Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wydział Nauk o Zdrowiu

Alicja Głowacka – Rębała

Zachowania zdrowotne w rodzinie a problem otyłości u dzieci

Rozprawa doktorska

Promotor:

Prof. dr hab. Jacek Wysocki

Poznań 2013

Składam wyrazy wdzięczności Promotorowi mojej pracy

Panu Rektorowi prof. dr hab. Jackowi Wysockiemu

za inspirację, wsparcie, pomoc merytoryczną

i życzliwość okazana mi w trakcie realizacji i redagowania pracy.

Spis treści:

Spis skrótów 4
Wstęp 5
Rozdział 1. Pojęcie zachowań zdrowotnych na podstawie wybranej literatury 7
1.1. Pojęcie zdrowia 7
1.2. Zachowania zdrowotne 11
1.3. Wpływ stylu życia rodziny na zdrowie dzieci 14
Rozdział 2. Problem nadwagi i otyłości 20
2.1. Definicja nadwagi i otyłości 20
2.2. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce i na świecie 27
Rozdział 3. Metodologia badań własnych 34
3.1. Cele pracy 34
3.2. Hipotezy badawcze 34
3.3. Narzedzia i metody badawcze 35
3.4. Charakterystyka materiału badawczego 39
Rozdział 4. Wyniki badań i sposób ich opracowania 48
4.1. Kontrola zdrowia 49
4.2 Satysfakcja z życia a problem z masą ciała dzieci 58
4.3 Postawy rodziców 59
4.4 Zachowania zdrowotne 64
4.4.1 Inwentarz Zachowań Zdrowotnych 65
4.4.2 Miejsce spożywania posiłków 66
4.4.3 Miejsce przygotowywania posiłków 71
4.4.4 Spożywanie produktów miedzy posiłkami 75
4.4.5 Stosowanie nagród 80
4.4.6 Ograniczenia produktów 82
4.4.7 Rodzaje spożywanych posiłków 86
4.4.8 Czynności wykonywane podczas spożywania posiłków 91
4.5 Podsumowanie 94
Rozdział 5. Dyskusja i wnioski 101
5.1. Dyskusja 101
5.2. Podsumowanie 115
5.3. Wnioski 119

Rozdział 6. Streszczenie/Summary 120
Rozdział 7. Bibliografia 124
Załączniki 140
1. Ankieta BNŻ 140
2. Kwestionariusz HLC 147
3. Kwestionariusz IZZ 149
4. Kwestionariusz KBPK 151
5. Kwestionariusz KPR-Roc 159
6. Kwestionariusz LZK 168
7. Kwestionariusz LWO 169
8. Kwestionariusz MHLC 171
9. Kwestionariusz SWLS 175
Spis tabel 176
Spis rycin 178

Spis skrótów:

BMI	*Body Mass Index* - wskaźnik masy ciała
BNŻ	badanie nawyków żywieniowych
FAO	*Food and Agriculture Organization of the United Nations* - Organizacja Narodów Zjednoczonych do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa
HFCAS	*Household Food Consumption and Anthropometric Survey* – Badania antropometryczne i konsumpcji żywności gospodarstw domowych
HLC	*Health Locus of Control* - Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla dzieci
IOTF	*International Obesity Task Force* - Międzynarodowa Grupa ds. Otyłości
IZZ	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
KBPK	Kwestionariusz do badania poczucia kontroli
KPR-Roc	Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców
LKZ	Lista Kryteriów Zdrowia
LOC	*Locus of control* – poczucie kontroli
LWO	Lista Wartości Osobistych
M	średnia
MHCL	*Multidimensional health locus of control* - Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia
NHANES	*The National Health and Nutrition Examination Survey* - Narodowy Sondaż dotyczący Zdrowia i Odżywiania
ns	nieistotne statystycznie
p	poziom istotności statystycznej
SD	odchylenie standardowe
SWLS	*Satisfaction With Life Scale* – Skala Satysfakcji z Życia
V	współczynnik korelacji V Cramera
WHO	*World Health Oranization* - Światowa Organizacja Zdrowia
WHR	*Waist to Hip Ratio* - Stosunek Obwodu Talii Do Obwodu Bioder
WOBASZ	Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności

Wstęp

Środowisko rodziny jest bardzo znaczące dla rozwoju człowieka, kształtowania się jego wiedzy i umiejętności oraz rozumienia praw rządzących procesami oddziaływującymi na stan jego zdrowia. Rodzice są pierwszymi (z reguły) osobami, wprowadzającymi w świat dziecka pojęcia i opisy, pomagające mu zrozumieć otaczającą rzeczywistość i rządzące nią procesy. Od nich uczy się dziecko rozumienia pojęcia zdrowia, sposobu dbania o zdrowie, co jest dla niego dobre, a co jest niepożądane. W rodzinie dzieci zdobywają wiedzę o tym, jak dbać o stan swojego zdrowia, co należy i w jakiej postaci spożywać, jak należy wypoczywać, jakie są zasady higieny i jak należy ochraniać swój organizm by stwarzać mu dogodne warunki do wzrostu jego sił odpornościowych wobec zagrożeń znajdujących się w otoczeniu. Rodzice dostarczają dziecku wzorców i pilnują ich przestrzegania. Rodzice tłumaczą, opisują i wyjaśniają swoim dzieciom, co to są czynniki szkodliwe dla zdrowia, jakie są negatywne skutki nałogów i jak należy postępować, by swoje zdrowie ochraniać i umacniać. Uczą więc swoje dzieci sposobów reagowania na przeciwności losu, pokazując sposoby obrony przed stresem. Od rodziców dzieci uczą się obserwacji wydolności i oceny funkcjonowania swojego organizmu. Postępowanie rodziców jest przez dzieci bardzo uważnie obserwowane. Wszelkie odstępstwa od zachowań w postępowaniu rodziców są przez dzieci zauważane i analizowane. Niestety zdarza się, że rodzice mają problemy z konsekwentnym postępowaniem w wielu kwestiach. Bywa tak, że nie przestrzegają sami zaleceń egzekwowanych od dziecka (np. palą papierosy, mówiąc dziecku o szkodliwości tego nałogu). Zauważany w postępowaniu rodziców brak konsekwencji i spójności między tym co rodzic robi, a tym co mówi, jest złym przykładem dla dziecka. Dzieci budują hierarchię własnych wartości, norm i zasad, między innymi w oparciu o czynione przez siebie obserwacje. Trzeba podkreślić, że współcześni rodzice często dostarczają swoim dzieciom wiele sprzecznych informacji. Cechą charakterystyczną współczesnych czasów jest pośpiech. Wiele osób, chcąc sprostać problemom ekonomicznym, poświęca swój czas na dodatkowe zatrudnienie, co odbywa się z reguły kosztem sprawności i jakości realizowania funkcji w rodzinie. Dzieci bywają wychowywane przez opiekunów, spędzają dużą część czasu z dala od rodziców. Na ich postawy i wzorce postępowania mają wpływ dodatkowe osoby z otoczenia, nie zawsze respektujące ustalane przez rodziców zasady. Dziecko więc uczy się sposobów omijanie zasad, kompromisów i wzorców niepożądanych.

Zasady dotyczące sposobu odżywiania się, spędzania wolnego czasu, dbałości o swoje zdrowie i kondycję fizyczną, dziecko przyswaja w rodzinie. Często niestety, na całe życie przenosi złe wzorce, tam spotykane i utrwalane np., spożywanie posiłków przed telewizorem, nieaktywne spędzanie wolnego czasu, brak poszanowania własnego zdrowia. Edukacja społeczna niestety nie jest w pełni skuteczna, dlatego mają uzasadnienie badania, prowadzone z myślą o konieczności identyfikacji czynników, które mają wpływ na przejawianie zachowań zdrowotnych. Taką rolę autor przypisuje niniejszej pracy doktorskiej, a jej celem jest identyfikacja czynników determinujących zachowania zdrowotne w rodzinie i ich wpływ na powstawanie problemu otyłości u dzieci. Ważnym aspektem prowadzonych dla potrzeb tej pracy badań, jest ustalenie tych czynników, które mają praktyczne znaczenie dla poprawienia skuteczności procesu edukacji społecznej, którego celem jest m.in. poprawa jakości odżywiania rodzin.

Rozdział 1. Pojęcie zachowań zdrowotnych na podstawie wybranej literatury

1.1 Pojęcie zdrowia

Pojęcie zdrowia nie jest jednoznacznie definiowane. Fakt ten ma zasadnicze znaczenie dla jego oceny w wielu sytuacjach życiowych człowieka. Zdarza się bowiem, że tabele, wykresy i definicje określające wskaźniki zdrowia zawierają kategorycznie określone parametry zdrowia i nie obejmują w sposób wyczerpujący różnic i odchyleń w stanie zdrowia konkretnego człowieka. Należy zatem, posługując się tymi miernikami zdrowia, traktować je z ostrożnością i weryfikować zawarte w nich dane, na tle komplementarnych odniesień do sytuacji życiowej badanego człowieka. Takie podejście ma swoje umocowanie we współczesnej definicji zdrowia sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia, która traktuje zdrowie nie tylko jako całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale określa je także jako stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, przejawiającego się we wszystkich sferach życiowej aktywności człowieka (Sygit, 2010). Powyższe ujęcie kładzie więc wyraźny nacisk, na działania ukierunkowane na prozdrowotny styl życia i zapobieganie chorobom oraz działania obejmujące osobistą troskę człowieka o jego kondycję psychofizyczną.

W tym kontekście można przyjąć także, że drobne odchylenia od tabel określających wskaźniki stanu zdrowia, mogą być tolerowane i akceptowane przy określaniu parametrów zdrowia konkretnego człowieka, pomimo występujących niezgodności z zalecanym wzorcem czy uznawaną normą. Zdrowie ocenia się na podstawie ustalonych kryteriów, które uznawane są za normę dla danej szerokości geograficznej, uwarunkowań środowiskowych, medycznych, warunków ekonomicznych, politycznych, społecznych itp. W tabeli 1 zostały przedstawione normy żywienia dla ludności Polski (Jarosz i Bułhak-Jachymczyk, 2008). Normy na energię oparte na poziomie średniego zapotrzebowania grupy (EAR), normy na niezbędne składniki odżywcze na poziomach średniego zapotrzebowania grupy (EAR) i zalecanego spożycia (RDA) lub tylko wystarczającego spożycia (AI).

Tabela 1. Definicje norm żywieniowych dla ludności Polski

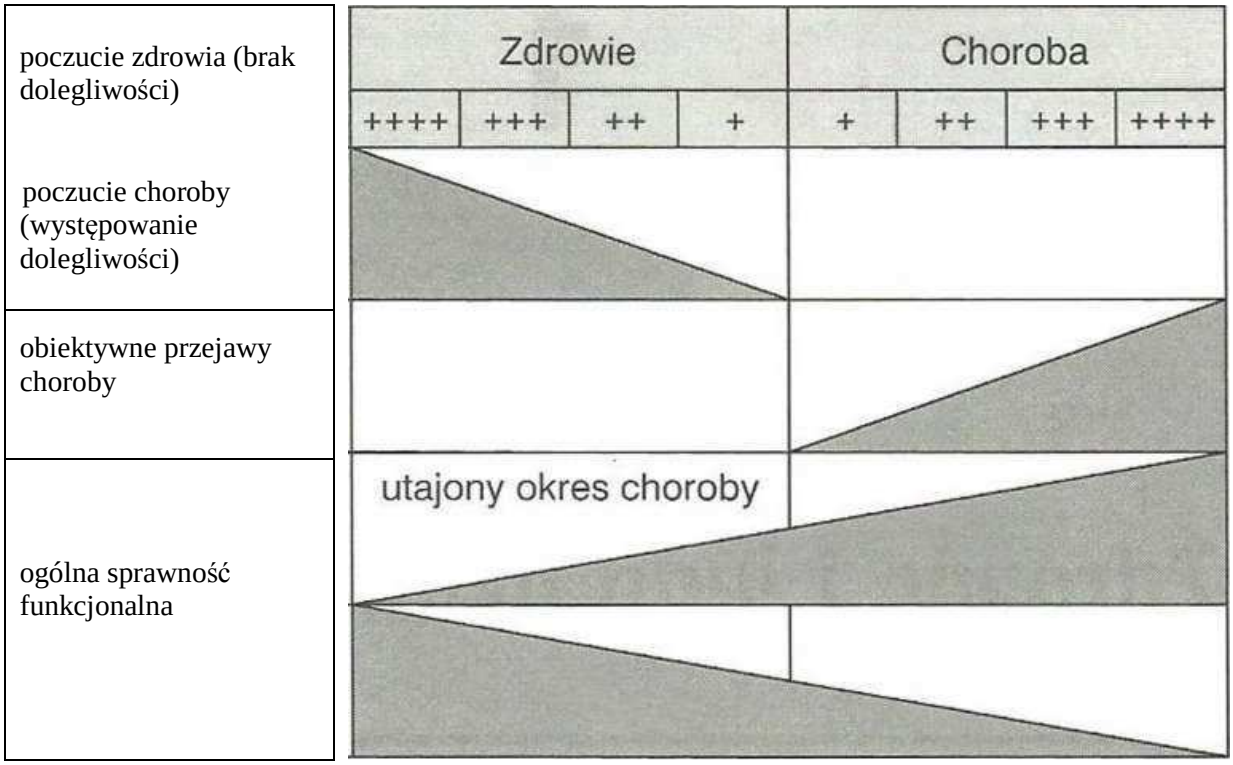
rodzaj (nazwa) normy	nazwa odpowiednika w normach innych krajów	definicja normy
średnie zapotrzebowanie grupy	Estimated Average Requirement (Wielka Brytania 1991, USA 1997-2005) Average Requirement (UE 1992, DACH 2000, NNR 2004)	pokrywa zapotrzebowanie ok.50% zdrowych, prawidłowo odżywionych osób wchodzących w skład grupy
zalecane spożycie	Recommended Dietary Allowances (USA 1989, 1997-2005) Reference Nutritient Intake (Wielka Brytania 1991) Population Reference Intake (UE 1992) Recommendations (DACH 2000) Recommended Intake (NNR 2004)	pokrywa zapotrzebowanie ok. 97.5% zdrowych, prawidłowo odżywionych osób wchodzących w skład grup
wystarczające spożycie*	Adequate Intake (USA 1997-2005) Estimated values (+ Guiding values) (DACH 2000)	uznana na podstawie badań eksperymentalnych lub obserwacji przeciętnego spożycia żywności przez osoby zdrowe i prawidłowo odżywione za wystarczającą dla prawie wszystkich osób zdrowych i prawidłowo odżywionych wchodzących w skład grup

* Norma podawana wówczas, gdy ustalenie normy na poziomie średniego zapotrzebowania nie jest możliwe

Źródło: (Jarosz, Bułhak-Jachymczyk, 2008)

Należy jednak pamiętać, że człowiek dokonuje oceny swego stanu zdrowia obserwując własną wydolność w różnych sytuacjach życia codziennego. Na tej podstawie dokonuje oszacowania posiadanej kondycji psychofizycznej, zdolności podejmowania czynności na rzecz realizacji potrzeb własnych i środowiska, w którym realizuje swoje cele życiowe.

Tabela 2. Wskaźniki zdrowia i choroby według różnych kryteriów (liczba + oznacza stopień nasilenia stanu zdrowia lub choroby, a zaciemnienie obrazuje tendencje zmian danego kryterium)



Źródło: (Kirschner, 2009)

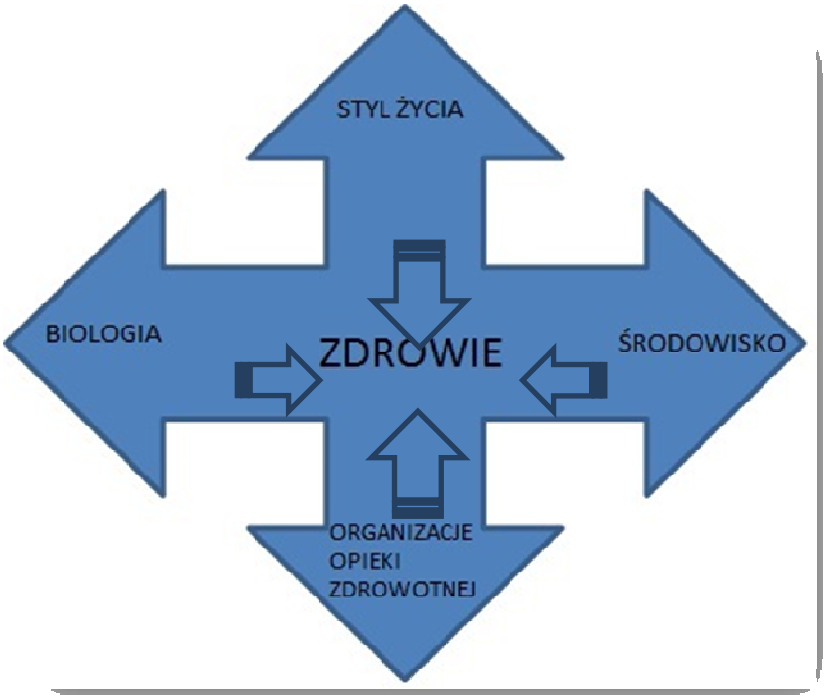
Powyższa samoocena odczuwanego stanu zdrowia ma silny związek z odczuwaniem poziomu i jakości dobrostanu człowieka. To z kolei przekłada się na jego aktywność i relacje z otoczeniem. W konsekwencji na tej podstawie człowiek kształtuje swoją opinię na temat własnego stanu zdrowia.

Zgodnie z przytoczoną definicją zdrowia, człowiek powinien dążyć do sprawowania kontroli nad stanem swego zdrowia, czyli powinien dążyć do eliminowania czynników zagrażających zdrowiu. Jest to zgodne ze zmodyfikowaną definicją zdrowia przez M. Kacprzaka (1888 - 1968 r.) (Sygit, 2010), która prezentuje pogląd, że zdrowie to dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach. Ten wybitny polski przedstawiciel medycyny społecznej wykazuje również, że zdrowie to nie tylko brak choroby i niedomagania, oczekuje się także, że człowiek będzie dążył do tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu i wzmacniających posiadany potencjał.

Kryteria zdrowia można podzielić na subiektywne i obiektywne (Kirschner, 2009). Podstawą pierwszych jest samoocena jednostki, a drugie wynikają z obiektywnych badań, najczęściej medycznych. Subiektywne odczucia stanowią istotny wyróżnik stanu zdrowia, co jest zgodne z treścią cytowanej definicji WHO, w której dobrostan zajmuje czołowe miejsce. Natomiast wykorzystanie kryteriów obiektywnych, wspartych odpowiednimi badaniami, ma znaczenie w ocenie zdrowia pozytywnego, które rozumiane jest jako wielkość rezerw czynnościowych, umożliwiających przystosowanie się organizmu do zwiększonych wyzwań czy obciążeń. Ocena zdrowia dotyczy przede wszystkim jego składowych, takich jak: obecność lub brak obiektywnie stwierdzonych chorób i odchyleń od stanu prawidłowego, występowanie dolegliwości i ocena samopoczucia, odporność na zwiększone obciążenie fizyczne i neuropsychiczne, funkcjonowanie w środowisku społecznym. W skali populacji ma ona zasadnicze znaczenie w zapobieganiu chorobom i promocji zdrowia w wymiarze społecznym, jak również pozwala na ujawnianie zagrożeń stanu zdrowia ludności.

Współczesna nauka dostarcza ludzkości niezbędnych ku temu informacji, wskazując mierniki zdrowia, umożliwiające jego ocenę w skali globalnej i jednostkowej, a także określając czynniki, działania i warunki chroniące zdrowie człowieka. Nie na wszystkie czynniki w wymiarze jednostkowym człowiek ma wpływ. Nauka jednak wyodrębniła także i takie warunki, których przestrzeganie w sposób widoczny, korzystnie stabilizuje dobry stan zdrowia człowieka jako jednostki a nawet dużych zbiorowości, gdy stosowanie się do wskazywanych zaleceń obejmuje znaczącą liczbę osób ją tworzących (Murray, Pizzorno, 1992).

W sposób najbardziej ogólny, czynniki decydujące o stanie zdrowia można podzielić na zewnętrzne (środowiskowe) oraz wewnętrzne (genetyczne) (Kirschner, 2009). Uwarunkowania stanu zdrowia ludności przedstawiono na tzw. polu zdrowia Marc'a Lalonde'a (ryc.1). Wpływ czynników genetycznych na stan zdrowia populacji kształtuje się tylko w granicach 15-20%. Podobnie w przypadku środowiska fizycznego i społecznego oraz opieki zdrowotnej. Największy wpływ na zdrowie ma styl życia. Zdecydowana większość czynników bezpośrednich wpływów środowiskowych zaznacza się poprzez czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, które tworzą materialne zaplecze ludzkiego bytowania. Środowisko społeczne jest również źródłem oddziaływujących na człowieka bodźców psychospołecznych. W nim kształtują się zachowania dotyczące utrzymania zdrowia i rozstrzygają o zdrowotnych losach jednostki.



Ryc. 1. Pole zdrowia Marc'a Lalonde'a
Źródło: opracowanie własne na podstawie Lalonde, 1974

1.2. Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne są bezpośrednim czynnikiem, determinującym w największym stopniu zdrowie człowieka. Są one definiowane w różnoraki sposób, jednak nie ma jednej oficjalnej definicji. Po raz pierwszy tego terminu użył Koos (Sęk, 2005). Przegląd pojęć związanych z zachowaniami zdrowotnymi przedstawił w piśmiennictwie polskim K. Puchalski, prezentując m.in. bardzo szerokie określenie ujmujące zachowania zdrowotne jako zachowania rozpatrywane z punktu widzenia ich znaczenia dla zdrowia, a zdrowotny aspekt zachowań nadaje im zewnętrzny badacz. Określenia zachowań związanych ze zdrowiem używają A. Frączek i E. Stępień definiując je jako, takie czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które bezpośrednio i doraźnie albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego i/lub psychicznego. Węższe ujęcie proponuje Harris i Gutan, definiując zachowania zdrowotne jako zachowania, które jednostka podejmuje w celu ochrony, utrzymania i rozwoju zdrowia niezależnie od obiektywnych efektów zdrowotnych. Kolejna definicja, która akcentuje znaczenie zmiennych psychologicznych dla zachowań zdrowotnych

przedstawiona została przez H. Mazurkiewicz, w którym zachowania zdrowotne „są to wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości poprzez jednostki ludzkie i grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia". Mechanizmy psychologiczne eksponuje DS.Gochman, który uważa, że „zachowania zdrowotne obejmują takie elementy, jak: przekonania (*beliefs),* oczekiwania i przewidywania (*expectations),* motywy, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości oraz wewnętrzne wzorce zachowań, związanych z utrzymaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia". Według I. Heszen–Klemens zachowania zdrowotne mają status aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne, które mogą być zarówno pozytywne jak i negatywne.

Najczęściej zachowania zdrowotne przedstawiane są jako zachowania prozdrowotne oraz antyzdrowotne (Sęk, 2005). W kryterium tym brany jest pod uwagę stosunek do zdrowia oraz konsekwencje wynikające z konkretnych zachowań. Dla psychologii zdrowia najważniejszy jest podział zachowań zdrowotnych na nawykowe oraz intencjonalne i celowe czynności. Pierwszy typ jest wynikiem socjalizacji i można go kształcić od najwcześniejszych lat życia. Do tych zachowań można właśnie zaliczyć nawyki żywieniowe, w których duże znaczenie ma tradycja oraz zwyczaje domu rodzinnego, przekazywane z pokolenia na pokolenie. Natomiast drugi typ pojawia się najczęściej w sytuacjach zmiany życiowej i rozwojowej, m.in. wtedy, gdy wskutek choroby podejmowane są zmiany zachowań zdrowotnych z antyzdrowotnych na prozdrowotne. Kolejnym kryterium podziału zachowań zdrowotnych może być poziom zdrowia – nasilenie choroby. Wyodrębnić można wtedy zachowania w sytuacji zdrowia (promocyjne, profilaktyczne) oraz zachowania w sytuacji choroby (w sytuacji zagrożenia zdrowia). Można również wyodrębnić działania zdrowotne wynikające z roli społecznej, jako rodzicielskie zachowania zdrowotne oraz zdrowotne zachowania medyczne. Pierwsze z nich przejawiają się w prozdrowotnej lub antyzdrowotnej opiece rodzicielskiej, natomiast drugie podejmowane są przez personel medyczny.

Po zapewnieniu podstawowych warunków bytowania populacji, stan jej zdrowia jest zależny od jednostkowych decyzji o znaczeniu zdrowotnym, włączając w to wybory konsumpcyjne (Kirschner, 2009). Wzrastające rozpowszechnienie chorób na tle nieprawidłowego żywienia wskazuje, że ukierunkowanie tych przyzwyczajeń i motywacji często mija się z zapotrzebowaniami zdrowotnymi. Przede wszystkim przejawia się to poprzez nadmiar kalorii i niezrównoważony skład pożywienia, co prowadzi do rozpowszechniania się otyłości, cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych.

W swoim rozwoju człowiek wytworzył różnorodne wzory zachowań związane z żywnością i jej spożywaniem (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Do zachowań zdrowotnych zaliczają się zachowania żywieniowe, które według Narojek (1993) stanowią uzależnione od różnych czynników działania i sposoby postępowania zaspokajające potrzeby żywieniowe. Dotyczą one m.in. sfery wyboru żywności, organizacji procesu nabywania produktów żywnościowych, ich przechowywania, przygotowywania do spożycia. Zachowania żywieniowe można podzielić na nawyki żywieniowe, zwyczaje i obyczaje żywieniowe. Nawyki żywieniowe według Gifta (1972) określa się jako charakterystyczne i powtarzające się zachowania realizowane pod wpływem potrzeby dostarczenia składników odżywczych oraz zapewnienia społecznych i emocjonalnych celów. Nawyki kształtują się w procesie wielokrotnego powtarzania tych samych czynności według wyuczonego wcześniej wzoru (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Dużą rolę w formowaniu nawyków odgrywa wzmacnianie, czyli utrwalanie pożądanych zachowań i eliminowanie niewłaściwych poprzez system nagród i kar. Kolejną kategorią zachowań żywieniowych są zwyczaje żywieniowe, wprowadzone do literatury przez Margaret Mead, która określiła je jako zgodny z kulturą zestaw zachowań odnoszących się do żywienia manifestowany przez osoby indywidualne wychowywane w danej kulturze. Wpływają one znacząco na wybór, jakość, miejsce i sposób spożywania pokarmu. Pojęciem zbliżonym do zwyczaju żywieniowego jest obyczaj żywieniowy, który definiowany jest jako zgodny z kulturą zestaw zachowań odnoszących się do żywienia, ale z punktu widzenia społeczeństwa. Obyczaje podlegają kontroli społecznej a niedostosowanie do nich wywołuje sankcje ze strony otoczenia społecznego.

Jednym z podziałów czynników warunkujących wybór i spożycie żywności przedstawioną przez Gulbicka i Kwasek (2001) jest klasyfikacja wyodrębniająca czynniki zewnętrzne i wewnętrzne (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Do czynników wewnętrznych zostały zaliczone czynniki biologiczne (płeć, wiek, stan fizjologiczny, stan zdrowia), czynniki demograficzne (typ gospodarstwa domowego, liczba osób w gospodarstwie), czynniki ekonomiczne (poziom dochodów, stan oszczędności, mieszkanie), czynniki społeczno - zawodowe (wykształcenie) oraz czynniki psychospołeczne (postawy i poglądy żywieniowe, moda i naśladownictwo, obyczajowość i wierzenia religijne, podział ról i zadań w rodzinie). Natomiast do czynników zewnętrznych zaliczane są czynniki geograficzne oraz polityczno – gospodarcze.

Przedstawione definicje i podziały zdrowia oraz zachowań zdrowotnych nie wyczerpują tematu, mają na celu jedynie wprowadzenie do tematu niniejszej rozprawy.

1.3. Wpływ stylu życia rodziny na zdrowie dzieci

Jednym ze wskazywanych czynników determinujących stan zdrowia jednostek i zbiorowości jest styl życia, określający preferencje i dokonywane przez człowieka wybory. Determinuje je wiele czynników takich jak polityka państwa, wzorce społeczne, umiejętność radzenia sobie ze stresem, kultura osobista, jakość przyswojonych informacji, aktywność mediów i uwarunkowania socjalno-bytowo-ekonomiczne. Mają one wpływ na wszelkie sfery życia człowieka, więc i na jego zdrowie. Człowiek, nawet w trudnych dla siebie warunkach może dbać o swoje zdrowie, jeśli będzie rozumiał znaczenie swoich działań i będzie chciał działać skutecznie. Działania człowieka mogą okazać się ryzykowne lub wręcz szkodliwe dla jego zdrowia. Dotyczy to np. sposobu odżywiania się, a prawidłowa dieta sprzyja umacnianiu zdrowia (Kunz, 1984).

Styl życia w nurcie badań medycznych i epidemiologii behawioralnej definiowany jest jako „luźno powiązany zespół zachowań, charakterystyczny dla danej jednostki lub grupy społecznej, mający istotne znaczenie dla zdrowia" (Sęk, 2005). W związku z powyższym określeniem, wyróżnić można prozdrowotne i antyzdrowotne style życia. Do pierwszych zaliczyć można prozdrowotną dietę, aktywność fizyczną, racjonalny wypoczynek, powstrzymywanie się od zachowań szkodliwych i radzenie sobie ze stresem, natomiast do drugiego typu, koncentracja na pracy, pośpiech, rywalizacja i nastawianie na osiąganie sukcesów. Styl życia zdrowotnego jest odzwierciedleniem procesów socjalizacyjnych i składa się z utrwalonych w jednostce wzorów nawyków pozytywnie lub negatywnie związanych ze zdrowiem. W socjologii na styl życia składają się przede wszystkim wzory przejęte na drodze socjalizacji, stąd typowe style życia związane są z poszczególnymi grupami społecznymi oraz całym społeczeństwem. Natomiast z psychologicznego punktu widzenia styl życia można określić jako „charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych, uwarunkowanych cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi."

Nieprawidłowy dobór i złe przetwarzanie produktów pokarmowych, wpływa niekorzystnie na stan zdrowia, sprzyjając powstawaniu zmian w funkcjonowaniu organizmu człowieka a w konsekwencji może sprzyjać osłabieniu odporności układu immunologicznego

i powstawaniu wielu chorób oraz osłabieniu kondycji psychofizycznej (Dokument WHO 1988).

Postępowanie człowieka w dużym stopniu warunkowane jest poprzez oddziaływania ze strony osób, z którymi kontaktuje się on z racji pełnienia różnych ról społecznych (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Zachowania jednostki może być efektem naśladowania innych, m.in. rodziny, która w literaturze przedmiotu definiowana jest (Szczepański, 1970) jako "mała grupa pierwotna złożoną z osób, którą łączy stosunek małżeński i rodzicielski oraz silna więź międzyosobnicza". Rolą tej grupy jest utrzymanie ciągłości biologicznej a także wprowadzanie w zasady i pojęcia związane z rolami społecznymi i kulturowymi (Murynowicz-Hetka, 2007). Rodzina dla tej grupy społecznej jest fundamentem, gwarantem jej rozwoju i stabilności (Sieradzki, 1990).

Wincenty Okoń doprecyzowuje definicję rodziny definiując ją jako trwałą i stabilną grupę składającą się z rodziców i ich dzieci i krewnych (Okoń, 2001). Autor podkreśla, że rodziców łączy wzajemna więź małżeńska, różniąca się od więzi rodzicielskiej, jaka się rodzi między rodzicami a dziećmi. Wpływa ona na proces wychowywania dzieci przez rodziców i innych krewnych, tworzących środowisko rodzinne. W rodzinie tak rozumianej istnieje jasny zakres zadań i oczekiwań. Istnieje także więź formalna określająca obowiązki rodziców i dzieci względem siebie. W tym ujęciu wyraźnie podkreślone są więzi zachodzące między wszystkimi członkami tej zbiorowości, z uwzględnieniem kontekstów prawnych, kulturowych, psychologicznych i społecznych, wyznaczających postawy i jakość relacji członków tej zbiorowości wobec siebie. Na podstawie tych definicji, można przyjąć, że rodzina stawia swoim członkom jasne oczekiwania względem postaw i zachowań a także celów i dążeń.

Rodzina jest jedyną grupą społeczną bazującą na czynnikach biologicznych i naturalnych, w której emocje, więzy miłości i pokrewieństwa nabierają najwyższego znaczenia. (Tyszka, 1976). Jest jedyną grupą zbudowaną na silnych uczuciach, gdzie prawo interweniuje wyjątkowo dla umocnienia więzów wspólnoty. Ale rodzina wewnątrz swojej organizacji stanowi własne prawo wiążące wszystkich jej członków (Adamski, 1998). Rodzina zatem, krótko mówiąc, "jest niezastąpionym fundamentem życia, normalnego rozwoju i wzrostu człowieka, a zarazem warunkiem normalnego rozwoju narodu, jego kultury, gwarantem jego przyszłości" (Sieradzki, 1990).

Życie w rodzinie jest szczególnym rodzajem uzależnienia od siebie, podzielaniem myśli, uczuć, praw, obowiązków bezgranicznego zaufania do siebie (Pielkowa, 1985). Ten specyficzny rodzaj zależności występuje w rodzinie między rodzicami, rodzicami do dzieci, dziećmi miedzy sobą. We współpracującej rodzinie wszyscy dzielą się obowiązkami, wspierają się w problemach ucząc się sposobów radzenia sobie ze stresem, cieszą się z osiągnięć razem. Podzielając ten pogląd Ziemska M., podkreśla fakt, że rodzina przygotowuje swoich członków, dzieci do przyszłych ról społecznych, kształtując ich postawy, zachowania i struktury osobowości (Ziemska, 1975).

Do najistotniejszych cech rodziny zaliczyć należy za Adamskim F. (Adamski, 1998) należy wyraźny podział pokoleniowy, intymność stosunków, wspólne: zamieszkiwanie, nazwisko, własność, tradycje rodzinne. Życie rodzinno - małżeńskie toczy się w stałych ramach według społecznie akceptowanych zasad umożliwiających funkcjonowanie grupy. Rodzina to także środowisko uwarunkowań genetycznych, rodzących skutki somatyczne. Sposób rozumienia pojęcia zdrowia, ranga jego wartości, jakość norm, zasad i zachowań zdrowotnych, to podstawowe determinanty kształtowane, przekazywane dzieciom i utrwalane w rodzinie.

Rodzina jako podstawowa grupa społeczna pełni istotne role społeczne, zaspokajając również potrzeby psychiczne, emocjonalne i społeczne swoich członków. Rodzina ma więc wpływ na zdrowie społeczne swoich członków, gdyż wyznacza ich miejsce w klasyfikacji społecznej. Wzorce zachowań, panujących w rodzinie, determinują jakość komunikowania się jej członków z otoczeniem. Problemy własne poszczególnych członków rodziny mają znaczący wpływ na całe środowisko rodzinne a szczególnie na osoby bezpośrednio uwikłane w problemy takie jak np. alkoholizm, utrata pracy, zdrady, rozstania itp. traumatyczne zdarzenia. Kształtują one zdrowie psychiczne członków rodziny w zależności od ich wyjściowego stanu zdrowia, fazy rozwoju, posiadanego wsparcia i umiejętności radzenia sobie z trudnościami.

Rodzina ze względu na swoją strukturę, charakter, komplementarność i ciągłość oddziaływania dostarcza swoim członkom wzorców, opisów i praktyk. Wiedza poszczególnych członków rodziny jest przekazywana pozostałym, a ci członkowie, którzy ze względu na pełnione role mają status osób znaczących, mają przywilej wyznaczania i wdrażania obowiązujących wszystkich pozostałych członków, praw. Szczególnie silna zależność w tym względzie występuje między znaczącymi członkami rodziny a dziećmi.

Osoby znaczące opierając się na posiadanej wiedzy, przekonaniach, tradycjach lub wyznawanych wartościach, często wdrażają je w rytuał dnia codziennego, oczekując uległości. Małe dzieci długo pozostają pod przemożnym wpływem osób dorosłych. Wpływ ten jest tym większy im większa jest presja (siłowa lub uczuciowa) i konsekwencja osoby dorosłej. Ponieważ w środowisku rodzinnym od najwcześniejszego etapu swojego rozwoju dziecko powoli poznaje świat, jego prawa i hierarchie, przyjmuje najczęściej to, co go otacza z zaufaniem. Dopiero po latach może nabierać wraz z nowymi przyswajanymi informacjami i wzorcami wątpliwości i chęci dokonywania zmian. Rodzina wpaja dzieciom wiedzę, ale uczestniczy także we wspólnym działaniu dostarczając praktycznych wzorców i kształtując nawyki, z którymi potem nie jest łatwo zerwać, gdyby okazały się niekorzystne dla zdrowia. Jeśli dotyczy to na przykład sposobu odżywiania się, to rodzina zapewnia dostęp do produktów, które uważa za zdrowe i pożywne. Sposób, jakość i rodzaj ich przetwarzania, często są w rodzinie przekazywane z pokolenia na pokolenie, kształtując smak i upodobania. Jest wskazane, żeby proces ten odbywał się świadomie, w oparciu o rzetelną i poprawną merytorycznie informację. Dziecko w prawidłową wiedzę i pożądane dla zdrowia praktyki żywieniowe można wdrażać poprzez wspólny wybór i zakupy produktów i wspólne przygotowywanie posiłków. Dziecko powinno być świadome, dlaczego i co ma spożywać by zapewnić organizmowi niezbędne produkty. Również okoliczności i zwyczaje towarzyszące posiłkom spożywanym w domu, są uzależnione od wielu czynników, począwszy od uwarunkowań ekonomicznych, poprzez akceptowane a wyniesione z domu wzorce kulturowe i umiejętności organizacyjne. Rodzice, często zasłaniając się brakiem czasu, posiłkują się przetworzonymi produktami lub dają dzieciom pieniądze, by dziecko samo zakupiło posiłek. Często nikt nie kontroluje jakości i wielkości spożywanych przez dziecko produktów. W wielu rodzinach nie spożywa się posiłków w określonych porach, a posiadana wiedza o zdrowym sposobie odżywiania się, nie jest stosowana w praktyce. Duże utrudnienie organizacji wyżywienia członków rodziny sprawia dostępność szeregu produktów przetworzonych, skracających czas przygotowania posiłku w domu lub posilania się nimi poza domem w różnych jadłodajniach.

Ludzie często, czując presję braku czasu, myślą że ważniejszy od jakości jest fakt spożycia pokarmu. Gorzej, że dorośli nie zdają sobie sprawy z faktu, że ich postępowanie w tym zakresie jest obserwowane i powielane, uważane za słuszne i zdrowe. To wskazuje na następny czynnik, kształtujący nieprawidłowe nawyki w sposobie odżywiania się,

dostarczanie organizmowi nadmiaru produktów, zawierających składniki niezdrowe i w efekcie sprzyjający otyłości i chorobom powstającym w jej następstwie.

Bardzo istotnym czynnikiem leżącym u podstaw zdrowego odżywiania się jest wiedza o zdrowiu i przypisywanej zdrowiu wartości. Przeciętny człowiek w ciągu swego życia wielokrotnie poznaje informacje o zdrowym odżywianiu się. Ciągle jeszcze wiele osób do wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania nie stosuje się. Dowodem na poprawność tej tezy jest systematyczny wzrost problemu otyłości w rodzinach na całym świecie. Można jednak założyć, że osoba przypisująca zdrowiu wartość wysoką, będzie zainteresowana wyszukiwaniem i stosowaniem się do informacji na temat czynników sprzyjających zdrowiu. Zachowania zdrowotne mają istotny wpływ na rozwój i stan zdrowia w dzieciństwie i młodości. Ukształtowane w tym okresie, decydują o stylu życia w wieku dojrzałym. Amerykańscy badacze dowodzą, że jeśli 15 dzieci ma stwierdzoną nadwagę w dzieciństwie to w życiu dorosłym 10 z nich będzie cierpiało na otyłość w wieku dorosłym. Wadliwie zachowania zdrowotne są obecnie główną przyczyną chorób układu krążenia, nowotworów, niepełnej sprawności ludności w Polsce. One także mogą mieć swoje źródło we wzorcach napotykanych w rodzinie (bardzo mały odsetek naukowcy przypisują uwarunkowaniom genetycznym). Dzieci są bardziej podatne na powtarzanie we wczesnej młodości zachowań przez długie lata napotykanych w rodzinie, szczególnie jeśli przejawiały je osoby znaczące np. któryś z rodziców.

Dlatego tak ważne jest wdrażanie w rodzinie zachowań sprzyjających zdrowiu (prozdrowotnych, pozytywnych) takich jak: aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymywanie czystości ciała i otoczenia, zapewnienie bezpieczeństwa, utrzymywanie właściwych relacji miedzy ludźmi, radzenie sobie ze stresem.

Rodzina także powinna uczyć, jak należy unikać zachowań zagrażających zdrowiu (antyzdrowotnych, negatywnych) takich jak: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających; brak aktywności fizycznej, nieracjonalne odżywianie się niedostatek zachowań prozdrowotnych stwarza także ryzyko dla zdrowia (Woynarowska, 1995).

Szczególną dbałość należy wykazywać w odniesieniu do procesu wychowywania dzieci i uczenia ich, jak zdrowo mogą żyć. W. Wentlandowa (za: Demel, 1997) przekazuje następującą tezę: "Wychowywać należy tak, aby każdy chciał i umiał zdrowie doskonalić,

chronić i ratować," a że należy to czynić od najmłodszych lat przekonują nas o tym słowa J. Korczaka, wielkiego przyjaciela dzieci "...wali się dach, bo zaniedbano fundament budowli..."

Rozdział 2. Problem otyłości i nadwagi.

2.1. Definicje nadwagi i otyłości

Otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzeń homeostazy energii (Tatoń i wsp., 2007), a jej pierwotną przyczyną są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej. W definicji otyłości należy łączyć nadmiar tkanki tłuszczowej z patofizjologicznymi skutkami tego stanu, dlatego bardzo ważną rzeczą jest ustalenie prawidłowego wskaźnika masy ciała (BMI) zarówno u dorosłych jak i u dzieci. Przyjmuje się, że BMI stanowi współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach (masa [kg]/wzrost^2). Jest on powszechnie stosowany przy analizie uzyskiwanych przez człowieka parametrów, choć nie można przy zastosowaniu wskaźnika BMI dokonać oceny zawartości tłuszczu w ciele badanej osoby (Poskitt, 1995). Optymalny wynik BMI, według Światowej Organizacji Zdrowia, wynosi dla kobiet 22-25, natomiast dla mężczyzn 23-27. BMI powyżej 25 (kobiety) oraz 27 (mężczyźni) świadczy o nadwadze (Dokument WHO, 1988). Nieprawidłowy poziom BMI wywołuje poważne skutki zdrowotne, co ilustruje poniższa tabela.

