

Sveučilište u Rijeci  
Filozofski fakultet u Rijeci  
Diplomski studij psihologije

Anita Maglov

**Odnos između stigmatizacije bazirane na prekomjernoj tjelesnoj težini, crta ličnosti,  
socijalne podrške i zdravlja kod adolescenata**

Diplomski rad

Rijeka, 2017.

Sveučilište u Rijeci  
Filozofski fakultet u Rijeci  
Diplomski studij psihologije

Anita Maglov

**Odnos između stigmatizacije bazirane na prekomjernoj tjelesnoj težini, crta ličnosti,  
socijalne podrške i zdravlja kod adolescenata**

Diplomski rad

Mentor: doc. dr. sc. Barbara Kalebić Maglica

Rijeka, 2017.

## **IZJAVA**

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice doc. dr. sc. Barbare Kalebić Maglice.

Rijeka, rujan, 2017.

## **Sažetak**

Sve više istraživanja danas bavi se problemom pretilosti kod djece i adolescenata, koji postaje jedan od glavnih problema javnog zdravstva 21. stoljeća. Zajedno s pretilošću dolazi i pojava stigmatizacije koja narušava psihičko i fizičko zdravlje djece i adolescenata. Kako bi se smanjili negativni efekti stigmatizacije na zdravlje, važno je djelovati na zaštitne faktore poput crta ličnosti i socijalne podrške kod adolescenata. Cilj je ovog rada ispitati efekte stigmatizacije bazirane na tjelesnoj težini na psihičko i fizičko zdravlje adolescenata te provjeriti moderatorsku ulogu crta ličnosti i socijalne podrške u navedenom odnosu. Istraživanje je provedeno na 571 učeniku, prosječne dobi od 16 godina, u srednjim školama na području grada Čakovca. Ispitanici su ispunjavali samoprocjensku Mjeru doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine, Upitnik petofaktorskog modela ličnosti, Upitnik socijalne podrške, Upitnik tjelesnih simptoma te Skalu depresivnosti, anksioznosti i stresa. Dobiveni rezultati ukazuju na značajan efekt stigmatizacije na tjelesne simptome, simptome depresije, anksioznosti i stresa. Podrška obitelji značajan je faktor u odnosu stigmatizacije na temelju tjelesne težine i tjelesnih simptoma te simptoma stresa. Ekstraverzija i savjesnost pokazali su se kao zaštitni faktori u ublažavanju negativnih efekata stigmatizacije na tjelesne simptome.

**Ključne riječi:** stigmatizacija, pretilost, zdravlje, crte ličnosti, socijalna podrška

## **The relationship between stigmatization based on excess body weight, personality traits, social support and health in adolescents**

### **Abstract**

More and more research today focuses on obesity of children and adolescents, which is becoming one of the major public health problems of the 21st century. Together with obesity, there is the emergence of stigmatization that disrupts the psychological and physical health of children and adolescents. In order to reduce the negative effects of stigmatization on health, it is important to work on protective factors in adolescents such as personality and social support. The aim of this paper is to examine the effects of stigmatization based on body weight on the psychological and physical health of adolescents and to check the moderator role of personality traits and social support in mentioned relationship. The survey was conducted on 571 students, the average age of 16, in secondary schools in the town of Čakovec. Subjects filled out self-assessment Measure of Stigmatization Experience due to Physical Appearance, Big Five Inventory, Social Support Appraisals Scale, Subjective Health Complaints and Depression, Anxiety, Stress Scales. The obtained results indicate a significant stigmatization effects on physical health, symptoms of depression, anxiety and stress. Family support is a significant factor in relation to stigmatization and physical and psychological symptoms of depression, anxiety and stress. Extraversion and consciousness have proven to be protective factors in reducing the negative effects of stigmatization on physical symptoms.

*Key words: stigmatization, obesity, health, personality traits, social support*

## Sadržaj

1. UVOD .....	1
1.1. Stigmatizacija temeljena na prekomjernoj tjelesnoj težini .....	2
1.2. Fizičko i psihičko zdravlje pretilih adolescenata .....	4
1.3. Efekt socijalne podrške i crta ličnosti na psihičko i fizičko zdravlje adolescenata .....	7
1.4. Cilj istraživanja .....	11
2. PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	11
3. METODA .....	12
3.1. Ispitanici .....	12
3.2. Mjerni postupci .....	12
3.2.1. Demografski podaci .....	12
3.2.2. Mjera doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine .....	12
3.2.2.1. Faktorska analiza Mjere doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine .....	13
3.2.3. Upitnik petofaktorskog modela ličnosti .....	14
3.2.4. Upitnik socijalne podrške .....	15
3.2.5. Upitnik tjelesnih simptoma .....	16
3.2.6. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa .....	16
3.3. Postupak istraživanja .....	17
4. REZULTATI .....	17
4.1. Korelacija između ispitanih varijabli .....	19
4.2. Efekt doživljene stigmatizacije zbog tjelesne težine na zdravlje ispitanika i moderatorska uloga crta ličnosti i socijalne podrške u navedenom odnosu .....	21
5. RASPRAVA .....	31
6. ZAKLJUČAK .....	35
7. LITERATURA .....	36

## 1. UVOD

Pretilost djece u posljednjih nekoliko desetljeća u stalnom je porastu te proporcionalno tome raste i zanimanje znanstvenika za istraživanja u tom području. Globalnim istraživanjem utvrđeno je kako je pretilost kod djece jedan od najvećih izazova javnog zdravstva u 21. stoljeću. Problem se javlja u globalnim razmjerima, a prevalencija raste alarmantnom brzinom. Pretilost djece značajno se povećala od 1990. godine do danas. U 2010. godini, 43 milijuna djece proglašeno je pretilima, dok je 92 milijuna djece bilo u rizičnoj skupini. Globalna prevalencija pretilosti djece narasla je od 4.2% u 1990. godini na 6.7% u 2010. godini. Takav trend očekuje se i u budućnosti, kada bi prevalencija mogla narasti do 9.1% (60 milijuna) u 2020. godini (Onis, Blössner i Borghi, 2010).

Pretili osobe stigmatizirane su u važnim aspektima života kao što su posao, zdravstvo i obrazovanje (Puhl i Brownell, 2001). Stigmatizacija pretilih osoba specifična je zbog vidljivih karakteristika i negativnih konotacija vezanih uz pretilost, kao što je nedostatak samokontrole (Warschburger, 2005). Upravo iz tog razloga, pretilost je najčešće stigmatizirano zdravstveno stanje u društvu (Schwimmer, Burwinkle i Varni, 2003; Zeller, Reiter-Purtill i Ramey, 2008). Pojava stigmatizacije uočena je već kod djece u dobi od 3 do 5 godina (Cramer i Steinwert, 1998). Stigmatizacija se nastavlja kroz osnovnu školu (Counts, Jones, Frame, Jarvie i Strauss, 1985) te ona postaje sve izraženija kako djeca postaju starija (Warschburger, 2005).

Djeca prekomjerne tjelesne težine od 5 do 18 godina pokazuju značajno niže fizičko, psihosocijalno i emocionalno funkcioniranje u odnosu na djecu prosječne tjelesne težine (Schwimmer i sur., 2003). Depresija i anksioznost često su istraživani simptomi povezani s pretilosti. Rezultati tih istraživanja razlikuju se s obzirom na odabranu populaciju ispitanika. Pretili ispitanici iz opće i kliničke populacije imaju više problema s socijalnom izoliranošću u odnosu na adolescente prosječne tjelesne težine. S druge strane, samo klinički uzorak pretilih adolescenata ima značajno više rezultate na mjerama depresije i anksioznosti (Erermis, Cetin, Tamar i Bukusoglu, 2004). Kod pretilih

adolescenata prisutniji je i psihološki stres, koji je obrnuto proporcionalan bliskosti s roditeljima (Mellin, Neumark-Sztainer, Story, Ireland i Resnick, 2002).

Osim s psihološkim poteškoćama, pretili adolescenti susreću se i s tjelesnim tegobama. Rezultati istraživanja su pokazali kako je muskuloskeletalna bol česta kod adolescenata, dok je bol u koljenu i zglobovima kuka izrazito pozitivno povezana s povišenom tjelesnom težinom (Stovitz, Vazquez, Duval i Schwimmer, 2008). Pretilost je pozitivno povezana i s problemima sa spavanjem (Gupta, Mueller, Chan i Meininger, 2002), umorom u odraslosti (Fogelholm i sur., 2007), abdominalnom boli, migrenama i glavoboljama (Wright i sur., 2010), ozbiljnijim oblicima astme (Taylor i sur., 2008) te različitim oblicima alergije (Kusunoki i sur., 2008).

Unatoč postojanju izraženijih psiholoških i tjelesnih simptoma kod pretilih adolescenata, rezultati istraživanja često nisu jedinstveni. Takva činjenica može se objasniti kompleksnošću pojave pretilosti te djelovanjem brojnih faktora koji su s njom povezani. Zato je kod istraživanja posljedica pretilosti važno uzeti u obzir i zaštitne faktore koji povećavaju vjerojatnost pozitivnih ishoda unatoč izloženosti negativnim simptomima (Vanderbilt-Adriance i Shaw, 2008). Jedan od takvih faktora su crte ličnosti, koje se ubrajaju u individualne faktore te prema našim saznanjima još nisu ispitivane kao zaštitni faktori u kontekstu stigmatizacije pretilih. Osim individualnih faktora, posljedice izloženosti negativnim iskustvima mogu poboljšati skladni odnosi u obitelji (Silver, Bauman, Camacho i Hudis, 2003) i razvijeni odnosi s vršnjacima (Zambon i sur., 2009).

### **1.1. Stigmatizacija temeljena na prekomjernoj tjelesnoj težini**

Stigmatizacija pretilih pogađa odrasle, djecu, studente, pacijente te je iskazivana od strane vršnjaka, roditelja, zdravstvenih djelatnika i istraživača specijaliziranih za istraživanje pretilosti. Kao rezultat, pretile osobe suočavaju se s diskriminacijom u obrazovnom, poslovnom i zdravstvenom području. Upravo zbog toga, osim težnje za smanjenjem prevalencije pretilosti, jednako je važno težiti psihosocijalnoj i fizičkoj dobrobiti pretilih, sprečavajući njihovo omaložavanje na temelju tjelesne težine (Latner, Stunkard i Wilson, 2005).

Stigmatizacija temeljena na prekomjernoj tjelesnoj težini bazirana je na vjerovanju da su pretila djeca različita, u terminima ponašanja, u odnosu na drugu djecu. U



predškolskoj dobi, djeca pretpostavljaju da su osobe koje su slične po određenoj dimenziji, kao što je tjelesna konstrukcija, slične i na ostalim dimenzijama (npr. ponašanje, temperament). Fizičke karakteristike djece vode do različitih očekivanja o tome kako će se dijete ponašati. Različita očekivanja posljedično vode do različitog odnošenja prema djetetu na temelju fizičkih karakteristika. Zauzvrat, drugačije odnošenje uzrokuje drugačije ponašanje pretilih djece u odnosu na vršnjake. Na koncu, takva djeca percipiraju sebe na jednako negativan način kao što ih percipira društvo (Cramer i Steinwert, 1998).

Posebno osjetljiva dobna skupina pretilih su adolescenti, s obzirom da je oblikovanje identiteta njihova glavna uloga te su s njim isprepleteni slika o tijelu i samopouzdanje (Neumark-Sztainer i sur., 2002). S obzirom na prisutnost stigmatizacije, nije iznenađujuće kako su pretili adolescenti često žrtve socijalnog odbacivanja. Kod adolescenata je posebno važno proučiti efekt tjelesne težine na odnose s vršnjacima iz nekoliko razloga. U toj dobi, vršnjaci imaju ključnu ulogu u socijalnoj potpori, formiranju identiteta i samopouzdanja. Adolescenti koji su stigmatizirani zbog svoje težine, mogu podbaciti u razvoju socijalnih kompetencija, dok poteškoće u odnosima s vršnjacima mogu biti prediktori kratkotrajnih i dugotrajnih psiholoških ishoda (Eisenberg, Neumark-Sztainer i Story, 2003). Biološke promjene povezane s pubertetskim razvojem stavljaju fokus na sliku o tijelu te se ono snažnije povezuje s vršnjačkom reputacijom i socijalnim iskustvima (Paxton, 1996). Upravo zbog toga, vršnjaci mogu biti posebno osjetljivi na verbalno omalovažavanje ako ih njihovo tijelo čini različitim od ostalih.

