

Povezanost samosuosjećanja, suzdržavanja od hranjenja i indeksa tjelesne mase kod studentica

Jandri, Tihana

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:186:490269>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Tihana Jandri

**Povezanost samosuosjećanja, suzdržavanja od hranjenja i indeksa tjelesne
mase kod studentica**

Diplomski rad

Rijeka, 2018.

Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Tihana Jandri

**Povezanost samosuosjećanja, suzdržavanja od hranjenja i indeksa tjelesne
mase kod studentica**

Diplomski rad

Mentorica: prof. dr. sc. Alessandra Pokrajac-Bulian

Rijeka, 2018.

IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice prof. dr. sc. Alessandre Pokrajac-Bulian.

Rijeka, rujan, 2018.

Sažetak

Cilj istraživanja bio je ispitati predviđaju li samosuosjećanje i stupanj uhranjenosti rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja uz kontrolu samopoštovanja. Također, cilj je bio ispitati moderatorsku ulogu samosuosjećanja u odnosu stupnja uhranjenosti i suzdržavanja od hranjenja. Sudionice su bile studentice, njih 276, prosječne dobi od 23 godine. Sudionice su ispunjavale Rosenbergovu skalu samopoštovanja, Skalu samosuosjećanja – kratki oblik te skale Rigidna i Fleksibilna kontrola.

Rezultati su pokazali da samosuosjećanje, rezultati na pozitivno i negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja, indeks tjelesne mase (ITM) te opseg struka nisu značajni prediktori fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja. Međutim, ITM, opseg struka i rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja bili su pozitivni prediktori rigidnog suzdržavanja od hranjenja. Nadalje, samosuosjećanje (ukupni rezultat na Skali samosuosjećanja) je bilo moderator odnosa opsega struka i rigidnog suzdržavanja od hranjenja, ne i moderator odnosa ITM-a i rigidnog suzdržavanja od hranjenja. Rezultati ovog istraživanja upućuju da je visoko samosuosjećanje mogući zaštitni faktor od razvoja rigidnog suzdržavanja od hranjenja kod studentica s većim opsegom struka.

Ključne riječi: samosuosjećanje, rigidno suzdržavanje od hranjenja, fleksibilno suzdržavanje od hranjenja, ITM, opseg struka

Abstract

The aim of this study was to examine whether controlling for self-esteem, self-compassion and obesity status are predictors of rigid and flexible dietary restraint. In addition, the aim was to examine the moderating role of self-compassion in the relationship between dietary restraint and obesity status. Participants included 276 female students, with an average age of 23 years. Participants completed the Rosenberg Self-Esteem Inventory, the Self-Compassion Scale – Short Form, and Rigid and Flexible Control scales.

Results have shown that self-compassion, results in positively and negatively formulated items of the Self-Compassion Scale, body mass index (BMI), and waist circumference did not predict flexible dietary restraint. However, BMI, waist circumference, and results on negatively formulated items of the Self-Compassion Scale were positive predictors of rigid dietary restraint. Furthermore, self-compassion had a moderating role in the relationship between rigid dietary restraint and waist circumference, however not in the relationship between rigid dietary restraint and BMI. The results from this study indicate that high self-compassion possibly protects from developing rigid dietary restraint in students with higher waist circumference.

Keywords: self-compassion, rigid dietary restraint, flexible dietary restraint, BMI, waist circumference

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Provođenje dijete	2
1.2. Suzdržavanje od hranjenja	2
1.2.1. Mjere suzdržavanja od hranjenja	3
1.2.2. Rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja	4
1.3. Suzdržavanje od hranjenja, provođenje dijete i stupanj uhranjenosti.....	6
1.3.1. Promjene u stupnju uhranjenosti.....	7
1.3.2. Stupanj uhranjenosti, fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja	8
1.3.3. Suzdržavanje od hranjenja, provođenje dijete i prehrambena ponašanja ..	9
1.3.4. Fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja i prehrambena ponašanja	11
1.4. Samopoštovanje i samosuosjećanje	12
1.4.1. Komponente samosuosjećanja	13
1.4.2. Samosuosjećanje vs. samopoštovanje	15
1.4.3. Samosuosjećanje, suzdržavanje od hranjenja i uhranjenost	17
1.5. Cilj rada.....	19
2. Problemi i hipoteze	20
2.1. Problemi rada.....	20
2.2. Hipoteze	20
3. Metoda	21
3.1. Sudionici	21
3.2. Mjerni instrumenti	22
3.2.1. Demografski podaci.....	22
3.2.2. Provođenje dijete	23
3.2.3. Rosenbergova skala samopoštovanja	23
3.2.4. Skala samosuosjećanja – kratki oblik	24

3.2.5. Fleksibilna kontrola i Rigidna kontrola	25
3.3. Postupak.....	27
4. Rezultati.....	28
4.1. Doprinos pojedinih prediktora objašnjenju rigidnog suzdržavanja od hranjenja	30
4.2. Doprinos pojedinih prediktora objašnjenju fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja	37
5. Rasprava	42
5.1. Faktorske strukture skala Fleksibilna i Rigidna kontrola te Skale samosuosjećanja	42
5.2. Povezanost samopoštovanja, samosuosjećanja, provođenja dijete, rigidnog i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja, ITM-a te opsega struka	43
5.3. Prediktori rigidnog suzdržanog hranjenja.....	45
5.4. Prediktori fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja	47
5.5. Nedostaci i ograničenja te prijedlozi za buduća istraživanja.....	48
6. Zaključak	51
7. Literatura.....	52
8. Prilozi.....	1

1. Uvod

Pretilost je jedan od najvažnijih javnozdravstvenih problema u svijetu (López i Johnson, 2016). Svjetska zdravstvena organizacija (2017) definira prekomjernu tjelesnu težinu kao indeks tjelesne mase (ITM) veći ili jednak 25, a pretilost kao ITM veći ili jednak 30. Pretilost je poprimila razmjere epidemije, uz procjene da je 2016. godine u svijetu ukupno 39% odraslih osoba bilo prekomjerne tjelesne težine ili pretilo. Udio pretilih u svijetu utrostručio se u razdoblju od 1975. do 2016. godine, dok je u Republici Hrvatskoj u istom razdoblju srednja vrijednost ITM-a porasla od 23,5 do 27,4. Međutim, ITM kao najčešće korištena mjera uhranjenosti kritizira se zbog više razloga. Primjerice, jednak iznos ITM-a može predstavljati različite udjele masnog tkiva za različite dobne, spolne i etničke skupine (Svjetska zdravstvena organizacija [WHO], 2011). Još jedna od kritika je nedovoljna uspješnost u identifikaciji onih osoba koje su izložene povećanom riziku za razvoj zdravstvenih komplikacija koje se pripisuju pretilosti. Na različitim populacijama pronađeno je da mjere abdominalne pretilosti bolje predviđaju zdravstvene rizike od ITM-a (Brambilla i sur., 2013; Guasch-Ferre i sur., 2012; Janssen, Katzmarzyk i Ross, 2004; Schneider i sur., 2010; sve prema Ashwell i Gibson, 2016). Štoviše, Sahakayan i suradnici (2015) pronašli su da žene normalne tjelesne težine s abdominalnom pretilošću imaju 48% veći rizik smrtnosti od žena prekomjerne tjelesne težine bez abdominalne pretilosti, što ima implikacije za prioritarno korištenje mjera abdominalne pretilosti u istraživanjima i praksi.

Postoji više različitih mjera abdominalne pretilosti. Svjetska zdravstvena organizacija (2011) abdominalnu pretilost definira prema omjeru struk-bokovi (engl. *waist-to-hip ratio*; *WHR*), ujedno najčešće korištenoj mjeri abdominalne pretilosti (de Onis i Habicht, 1996; prema Taylor, Keil, Gold, Williams i Goulding, 1998). Međutim, ni ITM ni omjer struk-bokovi ne mjere ukupne tjelesne masnoće. James (2005) je pronašao da su, u odnosu na omjer struk-bokovi, bolji prediktori ukupnog udjela tjelesnih masnoća opseg struka (engl. *waist circumference*), pa čak i ITM. Stoga ne čudi što se kao mjera abdominalne pretilosti sve češće koristi opseg struka umjesto omjera-struk bokovi (Lemieux, Prud'homme, Bouchard, Tremblay i Despres, 1996). Prednosti opsega struka nad omjerom struk-bokovi su manja uvjetovanost spolom, ukupnom pretilošću (Lemieux i sur., 1996) te strukturom kostura (Ley, Lees i Stevenson, 1992; prema Taylor i sur., 1998). Opseg struka ima prednosti i nad ITM-om. Naime, pronađena je pozitivna povezanost opsega struka i smrtnosti, ali negativna povezanost ITM-a i

smrtnosti, što je dovelo do zaključka da masno tkivo može imati i zaštitnu ulogu ukoliko nije u abdominalnom području. Nadalje, u istom istraživanju pronađeno je kako povećanje ITM-a, čak i ako je praćeno povećanjem opsega struka, i dalje predstavlja manji rizik od smrtnosti od smanjenja ITM-a praćenog porastom opsega struka (Berentzen i sur., 2010). Osim omjera struk-bokovi i opsega struka, omjer struk-visina (engl. *waist-to-height ratio*; *WHtR*) također je mjera abdominalne pretilosti koja uspješno predviđa zdravstvene rizike povezane s pretilošću (Ashwell i Gibson, 2016; Ashwell, Gunn i Gibson, 2012). Omjer struk-visina povezan je s povećanim zdravstvenim rizicima neovisno o ITM-a, jasnije je povezan sa smrtnošću od ITM-a te bolje predviđa zdravstvene komplikacije nego kombinacija ITM-a i opsega struka (Ashwell i Gibson, 2016).

1.1. Provođenje dijete

Potaknuto zabrinutošću zbog zdravstvenih rizika, u zapadnoj kulturi se u velikoj mjeri promovira gubitak tjelesne težine (Lowe i Timko, 2004). Mnogi pojedinci pribjegavaju provođenju dijete, koja se definira kao pridržavanje određenog plana prehrane s ciljem gubitka tjelesne težine (Schaumberg, Anderson, Anderson, Reilly i Gorrell, 2016). Međutim, sudionici navode da provode dijetu i kako bi održali trenutnu tjelesnu težinu (Lowe i sur., 1996; prema Schaumberg i sur., 2016). Prisutan je porast učestalosti provođenja dijete čak i kod osoba normalne tjelesne težine, neovisno o spolu i dobi (Montani, Schutz i Dulloo, 2015).

Ne postoji jedna konzistentna mjera provođenja dijete. Neki autori su kao mjeru provođenja dijete koristili pitanje o tome provode li sudionici istraživanja trenutno dijetu (Meule, Lutz, Vögele i Kübler, 2012a; Nguyen i Polivy, 2014) ili su provodili dijetu u određenom razdoblju prije vremenske točke mjerenja (Fayet, Petocz i Samman, 2012), na koje sudionici odgovaraju s *da* ili *ne*. Pritom samo kod dijela autora postoji gledište da je trenutno provođenje dijete odvojeni konstrukt od provođenja dijete kroz određeni vremenski period (Nguyen i Polivy, 2014). Povrh toga, provođenje dijete se često mjerilo mjerama suzdržavanja od hranjenja (Meule i sur., 2012a; Meule, Lutz, Vögele i Kübler, 2012b).

1.2. Suzdržavanje od hranjenja

Suzdržavanje od hranjenja (engl. *restrained eating*; *dietary restraint*) opisali su Herman i njegovi suradnici (Herman i Mack, 1975; Herman i Polivy, 1975) kao konstrukt koji označava sklonost ograničavanju unosa hrane s ciljem kontrole tjelesne težine. Suzdržavanje od hranjenja

je, poput provođenja dijete, strategija koju pojedinci koriste kada žele izgubiti na težinu, ali i kada žele održati trenutnu tjelesnu težinu (Hawks, Madant i Christley, 2008).

Ne samo da se provođenje dijete mjeri pomoću skala samoprocjene koje su konstruirane kako bi mjerile suzdržavanje od hranjenja, već se suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijete ponekad smatraju istovjetnim konstruktima (Heatherton, Herman, Polivy, King i McGree, 1988). Pritom se suzdržavanje od hranjenja obično poistovjećuje s kroničnim provođenjem dijete, a razlučuje od trenutnog provođenja dijete (Nguyen i Polivy, 2014). Suprotno tome, neki autori suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijete promatraju kao u potpunosti nezavisne konstrukte (Lowe, 1993). U slučajevima kada su smatrani odvojenim konstruktima, pronađeno je da su pozitivno povezani (Tuschl, Platte, Laessle, Stichler i Pirke, 1990). Oni koji često provode dijetu (Lehrke, Hubel i Laessle, 2005; prema Timko i Perone, 2006) te oni koji trenutno provode dijetu (Fayet i sur., 2012) imaju jače izraženo suzdržavanje od hranjenja. Međutim, ponekad se pronalazi kako većina osoba s jako izraženim suzdržavanjem od hranjenja ne provodi dijetu (Lowe, 1993). Provođenje dijete i suzdržavanje od hranjenja, premda su povezani, nisu istoznačni i u različitom su odnosu s drugim varijablama (Williamson i sur., 2007).

1.2.1. Mjere suzdržavanja od hranjenja

Prvu mjeru suzdržavanja od hranjenja, Skalu suzdržavanja od hranjenja (engl. *Restrained scale; RS*), razvili su Polivy, Herman i Warsh (1978). Sastoji se od dva faktora: Zabrinutost oko provođenja dijete (engl. *Concern for Dieting; CD*) i Fluktuacije u težini (engl. *Weight Fluctuations; WC*). Ubrzo je kritizirana zbog nepotvrđivanja faktorske strukture kod različitih uzoraka (Johnson, Lake i Mahan, 1983; Lowe, 1984; Ruderman, 1983; sve prema van Strien, Frijters, van Staveren, Defares i Deuernberg, 1986). Kao odgovor na nedostatke Skale suzdržavanja od hranjenja neovisno su razvijeni Trofaktorski upitnik hranjenja (engl. *Three-Factor Eating Questionnaire; TFEQ* ili *Eating Inventory; EI*; Stunkard i Messick, 1985) sa subskalom Kognitivno suzdržavanje od hranjenja (engl. *Cognitive Restraint*) i Nizozemski upitnik prehrambenih ponašanja (engl. *Dutch Eating Behavior Questionnaire; DEBQ*; van Strien, Frijters, Bergers i Defares, 1986; van Strien, Frijters, van Staveren i sur., 1986) sa subskalom Skala suzdržavanja (engl. *Restraint Scale*), ujedno najčešće mjere suzdržavanja od hranjenja.

Postoje nekonzistentni nalazi o povezanosti pojedinih mjera suzdržavanja od hranjenja s nizom ishoda, zbog čega se ponekad smatralo da uopće ne mjere suzdržavanje od hranjenja (Stice, Fisher i Lowe, 2004), a ponekad se sam konstrukt smatrao neadekvatnim i bespotrebim. Osim što postoje neslaganja oko distinktivnosti i adekvatnosti konstrukata te oko načina njihovog mjerenja, dodatnu kompleksnost unose različiti pokušaji identifikacije ključnih aspekata suzdržavanja od hranjenja, uz implikaciju da suzdržavanje od hranjenja nije homogeni konstrukt (Johnson, Pratt i Wardle, 2012). Prema jednoj takvoj klasifikaciji, suzdržavanje od hranjenja uključuje fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja (Westenhofer, 1991; Westenhofer, Stunkard i Pudel, 1999), za koje se pokazalo da mogu rezultirati različitim ponašanjima i ishodima (Westenhofer i sur., 2013).

1.2.2. Rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja

Trofaktorski upitnik hranjenja sastoji se od tri subskale: Kognitivno suzdržavanje od hranjenja (engl. *Cognitive Restraint*), Dezinhibicija (engl. *Disinhibition*) i Glad (engl. *Hunger*). Subskala Kognitivno suzdržavanje od hranjenja mjeri kognitivnu namjeru za ograničavanjem unosa hrane, subskala Dezinhibicija tendenciju ka prejedanjem kao odgovorom na različite podražaje, a subskala Glad tendenciju za unosom hrane kao odgovorom na percipirane fiziološke znakove. Premda Trofaktorski upitnik hranjenja zasebno mjeri dezinhibiciju i suzdržavanje od hranjenja, dezinhibicija i suzdržavanje od hranjenja su povezani (Gallant i sur., 2010). Westenhofer (1991) je pronašao da subskala Kognitivno suzdržavanje od hranjenja Trofaktorskog upitnika hranjenja sadrži dva faktora koji se razlikuju po smjeru povezanosti sa subskalom Dezinhibicija, a koje je nazvao Rigidna kontrola (engl. *Rigid Control*) i Fleksibilna kontrola (engl. *Flexible Control*). Međutim, subskale Rigidna kontrola (*RC7*) i Fleksibilna kontrola (*FC7*) imale su nedovoljno visoku pouzdanost internalne konzistencije i bile su visoko povezane, stoga su ih Westenhofer i suradnici (1999) proširili dodatnim česticama (*FC12* i *RC16*).

Rigidna kontrola i Fleksibilna kontrola mjere dva različita pristupa prehrani i gubitku težine; rigidno suzdržavanje od hranjenja i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. Rigidno suzdržavanje od hranjenja označava dihotomni način razmišljanja o prehrani uz isključivanje iz prehrane čitavih kategorija hrane. To često znači da osoba izmjenjuje periode kada hranu koju smatra zabranjenom u potpunosti isključi iz prehrane i periode kada je konzumira bez ograničenja. Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja podrazumijeva unos svih vrsta hrane u ograničenim količinama bez javljanja osjećaja krivnje, što se smatra održivijim pristupom.

Rigidno suzdržavanje od hranjenja uključuje konzumaciju dijetetske hrane, brojanje kalorija i preskakanja obroka, dok fleksibilno suzdržavanje od hranjenja uključuje konzumaciju manjih porcija hrane te kompenzacijska ponašanja, poput uzimanja manjih količina hrane tijekom idućeg obroka ili uzimanja manjih količina hrane tijekom dana ako osoba predviđa da će tijekom večeri unijeti više hrane (Westenhofer, 1991; Westenhofer i sur., 1999; Westenhofer i sur., 2013). Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja je povezano s većom sposobnošću planiranja i samoregulacije energetskeg unosa (Westenhofer, Broeckmann, Münch i Pudiel, 1994).

Viši rezultat na subskali Fleksibilna kontrola povezan je s nižim rezultatom na subskali Dezinhibicija, dok je viši rezultat na subskali Rigidna kontrola povezan s višim rezultatom na subskali Dezinhibicija (Westenhofer, 1991; Westenhofer i sur., 1999). Pozitivna povezanost dezinhibicije i rigidnog suzdržavanja od hranjenja može značiti da su osobe koje imaju rigidan i strog pristup hranjenju sklonije gubitku kontrole nad unosom hrane. Jednako tako, negativna povezanost dezinhibicije i fleksibilnog suzdržanog hranjenja može značiti da osobe s jače izraženim fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja u manjoj mjeri doživljavaju gubitak kontrole nad unosom hrane (Provencher i sur., 2003). Jednak smjer povezanosti rezultata na Fleksibilnoj i Rigidnoj kontroli s rezultatima na Dezinhibiciji potvrđen je više puta (Timko i Perone, 2005). Međutim, utvrđena je i nekonzistentnost u povezanosti. Primjerice, Stewart, Williamson i White (2002) pronašli su da je samo rigidno suzdržavanje od hranjenja povezano s dezinhibicijom. Provencher i suradnici (2003) su također pronašli da je rigidno suzdržavanje od hranjenja pozitivno povezano s dezinhibicijom, a negativnu povezanost fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja i dezinhibicije pronašli su samo kod muškaraca. Suprotno tome, Timko i Perone (2005) su negativnu povezanost fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja i dezinhibicije pronašli samo kod žena.

