

Poremećaji prehrane u sportaša: doprinos socijalnog pritiska, ponašanja trenera, socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti i samopoštovanja

Vukman, Josipa

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:027434>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-06**



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

Josipa Vukman

**Poremećaji prehrane u sportaša: doprinos socijalnog pritiska, ponašanja
trenera, socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti i samopoštovanja**

Diplomski rad

Rijeka, 2016

Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Josipa Vukman

**Poremećaji prehrane u sportaša: doprinos socijalnog pritiska, ponašanja
trenera, socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti i samopoštovanja**

Diplomski rad

Mentorica: prof.dr.sc. Alessandra Pokrajac Bulian

Rijeka, 2016

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, 2016.

Sažetak:

Istraživanja pokazuju da su različiti vanjski pritisci i unutarnje osobine povezani s razvojem simptoma poremećaja prehrane kod sportaša. Cilj ovog istraživanja je ispitati doprinos negativnih ponašanja trenera, percipiranog socijalnog pritiska na mršavost, samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja na razvoj simptoma poremećaja prehrane kod sportaša i sportašica različitih sportskih kategorija. U istraživanju je sudjelovalo 594 ispitanika, studenata Kineziološkog fakulteta u Zagrebu, u dobi od 18 do 28 godina, od čega je 397 muškaraca te 196 žena. Pronađene su spolne razlike u pojavnosti simptoma poremećaja prehrane: češća je pojavnost simptoma poremećaja prehrane kod žena, ali nisu pronadene razlike s obzirom na kategoriju sporta kojom se bave. Faktori koji doprinose objašnjenju varijance simptoma poremećaja prehrane na ukupnom uzorku su: spol, percipirani socijalni pritisak na mršavost, samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda. Kada se podjeli uzorak žena i muškaraca, kod žena je jedini značajan prediktor percipirani socijalni pritisak na mršavost a kod muškaraca su: percipirani socijalni pritisak na mršavost, samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda. Kada se podjeli uzorak s obzirom na sportove koji se smatraju rizičnim za razvoj poremećaja prehrane i one koji se ne smatraju rizičnim, kod rizičnih sportova značajni prediktori su: spol i percipirani socijalni pritisak a kod nerizičnih sportova su: spol, percipirani socijalni pritisak, samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda. Percipirani socijalni pritisak na mršavost ima direktan efekt na razvoj simptoma poremećaja prehrane i indirektan preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda. Negativna ponašanja trenera nemaju direktnog utjecaja na simptome poremećaja prehrane, ali imaju indirektni preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda. Rezultati ukazuju na najveći doprinos percipiranog socijalnog pritiska na mršavost kod razvoja simptoma poremećaja prehrane kod sportaša i sportašica te na važnost samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda kod sportaša.

Ključne riječi: poremećaji prehrane kod sportaša, percipirani socijalni pritisak na mršavost, samokritičnost, socijalna anksioznost zbog izgleda, samopoštovanje, negativna ponašanja trenera

Abstract:

Eating disorders in athletes: role of perceived social pressure on thinness, coach's behaviour, social appearance anxiety, self-criticism and self esteem

Research shows that various external pressures and internal characteristics are associated with the development of symptoms of eating disorders in athletes. The aim of this study was to examine the contribution of coach's negative behaviours, perceived social pressure on thinness, self-criticism, social appearance anxiety and self esteem on the development of symptoms of eating disorders in athletes from different sport categories. The study included 594 participants, students of Kinesiology faculty in Zagreb, aged 18-28 years, of which 397 were men and 196 women. Gender differences were found in the incidence of symptoms of eating disorders: incidence of symptoms of eating disorders are more frequent in women. There were no detected differences regarding the category of sport they are involved in. Factors that explain the variance of symptoms of eating disorders on the total sample are: gender, perceived social pressure on thinness, self-criticism and social appearance anxiety. When considering only women or only men, in the group of women the only significant predictor is perceived social pressure on thinness. In the group of men significant predictors are: perceived socially pressure on thinness, self-criticism and social appearance anxiety. When the sample was separated by sports that are considered at risk of developing eating disorders and those that are not considered high risk, in the high risk sports group, significant predictors are gender and perceived social pressure. In non-risk sports group predictors are: gender, perceived social pressure, self-criticism and social appearance anxiety. Perceived social pressure on thinness has a direct effect on the development of symptoms of eating disorders and an indirect effect through self-criticism and social appearance anxiety. Coach's negative behavior doesn't have a direct effect on the symptoms of eating disorders but has an indirect effect through self-criticism and social appearance anxiety. The results indicate the largest contribution of the perceived social pressure on thinness to the development of symptoms of eating disorders for male and female athletes and the importance of self-criticism and social appearance anxiety only for male athletes.

Key words: eating disorders in athletes, perceived social pressure on thinness, self-criticism, social appearance anxiety , self-esteem, coach's negative behavior

Sadržaj:

| | |
|--|-----------|
| Sažetak: | |
| Abstract: | |
| 1. Uvod | 1 |
| 1.1. Poremećaji prehrane: u općoj populaciji i kod sportaša..... | 1 |
| 1.2. Prevalencija poremećaja prehrane | 3 |
| 1.2.1. Usporedba opće i sportske populacije | 3 |
| 1.2.2. Usporedba unutar sportske populacije | 4 |
| 1.3. Rizični faktori za razvoj poremećaja prehrane..... | 5 |
| 1.3.1. Socijalni utjecaj na razvoj poremećaja prehrane | 6 |
| 1.3.2. Samokritičnost..... | 9 |
| 1.3.3. Socijalna anksioznost zbog izgleda..... | 9 |
| 1.3.4. Samopoštovanje | 11 |
| 1.4. Cilj rada | 12 |
| 2. Problemi i hipoteze | 14 |
| 2.1. Problemi rada | 14 |
| 2.2. Hipoteze | 14 |
| 3. Metoda | 15 |
| 3.1. Ispitanici..... | 15 |
| 3.2. Mjerni instrumenti | 16 |
| 3.2.1. Demografski podatci | 16 |
| 3.2.2. Upitnik socijalne anksioznosti zbog izgleda | 16 |
| 3.2.3. Upitnik samokritičnosti | 17 |
| 3.2.4. Upitnik samopoštovanja..... | 17 |
| 3.2.5. Sportski upitnik | 17 |
| 3.2.6. Upitnik negativnog ponašanja trenera..... | 18 |
| 3.2.7. Upitnik navika hranjenja..... | 19 |
| 3.3 Postupak | 19 |

| | |
|--|--------------|
| 4. Rezultati..... | 21 |
| 4.1. Deskriptivna statistika | 21 |
| 4.2. Simptomatologija poremećaja prehrane u uzorku..... | 24 |
| 4.3. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane | 25 |
| 4.3.1. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane s obzirom na spol | 25 |
| 4.3. 3. Doprinos pojedinih prediktora s obzirom na kategoriju sporta – rizični i nerizični sportovi..... | 27 |
| 4.4. Modeli povezanosti vanjskih pritisaka sa simptomima poremećaja prehrane kroz medijaciju osobina sportaša | 30 |
| 4.4.1. Povezanost negativnih ponašanja trenera sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja | 30 |
| 4.4.2. Povezanost percipiranog socijalnog pritiska na mršavost sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja | 31 |
| 5. Rasprava..... | 33 |
| 5.1. Simptomatologija poremećaja prehrane kod sportaša..... | 33 |
| 5.2. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane s obzirom na spol | 34 |
| 5.4. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane s obzirom na vrstu sporta (sportovi osjetljivi na težinu i ostali sportovi)..... | 39 |
| 5.5. Povezanost negativnih ponašanja trenera sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda..... | 41 |
| 5.6. Povezanost okolinskih pritiska na mršavost sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda..... | 41 |
| 5.7. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja | 43 |
| 5.8. Implikacije u praksi..... | 44 |
| 6. Zaključak..... | 46 |
| 7. Literatura | 47 |
| 8. Prilozi..... | |

1. Uvod:

1.1. Poremećaji prehrane: u općoj populaciji i kod sportaša

Poremećaji prehrane, koji obuhvaćaju anoreksiju i bulimiju nervozu te poremećaj prehrane neodređeni, pobuđuju veliki interes javnosti i istraživača. Oni se definiraju kao poremećene prehrabene navike ili načini kontroliranja težine koji mogu rezultirati klinički značajnim oštećenjima tjelesnog zdravlja ili psihosocijalnog funkcioniranja (Fairburn i Harrison, 2004). Kod anoreksije nervoze naglasak je na niskoj tjelesnoj težini, opsjednutosti mršavosti i izgledom tijela te određivanju vlastite vrijednosti isključivo s obzirom na težinu, dok je za bulimiju tipična izmjena faza prejedanja i kontroliranja težine, bilo povraćanjem, bilo restrikcijom unosa hrane. Poremećaj prehrane neodređeni obuhvaća slučajeve u kojima osobe ne zadovoljavaju sve kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije nervoze, ali imaju neke od simptoma (Fairburn i Harrison, 2004). Zanimljivo je istraživanje Nordboea, Espeseta, Gulliksena, Skardera i Holte (2006) u kojem su pitali osobe koje boluju od anoreksije nervoze što za njih znače i što im predstavljaju simptomi poremećaja prehrane. Identificirali su 8 tema koje sumiraju značenja simptoma poremećaja prehrane za osobe koje boluju od anoreksije nervoze, a to su: osjećaj sigurnosti koji im daju simptomi, izbjegavanje negativnih emocija kroz simptome poremećaja prehrane, mentalna snaga, odnosno osjećaj da su ovladali vještinom suzdržavanja od uzimanja hrane, samopouzdanje, odnosno osjećaj vrijednosti jer dobivaju komplimente, ostvarenje novog identiteta („biti anoreksičar/ka“), dobivanje brige od drugih, način komuniciranja o problemima i želja da se izgadne do smrti. Sve navedene teme ne pojavljuju se kod svih ispitanika, ali ovo su one najčešće.

I u sportskoj populaciji zastupljeni su anoreksija i bulimija nervoza te poremećaj prehrane neodređeni, ali pojavljuju se i neki sindromi koji su tipični za sportsku populaciju. U mnogim sportovima, sportaši s niskom tjelesnom težinom imaju izrazitu prednost nad svojim protivnicima, međutim, ova se prednost lako može pretvoriti u nedostatak jer može dovesti do brojnih zdravstvenih problema (Sudi i sur., 2004). Postizanje ekstremno niske tjelesne težine je nedavno postao trend u nekoliko sportova (npr. skijaški skokovi, biciklizam, penjanje, akrobatska gimnastika, ritmička gimnastika, trčanje). U ovim sportovima uspjeh ne ovisi

samo o motoričkim sposobnostima i vježbi već i o tjelesnoj težini (Sudi i sur., 2004). Kompetitivno sportsko okruženje naglašava ideal mršavosti i stvara pritisak na sportaše da grade izgled prema tom idealu jer smatraju da će takvo tijelo dovesti do „preformansi vrijednih zlatne medalje“ (Muscat i Long, 2008). Sindromi koji su česti kod sportske populacije su atletska anoreksija, mišićna dismorfija i ženska atletska trijada.

Atletska anoreksija može se definirati kao stanje smanjenog unosa energije i smanjene tjelesne mase, unatoč visokim fizičkim performansama (Sudi i sur., 2004). Slična je poremećaju prehrane neodređenom, ali može se smatrati odvojenom kategorijom jer je sportska populacija specifična s obzirom na zahtjeve sporta. Kod osoba koje pate od atletske anoreksije, smanjenje tjelesne težine najčešće započinje zbog uspjeha u sportu ili na nagovor trenera. Takav način prehrane se obično nastavlja i sportaši stalno gube na masi što kasnije dovodi do zdravstvenih problema kao što je gubitak tkiva i smetnje imunološkog i endokrinog sustava (Sudi i sur., 2004). Međutim, kada osobe završe sportsku karijeru ovi simptomi se obično povlače.

Mišićna dismorfija se odnosi na patološku preokupiranost mišićavošću tijela, koja dovodi do velike subjektivne patnje, problema u socijalnom i profesionalnom funkcioniranju, zlouporabe steroida, provođenja specifične dijeta i vježbanja (Pope, Gruber, Olivarda, Choi i Phillips, 1997). Glavno obilježje mišićne dismorfije je preokupiranost osobe idejom da ima premalo mišića i zbog toga često izbjegavaju izlaganje tijela u javnosti. Mišićna dismorfija najčešće se javlja kod muških sportaša u teretanama, a sve je veći socijalni pritisak na mišićavi izgled, i na muškarce i žene (kod žena se javlja pritisak da pohađaju sate fitnessa u teretanama i ostvare mišićavi izgled tijela) pa Dosil (2008) preporuča uvođenje nutricionista ili psihologa kao savjetnika u teretane s ciljem prevencije razvoja ovog sindroma.

Ženska atletska trijada obuhvaća 3 patologije: amenoreju, osteoporozu i poremećaj prehrane (Brunet, 2005). Zbog visokog nivoa sportske aktivnosti i smanjenog unosa hrane, kod nekih sportašica dolazi do smanjenja količine tjelesne masti, što može dovesti do sniženog nivoa estrogena u tijelu. Nizak nivo estrogena povezan je s amenorejom, odnosno izostankom menstruacije te osteoporozom. Teneforde, Barrack, Nattiv i Frederickson (2015)

nalaze da se ovaj sindrom, tj. njegova paralelna forma javlja i kod muških sportaša. Radi se o niskom unosu energije uz visoku aktivnost (poremećaj prehrane), niskoj gustoći kostiju (paralelno osteoporozu) te hipogonadotropnom hipogonadizmu (paralelno amenoreji).

1.2. Prevalencija poremećaja prehrane

1.2.1. Usporedba opće i sportske populacije

Poremećaji prehrane pogađaju oko 3% žena tijekom njihova života, a češća je pojavnost bulimije nego li anoreksije nervoze (Washlin i Devlin; 1998; prema Ambrosi Randić, 2004). Sociokulturalni model naglašava kako neka okruženja češće potiču razvoj određenih poremećaja. Sportsko okruženje je često spominjano kao jedno od takvih i to baš vezano za poremećaje prehrane (Petrie i Greenlaf, 2007). Pronađeni su kontradiktorni rezultati u vezi učestalosti pojave poremećaja prehrane u sportaša s obzirom na opću populaciju. Neka istraživanja pokazuju da su poremećaji prehrane češći u sportaša nego u općoj populaciji (DiPasquale i Petrie, 2013; Joy, Kussman i Nattiv, 2016; Martinsen i Sungot Borgen, 2013; Sundgot Borgen i Torsveit, 2004). Sungot Borgen (1993) navodi kako je čak 22.4% sportašica u riziku za razvoj poremećaja prehrane. Bratland –Sanda i Sungot Borgen (2013) pregledom dosadašnje literature navode kako je prevalencija simptoma poremećaja prehrane kod sportaša u rangu od 0 – 19%, a kod sportašica 6 – 45%. S druge strane, neka istraživanja nalaze da se rjeđe pojavljuju u sportskoj populaciji (Hausenblas i McNally, 2004; Sanford-Martens i sur., 2005, Wollenberg, Shriver i Gates, 2015). Problem je u različitoj konceptualizaciji poremećaja prehrane, korištenju kliničkih ili nekih drugih kriterija u različitim istraživanjima, izboru vrsta sporta, nivoa natjecanja (Sungot Borgen, 1994). Međutim, najnovije spoznaje i meta-analize ipak upućuju na malu, ali značajno češću pojavnost poremećaja prehrane u sportaša (Sundgot Borgen i Torsveit, 2004). Smolak, Muren i Ruble (2000) nalaze nešto viši rizik za razvoj poremećaja prehrane kod sportaša, ali pronalaze da bavljenje sportom ima i rizičnu i zaštitnu ulogu kod razvoja poremećaja prehrane, ovisno o situaciji: o nivou i vrsti sporta, osobinama sportaša i trenera.

Postavlja se pitanje zašto je baš sportsko okruženje ono koje pogoduje češćoj pojavi poremećaja prehrane, a Petrie i Greenleaf (2007) navode nekoliko razloga: ograničenja težine zbog obilježja sporta, kriteriji sudaca koji vrednuju mršavo žensko ili mišićavo muško tijelo,

pritisak tima na specifičnu tjelesnu težinu koju povezuju sa zdravim tijelom, stereotip o tome kako treba izgledati tijelo sportaša, zahtjevi izvedbe za koje je potrebno imati što manje masti u tijelu, pritisak ekipe na usvajanje štetnih navika regulacije težine (npr. povraćanje).