Istraživanje koje su proveli Bell i Morgan (2000) na ispitanicima od trećeg do šestog razreda ukazuje na to kako su mlađi ispitanici u manjoj mjeri voljni sudjelovati u rekreacijskim aktivnostima s pretilim vršnjacima. Stariji ispitanici, s druge strane, pokazuju veću distancu prema pretilim vršnjacima u akademskim aktivnostima. Dječja vršnjačka viktimizacija, u kojoj postoji pojedinac koji trpi agresivno ponašanje, prepoznata je kao ozbiljna, široko rasprostranjena pojava (Storch i Ledley, 2005). Broj školske djece i adolescenata koji su bili žrtve javne (udaranje, prijetnje, omalovažavanje) i/ili relacijske (ignoriranje, izbjegavanje, širenje glasina) agresije iznosi od 17% do 30% (Storch i Masia-Warner, 2004). Pretilost stavlja adolescente u rizičnu skupinu podložnu

verbalnom zadirivanju vršnjaka (Neumark-Sztainer, Story i Faibisch, 1998) pri čemu stupanj pretilosti predičira učestalost zadirivanja (Janssen, Craig, Boyce i Pickett, 2004). Jedna trećina djevojaka i jedna četvrtina mladića imali su iskustva s vršnjačkim zadirivanjem, dok prevalencija raste do 60% kod težih pojedinaca (Neumark-Sztainer i sur., 2002). Čak 84% učenika bilo je u prilici promatrati kako drugi nazivaju pretile vršnjake pogrdnim imenima, dovikuju im zlobne komentare te im se izruguju na tjelesnim aktivnostima, dok je oko 60% ispitanika promatralo kako se pretile vršnjake ignorira, izbjegava i isključuje iz socijalnih aktivnosti te se šire lažne glasine o njima. Većina ih je također svjedočila o fizičkom zlostavljanju pretilih adolescenata. Mršaviji učenici u većoj mjeri odobravaju takva ponašanja u odnosu na učenike s većom tjelesnom težinom. Iako je većina učenika izrazila želju za pomoći pretilom vršnjaku, više od polovice ispitanika bili su samo pasivni promatrači situacije (Puhl, Luedicke i Heuer, 2011). Pretilost, osim na fizičko zdravlje (visoki krvni tlak, visoki kolesterol, metabolički sindrom, dijabetes tipa 2, ortopedski problemi, problemi sa spavanjem, astma, bolest jetre), ostavlja negativni trag na psihičko i socijalno stanje te ponašanje pojedinca (problemi sa slikom tijela, nisko samopouzdanje, socijalna izolacija i diskriminacija, depresija, smanjena kvaliteta života) (npr. Anderson, Cohen, Naumova i Must, 2006; Fortmeier-Saucier, Savrin, Heinzer i Hudak, 2008; Trent, Jennings, Waterfield, Lyman i Thomas, 2009). Smatra se kako zadirivanje prouzrokuje najviše negativnih psiholoških ishoda (Keltner, Capps, Kring, Young i Heerey, 2001).

Istraživanja su pokazala kako su različite vrste viktimizacije prisutne s obzirom na spol pretilih adolescenata. Tako su kod pretilih mladića prisutniji fizički oblici viktimizacije, kao što su udaranje nogom i guranje, dok su kod djevojaka prisutniji relacijski oblici viktimizacije (Pearce, Boergers i Prinstein, 2002). Osim razlika u vrsti viktimizacije, Tang-Peronard i Heitmann (2008) ističu kako su djevojke ranjivije na posljedice zadirivanja temeljene na prekomjernoj tjelesnoj težini.

## **1.2. Fizičko i psihičko zdravlje pretilih adolescenata**

S obzirom na značajan porast pretilosti kod djece i adolescenata, istraživanja su se počela baviti dugoročnim efektom pretilosti na zdravlje. Znanstvenici nastoje objasniti utjecaj pretilosti na širok spektar fizičkog i psihičkog zdravlja te će u nastavku biti predstavljeni neki rezultati.

Wearing, Hennig, Byrne, Steele i Hills (2006) pregledom istraživanja utjecaja pretilosti na mišićnokoštani sustav, zaključili su kako su pretila djeca izložena različitim biomehaničkim promjenama u donjim ekstremitetima. Takve promjene povećavaju izloženost problemima s mišićnokoštanim sustavom. Bez obzira na tjelesnu težinu, većina djece od 3 do 18 ( $\bar{X}=12$ ) godina žali se na bol u najmanje jednom zglobu, koja se javlja više od jedanput na mjesec. Djeca se najviše žale na bol u leđima (39%), stopalu (26%) i koljenu (24%). Nakon kontrole starosti, bol u koljenu i kukovima povezana je s povećanjem tjelesne težine (Stovitz i sur., 2008). Opisano istraživanje provedeno je na kliničkom uzorku djece, dok su Wright i sur. (2010) slične rezultate dobili na nekliničkoj populaciji blizanaca. Pretili blizanci češće se žale na bol u donjem dijelu leđa, ramenima, rukama, nogama, vratu i prsima u odnosu na svoju braću i sestre blizance. Istraživanje koje su proveli Gupta i sur. (2002) proučava povezanost pretilosti i kvalitete sna kod adolescenata. Ispitanici od 11 do 16 godina za potrebe istraživanja imali su uređaje koji raspoznaju cikluse dnevne fizičke aktivnosti i spavanja. Spavanje je podijeljeno u dvije varijable, vremenski period sna i smetnje tijekom spavanja. Analizom podataka dobivena je statistički značajna negativna povezanost pretilosti i trajanja sna. Lazorick i sur. (2011) pokazali su kako se kod pretelih adolescenata značajno češće javljaju problemi disanja pri spavanju (opstruktivna apneja).

Nadalje, pretilost se povezuje sa simptomima astme. Razumijevanje veze između pretilosti i astme kod djece važan je korak u razjašnjavanju etiologije astme. Istraživanje koje su proveli Gilliland i sur. (2003) potvrđuje hipotezu kako je pretilost povezana s povećanim rizikom od astme kod djece. S druge strane, Vignolo i sur. (2005) nisu dokazali povećanu prevalenciju astme kod pretelih pojedinaca. Uzroke takvih rezultata vide u odabranoj populaciji. Naime, istraživanje je provedeno na talijanskim adolescentima te se smatra kako zasigurno postoji razlika između mediteranskog i zapadnjačkog stila prehrane, što prema njima objašnjava razlike u rezultatima. Nadalje, prevalencija pretilosti i astme u Italiji niža je u odnosu na Sjedinjene Američke Države. S obzirom da je većina istraživanja pretilosti i astme transverzalna, povezanost pretilosti i astme nije u potpunosti razjašnjena. Weiss (2005) je dokazao postojanje veze između bronhitične astme i pretilosti kod djece. Smanjena funkcija pluća i/ili modulacija imunološke ravnoteže, uključena je u analizu kao mogući mehanizam preko kojeg pretilost utječe na pojavu bronhitične astme.

U istraživanjima psiholoških posljedica pretilosti, pokušava se objasniti preko kojih konstrukata su povezani tjelesna težina i psihološke poteškoće te koji faktori utječu na pojačanje ili smanjenje poteškoća. Hawker i Boulton (2000) pregledom literature zaključili su kako je vršnjačka viktimizacija neposredno povezana s povećanjem depresije, usamljenosti, generalizirane i socijalne anksioznosti te smanjenjem osjećaja vlastite vrijednosti. S obzirom na učestalost viktimizacije kod pretilih adolescenata, sukladno rezultatima koje su dobili Hawker i Boulton (2000), odnošenje vršnjaka prema pretilima značajno utječe na njihovo psihološko stanje. Kod pretile djece od 10 do 14 godina pokazalo se kako je učestalost zadirkivanja značajno pozitivno povezana sa zabrinutosti oko tjelesne težine, usamljenosti, lošijom percepcijom fizičkog izgleda, smanjenom željom za društvenim aktivnostima te povećanom željom za izolativnim aktivnostima (Hayden-Wade i sur., 2005). Do sličnih saznanja dolaze i Storch i sur. (2007) čije istraživanje pokazuje kako je vršnjačka viktimizacija pretile djece negativno povezana s fizičkom aktivnosti, te pozitivno povezana s pojavom depresivnih simptoma, anksioznosti i usamljenosti. Jedan od važnih čimbenika zadirkivanja su dugoročne posljedice koje ono ostavlja na pojedince koji su žrtve stigmatizacije u djetinjstvu i adolescenciji. U istraživanju na populaciji odraslih žena, zadirkivanje pretilih žena tijekom djetinjstva, adolescencije i odraslosti značajno je povezano s trenutno lošijom slikom tijela i psihosocijalnim funkcioniranjem (Annis, Cash i Hrabosky, 2004). Kod pretilih djevojaka i mladića primjećena je veća prisutnost emocionalnog stresa u odnosu na vršnjake prosječne tjelesne težine. Osim faktora stigmatizacije, istraživanje koje je proveo Strauss (2007) ispitalo je utjecaj dobi i rase na samopouzdanje pretile djece. Samopouzdanje devetogodišnjih i desetogodišnjih djevojaka i dječaka nije se značajno razlikovalo s obzirom na tjelesnu težinu. Razlike se ipak javljaju nakon četiri godine, kada pretile djevojke bijele rase i Latinoamerikanke imaju značajno niže samopouzdanje u odnosu na djevojke prosječne tjelesne težine. Malo niže samopouzdanje primijećeno je i kod pretilih dječaka, dok je u dobi od 13 do 14 godina, samopouzdanje pretilih djevojčica i dječaka bilo značajno niže u odnosu na djecu prosječne tjelesne težine. Smanjenje samopouzdanja pretile djece povezano je sa značajnim povećanjem žalosti, usamljenosti i nervoze, u odnosu na pretilu djecu kod kojih je samopouzdanje ostalo jednako ili je naraslo. Nadalje, pretila djeca, čije se samopouzdanje smanjilo tijekom četiri godine, izvijestila su o češćoj konzumaciji cigareta i alkohola u odnosu na pretilu

djecu čije je samopouzdanje naraslo ili ostalo isto. Ipak, razina stresa se znatno smanjuje kod djece koja žive u obiteljima u kojima je prisutna bliskost i povezanost te kod djece čiji roditelji imaju viša očekivanja od njih. Takva veza stresa i očekivanja prisutna je samo kada roditeljska očekivanja nisu ekstremna (u oba smjera) (Mellin i sur., 2002). Stres uzrokovan stigmatizacijom može biti moderator odnosa pretilosti i zdravlja. Pretila osoba doživljava više stresa, što djelomično objašnjava zdravstvene probleme povezane s pretilošću (Muennig, 2008).

### **1.3. Efekt socijalne podrške i crta ličnosti na psihičko i fizičko zdravlje adolescenata**

Zaštitni faktori mogu utjecati, oblikovati i poboljšati reakciju osobe na nedaće koje povećavaju rizik od negativnih ishoda. S obzirom na ozbiljnost posljedica povezanih sa stigmom, većina istraživanja usredotočena je na štetne utjecaje stigmatizacije (Crocker i Quinn, 2000). Unatoč tome, postoji mnogo stigmatiziranih pojedinaca koji funkcioniraju jednako uspješno kao i osobe koje nisu stigmatizirane (Miller i Kaiser, 2001).

Zaštitni faktori mogu se kategorizirati u individualne karakteristike, obiteljsku podršku i sisteme podrške izvan obitelji (Nanette i Henny, 2010). Socijalna podrška jedan je od najčešće istraživanih psihosocijalnih faktora koji utječu na fizičko zdravlje (Berkman, Glass, Brissette i Seeman, 2000; Holt-Lunstad, Uchino, Smith, Cerny i Nealey-Moore, 2003; Pinquart i Duberstein, 2010). Cohen, Gottlieb i Underwood (2001) smatraju kako podrška drugih mijenja percepciju pojedinca o određenoj situaciji, potičući ga na suočavanje sa zahtjevima situacije i posljedično smanjujući stres. Berkman i sur. (2000) socijalnu podršku vide kao faktor koji utječe na kognitivna i emocionalna stanja kao što su samopouzdanje, socijalne kompetencije, samoefikasnost i depresija.

Obiteljski sistemi i oni izvan nje mogu pružiti socijalnu podršku koja može ublažiti krize povezane sa stresom, kao što su depresija, te doprinijeti općoj dobrobiti (Serovich, Kimberly, Mosack i Lewis, 2001). U dosadašnjim istraživanjima dokazano je kako je socijalna podrška negativno povezana s bolestima srca (Kristenson i sur., 1998; prema Sarason, Sarason i Gurung, 2001), štiti od anksioznosti i depresije te povećava kvalitetu života (Sarason i sur., 2001).

