

Psychospołeczne czynniki sprzyjające stosowaniu diety przez nastolatków z nadmiarem masy ciała

Izabela Tabak¹, Anna Oblacińska¹, Maria Jodkowska¹

¹ Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa

Tabak I, Oblacińska A, Jodkowska M. Psychospołeczne czynniki sprzyjające stosowaniu diety przez nastolatków z nadmiarem masy ciała. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(2): 120–125.

Streszczenie

Wprowadzenie. Postępowanie w leczeniu otyłości u nastolatków jest często nieefektywne, należy więc dążyć do poznania czynników, które skłonią młodych ludzi do stosowania zalecanych przez specjalistów metod redukcji masy ciała.

Cel. Analiza zależności między stosowaniem diety przez 13-latków z nadmiarem masy ciała a wybranymi czynnikami psychospołecznymi.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w 2008 roku w prospektywnej kohorcie 605 dzieci. Młodzież 13-letnia otrzymała pocztą ankietę zawierającą pytania dotyczące m.in. zachowań żywieniowych, stosowania diety, środowiska rodzinnego, wsparcia społecznego, poczucia własnej skuteczności i jakości życia. Pielęgniarki szkolne dokonywały pomiarów wysokości i masy ciała uczniów. Obliczono wskaźnik masy ciała BMI i wyodrębniono grupę młodzieży z nadmiarem masy ciała (n=116). Analiza statystyczna zawierała test chi-kwadrat i jednoczynnikową analizę wariacji ANOVA.

Wyniki. Co czwarty badany nastolatek z nadmiarem masy ciała stosował dietę (27% dziewcząt, 20% chłopców, $p < 0,05$), dwa razy częściej młodzież z otyłością niż nadwagą (32% vs. 16%, $p < 0,05$), natomiast 14% dziewcząt i 36% chłopców w ogóle nie widziało takiej potrzeby. Młodzież, która miała świadomość, że powinna stosować dietę, lecz tego nie robiła (50% badanych), w porównaniu z pozostałymi analizowanymi nastolatkami, gorzej oceniała relacje w swoich rodzinach, rzadziej otrzymywała od rodziców pozytywne wzmocnienia, miała niższe poczucie wsparcia społecznego, własnej skuteczności i najniższą jakość życia.

Wnioski. Chcąc pomóc otyłym nastolatkom w redukcji masy ciała, rodzice powinni zapewnić im wsparcie emocjonalne i zadbać o zwiększenie poczucia ich własnej skuteczności.

Słowa kluczowe

nadwaga, odchudzanie, młodzież, czynniki psychospołeczne

WPROWADZENIE

Narastająca epidemia otyłości, dotyczy nie tylko osób dorosłych, ale również dzieci i młodzieży [1]. Co czwarte dziecko w Europie ma nadwagę lub otyłość, a według danych The International Obesity Task Force, co roku w Europie przybywa około 400 000 dzieci i młodzieży z nadwagą i około 85 000 z otyłością [2]. Największą częstość występowania nadwagi i otyłości obserwuje się w krajach basenu Morza Śródziemnego, gdzie „amerykanizacja” stylu życia skutkuje bardzo małą aktywnością ruchową oraz odejściem od tradycyjnej diety śródziemnomorskiej [3]. W ostatnich kilku latach pojawiły się jednak pierwsze doniesienia (m.in. z Francji i Szwecji) o stabilizacji trendu występowania nadwagi i otyłości [4, 5].

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, do których należy Polska, od momentu przemian gospodarczych i zmian socjoekonomicznych obserwuje się wzrost częstości nadwagi i otyłości u dzieci [6]. Przyczyn tego wzrostu upatruje się przede wszystkim w poprawie sytuacji materialnej (wzrost dostępności dóbr konsumpcyjnych takich jak samochody, telewizory, komputery), co doprowadziło do znacznego obniżenia aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Jednocześnie, na skutek reklamy w środkach masowego przekazu dochodzi

do przejmowania przez dorosłych i dzieci nieprawidłowych nawyków żywieniowych, co pociąga za sobą wzrost częstości różnych chorób przewlekłych, w tym otyłości [7].

