tjelesne mase** (ITM, engl. bodymassindex-BMI), koji predstavlja omjer tjelesne težine u kilogramima i visine u metrima (Pokrajac-Bulian, 2011). Osobe se prema ITM-u mogu klasificirati u normalno uhranjene i preuhranjene ili pretile. Sama se pretilost dodatno dijeli u tri stupnja (*Tablica 1*).

Tablica 1.

Stupnjevi pretilosti procijenjeni indeksom tjelesne mase (ITM)

Pretilost	**ITM (kg/m^2)**
Normalna težina	18,5 - 24,9
Preuhranjenost	25,0 - 29,9
Pretilost stupanj 1	30,0 - 34,9
Pretilost stupanj 2	35,0 - 39,9
Pretilost stupanj 3	≥ 40,0

Kako bi dodatno objektivizirali procjenu stupnja i tipa pretilosti koristimo i neke druge mjere. Među njima su najznačajnije **opseg struka i bokova te njihov omjer** (Pokrajac-Bulian, 2011). Kod muškaraca, opseg struka veći od 102 cm, odnosno veći od 88 cm kod žena, smatraju se značajno uvećanima i predstavljaju oznaku pretilosti. Ove se mjere tretiraju kao izolirani rizični čimbenici za razvoj kardiovaskularne bolesti te kao visok rizik ukupnoga pobola (*Europeanguidelines on cardiovasculardiseaseprevention*, 2007; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Ukoliko je u muškaraca omjer opsega struk/bokovi (engl. waist-hip ratio-WHR) veći od 0,90, a u žena veći od 0,85 tada govorimo o **jabukolikoj** (centripetalnoj ili androidnoj) pretilosti koja je karakterizirana masnim naslagama na trbuhu i gornjem dijelu tijela. Kod **kruškolike** (necentripetalne ili ginoidne) pretilosti masne naslage se nalaze uglavnom na bokovima. Jabukolika pretilost sjedinjuje sve negativne zdravstvene učinke te je izravno povezana s razvojem različitih poremećaja i bolesti. Jabukoliki i kruškoliki tip pretilosti prikazani su na Slici 1.



Slika 1. Tipične vrste pretilosti prema dominantnoj raspodjeli masnog tkiva

Još jedna od uobičajenih metoda u antropometrijskom određivanju stanja uhranjenosti je i **procjena količine potkožnog masnog tkiva**. Najčešće se za procjenu količine potkožnog masnog tkiva koristi **mjerenje debljine kožnog nabora**. Mjeri se debljina kožnog nabora na barem dva različita mjesta na tijelu. Na svakom se mjestu mjeri tri puta, a zatim se izračunava prosjek sva tri mjerenja na pojedinom mjestu te se zbrajaju prosječne vrijednosti. Potom se iz odgovarajućih tablica iščitavaju aproksimacije udjela tjelesne masti. Uobičajena mjesta za mjerenje debljine kožnog nabora su nad bicepsom ruke, nad tricepsom, suprailijačno i supraskapularno (Pokrajac-Bulian, 2011).

Suvremena su istraživanja potvrdila kako postoje velike varijabilnosti u sastavu i aktivnosti tjelesnih masnih nakupina u ovisnosti o njihovu smještaju. Tako se smatra da masne nakupine u trbušnoj šupljini, koje zauzimaju prostor između pojedinih unutarnjih organa, predstavljaju daleko veću opasnost za ukupno zdravlje od potkožnih nakupina. Pokazalo se kako su za zdravlje nedvojbeno najštetnije intraabdominalne masne stanice kao i one koje se nalaze u području srčane ovojnice (Geer i Shen, 2009; prema Pokrajac-Bulian, 2011).

Ukupna antropometrijska procjena sastavljena od različitih navedenih mjera upućuje na stupanj ali i na tip pretjerane uhranjenosti, što onda definira ukupan zdravstveni rizik koji pretilost predstavlja za svaku pojedinu osobu.

1.3.UZROCI PRETILOSTI

Prekomjerna tjelesna težina je zdravstveno stanje koje može biti prisutno već od najranije dobi. Osim zbog genetskih predispozicija za nastanak prekomjerne tjelesne težine, osoba može postati pretila i zbog nezdrave prehrane, nedostatka kretanja ili zbog kombinacije ovih čimbenika. Uzroci pretilosti su sljedeći (Urek, Crnčević-Urek i Čubrilo-Turek, 2007):

a) *Prekomjerni unos energije* – stanje većeg energijskog unosa od energijske potrošnje. Energijska potrošnja ovisi o obavljanju temeljnih životnih staničnih funkcija te energiji za fizičku i drugu aktivnost.
b) *Primarna (genetska) pretilost* – zbog genskih defekata u sklopu rijetkih genetskih sindroma.
c) *Sekundarna pretilost* – zbog bolesti drugih organskih sustava, oštećenja centra za sitost ili uzimanja nekih lijekova.

Smatra se da pretilost najčešće nastaje kao posljedica kombinacije genetskih predispozicija i rizičnih čimbenika vezanih uz nastanak pretilosti (obiteljska pretilost, trudnoća, fizička neaktivnost zbog sjedilačkog načina života; Urek, Crnčević-Urek i Čubrilo-Turek, 2007). Promjene u načinu prehrane, poput povećanog unosa hrane bogate energijom (koja sadržava velike količine soli, šećera i masti, a ne sadrži dovoljno vitamina, minerala i ostalih nutrijenata) i smanjena fizička aktivnost zbog sjedilačkog načina života, intenzivno korištenje prijevoznih sredstava i ubrzani tempo urbanizacije često rezultiraju razvojem prekomjerne tjelesne težine i pretilosti.