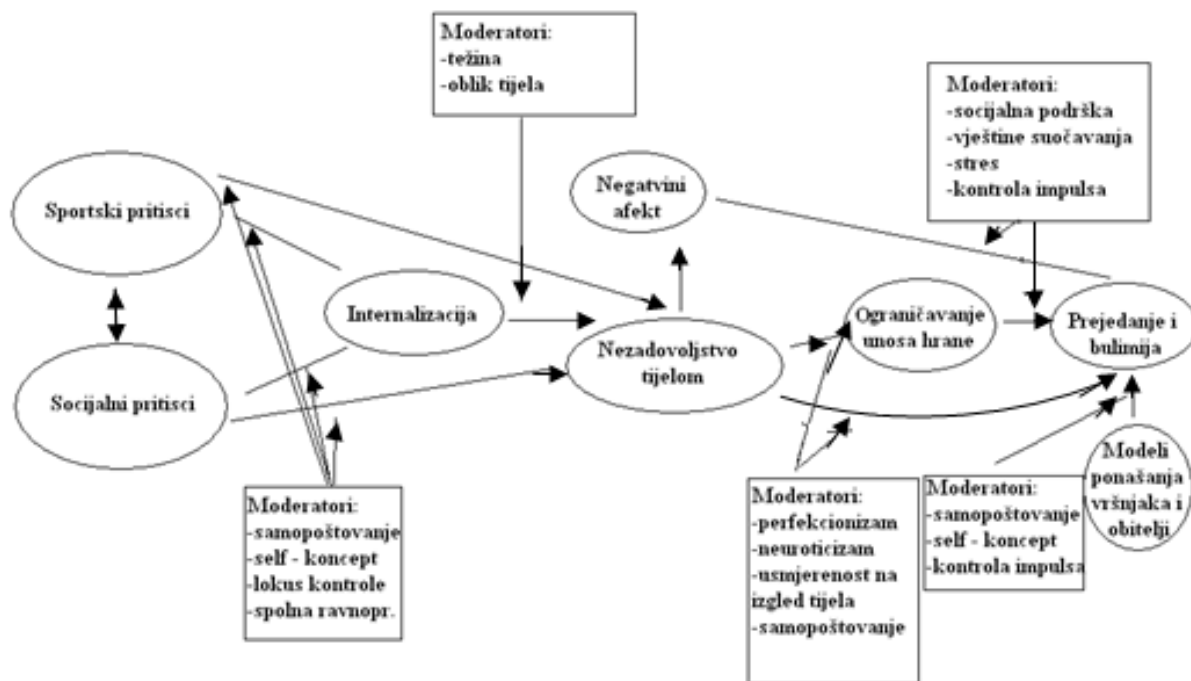
1.2.2. Usporedba unutar sportske populacije

Unutar populacije sportaša postoje velike razlike u prevalenciji poremećaja prehrane, pa tako sportašice češće oboljevaju od poremećaja prehrane (Miligam i Pritchard, 2006; Stanford-Martens i sur., 2005) nego sportaši. Kod muškaraca su češći subklinički simptomi kao što je npr. pretjerano vježbanje (Sanford-Martens i sur., 2005), a poremećaji prehrane su češći kod elitnih sportaša (sportski fakulteti, profesionalni sportaši) nego kod rekreativaca (Smolak i sur., 2000). S obzirom na vrstu sporta, veća je prevalencija poremećaja prehrane kod sportaša koji se bave: gimnastikom, umjetničkim klizanjem, plivanjem, ronjenjem, hrvanjem, trčanjem i *body buildingom* (Petrie i Greenlaf, 2007). Češća je prevalencija poremećaja prehrane kod sportašica koje se bave sportovima kod kojih je naglasak na mršavosti i koji su ovisni od težini, kao i kod estetskih sportašica, nego li kod sportašica koje se bave ostalim vrstama sportova (Sundgot Borgen, 1993). Kada se radi o estetskim sportovima, postoji hipoteza da pretjerana zabrinutost oko težine kod estetskih sportašica nastaje već u djetinjstvu (Ackard, Henderson i Wonderlich, 2004) te da one zbog te zabrinutosti i svojih osobina biraju baš estetske sportove kako bi opravdale održavanje svoje niske tjelesne težine. Druga je hipoteza da se poremećaji prehrane kod estetskih sportašica pojavljuju zbog osobina ličnosti: pretjeranog perfekcionizma, opsesivnosti i požrtvovnosti, koji su česti kod estetskih sportašica jer im te osobine pomažu u uspjehu u estetskim sportovima, a također su i rizične za razvoj poremećaja prehrane (Thompson i Sherman, 1999). Petrie i sur. (2007) te Sanford - Marten i sur. (2005) ne pronalaze povezanost između pojavnosti poremećaja prehrane i vrste sporta (estetski, ovisni o težini i dr.). Martinsen i Sungot Borgen (2013) također ne pronalaze razliku u učestalosti pojave poremećaja prehrane između sportaša koji se bave sportovima osjetljivima o težini i sportaša koji se bave sportovima koji se ne smatraju osjetljivima na težinu.

1.3 Rizični faktori za razvoj poremećaja prehrane

Postoji velik broj faktora koje treba uzeti u obzir kada promatramo razvoj poremećaja prehrane kod sportaša , a sveobuhvatni model prikazan je na Slici 1 (Petrie i Greenleaf, 2007).

Slika 1. Model faktora rizika za razvoj poremećaja prehrane kod sportaša



preuzeto od: Petrie i Greenleaf, 2007

Model započinje sa sportskim i socijalnim pritiscima, koji preko niza modulatora dovode do simptoma poremećaja prehrane, kao što su nezadovoljstvo tijelom, ograničavanje unosa hrane, prejedaње i bulimija (Petrie i Greenlaf, 2007). Iako se istražuje veći broj faktora koji doprinose razvoju simptoma poremećaja prehrane kod sportaša, kao što su na Slici 1. prikazani lokus kontrole, neuroticizam, negativno raspoloženje, oblik tijela i drugi faktori, faktori kojima ćemo se baviti u ovom radu su: percipirani socijalni pritisak na mršavost odnosno utjecaj važnih osoba (trenera, obitelji, prijatelja i suigrača), negativna ponašanja trenera i osobine ličnosti, kao što su samokritičnost, socijalna anksioznost zbog izgleda te samopoštovanje.

1.3.1. Socijalni utjecaj na razvoj poremećaja prehrane

Stice (2002) meta-analizom dosadašnjih istraživanja utvrđuje kako socijalni pritisak na mršavost (od obitelji, prijatelja i medija) doprinosi internalizaciji ideala mršavosti i pretjeranom naglašavanju važnosti izgleda. Također dovodi do nezadovoljstva izgledom te provođenja dijete. Autor pronalazi i povezanost socijalnog pritiska na mršavost sa simptomima bulimije.

Ideali izgleda tijela prenose se putem medija, obitelji i prijatelja te se smatra da su žene pod većim pritiskom medija i time većim rizikom za razvoj poremećaja prehrane (Harrison i Cantor, 1997). Hinton i Kubas (2005) nalaze da socijalni pritisak pridonosi razvoju poremećaja prehrane kod sportaša. Fernandez i Pritchard (2012) pronalaze povezanost između medijskog i socijalnog pritiska i internalizacije ideala mršavosti. Internalizacija tih pritisaka može se objasniti socijalnom teorijom učenja, odnosno Bandurininim socijalnim modeliranjem, tako da dolazi i do učenja „idealne“ mršave ženske slike tijela te učenja štetnih prehrambenih navika kao što je ograničavanje unosa hrane (Harrison i Cantor, 1997). U novije se vrijeme sve više pritiska stavlja i na izgled muškog tijela te se medijima i općenitim socijalnim pritiskom nameće ideal mišićavog muškog tijela. Pod posebnim su rizikom sportaši koji osim socijalnog pritiska trpe i pritisak zbog izvedbe, pritisak tima, stereotipe o izgledu sportaša i pritisak vršnjaka na korištenje štetnih načina regulacije težine (Thompson i Sherman, 1999). Sportaši ne izjavjuju o doživljavanju visoke razine socijalnog pritiska (na ljestvici od 1 do 7 prosječan odgovor je 3), ali oni koji izjavljuju da osjećaju pritisak okoline na mršavost, osjećaju ga iz više izvora (npr. i od trenera i od suigrača). Poremećaji prehrane su kod muških sportaša značajno povezani s medijskim pritiskom (Greenleaf i sur., 2007), dok istraživanja na sportašicama pokazuju povezanost simptoma poremećaja prehrane i raznih socijalnih pritisaka: obiteljskih, od strane prijatelja, ekipe i trenera (Reel i Gill, 1996). Reel i Gill (1996) navode kako treneri osim što potiču sportašice na gubitak težine, vrijeđaju ih zbog težine te ponekad stavljaju na klupu one sportašice koje nisu smršavile koliko im je bilo predloženo. Pronađena je i veća internalizacija ideala mršavosti kod sportašica sa simptomima poremećaja prehrane nego kod onih bez simptoma (Petrie, 1993).

Galli, Petrie, Reel, Greenleaf i Carter (2015) pronalaze da sportaši navode da osjećaju pritisak trenera, suigrača, obitelji i prijatelja na postizanje mišićavog izgleda tijela i da taj pritisak ne

utječe samo na njihovu želju za mišičavošću zbog sportske izvedbe, već i na želju za mišičavim tijelom kao takvim. Tylka, Russel i Neal (2015) pronalaze da percepcija pritiska okoline na mršavost ovisi o suosjećanju prema samom sebi. Tako osobe koje imaju veće suosjećanje prema samima sebi percipiraju manje pritiska okoline na mršavost, od strane obitelji i prijatelja, partnera i medija. Kod njih rjeđe dolazi do internalizacije ideala mršavosti. Kod osoba s visokim suosjećanjem prema samima sebi rjeđe dolazi do pojave simptoma poremećaja prehrane. Iako je pritisak okoline značajno povezan s razvojem simptoma poremećaja prehrane, kod osoba koje imaju visoko suosjećanje prema samom sebi, gubi se povezanost između medijskog pritiska na mršavosti i simptoma poremećaja prehrane (Tylka i sur., 2015).

Za sportsku populaciju, osim općenitih socijalnih pritisaka posebno je važan utjecaj trenera. Neosporivo je da trener za sportaše ima važnu ulogu. On usmjerava i koordinira ekipama i individualnim sportašima (Dosil, 2008). Harris i Greco (1990) izvještaju o navodima 56% sportašica o direktnom pritisku trenera da izgube težinu. Pronađena je povezanost lošeg odnosa s trenerom, kojeg obilježava povećani broj konflikata i smanjena podrška, autokratski stil vođenja i ruganje zbog težine, s razvojem poremećaja prehrane (Shanmugam, Jowett i Meyer, 2013). Autokratski stil vođenja obilježava direktivnost trenera koji smatraju da sportaši ne smiju diskutirati s njima oko njihovih „preporuka“ te se sportaši u tom slučaju nemaju kome obratiti i savjetovati u vezi svoje zabrinutosti zbog težine i prehrane te se lako mogu javiti patološke navike hranjenja (Dosil, 2008). Utjecaj lošeg odnosa s trenerom i poremećaja prehrane je indirektan, a posredovan je samokritičnošću, samopoštovanjem i depresivnosti (Shanmugam i sur., 2013). Sungot Borgen (1993) navodi kako je jedan od rizičnih faktora za razvoj poremećaja prehrane u sportaša preporuka trenera da smanje težinu zbog boljeg uspjeha u sportu. Drinkwater i sur. (2005; prema Bratland – Sanda i Sungot Borgen, 2013) nalaze kako je jedan od mehanizama održavanja poremećaja prehrane pohvala trenera za gubitak težine.

Živi prikaz utjecaja trenera na razvoj poremećaja prehrane kod sportaša prikazuju Jones, Glinthmeyer i McKenzie (2005) u kvalitativnom istraživanju. Autori navode da i u sportovima u kojima uspjeh ne ovisi o težini treneri stavljaju naglasak na mršavost. U istraživanju opisuju razvoj bulimije nervoze kod plivačice. Plivačica gradi vlastiti identitet na temelju interakcije s trenerom. Njen identitet je jednodimenzionalan, vidi sebe samo kao plivačicu, a uspješna

plivačica mora biti i mršava. Uspjeh u sportu izjednačava s mršavosti, a komentar trenera „*bila bih uspješnija kada bi bila mršavija i lakša*“ smatra okidačem za razvoj bulimije nervoze nakon čega započinje svoj krug izgladnjivanja, prejedanja i povraćanja. Iako istraživanja često idu u smjeru većeg pritiska na izgled tijela kod estetskih i sportova ovisnih o težini, u kvalitativnom istraživanju Papathomas i Lavele (2006) opisuju razvoj bulimije nervoze kod nogometaša, koji naglašava kako, suprotno očekivanju javnosti, i u svijetu nogometa postoji snažan pritisak na izgled tijela sportaša, te se „biti fit“ i „izgledati kao sportaš“ izjednačava s uspjehom u sportu. Kerr i sur. (2006) u kvalitativnom istraživanju utjecaja trenera na poremećaje prehrane kod sportaša navodi izjavu sportašice: „*Trener se ruga s razvojem kukova i grudi kod sportašica. Mislim da uopće ne zna koliko smo mi osjetljive po tom pitanju. Zbog njegovog ruganja osjećamo se grozno. Trenere bi se trebalo učiti kako da rade s adolescenticama*“ (Kerr i sur., 2006, str. 36).

Muscat i Long (2008) istraživali su utjecaj trenerovih komentara na razvoj poremećaja prehrane u sportaša. Autori pronalaze da je 70% komentara upućeno javno, a 30% privatno. Neki od tih komentara su upućeni direktno osobi, a neki indirektno u obliku ruganja i nazivanja pogrđnim imenima. Autori pronalaze da sportaši koji češće trpe negativne komentare trenera češće i manifestiraju simptome poremećaja prehrane. Osim toga ti isti sportaši osim negativnih komentara trenera još češće trpe negativne komentare obitelji o obliku tijela.

U SAD-u je proveden i evaluiran „*Body Sense*“ („Svijest o tijelu“) program na mladim gimnastičarkama, njihovim trenerima i članovima obitelji s ciljem smanjenja utjecaja socijalnog pritiska na mršavost kod sportašica (Bucholz i sur., 2008). Program se sastoji od edukacija o vjerovanjima i stavovima o tijelu, zdravlju, individualnim razlikama u obliku i veličini tijela, odbijanju pritisaka okoline na provođenje dijete i sličnih. Ustanovljeno je da nakon pohađanja programa sportašice percipiraju manji utjecaj socijalnog pritiska na mršavost, ali nije došlo do sniženja rezultata na upitniku koji mjeri simptome poremećaja prehrane. Zanimljivo je da je u istraživanju prije provođenja programa pronađeno da sportašice percipiraju visoku razinu socijalnog pritiska na mršavost, a osim toga velik broj sportašica i njihovih trenera vjeruje kako je mršavo tijelo preduvjet za uspjeh u sportu (Bucholz i sur., 2008).

1.3.2. Samokritičnost

Klinički ili neadaptivni perfekcionizam, odnosno samokritičnost, također je povezan s poremećajima prehrane kod sportaša (Shanmugan, Jowet i Meyer, 2013), a Shanmugan i Davies (2015) smatraju ga centralnim mehanizmom za razvoj i održavanje poremećaja prehrane. Samokritičnost je faceta perfekcionizma koja se odnosi na negativnu samoevaluaciju kada se visoki ciljevi koje je osoba odredila ne dostignu (Shafran, Cooper i Fairburn, 2002), dok druga faceta perfekcionizma koja se odnosi na samo postavljanje visokih ciljeva nije povezana s poremećajima prehrane (Shanguman i sur., 2013). Pronađeno je da samokritični aspekt perfekcionizma prethodi i održava poremećaj, a povezana je i s njegovim intenzitetom (Shanmugan i Davies, 2015). Značajan je prediktor poremećaja prehrane kod žena (Hopkinson i Lock, 2004), a zajedno sa spolom objašnjava 30% varijance poremećaja prehrane u sportaša (Shanmugan i Davies, 2015). Goodwin, Arcleus, Geach i Meyer (2014) pronalaze kako je samokritičnost značajan prediktor simptoma poremećaja prehrane kod sportaša i to: suzdržavanja od jedenja, brige o prehrani, težini i obliku tijela. Barnett i Sharp (2016) pronalaze povezanost između samokritičnosti i poremećaja prehrane te pronalaze da je suosjećanje prema samima sebi medijator između samokritičnosti i razvoja poremećaja prehrane. Zaključuju kako je upravo komponenta suosjećanja prema samom sebi, koja se odnosi na samoevaluaciju, ključna u vezi između samokritičnosti i poremećaja prehrane tj. ako je samoevaluacija negativna, samokritičnost dovodi do poremećaja prehrane (Barnett i Sharp, 2016). Suosjećanje prema samom sebi trebalo bi ukloniti signale prijetnje i pokrenuti sustav za samopomoć kroz prihvaćanje svojih mana bez negativne evaluacije. Kod osoba koje imaju nisko suosjećanje prema samom sebi i visoko su samokritične, ne dolazi do gašenja signala prijetnje i zato osoba doživljava negativnu samoevaluaciju koja je povezana s poremećajima prehrane.