Rigidno suzdržavanje od hranjenja se u većoj mjeri preklapa s provođenjem dijete, dok osobe s visokim fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja obično ne smatraju da provode dijete. Oni koji često provode dijete imaju visok rezultat na Rigidnoj kontroli i umjereno visok na Fleksibilnoj kontroli. Pritom je povezanost rigidnog suzdržavanja od hranjenja i čestine provođenje dijete snažnija kod žena nego kod muškaraca. Rigidno suzdržavanje od hranjenja je u većoj mjeri povezano s provođenjem dijete radi gubitka težine, a fleksibilno suzdržavanje od hranjenja s provođenjem dijete radi održavanja težine. Pritom postoji veće preklapanje rigidnog suzdržavanja od hranjenja i provođenja dijete s ciljem gubitka težine nego fleksibilnog

suzdržavanja od hranjenja i bilo kojeg načina provođenja dijete (Timko i Perone, 2005; Timko i Perone, 2006).

Istraživanja konzistentno pokazuju da žene imaju jače izraženo suzdržavanje od hranjenja u odnosu na muškarce (López i Johnson, 2016), neovisno o ITM-u (Provencher i sur., 2003). Osim toga, žene imaju jače izražene obje komponente suzdržavanja od hranjenja – fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja (Poinhos, Rowcliffe, Marques, Viana, Oliveira, i Correia, 2015; Timko i Perone, 2005), viši rezultat na Dezinhibiciji (James i sur., 2016; Westenhofer i sur., 1999) te veću proporciju rigidnog suzdržavanja od hranjenja u ukupnom suzdržavanju od hranjenja (Provencher i sur., 2003).

1.3. Suzdržavanje od hranjenja, provođenje dijete i stupanj uhranjenosti

Postoje nekonzistentni nalazi o odnosu ITM-a i suzdržavanja od hranjenja. U pojedinim slučajevima je pronađeno kako su pozitivno povezani (npr. Fayet i sur., 2012), negativno povezani (npr. Boschi, Iorio, Margiotta, D’Orsi i Falconi, 2001) ili kako nisu značajno povezani (npr. Westenhofer i sur., 1999). Provencher i suradnici (2003) su pronašli da suzdržavanje od hranjenja, osim što nije značajno povezano s ITM-om, nije značajno povezano ni s opsegom struka i udjelom ukupnih tjelesnih masnoća. Međutim, povezanost suzdržavanja od hranjenja i ITM-a u nekim istraživanjima razlikovala se s obzirom na spol; suzdržavanje od hranjenja bilo je povezano s višim ITM-om kod žena, ali ne i muškaraca (van Strien, Herman i Verheijden, 2014). Ako uzmemo da žene imaju veći udio rigidnog suzdržavanja od hranjenja u ukupnom suzdržavanju od hranjenja, takav obrazac povezanosti može se objasniti pozitivnom povezanošću rigidnog suzdržavanja od hranjenja i ITM-a. Sukladno tome, nekonzistentne povezanosti koje se dobivaju u različitim istraživanjima mogu se objasniti različitom zastupljenošću visokog rigidnog i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja među sudionicima pojedinog istraživanja. Naime, Westenhofer i suradnici (1999; 2004; 2013) pronašli su da je više fleksibilno suzdržavanje od hranjenja povezano s nižim ITM-om, a više rigidno suzdržavanje od hranjenja povezano s višim ITM-om. Niz istraživanja je potvrdio takav smjer povezanosti, i to na studentskoj populaciji (npr. Meule, Westenhofer i Kübler, 2011; Timko i Perone, 2005; Westenhofer i sur., 1994; Westenhofer i sur., 2013), na općoj populaciji (npr. Westenhofer i sur., 1999) te kod osoba uključenih u programe gubitka težine (npr. Westenhofer, 1991; Westenhofer i sur., 2013). Rigidno suzdržavanje od hranjenja se konzistentno pozitivno povezuje s ITM-om, dok povezanost fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja i ITM-a varira (Gallant i sur., 2010; Provencher i sur., 2003; Timko i Perone, 2005;

Tylka, Calogero i Daníelsdóttir, 2015). Primjerice, Provencher i suradnici (2003) nisu pronašli povezanost fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja s opsegom struka i ITM-om kod muškaraca. Nadalje, Stewart i suradnici (2002), kao i Poinhos i suradnici (2015), pronašli su da su obje vrste suzdržavanja od hranjenja pozitivno povezane s ITM-om. Neki su autori zaključili da nepotvrđivanje originalno dobivenih smjerova povezanosti s ITM-om ukazuje na neprimjerenost skala Rigidna i Fleksibilna kontrola (Stewart i sur., 2002). Međutim, većina autora nije provodila regresijske analize te su koristili manje pouzdane i kraće subskale (*RC7* i *FC7*), iako je već bila razvijena duža i pouzdanija verzija subskala, što neki autori kritiziraju (Timko i Perone, 2005). Još jedan razlog za dobivanje nekonzistentnih rezultata je zanemarivanje spolnih razlika. Timko i Perone (2005) su pronašli negativnu povezanost fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja i ITM-a samo kod žena. Također su pronašli da je kod žena povezanost rigidnog suzdržavanja od hranjenja i ITM-a snažnija kad je fleksibilno suzdržavanje od hranjenja niže. Nadalje, Provencher i suradnici (2003) su pronašli negativnu povezanost fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja i opsega struka, ali također samo kod žena.

1.3.1. Promjene u stupnju uhranjenosti

Bolji uvid o prirodi odnosa suzdržavanja od hranjenja, odnosno provođenja dijete i stupnja uhranjenosti možemo dobiti na temelju povezanosti s promjenama u stupnju uhranjenosti. Niz prospektivnih istraživanja povezal je provođenje dijete s kasnijim dobivanjem težine i pretiulošću nakon što su kontrolirane varijable poput inicijalnog stupnja uhranjenosti, stupnja tjelesne aktivnosti, dobi (npr. Drapeau, Provencher, Lemieux, Després, Bouchard i Tremblay, 2003; Neumark-Sztainer, Wall, Story i Standish, 2012), genetike (Pietiläinen, Saarni, Kaprio i Rissanen, 2012) te spola (van Strien i sur., 2014). Lowe, Doshi, Katterman i Feig (2013) su u pregledu literature, uzimajući u obzir samo prospektivne studije na osobama normalne tjelesne težine, zaključili da je u čak 75% studija provođenje dijete predviđalo dobitak na težini.

Provođenje dijete je u konzistentnijem odnosu s promjenama u težini od suzdržavanja od hranjenja, za koje postoje nekonzistentni podaci. Suzdržavanje od hranjenja je u nekim istraživanjima bilo povezano s kratkoročnim gubitkom težine (Linde, Rothman, Baldwin i Jeffery, 2006; Texeira i sur., 2006; sve prema Sairanen, Lappalainen, Lapveteläinen, Tolvanen i Karhunen, 2014). Nadalje, pronađeno je kako u sklopu programa gubitka težine dolazi do većeg smanjenja ITM-a kod pojedinaca kod kojih se ciljano potiče suzdržavanje od hranjenja (Lowe, Foster, Kerzhnerman, Swain i Wadden, 2001) te kod pojedinaca kod kojih dolazi do

većeg porasta u rezultatu na mjerama suzdržavanja od hranjenja (Dalle Grave, Calugi, Corica, Di Domizio i Marchesini, 2009; Savage, Hoffman i Birch, 2009). Međutim, u velikom broju istraživanja suzdržavanje od hranjenja povezuje se s porastom tjelesne težine te razvojem prekomjerne tjelesne težine i pretilosti (Drapeau i sur., 2003; Hawks i sur., 2008; Tuschl i sur., 1990; Van Strien i sur., 2014). Osim što je suzdržavanje od hranjenja ponekad povezano s porastom, a ponekad sa smanjenjem tjelesne težine, ponekad uopće nije pronađena značajna povezanost s promjenama u tjelesnoj težini; u jednom istraživanju suzdržavanje od hranjenja nije predvidjelo promjenu tjelesne težine u periodu od dvije godine (de Lauzon-Guillain i sur., 2006), a u drugom se osobe s visokim i niskim rezultatima na mjerama suzdržavanja od hranjenja nisu razlikovale po broju dobivenih kilograma (Tuschl i sur., 1990). U slučajevima kada se suzdržavanje od hranjenja pokazalo kao dobar prediktor kratkoročnog gubitka težine, to nije bilo slučaj za dugoročno održavanje (npr. Teixeira i sur., 2010). Suprotno tome, neke longitudinalne studije pokazuju da povećano suzdržavanje od hranjenja dovodi do boljeg održavanja tjelesne težine (Vogels i Westerterp-Plantenga, 2007).

Zbog takvih nekonzistentnih nalaza razvila su se suprotstavljena gledišta; prema jednom gledištu suzdržavanje od hranjenja je korisna strategija u kontekstu problema pretilosti; prema suprotnom gledištu je faktor rizika za razvoj poremećaja hranjenja i dobivanja na težini (Schaumberg i sur., 2016). Zbog toga se smanjenje suzdržavanja od hranjenja promoviralo kao sredstvo za postizanje boljih prehrambenih navika i slike tijela te uspješnije kontrole težine (Polivy i Herman, 1992; prema Johnson i sur., 2012).

1.3.2. Stupanj uhranjenosti, fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja

Iako neke studije nisu pronašle povezanost promjena u tjelesnoj težini s rezultatima na subskali Kognitivno suzdržavanje od hranjenja Trofaktorskog upitnika hranjenja, pronašle su povezanost s rezultatima na Fleksibilnoj i Rigidnoj kontroli. Rigidno suzdržavanje od hranjenja povezano je s povećanjem ili manjim gubitkom tjelesne težine, dok je fleksibilno suzdržavanje od hranjenja povezano s većim gubitkom tjelesne težine (Provencher i sur., 2003; Westenhofer i sur., 1999; Westenhofer i sur., 2004; Westenhofer i sur., 2013). U istraživanju koje su proveli Teixeira i suradnici (2010) dobiveno je da je kod žena rigidno suzdržavanje od hranjenja povezano s manjim gubitkom težine u periodu od jedne godine, dok je samo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja povezano s gubitkom težine u periodu od dvije godine. Slično tome, Sairanen i suradnici (2014) su dobili kako je na uzorku oba spola samo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja povezano s gubitkom težine tijekom programa mršavljenja, dok je smanjenje

rigidnog suzdržavanja od hranjenja povezano s održavanjem gubitka težine. Nadalje, Hays i Roberts (2008) nisu pronašli povezanost rigidnog suzdržavanja od hranjenja i dobivanja na težini, ali su kod žena s visokom habitualnom dezinhibicijom, odnosno sklonošću prejedanju kao odgovoru na svakodnevno prisutne podražaje u okolini, u kombinaciji s niskim fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja pronašli veći porast ITM-a tijekom odrasle dobi u odnosu na žene s visokim fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja.

Pronađeno je da osobe koje uspješno i dugoročno održavaju izgublenu težinu imaju visoke rezultate na Kognitivnom suzdržavanju od hranjenja uz niske rezultate na Dezinhibiciji (Lowe, 1993), što pokazuje da su vjerojatnije imali jače izraženo fleksibilno od rigidnog suzdržavanja od hranjenja te upućuje na različit odnos održavanja tjelesne težine s rigidnim i fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja. To je u skladu s teoretskom pretpostavkom da bi fleksibilno suzdržavanje od hranjenja trebalo rezultirati održivijim gubitkom težine. Iako neka ranije spomenuta istraživanja nisu koristila mjere fleksibilnog i rigidnog suzdržavanja od hranjenja, neka druga istraživanja jesu. U sklopu nadziranja sudionika prethodno uključenih u programe gubitka težine, povećanje rezultata na skali Fleksibilna kontrola bilo je povezano s boljim održavanjem težine (Teixeira i sur., 2010), čak i kod prethodnog provođenja izrazito restriktivne dijeta (Karhunen i sur., 2012) te čak i kada je kod sudionika eksplicitno poticana rigidna kontrola (Sairanen i sur., 2014). Rigidno suzdržavanje od hranjenja, čak i kada je povezano s uspješnim gubitkom težine, ne doprinosi održavanju tjelesne težine (Teixeira i sur., 2010), stoga ne čudi što ne doprinosi održavanju tjelesne težine ni u istraživanjima u kojima nije povezano s gubitkom težine (Sairanen i sur., 2014). Štoviše, *sve-ili-ništa* pristup prehrani, kakav nalazimo i kod rigidnog suzdržavanja od hranjenja, bio je povezan s povratom izgubljenih kilograma u periodu od godine dana u prethodno pretilih žena (Byrne, Cooper i Fairburn, 2003; Byrne, Cooper i Fairburn, 2004; sve prema Johnson i sur., 2012).

1.3.3. Suzdržavanje od hranjenja, provođenje dijeta i prehrambena ponašanja

Još jedno moguće objašnjenje za nekonzistentnu povezanost suzdržavanja od hranjenja i tjelesne težine, odnosno promjena tjelesne težine, je nesklad namjere i stvarnog ponašanja (Stice i sur., 2004). Naime, porast tjelesne težine posljedica je dugoročnog previsokog energetskeg unosa (Schulz i Schoeller, 1994; prema López i Johnson, 2016), a ponekad se pronalazi da većina osoba koje pokušavaju regulirati tjelesnu težinu nije uspješna u smanjivanju energetskeg unosa (Weiss, Galuska, Khan i Serdula, 2006; prema Fayet i sur., 2012). Primjerice, osobe koje provode dijetu se ne razlikuju od onih koje ne provode dijetu u

energetskom unosu (Knauper, Cheema, Rabiau i Borten, 2005). Isto tako, ne postoji razlika u energetskom unosu između onih osoba koje provode dijetu, onih koje ne provode dijetu i imaju jako izraženo suzdržavanje od hranjenja te onih koje ne provode dijetu i nemaju jako izraženo suzdržavanje od hranjenja (Goldstein, Katterman, i Lowe, 2013). Premda se ponekad pronalazi da osobe s jako izraženim suzdržavanjem od hranjenja zaista ograničavaju unos hrane i primjenjuju ponašanja poput češćeg unosa manjih količina hrane (Lopez i Johnson, 2016; Provencher sur., 2003), u velikom broju istraživanja nije pronađena razlika u energetskom unosu s obzirom na izraženost suzdržavanja od hranjenja, zbog čega je osporavana primjerenost pojedinih mjera (Schaumberg i sur., 2016), odnosno značaj suzdržavanja od hranjenja kao konstrukta (Stice i sur., 2004; Williamson i sur., 2007). Razlog tome je što mnogi autori suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijetu smatraju mjerama stvarnog ponašanja. Premda se dijeta često definira kao pridržavanje plana prehrane (Schaumberg i sur., 2016), Lowe i suradnici (2013) ističu kako provođenje dijetu nije ekvivalent stvarnom ponašanju, već označava namjeru o izvršavanju određenog ponašanja. Štoviše, čak i kada su osobe koje provode dijetu uspješne u svojoj namjeri, provođenje dijetu podrazumijeva različita ponašanja, od unosa više voća i povrća pa sve do provođenje posta kroz duga vremenska razdoblja. Isto tako, premda se suzdržavanje od hranjenja ponekad definira kao ograničavanje ukupnog kalorijskog unosa (Dong, Jackson, Wang i Chen, 2015), postoje mišljenja da suzdržavanje od hranjenja ionako nije mjera ponašanja, već mjera kognitivne namjere za pokušajem uzimanja manje hrane nego što osoba želi (Lowe i Levine, 2005). Čak i kada je pronađena povezanost suzdržavanja od hranjenja i nižeg energetskog unosa, utvrđeno je da nije riječ o dovoljno niskom energetskom unosu da bi nastupilo smanjenje tjelesne težine (Stice i sur., 2004), što ne znači da pojedinci ne unose manju količinu hrane nego što bi to željeli. Okolina bogata hranom u zapadnom društvu moguće dovodi do konstantnog stanja deprivacije (Brownell i Horgen, 2004), za koje se pokazalo da se javlja neovisno o energetskom deficitu te neovisno o sitosti (Markowitz, Butryn i Lowe, 2008; Timmerman i Gregg, 2003; sve prema Schaumberg i sur., 2016).

Odnos suzdržavanja od hranjenja i unosa hrane ispitan je i u eksperimentalnim uvjetima. Herman i Mack (1975) pronašli su kako se kod osoba s visoko izraženim suzdržavanjem od hranjenja javio efekt dezinhibicije (engl. *disinhibition effect*), koji se definira kao prejedanje nakon prethodnog unosa hrane koju ispitanici doživljavaju kao prekid dijetnog ponašanja, odnosno kao prekid epizode suzdržavanja od hranjenja. Takvi nalazi doveli su do

razvoja Teorije suzdržavanja (engl. *Restraint Theory*; Herman i Mack, 1975; Herman i Polivy, 1975), koja smatra suzdržavanje od hranjenja uzrokom efekta dezinhibicije. Polazi od pretpostavke da je prehrana pod kognitivnom, a ne fiziološkom kontrolom, a ako je ta kognitivna kontrola narušena dolazi do efekta dezinhibicije, odnosno prejedanja (Polivy i Herman, 1985). Pritom efekt dezinhibicije i dezinhibicija mjerena tehnikom samoprocjene nisu istoznačni. Osim što se razlikuju prema definiciji, javljanje efekta dezinhibicije se ponekad javlja i kod ispitanika s nižom dezinhibicijom (Lowe i sur., 2001).

Međutim, ni efekt dezinhibicije nije pokazatelj stvarnog energetskeg unosa. Naime, sam efekt ne ovisi o kalorijskoj vrijednosti hrane koja izaziva prekid dijetnog ponašanja, već o percepciji ispitanika; javlja se samo nakon prethodnog unosa hrane koju ispitanici percipiraju kao hranu visoke kalorične vrijednosti, neovisno o njenom stvarnom kalorijskom sastavu (Herman i Polivy, 2004). Osim toga, pokazalo se da ispitanici s visokim suzdržanim hranjenjem kod kojih se javi efekt dezinhibicije u sklopu tipične istraživačke paradigme kompenziraju unesene kalorije tako da idući dan unose manje količine hrane (Tomiyama, Moskovich, Haltom, Ju i Mann, 2009; Wardle i Beales, 1987; sve prema Johnson i sur., 2012). Stoga Johnson i suradnici (2012) zaključuju da eksperimentalni uvjeti u kojima se ispituje efekt dezinhibicije nisu ekvivalentni stvarnom životu, dok Lowe i suradnici (2013) smatraju da se efekt dezinhibicije ionako odnosi samo na privremenu kontrolu hranjenja.

1.3.4. Fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja i prehrambena ponašanja

Do javljanja efekta dezinhibicije kod ispitanika s visokim suzdržavanjem od hranjenja dolazilo je kada se suzdržavanje od hranjenja mjerilo Skalom suzdržavanja od hranjenja, no ne nužno i kada su korištene druge mjere, poput Trofaktorskog upitnika hranjenja (Ouwens, van Strien i van der Staak, 2003). Međutim, kod žena normalne tjelesne težine javio se očekivani efekt dezinhibicije samo kada su osim jako izraženog suzdržavanja od hranjenja ujedno imale i visok rezultat na subskali Dezinhibicija Trofaktorskog upitnika hranjenja (Westenhofer i sur., 1994). Poznavajući odnos Fleksibilne i Rigidne kontrole s Dezinhibicijom, ne čudi što je visoko rigidno suzdržavanje od hranjenja povezano s jače izraženim efektom dezinhibicije nego fleksibilno suzdržavanje od hranjenja (Timko i Perone, 2005; Westenhofer i sur., 1994). Nadalje, pokazalo se da je viši rezultat na Rigidnoj kontroli povezan s višim energetskeg unosom, a viši rezultat na Fleksibilnoj kontroli s nižim energetskeg unosom (Westenhofer i sur., 1999). Međutim, Provencher i suradnici (2003) su pronašli da je rezultat na Fleksibilnoj kontroli negativno povezana s energetskeg unosom samo kod žena.