Tabela 3. Normy BMI według WHO

klasyfikacja masy ciała	wartość współczynnika BMI		ryzyko chorób towarzyszących otyłości
	kobiety	mężczyźni	
niedowaga	19	20	minimalne, ale zwiększone ryzyko innych problemów zdrowotnych
norma	19 – 24	20 – 25	minimalne
nadwaga	24 - 30	25 – 30	średnie
I° otyłości	30 – 34,9		wysokie
II° otyłości duża otyłość	35 – 39,9		bardzo wysokie
III° otyłości otyłość chorobliwa	30 – 40 i więcej		ekstremalny poziom ryzyka

Źródło: (Raport of WHO,1997)

Należy podkreślić, że zawarte w tabelach wartości trzeba traktować ostrożnie, jako kryterium odniesienia a nie dosłowne kryterium. Wskaźniki BMI zawarte w tabelach,

zawierają w różnych opracowaniach dużą tolerancję i rozpiętość. Wskaźnik ten powinien być rozpatrywany komplementarnie z innymi wynikami badań a także w kontekście samopoczucia badanej osoby i jej sytuacji życiowej. Wyznaczony pożądany współczynnik, różni się także w odniesieniu do faz rozwoju człowieka, nie tylko wartością, ale także sposobem obliczania. Szczególną ostrożność należy również zachować przy analizie BMI w odniesieniu do dzieci (mają one adaptowany dla swojej grupy wiekowej wskaźnik, nie można więc stosować u dzieci bezpośrednio wyliczonego BMI (Troiano, 1995). Nie stosuje się go także u dzieci poniżej drugiego roku życia, kobiet ciężarnych, osób w zaawansowanym wieku, obarczonych przewlekłymi schorzeniami oraz sportowców, mających rozbudowaną tkankę mięśniową. Przyjmuje się, że im wyższe BMI, tym większe zagrożenia dla zdrowia i życia (Jarosz, 2008).

Ocena znaczenia wielkości masy ciała u dzieci jest dość trudna (Tatoń i wsp., 2007). Pediatra w ocenie stanu odżywienia dziecka uwzględnia pojęcie prawidłowej i należnej masy ciała, które są podstawą szeroko stosowanej siatki percentylowej, wyznaczającej zależność wzrostu i masy ciała od wieku dziecka w granicach wartości uznawanych za prawidłowe lub nieprawidłowe. Metoda ta jest metodą obiektywizowania oceny rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży na podstawie porównywania przedziałów zmienności cech w różnych fazach ich rozwoju (Palczewska i Niedźwiecka, 1999). Umożliwia ona wnioskowanie o jakości rozwoju dziecka przez analizę jego parametrów, takich jak: wzrost, waga, przyrost masy ciała, tkanki tłuszczowej i obwodu głowy. Przedziały zmienności cech wyrażane są w odsetkach (centylach), zawartych w tabelach opracowanych dla poszczególnych kategorii wiekowych. Przyjmuje się, że takie wartości, które mieszczą się w zakresie wartości średniej ± wielkość dwóch odchyleń standardowych od średniej, można uznać za normalne (Tatoń i wsp., 2007). Dzieci, których masa ciała nie odpowiada percentylowej wartości określonego wyżej przedziału, można uznać za otyłe (wyższe percentyle) lub zbyt szczupłe (niższe percentyle). Dokładniejsza analiza podaje, że określenia niedowaga stosuje się poniżej 5-tego percentyla, normalna waga – od 5 do 85-tego percentyla a nadwaga – od 85 do 95-tego percentyla (Palczewska i Niedźwiecka, 1999). Należy podkreślić, że siatki centylowe dla dziewczynek i chłopców różnią się. Wpisywane na siatkę parametry tworzą krzywą, którą należy porównać z przedziałami modelowej dla danego wieku i płci siatki centylowej. Znaczące odstępstwa od wyznaczonych norm, wymagają analizy lekarskiej. Przyjmuje się, że wartość średnia to 50 centyli, wartość dolną określa się na poziomie 3-5 centyli a wartość górną wyznacza wielkość 95-97 centyli. Trudność w ocenie klinicznego znaczenia wielkości masy ciała u dzieci wynika także z obserwacji, że u wielu dzieci występuje zjawisko akceleracji wzrostu (Tatoń i wsp.,

2007). Większy wzrost kojarzy się z większą masą ciała, co sprawia, że kliniczne znaczenie pojęcia fizjologicznej normy, przyjętej na podstawie najczęstszego występowania danej cechy w populacji, jest ograniczone.

Otyłość zalicza się do chorób cywilizacyjnych o charakterze przewlekłym. Etiologia tego schorzenia jest złożona. Uważa się, że otyłość warunkują czynniki genetyczne (ok. 20% przypadków) (Świerczyński i wsp., 1997), uszkodzenie podwzgórza mózgu, zaburzenia czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego i działanie niektórych przyjmowanych leków. Otyłości często towarzyszy niska podstawowa przemiana materii (Kielar, 1995). Podstawowa przemiana materii to porcja energii, która w warunkach spoczynku jest niezbędna do utrzymania niezbędnych czynności życiowych. U osób szczupłych pochłania ona 50-70% dziennego wydatku energetycznego, u otyłych - znacznie mniej (Basedevant i wsp., 1993), dlatego większa ilość energii może być zmagazynowana w tkance tłuszczowej.

Człowiek powinien dostarczać swojemu organizmowi pożywienie bogate we wszystkie składniki odżywcze, zaspokajające potrzeby organizmu dla zachowania dobrego stanu zdrowia, wyczerpujące jego zapotrzebowanie na energię pozwalającą mu utrzymać optymalną kondycję życiową. W literaturze przedmiotu (Jarosz, 2008) pojęcie normy żywienia odnosić należy do ilości energii i składników odżywczych wyrażanej w przelicznikach na jedną osobę i jeden dzień. Wskazywane przeliczniki powinny uwzględniać takie czynniki, jak zapotrzebowanie konkretnego człowieka na składniki odżywcze w kontekście jego wieku, płci, faz aktywności życiowej, stanu zdrowia, stylu życia oraz warunków ekonomicznych (Jarosz, 2008).

Przy planowaniu dziennego zapotrzebowania kalorycznego, należy mieć na uwadze konieczność zachowania równowagi kalorycznej między posiłkami. Zapewnia to prawidłowy dobór potraw oraz zachowanie zasady, że istnieje podział posiłków na główne: śniadanie, obiad, kolacja oraz na posiłki podtrzymujące: drugie śniadanie i podwieczorek. Przyswajane przez człowieka produkty spożywcze muszą zawierać składniki, które są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, a których organizm prawie sam nie wytwarza. Należą do mich mineralne składniki, które stanowią około 4% masy ciała. Na tę ilość składa się 46 składników, a 30 z nich uważa się za niezbędne do życia.

Przykładowy rozkład kalorii w posiłkach dziennych, przy wartości racji dziennej np. 1800 kalorii powinien kształtować się następująco (Wolnicka, 2008):

Pierwsze śniadanie	25-30%
Drugie śniadanie	5-10%
Obiad	30-35%
Podwieczorek	5-10%
Kolacja	20-25%

Normy żywienia według Rychlik i Jarosz (2008) określają ilość energii i składników pokarmowych które, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, uznaje się za wystarczające do zaspokojenia potrzeb żywieniowych wszystkich osób zdrowych w danej grupie. Przy stosowaniu ich w odniesieniu do poszczególnych osób należy wziąć pod uwagę istnienie znacznych indywidualnych różnic w zapotrzebowaniu na energię i niezbędne składniki pokarmowe, występujących także w obrębie grup jednorodnych pod względem wieku, płci i stanu fizjologicznego. Instytut Żywności i Żywienia opracował w 2008 r. normy żywienia na podstawie średniego zapotrzebowania grupy, które są wykorzystywane przy planowaniu i ocenie spożycia żywności. Najważniejszymi czynnikami determinującymi zapotrzebowanie organizmu na energię i składniki pokarmowe jest wiek i płeć, a także stan fizjologiczny, wymiary (masa i wysokość) oraz skład ciała (zawartość tkanki tłuszczowej), aktywność fizyczna czy warunki klimatyczne. W normach dla dzieci i młodzieży wyróżniono 6 grup wiekowych: 1-3, 4-6, 7-9, 10-12, 13-15 i 16-18 lat. Do 9. roku życia normy są takie same dla chłopców i dziewcząt, natomiast w przypadku trzech starszych grup wiekowych uwzględniono już podział na płeć. W tabeli 4 zostały przedstawione normy na energię, które uwzględniają wiek, płeć, masę ciała oraz aktywność fizyczną.

Tabela 4. Normy na energię, białko i tłuszcz dla dzieci i młodzieży

Grupa Wiek	Energia (kcal)			Białko (g)		Tłuszcz* (g)		
	Aktywność fizyczna			EAR	RDA	Aktywność fizyczna		
	mała	umiarkowana	duża			mała	umiarkowana	duża
Dzieci								
1-3 lata		1000		12	14		33-39	
4-6 lat		1400		16	21		47-54	
7-9 lat	1600	1800	2100	23	30	53-62	60-70	70-82
Chłopcy								
10-12 lat	2050	2400	2750	32	42	38-80	80-93	92-107
13-15 lat	2600	3000	3500	45	58	87-100	100-117	117-136
16-18 lat	2900	3400	3900	54	64	97	113	130
Dziewczęta								
10-12 lat	1800	2100	2400	31	41	60-70	70-82	80-93
13-15 lat	2100	2450	2800	43	56	70-82	82-95	93-109
16-18 lat	2150	2500	2900	44	53	72	83	97

EAR – średnie zapotrzebowanie grupy
RDA – zalecane spożycie
* Dolny przedział wartości normy na tłuszcz w wieku 1-15 lat odpowiada 30% energii z tłuszczu, górny – 35%; norma w wieku 16-18 lat odpowiada 30% energii z tłuszczu.
Źródło: (Jarosz i Buhak-Jachymczyk, 2008)
.

Kolejna tabela przedstawia przykładowe wymagania wybranych składników odżywczych w stosunku do wagi i wieku dziecka – należy jednak zwrócić uwagę, że podsumowanie to tyczy się tylko dzieci zdrowych. Na etapie rozwoju często w zależności od trybu życia – dane te mogą ulec zmianie.

Nadmiar składników odżywczych wytwarzających energię, wywołuje zaburzenia homeostazy jest odkładany i gromadzony przez organizm w postaci tkanki tłuszczowej (u mężczyzn powyżej 25%, a u kobiet powyżej 30% masy ciała). Zjawisko to ilustruje poniższy wzór (Goldberg GAIK British Nutrition Foundation) na bilans energetyczny: energia pozyskana = energia wydatkowana ± zmiana w zasobie energii.
Przyjmowana w pokarmach i wytwarzana energia nie ulega zniszczeniu. Zmienia się w swej formie i jako tkanka tłuszczowa jest odkładana tworząc znaczne obciążenie dla organizmu, sprzyjając powstawaniu wielu niekorzystnych dla zdrowia zjawisk. Oczywiście ilość gromadzonej energii jest uzależniona od wielu czynników począwszy od uwarunkowań genetycznych poprzez aktywność fizyczną człowieka, preferowany styl życia, środowisko i nawyki kulturowe, a także jego sytuację ekonomiczną.

Nadmiar energii gromadzony jest przez organizm w postaci tkanki tłuszczowej Rozróżnić można dwa typy rozmieszczenia podściółki tłuszczowej: otyłość brzuszną (androidalną) i pośladkowo-udową (gynoidalną), które rozgranicza wartość wskaźnika WHR (obwód pasa/obwodu bioder) (Expert Panel..., 2001). Otyłość brzuszna to: u mężczyzn wartość wskaźnika > 1, u kobiet > 0,8, a także obwód pasa u mężczyzn > 102 cm lub już > 94cm, a u kobiet > 88 cm lub > 80 cm w zależności od przyjętych kryteriów (Alberti i wsp., 2005). McCarthy i Ashwell otyłość brzuszną u dzieci i młodzieży rozpoznają, bez względu na płeć, gdy obwód pasa dziecka jest równy lub większy niż połowa jego wysokości (McCarthy i Ashwell, 2006).

Człowiek z nadmiernie rozwiniętą tkanką tłuszczową zmienia swoją aktywność fizyczną, gdyż nadmiar tkanki tłuszczowej zmniejsza jego wydolność do wysiłku. Ograniczana przez człowieka aktywność w zakresie ruchu oraz siedzący tryb życia przy równoczesnej nadwyżce składników pokarmowych wytwarzających energię pogłębia problem. Odczuwane przez człowieka objawy zmniejszającej się sprawności organizmu wpływają na jego wybory w zakresie stylu życia. Odczuwając zmęczenie, bóle stawów, zaburzenia sercowo-krążeniowe, oddechowe i wydalnicze człowiek zaczyna preferować spokojniejsze zajęcia, ogranicza wysiłek ale nie przestaje dostarczać organizmowi produktów zbyt bogatych w składniki odżywcze. Sytuacja ta wpływa na powstawanie dolegliwości zdrowotnych a w efekcie często rodzi skutki w postaci chorób wyniszczających organizm człowieka i mocniej pogłębiających odczuwanie zanikającej sprawności organizmu. Do wyżej wymienionych objawów mogą dołączyć nowe związane z chorobami takimi jak cukrzyca, choroby skóry, choroby nowotworowe, zaburzenia snu (Wang i wsp., 2002).

Tabela 5. Relatywne ryzyko problemów zdrowotnych towarzyszących otyłości

Wysokie (relatywne ryzyko znacznie przewyższa 3)	Umiarkowanie podwyższone (relatywne ryzyko 2-3)	Nieznacznie podwyższone (relatywne ryzyko 1-2)
Cukrzyca typu II	Choroba wieńcowa	Choroba nowotworowa (rak sutka w okresie pomenapauzalnym, rak macicy, jelita grubego)
Choroba pęcherzyka żółciowego	Nadciśnienie tętnicze	Zaburzenia w wydzielaniu hormonów płciowych
Dyslipidemia	Zapalenie kostnostawowe (kolana)	Torbielowatość jajników
Odporność na insulinę	Zwiększony poziom kwasu moczowego we krwi	Osłabienie płodności
Duszność		Ból krzyża
Zaburzenia oddychania w czasie snu		Zwiększone ryzyko komplikacji po narkozie
		Wady płodu związane z otyłością matki

Źródło: (Raport of a WHO, 2000)

Ryzyko rozwoju tych zaburzeń jest związane z gromadzeniem się u otyłych dorosłych wewnątrzbrzusznej tkanki tłuszczowej, co jest przyczyną rozwoju wielu śmiertelnych chorób (Tatoń, 1995). Tak więc głównym czynnikiem prognostycznym jest dokładnie określona ilość oraz rozmieszczenie tłuszczu w ciele osobnika otyłego.

Rozwijające się nadwaga i otyłość wywołują zaburzenia funkcji wielu narządów i są przyczynami różnych chorób (Jarosz, 2008). Wśród powikłań psychosocjalnych wymienić można złą samoocenę, lęk, depresję zaburzenia jedzenia, izolację od otoczenia czy gorsze wyniki w szkole. Inne powikłania to powikłania neurologiczne (guz rzekomy mózgu), endokrynologiczne (insulinooporność, cukrzyca typu 2, przedwczesne dojrzewanie, zespół policyklicznych jajników, hipogonadyzm), sercowo-naczyniowe (zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, koagulopatia, dysfunkcja śródbłonka), płucne (zespół nocnego bezdechu, astma, nietolerancja ćwiczeń fizycznych), żołądkowo-jelitowe (choroba refluksowa przełyku, choroba stłuszczeniowa wątroby, kamica żółciowa, zaparcia stolca), nerkowe (stwardnienie kłębuszków nerkowych) oraz mięśniowo-szkieletowe (bóle pleców, zwichnięcie nasady głowy kości udowej, złamanie przedramienia, płaskostopie).

Zwiększona masa ciała niezależnie od związanych z tym faktem dolegliwości rodzi także skutki społeczne. Osoby otyłe nie są brane pod uwagę w wielu aspektach ważnych dla

człowieka dziedzin życia społecznego. Często mają niepowodzenia w relacjach społecznych w związku z brakiem atrakcyjności swojego wyglądu dla potencjalnych partnerów czy pracodawców. Z tego powodu zmienia się jakość ich życia i pogłębia się izolacja w środowiskach ich aktywności społecznej. To z kolei rodzi nowe skutki w postaci obniżania się samooceny. W środowisku dzieci i młodzieży otyłość jeszcze nie jest akceptowana, pomimo powszechności jej występowania. Dzieci i młodzież z nadwagą czy otyłością narażone są na negatywne opinie i oceny innych, co w niektórych przypadkach przeradza się w ucieczkę właśnie w jedzenie.

Podsumowując można powiedzieć, że zarówno nadwaga jak i otyłość jest chorobą przewlekłą o złożonym genetyczno-środowiskowym podłożu, charakteryzującym się nadmiernym rozwojem tkanki tłuszczowej i zwiększeniem masy ciała powyżej normy.

2.2. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce i na świecie

Według ustaleń International Obesity Task Force (IOTF - Międzynarodowa Grupa ds. Otyłości) z 2004 r. u 155 mln dzieci na świecie będących w wieku szkolnym stwierdza się nadwagę lub otyłość (Cole i wsp., 2000). Według raportu wśród nich 30–45 mln to otyłe dzieci w wieku 6–17 lat oraz 22 mln – to otyłe dzieci poniżej 5 lat (International…, 2004). W 1998 r. Światowa Organizacja Zdrowia oficjalnie ogłosiła otyłość ogólnoświatową epidemią, która obejmuje dorosłych i dzieci (Dokument WHO, 1998).

W krajach rozwiniętych oraz w krajach szybko rozwijających się, w ostatnich dwudziestu latach obserwowany jest wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, w ramach badań *The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES*), wykonywanych od 1963 roku, stwierdzono, że wzrost otyłości nie ma charakteru okresowego, ale wykazuje tendencję długofalową (Ogden i wsp., 2002). W badaniu tym wykazano, że nadwaga występuje u 10,2% dzieci w wieku 2–5 lat, u 15,0% w wieku 6–11 lat oraz 14,9% wśród młodzieży (12–19 lat), natomiast otyłość wśród amerykańskich dzieci w wieku 0–23 miesiące, 2–5 lat, 6–11 lat i młodzieży wynosiła odpowiednio 11,4;10,4; 15,3 i 15,5%. W tym czasie częstość otyłości u młodzieży w wieku 12 - 19 lat w Stanach Zjednoczonych zwiększyła się trzykrotnie (z 5% do 15%), a w ostatnim dwudziestoleciu częstość otyłości w tym kraju wzrastała z szybkością 0,5% na rok.

Tabela 6. Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w Polsce i w innych krajach (%)

kraj	rok badania	wiek badanych (w latach)	nadwaga	otyłość	źródło
Rosja	1992	6-18	10,0	6,0	Wang Y., Monteiro C, Popkin BM. 2002 str.971-977
Chiny	1993	6-18	3,4	3,6	Wang Y., Monteiro C, Popkin BM. 2002 str.971-977
Australia	1995	12-15	16,0	6,8	Magarey AM, Daniels AL, Bulton TJ. 2001 str.561-564
USA	1999-2000	12-19	30,4	15,5	Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD. 2002 str. 1728-1732
Kanada	2000	12-17	19,8	9,4	Canadian Community… 2005 no. 82-620.
Francja	2001	12	17,5	5,2	Klein-Platat C, Wagner A, Haan MC i wsp. 2003, str.153-158
Polska	2005	12-15	8,8	4,5	Wojtyniak B., Goryński P. 2008 str. 27

Źródło: (Wojtyniak i Goryńska, 2008)

Odsetek osób dotkniętych otyłością w Stanach Zjednoczonych może w 2030 r. wzrosnąć nawet do 44 proc. - alarmują autorzy raportu opublikowanego przez organizację Trust for America's Health oraz Fundację Roberta Wooda Johnsona (F&F, 2012). Obecnie w Stanach Zjednoczonych z otyłością zmaga się 16,9% dzieci w wieku od 2 do 19 lat. W 13 stanach w 2030 roku odsetek takich osób może przekroczyć nawet 60%, w 39 około 50% oraz we wszystkich 50 stanach może przekroczyć aż 44%. Do 2030 r. w stanie Mississippi liczba otyłych może wzrosnąć do 66,7% a w Kolorado do 44,8% (wzrost w stosunku do 2011 r. może odpowiednio wynieść o 34,9% i 20,7%). Wśród otyłych Amerykanów w następnych dwóch dekad wystąpi więcej niż 6 milionów przypadków cukrzycy typu 2,5 milionów przypadków zawałów serca oraz wylewów i ponad 400 000 przypadków raka.

Również w Europie wzrasta roczny przyrost procentowy dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością i tak np. w latach 80-tych wyniósł 0,5% a w 90-tych przekroczył już 1% a w 2000r. aż 2% (*International*…, 2004). W Unii Europejskiej liczba dzieci z otyłością i nadwagą wzrasta o 1,3 mln/rok, w tym 300 tys. stanowią otyli (Kosti i Panagiotakos, 2006). Szacowano, że do 2010 roku 26 mln dzieci w krajach UE będzie miało nadwagę, w tym 6,4 mln będzie otyłych. Według raportu *International Obesity Task Force* w Europie Północnej (*International*, 2004) w Europie Północnej nadwagę stwierdzono u 10–20% dzieci, a w

Europie Południowej u 20–35% dzieci. W Wielkiej Brytanii w 1989 r. 14,7% dzieci poniżej 4 roku życia miało nadwagę lub otyłość w porównaniu z 23,6% w 1998 r. W tym samym badaniu wśród angielskich 6−latków nadmierną masę ciała miało 22%, w tym otyłość 10% dzieci (Reilly i Dorosty, 1999). Według danych opublikowanych przez Lissau i wsp. (2004) najwięcej dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością zanotowano w Grecji i Portugalii, najmniej na Litwie. Zgodnie z danymi przedstawionymi w raporcie opublikowanym przez międzynarodowy zespół ekspertów *Obesity Consensus Working Group* (Speiser i wsp., 2005) w Finlandii otyłość rozpoznaje się u 4,9% 15-letnich chłopców i u 5,1% dziewcząt w tym wieku. W krajach Europy Zachodniej odsetek otyłych chłopców i dziewcząt w wieku 15 lat wynosi odpowiednio: 5,1% i 4,4% w Austrii, 5,2% i 5,8% w Belgii, 3,2% i 6,5% w Danii, 2,7% i 4% we Francji, 5,4% i 5,1% w Niemczech. W krajach Europy Południowej odsetki te są wyższe, na przykład w Grecji wynoszą 10,8% i 5,5%, a w Portugalii — 5,2% i 6,7%. Największa nadwaga występuje w Grecji u 28,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt. W Republice Czeskiej otyłość rozpoznawano odpowiednio u 1,9% chłopców i 3,5% dziewcząt, w Słowacji u 4,4% i 1,1%, na Litwie u 0,8% i 2,1%. W grupie wiekowej 4-6 lat odsetek otyłych chłopców największy jest w Polsce 9%, a dziewcząt w Portugalii i Polsce 7%, natomiast odsetek dzieci z nadwagą (chłopców i dziewcząt) największy jest w Portugalii i wynosi odpowiednio 17% i 20%. Dla grupy wiekowej 7-9 lat najczęściej otyłość rozpoznaje się u chłopców we Włoszech (13%) a u dziewcząt w Portugalii (12%), natomiast w przypadku nadwagi najwyższy odsetek występuje u chłopców we Włoszech oraz Austrii (23%), a u dziewcząt we Włoszech (24%). Dane z raportu podają, że w grupie wiekowej 10-14 lat dzieci otyłych najwięcej występuje w Wielkiej Brytanii, zarówno wśród chłopców jak i dziewcząt (odpowiednio 17% i 18%). W przypadku dzieci z nadwagą największy odsetek zanotowano w Hiszpanii (31% i 30%). W grupie wiekowej 15-18 lat odsetek młodzieży otyłych największy jest u chłopców i dziewcząt w Niemczech 9%, natomiast dla młodzieży z nadwagą u dziewcząt w Hiszpanii 19%, a u chłopców w Grecji 27%.

Zjawisko otyłości we współczesnym świecie spotykane jest nagminnie. W Polsce, jak wykazują badania przeprowadzone w 2000 r. przez Instytut Żywności i Żywienia (Narodowy program…, 2007) w Warszawie, ponad 50% osób dorosłych (19-59 lat) cierpi na nadwagę bądź otyłość. Natomiast w starszych grupach (40-59 lat) ponad 60% osób ma nadmierną masę ciała. W badaniach tych stwierdzono, że częstość występowania nadwagi i otyłości ma tendencję wzrostową. Odsetek otyłych, zarówno kobiet jak i mężczyzn, w 2000 r. wzrósł w stosunku do 1991 roku. Wśród mężczyzn w wieku 50-59 lat w 2000 r. otyłość stwierdzano dwukrotnie częściej niż w 1991 r. (25,3% vs 12,4%). W badaniu WOBASZ

przeprowadzonym w latach 2003-2005 w 16 województwach, w pełni potwierdzono alarmującą sytuację w zakresie nasilenia otyłości, gdyż u 21,2 % mężczyzn i 22,4 % kobiet w wieku od 20 do 74 roku życia stwierdzono otyłość. W Polsce, jak wykazują badania ogólnopolskie przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w 2000 r. (Narodowy program…, 2007), nadwaga i otyłość występowała wśród 56,7% dorosłych mężczyzn i 48,6% dorosłych kobiet. Również u około ¼ dzieci w Polsce występuje nieprawidłowy stan odżywiania. Badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu FAO wykazały, że u 13% chłopców i ponad 12% dziewcząt występuje nadwaga i otyłość.

W latach 1994–1995 przeprowadzono ogólnopolskie badanie koordynowane przez Instytut Matki i Dziecka, obejmujące reprezentatywną w skali kraju populację uczniów szkół podstawowych i średnich. Nadwagę i otyłość określano na podstawie siatek centylowych skorelowanych masy ciała i wzrostu opracowanych w Instytucie Matki i Dziecka. Nadmierna masa ciała występowała u 8,7% dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat, w tym otyłość u 3,4% (Oblacińska i wsp., 1997).

W Instytucie Żywności i Żywienia prowadzono badania uczniów warszawskich od 11 do 15 roku życia, w latach 1971, 1982–1985, 1988–1991 oraz 1999–2000 (Szponar i wsp., 2003). W roku 1971 nadwaga występowała u 9,2% chłopców i 8,2% dziewcząt. W badanej grupie w latach 1982–1985 odsetek chłopców mających nadwagę wzrósł do 11,7%, a dziewcząt do 9,4%.W kolejnym okresie badawczym w latach 1988–1991 częstość występowania nadwagi wśród chłopców nie uległa zmianie, wzrosła natomiast w niewielkim stopniu u dziewcząt do 10,1%. W ostatnim analizowanym okresie 1999–2000 dramatycznie wzrosło występowanie nadwagi wśród chłopców, aż do 20,2%, podczas gdy odsetek dziewcząt z nadwagą zmienił się w niewielkim stopniu i wyniósł 10,9%. Odsetek otyłych dzieci był najmniejszy w badaniu z 1971 roku i dotyczył odpowiednio 0,3% dziewcząt i 1% chłopców. W kolejnych badaniach obserwowano narastanie liczby dzieci otyłych. W latach 1999–2000 stwierdzono otyłość u 2,75% chłopców i 2,2% dziewcząt.

W latach 1971, 1983 oraz 2000 przeprowadzone zostały badania częstości występowania nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży zamieszkujących Kraków (Chrzanowska i wsp., 2007). Nadwaga i otyłość wzrosła prawie dwukrotnie porównując rok 1971 z 2000 i tak dla chłopców z 7,5% do 15,2% oraz dla dziewcząt z 6,5% do 11,8%. Największy wzrost zanotowano w grupach 7-12 l. u chłopców i 7-10 l. u dziewcząt, natomiast najmniejszy w najstarszych grupach wiekowych (16-18 u chłopców i 14-18 u dziewcząt). W badaniach dzieci i młodzieży w Łodzi (Ostrowska-Nawarycz i Nawarzyc, 2007) w latach 2005-2006

stwierdzono, że średnia częstość występowania nadwagi wyniósł 15,0% (13,2% u dziewcząt i 17% u chłopców). Średnia częstość występowania otyłości wyniosła natomiast 3,7%, u dziewcząt 2,9% oraz 4,4% u chłopców. Podobne wartości uzyskano w czasie badań w 2004 r. we Wrocławiu, gdzie nadwaga i otyłość występowała u 16,9% chłopców i u 22,6% dziewcząt w wieku 13 lat (Felińczak i Brodziak, 2004). Według badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka w 2005 r. nadmiar masy ciała (nadwagę i otyłość) u młodzieży w wieku 13-15 lat stwierdzono u 13,3% populacji. U dziewcząt zaburzenia występowały częściej niż u chłopców (odpowiednio 14,9% i 11,6%). (Oblacińska i Jodkowska, 2005). Badania przeprowadzone w grupie polskich dzieci w wieku od 7–9 roku życia dowodzą, że nadmiar masy ciała występuje u 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, z czego otyłych jest 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców (Małecka-Tendera i wsp., 2005). Według danych z reprezentatywnych badań ogólnopolskich, prowadzonych w ramach programu *Household Food Consumption and Anthropometric Survey* (HFCAS), nadwagę miało 16% chłopców i 11% dziewcząt poniżej 18 r.ż., a otyłych było 4% chłopców i 3,5% dziewcząt (Jarosz i wsp., 2006). W badaniu dynamiki występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w latach 1998–2008 (Mazur, 2009) stwierdzono wzrost występowania nadwagi u chłopców z 10,5% do 14,2%, podczas gdy u dziewcząt jej występowanie uległo stabilizacji (12% vs 13,3%). Otyłość w latach 1998–2008 wśród dziewcząt uległa zmniejszeniu (10,1 vs 7,7%), podczas gdy u chłopców jej występowanie uległo stabilizacji (6,8% vs 6,4%).

Tabela 7. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród kobiet i mężczyzn w Polsce

wiek	niedobór masy ciała	prawidłowa masa ciała	nadwaga	otyłość
mężczyźni				
19-29	2,2	66,0	27,6	4,3
30-39	0	44,0	44,4	11,6
40-49	0,3	36,8	42,9	20,0
50-59	0,5	27,2	47,1	25,3
60 i więcej	1,8	32,9	46,1	19,3
ogółem	1,0	42,3	41,0	15,7
kobiety				
19-29	11,0	74,2	11,3	3,4
30-39	2,3	63,4	22,8	11,5
40-49	1,6	45,4	35,8	17,3
50-59	0,8	34,7	35,6	28,8
60 i więcej	1,1	26,2	35,5	37,4
ogółem	3,2	48,2	28,7	19,9

Źródło: (Szponar i wsp., 2003)

Tabela 8. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród pacjentów hospitalizowanych w Polsce (dorośli)

populacja	niedobór masy ciała	prawidłowa masa ciała	nadwaga	otyłość
mężczyźni	4,2	44,3	35,7	15,9
kobiety	4,4	38,6	32,1	25,0
ogółem	4,3	41,0	33,6	21,1

Źródło: (Jarosz i wsp., 2005)

Tabela 9. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród chłopców i dziewcząt w wieku 1-18 lat w Polsce

wiek	niedobór masy ciała	prawidłowa masa ciała	nadwaga	otyłość
chłopcy				
1-3	23,1	56,9	12,3	7,7
4-6	17,9	60,3	10,3	11,5
7-9	8,2	77,3	9,3	5,2
10-12	12,7	77,0	8,7	1,6
13-15	7,1	85,0	4,4	3,5
16-18	8,5	83,1	6,2	2,3
ogółem	11,8	75,5	8,0	4,6
dziewczęta				
1-3	9,1	70,5	9,1	11,4
4-6	18,3	70,7	2,4	8,5
7-9	20,6	69,6	5,9	3,9
10-12	16,3	71,5	10,6	1,6
13-15	13,3	76,3	5,9	4,4
16-18	6,6	81,0	0,1	3,3
ogółem	14,2	74,0	7,2	4,6

Źródło: (Szponar i wsp., 2003)

Polska należy do krajów o częstym występowaniu chorób żywieniowo zależnych, wśród których dominują choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe. W 2003r. 47% ogółu zgonów przypadało na choroby układu krążenia, a 24% na nowotwory złośliwe. Według danych zamieszczonych w Narodowym Programie Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym na lata 2007-2011 chorobowość i liczba zachorowań dla niektórych chorób wynosi:

- choroba niedokrwienna serca (w tym zawał serca) ok. 1 mln (100 tys./rok)

- udar mózgu	ok. 70 tys./rok
- nadwaga i otyłość	ok. 15 mln
- nadciśnienie tętnicze	ok. 8,5 mln
- cukrzyca typu 2	ok. 1,6 mln
- osteoporoza	ok. 2 mln
- nowotwory złośliwe	ok. 120 tys./rok

Bardzo ważne są także ekonomiczne skutki otyłości. W Europie od 2 -8% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia IOTF 2002 przypisało otyłości. Wartość ta jest porównywalna z całkowitym kosztem leczenia chorób nowotworowych. Jeżeli w tym miejscu doliczy się koszt zwolnień lekarskich z tytułu schorzeń związanych z otyłością, stratę lat wydolności zawodowej i inne zmienne, to całość kosztów szacuje się na ok.32 miliardy euro.

Według raportu opublikowanego przez organizację *Trust for America's Health* oraz Fundację Roberta Wooda Johnsona (F&F, 2012) w 2030 r. koszty medyczne związane z leczeniem chorób związanych z otyłością w Stanach Zjednoczonych może wzrosnąć od 48 do 66 miliardów dolarów rocznie, a straty w wydajności gospodarczej mogą wynosić od 390-580 miliardów dolarów rocznie. Średnie koszty leczenia otyłości w Stanach Zjednoczonych szacuje się od 147 do 210 miliardów dolarów rocznie. W Polsce koszty zapobiegania i zwalczania otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych powstających na jej tle według Krzyżanowskiej-Świniarskiej ocenia się na około 21% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia, co odpowiadałoby to kwocie ponad 11 mld zł (Krzyżanowska-Świniarska, 2005). Ponadto wyniki badań koordynowanych przez Instytut Żywności i Żywienia (Jarosz i wsp., 2006) wskazują, że choroby związane przyczynowo z nadwagą i otyłością są prawdopodobnie odpowiedzialne za 25% hospitalizacji (co w skali kraju odpowiada za ok. 1 500 000 przyjęć do szpitala). Na podstawie badań obliczono, że bezpośrednie koszty leczenia u 1 000 000 pacjentów wynoszą 250 mln zł. Według tych obliczeń ogólne koszty bezpośrednie związane z otyłością w Polsce sięgają blisko 3 mld zł.

Rozdział 3. Metodologia badań własnych

3.1. Cele pracy

1. Ustalenie czynników determinujących zachowania zdrowotne rodziców ze szczególnym uwzględnieniem rozumienia pojęcia zdrowia i nadawanej mu rangi wartości.
2. Ustalenie zależności pomiędzy rozumieniem pojęcia „zdrowia" przez rodziców i zachowaniami zdrowotnymi dzieci.
3. Ustalenie czynników zmniejszających i zwiększających ryzyko występowania otyłości wśród dzieci.
4. Badanie wpływu osób znaczących na kształtowanie zachowań zdrowotnych dzieci.
5. Wyznaczenie implikacji dla społecznej promocji zdrowia.

3.2. Hipotezy badawcze

1. Istnieje związek pomiędzy zachowaniem dorosłych w rodzinie, a występowaniem otyłości u dzieci. Zachowania antyzdrowotne rodziców mogą skutkować np. otyłością u dzieci.
2. Istnieje związek między rozumieniem pojęcia zdrowia i przypisywanej mu wartości u rodziców a występowaniem otyłości u dzieci,
3. Istnieje związek między poczuciem satysfakcji z życia u rodziców a problemami z masą ciała u ich dzieci.
4. Pożądane zachowania zdrowotne są warunkowane przez efektywną edukację prozdrowotną. Problem otyłości u dzieci wiąże się z brakiem skuteczności w procesie edukacyjnym.
5. U rodziców i ich dzieci istnieją czynniki osobowościowe warunkujące przejawianie zachowań zdrowotnych.
6. W rodzinie jest budowany wzorzec zachowań zdrowotnych, który determinuje zachowania prozdrowotne członków rodziny.

3.3. Narzędzia i metody badawcze

Badanie przedstawione w pracy zostało przeprowadzone za pomocą metody sondażu diagnostycznego, który jest jednym z najpopularniejszych metod badań społecznych (Babbie, 2003). Stosując w pracy metodę sondażu diagnostycznego wybrano technikę ankiety. Rzetelność ankiety sprawdzono poprzez dwukrotny pomiar tym samym narzędziem. Współczynnik korelacji dwukrotnego badania, przeprowadzonego w odstępie dwóch dni, na grupie 25 rodzin, dla zadanych pytań wynosił od 0,68 do 0,79 – co wykazuje na zadowalającą stałość metody.

Narzędziem badawczym opinii o zachowaniach zdrowotnych był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który nazwano BNŻ (badanie nawyków żywieniowych). Kwestionariusz składał się z 21 pytań, zarówno zamkniętych, jak i otwartych. W pytaniach zamkniętych osoba badana miała do dyspozycji różne możliwe warianty odpowiedzi i wybierała jedną lub kilka z nich, co pozwoliło na przedstawienie przez osobę badaną wyczerpującej odpowiedzi. W pytaniach otwartych badani mogli swobodnie formułować swoje wypowiedzi na zadany temat. Przykładem pytań mieszanych, gdzie została wykorzystana idea pytań otwartych było np. pytanie:

Jakie nagrody otrzymuje dziecko w Państwa domu?

- czekolada
- ciastka
- lody
- inne (jakie?)……

W przeprowadzonych badaniach posłużono się również zestawem kwestionariuszy, powszechnie stosowanych w badaniach psychologicznych z zakresu psychologii zdrowia. Należą do nich: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ), Lista Wartości Osobistych (LWO) oraz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci (HLC), Skala satysfakcji z życia (SWLS) . Narzędzia te stosowane są w promocji i psychologii zdrowia. Dotyczą one przekonań i oczekiwań (umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucia własnej skuteczności) oraz zachowań zdrowotnych i wartościowania zdrowia.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem (Juczyński, 2001). Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań ustala się ogólne nasilenie zachowań

sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce). Twierdzenia opisujące zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby, natomiast praktyki zdrowotne obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej. Pozytywne nastawienie psychiczne włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco. Inwentarz może służyć pomocą w programowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych. Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe dla poszczególnych stwierdzeń zlicza się celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Po przeliczeniu wskaźników na jednostki standaryzowane (skala stenowa) podlegają one interpretacji. Rzetelność tego testu wynosi 0,85 dla całości i w granicach od 0,6 do 0,65 dla czterech podskal. Miarą trafności jest odpowiedzialność treściowa twierdzeń wchodzących w skład zachowań zdrowotnych. Podstawą do porównań są wyniki znormalizowane. Inwentarz przeznaczony jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Lista Kryteriów Zdrowia (LZK) zawiera 24 stwierdzenia, opisujące pozytywne elementy różnych wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego (Juczyński, 2001). Kwestionariusz ten pozwala na poznanie tego, co ludzie rozumieją przez pojęcie zdrowia oraz w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest ze stanem, właściwością lub procesem. Pozwala na ustalenie celów, którymi kieruje się dana osoba podejmując decyzje dotyczące zdrowia. W odniesieniu do LKZ nie można ustalić określonych norm. Lista zawiera zestaw stwierdzeń, które odpowiadają różnym kryteriom zdrowia, a wyniki badania pozwalają ustalić preferencje badanego. Wyniki uszeregowane zostają w kolejności uzyskanych średnich wartości. Podane są również kategorie definicji, do której można zaliczyć dane kryterium. Współczynnik stałości badania wynosi 0,68 (co można uznać za zadowalający). Miarą trafności jest dostosowanie do współczesnego ujęcia zdrowia rozumianego holistycznie. Wskaźnikiem trafności jest zróżnicowanie kryteriów zdrowia związane z poziomem edukacji zdrowotnej oraz powiązanie kryteriów zdrowia z aktualnym stanem zdrowia. LKZ zawiera stwierdzenia odzwierciedlające różne aspekty zdrowia. Troska

o wypoczynek i sen, podobnie jak należyte odżywianie się mogą być traktowane jako warunki zdrowia. Równocześnie wygląd fizyczny stanowi świadectwo aktualnego stanu zdrowia. Ocena wymiaru psychicznego i społecznego w rozumieniu zdrowia staje się niezmiernie ważna w kontekście wpływu czynników psychospołecznych na zachowanie, styl życia, a także zachorowalność i umieralność. LKZ może mieć zastosowanie do badań osób dorosłych, również młodzieży, zdrowych i chorych.

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) to skala zawierająca 18 stwierdzeń w trzech wymiarach kontroli własnego zdrowia (Juczyński, 2001): wewnętrzny (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), wpływ innych (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego) i przypadek (o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne). Pozwala on różnicować ludzi ze względu na miejsce lokowania kontroli nad własnym zdrowiem. Wyniki skal przedstawione są w postaci wszystkich trzech wymiarów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia. Rzetelność testu dla wersji polskiej wynosi od 0,74 do 0,54. Wskaźnikiem trafności są wyniki badań grup klinicznych. Autor proponuje kombinację 8 typów powiązań pomiędzy trzema wymiarami: silny-wewnętrzny, silny-zewnętrzny, pomniejszający wpływ innych, powiększający wpływ innych, pomniejszający wpływ przypadku, powiększający wpływ przypadku, niezróżnicowany-silny oraz niezróżnicowany-słaby.

Adaptacja Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci (HLC) zawiera 20 stwierdzeń dotyczących przekonań na temat czynników wpływających na stan własnego zdrowia (Juczyński, 2001). Skala ta podobnie jak MHLC ujmuje trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzny (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), wpływ innych (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego) i przypadek (o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne). Dla wyodrębnienia różnych typów umiejscowienia kontroli zdrowia wykorzystano te same zasady klasyfikacji co skala MHLC i wyodrębniono takie same typy powiązań między trzema wymiarami. Skala ta służy do badania dzieci i młodzieży, zdrowych i chorych i umożliwia określenie związków zachodzących miedzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi oraz określenie rodzaju doświadczeń wpływających na wzmocnienie wewnętrznej czy zewnętrznej kontroli. Narzędzie to znajduje zastosowanie w badaniach zachowań zdrowotnych dzieci.

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami (Juczyński, 2001). Składa się z pięciu stwierdzeń a

badany ocenia w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynik pomiaru jest ogólnym wskaźnikiem poczucia zadowolenia z życia. Im wyższy wynik tym większe poczucie satysfakcji z życia, a wyniki można porównać z wynikami średnimi odpowiednich grup osób zdrowych lub chorych. W interpretacji wyniku stosuje się jednostki standaryzowane (steny). Wskaźnik rzetelności metody wynosi 0,81. Skala jest przeznaczona do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych.