1.4.PREVALENCIJA PRETILOSTI U SVIJETU

Pretilost se tijekom proteklog desetljeća, zbog svoga velikog kliničkog, javnozdravstvenog i socioekonomskog utjecaja, uvrstila u red globalno najznačajnijih medicinskih tema (Pokrajac-Bulian, 2011). U današnjem svijetu ona predstavlja izrazit medicinski i široko prisutan društveni problem, budući da se broj pretilih osoba ubrzano povećava ne samo u zemljama s visokim dohotkom, nego i u zemljama s malim i srednjim bruto nacionalnim dohotkom. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije za 2008. godinu, u Hrvatskoj je 22,8% pretilih muškaraca i 19.4% pretilih žena. Također, podaci Svjetske zdravstvene organizacije (2011) pokazuju kako je pretilost muškaraca u Hrvatskoj viša od prosjeka u Europi, dok je broj pretilih žena u Hrvatskoj manji nego u Europi.

Publikacije Svjetske zdravstvene organizacije iz 2012. godine pokazuju kako se broj pretilih osoba u svijetu udvostručio od 1980. godine, dok procjene iz 2008. godine govore kako više od 1.4 milijarde ljudi starijih od 20 godina ima prekomjernu tjelesnu težinu, od kojih je 200 milijuna muškaraca i 300 milijuna žena pretilo. Zabrinjavajući su i podaci iz 2010. godine, prema kojima je u svijetu više od 40 milijuna djece s prekomjernom tjelesnom težinom. Analiza prehrambenih namirnica pokazuje kako su upravo proizvodi namijenjeni

djeci u pravilu rafinirane, slatko-masne prerađevine izrazito visokih kalorijskih vrijednosti (Pokrajac-Bulian, 2011). Pretilost značajno povećava rizik obolijevanja od teških bolesti pa se, na globalnoj razini, pretilošću može objasniti 44% slučajeva obolijevanja od dijabetesa, 23% slučajeva obolijevanja od ishemijske bolesti srca i 7-41% slučajeva obolijevanja od raka (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012).

Općenito govoreći, pretilost predstavlja peti vodeći rizik smrtnosti u svijetu, a trajno rastući broj pretjerano uhranjenih u svijetu je konačno prerastao broj osoba koje su pothranjene zbog gladi (Zimmet i Alberti, 2006; prema Pokrajac-Bulian, 2011).

1.5.PREVENCIJA PREKOMJERNE TJELESNE TEŽINE I PRETILOSTI

Prekomjerna težina i pretilost mogu se u velikoj mjeri prevenirati, budući da suportivna okolina i cjelokupna zajednica mogu imati ključnu ulogu u oblikovanju izbora pojedinca, potičući ga da bira zdraviju hranu te da se redovito bavi tjelesnom aktivnošću. Na individualnoj razini moguće je ograničiti unos masti i šećera u organizam, povećati konzumiranje voća i povrća kao i mahunarki, cjelovitih žitarica te orašastih plodova, baviti se redovito tjelesnom aktivnošću te postići ravnotežu energije i zdravu težinu. Napori na individualnoj razini mogu jedino biti uspješni u okolini koja je podržavajuća, i u kojoj pojedinac ima uvjete da vodi zdrav život. Zbog toga je na društvenoj razini važno poticati pojedince da prate navedene preporuke, što je ostvarivo kroz predanost i suradnju javnih i privatnih ustanova te prilagoditi svima, pa čak i najsiromašnijim članovima društva, cijene i dostupnost zdrave hrane. Važno je i omogućiti svim članovima društva bavljenje tjelesnom aktivnošću.

Industrija hrane može odigrati važnu ulogu u promicanju zdrave prehrane, i to tako da smanji količinu masti, šećera i soli u prerađenoj hrani i da osigura dostupnost zdravih i hranjivih namirnica svih konzumentima. Konačno, potrebno je osigurati mogućnost izbora zdrave hrane te poticati redovitu tjelesnu aktivnost na radnim mjestima. Svjetska zdravstvena organizacija je 2004. godine usvojila Globalnu strategiju o prehrani, tjelesnoj aktivnosti i zdravlju koja opisuje zadatke koje je potrebno ostvariti kako bi se podržala zdrava prehrana i redovita tjelesna aktivnost. Strategija poziva na poduzimanje akcija na globalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini u svrhu poboljšanja prehrane i unaprjeđenja tjelesne aktivnosti.

2. SUBJEKTIVNA KVALITETA ŽIVOTA

Tijekom šezdesetih godina dvadesetog stoljeća započelo je jasno razlikovanje subjektivnih i objektivnih pokazatelja kvalitete života, dok se tijekom sedamdesetih godina fokus istraživanja premjestio na subjektivne pokazatelje. Povećano bavljenje kvalitetom života dovelo je do razvoja dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavskog, koji uzima u obzir različite objektivne indikatore kvalitete života koji se tretiraju kao cjelina, te američkog, koji naglašava subjektivne indikatore. Istraživanja američkih autora usmjerena su na mjerenje subjektivne kvalitete života, odnosno mjere zadovoljstva i sreće (Lučev, 2008; prema Vuletić, 2011).

2.1.ŠTO JE SUBJEKTIVNA KVALITETA ŽIVOTA?