1.4. Samopoštovanje i samosuosjećanje

Rezultati istraživanja koje su proveli Polivy, Heatherton i Herman (1988) pokazuju da su razlike u samopoštovanju medijator odnosa suzdržavanja od hranjenja i unosa hrane; kod ispitanika s visokim samopoštovanjem nije se javio efekt dezinhibicije, odnosno povećani unos hrane nakon prekida dijetnog ponašanja. Samopoštovanje se definira kao globalna evaluacija vlastite vrijednosti. Obično se smatra indikatorom mentalnog zdravlja i psihološke prilagodbe (Rosenberg, 1965), što mnogi kritiziraju (Baumeister, Smart i Boden, 1996; Damon, 1995; Ellis i London, 1993; Finn, 1990; Hewitt, 1998; McMillan, Singh i Simonetta, 1994; Seligman, 1995; Swann, 1996; sve prema Neff, 2003b). Naime, dok je nisko samopoštovanje nesumnjivo povezano s ishodima poput depresije i nedostatka motivacije (Harter, 1999), visoko samopoštovanje također se povezuje uz nepoželjne ishode, poput narcisoidnosti i manjka brige za druge (Damon, 1995; Seligman, 1995; sve prema Neff, 2003b). Zbog povezanosti niskog samopoštovanja sa nepoželjnim ishodima, velik je trud ulagan u njegovo povećavanje (Brown i Gilligan, 1992; Palmer i Froehner, 2000; Pipher, 1994; sve prema Neff, 2003b). Budući da se pritom osjećaj vlastite vrijednosti zasniva na uspješnosti u pojedinoj domeni (Blaine i Crocker, 1993; Kernis i Goldman, 2003; sve prema Kelly i Stephen, 2016), ponekad se pokazalo kao otporno na promjene (Swann, 1996; prema Neff, 2003b), a ponekad su se pokušaji njegova povećanja i održavanja pokazali kao štetni jer dovode do ishoda poput narcisoidnosti (Crocker i Park, 2004; prema Kelly i Stephen, 2016). Zbog mnogobrojnih kritika upućenih konstruktumu samopoštovanja postojalo je više pokušaja uvođenja alternativnih konstrukata, jedan od kojih je i samosuosjećanje. Adams i Leary (2007) su pronašli da je samosuosjećanje također medijator odnosa rigidnog suzdržavanja od hranjenja i unosa hrane u kontekstu laboratorijskog ispitivanja javljanja efekta dezinhibicije; visoko samosuosjećanje kod osoba s izraženim suzdržavanjem od hranjenja sprječavalo je javljanje efekta dezinhibicije.

Samosuosjećanje je koncept koji dugo postoji u istočnjačkoj filozofiji, ali kratko u psihologiji (Bennett-Goleman, 2001; Brown, 1999; Hanh, 1997; Kornfield, 1993; Rosenberg, 2000; Rutledge, 1997; Salzberg, 1997; Wallace, 1999; sve prema Neff, 2003b). Prema budističkom shvaćanju, jednako je važno osjećati suosjećanje prema sebi kao i prema drugima (Neff, 2003b). Suosjećanje podrazumijeva dirnutost patnjama drugih ljudi umjesto njenog isključivanja iz svijesti, razumijevanje bez osuđivanja, uz gledanje na ponašanje osobe u kontekstu ljudske pogrešivosti te želju da im se umanju patnja (Wispe, 1991; prema Neff, 2003b). Samosuosjećanje na uravnotežen način integrira brigu za sebe s brigom za druge ljude

(Blatt, 1995) i time se suprotstavlja tendenciji pretjeranog naglašavanja odvojenosti od drugih u definiranju mentalnog zdravlja i zdravog stava o sebi, a koja je često kritizirana (Richardson, Fowers i Guignon, 1999; sve prema Neff, 2003b). U odnosu na samopoštovanje, donosi prednosti u kontekstu poboljšanja psihološkog funkcioniranja, posebno u slučaju neuspjeha i razočaranja (Neff, 2003b). Samosuosjećanje je prva operacionalno definirala Neff (2003a; 2003b) kao zdrav stav prema sebi koji ne uključuje procjenu vlastite vrijednosti, već podrazumijeva reakciju na iskustva patnje, vlastitih nedostataka i neuspjeha u vidu: otvorenosti i dirnutost tim iskustvima, razumijevanja bez osuđivanja, aktivnog pokušavanja njihovog ublažavanja, ali ne i isključivanja takvih iskustava iz svijesti. Od tada je izazvalo mnogo pozornosti te je izdan velik broj znanstvenih radova na tu temu (Neff i Dahm, 2015). Neff (2003a; 2003b) smatra samosuosjećanje obećavajućim konstruktom. Naime, za razliku od povećanja samopoštovanja, povećanje samosuosjećanja nema zabilježene negativne strane, donosi koristi neovisno o prosječnoj razini samosuosjećanja (Kelly i Stephen, 2016) te štiti od negativnih efekata niskog samopoštovanja (Marshall, Parker, Ciarrochi, Sahdra, Jackson i Heaven, 2015). Lakše ga je povisiti (Neff, 2003b) budući da nema isključivo svojstva crte (Tanaka, Wekerle, Schmuck i Paglia-Boak, 2011). Neki od načina koji su se pokazali korisnima u povećanju samosuosjećanja su meditacija, terapija usmjerena na suosjećanje (Leaviss i Uttley, 2015), vježbe dvije stolice (Neff, Kirkpatrick i Rude, 2007), indukcija raspoloženja (Leary, Tate, Adamas, Batts Allen i Hancock, 2007), opažanje ponašanja (Sbarra, Smith i Mehl, 2012), kratke vježbe zamišljanja (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman i Glover, 2008) te pisanje pisama (Shapira i Mongrain, 2010). Kada je na razinu samosuosjećanja utjecano kratkom eksperimentalnom manipulacijom, ono je ostalo uvećano čak i nakon četiri mjeseca (Albertson, Neff i Dill-Shackelford, 2014). Međutim, postavlja se pitanje kako na razinu samosuosjećanja djeluju pokušaji razvoja visokog samopoštovanja često provedeni na različitim populacijama; pretpostavka je da povećavaju tendenciju ka samoevaluaciji, koja je suprotna visokom samosuosjećanju (Neff, 2003b). Unatoč teorijskim pretpostavkama o njihovom suprotstavljenom odnosu, samopoštovanje i samosuosjećanje su visoko pozitivno povezani (Neff, 2003b) te niži kod žena nego kod muškaraca (Yarnell, Stafford, Neff, Reilly, Knox i Mullarkey, 2015).

1.4.1. Komponente samosuosjećanja

Samosuosjećanje se sastoji od tri temeljne komponente koje je opisala Neff (2003a; 2003b). One su u interakciji, ali konceptualno različite te se drugačije doživljavaju na

fenomenološkoj razini. Te tri komponente su: dobrota i brižnost prema samom sebi, međuzavisnost s drugim ljudima te usredotočena svjesnost.

Dobrota i brižnosti prema samome sebi (engl. *self-kindness*) je proširivanje na sebe dobrote i razumijevanja koje pružamo drugim ljudima. Podrazumijeva prepoznavanje da svi ljudi zaslužuju suosjećanje, pa i mi sami, što ne znači da smo sebični, pretjerano usmjereni na sebe ili smatramo svoje potrebe važnijima od tuđih. Uključuje opraštanje vlastitih pogrešaka i neuspjeha te prihvaćanje vlastite nesavršenosti, po čemu je suprotna samokritičnosti i samo-osudi (Neff, 2003b). Usprkos vjerovanju da će oštra samokritičnost i samo-osuda dovesti do željenih promjena i poboljšanja, u stvarnosti zaštitni mehanizmi ega sprječavaju narušavanje samopoštovanja uklanjanjem neadekvatnosti iz dosega svijesti (Horney, 1950; Reich, 1949; sve prema Neff, 2003b). Premda se može činiti da dobrota i brižnost prema samome sebi dovodi do pasivnosti, ne kritizirati sebe zbog neuspjeha ne znači da isti nisu primijećeni i ispravljani. U stvarnosti nedostatak samosuosjećanja dovodi do pasivnosti (Neff, 2003b).

Međuzavisnosti s drugim ljudima (engl. *common humanity*) je sagledavanje vlastitog iskustva kao dijela šireg ljudskog iskustva, umjesto sagledavanja istog kao odvajajućeg, izolirajućeg i različitog od iskustava drugih ljudi. Podrazumijeva osjećaj jednakosti i međusobne povezanosti s drugima, a ne superiornosti nad drugima (Brown, 1999; prema Neff, 2003b). Uključuje prepoznavanje da su patnja, neuspjesi i neadekvatnost iskustva koje dijele svi. Suprotna je osjećaju izolacije, koji dodatno povećava patnju koju osoba doživljava (Neff, 2003b).

Poput samosuosjećanja, usredotočena svjesnost (engl. *mindfulness*) također je koncept koji proizlazi iz istočnjačke filozofije (Brach, 2003; Gunaratana, 1982; Kabat-Zinn, 1982; Salzberg, 1997; sve prema Neff, 2003b). Definira se kao receptivno stanje u kojem je očuvanje svijesti o sebi oslabljeno ili neprisutno; u kojem se misli opažaju, a ne prosuđuju (Martin, 1997; prema Neff, 2003b). Usredotočena svjesnost kao konstrukt odnosi se na sva iskustva: pozitivna, negativna te neutralna; stoga je širi koncept od usredotočene svjesnosti kao komponente samosuosjećanja, koja se odnosi specifično na situacije negativnih iskustava i internalnih stanja (Neff i Dahm, 2015). Usredotočena svjesnost kao dio samosuosjećanja je zadržavanje bolnih misli i osjećaja u svijesti, ali bez pretjerane identifikacije s njima (Neff, 2003b). Takvo stanje omogućuje bolji uvid u vlastita iskustva, a suprotno je neprihvatanju iskustava i bolnih emocija te izbjegavanju njihova dovođenja u svijest (Hayes, Wilson, Gifford, Follette i Strosahl, 1996;

prema Neff, 2003b). Umjesto da potiskuju negativne emocije i zamjenjuju ih pozitivnima, osobe s visokim samosuosjećanjem doživljavaju pozitivne emocije kroz prihvaćanje negativnih emocija, koje također prepoznaju kao vrijedne i važne (Leary i sur., 2007; Neff i sur., 2007). Neprihvatanje iskustava i situacije može čak biti i u obliku ruminacije i fokusiranja na negativne emocije (Nolen-Hoeksema, 1991; prema Neff, 2003b). Da bi osoba razvila visoko samosuosjećanje, treba prihvatiti i osvijestiti svoja iskustva, pa tako i bolne emocije i neuspjehe, uz izostanak ruminacije.

Riječ *samosuosjećanje* govornike hrvatskoga jezika može navesti na pomisao da je ono slično samosažaljenju. U stvarnosti, samosuosjećanje se uvelike razlikuje od samosažaljenja. Samosažaljenje znači da je osoba preokupirana i preplavljena svojim problemima te joj se čini da je jedina koja pati, zaboravljajući da takva iskustva dijeli s drugim ljudima. Obilježeno je preuveličavanjem razmjera osobne patnje i osjećajem izolacije i odvojenosti od drugih ljudi. Osjećaj međuzavisnost s drugim ljudima, a time i samosuosjećanje obilježava upravo suprotno, pri čemu osjećaj izolacije i preokupiranost problemima nisu prisutni (Neff, 2003b). Osim osjećaju međuzavisnosti s drugim ljudima, samosažaljenje je suprotno i usredotočenoj svjesnosti. Naime, samosažaljenje znači pojavu pretjerane identifikacije, pri čemu su osobi nedostupne alternativne interpretacije situacije ili alternativni emocionalni odgovori na situaciju, budući da je prisutna preplavljenost i potpuna zaokupljenost trenutnim emocijama i situacijom (Benett-Goleman, 2001; prema Neff, 2003b)

1.4.2. Samosuosjećanje vs. samopoštovanje

Iako oba konstrukta – samopoštovanje i samosuosjećanje – predstavljaju pozitivan stav prema sebi (Neff, 2003a), prema nekim aspektima su suprotstavljeni. Prije svega, samosuosjećanje se bazira na orijentaciji prema brizi, a samopoštovanje na orijentaciji prema evaluaciji (Gilbert, 2010; prema Kelly i Stephen, 2016). Socijalna usporedba je važna determinanta samopoštovanja (Aspinwall i Taylor, 1993; Beach i Tesser, 1995; Buunk, 1998; Deci i Ryan, 1995; Suls i Wills, 1991; sve prema Neff, 2003b). Ona se temelji na usporedbama i prosudbama u terminima *dobar* ili *loš*; vlastitim (Coopersmith, 1967; Harter, 1999) te od strane drugih (Cooley, 1902; Mead, 1934; sve prema Neff i Dahm, 2015). Za razliku od visokog samopoštovanja, visoko samosuosjećanje ne znači osjećati se superiornije od drugih da bi se osjećali dobro u vezi sebe (Neff i Vonk, 2009). Osoba s visokim samosuosjećanjem smatra da zaslužuje osjećati se dobro u vezi sebe jednako kao i svi drugi ljudi, naprosto zbog toga što je ljudsko biće (Neff i Dahm, 2015). Samosuosjećanje uopće ne uključuje usporedbu s drugima

(Neff, 2003b). Osobe s visokim samosuosjećanjem u manjoj mjeri prosuđuju sebe i manje su zabrinuti oko prosudba drugih ljudi (Neff i Vonk, 2009); umjesto da se uspoređuju s drugima, osjećaju se povezanima s drugima (Neff, 2003b). Osobe s izrazito visokim samopoštovanjem, umjesto da osjećaju povezanost s drugim ljudima, druge ljude doživljavaju negativnije kako bi sebe mogli usporedno pozitivnije procijeniti (Crocker, Thompson, McGraw i Ingerman, 1987; Feather, 1994), što može rezultirati agresijom prema onima koji im ugrožavaju sliku o sebi (Baumeister i sur., 1996) te većim predrasudama prema članovima van-grupe (Aberson, Healy i Romero, 2000; Allport, 1954; Turner, Hogg, Oakes, Reicher i Wetherell, 1987; sve prema Neff, 2003b).

Za održavanje vrlo visokog samopoštovanja, osim distorzija u percepciji drugih, često je nužno razviti distorzije u percepciji sebe (Baumeister, Heatherton i Tice, 1993; Sedikides, 1993; Taylor i Brown, 1988; sve prema Neff, 2003b). Tada obrasci ponašanja koje je potrebno promijeniti, a koji mogu biti nezdravi, neproduktivni, pa čak i štetni ostaju nezamijećeni (Damon, 1995; prema Neff, 2003b). Zbog netočne percepcije sebe, poput postavljanja ciljeva koji su izvan dosega sposobnosti osobe, javljaju se neuspjesi samoregulacije (Baumeister i sur., 1993; prema Neff, 2003b). Zatim se neuspjesi negiraju i umanjuju (Crocker i Park, 2004; prema Kelly, Vimalakanthan i Miller, 2014), kao i vlastita uloga u njihovom javljanju (Kernis i Goldman, 2003; prema Kelly i Stephen, 2016). Nasuprot tome, osobe s visokim samosuosjećanjem sagledavaju sebe točnije, pa čak i nepovoljne aspekte, što im omogućuje poznavanje vlastitih ograničenja, čineći ih uspješnijima u samoregulaciji (Brown, 1999; Aspinwall, 1998; prema Neff, 2003b). U slučaju neuspjeha priznaju vlastitu ulogu i preuzimaju odgovornost; bez da zbog toga proživljavaju visoke razine negativnog afekta, što ih čini uspješnijima u suočavanju (Leary i sur., 2007). Zbog izostanka straha od neuspjeha, sklone su pokušati ponovno (Nelly, Schallert, Mohammed, Roberts i Chen, 2009; prema Neff i Dahm, 2015). U većoj mjeri prepoznaju neadaptivne obrasce misli, osjećaja i ponašanja koji pojačavaju stresne situacije te teže samopoboljšanju i promijeni tih obrazaca (Leary i sur., 2007). Međutim, važnost samosuosjećanja nije ograničena isključivo na situacije u kojima osoba doživljava patnju, neuspjeh ili osjećaj neadekvatnosti; visoko samosuosjećanje znači da osoba ujedno nastoji spriječiti takva iskustva u budućnosti. Stoga teži napuštanju štetnih ponašanja i usvajanju produktivnih ponašanja koja doprinose dobrobiti, čak i kada ih nije lako izvesti (Horney, 1950; prema Neff, 2003b).

Samosuosjećanje se povezuje s mnogim poželjnim psihološkim ishodima s kojima se povezuje i samopoštovanje, ali se istovremeno ne povezuje s mnogim nedostacima (Neff, 2003b). Objašnjava jedinstvenu varijancu u nizu ishoda povezanih s fizičkim i mentalnim zdravljem, a neke studije pokazuju da je doprinos slici tijela i prehranbenim ponašanjima možda i veći (Breines, Toole, Tu i Chen, 2014; Kelly, Vimalakanthan i Carter, 2014). Povezuje se s adaptivnijom slikom tijela, kognitivnim i afektivnim procesima te ponašanjima vezanima uz hranjenje (npr. Adams i Leary, 2007; Wasylkiw, MacKinnon i MacLellan, 2012; Kelly, Vimalakanthan i Carter, 2014). Westenhofer i suradnici (2013) zaključuju da bi se samosuosjećanje moglo pokazati korisno u promicanju zdravijih i adaptivnijih stavova prema hranjenju te mnogo učinkovitije u regulaciji unosa hrane nego što je to rigidno provođenje dijete.

1.4.3. Samosuosjećanje, suzdržavanje od hranjenja i uhranjenost

Samopoštovanje i suzdržavanje od hranjenja su ponekad negativno povezani (Kelly, Vimalakanthan i Miller, 2014), a ponekad nisu značajno povezani (Kelly i Stephen, 2016; Kelly, Vimalakanthan i Carter, 2014), no više samosuosjećanje je konzistentno povezano s nižim suzdržavanjem od hranjenja. Međutim, ponekad su samo negativno formulirane čestice Skale samosuosjećanja povezane sa suzdržavanjem od hranjenja, no ne i pozitivno formulirane (James i sur., 2016), kako na interindividualnoj, tako i na intraindividualnoj razini (Kelly i Stephen, 2016).

Uzmemo li u obzir distinkciju koja uključuje rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja, u kontekstu ispitivanja odnosa sa samosuosjećanjem, rigidno suzdržavanje od hranjenja je u većoj mjeri pobudilo interes nakon što su Adams i Leary (2007) pronašli kako je samosuosjećanje medijator odnosa upravo rigidnog suzdržavanja od hranjenja i unosa hrane. Samosuosjećanje i u manjoj mjeri izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja su u većoj mjeri konceptualno podudarni, u skladu s pretpostavkom da su osobe s visokim samosuosjećanjem manje sklone ponašanjima kontrole težine koja se zasnivaju na dužnosti, postizanju osjećaja kontrole, kažnjavanju sebe ili želji za promjenom fizičkog izgleda. Umjesto toga, njihova ponašanja se zasnivaju na brizi za sebe (Taylor, Daiss i Krietsch, 2015). Adams i Leary (2007) razvili su Revidiranu skalu rigidnog suzdržavanja od hranjenja (engl. *Revised Rigid Restraint Scale*), koja sadržava dvije subskale: Krivnju i Suzdržavanje. Wasylkiw i suradnici (2012) pronašli su da je samosuosjećanje negativno povezano samo s krivnjom kao komponentom rigidnog suzdržavanja od hranjenja, dok je samopoštovanje bilo negativno povezano s obje

komponente rigidnog suzdržavanja od hranjenja. To je različito od istraživanja koja, mjereći opće suzdržavanje od hranjenja, pronalaze da je samosuosjećanje prediktor suzdržavanja od hranjenja povrh samopoštovanja (Kelly, Vimalakanthan i Miller, 2014; Kelly i Stephen, 2016).

Unatoč tome što se visoko samosuosjećanje češće javlja uz manje izraženo suzdržavanje od hranjenja, osoba može istovremeno razviti visoko samosuosjećanje i visoko suzdržavanje od hranjenja. Studentice koje imaju visoko samosuosjećanje uz visoko izraženo suzdržavanje od hranjenja imaju manje izražen motiv za samokažnjavanjem zbog prehrambenih ponašanja i manje izraženu zabrinutost zbog dobivanja na težini u odnosu na one s visoko izraženim suzdržavanjem od hranjenja, ali nižim samosuosjećanjem (Breines i sur., 2014). Osim što samosuosjećanje donosi koristi neovisno o razini suzdržavanja od hranjenja, njegovo povećanje donosi koristi i neovisno o prosječnoj razini samosuosjećanja. Osoba koja pojedini dan pristupa sebi s više samosuosjećanja, moguće više vjeruje signalima tijela u hranjenju, opuštenija je i manje anksiozna u vezi hranjenja, manje je preokupirana tijelom i u većoj mjeri prihvaća svoje tijelo (Kelly i Stephen, 2016).