Lista Wartości Osobistych (LWO) składa się z dwóch części, pierwsza zawiera opis 9 symboli szczęścia, które wyrażają różnorodne formy aktualizacji wartości ludzkich (Juczyński, 2001). Druga część przedstawia 10 kategorii wartości osobistych, wśród których znajduje się dobre zdrowie, utożsamiane ze sprawnością fizyczną i psychiczną. Celem badania jest ocena znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym również zdrowiu. Osiągnięcie ważnych dla siebie wartości jest utożsamiane z pełnym, trwałym i uzasadnionym zadowoleniem z życia. Badanie pozwala na śledzenie zmian w wartościowaniu zdrowia w wyniku edukacji zdrowotnej, działań promujących zdrowie oraz modyfikacji zachowań zdrowotnych. Lista umożliwia oszacowanie wartości, jaką przypisuje się zdrowiu w kontekście innych ważnych dla człowieka dóbr osobistych i wartości. Ocena może mieć znaczenie dla rozumienia zachowań zdrowotnych i stylu życia. Rzetelność dla testu wynosi 0,76. LWO jest skonstruowana jako metoda przeznaczona do badania dzieci i młodzieży, jednak może mieć zastosowanie do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Ponadto w pracy zastosowano kwestionariusz do badania postaw rodziców Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc) oraz kwestionariusz związany ze zmienną osobowościową Kwestionariusz do badania poczucia kontroli (KBPK).

Zadania dotyczące przechodzenia od wieku młodzieńczego do wczesnej dorosłości wiążą się z tzw. procesem indywidualizacji (Plopa, 2008). W tym czasie jednostki próbują przedefiniować swoje relacje z rodzicami i innymi opiekunami na zasadzie większej równości i samowystarczalności. Indywidualizacja może być traktowana jako proces, poprzez który jednostka buduje podstawową wiedzę o sobie w relacji z innymi. U dzieci wiąże się ona z relacją „rodzic-dziecko", w odniesieniu do dorosłych to relacje z kimś znaczącym. Istotna rola rodziców sprowadza się do procesu różnicowania. W okresie dzieciństwa rozwija się zależna, symetryczna relacja między rodzicem a dzieckiem, która w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości staje się niezależna i dojrzała. Indywidualizacja jest procesem trwającym przez całe życie i rodzice powinni nieustannie zachęcać dzieci do działań autonomicznych zgodnie z ich własnym rozwojem. Badanie oceny postaw rodziców zostało przeprowadzone za pomocą Kwestionariusza Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc).

Konstrukcja kwestionariusza została oparta na założeniach teoretycznych potwierdzających zasadność wyodrębniania sześciu wymiarów opisujących relacje miedzy rodzicem a dzieckiem. Są to: akceptacja/odrzucenie, autonomia, niekonsekwencja, nadmierne ochranianie i nadmierne wymaganie.

Kwestionariusz do badania poczucia kontroli (KBPK) służy do pomiaru zmiennej osobowościowej zwanej poczuciem kontroli następstw zachowania (Krasowicz, 1990). Poczucie kontroli (LOC – *locus of control*) jest oczekiwaniem trwałym i stanowi indywidualną właściwość człowieka. LOC odgrywa ważną rolę w sterowaniu zachowaniem. Pytania dotyczące zdarzeń pozytywnych tworzą skalę sukcesów, a negatywnych - skalę porażek. Wynik ogólny sukcesów i porażek jest wskaźnikiem LOC zgeneralizowanego. Podstawą diagnozy indywidualnej jest właśnie wynik ogólny, a wyniki podskal stanowią jego uszczegółowienie. Osoby o wewnętrznym LOC posiadają bardziej pożądane cechy osobowości oraz są lepiej przystosowane emocjonalnie i społecznie w porównaniu z osobami o zewnętrznym LOC. Jednostki o wewnętrznym poczuciu kontroli przejawiają wyższą samoocenę oraz samoakceptację. Ich działania są skuteczne i osoby te są bardziej aktywne w sytuacjach problemowych i trudnych. Osoby o wewnętrznym LOC trudniej nakłonić do zmiany poglądów. Natomiast osoby o poczuciu kontroli zewnętrznej sądzą, że to co im się zdarzyło lub zdarzy nie zależy od nich i ich działań. Nie mają poczucia odpowiedzialności za skutki własnego działania. Łatwiej jest wpływać na ich poglądy. LOC kształtuje się w wyniku doświadczenia indywidualnego jednostki, w toku społecznego uczenia się i zmienia się wraz z wiekiem. Zmiany te polegają na tym, że LOC z bardziej zewnętrznego w młodszych latach życia staje się bardziej wewnętrzny wraz z dorastaniem. W zaspokajaniu potrzeb dzieci istotną rolę odgrywają osoby trzecie, ponieważ samodzielne zaspokajanie potrzeb i manipulowanie w tym celu otoczeniem jest utrudnione. Głównymi osobami, które zaspokajają potrzeby dziecka są rodzice, którzy są głównym źródłem gratyfikacji. Małe dziecko jest obiektywnie zależne od otoczenia, a głównie od rodziców, którzy są również głównym źródłem wzmocnień, a rzeczywista samodzielność dziecka jest ograniczona jego obiektywnymi możliwościami rozwojowymi.

3.4. Charakterystyka materiału badawczego

W badaniach uczestniczyły dzieci z dobranych losowo szkół na terenie miasta Poznania oraz dzieci, uczestniczące w turnusie w Kolejowym Szpitalu Uzdrowiskowym sp. z o.o. w Ciechocinku (Prezes Zarządu Krzysztof Tronczyński), w ZOZ Szpitalu

Rehabilitacyjnym MSWiA w Górznie (mgr Magdalena Wilk) oraz dzieci biorące udział w turnusie rehabilitacyjnym w Szpitalu Rehabilitacyjno-Leczniczym dla dzieci i młodzieży w Osiecznej (dr n. med Maria Gawlińska). Ponad 100 badanych dzieci cierpiących na otyłość było pacjentami Szpitala Klinicznego im Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (prof. dr hab. nauk med. Piotr Fichna). Dzieci z nadwagą i dzieci otyłe były kwalifikowane tylko na podstawie rozpoznania medycznego. Badania odbywały się w kilkunastu terminach, od roku 2006-2009 – testowanie narzędzi badawczych i przeprowadzenie badań pilotażowych, w 2010-2011 – przeprowadzanie badań właściwych. W 2012 roku przeprowadzono operacjonalizację danych.

W sumie badaniami objęto 420 dzieci, które zostały podzielone na trzy grupy, pierwsza grupa składała się z dzieci o prawidłowej masie ciała, druga to dzieci z nadwagą i trzecia – dzieci z otyłością. Dzieci z prawidłową masą ciała stanowiły 32,28% całości, dzieci z nadwagą i otyłością po 33,81%. Średnie wieku dzieci oraz rodzin w zależności od grupy wiekowej przestawiono w tabeli 11. Obejmuje ona także dzieci, które w momencie badania rodziny na podstawie ankiety Badanie Nawyków Żywieniowych były oceniane przez rodziców jako członkowie rodziny.

Tabela 10. Średnie wieku rodzin wraz z odchyleniami standardowymi

Grupa	wiek dziecko		wiek matka		wiek ojciec		wiek matka matki		wiek ojciec matki		wiek matka ojca		wiek ojca ojca	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
do 8 lat	4,67	2,12	37,87	7,89	39,62	8,27	64,05	8,38	69,00	8,72	69,53	13,32	71,03	13,75
8-13	10,61	1,91	40,64	4,76	44,47	5,96	66,74	8,50	72,10	9,00	73,10	11,81	77,21	13,53
14-18	15,77	1,36	43,72	4,32	46,48	5,25	68,08	7,97	74,32	7,78	74,02	11,59	79,81	13,82
powyżej 18	21,73	2,77	45,44	2,92	47,33	3,70	69,19	7,66	75,40	6,89	75,81	11,40	80,54	13,57

M – średnia
SD – odchylenie standardowe
Źródło: badania własne

Badana grupa rodziców została podzielona ze względu na określenie związane z masą ciała, tj. osoby z prawidłową masą ciała, nadwagą, niedowagą i otyłością. Do określeń zastosowano w przypadku rodziców wyliczenie BMI. Osoby z niedowagą to osoby, których BMI jest niższy od 18,5, prawidłowa masa ciała 18,5-24,9, nadwaga 15-29,9 oraz otyłość powyżej 30 (*WHO Global Database*). Dla określenia masy ciała dzieci użyto obliczeń BMI

oraz tablic centylowych. Kryterium to uwzględnia: wiek, płeć i wysokość ciała (Krawczyński, 2000). Jeśli wartość wysokości i masy ciała dziecka znajduje się na poziomie 50. centyla, czyli wartości środkowej, oznacza to, że jest to przeciętna wartość wzrostu i masy ciała badanej populacji. Dość powszechnie przyjmuje się, że krzywe centylowe 3 i 97 określają dolną i górną granicę normy. Są one najbardziej zbliżone do statystycznie interpretowanej normy, czyli granicy 2 SD. W tym przedziale mieści się 95,5% populacji. Wartości mieszczące się między 3. a 10. centylem oraz między 90. a 97. centylem stanowią pogranicze normy, strefę obserwacyjną alarmową. Jeśli np. krzywa masy ciała wykracza poza sąsiednie pasma centylowe, tzn. obniża się lub podwyższa, zwłaszcza w porównaniu z krzywą wzrastania, wówczas świadczy to o zaburzeniu harmonijności rozwoju. Tego rodzaju sytuacje wskazują na celowość podjęcia dokładnych badań klinicznych u takiego dziecka, celem wykluczenia ewentualnego procesu chorobowego, zakłócającego rozwój, co może być sygnałem niedożywienia lub rozpoczynającej się otyłości.

Tabela 11. Charakterystyka grupy badanych dzieci

wiek dziecko	prawidłowa masa ciała				nadwaga				otyłość				ogółem				ogółem	
	chłopcy		dziewczęta		chłopcy		dziewczęta		chłopcy		dziewczęta		chłopcy		dziewczęta			
Grupy	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
do 8 lat	16	26%	18	24%	6	9%	10	13%	16	24%	10	13%	38	20%	38	17%	76	18%
8-13	8	13%	20	27%	20	30%	14	18%	26	39%	40	53%	54	28%	74	33%	128	30%
14-18	16	26%	18	24%	16	24%	28	37%	20	30%	22	29%	52	27%	68	30%	120	29%
powyżej 18	22	35%	18	24%	24	36%	24	32%	4	6%	4	5%	50	26%	46	20%	96	23%
razem	62	100%	74	100%	66	100%	76	100%	66	100%	76	100%	194	100%	226	100%	420	100%

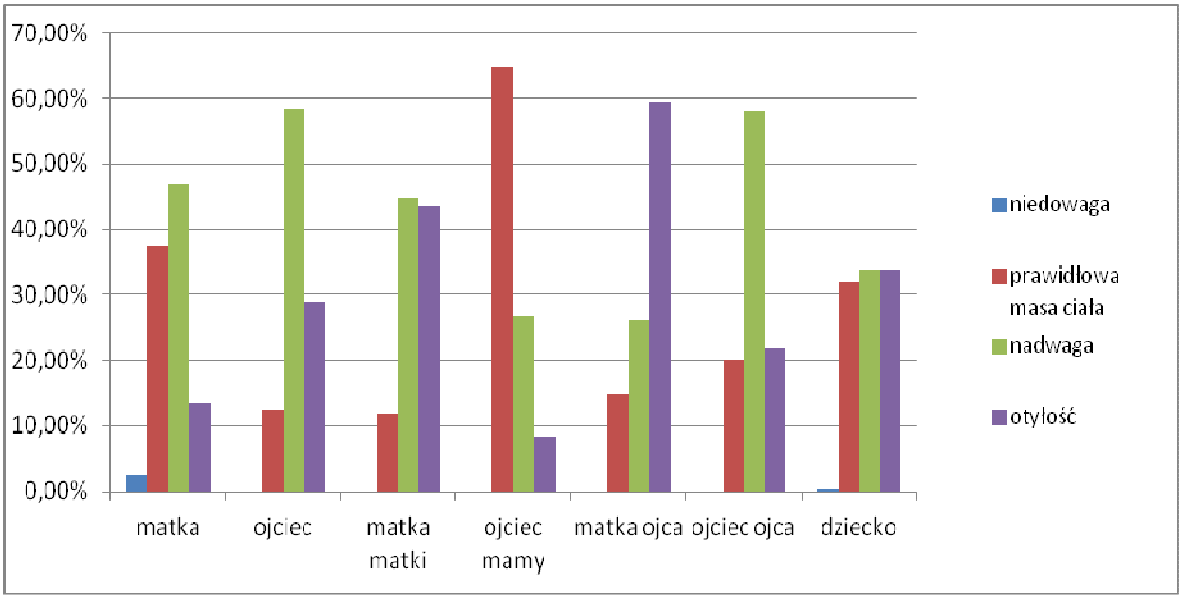
Źródło: badania własne

W badanej grupie rodziców zauważyć można przewagę rodziców, którzy mają problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała: matki stanowią 60%, ojcowie 87,44%. W przypadku dziadków problemy z masą ciała mają kobiety – średnia 86,7% w przeciwieństwie do mężczyzn – średnia 57,5% (tabela 12).

Tabela 12. Skład procentowy badanej grupy

	matka		ojciec		matka matki		ojciec mamy		matka ojca		ojciec ojca		dziecko	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
niedowaga	10	2,38%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
prawidłowa masa ciała	158	37,62%	52	12,56%	44	11,83%	149	64,79%	58	14,80%	48	20,17%	136	32,38%
nadwaga	196	46,67%	242	58,45%	166	44,62%	62	26,76%	102	26,02%	138	57,98%	142	33,81%
otyłość	56	13,33%	120	28,99%	162	43,55%	19	8,45%	232	59,18%	52	21,85%	142	33,81%
razem	420	100,00%	414	100,00%	372	100,00%	230	100,00%	392	100,00%	238	100,00%	420	100,00%

Źródło: badania własne



Ryc. 2. Skład procentowy badanej grupy
Źródło: badania własne

Poniżej zaprezentowane są procentowe składy poszczególnych grup wiekowych z uwzględnieniem określeń masy ciała zarówno dla dzieci jak i rodziców.

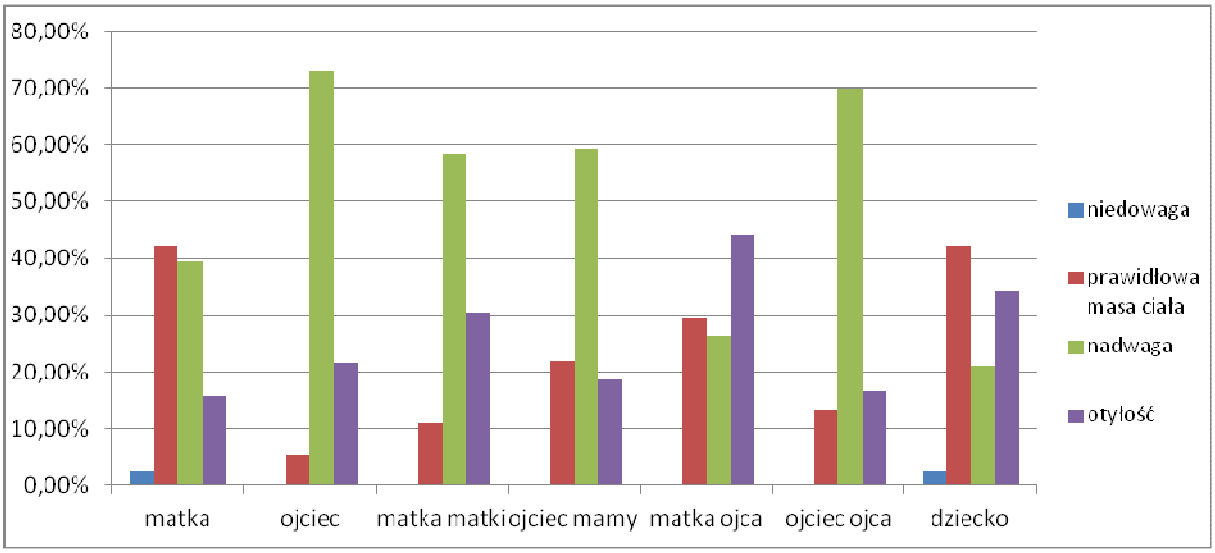
W grupie dzieci do 8 lat przeważają dzieci o prawidłowej masie (42%), jednak w tej grupie znaczna jest liczba dzieci z otyłością (34%) i nadwagą (21%). Natomiast matki o prawidłowej masie stanowią 42%, z nadwagą 39,5% a z otyłością tylko 15,8%. Dla ojców

wskaźnik procentowy jest inny: tylko 5% ojców ma prawidłową masę ciała, 73% to ojcowie z nadwagą a 21,6% to ojcowie otyli. W przypadku dziadków zarówno od strony mamy jak i ojca widać wyraźne problemy z masą ciała. Problemy z masą powyżej normy miało 88,9% matek matki i 70,6% matek ojca, natomiast wyższe wartości występowały u ojców rodziców: 78,1% ojców matek i 86,7% ojców ojca. Dla grupy tej zauważyć można bardzo wysokie związki korelacyjne pomiędzy określeniem masy dziecka oraz rodziców i dziadków (tab. 17). We wszystkich przypadkach korelacja jest istotna statystycznie ($p<0,05$), a siła związku wnosi dla matek wynosi 0,75, dla ojców 0,78, dla babć 0,72 i 0,76 oraz dla dziadków 0,80 i 0,75.

Tabela 13. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci do lat 8

	matka		ojciec		matka matki		ojciec mamy		matka ojca		ojciec ojca		dziecko	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
niedowaga	2	2,63%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
prawidłowa masa ciała	32	42,11%	4	5,41%	8	11,11%	37	21,88%	20	29,41%	8	13,33%	32	44,74%
nadwaga	30	39,47%	54	72,97%	42	58,33%	19	59,38%	18	26,47%	42	70,00%	16	21,05%
otyłość	12	15,79%	16	21,62%	22	30,56%	6	18,75%	30	44,12%	10	16,67%	26	34,21%
razem	76	100,00%	74	100,00%	72	100,00%	62	100,00%	68	100,00%	60	100,00%	76	100,00%

Źródło: badania własne



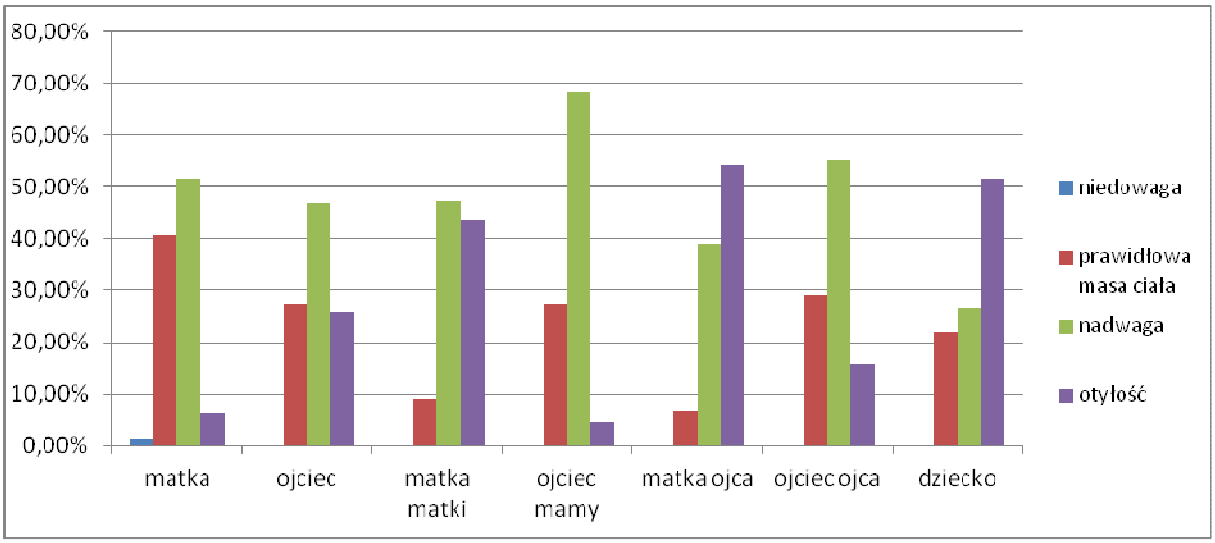
Ryc. 3 Skład procentowy grupy wiekowej dzieci do lat 8
Źródło: badania własne

W grupie wiekowej dzieci od 8 do 13 lat przeważają dzieci z problemami z masą ciała (26,6% to dzieci z nadwagą i aż 51,6% z otyłością). Ponad połowę matek w tej grupie to matki z nadwagą (51,6%), natomiast dla ojców odsetek osób z nadwagą wynosi 46,7%. Dla dzieci z tej grupy wiekowej odsetek babć z nawagą wyniósł 90,91% dla matek matki i 93,22% dla matek ojców, natomiast w przypadku dziadków 72,73% dla ojców matek i 71,05% dla ojców ojca. Dla grupy tej zauważyć można również wysokie związki korelacyjne pomiędzy określeniem masy ciała dziecka oraz rodziców i dziadków (tab. 17). We wszystkich przypadkach korelacja jest istotna statystycznie ($p<0,05$), a siła związku wynosi dla matek wynosi 0,53, dla ojców 0,54, dla babć 0,58 i 0,52 oraz dla dziadków 0,59 i 0,45.

Tabela 14. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 8-13 lat

	matka		ojciec		matka matki		ojciec mamy		matka ojca		ojciec ojca		dziecko	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
niedowaga	2	1,56%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
prawidłowa masa ciała	52	40,63%	34	27,42%	10	9,09%	45	27,27%	8	6,78%	22	28,95%	28	21,88%
nadwaga	66	51,56%	58	46,77%	52	47,27%	22	68,18%	46	38,98%	42	55,26%	34	26,56%
otyłość	8	6,25%	32	25,81%	48	43,64%	2	4,55%	64	54,24%	12	15,79%	66	51,56%
razem	128	100,00%	124	100,00%	110	100,00%	69	100,00%	118	100,00%	76	100,00%	128	100,00%

Źródło: badania własne



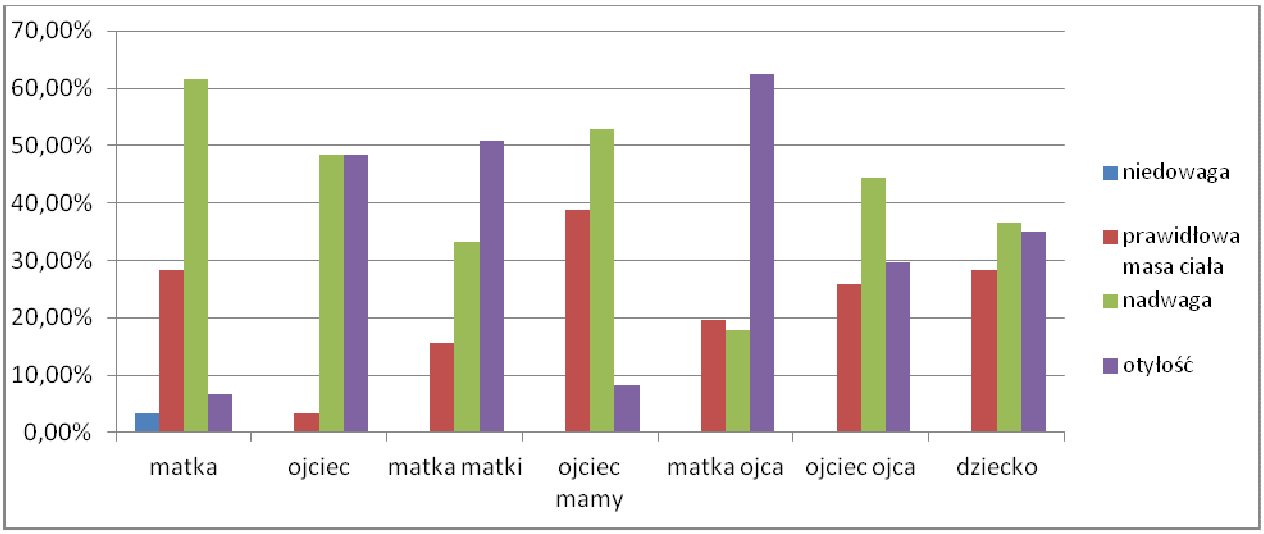
Ryc. 4 Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 8-13 lat
Źródło: badania własne

W grupie wiekowej 14-18 lat odsetek dzieci z nadwagą stanowi 36,67% a dzieci z otyłością 35%. Dla rodziców odsetek ten wynosi odpowiednio dla matek – nadwaga 61,67%, otyłość 6,67%, dla ojców – nadwaga 48,37%, otyłość 48,33%. W przypadku dziadków odsetek osób z problemami z masą ciała wynosi: matki matek – nadwaga 33,33%, otyłość 50,98%, matki ojca – nadwaga 17,86%, otyłość 62,50% ojców matki nadwaga 52,78%, otyłość 8,33%, ojców ojca – nadwaga 44,44% i otyłość 29,63%. W grupie tej nie zauważono związków korelacyjnych istotnych statystycznie dla zadanego poziomu istotności pomiędzy określeniem wagi dzieci oraz rodziców i dziadków (tab. 17)

Tabela 15. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 14-18 lat

	matka		ojciec		matka matki		ojciec mamy		matka ojca		ojciec ojca		dziecko	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
niedowaga	4	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
prawidłowa masa ciała	34	28,33%	4	3,33%	16	15,69%	34	38,89%	22	19,64%	14	25,93%	34	28,33%
nadwaga	74	61,67%	58	48,33%	34	33,33%	9	52,78%	20	17,86%	24	44,44%	44	36,67%
otyłość	8	6,67%	58	48,33%	52	50,98%	3	8,33%	70	62,50%	16	29,63%	42	35,00%
razem	120	100,00%	120	100,00%	102	100,00%	46	100,00%	112	100,00%	54	100,00%	120	100,00%

Źródło: badania własne



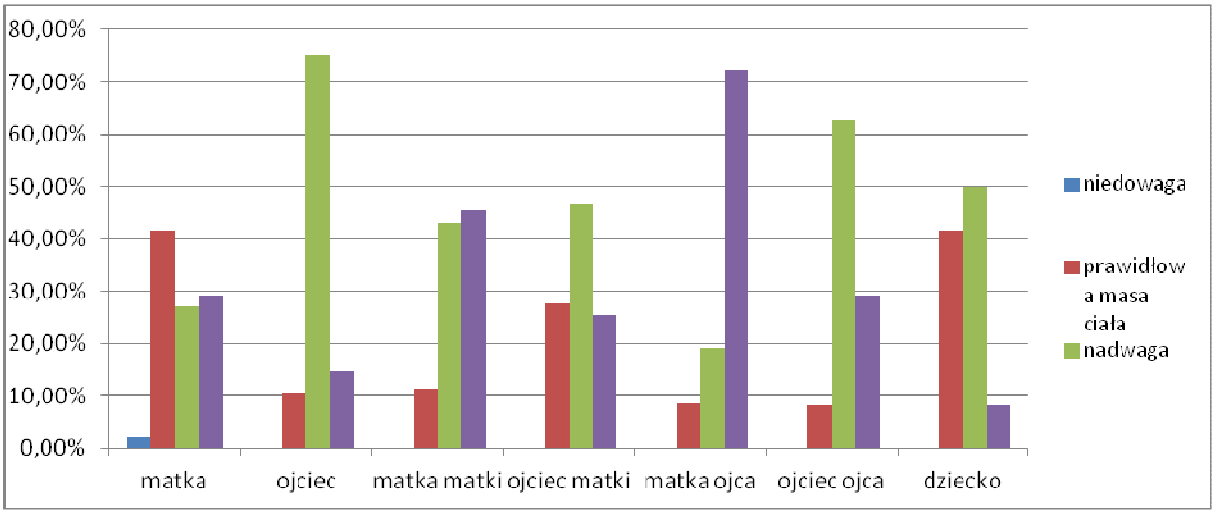
Ryc. 5 Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 14-18 lat
Źródło: badania własne

W grupie wiekowej powyżej 18 lat odsetek dzieci z prawidłową masą ciała wyniósł 41,67%, natomiast z nadwagą to aż 50% i z otyłością tylko 8,33%. Odsetek rodziców z nadwagą to dla matek 27,08% i dla ojców 75% oraz z otyłością to dla matek 29,1% a ojców 14,58%. Dla babć i dziadków ode teki te wynoszą: dla matek matki nadwaga 43,18%, otyłość 45,45%, dla matek ojców nadwaga 19,15%, otyłość 72,34%, dla ojców matek nadwaga 46,81%, otyłość 25,57%, dla ojców ojca 62,5% nadwaga i 29,17% otyłość. W grupie wiekowej powyżej 18 lat podobnie jak dla grupy 13-18 lat nie zauważono związków korelacyjnych istotnych statystycznie pomiędzy określeniem wagi dzieci oraz rodziców i dziadków (tab. 17)

Tabela 16. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci powyżej 18 lat

	matka		ojciec		matka matki		ojciec mamy		matka ojca		ojciec ojca		dziecko	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
niedowaga	2	2,08%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
prawidłowa masa ciała	40	41,67%	10	10,42%	10	11,36%	33	27,66%	8	8,51%	4	8,33%	40	41,67%
nadwaga	26	27,08%	72	75,00%	38	43,18%	12	46,81%	18	19,15%	30	62,50%	48	50,00%
otyłość	28	29,17%	14	14,58%	40	45,45%	8	25,53%	68	72,34%	14	29,17%	8	8,33%
razem	96	100,00%	96	100,00%	88	100,00%	53	100,00%	94	100,00%	48	100,00%	96	100,00%

Źródło: badania własne



Ryc. 6. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci powyżej 18 lat
Źródło: badania własne

W tabeli 17 przedstawiono korelacje pomiędzy masą ciała dziecka oraz masą ciała rodziców i dziadków. Z zależności widać, że wśród badanej grupy istnieją związki korelacyjne pomiędzy masą ciała dziecka oraz masą ciała rodziców i dziadków dla dwóch grup wiekowych: poniżej 8 lat (współczynniki korelacji od 0,72 do 0,80) oraz 8-13 lat (współczynniki korelacji od 0,45 do 0,59). Natomiast dla grup wiekowych 14-18 oraz powyżej 18 lat masa ciała dzieci nie koreluje się z masą ciała rodziców i dziadków.

Tabela 17. Korelacje pomiędzy masą dziecka oraz rodziców i dziadków

grupa	korelacja pomiędzy masą ciała dziecka a masą ciała:											
	matki		ojca		matki matek		ojca matki		matki ojca		ojca ojca	
	V	p	V	p	V	p	V	p	V	p	V	p
do 8	0,75	< 0,05	0,78	< 0,05	0,72	< 0,05	0,8	< 0,05	0,76	< 0,05	0,75	< 0,05
8-13	0,53	< 0,05	0,54	< 0,05	0,58	< 0,05	0,59	< 0,05	0,52	< 0,05	0,45	< 0,05
14-18	0,12	ns	0,12	ns	0,09	ns	0,08	ns	0,11	ns	0,02	ns
powyżej 18	0,11	ns	0,18	ns	0,54	< 0,05	0,12	ns	0,07	ns	0,11	ns
ogółem	0,05	ns	0,08	ns	0,35	< 0,05	0,13	ns	0,33	< 0,05	0,09	ns

ns nieistotne statystycznie
V współczynnik korelacji V Cramera
p poziom istotności istotność

Źródło: badania własne

Badania dzieci ze względu na płeć z uwzględnieniem grupy wiekowej oraz określeniem masy ciała (BMI) a także analiza BMI rodziców tych dzieci oraz ich dziadków wskazuje na istnienie związku pomiędzy nadwagą i otyłością dziecka a nadwagą u osób dorosłych czyli ojców, matek i dziadków. Wysokie związki korelacyjne prowadzą do tezy, że osoby posiadające problemy z masą ciała w dwóch pokoleniach a masa ta nie jest wynikiem schorzeń uwarunkowanych genetycznie, muszą przejawiać nieprawidłowe zachowania w zakresie odżywiania się i takie same zachowania muszą kształtować u swoich dzieci.

Rozdział 4. Wyniki badan i sposób ich opracowania

Dane empiryczne zostały zebrane w dwóch etapach. Pierwszy, związany był z przeprowadzeniem kwestionariuszy psychologicznych wśród badanych dzieci i ich rodziców jak również obserwacją i licznymi wywiadami z badanymi, które miały między innymi na celu sprawdzenie rzetelności badań.

Drugi etap, to przeprowadzenie badań i analiza zebranych ankiet ukierunkowanych na badanie nawyków żywieniowych, w skrócie BNŻ oraz dalsze obserwacje i wywiady z badanymi dziećmi i ich opiekunami. Podczas wypełniania ankiety, badani uściślali swoje wypowiedzi i interpretowali własne lub członków rodziny zachowania żywieniowe.

Opracowanie wyników również przebiegało w kilku etapach. W pierwszym była to ocena odpowiedzi badanych i ustalenie czynników determinujących zachowania żywieniowe rodziców i dzieci. Następnie przeanalizowano dane otrzymane z badań grupy osób, która została poddana badaniom przy zastosowaniu kwestionariuszy psychologicznych i odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie BNŻ w celu ustalenia czynników wpływających na zachowania żywieniowe.

W kolejnym etapie wyniki przedstawiono w postaci tabel, wykresów i poddano analizie statystycznej. W obliczeniach statystycznych wykorzystano dane z kwestionariuszy: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Lista Kryteriów Zdrowia (LZK), Lista Wartości Osobistych (LWO) oraz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci (HLC), Skala satysfakcji z życia (SWLS), jak również Kwestionariusza Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc) oraz Kwestionariusz do badania poczucia kontroli (KBPK).

Zmienne zostały przedstawione w dwóch skalach: porządkowej i nominalnej. Wartości na skali nominalnej nie mają oczywistego uporządkowania (np. nazwy miejscowości czy płeć). Jedyną dozwoloną relacją porównującą dwie wartości na skali nominalnej jest równość. Wśród skal nominalnych wyróżnia się skale dychotomiczne przyjmujące tylko dwie wartości, np. odpowiedź na pytania tak/nie. Natomiast dla skali porządkowej wartości mają jasno określony porządek (np. wykształcenie). Oprócz równości w tym przypadku możliwe są relacje porządku.

Dobór mierników siły związku między zmiennymi jest zależna od skali, na jakiej zostały zmierzone zmienne. Miarą korelacji dla danych mierzonych na skali porządkowej jest

współczynnik tau Kendalla. Znak współczynnika wskazuje na kierunek zależności, a jego wartość bezwzględna ukazuje siłę związku. W przypadku danych nominalnych badano związek między zmiennymi, a istnienie istotnego związku wykazywano, używając testu chi². Po stwierdzeniu takiego związku określano jego siłę za pomocą współczynnika phi-Yulesa lub V-Cramera. Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu IBM SPSS 19,0 PL. Natomiast dla zmiennych z dwiema grupami został zastosowany test chi², z analizą rozkładu zmiennej w porównaniu z wartościami oczekiwanymi.

Ostatnim etapem była analiza merytoryczna uzyskanych wyników i ich interpretacja.

4.1. Pojęcie i kontrola zdrowia

W celu weryfikacji hipotezy mówiącej o istnieniu związku między rozumieniem pojęcia zdrowia i przypisywanej mu wartości u rodziców a występowaniem otyłości u dzieci przeprowadzono kwestionariusze stosowane w promocji i psychologii zdrowia: Listę Wartości Osobistych, Listę Kryteriów Zdrowia oraz Skalę Umiejscowienia Zdrowia. Podstawowe dane dotyczące wymienionych kwestionariuszy zostały omówione w p.3.3.

Celem badania przeprowadzonego za pomocą kwestionariusza zwanego Listą Wartości Osobistych była ocena znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym zdrowiu. Osiągnięcie ważnych dla siebie wartości jest utożsamiane z pełnym, trwałym i uzasadnionym zadowoleniem z życia. Badanie za pomocą LWO pozwala na śledzenie zmian w wartościowaniu zdrowia w wyniku edukacji zdrowotnej, działań promujących zdrowie oraz modyfikacji zachowań zdrowotnych.

Dobre zdrowie dla badanej grupy dzieci z nadwagą i otyłością znalazło się na wyższym miejscu w klasyfikacji symboli szczęścia niż dla grupy kontrolnej (tab.18), natomiast dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna zajęło wysokie drugie miejsce podobnie jak dla grupy kontrolnej (tab.19). Można więc założyć, że dzieci z problemem nadwagi i otyłości są bardziej uwrażliwione na problem swojego zdrowia, sprawność fizyczną i psychofizyczną.

Tabela 18. Symbole szczęścia osobistego (średnie wagi i rozkłady rang) dla dzieci z nadwagą i otyłych

lp	symbole szczęścia	średnia waga	miejsce dla grupy badanej	miejsce dla grupy kontrolnej	rangi (wybory w %)					
					1	2	3	4	5	0
1	duży krąg przyjaciół	2,1	3	1	9	15	22	19	5	30
2	udane życie rodzinne	4	1	2	4	3	4	18	61	11
3	wykonywanie ulubionej pracy	1,4	5	3	15	18	16	7	3	42
4	sukcesy w nauce, pracy	1,3	6	4	23	16	14	4	3	41
5	dobre zdrowie	2,9	2	5	8	7	14	34	18	20
6	bycie potrzebnym dla innych ludzi	1,6	4	6	8	18	9	15	5	45
7	dobre warunki materialne	1	7	7	16	12	9	5	3	54
8	życie pełne przygód, podróży	0,6	8	8	7	9	7	3	0	74
9	sława, popularność	0,2	9	9	7	4	0	0	1	88

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Tabela 19. Lista Wartości Osobistych (średnie wagi i rozkłady wyboru rang) dla dzieci z nadwagą i otyłością

lp	kategorie wartości osobistych	średnia waga	miejsce dla grupy badanej	miejsce dla grupy kontrolnej	rangi (wybory w %)					
					1	2	3	4	5	0
1	miłość, przyjaźń	4	1	1	3	5	4	9	68	11
2	dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,3	2	2	12	8	9	32	9	28
3	poczucie humoru, dowcip	1,3	6	3	15	8	8	15	3	51
4	inteligencja, bystrość umysłu	2	3	4	9	12	16	18	9	35
5	wiedza, mądrość	1,5	5	5	7	24	18	8	3	41
6	odwaga, stanowczość	1,7	4	6	16	16	16	12	5	34
7	radość, zadowolenie	0,6	8	7	12	11	7	3	0	68
8	dobroć, delikatność	0,8	7	8	7	5	12	5	1	69
9	ładny wygląd zewnętrzny	0,5	9	9	9	4	5	1	1	78
10	bogactwo, majątek	0,2	10	10	7	5	0	0	1	86

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Zdrowie w kontekście innych ważnych dla człowieka dóbr osobistych i wartości dla grupy dzieci z nadwagą oraz dzieci otyłych w zależności od wieku i płci przedstawia się następująco: dla grupy dzieci w wieku 11 lat zauważyć można, że więcej osób nadało zdrowiu wyższą rangę, dla grupy 17- latków najwięcej było osób, które nie dokonały wyboru zdrowia jako wartość osobistą (tab.20). W przypadku chłopców więcej osób nadało 4 rangę oraz nie wybrało zdrowia jako wartość osobistą (tab.21), w przypadku dziewczynek zauważamy, że więcej osób nadało niską rangę 1 oraz 4. Na tej podstawie można wysnuć tezę, że w tej grupie osób inne wartości odsuwają problem zdrowia na plan dalszy i skłaniają do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Tabela 20. Rozkłady wyboru rang dla wartości „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" ze względu na wiek

ranga	ogółem	Wiek					
		11		14		17	
		grupa badana	grupa kontrolna	grupa badana	grupa kontrolna	grupa badana	grupa kontrolna
1	12	13	12,4	0	brak danych	17	13,1
2	8	7	11,3	0	brak danych	10	9,8
3	9	7	12,9	14	brak danych	10	15,3
4	32	27	15,1	29	brak danych	28	13,7
5	9	33	28	14	brak danych	0	22,4
brak wyboru	28	13	20,3	43	brak danych	34	25,7

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Analizując dobre zdrowie jako symbol szczęścia w grupie dzieci z nadwagą i dzieci otyłych w zależności od wieku zauważamy, że nadanie wysokich rang nie jest zależne od wieku, co potwierdzają badania korelacji. Porównując wyniki z wynikami grupy kontrolnej (dzieci z normalna masą) widać, że więcej dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 11 lat nadaje zdrowiu wyższe rangi. Prawdopodobnie w związku z problemem zwiększonej masy ciała są one bardziej uwrażliwione na kontrolę zdrowia, natomiast w grupie osób siedemnastoletnich wyznaczane są niższe rangi, również w tej grupie wiekowej było więcej braków odpowiedzi. Fakt ten koreluje z poprzednimi wynikami szczególnie w odniesieniu do grupy młodzieży, której wyraźnie wartość zdrowia otrzymuje niskie rangi i w tym może leżeć przyczyna, że

młodzież przejawia zachowania ryzykowne dla zdrowia, gdyż nie ceni go jako wartości. Potwierdzają to także wyniki rozkładu wyboru zawarte w tabeli 21, w której chłopcy z nadwagą i otyłością wybierali częściej niż grupa kontrolna rangi wysokie lub nie dokonywali w tym zakresie żadnego wyboru, w przypadku dziewcząt jest to również ranga wysoka (4) oraz bardzo niska (1). W przeprowadzonej analizie statystycznej nie można było stwierdzić korelacji istotnej statystycznie przy założonym poziomie istotności. Powyższe wyniki zasługują na wnikliwe weryfikowanie badawcze przy użyciu innych metod, które pozwolą na bardziej precyzyjną ocenę tego zjawiska. Niestety taka weryfikacja przekracza ramy niniejszej pracy.

Tabela 21. Rozkłady wyboru rang dla wartości „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" ze względu na płeć

ranga	płeć			
	chłopcy		dziewczynki	
	grupa badana	grupa kontrolna	grupa badana	grupa kontrolna
1	9	15,7	19	10,9
2	9	17,7	7	11,4
3	7	12	11	15,1
4	28	11,3	37	14,4
5	12	23,7	4	24,7
brak wyboru	35	19,6	22	23,6

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Podsumowując, test ten potwierdził hipotezę, że dzieci z nadwagą i otyłością przypisują zdrowiu spore znaczenie, wyższe od grupy kontrolnej. Jednak badając korelacje zdrowia w kontekście innych ważnych dla człowieka dóbr osobistych i wartości w zależności od wieku i płci, stwierdzić można, że we wszystkich przypadkach nie ma takiej korelacji przy założonym poziomie istotności $< 0,05$.

Wśród rodziców dzieci z nadwagą i otyłością przeprowadzono badanie według Listy Kryteriów Zdrowia, którego celem było poznanie co badana grupa rozumie pod pojęciem zdrowia oraz w jakim stopniu utożsamiają oni zdrowie ze stanem, właściwością lub procesem. Zastosowany kwestionariusz został opisany w p.3.3. Wyniki zostały uszeregowane i przedstawione w tab. 22. Do najważniejszych kryteriów zdrowia wytypowanych przez

badaną grupę należą określenia: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „należycie się odżywiać” i „mieć sprawne wszystkie części ciała”. Z tym, że grupy ze względu na płeć różnią się we wskazywanych kryteriach. W przypadku mężczyzn ważne jest kryterium: „należycie się odżywiać”, „dbać o wypoczynek”, „sen” oraz „nie palić tytoniu”, natomiast dla kobiet ważne jest : „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „należycie się odżywiać” oraz „umieć się cieszyć z życia”. Zarówno dla matek jak i ojców jednym z najważniejszych kryteriów zdrowia jest „należycie się odżywiać”, co świadczy o tym, że rodzice dzieci z problemem nadwagi i otyłości - zdają się być wyczuleni na wpływ sposobu odżywiania się na zdrowie.