Različiti termini koriste se kao sinonimi za subjektivnu kvalitetu života: subjektivna dobrobit, sreća, zadovoljstvo životom, kvaliteta života. Međutim, ovi termini nemaju isto značenje niti se nužno odnose na iste pojmove (Vuletić, 2011). Subjektivnim mjerama ukazuje se na razlike među pojedincima u opažanju i doživljavanju stvarnih životnih uvjeta. Promatrajući kvalitetu života s psihološkog stajališta, subjektivnu kvalitetu života možemo nazvati zadovoljstvom životom. Zadovoljstvo životom opisuje se kao kognitivna komponenta, a sreća kao emotivna komponenta tog konstrukta. Ove su dvije komponente integrirane u definiciji subjektivne dobrobiti kao multidimenzionalnog konstrukta koji obuhvaća dugoročne i kratkoročne afekte. Pri tome je zadovoljstvo životom shvaćeno kao dugoročna kognitivna komponenta, dok osjećaj sreće predstavlja kratkoročnu afektivnu komponentu (Diener i Rahtz, 2000; prema Vuletić, 2011).

Zadovoljstvo životom se definira kao kognitivna evaluacija cjelokupnog života kroz koju pojedinac procjenjuje svoj vlastiti život, uzimajući u obzir uvjete u različitim područjima života (Andrews i Whitey, 1976; Campbell, Converse i Rodgers, 1976; sveprema Vuletić, 2011). Meta-analize istraživanja subjektivne kvalitete života pokazale su da postoji određen broj područja koja su univerzalna, što znači da se svi ljudi osvrću na njih kada procjenjuju svoj život. Ova se područja opetovano pojavljuju u svim istraživanjima. Cummins (1996; prema Vuletić, 2011) je na osnovi analize brojnih studija i definicija kvalitete života utvrdio da se u većini istraživanja javlja sedam osnovnih područja (domena): zdravlje, emocionalna

dobrobit, materijalno blagostanje, bliski odnosi s drugim ljudima, produktivnost, društvena zajednica i sigurnost.

Mjere zadovoljstva određenim područjem života važan su izvor podataka, jer nude razumijevanje zašto je nečija opća razina subjektivne dobrobiti visoka ili niska. Kada osoba procjenjuje zadovoljstvo svojim životom, ona uspoređuje trenutne okolnosti s onima koje doživljava primjerenima ili poželjnima, te sukladno tome ulaže trud da bi te okolnosti ostvarila.

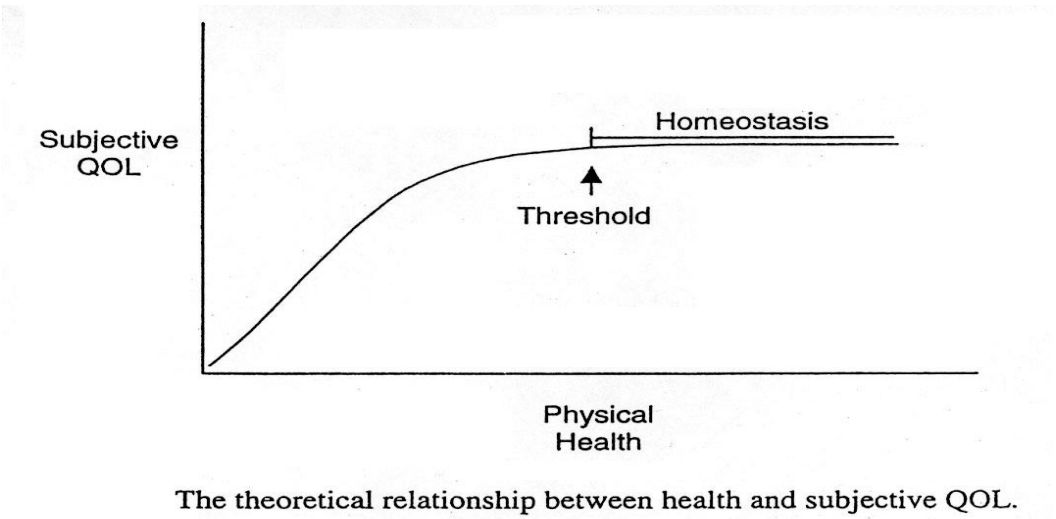
Ukoliko pojedinac uloži više truda kako bi održao zadovoljstvo ili smanjio nezadovoljstvo u nekom području, tada će to područje smatrati važnijim (ili obrnuto). Također se smatra da je hijerarhija užih područja života od pojedinca do pojedinca različita. Različita istraživanja pokazuju da kada su ljudi nezadovoljni u jednom području, oni umanjuju njegovu važnost, a povećavaju važnost drugog područja u kojem su zadovoljni. Postoji i povezanost kvalitete života i vanjskih događaja, međutim taj odnos nije linearan. Pretpostavka je da će različiti vanjski utjecaji, različiti po intenzitetu, drugačije utjecati na kvalitetu života. Bolest je, na primjer, jedan od vanjskih utjecaja koji ima negativan učinak na kvalitetu života pojedinca (Vuletić, 2011).

2.2.KVALITETA ŽIVOTA I BOLEST

Prema Briefovom modelu subjektivne kvalitete života (1993; prema Vuletić, 2010), interakcija ličnosti i objektivnih životnih okolnosti (npr. bolest) pridonosi načinu na koji interpretiramo životne okolnosti, uvjete i događaje, što zauzvrat utječe na osjećaj zadovoljstva životom. Bolest predstavlja vanjski događaj koji negativno utječe na objektivnu i subjektivnu kvalitetu života. Utjecaj bolesti nije ograničen samo na fizičke simptome i ograničeno funkcioniranje, već i na neizravne efekte poput smanjene radne sposobnosti, povećanja ovisnosti o drugima i slično. Akumuliranjem svih negativnih utjecaja, bolest najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca, pri čemu se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopoštovanje, što sve u konačnici smanjuje kvalitetu života.