Taylor i suradnici (2015) pronašli su da više samosuosjećanje predviđa niži ITM, predlažući dva moguća objašnjenja takva odnosa. Prema prvom objašnjenju, samosuosjećanje je nusprodukt zdravih ponašanja i brige o sebi; pojedinci koji imaju poželjnu tjelesnu težinu su skloniji razviti zdrav stav o sebi u vidu visokog samosuosjećanja. Prema drugom objašnjenju samosuosjećanje potiče želju za brigom o sebi, zbog koje pojedinci poduzimaju poželjna zdravstveno ponašanja te posljedično imaju niži ITM. Na temelju povezanosti nije moguće zaključivati o smjeru odnosa, međutim pokazalo se da više samosuosjećanje predviđa gubitak tjelesne težine (Mantzios i Wilson, 2014; Mantzios i Wilson, 2013). Nadalje, rezultati ranije spomenutog istraživanja kojeg su proveli Adams i Leary (2007) upućuju da samosuosjećanje moguće doprinosi boljoj regulaciji težine. Značaj tog istraživanja je u tome što je samosuosjećanjem eksperimentalno manipulirano, a tako izazvano samosuosjećanje je dovelo do izostanka efekta dezinhibicije kod ispitanika kod kojih je efekt očekivan zbog visoko izraženog rigidnog suzdržavanja od hranjenja.

U kontekstu odnosa sa suzdržavanjem od hranjenja i suosjećanjem je često ispitivan ITM; pronađena je njegova negativna povezanost sa samosuosjećanjem, a pozitivna sa suzdržavanjem od hranjenja, posebice rigidnim, no rijetko su bili ispitivani pokazatelji abdominalne pretilosti. Ipak, očekivali bismo da je abdominalna pretilost također povezana s

nižim samosuosjećanjem i višim suzdržavanjem od hranjenja. Naime, i niže samosuosjećanje i više suzdržavanje od hranjenja su povezani s višom razinom kortizola (McLean, Barr i Prior, 2001). Kortizol aktivira lipoprotein lipazu koja posreduje akumulaciji masnog tkiva upravo na području centralnog dijela tijela te se stoga povezuje s abdominalnom pretilošću (Torres i Nowson, 2007). Provencher i suradnici (2003) su kao mjeru pretilosti, osim ITM-a, uzeli u obzir i opseg struka. Pronašli da suzdržavanje od hranjenja nije povezano ni s opsegom struka ni s ITM-om. Međutim, rigidno suzdržavanje od hranjenja je bilo pozitivno povezano s obje mjere kod oba spola, dok je fleksibilno suzdržavanje od hranjenja kod žena bilo negativno povezano samo s opsegom struka. To upućuje na korisnost korištenja mjera abdominalne pretilosti, stoga smo u ovom istraživanju uključili opseg struka kao mjeru abdominalne pretilosti.

1.5. Cilj rada

Svrha ovog rada je ispitati odnos samosuosjećanja, samopoštovanja, fleksibilnog i rigidnog suzdržavanja od hranjenja, provođenja dijete te uhranjenosti. U mnogim istraživanjima koja su uključivala navedene varijable sudionici su isključivo osobe ženskog spola, a kada su uključeni i muškarci često se pronalaze spolne razlike u razinama samopoštovanja, samosuosjećanja, rigidnog i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja, u učestalosti provođenja dijete, ali i u smjeru njihove povezanosti. Osim toga, u zapadnoj kulturi žene su u odnosu na muškarce u većoj mjeri zabrinute oko tjelesne težine i provođenja dijete (Carmody, Brunner i St Jeor, 1995; prema Provencher i sur., 2003) te je ispitivanje odnosa navedenih varijabli kod žena od primarne važnosti, stoga su kao sudionici uključene isključivo studentice. Dosadašnja istraživanja koja su ispitivala odnos samosuosjećanja, suzdržavanja od hranjenja i ITM-a nisu razlučivala rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. Nadalje, na hrvatskom uzorku dosad nije korištena ni Skala samosuosjećanja – skraćena forma ni subskale Rigidna kontrola i Fleksibilna kontrola te nije provedeno istraživanje koje ispituje odnos navedenih konstrukata.

2. Problemi i hipoteze

2.1. Problemi rada

1. Ispitati odnos samopoštovanja, samosuosjećanja, provođenja dijete, rigidnog i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja, ITM-a te opsega struka.

2. Ispitati doprinos samopoštovanja, samosuosjećanja i ITM-a/opsega struka u objašnjenju rigidnog i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja.

2.2. Hipoteze

1. a. Samosuosjećanje će biti pozitivno povezano sa samopoštovanjem.

1. b. Rigidno suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijete će biti međusobno pozitivno povezani.

1. c. Samosuosjećanje će biti negativno povezano s rigidnim suzdržavanjem od hranjenja i provođenjem dijete.

1. d. Samosuosjećanje, samopoštovanje i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja će biti negativno, a rigidno suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijete pozitivno povezani s ITM-om, odnosno abdominalnom pretilošću.

2. Samopoštovanje, samosuosjećanje i ITM/opseg struka će zajedno značajno doprinijeti objašnjenju varijance rigidnog/fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja. ITM i samosuosjećanje će objasniti značajan udio varijance rigidnog/fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja povrh samopoštovanja, pri čemu će samosuosjećanje biti negativan, a ITM pozitivan prediktor. Samosuosjećanje će biti moderator odnosa ITM-a i rigidnog/fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja.

3. Metoda

3.1. Sudionici

Sudionici u istraživanju su bile studentice, u rasponu dobi od 18 do 41 godine ($M=22,52$; $SD=3,43$). Sudionici su prikupljeni putem društvenih mreža. Od 300 sudionica koje su pristupile istraživanju isključene su 4 čiji poslani obrasci nisu sadržavali odgovore te još 20 koje su navele da imaju dijagnosticirano zdravstveno stanje zbog kojeg se trebaju pridržavati određenog režima prehrane. Ukupno je obrađeno 276 odgovora. Vrijednosti visine i težine nedostajale su kod jedne sudionice, a vrijednosti opsega struka i opsega bokova su nedostajale kod 25 sudionica.

Ukupno je 21% studentica provodilo dijetu. Prema ITM-u 6,2% studentica klasificirano je kao pothranjeno, 77,1% normalne tjelesne težine, 13,5% prekomjerne tjelesne težine te 3,3% pretilo. Kao abdominalno pretilo klasificirano je 23,5% sudionica prema opsegu struka, 16,7% sudionica prema omjeru struk-bokovi te 12,4% sudionica prema omjeru struk-visina. Različite mjere abdominalne pretilosti (opseg struka, omjer struk-bokovi i omjer struk-visina) će biti detaljnije opisane u nastavku, u sklopu opisa mjernih instrumenata. U *Tablici 1.* prikazan je udio sudionica koje provode dijetu s obzirom na stupanj uhranjenosti prema različitim kriterijima.

Tablica 1. Provođenje dijeta s obzirom na stupanj uhranjenosti prema ITM-u, opsegu struka (WC), omjeru-struk bokovi (WHR) i omjeru struk-visina (WHtR)

Stupanj uhranjenosti	N	D (%)
Pothranjenost (ITM)	17	0
Normalna težina (ITM)	212	19,8
Prekomjerna težina (ITM)	37	32,4
Pretilost (ITM)	9	44,4
Zdravi WC	192	18,8
Abdominalna pretilost (WC)	59	30,5
Zdravi WHR	209	21,1
Abdominalna pretilost (WHR)	42	23,8
Zdravi WHtR	220	19,1
Abdominalna pretilost (WHtR)	31	38,7

N = broj sudionica; D(%) = postotak sudionica koje provode dijetu

U Tablici 1. vidljivo je da sudionice s višim stupnjem uhranjenosti u većem postotku provode dijetu od sudionica s nižim stupnjem uhranjenosti, neovisno o korištenom kriteriju.

3.2. Mjerni instrumenti

Sudionice su navodile demografske podatke, provode li dijetu te su ispunile Rosenbergovu skalu samopoštovanja, Skalu samosuosjećanja – kratki oblik te skale Fleksibilna i Rigidna kontrola.

3.2.1. Demografski podaci

Demografski podaci uključivali su dob, visinu, težinu, opseg struka i opseg bokova. Osim toga sudionici su navodili imaju li dijagnosticirano zdravstveno stanje zbog kojeg se trebaju pridržavati određenog režima prehrane, pritom odgovarajući s *da* ili *ne*.

3.2.1.1. Indeks tjelesne mase

Indeks tjelesne mase (engl. *body mass index; BMI; ITM*) izračunali smo na temelju visine koju su sudionici navodili u centimetrima (preračunate u metre) te težine u kilogramima ($ITM = kg/m^2$). Korištena je klasifikacija temeljena na kriterijima koje je definirala Svjetska zdravstvena organizacija (2017). Pritom se ITM niži od 18,5 odnosi na pothranjenost, ITM

između 18,5 i 24,9 normalnu tjelesnu težinu, ITM između 25 i 29,9 prekomjernu tjelesnu težinu, a ITM viši od ili jednak 30 na pretilost.

3.2.1.2. Opseg struka

Opseg struka (engl. *waist circumference*; *WC*) su sudionice samostalno navodile. Granična vrijednost iznosi 80 cm (IDF, 2006; Zimmet & Alberti, 2006; sve prema WHO, 2011), pri čemu se opseg struka koji je veći ili jednak graničnoj vrijednosti smatra abdominalnom pretilošću.

3.2.1.3. Omjer struk-bokovi

Omjer struk bokovi (engl. *waist-to-hip ratio*; *WHR*) izračunat je na temelju opsega struka i opsega bokova. Kritična vrijednost za žene iznosi 0,85 (WHO, 2011), pri čemu se vrijednost koja je veća ili jednaka kritičnoj smatra abdominalnom pretilošću.

3.2.1.4. Omjer struk-visina

Omjer struk-visina (engl. *waist-to-height ratio*; *WHtR*) računa se kao omjer opsega struka i visine, a granična vrijednost iznosi 0,5 (Hsieh i Yoshinaga, 1995; Ashwell, LeJeune i McPherson, 1996; Ashwell i Hsieh, 2005; Ashwell i Gibson, 2014; sve prema Ashwell i Gibson, 2016), pri čemu se vrijednost viša od granične ili jednaka graničnoj smatra abdominalnom pretilošću.

3.2.2. Provođenje dijete

Pitanje "Provodite li trenutno dijetu?", koje se smatra valjanim načinom ispitivanja provođenja dijete (Lowe i Timko, 2004) prošireno je objašnjenjem pojma dijeta: "Pritom dijeta podrazumijeva smanjen kalorijski unos i/ili ograničen unos pojedinih vrsta hrane i/ili pridržavanje određenog režima prehrane s ciljem održavanja ili gubitka tjelesne težine.", kako bi se umanjile razlike u definiranju dijete kod sudionika. Sudionici su odgovarali s *da* ili *ne*.

3.2.3. Rosenbergova skala samopoštovanja

Rosenbergova skala samopoštovanja (engl. *Rosenberg Self-Esteem Inventory*; Rosenberg, 1965) sastoji se od 10 čestica, od kojih je 5 pozitivno formulirano (*Općenito govoreći zadovoljna sam sobom*), a 5 negativno formulirano (*Ponekad se osjećam potpuno beskorisnom*). Sudionici odgovaraju u kojoj mjeri se pojedine tvrdnje odnose na njih na skali Likertova tipa od 1 (*u potpunosti netočno*) do 5 (*u potpunosti točno*). Mogući raspon ukupnog rezultata na Skali je od 10 do 50, pri čemu viši rezultat predstavlja višu razinu samopoštovanja. Kelly i Stephen (2016) pronašli su da pouzdanost unutarnje konzistentnosti varira od 0,86 do

0,97, dok kod hrvatskog prijevoda Skale ona varira od 0,81 do 0,84 (Bezinović, 1988). U ovom istraživanju pouzdanost unutarnje konzistentnosti iznosi 0,90.

3.2.4. Skala samosuosjećanja – kratki oblik

Skala samosuosjećanja – kratki oblik (engl. *Self-Compassion Scale – Short Form; SCS-SF*; Raes, Pommier, Neff i Van Gucht, 2011) sastoji se od 12 čestica, a skraćeni je oblik Skale samosuosjećanja od 26 čestica (engl. *Self-Compassion Scale; SCS*; Neff, 2003a), s kojom je gotovo u potpunoj korelaciji (Raes i sur., 2011). Sudionici procjenjuju koliko se često u teškim trenucima odnose prema sebi na navedeni način na skali Likertova tipa od 1 do 5, pri čemu 1 označava *gotovo nikada*, a 5 *gotovo uvijek*. Mjeri samosuosjećanje, a viši ukupni rezultat označava više samosuosjećanje. I kod kratkog i kod dužeg oblika Skale čestice se grupiraju u šest faktora: dobrotu i brižnost prema samome sebi, samokriticizam, usredotočena svjesnost, pretjerana identifikacija, međuzavisnost s drugim ljudima te izolacija. Međutim, kod kratkog oblika Skale navedene subskale imaju nešto nižu pouzdanost. Koristili smo kratki oblik Skale budući da u ovom istraživanju rezultati na subskalama nisu od posebnog interesa. Osim toga, novije analize pokazuju da se i kod dužeg (López i sur., 2015) i kod kratkog oblika Skale (Armstrong i Zuroff, 2015; prema Kelly i Stephen, 2016) pozitivno formulirane (*Kada se dogodi nešto bolno, pokušavam uravnoteženo sagledati situaciju*) i negativno formulirane čestice (*Kada ne uspijem u nečemu što mi je važno, sklona sam se osjećati kao jedina koja je neuspješna*) grupiraju u dva faktora te predstavljaju samosuosjećanje (ukupni rezultat na pozitivno formuliranim česticama) i samokritičnost (ukupni rezultat na negativno formuliranim česticama). Tijekom 7 uzastopnih dana pouzdanost unutarnje konzistentnosti varira od 0,87 do 0,91 za ukupnu skalu, od 0,78 do 0,82 za pozitivno formulirane čestice te od 0,92 do 0,98 za negativno formulirane čestice (Kelly i Stephen, 2016).

Skala samosuosjećanja – kratki oblik je prvi puta prevedena na hrvatski jezik, korištenjem metode dvostrukog prijevoda. Provjerena je faktorska struktura skale te pouzdanost unutarnje konzistencije. Na temelju Bartlettovog testa sfericiteta ($p = 0,00$) i KMO kriterija (0,86) utvrđena je prikladnost podataka za provođenje faktorske analize. Nije potvrđena šestofaktorska struktura skale. Faktorska analiza (PAF metoda) uz kosokutnu rotaciju izdvojila je dva faktora, pri čemu je prvi faktor objasnio 34,46% varijance, a drugi faktor 6,90% varijance. U prvi faktor su se grupirale negativno formulirane čestice Skale (8., 9., 4., 1., 12., 11.), koje predstavljaju samokritičnost. U drugi faktor su se grupirale pozitivno formulirane čestice Skale (3., 7., 2., 5., 6.), koje predstavljaju samosuosjećanje. Jednofaktorska struktura je

također potvrđena korištenjem PAF metode, pri čemu je objašnjeno 33,85% varijance. U ovom istraživanju koristili smo i ukupni rezultat na Skali (samosuosjećanje), ali i rezultate na pozitivno, odnosno negativno formuliranim česticama Skale (samosuosjećanje i samokritičnost). Pritom je pouzdanost unutarnje konzistencije iznosi 0,85 za ukupan rezultat na Skali, 0,82 za rezultat na negativno formuliranim česticama i 0,76 za rezultat na pozitivno formuliranim česticama. Faktorska zasićenja i komunaliteti nakon ekstrakcije prikazani su u Prilozima (*Tablica 1; Tablica 2*).

3.2.5. Fleksibilna kontrola i Rigidna kontrola

Skale Fleksibilna kontrola (engl. *Flexible Control; FC12*) i Rigidna kontrola (engl. *Rigid Control; RC16*; Westenhoefer i sur., 1999) nastale su na temelju kraćih skala dodavanjem čestica kako bi se povećala njihova pouzdanost. Kraći oblik skala (*FC7* i *RC7*) razvio je Westenhoefer (1991) na temelju subskale Kognitivno suzdržavanje od hranjenja (engl. *Cognitive Restraint*) Trofaktorskog upitnika hranjenja (engl. *Three-Factor Eating Questionnaire*; Stunkard i Messick, 1985) – kao dvije subskale nižeg reda.

Objekti skale su prvi puta korištene na hrvatskom uzorku te su za potrebe ovog istraživanja prevedene na hrvatski jezik metodom dvostrukog prijevoda, no nije potvrđena očekivana dvofaktorska struktura. Međutim, originalne skale (*FC12* i *RC16*) razvijene su na njemačkom govornom području, no objavljene u engleskom prijevodu koji nije validiran (Westenhoefer i sur., 1999). Zbog pogrešne pretpostavke da je riječ o originalno razvijenim subskalama, engleska verzija je zatim korištena u istraživanjima na engleskom govornom području, bez propitivanja faktorske strukture. Engleska verzija je korištena i za potrebe prijevoda na hrvatski jezik. Za potrebe ovog istraživanja, zbog nepotvrđivanja dvofaktorske strukture i radi usporedbe s ranijim istraživanjima subskale Fleksibilna kontrola i Rigidna kontrola smo tretirali kao odvojene skale, kao što su to učinili i drugi autori (npr. Meule i sur., 2011).

3.2.5.1. Rigidna kontrola

Skala Rigidna kontrola (engl. *Rigid Control*) mjeri rigidno suzdržavanje od hranjenja. Sastoji se od 16 čestica. Ukupni rezultat kreće se u rasponu od 0 do 16, a viši rezultat označava više rigidno suzdržavanje od hranjenja. Na čestice preuzete iz subskale Kognitivno suzdržavanje od hranjenja TRFQ upitnika (*Koliko često provodite dijetu kao svjestan napor radi kontrole vlastite težine?*), sudionici odgovaraju na skali od 4 stupnja, na različite načine (primjerice, *rijetko/ponekad/obično/uvijek*), pri čemu po dva od moguća četiri odgovora nose 1

bod. Na novo dodane čestice (*Iako volim pojedinu hranu, izbjegavam je iz principa*) sudionici odgovaraju koliko se slažu s pojedinom tvrdnjom s *točno* ili *netočno*, pri čemu se za jedan od moguća dva odgovora dobiva 1 bod. Pouzdanost skale iznosi 0,81 na ukupnom uzorku, odnosno 0,80 na uzorku ženskog spola (Westenhoefer i sur., 1999).

Provjerena je faktorska struktura. Provjerom Bartlettovog testa sfericiteta ($p=0,000$) i KMO kriterija (0,87) utvrđena je prikladnost podataka za provođenje faktorske analize. Korištenjem PAF metode ekstrakcije potvrđena je jednofaktorska struktura Rigidne kontrole, pri čemu je objašnjeno 24,92% varijance. Zbog izrazito niskih zasićenja i izrazito niskih, pa čak i negativnih povezanosti s ostalim česticama izbačene su čestica 1 (*Imam prilično dobru predodžbu o broju kalorija sadržanih u uobičajenoj hrani*) i čestica 10 (*Radije bih preskočila obrok nego prestala jesti usred obroka*). Pouzdanost unutarnje konzistencije iznosila je 0,81. Faktorska zasićenja i komunaliteti prikazani su u Prilozima (*Tablica 3*).