1.3.3. Socijalna anksioznost zbog izgleda

Socijalna anksioznost zbog izgleda je samoprezentacijska anksioznost koja nastaje zbog percepcije pojedinca da okolina negativno procjenjuje njegovo tijelo (Hart, Leary i Rejeski, 1989). Ona se sastoji od straha od negativne evaluacije i brige zbog izgleda tijela (Martin, Rejeski, Leary, McAuley i Bane, 1997). Vander Velde (1985, prema Hart i sur., 1989) navodi kako djeca uče već u ranom djetinjstvu, od svoje obitelji, prijatelja, učitelja i okoline, da su

fizičke osobine kao veličina i oblik tijela njihove potencijalne mane te predstavljaju potencijal za rujanje. Takvo učenje, popraćeno negativnom percepcijom vlastita tijela, lako može kod osobe izazvati osjećaj anksioznosti i potrebu da se udalji od socijalne okoline.

Hart i sur. (1989) navode kako je nezadovoljstvo vlastitim tijelom, koje je u podlozi socijalne anksioznosti zbog izgleda, snažan motivator za uključivanje u sportske aktivnosti kao što je vježbanje. Taj nalaz potvrđuju i Brunet i Sabinston (2009) koji razrađuju motivacijsku teoriju o vježbanju u kojoj socijalna anksioznost zbog izgleda ima indirektan utjecaj na motivaciju i ponašanje uključivanja u sportske aktivnosti i vježbanje. Osim pozitivnog efekta socijalne anksioznosti zbog izgleda kao motivatora za vježbanje, postoji i negativan efekt, a to je razvoj stavova i ponašanja tipičnih za poremećaje prehrane (Haase, Prapavesis i Owens, 2002). Socijalna anksioznost zbog izgleda djeluje na nastanak poremećaja prehrane tako što osoba koja ima izražen visok perfekcionizam postavlja visoke ciljeve vezane uz izgled koje ne može ostvariti. Zatim zbog nemogućnosti ostvarenja postavljenih ciljeva osoba razvija anksioznost vezanu za izgled. Kao posljedica anksioznosti vezane za izgled osoba razvija niz stavova i ponašanja koji su tipični za poremećaje prehrane (Haase i sur., 2002) .

Socijalna anksioznost zbog izgleda povezana je s perfekcionizmom, a često se pojavljuje kod sportaša. Zajedno sa samokritičnim perfekcionizmom objašnjava 41% varijance poremećaja prehrane u žena (Haase, i sur., 2002). Osim socijalne anksioznosti zbog izgleda poznato je da su općenito poremećaji iz anksioznog spektra povezani s poremećajima prehrane, pa tako 71% osoba s dijagnozom poremećaja prehrane ima i dijagnozu nekog od poremećaja iz anksioznog spektra (Godart i sur., 2003), a najčešće socijalne anksioznosti. Levinson i sur. (2013) nalaze da socijalna anksioznost zbog izgleda pridonosi objašnjenju poremećaja prehrane povrh same socijalne anksioznosti te da je socijalna anksioznost zbog izgleda ključan faktor povezanosti socijalne anksioznosti i poremećaja prehrane.

1.3.4. Samopoštovanje

Nisko samopoštovanje još je jedan od faktora koji pridonose razvoju poremećaja prehrane u sportaša (Shanmugam i sur., 2013). Cevera i sur. (2003) u prospektivnom istraživanju kohorte nalaze da je visoko samopoštovanje zaštitni faktor od razvoja poremećaja prehrane u žena. Brockmeyer i sur. (2012) nalaze da osobe s anoreksijom nervozom imaju značajno niže samopoštovanje od zdrave populacije, te da kod njih dolazi do povišenja samopoštovanja kada snize tjelesnu težinu. Miligam i Prichard (2006) objašnjavaju kako zbog niskog samopoštovanja osoba ima negativnu sliku tijela, zbog čega se odlučuje na provođenje dijete i korištenje različitih patoloških načina regulacije težine (npr. povraćanje), što može dovesti do poremećaja prehrane. Gubitak na težini zatim dovodi do privremenog jačanja samopoštovanja, a to je mehanizam koji podržava proces mršavljenja. Lebedina Mazoni i Lotar (2011) nalaze da najveći postotak varijance, percepcija vlastite vrijednosti, dijeli sa zadovoljstvom tjelesnim izgledom. Radi se o čak 37% zajedničke varijance u istraživanju o samopercepciji kod adolescenata u Hrvatskoj (Lebedina - Manzoni, Lotar, 2011). Ovaj nalaz naglašava važnost zadovoljstva vlastitim tijelom i samopoštovanja u objašnjenju razvoja simptoma poremećaja prehrane.

Arthur-Chamesele i Quatromoni (2010) napravili su tematsku analizu intervjua sa sportašicama koje boluju od anoreksije nervoze te su analizirali ključne teme koje sportašice smatraju povezanima s razvojem poremećaja prehrane. Pronalaze da je jedna od tema nisko samopoštovanje, a pojavljuje se kod 76% ispitanica. S druge strane, Tan, Calitri, Bloodworth i McNamee (2016) ne pronalaze povezanost između samopoštovanja i simptoma poremećaja prehrane, ni kod sportaša ni kod sportašica. Ni Galli, Petrie, Greenleaf, Reel i Carter (2014) ne pronalaze doprinos samopoštovanja razvoju simptoma poremećaja prehrane kod muških sportaša.

Fernandez i Pritchard (2012) provjeravali su medijatorsku ulogu samopoštovanja između medijskog i socijalnog pritiska te internalizacije ideala mršavosti. Autori ne pronalaze medijacijski efekt samopoštovanja između medijskog i socijalnog pritiska i internalizacije ideala mršavosti. Perl, White i Grilo (2014) nalaze povezanost između samopoštovanja i internalizacije stavova i stereotipa o izgledu tijela kod pacijentica s bulimijom nervozom, ali ne nalaze direktnu vezu između simptoma bulimije i samopoštovanja. Autori pronalaze da je veza samopoštovanja i poremećaja prehrane indirektna, posredovana pretjeranim vrednovanjem težine i izgleda. Iz toga

možemo zaključiti da postoji mogućnost da veza između samopoštovanja i poremećaja prehrane može biti indirektna, ostvarena preko određenih osobina koje su medijatori, što može objasniti različite nalaze, odnosno može objasniti zašto u nekim radovima veza samopoštovanja i poremećaja prehrane je, a u nekima nije pronađena.

S obzirom na dosadašnje spoznaje iz literature, cilj ovog rada je istražiti pojavnost simptoma poremećaja prehrane na populaciji profesionalnih sportaša te istražiti koji faktori, i kojim putevima, doprinose razvoju tih simptoma s obzirom na spol i kategoriju sporta. Prvi će puta na populaciji hrvatskih elitnih sportaša biti ispitani novi modeli i rizični faktori u ovoj kombinaciji na sportašicama i sportašima. Na muškarcima su i u svijetu istraživanja malobrojna. Brojni autori navode kako su zanemareni u istraživanjima poremećaja prehrane, a također su pod velikim rizikom, tim više što su njihovi simptomi teže uočljivi pa ih se češće previdi i ne dobiju adekvatnu pomoć (Baum, 2006). Nalazi ovog istraživanja mogu razjasniti ulogu samopoštovanja u razvoju poremećaja prehrane kod sportaša jer su dosadašnje spoznaje kontradiktorne, a mogu i pomoći u objašnjenju puta kojim socijalni pritisci i negativna ponašanja trenera utječu na razvoj simptoma poremećaja prehrane. Mogu doprinjeti razvoju programa prevencije poremećaja prehrane kod sportaša te obrazovanju budućih trenera s naglaskom na važnost njihova utjecaja i njihova ponašanja na razvoj simptoma poremećaja prehrane u sportaša.

1.4. Cilj rada

S obzirom na predloženi sveobuhvatni model faktora koji utječu na razvoj poremećaja prehrane kod sportaša autorica Petrie i Greenleaf (2007) i dosadašnjih spoznaja iz literature, ovaj rad će se bazirati na odabranom modelu kojim će biti istražena povezanost negativnog ponašanja trenera i razvoja poremećaja prehrane kod sportaša kroz medijaciju socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti i samopoštovanja s obzirom na spol i vrstu sporta kojom se bave, te doprinos svakog od ovih faktora. Model je prikazan na Slici 2.

Osim navedenog, biti će istražena i povezanost percipiranog pritiska važnih osoba na mršavost i razvoja simptoma poremećaja prehrane kod sportaša, kroz medijaciju varijabli: samopoštovanja, samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda, također s obzirom na spol i vrstu sporta. Ovaj model prikazan je na Slici 3.

Slika 2. Samokritičnost, samopoštovanje i socijalna anksioznost zbog izgleda kao medijator između negativnih ponašanja trenera i poremećaja prehrane



Slika 3. Samokritičnost, samopoštovanje i socijalna anksioznost zbog izgleda kao medijator između pritiska bližnjih na mršavost i poremećaja prehrane



2. Problemi i hipoteze

2.1. Problemi rada

1. Usporediti pojavnost simptoma poremećaja prehrane s obzirom na spol i kategoriju sporta.
2. Provjeriti doprinos negativnog ponašanja trenera, socijalnih pritisaka, socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti i samopoštovanja u objašnjenju simptoma poremećaja prehrane kod sportaša (studenta Kineziološkog fakulteta) s obzirom na spol i vrstu sporta kojom se bave.
3. Provjeriti doprinos negativnog ponašanja trenera na razvoj simptoma poremećaja prehrane kod sportaša kroz medijaciju socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti i samopoštovanja.
4. Provjeriti doprinos pritiska bližnjih na mršavost na razvoj simptoma poremećaja prehrane kod sportaša kroz medijaciju socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti i samopoštovanja.

2.2. Hipoteze

1. Postoji značajna razlika u pojavnosti simptoma poremećaja prehrane s obzirom na spol i kategoriju sporta: simptomi poremećaja prehrane češće se pojavljuju u žena te kod sportova koji se smatraju rizičnima za razvoj poremećaja prehrane (gimnastika, umjetničko klizanje, plivanje, ronjenje, hrvanje, trčanje i *body buliding*).
2. Negativna ponašanja trenera, socijalni pritisci na mršavost, socijalna anksioznost zbog izgleda, samokritičnost i nisko samopoštovanje značajno će doprinijeti objašnjenju varijance poremećaja prehrane u sportaša, u većoj mjeri u žena i u većoj mjeri kod sportova koji se smatraju kritičnima za razvoj poremećaja prehrane (gimnastika, umjetničko klizanje, plivanje, ronjenje, hrvanje, trčanje i *body buliding*).
3. Negativna ponašanja trenera imati će značajan efekt na razvoj poremećaja prehrane kod sportaša kroz medijaciju socijalne anksioznost zbog izgleda, samokritičnosti i niskog samopoštovanja.
4. Pritisak bližnjih na mršavost imati će značajan efekt na razvoj poremećaja prehrane kod sportaša kroz medijaciju socijalne anksioznost zbog izgleda, samokritičnosti i niskog samopoštovanja.

3. Metoda

3.1. Ispitanici

Prikupljeno je 635 upitnika koje su ispunili studenti Kineziološkog fakulteta u Zagrebu, ali je, zbog naizmjeničnog rješavanja (zaokruživanje istih brojeva u cijelom upitniku) ili predaje djelomično praznih upitnika, isključeno njih 26 te je ostalo 609 ispitanika. Kriteriji za sudjelovanje u ovom istraživanju su dob u rasponu od 18 do 28 godina te rekreativno ili aktivno bavljenje sportom, a kriterije je zadovoljilo 594 ispitanika, što čini uzorak ovog istraživanja. Ispitanici su studenti u dobi od 18 do 28 godina ($M=21.23$, $SD = 2.19$), od čega je 397 muškaraca (67% ukupnog uzorka) te 196 žena (33% uzorka).

Sportom se aktivno bavi 62% ispitanika (17% na međunarodnoj razini, 21% na državnoj razini, 18% na županijskoj razini te 6% na fakultetskoj razini), a 38% ispitanika sportom se bavi rekreativno. Individualnim sportovima bavi se 40% ispitanika, a timskim 60%. Trenera ima 84% ispitanika, a 10% ispitanika trenira s trenericom, dok za 6% ispitanika taj podatak nije poznat. Ispitanici se bave raznim sportovima, najviše njih nogometom (25%), rukometom (14.3%) te košarkom (8%). Prema vrsti sporta ispitanici su u ovom istraživanju klasificirani u 4 kategorije prema klasifikaciji autorice Sungot Borgen (1993): sportovi izdrživosti (npr. atletika, plivanje, *motocross* itd.), estetski sportovi (ples, gimnastika, umjetničko klizanje), sportovi ovisni o težini (npr. boks, hrvanje, judo, *kickboxing*, karate itd.) te sportovi s loptom (npr. nogomet, košarka, rukomet, odbojka itd.). Broj sportaša i sportašica po određenoj sportskoj kategoriji te prosječni indeks tjelesne mase prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivni podatci o ispitanicima s obzirom na kategoriju sporta

| Kategorija sporta | Ukupan broj | Ukupan broj | Ukupan broj | Indeks tjelesne | |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|------|
| | ispitanika | sportašica | sportaša | mase | |
| | (N) | (N) | (N) | M | SD |
| Sportovi izdrživosti | 82 | 35 | 47 | 23,08 | 2,65 |
| Estetski sportovi | 39 | 31 | 8 | 22,31 | 1,96 |
| Sportovi ovisni o težini | 77 | 24 | 53 | 23,31 | 2,53 |
| Sportovi s loptom | 359 | 90 | 269 | 23,39 | 2,10 |

3.2. Mjerni instrumenti:

Ispitanici su dali informacije o demografskim podacima te su ispunili Upitnik socijalne anksioznosti zbog izgleda, Upitnik samokritičnosti, Upitnik samopoštovanja, Sportski upitnik, Upitnik negativnog ponašanja trenera i Upitnik navika hranjenja.

3.2.1. Demografski podatci

Demografski podatci o ispitanicima obuhvaćaju pitanja o dobi, spolu, visini, težini, vrsti sporta koji teniraju, tome koliko dugo treniraju navedeni sport, vremenu trajanja treninga na tjednoj bazi, spolu trenera, tome koliko dugo treniraju sa sadašnjim trenerom te o broju provedenih sati u tjednu s navedenim trenerom.

3.2.2. Upitnik socijalne anksioznosti zbog izgleda

Upitnik socijalne anksioznosti zbog izgleda (*Social Appearance Anxiety Scale*; SAAS, Hart i sur., 2008) služi za procjenu socijalne anksioznosti zbog izgleda, odnosno straha osobe da će je drugi negativno evaluirati zbog cjelokupnog izgleda, uključujući i oblik tijela. Sadrži 16 čestica, a primjer čestice je: *Brinem o tome hoće li ljudi negativno prosuđivati moj izgled*. Upitnik je jednofaktorske strukture, a pokazao je visoku internalnu konzistenciju ($,95$) i test- retest pouzdanost ($,84$) (Hart i sur., 2008). Validiran je i na turskom uzorku te je također pokazao zadovoljavajuću pouzdanosti i valjanost te jednofaktorsku strukturu (Sahin i Topkaja, 2015). Veći rezultat na upitniku označava viši stupanj socijalne anksioznosti zbog izgleda. Korelira s mjerama socijalne anksioznosti. Na pitanja ispitanici odgovaraju na ljestvici Likertova tipa (1-5), gdje 1 znači *nikada*, a 5 *uvijek*.

Upitnik je prvi put preveden na hrvatski jezik, metodom dvostrukog prijevoda te je provjerena faktorska struktura i pouzdanost internalne konzistencije. Matrica je podobna za faktorizaciju s obzirom na to da rezultat na Bartletovom testu iznosi $,96$, a KMO test je značajan ($p < ,01$). Faktorska analiza provedena je PAF metodom ekstrakcije a jednim faktorom objašnjeno je 56.23 % varijance. Zasićenja čestica, komunaliteti nakon ekstrakcije te korelacije čestice s ukupnim rezultatom prikazani su u Prilogu 1. Izbačena je jedna čestica (*Nemam problema s tim kako me drugi vide/ kako drugima izgledam*) jer je zbog neodgovarajućeg prijevoda ispitanicima bila nejasna, narušavala je faktorsku strukturu te pouzdanost upitnika. Zbog toga je upitnik

korišten s 15 čestica. Kao i u originalnoj verziji, potvrđena je jednofaktorska struktura te je dobivena visoka pouzdanost unutarnje konzistencije (,95).

3.2.3. Upitnik samokritičnosti

Upitnik samokritičnosti (*The forms of self – criticism / attacking and self- reassuring scale*; FSCRS, Gilbert, Clarke, Hempel, Miles i Irons, 2004) koristi se za ispitivanje načina na koje ljudi misle i osjećaju o sebi, kad ne uspiju ostvariti visoke ciljeve koje su postavili. Sastoji se od 22 čestice koje mjere 3 komponente: dva oblika samokritičnosti i to Nezadovoljstvo sobom, koja se fokusira na osjećaj osobne neadekvatnosti (npr. *Lako se razočaram u sebe*) i Mržnja prema sebi, koja mjeri želju da sami se sebe povrijedimo (npr. *Vrijedam sebe*). Treća komponenta je Samopodrška (npr. *Podržavam samog sebe*). Odgovori se daju na Likertovoj ljestvici (u rasponu od 0 = *uopće nije slično meni* do 4 = *u potpunosti je slično meni*). Viši rezultat na upitniku označava više razine samokritičnosti. Pouzdanost unutarnje konzistencije na hrvatskom uzorku iznosi ,89 (Rogić, 2014), a u ovom istraživanju izračunata je pouzdanost unutarnje konzistencije za svaku poljestvicu i cijeli upitnik. Za Nezadovoljstvo sobom iznosi ,90, za Mržnju prema sebi i Samopodršku ,86, a za cijeli upitnik iznosi ,82.