Uzevši u obzir ovu povezanost kvalitete života i zdravlja, istraživači su utvrdili da je povezanost objektivno procijenjenog zdravlja i subjektivne kvalitete života niska i manja od povezanosti samoprocijenjenog zdravlja i subjektivne kvalitete života, koja je u pravilu visoka (Vuletić, 2010). Ovom se tvrdnjom ističe važnost subjektivne komponente kvalitete života,

odnosno samoprocjene kvalitete života. Grafički prikaz na Slici 2 prikazuje odnos zdravlja i subjektivne kvalitete života. Vidljivo je da kvaliteta života raste s poboljšanjem fizičkog zdravlja, ali se rast nastavlja do određene granice (tj. homeostaze), nakon koje daljnje poboljšanje zdravlja ne dovodi do povećanja subjektivne kvalitete života.



Slika 2. Grafički prikaz odnosa zdravlja i subjektivne kvalitete života – na apscisi se nalazi fizičko zdravlje, na ordinati subjektivna kvaliteta života

Visoka kvaliteta života vezana za zdravlje podrazumijeva odsustvo bolesti ili bilo kakvih patoloških stanja, međutim ne podrazumijeva i visoku opću kvalitetu života. Prema već opisanoj Cumminsovoj teoriji homeostaze (1995), subjektivna kvaliteta života je stabilna i aktivno se kontrolira i održava unutar predvidivog raspona pozitivnih vrijednosti. Negativan utjecaj poput bolesti može ugroziti kvalitetu života, zbog toga što homeostatski mehanizam više ne može održati normalnu razinu kvalitete života i dolazi do njezinog pada (Vuletić, 2011).

Između zadovoljstva životom i tjelesnog zdravlja posreduje i pozitivno raspoloženje (Vuletić, 2011), a veće zadovoljstvo putem visokog pozitivnog afekta pridonosi subjektivnom doživljaju tjelesnog zdravlja. Ovakva povezanost tjelesnog zdravlja i subjektivne kvalitete života može se objasniti činjenicom da procjene cjelokupnog života uključuju evaluaciju užih područja života, od kojih je jedno i tjelesno zdravlje. Međutim, moguće je i da zadovoljstvo životom pridonosi zdravlju putem moderacije subjektivnog doživljaja stresa. Dakle, osoba visokog zadovoljstva će stres smatrati bezazlenim i sastavnim dijelom života, te će na taj način pridonijeti svome zdravlju. Takve će osobe imati bolje tjelesno zdravlje nego osobe niskog zadovoljstva i visokog stresa.

3. UTJECAJ PRETILOSTI NA SUBJEKTIVNU KVALITETU ŽIVOTA

Pretilost ima brojne i značajne biopsihosocijalne posljedice. Upravo su psihološke poteškoće te koje predstavljaju najveći popratni negativni utjecaj pretilosti. Izvore psihosocijalnih učinaka možemo potražiti ponajprije u sustavu kulturalnih vrijednosti jer je u mnogim razvijenim zemljama pretilost simbol ružnoće. Također, pretilost se češće pojavljuje u određenim socijalnim skupinama te ju prate depresivnost i sniženo samopoštovanje (Pokrajac-Bulian, 2011). Poznato je da pretilost može utjecati na određene aspekte kvalitete života povezane sa zdravljem, kao što su fizičko zdravlje, emocionalno blagostanje i psihosocijalno funkcioniranje (Kawachi, 1999; prema Kolotkin, Crosby, Kosloski i Williams, 2001). Pronađeno je i da kvaliteta života povezana sa zdravljem izravno ovisi o stupnju pretilosti pojedinca, s time da osobe s najvišim stupnjem pretilosti (≥ 40,0 ITM) izvještavaju o najslabijoj kvaliteti života (Fontain, Cheskin i Barofsky, 1996; prema Kolotkin, Crosby, Kosloski i Williams, 2001).

3.1.PRETILOST I DEPRESIVNOST

Rezultati istraživanja koja su se bavila odnosom depresivnosti i pretilosti nisu konzistentni. Neka istraživanja pokazuju kako postoji povezanost depresije i pretilosti, dok druga upućuju da nema nikakve povezanosti među njima. Pretili pojedinci stigmatizirani su u većini zapadnih društava te se upravo u tim kulturama pokazalo da je pretilost povezana s većom učestalošću depresivnih simptoma. Jedno istraživanje provedeno u Bangladešu pokazalo je da treba biti oprezan pri generalizaciji rezultata iz zapadnih društava. Naime, to je istraživanje pokazalo kako se depresivni simptomi smanjuju s povećanjem indeksa tjelesne mase, te da je taj odnos jači kod muškaraca nego u žena. Veći omjer struka i bokova pokazao se povezanim s manjim stupnjem depresivnosti. Može se primjetiti kako su ovi rezultati kontradiktorni široko rasprostranjenom mišljenju prisutnom u zapadnoj kulturi, što ukazuje da je kulturalni kontekst u kojem pretila osoba živi ključan za odnos pretilosti i depresije (Asghar, Magnusson, Khan, Ali i Hussain, 2010). Istraživanje Janke i Kozaka (2012) je pokazalo kako su kod pretilih osoba koje pate od kroničnih bolova prisutni depresija i prežderavanje kao odgovor na bolove. Također, kod tih je osoba jaka glad povezana i s osjećajem srama. Dakle, pretile osobe na kroničnu bol reagiraju razvijanjem obrazaca ponašanja koji pospješuju dobitak na težini, slabo zdravlje i loše raspoloženje.