3.2.5.2. *Fleksibilna kontrola*

Skala Fleksibilna kontrola mjeri fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. Sastoji se od 12 čestica, od kojih je 7 preuzeto iz subskale Kognitivno suzdržavanje od hranjenja TRFQ upitnika. Na ranije preuzete čestice (*Ograničavate li namjerno količinu pojedene hrane tijekom obroka iako biste voljeli pojesti više?*) sudionici odgovaraju na skali od 4 stupnja, na različite načine (primjerice, *uvijek/često/rijetko/nikada*), pri čemu po dva od moguća četiri odgovora nose 1 bod. Na novo dodane čestice (*Ako tijekom jednoga obroka pojedem malo više, nadoknadim to tijekom idućega obroka*) sudionici odgovaraju s *točno* ili *netočno*, pri čemu od moguća dva odgovora po jedan odgovor nosi 1 bod. Ukupni rezultat kreće se u rasponu od 0 do 12, a viši rezultat označava više fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. Pouzdanost skale iznosi 0,83 na ukupnom uzorku, odnosno 0,82 na uzorku ženskog spola (Westenhoefer i sur., 1999).

Provjerena je faktorska struktura. Provjerom Bartlettovog testa sfericiteta ($p=0,000$) i KMO kriterija (0,88) utvrđena je prikladnost podataka za provođenje faktorske analize. PAF metodom ekstrakcije potvrđena je jednofaktorska struktura Fleksibilne kontrole, pri čemu je objašnjeno 34,47% varijance. Radi izrazito niskih zasićenja i izrazito niskih, pa čak i negativnih povezanosti s ostalim česticama izbačene su čestica 9 (*Obraćam pažnju na svoju figuru, ali i dalje uživam u raznolikoj hrani*) i čestica 6 (*Koliko ste svjesni što jedete?*). Pouzdanost unutarnje konzistencije iznosila je 0,82. Faktorska zasićenja i komunaliteti prikazani su u Prilozima (*Tablica 4*).

3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno putem interneta, korištenjem *Google obrazaca* i bilo je u potpunosti anonimno. Ispunjavanje je trajalo približno 15 minuta. Sudionici su na kraju istraživanja mogli upisati adresu e-pošte kako bi po završetku istraživanja bili upoznati sa svrhom i rezultatima istraživanja. Nakon prikupljanja podataka izračunali smo ITM na temelju visine i tjelesne težine koju su sudionice samostalno navodile. Nadalje, na temelju opsega struka, odnosno opsega bokova izračunali smo omjer struk-bokovi te omjer struk-visina. Omjer struk-bokovi, omjer struk-visina te opseg struka su mjere koje se odnose na isti konstrukt, abdominalnu pretilost, stoga je u daljnje analize je samo jedna od njih. Pritom omjer struk-bokovi ima najniže povezanosti s ostalim varijablama (samopoštovanjem, samosuosjećanjem, provođenjem dijete, fleksibilnim i rigidnim suzdržavanjem od hranjenja), dok omjer struk-visina i opseg struka imaju približno jednake povezanosti s ostalim varijablama te su u vrlo visokoj međusobnoj korelaciji (0,93). Kao mjeru abdominalne pretilosti odabrali smo opseg struka, zbog ranije spomenutih povezanosti, ali i veće jednostavnosti primjene u praksi, budući da ne zahtijeva računanje.

4. Rezultati

Statističke analize provedene su korištenjem programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, verzije 17,0. Normalnost distribucija je provjerena indeksom simetričnosti (*Skewness*) i indeksom spljoštenosti (*Kurtosis*). Od normalne distribucije odstupali su ITM i opseg struka; imali su pozitivno asimetrične distribucije. Premda ITM ima pozitivno asimetričnu distribuciju i u općoj populaciji (Penman i Johnson, 2006), radi daljnjih analiza normalna distribucija postignuta je transformacijom rezultata na način da su vrijednosti ITM-a, odnosno opsega struka svrstane u po devet kategorija. Na taj način izbjegnuta je potreba za isključivanjem ekstremnih vrijednosti, nakon čega bi analize bile provedene isključivo na sudionicima normalne tjelesne težine i nižeg opsega struka. Deskriptivni podaci za kontinuirane varijable prikazani su u *Tablici 2*.

Tablica 2. Dobiveni i teorijski rasponi rezultata te aritmetičke sredine i standardne devijacije za ukupni uzorak i s obzirom na stupanj uhranjenosti prema ITM-u i opsegu struka (WC)

	R	F	SP	SS	SS+	SS-	ITM	WC
Dobiveni raspon	0-13	0-10	13-50	16-57	10-30	6-30	16,65-40,43	48-123
Teorijski raspon	0-14	0-10	10-50	12-60	6-30	6-30		
M (SD)								
Ukupan uzorak	3,51 (3,07)	2,89 (2,66)	38,09 (7,65)	38,30 (8,37)	20,66 (4,21)	18,36 (5,30)	22,43 (3,41)	72,57 (12,53)
Pothranjenost (ITM)	0,88 (0,99)	1,12 (1,27)	39,82 (6,99)	40,82 (8,74)	22,47 (4,19)	17,65 (5,56)		
Normalna težina (ITM)	3,42 (2,99)	3,00 (2,65)	38,63 (7,25)	38,33 (7,88)	20,56 (4,03)	18,23 (5,17)		
Prekomjerna težina (ITM)	4,68 (3,22)	3,35 (2,98)	35,11 (9,57)	37,57 (10,20)	20,68 (4,92)	19,11 (5,81)		
Pretilost (ITM)	6,00 (3,28)	2,11 (2,32)	33,89 (6,29)	35,89 (11,37)	19,56 (5,20)	19,67 (6,50)		
Zdravi WC	3,26 (3,00)	2,95 (2,68)	39,42 (6,66)	39,10 (7,81)	20,96 (3,94)	17,85 (5,14)		
Abdominalna pretilost (WC)	4,41 (3,07)	3,07 (2,82)	34,58 (8,56)	36,29 (9,02)	20,12 (4,68)	19,83 (5,27)		

R=rigidno suzdržavanje od hranjenja; F=fleksibilno suzdržavanje od hranjenja; SP=samopoštovanje; SS=samosuosjećanje (ukupni rezultat na Skali samosuosjećanja); SS+=rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samosuosjećanje); SS-=rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samokritičnost)

Napomena: Za ITM i opseg struka navedene su vrijednosti prije transformacije.

U Tablici 2. vidljivo je da sudionice višeg stupnja uhranjenosti imaju niže srednje vrijednosti za samopoštovanje, za ukupan rezultat na Skali samosuosjećanja te za rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja; više srednje vrijednosti za rezultat na skali Rigidna kontrola i za rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te u većem postotku provode dijete. Međutim, srednja vrijednost rezultata na skali Fleksibilna kontrola niža je za pretilost nego za prekomjernu i normalnu tjelesnu težinu. Nadalje, vidljivo je da sudionice, neovisno o uhranjenosti, imaju relativno nisko izraženo i rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja te relativno visoko samopoštovanje i samosuosjećanje.

Povezanosti među varijablama provjerene su vrijednostima Pearsonovih koeficijenata korelacije i prikazane su u Tablici 3.

Tablica 3. Povezanost rigidnog suzdržavanja od hranjenja, fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja, samopoštovanja, samosuosjećanja, pozitivno formuliranih čestica Skale samosuosjećanja, negativno formuliranih čestica Skale samosuosjećanja, provođenja dijete, ITM-a i opsega struka

	R	F	D	SP	SS	SS+	SS-	ITM	WC
R	1	,67***	,56***	-,30***	-,28***	-,17**	,30***	,33***	,24***
F		1	,59***	-,08	-,05	-,01	,08	,15*	,10
D			1	-,08	-,07	-,04	,07	,25***	,15*
SP				1	,67***	,46***	-,68***	-,20**	-,22***
SS					1	,85***	-,91***	-,14*	-,16*
SS+						1	-,54***	-,10	-,07
SS-							1	,14*	,19**
ITM								1	,61***
WC									1

***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

R=Rigidno suzdržavanje od hranjenja; F=Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja; D=provođenje dijete; SP=samopoštovanje; SS=samosuosjećanje (ukupan rezultat na Skali samosuosjećanja); SS+=rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samosuosjećanje); SS-=rezultat na negativno formuliranim česticama skale samosuosjećanja (samokritičnost); ITM=indeks tjelesne mase; WC=opseg struka

U Tablici 3. vidljivo je da su samopoštovanje i samosuosjećanje međusobno umjereno pozitivno povezani. Isto tako, ITM i opseg struka su međusobno umjereno pozitivno povezani. Samopoštovanje, kao i samosuosjećanje, nisko je negativno povezano s ITM-om i s opsegom struka. To pokazuje da sudionice s višim opsegom struka, kao i one s višim ITM-om vjerojatnije imaju niže samopoštovanje i niže samosuosjećanje. Pritom je samo rezultat na negativno

formuliranim česticama Skale samosuosjećanja značajno povezan s ITM-om i opsegom struka, u ovom slučaju pozitivno. Drugim riječima, sudionice s višim ITM-om, odnosno višim opsegom struka imaju viši rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja, no ne i niži rezultat na pozitivno formuliranim česticama. Nadalje, rigidno suzdržavanje od hranjenja, fleksibilno suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijete međusobno su visoko pozitivno povezani. Rigidno suzdržavanje od hranjenja je nisko negativno povezano sa samopoštovanjem i samosuosjećanjem, kao i s rezultatom na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja; nisko pozitivno povezano s rezultatom na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i s opsegom struka te umjereno pozitivno povezano s ITM-om. Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijete nisu značajno povezani ni sa samopoštovanjem ni sa samosuosjećanjem, ali su nisko pozitivno povezani s ITM-om, dok je s opsegom struka značajno nisko pozitivno povezano samo provođenje dijete. Sudionice koje imaju jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja vjerojatnije imaju niže samopoštovanje i samosuosjećanje, no ne i sudionice koje provode dijete ili one koje imaju jače izraženo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. To može značiti da sudionice koje imaju nisko samopoštovanje, odnosno samosuosjećanje češće razvijaju rigidno suzdržavanje od hranjenja. Nadalje, sudionice koje imaju jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja te one koje provode dijete vjerojatnije imaju viši ITM i opseg struka, dok sudionice koje imaju jače izraženo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja vjerojatnije imaju viši ITM, no ne i viši opseg struka. To može značiti da su fleksibilnom suzdržavanju od hranjenja u jednakoj mjeri sklone sudionice koje imaju viši opseg struka kao i one sudionice koje imaju niži opseg struka, dok su one sudionice s višim opsegom struka u većoj mjeri sklone razviti rigidno suzdržavanje od hranjenja ili provoditi dijete. Pritom su sudionice s višim ITM-om sklone razvijanju obje vrste suzdržavanja od hranjenja, kao i provođenju dijete.

4.1. Doprinos pojedinih prediktora objašnjenju rigidnog suzdržavanja od hranjenja

Kako bismo odgovorili na postavljeno istraživačko pitanje, provedeno je osam hijerarhijskih regresijskih analiza. Od toga su četiri kao kriterij uključivale rigidno suzdržavanje od hranjenja, a četiri fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. Nadalje, prve dvije analize za svaki kriterij su kao prediktor uključivale ITM, a druge dvije opseg struka. Od svake dvije, jedna je kao prediktor uključivala samosuosjećanje (ukupan rezultat na Skali samosuosjećanja), a druga

samosuosjećanje (rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja) i samokritičnost (rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja). Razlog za provođenje odvojenih analiza umjesto uključivanja ITM-a i opsega struka kao prediktora u istoj regresijskoj analizi je što se obje mjere odnose na uhranjenost. Jednak tako, razlog za provođenje odvojenih regresijskih analiza umjesto uključivanja ukupnog rezultata i rezultata na pozitivno i negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja kao prediktora u istoj regresijskoj analizi je što rezultat na pozitivno formuliranim česticama i rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja zajedno sačinjavaju ukupan rezultat na Skali. Radi ispitivanja interakcije ITM-a i samosuosjećanja, odnosno opsega struka i samosuosjećanja, varijable su transformirane u z-vrijednosti.

U prvoj analizi u prvom koraku uključili smo samopoštovanje, u drugom koraku samosuosjećanje i ITM, a u trećem interakciju samosuosjećanja i ITM-a, kao što je prikazano u *Tablici 4*.

Tablica 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Rigidno suzdržavanje od hranjenja s ITM-om i ukupnim rezultatom na Skali samosuosjećanja kao prediktorima (N=275)

Prediktor	β	t	p	R ²	ΔR^2
1. korak:				,092	
Samopoštovanje	-0,30	-5,27	0,00		
2. korak:				,179	,086
Samopoštovanje	-0,16	-2,14	0,03		
Samosuosjećanje	-0,13	-1,79	0,07		
ITM	0,28	5,02	0,00		
3. korak				,186	,007
Samopoštovanje	-0,16	-2,14	0,03		
Samosuosjećanje	-0,12	-1,62	0,11		
ITM	0,28	5,02	0,00		
Samosuosjećanje*ITM	-0,08	-1,53	0,13		

Samopoštovanje je u prvom koraku statistički značajno objasnilo 9,2% varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,273)=27,80$; $p=0,00$), pri čemu je bilo značajan negativan prediktor ($\beta=-0,30$; $p=0,00$). Više samopoštovanje je predviđalo manje izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja.

Samosuosjećanje i ITM su u drugom koraku značajno objasnili dodatnih 8,6% varijance ($\Delta F(2,271)=14,26$; $p=0,00$) rigidnog suzdržavanja od hranjenja. Samopoštovanje je ostalo značajan negativan prediktor ($\beta=-0,16$; $p=0,03$), dok je ITM bio značajan pozitivan prediktor ($\beta=0,28$; $p=0,00$). Jedino samosuosjećanje nije bilo značajan prediktor ($\beta=-0,13$; $p=0,07$). U trećem koraku interakcija samosuosjećanja i ITM-a nije statistički značajno objasnila dodatan udio varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($p=0,13$) te sama interakcija nije bila značajan prediktor ($\beta=-0,08$; $p=0,13$), kao ni samosuosjećanje ($\beta=-0,12$; $p=0,11$). Samopoštovanje je ostalo značajan negativan prediktor ($\beta=-0,16$; $p=0,03$), a ITM značajan pozitivan prediktor ($\beta=0,28$; $p=0,00$). Dakle, jedini značajan prediktor rigidnog suzdržavanja od hranjenja povrh samopoštovanja bio je ITM, pri čemu viši ITM predviđa jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja. Budući da interakcija nije značajna, odnos ITM-a i rigidnog suzdržavanja od hranjenja se ne razlikuje s obzirom na razinu samosuosjećanja.

U drugoj analizi u prvom koraku uključili smo samopoštovanje, u drugom koraku rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja, rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i ITM, a u trećem interakciju rezultata na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i ITM-a te interakciju rezultata na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i ITM-a, kao što je prikazano u *Tablici 5*.

Tablica 5. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Rigidno suzdržavanje od hranjenja s ITM-om te rezultatima na negativno i pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja kao prediktorima (N=275)

Prediktor	β	t	p	R ²	ΔR^2
1. korak:				,092	
Samopoštovanje	-0,30	-5,27	0,00		
2. korak:				,187	,094
Samopoštovanje	-0,13	-1,68	0,10		
SS+	0,02	0,35	0,73		
SS-	0,19	2,37	0,02		
ITM	0,28	5,05	0,00		
3. korak				,196	,009
Samopoštovanje	-0,13	-1,70	0,09		
SS+	0,04	0,58	0,57		
SS-	0,19	2,38	0,02		
ITM	0,28	4,92	0,00		
SS+*ITM	-0,01	-0,07	0,94		
SS-*ITM	0,10	1,25	0,21		

SS+=rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samosuosjećanje); SS-=rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samokritičnost)

Samopoštovanje je u prvom koraku statistički značajno objasnilo 9,2% varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,273)=27,80$; $p=0,00$), pri čemu je bilo značajan negativan prediktor ($\beta=-0,30$; $p=0,00$). Niže samopoštovanje je predviđalo jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja.

Samosuosjećanje (rezultat pozitivno formuliranim česticama), samokritičnost i ITM su u drugom koraku značajno objasnili dodatnih 9,4% varijance ($\Delta F(3,270)=10,45$; $p=0,00$). Samopoštovanje nije bilo značajan prediktor ($\beta=-0,13$; $p=0,10$), kao ni rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja ($\beta=0,02$; $p=0,73$). Rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja ($\beta=0,19$; $p=0,02$) i ITM ($\beta=0,28$; $p=0,00$) bili su značajni pozitivni prediktori.

U trećem koraku nije objašnjen statistički značajan dodatni udio varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($\Delta F(2,268)=1,52$; $p=0,22$). Interakcija rezultata na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i ITM-a ($\beta=-0,01$; $p=0,94$) te interakcija rezultata na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i ITM-a ($\beta=0,10$; $p=0,21$) nisu bile značajan prediktor, kao ni samopoštovanje ($\beta=-0,13$; $p=0,09$) i rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja ($\beta=0,04$; $p=0,56$). Rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja ($\beta=0,19$; $p=0,02$) i ITM ($\beta=0,28$; $p=0,00$) su ostali značajni pozitivni prediktori. Dakle, značajni prediktori rigidnog suzdržavanja od hranjenja povrh samopoštovanja bili su ITM i rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja. Dakle, viši ITM te viša samokritičnost predviđaju jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja. Budući da interakcije nisu značajne, odnos ITM-a i rigidnog suzdržavanja od hranjenja se ne razlikuje s obzirom na rezultat na pozitivno, odnosno negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja.

U trećoj analizi u prvom koraku uključili smo samopoštovanje, u drugom koraku samosuosjećanje i opseg struka, a u trećem interakciju samosuosjećanja i opsega struka, kao što je prikazano u *Tablici 6*.

Tablica 6. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Rigidno suzdržavanje od hranjenja s ukupnim rezultatom na Skali samosuosjećanja i opsegom struka kao prediktorima (N=251)

Prediktor	β	t	p	R ²	ΔR^2
1. korak:				,077	
Samopoštovanje	-0,28	-4,56	,00		
2. korak:				,119	,042
Samopoštovanje	-0,16	-1,96	,05		
Samosuosjećanje	-0,12	-1,53	,13		
Opseg struka	0,19	3,07	,00		
3. korak				,137	,017
Samopoštovanje	-0,15	-1,82	,07		
Samosuosjećanje	-0,11	-1,42	,16		
Opseg struka	0,18	3,00	,00		
Samosuosjećanje*opseg struka	-0,13	-2,23	,03		

U prvom koraku samopoštovanje je značajno objasnilo 7,7% varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,249)=20,75$; $p=0,00$), pri čemu je bilo značajan negativan prediktor ($\beta=-0,28$; $p=0,00$). Niže samopoštovanje predviđalo je jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja.

U drugom koraku prediktori su zajedno značajno objasnili dodatnih 4,2% varijance ($\Delta F(2,247)=5,93$; $p=0,00$), a u trećem koraku dodatnih 1,7% varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($\Delta F(1,246)=4,96$; $p=0,03$). Kao što je vidljivo u Tablici 6., samopoštovanje više nije bilo značajan prediktor u drugom ($\beta=-0,16$; $p=0,05$) i u trećem koraku ($\beta=-0,15$; $p=0,07$). Opseg struka je bio značajan pozitivan prediktor i u drugom ($\beta=0,19$; $p=0,00$) i u trećem koraku ($\beta=0,18$; $p=0,00$). Dakle, viši opseg struka predviđao je jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja. Samosuosjećanje nije bilo značajan prediktor ni u drugom ($\beta=-0,12$; $p=0,13$), ni u trećem koraku ($\beta=-0,11$; $p=0,16$). Ipak, interakcija samosuosjećanja i opsega struka bila je značajna ($\beta=-0,13$; $p=0,03$), što pokazuje da odnos opsega struka i rigidnog suzdržavanja od hranjenja nije jednak na svim razinama samosuosjećanja. Kod nižeg samosuosjećanja je viši

opseg struka povezan s jače izraženim rigidnim suzdržavanjem od hranjenja, dok je kod viših razina samosuosjećanja viši opseg struka povezan s manje izraženim rigidnim suzdržavanjem od hranjenja. Dakle, samosuosjećanje je moderator odnosa opsega struka i rigidnog suzdržavanja od hranjenja, pri čemu visoko samosuosjećanje predstavlja zaštitni faktor od razvoja jako izraženog rigidnog suzdržavanja od hranjenja kod osoba s većim opsegom struka.