3.2. 4. Upitnik samopoštovanja

Rosenbergova ljestvica samopoštovanja (Rosenberg, 1965) služi za ispitivanje čovjekove opće evaluacije sebe kao vrijedne osobe. Sadrži 10 čestica od kojih je pola orijentirano pozitivno (npr. *Općenito govoreći zadovoljan sam sobom*), a pola negativno (npr. *S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim*). Ispitanici odgovaraju na ljestvici Likertovog tipa zaokruživanjem broja od 1 do 5, gdje 1 znači *uopće se ne slažem*, a 5 znači *u potpunosti se slažem*. Viši rezultat na upitniku označava višu razinu samopoštovanja. Upitnik je jednofaktorski, a pouzdanost unutarnje konzistencije upitnika, ispitivana na 5 država iznosi u prosjeku ,81 (Schmidt i Allik, 2005), a ista pouzdanost dobivena je i na hrvatskom uzorku (Ručević i Duvnjak, 2010). U ovom istraživanju pouzdanost unutarnje konzistencije ovog upitnika iznosi ,81.

3.2. 5. Sportski upitnik

Sportski upitnik (*Athlete questionnaire*; Hinton, i Kubas, 2005) ispituje sportsko-specifične rizične faktore poremećaja u hranjenju. Korišten je hrvatski prijevod upitnika (Koraj, 2014). Podljestvice

su: Tijelo i sport (npr. *Bila bih uspješnija u sportovima kada bih imala bolje tijelo*); Osjećaji vezani za izvedbu (npr. *Bez obzira koliko sam uspješna, nikada nisam u potpunosti zadovoljna*); Podrška suigrača (npr. *Članovi moje ekipe su mi bliski prijatelji*); Osjećaji prema vlastitom tijelu (npr. *Zbog članova moje ekipe se osjećam debelo*) i Osjećaji prema hrani (npr. *Osjećam se nelagodno kada jedem pred svojim trenerom*). Ispitanici odgovaraju na ljestvici Likertova tipa (1-5), gdje 1 znači *uopće se ne slažem*, a 5 *u potpunosti se slažem*. Sastoji se od 33 čestice. Obuhvaća 5 podljestvica, čija je pouzdanost između ,73 i ,88 (Hinton i Kubas, 2005) . U ovom istraživanju planirano je korištenje samo 2 podljestvice: Osjećaji prema svom tijelu (sadrži 6 čestica) i Osjećaji prema hrani (5 čestica) koji obuhvaćaju čestice koje se tiču socijalnog pritiska i utjecaja trenera, suigrača i roditelja na osjećaje o tijelu i prehrani. Pouzdanost unutarnje konzistencije dobivena u ovom istraživanju iznosi ,83 za podljestvicu Osjećaji prema prehrani te za Osjećaje prema tijelu ,87. Ove dvije ljestvice spojene su za potrebe ovog istraživanja u kompozitnu ljestvicu nazvanu Percipirani pritisak okoline na mršavost, koja obuhvaća 11 čestica. Viši rezultat na ljestvici označava veću razinu percipiranog socijalnog pritiska na mršavost.

3.2.6. Upitnik negativnog ponašanja trenera

Upitnik negativnog ponašanja trenera (Greblo, 2011) služi za procjenu čestine pojave negativnih ponašanja kod trenera. Sastoji se od 13 čestice koje tvore 3 podljestvice: Neosjetljivost za osobnu dobrobit sportaša (npr. „[Moj trener / Moja trenerica] Pokazuje razumijevanje za brige i strahove sportaša.“), Negativna povratna informacija (npr. „[Moj trener / Moja trenerica] U slučaju pogreške, sportaše naziva glupim i nesposobnim.“) i Usmjerenost na rezultat (npr. „[Moj trener / Moja trenerica] Smatra da je uspjeh sportaša jedino postizanje dobrog rezultata na natjecanju.“). Pouzdanosti unutarnje konzistencije podljestvica Upitnika negativnog ponašanja trenera iznose: ,89 (negativna povratna informacija); ,85 (neosjetljivost za osobnu dobrobit sportaša) i ,78 (usmjerenost na rezultat). U ovom istraživanju pouzdanost internalne konzistencije za Usmjerenost na rezultat iznosi: ,76, za Neosjetljivost za brige i strahove sportaša ,81 te za Negativnu povratnu informaciju ,88. Pouzdanost unutarnje konzistencije cijelog upitnika u ovom istraživanju iznosi ,86. U ovom istraživanju korišten je ukupan rezultat na upitniku, jer je korištenjem odvojenih podljestvica dobiven isti rezultat kao i kada se koristi ukupan rezultat na svim podljestvicama, a sve su podljestvice u visokim pozitivnim korelacijama s ukupnim

rezultatom. S obzirom na to da korištenje odvojenih podljestvica ne donosi nikakve dodatne informacije povrh informacija dobivenih na ukupnom rezultatu, korišten je samo ukupni rezultat.

3.2.7. Upitnik navika hranjenja

Upitnik navika hranjenja (*Eating attitude test*; EAT, Garner, Olmsted, Bohr i Garfinkel, 1982) koristi se za ispitivanje prisutnosti nekih od simptoma poremećaja hranjenja. Ovaj upitnik ima trofaktorsku strukturu. Faktori koje obuhvaća su Restrikcija ili Oralna kontrola, Bulimija i Zaokupljenost hranom i dijeta. Ispitanici odgovaraju na 26 čestica na ljestvici Likertova tipa od 6 stupnjeva, gdje 0 znači *nikada*, a 6 *uvijek*. U ovom istraživanju biti će korišten ukupni rezultat na upitniku koji se računa se zbrajanjem bodova na svim česticama, pri čemu najviše bodova dobivaju odgovori u smjeru patološkog doživljavanja ili ponašanja (Pokrajac Bulian, Živčić Bećirević, Vukmanović, Forbes, 2005). Pouzdanost unutarnje konzistencije upitnika na uzorku osoba koje boluju od anoreksije nervoze iznosi ,90 (Garner i sur., 1982). Na hrvatskom uzorku osoba koje ne boluju od anoreksije dobivena je pouzdanost unutarnje konzistencije ,85 (Pokrajac Bulian i sur., 2005). I u ovom istraživanju dobivena je pouzdanost internalne konzistencije ,90.

Moguće je i „kliničko bodovanje“ upitnika, na način da se ukupan rezultat na upitniku računa tako što najviše bodova dobiva onaj odgovor koji ide u smjeru patološkog ponašanja ili doživljavanja, ali bodovi se preračunavaju na četvero stupanjsku ljestvicu (odgovor 6 iznosi 3 boda, odgovor 5 iznosi 2 boda odgovor 4 iznosi 1 bod a odgovori 3, 2, 1 iznose 0 bodova) (Garner i Garfinkel, 1979). Mogući raspon rezultata kreće se od 0 do 78, a rezultat iznad 20 je kritičan. Kritičan rezultat ne znači zadovoljavanje kriterija za poremećaj prehrane već ukazuje na visoku zabrinutost oko provođenja dijete, tjelesne težine i problematična ponašanja vezana uz hranjenje. Klinički način bodovanja korišten je u ovom istraživanju samo u svrhu određivanja postotka ispitanika koji su u riziku za razvoj poremećaja prehrane, a u ostatku istraživanja korišteno je 6-stupanjsko bodovanje.

3.3 Postupak

Istraživanje je provedeno na Kineziološkom fakultetu u Zagrebu te su ispitanici zamoljeni za sudjelovanje u istraživanju u sklopu projekta *Sport i zdravlje*. Ispitivanje je provedeno u terminima nastave, u formi papir - olovka uz uputu "Na Odsjeku za psihologiju Filozofskog

fakulteta Sveučilišta u Rijeci provodimo istraživanje o navikama i ponašanjima sportaša. Svojim sudjelovanjem u ovom istraživanju pomažeš nam u razumijevanju specifičnih ponašanja i doživljavanja sportaša. Molimo te da na pitanja odgovoriš što iskrenije. Podaci su potpuno povjerljivi i neće biti zloupotrijebljeni niti na koji način. Zahvaljujemo.” Ispitanici su bili raspodijeljeni u 5 grupa, prema godini studija te je svaka grupa prolazila potpuno jednak proces. Ispunjavanje upitnika trajalo je oko 35 minuta nakon čega su podaci prikupljeni i unijeti u statističku bazu.

4. Rezultati

4.1. Deskriptivna statistika

Prije provođenja analiza provjereni su podaci koji nedostaju te su isti zamijenjeni srednjim vrijednostima cijelog uzorka na tom pitanju, u slučaju da su činile manji dio ukupnog rezultata tog ispitanika. Tako su u upitniku Socijalne anksioznosti zbog izgleda, Upitniku samokritičnosti te Upitniku navika hranjenja zamijenjene čestice kod ispitanika kojima je nedostajala samo jedna čestica po upitniku (što čini 6% ukupne vrijednosti upitnika kod socijalne anksioznosti te 4% kod samokritičnosti i navika hranjenja). U ostalim upitnicima podaci koji nedostaju nisu zamijenjene srednjim rezultatom jer bi to činilo veći dio upitnika, što bi moglo ugroziti rezultate.

Za provjeru normalnosti distribucije rezultata korišteni su podatci o indeksu simetričnosti, zbog velikog broja ispitanika. Pokazalo se da su varijable distribuirane normalno, osim Upitnika navika hranjenja na klinički bodovanoj ljestvici te Pritiska okoline na hranjenje. To je i očekivano, kod Upitnika navika hranjenja, jer se radi o općem uzorku na koji je primijenjena klinički bodovana ljestvica za koju nije ni očekivana normalna distribucija. Očekivana je asimetrična distribucija za ljestvicu Pritisci okoline, jer pojava koju mjeri ni u populaciji nije distribuirana normalno. Deskriptivni podatci za izmjerene varijable nalaze se u Tablici 2.

Tablica 2. Centralne vrijednosti, standardne devijacije, rasponi rezultata i indeksi simetričnosti izmjerenih varijabli na primjenjenim upitnicima s obzirom na spol i ukupni rezultat

| | Aritmetička sredina | Standardna devijacija | Raspon rezultata | Indeks simetričnosti |
|-----------------------------|---------------------|-----------------------|------------------|----------------------|
| Samopoštovanje | 39,99 | 6,09 | 24 – 50 | -,26 |
| M | 40,15 | 6,10 | 24 – 50 | -,26 |
| Ž | 39,71 | 6,07 | 25 – 50 | -,24 |
| Pritisci okoline | 16,69 | 7,75 | 11 – 41 | 1,48 |
| M | 17,20 | 8,22 | 11 – 41 | 1,31 |
| Ž | 15,72 | 6,67 | 11– 40 | 1,92 |
| Samokritičnost | 50,28 | 11,21 | 23 – 91 | ,29 |
| M | 50,91 | 10,28 | 26 – 83 | ,28 |
| Ž | 48,92 | 11,72 | 23 – 91 | ,44 |
| Anksioznost | 26,23 | 10,23 | 15 – 75 | 1,14 |
| M | 25,31 | 9,53 | 15 – 57 | 1,10 |
| Ž | 28,26 | 11,41 | 15 – 75 | 1,07 |
| Neg. pon. trenera | 31,29 | 8,71 | 15 – 58 | ,35 |
| M | 33,10 | 8,37 | 16 – 53 | ,18 |
| Ž | 27,62 | 8,45 | 15 – 58 | ,92 |
| Neosjet. na dobrobit | 9,34 | 3,20 | 4 – 20 | ,42 |
| M | 9,85 | 3,10 | 4 – 20 | ,29 |
| Ž | 8,29 | 3,15 | 4 – 20 | ,85 |
| Neg. povr. infor. | 9,50 | 4,80 | 5 – 25 | ,90 |
| M | 10,21 | 4,87 | 5 – 24 | ,68 |
| Ž | 8,07 | 3,40 | 5 – 25 | 1,56 |
| Usmjer. na pobjedu | 12,50 | 3,35 | 4 – 20 | -,03 |
| M | 13,07 | 3,20 | 5 – 20 | -,06 |
| Ž | 11,27 | 4,35 | 4 – 20 | ,17 |
| EAT (6 stup. Bod.) | 57,32 | 19,64 | 31– 130 | 1,02 |
| M | 56,22 | 19,80 | 31 – 130 | 1,06 |
| Ž | 58,95 | 18,50 | 32 – 128 | 1,04 |
| EAT (4 stup. Bod.) | 8,70 | 7,61 | 0 – 50 | 2,01 |
| M | 8,23 | 7,05 | 0 – 44 | 1,96 |
| Ž | 9,71 | 8,61 | 0 – 50 | 1,96 |

Neg. pon. trenera – negativna ponašanja trenera

Neosjet. na dobrobit – nesojetljivost na dobrobit

Neg. povr. infor. – negativna povratna informacija

Usmjer. na pobjedu – usmjerenost na pobjedu

EAT (6 stup. Bod.) – Eating Attitude Test (6-stupanjsko bodovanje)

EAT (4 stup. Bod.) – Eating Attitude Test (4-stupanjsko bodovanje)

Kako bi se ispitala povezanost svih varijabli korištenih u istraživanju izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije, te su prikazani u Tablici 3. (u istraživanju će biti korištena 6-stupanjaska ljestvica Upitnika navika hranjenja, pa je ista prikazana u Tablici 3, dok se klinički bodovana ljestvica koristi samo u određivanju kritičnih rezultata pa nije prikazana) .

Tablica 3. *Pearsonovi koeficijenti korelacija između izmjerenih varijabli na ukupnom uzorku*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|------------------------------|-------|---------|---------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|------|----|
| 1. dob | | | | | | | | | | | | |
| 2. spol | ,00 | | | | | | | | | | | |
| 3. ITM | ,16** | -,52** | | | | | | | | | | |
| 4. soc. anksioznost | ,00 | ,13** | ,00 | | | | | | | | | |
| 5.samopoštovanje | ,09* | -,03 | -,43 | -,50 ** | | | | | | | | |
| 6.samokritičnost | -,06 | -,09* | ,12** | ,49 ** | -,56 ** | | | | | | | |
| 7. pritisci okoline | ,07 | -,09* | -,15 ** | ,41 ** | ,42 ** | ,48** | | | | | | |
| 9.neosjetljivost na dobrobit | ,06 | -,23 ** | ,19** | ,08* | -,14 ** | ,18** | ,09* | | | | | |
| 10. neg. povr. inf. | ,01 | -,21 ** | ,15** | ,18 ** | -,32 ** | ,30** | ,39** | ,34** | | | | |
| 11.usmjerenost na pobjedu | ,02 | -,25 ** | ,15** | ,02 | -,07 ** | ,14* | ,15** | ,25** | ,48** | | | |
| 12. neg. pon. trenra | ,04 | -,29 ** | ,21** | ,14 ** | -,25** | ,29** | ,29** | ,65** | ,86** | ,75** | | |
| 13. EAT | ,05 | ,05 | ,08* | ,40 ** | -,37 ** | ,50** | ,64** | ,06 | ,25** | ,05 | ,17* | |

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

ITM – indeks tjelesne mase

soc. anksioznost – socijalna anksioznost zbog izgleda

neg. povr. inf. – neaktivna povratna informacija

neg. pon. trenera – negativna ponašanja trenera

EAT – Eating Attitude Test

Iz priloženog je vidljivo da su izmjerene varijable u umjerenj pozitivnoj korelaciji sa simptomima poremećaja prehrane (osim samopoštovanja koje je u umjerenj negativnoj korelaciji kao što je i očekivano te osim dvije podljestvice koje mjere negativna ponašanja trenera: neosjetljivost na dobrobit i usmjerenost na pobjedu, koje uopće nisu značajno povezane sa simptomima poremećaja prehrane). Korelacije varijabli i simptoma poremećaja prehrane kreću se od $r=,25$ do $r=,64$, a korelacija samopoštovanja i simptoma poremećaja prehrane, koja je jedina negativna korelacija iznosi $r=-,37$. Korelacije varijabli značajne za daljnju analizu tiču se srednje pozitivne povezanosti socijalne anksioznosti zbog izgleda, samokritičnosti, percipiranih prisaka okoline na mršavost, te umjerene negativne povezanosti navedenih varijabli sa samopoštovanjem. Negativna ponašanja trenera su u niskim do umjerenim pozitivnim korelacijama s ostalim varijablama.

4.2 . Simptomatologija poremećaja prehrane u uzorku

Analizom rezultata Upitnika navika hranjenja prema kliničkom kriteriju, odnosno na četverostupanjskoj ljestvici, pokazalo se da 10% ispitanika ima kritične rezultate (20 bodova i više).