W Polsce w badaniach OLAF w reprezentatywnej próbie dzieci i młodzieży w wieku 6–19 lat nadwagę i otyłość stwierdzono u 16,4% [8]. W 2010 r., według badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), odsetki polskich nastolatków z nadmiarem masy ciała należały do największych w Europie [9]. Niemal co czwarty 11-latek, co piąty 13-latek i co siódmy 15-latek miał nadmiar masy ciała, a w latach 2002–2010 systematycznie zwiększał się odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością (dynamika tego wzrostu była największa u 11-latków) [10]. Oznacza to, że grupa młodzieży z nadmiarem masy ciała w Polsce jest dosyć duża i należy podejmować nie tylko działania mające na celu zapobieganie występowaniu nadwagi (profilaktyka pierwszorzędowa), ale również skierowane do osób z nadwagą i otyłością, sprzyjające redukcji masy ciała (profilaktyka drugorzędowa i trzeciorzędowa).

Leczenie otyłości jest procesem trudnym, często mało skutecznym i frustrującym dla dziecka, rodziców i lekarza. Jego skuteczność zależy bowiem od bardzo wielu czynników: społeczno-ekonomicznych, kulturowych, emocjonalnych oraz motywacyjnych [11]. Ponieważ w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży z założenia nie stosuje się leczenia farmakologicznego i chirurgicznego, proces ten oparty jest na leczeniu dietetycznym, zwiększeniu aktywności fizycznej i terapii behawioralnej [12]. Postępowanie żywieniowe polega przede

Adres do korespondencji: Izabela Tabak, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa, Polska
e-mail: izabela.tabak@imid.med.pl

Nadesłano: 14 czerwca 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 3 lutego 2014 roku

wszystkim na wprowadzeniu prawidłowo zbilansowanej diety ubogoenergetycznej (1000–1500 kcal), normobiałkowej, ale o zmniejszonym udziale tłuszczów i węglowodanów oraz uregulowaniu częstości spożycia posiłków w ciągu dnia [13]. Zalecenia specjalistów dotyczą głównie zmniejszenia porcji spożywanych posiłków, unikania pojadania między posiłkami słodczy i słonych przekąsek, ograniczania potraw smażonych, bogatych w sól, cukier i tłuszcz. Niestety, postępowanie żywieniowe w leczeniu otyłości u nastolatków jest często nieefektywne. Dlatego też należy dążyć do poznania czynników, które skłonią młodych ludzi do stosowania zalecanych przez specjalistów metod redukcji masy ciała.

CEL PRACY

Analiza zależności między stosowaniem diety i innych metod redukcji masy ciała przez 13-latków z nadmiarem masy ciała a wybranymi czynnikami psychospołecznymi.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaka część nastolatków z nadmierną masą ciała stosuje metody redukcji masy ciała i czy jest to zależne od płci i stopnia nadwagi?
2. Czy zachowania zdrowotne młodzieży deklarującej stosowanie metod redukcji masy ciała różnią się od zachowań nastolatków niestosujących takich metod?
3. Jakie czynniki psychospołeczne są związane ze stosowaniem diety przez nastolatków z nadmiarem masy ciała?

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w 2008 roku w prospektywnej kohorcie 605 dzieci (305 dziewczynek i 300 chłopców, w wieku od 13 lat i 2 miesięcy do 13 lat i 8 miesięcy; osoby mieszkające w mieście stanowiły 49% badanych). Był to trzeci etap długofalowego cyklu badań prowadzonych w Instytucie Matki i Dziecka od 1995 roku w ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie [14]. W niniejszej pracy wykorzystano dane od 116 nastolatków z nadmiarem masy ciała.

Narzędzia badawcze składały się z 3 kwestionariuszy ankietowych wysyłanych drogą pocztową, w tym: ankiety dla dziecka, ankiety dla rodziców/opiekunów oraz formularza pomiarów z listem do pielęgniarki szkolnej zawierającym prośbę o zważenie i zmierzenie dziecka. W tej pracy wykorzystano odpowiedzi na wybrane pytania z ankiety dla dzieci oraz formularza pomiarów. Pielęgniarki szkolne dokonywały pomiarów wysokości i masy ciała uczniów. Na ich podstawie obliczono wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Index*) i zgodnie z normami Światowej Organizacji Zdrowia [15] wyodrębniono grupę młodzieży ($n=116$) z nadmiarem masy ciała – BMI ≥ 85 centyla. Osoby z BMI ≥ 95 centyla ($n=50$) zakwalifikowano jako osoby otyłe.