Tabela 22. Uszeregowanie stwierdzeń dotyczących zdrowia według średnich wag

Lp	treść stwierdzenia	badania Juczyńskiego	grupa badana ogólnie	badana grupa mężczyzn	badana grupa kobiet
1	dożyć późnej starości	23	15	7	16
2	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1	7	20	7
3	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	6	8	4	8
4	umieć rozwiązywać swoje problemy	16	13	17	12
5	należycie się odżywiać	15	2	1	2
6	dbać o wypoczynek, sen	18	5	2	6
7	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	24	22	14	22
8	nie palić tytoniu	17	14	3	17
9	mieć odpowiednią wagę ciała	22	11	15	11
10	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	20	18	18	18
11	mieć dobry nastrój	13	21	23	20
12	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	9	1	9	1
13	potrafić pracować bez napięć i stresu	11	16	16	13
14	nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	8	12	8	14
15	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	12	23	10	24
16	umieć przystosować się do zmian w życiu	14	9	5	9
17	umieć się cieszyć z życia	4	4	11	3
18	być odpowiedzialnym	19	24	21	23
19	potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	3	20	24	19
20	mieć sprawne wszystkie części ciała	5	3	6	5
21	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	2	10	12	10
22	mieć pracę, różnorodne zainteresowania	21	17	13	15
23	czuć się dobrze	10	6	19	4
24	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	7	19	22	21

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Nie wiadomo jednak kiedy u rodziców powstało uwrażliwienie na ten problem, można jednak założyć, że dopiero wtedy zdali sobie sprawę z jego wagi gdy ich dziecko zachorowało. Należy się zastanowić czy nie jest to ważna wskazówka w odniesieniu do jakości procesu edukacji, który powinien wywoływać kontrolę zachowań zdrowotnych zarówno u rodziców jak i dzieci jeszcze przed wystąpieniem choroby, związanej z przejawianiem zachowań niekorzystnych dla zdrowia. W tabeli 22 na czerwono zaznaczono występujące różnice w określeniach kryteriów zdrowia, a kolor zielony wyodrębnia podobieństwa w wyborze kryteriów przez badane grupy.

W celu określenia czynników wpływających na stan własnego zdrowia został przeprowadzony kwestionariusz nazwany skalą umiejscowienia kontroli zdrowia (omówiony w p3.3). W badaniach przeprowadzony został test HLC zwany skalą umiejscowienia kontroli zdrowia dla dzieci. Badania zostały przeprowadzone w dwóch grupach, jedna grupa dzieci o prawidłowej masie ciała a druga to dzieci z nadwagą i otyłością. Dla porównania w grupie dzieci powyżej 18 lat przeprowadzono test MHLC zwany wielowymiarową skalą umiejscowienia zdrowia. Test ten był również przeprowadzony wśród rodziców.

Oba testy zawierają stwierdzenia w trzech wymiarach kontroli własnego zdrowia: wewnętrznym (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), wpływem innych (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego) oraz przypadkiem (o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne). Pozwalają one różnicować ludzi ze względu na miejsce lokowania kontroli nad własnym zdrowiem. HLC przeprowadza się wśród dzieci a MHLC wśród dorosłych. Test ten jest pomocny do ustalenia wpływu osób znaczących na kształtowanie zachowań zdrowotnych dzieci.

W grupie dzieci o prawidłowej masie ciała przeważały dzieci o silnie wewnętrznym umiejscowieniu zdrowia oraz o pomniejszającym wpływie innych. Typ o silnie wewnętrznym umiejscowieniu zdrowia charakteryzuje się wysoką kontrola wewnętrzną, niskim wpływem innych oraz niskim wpływem przypadków, natomiast typ pomniejszający wpływ innych – wysoką kontrolą wewnętrzną, niskim wpływem innych oraz wysokim wpływem przypadku. W grupie dzieci z nadwagą i otyłością zauważyć można było przewagę dzieci o niezróżnicowanym silnie wewnętrznym umiejscowieniu zdrowia oraz o pomniejszającym wpływie innych. Typ niezrównoważony silny charakteryzuje się wysoka kontrolą wewnętrzną, wysokim wpływem innych oraz wysokim wpływem przypadku. Dzieci po takim umiejscowieniu kontroli zdrowia mają silne wewnętrzne przekonanie o słuszności swojego sposobu pojmowania zdrowia ale jednak liczą się bardzo z opinią innych. Mają także

przekonanie, że chociaż sami mają wpływ na swoje zdrowie często o nim decyduje przypadek, w kontekście tych wyników słuszną wydaje się teza, że dzieci o powyższym umiejscowieniu kontroli zdrowia będą podatne na działania edukacyjne, mające na celu kształtowanie pożądanych zachowań zdrowotnych.

Tabela 23. Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci

		dzieci o prawidłowej masie ciała			dzieci z nadwagą i otyłe		
		ogółem	chłopcy	dziewczęta	ogółem	chłopcy	dziewczęta
1	silny-wewnętrzny	46	21	25	16	4	11
2	silny-zewnętrzny	4	3	1	1	1	0
3	pomniejszający wpływ innych	35	14	21	23	3	20
4	powiększający wpływ innych	0	0	0	0	0	0
5	pomniejszający wpływ przypadku	15	7	7	6	2	3
6	powiększający wpływ przypadku	1	1	0	0	0	0
7	niezróżnicowany silny	16	7	8	35	17	18
8	niezróżnicowany słaby	1	1	0	0	0	0
		118	**54**	**62**	**81**	**27**	**52**

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Badając współczynnik korelacji pomiędzy typem umiejscowienia zdrowia a grupami wiekowymi zauważyć można, że istnieje korelacja przy przyjętym w pracy poziomie istotności < 0,05. Współczynnik korelacji wynosi 0,365.

Podobny choć mniejszy współczynnik korelacji (0,270) występuje dla zależności typu umiejscowienia zdrowia a płcią, przy założonym poziomie istotności < 0,05. Poniżej przedstawione są wyniki dla poszczególnych wymiarów kontroli własnego zdrowia (W – wewnętrznym, I - wpływem innych, P – przypadkiem) (tab.24 i 25). Widać wyraźne różnice (zaznaczone na czerwono) porównując grupę dzieci o prawidłowej masie ciała i dziećmi z nadwagą i otyłością ze średnimi wynikami podanymi przez Juczyńskiego (2001). Na zielono zaznaczone są wyniki pokrywające się z tymi wynikami.

Tabela 24. Poszczególne wymiary kontroli własnego zdrowia dla chłopców

chłopcy	dzieci o prawidłowej masie ciała			dzieci z nadwagą i otyłe			wyniki badań Juczyńskiego		
	W	I	P	W	I	P	W	I	P
7				5,5	6	3,8			
8				6	7	3			
9	4,5	6,5	3,5						
10	5,5	5	2,5	4	4,5	4,5			
11	4,9	4,7	3,4	5,8	4,6	2,8	5	3,8	2,6
12				6	4	3			
13	5,1	1,8	1,9	5	1	1	5,25	2,95	2,7
14	5,6	1,7	2						
15	5	2,3	2,3	6	3	4	5,06	1,06	2,6
16	5,2	2,7	1,7	6	5	4			
17	5,6	3,3	2,6				5,27	0,67	2,3
18	5,7	1,7	2,7						
20	5	2	3						
23	5	0	4						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Tabela 25. Poszczególne wymiary kontroli własnego zdrowia dla dziewcząt

dziewczęta	dzieci o prawidłowej masie ciała			dzieci z nadwagą i otyłe			wyniki badań Juczyńskiego		
	W	I	P	W	I	P	W	I	P
7				5,6	5,9	4,2			
8				6	9	3			
9	6	4	2	6	0,5	2			
10	6	5	2,5	5	6	2			
11	5,8	6,2	3	5,3	2,3	2,7	5,1	3,7	2,5
12	5,2	1,8	1,4	5,9	2,9	3,1			
13	5,4	2,7	2,5	5,8	2,2	2,6	5,3	2,6	2,4
14	5,9	2	1,6	6	3,5	3,25			
15	5,2	0,8	3,4				5,5	0,8	2,36
16	5,75	1,4	2,6						
17	5,7	1,1	2				5,3	0,9	2,55
18	6	1,1	2						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Dla porównania w grupie dzieci powyżej 18 lat przeprowadzono test MHLC zwany wielowymiarową skalą umiejscowienia zdrowia. Test ten był również przeprowadzony wśród rodziców. Wynik pokazał, że w grupie dzieci powyżej 18 lat przeważały osoby o niezróżnicowanym umiejscowieniu zdrowia, bez względu na problemy z masą ciała. Natomiast wśród przebadanych rodziców nie można było wyodrębnić wyraźnego typu umiejscowienia zdrowia, wszystkie typy są tu równomiernie rozłożone (tab.26).

Przeprowadzając analizę korelacji pomiędzy typem umiejscowienia zdrowia a wiekiem dla osób dorosłych nie stwierdza się korelacji. Podobnie nie stwierdza się korelacji między określeniem wagi dzieci a typem umiejscowienia zdrowia. Poziom istotności w obu grupach przekracza wartość przyjętą w pracy. Można więc odnieść wrażenie, że pojęcie zdrowia nie absorbuje nadmiernie uwagi rodziców a w związku z tym ich oddziaływanie na dzieci w tym zakresie również nie będzie znaczące.

Tabela 26. Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dorosłych

		grupa dzieci powyżej 18 lat			grupa rodziców		
		ogółem	chłopcy	dziewczęta	ogółem	mężczyźni	kobiety
1	silny-wewnętrzny	4	2	2	6	1	5
2	silny-zewnętrzny	8	4	3	8	0	8
3	pomniejszający wpływ innych	7	5	2	4	1	3
4	powiększający wpływ innych	1	1	0	6	0	6
5	pomniejszający wpływ przypadku	7	3	4	6	0	6
6	powiększający wpływ przypadku	6	2	4	4	1	3
7	niezróżnicowany silny	14	6	8	10	4	6
8	niezróżnicowany słaby	11	8	3	8	2	6
		58	**31**	**26**	**52**	**9**	**43**

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyński Z. (2001)

Skale Umiejscowienia Kontroli Zdrowia miały pokazać zróżnicowanie grup badanych ze względu na miejsce lokowania kontroli nad własnym zdrowiem. Założono wstępnie, że wiek powinien wpływać na miejsce lokowania kontroli nad własnym zdrowiem. Im osoba starsza tym wyniki powinny wskazywać na wyraźną przewagę wewnętrznej kontroli z małym wpływem innych czy przypadków. U dzieci przewagę powinien mieć wpływ innych. W wyniku badań stwierdzono, że wiek w przypadku dzieci różnicuje miejsce lokowania kontroli

nad własnym zdrowiem. Jednak w przypadku dzieci z nadwagą i otyłością przewagę stanowiły osoby o niezróżnicowanym silnie wewnętrznym umiejscowieniu zdrowia oraz pomniejszający wpływ innych, dla dzieci o prawidłowej masie ciała pojawiło się silne wewnętrzne umiejscowienie zdrowia oraz również pomniejszający wpływ innych**.** Prawdopodobnie silne przekonanie o własnym wpływie na stan swojego zdrowia wiąże się z działaniami wychowawczymi osób dorosłych. Dorośli zwykle argumentują swoje zalecenia przekazywane dzieciom, ich dobroczynnymi skutkami dla zdrowia i wzrostu (np. jedz marchewkę bo jest zdrowa, jak będziesz jadł mięso, to szybko urośniesz). Po przebadaniu grupy dzieci powyżej 18 roku testem dla dorosłych zauważono niezróżnicowanie umiejscowienia zdrowia, a dla rodziców nie można było wyodrębnić żadnego typu umiejscowienia zdrowia. Nie stwierdzono w tym przypadku korelacji pomiędzy typem umiejscowienia zdrowia a wiekiem. Podobnie jeżeli chodzi określenie masy dziecka (jego problemów lub nie), w tym przypadku również nie stwierdzono żadnych korelacji, zwłaszcza u dzieci starszych. Powyższe wyniki są zastanawiające, gdyż przeciwnie niż u dzieci nie można tu dostrzec pozytywnego wyniku przebytej edukacji i doświadczeń. Badacze problemu (Norman i Bennet, 1996) dowodzą, że dotychczasowe wyniki badań na osobach dorosłych wykazują siłę predykcyjną umiejscowienia kontroli zdrowia u osób dla których zdrowie stanowi wysoką wartość. W kontekście uzyskanych wyników badań rodzi się pytanie jak wysoką wartość pojęcia zdrowia przypisują badani rodzice. Należy jednak zaznaczyć, że badacze nie są zgodni co do trafności interpretowania testu HLC u dzieci, mimo, iż podkreślają, że jest on niezwykle przydatny do prowadzenia na ich podstawie działań wychowawczych, korekcyjnych w zakresie zachowań zdrowotnych i promocji zdrowia.

Badania przeprowadzone za pomocą kwestionariuszy: Lista Wartości Osobistych, Lista Kryteriów Zdrowia oraz Skala Umiejscowienia Zdrowia potwierdziły istnienie związku między rozumieniem pojęcia zdrowia i przypisywanej mu wartości u rodziców a występowaniem otyłości u dzieci. Ponadto wykazały, że pożądane zachowania zdrowotne są warunkowane przez efektywną edukację prozdrowotną, choć w przypadku dzieci powyżej 18 lat nie można tu dostrzec pozytywnego wyniku przebytej edukacji i doświadczeń.

4.2. Satysfakcja z życia rodziców a problemy z masą ciała u dzieci

Weryfikację hipotezy o istnieniu związku między poczuciem satysfakcji z życia a problemami z masą ciała u dzieci przeprowadzono za pomocą kwestionariusza SWLS tzw. Skalę Satysfakcji z Życia (opis narzędzia w p.3.3), który jest wynikiem porównania własnej

sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami (tab.27). Badany ocenia w nim, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do jego dotychczasowego życia. Poczucie satysfakcji z życia dla badanej grupy jest na średnim poziomie i jest porównywalne w wynikami przedstawionymi przez Juczyńskiego (2001). Dla kobiet poczucie to jest nieznacznie wyższe. Jednak analizując wyniki w stenach zauważyć można różnice w porównaniu z wynikami przedstawionymi przez Juczyńskiego (2001), dla kobiet przeważają osoby o stenach wysokich a dla mężczyzn niskich.

Tabela 27. Średnie wyniki grupy rodziców z nadwagą i otyłością

	badana grupa	wyniki przedstawione przez Juczyńskiego	% wyników		% wyników	
			niskich (1-4 sten)	wysokich (7-10 sten)	niskich (1-4 sten)	wysokich (7-10 sten)
			badana grupa		wyniki badań Juczyńskiego	
średnia	21,20	20,37	21,32	34,40	32,40	32,80
kobiety	22,00	20,11	20,10	50,00	32,00	32,20
mężczyźni	21,06	21,09	26,80	14,60	32,80	33,40

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Postawiono tezę, że ocena własnej aktywności, zadowolenia z prawidłowego odżywiania, zadowolenie ze stanu zdrowia oraz radzenie ze stresem są zależne od poczucia satysfakcji. Badani rodzice potwierdzają hipotezę, że dorosłe osoby mają wysokie poczucie satysfakcji, mimo problemów z masą ciała.

4.3. Postawy rodziców

W celu weryfikacji hipotezy o istnieniu czynników osobowościowych warunkujących przejawianie zachowań zdrowotnych zostały przeprowadzone dwa kwestionariusze: Kwestionariusza Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc) oraz Kwestionariusz do badań poczucia kontroli u dzieci (KBPK)**.** Podstawowe dane dotyczące wymienionych kwestionariuszy zostały omówione w p.3.3.

Wśród rodziców dzieci z zaburzeniami masy ciała przeprowadzono badanie z zastosowaniem Kwestionariusza Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc). Za

pomocą tego kwestionariusza można wyodrębnić sześć wymiarów opisujących relacje między rodzicem a dzieckiem. Są to: Akceptacja/Odrzucenie, Autonomia, Niekonsekwencja, Nadmierne Ochranianie i Nadmierne Wymaganie. Wyniki przedstawione są w tab. 28 w podziale na matki i ojców.

Tabela 28. Postawy rodzicielskie

matki	średnia	średni sten	interpretacja
odrzucenie/akceptacja	38,4	5	przeciętne nasilenie postawy akceptującej
wymagania	26,4	3	postawa właściwa
autonomia	36,1	5	przeciętne nasilenie postawy autonomii
niekonsekwencja	23,1	3	postawa pożądana
ochranianie	33,1	5	postawa umiarkowana właściwa

ojcowie	średnia	średni sten	interpretacja
odrzucenie/akceptacja	34,3	6	przeciętne nasilenie postawy akceptującej
wymagania	24,8	4	postawa właściwa
autonomia	36,0	6	przeciętne nasilenie postawy autonomii
niekonsekwencja	24,5	4	postawa pożądana
ochranianie	27,3	4	postawa właściwa

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Plopa (2008)

W badanej grupie matki dzieci z zaburzeniami masy ciała w postawie „odrzucenia/akceptacji" cechują się „przeciętnym nasileniem postawy akceptującej", podobnie jak ojcowie. Ponadto więcej ojców cechuje postawa bliskiego kontaktu z dzieckiem. W „akceptacji" badana osoba pamięta rodzica jako bezwarunkowo akceptującego ją jako osobę, stwarzającego klimat sprzyjający swobodnej wymianie uczuć (Plopa, 2008). Z perspektywy czasu rodzic jest oceniany jako mający stosowny autorytet, otwarty na udzielanie różnych form wsparcia, ale nie narzucający się.

Dla postawy „wymagania" zauważyć można więcej matek o „umiarkowanej postawie" niż ojców. Jednak niewłaściwą postawę („nadmierne wymagania") reprezentuje również

więcej matek niż ojców. Ojców cechuje natomiast postawa „właściwa z niewielkimi wymaganiami". W postawie „nadmierne wymaganie" dorosły pamięta rodzica jako osobę wymagającą bezwzględnego posłuszeństwa w różnych, nawet błahych sprawach (Plopa, 2008). Oceny rodzica nie zawsze brały pod uwagę możliwości dziecka. Dość ostro egzekwował wykonywanie swoich poleceń, nie tolerował sprzeciwu.

Matki w przypadku postawy „autonomii" charakteryzują się „przeciętną postawą", podobnie jak ojcowie. W przypadku „autonomii" dorosły pamięta rodzica jako osobę, która rozumiała jego wzrastającą wraz z wiekiem potrzebę autonomii (Plopa, 2008). Wykazywała się racjonalną tolerancję na popełniane błędy, dlatego rodzic pamiętany jest jako elastyczny, potrafiący dostrzec i docenić potrzebę prywatności.

W badanej grupie zauważamy dla matek i ojców wysokie wyniki dla postawy „niekonsekwencji", którą zgodnie z interpretacją Plopy można określić jako „postawa pożądana". W postawie „niekonsekwencji" dorosłe dziecko pamięta rodzica jako osobę zmienną, nastrojową, nerwową, niekonsekwentną w wyrażaniu swoich opinii, uczuć, podejmowania decyzji (Plopa, 2008). Powyższe wyniki mogą być podstawą tezy, że rodzice w sposób niekonsekwentny kształtują u dziecka model zachowań zdrowotnych, ze zmiennym natężeniem go wprowadzają w praktykę życia codziennego w rodzinie oraz wykazują brak wytrwałości i konsekwencji w egzekwowaniu prozdrowotnych zachowań u dziecka. W takiej sytuacji zachowania zdrowotne dziecka będą również chwiejne.

Dla postawy „ochraniania" badaną grupę matek cechuje postawa „umiarkowana właściwa" i „nadmierne ochranianie", natomiast dla ojców jest to tylko postawa „umiarkowana właściwa". W postawie „nadmiernie ochraniającej" dorosły pamięta swojego rodzica, jako nadmiernie ingerującego w jego osobiste problemy, sprawy, pragnącego wszystko wiedzieć, wyrażać swoja radę odnośnie do wszystkiego (Plopa, 2008). Wynikało to z nadmiernej troski o dziecko, z przekonania, że trzeba opiekować się nim przez całe życie. Z tego powodu dziecko od którego się wymaga prawidłowych zachowań zdrowotnych w zakresie odżywiania się może się buntować ze względu na opór spowodowany dolegliwym zachowaniem rodzica. Dziecko w takiej sytuacji koncentruje się na swoich odczuciach i emocjach powstających w wyniku interakcji z rodzicem a nie analizuje treści informacji związanych z wpływem sposobu odżywiania się na zdrowie.

Tabela 29. Szczegółowe zestawienie liczby osób o poszczególnych postawach - matki

matki				
sten	ilość osób	%	uwagi	suma %
odrzucenie/akceptacja				
3	2	7,1	brak akceptacji	14,2
4	2	7,1		
5	8	28,6	przeciętne	57,2
6	8	28,6		
7	7	25,0	bliski kontakt rodzica z dzieckiem	28,6
8	1	3,6		
wymagania				
3	3	10,7	właściwa	21,4
4	3	10,7		
5	10	35,8	umiarkowana właściwa	50,1
6	4	14,3		
7	4	14,3	niewłaściwa	28,5
8	2	7,1		
9	2	7,1		
autonomia				
3	1	3,6	brak	14,3
4	3	10,7		
5	9	32,1	przeciętna	50,0
6	5	17,9		
7	7	25,0	wysoce pożądane traktowanie dziecka przez rodzica	35,7
8	2	7,1		
10	1	3,6		
niekonsekwencja				
2	2	7,1	pożądana	60,7
3	7	25,0		
4	8	28,6		
5	5	17,9	umiarkowana właściwa	28,6
6	3	10,7		
7	1	3,6	niewłaściwa	10,7
8	2	7,1		
ochranianie				
4	3	10,7	właściwa	10,7
5	10	35,8	umiarkowana właściwa	46,5
6	3	10,7		
7	8	28,6	nadmierne ochranianie przez rodziców	42,9
8	1	3,6		
9	3	10,7		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Plopy (2008)

Tabela 30. Szczegółowe zestawienie liczby osób o poszczególnych postawach - ojcowie

ojcowie				
sten	ilość osób	%	Uwagi	suma %
odrzucenie/akceptacja				
3	1	3,7	brak akceptacji	22,1
4	5	18,5		
5	6	22,2	przeciętne	44,4
6	6	22,2		
7	5	18,5	bliski kontakt rodzica z dzieckiem	33,4
8	3	11,2		
9	1	3,7		
wymagania				
1	1	3,7	właściwa	48,2
2	3	11,2		
3	4	14,8		
4	5	18,5		
5	6	22,2	umiarkowana właściwa	44,4
6	6	22,2		
7	1	3,7	niewłaściwa	7,4
9	1	3,7		
autonomia				
3	3	11,2	brak	18,6
4	2	7,4		
5	4	14,8	przeciętna	37,0
6	6	22,2		
7	7	25,9	wysoce pożądane traktowanie dziecka przez rodzica	44,4
8	4	14,8		
10	1	3,7		
niekonsekwencja				
1	1	3,7	pożądana	48,2
2	3	11,2		
3	4	14,8		
4	5	18,5		
5	7	25,9	umiarkowana właściwa	27,1
6	3	11,2		
7	2	7,4	niewłaściwa	14,8
8	1	3,7		
9	1	3,7		
ochranianie				
2	1	3,7	właściwa	33,4
3	3	11,2		
4	5	18,5		
5	11	40,7	umiarkowana właściwa	55,5
6	4	14,8		
7	3	11,2	nadmierne ochranianie przez rodziców	11,2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Plopy (2008)

W celu weryfikacji hipotezy o istnieniu czynników osobowościowych warunkujących przejawianie zachowań zdrowotnych w badaniach dzieci z nadwagą i otyłością zastosowano również Kwestionariusz do badań poczucia kontroli u dzieci (KBPK)**,** który służy do pomiaru zmiennej osobowościowej, zwanej poczuciem kontroli następstw zachowań (opis narzędzia w p.3.3).

Tabela 31. Wyniki dla KBPK

	skala sukcesów S	skala porażek P	skala S+P
średnia	LOC nieustalony	LOC zewnętrzny	LOC zewnętrzny
chłopcy	LOC nieustalony	LOC zewnętrzny	LOC nieustalony
dziewczęta	LOC nieustalony	LOC zewnętrzny	LOC zewnętrzny

LOC – lokalizacja kontroli (poczucie kontroli)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Plopy (2008)

Dla badanej grupy poczucie kontroli w sytuacjach sukcesów jest nieustalone, dla porażek poczucie kontroli jest zewnętrzne, co oznacza, że dla badanej grupy niepowodzenia nie są ich winą lecz efektem pecha, zbyt trudnych zadań, złośliwości innych ludzi lub innych niezależnych okoliczności. W tej sytuacji dzieci posiadające problem nadwagi lub otyłości odrzucają swój udział w powstaniu i utrwalaniu się tego problemu szukając wytłumaczenia swojej sytuacji w czynnikach leżących poza nimi. powstaje w ten sposób filtr w zakresie analizy przyczynowo-skutkowej, którą człowiek stający przed trudnościami powinien przeprowadzać i w konsekwencji dziecko nie ma motywacji do poszukiwania rozwiązań warunkowanych własnymi działaniami i ich nie podejmuje.

4.4. Zachowania zdrowotne

W celu weryfikacji hipotez związanych z zachowaniami zdrowotnymi wśród rodziców dzieci z nadwagą i otyłością przeprowadzono badania za pomocą kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (podstawowe informacje o kwestionariuszu podano w rozdziale 3.3). Ponadto w celu weryfikacji hipotezy o istnieniu związku pomiędzy zachowaniem dorosłych w rodzinie, a występowaniem otyłości u dzieci przeprowadzono analizę badań za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa dotyczących nawyków żywieniowych. Ankieta BNŻ posłużyła również do weryfikacji hipotezy o warunkowaniu pożądanych zachowań

zdrowotnych przez efektywną edukację w domu oraz o budowaniu wzorca zachowań zdrowotnych przez poszczególnych członków rodziny.

4.4.1 Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

Do ustalenia nasileń zachowań zdrowotnych posłużono się w pracy kwestionariuszem zwanym Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. Wyniki dla wskaźników zachowań zdrowotnych (ogólnego, prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowania profilaktycznego, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych) w porównaniu z grupą kontrolną przedstawiono poniżej (tab. 32).

Tabela 32. Wskaźnik zachowań zdrowotnych

	wyniki badań grupy rodziców dzieci z nadwagą i otyłością	wyniki badań Juczyńskiego
średnia	80,38	81,82
kobiety	77,5	78,5
mężczyźni	81,41	84,03
prawidłowe nawyki żywieniowe		
średnia	3,29	3,22
kobiety	3,04	2,85
mężczyźni	3,38	3,6
zachowanie profilaktyczne		
średnia	3,53	3,42
kobiety	3,33	3,3
mężczyźni	3,6	3,48
pozytywne nastawienie psychiczne		
średnia	3,51	3,52
kobiety	3,51	3,24
mężczyźni	3,51	3,74
praktyki zdrowotne		
średnia	3,08	3,32
kobiety	3,04	3,09
mężczyźni	3,09	3,53

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

Ogólny średni wskaźnik zachowań zdrowotnych dla badanej grupy rodziców dzieci z nadwagą i otyłością (80,38) oraz dla kategorii płeć (kobiety 77,5 oraz mężczyźni 81,41) jest niższy niż wyniki przedstawione przez Juczyńskiego (2001). Potwierdza to wcześniej formułowaną tezę na podstawie poprzednich badań, że zachowania zdrowotne badanej grupy nie są korzystne dla zdrowia. Prawidłowe nawyki żywieniowe wg wyników uzyskanych na podstawie przeprowadzonych badań występują w wyższym stopniu u kobiet niż u mężczyzn. Można pokusić się więc o stwierdzenie, że kobiety są bardziej wyczulone na zachowania prozdrowotne. W przypadku zachowań profilaktycznych zauważyć można nieznacznie wyższe wyniki, u rodziców, świadczące o większym zainteresowaniu profilaktyką. Występuje tu też pewien dysonans w odniesieniu do wskaźnika zachowań zdrowotnych w badanej grupie rodziców i dzieci, który można tłumaczyć tym, że rodzice posiadający dzieci z problemem nadwagi i otyłości - mają wyższą motywację, by pomóc im zmniejszać istniejący problem zdrowotny oraz by je chronić przed zagrożeniami.

W tabeli 33 podano ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych. Zarówno dla kobiet jak i mężczyzn wskaźnik ten jest na poziomie przeciętnym.

Tabela 33. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w podziale na płeć

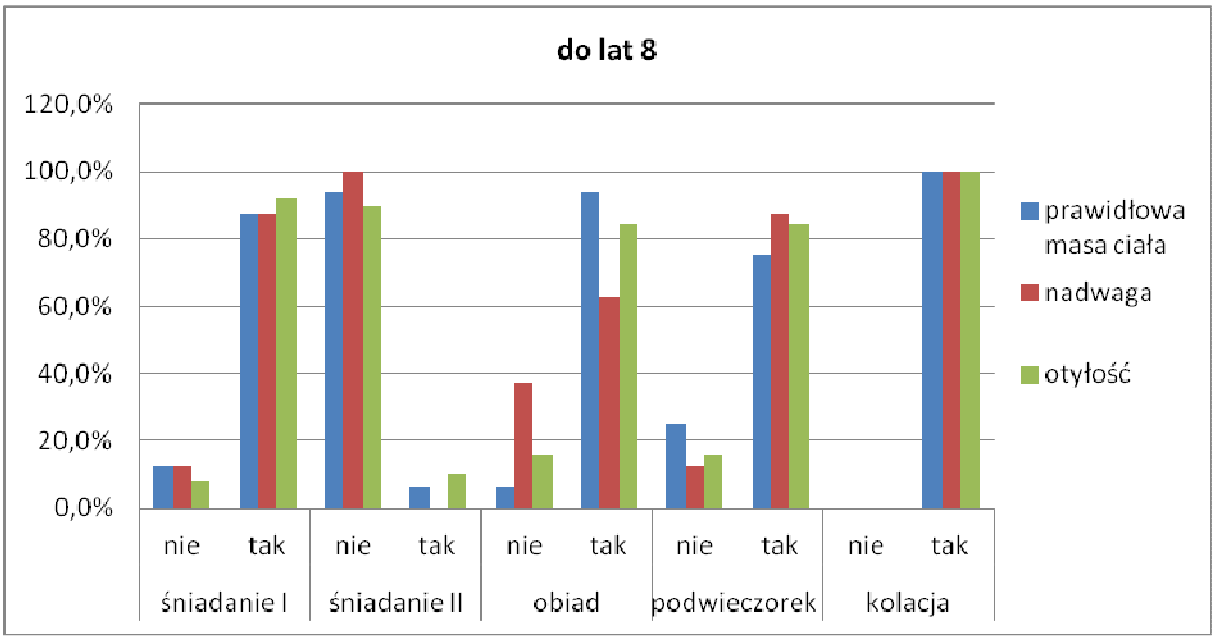
	badana grupa			zestawienie %		
	niskie	przeciętne	wysokie	niskie	przeciętne	wysokie
kobiety	20	32	14	30,3	48,5	21,2
mężczyźni	66	81	39	35,5	43,5	21,0

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz Juczyńskiego (2001)

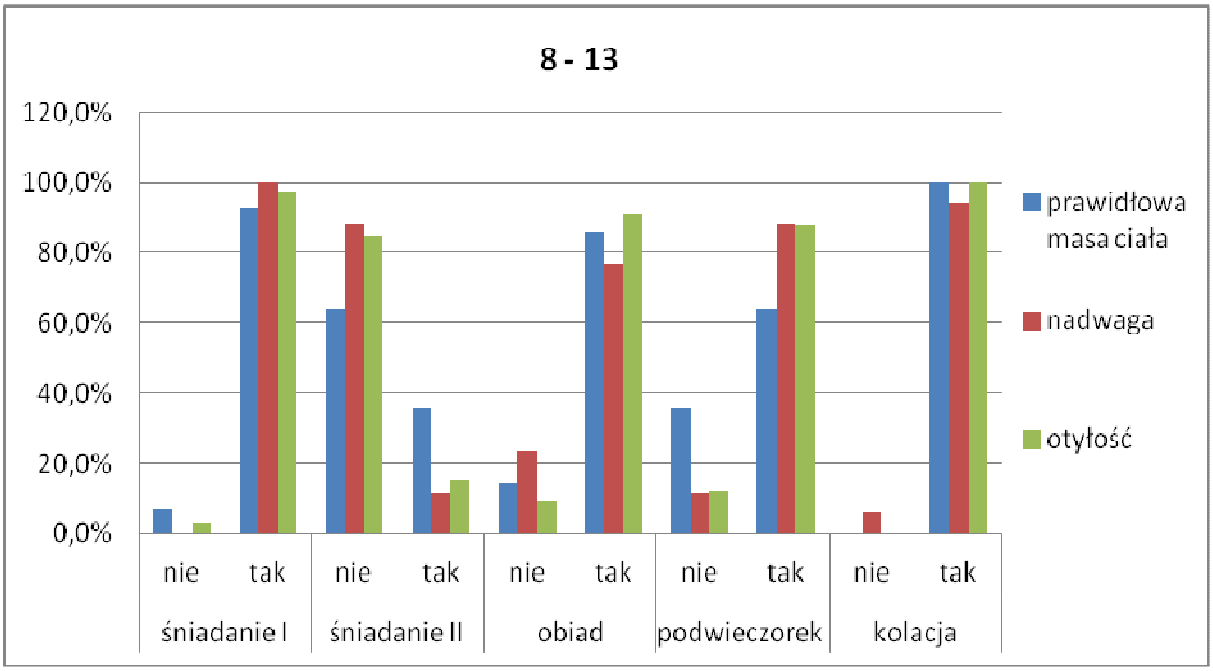
4.4.2 Miejsce jedzenia posiłków

Na zachowanie zdrowia i dobrej kondycji wpływ ma nie tylko rodzaj pokarmu, ale i sposób jedzenia. Wspólne posiłki to także okazja do umacniania więzi rodzinnych. Zdrowym sposobem odżywiania się jest spożywanie posiłków w domu. W czasie przygotowywania posiłków dobierane są produkty niezbędne do prawidłowego funkcjonowania dziecka. Niekorzystne dla zdrowia dziecka jest spożywanie niezdrowych produktów poza domem. W ostatnich latach można zauważyć tendencję polegającą na tym, że coraz więcej posiłków rodzice i dzieci jedzą poza domem. Czynnikami, które wpływają na niejedzenie domowych

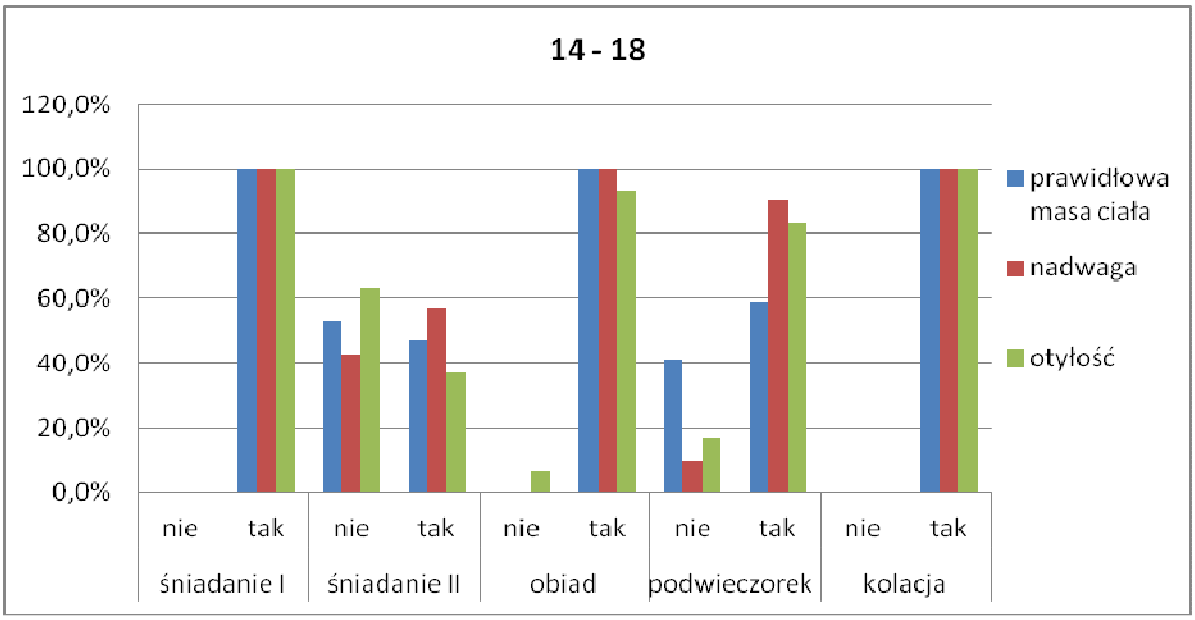
posiłków są: intensywny tryb życia, natłok obowiązków zawodowych, nauka, a także weekendowe wypady do galerii handlowych.



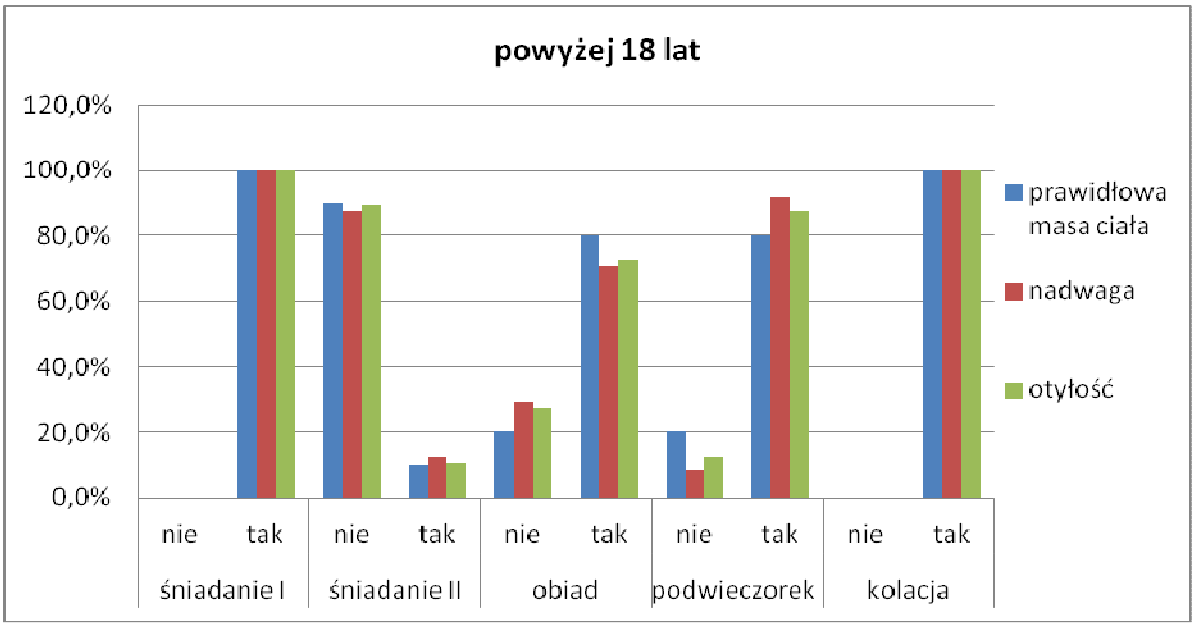
Ryc. 7. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej do 8 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 8. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej 8-13 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 9. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej 14-18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 10. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej powyżej 18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Tabela 34. Korelacje między masą ciała dziecka, a tym czy posiłki są jedzone w domu przy dodatkowym podziale na grupy wiekowe

	śniadanie I		śniadanie II		obiad		podwieczorek		kolacja	
	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność
ogólnie	0,192	0,05	0,268	0,002	0,204	0,033	0,05	ns	0,104	ns
prawidłowa masa ciała	0,256	ns	0,404	0,012	0,258	ns	0,188	ns	nie można	
nadwaga	0,335	0,046	0,127	ns	0,142	Ns	0,109	ns	0,213	ns
otyłość	0,128	ns	0,452	0,002	0,376	0,018	0,099	ns	nie można	

ns nieistotne statystycznie

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Analizując zależności pomiędzy jedzeniem poszczególnych posiłków w domu zauważyć można w przypadku pierwszego śniadania, że istnieje mała ogólna zależność (0,192) przy istotności równej założonemu poziomowi pomiędzy masą ciała dziecka a tym, czy śniadanie pierwsze jest jedzone w domu. Rozważając te zależności w odniesieniu do masy ciała dziecka zauważyć można, że tylko w grupie dzieci z nadwagą jest ta zależność istotna statystycznie (p=0,046) i wynosi 0,335 (korelacja średnia, wskazująca na istnienie zależności między nadwagą a jedzeniem pierwszego śniadania). Zależność ta może oznaczać, że osoby posiadające nadwagę i nie spożywające pierwszego posiłku w domu konsumują pierwszy posiłek pod wpływem głodu w późniejszych godzinach, być może wtedy, spożywają większą ilość pokarmów i jeśli śniadania nie przyniosły z domu, jedzą pokarm dostępny a więc dobrany przypadkowo, np. w sklepiku szkolnym, względnie od rówieśnika. Mogą być to okoliczności kształtujące nieprawidłowe nawyki żywieniowe i wywołujące niepożądane skutki zdrowotne. Na szczęście większość dzieci zjada posiłki w domu (aż 97,6%). Problemy z wagą nie warunkują tego zwyczaju. Co bardzo niepokojące, zjawisko niespożywania śniadania w domu występuje już u dzieci w wieku do 8 lat z prawidłową masą ciała (12,5%) i nadwagą (12,5%), podobnie u dzieci w wieku 8-13 lat z prawidłową masą ciała (7,1%). W odniesieniu do dzieci otyłych dotyczy to tylko niewielkiego odsetka (3%).

W odniesieniu do drugiego śniadania istnieje średnia zależność między masą ciała dziecka a jedzeniem drugiego śniadania w domu (0,268). Trochę większe zależności zauważamy w grupie dzieci o prawidłowej masie ciała (0,404) i z otyłością 0,452). Z wykresów wyraźnie wynika, że większość dzieci je drugie śniadanie poza domem (79,5%), co spowodowane jest ich obecnością w szkole. Można też założyć, że część dzieci zjada drugie śniadanie jako posiłek, w który zaopatruje się samodzielnie np. w sklepiku szkolnym. Oczywiście istnieją niewielkie różnice pomiędzy zarówno wartościami średnimi jak i dla poszczególnych grup wiekowych. Jednak nie widać żadnych zależności związanej z wiekiem. Można więc założyć, że wpływ na zwyczaje i nawyki związane ze spożywaniem tego posiłku mają okoliczności sytuacyjne związane z harmonogramem pauz szkolnych, towarzystwem i przykładem rówieśniczym, jest bardzo prawdopodobne, że dziecko będzie spożywać posiłki w towarzystwie rówieśników przy tej okazji korzystając z przykładów poczęstunków lub wymiany produktów.