Kako nije zadovoljen uvjet za uporabu parametrijskih testova (Levenov test homogenosti je značajan), za usporedbu pojavnosti simptomatologije poremećaja prehrane među muškarcima i ženama korišten je Mann - Whitney test. Pronađena je granično značajna razlika u pojavnosti simptoma poremećaja prehrane između muškaraca i žena ($Z=-1,96$; $p=,05$), simptomi poremećaja prehrane češće se pojavljuju kod žena ($M= 279,68$) nego kod muškaraca ($M = 252,11$). Više žena ima kritični rezultat na Upitniku navika hranjenja (12,5%) nego li muškaraca (9,5%).

Među kategorijama sportaša ne postoji značajna razlika u izraženosti simptoma poremećaja prehrane, međutim, u postotcima možemo vidjeti blagu tendenciju k većoj zastupljenosti simptoma poremećaja prehrane kod sportaša koji treniraju estetske sportove nego li među težinskim, sportovima izdržljivosti i sportovima s loptom. Distribucija kritičnih rezultata na Upitniku navika hranjenja koji su izračunati s obzirom na sportske kategorije na temelju četverostupanjske ljestvice prikazana je u Tablici 4.

Tablica 4. *Postoci kritičnih rezultata Upitnika navika hranjenja u kategorijama sportova*

| Kritični rezultat | Izdrživost | Estetski sportovi | Sportovi ovisni o težini | Sportovi s loptom |
|-------------------|------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| >20 | 9,5% | 12,3% | 7,8% | 9,2% |

Ako kategorije sporta podijelimo na rizične i nerizične sportove s obzirom na poremećaje prehrane, također se ne nalazi razlika u zastupljenosti simptomatologije među rizičnim i nerizičnim sportovima. Nema razlike ni u kritičnim rezultatima kod sportaša i sportaica rizičnih (9,8%) i nerizičnih sportova (9,5%).

4.3. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane

4.3.1. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane s obzirom na spol

Da bi vidjeli doprinose li isti sociodemografski, vanjski i unutarnji faktori razvoju simptoma poremećaja prehrane kod žena i muškaraca, biti će provedene dvije regresijske analize.

Prva regresijska analiza provedena je na uzorku sportaša, kojeg čine 322 ispitanika, a druga na uzorku sportašica, koji čine 167 ispitanica, s ciljem otkrivanja doprinosa pojedinih prediktora u objašnjenju simptoma poremećaja prehrane u muškaraca i u žena. U prvom koraku uvrštene su sociodemografske varijable: dob i ITM, u drugom koraku uvršteni su faktori vanjskih utjecaja na razvoj poremećaja prehrane a to su: negativno ponašanje trenera i percipirani pritisak okoline na mršavost, da bismo otkrili njihov doprinos povrh doprinosa sociodemografskih varijabli. U trećem koraku uvrštene su osobine sportaša: samopoštovanje, samokritičnost te socijalna anksioznost zbog izgleda, s ciljem povjere njihova doprinosa, povrh socio demografskih varijabli i vanjskih utjecaja na razvoj poremećaja prehrane. Analiza započinje najširim obilježijima ispitanika, odnosno sociodemografskim varijablama pa preko vanjskih utjecaja dolazi do određenih osobina ličnosti ispitanika. Kako se radi o osobinama ličnosti nižeg reda, prvo će biti provjereni doprinosi vanjskih utjecaja te na kraju doprinos osobina ličnosti iznad vanjskih utjecaja da bi se dobila informacija o doprinosu odabranih osobina koji je očišćen od doprinosa vanjskih pritisaka. Provjera *VIF* i *Tolerance* koeficijenata pokazuje da značajna multikolinearnost među prediktorima ne postoji.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize na uzorku sportaša prikazani su u Tablici 5., a rezultati hijerarhijske regresijske analize na uzorku sportašica prikazani su u Tablici 6.

Tablica 5. *Rezultati hijerarhijske regresijske analize za simptomatologiju poremećaja prehrane na uzorku sportaša*

| Prediktori: | Simptomi poremećaja prehrane |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. korak: | |
| Dob | -,01 |
| ITM | ,06 |
| R | ,14* |
| R ² | ,02 |
| 2. korak: | |
| Neg. utjecaj trenera | -,10 |
| Pritisak okoline | ,50** |
| R | ,65** |
| R ² | ,42 |
| ΔR ² | ,40** |
| 3. korak: | |
| Samopoštovanje | ,05 |
| Samokritičnost | ,21** |
| Soc. anks. zbog izgleda | ,10 |
| R | ,69** |
| R ² | ,48 |
| ΔR ² | ,06** |

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

ITM – indeks tjelesne mase; Neg. utjecaj trenera – negativni utjecaj trenera; Soc. anks. zbog izgleda – socijalna anksioznost zbog izgleda

Tablica 6. *Rezultati hijerarhijske regresijske analize za simptomatologiju poremećaja prehrane na uzorku sportašica*

| Prediktori: | Simptomi poremećaja prehrane |
|----------------------|------------------------------|
| 1. korak: | |
| Dob | -,01 |
| ITM | ,03 |
| R | ,10 |
| R ² | ,01 |
| 2. korak: | |
| Neg. utjecaj trenera | ,03 |
| Pritisak okoline | ,64** |
| R | ,68** |

| | |
|--------------------------------|-------|
| R² | ,46 |
| ΔR² | ,45** |
| 3. korak: | |
| Samopoštovanje | ,05 |
| Samokritičnost | ,16 |
| Soc. anks. zbog izgleda | -,04 |
| R | ,69 |
| R² | ,47 |
| ΔR² | ,01 |

*p<0,01; **p<0,05; ITM – indeks tjelesne mase; Neg. utjecaj trenera – negativni utjecaj trenera; Soc. anks. zbog izgleda – socijalna anksioznost zbog izgleda

Na uzorku sportaša je predloženim prediktorima objašnjeno 48% varijance simptoma poremećaja prehrane, a na uzorku sportašica 46%. Rezultati pokazuju različite prediktore razvoja simptoma poremećaja prehrane u žena i muškaraca. U muškaraca su značajna sva tri koraka, a najveći je doprinos pritiska okoline na mršavost. Manji je doprinos samokritičnosti i socijalne anksioznosti kod izgleda. Kod žena značajan je samo drugi korak u regresijskoj analizi, a jedini je značajan prediktor pritisak okoline na mršavost. Iz toga možemo zaključiti da je za razvoj poremećaja prehrane kod muškaraca važna percepcija pritiska okoline na mršavost i to više kod osoba koje su samokritičnije i imaju veću socijalnu anksioznost zbog izgleda. Kod žena nisu bitni niti indeks tjelesne mase, niti samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda, nego samo percipirani pritisak okoline na mršavost. Osim toga, zanimljivo je da samopoštovanje nije važan prediktor, ni kod muškaraca ni kod žena, iako je ranije prikazano (Tablica 2.) da je u niskoj do umjerenoj negativnoj korelaciji sa simptomima poremećaja prehrane. Izgleda da neka druga varijabla uvrštena u raniji korak ove analize odnosi objašnjenje za dio varijance poremećaja prehrane na koji se samopoštovanje vezuje. Vjerojatno se radi o percipiranom pritisku okoline na mršavost, koji objašnjava najveći dio varijance kriterija, a moguće je da osobe koje imaju niže samopoštovanje percipiraju veći pritisak okoline na mršavost.

4.3. 3. Doprinos pojedinih prediktora s obzirom na kategoriju sporta – rizični i nerizični sportovi

Provjereno je razlikuju li se prediktori razvoja simptoma poremećaja prehrane kod sportaša koji se bave sportovima koji se smatraju rizičnima (Petrie i Greenleaf, 2007) za razvoj poremećaja prehrane i sportaša koji se bave sportovima koji nisu rizični za razvoj poremećaja prehrane.

Na selekcioniranom uzorku sportaša koji se bave nerizičnim sportovima, kojeg čine 420 ispitanika te na selekcioniranom uzorku sportaša koji se bave rizičnim sportovima koji čine 69 ispitanika, napravljene su dvije hijerarhijske regresijske analize, s ciljem otkrivanja doprinosa pojedinih prediktora u objašnjenju simptoma poremećaja prehrane. Isti su prediktori uvršteni u analizu, istim redoslijedom, kao i kod prethodnih regresijskih analiza. Rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza prikazani su u Tablici 7. za sportaše nerizičnih sportova te u Tablici 8. za sportaše rizičnih sportova.

Tablica 7. *Rezultati hijerarhijske regresijske analize za simptomatologiju poremećaja prehrane na uzorku sportaša (nerizični sportovi)*

| Prediktori: | Simptomi poremećaja prehrane |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. korak: | |
| Dob | -,02 |
| ITM | ,06 |
| Spol*** | ,18** |
| R | ,02 |
| R² | ,04** |
| 2. korak: | |
| Neg. utjecaj trenera | -,03 |
| Pritisak okoline | ,54** |
| R | ,64** |
| R² | ,41 |
| ΔR² | ,37** |
| 3. korak: | |
| Samopoštovanje | ,02 |
| Samokritičnost | ,20** |
| Soc. anks. zbog izgleda | ,09 |
| R | ,67** |
| R² | ,45 |
| ΔR² | ,04** |

*p<0,01; **p<0,05 ***spol: M=1; Ž=0

ITM – indeks tjelesne mase

Neg. utjecaj trenera – negativni utjecaj trenera

Soc. anks. zbog izgleda – socijalna anksioznost zbog izgleda

Tablica 8. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za simptomatologiju poremećaja prehrane na uzorku sportaša – rizični sportovi

| Prediktori: | Simptomi poremećaja prehrane |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. korak: | |
| Dob | ,05 |
| ITM | -,02 |
| Spol*** | -,15 |
| R | ,17 |
| R ² | ,03 |
| 2. korak: | |
| Neg. utjecaj trenera | ,05 |
| Pritisak okoline | ,51** |
| R | ,81** |
| R ² | ,66 |
| ΔR ² | ,63** |
| 3. korak: | |
| Samopoštovanje | ,13 |
| Samokritičnost | ,04 |
| Soc. anks. zbog izgleda | ,08 |
| R | ,82 |
| R ² | ,67 |
| ΔR ² | ,01 |

*p<0,01; **p<0,05 ***spol: M=1; Ž=0

ITM – indeks tjelesne mase; Neg. utjecaj trenera – negativni utjecaj trenera; Soc. anks. zbog izgleda – socijalna anksioznost zbog izgleda

Na uzorku sportaša koji se bave rizičnim sportovima predloženim objašnjeno je 66% varijance simptoma poremećaja prehrane, a na uzorku sportaša koji se bave nerizičnim sportovima objašnjeno je 45% varijance simptoma poremećaja prehrane. Rezultati pokazuju različite prediktore razvoja simptoma poremećaja prehrane kod sportaša rizičnih i nerizičnih sportova. Kod sportaša nerizičnih sportova značajna su sva tri koraka, a najveći je doprinos pritiska okoline na mršavost i manji doprinos samokritičnosti te spola, dok je kod sportaša koji se bave rizičnim sportovima značajan samo drugi korak u regresijskoj analizi te je jedini značajni prediktor pritisak okoline na mršavost. Iz toga možemo zaključiti da je za razvoj poremećaja prehrane kod sportaša nerizičnih sportova važan spol, u smjeru češće pojavnosti simptoma poremećaja prehrane u žena, percepcija pritiska okoline na mršavost i to kod osoba koje su

samokritičnije. Kod sportaša koji se bave rizičnim sportovima nisu bitni niti spol, niti samokritičnost, nego samo percipirani pritisak okoline na mršavost.

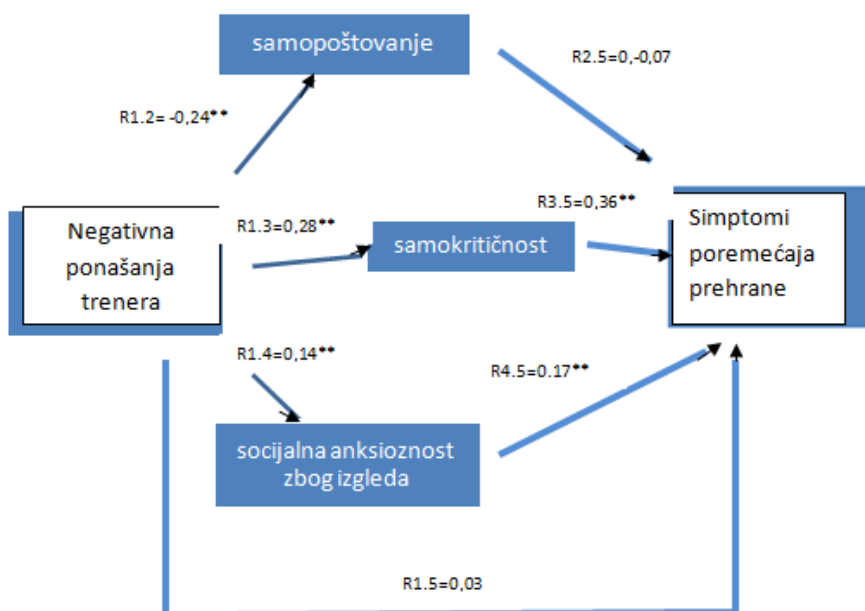
Generalno, u istraživanju doprinosa pojedinih faktora razvoju simptoma poremećaja prehrane vidimo da spol, pritisak okoline na mršavost, samokritičnost te socijalna anksioznost zbog izgleda objašnjavaju velik postotak varijance simptoma poremećaja prehrane.

4.4. Modeli povezanosti vanjskih pritisaka sa simptomima poremećaja prehrane kroz medijaciju osobina sportaša

4.4.1. Povezanost negativnih ponašanja trenera sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja

Analizom puta (*Path analizom*) je provjerena direktna, indirektna te ukupna povezanost negativnih ponašanja trenera sa simptomima poremećaja prehrane kod sportaša kroz medijaciju samopoštovanja, samokritičnosti te anksioznosti. Rezultati su prikazani na Slici 4.

Slika 4. Povezanost negativnih ponašanja trenera sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja

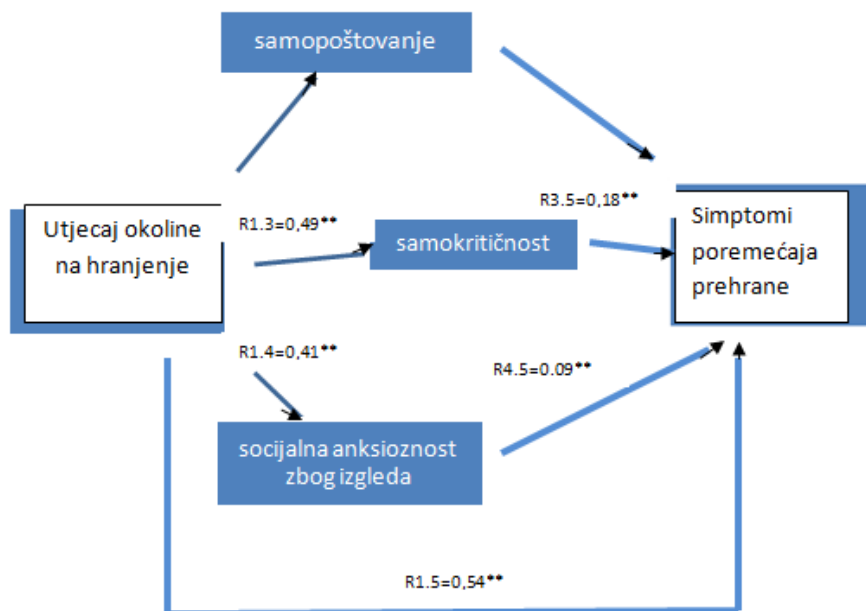


Iz analize je vidljivo kako negativna ponašanja trenera nemaju direktnog utjecaja na razvoj simptoma poremećaja prehrane kod sportaša, ali vidljiva je indirektna povezanost preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda. Putem samokritičnosti, negativna ponašanja trenera imaju indirektni utjecaj na simptome poremećaja prehrane $r=,10$ (indirektan utjecaj izračunat je kao umnožak koeficijenata korelacije negativnih ponašanja trenera i samokritičnosti te samokritičnosti i simptoma poremećaja prehrane: $,28* ,36 = ,10$), a putem socijalne anksioznosti zbog izgleda negativna ponašanja trenera imaju indirektan utjecaj $r=,02$ (indirektan utjecaj izračunat je kao umnožak koeficijenata korelacije negativnih ponašanja trenera i socijalne anksioznosti zbog izgleda te socijalne anksioznosti zbog izgleda i simptoma poremećaja prehrane: $,14* ,17 = ,02$) što sveukupno čini ukupni utjecaj negativnih ponašanja trenera na simptome poremećaja prehrane $r=,12$ (zbroj indirektnog utjecaja negativnog ponašanja trenera putem samokritičnosti i putem socijalne anksioznosti zbog izgleda: $,10 + ,02 = ,12$). Negativna ponašanja trenera nisu indirektno povezana sa simptomima poremećaja prehrane putem samopoštovanja, zbog toga što samopoštovanje nije značajan prediktor simptoma poremećaja prehrane ($r=-,07$; $p>,05$). Iz toga možemo zaključiti da, iako naizgled negativna ponašanja trenera nisu povezana s simptomima poremećaja prehrane, kod pojedinaca s povišenom samokritičnošću i socijalnom anksioznošću zbog izgleda, negativna su ponašanja trenera povezana s razvojem simptoma poremećaja prehrane.