Młodzież 13-letnia otrzymała pocztą ankiety zawierające m.in. pytania dotyczące:

- (1) stosowania diety i innych metod redukcji masy ciała – „Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego żeby schudnąć?” z możliwymi odpowiedziami: *nie, ponieważ ważę w sam raz; nie, ale powinnam/powiniennem schudnąć; nie, bo powinnam/powiniennem przytyć; tak* (w analizie danych i omówieniu zamiennie stosowano określenia „stosowanie diety i innych metod redukcji masy ciała” oraz „odchudzanie”),

- (2) zachowań zdrowotnych – żywieniowych (częstości spożywania w ciągu tygodnia wybranych produktów żywieniowych oraz regularności spożywania podstawowych posiłków) i aktywności fizycznej (wskaźnik MVPA – *Moderate – to Vigorous – Physical Activity* [16]),
- (3) środowiska rodzinnego – zadowolenia z relacji rodzinnych (pytanie zaczerpnięte z badań HBSC, w którym osoby badane proszone są o zaznaczenie na 11-punktowej skali, na ile są zadowolone ze wzajemnych kontaktów (relacji) między członkami swojej najbliższej rodziny) oraz praktyk rodzicielskich (skala APQ-9 – skrócona wersja *Alabama Parenting Questionnaire*, badająca postępowanie rodziców w stosunku do dzieci: wzmacnianie, dyscyplinę oraz kontrolę [17]; składa się z 9 pytań (po 3 pytania w każdej podskali) z kategoriami odpowiedzi *nigdy, prawie nigdy, czasami, często, zawsze*. Podskala wzmacniania (*positive parenting*) służy do badania udzielania przez rodzica pozytywnych wzmocnień w stosunku do dziecka – działań typu chwalenie, nagradzanie, zwiększających prawdopodobieństwo podejmowania przez dziecko pożądanego zachowań, podskala dyscypliny (*inconsistent discipline*) ujawnia niekonsekwencję w karaniu dziecka, podskala kontroli (*poor supervision*) wykazuje braki kontroli rodzica nad tym, co robi, z kim przebywa jego dziecko),
- (4) spostrzeganego wsparcia społecznego – zastosowano skalę *Oslo3-Item Social Support Scale* [18], składającą się z trzech pytań mierzących wsparcie strukturalne, emocjonalne i instrumentalne,
- (5) poczucia własnej skuteczności – użyto *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES* (Schwarzer, Jerusalemy, Juczyński, składającej się z 10 stwierdzeń mierzących siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami,
- (6) jakości życia – skala *KIDSCREEN-10*, zawierająca 10 pytań pochodzących z pełnej wersji kwestionariusza oceny jakości życia związanej ze zdrowiem *KIDSCREEN-52* [19].

Dla ułatwienia porównań wyniki uzyskane we wszystkich użytych skalach dotyczących zachowań zdrowotnych oraz czynników psychospołecznych przeliczono na standardową skalę 0–100. W skalach zachowań zdrowotnych wyższy wynik oznacza większą częstotliwość, a czynników psychospołecznych – bardziej pożądaną zjawiskę. Analiza statystyczna danych zawierała test chi-kwadrat i jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA z testem porównań wielokrotnych (post hoc) Tukey’a.

WYNIKI

Stosowanie diety i innych metod redukcji masy ciała

Co czwarty badany nastolatek z nadmiarem masy ciała odchudzał się (27% dziewcząt, 20% chłopców, $p<0,05$), dwa razy częściej młodzież z otyłością niż nadwagą (32% vs. 15,6%, $p<0,05$), natomiast co siódma dziewczyna i co trzeci badany chłopiec w ogóle nie widzieli takiej potrzeby (tab. 1).