Istnieje niewielka zależność (0,204) przy istotności mniejszej od założonego poziomu istotności pomiędzy masą ciała dziecka a tym, czy obiad jest jedzony w domu. Dla prawidłowej masy ciała i nadwagi zależności są niewielkie i nieistotne statystycznie, natomiast dla otyłości korelacja jest średnia (0,376). Z analiz szczegółowych wynika, że dzieci z prawidłową masą ciała (89,6%) i otyłością (90,1%) spożywają obiad w domu, dla dzieci z nadwagą jest to 74,6%. Przeprowadzając analizę poszczególnych odpowiedzi ze względu na grupy wiekowe zauważyć można spore nieścisłości. Więcej dzieci z nadwagą i otyłością do lat 8 je obiady poza domem niż dzieci powyżej 8 lat. Niestety z badań jasno nie wynika, w jakim zakresie korzystają z posiłków zorganizowanych lub z produktów przyniesionych z domu, ewentualnie zakupionych w sklepiku. Można jednak założyć na podstawie deklarowanych w trakcie badań wypowiedzi, że część dzieci korzysta z posiłków w szkole a pewna grupa dzieci nie korzysta z żadnych form zorganizowanego żywienia się w porze obiadowej, tłumacząc , że albo mają produkty przyniesione z domu albo, że coś można kupić w sklepiku szkolnym. Największą grupą jedzącą obiad w domu jest młodzież w wieku 14-18. Ustalona podczas badań argumentacja w odniesieniu do tego zjawiska pozwala postawić tezę, że jest to młodzież, która potrafi samodzielnie odgrzać potrawy przygotowane wcześniej przez rodziców i pozostawione w lodówce – względnie przyrządzić posiłek według swojego upodobania korzystając z produktów dostępnych w domu oraz z urządzeń do obróbki termicznej – takich jak np. kuchenka mikrofalowa, toster itd. Często młodzież w tym okresie rozwojowym pragnie towarzystwa, więc do współdziałania zaprasza swoich rówieśników, z

którymi wspólnie spożywa posiłki. Trzeba zaznaczyć, że ilość i dobór produktów oraz okoliczności spożywania posiłków (równoczesne oglądanie programów telewizyjnych, posługiwanie się komputerem, jedzenia „na leżąco") jest poza kontrolą osób dorosłych. U osób powyżej 18 lat wyraźnie można zaobserwować, zależność pomiędzy masą ciała a miejscem jedzenia posiłku (im problemy z masą są bardziej nasilone tym większa liczba odpowiedzi wskazuje na spożywanie obiadów poza domem). Można założyć, że posiłki są spożywane w różnego rodzaju punktach gastronomicznych, różnej jakości, z różną wartością bilansu kalorycznego, często popijane wysokoenergetycznymi napojami. Można założyć także, że godziny spożywania posiłków są różne a porcje z reguły są zbyt duże i nie dostosowane dla potrzeb danego człowieka.

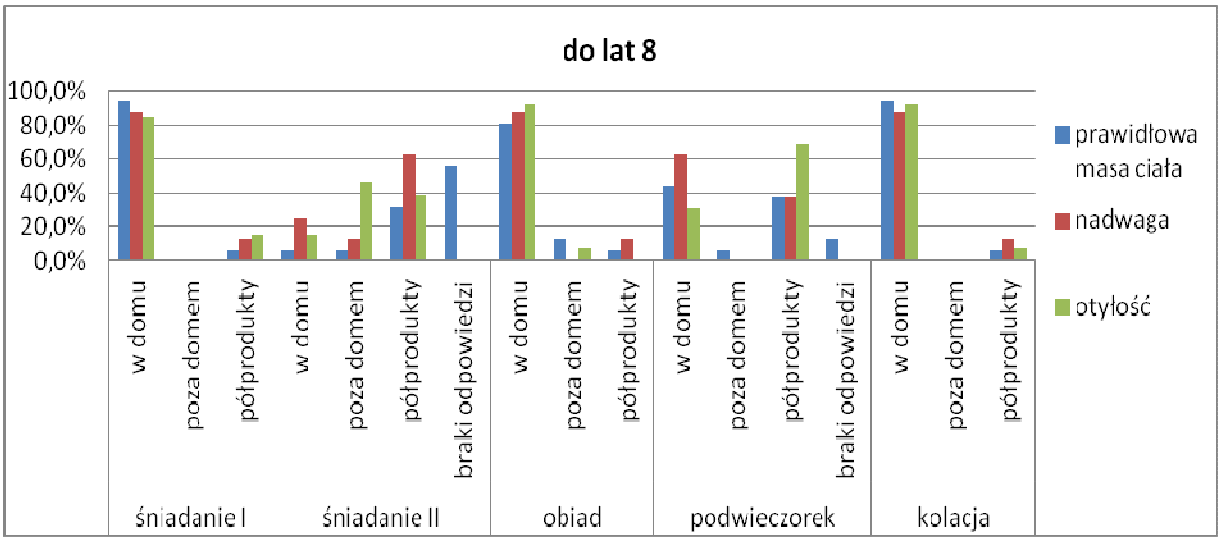
W przypadku podwieczorku zależności pomiędzy masą ciała dziecka a jedzeniem podwieczorku w domu są niewielkie i nieistotne statystycznie. Jednak analiza w kontekście różnych grup wiekowych i problemów z masą ciała wskazuje na wahania. W przypadku prawidłowej masy ciała tylko 70,1% dzieci spożywa podwieczorek w domu, dla dzieci z nadwagą i otyłością ten odsetek jest znaczący (odpowiednio 91,5% i 90,1%) czyli zdecydowana większość tych dzieci spożywa podwieczorek w domu. Powyższe wyniki można tłumaczyć tym, że dzieci z masą ciała utrzymującą się w granicach normy w zwyczajowych godzinach podwieczorku uczestniczą w zajęciach pozalekcyjnych. Natomiast dzieci z nadwagą i otyłością nie spędzają tego czasu poza domem, nie uczestniczą w żadnych zajęciach wymagających aktywności fizycznej. Dzieci te spożywają podwieczorek w domu w czasie gdy odrabiają lekcje, oglądają programy telewizyjne, czytają książki czy spotkają się z rówieśnikami w warunkach domowych. Wiek nie różnicuje znacząco wyników badań, jedynie w grupie starszych osób wyraźniej są akcentowane biernego spędzania czasu wolnego.

W odniesieniu do posiłku wieczornego uzyskane zależności statystyczne są niewielkie i nieistotne statystycznie. Podobnie jeżeli chodzi o analizę poszczególnych grup. Dzieci i młodzież spożywają kolacje w domu.

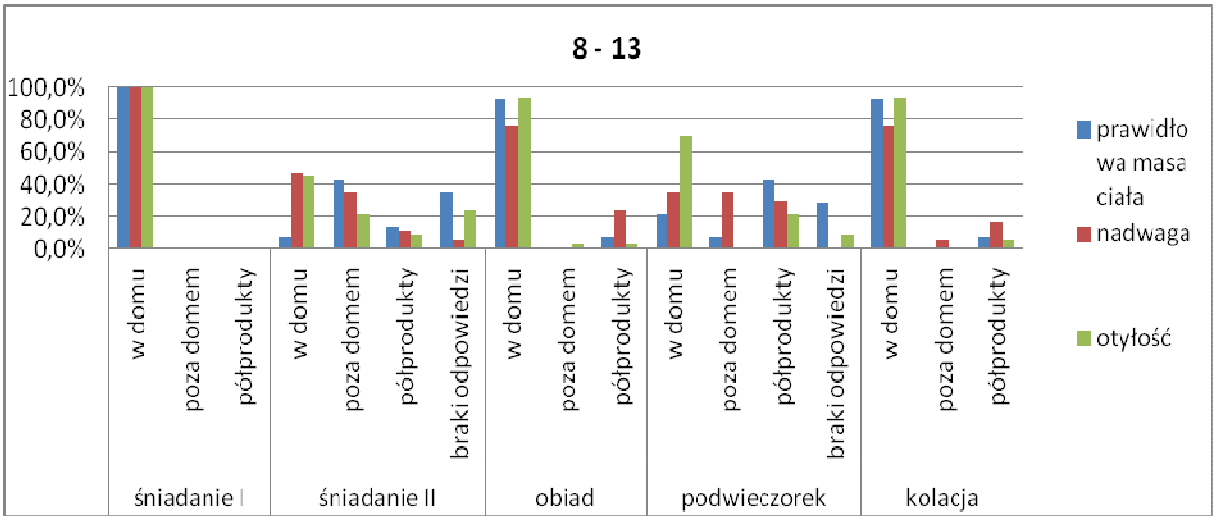
4.4.3 Miejsce przygotowywania posiłków

Posiłki przygotowywane w domu są zazwyczaj zdrowsze dla dzieci. Dzieciństwo jest jednym z okresów życia, które w dużym stopniu determinują późniejsze zachowania. Rodzice odgrywają w tym procesie główną rolę, mając bezpośredni wpływ na odpowiednie

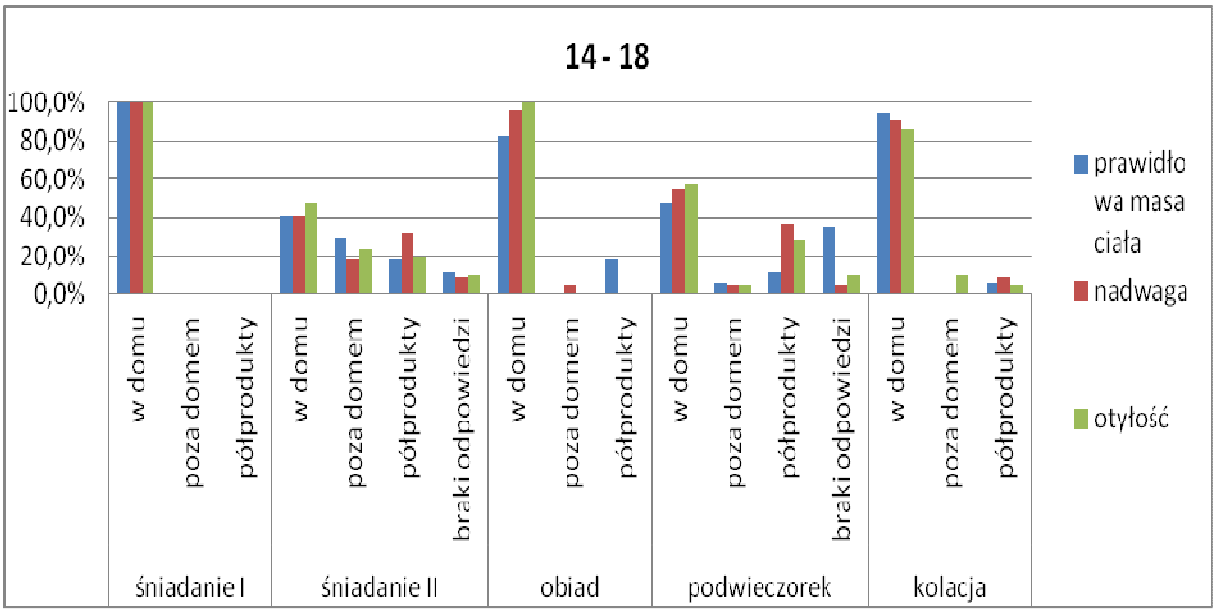
kształtowanie nawyków swoich pociech. Istotnym elementem już w dzieciństwie jest zadbanie o prawidłowe nawyki żywieniowe, które to pozwolą dziecku zarówno teraz, jak i w przyszłości, zachować zdrowie. Dzieci lubią pomagać w kuchni, dlatego rodzice powinni stworzyć ku temu możliwości i wspierać go. Takie zachowania będą kształcić w dziecku wartości związane z szacunkiem do jedzenia oraz nauczą dziecko samodzielności, a także przyswoją na swój sposób prawidłowe nawyki żywieniowe.



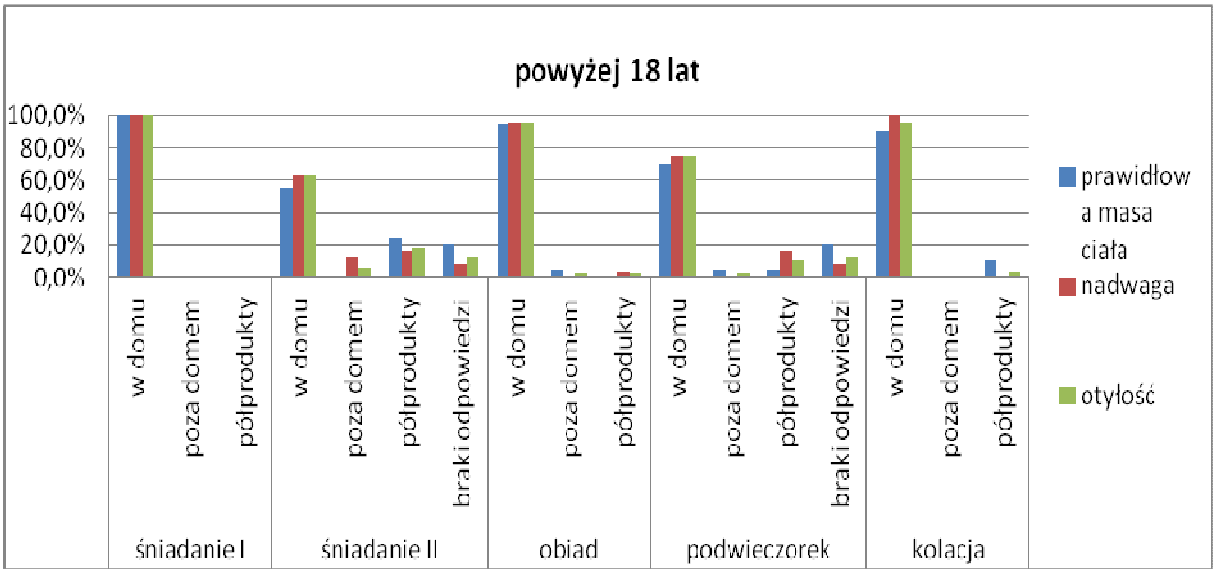
Ryc. 11. Posiłki przygotowywane w domu dla grupy wiekowej do 8 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 12. Posiłki przygotowywane w domu dla grupy wiekowej 8-13 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 13. Posiłki przygotowywane w domu dla grupy wiekowej 14-18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 14. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej powyżej 18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Tabela 35. Korelacje między masą ciała dziecka, a tym czy posiłki przygotowywane są w domu przy dodatkowym podziale na grupy wiekowe

	śniadanie I		śniadanie II		obiad		podwieczorek		kolacja	
	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność
ogólnie	0,296	0	0,394	0	0,184	ns	0,324	0,009	0,138	ns
prawidłowa masa ciała	0,220	ns	0,657	0,01	0,343	ns	0,459	ns	0,065	ns
nadwaga	0,335	0,046	0,421	ns	0,372	ns	0,552	0,01	0,329	ns
otyłość	0,360	0,027	0,524	0,021	0,207	ns	0,472	ns	0,272	ns

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Analizując korelacje między masą ciała dziecka a tym czy posiłki przygotowywane są w domu czy poza nim zauważyć można istnienie średniej zależność dla dzieci z nadwagą i otyłością. Dla wszystkich grup wiekowych skonstatować można, że pierwsze śniadanie przygotowywane jest zawsze w domu – prawidłowa masa ciała 98,5%, nadwaga 98,6% i otyłość 97,2%. Zależność miedzy tym czy drugie śniadanie przygotowywane jest w domu czy poza domem a masą ciała dziecka jest istotne statystycznie (dla dzieci otyłych p=0,012 i dzieci z nadwagą p=0,01). Dla dzieci z nadwagą zależność ta jest nieistotna statystycznie. Analiza poszczególnych odpowiedzi pokazuje, że większość dzieci z nadwagą i otyłością je drugie śniadania przygotowywane w domu (47,9% i 43,7%), dla dzieci z prawidłową masą ciała jest to 29,9%, również dla tych dwóch grup większość choć niewielka je drugie śniadania przygotowywane poza domem (nadwaga 19,7%, otyłość 25,4%, normalna 17,9%). Równocześnie w obrębie poszczególnych grup widać spore rozbieżności, przy jednoczesnej zależności, im dziecko starsze tym więcej osób je śniadania drugie przygotowywane w domu. I tak m.in. dla nadwagi rozpiętość procentowa waha się od 25% (dla dzieci do 8 lat) do 62,5% (dla dzieci powyżej 18 lat). Dla dzieci otyłych rozpiętość ta jest największa (84,6%) i waha się od 15,4% do 100%. Spora rozpiętość jest również w przypadku dzieci o prawidłowej masie ciała (48,7%). Dla wszystkich grup określających masę ciała, jak i grup wiekowych zależności miedzy tym czy obiad przygotowywany jest w domu czy poza nim a określeniem masy ciała dziecka są nieistotne statystycznie. Analiza wartości procentowych pokazuje niewielkie odchylenia dla poszczególnych grup – dzieci z prawidłową masą ciała 88,1%, z nadwagą 90,1% i z otyłością 95,8%. Wyraźna korelacja istotna statystycznie w przypadku

podwieczorka występuje tylko dla dzieci z nadwagą, w pozostałych przypadkach ta zależność jest nieistotna statystycznie. Analiza poszczególnych grup pokazuje, że połowa osób zjada podwieczorek przygotowany w domu (dzieci z prawidłową masą ciała – 47,8%, z nadwagą – 57,57% i z otyłością 60,6%). W obrębie poszczególnych grup przy analizie grup wiekowych zauważyć można dysproporcje. Najmniej dzieci o prawidłowej masie ciała i nadwadze w grupie wiekowej 8-13 lat je podwieczorek przygotowywany w domu (odpowiednio 21,4% i 35,3%), natomiast dla dzieci z nadwagą są to osoby z grupy wiekowej do 8 lat (30,8%). Nie oznacza to jednak, że jedzą one poza domem, tylko w przypadku dzieci z nadwagą procent odpowiedzi przeniósł się na jedzenie poza domem (35,3%), w dwóch pozostałych przypadkach procent przeniósł się na odpowiedź związaną z przygotowywaniem posiłków z półproduktów (dla prawidłowej masy ciała 42,9% oraz otyłości 69,2%). Przeważająca większość dzieci je kolacje przygotowywane w domu (średnio 91,4%), zależności między tym czy obiad przygotowywany jest w domu czy poza nim a określeniem masy dziecka są nieistotne statystycznie.

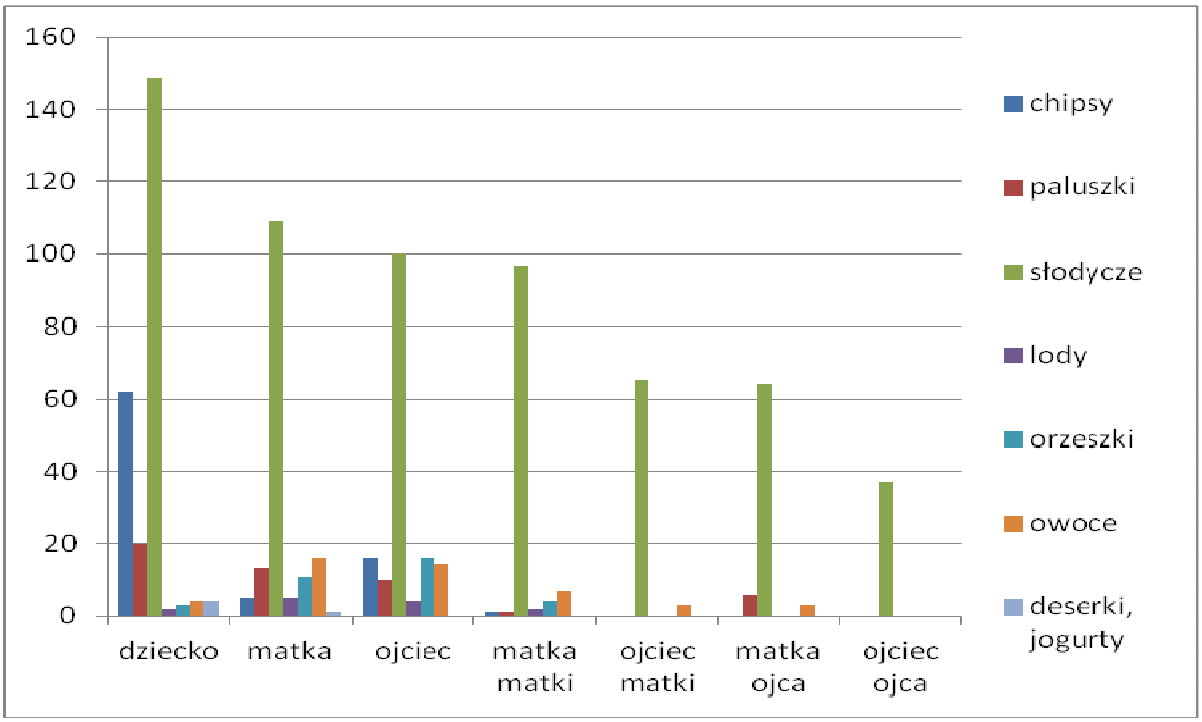
Podsumowując całość powyższych badań, należy podkreślić fakt, że znaczący odsetek dzieci małych do lat 8 oraz mających problemy z masą ciała nie ma jednolitej strategii odżywiania się, dotyczy to regularności posiłku i spożywania ich w warunkach domowych. Niepokojące jest to, że dzieci opuszczają pierwszy posiłek i udają się do zajęć poza domem na czczo i że wiele z nich takie posiłki jak drugie śniadanie, obiad, podwieczorek spożywają w miejscach swojej aktywności życiowej – poza domem, co rodzi pytanie o ich jakość. Niepokojącym jest również zjawisko spożywania posiłków przy równoczesnym oglądaniu telewizji lub obsługiwaniem komputera. Z badań wynika, że powyższe zachowania przebiegają przy biernej postawie dorosłych. A takie argumenty podają dzieci z nadwagą i otyłością.

4.4.4 Spożywanie produktów między posiłkami

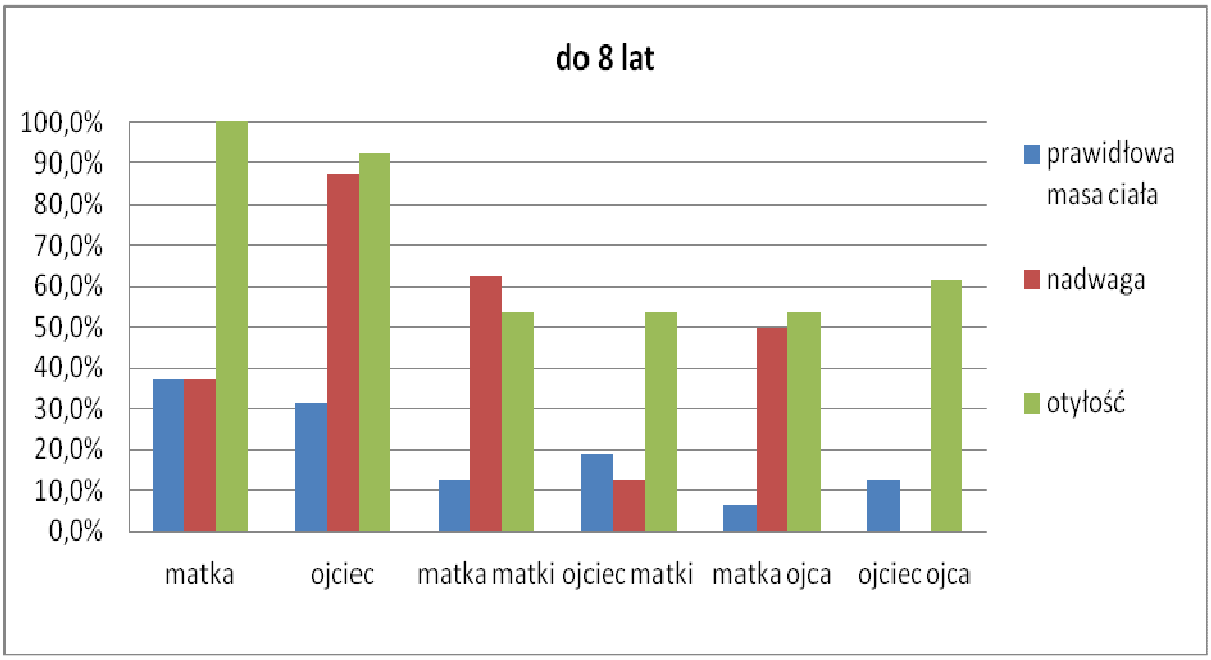
Wyniki badań wielu autorów dotyczące dzieci i młodzieży (Kołłajtis-Dołowy i wsp. 2002, Kołłajtis-Dołowy i wsp. 2007, Frączek 2003, Skop i wsp. 2002, Charzewska i wsp. 2003) potwierdzają wyniki badań epidemiologicznych przygotowanych na potrzeby programu edukacyjnego "Zentiva - zmieniamy przyzwyczajenia”, które przedstawiają, że 90% Polaków spożywa różne produkty między posiłkami. Produktami spożywanymi najczęściej między posiłkami są nie tylko produkty negatywne takie jak słodycze, chipsy, frytki ale również warzywa i owoce. Dojadanie nie musi być traktowane jako postępowanie negatywne. Może

być wykorzystywane także do popularyzowania prozdrowotnego sposobu żywienia, jeśli dojadane produkty należą do wysoko wartościowych (Charzewska i wsp. 2003). Przekąskami nie powinna być żywność wysokokaloryczna, w tym słodkie napoje, ponieważ ich spożywanie prowadzić może do znacznego podwyższenia wartości energetycznej diety, czego konsekwencją mogą być nadwaga i otyłość (Bell i wsp. 2005).

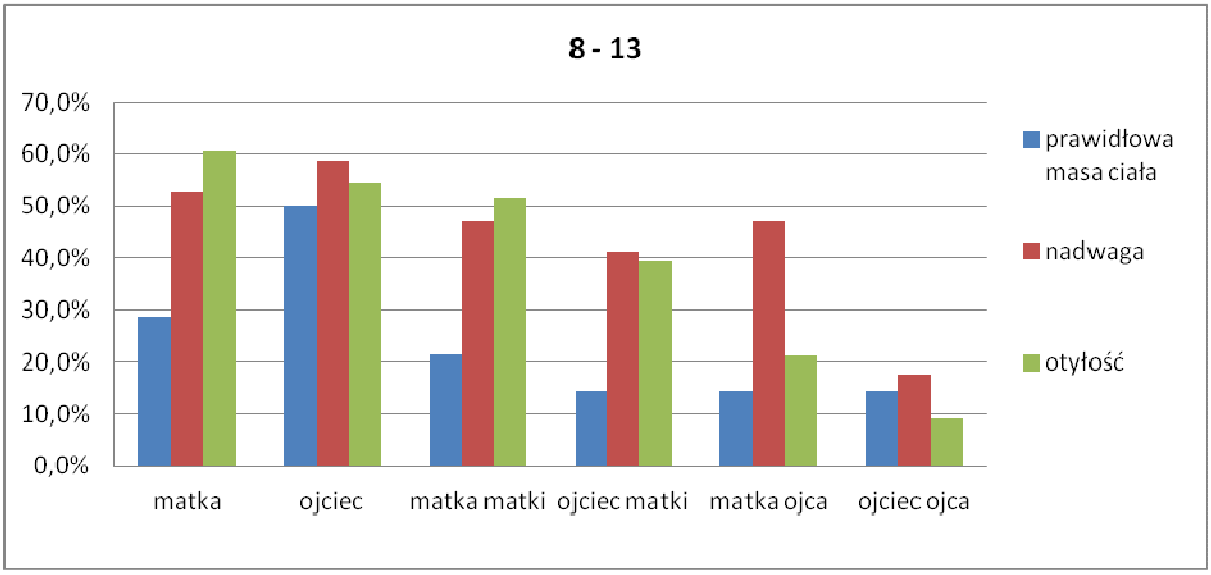
Przeprowadzając analizę produktów spożywanych między posiłkami przez dzieci i ich opiekunów, zauważyć można, że najczęściej we wszystkich grupach pojawiają się słodycze, wśród dzieci i ojców również chipsy. Często spożywane są także paluszki. Wśród rodziców produktem dojadanym są owoce, jednak nie ma to odzwierciedlenia wśród dzieci. Praktycznie w większości przypadków, około 90%, jeżeli dziecko odpowiadało, że między posiłkami spożywało słodycze, to rodzice również deklarowali spożywanie słodkich przekąsek. Rodzaj spożywanych produktów między posiłkami jest także uzależniony od preferencji smakowych np. dziadkowie chętniej wskazują na słone paluszki a dzieci na lody.



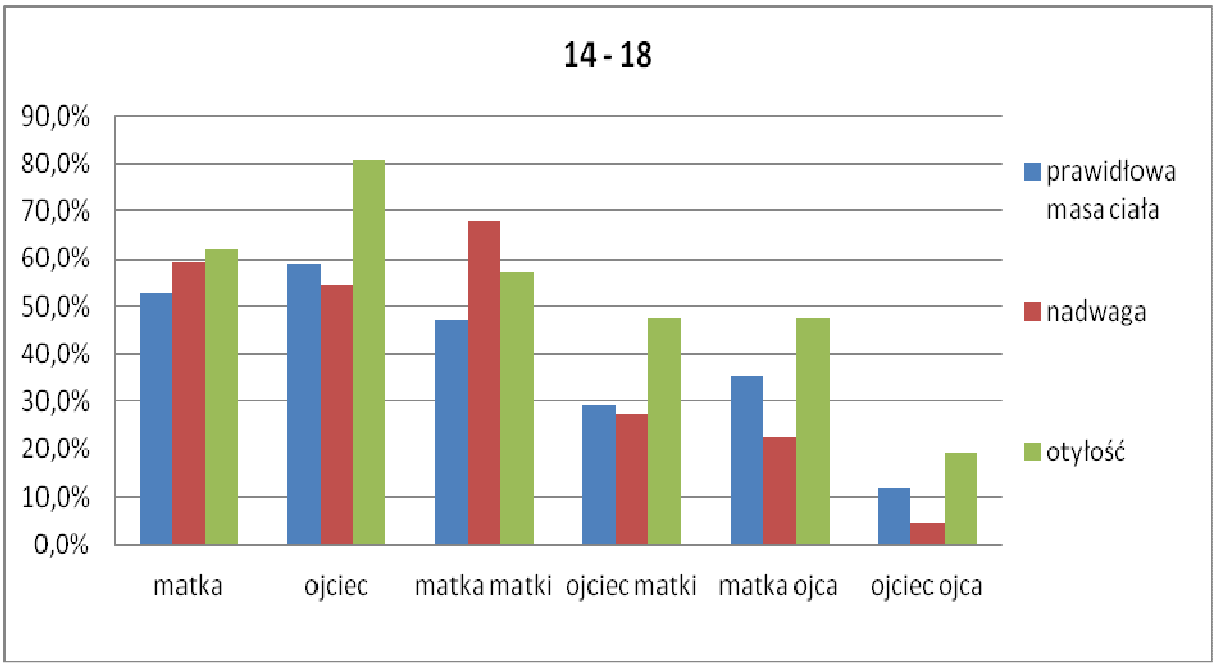
Ryc. 15. Rodzaje produktów spożywanych między posiłkami
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



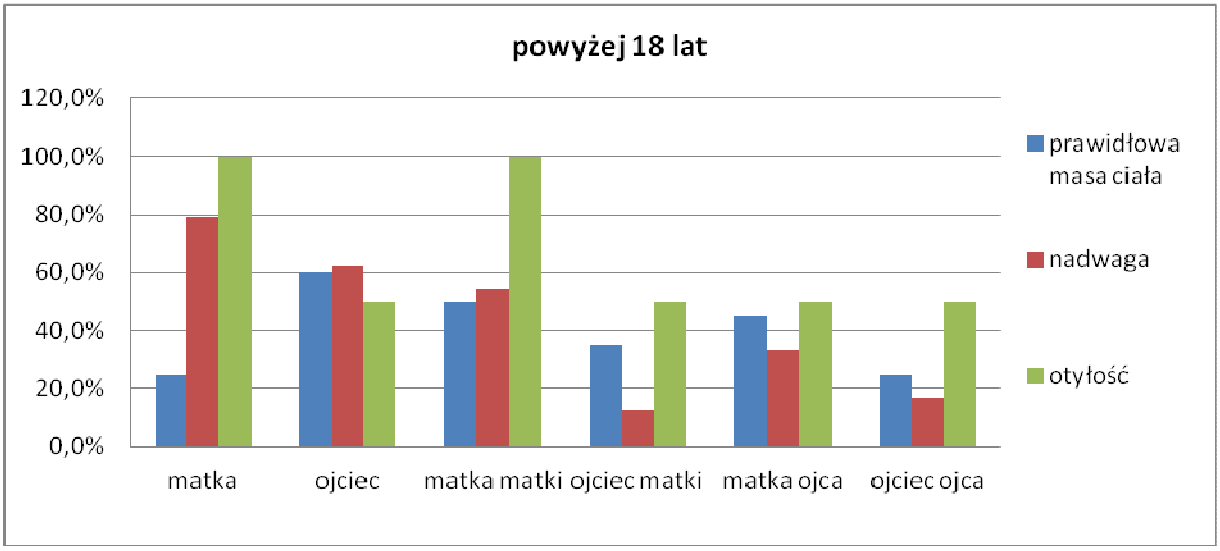
Ryc. 16. Zależności między dojadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej do 8 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 17. Zależności między dojadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej 8 - 13 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 18. Zależności między dojadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej 14 – 18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 19. Zależności między dojadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej powyżej 18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Tabela 36. Korelacje między dojadaniem przez dzieci a dojadaniem przez pozostałych członków rodziny przy podziale na grupy wiekowe

	matka		ojciec		matka matki		ojciec matki		matka ojca		ojciec ojca	
	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność
ogólnie	0,187	0,007	0,183	0,029	0,188	0,025	0,096	ns	0,159	ns	0,121	ns
prawidłowa masa ciała	0,071	ns	0,204	ns	0,31	0,04	0,191	ns	0,12	ns	0,214	ns
nadwaga	0,074	ns	0,107	ns	0,08	ns	0,217	ns	0,365	0,009	0,130	ns
otyłość	0,334	0,005	0,227	ns	0,073	ns	0,3	0,041	0,291	0,049	0,128	ns

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Analizując uzyskane wyżej korelacje można wnioskować o istniejących zależnościach, szczególnie w grupie dzieci z nadwagą i otyłością dla grup wiekowych do 8 lat oraz powyżej 18 lat. Największe zależności występują między dzieckiem a jego najbliższą rodziną (matka, ojciec). I tak przykładowo dla osób z prawidłową masą ciała procent dzieci i matek dojadających przekąski między posiłkami waha się od 25,0 do 52,9; procent dzieci i ojców od 31,3 do 60; procent dzieci i matek matki od 12,5 do 50, procent ojców matki od 14,3 do 35, procent dzieci i matek ojca od 6,3 do 45 oraz procent dzieci i ojców ojca od 11,8 do 25. Dla grupy dzieci z nadwagą i otyłością procent dzieci i matek dojadających waha się odpowiednio od 37,5 do 79,2 oraz od 60,6 do 100, dla dzieci i ojców od 54,5 do 87,5 oraz od 50 do 92,3. Dla dalszej rodziny procenty te wahają się odpowiednio dla dzieci z nadwagą oraz matek matki od 47,1 do 68,2, ojców matki od 12,5 do 41,2, matek ojca od 22,7 do 50,0 i ojców ojca od 0 do 17,6. Dla dzieci z otyłością oraz matek matki procent waha się od 51,5 do 100, ojców matek od 39,4 do 53,8, matek ojca od 21,2 do 53,8 oraz ojców ojca od 9,1 do 61,5. Z powyższych danych można wyprowadzić tezę, że osoby znaczące dla dziecka, będące w najbliższym kręgu rodziny spożywając produkty spożywcze między posiłkami dostarczają dziecku wzorca zachowań i kształtują niepożądane nawyki żywieniowe. Można założyć, na

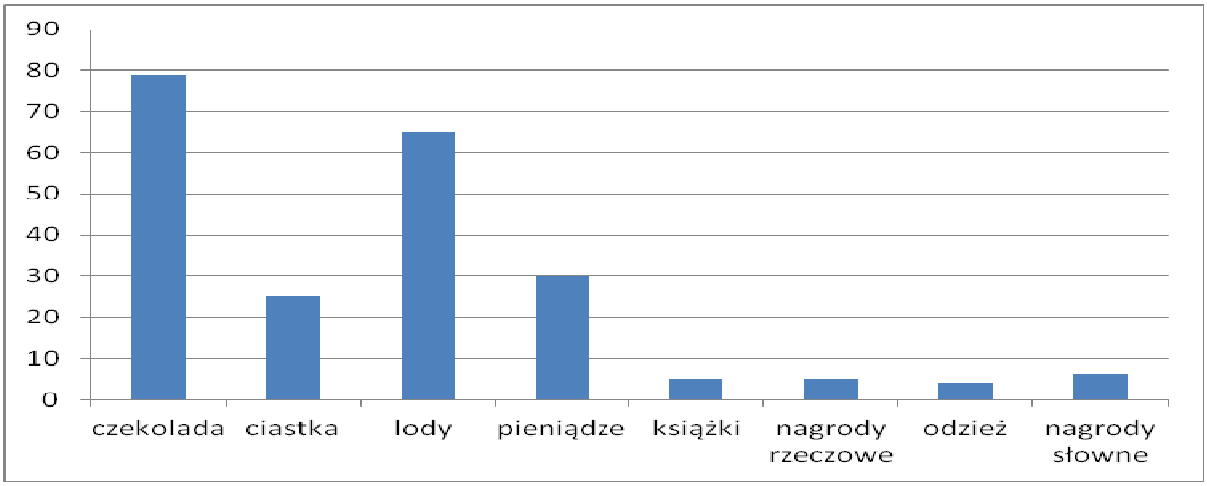
podstawie uzyskanych wyników i deklaracji osób badanych, że dojadający rodzic, babcia lub dziadek – częstuje dziecko lub zachęca je do dodatkowego pokarmu.

Nie została potwierdzona żadna zależność pomiędzy rodzajem przekąsek u dziecka a rodzajem przekąsek u rodziców czy dziadków, z wyjątkiem słodyczy (przy poziomie istotności <0,05 współczynnik korelacji wynosi 0,84).

4.4.5 Nagradzanie dzieci

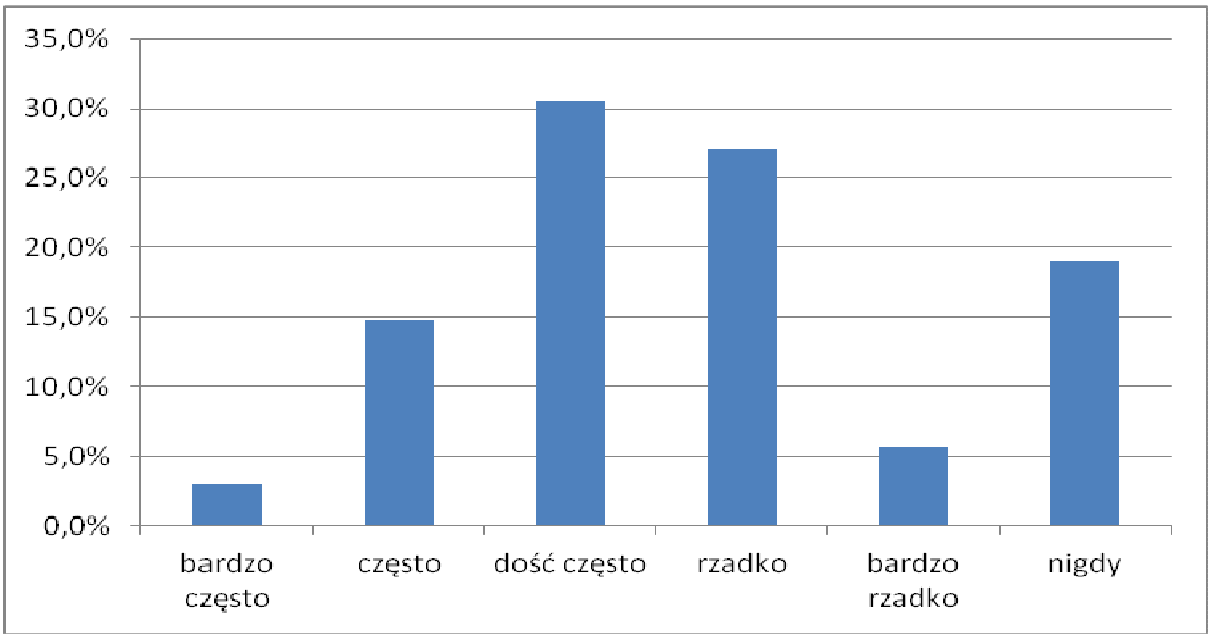
Częstym błędem, popełnianym przez rodziców i dziadków, jest nagradzanie słodkimi smakołykami za dobre zachowanie czy wyniki w nauce. Wykorzystywanie słodyczy jako formy nagrody zwiększa u dziecka ich pragnienie. Dzieci uczą się, że słodycze są sposobem nagradzania. Słodkości zwykle uświetniają święta, urodziny, wyjazdy, kojarzą się z odprężeniem. Jeśli jako dzieci jedliśmy ich dużo (albo co gorsza dostawaliśmy je w nagrodę lub na pocieszenie), to będziemy je lubić i potrzebować ich także w dorosłym życiu a także z dużym prawdopodobieństwem jako dorośli będziemy nagradzać sami siebie w ten sam sposób. Pamiętając z dziecinnych lat, że słodycze nas cieszyły, w dorosłym życiu pocieszamy się słodkimi przekąskami, przekonani, że poprawi nam to zły nastrój.

Na podstawie deklaracji osób badanych można stwierdzić, że dzieci są często nagradzane. Wśród nagród dominują słodycze (czekolada, cukierki, batony, lody) i pieniądze, które dzieci poświęcają często na słodycze. Analiza zależności między określeniem masy ciała dziecka a rodzajem stosowanej nagrody jest istotna statystycznie na przyjętym poziome p<0,05 w współczynnik korelacji wynosi 0,38.