4.4.2. Povezanost percipiranog socijalnog pritiska na mršavost sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja

Analizom puta (*path analizom*) je provjerena direktna, indirektna te ukupna povezanost utjecaja okoline na prehranu sa simptomima poremećaja prehrane kod sportaša kroz medijaciju samopoštovanja, samokritičnosti te anksioznosti. Rezultati su prikazani na Slici 5.

Slika 5. Povezanost utjecaja okoline na prehranu sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja



Iz analize je vidljiva direktna povezanost utjecaja okoline na hranjenje sa simptomima poremećaja prehrane. Ta je povezanost pozitivna i umjerena. Također je vidljiva i indirektna povezanost utjecaja okoline i simptoma poremećaja prehrane preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda, gdje je indirektna povezanost utjecaja okoline i simptoma poremećaja prehrane preko samokritičnosti $r=,08$ ($,49* ,18 = ,08$), a preko socijalne anksioznosti zbog izgleda $r=,04$ ($,41* ,09 = ,04$), što čini sveukupnu indirektnu povezanost $r=,12$ ($,08 + ,04 = ,12$). Ukupna, direktna i indirektna povezanost utjecaja okoline na hranjenje sa simptomima poremećaja prehrane preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda je $r=,66$ ($,54 + ,12 = ,66$), što je umjerena do visoka povezanost iz čega vidimo važnost utjecaja okoline na sve sportaše, a posebno one koji su samokritičniji i socijalno anksiozniji. Kako utjecaj okoline na prehranu nije značajan prediktor samopoštovanja, niti je samopoštovanje značajan prediktor simptoma poremećaja prehrane, nema indirektnu povezanost utjecaja okoline na prehranu i simptoma poremećaja prehrane preko samopoštovanja.

5. Rasprava

Cilj je ovoga rada bio istražiti doprinos vanjskih pritisaka kao što su percipirani pritisak okoline na mršavost i negativna ponašanja trenera te crta ličnosti samokritičnosti, socijalne anksioznosti zbog izgleda i samopoštovanja na simptome poremećaja prehrane u populaciji sportaša. Osim doprinosa pojedinih prediktora, istražen je i put kojim vanjski pritisci preko određenih crta ličnosti doprinose simptomima poremećaja prehrane, a utvrđena je i učestalost pojave kritične razine simptoma poremećaja prehrane kod sportaša i sportašica.

5.1. Simptomatologija poremećaja prehrane kod sportaša

Rezultati pokazuju da dio sportaša u uzorku pokazuje kritičnu razinu simptoma poremećaja prehrane, a radi se o 10% uzorka. Potvrđena je i očekivana značajna razlika u spolu, kao i kod Sanford-Martnes i sur. (2005) te Miligam i Pritchard (2006). Više žena (12,5%) negoli muškaraca (9,5%) iskazuje simptome poremećaja prehrane. Bratland – Sanda i Sungot Borgen (2013) u metaanalizi prevalencije poremećaja prehrane kod sportaša navode da se prevalencije kreću od 0-19% za sportaše te 6-45% za sportašice, što dobivenih 9.5% i 12.5% stavlja unutar očekivanog raspona.

Suprotno očekivanjima, nije pronađena razlika između pojavnosti simptoma poremećaja prehrane kod sportaša koji pripadaju različitim sportskim kategorijama (estetski, težinski, sportovi s loptom i sportovi izdrživosti), kao ni kod usporedbe sportova koji se smatraju rizičnima za razvoj poremećaja prehrane i onima koji se ne smatraju rizičnima. Ovi rezultati ne iznenađuju s obzirom na to da su i u nekim prijašnjim radovima rezultati pokazali da nema razlike ni među kategorijama (Petrie i sur., 2007; Sanford-Martens, 2005) ni među rizičnim i nerizičnim sportovima (Martines i Sungot Borgen, 2013). Ovaj se nalaz može povezati s činjenicom da studenti Kineziološkog fakulteta treniraju sve sportove u terminima nastave, a svrstani su u kategoriju samo prema onom sportu koji im je prioritet. Moguće je, stoga, da su jednako izloženi pritiscima raznih kategorija sportova budući da treniraju više sportova u nekoj mjeri.

5.2. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane s obzirom na spol

Rezultati pokazuju da su s obzirom na spol prediktori simptoma poremećaja prehrane različiti. Za žene je jedini značajan prediktor percipirani socijalni pritisak, a on sam objašnjava visokih 46% varijance poremećaja prehrane, dok osobine ličnosti ne objašnjavaju varijancu povrhu percipiranog socijalnog pritiska. Socijalni pritisak u ovom istraživanju obuhvaćen je česticama koje se odnose na osjećaj osobe da je debela zbog drugih ljudi (majke, oca, trenera, suigrača, prijatelja i općenito društva), te na osjećaj neugode kada osoba jede pred drugima. Brojna ranija istraživanja identificirala su žene kao rizičnije za razvoj poremećaja prehrane (Miligan i Pritchard, 2006; Stanford – Martens i sur., 2005), kako u općoj pa tako i u sportskoj populaciji, a ovaj rezultat to potkrjepljuje. Možemo zaključiti da bez obzira na osobine ličnosti sportašica (samopoštovanje, samokritičnost i socijalnu anksioznost zbog izgleda), percipirani socijalni pritisak na mršavost dovoljan je prediktor za razvoj simptoma poremećaja prehrane u žena. I ranija su istraživanja identificirala percipirani pritisak okoline kao važan prediktor poremećaja prehrane kod žena (Harrison i Cantor, 1997; Hinton i Kubas, 2005; Petrie, 1993). S druge strane, kod muškaraca su značajni prediktori percipirani pritisak okoline koji objašnjava najveći postotak varijance te povrhu njega samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda. Percipirani socijalni pritisak je i kod muškaraca najjači prediktor, ali doprinosi manje nego li u žena. Nalaz o najvećem doprinosu percipiranog socijalnog pritiska na mršavost na simptome poremećaja prehrane potvrđuje brojne ranije nalaze (Bucholz i sur., 2008; Gali i sur., 2015; Hinton i Kurbas, 2005; Papathomas i Lavele, 2006) koji izvještaju o povezanosti socijalnog pritiska i poremećaja prehrane kod sportaša. Jačina socijalnog pritiska na sportaše leži u činjenici da su sportaši pritisnuti od općih stavova javnosti o važnosti mršavosti i mišićavosti te od sportsko specifičnih pritisaka na mršavost, zbog izvedbe i stereotipa o izgledu sportaša (Thompson i Sherman, 1999). Ne iznenađuje stoga da je percipirani pritisak na mršavost najjači prediktor poremećaja prehrane. Dobiveni rezultati upućuju na to da kod muškaraca, među varijablama koje su uključene u model, nije važan samo socijalni pritisak kada se radi o razvoju simptoma poremećaja prehrane, već je važno i koje osobine ličnosti sportaš posjeduje. Povišena samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda uz visoki percipirani pritisak okoline na mršavost čine sportaša rizičnijim za razvoj poremećaja prehrane. Ovakvi nalazi upućuju na to da je važno osvjesiti snagu utjecaja socijalnog pritiska i na sportaše i sportašice, ali je uz to važno i skrenuti pozornost na osobine ličnosti koje

muškarce čine posebno osjetljivima za razvoj poremećaja prehrane, a to su samokritičnost i socijalna anksioznost. Preventivni tretmani mogu biti usmjereni na smanjenje percepcije socijalnog pritiska, ali i na smanjenje samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda. Ovakvi nalazi također potvrđuju Shanmuganov i Daviesov zaključak (2015) da je samokritičnost mogući centralni mehanizam među osobinama ličnosti za razvoj i održavanje poremećaja prehrane kod sportaša. Zanimljivo je da je socijalna anksioznost zbog izgleda značajan prediktor kod muškaraca, a ne kod žena, s obzirom na to da je njen utjecaj više proučavan kod sportašica.

Nameće se pitanje zašto su baš samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda značajni prediktori simptoma poremećaja prehrane kod sportaša, dok kod sportašica nisu. Objašnjenje možemo potražiti obilježjima uzorka (većina igrači grupnih sportova s loptom) i evolucijskoj teoriji. Prema Gilbertovoj (2001) evolucijskoj teoriji socijalna anksioznost zbog izgleda vrsta je kompetitivne anksioznosti koja se javlja u kontekstima u kojima je moguće izgubiti status ako je osoba smatrana neatraktivnom, odnosno moguće je osvojiti visok status u hijerarhiji ako osoba ima osobine koje se smatraju privlačnima. Kako najveći dio uzorka sportaša u ovom istraživanju čine nogometaši, rukometaši i košarkaši, dakle sportaši grupnih sportova koji igraju u timovima, sportašima je važno osvojiti i zadržati visok socijalni status u hijerarhiji tima. Visok socijalni status daje pristup najvažnijim socijalnim resursima, a to su biti poštovan i biti željen (Gilbert, 2001). Ti resursi ljudima daju prednost u socijalnoj i seksualnoj kompeticiji. Biti maskulini sportaš, igrač kontaktnog sporta je statusni simbol i otvara vrata raznim socijalnim grupama i situacijama (Kreager, 2007). Socijalna anksioznost se prema ovoj teoriji javlja kada osoba smatra da posjeduje osobine koje su neatraktivne ostatku skupine. Posjedovanje neatraktivnih osobina može dovesti do gubitka socijalnog statusa ili izbacivanja iz grupe pa zbog toga osoba započinje manifestirati niz submisivnih ponašanja koja odražavaju socijalnu anksioznost zbog izgleda. Neka od submisivnih ponašanja su visoko samomotrenje i izbjegavanje tuđih pogleda (Gilbert, 2001). U sportu je tijelo vidljivo, važno i otvoreno za evaluaciju (Martin, Kliber, Kulina i Faflman, 2006), pa je izgled tijela sportaša jedna od važnih osobina prema kojoj se u grupnim sportovima može odrediti status sportaša u grupi. Kako je prema stereotipu uspješan sportaš onaj koji je maskulin, sportaši koji nisu maskulini, imaju višu ili nižu težinu od idealne i nisu zadovoljni svojim izgledom, mogu razmišljati o sebi kao o osobi koje posjeduju neatraktivne

osobine u očima drugih. Zbog toga su u opasnosti da budu izbačeni iz tima ili izgube socijalne resurse koje im tim može pružiti. Alternativno objašnjenje veze socijalne anksioznosti zbog izgleda i poremećaja prehrane kod sportaša možemo pronaći u hipotezi da je socijalna anksioznost adaptivna jer smanjuje vjerojatnost da će osoba koja je anksiozna biti žrtva agresije ili vršnjačkog nasilja (Gilbert, 2001). Stirling, Bridges, Cruz i Montjoy (2011) pregledom literature utvrđuju kako je u raznim istraživanjima na kandaskom uzorku sportaša pronađeno da je od 33% do 50% sportaša proživljavalo neku vrstu zlostavljanja ili vršnjačkog nasilja od strane tima ili trenera. Posjedovanje visoke ili niske tjelesne težine i nedostatak mišičavosti je nepoželjna osobina kod sportaša i to nemišičave pojedince čini potencijalnim žrtvama vršnjačkog nasilja, te zbog toga socijalna anksioznost i manifestiranje submisivnih ponašanja kod sportaša nemišičave građe može biti adaptivno.

Kako se sportaši grupnih sportova često presvlače u zajedničkim svlačionicama, moguće je da izloženost golog tijela pogledima suigrača, među kojima su mnogi mišičavi, može kod osoba nemišičavog izgleda izazvati anksioznost zbog izgleda.

Upitnik koji ispituje samokritičnost obuhvaća čestice koje govore o ponižavanju i vrijeđanju samih sebe, gađenju prema samom sebi, nedostatku ljubavi i podrške prema samome sebi, a slična vjerovanja o sebi imaju osobe sa simptomima poremećaja prehrane. Ti pojedinci nisu zadovoljni svojim izgledom i zbog toga često osjećaju gađenje i sukladno tome se ponižavaju i vrijeđaju. Samokritičnost je kod sportaša česta jer je sportsko okruženje kompetitivno pa da bi uspjeli u sportskim natjecanjima među snažnim protivnicima, sportaši si često postavljaju visoke ciljeve, a kada ih ne uspiju ostvariti, okrenu se vrijeđanju i ponižavanju samih sebe.

Thompson i Sherman (1999) objašnjavaju kako kod estetskih sportašica visoki perfekcionizam pomaže uspijehu u sportu, a logično je da je tako i u ostalim sportskim kategorijama. Moguće je da samokritični perfekcionizam koji pomaže sportašima u postizanju uspijeha, dovodi i do nastanka simptoma poremećaja prehrane.

Horney (1950) teoretizira o samokritičnom perfekcionizmu kao posljedici anksioznosti koju osoba osjeća. Autorica objašnjava kako kod nekih pojedinaca umjesto razvoja

samopoštovanja, kada se razvijaju u neadekvatnim okolnostima, dođe do razvoja bazične anksioznosti. Horney (1950) objašnjava kako visoko anksiozne osobe nastoje smanjiti razinu anksioznosti razvojem kompulzivnih ponašanja, a jedna vrsta kompulzivnog ponašanja je kompulzivna potreba za perfekcionizmom. Anksiozni pojedinci stvaraju idealnu sliku sebe, a iz toga se razvija mržnja prema sebi zbog diskrepance između realnog i idealnog sebe. „*Božansko biće dužno je mrziti svoje realno biće*“ (Horney, 1950; str. 411., nap. prev.). U sportskom okruženju, u kojem je izgled tijela jedno od centralnih osobina sportaša, sportašima je lako internalizirati ideal mišićavog tijela kada su okruženi suigračima i protivnicima među kojima većina izgleda mišićavo. Tako sportaši koji nisu mišićavi razvijaju anksioznost zbog izgleda pa kao posljedicu toga stvore idealnu sliku sebe kao mišićave osobe, koju ne mogu dostići, i započinju proces mržnje prema sebi.

Rogers (1959) nudi humanističko objašnjenje nastanka samokritičnog perfekcionizma. Osobe razvijaju osjećaj vlastite vrijednosti s obzirom na to kako ih drugi vrednuju. Ako okolina uvjetuje vrijednost osobe samo s obzirom na postignuća, a ne pruža bezuvjetno prihvaćanje, osoba razvija osjećaj vlastite vrijednosti ovisan o postignuću. Iz toga proizlazi vjerovanja da je osoba vrijedna samo ako je savršena i uspješna u onome što radi. U sportskoj natjecateljskoj okolini vrednovanje osobe od strane trenera, suigrača i navijača gotovo uvijek ovisi o uspjehu izvedbe. Zbog toga sportaši mogu razviti sustav vrednovanja vlastite vrijednosti koji je ovisan o uspjehu i reakciji drugih i kao posljedicu toga internalizirati vjerovanje da samo ako su savršeni zaslužuju ljubav i prihvaćanje. Ako ne uspiju u ostvarenju ciljeva nisu vrijedni ni ljubavi ni poštovanja, kako tuđeg tako i svoga. Isto se odnosi i na izgled tijela, ako okolina vrednuje samo mišićavo tijelo sportaša, i sam sportaš može razviti gađenje i odbojnost prema svome tijelu koje ne udovoljava kriterijima savršenstva.

Slade i Owens (1998) iznose teoriju dualnih procesa perfekcionizma zasnovanu na potkrepljenju. Autori smatraju kako se samokritičnost uči s obzirom na potkrepljenja okoline. Navode kako sportaši mogu započeti bavljenje sportom iz zabave, ali kada ostvare uspjeh, tim i treneri se počinju oslanjati na njih te im šalju implicitne i eksplicitne poruke da uvijek moraju biti najbolji jer snose odgovornost za cijeli tim. Potom sudjelovanje u sportu postaje ovisno o pohvalama i kritikama tima i trenera i sportaši usvajaju samokritičnost te počinju i sami sebe

vrednovati s obzirom na uspijeh. Kada uspijeh izostane smatraju se bezvrijednima. Drugo objašnjenje koje nude isti autori temelji se na izbjegavanju kazne. Slade i Owens (1998) objašnjavaju razvoj samokritičnosti kod djece. Smatraju da kada su roditelji nekonzistentni u izvršavanju kazne, djeca ne mogu naučiti koja ponašanja izazivaju nagradu, a koja kaznu. Zbog toga se pokušavaju ponašati najbolje moguće da bi smanjili vjerojatnost kazne, jer ne znaju za kojim ponašanjima ona slijedi. Zato je bolje uvijek pokušati biti najbolji jer je vjerojatnost kazne u tom slučaju manja. Ova teorija lako se može primjeniti na sportsko okruženje u kojem uspijeh ovisi o mnogo faktora. Za pobjedu je važna sposobnost svakog igrača u timu, ali i sposobnosti protivnika, a često i slobodna procjena sudaca. Kada pojedini sportaš iskaže izvrsnu izvedbu, nije sigurno da će njegov tim pobjediti i nije sigurno da će njegova izvedba biti nagrađena. Zbog toga su sportaši često u situaciji sličnoj onoj u kojoj su djeca roditelja koji nekonzistentno potkrepljuju. I nakon njihove dobre izvedbe može uslijediti kazna, možda jer je sudac krivo presudio ili su protivnici bili izvrsni. Zato igrači mogu razviti visoku samokritičnost i nastojati biti najbolji u svakoj situaciji da povećaju izgled za dobivanje nagrade.