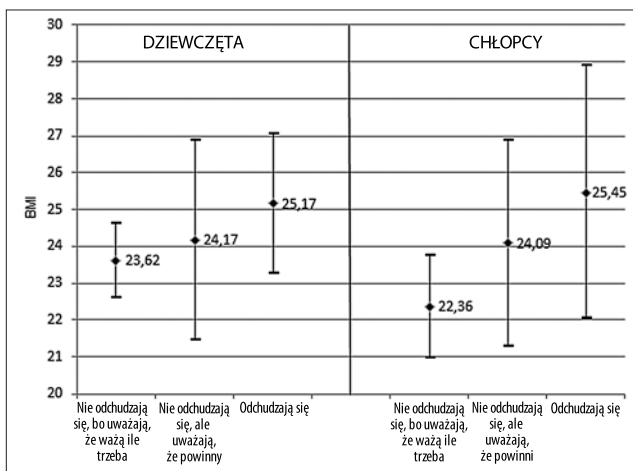
Analizy prowadzone osobno dla płci i osób z różną masą ciała wykazały, że ponad połowa (51,4%) chłopców z nadwagą (bez otyłości) nie widziała potrzeby odchudzania się, zaś wśród chłopców otyłych odsetek ten wynosił 18,2% ($p=0,014$). Wśród dziewcząt największą grupę stanowiły osoby, które uważały, że powinny schudnąć, ale nie odchu-

Tabela 1. Odchudzanie się nastolatków z nadmiarem masy ciała według płci i wartości wskaźnika masy ciała (% badanych)

Odchudzanie się	ogółem	dziewczęta	chłopcy	osoby z nadwagą	osoby z otyłością
NIE, bo uważa, że waży tyle, ile trzeba	27,2	13,6	35,7	35,9	16,0
NIE, ale uważa, że powinien schudnąć	50,0	59,1	44,3	48,4	52,0
TAK	22,8	27,3	20,0	15,6	32,0
p		0,036		0,024	

działy się, zarówno w grupie z nadwagą (66,7%), jak i z otyłością (47,1), a różnice zależne od masy ciała nie były istotne statystycznie.

Średnie wartości wskaźnika BMI były największe w grupie młodzieży odchudzającej się, lecz istotnie statystycznie różnice ($p=0,002$) stwierdzono jedynie wśród chłopców (ryc. 1).

**Rycina 1.** Średnie wartości wskaźnika BMI dziewcząt i chłopców odchudzających się i nieodchudzających się

Zachowania zdrowotne młodzieży odchudzającej się i nieodchudzającej się

Istotnie statystycznie różnice w częstości analizowanych zachowań zdrowotnych (pozytywnych lub negatywnych)

Tabela 2. Aktywność fizyczna i zachowania żywieniowe młodzieży odchudzającej się i nieodchudzającej się (średnie i odchylenia standardowe wartości standaryzowanych)

	Ogółem	Nie odchudzają się		Odchudzają się	p
		bo uważają, że ważą tyle, ile trzeba	ale uważają, że powinni schudnąć		
aktywność fizyczna	74,2 (22,6)	82,6 (24,5)	69,5 (21,0)	74,5 (21,6)	0,032
spożywanie warzyw	67,3 (21,2)	73,5 (18,1)	61,7 (22,6)	72,5 (18,5)	0,019
spożywanie owoców	70,8 (20,7)	68,7 (20,3)	69,4 (11,2)	76,4 (17,1)	0,293
spożywanie chipsów	45,1 (19,4)	48,4 (20,1)	46,1 (18,7)	39,0 (19,6)	0,166
spożywanie frytek	32,6 (12,9)	36,2 (13,4)	33,6 (13,4)	26,4 (8,8)	0,011
spożywanie słodczy	62,8 (20,9)	63,6 (21,5)	66,1 (20,5)	54,3 (19,3)	0,060
spożywanie śniadań	84,3 (26,7)	84,3 (26,6)	85,5 (25,4)	81,7 (30,4)	0,845
spożywanie obiadów	93,4 (17,0)	96,2 (11,8)	91,7 (20,2)	93,7 (14,3)	0,510
spożywanie kolacji	88,0 (22,4)	97,1 (20,9)	86,0 (22,3)	81,7 (29,3)	0,023

stwierdzono w zakresie aktywności fizycznej, spożywania warzyw, frytek, słodczy i kolacji (tab. 2). Najbardziej aktywna fizycznie była młodzież, która sądziła, że waży tyle ile trzeba i nie musi się odchudzać, zaś najmniej aktywna – młodzież, która nie stosowała żadnych metod redukcji masy ciała, choć uważała, że powinna. Przeprowadzone analizy *post hoc* wykazały, że pod względem aktywności fizycznej różnice pomiędzy tymi dwiema grupami były istotne statystycznie, zaś aktywność fizyczna młodzieży odchudzającej się nie różniła się od żadnej z grup młodzieży nieodchudzającej się.