Kod pretila populacije dolazi do izražaja manjak socijalne podrške od strane vršnjaka iz razreda, pri čemu je niža socijalna podrška vršnjaka prediktor slabije kvalitete

života vezanog uz zdravlje (Zeller i Modi, 2006). Osobe s boljim vršnjačkim odnosima imaju manje pritužbi na psihičko stanje (Moreno i sur., 2009), govore o boljoj općoj dobrobiti i učestvuju u više, k zdravlju orijentiranih ponašanja (Zambon i sur., 2009). Nadalje, dokazano je kako povezanost s obitelji ublažava negativne efekte stigme na zdravlje. Pretili adolescenti koji se suočavaju sa stigmom češće sudjeluju u ponašanjima orijentiranim k zdravlju i imaju više rezultate na psihosocijalnoj dobrobiti, kada mogu razgovarati s roditeljima i dijeliti s njima proživljena iskustva (Mellin i sur., 2002). Ispitanici koji govore o prisutstvu komunikacije s roditeljima ujedno imaju i manje pritužbi na fizičko i psihičko zdravlje te veće zadovoljstvo životom (Moreno i sur., 2009). Nažalost, često osobe koje bi trebale zaštititi djecu, također vjeruju da je pretilost rezultat manjka samokontrole i psiholoških problema. S obzirom na život u zajednici koja stigmatizira pretilu pojedince, često roditelji na suptilan način stigmatiziraju vlastitu djecu, što može biti jednako štetno kao i ostale vrste stigmatizacije (Schwartz i Puhl, 2003). U istraživanju Neumark-Sztainera i sur. (2002) na općoj populaciji adolescenata, zadirkivanje od strane članova obitelji bilo je prisutno kod 47% pretilih djevojaka i 34% pretilih mladića. Negativno gledanje roditelja na pretilost svog djeteta povezano je s nižim samopouzdanjem kod ženske populacije djece. Djeca su u potpunosti svjesna roditeljskih predrasuda o njihovom tijelu te su uspjela predvidjeti reakcije roditelja o njihovom tijelu s 82% točnosti (Pierce i Wardle, 1993). Drugo istraživanje pokazalo je kako su djeca, čiji su roditelji bili više zabrinuti oko njihovog tjelesnog izgleda, opisivala svoje tijelo pretilim. Na koncu je zaključeno kako roditelji imaju važnu ulogu u tome što djeca misle kako bi trebala izgledati (Gardner, Sorter i Friedman, 1997). Osim roditelja i vršnjaka, pretilim adolescentima podršku mogu pružiti i profesori. Ali unatoč investiranju u opću dobrobit učenika, profesori i ostali zaposlenici u školi nisu imuni na opće prihvaćena stigmatizirajuća ponašanja prema pretilima. U istraživanju Greenleafa i Weillera (2005) ispitivani su stavovi profesora tjelesnog odgoja prema pretilim učenicima. Profesori su pretilost povezivali sa slabijim rasuđivanjem te slabijim socijalnim, fizičkim i kooperativnim vještinama. Također, imali su veća očekivanja od djece normalne tjelesne težine u području izvođenja različitih vještina. Učenici su svjesni ponašanja profesora što ima negativne posljedice na njihovo zdravlje. Bauer, Yang i Austin (2004) formirali su fokus grupe i proveli intervju s učenicima srednjih škola, koji

su govorili o negativnim komentarima profesora o svojim atletskim sposobnostima, što je uzrokovalo uzrujanost i izbjegavanje tjelesnog odgoja.

Navedena istraživanja jasno objašnjavaju efekt različitih aspekta socijalne podrške na zdravlje. S druge strane, u manjoj je mjeri istraživano kako socijalna podrška može moderirati vezu između stigmatizacije i zdravlja. Moderatorska uloga socijalne podrške pronađena je između stigme i depresije kod osoba zaraženih HIV-om (Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa i Rotheram-Borus, 2009) te kod afričko američke populacije adolescenata s mentalnim poremećajima (Lindsey, Joe i Nebbitt, 2010). U oba slučaja socijalna podrška smanjila je efekte stigme na izraženost depresije. Pregledom literature nisu pronađena istraživanja koja se bave moderatorskom ulogom socijalne podrške u odnosu stigmatizacije i tjelesnog zdravlja pretilih adolescenata.

Osim socijalne podrške, istraživanja se bave efektom individualnih faktora na zdravlje pojedinaca. U individualne faktore ubrajaju se različite crte ličnosti, a u ovom istraživanju detaljnije se analiziraju crte petofaktorskog modela. Crte petofaktorskog modela, koje su i najčešće ispitivane u novije vrijeme, posebno su zanimljive za naše istraživanje, s obzirom da postoje saznanja o efektu crta ličnosti na zdravlje te povezanost crta ličnosti i otpornosti na negativna iskustva. Prema našim saznanjima, istraživači još nisu razmatrali da li crte petofaktorskog modela mogu ublažiti efekt stigmatizacije na temelju tjelesne težine, kao specifičnog negativnog iskustva, na zdravlje adolescenata. Crte ličnosti su konzistentne i trajne tendencije razmišljanja i ponašanja na određeni način (McCrae i sur., 2007). Postoji nekoliko načina na koji se može objasniti povezanost crta ličnosti i socijalne podrške. Jedno od objašnjenja govori o efektu crta ličnosti na osjećaj podrške bez obzira na objektivnu situaciju. Osobe također mogu povećati ili smanjiti podršku drugih kroz efekt crta ličnosti na oblikovanje i kvalitetu odnosa (Sarason i sur., 2001).

S druge strane, crte ličnosti imaju efekt na zdravlje preko, za zdravlje štetnih ili korisnih, ponašanja (Smith i Spiro, 2002). U longitudinalnom istraživanju Hampsona, Goldberga, Vogta i Dubanoskia (2007), crte ličnosti djece u osnovnoj školi predicirale su zdravstvene ishode u odraslosti kroz različita zdravstvena ponašanja. Rezultati su pokazali kako je niska savjesnost povezana s većom konzumacijom cigareta, slabijim zdravstvenim stanjem i višim indeksom tjelesne mase (ITM) u odraslosti. ITM je također

negativno povezan s ugodnosti. Kod žena je niži rezultat na ugodnosti negativno povezan s konzumacijom cigareta, dok je viša razina ekstraverzije kod oba spola povezana s konzumacijom alkohola. Crte ugodnosti i savjesnosti utjecale su indirektno na zdravstveni status preko stupnja obrazovanja, prehrambenih navika i pušenja. Viši rezultati na skali ugodnosti i savjesnosti kod djece povezani su s višim obrazovanjem te zdravijim prehrambenim navikama, manjom konzumacijom cigareta i boljim zdravstvenim statusom u odraslosti. Ekstraverzija je neposredno pozitivno povezana s pušenjem i fizičkom aktivnosti (Hampson i sur., 2007).

Goodwin i Friedman (2006) na općoj populaciji odraslih ispitanika pokazali su kako su depresija, napadaji panike, poremećaj anksioznosti i konzumacija alkohola povezani s nižim rezultatima na savjesnosti i ekstraverziji. Neuroticizam je značajno pozitivno korelirao s depresijom, napadajima panike i poremećajem anksioznosti. Otvorenost i ugodnost nisu imale značajni efekt na navedene simptome. Kod analize tjelesnih simptoma, svi ispitivani simptomi (problemi s kožom, bol u donjem dijelu leđa, urinarni problemi, visoki krvni tlak, dijabetes, kap, problemi s kostima, kila) osim astme povezani su sa značajno nižim rezultatima na savjesnosti. Ekstraverzija ne pokazuje jasne obrasce povezanosti, iako osobe koje postižu niže rezultate na ekstraverziji imaju problema s visokim krvnim tlakom, tuberkulozom i išijasom. Jednako tako, ugodnost ne pokazuje jasan obrazac povezanosti, iako su viši rezultati na ugodnosti uglavnom pozitivno povezani s dijabetesom i visokim krvnim tlakom. Ispitanici s višim rezultatom na skali neuroticizma imali su više problema s kožom, urinarnim problemima, astmom, čirevima i bolestima pluća (Goodwin i Friedman, 2006).

Iako, prema našim saznanjima, crte ličnosti do sada nisu ispitivane u kontekstu stigmatizacije na temelju tjelesne težine, postoje istraživanja o tome kako se osobe s određenim crtama ličnosti lakše nose s negativnim životnim iskustvima. Campbell-Sills, Cohan i Stein (2006) istraživali su povezanost crta ličnosti i otpornosti, koju definiraju kao sposobnost održavanja zdravog i stabilnog, fizičkog i psihičkog funkcioniranja u prisutnosti negativnih iskustava. Rezultati su pokazali kako je otpornost visoko negativno povezana s neuroticizmom, a pozitivno s ekstraverzijom i savjesnošću. Otpornost pokazuje malu, ali statistički značajnu pozitivnu povezanost s otvorenosti te neznčajnu vezu s ugodnosti. S obzirom da se stigmatizacija na temelju tjelesne težine kod



adolescenata ubraja u izrazito negativna iskustva, očekuje se kako će ekstraverzija, savjesnost i otvorenost ublažiti efekte stigmatizacije na zdravlje.

#### **1.4. Cilj istraživanja**

Pregledom literature, utvrđen je stalni porast pretilosti, koja je najčešće stigmatizirano zdravstveno stanje u društvu. Populacija adolescenata posebno je osjetljiva skupina, s obzirom da je veliki dio oblikovanja identiteta u toj dobi isprepleten sa slikom o tijelu. Pretili adolescenti često doživljavaju stigmatizirajuća iskustva na temelju tjelesnog izgleda. Osim povećane tjelesne težine, takva iskustva imaju dodatan negativan efekt na psihičko i fizičko zdravlje adolescenata. Socijalna podrška u navedenim situacijama može pomoći u suočavanju sa stigmom, dok crte ličnosti mogu imati efekt na psihičko i fizičko stanje pojedinca. Uloge socijalne podrške i crta ličnosti, prema našim saznanjima, do sada nisu ispitivane kao moderatorske varijable između stigmatizacije na temelju tjelesnog izgleda i psihičkog i fizičkog zdravlja, što je ujedno i jedinstveni doprinos ovog istraživanja.

Preciznije rečeno, cilj je ovog istraživanja ispitati efekte stigmatizacije pretilih adolescenata na njihovo psihičko (depresija, anksioznost, stres) i fizičko (problemi sa spavanjem, astma, problemi s kostima, mišićima, zglobovima, alergije, glavobolja) zdravlje te ispitati moderatorsku ulogu crta ličnosti i socijalne podrške u navedenom odnosu.

## **2. PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

Problem 1. Ispitati efekt stigmatizacije temeljene na prekomjernoj tjelesnoj težini na psihičko i fizičko zdravlje adolescenata.

Hipoteza 1. Stigmatizacija temeljena na prekomjernoj tjelesnoj težini imat će značajne negativne efekte na psihičko i fizičko zdravlje adolescenata. Adolescenti koji su stigmatizirani na temelju prekomjerne tjelesne težine imat će lošije psihičko i fizičko zdravlje.

Problem 2. Provjeriti moderatorsku ulogu crta ličnosti i socijalne podrške između stigmatizacije temeljene na prekomjernoj tjelesnoj težini i fizičkog i psihičkog zdravlja adolescenata.

Hipoteza 2. Socijalna podrška i crte ličnosti imat će moderatorsku ulogu između stigmatizacije i psihičkog i fizičkog zdravlja adolescenata. Percepcija učestalije socijalne podrške ublažit će negativni efekt stigmatizacije na zdravlje. Ekstraverzija, savjesnost i otvorenost ublažit će negativne efekte stigmatizacije na zdravlje. Neuroticizam će pojačati negativne efekte stigmatizacije na zdravlje.

### **3. METODA**

#### **3. 1. Ispitanici**

U istraživanju je sudjelovao 571 učenik srednjih strukovnih škola (Tehnička škola Čakovec, Graditeljska škola Čakovec, Ekonomska i trgovačka škola Čakovec) i gimnazija (Gimnazija Josipa Slavenskog Čakovec) na području grada Čakovca od prvog do četvrtog razreda. Ukupno je sudjelovalo 327 ženskih i 244 muških ispitanika, u dobi od 14 do 20 godina. Prosječna starost ispitanika je 16.4 godina (SD=1.14).

#### **3. 2. Mjerni postupci**

##### ***3.2.1. Demografski podaci***

Demografski podaci uključuju pitanja o spolu, dobi, visini i težini.