Zanimljivo je da negativna ponašanja trenera i samopoštovanje ne doprinose značajno objašnjenju varijance simptoma poremećaja prehrane ni kod sportaša niti kod sportašica, iako je to očekivano. Uvidom u tablicu korelacija (Tablica 3.) vidimo da su i negativna ponašanja trenera i samopoštovanje povezani sa simptomima poremećaja prehrane, ali kada se u analizu uključe percipirani socijalni pritisak, samokritičnost i anksioznost, njihov se doprinos gubi. Pregled literature o doprinosu samopoštovanja je kontradiktoran. Shanmugam i sur. (2013), Cevera i sur. (2003) te Brockmeyer i sur. (2012) nalaze značajnu povezanost samopoštovanja i poremećaja prehrane, dok Galli i sur. (2014) i Tan i sur. (2016) ne pronalaze povezanost samopoštovanja i simptoma poremećaja prehrane. Moguće objašnjenje izostanka doprinosa samopoštovanja simptomima poremećaja prehrane je postojanje medijatora koji određuju postojanje i nepostojanje efekta, a koji ovim istraživanjem nisu obuhvaćeni. White i Grilo (2014) na primjer navode kako je medijator odnosa samopoštovanja i poremećaja prehrane pretjerano vrednovanje težine. Moguće je također da je u istraživanjima u kojima je dobivena povezanost samopoštovanja i simptoma poremećaja prehrane, samopoštovanje bilo jedini prediktor. U tom slučaju efekt je možda postojao jer nisu bili uključeni socijalni pritisak, samokritičnost i

anksioznost. U ovom istraživanju je vjerojatno percipirani socijalni pritisak na mršavost objasnio dio varijance poremećaja prehrane na koji se veže samopoštovanje te stoga samopoštovanje nije značajno doprinjelo objašnjenju varijance simptoma poremećaja prehrane povrh percipiranog socijalnog pritiska. Moguće alternativno objašnjenje o odnosu poremećaja prehrane i samopoštovanja može proizaći iz činjenice da postoji povezanost višeg samopoštovanja i gubitka težine (Brockmeyer i sur., 2012). Moguće je da kod osoba niskog samopoštovanja razvojem simptoma poremećaja prehrane dođe do smanjenja težine zbog patološkog načina reguliranja prehrane. Smanjenjem težine dolazi do porasta samopoštovanja, čime bi se izgubila potencijala veza niskog samopoštovanja i razvoja poremećaja prehrane. Negativna ponašanja trenera i u istraživanju Shanguman i sur. (2013) te Shanguman i Davies (2015) imaju indirektan efekt na simptome poremećaja prehrane, a indirektni efekt negativnog ponašanja trenera u ovom istraživanju biti će objašnjen kasnije.

5.4. Doprinos pojedinih prediktora simptomima poremećaja prehrane s obzirom na vrstu sporta (sportovi osjetljivi na težinu i ostali sportovi)

Provjereno je postoji li razlika u prediktorima simptoma poremećaja prehrane kod sportaša i sportašica rizičnih i nerizičnih sportova te su utvrđeni različiti prediktor razvoja simptoma poremećaja prehrane kod sportaša rizičnih i nerizičnih sportova. Kod sportaša i sportašica nerizičnih sportova najveći je doprinos pritiska okoline na mršavost te manji doprinos samokritičnosti i spola, dok je kod sportaša koji se bave rizičnim sportovima značajan samo drugi korak u regresijskoj analizi te je jedini značajni prediktor pritisak okoline na mršavost i spol. Ackard, Henderson i Wonderlich (2004) iznose hipotezu da sportašice koje se bave estetskim sportovima biraju te sportove kao posljedicu zabrinutosti oko težine. Sudjelovanjem u tim sportovima mogu održavati nisku tjelesnu težinu, a imaju i opravdanje za to. Moguće je da iz tog razloga ni jedna osobina ličnosti nije značajan prediktor poremećaja prehrane kod sportaša rizičnih sportova. Moguće je da su sportaši rizičnih sportova skupina pojedinaca sličnih osobina ličnosti (perfekcionizam, samokritičnost, savjesnost) koje su ih privukle tim sportovima te zato nema razlike između onih koji razvijaju simptome poremećaja prehrane i onih koji ih ne razvijaju. Jedini faktor koji diferencira pojedince sa simptomima poremećaja prehrane i one koje ih nemaju je percipirani socijalni pritisak. Sportaši rizičnih sportova, a posebno sportašice, koji se osjećaju

debelo zbog svoje majke, oca, trenera, suigrača, prijatelja ili okoline, ili se osjećaju neugodno kada jedu ispred istih, češće razvijaju simptome poremećaja prehrane od ostalih sportaša rizičnih sportova.

Kod sportova koji se ne smatraju rizičnima za razvoj poremećaja prehrane osim percipiranog socijalnog pritiska i spola, i samokritičnost objašnjavaju doprinosi razvoju simptoma poremećaja prehrane. Kao što je ranije rečeno, ovi rezultati idu u prilog spoznajama o važnosti socijalnog pritiska, a poseban naglasak stavlja se na važnost socijalnog pritiska kod sportova osjetljivih na težinu, gdje možemo reći da je percipirani socijalni pritisak ključna komponenta kod razvoja poremećaja prehrane. Ranija istraživanja veći su naglasak prilikom istraživanja socijalnog pritiska na mršavost stavljala na sportove osjetljive na težinu, a rezultati ovog istraživanja djelomično su u skladu s time, jer je kod rizičnih sportova socijalni pritisak jedini i dovoljan faktor koji doprinosi razvoju simptoma poremećaja prehrane, dok kod nerizičnih sportova važnu ulogu igraju i mjerene crte ličnosti. Ovaj nalaz naglašava važnost proučavanja utjecaja percipiranog socijalnog pritiska i kod nerizičnih sportova, jer iako nije jedini, najvažniji je faktor za razvoj simptoma poremećaja prehrane. Možemo zaključiti da je percipirani socijalni pritisak najvažniji faktor za razvoj poremećaja prehrane kod sportaša i sportašica, bez obzira na vrstu sporta kojom se sportaš bavi.

Istraživanja koja se bave samokritičnošću nisu razgraničavala sportove na kritične i nekritične, tako i u ovom istraživanju kada se istražuje doprinos samokritičnosti na simptome poremećaja prehrane samokritičnost se pokazuje kao važan prediktor, ali zanimljivo je da kada razgraničimo kritične i nekritične sportove, samokritičnost se pokazuje značajnom samo kod nekritičnih sportova. Moguće je da se radi o tome da kod sportova osjetljivih na težinu sportaši generalno imaju više razine perfekcionizma (Thompson i Sherman, 1999), tako i njegove facete samokritičnosti, pa zato nema razlike u crtama ličnosti između sportaša koji izjavljuju o simptomima poremećaja u prehrani i onih koji ne izjavljuju. Moguće je da i tim ima važnu ulogu u promatranju veze samokritičnosti i simptoma poremećaja prehrane. Kako je u ovom uzorku skupina sportaša nekritičnih sportova najvećim djelom sastavljena od timskih igrača sportova s loptom (nogometaši, košarkaši i rukometaši), moguće je u objašnjavanju primjeniti Rogersovu (1959) teoriju o razvoju samokritičnosti kao posljedici vrednovanja sportaša od strane tima i

trenera s obzirom na uspjeh u sportu i internalizaciji ideje da je osoba vrijedna samo kada je uspješna i savršena. Moguće je primjeniti i Sladeovu i Owensovu (1998) teoriju u učenju samokritičnosti po reakcijama drugih odnosno učenje samokritičnih obrazaca s ciljem izbjegavanja nekonzistentne kazne u sportu.

5.5. Povezanost negativnih ponašanja trenera sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda

Negativna ponašanja trenera nemaju direktnog utjecaja na razvoj simptoma poremećaja prehrane kod sportaša, ali vidljiva je indirektna povezanost preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda. Iz toga možemo zaključiti da negativna ponašanja trenera ne utječu na razvoj poremećaja prehrane kod sportaša koji nisu samokritični i nemaju socijalnu anksioznost zbog izgleda, ali ako trener iskazuje negativna ponašnja prema onim sportašima koji su samokritični i socijalno anksiozni zbog izgleda, njegova negativna ponašanja mogu doprinjeti razvoju simptoma poremećaja prehrane. Ovaj nalaz proširuje prethodna znanju o utjecaju negativnih ponašnja trenera jer daje informaciju o tome koji su sportaši osjetljiviji na negativna ponašanja trenera. Vrijedan je nalaz o indirektnom utjecaju negativnih ponašanja trenera upravo zbog toga što kada promatramo samostalne doprinose pojedinih prediktora u ovom istraživanju, negativna ponašanja trenera se ne pokazuju kao značajan prediktor. Shanguman i sur. (2013) već su pronašli da negativna ponašnja trenera utječu na razvoj simptoma poremećaja prehrane kroz samokritičnost, a dobiveni je nalaz u skladu s njihovim. Autori nisu uključili socijalnu anksioznost zbog izgleda koja je u ovom istraživanju važan medijator. S druge strane, u njihovom istraživanju samopoštovanje je bilo značajan medijator negativnog utjecaja trenera, što u ovom slučaju nije.

5.6. Povezanost okolinskih pritiska na mršavost sa simptomima poremećaja prehrane uz medijaciju samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda

Percipirani socijalni pritisak na mršavost ima direktan utjecaj na simptome poremećaja prehrane, što je u skladu s ranijim nalazima te u skladu sa činjenicom da je najsnažniji samostalni prediktor simptoma poremećaja prehrane u ovom istraživanju. Pronađen je i indirektni utjecaj preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda, što ukazuje na to da socijalni pritisak

na mršavost ima veći efekt na osobe koje su samokritične i socijalno anksiozne nego na one koje nisu. Ovi rezultati stavljaju naglasak na važnost istraživanja medijatora pojedinih prediktora simptoma poremećaja prehrane, pa tako vidimo da ni u ovom slučaju samopoštovanje nije značajan prediktor, a u ranijim istraživanjima postoje brojni kontradiktorni rezultati o važnosti samopoštovanja kod razvoja simptoma poremećaja prehrane kod sportaša. Dobiveni rezultati idu u prilog tome da samopoštovanje nema utjecaja, kao što su pronašli Tan i sur. (2016), Galli i sur. (2014) i Fernandez i Pritchard (2012), ali s druge strane, idu u prilog zaključku Shanmugana i sur. (2013) koji smatraju samokritičnost jednim od najvažnijih medijatora kod razvoja simptoma poremećaja prehrane te Haasea i sur. (2002) koji uz perfekcionizam naglašavaju važnost socijalne anksioznosti zbog izgleda.

Kada su napravljene odvojene regresijske analize, posebno za sportaše a posebno za sportašice, nije pronađen značajan doprinos samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda kod sportašica, dok kod sportaša je. Rezultati analize puta na ukupnom uzorku sličniji su nalazima na muškom dijelu uzorka, a to se može objasniti time što većinu uzorka čine sportaši, konkretno timski sportaši koji se bave sportovima s loptom. Zato bi najsigurnije bilo govoriti o direktnom i indirektnom utjecaju percipiranog socijalnog pritiska kroz samokritičnost i socijalnu anksioznost zbog izgleda na simptome poremećaja prehrane kod timskih sportaša koji se bave sportovima s loptom. Možemo zaključiti da je kod sportaša timskih sportova s loptom koji su samokritičniji i socijalno anksiozniji, percipirani socijalni pritisak na prehranu povezan s ponašanjima i mislima vezanim za prehranu, kao što su strah od prekomjerne težine, osjećaj krivnje vezan za hranjenje, provođenje djece i samoizazvano povraćanje.

U istraživanju je sudjelovao veliki broj ispitanika, što umanjuje problem s vrijednostima koje nedostaju i naizmjeničnim zaokruživanjem, laganjem i socijalno poželjnim odgovaranjem. Veliki broj ispitanika daje veću snagu istraživanju. Također, svi upitnici koji su korišteni višestruko su provjereni i imali su visoku pouzdanost i valjanost, u prethodnim provjerama i u ovom istraživanju. Korišteno je više vrsta statističkih obrada: korelacije, hijerarhijska regresijska analiza i path analiza, što nam daje veliki broj podataka o povezanosti i doprinosima različitih varijabli, pa tako imamo mogućnost vidjeti da iako neke varijable nemaju značajan samostalni doprinos, u path analizi se pronalazi indirektan efekt istih. Osim toga vidimo da iako su neke

varijable u korelaciji s poremećajima prehrane, kada ih stavimo u hijerarhijsku regresijsku analizu i path analizu, njihov se efekt gubi, što može razjasniti kontradiktorne rezultate prijašnjih istraživanja.

Iako neka ranija istraživanja pronalaze razlike među sportskim kategorijama i fokusiraju se uglavnom na estetske sportove, ovdje vidimo da jednak rizik postoji i u ostalim vrstama sporta. Također, brojna ranija istraživanja fokusirala su se na žene, a u ovom istraživanju vidimo da, iako se kod žena nešto češće pojavljuju simptomi poremećaja prehrane i muška je sportska populacija u riziku. Populacija sportaša ima svoje specifičnosti po kojima se razlikuje od ženske. Za razvoj simptoma poremećaja prehrane kod sportaša važna je samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda, a manja je važnost samog socijalnog pritiska nego li kod žena.

Istraživanje je dalo podatke o važnosti percipiranog socijalnog pritiska, koji se pokazao kao najjači prediktor poremećaja prehrane kod žena i kod muškaraca, u svim sportskim kategorijama. Također se pokazalo da je samokritičnost važan prediktor kod sportova koji nisu ovisni o težini, kod sportaša i sportašica, a socijalna se anksioznost zbog izgleda pokazala važnom kod muških sportaša općenito i kod sportaša koji se bave sportovima koji nisu ovisni o težini. Samopoštovanje nije imalo značajan doprinos ni u jednom slučaju.

5.7. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja

Prvo se ograničenje tiče nacrtu – radi se o transverzalnom korelacijskom nacrtu istraživanja koji nam ne omogućuje otkrivanje uzročnosti i slijeda događaja. Idealno istraživanje bi bilo prospektivno longitudinalno istraživanje kohorte, u kojem bi bilo moguće pronaći više korisnih informacija, ali ono bi bilo skupo i dugotrajno pa nije izvedivo u uvjetima izrade diplomskog rada.

Drugo ograničenje tiče se uzorka. Uzorak je prigodan, ispitanici su studenti Kineziološkog fakulteta, koji brojčano nisu ujednačeni po spolu, (više je muškaraca nego žena) ipak, omjer sportaša i sportašica u skladu je s realnim omjerom sportaša i sportašica u Hrvatskoj.

Ispitanici nisu ujednačeni niti po vrsti sporta, pa tako u uzorku prevladavaju nogometaši, košarkaši i rukometaši, koji mogu imati svoje specifičnosti pa onemogućuju generalizaciju

zaključaka na sve sportove. Sportaša koji se bave sportovima ovisnima o težini ima najmanje, a upravo su oni često najzanimljiviji za istraživanja poremećaja prehrane, ali sportaša ove kategorije manje je i u sportskoj populaciji pa u uzorku nije narušen omjer koji postoji u populaciji. Radi se o uzorku mladih odraslih osoba, a bilo bi zanimljivo i vidjeti ima li razlike u faktorima koji pridonose razvoju simptoma poremećaja prehrane s obzirom na dob, što nije moguće u ovom istraživanju. Bilo bi dobro proširiti uzorak, ujednačiti ispitanike po spolu i kategorijama te uzeti ispitanike većeg dobnog raspona.

Drugi problem odnosi se na samu provedbu istraživanja. S obzirom na to da se ovo istraživanje bavi pitanjima koja su osobna i osjetljiva, problematično je to što su ispitanici sjedili blizu jedni drugima, bez mjesta razmaka u učionici. Moguće je da oni koji imaju probleme s hranjenjem nisu htjeli zaokruživati čestice koje idu u smjeru patologije prehrane jer su im kolege lako mogle vidjeti ono što pišu. Preporuka za buduća slična istraživanja bila bi da se omogući ispitanicima veća privatnost prilikom ispitivanja.