U četvrtoj analizi u prvom koraku uključili smo samopoštovanje, u drugom koraku rezultate na pozitivno i negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te opseg struka, a u trećem interakciju opsega struka i rezultata na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te interakciju opsega struka i rezultata na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja, kao što je prikazano u *Tablici 7*.

Tablica 7. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Rigidno suzdržavanje od hranjenja s rezultatima na pozitivno i negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te opsegom struka kao prediktorima (N=251)

Prediktor	β	t	p	R²	ΔR^2
1. korak:				,077	
Samopoštovanje	-0,28	-4,56	,00		
2. korak:				,130	,053
Samopoštovanje	-0,12	-1,51	,13		
SS+	0,04	0,57	,57		
SS-	0,20	2,30	,02		
Opseg struka	0,18	2,95	,00		
3. korak				,148	,019
Samopoštovanje	-0,11	-1,38	,17		
SS+	0,05	0,73	,47		
SS-	0,19	2,30	,02		
Opseg struka	0,17	2,82	,01		
SS+*opseg struka	-0,05	-0,74	,46		
SS-*opseg struka	0,10	1,45	,15		

SS+=rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samosuosjećanje); SS-=rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samokritičnost)

U prvom koraku samopoštovanje je značajno objasnilo 7,7% varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,249)=20,75$; $p=0,00$), pri čemu je bilo značajan negativan prediktor ($\beta=-0,28$; $p=0,00$). Niže samopoštovanje predviđalo je jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja.

U drugom koraku prediktori su zajedno značajno objasnili dodatnih 5,3% varijance rigidnog suzdržavanja od hranjenja ($\Delta F(3,246)=4,98$; $p=0,00$). U trećem koraku nije objašnjen statistički značajan dodatan udio varijance kriterija ($\Delta F(2,244)=2,68$; $p=0,07$). Kao što je vidljivo u *Tablici 7.*, samopoštovanje više nije bilo značajan prediktor u drugom ($\beta=-0,12$; $p=0,13$) i u trećem koraku ($\beta=-0,11$; $p=0,17$). Opseg struka je bio značajan pozitivan prediktor i u drugom ($\beta=0,18$; $p=0,00$) i u trećem koraku ($\beta=0,17$; $p=0,01$). Dakle, viši opseg struka predviđao je jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja. Nadalje, rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja nije bio značajan prediktor ni u drugom ($\beta=0,04$; $p=0,57$), ni u trećem koraku ($\beta=0,05$; $p=0,47$), dok je rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja bio značajan pozitivan prediktor i u drugom ($\beta=0,20$; $p=0,02$) i u trećem koraku ($\beta=0,19$; $p=0,02$). Dakle, viša samokritičnost predviđala je jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja. Također, nije bila značajna interakcija opsega struka i rezultata na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja ($\beta=-0,05$; $p=0,46$), kao ni značajna interakcija opsega struka i rezultata na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja ($\beta=0,10$; $p=0,15$). Dakle, možemo zaključiti da se odnos opsega struka i rigidnog suzdržavanja od hranjenja ne razlikuje s obzirom na rezultat na pozitivno, odnosno negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja.

4.2. Doprinos pojedinih prediktora objašnjenju fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja

Kako bismo ispitali u kolikoj mjeri pojedini prediktori doprinose objašnjenju fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja, provedene su četiri hijerarhijske regresijske analize jednake onima za rigidno suzdržavanje od hranjenja kao kriterij. U prvoj analizi u prvom koraku uključili smo samopoštovanje, u drugom koraku samosuosjećanje i ITM, a u trećem interakciju samosuosjećanja i ITM-a, kao što je prikazano u *Tablici 8.*

Tablica 8. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja s ITM-om i ukupnim rezultatom na Skali samosuosjećanja kao prediktorima (N=275)

Prediktor	β	t	p	R ²	ΔR^2
1. korak:				,006	
Samopoštovanje	-0,08	-1,30	0,19		
2. korak:				,024	,018
Samopoštovanje	-0,05	-0,62	0,54		
Samosuosjećanje	0,00	-0,02	0,98		
ITM	0,14	2,21	0,03		
3. korak				,024	,000
Samopoštovanje	-0,05	-0,62	0,54		
Samosuosjećanje	0,00	-0,04	0,97		
ITM	0,14	2,20	0,03		
Samosuosjećanje*ITM	0,01	0,19	0,85		

U prvom koraku nije objašnjen značajan udio varijance fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,273)=1,70$; $p=0,19$); samopoštovanje nije bilo značajan prediktor ($\beta=-0,08$; $p=0,19$). Dodavanjem samosuosjećanja i ITM-a u drugom koraku nije značajno objašnjen dodatni udio varijance ($\Delta F(2,271)=2,43$; $p=0,09$). Također, dodavanjem interakcije ITM-a i samosuosjećanja u trećem koraku nije značajno objašnjen dodatni udio varijance ($\Delta F(1,270)=0,04$; $p=0,85$). Ipak, kao što je vidljivo u Tablici 8., ITM je bio značajan pozitivan prediktor u drugom ($\beta=0,14$; $p=0,03$) i u trećem koraku ($\beta=0,14$; $p=0,03$); viši ITM je predvidio jače izraženo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja.

U drugoj analizi u prvom koraku smo uključili samopoštovanje, u drugom koraku rezultate na pozitivno i negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te ITM, a u trećem interakciju rezultata na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i ITM-a te interakciju rezultata na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja i ITM-a, kao što je prikazano u Tablici 9.

Tablica 9. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja s ITM-om te rezultatima na negativno i pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja kao prediktorima (N=275)

Prediktor	β	t	p	R ²	ΔR^2
1. korak:				,006	
Samopoštovanje	-0,08	-1,30	,19		
2. korak:				,027	,021
Samopoštovanje	-0,03	-0,37	,72		
SS+	0,06	0,78	,44		
SS-	0,07	0,79	,43		
ITM	0,14	2,21	,03		
3. korak				,027	,000
Samopoštovanje	-0,03	-0,38	,71		
SS+	0,06	0,76	,45		
SS-	0,07	0,79	,43		
ITM	0,14	2,17	,03		
SS+*ITM	0,01	0,15	,89		
SS-*ITM	0,00	0,04	,97		

SS+=rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samosuosjećanje); SS-=rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samokritičnost)

U prvom koraku nije objašnjen značajan udio varijance fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,273)=1,70$; $p=0,19$). Nadalje, u drugom ($\Delta F(3,270)=1,92$; $p=0,13$), kao ni u trećem koraku ($\Delta F(2,268)=0,01$; $p=0,99$) nije značajno objašnjen dodatni udio varijance kriterija. Ipak, kao što je vidljivo u Tablici 9., ITM je bio značajan pozitivan prediktor u drugom ($\beta=0,14$; $p=0,03$) i u trećem koraku ($\beta=0,14$; $p=0,03$); viši ITM je predvidio jače izraženo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja.

U trećoj analizi u prvom koraku uključili smo samopoštovanje, u drugom koraku samosuosjećanje i opseg struka, a u trećem interakciju samosuosjećanja i opsega struka, kao što je prikazano u Tablici 10.

Tablica 10. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja s ukupnim rezultatom na Skali samosuosjećanja i opsegom struka kao prediktorima (N=251)

Prediktor	β	t	p	R²	ΔR^2
1. korak:				,008	
Samopoštovanje	-0,09	-1,42	,16		
2. korak:				,016	,007
Samopoštovanje	-0,08	-0,94	,35		
Samosuosjećanje	0,02	0,18	,86		
Opseg struka	0,09	1,36	,18		
3. korak				,016	,001
Samopoštovanje	-0,08	-0,91	,36		
Samosuosjećanje	0,02	0,20	,84		
Opseg struka	0,09	1,34	,18		
Samosuosjećanje*opseg struka	-0,03	-0,46	,64		

U prvom koraku nije objašnjen značajan udio varijance fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,249)=2,01$; $p=0,16$). Nadalje, u drugom ($\Delta F(2,247)=0,94$; $p=0,39$), kao ni u trećem koraku ($\Delta F(1,246)=0,21$; $p=0,64$) nije značajno objašnjen dodatni udio varijance fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja.

U četvrtoj analizi u prvom koraku uključili smo samopoštovanje, u drugom koraku rezultate na pozitivno i negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te opseg struka, a u trećem interakciju opsega struka i rezultata na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te interakciju opsega struka i rezultata na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja, kao što je prikazano u *Tablici 11*.

Tablica 11. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za Fleksibilno suzdržavanje od hranjenja s rezultatima na pozitivno i negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja te opsegom struka kao prediktorima (N=251)

Prediktor	β	t	p	R ²	ΔR^2
1. korak:				,008	
Samopoštovanje	-0,09	-1,42	,16		
2. korak:				,020	,012
Samopoštovanje	-0,06	-0,67	,50		
SS+	0,07	0,97	,34		
SS-	0,07	0,74	,46		
Opseg struka	0,08	1,29	,20		
3. korak				,027	,007
Samopoštovanje	-0,04	-0,45	,65		
SS+	0,07	0,89	,38		
SS-	0,07	0,77	,45		
Opseg struka	0,09	1,40	,16		
SS+*opseg struka	-0,10	-1,35	,18		
SS-*opseg struka	-0,06	-0,81	,42		

SS+=rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samosuosjećanje); SS-=rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja (samokritičnost)

U prvom koraku nije objašnjen značajan udio varijance fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja ($F(1,249)=2,01$; $p=0,16$). Nadalje, u drugom ($\Delta F(3,246)=0,99$; $p=0,40$), kao ni u trećem koraku ($\Delta F(2,244)=0,92$; $p=0,40$) nije značajno objašnjen dodatni udio varijance fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja.

5. Rasprava

5.1. Faktorske strukture skala Fleksibilna i Rigidna kontrola te Skale samosuosjećanja

U ovom istraživanju nisu potvrđene očekivane faktorske strukture skala Fleksibilna i Rigidna kontrola te Skale samosuosjećanja. Razlog mogu biti razumljivost prijevoda, stvarno nepostojanje identične faktorske strukture na različitim uzorcima ili pak manjkavost originalne skale. Naime, navedene skale su prvi puta prevedene na hrvatski jezik za potrebe ovog istraživanja. Moguće je da je prijevod bio nerazumljiv, posebice u slučaju Skale samosuosjećanja, ali i da je sam koncept samosuosjećanja manje razumljiv unutar kulture kojoj pripadamo. Naime, u zapadnoj kulturi ljudi su često kritičniji i neosjetljiviji prema sebi nego prema drugim ljudima (Neff, 2003b) te se postavlja pitanje koliko je u skladu ljudskom prirodom razviti visoko samosuosjećanje. Osim toga, sam konstrukt je vrlo kompleksan i sastoji se od više komponenata. Nadalje, samosuosjećanje se sudionicima može činiti slično samosuosjećanju, ali i samopoštovanju koje je ispitivano u ovom istraživanju.

Fleksibilna kontrola i Rigidna kontrola sastoje se od čestica na koje sudionici odgovaraju s točno ili netočno, jednako kao i od čestica na koje sudionici odgovaraju na skali od četiri stupnja. Nadalje, Adams i Leary (2007) također nisu potvrdili očekivanu dvofaktorsku strukturu suzdržavanja od hranjenja. Međutim, Westenhoefer (1991) govori o postojanju ne samo dvije, već najmanje dvije komponente suzdržavanja od hranjenja, što implicira potrebu za daljnjim ispitivanjem faktorske strukture. Osim što nije potvrđena faktorska struktura Fleksibilne kontrole i Rigidne kontrole, neke čestice su zbog izrazito niskih, čak i negativnih povezanosti s ostalim česticama isključene iz konačne skale, što posljedično uzrokuje nekomparabilnost s prijašnjim istraživanjima. Također, nije potvrđena ni očekivana faktorska struktura Skale samosuosjećanja. Ipak, u nekim prijašnjim istraživanjima također je pronađena dvofaktorska struktura, i to kod portugalskog (Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira i Castilho, 2016) i nizozemskog prijevoda (Lopez i sur., 2015) Skale. Pozitivno formulirane i negativno formulirane čestice su se grupirale u dva faktora, pri čemu su Lopez i suradnici (2015) rezultat na negativno formuliranim česticama konceptualno odredili kao izostanak samosuosjećanja i nazvali samokritičnost. Ipak, u većini slučajeva je potvrđena šestofaktorska struktura te Neff (2016) dobivanje dvofaktorske strukture objašnjava kulturnom primjerenošću prijevoda, smatrajući takvu strukturu nekompatibilnom s teorijskim pretpostavkama. Valja uzeti u obzir da dobivanje takve strukture moguće odražava sklonost ispitanika da različito

odgovaraju na negativno i pozitivno formulirane čestice, a ne znači nužno i stvarno postojanje dvofaktorske strukture Skale samosuosjećanja. Osim toga, dvofaktorska struktura ima ograničenu teorijsku podlogu, što otežava interpretaciju rezultata. Ipak, rezultati ovog istraživanja pokazuju da su ITM i opseg struka povezani sa samokritičnošću, ne i sa samosuosjećanjem (rezultatom na pozitivno formuliranim česticama). Isto tako, uz kontrolu samopoštovanja, upravo je samokritičnost značajan prediktor rigidnog suzdržavanja od hranjenja, dok samosuosjećanje (ukupan rezultat, kao i rezultat na pozitivno formuliranim česticama) nije značajan prediktor.

5.2. Povezanost samopoštovanja, samosuosjećanja, provođenja djeteta, rigidnog i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja, ITM-a te opsega struka

Cilj rada bio je ispitati odnose samopoštovanja, samosuosjećanja, fleksibilnog i rigidnog suzdržavanja od hranjenja, provođenja djeteta, ITM-a te opsega struka na uzorku studentica. U ukupnom je uzorku 21% sudionica provodilo dijete, što je u skladu s istraživanjem Nguyen i Polivy-a (2014) koji su pronašli da gotovo 23% studentica preddiplomskog studija provodi dijete. U ovom istraživanju sudionice koje imaju viši stupanj uhranjenosti su u većem postotku provodile dijete u usporedbi sa sudionicama nižeg stupnja uhranjenosti. Pritom niti jedna pothranjena sudionica nije provodila dijete te je gotovo polovica pretilih sudionica provodilo dijete. Međutim, dijete je povodilo čak 19,8% sudionica normalne tjelesne težine te čak 18,8% sudionica normalnog opsega struka. Fayet i suradnici (2012) su pronašli još i viši udio studentica normalne tjelesne težine koje su provodile dijete, njih 32%. Montani i suradnici (2015) govore o porastu prevalencije provođenja djeteta upravo kod osoba normalne tjelesne težine. Wardle i Johnson (2002; prema Fayet i sur., 2012) procjenjuju da svaka peta žena normalne tjelesne težine provodi dijete. Međutim, moguće objašnjenje je da osobe normalne tjelesne težine, uključujući i sudionice ovog istraživanja, provode dijete radi održavanja tjelesne težine. U prilog tome, Timko i Perone (2006) pronašli su da sudionici koji provode dijete radi održavanja težine imaju niži ITM od sudionika koji provode dijete radi gubitka težine.

U skladu s prijašnjim istraživanjima (npr. Leary i sur., 2007), samosuosjećanje i samopoštovanje su u umjerenj pozitivnoj korelaciji. Pritom je samokritičnost negativno, a samosuosjećanje (rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja) pozitivno povezano sa samopoštovanjem. Nadalje, rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja te provođenje djeteta međusobno su također umjerenj pozitivno povezani. Povezanost fleksibilnog i rigidnog suzdržavanja od hranjenja u ovom istraživanju ($r=0,67$; $p<0,001$) slična

je povezanosti od 0,63 koju su pronašli Westenhoefer i suradnici (1994) na uzorku studenata. Povezanosti na studentskom uzorku u prijašnjim istraživanjima variraju i kreću se u rasponu od 0,40 (Westenhoefer i sur., 2013) do 0,77 (Timko i Perone, 2005). Povezanosti u ovom istraživanju upućuju da su provođenje dijete, rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja povezani, ali ne i istovjetni konstrukti.

Sukladno hipotezi, više samosuosjećanje je bilo povezano s manje izraženim rigidnim suzdržavanjem od hranjenja. Osobe s visokim samosuosjećanjem u manjoj mjeri teže postizanju kontrole nad ponašanjima kontrole težine, stoga bismo očekivali da imaju i manje izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja (Taylor i sur., 2015). Nadalje, niže samosuosjećanje (rezultat na pozitivno formuliranim česticama) i viša samokritičnost bili su povezani s jače izraženim rigidnim suzdržavanjem od hranjenja. Pritom je s rigidnim suzdržavanjem od hranjenja bila snažnije povezana samokritičnost nego samosuosjećanje (rezultat na pozitivno formuliranim česticama). Za razliku od toga, James i suradnici (2016) te Kelly i Stephen (2016) pronašli su da je jedino samokritičnost značajno povezana sa suzdržavanjem od hranjenja. Nadalje, ni samosuosjećanje ni samokritičnost nisu bili značajno povezani s fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja i provođenjem dijete. Čini se da je nisko samosuosjećanje povezano s razvojem rigidnog suzdržavanja od hranjenja kod sudionika, no ne i s razvojem fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja ili s provođenjem dijete. Isto je slučaj i za nisko samopoštovanje, budući da je samopoštovanje također bilo značajno negativno povezano s rigidnim suzdržavanjem od hranjenja, dok nije bilo značajno povezano ni s fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja ni s provođenjem dijete.

Sukladno konzistentnom smjeru povezanosti u prijašnjim istraživanjima, viši ITM i veći opseg struka bili su povezani s jače izraženim rigidnim suzdržavanjem od hranjenja, kao i češćim provođenjem dijete. Međutim, suprotno negativnoj povezanosti opsega struka i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja koju su pronašli Provencher i suradnici (2003), fleksibilno suzdržavanje od hranjenja i opseg struka nisu bili značajno povezani. Također, suprotno negativnoj korelaciji ITM-a i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja koju su dobili Meule i suradnici (2011), u ovom je istraživanju spomenuta korelacija bila pozitivnog smjera. Međutim, Stewart i suradnici (2002) također su pronašli da je fleksibilno suzdržavanje od hranjenja pozitivno povezano s ITM-om. Moguće objašnjenje za pronalaženje pozitivne povezanosti u ovom istraživanju je korištenje uzorka iz studentske populacije, budući da su Poinhos i suradnici (2015) takav smjer povezanosti pronašli samo u uzorku iz studentske, ne i

iz opće populacije. Dobivanje različitih smjerova povezanosti u različitim istraživanjima moguće odražava postojanje stvarnih razlika u odnosima među varijablama kod različitih skupina ljudi. Različiti smjerovi povezanosti mogu se javiti u pojedinom uzorku i zbog različitih udjela sudionika koji imaju, primjerice, visoko rigidno suzdržavanje od hranjenja uz nisko fleksibilno suzdržavanje od hranjenja i samosuosjećanje ili pak visoko rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja uz nisko samosuosjećanje i tako dalje. U ovom uzorku su u najvećoj mjeri zastupljeni sudionici koji imaju nisko rigidno, kao i nisko fleksibilno suzdržavanje od hranjenja, visoko samopoštovanje i samosuosjećanje, uz normalnu tjelesnu težinu i opseg struka. Još jedno moguće objašnjenje je isključivanje čestica iz skale Fleksibilna kontrola. Naime, Tylka i suradnici (2015) pronašli su da je samo jedna čestica negativno povezana s ITM-om, a koja je isključena iz skale u ovom istraživanju. Nadalje, isključene su čestice i iz skale Rigidna kontrola, stoga skale nisu istovjetne onima korištenima u prijašnjim istraživanjima te ne možemo tvrditi da ispitujemo istovjetne konstrukte.