##### ***3.2.2. Mjera doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine***

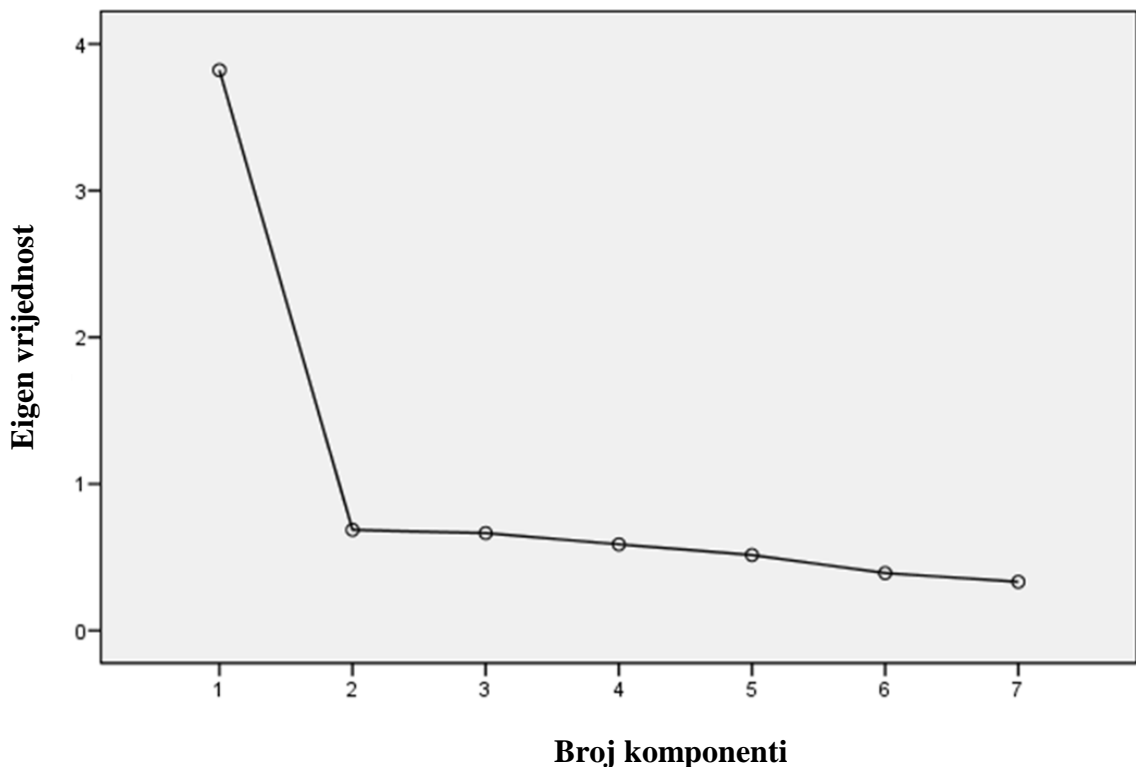
Mjera doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine kreirana je za potrebe ovog istraživanja po uzoru na upitnik koji mjeri doživljaj stigmatizacije na temelju tjelesne težine kod mladih osoba (Physical Experiences Survey; Cash, 1995). Upitnik sadrži sedam čestica koje mjere doživljaje zadirivanja, socijalne izolacije, nepravde, verbalne i fizičke agresije i sl. Od sudionika se traži da na skali od 1 (nikada) do 4 (stalno) procjene učestalost navedenih ponašanja zbog tjelesne težine od strane vršnjaka. Primjer čestice je „*Vršnjaci pričaju ružno o meni ili imaju zlobne komentare (uživo ili na internetu)*“. Rezultat je dobiven zbrojem odgovora na svim česticama upitnika. Pri tome viši rezultat znači veći doživljaj stigmatizacije zbog tjelesne težine. Napravljena je faktorska analiza koja ukazuje na jednodimenzionalnost mjere. Deskriptivni podaci prikazani su u dijelu „Rezultati“.

### 3.2.2.1. Faktorska analiza Mjere doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine

Prije faktorske analize provjeren je KMO test i Bartlettov test kako bi se opravdalo provođenje faktorske analize. Vrijednost KMO testa iznosi .88. Vrijednost KMO testa veća je od 0.5 što ukazuje na primjerenost provedbe faktorske analize. Bartlettov test sfericiteta je značajan ( $H^2=1495.258$ ,  $df=21$ ,  $p<.01$ ).

Provedena je faktorska analiza glavnih osi, koja ukazuje na jednodimenzionalnost upitnika s Eigen vrijednošću većom od 1 (prikazano na Slici 1.). Jednodimenzionalna struktura upitnika objašnjava 54% varijance.

**Slika 1.** Scree plot faktorske analize glavnih osi za Mjeru doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine



**Tablica 1.** *Faktorska analiza Mjere doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine*

Čestica	Faktorska struktura (Component Matrix)	Ekstrahirani komunaliteti
V6 Nepravedno se ponašaju prema meni zbog toga.	.82	.67
V7 Uskraćuju mi neka moja prava zbog toga.	.76	.58
V3 Rugaju mi se ili me vrijeđaju.	.76	.58
V4 Pričaju ružno o meni ili imaju zlobne komentare (uživo ili na internetu).	.74	.55
V5 Fizički su ili verbalno agresivni prema meni.	.73	.54
V2 Zadirkuju me zbog toga.	.70	.49
V1 Izbjegavaju se družiti sa mnom.	.64	.41

Tablica 1. prikazuje faktorsku strukturu Mjere doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine. Faktorska analiza upućuje na postojanje jednog generalnog faktora koji mjeri različite aspekte stigmatizacije (nepravedno ponašanje, uskraćivanje prava, ruganje, zlobno komentiranje, fizička i verbalna agresija, zadirkivanje i socijalna izoliranost). Faktorska analiza pokazuje kretanje korelacije između faktora i čestica od .82 (Nepravedno se ponašaju prema meni zbog toga) do .64 (Izbjegavaju se družiti sa mnom). Komunaliteti pojedinih varijabli kreću se od .41 do .67.

### ***3.2.3. Upitnik petofaktorskog modela ličnosti***

Upitnik petofaktorskog modela ličnosti (Big Five Inventory; John, Donahue i Kentle, 1991; prema John i Srivastava, 1999) sastoji se od 44 čestice u obliku kratkih verbalnih fraza. Upitnik petofaktorskog modela ličnosti (BFI) sadržajno dobro pokriva svih pet dimenzija ličnosti koje opisuju određene osobine: Ekstraverzija (energičnost, asertivnost, društvenost, entuzijastičnost); Ugodnost (osjetljivost, ljubaznost, simpatičnost, altruizam); Savjesnost (pouzdanost, odgovornost, organiziranost);

Neuroticizam (anksioznost, dominantnost, afektivnost); Otvorenost za iskustva (kreativnost, nekonvencionalnost, smisao za umjetnost, mudrost). Zadatak sudionika je procijeniti vide li sebe kao osobu koja ima svaku od navedenih osobina. Odgovori se boduju na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva (od 0- uopće se ne slažem do 4- u potpunosti se slažem). Viši rezultat na upitniku ukazuje na veću izraženost pojedine crte ličnosti. Primjer tvrdnje za ekstraverziju je „Sebe vidim kao osobu koja je pričljiva.“ Primjer tvrdnje za ugodnost je: „Sebe vidim kao osobu koja je spremna pomoći i nesebična.“ Primjer tvrdnje za savjesnost je: „Sebe vidim kao osobu koja pouzdano objavlja poslove.“ Primjer tvrdnje za neuroticizam je: „Sebe vidim kao osobu koja je depresivna, tužna.“ Primjer tvrdnje za otvorenost za iskustva je: „Sebe vidim kao osobu koja je originalna, ima nove ideje.“ BFI ima zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike. Na kanadskim i američkim uzorcima pouzdanosti se kreću u rasponu od .75 do .90, a test-retest pouzdanost u razmaku od tri mjeseca iznosi od .80 do .90. (John, Donahue i Kentle, 1991; prema John i Srivastava, 1999). Pouzdanosti unutarnje konzistencije u istraživanju kojeg su proveli Kardum, Gračanin i Hudek-Knežević (2006) također su zadovoljavajuće i kreću se od .72 do .82. BFI se koristi kao petofaktorska mjera te je za potrebe ovog istraživanja preuzeta faktorska struktura originalnog upitnika. Deskriptivni podaci prikazani su u dijelu „Rezultati“.

### ***3.2.4. Upitnik socijalne podrške***

Kao mjera socijalne podrške korištena je ljestvica procjene socijalne podrške, koja je adaptacija SS-A upitnika (Social Support Appraisals Scale; Vaux, Phillips, Williams i Stewart, 1986) na hrvatski jezik (Hudek-Knežević i Kardum, 1993). Ljestvica mjeri tri aspekta socijalne podrške: podrška unutar obitelji, podrška prijatelja i podrška na poslu (Hudek-Knežević, 1994). Ljestvica socijalne podrške je upitnik samoprocjene, sastoji se od 24 čestice, a odgovara se na skali od 1 (uopće nije točno za mene) do 5 (potpuno je točno za mene). Pouzdanosti upitnika na populaciji studenata kreću se od .90 za dimenziju podrške obitelji, .80 za dimenziju podrške prijatelja i .84 za dimenziju podrške ostalih (Vaux i sur., 1986). Za svaku dimenziju podrške izračunat je kompozit vrijednosti. Viši rezultat pri tome znači veću percepciju socijalne podrške na određenoj dimenziji. Za potrebe istraživanja, čestice koje mjere socijalnu podršku na poslu preformulirane su tako

da opisuju socijalnu podršku za koju učenici percipiraju da dobivaju u školi (od profesora). Primjer za podršku od strane prijatelja je: „Prijatelji me poštuju.“ Primjer za podršku od strane obitelji je: „Obitelj me poštuje.“ Primjer za podršku od strane profesora je: „Profesori su mi spremni pomoći na bilo koje načine.“ Za potrebe ovog istraživanja preuzeta je faktorska struktura originalnog upitnika koji se koristi kao mjera od tri faktora. Deskriptivni podaci upitnika prikazani su u dijelu „Rezultati“.

### ***3.2.5. Upitnik tjelesnih simptoma***

Upitnik tjelesnih simptoma (Eriksen, Ihlebaek i Ursin, 1999) sastoji se od 29 čestica koje obuhvaćaju različitu subjektivnu tjelesnu i psihološku simptomatologiju. Upitnik obuhvaća dimenzije muskuloskeletalne (npr. „bol u leđima“, „bol u vratu“), pseudoneurološke („srčane aritmije“, „umor“) i gastrointestinalne („bol u truhu“, „tvrda stolica“) tjelesne simptome te simptome alergije („problemi s disanjem“, „bol u grudima“) i gripe („kašalj“, „prehlada“). Ispitanici odgovaraju na skali od 1 (niti malo izražen navedeni simptom) do 3 (jako izražen navedeni simptom). Uz izraženost pojedinih simptoma, ispitanici su procjenjivali koliko su dana trajali tjelesni simptomi, unutar posljednjih mjesec dana. Pouzdanost skale ukupnih tjelesnih simptoma iznosi .90, dok pouzdanost pojedinih subskala iznosi .80 za muskuloskeletalne, .77 za pseudoneurološke, .77 za gastrointestinalne simptome, .65 za simptome alergije dok korelacija za dvije čestice simptoma gripe iznosi .56 (Krapić, Čoso i Sušanj, 2006). U ovom istraživanju upitnik je korišten kao jednodimenzionalna mjera. Rezultat predstavlja ukupne tjelesne simptome, a dobiven je zbrojem odgovora na svim česticama upitnika. Viši rezultat predstavlja izraženije tjelesne simptome. Deskriptivni podaci upitnika prikazani su u dijelu „Rezultati“.

### ***3.2.6. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa***

Kao mjera psihološkog zdravlja korištena je skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS; Depression, Anxiety and Stress Scale; Lovibond i Lovibond, 1995). Skala je razvijena na nekliničkom uzorku adolescenata i odraslih ljudi. Sastoji se od 42 čestice te izvorno pokazuje trofaktorsku strukturu (depresivnost, anksioznost, stres). U ovom

istraživanju koristit će se skraćena verzija skale DASS21, koja sadrži 21 česticu. Ovakva verzija upitnika pokazala je dobre psihometrijske karakteristike na uzorku adolescenata, pri čemu je pouzdanost subskale depresivnosti iznosila .87, za anksioznost .82 i .86 za stres (Jovanović, Žuljević i Brdarić, 2011). Primjer čestice za depresivnost je: „Osjećam da se nemam čemu veseliti.“ Primjer čestice za anksioznost je: „Bojim se bez pravog razloga.“ Primjer čestice za stres je: „Lako se uznemirim.“ Ljestvica odgovora se kreće od 1 (uopće se ne odnosi na mene) do 4 (u potpunosti se odnosi na mene). Rezultat predstavlja kompozit psihičkih simptoma na pojedinoj dimenziji. Viši rezultat ukazuje na percepciju o većem broju psihičkih simptoma. Deskriptivni podaci upitnika prikazani su u dijelu „Rezultati“.

### **3. 3. Postupak istraživanja**

Učenici su upitnike ispunjavali grupno u obliku olovka-papir, u trajanju od jednog školskog sata. Ispitanicima je naglašeno kako je ispitivanje anonimno i dobrovoljno. Prije početka provođenja ispitivanja, učenicima je predstavljeno istraživanje i uputa o načinu rješavanja upitnika. Učenici su ispunjavali Mjeru doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine, Upitnik petofaktorskog modela ličnosti, Upitnik socijalne podrške, Upitnik tjelesnih simptoma i Skalu depresivnosti, anksioznosti i stresa. Tijekom ispunjavanja upitnika ispitivač je bio uz ispitanike kako bi im pomogao ukoliko dođe do nekih nejasnoća.

## **4. REZULTATI**

Prije odgovaranja na postavljene probleme, izračunate su deskriptivne vrijednosti (prosječni rezultat, standardna devijacija, minimalna i maksimalna vrijednost te pouzdanost) unutar svake subskale korištenih upitnika (Tablica 2.).