Treći je problem to što su svi podatci prikupljeni mjerama samoprocjene, a njihovi nedostaci su: nemogućnost provjere isitnitosti, socijalno poželjno odgovaranje, nerazumijevanje pitanja i slično. Ovaj problem je ublažen velikim brojem ispitanika u istraživanju. U ovom istraživanju bilo je dosta podataka koji nedostaju i određeni broj ispitanika koji su zaokruživali nasumično, pa je zbog njih određeni broj ispitanika morao biti isključen. Za buduća istraživanja bilo bi dobro poticati motivaciju ispitanika kroz osvješćivanje vrijednosti njihova doprinosa

Vrijedan dodatak istraživanju ovoga područja mogao bi biti uključivanje kvalitativnih pitanja u istraživanje. Možda bi takvi podatci omogućili saznanja o tome kako sportaši koji iskazuju simptome poremećaja prehrane gledaju na svoje simptome i što smatraju uzrocima, a takvi bi podatci bili vrijedni za razvoj tretmana poremećaja prehrane u sportaša.

5.8. Implikacije u praksi

Nalazi ovog istraživanja upućuju na veliku važnost socijalnog pritiska na mršavost u razvoju poremećaja prehrane kod sportaša. Zbog toga bi bilo dobro osmisliti i provesti program prevencije utjecaja socijalnog pritiska na mršavost kod sportaša. U svijetu je već proveden i evaluiran program „*Body Sense*“ („*Svijest o tijelu*“) na mladim gimnastičarkama, a kako u ovom

istraživanju ne nalazimo razlike u simptomima poremećaja prehrane kod sportaša različitih kategorija bilo bi dobro provesti program na svim skupinama sportaša jer su sve pod rizikom. Kako je evaluacija „*Body Sense*“ („*Svijest o tijelu*“) programa pokazala da je učinkovit u smanjenju percipiranog socijalnog utjecaja, možda bi bilo korisno krenuti sličnim putem, psihoedukativnim radionicama na temu izgleda tijela, prehrambenih navika, odbijanja pritisaka iz okoline i sličnih. Trebalo bi ponuditi mogućnost savjetodavnog ili psihoterapijskog tretmana sportašima i sportašicama koje percipiraju visoki pritisak okoline i koje su internalizirale ideal vitkosti.

Iako nalazi upućuju na češću pojavnost simptoma kod sportašica, vidimo da su i sportaši u riziku (čak 9,5% ih ima rizičan rezultat na Upitniku navika hranjenja), važno je obratiti pažnju i na sportaše, koji su često zanemareni kada se radi o uočavanju poremećaja prehrane i pružanju pomoći.

Samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda su također značajni prediktori razvoja simptoma poremećaja prehrane, stoga bi bilo dobro pokrenuti i radionice za sportaše s ciljem smanjenja razine samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda, ne samo da bi se smanjila učestalost simptoma poremećaja prehrane već i zbog općeg poboljšanja dobrobiti sportaša. Bilo bi korisno uključiti u tretman poremećaja prehrane programe koji rade na restrukturaciji samokritičnih misli i ponašanja te na snižavanju socijalne anksioznosti zbog izgleda.

Negativna ponašanja trenera imaju indirektan efekt na razvoj simptoma poremećaja prehrane i zato bi bilo dobro na razini države regulirati propise koji se odnose na izobrazbu i kontrolu rada trenera, s ciljem stjecanja kompetencija koje uključuju psihološka znanja i znanja o utjecaju trenera na psihičko zdravlje sportaša.

6. Zaključak

Dobiveni rezultati pokazali su da 10% ispitanih sportaša iskazuje simptome poremećaja prehrane koji prelaze kritičnu granicu i smatraju se rizičnima. Veći broj sportašica (12,5%) ima kritični rezultat na Upitniku navika hranjenja nego sportaša (9,5%). Nije pronađena značajna razlika među sportskim kategorijama, što ukazuje na to da se sportaši i sportašice svih sportskih kategorija mogu smatrati rizičnima za razvoj poremećaja prehrane.

Spol, percipirani pritisak okoline, samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda značajni su prediktori simptoma poremećaja prehrane na uzorku sportaša, a najviši doprinos ima percipirani pritisak okoline. Ako promatramo po spolu, za žene je samo percipirani socijalni pritisak značajan prediktor, a za muškarce su percipirani socijalni pritisak, samokritičnost i socijalna anksioznost zbog izgleda. Ako promatramo s obzirom na kategoriju sporta, za osobe koje se bave sportovima koji se smatraju rizičnima za razvoj poremećaja prehrane (gimnastika, umjetničko klizanje, plivanje, ronjenje, hrvanje, trčanje i *body building*) samo su percipirani socijalni pritisak i spol značajni prediktori, a kod nerizičnih sportova (ostali sportovi, oni koji nisu osjetljivi na težinu) su to spol, percipirani socijalni pritisak i samokritičnost.

Negativna ponašanja trenera nemaju izravan efekt na razvoj simptoma poremećaja prehrane, ali imaju indirektan efekt preko samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda.

Percipirani socijalni pritisak ima izravan efekt na razvoj simptoma poremećaja prehrane te indirektan putem samokritičnosti i socijalne anksioznosti zbog izgleda.

7. Literatura

Ackard, D. M., Henderson, J. B., i Wonderlich, A. L. (2004). The associations between childhood dance participation and adult disordered eating and related psychopathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 485-490.

Ambrosi-Randić, N. (2004). *Razvoj poremećaja hranjenja*. Naklada Slap.

Arthur-Cameselle, J. N., i Quatromoni, P. A. (2011). Factors related to the onset of eating disorders reported by female collegiate athletes. *The Sport Psychologist*, 25, 1-17.

Barnett, M. D. I Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among US college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, 225-234.

Baum, A. (2006). Eating disorders in the male athlete. *Sports Medicine*, 36, 1-6.

Bratland-Sanda, S. i Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European journal of sport science*, 13, 499-508.

Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. i Friederich, H. C. (2013). The thinner the better: Self-Esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(5), 394-400.

Brunet, J., i Sabiston, C. M. (2009). Social physique anxiety and physical activity: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 329-335.

Brunet, M. (2005). Female athlete triad. *Clinics in sports medicine*, 24, 623-636.

Buchholz, A., Mack, H., McVey, G., Feder, S. i Barrowman, N. (2008). BodySense: An evaluation of a positive body image intervention on sport climate for female athletes. *Eating Disorders*, 16, 308-321.

Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. D. i Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, *33*, 271-280.

DiPasquale, L. D. i Petrie, T. A. (2013). Prevalence of disordered eating: A comparison of male and female collegiate athletes and nonathletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, *7*, 186-197.

Dosil, J. (2008). *Eating disorders in athletes*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley.

Fairburn, C. G., i Harrison, P. J. (2004). Eating disorders. *The Lancet*, *361*, 407-416.

Fernandez, S. i Pritchard, M. (2012). Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. *Eating behaviors*, *13*, 321-325.

Galli, N., Petrie, T. A., Greenleaf, C., Reel, J. J. i Carter, J. E. (2014). Personality and psychological correlates of eating disorder symptoms among male collegiate athletes. *Eating behaviors*, *15*, 615-618.

Galli, N., Petrie, T., Reel, J. J., Greenleaf, C. i Carter, J. E. (2015). Psychosocial predictors of drive for muscularity in male collegiate athletes. *Body image*, *14*, 62-66.

Garner, D. M. i Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, *9*, 273-279.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. i Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, *12*, 871-878.

Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The role of Attraction, Social Competition and Social Hierarchies. *Social Anxiety Disorder*, *24*, 723 – 751.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 31-50.

Goodart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., ... i Jeammet, P. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, *117*, 245-258.

Goodwin, H., Arcelus, J., Geach, N. i Meyer, C. (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: The role of high standards and self-criticism. *European Eating Disorders Review*, *22*, 346-351.

Greblo, Z. (2011). *Perfekcionizam u darovitih sportaša: uloga osobinskih i okolinskih činitelja*. Neobjavljena doktorska disertacija, Zagreb: Filozofski fakultet.

Haase, A. M., Prapavessis, H. i Owens, R. G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of sport and Exercise*, *3*, 209-222.

Harris, M.G. i Grecco, D. (1990). Weight control and weight concerns in competitive gymnasts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *12*, 427-433.

Harrison, K. i Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of communication*, *47*, 40-67.

Hart, E. A., Leary, M. R. i Rejeski, W. J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and exercise Psychology*, *11*, 94-104.

Hart, T. A., Flora, D. B., Palyo, S. A., Fresco, D. M., Holle, C. i Heimberg, R. G. (2008). Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*, *15*, 48-59.

Hausenblas, H. A. i McNally, K. D. (2004). Eating disorder prevalence and symptoms for track and field athletes and nonathletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, *16*, 274-286.

Hinton, P. S. i Kubas, K. L. (2005). Psychosocial correlates of disordered eating in female collegiate athletes: Validation of the ATHLETE questionnaire. *Journal of American College Health*, *54*, 149-156.

- Hopkinson, R. A. i Lock, J. (2004). Athletics, perfectionism, and disordered eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 99-106.
- Horney, K. (1950). Neurosis and human growth, *The American Scholar*, 19, 409 – 421.
- Jones, R. L., Glintmeyer, N., I McKenzie, A. (2005). Slim bodies, eating disorders and the coach-athlete relationship a tale of identity creation and disruption. *International review for the sociology of sport*, 40, 377-391.
- Joy, E., Kussman, A., i Nattiv, A. (2016). 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British journal of sports medicine*, 50(3), 154-162.
- Kerr, G., Berman, E. i Souza, M. J. D. (2006). Disordered eating in women's gymnastics: Perspectives of athletes, coaches, parents, and judges. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18, 28-43.
- Koraj, I. Internalizacija ideala tjelesnog izgleda, nezadovoljstvo tijelom i simptomi poremećaja hranjenja kod adolescenata. Neobjavljeni diplomski rad. Rijeka: Filozofski fakultet, 2014.
- Kreager, D. A. (2007). Unnecessary roughness? School sports, peer networks, and male adolescent violence. *American sociological review*, 72(5), 705-724.
- Lebedina-Manzoni, M. i Lotar, M. (2011). Percepcija sebe kod adolescenata u Hrvatskoj. *Kriminologija i socijalna integracija*, 19, 39-50.
- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., White, E. K., Menatti, A. R., Weeks, J. W., Iacovino, J. M. i Warren, C. S. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation. Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Appetite*, 67, 125-133.
- Martin, J. J., Kliber, A., Kulinna, P. H. i Fahlman, M. (2006). Social physique anxiety and muscularity and appearance cognitions in college men. *Sex Roles*, 55, 151-158.
- Martinsen, M. i Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Med Sci Sports Exerc*, 45, 1188-97.

Milligan, B. i Pritchard, M. (2006). The relationship between gender, type of sport, body dissatisfaction, self esteem and disordered eating behaviors in division I athletes. *Athletic Insight*, 8, 32-46.

Muscat, A. C. i Long, B. C. (2008). Critical comments about body shape and weight: Disordered eating of female athletes and sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 20, 1-24.

Nordbø, R. H., Espeset, E., Gulliksen, K. S., Skårderud, F. i Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 556-564.

Tan, J., Calitri, R., Bloodworth, A., & McNamee, M. J. (2016). Understanding eating disorders in elite gymnastics: Ethical and conceptual challenges. *Clinics in sports medicine*, 35(2), 275-292.

Papathomas, A., i Lavalley, D. (2006). A life history analysis of a male athlete with an eating disorder. *Journal of loss and trauma*, 11, 143-179.

Pearl, R. L., White, M. A. i Grilo, C. M. (2014). Overvaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 15, 259-261.

Petrie, T. A., Greenleaf, C., Carter, J. E. i Reel, J. J. (2007). Psychosocial correlates of disordered eating among male collegiate athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1, 340-357.

Petrie, T.A. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: Prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 424- 436.

Petrie, T.A. i Greenleaf, C.A. (2007). Eating disorders in sport: From theory to research to intervention. U G. Tenenbaum i R.C. Eklund (Ur.), *Handbook of sport psychology* (352- 378). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.

Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I., Vukmanović, S. i Forbes, G. (2005). Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psiholgijske teme*, 14, 57-70.

- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. i Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 36, 548-557.
- Reel, J. J. i Gill, D. L. (1996). Psychosocial factors related to eating disorders among high school and college female cheerleaders. *Sport Psychologist*, 10, 195-206
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. S. Koch (Ur.), *Psychology: a Study of Science* (184 – 256). McGraw-Hill.
- Rogić, M. Mehanizam prejedanja u žena: Samokriticizam, model emocionalne kaskade i teorija stečene spremnosti. Neobjavljeni diplomski rad. Rijeka: Filozofski fakultet, 2014.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61.
- Ručević, S. i Duvnjak, I. (2010). Povezanost reaktivne i proaktivne agresije, privrženosti i samopoštovanja adolescenata. *Psihologijske teme*, 19(1), 103-121.
- Sahin, E. i Topkaya, N. (2015). Factor structure of the Social Appearance Anxiety Scale in Turkish early adolescents. *Universal Journal of Educational Research*, 3, 513-519.
- Sanford-Martens, T. C., Davidson, M. M., Yakushko, O. F., Martens, M. P. i Hinton, P. (2005). Clinical and subclinical eating disorders: An examination of collegiate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 17, 79-86.
- Schmitt, D. P. i Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 89, 623.
- Shafran, R., Cooper, Z. i Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40, 773-791.
- Shanmugam, V. i Davies, B. (2015). Clinical perfectionism and eating psychopathology in athletes: The role of gender. *Personality and Individual Differences*, 74, 99-105.

- Shanmugam, V., Jowett, S. I Meyer, C. (2013). Eating psychopathology amongst athletes: The importance of relationships with parents, coaches and teammates. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 24-38.
- Slade, P. D. i Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior modification*, 22, 372-390.
- Smolak, L., Murnen, S. K., i Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International journal of eating disorders*, 27, 371-380.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128, 825.
- Stirling, A. E., Bridges, E. J., Cruz, E. L. I Mountjoy, M. L. (2011). Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine position paper: Abuse, harassment, and bullying in sport. *Clinical journal of sport medicine*, 21(5), 385-391.
- Sudi, K., Ottl, K., Payerl, D., Baumgartl, P., Tauschmann, K., i Muller, W. (2004). Anorexia Athletica. *Nutrition* 20, 657-661.
- Sundgot-Borgen, J. (1993) Prevalence of eating disorders in female elite athletes. *International Journal of Sports Nutrition*, 3, 29-40.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.
- Sundgot-Borgen, J. i Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 25-32.
- Tenforde, A. S., Barrack, M. T., Nattiv, A. i Fredericson, M. (2016). Parallels with the female athlete triad in male athletes. *Sports Medicine*, 46, 171-182.
- Thompson, R.A. i Sherman, R.T. (1999). “Good athlete” traits and characteristics of anorexia nervosa: Are they similar? *Eating Disorders*, 7, 181-190.

Tylka, T. L., Russell, H. L. i Neal, A. A. (2015). Self-compassion as a moderator of thinness-related pressures' associations with thin-ideal internalization and disordered eating. *Eating behaviors, 17*, 23-26.

Wollenberg, G., Shriver, L. H., i Gates, G. E. (2015). Comparison of disordered eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eating behaviors, 18*, 1-6.

8. Prilozi

Prilog 1. Komunaliteti, saturacije i povezanosti čestica s ukupnim rezultatom Upitnika socijalne anksioznosti zbog izgleda

| Čestica | Komunalitet | Saturacija | Povezanost s ukupnim rezultatom |
|--|-------------|------------|---------------------------------|
| 1. Osjećam se nelagodno kada me netko fotografira. | ,23 | ,48 | ,54** |
| 2. Osjećam napetost kada je očito da me netko promatra. | ,29 | ,54 | ,60** |
| 3. Brine me da se zbog izgleda neću svidjeti drugima. | ,61 | ,78 | ,79** |
| 4. Brinem da ljudi pričaju o mojim nedostacima u izgledu kada nisam prisutan/prisutna. | ,57 | ,76 | ,77** |
| 5. Brinem o tome da ću ljudima izgledati neprivlačno zbog svojega izgleda. | ,71 | ,84 | ,65** |
| 6. Bojim se da ljudi o meni misle kako sam neprivlačan/neprivlačna. | ,70 | ,84 | ,83** |
| 7. Brinem da će mi zbog mog izgleda život biti teži. | ,61 | ,78 | ,79** |
| 8. Brinem o tome da sam zbog izgleda propustio/propustila neke prilike. | ,61 | ,78 | ,78** |
| 9. U razgovoru s ljudima postajem nervozan/nervozna zbog svojega | ,56 | ,75 | ,76** |

| | | | |
|---|-----|-----|-------|
| izgleda. | | | |
| 10. Osjećam se anksiozno kada drugi ljudi kažu nešto o mojem izgledu. | ,57 | ,76 | ,77** |
| 11. Često se bojim da ne udovoljavam standardima drugih o tome kako bih trebao/trebala izgledati. | ,51 | ,71 | ,79** |
| 12. Brinem o tome da će ljudi negativno prosuđivati moj izgled. | ,67 | ,82 | ,81** |
| 13. Neugodno mi je kada razmišljam o tome da ljudi zamjećuju nedostatke u mojem izgledu. | ,66 | ,82 | ,77** |
| 14. Brinem da bi me partnerica/partner mogao ostaviti zbog mogega izgleda. | ,46 | ,68 | ,69** |
| 15. Brinem se da ljudi misle da ne izgledam dobro. | ,67 | ,82 | ,82** |

** p<0,01