Kao što su pokazala i prijašnja istraživanja (npr. Taylor i sur., 2015), niži ITM je bilo značajno povezan s višim samopoštovanjem i višim samosuosjećanjem. Nadalje, manji opseg struka je također bio povezan s višim samopoštovanjem i višim samosuosjećanjem. Pritom je zanimljivo da je s ITM-om i s opsegom struka bio značajno povezan jedino rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja, no ne i rezultat na pozitivno formuliranim česticama. Moguće objašnjenje je da se kod osoba s višim ITM-om i opsegom struka razvija niže samosuosjećanje, odnosno da su osobe s normalnom tjelesnom težinom i opsegom struka sklone razviti zdrav stav o sebi i više samosuosjećanje (Taylor i sur., 2015). Prema suprotnom objašnjenju, više samosuosjećanje potiče poželjna ponašanja u kontekstu kontrole težine (Leary i sur., 2007), a time i dovodi do niže tjelesne težine i manjeg opsega struka. Međutim, razina samosuosjećanja se može kod iste osobe mijenjati na dnevnoj razini (Kelly i Stephen, 2016), a gubitak tjelesne težine zahtijeva protok vremena te se ne mora nužno odražavati kao niži ITM u trenutku mjerenja. Nadalje, moguće je da su istovremeno oba objašnjenja istinita, kao i da na odnos samopoštovanja, odnosno samosuosjećanja i uhranjenosti djeluju drugi čimbenici.

5.3. Prediktori rigidnog suzdržanog hranjenja

Rezultati pokazuju da su ITM, odnosno opseg struka, značajni pozitivni prediktori rigidnog suzdržavanja od hranjenja. Na temelju višeg ITM-a, kao i većeg opsega struka, možemo predvidjeti jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja. Moguće je da viši stupanj

uhranjenosti motivira pojedince na razvoj izraženog rigidnog suzdržavanja od hranjenja, sve s ciljem gubitka tjelesne težine (Schaumberg i sur., 2016), a kada postignu željenu težinu i opseg struka prestanu koristiti rigidno suzdržavanje od hranjenja kao strategiju. Pritom su podjednako svjesni trenutne težine, odnosno ITM-a, kao i trenutnog opsega struka. Prema drugom mogućem objašnjenju, koje je u skladu s rezultatima nekih istraživanja (npr. Westenhoefer i sur., 1999), moguće je da je visoko izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja neuspješna strategija koja dugoročno dovodi do povećanja tjelesne težine. Pritom osobe koje koriste takvu strategiju razvijaju viši ITM, ali i veći opseg struka, koji je posebice zabrinjavajući u terminima povećanih zdravstvenih rizika. Nadalje, druga moguća objašnjenja odnose se na uključenost drugih varijabli koje nisu mjerene, specifičnost pojedinih uzoraka i slično.

Suprotno rezultatima ovog istraživanja, Kelly, Vimalakanthan i Miller (2014) su pronašli da samopoštovanje i ITM nisu značajni prediktori suzdržavanja od hranjenja, dok niže samosuosjećanje (ukupan rezultat) predviđa više suzdržavanje od hranjenja. U ovom istraživanju samosuosjećanje ni u jednom slučaju nije bilo značajan prediktor rigidnog suzdržavanja od hranjenja uz kontrolu samopoštovanja, već jedino samokritičnost. Pritom je viša samokritičnost predviđala jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja. Slično tome, Kelly i Stephen (2016) pronašli su da ni dnevna ni tjedna razina samosuosjećanja nije bila značajan prediktor suzdržavanja od hranjenja, dok razina samokritičnosti jest. Nadalje, u ovom istraživanju samosuosjećanje nije bilo moderator odnosa ITM-a i rigidnog suzdržavanja od hranjenja. Međutim samosuosjećanje (ukupan rezultat) se pokazalo moderatorom odnosa opsega struka i rigidnog suzdržavanja od hranjenja. Drugim riječima, visoko samosuosjećanje je zaštitni faktor koji sprječava da osoba s visokim opsegom struka razvije visoko izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja, koje je nepoželjno u kontekstu povezanosti s dugoročnim dobivanjem na težini. Tako smo razlikovanjem rigidnog i fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja te zamjenom ITM-a opsegom struka potvrdili hipotezu koju Kelly, Vimalakanthan i Miller (2014) nisu uspješno potvrdili. Kelly, Vimalakanthan i Miller (2014) su također ispitali je li samosuosjećanje moderator odnosa ITM-a i suzdržavanja od hranjenja. Prije svega, u središtu njihovog interesa bila je moguća zaštitna uloga samosuosjećanja u kontekstu razvijanja suzdržavanja od hranjenja kod studentica s višim stupnjem uhranjenosti. Takav moderatorski odnos nije pronađen, što je i razumljivo budući da su u spomenutom istraživanju isključene sudionice s višim ITM-om te su analize provedene gotovo isključivo na sudionicama normalne tjelesne težine. Premda u ovom istraživanju nisu isključene sudionice s višim ITM-om, većina

sudionica bila je normalne tjelesne težine. Nadalje, promatranje samosuosjećanja kao zaštitnog faktora od razvoja suzdržavanja od hranjenja kod osoba povišene tjelesne težine zasniva se na pretpostavkama koje nisu nužno istinite. Prije svega, pretpostavlja da je razvoj rigidnog suzdržavanja od hranjenja nužno posljedica višeg stupnja uhranjenosti. Međutim, jako izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja je prisutno i kod osoba normalne tjelesne težine (npr. Johnson i sur., 2012) te postoje gledišta da ono može doprinosti dobivanju na težini (npr. Schaumberg i sur., 2016). Nadalje, promatranje samosuosjećanja kao zaštitnog faktora pretpostavlja da je suzdržavanje od hranjenja nužno nepoželjna strategija za osobe prekomjerne tjelesne težine. Međutim, Johnson i suradnici (2012) zaključuju da, kod osoba prekomjerne tjelesne težine i pretilih, oni koji imaju jače izraženo suzdržavanje od hranjenja imaju nižu tjelesnu težinu. U slučaju kada bi rigidno suzdržavanje od hranjenja bilo poželjna strategija kod osoba s većim opsegom struka, visoko samosuosjećanje bilo bi nepoželjno i sprječavalo bi razvoj jače izraženog rigidnog suzdržavanja od hranjenja, a time i postizanje niže tjelesne težinu.

5.4. Prediktori fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja

Prediktori samopoštovanje, samosuosjećanje (ukupni rezultat), odnosno samosuosjećanje i samokritičnost te ITM, odnosno opseg struka ni u jednom slučaju nisu objasnili značajan udio varijance fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja. Također, samosuosjećanje nije bilo medijator odnosa fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja i opsega struka, odnosno fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja i ITM-a. Dobiveni rezultati nisu u skladu s hipotezom. Naime, prijašnja istraživanja ovakvog tipa uključivala su suzdržavanje od hranjenja kao jedinstveni konstrukt, dok je u ovom istraživanju suzdržavanje od hranjenja diferencirano na fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja. Hipoteze su bile jednake za obje komponente suzdržavanja od hranjenja budući da nismo imali razloga očekivati drugačije. Ipak, dobiveni rezultati ne začuđuju s obzirom na visinu povezanosti fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja s ostalim varijablama. Osim sa sličnim konstruktima (rigidno suzdržavanje od hranjenja i provođenje dijete), fleksibilno suzdržavanje od hranjenja bilo je značajno povezano jedino s ITM-om. U skladu s time, jedini značajan prediktor fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja bio je ITM, no ne i opseg struka. Pritom je ITM bio pozitivan prediktor te je viši ITM predviđao jače izraženo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. Moguće objašnjenje je da su sudionice u većoj mjeri svjesne svoje tjelesne težine i ITM-a nego opsega struka, što ih može potaknuti da koriste fleksibilno suzdržavanje od hranjenja kao strategiju gubitka težine ili održavanja trenutne težine. Drugo moguće objašnjenje je da su osobe s izraženim fleksibilnim

suzdržavanjem od hranjenja sklone dobivati na težini, pritom ne povećavajući opseg struka. Primjerice, Fayet i suradnici (2012) pronašli su da neke studentice normalne tjelesne težine žele povećati tjelesnu težinu, što se vjerojatno odnosi na povećanje mišićne mase, ali ne i abdominalnog masnog tkiva.

Nepotvrđivanje hipoteze dovodi u pitanje i samu korisnost konstrukta fleksibilno suzdržavanje od hranjenja, koja je i ranije dovođena u pitanje. Naime, potvrđena je adaptivnost fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja tek kada je kontrolirana razina rigidnog suzdržavanja od hranjenja, a vrlo je teško povećati fleksibilno suzdržavanje od hranjenja bez simultanog povećanja rigidnog suzdržavanja od hranjenja (Tylka i sur., 2015).

5.5. Nedostaci i ograničenja te prijedlozi za buduća istraživanja

Dobiveni rezultati se moguće mogu pripisati nedostacima istraživanja. Prije svega, korišten je transverzalan korelacijski nacrt istraživanja koji ne omogućava zaključivanje o kauzalnim odnosima. Nadalje, budući da se pokazalo da razina samosuosjećanja, pa čak i suzdržavanja od hranjenja varira (Kelly i Stephen, 2016), potrebno je ispitivati i intraindividualne, a ne samo interindividualne razlike.

Jedno od ograničenja ovog istraživanja je nemogućnost generalizacije zbog specifičnosti uzorka. Prije svega, nisu uključeni sudionici muškog spola zbog dosadašnjih spoznaja o spolnim razlikama u razinama ispitivanih varijabli, ali i njihovom međudnosu. Primjerice, Stapleton i Nikalje (2013) su bili prisiljeni isključiti sudionike muškog spola kako bi mogli provesti predviđene statističke analize. Nadalje, sudionice u ovom istraživanju su bile studentice. Niz istraživanja u ovom području također se baziraju na studentskom uzorku (npr. Kelly i Stephen, 2016). Međutim, u nekim istraživanjima dobiveni su različiti rezultati na uzorku iz studentske i opće populacije. Primjerice, Poinhos i suradnici (2015) pronašli su da je fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja pozitivno povezano s ITM-om samo na uzorku studenata, ne i na uzorku iz opće populacije. Ipak, zbog načina prikupljanja podataka ne možemo sa sigurnošću tvrditi da su sve sudionice bile studentice. Udio sudionica starijih od trideset godina bio je zanemariv te one nisu isključene iz istraživanja, kao što to nisu učinili, primjerice, ni Stewart i suradnici (2002). U daljnja istraživanja bilo bi poželjno uključiti heterogeniji uzorak prema dobi, ali i prema razinama ispitivanih varijabli. Uzorak je bio veoma homogen; većina sudionica bila je normalne tjelesne težine, imala je visoko samopoštovanje i samopouzdanje, uz nisko fleksibilno i rigidno suzdržavanje od hranjenja. Pritom je moguće da uzorak studentica u takvom istraživanju zaista ima takve karakteristike. Jednako tako, moguće

je da su takve karakteristike u uzorku odraz sklonosti dijela sudionica prema davanju socijalno poželjnih odgovora, pa tako i na Rosenbergovoj skali samopoštovanja. Naime, u zapadnoj kulturi koja ističe visoko samopoštovanje kao temelj mentalnog zdravlja moguće je da sudionici, čak i kada osjećaju da vrijede manje od drugih ljudi, neće to htjeti priznati. Kelly i Stephen (2016) pronašli su da je srednja vrijednost samopoštovanja bila 33,95 od mogućih 40, dok je u ovom istraživanju bila 38,09 od mogućih 50, što je relativno visoko. Nadalje, moguće je javljanje socijalno poželjnog odgovaranja ili davanje netočnih podataka o opsegu struka i bokova, visini te težini, budući da su ih sudionice samostalno navodile. Dio sudionica nije naveo opseg struka i bokova; moguće im nisu poznati jer su u većoj mjeri upoznate s vlastitom težinom i visinom ili pak namjerno nisu navele te podatke jer imaju veće vrijednosti opsega struka i bokova. Premda je samonavođenje uobičajeni način dobivanja podataka za izračun ITM-a i mjera abdominalne pretilosti te omogućava provođenje istraživanja putem interneta, u budućim istraživanjima poželjno je uključiti objektivnije mjerenje u postupak istraživanja. Međutim, pronađeno je da čak i prilikom objektivnijeg mjerenja opsega struka postoje odstupanja, budući da ne postoji slaganje oko točnog mjesta i trenutka mjerenja te ponekad nije moguće kontrolirati uvlače li sudionici abdominalni zid (WHO, 2011). Ipak, prednost ovog istraživanja je uključivanje mjera abdominalne pretilosti, što dovodi promoviranju svijesti o nužnosti njihova korištenja, u skladu s dokazima da abdominalna pretilost predstavlja znatan zdravstveni rizik čak i u populaciji normalne tjelesne težine. U uzorku studentica udio izloženih povećanom riziku nije znatan, međutim na općoj populaciji u Republici Hrvatskoj dobiven je podatak da 55% žena ima opseg struka iznad 88 cm, a 37% muškaraca opseg struka iznad 102 cm (Heim, Leontić i Gostović, 2007). Također, na rezultate je mogao utjecati i odabir opsega struka kao mjere abdominalne pretilosti. Naime, prema različitim mjerama, udio sudionica klasificiranih kao abdominalno pretilo se donekle razlikuje, od 12,4% prema omjeru struk-visina, preko 16,7% prema omjeru struk-bokovi, pa sve do 23,5% prema opsegu struka.

Nadalje, provođenje dijete ispitivano je samo jednim pitanjem, odnosilo se samo na trenutno provođenje dijete te nismo razlučili provođenje dijete radi gubitka težine od onog radi održavanja težine. Timko i Perone (2006) pretpostavljaju da čak i među osobama koje provode dijetu s ciljem održavanja težine, neke su smanjile tjelesnu težinu, a neke nikada nisu bile pretile i da je provođenje dijete kod te dvije skupine moguće različito povezano s fleksibilnim i rigidnim suzdržavanjem od hranjenja. Osim toga, uzorak ovog istraživanja, ali i ukupna populacija obuhvaćaju pojedince koji su povećali tjelesnu težinu, ali i pojedince koji tek počinju

povećavati tjelesnu težinu te porast ITM-a ne znači nužno pojavu izrazito visokog stupnja uhranjenosti. Stoga je potrebno ispitati cjelokupnu povijest provođenja dijete, ali i promjena težine kod pojedinog sudionika.

Prednost ovog istraživanja je, prije svega, korištenje opsega struka kao mjere abdominalne pretilosti, budući da se povećani zdravstveni rizici povezuju upravo s abdominalnom pretilošću. Prednost je i što nisu isključene sudionice prekomjerne tjelesne težine, premda su pretvaranjem ITM-a te opsega struka u ordinalne varijable izgubljeni podaci. Također, ispitivali smo provođenje dijete kako bismo potvrdili da je provođenje dijete odvojen konstrukt od suzdržavanja od hranjenja. Nadalje, umjesto općeg suzdržavanja od hranjenja koristili smo mjeru koja razlučuje rigidno od fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja. Pritom smo, umjesto uobičajeno korištenih kraćih oblika skala koji imaju niže pouzdanosti, koristili dulje oblike skala Fleksibilna kontrola i Rigidna kontrola. U Republici Hrvatskoj nikada prije nisu korištene skale Rigidna kontrola i Fleksibilna kontrola te Skala samosuosjećanja – kratki oblik. Jednako tako, nikada nisu ispitivani odnosi između fleksibilnog i rigidnog suzdržavanja od hranjenja, mjera uhranjenosti te samosuosjećanja. U daljnjim istraživanjima potrebno je također uključiti mjere abdominalne pretilosti, kao i razlikovati rigidno od fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja, ali prije svega razviti validirane prijevode skala Fleksibilna kontrola i Rigidna kontrola te Skale samosuosjećanja – kratki oblik s očekivanim faktorskim strukturama.

6. Zaključak

Rezultati pokazuju da su samopoštovanje i samosuosjećanje međusobno umjereno pozitivno povezani. Jednako tako, međusobno su umjereno pozitivno povezani i provođenje dijete te rigidno i fleksibilno suzdržavanje od hranjenja. Niže samopoštovanje i samosuosjećanje su povezani s jače izraženim rigidnim suzdržavanjem od hranjenja, ali nisu značajno povezani s fleksibilnim suzdržavanjem od hranjenja i provođenjem dijete. Viši ITM i veći opseg struka su povezani s jače izraženim rigidnim suzdržavanjem od hranjenja, češćim provođenjem dijete te nižim samopoštovanjem i samosuosjećanjem. Jače izraženo fleksibilno suzdržavanje od hranjenja povezano je s višim ITM-om, ali nije značajno povezano s opsegom struka.

Nadalje, rezultati pokazuju da prediktori nisu značajno objasnili varijancu fleksibilnog suzdržavanja od hranjenja. Suprotno tome, samopoštovanje, samosuosjećanje i ITM, odnosno opseg struka objasnili su značajno varijancu rigidnog suzdržavanja od hranjenja. Pritom su ITM, odnosno opseg struka i rezultat na negativno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja bili značajni prediktori povrh samopoštovanja, no ne i ukupan rezultat ili rezultat na pozitivno formuliranim česticama Skale samosuosjećanja. Viši rezultat na negativno formuliranim česticama Skale, viši ITM i veći opseg struka predviđaju jače izraženo rigidno suzdržavanje od hranjenja.

Također, potvrđeno je postojanje interakcije opsega struka i samosuosjećanja (ukupnog rezultata na Skali samosuosjećanja), dok u slučaju ITM-a i samosuosjećanja takva interakcija nije pronađena. Visoko samosuosjećanje štiti od razvoja jako izraženog rigidnog suzdržavanja od hranjenja kod studentica s većim opsegom struka, ne i kod studentica s višim ITM-om.

7. Literatura

Adams, C. E. i Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120.

Albertson, E. R., Neff, K. D. i Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454.

Ashwell, M. i Gibson, S. (2016). Waist-to-height ratio as an indicator of 'early health risk': Simpler and more predictive than using a 'matrix' based on BMI and waist circumference. *BMJ Open*, 6(3), e010159.

Ashwell, M., Gunn, P. i Gibson, S. (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 13(3), 275-286.

Berentzen, T. L., Jakobsen, M. U., Halkjaer, J., Tjønneland, A., Overvad, K. i Sørensen, T. I. (2010). Changes in waist circumference and mortality in middle-aged men and women. *PLoS One*, 5(9), e13097.

Bezinović, P. (1988). Prikaz skala za mjerenje nekih aspekata samopoimanja. U: N. Anić (Ur.), *Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.

Boschi, V., Iorio, D., Margiotta, N., D'Orsi, P. i Falconi, C. (2001). The three-factor eating questionnaire in the evaluation of eating behaviour in subjects seeking participation in a dietotherapy programme. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 45(2), 72-77.

Braun, T. (2015). *Self-Compassion and mindfulness differentially predict eating behaviors among emerging adults* (Diplomski rad).

Braun, T. D., Park, C. L. i Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17, 117-131.

Breines, J., Toole, A., Tu, C. i Chen, S. (2014). Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity*, 13(4), 432-448.

Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. i Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder,

eating disorder and general populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 460-468.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Corica, F., Di Domizio, S., Marchesini, G. i QUOVADIS Study Group. (2009). Psychological variables associated with weight loss in obese patients seeking treatment at medical centers. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 2010-2016.

de Lauzon-Guillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J. M., Charles, M. A. i FLVS Study Group. (2006). Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(1), 132-138.

Dong, D., Jackson, T., Wang, Y. i Chen, H. (2015). Spontaneous regional brain activity links restrained eating to later weight gain among young women. *Biological Psychology*, 109, 176-183.

Drapeau, V., Provencher, V., Lemieux, S., Després, J. P., Bouchard, C. i Tremblay, A. (2003). Do 6-y changes in eating behaviors predict changes in body weight? Results from the Quebec Family Study. *International Journal of Obesity*, 27(7), 808.

Fayet, F., Petocz, P. i Samman, S. (2012). Prevalence and correlates of dieting in college women: A cross sectional study. *International Journal of Women's Health*, 4, 405.

Gallant, A. R., Tremblay, A., Pérusse, L., Bouchard, C., Després, J. P. i Drapeau, V. (2010). The Three-Factor Eating Questionnaire and BMI in adolescents: Results from the Quebec family study. *British Journal of Nutrition*, 104(7), 1074-1079.