**Tablica 2.** *Deskriptivne vrijednosti skala korištenih u istraživanju*

		$\bar{X}$	SD	Min.	Max.	$\alpha$
Mjera doživljaja stigmatizacije zbog tjelesne težine		8.1	2.12	7	25	.85
Upitnik petofaktorskog modela ličnosti	Ekstraverzija	28.93	5.03	13	40	.70
	Ugodnost	32.64	5.11	11	45	.67
	Savjesnost	30.26	5.71	9	45	.75
	Neuroticizam	22.31	5.39	8	40	.70
	Otvorenost	35.59	4.38	18	47	.47
Socijalna podrška	Podrška profesora	34.21	5	9	40	.86
	Podrška obitelji	35.58	5.61	8	40	.89
	Podrška prijatelja	26.28	6.64	8	40	.87
Tjelesni simptomi		44.53	11.15	29	103	.86
Psihički simptomi	Depresija	11.83	4.80	7	28	.86
	Anksioznost	12.54	4.33	7	26	.76
	Stres	14.05	4.28	7	27	.77

Sve subskale korištenih upitnika pokazuju zadovoljavajuću pouzdanost, osim subskale otvorenosti u BFI, čija je pouzdanost niska. Iz tog razloga subskala otvorenosti izostavljena je iz daljnjih analiza.



#### **4.1. Korelacija između ispitanih varijabli**

U Tablici 3. prikazane su korelacije između doživljaja stigmatizacije, pojedinih crta ličnosti (ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, neuroticizam), socijalne podrške (prijatelji, obitelj, profesori) te psihičkog (depresija, anksioznost, stres) i fizičkog zdravlja ispitanika.

Doživljena stigmatizacija značajno negativno korelira s ugodnosti i značajno pozitivno s neuroticizmom. Stigmatizacija je značajno negativno povezana sa socijalnom podrškom obitelji, prijatelja i profesora. Korelacija je značajna i pozitivna između stigmatizacije te fizičkih i psihičkih simptoma depresije, anksioznosti i stresa.

Crte ličnosti pokazuju značajne obrasce povezanosti s tjelesnim i psihičkim simptomima. Svaka od ispitivanih crta ličnosti značajno negativno korelira s depresijom, anksioznosti i stresom, osim neuroticizma čija je povezanost sa sve tri dimenzije psihičkih simptoma pozitivna i značajna. Neuroticizam ima najvišu povezanost sa subskalom depresivnosti, anksioznosti i stresa u odnosu na druge crte ličnosti. Najviša negativna povezanost uočena je između savjesnosti i depresije, anksioznosti i stresa. Kod tjelesnih simptoma, dobivena je značajna povezanost sa crtama ugodnosti, savjesnosti i neuroticizma. Pri tome su ugodnost i savjesnost značajno negativno povezane sa tjelesnim simptomima, dok je neuroticizam značajno pozitivno povezan sa tjelesnim simptomima. Ta korelacija je ujedno i najviša u odnosu na crte ugodnosti i savjesnosti.

Socijalna podrška od strane prijatelja, obitelji i profesora pokazuje značajne negativne korelacije s tjelesnim i psihičkim simptomima. Prilikom analize korelacija socijalne podrške i psihičkih simptoma, najviša značajna i negativna korelacija uočena je između podrške obitelji i depresije. Podrška obitelji također ima najvišu negativnu korelaciju sa tjelesnim simptomima.

**Tablica 3. Korelacije između ispitanih varijabli**

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1.Stigmatizacija	-	-.07	-.10*	-.02	.19**	-.23**	-.09**	-.13**	.17**	.20**	.21**	.20**
2.Ekstraverzija		-	.02	.24**	-.21**	.27**	.11*	.05	-.27**	-.25	-.19**	-.06
3.Ugodnost			-	.43**	-.40**	.21**	.37**	.33**	-.28**	-.17**	-.33**	-.20**
4.Savjesnost				-	-.41**	.10*	.25**	.29**	-.39**	-.34**	-.34**	-.19**
5.Neuroticizam					-	-.12**	-.24**	-.22**	.55**	.52**	.62**	.39**
6.Podrška prijatelja						-	.48**	.24**	-.25**	-.16**	-.21**	-.11**
7.Podrška obitelji							-	.40**	-.37**	-.27**	-.23**	-.26**
8.Podrška profesora								-	-.24**	-.15**	-.22**	-.19**
9.Depresija									-	.72**	.73**	.44**
10.Anksioznost										-	.68**	.51**
11.Stres											-	.47**
12.Tjelesni simptomi												-

\*p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

#### 4.2. Efekt doživljene stigmatizacije zbog tjelesne težine na zdravlje ispitanika i moderatorska uloga crta ličnosti i socijalne podrške u navedenom odnosu

Kako bi se utvrdio efekt stigmatizacije, crta ličnosti i socijalne podrške na ishodne varijable psihičkog i fizičkog zdravlja ispitanika te moderatorski efekt crta ličnosti i socijalne podrške u navedenom odnosu, provedene su hijerarhijske regresijske analize. U svim analizama kao prediktorska varijabla u prvom koraku uključen je doživljaj stigmatizacije, kako bi se provjerio efekt stigmatizacije na zdravlje ispitanika. U drugom koraku uključene su crte ličnosti i socijalna podrška, a u trećem koraku interakcije između stigmatizacije i crta ličnosti te stigmatizacije i socijalne podrške.

U Tablici 4. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterijsku varijablu tjelesnih simptoma. U tablici su navedeni samo značajni prediktori.

**Tablica 4.** Rezultati regresijske analize za kriterijsku varijablu tjelesnih simptoma

<b>Tjelesni simptomi</b>			
PREDIKTORSKE VARIJABLE	BETA	$R^2$	$\Delta R^2$
<b>1. korak</b>		.04**	.04**
Stigmatizacija	.20**		
<b>2. korak</b>		.20**	.16**
Stigmatizacija	.13**		
Neuroticizam	.33**		
Podrška obitelji	-.19**		
<b>3. korak</b>		.24**	.04**
Stigmatizacija	.07		
Neuroticizam	.33**		
Podrška obitelji	-.20**		
Stigma*ekstraverzija	-.11*		
Stigma*savjesnost	-.12**		
Stigma*Podrška obitelji	.13**		

$\Delta R^2$  – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjennoj varijanci

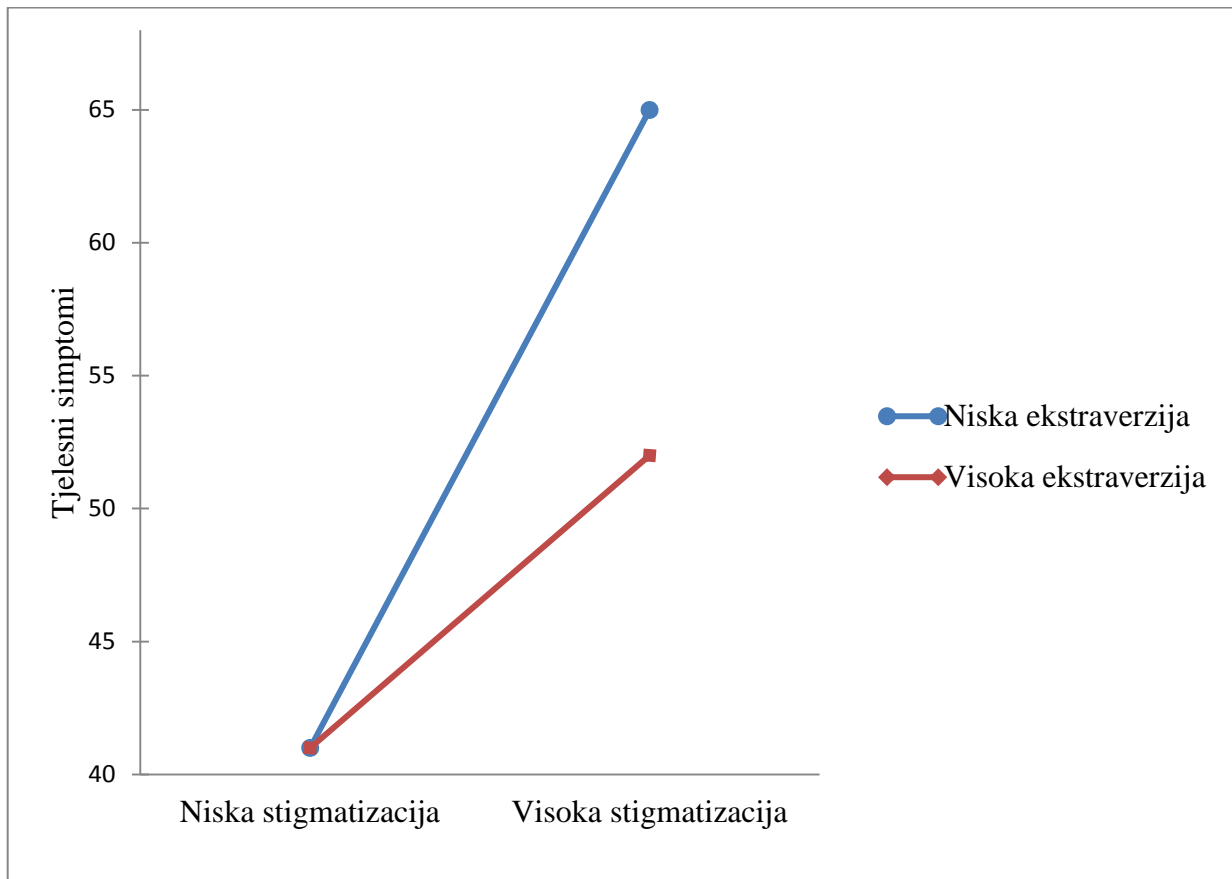
$R^2$  - ukupni doprinos objašnjennoj varijanci

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

Iz Tablice 4. vidi se kako je ukupno objašnjeno 24% varijance tjelesnih simptoma. Varijabla stigmatizacije u prvom koraku objašnjava 4% varijance kriterija. Varijabla stigmatizacije značajan je prediktor tjelesnih simptoma, pri čemu ispitanici s više doživljene stigmatizacije iskazuju više tjelesnih simptoma. U drugom koraku uključene su varijable crta ličnosti i socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih 16% varijance kriterija. U trećem koraku uključene su interakcije između stigmatizacije i crta ličnosti te stigmatizacije i dimenzija socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih 4% varijance kriterija. U trećem koraku su samostalni značajni prediktori tjelesnih simptoma neuroticizam, podrška obitelji, interakcija između stigmatizacije i ekstraverzije, interakcija između stigmatizacije i savjesnosti, te između stigmatizacije i podrške obitelji. Pri tome je neuroticizam pozivan, a podrška obitelji negativan prediktor tjelesnih simptoma. Interakcije između stigmatizacije i savjesnosti te između stigmatizacije i ekstraverzije su negativni prediktori, a interakcija između stigmatizacije i podrške obitelji pozitivan prediktor tjelesnih simptoma.

Na Slici 2. prikazana je interakcija između stigmatizacije i ekstraverzije na tjelesne simptome.

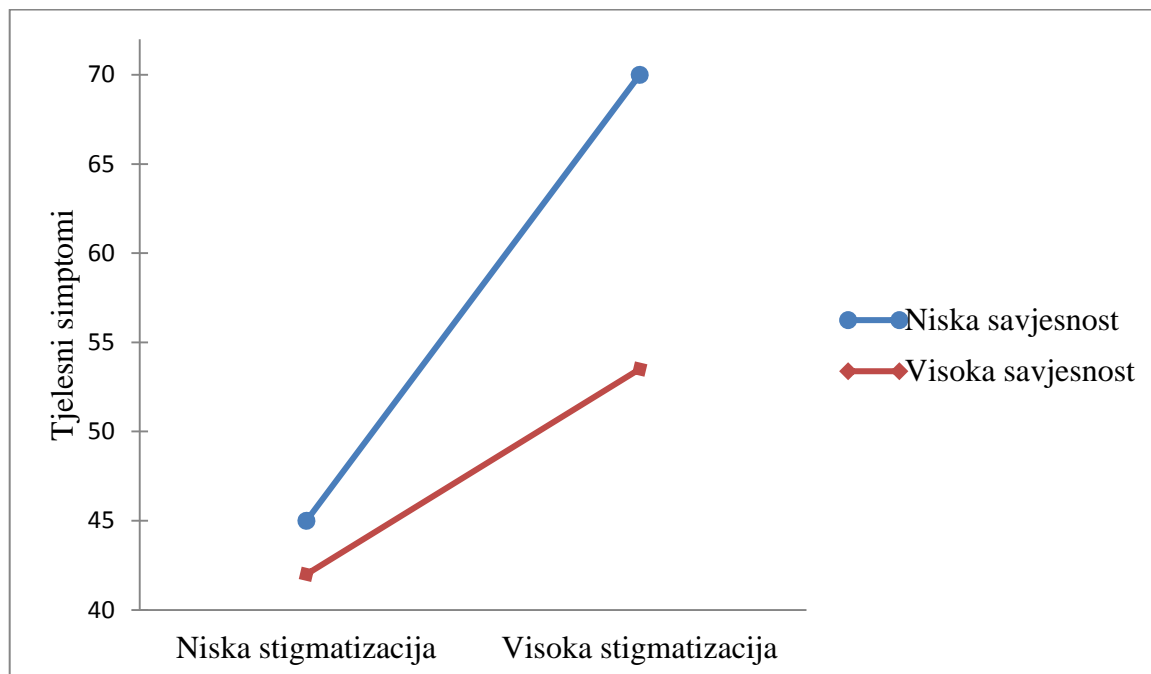
**Slika 2.** Interakcija stigmatizacije i ekstraverzije na tjelesne simptome



Tjelesni simptomi se kod ispitanika koji imaju niski doživljaj stigmatizacije ne razlikuju s obzirom na razinu ekstraverzije. S povećanjem doživljaja stigmatizacije uočavaju se razlike s obzirom na izraženost ekstraverzije. Ekstravertiraniji ispitanici imaju manji broj tjelesnih simptoma pri visokom doživljaju stigmatizacije u odnosu na ispitanike koji su manje ekstravertirani te pri visokoj stigmatizaciji imaju veći broj tjelesnih simptoma. Efekt stigmatizacije na tjelesne simptome veći je kod ispitanika sa niskom ekstraverzijom.