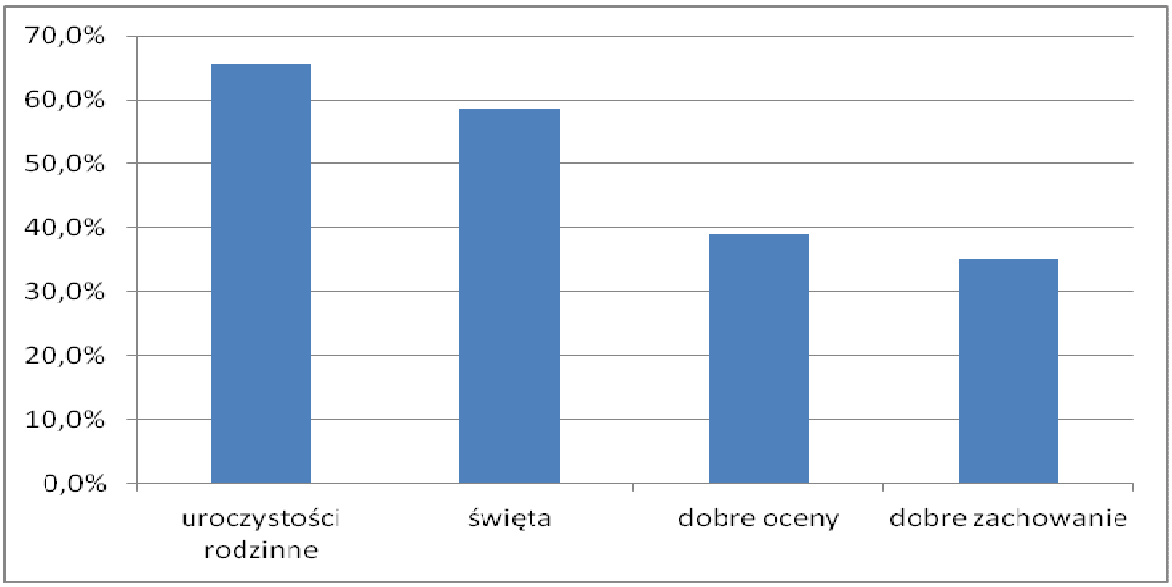
Ryc. 20. Rodzaje nagród stosowanych w domu
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Dość często nagradza swoje dzieci aż 30,5% rodzin, rzadko 27,1% i 19% nigdy. Analiza zależności między określeniem masy ciała dziecka a częstością stosowania nagrody jest istotna statystycznie na przyjętym poziome p<0,05 a współczynnik korelacji wynosi 0,36.



Ryc. 21. Częstość stosowania nagród
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

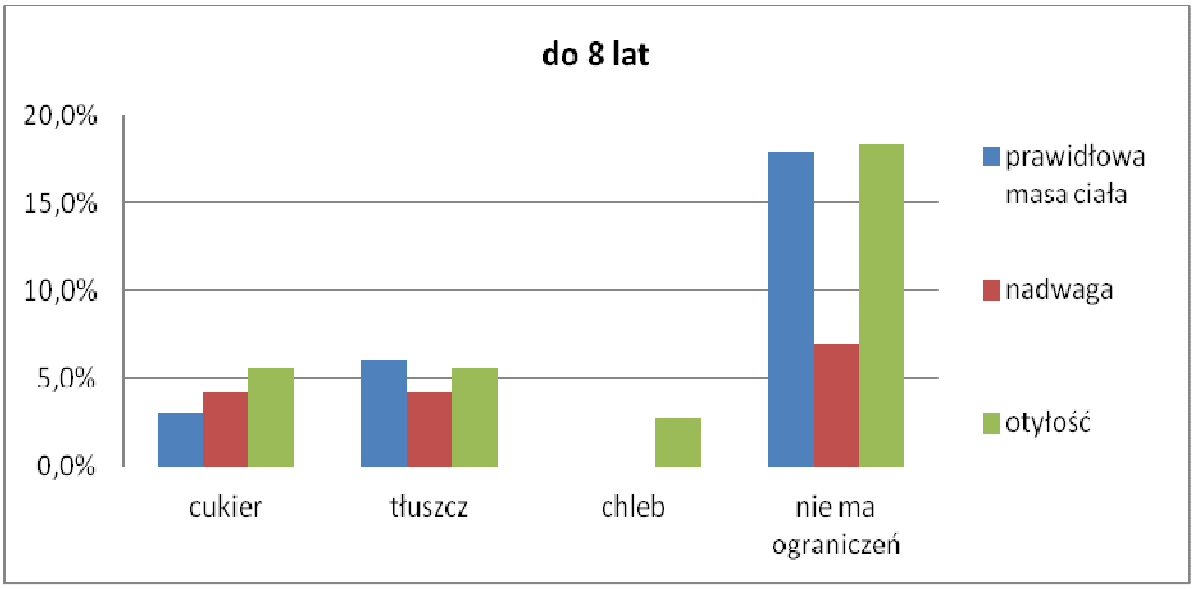
Dzieci nagradzane są najczęściej z okazji uroczystosci rodzinnych (65,7%) oraz świąt (58,6%). Dość często rodzice stosują nagrody za dobre oceny (39,0%) jak i dobre zachowanie (35,2%). Stwierdzono korelację istotną statystycznie na poziomie p<0,05 (współczynnik korelacji 0,37.



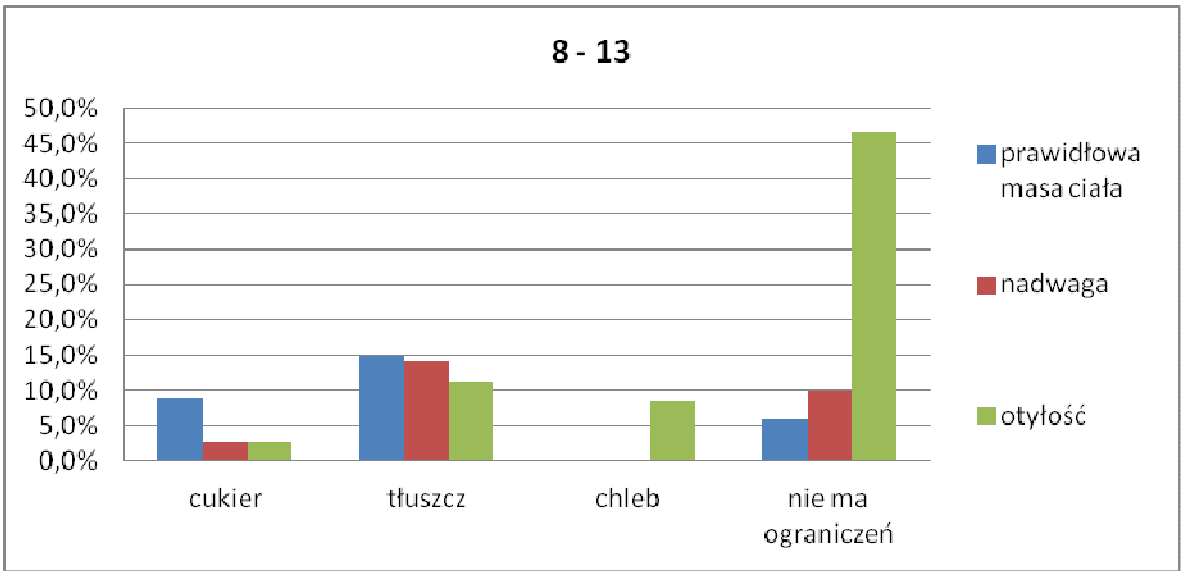
Ryc. 22. Okazje stosowania nagród
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

4.4.6 Ograniczenia produktów

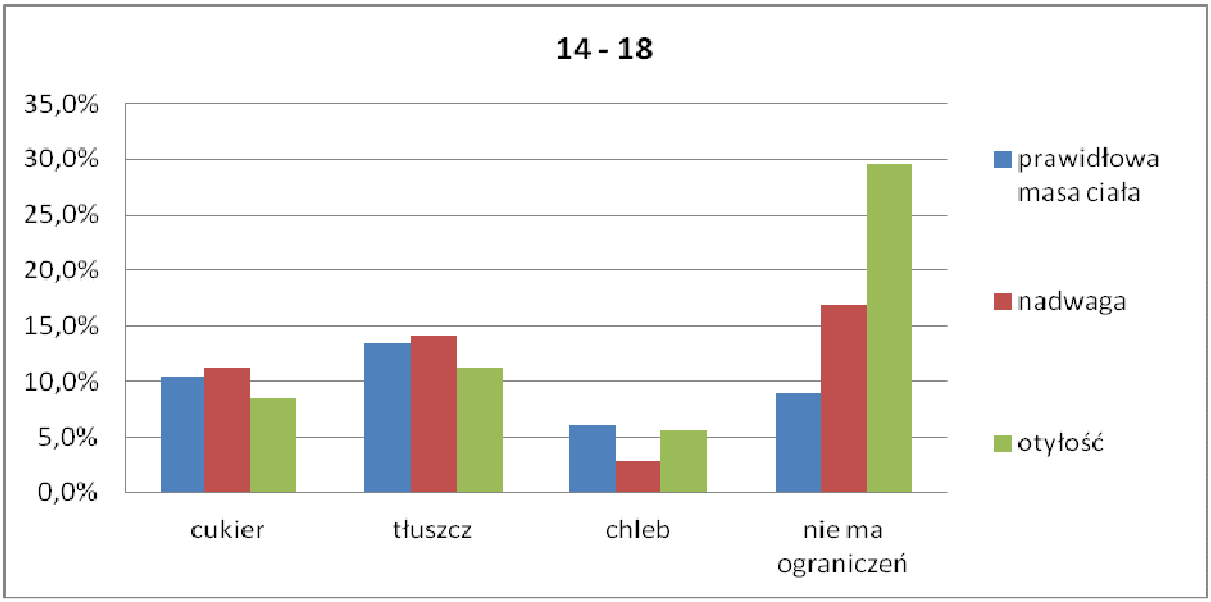
Mocno przyprawiona, niskojakościowa, wysoko przetworzona żywność zaburza naturalne mechanizmy regulujące pobór pokarmu. W przypadku dzieci z nadwagą i otyłością ważne jest ograniczanie pewnych produktów, w tym cukru, tłuszczu czy chleba. Dieta dla dzieci nie może przypominać popularnych diet odchudzających, które mają zapewnić błyskawiczną utratę wagi. Należy pamiętać, że organizmy dzieci potrzebują większej ilości pożywienia dla prawidłowego wzrostu i rozwoju. Nadwagę u dzieci najlepiej leczyć poprzez zastosowanie zdrowej, zbilansowanej diety i przede wszystkim wykształcanie zdrowych nawyków żywieniowych. Poniżej przedstawiono analizę ograniczeń wybranych składników: cukru, tłuszczu i chleba wśród dzieci.



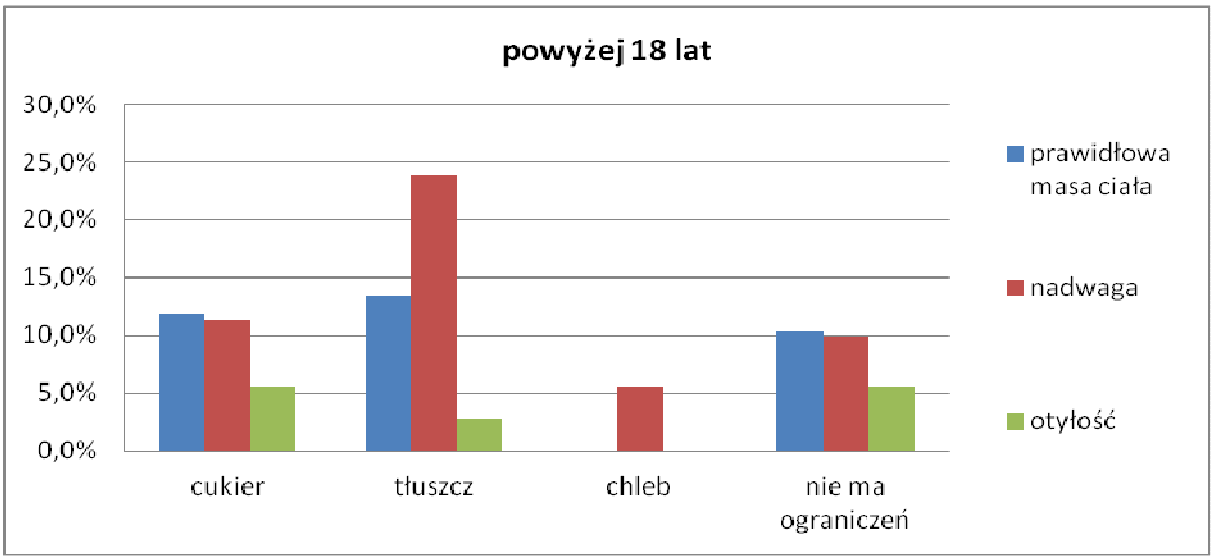
Ryc. 23. Ograniczanie wybranych produktów w grupie do 8 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 24. Ograniczanie wybranych produktów w grupie 8 – 13 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 25. Ograniczanie wybranych produktów w grupie 14-18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 26. Ograniczanie wybranych produktów w grupie powyżej 18 lat
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Najwięcej badanych osób ogranicza cukier w rodzinach z dziećmi o prawidłowej masie ciała i nadwadze. Im dziecko starsze tym więcej rodzin go ogranicza (dla dzieci z

normalną wagą do 8 lat 3%, w wieku od 8 do13 to 9%, w wieku od 14 do 18 to 10,4% oraz powyżej 18 lat odsetek ten wynosi 11,9%). W przypadku rodzin z dziećmi o nadwadze odsetek rodzin ograniczających cukier jest inny niż u rodzin z dziećmi o prawidłowej masie ciała (do 8 lat to 4,2%, od 8 do 13 lat to 2,8%, od 14 do 18 lat to 11,3% oraz powyżej 18 lat odsetek wynosi 11,3%.) W grupie dzieci otyłych nie występują znaczące wskaźniki obniżenia poziomu spożycia cukru.

Podobne zależności zauważyć można dla ograniczeń tłuszczu, również w tym przypadku odsetek rodzin jest podobny, wyjatek stanowią rodziny z dziećmi z nadwagą powyżej 18 lat (23,9%).

Najmniej rodzin ogranicza chleb. Dla rodzin z dziećmi o prawidłowej masie ciała tylko 6% (dzieci w wieku od 14 do 18 lat), dla rodzin z dziećmi o nadwadze tylko 2,8% - dzieci w wieku od 14 do 18 lat i 5,6% dla osób w wieku powyżej 18 lat. Jedynie dla rodzin z otyłymi dziecmi procent jest nieznacznie wyższy – wiek poniżej 8 lat – 2,8%, wiek od 8 do 3 lat – 8,5% oraz od 14 do 18 lat – 5,6%. Znacząca liczba rodzin wogóle nie ogranicza spożywania chleba. Szczególnie należy tu podkreślić rodziny z dziećmi otyłymi (do 8 lat 18,3%, 8-13 lat – 46,5%, 14-18 lat – 29,6% oraz powyżej 18 lat – 5,6%)., które nie tylko nie ograniczają spożywania chleba ale także nie eliminują pieczywa białego.

Tabela 37. Korelacje między rodzajem ograniczanych produktów a grupami określającymi masę ciała dziecka

	cukier		tłuszcz		chleb		brak ograniczeń	
	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność	współczynnik korelacji	istotność
prawidłowa masa ciała	0,217	ns	0,391	ns	0,39	ns	0,362	0,032
nadwaga	0,180	ns	0,203	ns	0,358	0,033	0,447	0,049
otyłość	0,377	0,003	0,165	ns	0,659	0,062	0,982	0,659

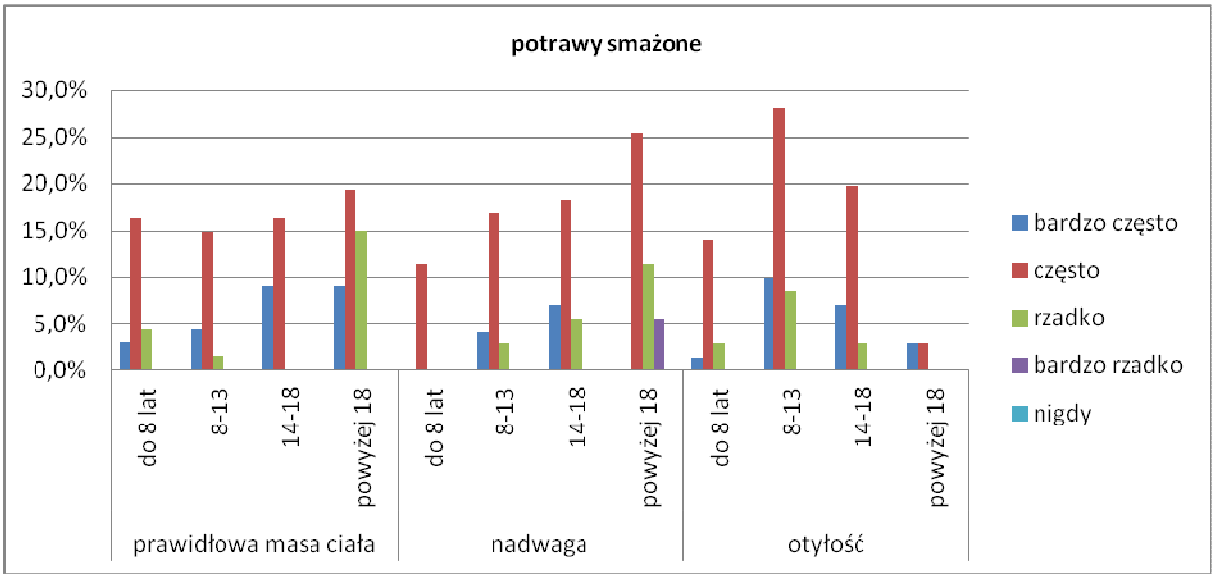
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Analiza zależności między rodzajem ograniczanych produktów a grupami określającymi masę ciała pokazuje, że korelacje są albo nieistotne statystycznie albo gdy istotność jest istotna to współczynniki korelacji dla ograniczeń są niewielkie. Natomiast

analizując korelację dla odpowiedzi „brak ograniczeń” wywnioskować można, że dla badanych grup wraz ze zwiększaniem się masy ciała wzrasta współczynnik korelacji.

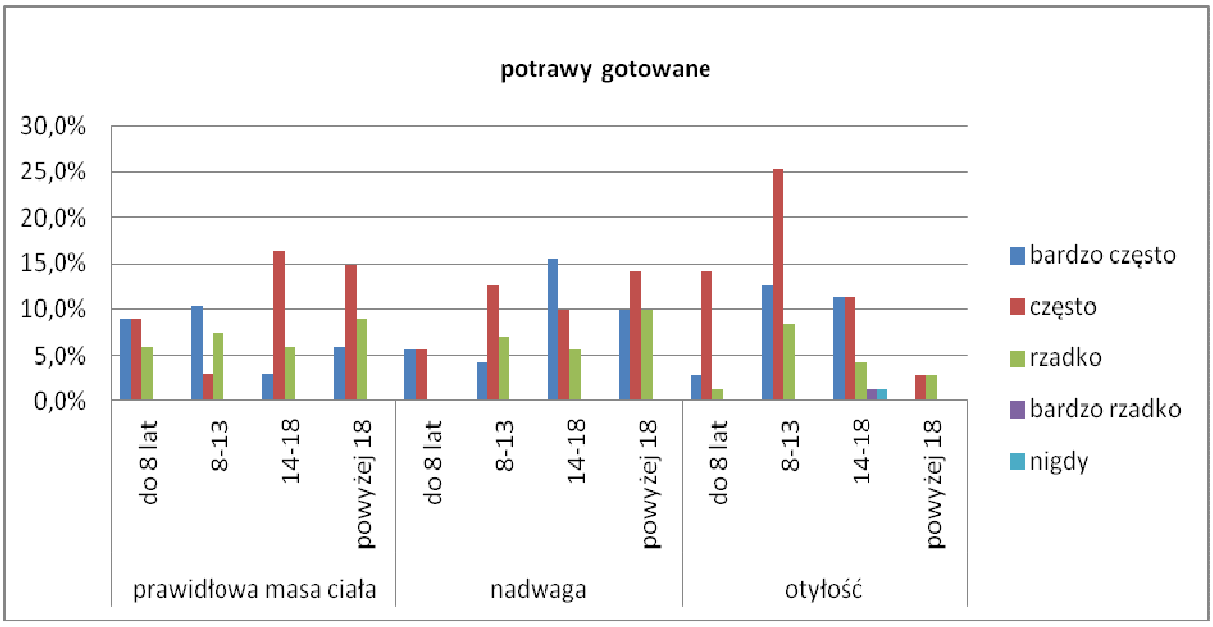
4.4.7 Rodzaje spożywanych posiłków

Gotowanie potraw uważa się za zdrowszy sposób obróbki termicznej produktów niż smażenie, ponieważ podczas smażenia wydostają się związki toksyczne, które mogą wpływać na funkcjonowanie organizmu. Jednak uważa się, że potrawy smażone zawierają więcej walorów smakowych. W przypadku smażenia na tłuszczu oprócz wartości kalorycznej produktu należy dodać także tłuszcz, który dostał się do potrawy na skutek obróbki termicznej. Szkodliwość tłuszczu na organizm, nie powinien oznaczać całkowitej z niego rezygnacji, ponieważ niewielkie ilość tłuszczu dobroczynnie wpływają na zdrowie i dlatego zaleca się używanie m.in. oleju jako surowego dodatku do sałatek, gdyż jest on niezbędny do wchłaniania witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K).



Ryc. 27. Spożywanie posiłków smażonych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

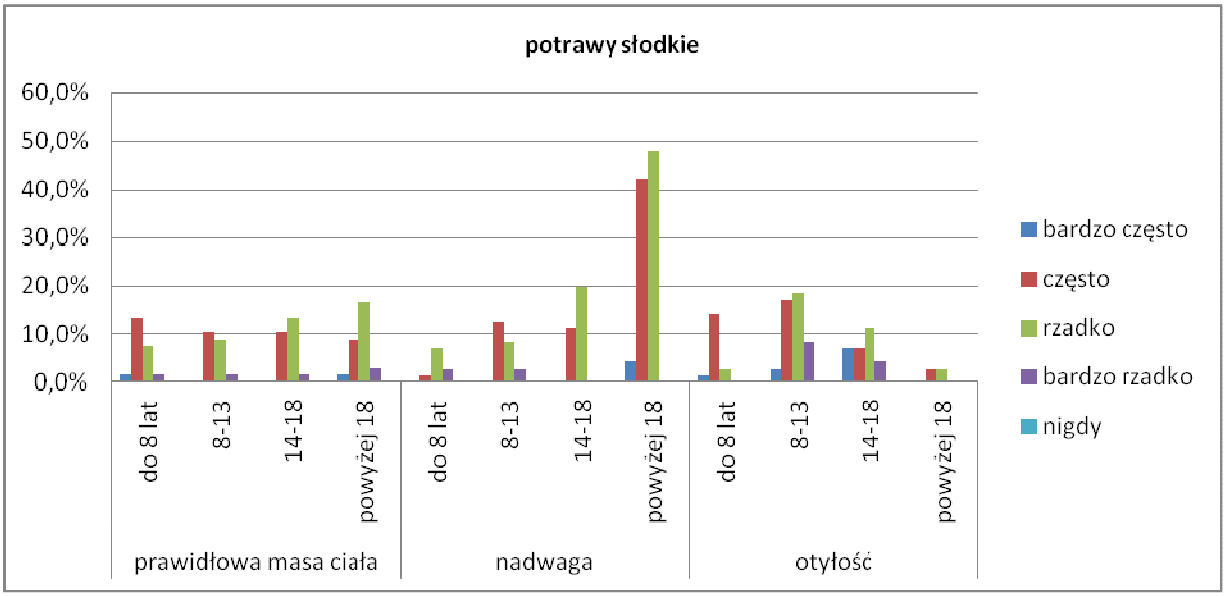


Ryc. 28. Spożywanie posiłków gotowanych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

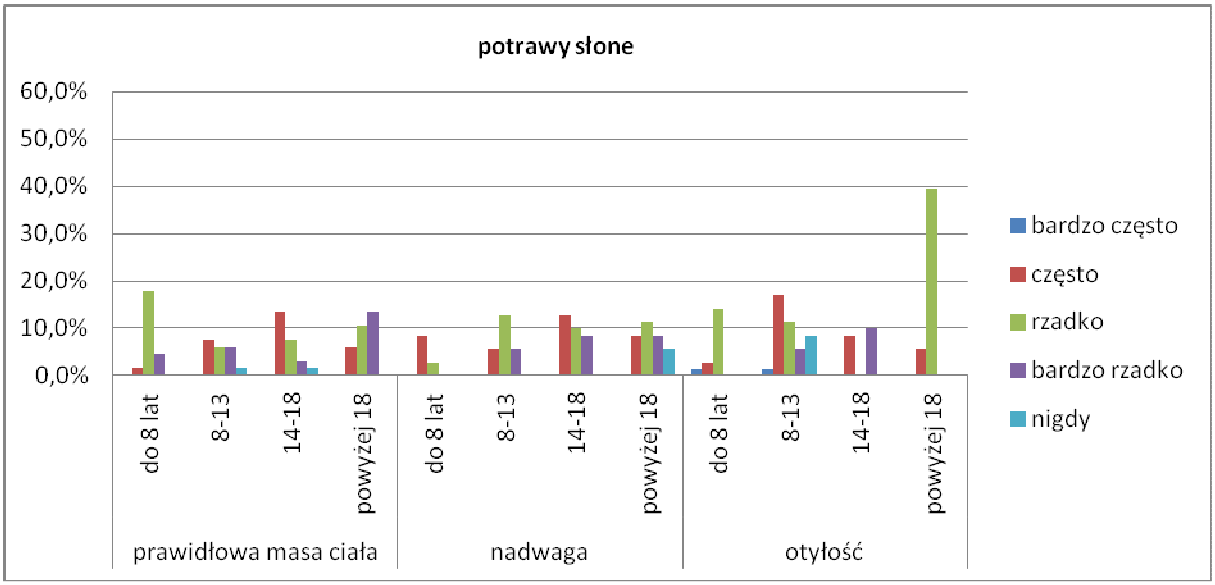
Analiza procentowa wykazuje nieznaczne różnice w odpowiedziach dotyczących spożywania posiłków gotowanych i smażonych, szczególnie dla rodzin z dziećmi z nadwagą oraz prawidłową masą ciała. Wynika z tego, że rodziny posiadające dzieci z problemami z masą ciała dziecka równie często spożywają potrawy smażone jak i gotowane. Nie kierują się oni przy doborze produktów i sposobach jego przyrządzania zasadami prawidłowego żywienia.

Słodki smak jest niebezpieczny, gdyż może uzależniać, ze względu na to, że produkty o tym smaku podnoszą stężenie tzw. hormonów szczęścia, wydzielanych przez mózg. Zawarte w słodyczach węglowodany proste wpływają bezpośrednio na wytwarzanie w mózgu serotoniny, która z kolei odpowiada za dobre samopoczucie, ale także zmniejsza wyraźnie apetyt. Słodycze składają się głównie z cukrów rafinowanych i dlatego nie wnoszą one do organizmu żadnych wartościowych elementów, powodują natomiast natychmiastowy wzrost energii. Gusta smakowe są kształtowane od wczesnego dzieciństwa. Smak produktów, które kobieta będąca w ciąży spożywa, dostaje się do płynu owodniowego, gdzie jest wychwytywany przez płód. Powoduje to, że dziecko pamięta ulubione smaki matki nawet po urodzeniu. Podobna sytuacja zachodzi u dzieci karmionych piersią. Dzieci najczęściej

preferują te same smaki, z którymi miały styczność już w łonie matki. Dziecko, które nie pozna smaku cukru i soli nie będzie domagało się słodkich i słonych produktów.



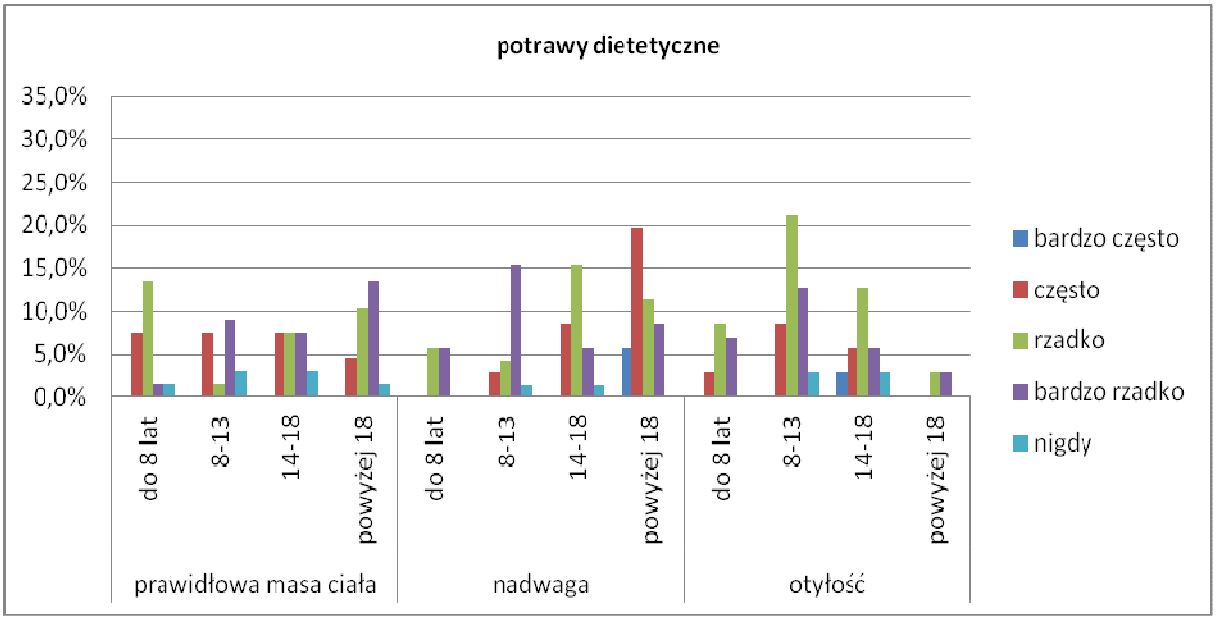
Ryc. 29. Spożywanie posiłków słodkich w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



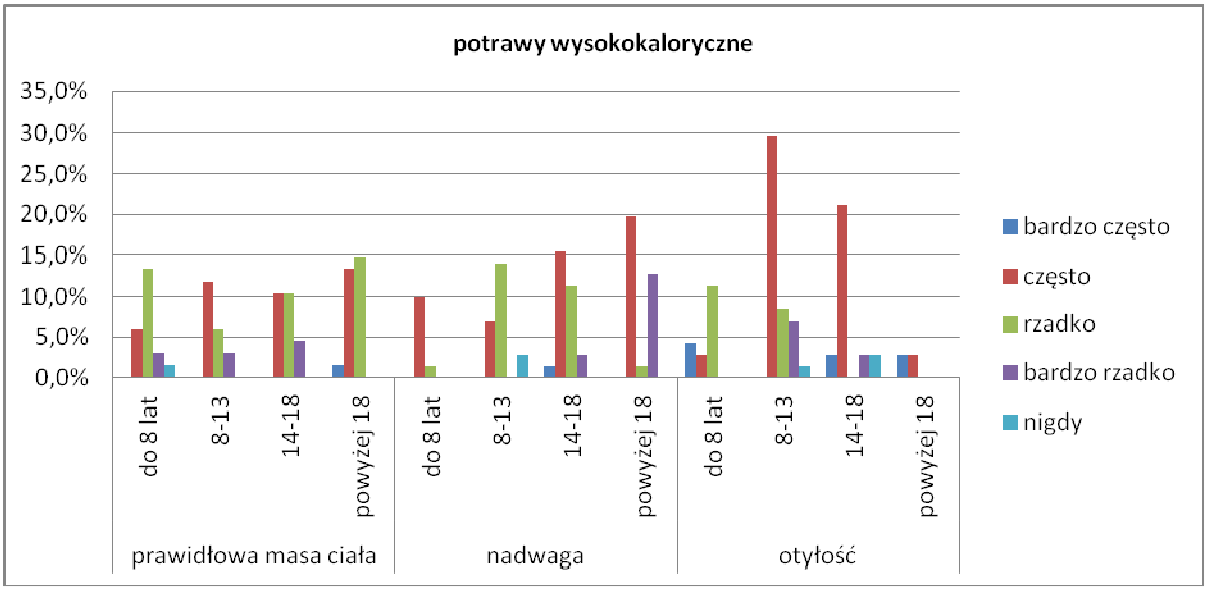
Ryc. 30. Spożywanie posiłków słonych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Analizując procentowe odpowiedzi zauważyć można, że potrawy słodkie jedzą zarówno rodziny z dziećmi z prawidłową masą ciała jak i z nadwagą czy otyłością, praktycznie niezaleznie od wieku dziecka. Podobnie rodziny posiadające dzieci wykazujące problemy z masą ciała nie ograniczają spożywania słonych potraw.

Bezpośrednią przyczyną tycia jest nadmierna w stosunku do zapotrzebowania podaż energii z pożywienia, czyli nieprawidłowa dieta. Poza wartością energetyczną powinno zwracać się uwagą na składniki odżywcze jakie wprowadza się z posiłkiem do diety dziecka. W przypadku dzieci z nadwagą i otyłością należy stopniowo zmieniać masę ciała dziecka, przede wszystkim poprzez trwałą zmianę zachowań i nawyków żywieniowych. Ponieważ wśród badanych grup znalazły się grupy dzieci z nadwagą i otyłością, logiczne byłoby twierdzenie, że rodziny te częściej powinny spożywać potrawy dietetyczne.



Ryc. 31. Spożywanie posiłków dietetycznych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 32. Spożywanie posiłków wysokokalorycznych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Początkowa teza, że rodziny z dziećmi z problemami z masą ciała częściej będą spożywały posilki niskokaloryczne, nie została potwiedzona. Wiek dziecka również nie różnicuje tych postaw. W przypadku posiłków wysokokalorycznych widać wyraźnie wzrost częstości spożywania tych posiłków wśród rodzin z dziećmi mającymi problem z masą ciała. Na podstawie badań można stwierdzić, że wiek nie różnicuje tych postaw, spożywanie posiłków wysokokalorycznych nie jest zależne od wieku dziecka.

Porównując zależności pomiedzy spożywaniem posiłków smażonych i gotowanych a określeniem problemów z masą ciała dzieci zauważyć można, że są one istotne statystycznie (tab.37). Natomiast analiza zależności między spożywaniem posiłków słonych i słodkich a określeniem masy ciała dziecka pokazuje średnie, istotne statystycznie zależności dla spożywania potraw słonych. Analiza zależności między spożywaniem posiłków dietetycznych i wysokokalorycznych a określeniem masy ciała dziecka pokazuje również średnie istotne statystycznie zależności dla spożywania potraw wysokokalorycznych.

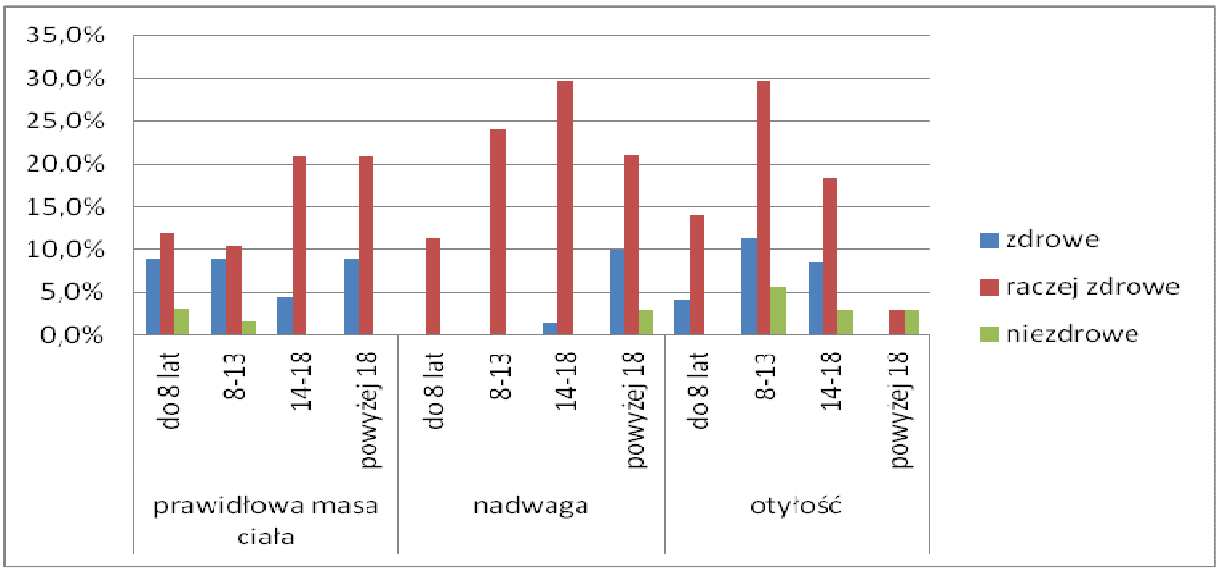
Tabela 38. Korelacje między częstością spożywania posiłków a grupami określającymi masę ciała dziecka

	potrawy smażone		potrawy gotowane		potrawy słodkie		potrawy słone		potrawy dietetyczne		potrawy wysokokaloryczne	
	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność
ogólnie	0,187	0,007	0,183	0,029	0,188	0,025	0,096	ns	0,159	ns	0,121	ns
prawidłowa masa ciała	0,071	ns	0,204	ns	0,31	0,04	0,191	ns	0,12	ns	0,214	ns
nadwaga	0,074	ns	0,107	ns	0,08	ns	0,217	ns	0,365	0,009	0,130	ns
otyłość	0,334	0,005	0,227	ns	0,073	ns	0,617	0,061	0,291	0,049	0,128	ns

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Większość badanych rodzin uważa, że ich posiłki są raczej zdrowe (71,9%), tylko 21,9% zdrowe i 6,2% niezdrowe. Nikt z badanych nie zaznaczył, że spożywa posiłki bardzo zdrowe. Brak zależności istotnie statystycznych dla rodzin z dziećmi z o prawidłowej masie ciała, istnieje średnia zależność dla rodzin z dziećmi z problemami z masą ciała ($V=0,247$; $p<0,05$).

Rodziny z dziećmi o prawidłowej masie ciała częściej podają, że ich posiłki są zdrowe. Równocześnie najwięcej rodzin z otyłymi dziećmi zauważa, że ich posiłki są niezdrowe. Odpowiedzi nie są zależne od grup wiekowych. Nie rodzi to jednak w konsekwencji zmian w praktykach odżywiania rodziny.

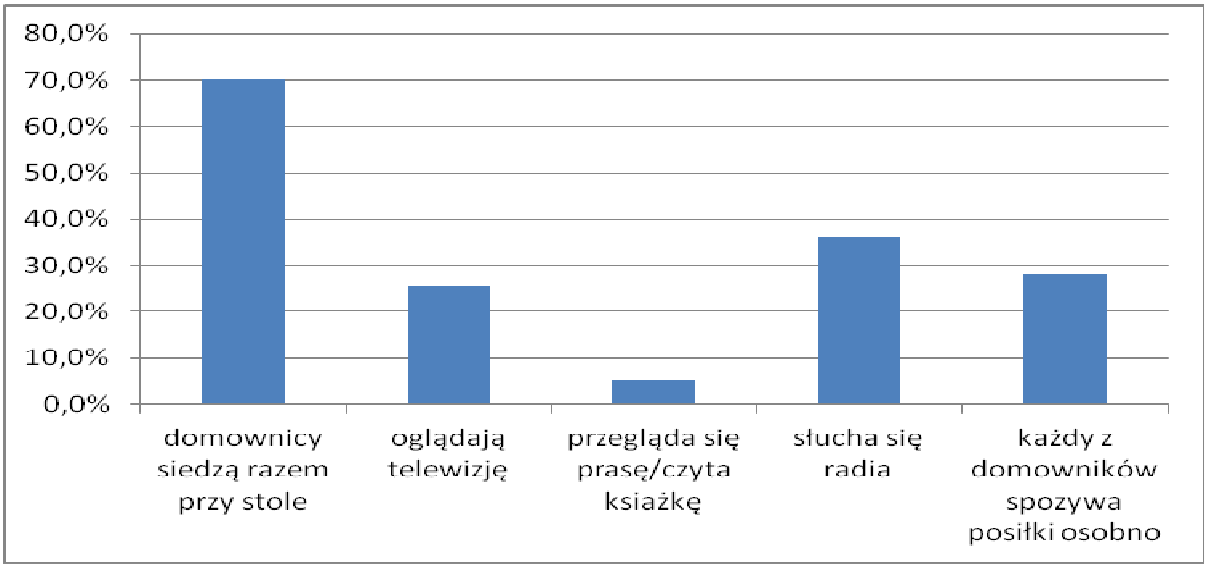


Ryc. 33. Zależność określenia spożywanych posiłków od okreslenia masy ciała dziecka i wieku
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

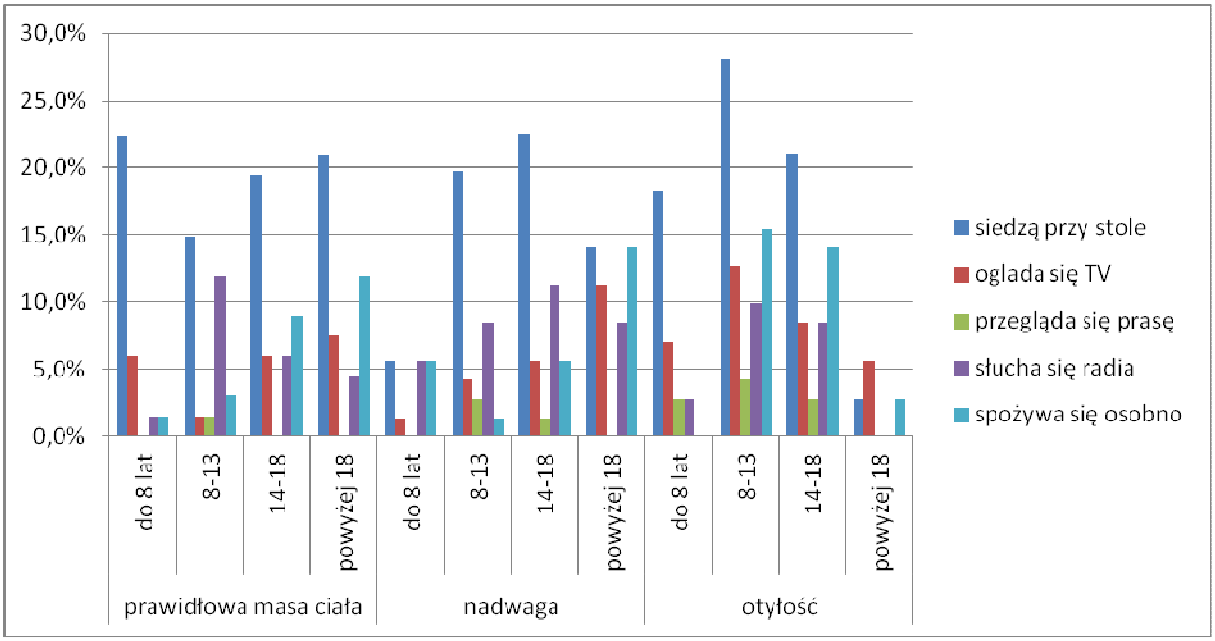
4.4.8 Czynności wykonywane podczas spożywania posiłków

Zgodnie z zasadami prawidłowego odżywiania posiłki powinny być spożywane w domu przy stole. Natomiast reklamy niektórych produktów proponują inny schemat, gdy człowiek poczuje głód, bierze swoje ulubione danie z lodówki i zasiada przed telewizorem, by go spożyć. Spożywanie posiłków przez dzieci przy stole wspólnie z rodzicami jest okazją bycia razem, dla rodziców to możliwość rozmowy z dzieckiem i dowiedzenia się jak dziecku przebiegł dzień oraz do omówienia co dzieje się w życiu każdego członka rodziny. Wspólne posiłki rodzinne stanowią doskonałą okazję do kształtowania dobrych obyczajów związany z zachowaniami żywieniowymi.