Młodzież niestosująca diety, mimo świadomości istnienia takiej potrzeby, najrzadziej jadła warzywa, a najczęściej – słodczy i frytki. Najmniejszą regularność spożywania podstawowych posiłków w ciągu dnia wykazano zaś wśród młodzieży odchudzającej się – najrzadziej jadła ona śniadania (zależność nieistotna statystycznie) i kolacje ($p<0,05$). Przeprowadzone analizy *post hoc* wykazały, że istotne statystycznie różnice w zakresie niekorzystnych dla zdrowia zachowań żywieniowych wystąpiły między grupą stosującą diety i niestosującą ich mimo świadomości takiej konieczności (zależności dotyczące spożywania frytek, słodczy i kolacji $p<0,05$). Pod względem częstości spożywania warzyw istotnie różniły się między sobą dwie grupy młodzieży nieodchudzającej się ($p<0,05$), a także grupa młodzieży niestosującej diety mimo świadomości takiej potrzeby i grupa stosująca dietę ($p=0,075$).

Czynniki psychospołeczne związane z odchudzaniem się

Młodzież, która miała świadomość, że powinna odchudzać się, lecz tego nie robiła, w porównaniu z pozostałymi analizowanymi nastolatkami gorzej oceniała relacje w swoich rodzinach, rzadziej otrzymywała od rodziców pozytywne wzmocnienia, miała niższe poczucie wsparcia społecznego, własnej skuteczności i najmniej jakości życia (tab. 3). Przeprowadzone analizy *post hoc* wykazały, że istotne różnice dotyczące cech środowiska rodzinnego i jakości życia młodzieży wystąpiły między dwiema grupami młodzieży nieodchudzającej się (w przypadku zadowolenia z relacji rodzinnych i spostrzeganego wsparcia społecznego $p<0,01$, w przypadku wzmacniania przez rodziców i jakości życia $p<0,05$).

Tabela 3. Cechy środowiska społecznego, poczucie własnej skuteczności i jakość życia młodzieży odchudzającej się i nieodchudzającej się (średnie i odchylenia standardowe wartości standaryzowanych)

	Ogółem	Nie odchudzają się		Odchudzają się	p
		bo uważają, że ważą tyle, ile trzeba	ale uważają, że powinni schudnąć		
zadowolenie z relacji w rodzinie	84,1 (15,8)	90,6 (14,1)	79,6 (16,1)	86,2 (15,8)	0,005
pozytywne wzmocnienia ze strony matki	70,2 (20,9)	76,4 (17,5)	65,4 (23,4)	73,7 (16,8)	0,039
pozytywne wzmocnienia ze strony ojca	62,1 (26,3)	71,7 (24,3)	57,3 (27,9)	62,7 (22,9)	0,094
dyscyplina matki	55,1 (20,7)	58,3 (23,7)	51,7 (19,7)	59,0 (17,9)	0,217
dyscyplina ojca	61,9 (23,2)	70,6 (22,6)	58,3 (22,7)	60,9 (23,7)	0,107
kontrola matki	81,8 (19,7)	81,7 (22,7)	79,5 (19,9)	86,9 (14,8)	0,295
kontrola ojca	80,4 (22,3)	84,0 (25,2)	78,2 (22,9)	81,2 (17,4)	0,574
wsparcie społeczne	70,6 (17,8)	77,4 (16,2)	65,4 (17,7)	74,5 (16,7)	0,005
poczucie własnej skuteczności	67,9 (14,1)	69,8 (14,1)	64,9 (15,0)	72,6 (10,7)	0,051
jakość życia	73,1 (13,3)	76,9 (11,5)	69,7 (14,2)	76,3 (11,55)	0,028

DYSKUSJA

W pracy przedstawiono analizy danych pochodzących od 116-tu 13-latków z nadwagą i otyłością, wybranych na podstawie wskaźnika BMI z prospektywnej kohorty (n=605) badanej w 2008 roku. Grupa ta stanowiła 19% całej badanej próby. Oznacza to, że co piąty nastolatek miał nadwagę lub otyłość. Uzyskany rezultat jest zgodny z wynikami badań HBSC z 2010 roku [10].