Na Slici 3. prikazana je interakcija između stigmatizacije i savjesnosti na tjelesne simptome.

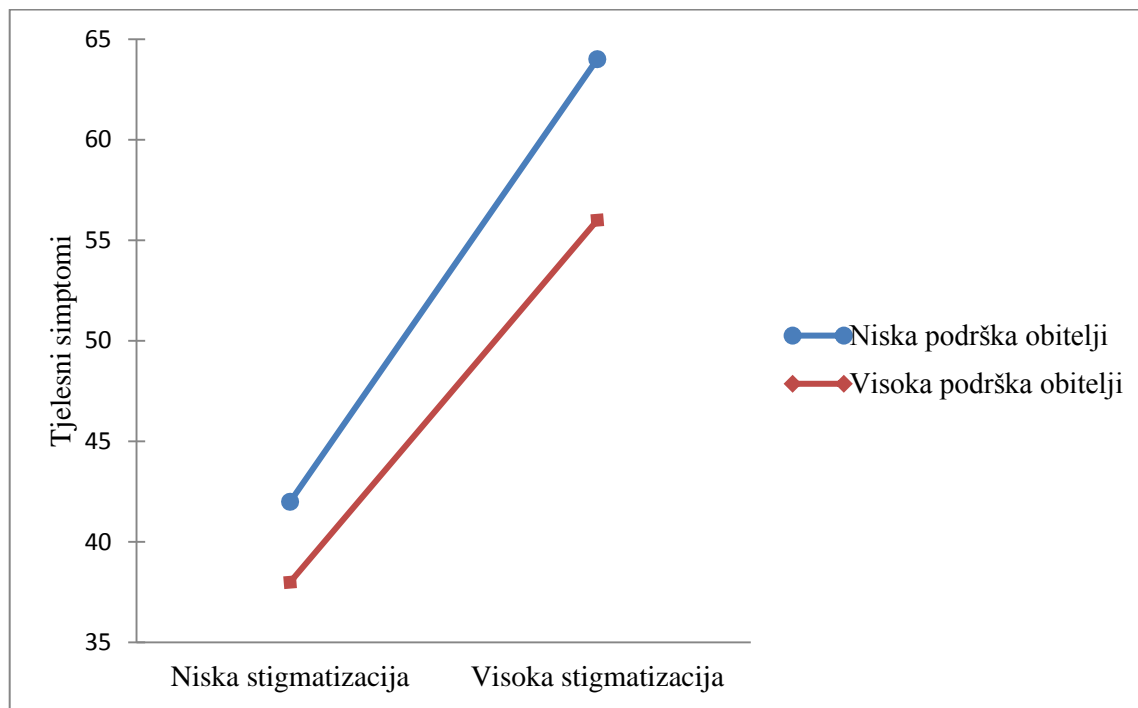
**Slika 3.** *Interakcija stigmatizacije i savjesnosti na tjelesne simptome*



Tjelesni simptomi se kod ispitanika razlikuju s obzirom na savjesnost i stigmatizaciju. Pri niskom doživljaju stigmatizacije, ispitanici s visokom savjesnošću imaju manje tjelesnih simptoma u odnosu na ispitanike s niskom savjesnošću, iako razlike nisu velike. S povećanjem doživljaja stigmatizacije uočava se sve veća razlika u tjelesnim simptomima s obzirom na savjesnost. Ispitanici s visokom savjesnošću imaju manji broj tjelesnih simptoma pri visokom doživljaju stigmatizacije u odnosu na ispitanike koji su manje savjesni te pri visokoj stigmatizaciji imaju veći broj tjelesnih simptoma. Efekt stigmatizacije na tjelesne simptome veći je kod nisko savjesnih ispitanika.

Na Slici 4. prikazana je interakcija između stigmatizacije i podrške obitelji na tjelesne simptome.

**Slika 4.** *Interakcija stigmatizacije i podrške obitelji na tjelesne simptome*



Tjelesni simptomi se kod ispitanika razlikuju s obzirom na podršku obitelji i stigmatizaciju. Pri niskom doživljaju stigmatizacije, ispitanici s visokom podrškom obitelji imaju manje tjelesnih simptoma u odnosu na ispitanike s niskom podrškom obitelji, koji pri niskoj stigmatizaciji imaju veći broj tjelesnih simptoma. S porastom stigmatizacije povećava se broj tjelesnih simptoma kod obje skupine, ali je on i dalje niži kod adolescenata s visokom podrškom obitelji, u odnosu na adolescente s niskom podrškom obitelji koji i kod visoke stigmatizacije imaju veći broj tjelesnih simptoma.

U Tablici 5. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterijsku varijablu depresije. U tablici su prikazani samo značajni prediktori.

**Tablica 5.** *Rezultati regresijske analize za kriterijsku varijablu depresije*

<b>Depresija</b>			
PREDIKTORSKE VARIJABLE	BETA	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>
<b>1. korak</b>		.03**	.03**
Stigmatizacija	.18**		
<b>2. korak</b>		.40**	.37**
Stigmatizacija	.06		
Ekstraverzija	-.10**		
Savjesnost	-.16**		
Neuroticizam	.41**		
Podrška obitelji	-.21**		
<b>3. korak</b>		.41**	.01
Stigmatizacija	.05		
Ekstraverzija	-.10**		
Savjesnost	-.16**		
Neuroticizam	.40**		
Podrška obitelji	-.22**		
Stigma*Podrška obitelj	.08*		

ΔR<sup>2</sup> – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenju varijanci

R<sup>2</sup> - ukupni doprinos objašnjenju varijanci

\*p<0.05, \*\*p<0.01

Iz Tablice 5. vidi se kako je ukupno objašnjeno 41% varijance kriterija. Varijabla stigmatizacije u prvom koraku objašnjava 3% varijance kriterija. Varijabla stigmatizacije značajan je prediktor depresije, pri čemu ispitanici s više doživljene stigmatizacije imaju više depresivnih simptoma. U drugom koraku uključene su varijable crta ličnosti i socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih 37% varijance kriterija. U trećem koraku uključene su interakcije između stigmatizacije i crta ličnosti te stigmatizacije i socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih 1% varijance kriterija, koji nije značajan. Prema tome, varijable u trećem koraku ne doprinose značajno objašnjenju varijance kriterija. Samostalni značajni prediktori depresije u trećem koraku su ekstraverzija, savjesnost,



neuroticizam, podrška obitelji te interakcija između stigmatizacije i podrške obitelji. Pri tome su ekstraverzija, savjesnost i podrška obitelji negativni prediktori depresije, a neuroticizam pozitivan prediktor. Interakcija između stigmatizacije i podrške obitelji pozitivan je prediktor.

U Tablici 6. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterijsku varijablu anksioznosti. U tablici su prikazani samo značajni prediktori.

**Tablica 6.** Rezultati regresijske analize za kriterijsku varijablu anksioznosti

<b>Anksioznost</b>			
PREDIKTORSKE VARIJABLE	BETA	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>
<b>1. korak</b>		.04**	.04**
Stigmatizacija	.20**		
<b>2. korak</b>		.34**	.30**
Stigmatizacija	.11**		
Ekstraverzija	-.10**		
Ugodnost	.12**		
Savjesnost	-.16**		
Neuroticizam	.42**		
Podrška obitelji	-.18**		
<b>3. korak</b>		.35**	.01
Stigmatizacija	.14**		
Ekstraverzija	-.10**		
Ugodnost	.12**		
Savjesnost	-.17**		
Neuroticizam	.42**		
Podrška obitelji	-.18**		
Stigma*Podrška obitelj	.08*		

ΔR<sup>2</sup> – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenju varijanci

R<sup>2</sup> - ukupni doprinos objašnjenju varijanci

\*p<0.05, \*\*p<0.01

Iz Tablice 6. vidi se kako je ukupno objašnjeno 35% varijance anksioznosti. Varijabla stigmatizacije u prvom koraku objašnjava 4% varijance kriterija. Varijabla

stigmatizacije značajan je prediktor anksioznosti, pri čemu ispitanici s više doživljene stigmatizacije imaju više anksioznih simptoma. U drugom koraku uključene su varijable crta ličnosti i socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih 30% varijance kriterija. U trećem koraku uključene su interakcije između stigmatizacije i crta ličnosti te stigmatizacije i socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih neznčajnih 1% varijance kriterija. Prema tome, varijable u trećem koraku ne doprinose značajno objašnjenju varijance kriterija. Samostalni značajni prediktori anksioznosti u trećem koraku su stigmatizacija, ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, neuroticizam, podrška obitelji te interakcija između stigmatizacije i podrške obitelji. Pri tome su stigmatizacija, neuroticizam i ugodnost pozitivni prediktori, a savjesnost, ekstraverzija i podrška obitelji su negativni prediktori. Interakcija između stigmatizacije i obitelji pozitivan je prediktor anksioznosti.

U Tablici 7. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterijsku varijablu stresa. U tablici su prikazani samo značajni prediktori.

**Tablica 7.** Rezultati regresijske analize za kriterijsku varijablu stresa

<b>Stres</b>			
PREDIKTORSKE VARIJABLE	BETA	$R^2$	$\Delta R^2$
<b>1. korak</b>		.05**	.05**
Stigmatizacija	.22**		
<b>2. korak</b>		.42**	.37**
Stigmatizacija	.09**		
Neuroticizam	.53**		
Podrška prijatelja	-.10**		
<b>3. korak</b>		.44**	.02**
Stigmatizacija	.11*		
Savjesnost	-.08*		
Neuroticizam	.51**		
Podrška prijatelja	-.08*		
Stigma*Podrška obitelj	.10**		

$\Delta R^2$  – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenjanoj varijanci

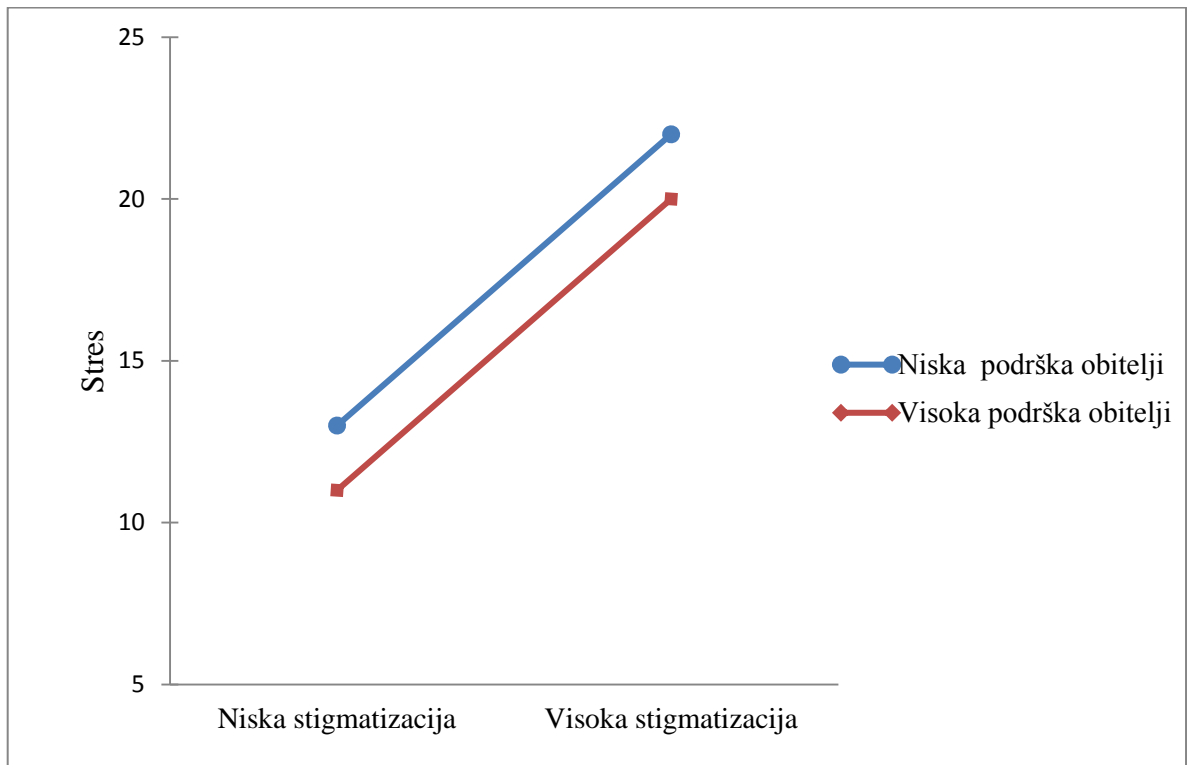
$R^2$  - ukupni doprinos objašnjenjanoj varijanci

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

Iz Tablice 7. vidi se kako je ukupno objašnjeno 44% varijance stresa. Varijabla stigmatizacije u prvom koraku objašnjava 5% varijance kriterija. Varijabla stigmatizacije značajan je prediktor stresa, pri čemu ispitanici s više doživljene stigmatizacije imaju i više simptoma stresa. U drugom koraku uključene su varijable crta ličnosti i socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih 37% varijance kriterija. U trećem koraku uključene su interakcije između stigmatizacije i crta ličnosti te stigmatizacije i socijalne podrške, gdje je objašnjeno dodatnih 2% varijance kriterija. Samostalni značajni prediktori stresa u trećem koraku su stigmatizacija, savjesnost, neuroticizam, podrška prijatelja te interakcija između stigmatizacije i podrške obitelji. Pri tome su stigmatizacija i neuroticizam pozitivni prediktori, a savjesnost i podrška prijatelja negativni prediktori stresa. Interakcija između stigmatizacije i obitelji pozitivan je prediktor stresa.