Badani najczęściej deklarują, że posiłki spożywają razem przy stole (70%), 36,2% badanych osób przyznaje jednak, że rozmawiają przez telefon, słuchają radia lub wykonują inne czynności, np.grają w gry komputerowe, podczas spożywania posiłków. Prawie jedna czwarta badanych (25,7%) oglada telewizję w czasie spożywania posiłków.



Ryc. 34. Czynności wykonywane podczas spożywania posiłków
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych



Ryc. 35. Czynności wykonywane podczas spożywania posiłków w zależności od określenia masy ciała dziecka oraz wieku
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Analiza odpowiedzi procentowych pokazuje, że rodziny z dziećmi mającymi problemy z masą ciała częściej oglądają podczas posiłków programy telewizyjne oraz częściej deklarują zjadanie posiłków w odosobnieniu niż rodziny mające dzieci z masą ciała w granicach normy. Występują tutaj zależności istotne statystycznie w odniesieniu do masy ciała dziecka i okolicznościami towarzyszącymi spożywanym posiłkom. Powyższe wyniki potwierdzają hipotezę, że budowany wzorzec zachowań zdowotnych determinuje zachowania prozdrowotne poszczególnych członków.

Tabela 39. Korelacja między czynnościami wykonywanymi podczas posiłków oraz określeniem masy ciała dziecka

	domownicy siedzą razem przy stole		ogląda się telewizję		przegląda się prasę		słucha się radia		każdy spożywa posiłki osobno	
	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność	współ. korelacji	istotność
prawidłowa masa ciała	0,225	ns	0,175	ns	0,239	ns	0,425	0,007	0,327	ns
nadwaga	0,351	0,033	0,189	0,050	0,231	ns	0,161	ns	0,366	0,023
otyłość	0,331	0,050	0,353	0,031	0,113	ns	0,169	ns	0,357	0,029

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

4.5 Podsumowanie

Reasumując, hipoteza mówiąca o wpływie rozumienie pojęcia zdrowia przez rodziców na zachowania zdrowotne dzieci, wartości zdrowia, poczucie satysfakcji z życia. została w wyżej przedstawionych badaniach zweryfikowana pozytywnie. Jeśli rodzice i dziadkowie, co wykazały badania posiadają nieprawidłowe BMI a zjawisko to nie ma podłoża genetycznego lub chorobowego to można przyjąć, że zostało ono uwarunkowane zachowaniami niekorzystnymi dla zdrowia. Złe nawyki żywieniowe są w rodzinie kształtowane, utrwalane i przekazywane z pokolenia na pokolenie chyba, że nastąpi czynnik modyfikujący jakim jest np. choroba i związana z nią konieczność wprowadzenia zmiany w nawyki i tryb życia rodziny. Badania wskazują także, że sposób pojmowania zdrowia oraz ranga nadawana wartości zdrowia przez rodziców ma związek ze stosunkiem do własnego zdrowia dzieci. Badania wykazują że istnieje związek miedzy zaburzeniami masy ciała a płcią i wiekiem dzieci. Badania wykazują również, że istnieje związek miedzy umiejscowieniem kontroli

zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi ale dla rzetelności oceny tej zależności należałoby zwiększyć zakres jakościowy badania.

Problem otyłości w rodzinie ma związek z wieloma czynnikami związanymi z brakiem stosowania się do zaleceń racjonalnego żywienia, przetwarzania produktów i okolicznościom towarzyszącym przy spożywaniu posiłków w rodzinie. Niepokój budzi fakt, że nawet rodziny zmagające się z problemem nadwagi i otyłości nie wprowadzają znaczących zmian w sposób odżywiania się, wykazują to badania odnoszące się do spożywanych produktów, sposobów ich przetwarzania oraz składników takich jak cukier, sól i tłuszcze. Rodziny mające problem nadwagi i otyłości posiadają wystarczającą wiedzę na temat przyczyn powstawania nadwagi i otyłości oraz swojego udziału w zwalczaniu tego problemu, uzyskane odpowiedzi wyraźnie wskazują, że posiadany zakres informacji jest wystarczający by można na ich podstawie wprowadzić korzystne zmiany w tryb odżywiania się takiej rodziny. Osoby badane również przyznają, że wiedzą o dobroczynnym wpływie wysiłku fizycznego na zdrowie swojego organizmu, badane osoby nie podają racjonalnych powodów, które mogłyby wiarygodnie tłumaczyć, dlaczego posiadanych informacji nie wykorzystują w praktyce. Swoje postępowanie tłumaczą trudnościami dnia codziennego, statusem ekonomicznym, względnie brakiem wpływu na zachowanie się członków rodziny. Mając na uwadze wyniki badań uzyskane na podstawie kwestionariuszy psychologicznych można pokusić się o sformułowanie tezy, że istotne znaczenie dla uruchomiania pożądanych dla zdrowia zachowań ma wartość jaką członkowie rodzin zdrowiu przypisują. Determinuje ona siłę kontroli wewnętrznej i kontrolę zachowań prozdrowotnych człowieka oraz osób, którymi on się opiekuje lub za które czuje się on odpowiedzialny. Można też uznać, że czynniki te mają znaczenie dla stosowania w praktyce zachowań korzystnych dla zdrowia.

Hipoteza odnosząca się do rozumienia pojęcia zdrowia przez rodziców, wpływu tego pojęcia na zachowania zdrowotne dzieci, ranga nadawana przez rodziców wartości zdrowia, oraz znaczenia wzorca zachowania się rodziców dla kształtowania się problemu otyłości u dzieci i młodzieży znajduje również potwierdzenie w analizowanych wynikach badań.

Reasumując badania można potwierdzić, że wśród badanej grupy istnieją związki korelacyjne pomiędzy określeniem masy ciała dziecka oraz masą ciała rodziców i dziadków w dwóch grupach wiekowych: u dzieci poniżej 8 lat (współczynniki korelacji od 0,72 do 0,80) oraz u dzieci w wieku 8-13 lat (współczynniki korelacji od 0,45 do 0,59). Związki te zostały przedstawione w tab. 17.

Natomiast w grupach wiekowych 14-18 oraz powyżej 18 lat określenie związane z masą ciała dzieci nie koreluje z określeniem masy ciała rodziców i dziadków. Wysokie związki korelacyjne prowadzą do tezy, że osoby posiadające problemy z masą ciała w dwóch pokoleniach, a masa ta nie jest wynikiem schorzeń uwarunkowanych genetycznie, muszą przejawiać nieprawidłowe zachowania w zakresie odżywiania się i takie same zachowania muszą kształtować u swoich dzieci. Wyniki te potwierdzają hipotezę, że istnieje związek pomiędzy zachowaniem dorosłych w rodzinie, a występowaniem otyłości u dzieci, zachowania antyzdrowotne rodziców wywołują u nich nadwagę i mogą skutkować otyłością u dzieci.

Ocena znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym również zdrowiu była celem badania przy zastosowaniu kwestionariuszy: Lista Wartości Osobistych (LWO). Dobre zdrowie w badanej grupie dzieci z nadwagą i otyłością znalazło się na wyższym miejscu w klasyfikacji symboli szczęścia niż w grupie kontrolnej (dzieci o prawidłowej masie ciała). Natomiast sprawność fizyczna i psychiczna zajmują wysokie drugie miejsce podobnie jak w grupie kontrolnej. Analizując dobre zdrowie jako symbol szczęścia zauważyć można, że zajmuje ono wyższe miejsce (drugie) u dzieci otyłych i z nadwagą niż w grupie kontrolnej (dzieci z prawidłową masą ciała) – 5 miejsce. Dobre zdrowie koreluje z BMI dzieci, przy istotności statystycznej $p<0,05$ współczynnik korelacji wynosi 0,78. Powyższe wnioski potwierdzają istnienie związku między rozumieniem pojęcia zdrowia i przypisywanej mu wartości u rodziców a występowaniem otyłości u dzieci. Hipoteza odnosząca się do rozumienia pojęcia zdrowia przez rodziców, wpływu tego pojęcia na zachowania zdrowotne dzieci, ranga nadawana przez rodziców wartości zdrowia oraz znaczenia wzorca zachowania się rodziców dla kształtowania się problemu otyłości u dzieci i młodzieży znajduje potwierdzenie w analizowanych wynikach badań.

Umiejscowienie kontroli zdrowia badane było za pomocą kwestionariuszy: HLC (skala umiejscowienia kontroli zdrowia dla dzieci) i MHLC (wielowymiarowa skala umiejscowienia zdrowia dla dzieci powyżej 18 lat i rodziców). W grupie dzieci z nadwagą i otyłością zauważyć można było przewagę dzieci o niezróżnicowanym silnie wewnętrznym umiejscowieniu zdrowia oraz o pomniejszającym wpływie innych. Pierwszy z typów charakteryzuje się wysoką kontrolą wewnętrzną, wysokim wpływem innych oraz wysokim wpływem przypadku. Drugi typ charakteryzuje się wysoką kontrola wewnętrzną, niskim wpływem innych oraz wysokim wpływem przypadków. Dzieci z takimi umiejscowieniami kontroli zdrowia mają silne wewnętrzne przekonanie o słuszności swojego sposobu

pojmowania zdrowia ale jednak liczą się bardzo z opinią innych. Ponadto mają przekonanie, że chociaż sami mają wpływ na swoje zdrowie, to często o nim decyduje jednak przypadek, w kontekście tych wyników słuszną wydaje się teza, że dzieci o powyższym umiejscowieniu kontroli zdrowia będą podatne na działania edukacyjne, mające na celu kształtowanie pożądanych zachowań zdrowotnych. Badania wykazują również związek korelacyjny pomiędzy BMI a typem umiejscowienia kontroli zdrowia, dla $p<0,05$ współczynnik korelacji wynosi 0,56. Wśród przebadanych rodziców nie można było wyodrębnić wyraźnego typu umiejscowienia zdrowia, wszystkie typy były równomiernie rozłożone, natomiast dla dzieci powyżej 18 lat przeważały osoby o niezróżnicowanym umiejscowieniu zdrowia.

Potwierdzeniem hipotezy, że istnieje związek między poczuciem satysfakcji u rodziców a problemami z masą ciała u ich dzieci były wyniki badań za pomocą kwestionariusza SWLS (Skala Satysfakcji z Życia). Poczucie satysfakcji w badanej grupie rodziców posiadających dzieci z problemami z masą ciała jest na średnim poziomie i jest porównywalne z grupą kontrolną. Analizując wyniki zauważyć można różnice w porównaniu z grupą kontrolną, dla kobiet przeważają osoby o stenach wysokich a dla mężczyzn niskich. Ponadto istnieje związek korelacyjny pomiędzy kobietami posiadającymi dzieci z nadwagą i otyłe a poczuciem satysfakcji (dla $p<0,05$ współczynnik korelacji wynosi 0,49), dla mężczyzn nie odnotowano związku korelacyjnego przy założonym poziomie istotności. Badani rodzice potwierdzają więc hipotezę, że dorosłe osoby mają wysokie poczucie satysfakcji, mimo problemów z masą ciała.

W aktywności człowieka ukierunkowanej na zdrowie można wyróżnić zachowania zdrowotne podejmowane w celu podnoszenia i wzmacniania zdrowia a także zachowania zapobiegające chorobom. Praktyki zdrowotne przedstawiają zróżnicowany obraz zachowań celowych, lecz mimo braku znaczącego powiązania między różnymi praktykami zdrowotnymi potwierdza się ich istotna korelacja z różnymi zmiennymi psychologicznymi (Juczyński, 2001). Osoby preferujące zdrowy styl życia są bardziej ekstrawertywne, optymistyczne i mają poczucie większej wartości. Kobiety w większym stopniu podejmują działania służące zdrowiu, częściej zmieniają swoje nawyki zdrowotne, zaś najbardziej istotnym wyznacznikiem zmiany jest przekonanie o znaczeniu danego zachowania i jego wpływie na przyszłość. Z wyników przedstawionych w tab.28 wyraźnie widać, że badana grupa rodziców dzieci z nadwaga i otyłością wykazują wyższe niż grupa kontrolna wskaźniki dotyczące prawidłowych nawyków żywieniowych, które uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności. Wskaźnik ten jest wyraźnie wyższy dla kobiet i jest on

skorelowany z BMI (poziom istotności <0,05, współczynnik korelacji wynosi 0,67). Wysokie wskaźniki zauważyć można zarówno dla kobiet jak i mężczyzn również dla kategorii zachowania profilaktyczne, które dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych oraz uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby, co oznacza, że badana grupa rodziców z dziećmi z nadwagą i otyłością bardziej interesują się takimi zachowaniami. W tym przypadku również występują związki korelacyjne z określeniem BMI zarówno dla kobiet jak i mężczyzn (przy założonym poziomie istotności <0,05 współczynniki korelacji odpowiednio wynoszą dla kobiet 0,64, dla mężczyzn 0,35). Praktyki zdrowotne, które obejmują między innymi aktywność fizyczną są na poziomie grupy kontrolnej co świadczy o nie podejmowaniu przez badaną grupę rodziców z dziećmi z nadwagą i otyłością dodatkowej aktywności fizycznej. Głównym motywem skłaniającym do podejmowania zachowań zdrowotnych może być motywacja zdrowotna związana z problemami z masą ciała zarówno u dzieci jak i rodziców.

Powyższe wyniki potwierdzają hipotezę o istnieniu czynników warunkujących przejawianie zachowań zdrowotnych. Ponadto na potwierdzenie tej hipotezy oprócz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych został przeprowadzony kwestionariusz zwany Listą Kryteriów Zdrowia, który szereguje stwierdzenia dotyczące zdrowia. Z badań wyraźnie widać (tab. 30), że dla badanej grupy rodziców dzieci z nadwagą i otyłością należyte odżywianie jest na pierwszym miejscu, co świadczy właśnie o zainteresowaniu się odżywianiem, które spowodowane jest kłopotami z utrzymaniem prawidłowej masy ciała. Stwierdzenie związane z należytym odżywianiem koreluje ze współczynnikiem BMI (współczynnik korelacji wynosi 0,68).

Pożądane zachowania zdrowotne są warunkowane przez efektywną edukację prozdrowotną a problem otyłości u dzieci wiąże się z brakiem skuteczności w procesie edukacyjnym. Hipotezę tę potwierdzają przede wszystkim badania nawyków żywieniowych. Rodzice dzieci z nadwagą i otyłością zostali wyedukowani w zakresie prawidłowych zasad żywienia oraz aktywności fizycznej, jednak nie wcielają tego w życie. Dzieci z nadwagą i otyłością spożywają najczęściej podwieczorki w domu, co może być potwierdzeniem tezy o tym, że dzieci te spędzają popołudnie przed telewizorem lub komputerem w domu. Ponadto osoby znaczące dla dziecka, będące w najbliższym kręgu rodziny podjadając produkty spożywcze między posiłkami dostarczają dziecku wzorca zachowań i kształtują niepożądane nawyki żywieniowe. Największe zależności zauważyć można zwłaszcza dla dzieci małych. Praktycznie w większości przypadków jeżeli dziecko odpowiadało, że podjada słodycze, to

rodzice również deklarowali spożywanie słodkich przekąsek (dla słodyczy współczynnik korelacji wynosi 0,84). Dzieci są też często nagradzane za pomocą słodyczy mimo, ze rodzice wiedzą, że tak nie powinno być. Analiza zależności między BMI dziecka a rodzajem stosowanej nagrody jest istotna statystycznie na przyjętym poziome $p<0,05$ współczynnik korelacji wynosi 0,38.

W celu zweryfikowania hipotezy mówiącej, że w rodzinie budowany jest wzorzec zachowań zdrowotnych, który determinuje zachowania prozdrowotne wszystkich członków rodziny przeprowadzony został kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców. W badanej grupie większość rodziców reprezentuje postawę niekonsekwencji, co oznacza, że pamiętają oni swoich rodziców jako osoby zmienne, nastrojowe, nerwowe oraz niekonsekwentne w wyrażaniu swoich opinii, uczuć, podejmowania decyzji. Rodzice dalej w sposób niekonsekwentny kształtują u dziecka model zachowań zdrowotnych, ze zmiennym natężeniem go wprowadzając w praktykę życia codziennego w rodzinie oraz wykazują brak wytrwałości i konsekwencji w egzekwowaniu prozdrowotnych zachowań u dziecka. W takiej sytuacji zachowania zdrowotne dziecka będą również chwiejne. Tak powstałe wzorce zachowań zdrowotnych dotyczą całych pokoleń i dlatego występuje u nich problem związany z utrzymaniem wagi cała dorosłych i dzieci. Dominującą postawą dla matek było również nadmierne ochranianie, w której dorosły pamięta rodzica jako osobę wymagającą bezwzględnego posłuszeństwa w różnych. Z tego powodu dziecko od którego się wymaga prawidłowych zachowań zdrowotnych w zakresie odżywiania się może się buntować ze względu na opór spowodowany dolegliwym zachowaniem rodzica. W stosunku do obu postaw można określić znaczące statystycznie związki korelacyjne, których wartości wahają się w granicach od 0,68 do 0,75.

Dla badanej grupy dzieci z nadwagą i otyłością zastosowano również kwestionariusz do badania poczucia kontroli KBPK, który należy traktować jako wymiar osobowości. Poczucie kontroli odgrywa bardzo ważną rolę w sterowaniu zachowaniem. Badana grupa przejawia poczucie kontroli zewnętrznej co może świadczyć, że nie mają poczucia odpowiedzialności za skutki własnego działania, twierdząc, że znajdują się pod kontrolą różnych sił zewnętrznych. Generalnie uważa się, ze osoby o zewnętrznym LOC przejawiają więcej symptomów niedostosowania emocjonalnego i wyższy poziom lęku niż osoby o poczuciu kontroli wewnętrznej (Krasowicz, 1990). LOC kształtuje się w wyniku doświadczenia indywidualnego jednostki, w toku społecznego uczenia się. W zaspokajaniu potrzeb dzieci istotną rolę odgrywają rodzice, stąd naturalne przekonanie o zewnętrznej

kontroli następstw działań w wielu sytuacjach. Dla badanej grupy istnieje statystycznie istotny związek korelacyjny pomiędzy określeniem LOC a BMI (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,71). Związek ten jest zależny również od wieku dziecka (dla dzieci młodszych jest on wyższy niż dla dzieci starszych), spowodowane jest to tym, że małe dziecko jest obiektywnie zależne od otoczenia, a głównie od rodziców, szczególnie w zakresie zaspokajania potrzeb. Ponadto istnieje również korelacja pomiędzy LOC a postawami rodziców – niekonsekwentne postawy rodziców są skorelowane z zewnętrznym LOC (współczynnik korelacji 0,66). Dla badanej grupy przeważa zewnętrzny LOC dla porażek oraz nieustalony LOC dla sukcesów. Osoby te uważają, że niepowodzenia nie są ich winą lecz efektem pecha, złośliwości innych ludzi czy innych niezależnych okoliczności oraz podobnie dobre i pożądane rzeczy, które je spotykają są raczej spowodowane sprzyjającym splotem wydarzeń czy przychylnością innych ludzi.

Rozdział 5 – Dyskusja i wnioski

5.1 Dyskusja

Prognozy na kolejne lata przewidują znaczący wzrost zachorowań na otyłość (około 700 mln osób) i wzrost liczby osób z nadwagą (2,3 mld). WHO uznała otyłość za najgroźniejszą chorobę przewlekłą, która nieleczona prowadzi do rozwoju różnych chorób, związanych z rozwojem cukrzycy typu 2, wystąpieniem zespołu metabolicznego upośledzeniem układu krążenia i zaburzeń hormonalnych. Otyłość zwiększa także ryzyko zachorowań na niektóre rodzaje nowotworów. Otyłość i nadwaga u dzieci i młodzieży, jako zjawisko występujące w świecie globalnie, skupia uwagę naukowców, którzy chcą wyjaśnić jego przyczyny i mechanizmy leżące u jego podstaw.

Badania przeprowadzane przez naukowców (Singer i wsp., 1995) badających narastające zjawisko otyłości i poszukujących czynników mających na nie wpływ, dowodzą że znaczącą rolę odgrywa najbliższe środowisko, w którym człowiek żyje, przejawia aktywność społeczną oraz uczy się swoich zachowań oraz kształtuje pojęcie i rangę zdrowia. Znaczącym środowiskiem dla człowieka bez wątpienia jest rodzina, która tworzy warunki bytowe, objaśnia i opisuje stosunki społeczne, organizuje i przetwarza produkty pokarmowe, tworzy i kultywuje zwyczaje, kształtuje zachowania i nawyki (Cashdan, 1994).

Literatura przedmiotu wskazuje także na zależność między tyciem dzieci a niedoborem żywieniowym w okresie ich życia płodowego (Bjorntorp, 2000), co jest związane z tzw. oszczędnymi genami, które sprzyjają przyswajaniu i wykorzystaniu energii w okresach niedostatku żywności (Suchocka, 2003). Niedożywienie w okresie płodowym może być przyczyną zmiany w gospodarce glukozy co powoduje, że tak zaprogramowany organizm po narodzeniu wykazuje wzmożony apetyt, który narasta z wiekiem. Do podobnych wniosków doszli również naukowcy badający ciężarne kobiety, a następnie ich dzieci po okresie 3 lat od urodzenia, stwierdzając przyrost masy ciała w czasie ciąży jest ściśle związany ze wzrostem ilości tkanki tłuszczowej dziecka, wzrostem wartości ciśnienia tętniczego dzieci w wieku 3 lat oraz wzrostem ryzyka nadwagi u dziecka (Oken i wsp., 2007).

U podłoża rozwoju otyłości jest także przekarmianie dzieci w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Wykształcany w tej fazie rozwoju dziecka nawyk nadmiernego objadania się jest najczęściej utrwalany w późniejszych latach (Breier i wsp., 2001). Nadmiar składników odżywczych dostarczają dzieciom ich opiekunowie. Działają oni przeważnie w dobrej wierze, myśląc, że w ten sposób dbają o zdrowie dziecka. Dobór i jakość pokarmów też bywa przyczyną rozwoju otyłości. W pokarmach dostarcza się do organizmu zbyt wiele cukrów i tłuszczu. Badania wskazują na niekorzystne dla zdrowia skutki tych praktyk w późniejszym rozwoju dzieci i dorosłych, którzy przejawiają wzmożony apetyt i przyswajają nadmiar składników odżywczych, zaburzając metabolizm. (Serdula i wsp., 1999).

W większości przypadków otyłość wieku rozwojowego staje się, po latach, otyłością ludzi dorosłych (Fichna i Skowrońska, 2008), a wraz z przedłużaniem czasu jej trwania, powstają poważne powikłania skracające czas życia (Zieske i wsp., 2002; Olshansky i wsp., 2005). Nawet wtedy, gdy powikłania te ujawnią się w pełni lub zostaną z opóźnieniem rozpoznane w wieku dojrzałym, to trzeba pamiętać, że ich rozwój rozpoczyna się dużo wcześniej – zwykle wraz z rozwojem otyłości dziecięcej (Fichna i Skowrońska, 2006). Kolejne badania przeprowadzone przez Rolland-Cashera i wsp. (2008) wykazały silniejszy związek między otyłością dziecięcą a otyłością dorosłych. Do przyrostu masy ciała dochodzi zwykle około 8 roku życia i w późniejszym wieku większość dzieci utrzymuje swoją masę ciała, a większość dzieci przybierających na wadze utrzymuje ją w okresie pokwitania (Mazur, 2011). Równocześnie wiele prac pokazuje, że rozwój powikłań otyłości obserwowanych w wieku dorosłym rozpoczyna się w okresie dzieciństwa (Mazur, 2011; Freedman i wsp., 2007; Falkner i wsp., 2006; Sinha i wsp, 2002; Jago i wsp., 2006; Weiss i wsp., 2004).

Pojęcie i wartość zdrowia

Wybory człowieka są determinowane przez wartość nadawaną swojemu zdrowiu. Rodzina buduje wartość zdrowia w świadomości swoich członków, przede wszystkim w świadomości dzieci. Na podstawie analizy kwestionariusza ,,wartości osobistych" badane dzieci nadawały zdrowiu rangę, przy czym dzieci młodsze nadawały zdrowiu rangę wysoką, natomiast dzieci starsze niższą. Wśród grupy nastolatków najwięcej było osób, które nie dokonały wyboru zdrowia jako wysoko umiejscowioną wartość osobistą. Być może zjawisko

to można tłumaczyć występowaniem w okresie kształtowania się wzmożonej potrzeby samostanowienia, formułowania celów życiowych i poddawaniu się presji różnorodnych bodźców szeroko pojętego otoczenia oraz fakt, że najczęściej w tym wieku nie odczuwa się uciążliwości zaburzeń pracy organizmu, (gdy nie trawi go choroba). Przeprowadzone badania wskazują, że znaczenie w nadawaniu zdrowiu określonej rangi może odgrywać także płeć, gdyż w przypadku chłopców więcej osób nadało wyższą rangę lub nie wybrało zdrowia jako wartość osobistą. W przypadku dziewczynek zauważyć można, że więcej osób nadało zdrowiu niższą wartość.

Uzyskane w toku przeprowadzonych badań wyniki, wskazują, że wiek w przypadku dzieci różnicuje miejsce lokowania kontroli nad własnym zdrowiem. Jednak w przypadku małych dzieci przewagę stanowiły osoby o niezróżnicowanym silnie wewnętrznym umiejscowieniu zdrowia oraz pomniejszający wpływ innych, dla starszych pojawiło się silne wewnętrzne umiejscowienie zdrowia oraz również pomniejszający wpływ innych. Po przebadaniu grupy starszych dzieci testem dla dorosłych zauważono niezróżnicowanie umiejscowienia zdrowia, a dla rodziców nie można było wyodrębnić żadnego typu umiejscowienia zdrowia. Nie stwierdzono w tym przypadku korelacji pomiędzy typem umiejscowienia zdrowia a wiekiem. Podobnie jeżeli chodzi określenie masy ciała dziecka, w tym przypadku również nie stwierdzono żadnych korelacji, zwłaszcza u dzieci starszych. U wielu osób z nadmierną masą ciała stwierdzono dominację zewnętrznego poczucia kontroli oraz brak zdolności do sprawowania kontroli (Izdebski i Rucińska-Niesyn, 2009). Zdolność do sprawowania kontroli kształtuje się w toku rozwoju dziecka, a jej brak może być zdeterminowany przez niektóre postawy rodzicielskie (Radoszewska, 1993). Nadmiernie kontrolujący rodzice mogą przyczynić się do braku zdolności kontroli u dziecka, które nie rozwija swoich możliwości w tym zakresie. Badania relacji pomiędzy umiejscowieniem kontroli u dziesięcioletnich dzieci, a ich zachowaniami zdrowotnymi związanymi z nadwagą i otyłością w wieku 30 lat wykazały, iż mężczyźni i kobiety z bardziej wewnętrznie umiejscowionym poczuciem kontroli w dzieciństwie, mieli mniejsze ryzyko nadwagi i otyłości w dorosłości (Gale i wsp., 2008).

Dobre zdrowie dla badanej grupy dzieci z nadwagą i otyłością znalazło się na wyższym miejscu w klasyfikacji symboli szczęścia niż dla grupy kontrolnej (dzieci o prawidłowej masie ciała), natomiast dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna zajmuje wysokie miejsce podobnie jak dla grupy kontrolnej.

Wpływ zachowań dorosłych w rodzinie na niepożądane zachowania zdrowotne dzieci

Badania przeprowadzane przez naukowców badających narastające zjawisko otyłości i poszukujących czynników mających na nie wpływ, dowodzą że znaczącą rolę odgrywa najbliższe środowisko, czyli rodzina, która ma pierwszeństwo w przekazywaniu dziecku wiedzy o zdrowiu, czynnikach prozdrowotnych (Hendy, 1999). Dziecko w rodzinie, poprzez obserwację, uczestnictwo i praktykę poznaje świat i rządzące w nim zwyczaje, uczy się spożywania pokarmów a poprzez obserwacje członków rodziny przyswaja wiedzę o sposobie przyjmowania pokarmów o wyborze składników odżywczych oraz o podejściach do problematyki odżywiania się (Harper i Sanders, 1975).

Większość cytowanych badań (Skinner i wsp., 2002; Cashdan, 1994) podkreśla rolę obserwacji w samoedukacji dzieci, które uczą się i przyswajają wzorce zachowań od dorosłych z najbliższego sobie otoczenia czyli rodziny.

Otyłość dzieci jest bardzo często cechą rodzinną. Jak zauważają specjaliści, otyłe dziecko zgłoszone do leczenia czy terapii przychodzi na nią z otyłą matką, ojcem, a często i z otyłym rodzeństwem. Badania potwierdzają tezę, że otyłość rodziców stanowi czynnik ryzyka dla rozwoju otyłości u dziecka (Agras i wsp., 2004). Analizując zebrany podczas badań materiał zaobserwowano, że masa ciała dzieci w niektórych przypadkach koreluje z osiągniętymi w tym zakresie wartościami dorosłych, czyli zarówno rodziców jak i dziadków. W badanej grupie występują korelacje pomiędzy określeniem masy ciała dziecka oraz masy ciała rodziców i dziadków dla dwóch grup wiekowych: poniżej 8 lat (współczynniki korelacji od 0,72 do 0,80) oraz 8-13 lat (współczynniki korelacji od 0,45 do 0,59). Natomiast dla grup wiekowych 14-18 oraz powyżej 18 lat określenie związane z masą ciała dla dzieci nie koreluje z określeniem masy ciała dla rodziców i dziadków. Dziecko w rodzinie, poprzez uczestnictwo i praktykę poznaje świat i rządzące w nim zwyczaje, uczy się spożywania pokarmów a poprzez obserwacje członków rodziny, przyswaja je bez zastrzeżeń. Dzieci chętniej poddają się namowom, by spróbowały nowego produktu, gdy widzą że ich matki nie mają oporu w tym zakresie lub gdy są przez matki namawiane do próbowania nieznanych sobie potraw (Pike i Rodin, 1991).

Badacze udowodnili, że dziecko nie ma problemu z zaakceptowaniem słodkiego smaku potrawy. Natomiast do przypraw ostrych takich jak pieprz, chili, papryka musi być przyzwyczajane. Pod tym względem dzieci z Europy mają przyzwyczajenie do potraw o

smaku łagodnym, dzieci z Meksyku bez problemu zjadają potrawy ostre, które dla dzieci z Europy są nie do zaakceptowania (Birch, 1992). Badania własne potwierdziły, że potrawy słodkie jedzą zarówno rodziny z dziećmi z prawidłową masą ciała jak i z nadwagą czy otyłością, praktycznie niezaleznie od wieku dziecka. Podobnie rodziny posiadające dzieci wykazujące problemy z masą ciała nie ograniczają spożywania słonych potraw.

Rodzice mają znaczący wpływ na kształtowanie się np. upodobań pokarmowych (Birch i wsp., 1987), poprzez przyrządzanie i doprawianie pokarmów w określony sposób oraz zalecanie ich spożywania poprzez wygłaszane komentarze, zachwalające dobroczynny wpływ produktu na zdrowie, wzrost, urodę (Birch, 1992). Rodzice mają według badaczy przedmiotu (Birch i Fisher, 1998) tendencję opisywania dzieciom walorów jedzenia, które spożywają lub podają dzieciom. Pokazują dzieciom emocje związane ze spożywanymi pokarmami, często dzielą się z dziećmi spożywanym posiłkiem, dokarmiając w ten sposób dziecko, ucząc je smakowania i delektowania się jedzeniem, poza godzinami karmienia.

Wielu badaczy wskazuje na występujące podobieństwa między rodzicami i dziećmi odnośnie ich preferencji w zakresie wyboru pokarmów i zbliżoną gotowość do próbowania nowych potraw (Illingworth i Lister), matki i dzieci (nawet w wieku dwóch lat) wykazują zbliżone preferencje żywieniowe (Henney i Bacquet, 1986).

Przeprowadzając analizę wyników uzyskanych z przeprowadzonych badań, można zauważyć, że badane kobiety wskazują na najczęściej dojadane, z grupy produktów gromadzonych w domu, produkty słodkie: ciastka, cukierki, żelki, czekoladki i tym podobne słodycze, wśród dzieci i ojców częściej podjadane są chipsy i paluszki. Wśród rodziców produktem podjadanym są również owoce, jednak nie ma to odzwierciedlenia wśród dzieci. Praktycznie w większości przypadków, jeżeli dziecko odpowiadało, że dojada słodycze, to te same produkty dojadali także rodzice. Matki dodatkowo, wykazują większą inwencję w organizowaniu przegryzek, gdyż nie jest im trudno, ugotować lub szybko przyrządzić budyń, kisiel lub inny słodki przysmak. Wśród badanych ujawniane jest mylne przeświadczenie, że takie podjadanie nie ma negatywnego wpływu na wagę. Badania gimnazjalistów (Wojtyła i wsp., 2011) wykazują, że aż 77% młodzieży gimnazjalnej w Polsce deklarowało podjadanie produktów żywnościowych poza stałymi terminami spożywania posiłków, również w nocy (23%). Gimnazjaliści byli świadomi, że dojadanie, czy podjadanie, jest zjawiskiem niekorzystnym dla zdrowia. Owoce, co najmniej 1 raz dziennie, spożywa nieco ponad jedna trzecia otyłych nastolatków, równie często jak młodzież o normalnej wadze (Oblacińska, 2007). Młodzież również nie spożywa warzyw, tylko 27% otyłych nastolatków deklaruje

spożywanie warzyw co najmniej raz dziennie. Podobnie jeśli chodzi o ciemne pieczywo i mleko (odpowiednio 26% i 35%) . Natomiast słodycze podjadało około 15% młodzieży, otyła młodzież prawie dwukrotnie rzadziej spożywa je niż młodzież nieotyła. Podobne wyniki otrzymano w przypadku chipsów, otyli nastolatkowie rzadziej spożywali chipsy niż ich rówieśnicy (odpowiednio 7% i 11%).

Częstość spożywania posiłków wpływa na masę ciała a omijanie regularnych posiłków sprzyja jedzeniu między posiłkami przekąsek, co związane jest również z faktem spożywania większej ilości pokarmów wysokokalorycznych, m.in. przekąsek typu fast-food (De Verder i Longnecker, 1992). W badaniach polskich nastolatków (Oblacińska, 2007) u młodzieży otyłej stwierdzono istotnie częstsze opuszczanie głównych posiłków w porównaniu z grupą kontrolną dzieci nieotyłych, jak również istotnie rzadsze ich regularne, codzienne spożywanie, zarówno w dni nauki szkolnej, jak i w dni weekendu. Śniadanie w dni szkolne codziennie spożywała prawie połowa nastolatków z nadwagą i otyłością. Równocześnie prawie jedna trzecia tej młodzieży nigdy nie zjadała śniadania przed wyjściem do szkoły, prawie dwukrotnie częściej niż młodzież z grupy kontrolnej. W badaniach własnych natomiast ponad 90% dzieci, bez względu na problemy z wagą, potwierdziło, że spożywa śniadania w domu. Podobne wyniki dotyczące spożywania obiadów i kolacji otrzymano zarówno w badaniach własnych jak i w badaniach nastolatków (Oblacińska, 2007). Obiad był posiłkiem, który młodzież spożywała najczęściej z głównych posiłków, natomiast kolacja posiłkiem najczęściej opuszczanym.

Karmienie dla rodzica może pełnić funkcję kompensacyjną (Izdebski i Rucińska-Niesyn, 2009). Rodzic karmi dziecko, bo nie jest w stanie zaspokoić innych jego potrzeb, a dając mu jedzenie, zmniejsza własne poczucie winy. Z drugiej strony otyłość dziecka może wiązać się z poczuciem wstydu i rodzicielskiej bezradności i być postrzegana jako widoczny objaw zaniedbania i braku zaangażowania w relacje z dzieckiem (Radoszewska, 2003). W jednej z teorii psychosomatycznych uznaje się, że otyłość jest efektem nieadekwatnego interpretowania przez rodziców płaczu dziecka (Izdebski i Rucińska-Niesyn, 2009). Rodzice interpretują płacz dziecka, będący efektem przeżywanych przez nie emocji, jako wynik głodu. Często spotkać się można z postawą bagatelizowania przez rodziców problemu dziecięcej nadwagi, ponieważ w rodzinie istnieje zaburzona norma wyglądu. Jeżeli otyli są rodzice dziecka, to dla niego być otyłym oznacza też być lojalnym wobec rodziców, identyfikować się z nimi.

Czynniki środowiskowe a zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży

Zachowania zdrowotne są wynikiem oddziaływania także czynników środowiskowych, związanych z obszarami aktywności życiowej dzieci (Birch, 1980). Dobrze to ilustrują ich zachowania przejawiane w odniesieniu do dokonywanych wyborów w zakresie odżywiania się, które spowodowane są wpływem m.in. rówieśników. Dzieci i młodzież chętnie wybierają produkty, które spożywają ich rówieśnicy (Lau i wsp, 1990). W innym badaniu wykazano, że na składniki pożywienia u dorastających dziewcząt miała wpływ presja rówieśników i była ona silnym predyktorem odżywiania, nawet po kontroli dla pozostałych zmiennych interpersonalnych (Monge-Rojas i wsp., 2002; Lieberman i wsp., 2001).

W szkole dziecko poddane jest różnym oddziaływaniom, a wiedza w niej zdobyta i doświadczenie są istotne w edukacji żywieniowej (Jeżewska- Zychowicz, 2004). Wyniki badań wykazują, że edukacja żywieniowa realizowana w szkole ma potencjalnie pozytywny wpływ na zachowania żywieniowe dzieci (Contento i wsp., 1995; Lytle i Achterberg, 1999 za Jeżewska-Zychowicz, 2004). Poza programem nauczania realizowanym w szkole, w przypadku edukacji żywieniowej, ważną rolę pełnią stołówki szkolne, coraz rzadziej już występujące w obecnych czasach. Rolę stołówek coraz częściej zastępują sklepiki szkolne oferujące produkty, które zamiast zaspokajać potrzeby żywieniowe organizmu, tłumią uczucie głodu. Duży udział w dokonywaniu zmian w zachowaniach żywieniowych dzieci i młodzieży mają grupy koleżeńskie (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Chęć naśladowania innych w znacznym stopniu może przyczyniać się do zmiany postaw, również żywieniowych. Chęć dostosowania się może mieć zarówno pożądany, jak i niepożądany efekt w edukacji żywieniowej. Środowisko szkolne, które tworzą uczniowie, nauczyciele, realizowane programy nauczania, stołówka oraz sklepik szkolny, oddziałuje modyfikująco zarówno na wiedzę żywieniową ucznia, jak i bezpośrednio na jego zachowania żywieniowe.

Dostępność do produktów pokarmowych jest również ważnym czynnikiem wyboru wśród młodzieży (Baranowski i Nader, 1985). Młodzi ludzie korzystają z produktów, które znajdują się w zasięgu ręki (Story i wsp., 2002). Autorzy badań podkreślają doniosłą rolę dostępności do produktu. Jeśli jest on dostępny, nie wymaga obróbki, jest w postaci gotowej do spożycia, jest z pewnością chętniej spożywany niż produkt, którego spożycie wymaga

wysiłku, np. trzeba go zdobyć, przyrządzić, kroić itp. Badana młodzież przyznaje, że nawet produkt nie będący produktem lubianym jest chętniej spożywany jeśli jego dostępność i forma nie przysparzają trudności.

Dziecko obserwuje jak poszczególni członkowie rodziny, przestrzegają zasad higieny czy celebrują spożywanie posiłków przy stole w swoim towarzystwie czy wykonują podczas spożywania posiłków inne czynności, np. czytają gazety, oglądają telewizję czy słuchają radia. Dodatkowo, kultywowane zwyczaje kulturowe rodziny, utrwalają sposób świętowania i obchodów jubileuszowych poprzez gromadzenie przy bogato zastawionym w produkty pokarmowe stoły, z udziałem zapraszanych gości. Wspólne biesiady w rodzinie kształtują poczucie smaku, zwyczaje w odniesieniu do jakości, ilości i atmosfery. Usprawiedliwiają wyjątkowością spotkania fakt spożywania posiłku w nadmiernej ilości, bogactwa kalorii lub wręcz szkodliwości danego pokarmu dla zdrowia. Zwyczaje kultywowane w danym środowisku rodzinnym stanowią wzorzec do naśladowania dla dzieci. Można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że zwyczaje opisywane powyżej będą powielane przez dzieci w ich późniejszym, dorosłym życiu. Badania własne potwierdziły twierdzenia, że dzieci obserwując zachowania żywieniowe dorosłych, zarówno dotyczące składu pożywienia jak i zachowania w czasie posiłków, powielają wzorce.

Sposób przyprawiania posiłków tworzy świetną kompozycję smaku, atmosfery przynależności do wyjątkowej dla człowieka (w znaczeniu emocjonalnym) grupy i pewność, że taki smak potrawy musi być taki jaki był w rodzinie (Birch i wsp.,1987). Coraz więcej badań dowodzi, że dzieci, które jedzą posiłki z innymi członkami rodziny, spożywają więcej zdrowej żywności i składników odżywczych z podstawowych grup żywności (Stanek i wsp., 1990).

Wyniki badań przeprowadzonych na użytek niniejszego opracowania wskazują, że wiele rodzin, spożywa posiłki dzieląc ten czas na równoczesne wykonywanie innych czynności. Znaczącą pozycję w tym względzie zajmuje telewizja. Badania wykazały, że dzieci rodzin, w których oglądanie telewizji jest normalną praktyką podczas posiłków, wykazują tendencję do spożywania mniej owoców i warzyw, wykazując preferencje w stosunku do takich produktów jak pizza, przekąski i napoje gazowane (Coon i wsp., 2001). Znanym czynnikiem ryzyka rozwoju otyłości jest siedzący tryb życia, przy czym szczególną uwagę należy zwracać na czas poświęcany oglądaniu telewizji przez dzieci (Owecki, 2009). Wyniki badania *Nurses' Health Study* wykazały, że oglądanie telewizji przez 2 godz. dziennie

zwiększa ryzyko rozwoju otyłości o 23% i ryzyko zachorowania na cukrzycę o 14%. Dla porównania, w tym samym badaniu udowodniono, że intensywne spacery przez godzinę dziennie zmniejszają to ryzyko odpowiednio o 24 i 34% (Hu i wsp., 2003). Związek pomiędzy ilością czasu poświęconą przez dzieci na oglądanie telewizji a ich skłonnością do nadwagi i otyłości wykazał w badaniach Danner (2008). W badaniach dzieci i młodzieży gimnazjalnej z nadwagą i otyłością obserwuje się największy odsetek dzieci spędzających zbyt długi czas przed ekranem telewizora lub komputera (około 80%) (Czajka i Kochan, 2012). Jednak nie potwierdzono istotnych statystycznie związków miedzy ilością czasu spędzonego przed komputerem czy telewizorem a nadmierną masą ciała (Jodkowska i wsp. 2007). Spędzanie wielu godzin przed ekranem telewizora czy komputera przez nastolatka, niesie za sobą szereg negatywnych skutków (Jodkowska, 2007): wielogodzinne unieruchomienie, ograniczające inne zajęcia, narażenie na oglądanie reklam w tym produktów wysokoenergetycznych oraz częste dojadanie w tym czasie produktów bogatych w cukier, tłuszcz i sól (Kołodziejska, 2002; Parnicka 2001). W wielu pracach pochodzących z USA wykazano związek wielogodzinnego oglądania telewizji i otyłości (Dietz i Gortmaker, 1985; Gortmaker i wsp., 1996).