W artykule postawiono trzy pytania badawcze. Pierwsze z nich dotyczyło częstości stosowania przez nastolatków z nadmiarem masy ciała diet i innych metod redukcji masy ciała. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że zaledwie co czwarty badany nastolatek z nadmiarem masy ciała odchudza się, częściej dziewczęta niż chłopcy i osoby z otyłością niż z samą nadwagą. Niepokojące są dane, z których wynika, że co trzeci badany chłopiec z nadmiarem masy ciała w ogóle nie widzi takiej potrzeby (odsetki dziewcząt są zdecydowanie mniejsze). Ponad połowa chłopców z nadwagą (bez otyłości) nie dostrzega potrzeby odchudzania. Sytuacja taka może wynikać z kilku powodów. Pierwszym z nich jest niedoskonałość samego wskaźnika BMI, który nie uwzględnia proporcji tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała, a tym samym jest zawyżony dla osób z rozwiniętą masą mięśniową, uprawiających sport [20]. Z danych epidemiologicznych nie wynika jednak, by aż tak wielu 13-letnich chłopców regularnie intensywnie ćwiczyło fizycznie [21]. Dlatego też w większości przypadków przyczyn niepodejmowania odchudzania należy szukać w braku świadomości posiadania nadmiernej masy ciała lub też jej niekorzystnych skutków zdrowotnych. Jak wskazują wyniki badań HBSC, około 30% chłopców z nadwagą i otyłością nie jest świadomych nadmiernej masy ciała, mimo, że w ostatnich latach (2002–2010) zgodność między obiektywną i subiektywną oceną masy ciała młodzieży z nadmiarem masy ciała wyraźnie wzrosła [10]. Zwiększa to szansę na skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych, choć nadal pozostaje spora grupa osób, w której myśleniu utrzymuje się tradycyjny pogląd, że ktoś o dużej masie ciała po prostu „dobrze wygląda”, czy też jest „dobrze zbudowany”.

Drugie pytanie badawcze sformułowane w pracy dotyczyło tego, co młodzież rozumie przez stosowanie diety i innych metod redukcji masy ciała, czyli, czy zachowania zdrowotne młodzieży deklarującej stosowanie takich metod rzeczywiście różnią się od zachowań nastolatków, którzy mówią,

że ich nie stosują. Statystycznie istotne różnice w częstości analizowanych zachowań zdrowotnych stwierdzono w zakresie częstości spożywania frytek, słodczy, warzyw i kolacji. Młodzież niestosująca diety mimo świadomości istnienia takiej potrzeby w porównaniu z młodzieżą odchudzającą się, częściej jadła słodczy i frytki, a rzadziej warzywa. Co ciekawe, grupa młodzieży, która nie stosuje diety, bo uważa, że nie ma takiej potrzeby nie różniła się istotnie pod względem zachowań żywieniowych od grupy odchudzającej się. Wyraźnie grupą najbardziej zagrożoną wzrostem stopnia nadwagi okazała się grupa niepodejmująca działań zmierzających do redukcji masy ciała, mimo posiadanej świadomości istnienia takiej konieczności.

Różnice dotyczące aktywności fizycznej stwierdzono wyłącznie wewnątrz grupy nastolatków niepodejmujących odchudzania – najbardziej aktywna fizycznie była młodzież, która sądziła, że waży tyle ile trzeba i nie musi się odchudzać, zaś najmniej aktywna – młodzież, która nie stosowała żadnych metod redukcji masy ciała, choć uważała, że powinna. Aktywność fizyczna młodzieży stosującej metody redukcji masy ciała nie różniła się istotnie od żadnej z grup młodzieży niestosującej takich metod. Oznacza to, że przez działania mające na celu odchudzanie młodzież rozumie wyłącznie stosowanie diet, w tym unikanie produktów słonych i słodkich oraz, co niepokoi, opuszczanie posiłków. Na niekorzystne dla zdrowia zjawisko nieregularności odżywiania jako metody odchudzania wielokrotnie zwracano już uwagę [22, 23].