Kolotkin i sur. (2008) su istraživali odnos kvalitete života vezane uz zdravlje i pretilosti kod osoba oboljelih od shizofrenije ili bipolarnog poremećaja. U istraživanju je 63% sudionika oboljelih od shizofrenije i 68% oboljelih od bipolarnog poremećaja bilo pretilo. Češće su to bile žene nego muškarci, koje su koristile lijekove za stabiliziranje raspoloženja i koje su imale nisku kvalitetu života vezanu uz zdravlje. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da pretilost, ako je prisutna kod osoba oboljelih od shizofrenije ili bipolarnog poremećaja, značajno smanjuje kvalitetu života.

Odnos pretilosti i mentalnog zdravlja, a posebice depresije, objašnjava se brojnim razlozima uključujući i moguću ulogu psiholoških, socioloških i bioloških faktora. Ross (1994; prema Pokrajac-Bulian, 2011) nudi dva moguća objašnjenja povezanosti pretilosti i depresije. Prvo, govori da stigmatizacija pretile osobe i njezino obezvrjeđivanje može dovesti do nižega samopoštovanja, negativne slike o sebi i više razine depresije. Drugo objašnjenje temelji se na normama ili standardima mršavosti: za pretile je postizanje takvog standarda stresno, a provođenje dijete može biti puno stresnije od same pretilosti.

Nadalje, pretile su osobe manje sklone vježbanju, a poznato je da upravo tjelesna aktivnost povećava razine endorfina, regulira razinu noradrenalina, povećava kondiciju i dovodi do većeg samopoštovanja, što može smanjiti depresivne simptome.

3.2.STIGMATIZACIJA I PREDRASUDE

Stigma je socijalni konstrukt koji je određen kulturom, poviješću i situacijskim faktorima (Dovidio, Major i Crocker, 2000; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Osobe prekomjerne tjelesne težine i pretile osobe često se suočavaju sa stigmatizacijom koja pogađa gotovo sva područja njihovog funkcioniranja (diskriminacija na poslu, socijalno isključivanje, javno ismijavanje) (Hilbert, Rief i Braehler, 2008). Zanimljivo je da društvena zajednica vrlo slobodno i jasno izražava svoje predrasude prema pretilim osobama pod izgovorom da se tjelesna težina može regulirati, iz čega proizlazi da je pretila osoba sama kriva za svoje stanje. Ironično je što i same pretile osobe pod takvim pritiscima pokazuju iste predrasude prema skupini kojoj i sami pripadaju, te na taj način sami sebe smatraju manje kompetentnima, lijenima, manje lijepima, bolesnima te pate od gubitka samopoštovanja.

Pretile su osobe izložene stigmatizaciji čak i u zdravstvenim ustanovama. U istraživanju Rothbluma i sur. (1989, prema Pokrajac-Bulian, 2011) jedna je trećina pretilih osoba izvještavala da su ih zdravstveni djelatnici nazivali pogrdnim imenima te da su u 78% slučajeva doživljavali da ih medicinsko osoblje tretira s prezirom zbog njihove težine. Podaci

o negativnim komentarima i incidentima povezanim s težinom rastu paralelno s porastom stupnja pretilosti ispitivanih osoba.

Istraživanje koje su provele Latner, Ebneter i O'Brien (2012) pokazalo je kako su osobe normalne tjelesne težine koje su prethodno bile pretile, poput drugih pretilih osoba, izložene većoj stigmatizaciji kada je riječ o fizičkoj privlačnosti, u odnosu na osobe normalne tjelesne težine koje nikada nisu bile pretile. Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako stigmatiziranje pretilih osoba traje i nakon što su one izgubile na težini, vjerojatno zbog stalnog promoviranja mršavosti, koje je prisutno u popularnim medijima. Pretile osobe također vrlo često izjavljuju da se ne vole pojavljivati u javnosti, a 81% njih izbjegava restorane brze hrane kako bi izbjegli stigmatizaciju (Rand i McGregor, 1990; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Stigmatizacija koju pretile osobe doživljavaju, iskustvo je koje negativno utječe na kvalitetu života, stoga je potrebno primijeniti strategije suočavanja.

3.3.PRETILOST I SOCIJALNI ODNOSI

Gotovo da i ne postoji područje života koje je izuzeto od izražavanja negativnih stavova prema pretilima, pa isto vrijedi i za odnose s drugima. U adolescenciji je najvidljiviji štetan utjecaj pretilosti na odnose s drugim ljudima, jer su za adolescente vršnjaci izrazito važni kao izvor socijalne podrške, razvoja identiteta i samopoštovanja. Istraživanja su pokazala da adolescenti prekomjerne tjelesne težine teže pronalaze partnera u odrasloj dobi, te da pretile djevojke imaju niži stupanj obrazovanja od onih koje to nisu (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol i Dietz, 1993; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Kod pretilih mladića broj izlazaka nije drugačiji u odnosu na mladiće normalne težine, što podržava postojanje dvostrukih standarda na temelju kojih se mladići od strane mogućih partnera u romantičnim vezama ne procjenjuju na temelju tjelesne težine u onoj mjeri u kojoj se to događa djevojkama (Pokrajac-Bulian, 2011). Pokazalo se i to da je erektilnadifunkcija učestalija kod pretilih muškaraca nego kod muškaraca normalne tjelesne težine. Međutim, istraživanja u kojima su sudjelovali i muškarci i žene pokazuju da muškarci imaju manje problema u seksualnom funkcioniranju nego žene. Kod većine je osoba, koje pored pretilosti imaju i neke druge zdravstvene probleme, utvrđena povezanost pretilosti i smanjenog seksualnog funkcioniranja (Kolotkin, Zunker i Ostbye, 2012). Ovi podaci ističu da klinički psiholozi trebaju posvetiti dovoljno pozornosti ovom aspektu kvalitete života pretilih osoba.