Goldstein, S. P., Katterman, S. N. i Lowe, M. R. (2013). Relationship of dieting and restrained eating to self-reported caloric intake in female college freshmen. *Eating Behaviors*, 14(2), 237-240.

Hawks, S. R., Madanat, H. N. i Christley, H. S. (2008). Psychosocial associations of dietary restraint: Implications for healthy weight promotion. *Ecology of Food and Nutrition*, 47(5), 450-483.

Hays, N. P. i Roberts, S. B. (2008). Aspects of eating behaviors “disinhibition” and “restraint” are related to weight gain and BMI in women. *Obesity*, 16(1), 52-58.

Heatherton, T. F., Herman, C. P., Polivy, J., King, G. A. i McGree, S. T. (1988). The (mis) measurement of restraint: An analysis of conceptual and psychometric issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 19.

Heim, I., Leontić, K. i Gostović, M. J. (2007). Obesity and overweight in Croatia. *Acta Medica Croatica: Časopis Hrvatske Akademije Medicinskih Znanosti*, 61(3), 267-273.

Herman, C. P. i Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43(4), 647-660.

Herman, C. P. i Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 666.

Herman, C. P. i Polivy, J. (2004). The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems. U R. F. Baumeister i K. D. Vohs (Ur.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (str. 492–508). New York: Guilford.

James, D., Sebren, A., DerAnanian, C., Bruening, M., Rooney, L., Araas, T. i Swan, P. D. (2016). Associations among self-compassion, eating behaviors, and stress in college freshmen. *Journal of Basic and Applied Sciences*, 12, 92-97.

James, W. P. T. (2005). Assessing obesity: Are ethnic differences in body mass index and waist classification criteria justified? *Obesity Reviews*, 6(3), 179-181.

Johnson, F., Pratt, M. i Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*, 36(5), 665-674.

Karhunen, L., Lyly, M., Lapveteläinen, A., Kolehmainen, M., Laaksonen, D. E., Lähteenmäki, L. i Poutanen, K. (2012). Psychobehavioural factors are more strongly associated with successful weight management than predetermined satiety effect or other characteristics of diet. *Journal of Obesity*, 2012.

Kelly, A. C. i Stephen, E. (2016). A daily diary study of self-compassion, body image, and eating behavior in female college students. *Body Image*, 17, 152-160.

Kelly, A. C., Vimalakanthan, K. i Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An examination of female students and eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 15(3), 388-391.

Kelly, A. C., Vimalakanthan, K. i Miller, K. E. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image*, 11(4), 446-453.

Knäuper, B., Cheema, S., Rabiau, M. i Borten, O. (2005). Self-set dieting rules: Adherence and prediction of weight loss success. *Appetite*, 44(3), 283-288.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A. i Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(5), 887.

Leaviss, J. i Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, *45*(5), 927-945.

Lemieux, S., Prud'homme, D., Bouchard, C., Tremblay, A. i Després, J. P. (1996). A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *64*(5), 685-693.

López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A. i Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: Self-Compassion versus self-criticism. *PloS One*, *10*(7), e0132940.

López, A. L. O. i Johnson, L. (2016). Associations between Restrained Eating and the Size and Frequency of Overall Intake, Meal, Snack and Drink Occasions in the UK Adult National Diet and Nutrition Survey. *PloS One*, *11*(5), e0156320.

Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin*, *114*(1), 100.

Lowe, M. R. i Levine, A. S. (2005). Eating motives and the controversy over dieting: eating less than needed versus less than wanted. *Obesity Research*, *13*(5), 797-806.

Lowe, M. R. i Timko, C. A. (2004). What a difference a diet makes: Towards an understanding of differences between restrained dieters and restrained nondieters. *Eating Behaviors*, *5*(3), 199-208.

Lowe, M. R., Doshi, S. D., Katterman, S. N. i Feig, E. H. (2013). Dieting and restrained eating as prospective predictors of weight gain. *Frontiers in Psychology*, *4*, 577.

Lowe, M. R., Foster, G. D., Kerzhnerman, I., Swain, R. M. i Wadden, T. A. (2001). Restrictive dieting vs. "undieting": Effects on eating regulation in obese clinic attenders. *Addictive Behaviors*, *26*(2), 253-266.

Mantzios, M. i Wilson, J. C. (2013). Moderating the negative relationship between impulsivity and weight loss through self-compassion. *Appetite*, *71*, 481.

Mantzios, M. i Wilson, J. C. (2014). Making concrete construals mindful: A novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & Health*, *29*(4), 422-441.

Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson, C. J. i Heaven, P. C. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, 116-121.

McLean, J. A., Barr, S. I. i Prior, J. C. (2001). Cognitive dietary restraint is associated with higher urinary cortisol excretion in healthy premenopausal women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 73(1), 7-12.

Meule, A., Lutz, A., Vögele, C. i Kübler, A. (2012a). Food cravings discriminate differentially between successful and unsuccessful dieters and non-dieters. Validation of the Food Cravings Questionnaires in German. *Appetite*, 58(1), 88-97.

Meule, A., Lutz, A., Vögele, C. i Kübler, A. (2012b). Women with elevated food addiction symptoms show accelerated reactions, but no impaired inhibitory control, in response to pictures of high-calorie food-cues. *Eating Behaviors*, 13(4), 423-428.

Meule, A., Westenhöfer, J. i Kübler, A. (2011). Food cravings mediate the relationship between rigid, but not flexible control of eating behavior and dieting success. *Appetite*, 57(3), 582-584.

Montani, J. P., Schutz, Y. i Dulloo, A. G. (2015). Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: Who is really at risk? *Obesity Reviews*, 16, 7-18.

Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.

Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.

Neff, K. D. i Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. U M. Robinson, B. Meier i B. Ostafin (Ur.), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (str. 121-137). New York: Springer.

Neff, K. D. i Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. i Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.

Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness* 7(1), 264-274.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. i Standish, A. R. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: Associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health, 50*(1), 80-86.

Nguyen, C. i Polivy, J. (2014). Eating behavior, restraint status, and BMI of individuals high and low in perceived self-regulatory success. *Appetite, 75*, 49-53.

Ouwens, M. A., van Strien, T. i van der Staak, C. P. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite, 40*(3), 291-298.

Penman, A. D. i Johnson, W. D. (2006). The changing shape of the body mass index distribution curve in the population: Implications for public health policy to reduce the prevalence of adult obesity. *Preventing Chronic Disease, 3*(3).

Pietiläinen, K. H., Saarni, S. E., Kaprio, J. i Rissanen, A. (2012). Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity, 36*(3), 456.

Poinhos, R., Rowcliffe, P., Marques, A. R., Viana, V., Oliveira, B. i Correia, F. (2015). *Dietary restraint: Adaptation and validation of the flexible and rigid control of eating behaviour subscales*. Prezentirano na IV Congreso Internacional ODELA: Otras maneras de comer, Barcelona.

Polivy, J. i Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist, 40*(2), 193.

Polivy, J., Heatherton, T. F. i Herman, C. P. (1988). Self-esteem, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 354.

Polivy, J., Herman, C. P. i Warsh, S. (1978). Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(5), 497.

Provencher, V., Drapeau, V., Tremblay, A., Després, J. P. i Lemieux, S. (2003). Eating behaviors and indexes of body composition in men and women from the Quebec family study. *Obesity, 11*(6), 783-792.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D. i Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*, 250-255.

Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S. i Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry, 5*(3), 132-139.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Sahakyan, K. R., Somers, V. K., Rodriguez-Escudero, J. P., Hodge, D. O., Carter, R. E., Sochor, O., ... i Lopez-Jimenez, F. (2015). Normal-weight central obesity: Implications for total and cardiovascular mortality. *Annals of Internal Medicine*, 163(11), 827-835.
- Sairanen, E., Lappalainen, R., Lapveteläinen, A., Tolvanen, A. i Karhunen, L. (2014). Flexibility in Weight Management. *Eating Behaviors*, 15, 218-224.
- Savage, J. S., Hoffman, L. i Birch, L. L. (2009). Dieting, restraint, and disinhibition predict women's weight change over 6 years. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90(1), 33-40.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L. i Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23(3), 261-269.
- Schaumberg, K., Anderson, D. A., Anderson, L. M., Reilly, E. E. i Gorrell, S. (2016). Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity*, 6(2), 89-100.
- Shapira, L. B. i Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389.
- Stapleton, P. i Nikalje, A. (2013). Constructing body image in university women: The relationship between self-esteem, self-compassion, and intuitive eating. *The International Journal of Healing and Caring*.
- Stewart, T. M., Williamson, D. A. i White, M. A. (2002). Rigid vs. flexible dieting: Association with eating disorder symptoms in nonobese women. *Appetite*, 38(1), 39-44.
- Stice, E., Fisher, M. i Lowe, M. R. (2004). Are dietary restraint scales valid measures of acute dietary restriction? Unobtrusive observational data suggest not. *Psychological Assessment*, 16(1), 51.
- Stunkard, A. J. i Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71-83.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A. i MAP Research Team. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 887-898.

Taylor, M. B., Daiss, S. i Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science, 1*(3), 229.

Taylor, R. W., Keil, D., Gold, E. J., Williams, S. M. i Goulding, A. (1998). Body mass index, waist girth, and waist-to-hip ratio as indexes of total and regional adiposity in women: Evaluation using receiver operating characteristic curves. *The American Journal of Clinical Nutrition, 67*(1), 44-49.

Teixeira, P. J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J., Vieira, P. N., ... i Sardinha, L. B. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity, 18*(4), 725-735.

Timko, C. A. i Perone, J. (2005). Rigid and flexible control of eating behavior in a college population. *Eating Behaviors, 6*(2), 119-125.

Timko, C. A. i Perone, J. (2006). Rigid and flexible control of eating behavior and their relationship to dieting status. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 11*(3), e90-e95.

Torres, S. J. i Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition, 23*(11), 887-894.

Tuschl, R. J., Platte, P., Laessle, R. G., Stichler, W. i Pirke, K. M. (1990). Energy expenditure and everyday eating behavior in healthy young women. *The American Journal of Clinical Nutrition, 52*(1), 81-86.

Tylka, T. L., Calogero, R. M. i Daniélsdóttir, S. (2015). Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. *Appetite, 95*, 166-175.

Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. i Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders, 5*(2), 295-315.

Van Strien, T., Frijters, J. E., Van Staveren, W. A., Defares, P. B. i Deurenberg, P. (1986). The predictive validity of the Dutch restrained eating scale. *International Journal of Eating Disorders, 5*(4), 747-755.

van Strien, T., Herman, C. P. i Verheijden, M. W. (2014). Dietary restraint and body mass change. A 3-year follow up study in a representative Dutch sample. *Appetite, 76*, 44-49.

Vogels, N. i Westerterp-Plantenga, M. S. (2007). Successful long-term weight maintenance: A 2-year follow-up. *Obesity*, 15(5), 1258-1266.

Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L. i MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), 236-245.

Westenhoefer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: Is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, 16(1), 45-55.

Westenhoefer, J., Broeckmann, P., Münch, A. K. i Pudel, V. (1994). Cognitive control of eating behavior and the disinhibition effect. *Appetite*, 23(1), 27-41.

Westenhoefer, J., Engel, D., Holst, C., Lorenz, J., Peacock, M., Stubbs, J., ... i Raats, M. (2013). Cognitive and weight-related correlates of flexible and rigid restrained eating behaviour. *Eating Behaviors*, 14(1), 69-72.

Westenhoefer, J., Stunkard, A. J. i Pudel, V. (1999). Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 53-64.

Westenhoefer, J., Von Falck, B., Stellfeldt, A. i Fintelman, S. (2004). Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 years. Results from the Lean Habits Study. *International Journal of Obesity*, 28(2), 334.

Williams, L., Germov, J. i Young, A. (2007). Preventing weight gain: A population cohort study of the nature and effectiveness of mid-age women's weight control practices. *International Journal of Obesity*, 31(6), 978.

Williamson, D. A., Martin, C. K., York-Crowe, E., Anton, S. D., Redman, L. M., Han, H. i Ravussin, E. (2007). Measurement of dietary restraint: Validity tests of four questionnaires. *Appetite*, 48(2), 183-192.

World Health Organization (2017). Obesity and Overweight factsheet from the WHO. *Health*.

World Health Organization (2011). Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008.

Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C. i Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520.

8. Prilozi

Tablica 1. Faktorska zasićenja i komunaliteti nakon ekstrakcije za Skalu samosuosjećanja – kratki oblik nakon ekstrakcije PAF metodom (N=296) – jednofaktorska struktura

	Faktorska zasićenja	h^2
8.Kada ne uspijem u nečemu što mi je važno, sklona sam se osjećati kao jedina koja je neuspješna.	0,710	0,504
12.Nisam tolerantna i nemam strpljenja prema dijelovima moje osobnosti koji mi se ne sviđaju.	0,654	0,421
6.Kada prolazim kroz veoma teško razdoblje, pružam sebi brigu i nježnost koje su mi potrebne.	0,649	0,427
9.Kad se osjećam potišteno, sklona sam se opteretiti i fokusirati na sve ono što nije u redu.	0,637	0,399
1.Kada ne uspijem u nečemu što mi je važno, prevlada me osjećaj neadekvatnosti.	0,632	0,389
5.Nastojim gledati na svoje neuspjehe kao na dio ljudskog iskustva.	0,623	0,406
4.Kad se osjećam potišteno, sklona sam osjećaju da je većina drugih ljudi vjerojatno sretnija od mene.	0,604	0,364
7.Kad me nešto uzruja, pokušavam uravnotežiti svoje emocije.	0,558	0,311
3.Kad se dogodi nešto bolno, pokušavam uravnoteženo sagledati situaciju.	0,530	0,281
11.Ne odobravam i osuđujem vlastite mane i neadekvatnosti.	0,494	0,244
2.Trudim se imati razumijevanja i strpljenja prema onim dijelovima moje osobnosti koji mi se ne sviđaju.	0,481	0,231
10. Kada se zbog nečega osjećam neadekvatnom, nastojim se podsjetiti na to da se osjećaj neadekvatnosti javlja kod većine ljudi.	0,290	0,084

Tablica 2. Faktorska zasićenja i komunaliteti nakon ekstrakcije za Skalu samosuosjećanja – kratki oblik nakon ekstrakcije PAF metodom i kosokutne rotacije (N=296) – dvofaktorska struktura

	SS-	SS+	h ²
8.Kada ne uspijem u nečemu što mi je važno, sklona sam se osjećati kao jedina koja je neuspješna.	0,796		0,614
9.Kad se osjećam potišteno, sklona sam se opteretiti i fokusirati na sve ono što nije u redu.	0,735		0,500
4.Kad se osjećam potišteno, sklona sam osjećaju da je većina drugih ljudi vjerojatno sretnija od mene.	0,706		0,459
1.Kada ne uspijem u nečemu što mi je važno, prevlada me osjećaj neadekvatnosti.	0,636		0,435
12.Nisam tolerantna i nemam strpljenja prema dijelovima moje osobnosti koji mi se ne sviđaju.	0,556		0,427
11.Ne odobravam i osuđujem vlastite mane i neadekvatnosti.	0,468		0,258
3.Kad se dogodi nešto bolno, pokušavam uravnoteženo sagledati situaciju.		0,666	0,441
7.Kad me nešto uzruja, pokušavam uravnotežiti svoje emocije.		0,663	0,461
2.Trudim se imati razumijevanja i strpljenja prema onim dijelovima moje osobnosti koji mi se ne sviđaju.		0,504	0,301
5.Nastojim gledati na svoje neuspjehe kao na dio ljudskog iskustva.		0,504	0,446
6.Kada prolazim kroz veoma teško razdoblje, pružam sebi brigu i nježnost koje su mi potrebne.		0,483	0,455
10. Kada se zbog nečega osjećam neadekvatnom, nastojim se podsjetiti na to da se osjećaj neadekvatnosti javlja kod većine ljudi.		0,451	0,167

SS- = negativno formulirane čestice na Skali samosuosjećanja (samokritičnost); SS+ = pozitivno formulirane čestice na Skali samosuosjećanja (samosuosjećanje)

Tablica 3. Faktorska zasićenja i komunaliteti nakon ekstrakcije za Rigidnu kontrolu (N=296)

	Faktorska zasićenja	h^2
3.Koliko često provodite dijetu kao svjestan napor radi kontrole vlastite težine? <u>Rijetko – ponekad – obično – uvijek</u>	0,616	0,379
6.Koliko često izbjegavate gomilanje hrane zbog koje dolazite u iskušenje? <u>Gotovo nikada – rijetko – obično – gotovo uvijek</u>	0,584	0,341
13.Iako volim pojedinu hranu, izbjegavam je iz principa. <u>Točno/ netočno</u>	0,578	0,334
5.Pomažu li vam osjećaji krivnje vezani uz prejedanje kontrolirati unos hrane? <u>Nikada/ rijetko/ često/ uvijek</u>	0,576	0,331
8.Jedem dijetnu hranu, čak i kada nije dobra okusa. <u>Točno/ netočno</u>	0,569	0,324
11.Izmjenjujem periode kada provodim strogu dijetu i periode kada ne obraćam mnogo pažnje na to što i koliko jedem. <u>Točno/ netočno</u>	0,569	0,324
12.Ponekad preskačem obroke kako ne bih dobila na težini. <u>Točno/ netočno</u>	0,534	0,285
14.Kada gubim na težini nastojim se pridržavati plana. <u>Točno/ netočno</u>	0,494	0,244
9.Dijeta bi za mene bila previše dosadan način gubitka težine. <u>Točno/ netočno</u>	0,443	0,196
16.Tijekom provođenja dijete, za mene je najvažnije što brže doći do cilja. <u>Točno/ netočno</u>	0,424	0,179
2.Brojim kalorije kao svjestan način kontrole tjelesne težine. <u>Točno/ netočno</u>	0,411	0,169
4.Bi li promjena težine od 2,5 kg utjecala na Vaš način života? <u>Uopće ne/ djelomično/ umjereno/ veoma</u>	0,360	0,129
7.Koliko ste skloni kupovati hranu niske kalorijske vrijednosti? <u>Nimalo/ djelomično/ umjereno/ veoma</u>	0,358	0,128
15.Bez plana prehrane, ne bih znala kako kontrolirati svoju tjelesnu težinu. <u>Točno/ netočno</u>	0,353	0,125

Napomena: Odgovori koji nose 1 bod istaknuti su podcrtavanjem.

Tablica 4. Faktorska zasićenja i komunaliteti nakon ekstrakcije za Fleksibilnu kontrolu (N=296)

	Faktorska zasićenja	h^2
11. Ako tijekom jednoga obroka pojedem malo više, nadoknadim to tijekom idućega obroka. <u>Točno/ netočno</u>	0,722	0,522
12. Ograničavate li namjerno količinu pojedene hrane tijekom obroka iako biste voljeli pojesti više? <u>Uvijek/ često/ rijetko / nikada</u>	0,704	0,496
3. Ako tijekom provođenja dijete pojedem hranu koja nije dopuštena, jedno vrijeme svjesno jedem manje kako bih to nadoknadila. <u>Točno/ netočno</u>	0,670	0,449
2. Namjerno uzimam manje porcije kako bih kontrolirala tjelesnu težinu. <u>Točno/ netočno</u>	0,649	0,421
4. Svjesno se suzdržavam tijekom obroka kako ne bih dobila na težini. <u>Točno/ netočno</u>	0,632	0,400
8. Ako jedan dan pojedem malo više, nadoknadim to idućega dana. <u>Točno/ netočno</u>	0,616	0,380
7. Koliko ste skloni svjesno jesti manje nego što želite? Nisam sklona – djelomično sam sklona – <u>umjereno sam sklona – veoma sam sklona</u>	0,578	0,334
5. Obraćam mnogo pažnje na promjene u tjelesnoj figuri. <u>Točno/ netočno</u>	0,436	0,190
1. Kada sam unijela predviđenu količinu kalorija, obično mi je u redu ne jesti više. <u>Točno/ netočno</u>	0,373	0,139
10. Dajem prednost laganoj hrani koja ne deblja. <u>Točno/ netočno</u>	0,342	0,117

Napomena: Odgovori koji nose 1 bod istaknuti su podcrtavanjem.