Trzecie pytanie badawcze, wskazujące podstawowy cel tej pracy, dotyczyło czynników społecznych i psychicznych związanych z odchudzaniem się nastolatków z nadmiarem masy ciała. Najmniej korzystne cechy środowiska społecznego (najgorzej oceniane relacje w rodzinach, najrzadziej otrzymywane od rodziców pochwały i nagrody, najniższe poczucie wsparcia społecznego) stwierdzono u młodzieży, która miała świadomość, że powinna stosować dietę, lecz tego nie robiła. W tej samej grupie młodzieży stwierdzono również najniższą jakość życia. Zależności te pozwalają wnioskować, że młodzież wychowywana w rodzinach o zaburzonych relacjach, które nie dostarczają jej emocjonalnego wsparcia, nie podejmuje działań mających zredukować masę ciała, co niekorzystnie wpływa na jej jakość życia. Jak wykazały wcześniejsze analizy, pozytywne wzmocnienie (chwalenie, nagradzanie) stosowane przez rodziców młodzieży z nadwagą i otyłością jest bardzo istotnym predyktorem ich zdrowia psychicznego [24].

Poczucie własnej skuteczności, podobnie jak w przypadku jakości życia i relacji rodzinnych, było najniższe w grupie młodzieży niestosującej diety mimo świadomości istnienia takiej potrzeby. Zależność ta może być dwukierunkowa. Z jednej strony możemy przypuszczać, że młodzież o niskim poczuciu własnej skuteczności nie podejmuje działań mających zredukować masę ciała, gdyż nie wierzy w powodzenie swoich wysiłków, zarówno na etapie rozpoczęcia, utrzymania, jak też skuteczności stosowanej diety. Zgodnie z koncepcją Bandury, osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności unikają podejmowania trudniejszych zadań, nie są wytrwałe w dążeniu do celu, mniej dbają o swoje zdrowie i mają słabszą motywację do podejmowania aktywności [25]. Z drugiej strony, u osób, które mimo wiedzy, że powinny schudnąć, nie stosują diety, poczucie własnej skuteczności może się obniżyć, gdyż własne doświadczenia (w tym przypadku niekorzystne, dotyczące nieskutecznych prób odchudzania) są jednym z istotnych źródeł niskiego poczucia własnej skuteczności. Ponadto, jak wskazują badania innych autorów, niskie poczucie własnej skuteczności może być nie tylko predyktorem niekorzystnych zachowań zdrowotnych, ale też mediatorem w relacji pomiędzy niekorzystnym środowiskiem rodzinnym a zachowaniami żywieniowymi [26].

WNIOSKI

Istnieje grupa młodzieży z nadmiarem masy ciała szczególnie narażona na niekorzystne konsekwencje zdrowotne. Są to osoby, które mają świadomość, że powinny schudnąć, ale nie robią nic w tym kierunku. Chcąc pomóc otyłym nastolatkom w redukcji masy ciała, rodzice powinni zapewnić im wsparcie emocjonalne i pozytywne wzmocnienia, aby zwiększyć ich poczucie własnej skuteczności, z poprzez to – efektywność odchudzania.