3.4.SAMOPOŠTOVANJE I SLIKA TIJELA U PRETILOSTI

Prema istraživanjima, pretila djeca već u djetinjstvu doživljavaju psihosocijalne učinke pretilosti kao što su socijalna izolacija, diskriminacija i problemi u odnosima s vršnjacima, a tijekom adolescencije se uočava i sniženo samopoštovanje u kombinaciji s povećanim stupnjem ljutnje, usamljenosti i nervoze (Stunkard i Waden, 1992; Dietz, 1998; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Istraživanja na adolescentima konzistentno pokazuju da postoji obrnuti odnos između samopoštovanja i pretilosti, dok su istraživanja na mlađoj djeci manje ujednačena i upućuju na slabiju povezanost tih varijabli. Veća povezanost pretilosti i samopoštovanja utvrđena je kada je kao mjera samopoštovanja korišteno tjelesno samopoštovanje ili slika tijela (French, Story i Perry, 1995; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Hesket, Wake i Waters (2004; prema Pokrajac-Bulian, 2011) su na temelju longitudinalnog istraživanja pokazali da su samopoštovanje i ITM jasno povezani te da ITM ima značajnu ulogu u razvoju sniženoga samopoštovanja kod velikog broja djece iznadprosječne težine kao i pretile djece.

Istraživanja o psihološkim posljedicama pretilosti odraslih osoba rezultirala su nekonzistentnim rezultatima koji su, prema mišljenju nekih autora, posljedica korištenja različitih strategija suočavanja odraslih kada su suočeni s predrasudama i stigmatizacijom. Crocker (1999; prema Pokrajac-Bulian, 2011) smatra da na samopoštovanje odraslih, pretilih osoba utječe i proces atribucije o uzrocima pretilosti, pa će tako osoba koja pripiše uzrok pretilosti osobnoj kontroli internalizirati takvu procjenu i imati niže samopoštovanje, za razliku od situacije u kojoj uzrok pretilosti promatra u svjetlu nekontrolabilnih uzroka.

Slika tijela predstavlja osoban psihološki doživljaj izgleda i funkcija vlastitog tijela, odnosno način na koji osoba mentalno predstavlja samu sebe (Cash i Pruzinsky, 1990; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Sveprisutan i raširen ideal tjelesne mršavosti može imati velikoga utjecaja na osobe čija je težina objektivno iznadprosječna. U području percepcije vlastitog tijela, pretile su osobe pokazale tendenciju precjenjivanja tjelesnih dimenzija za 10 do 19% u odnosu na stvarnu veličinu. No, pretile osobe, osim što precjenjuju i iskrivljuju veličinu vlastitog tijela više od drugih, isto su tako nezadovoljnije i zabrinutije izgledom, i u većoj mjeri izbjegavaju socijalne interakcije zbog vlastitog izgleda u usporedbi s osobama normalne težine (Cash, 2001; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Pretile osobe s poremećajem prejedanja češće imaju poremećaj slike tijela, a pretile žene iskazuju veće nezadovoljstvo tijelom nego pretili muškarci (Cash i Hicks, 1990;prema Pokrajac-Bulian, 2011). U istraživanju Friedmana i sur. (2002; prema Pokrajac-Bulian, 2011) utvrđeno je da negativna slika tijela u pretilih pridonosi većem stupnju depresivnosti i nižem samopoštovanju.

Suprotno očekivanjima, odnos zadovoljstva tijelom i tjelesne težine nije jednostavan te stoga ne možemo reći da je nezadovoljstvo tijelom uvijek veće što je veća težina. Veći utjecaj na tjelesno nezadovoljstvo ima procjena osobe da je prekomjerno teška ili pretila, bez obzira na njenu stvarnu težinu.

Kolotkin, Crosby, Kosloski i Williams (2001) konstruirali su upitnik (TheImpactofWeight on Qualityof Life questionnaire – IWQOL) koji je namijenjen ispitivanju kvalitete života koja se veže uz zdravlje pretilih osoba. To je prvi mjerni instrument koji je posebno konstruiran za ovu svrhu, a mjeri one aspekte kvalitete života koji su se kroz razgovore i tretman pretilih osoba pokazali kao najvažniji. Ovaj upitnik procjenjuje osam aspekata funkcioniranja: zdravlje, socijalno/interpersonalno funkcioniranje, posao, mobilnost, samopoštovanje, seksualni život, svakodnevne aktivnosti i konzumiranje hrane kao utjeha. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da žene osjećaju veće posljedice pretilosti nego muškarci, i to u područjima seksualnog života i samopoštovanja, te da žene u odnosu na muškarce imaju više problema zbog pretilosti. Ovi su rezultati konzistentni sa saznanjima o spolnim razlikama u slici tijela.

3.5.UTJECAJ PRETILOSTI NA SUBJEKTIVNU KVALITETU ŽIVOTA DJECE

Dječja pretilost postaje sve učestaliji problem u modernom društvu. Pretila djeca češće su izložena ismijavanju i stigmatiziranju, a ponekad zadirkivanje kojemu su izložena može ostaviti teške posljedice na njihovo psihosocijalno funkcioniranje, kao i na njihovu kvalitetu života.

Pretilost u dječjoj dobi može nastati zbog majčinog životnog stila tijekom trudnoće. Postoje istraživanja koja govore da djeca majki koje puše tijekom trudnoće imaju veću vjerojatnost da postanu pretila. Isto je pronađeno i kod majki koje tijekom trudnoće preskaču doručak (Mizutani i sur., 2007). Utvrđeno je i da je zlostavljanje u djetinjstvu rizični faktor za nastanak pretilosti u odrasloj dobi. Bentley i Widom (2009) proveli su istraživanje s odraslim osobama koje su u djetinjstvu bile fizički ili seksualno zlostavljane ili zanemarivane. Pokazalo se da je fizičko zlostavljanje u djetinjstvu bilo značajan prediktor višeg ITM-a u odrasloj dobi, dok seksualno zlostavljanje i zanemarivanje nisu bili značajni prediktori visokog ITM-a.