Na Slici 5. prikazana je interakcija između stigmatizacije i podrške obitelji na stres.

**Slika 5.** Interakcija stigmatizacije i podrške obitelji na stres



Doživljeni stres razlikuje se s obzirom na doživljenu stigmatizaciju i podršku obitelji. Pri niskom doživljaju stigmatizacije, ispitanici s većim doživljajem podrške obitelji imaju manje simptoma stresa u odnosu na ispitanike s niskom podrškom obitelji, koji imaju više simptoma stresa. S povećanjem stigmatizacije, povećava se i broj simptoma stresa. Unatoč povećanju simptoma stresa s porastom stigmatizacije u obje skupine, broj stresnih simptoma ostaje niži kod adolescenata koji imaju visoku podršku obitelji.

## 5. RASPRAVA

Cilj istraživanja bio je ispitati efekt stigmatizacije na temelju tjelesne težine na psihičko i fizičko zdravlje adolescenata. Osim izravnog efekta stigmatizacije provjereno je da li će crte ličnosti i socijalna podrška imati moderatorsku ulogu u odnosu stigmatizacije i zdravlja adolescenata. Pretpostavljeno je kako će stigmatizacija imati značajan efekt na psihičko i fizičko zdravlje. Nadalje, pretpostavljeno je kako će ekstraverzija, savjesnost i otvorenost te socijalna podrška ublažiti negativan efekt stigmatizacije na zdravlje adolescenata.

Potvrđena je prva hipoteza o izravnom efektu stigmatizacije na tjelesne simptome, simptome depresije, anksioznosti i stresa. Prema rezultatima, ispitanici koji su stigmatizirani na temelju tjelesne težine pokazivat će više psihičkih i fizičkih simptoma. Ovi rezultati sukladni su s postojećom literaturom (npr. Mellin i sur., 2002), koja potvrđuje kako se kod pretilih adolescenata javlja znatno više psihološkog stresa, te ukazuje na to da su pretili ranjiva populacija koja je izložena različitim psihičkim i fizičkim teškoćama. Isto tako, vršnjačka stigmatizacija povezana je s povećanom razinom anksioznosti kod adolescenata (Storch i sur., 2007). Prijašnja istraživanja govore i o nizu tjelesnih simptoma koji se javljaju kao posljedica stigmatizacije (Gupta i sur., 2002; Stovitz i sur., 2008; Wright i sur., 2010). U ispitivanom uzorku, značajni efekt stigmatizacije na tjelesne simptome ukazuje na probleme mišičnokoštanog, pseudoneurološkog i gastrointestinalnog sustava te na pojačane probleme s gripama i alergijama. Povišeni rezultati na skali depresije u prisutnosti doživljene stigmatizacije, također su u skladu s prethodnim istraživanjima (Erermis, 2004).

U drugoj hipotezi pretpostavili smo da će socijalna podrška i crte ličnosti imati moderatorsku ulogu između stigmatizacije i psihičkog i fizičkog zdravlja adolescenata. Najprije smo provjerili izravne efekte crta ličnosti i socijalne podrške na tjelesne i psihičke simptome adolescenata.

Značajni prediktori tjelesnih simptoma u ispitivanom uzorku su neuroticizam i podrška obitelji pri čemu je neuroticizam povezan s više tjelesnih simptoma, dok podrška obitelji smanjuje broj tjelesnih simptoma. Iako Goodwin i Friedman (2006) govore o pozitivnoj povezanosti neuroticizma i tjelesnih simptoma u odrasloj populaciji, prema našim rezultatima možemo zaključiti kako se takav obrazac povezanosti javlja i ranije.

Podrška obitelji, koja pomaže adolescentima u smanjenju tjelesnih simptoma, također je u skladu s postojećom literaturom (npr. Moreno i sur., 2009).

Značajni prediktori depresije su ekstraverzija, savjesnost i neuroticizam, pri čemu ekstraverzija i savjesnost smanjuju broj depresivnih simptoma, dok neuroticizam povećava simptome. Dobiveni rezultati u skladu su s očekivanjima, s obzirom da nisko savjesni i manje ekstravertirani pojedinci imaju višu stopu depresije i anksioznosti (Goodwin i Friedman, 2006). Od ispitivanih dimenzija podrške, podrška obitelji značajno smanjuje depresivne simptome.

Značajni prediktori anksioznosti su ekstraverzija, savjesnost, neuroticizam i ugodnost. Ekstraverzija i savjesnost smanjuju broj anksioznih simptoma, dok ih neuroticizam i ugodnost povećavaju. U odnosu na naše istraživanje, u pregledanim istraživanjima ugodnost nije pokazivala jasne obrasce povezanosti sa psihičkim i fizičkim simptomima (npr. Goodwin i Friedman, 2006). Od ispitivanih dimenzija podrške, podrška obitelji značajno smanjuje anksiozne simptome.

Značajni prediktori stresa su neuroticizam i podrška prijatelja. Podrška prijatelja značajno smanjuje simptome stresa u ispitivanom uzorku, dok ih neuroticizam povećava. Važnost podrške prijatelja uočena je i u ranijim istraživanjima gdje je uočeno kako su kvalitetni vršnjački odnosi pozitivno povezani s psihičkim zdravljem (npr. Zeller i Modi, 2006).

Nakon izravnih efekata, analizirali smo moderatorsku ulogu crta ličnosti i socijalne podrške u odnosu doživljene stigmatizacije i zdravlja adolescenata. U ispitivanom uzorku, ekstraverzija, savjesnost te podrška obitelji značajno moderiraju odnos između stigmatizacije adolescenata i tjelesnih simptoma.

Ekstraverzija u ispitivanom uzorku nema efekta na tjelesne simptome pri niskoj stigmatizaciji, ali kako doživljaj stigmatizacije postaje veći, uočava se da ekstraverzija ublažava negativne efekte stigmatizacije na tjelesne simptome. Takvi rezultati su očekivani, s obzirom da ekstravertirane osobe doživljavaju više pozitivnih emocija, lako se zbližavaju s drugim ljudima te traže socijalnu interakciju. Pozitivne emocije nadalje pomažu osobi pri oporavku od stresnih iskustava (Tugade i Fredrickson, 2004), dok fleksibilno razmišljanje i širok spektar ponašajnih obrazaca, kao rezultat pozitivnog afekta, mogu povećati psihološke resurse koji pomažu u suočavanju sa stresnim

iskustvima (Fredrickson, 2001). Vješto suočavanje sa stresnim situacijama može biti zaslužno i za smanjenje tjelesnih simptoma kod istih. Isto tako, tendencija ekstravertiranih pojedinaca za izgradnjom široke socijalne mreže omogućuje im dodatni zaštitni faktor u stresnim situacijama (Rutter, 1985). Takav obrazac povezanosti javlja se i u našem uzorku, pri čemu ekstravertizacija značajno pozitivno korelira sa podrškom obitelji i prijatelja. Ekstravertiraniji pojedinci također imaju manje tjelesnih simptoma prema prijašnjim istraživanjima (npr. Goodwin i Friedman, 2006).

Savjesni pojedinci već pri niskoj stigmatizaciji pokazuju manje tjelesnih simptoma u odnosu na nisko savjesne ispitanike, dok je s povećanjem doživljaja stigmatizacije razlika sve veća. Rezultati u ispitivanom uzorku sukladni su istraživanju Goldberga i sur. (2007) prema kojem nisko savjesni pojedinci imaju slabije zdravstveno stanje u odnosu na visoko savjesne pojedince. Takvi rezultati kod nisko savjesnih pojedinaca mogu se objasniti preko višeg ITM-a te štetnih zdravstvenih ponašanja, kao što su konzumacija alkohola i cigareta (Goldberg i sur., 2007).

Podrška obitelji ima značajne moderatorske efekte u odnosu doživljaja stigmatizacije i tjelesnih simptoma. U ispitivanom uzorku, podrška obitelji ublažava negativne efekte stigmatizacije na tjelesne simptome. Postojeća literatura (npr. Moreno i sur., 2009), u kojoj je utvrđeno kako socijalna podrška može pomoći u stresnim situacijama i smanjenju tjelesnih simptoma u skladu je s našim rezultatima.

Podrška obitelji pokazala se značajnim moderatorom u odnosu doživljaja stigmatizacije i simptoma stresa. Podrška drugih, preko poticanja na suočavanje sa zahtjevima situacije, posljedično smanjuje stres, te je takav obrazac povezanosti pronađen i u ispitivanom uzorku, gdje visoka podrška obitelji smanjuje negativne efekte stigmatizacije na stres.

Različite vrste podrške ispitivane u istraživanju nisu se pokazale jednako važnima u odnosu stigmatizacije na temelju tjelesne težine te zdravlja adolescenata. Od uključenih dimenzija podrške, važnom se pokazala samo podrška obitelji, dok podrška prijatelja i profesora nije imala značajnu moderatorsku ulogu u navedenom odnosu. Takvi rezultati su pomalo iznenađujući s obzirom da u adolescentskoj dobi vršnjaci i profesori imaju važnu ulogu u životima adolescenata. Jedan od mogućih razloga zašto se podrška prijatelja nije pokazala zaštitnim faktorom je ta što su upravo vršnjaci jedan od glavnih

izvora stigmatizacije na temelju tjelesne težine. Drugi razlog odnosi se na socijalnu izoliranost stigmatiziranih adolescenata. S obzirom na izoliranost, stigmatizirani adolescenti možda traže druge izvore podrške te umanjuju važnost podrške vršnjaka. Podrška profesora u ispitivanom uzorku također nije zaštitni faktor u navedenom odnosu, što je moguće objasniti kroz negativne stavove koje profesori imaju prema pretilima. Često profesori pokazuju manja očekivanja od pretilih učenika kroz različite školske aktivnosti te nisu educirani o rješavanju problema stigmatizacije među adolescentima.

Na temelju ovih rezultata možemo pretpostaviti kako obitelj efikasno pomaže adolescentima u suočavanju sa psihičkim i fizičkim posljedicama stigmatizacije. Iako je za adolescente važna uloga vršnjaka i profesora, školsko okruženje može predstavljati mjesto na kojem se adolescenti najčešće suočavaju s nerazumijevanjem, ponižavanjem i izrugivanjem. Upravo zato, obitelj je važan faktor gdje adolescenti mogu razgovarati o svojim problemima i osjećajima. S druge strane, važno je imati na umu kako su kvalitetni odnosi s vršnjacima ključni za oblikovanje ličnosti u budućnosti. Iako obitelj predstavlja podršku adolescentima, odnosi s vršnjacima pridonose razvoju socijalnih kompetencija, autonomnosti i sposobnosti prilagodbe.

Predstavljeno istraživanje ima neke nedostatke. Prvo ograničenje odnosi se korištene mjere samoprocjene, što znači da ispitanici možda nisu iskreno odgovarali na pitanja te su davali socijalno poželjne odgovore. Nadalje, stigmatizacija na temelju tjelesne težine u ispitivanom uzorku vrlo je niska te bi možda efekt na ispitivane varijable bio drugačiji pri populaciji s višim stupnjem stigmatizacije. Treće ograničenje odnosi se na korelacijski model, kojim se ne mogu utvrditi uzročno posljedične veze između ispitivanih varijabli.