PIŚMIENICTWO

- WHO. Evidence for gender responsive actions to prevent and manage overweight and obesity. Copenhagen: WHO; 2011.
- Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev.* 2003; 4: 195–200.
- Mazur A. Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków.* 2011; 2: 158–163.
- Peneau S, Salanave B, Maillard-Teyssier L, Rolland-Cachera MF, Vergnaud AC, Mejean C, Czernichow S, Vol S, Tichet J, Castetbon K, Hercberg S. Prevalence of overweight in 6- to 15-year-old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization. *Int J Obes (Lond).* 2009; 33: 401–407.
- Sjoberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, Marild S. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatr.* 2008; 97: 118–123.
- Uliaszek SJ, Koziol S. Nutrition transition and dietary energy availability in Eastern Europe after the collapse of communism. *Econ Hum Biol.* 2007; 5: 359–369.
- Knai C, Suhrcke M, Lobstein T. Obesity in Eastern Europe: An overview of its health and economic implications. *Econ Hum Biol.* 2007; 5: 392–408.
- Grajda A, Kułaga Z, Gurdzowska B, Napierańska E, Litwin M. Regional differences in prevalence of overweight, obesity and underweight among Polish children and adolescents. *Med Wieku Rozwoj.* 2011; 15(3): 258–265.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. (red.). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- Tabak I, Nadwaga i otyłość oraz samoocena masy ciała. W: Woynarowska B, Mazur J, (red.). Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010. Warszawa: IMiD, Wyd. Pedagogiczny UW; 2012: 179–192.
- Oblacińska A, Weker H (red.). Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości. Kraków: Help-Med; 2009.
- Tatoń J, Czech A, Barnas M. Otyłość. Zespół metaboliczny. Warszawa: PZWL; 2007.
- Weker H, Rowicka G. Postępowanie dietetyczne. W: Oblacińska A, Weker H, (red.). Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości. Kraków: Help-Med; 2009: 117–122.
- Mikiel-Kostyra K, Oblacińska A. (red.). Czynniki biologiczne, behawioralne i psychospołeczne kształtujące masę ciała (BMI) 13-latków. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2010.
- World Health Organization, Department of Nutrition. WHO Growth Reference 5–19 Years. Geneva, Switzerland 2007. www.who.int/child-growth/en (dostęp: 2013.05.07).
- Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001; 155: 554–559.
- Elgar F, Waschbusch D, Dadds M, Sigvaldason N. Development and validation of a short form of the Alabama Parenting Questionnaire. *J Child Fam Stud.* 2007; 16: 243–259.
- Dalgaard OS. Community health profile: a tool for psychiatric prevention. W: Trent DR, Reed CA, (red.). Promotion of Mental Health. Vol. 5, Aldershot: Avebury Press; 1996.
- Mazur J, Tabak I. Narzędzia do badań przesiewowych w wykrywaniu zaburzeń zdrowia psychospołecznego dzieci i młodzieży. W: Woynarowska B, (red.). Profilaktyka w pediatrii. Warszawa: PZWL; 2008: 324–331.
- Ode JJ, Pivarnik JM, Reeves MJ, Knous JL. Body Mass Index as a Predictor of Percent Fat in College Athletes and Nonathletes. *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39(3): 403–409.
- Mazur J, Małkowska-Szkućnik A, (red.). Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2011.
- Berkel CS, Rockett HR, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes.* 2003; 27: 1258–1266.
- Jodkowska M, Oblacińska A, Tabak I, Radiukiewicz K. Differences in dietary patterns between overweight and normal-weight adolescents. *Med Wieku Rozwoj.* 2011; 3(XV): 266–273.
- Tabak I, Oblacińska A, Jodkowska M. Czynniki środowiska rodzinnego jako predyktory zdrowia psychicznego młodzieży 13-letniej z różną masą ciała. *Med Wieku Rozwoj.* 2010; 3(XIV): 272–281.
- Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
- Shannon B, Bagby R, Wang QM, Treknor L. Self-efficacy: a contributor to the explanation of eating behavior. *Health Educ. Res.* 1990; 5(4): 395–407.

Psychosocial determinants of dieting in overweight adolescents

Abstract

Introduction. Treatment of obesity in adolescents is often ineffective, therefore factors should be discovered which motivate young people to follow weight loss methods recommended by experts.

Aim. The objective of the study is to analyze the relationship between the use of diet by 13-year-olds with excess body weight and selected psychosocial factors.

Material and methods. The study was conducted in 2008 in a prospective cohort of 605 children. The 13-year-old adolescents received questionnaires by mail which contained questions concerning eating habits, dieting, family environment, social support, self-efficacy and quality of life. School nurses measured the height and weight of the students. BMI was calculated, and the group of young people with excess body weight ($n = 116$) was selected. Statistical analysis included chi-square test and one-way analysis of variation ANOVA.

Results. Every fourth respondent with excess body weight applied a diet (27% girls, 20% boys, $p < 0.05$), twice as often as adolescents with obesity than with overweight (32% vs. 16%, $p < 0.05$), while 14% of girls and 36% of boys did not see the need for dieting. Young people who were aware that they should diet, but did not do so (50% of respondents), evaluated relationships in their families, rarely received positive reinforcement from their parents, had less social support, self-efficacy and the lowest quality of life in more negative terms compared to the remaining adolescents in the study.

Conclusions: In order to help obese adolescents to lose weight, their parents should provide them with emotional support and care to increase their sense of self-efficacy.

Key words

overweight, weight loss, adolescents, psychosocial determinants