Od velike važnosti u razvoju pretilosti mogu biti i socioekonomski uvjeti u kojima djeca žive. Istraživanje Kumanyika i Grier (2006) pokazalo je kako djeca koja su pripadnici etničkih manjina i djeca koja dolaze iz obitelji s niskim prihodima imaju veću vjerojatnost da

postanu pretila. Nadalje, istraživanje O'Neila i sur. (2010) u kojem su sudjelovala pretila djeca pokazalo je kako se dječji ITM povećava u funkciji dobi te da raste s pogoršanjem općeg zdravstvenog stanja djeteta. Rezultati ovog istraživanja također su pokazali da djeca procjenjuju svoju težinu većom i zdravlje lošijim kako njihov ITM raste.

Pretilost također može negativno utjecati na školski uspjeh djeteta i na njegovo opće funkcioniranje. Jedno je istraživanje imalo za cilj otkriti postoji li razlika u školskom uspjehu između pretile djece i djece normalne tjelesne težine. Rezultati su pokazali kako pretila djeca imaju lošije ocjene, slabije rezultate na testovima čitanja, češće izostaju iz škole, češće kasne na nastavu i uključeni su u manje aktivnosti nego djeca normalne tjelesne težine (Shore i sur., 2008). Jedno je istraživanje pokazalo kako je povećana tjelesna težina djeteta povezana sa slabijom vizuospacijalnom orijentacijom i smanjenom općom mentalnom sposobnošću (Li, Dai, Jackson i Zhang, 2008).

3.6.ZDRAVSTVENE POSLJEDICE PRETILOSTI

Pretilost, koju Svjetska zdravstvena organizacija definira kao bolest, jedan je od vodećih, neovisnih i nepromjenjivih rizika ukupne smrtnosti, te je usko povezana s čitavim nizom mehanizama koji presudno utječu na razvoj pojedinih poremećaja. Dokazano dovodi do razvoja aterosklerotsketromboembolijske bolesti koja se klinički najčešće manifestira akutnim kardiovaskularnim poteškoćama (Bluher, 2009; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Jasno je povezana s cijelim nizom funkcionalnih i organskih, pa i malignih bolesti gastrointestinalnog trakta, te je posebno naglašena veza između pretilosti i bolesti lokomotornog sustava koje zbog visoke tjelesne težine u pravilu ubrzano napreduju, potičući daljnje debljanje redukcijom tjelesne aktivnosti u začaranome krugu minimalne energetske potrošnje (Pokrajac-Bulian, 2011).

Pretilost je jasno povezana s povećanom učestalošću povišenog krvnog tlaka, koronarnom bolesti, šećernom bolesti, hipertrofijom lijeve srčane klijetke i kongestivnim zatajenjem srca (Urek, Crnčević-Urek i Čubrilo-Turek, 2007). Prekoračenje tjelesne težine rizik je esencijalne arterijske hipertenzije u 65-75% slučajeva, a značajno povećava i rizik terminalnog bubrežnog zatajenja. Pretilost je kod 11% muškaraca i 14% žena u SAD-u uzrok srčanog zatajenja (Urek, Crnčević-Urek i Čubrilo-Turek, 2007). Poznato je i da je pretilost rizični čimbenik za opstruktivnu apneu u snu u odraslih osoba. Dokazano je da 10% povećanje težine u pretilih povećava za 6 puta rizik za razvoj opstruktivne apnee u snu u osoba koje ju početno nisu imale (Urek, Crnčević-Urek i Čubrilo-Turek, 2007).

Rezultati istraživanja pokazuju kako su niska tjelesna težina (ITM <18,5) i debljina (ITM >30), i to osobito viši stupnjevi debljine, povezani s povećanom smrtnošću u usporedbi s kategorijom normalne tjelesne težine (Urek, Crnčević-Urek i Čubrilo-Turek, 2007). Pretilost u dječjoj dobi povezana je s većim rizikom od pretilosti u odrasloj dobi, s preranom smrću i zdravstvenim i psihološkim poteškoćama u odrasloj dobi. Pretila djeca također pate od teškoća s disanjem, imaju povećan rizik od prijeloma kostiju, hipertenzije, ranih markera kardiovaskularnih bolesti, razvijaju otpornost na inzulin te imaju psiholoških poteškoća (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012).

Pretilost povećava rizik od razvoja niza bolesti i poremećaja, kao što su: cerebrovaskularni inzult, bolesti žučnjaka, osteoartritis, različiti poremećaji disanja, zloćudni tumori maternice, dojke, prostate i debeloga crijeva (Kremers i sur., 2009; Wolf i Woodworth, 2009; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Potrebno je među širom populacijom osvijestiti činjenicu da zdravstveni problemi počinju već kada osoba ima malo veću tjelesnu težinu te da se vjerojatnost za razvoj ozbiljnijih problema povećava kako osoba postaje sve teža, odnosno pretila.

4. ZAKLJUČAK

S psihološkog stanovišta može se reći da kvaliteta života predstavlja pojedinčevu percepciju vlastitog života određenu objektivnim i subjektivnim pokazateljima. U skladu s tim možemo razlikovati i mjeriti subjektivnu i objektivnu kvalitetu života. Budući da je kvaliteta života multidimenzionalni konstrukt definiraju je različita područja života, a pokazalo se da zdravlje ima značajan negativan utjecaj na doživljaj zadovoljstva životom. Oštećenje zdravlja dovodi do pada u subjektivnoj kvaliteti života, kao i u ukupnoj kvaliteti života.