Unatoč ograničenjima, ovo istraživanje omogućuje dobar uvid u odnos stigmatizacije bazirane na temelju tjelesne težine i efekta na zdravlje adolescenata. Isto tako, prvi put, prema našim saznanjima, ispitivani su zaštitni efekti crta ličnosti i socijalne podrške u odnosu stigmatizacije i zdravlja. Ovo istraživanje može pomoći u pružanju šire slike stigmatizacije, koja ukazuje na važnost primjerene socijalne podrške i individualnih faktora. Istraživanje je korisno za osmišljavanje pristupa u kojem se jača adekvatna i primjerena socijalna podrška i individualne karakteristike adolescenata koje im mogu pomoći u stigmatizirajućim situacijama. Model usmjeren na smanjenje stigmatizacije koji uzima u obzir više varijabli poput socijalne podrške i crta ličnosti, pomogao bi u



edukaciji djece i adolescenata kako se suočiti sa stigmatizacijom. Isto tako, važno je usmjeriti se na razvoj socijalnih kompetencija pretilih adolescenata, u svrhu razvijanja kvalitetnih odnosa s vršnjacima. U daljnjim istraživanjima potrebno je detaljnije istražiti da li edukacija o podizanju svijesti o stigmatizaciji i njenim posljedicama pomaže u smanjenju iste.

## **6. ZAKLJUČAK**

Stigmatizacija ima izravan efekt na fizičko i psihičko zdravlje adolescenata. Socijalna podrška i crte ličnosti ispitivani su kao moderatori u odnosu između doživljene stigmatizacije i zdravlja adolescenata. Socijalna podrška obitelji pokazala se kao značajan moderator u odnosu između stigmatizacije te fizičkog zdravlja i stresa. S druge strane, od crta ličnosti, ekstraverzija i savjesnost ublažavaju efekte stigmatizacije samo na tjelesne simptome.

## 7. LITERATURA

Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N. i Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, 160, 285-291.

Annis, N. M., Cash, T. F. i Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1, 155–167.

Bauer, K. W., Yang, Y. W. i Austin, S. B. (2004). “How can we stay healthy when you’re throwing all of this in front of us?” Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity. *Health Education and Behavior*, 31, 34–46.

Bell, S. K. i Morgan, S. B. (2000). Children’s attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: Does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 137-145.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. i Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843–857.

Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. i Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.

Cash, T. F. (1995). Developmental teasing about physical appearance: Retrospective descriptions and relationships with body image. *Journal of Social Behavior and Personality*, 23, 123–130.

Cohen, S., Gottlieb, H. B. i Underwood, L. G. (2001). Social relationships and health: Challenges for measurement and intervention. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 129-141.

Counts, C. R., Jones, C., Frame, C. L., Jarvie, G. J. i Strauss, C. C. (1985). The perception of obesity by normal-weight versus school-age children. *Child Psychiatry and Human Development*, 17(2), 113-120.

Cramer, P. i Steinwert, T. (1998). Thin is good , fat is bad : How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(3), 429 451.

Crocker, J. i Quinn, D. M. (2000). Social stigma and the self: Meaning, situations and self-esteem. U: T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Helb i J. G. Hull (Ur.), *The social psychology of stigma* (str. 152-182). New York, NY, US: Guilford. Preuzeto sa <https://books.google.hr/>

- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D. i Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, 157, 733-738.
- Ereem, S., Cetin, N., Tamar, M. i Bukusoglu, N. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46, 296–301.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C. i Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 1, 63–72.
- Fogelholm, M., Kronholm, E., Kukkonen-Harjula, K., Partonen, T., Partinen, M. i Harma, M. (2007). Sleep-related disturbances and physical inactivity are independently associated with obesity in adults. *International Journal of Obesity*, 31, 1713-1722.
- Fortmeier-Saucier, L., Savrin, C., Heinzer, M. i Hudak, C. (2008). BMI and lipid levels in Mexican American children diagnosed with type 2 diabetes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(3), 142-147.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Gardner, R. M., Sorter, R. G. i Friedman, B. N. (1997). Developmental changes in children's body images. *Journal of Social Behavioral Personality*, 12, 1019–1036.
- Gilliland, F. D., Berhane, K., Islam, T., McConnell, R., Gauderman, W. J., Gilliland, S. S. ... Peters, J. M. (2003). Obesity and the risk of newly diagnosed asthma in school-age children. *American Journal of Epidemiology*, 158(5), 406-415.
- Goodwin, R. D. i Friedman, H. S. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 643-654.
- Greenleaf, C. i Weiller, K. (2005). Perceptions of youth obesity among physical educators. *Social Psychology of Education*, 8, 407–423.
- Gupta, N. K., Mueller, W. H., Chan, W. i Meininger, J. C. (2002). Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents? *American Journal of Human Biology*, 14, 762-768.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M. i Dubanoski, J. P. (2007). Forty years on: Teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Journal of Health Psychology*, 25(1), 57-64.
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F. i Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Research*, 13(8), 1318-1392.

- Hawker, D. S. i Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial adjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41, 441–455.
- Holt-Lunstad, J., Uchino, B. N., Smith, T. W., Cerny, C. B. i Nealey-Moore, J. B. (2003). Social relationships and ambulatory blood pressure: Structural and qualitative predictors of cardiovascular function during everyday social interactions. *Journal of Health Psychology*, 22, 388–397.
- Hudek-Knežević, J. (1994). Coping with stress in relation to characteristics of personality, gender and social support. *Godišnjak Odsjeka za psihologiju*, 3, 47-56.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F. i Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity and bullying behaviors in school-aged children. *Journal of Pediatrics*, 113, 1187-1193.
- John, O. P. i Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of Personality: Theory and Research*, 2, 102-138.
- Jovanović, V., Žuljević, D. i Brdarić, D. (2011). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) – Struktura negativnog afekta kod adolescenata. *Engrami*, 33(2), 19-28.
- Kardum, I., Gračanin, A. i Hudek-Knežević, J. (2006). Odnos crta ličnosti i stilova privrženosti s različitim aspektima seksualnosti kod žena i muškaraca. *Psihologijske teme*, 15, 101-128.
- Keltner, D., Capps, L., Kring, A. M., Young, R. C. i Heerey, E. A. (2001). Just teasing: A conceptual analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 127, 229–48.
- Krapić, N., Čoso, B. i Sušan, Z. (2006). Crte ličnosti i stavovi prema radu i organizaciji kao prediktori tjelesnih simptoma zaposlenika. *Psihologijske teme*, 15, 81-100.
- Kusunoki, T., Morimoto, T., Nishikomori, R., Heike, T., Ito, M., Hosoi, S. ... Nakahata, T. (2008). Obesity and the prevalence of allergic diseases in schoolchildren. *Pediatric Allergy and Immunology*, 19, 527–534.
- Latner, J. D., Stunkard, A. J. i Wilson, G. T. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, 13(7), 1226-1231.
- Lazorick, S., Peaker, B., Perrin, E. M., Schmid, D., Pennington, T., Yow, A. ... Dubard, A. (2011). Prevention and treatment of childhood obesity: Care received by a state medicaid population. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 50(9), 816-826.
- Li, L., Lee, S., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C. i Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*, 21(8), 1001-1013.

- Lindsey, M. A., Joe, S. i Nebbitt, V. (2010). Family matters: The role of mental health stigma and social support on depressive symptoms and subsequent help seeking among African American boys. *Journal of Black Psychology*, 36 (4), 458-482.
- Lovibond, P. F. i Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Martin, T. A., Oryol, V. E., Senin, I. G. i O'Cleirigh, C. (2007). Personality correlates of HIV stigmatization in Russia and the United States. *Journal of Research in Personality*, 41, 190-196.
- Mellin, A. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M. i Resnick, M. D. (2002). Unhealthy eating behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: The potential impact of familial factors. *Journal of Adolescent Health*, 31, 145–153.
- Miller, C. T. i Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57(1), 73-92.
- Moreno, C., Sanchez-Queija, I., Munoz-Tinoco, V., Gaspar de Matos, M., Dallago, L., Bogt, T. T. ...Rivera, F. (2009). Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *International Journal of Public Health*, 54, 235-242.
- Muennig, P. (2008). The body politic: The relationship between stigma and obesity-associated disease. *Public Health*, 8, 1-10.
- Nanette, G. K. i Henny, M. W. B. (2010). Adolescents of the USA national longitudinal lesbian family study: Can family characteristics counteract the negative effects of stigmatization? *Family Process*, 49(4), 559-572.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J. i Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26, 123–131.
- Neumark-Sztainer, D. D., Story, M. D., Faibisch, L. i Ed, D. (1998). Perceived stigmatization among overweight african-american and caucasian adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 23, 264–270.
- Nuttall, F. (2015). Body mass index: Obesity, BMI, and health: A critical review. *Nutrition Today*, 50(3), 117-128.
- Onis, M., Blössner, M. i Borghi, E. (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92, 1257-1264.
- Paxton, S. J. (1996) Prevention implications of peer influences on body image dissatisfaction and disturbed eating in adolescent girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 4(4), 334-347.

- Pearce, M., Boergers, J. i Prinstein, M. J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity Research*, 10, 386-393.
- Pierce, J. W. i Wardle, J. (1993). Self-esteem, parental appraisal and body size in children. *Journal of Children Psychological Psychiatry*, 34, 1125–1136.
- Pinquart, M. i Duberstein, P. R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 75, 122–137.
- Puhl, R. i Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R. M., Luedicke, J. i Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: Observations and reactions of peers. *Journal of School Health*, 81(11), 696-703.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. i Gurung, R. A. (2001). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. U: S. Duck (Ur.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (str. 16-41). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons. Preuzeto s <https://www.researchgate.net>
- Schwartz, M. B. i Puhl, R. (2003). Childhood obesity: A societal problem to solve. *Obesity Reviews*, 4, 57-71.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M. i Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Pediatric Obesity and Health-Related QOL*, 289(14), 1813–1819.
- Serovich, J. M., Kimberly, J. A., Mosack, K. E. i Lewis, T. L. (2001). The role of family and friend support in reducing emotional distress among HIV-positive women. *AIDS Care*, 13, 35–341.
- Silver, E. J., Bauman, L. J., Camacho, S. i Hudis, J. (2003). Factors associated with psychological distress in urban mothers with late-stage HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 7, 421–431.
- Smith, T. W. i Spiro, A. (2002). Erratum to „Personality, health, and aging: Prolegomenon for the next generation.“ *Journal of Research in Personality*, 36, 363-394.
- Storch, E. A. i Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27, 351–362.

- Storch, E. A. i Ledley, D. (2005). Peer victimization and psychosocial adjustment in children: Current knowledge and future directions. *Clinical Pediatrics*, 44(29), 29-38.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., DeBraganza, N., Lewin, A. B., Geffken, G. R. i Silverstein, J. H. (2007). Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at-risk-for- overweight youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (1), 80-89.
- Stovitz, S. D., Pardee, P. E., Vazquez, G., Duval, S. i Schwimmer, J. B. (2008). Musculoskeletal pain in obese children and adolescents. *Journal Compilation Foundation Acta Paediatrica*, 97, 489-493.
- Strauss, R. S. (2007). Childhood obesity and self-esteem. *Journal of Pediatrics*, 105(1), 1-5.
- Tang-Peronard, J. L. i Heitmann, B. L. (2008). Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity Reviews*, 9, 522-534.
- Taylor, B., Mannino, D., Brown, C., Crocker, D., Twum-Baah, N. i Holguin, F. (2008). Body mass index and asthma severity in the national asthma survey. *Thorax*, 63, 14-20.
- Trent, M., Jennings, J. M., Waterfield, G., Lyman, L. M. i Thomas, H. (2009). Finding targets for obesity intervention in urban communities : School-based health centers and the interface with affected youth. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(4), 571–583.
- Tugade, M. M. i Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320–333.
- Vanderbilt-Adriance, E. i Shaw, D.S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 30–58.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D. i Stewart, D. (1986).The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Vignolo, M., Silvestri, M., Parodi, A., Pistorio, A., Battistini, E., Rossi, G. A. ... Aicardi, G. (2005). Relationship between body mass index and asthma characteristics in a group of Italian children and adolescents. *Journal of Ashtma*, 42, 185-189.
- Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity*, 29, 127–129.
- Wearing, S. C., Hennig, E. M., Byrne, N. M., Steele, J. R. i Hills, A. P. (2006). The impact of childhood obesity on musculoskeletal form. *Obesity Reviews*, 7, 209-218.

Weiss, S. T. (2005) Obesity: Insight into the origins of asthma. *Nature Immunology*, 6(6), 537-539.

Woodward, M., Oliphant, J. i Tunstall-Pedoe, H. (2003). Contribution of contemporaneous risk faktors to social inequality in coronary heart disease and all causes mortality. *Preventive Medicine*, 36, 561-568.

Wright, L. J., Schur, E., Noonan, C., Ahumada, S., Buchwald, D. i Afari, N. (2010). Chronic pain, overweight, and obesity: Findings from a community-based twin registry. *Journal of Pain*, 11(7), 628-635.

Zambon, A., Morgan, A., Vereecken, C., Colombini, S., Boyce, W., Mazur, J. ... Cavalo, F. (2009). The contribution of club participation to adolescent health: Evidence from 6 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health, BMJ Publishing Group*, 64(1), 1-12.

Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J. i Ramey, C. (2008). Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment. *Obesity*, 16(4), 755-762.

Zeller, M. H. i Modi, A. C. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity Research*, 14, 122–130.