Pretilost se, kao stanje sa ozbiljnim zdravstvenim, psihološkim i socijalnim posljedicama, u današnjem modernom svijetu može smatrati ozbiljnom bolešću, budući da broj pretilih iz dana u dan raste. Pretilost označava suvišak masnog tkiva u organizmu koje se akumulira povećanjem broja ili volumena masnih stanica, a praćen je povećanjem tjelesne težine. Brojna su medicinska istraživanja pokazala kako pretilost povećava rizik od razvoja kardiovaskularnih bolesti, bolesti lokomotornog sustava i bolesti dišnog sustava. Također je poznato da pretilost može dovesti do nastanka zloćudnih novotvorina u tijelu, kao što su tumor maternice, dojke ili prostate.

Budući da pretilost može značajno utjecati na zdravlje, a time i na subjektivnu kvalitetu života, provedena su različita istraživanja koja su u velikom broju slučajeva pokazala negativan utjecaj pretilosti na subjektivnu kvalitetu života. Rezultati istraživanja pokazuju da pretilost ima značajan utjecaj na razvoj depresivnih simptoma, s tim da se pokazalo da kulturološki čimbenici mogu odigrati značajnu ulogu u tome kako se pretilost reflektira na zastupljenost depresivnih simptoma. Stanje pretilosti također dovodi do pada u samopoštovanju i razvoja negativne slike o sebi, što se odražava na socijalne odnose pretilih osoba. Zbog toga, ali i zbog stigmatizacije kojoj su konstantno izložene, pretile osobe mogu imati problema pri pronalaženju romantičnih partnera i u seksualnom funkcioniranju.

Konačno, od najveće su važnosti rezultati istraživanja provedenih na pretiloj djeci. Naime, ta su istraživanja pokazala da pretila djeca imaju slabiji školski uspjeh nego djeca normalne tjelesne težine. Pretila djeca osim slabijeg školskog uspjeha pokazuju i slabije opće mentalno funkcioniranje. Značajan utjecaj na razvoj pretilosti u odrasloj dobi ima i fizičko zlostavljanje u djetinjstvu, te majčin životni stil tijekom trudnoće. Pridržavanjem savjeta liječnika o prestanku pušenja i zdravoj prehrani tijekom trudnoće, majke mogu bitno pridonijeti normalnoj tjelesnoj težini svoga djeteta u djetinjstvu i odrasloj dobi.

LITERATURA

Asghar, S., Magnusson, A., Khan, A., Ali, K. I Hussain, A. (2010). In Bangladesh, Overweight individuals have fewer symptoms of depression than nonoverweight individuals. *Obesity Research, 18,* 1143-1145.

Bentley, T. i Widom, C.S. (2009). A 30-yearfollow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity Research, 17*, 1900-1905.

Hilbert, A., Rief, W. i Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity Research, 16,* 1529–1534.

Janke, E.A. i Kozak, A.T. (2012). „The more pain I have, the more I want to eat“: obesity in the context of chronic pain. *Obesity Research, 7,* 44-51.

Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Kosloski, K.D. i Williams, G.R. (2001). Development of a brief measure to asses quality of life in obesity. *Obesity Research, 9,* 102-111.

Kolotkin, R.L., Corey-Lisle, P.K., Crosby, R.D., Swanson, J.M., Tuomari, A.V., L'Italien, G.J. i Mitchell, J.E. (2008). Impact of obesity on health related quality of life in schizophrenia and bipolar disorder. *Obesity Research, 16*, 749-754.

Kolotkin, R.L., Zunker, C. i Ostbye, T. (2012). Sexual functioning and obesity: a review. *Obesity Research, 11*, 80-85.

Kumanyika, S. i Grier, S. (2006). Targeting interventions for ethnic minority and low income populations. *Future Child, 16*, 187-207.

Latner, J.D., Ebneter, D.S. i O'Brien, K.S. (2012). Residual obesity stigma: an experimental investigation of bias against obese and lean targets differing in weight-loss history. *Obesity Research, 8,* 122-131.

Li, Y., Dai, Q., Jackson, J.C. i Zhang, J. (2008). Overweight is associated with decreased cognitive functioning among school-age children and adolescents. *Obesity Research, 16*, 1809-1815.

Mizutani, T., Suzuki, K., Kondo, N. i Yamagata, Z. (2007). Association of maternal lifestyles

including smoking during pregnancy with childhood obesity. *Obesity Research, 15,* 3133-3139.

O'Neil, M.E., Shewokis, P.A., Falkenstein, K.K., DeLago, C.W., Smith, S.A., Vaughn, N.A. i Costigan, T.E. (2010). Psychosocial factors and health perceptions in parents and children who are overweight or obese. *Obesity Research, 18*, 1558-1565.

Pokrajac-Bulian, A. (2011*). Pretilost – spremnost za promjenu načinu življenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Shore, M.S., Sachs, M.L., Lidicker, J.R., Brett, S.N., Wright, A.R. i Libonati, J.R. (2008). Decreased scholastic achievment in overweight middleschool students. *Obesity Research, 16*, 1535-1538.

Urek, R., Crnčević-Urek, M. i Čubrilo-Turek, M. (2007). Pretilost – globalni javnozdravstveni problem. *Acta Medica Croatica, 61,* 161-164.

Vuletić, G. (ur.) (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Filozofski fakultet Osijek.

http://www.who.int/en/