Wiele dzieci spędza więcej czasu przed telewizorem lub komputerem niż dorośli (Fichna i Skowrońska, 2008), co wiąże się również z oglądaniem reklam związanych z jedzeniem. Badania przeprowadzone przez M. Caroli we Włoszech wykazały, że dzieci spędzające 2 godziny dziennie przed telewizorem oglądają około 25 000 reklam rocznie z czego 36% to reklamy związane z jedzeniem (88% tych reklam rekomenduje produkty bogate w cukier, tłuszcz i sól) (Caroli i Tucci, 2004). Podobne wnioski wynikają z badań przeprowadzonych przez Borzekowskiego i wsp., w których dowodzą, że nawet 10–30−sekundowa reklama wpływa na preferencje w doborze jedzenia u dzieci w wieku 2–6 lat (Borzekowski i Robinson, 2001). Badania wykazują, że dużą rolę w niezdrowej dziecięcej diecie odgrywają marketing i reklama słodkich i tłustych produktów przeznaczonych dla najmłodszego klienta (Hoek i Gendall, 2006). Badania własne potwierdziły, że dzieci z nadwagą i otyłe spędzają więcej czasu przed telewizorem czy komputerem niż ich rówieśnicy, którzy mają prawidłową masę ciała.

Dziecko rodzi się z preferencjami ku smakowi słodkiemu i awersją do smaku gorzkiego (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Wrodzone preferencje uważane są jako wynik adaptacji do warunków środowiska, w których człowiek żyje. Już w pierwszych latach życia dziecko zaczyna łączyć żywność z jej formami znaczeniowymi, które odzwierciedlają

bezpieczeństwo. Człowiek może również polubić określoną żywność, gdy służy ona zaspokajaniu głodu, a także gdy jest ona nagrodą. Preferencje smakowe kształtowane są przez rodzinę lub inne osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem. Rodzice, którzy serwują dziecku zbilansowaną dietę, pomagają w tworzeniu właściwych z żywieniowego punktu widzenia preferencji. W obecnych czasach preferencje smakowe są kształtowane również przez telewizję i inne środki masowego przekazu, restauracje czy rówieśników. Spożywanie posiłków w restauracjach czy innych zakładach gastronomicznych może przyczyniać się do powstawania innych preferencji smakowych niż w przypadku oddziaływania domu. Z powodu powyższych dowodów ważną rzeczą staje się dbałość o czynniki, które mogą mieć wpływ na zmianę preferencji smakowych dzieci. Badania własne potwierdziły, że dzieci spożywają większość posiłków w domu wspólnie z członkami rodziny, co z jednej strony ma swoje minusy, ponieważ gdy rodzina nie zachowuje zasad prawidłowego żywienia, dzieci nie maja możliwości zmiany swoich nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Z drugie strony daje to możliwość oddziaływań na zachowania żywieniowe wszystkich członków rodziny.

Funkcje edukacyjne rodziny

Rodzina odgrywa kluczową rolę w edukacji dzieci i młodzieży. Wydaje się, że podstawowym zagadnieniem nie jest brak informacji, bo jest ona dostępna. Człowiek jednak nadal nie potrafi z tej informacji korzystać. Przedstawione badania pokazują, że nawet osoby leczące się z powodu nadwagi i otyłości, mimo przebytej edukacji kierunkowej, dobrego poziomu wiedzy, szybko wracają do starych, niekorzystnych dla zdrowia nawyków. Z badań wynika, że znaczącą rolę odgrywają wartości przypisywane zdrowiu oraz umiejscowienie kontroli zdrowia zarówno u dzieci jak i u rodziców. Wydaje się, że należy przeobrazić system edukacji pacjenta i jego rodziny. W końcu to oni są wykonawcami w praktyce działań związanych z procesem odżywiania się i jak wykazały badania robią wiele błędów.

Rodzice przejawiający właściwe postawy wobec dziecka chętnie otaczają je troskliwą opieką, dostrzegają i zaspokajają jego potrzeby, mają dużo cierpliwości oraz gotowości tłumaczenia i wyjaśniania (Ziemska, 1980). Postawa taka sprzyja dbałości rodziców o zdrowie dziecka, również poprzez prawidłowe zachowania zdrowotne, dotyczące odżywiania i aktywności fizycznej. W wyniku postawy nadmiernie chroniącej osobowość dziecka zostaje zniekształcona oraz przyzwyczaja się je do niesamodzielności. Warunkiem prawidłowego rozwoju dziecka jest rozsądna, mądra, konsekwentna, wymagająca, ale jednocześnie wyrozumiała miłość rodziców do swojego potomstwa.

Rodzice i opiekunowie dzieci powinni wykazywać dbałość o zdrowie dzieci, również poprzez kontrolowanie masy ich ciała. Powinni reagować na zwiastuny niepokojących objawów i w porozumieniu ze specjalistami powinni podejmować działania naprawcze (Caroli i Lagravinese, 2002). Do tego jednak potrzebna jest odpowiednia wiedza, konsekwencja i motywacja. U dzieci, które mają problemy z utrzymaniem masy ciała w życiu dorosłym rozwija się otyłość, hiperleptynemia, hiperinsulinizm i nadciśnienie, a przekarmianie w okresie pourodzeniowym nasila te zaburzenia metaboliczne (Suchocka, 2003). Otyłość i związane z nią zaburzenia biochemiczne są przyczyną cukrzycy, niektórych typów nowotworów oraz chorób sercowo-naczyniowych. Czynnikiem ryzyka rozwoju tych zaburzeń jest gromadzenie się u otyłych dorosłych wewnątrzbrzusznej tkanki tłuszczowej, co jest przyczyną rozwoju wielu śmiertelnych chorób (Kłosiewicz – Latoszek i wsp., 1996). Tak więc głównym czynnikiem prognostycznym jest dokładnie określona ilość oraz rozmieszczenie tłuszczu w ciele osobnika otyłego (Szmatłoch, 1995). Do efektywnego leczenia otyłości stosuje się dietę, zwiększoną aktywność fizyczną, zmianę zachowań, terapię farmakologiczną lub postępowanie mieszane, a także leczenie chirurgiczne. Wykazano, że utrata około 10% nadmiernej masy ciała zauważalnie wpływa na poprawę zdrowia poprzez redukcję czynników ryzyka związanych z otyłością (Basedevant, 1993).

Różne, dodatkowe produkty pokarmowe dostarczane są dzieciom jako nagrody, dowód uczucia, spełnienie prośby itp. Badania własne potwierdziły te doniesienia. Można to zjawisko modyfikować tylko poprzez komplementarną, konsekwentną edukację całej rodziny i dużych zbiorowości społecznych pokazując związek przyczynowo – skutkowy, między stylem odżywiania się w rodzinie a stanem zdrowia jej członków.

Z punktu widzenia zachowań żywieniowych najbardziej istotne znaczenia ma realizacja funkcji socjalizacyjnej, która polega na wprowadzeniu dziecka w świat i przygotowaniu do samodzielnego pełnienia ról społecznych (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Rodzina jest źródłem wzorów do naśladowania, w tym również żywieniowych. W rodzinie odbywa się przekaz dziedzictwa kulturowego, włączającego również elementy sfery żywności i żywienia. Dziecko w procesie socjalizacji poznaje różne rodzaje żywności, nabywa umiejętności związane ze spożywaniem posiłków, ich przygotowywaniem oraz zdobywa wiedzę żywieniową. Wiedzę i umiejętności w tym zakresie dziecko zdobywa poprzez naśladownictwo, ale również pod wpływem systemu nagród i kar, które mogą przybierać formę żywności i zachowań z nią związanych. Rodzina wpływa na zachowania żywieniowe

nie tylko poprzez dostarczenie określonej żywności ale także poprzez kształtowanie preferencji żywieniowych. Z wielu badań wynika, że dom rodzinny jest określany jako najważniejsze źródło wiedzy żywieniowej (Banach, 1999; Łyszkowska, 2002; Myka, 2002 za Jeżewska-Zychowcz, 2004). Badania własne potwierdziły, że to rodzina ma wpływ na zachowania żywieniowe dzieci. Zarówno rodzice jak i dzieci z nadwagą i otyłością posiadają wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia, jednak nie stosują się do nich.

Implikacje dla społecznej promocji zdrowia

W związku z wpływem zachowań zdrowotnych matek w okresie ciąży jak i wpływu karmienia naturalnego na zdrowie dziecka należy zwrócić uwagę na kampanie na rzecz karmienia piersią, które mogą spowodować modyfikację zachowań matek. Wykazano bowiem, że u dzieci karmionych piersią przez okres dłuższy niż 3 miesiące rzadziej występuje otyłość (Suchocka, 2003), w związku z dodatnią korelacją pomiędzy spożyciem białka w 10 miesiącu życia i wysokim indeksem masy ciała w późniejszym okresie dzieciństwa. Ze względu na niezadowalające wyniki programów prewencyjnych uważa się, że profilaktykę dziecięcej nadwagi należy rozpoczynać już w czasie ciąży mamy, a zwłaszcza w okresie okołoporodowym, szczególnie w rodzinach, gdzie występuje otyłość oraz czynniki ryzyka cukrzycy typu 2 (Pinhas−Hamiel i Zeitler, 2000). W 1998 r. amerykańscy eksperci rekomendowali wiek 3 lat, jako właściwy dla początku profilaktyki, rozpoznania i ewentualnego leczenia otyłości u dzieci (Barlow i Dietz 1998).

Ważnym elementem w zapobieganiu nadwagi i otyłości dzieci może być uzmysłowienie rodzicom, że potrzeby psychiczne dziecka można zaspokajać bez podawania słodyczy, jako metody nagradzania czy pocieszania (Suchocka, 2003). Ogólnie żywności nie powinno się stosować w celu uspokajania, wyciszania stresów, czy nagradzania. Jeżeli nie spełni się tego warunku, dziecko będzie kojarzyło wszystkie wymienione sytuacje tylko z jednym zachowaniem - potrzebą jedzenia. Aby nie ułatwiać rozwoju otyłości, należy dbać o rozgraniczanie spożywania żywności i stanów emocjonalnych.

Istnieje wielka potrzeba programów edukacji rodzinnej, które uświadamiałyby rodzicom powikłania otyłości i zachęcały do podejmowania wspólnego wysiłku w stosowaniu właściwej diety i aktywności fizycznej (Fichna i Skowrońska, 2008). Celem leczenia otyłości w wieku rozwojowym jest powolna utrata masy ciała lub u dzieci młodszych utrzymanie stabilnej masy ciała i zapewnienie odpowiedniego tempa wzrastania. Dzieci należy przyzwyczajać do aktywnego trybu życia już od okresu przedszkolnego. W leczeniu

dietetycznym należy pamiętać, że zdrowe nawyki żywieniowe są lepsze niż restrykcyjne diety, a leczenie musi być akceptowane przez pacjenta i całą jego rodzinę, która najlepiej, gdyby solidarnie stosowała ten sam typ diety.

Najczęściej tyjące osoby nie reagują skutecznie na rozwijającą się otyłość i nie przejawiają dużej aktywności fizycznej, która pomagałaby spalić nadmiar przyswajanej energii. Aktywność fizyczna ma duże znaczenie w prewencji pierwotnej nadwagi i otyłości oraz chorób niezakaźnych. Przejawianie aktywności fizycznej w życiu codziennym, może zredukować ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia nawet do 50%. (Nazar i Kaciuba-Uściłko, 1995). Zwiększenie wydatku energii związanego z aktywnością fizyczną o 1000 kcal/tydzień, zmniejsza ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn od 20 do 30%. (Gutin i Manos, 1993). Z powyższych przyczyn bardzo ważna jest promocja skierowana na upowszechnienie aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży. Dzieci do szkoły coraz częściej dojeżdżają samochodem, a po lekcjach siadają przed komputerem. W związku z tym rodzice powinni zwrócić szczególną uwagę ile czasu ich dziecko spędza aktywnie i dopingować go do aktywności fizycznej w ciągu dnia. Nauczyciele również powinni powodować aby lekcje wychowania fizycznego były ciekawe i aby wszystkie dzieci w nich uczestniczyły. Również rodzice nie powinni ulegać prośbom dzieci o zwolnienia z lekcji wychowania fizycznego, tylko zachęcać do czynnego w nich udziału. Co prawda wyniki badań polskich gimnazjalistów pod względem uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego są obiecujące, to należy cały czas monitorować ten problem w celu zapobiegania braku aktywności fizycznej wśród dzieci szkolnych. Z badań wynika, że prawie 2/3 uczniów otyłych (64%) brało systematycznie udział w lekcjach wychowania fizycznego w szkole, jedna trzecia uczestniczyła nieregularnie, a około 5% wcale, z czego 2% uczniów było trwale zwolnionych z lekcji wychowania fizycznego (Jodkowska, 2007). Jednak w porównaniu z uczniami o prawidłowej masie ciała, otyła młodzież rzadziej ćwiczyła regularnie na lekcjach wychowania fizycznego. Ponadto przeważająca większość otyłych uczniów (87%) lubi lub bardzo lubi lekcje wychowania fizycznego. W pozalekcyjnych zajęciach ruchowych systematycznie brało udział 2/3 uczniów otyłych (67%). Otyła młodzież przeznaczała średnio w tygodniu na pozaszkolne zajęcia ruchowe podobną liczbę godzin jak młodzież nieotyła.

Wiele dzieci wychodzi z domu bez pełnowartościowego śniadania, a rodzice nie szykują dzieciom kanapek do szkoły. Dzieci dostają pieniądze, aby coś sobie kupić w szkolnym sklepiku, w którym z reguły są drożdżówki, batoniki, chipsy i słodzone gazowane napoje. Bardzo ważna jest więc kontrola sklepików szkolnych, aby sprzedawano w nim jak

najmniej szkodliwych produktów, a jak najwięcej żywności nie zawierających szkodliwych składników. W badaniach wykonanych w ramach serii (2005/2006) międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Woynarowska i wsp., 2008) wykazano, ze najczęściej dostępnymi produktami dla uczniów w czasie pobytu w szkole są w większości szkół (ok. 70%) słodkie napoje gazowane, rożnego rodzaju słodycze oraz chleb, bułki i kanapki. Mimo powszechnie dostępnych w mass mediach informacjach o narastającej częstości nadwagi i otyłości, co trzecia szkoła nie podjęła żadnych działań dla zmniejszenia spożycia słodyczy, słodkich napojów oraz słonych przekąsek oraz zwiększenia spożycia owoców i warzyw. Badania wykazały, że tylko kilka procent szkół określiło na piśmie zasady dotyczące tych działań, a projekty i programy dotyczące żywienia realizowano w nieco więcej niż 1/3 szkół, jak również nauczyciele sporadycznie uczestniczyli w szkoleniach w tym zakresie. Dlatego istnieje potrzeba tworzenia w szkołach szeroko pojętej edukacji zwłaszcza w zakresie odżywiania.

Kolejną propozycją dla społecznej promocji zdrowia jest ograniczenie oglądania telewizji i zajęć z komputerem. Z danych amerykańskich wynika, że oglądanie reklam i różnego rodzaju programów wpływa na podświadomość oglądającego i sprzyja kształtowaniu niekorzystnych zachowań żywieniowych (Caroli i Lagravinese, 2002). W wyniku nacisku przez organizacje konsumenckie powinno doprowadzić się do ograniczenia liczby reklam niezdrowej żywności, emitowanych w godzinach najwyższej oglądalności telewizji przez dzieci i młodzież. Inne australijskie badania rodzicielskiej świadomości pokazują, iż rodzice są dalecy od krytycznego spojrzenia na telewizyjne reklamy żywności dla dzieci, jak również nie wyrażają silnego poparcia dla rygorystycznych ograniczeń tych reklam (Morley i wsp., 2008).

Według badań sklepiki działają na terenie wielu szkół (Szponar i Rychlik, 2000) i oferują głównie słodycze oraz soki owocowe i napoje gazowane. W sklepikach kupowane najczęściej są słodycze, napoje gazowane, pączki i bułki drożdżowe (Łyszkowska, 2002). Sklepiki szkolne poprzez ofertę produktów żywieniowych wydatnie przyczyniają się do pogarszania sposobu żywienia młodych ludzi (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Możliwość zakupu słodyczy oraz napojów gazowanych w trakcie pobytu w szkole powoduje ograniczenie roli szkoły jako źródła prawidłowej wiedzy żywieniowej i wzorów zachowań żywieniowych sprzyjających organizmowi oraz przyczynia się do niewłaściwego sposobu odżywiania się. Stąd ogromnym wyzwaniem dla społecznej promocji zdrowia jest propagowanie zdrowej żywności w sklepikach szkolnych, a także ograniczenie w nich

towarów niezdrowych i rozszerzenie oferty o owoce i warzywa a także soki owocowe i warzywne.

Ważną rolę w edukacji żywieniowej dzieci powinni odgrywać nauczyciele. Wiele autorów (Muszyński, 1976; Warzuchowska, 1993; Pielkowa, 1995) podkreśla istotna rolę, jaką odgrywa szkoła w kształtowaniu postaw młodego człowieka (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Wiedza szkolna z zakresu żywienia wpływa na zmiany w spożyciu niektórych produktów żywieniowych, dlatego należałoby zwrócić uwagę na to, aby wiedza o żywieniu przekazywana była w szkole w stopniu wystarczającym, jak również w sposób ciekawy, aby zainteresować dzieci tą tematyką, a także motywować uczniów do zdobywania tego typu wiedzy.

Obecna wiedza na temat roli spożycia napojów słodzonych cukrem w rozwoju otyłości powoduje, że powinno się podjąć odpowiednie kroki dla zmniejszenia konsumpcji tych napojów we wszystkich grupach wiekowych, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, dla których napoje słodzone często są jedyną alternatywą. Badania angielskich dzieci wykazały, że dzieci pijące napoje zawierające cukier przybierają na wadze średnio o 1 kg więcej niż dzieci z grupy kontrolnej (Ruyter and wsp., 2012). Podobne wyniki uzyskano w badaniach innych naukowców, zarówno dotyczących dzieci, młodzieży jak i dorosłych. (Caprio, 2012; Qi i wsp., 2012; Ebbeling i wsp., 2012).

Zastosowane kwestionariusze pozwalają właśnie na śledzenie zmian w wartościowaniu zdrowia w wyniku edukacji zdrowotnej, działań promujących zdrowie oraz modyfikacji zachowań zdrowotnych. Mogą być one stosowane nie tylko do badań naukowych ale również do badań przesiewowych, jak również w celach diagnostycznych związanych z pomiarem zachowań zdrowotnych i wartościowania zdrowia. Przedstawione w pracy narzędzia mogą być wykorzystywane do badania procesów służących modyfikacji zachowań zdrowotnych.

5.2 Podsumowanie

Jednym z głównych zadań zmierzających do potwierdzenia postawionych hipotez było dokonanie charakterystyki postaw żywieniowych rodzin posiadających dzieci z nadwagą i otyłością. Uzyskane wyniki uprawniają do sformułowania kilku podstawowych wniosków dotyczących tych zachowań.

1. Otyłość dzieci ma związek z otyłością rodziców i dziadków (s.41-47).
2. Przyczyną otyłości u dzieci są przede wszystkim nieprawidłowe nawyki żywieniowe (s. 66-94).
3. Zrozumienie pojęcia zdrowie przez dzieci i rodziców, jest warunkowane doświadczeniami związanymi z dolegliwością procesu choroby i terapii (s. 50-54).
4. Nadawanie wysokich rang pojęciu zdrowie, nie jest zależne od wieku (s. 49-52).
5. Sposób pojmowania zdrowia oraz ranga nadawana wartości zdrowia przez rodziców ma związek ze stosunkiem do własnego zdrowia dzieci (s. 52-54).
6. Dzieci z problemem nadwagi i otyłości są bardziej uwrażliwione na problem swojego zdrowia, sprawność fizyczną i psychofizyczną (s. 49-52).
7. Umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia determinuje podatność na proces edukacyjny i rodzaj przejawianych zachowań zdrowotnych dzieci (s. 54-58).
8. Inne, konkurencyjne wartości w życiu człowieka, odsuwają problem zdrowia na plan dalszy i skłaniają do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia (s. 49-52).
9. Młodzież przejawia zachowania ryzykowne dla zdrowia gdyż nie ceni go jako wartości (s. s. 49-52).
10. Prawidłowe nawyki żywieniowe wg wyników uzyskanych na podstawie przeprowadzonych badań występują w wyższym stopniu u kobiet niż u mężczyzn (s. 65-66).
11. Rodzice posiadający dzieci z problemem nadwagi i otyłości - mają wyższą motywację, by pomóc im zmniejszać istniejący problem zdrowotny oraz by je chronić przed zagrożeniami dlatego bardziej interesują się profilaktyką (s. 65-66).
12. Rodzice w sposób niekonsekwentny kształtują u dziecka model zachowań zdrowotnych, ze zmiennym natężeniem go wprowadzają w praktykę życia codziennego w rodzinie oraz wykazują brak wytrwałości i konsekwencji w egzekwowaniu prozdrowotnych zachowań u dziecka (s. 59-63).
13. Model zachowań zdrowotnych kształtowany w rodzinie, towarzyszy dziecku także w jego dorosłym życiu, determinując jego wybory zdrowotne (s. 66-94).
14. Rodzice często dają zły przykład dzieciom, ucząc je nieprawidłowych zachowań zdrowotnych. Proces edukacji społecznej w odniesieniu do problematyki zdrowia nie spełnia w wystarczającym m zakresie swojej roli (s. 66-94).
15. Problemy z wagą u osób dorosłych nie przekładają się na ich poczucie satysfakcji. Osoby posiadające nadwagę i otyłość w badanej grupie, nie miały z tego powodu obniżonej satysfakcji ze swojego życia (s. 58-59).

Problemy badawcze jak i hipotezy zostały zweryfikowane pozytywnie poprzez analizę treści wyników badań. I tak hipoteza pierwsza, która zakładała związek pomiędzy zachowaniem dorosłych, a występowaniem otyłości u dzieci została zweryfikowana pozytywnie. Zachowania antyzdrowotne rodziców skutkowały problemami z masą ciała u dzieci. Hipoteza ta została zweryfikowana za pomocą kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych oraz kwestionariusza własnego autorstwa Badanie Nawyków Żywieniowych. Zachowania zdrowotne badanej grupy nie są korzystne dla zdrowia. Dotyczy to prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowania profilaktycznego oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Jedynie w przypadku zachowań profilaktycznych zauważyć można nieznacznie wyższe wyniki, u rodziców posiadających dzieci z nadwagą i otyłością, świadczące o większym zainteresowaniu profilaktyką. Również badania wykazały, że kobiety są bardziej wyczulone na zachowania prozdrowotne od mężczyzn.

Ankieta BNŻ posłużyła również do weryfikacji hipotezy o warunkowaniu pożądanych zachowań zdrowotnych przez efektywną edukację w domu oraz o budowaniu wzorca zachowań zdrowotnych przez poszczególnych członków rodziny. Analizując zależności pomiędzy jedzeniem poszczególnych posiłków w domu zauważyć można, że osoby posiadające nadwagę nie spożywają pierwszego posiłku w domu dlatego konsumując pierwszy posiłek pod wpływem głodu w późniejszych godzinach spożywają większą ilość pokarmów i jeśli śniadania nie przyniosły z domu, jedzą pokarm dostępny a więc dobrany przypadkowo, np. w sklepiku szkolnym, względnie od rówieśnika. Są to okoliczności kształtujące nieprawidłowe nawyki żywieniowe i wywołujące niepożądane skutki zdrowotne. Wpływ na zwyczaje i nawyki związane ze spożywaniem drugiego śniadania mają okoliczności sytuacyjne związane z harmonogramem pauz szkolnych, towarzystwem i przykładem rówieśniczym. Trzeba zaznaczyć, że ilość i dobór produktów oraz okoliczności spożywania posiłków jest poza kontrolą osób dorosłych, którzy pracują w czasie gdy dzieci wracają do domu. Dzieci mające problemy z masą ciała nie mają jednolitej strategii odżywiania się, dotyczy to regularności posiłku i spożywania ich w warunkach domowych. Osoby znaczące dla dziecka, będące w najbliższym kręgu rodziny spożywając produkty spożywcze między posiłkami dostarczają dziecku wzorca zachowań i kształtują niepożądane nawyki żywieniowe. Na podstawie uzyskanych wyników i deklaracji osób badanych, zauważono, że dojadający rodzic, babcia lub dziadek – częstuje dziecko lub zachęca je do dodatkowego pokarmu. Częstym błędem, popełnianym przez rodziców i dziadków, jest nagradzanie słodkimi smakołykami za dobre zachowanie czy wyniki w nauce. Wykorzystywanie słodyczy jako formy nagrody zwiększa u dziecka ich pragnienie a dzieci uczą się, że słodycze są sposobem nagradzania. Rodzice dzieci

z nadwagą i otyłością nie mają zwyczaju ograniczania produktów, które mają wpływ na zwiększanie masy ciała. Nie kierują się oni przy doborze produktów i sposobach jego przyrządzania zasadami prawidłowego żywienia. Rodziny z dziećmi o prawidłowej masie ciała częściej podają, że ich posiłki są zdrowe natomiast rodziny z dziećmi z nadwagą i otyłością zauważa, że ich posiłki są niezdrowe. Nie rodzi to jednak w konsekwencji zmian w praktykach odżywiania rodziny.

W celu weryfikacji hipotezy mówiącej o istnieniu związku między rozumieniem pojęcia zdrowia i przypisywanej mu wartości u rodziców a występowaniem otyłości u dzieci przeprowadzono kwestionariusze stosowane w promocji i psychologii zdrowia: Listę Wartości Osobistych, Listę Kryteriów Zdrowia oraz Skalę Umiejscowienia Zdrowia. Badania potwierdziły tę hipotezę. Dzieci z problemem nadwagi i otyłości są bardziej uwrażliwione na problem swojego zdrowia, sprawność fizyczną i psychofizyczną. Przypisują one zdrowiu spore znaczenie, wyższe od grupy dzieci z prawidłową masą ciała. Badania przeprowadzone za pomocą kwestionariuszy: Lista Wartości Osobistych, Lista Kryteriów Zdrowia oraz Skala Umiejscowienia Zdrowia potwierdziły istnienie związku między rozumieniem pojęcia zdrowia i przypisywanej mu wartości u rodziców a występowaniem otyłości u dzieci. Ponadto wykazały, że pożądane zachowania zdrowotne są warunkowane przez efektywną edukację prozdrowotną, choć w przypadku dzieci powyżej 18 lat nie można tu dostrzec pozytywnego wyniku przebytej edukacji i doświadczeń.

Hipotezę o istnieniu związku między poczuciem satysfakcji z życia a problemami z masą ciała u dzieci zweryfikowano pozytywnie za pomocą kwestionariusza SWLS tzw. Skalę Satysfakcji z Życia. Ocena własnej aktywności, zadowolenia z prawidłowego odżywiania, zadowolenie ze stanu zdrowia oraz radzenie ze stresem są zależne od poczucia satysfakcji. Badani rodzice potwierdzają hipotezę, że dorosłe osoby mają wysokie poczucie satysfakcji, mimo problemów z masą ciała.

Hipotezę o istnieniu czynników osobowościowych warunkujących przejawianie zachowań zdrowotnych zweryfikowały pozytywnie dwa kwestionariusze: Kwestionariusza Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc) oraz Kwestionariusz do badań poczucia kontroli u dzieci (KBPK)**.** Rodzice w sposób niekonsekwentny kształtują u dziecka model zachowań zdrowotnych, ze zmiennym natężeniem go wprowadzają w praktykę życia codziennego w rodzinie oraz wykazują brak wytrwałości i konsekwencji w egzekwowaniu prozdrowotnych zachowań u dziecka. W takiej sytuacji zachowania zdrowotne dziecka są

chwiejne. Dzieci posiadające problem nadwagi lub otyłości odrzucają swój udział w powstaniu i utrwalaniu się tego problemu szukając wytłumaczenia swojej sytuacji w czynnikach leżących poza nimi. Powstaje w ten sposób filtr w zakresie analizy przyczynowo-skutkowej, którą człowiek stający przed trudnościami powinien przeprowadzać i w konsekwencji dziecko nie ma motywacji do poszukiwania rozwiązań warunkowanych własnymi działaniami i ich nie podejmuje.

5.3. Wnioski

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków, które są zgodne z założonymi celami pracy.

1. Najważniejszym czynnikiem determinującymi zachowania zdrowotne rodziców jest system norm i właściwa hierarchia celów. Przeszkodą w przekazywaniu dzieciom wartości związanych ze zdrowiem jest brak konsekwencji we własnym postępowaniu oraz intensywne zachęcanie przez środowisko zewnętrzne do konsumpcyjnego stylu życia.
2. System wartości uznawany przez rodzinę i przekazywany przez nią dzieciom stanowi istotny element socjalizacji poprzez jego oddziaływanie na motywację zachowań i działań dziecka, na treść i formę tych zachowań. Posiadanie dobrego zdrowia musi stać się wartością, umieszczaną wysoko w hierarchii wartości.
3. Ważnym czynnikiem związanym z pojmowaniem zdrowia jest świadomość jego stanu. Im więcej wiedzy tym większa odpowiedzialność za zdrowie swoje i całej rodziny.
4. Rola przykładu w kształtowaniu zachowań zdrowotnych u dzieci jest główną formą uczenia się przez dziecko właściwego zachowania. Wychowanie zdrowotne w rodzinie polega na kształtowaniu postaw przejawiających się w praktyce jako zachowania zdrowotne, na które wpływ ma nie tylko styl życia ale także obyczajowość, tradycja czy środowisko rówieśnicze.
5. Rodzina, jako środowisko najbliższe dziecku, pełniąc rolę profilaktyczną i promującą zdrowie, może stworzyć warunki korzystne dla rozwoju zdrowia, ale też może temu rozwojowi szkodzić, dlatego należałoby skupić się na ciągłym aktualizowaniu i poszerzaniu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej.

Rozdział 6 Streszczenie/Summary

6.1 Streszczenie

Założenia teoretyczne

Celem pracy na stopień doktorski pt. „Wpływ zachowań zdrowotnych rodziców na otyłość dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat i implikacje dla społecznej promocji zdrowia" było ustalenie, jakie czynniki determinują zachowania zdrowotne rodziców oraz które z czynników mają znaczący wpływ na występowanie otyłości u dzieci oraz jak pojęcie „zdrowie" jest rozumiane zarówno przez dzieci jak i rodziców.

Materiał badawczy i metodologia pracy

Badaniami objęto 420 dzieci, które zostały podzielone na trzy grupy, pierwsza grupa składała się z dzieci o wadze normalnej, druga to dzieci z nadwagą i trzecia – dzieci z otyłością. Dzieci z wagą normalną stanowiły 32,28% całości, dzieci z nadwagą i otyłością po 33,81%.

Badanie zawarte w pracy zostało przeprowadzone za pomocą metody sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym opinii o zachowaniach zdrowotnych w pracy był kwestionariusz ankiety BNŻ (badanie nawyków żywieniowych) zawierający 21 pytań. Ponadto w badaniach zastosowano zestaw kwestionariuszy, powszechnie stosowanych w badaniach psychologicznych z zakresu psychologii zdrowia: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ), Lista Wartości Osobistych (LWO) oraz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci (HLC), Skala satysfakcji z życia (SWLS).

Wyniki

Otyłość dzieci ma ścisły związek z otyłością rodziców i dziadków a główną przyczyną otyłości u dzieci są przede wszystkim nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Sposób pojmowania zdrowia oraz ranga nadawana wartości zdrowia przez rodziców ma związek ze stosunkiem do własnego zdrowia dzieci. Wykazano, że rodzina odgrywa kluczową rolę w edukacji dzieci i młodzieży, a proces tej edukacji nie zawsze jest właściwy. Podstawowym zagadnieniem nie jest brak informacji, bo jest ona bardzo dostępna i występuje w różnych bardzo dostępnych źródłach. Człowiek jednak nadal nie potrafi z tej informacji korzystać.

Wnioski

1. Najważniejszym czynnikiem determinującymi zachowania zdrowotne rodziców jest system norm i właściwa hierarchia celów. Przeszkodą w przekazywaniu dzieciom wartości związanych ze zdrowiem jest brak konsekwencji we własnym postępowaniu oraz intensywne zachęcanie przez środowisko zewnętrzne do konsumpcyjnego stylu życia.
2. System wartości uznawany przez rodzinę i przekazywany przez nią dzieciom stanowi istotny element socjalizacji poprzez jego oddziaływanie na motywację zachowań i działań dziecka, na treść i formę tych zachowań. Posiadanie dobrego zdrowia musi stać się wartością, umieszczaną wysoko w hierarchii wartości.
3. Ważnym czynnikiem związanym z pojmowaniem zdrowia jest świadomość jego stanu. Im więcej wiedzy tym większa odpowiedzialność za zdrowie swoje i całej rodziny.
4. Rola przykładu w kształtowaniu zachowań zdrowotnych u dzieci jest główną formą uczenia się przez dziecko właściwego zachowania. Wychowanie zdrowotne w rodzinie polega na kształtowaniu postaw przejawiających się w praktyce jako zachowania zdrowotne, na które wpływ ma nie tylko styl życia ale także obyczajowość, tradycja czy środowisko rówieśnicze.
5. Rodzina, jako środowisko najbliższe dziecku, pełniąc rolę profilaktyczną i promującą zdrowie, może stworzyć warunki korzystne dla rozwoju zdrowia, ale też może temu rozwojowi szkodzić, dlatego należałoby skupić się na ciągłym aktualizowaniu i poszerzaniu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe

otyłość, zdrowie, nawyki żywieniowe, rodzina

6.2 Summary

The theoretical assumptions

The aim of the doctorate study titled “The impact of health behaviors of parents on obese children and adolescents aged 7-18 years and its implications for health promotion” was to determine what factors have significant impact on the prevalence of obesity in children and how the concept of "health" is understood by both children and parents.

Research material and methodology of work

The study included 420 children who were divided into three groups, first group consisted of children of normal weight, the other were overweight and the third were children with obesity. Children with normal weight accounted for 32.28% of the total, children with overweight and obesity were 33.81%.

The study was conducted using a method of diagnostic survey, Opinion research tool for health behavior at work was a questionnaire survey BNZ (study habits) containing 21 questions. Furthermore, studies have used a set of questionnaires commonly used in psychological research in the field of health psychology: Behavioral Health Inventory (IZZ), Health Criteria List (LKZ), Personal Values List (LWO) and the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), Locus of Control Scale Care for Children (HLC), satisfaction with life scale (SWLS).

Results

Child obesity is closely linked to obesity in parents and grandparents and the main cause of obesity in children is primarily abnormal eating habits. Way of understanding health and its concept conferred by the parents has to do with attitudes towards their children's health. It has been shown that the family plays a key role in the education of children and young people and the education process is not always appropriate. The main issue is not the lack of information, because it is very accessible and present in a variety of highly available sources. Man, however, is still not able to use this information.

Conclusions

1 The most important factor determining the health behavior of the parents is a framework of standards and proper hierarchy of objectives. Obstacle to give children the value of health is the lack of consistency in their behavior and encourage intense by the external environment to the consumer lifestyle.
2 The values recognized by family and handed over to children is an important part of socialization through its impact on the motivation of the child behaviors and actions, the content and form of behavior. Having good health must become a value being placed high up in the hierarchy of values.
3 An important factor related to the understanding of health is awareness of his condition. The more information the greater responsibility for their health and the whole family.
4 The role of the example in the development of health-related behaviors in children is the main form of learning by children proper behavior. Health education in the family consists in shaping the attitudes manifested in practice as a health behavior, which is affected not only by lifestyle but also by customs, tradition and peer environment.
5 The family, as the closest to the child, acting as a preventive and health promotion, can create conditions favorable for the development of health, but it can also harm this development and therefore should focus on the continuous updating and expanding knowledge of health education.

Keywords
obesity, health, eating habits, family

Rozdział 7. Bibliografia

1. Adamski F. (red.): *Wychowanie w rodzinie*. Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy, Kraków 1991, str. 26-27.
2. Alberti K.G., Zimmet P., Show J.: IDF: *Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition*; Lancet; 2005:366, 1059-1062.
3. Andersen R.E., Crespo C.J., Bartlett S.J., Cheskin L.J., Pratt M.: *Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. JAMA1998, 279, 938–942.
4. Agras W., S., Hammer L.D., McNicholas F., Kraemer H.C.: *Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years*. J Pediatr. 2004 Jul;145(1):20-5.

5. Babicz-Zielińska E., Przybyłowski P.: *Wartość biologiczna składników żywności*. [w:] Sikorski Z. E. (praca zbiorowa): *Chemia żywności.* Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2000, str. 27
6. Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, str. 268-307.
7. Bałch J. F., Balch P. A.: *Prescription for Nutritional Healing*. Aveiy Publ. Group, New York 1990, 74-75.
8. Banach M: *Ocena wpływu środowiska rodzinnego na postawy żywieniowe dzieci na przykładzie środowiska wiejskiego.* Praca magisterska SGGW, Warszawa 1999 [za:] Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2004, str.82
9. Baranowski T, Cullen KW, Baranowski J: *Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention*. Annu Rev. Nutr 19, 1999, 17–40.
10. Baranowski T, Nader PR: *Family Health Behavior.* In Turk DC: Kerns RD (eds) Health, Illness, and Families: A Life-Span Perspective. New York: Wiley 1985, 51–80.
11. Baranowski T., Stone R., Klesges P., Basch C, Ellison R.C., Iannotti R., Kotchen J.M., Nader P.R., Strong W.B.: *Studies of Child Activity and Nutrition (SCAN): longitudinal research on CVD risk factors and CVH behaviors in your children*. Cardiovas Risk Factors 2, 1993, 4, 10–16.
12. Barlow ES, Dietz WH.: *Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Servises*. Pediatrics 199
13. Basedevant A., Le Barzic M., Guy-Grand B.: *Otyłość*. Medycyna praktyczna. PZWL, Kraków 1993, str. 25-42
14. Bell A. C., Kremer P. J., Magarey A. M, Swinburn B. A.: *Contribution of 'noncore' foods and bever-ages to the energy intake and weight status of Australian children*, Eur. J. Clin. Nutr., 2005, 59, 639-645.
15. Birch L.L.: *Children's preferences for high-fat foods*. Nutr Rev.50, 1992, 249–255.
16. Birch L.L.: *Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences*. Child Dev 51:, 1980, 489–496.
17. Birch L.L., Fisher J.O.: *Development of eating behaviors among children and adolescents*. Pediatrics 101(3 Pt 2) 1998, str. 539–549.

18. Birch L.L., Marlin D.W.: *I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year old children's food preferences*. Appetite 3, 1982, 353–360
19. Birch L.L., McPhee L., Shoba B.C., Pirok E., Steinberg L.: *What kind of exposure reduces children's food neophobia?* Determinants of Children's Eating Patterns 88 VOL. 24, NO. 2. Appetite 9, 1987, 99,171–178
20. Birch L.L, McPhee L., Shoba B.C., Steinberg L., Krehbiel L.: *Clean up your plate. Effects of child feeding practices on the conditioning of meal size*. Learning Motivation 18:, 1987, 301–317.
21. Birch L.L., Parker L., Burns A. (red): *Early Childhood Obesity Prevention Policies*. Institute of Medicine of the National Academies, Washington, 2001
22. Bjorntorp P.: *Trifty genes and human obesity. Are we chasing ghosts?* Lancet 2000; 358: 1006-1008
23. Borzekowski DL, Robinson TN.: *The 30−second effect: an experiment revealing the impact of television commercials of food preferences of preschoolers*. J Am Diet Assoc 2001; 101: 42–46.
24. Breier B.H., Vicker M.H., Ikenasio B.A., Chan K.Y., Wong W.P.S: *Fetal programing of appetite and obesity.* Mol. Cell. Endocrinol. 2001; 185: 73-79.
25. *Canadian Community Health Survey. Obesity among children and adults*. Statistics Canada-Catalogue 2005 no. 82-620.
26. Caprio S.: Calories from soft drinks--do they matter? N Engl J Med. 2012 Oct 11;367(15):1462-3.
27. Caroli M., Lagravinese D.: *Prevention of obesity*. Nutr Res 2002; 22: 221-226.
28. Caroli M, Tucci M.: *Food advertising from yearly childhood to adolescence: what is the impact.* In: Caroli MA, Chandra RK, Frelut ML (Eds.). *Childhood obesity. From Basic sciences to Public Health*. Napoli: Giuseppe De Nicola Editore, 2004: 151–158.
29. Cashdan E.: *A sensitive period for learning about food.* Human Nature 5, 1994, 279–291
30. Charzewska J., Wajszczyk B., Chabrom E., Rogalska-Niedźwiedź M., Chojnowska Z.: *Aspekty zdrowotne częstości spożywania posiłków – nowe spojrzenie na tradycyjne zwyczaje*, Żyw. Człow. Metab. 2003, 30, 1/2, 68-75
31. Chrzanowska M, Koziel S, Ulijaszek SJ.: *Changes in BMI and the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in Cracow, Poland, 1971–2000*. Economics and Human Biology 2007;5: 370–378.

32. Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H.: *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*; BMJ; 2000:320, 6, 1240-1243
33. Contento I., Balch G.I., Bronner Y.L. i wsp.: *The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: a review of research.* J. Nutr. Educ. 1995,27,279
34. Coon KA., Goldberg J., Rogers B.L., Tucker KL.: *Relationship between use of television during meals and children's food consumption patterns.* Pediatrics, 2001, 107.
35. Coon KA, Tucker KL: *Television and children's consumption patterns. A review of the literature*. Minerva Pediatr 54, 2002, 423–436.
36. Cotugna N.: *TV ads on Saturday morning children's programming—What's new?* J Nutr. Education 20, 1988, 125–127.
37. Cullen K.W., Baranowski T., Rittenberry L., Olvera N.: *Social environmental influences on children's diets: results from focus groups with African-, Euro- and Mexican-American children and their parents.* Health Educ Res 15, 2000, 581–590.
38. Czajka K., Kochan K.: *BMI a wybrane zachowania zdrowotne uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych*. Probl Hig Epidemiol 2012, 93(3): 551-557.
39. Danner F.W.: *A national longitudinal study of the association between hours of TV viewing and the trajectory of BMI growth among US children.* Journal of Pediatric Psychology, 2008, Nr 33.
40. De Verder MG, Longnecker MP.: *Eating frequency – a neglected risk factor for colon cancer?* Cancer Causes Control 1992, 3: 77-81.
41. Demel M.: *Encyklopedia kultury Polskiej*. Kultura Fizyczna i Sport, Warszawa 1997, str.12.
42. Dietz WH, Gortmaker SL. : *Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents.* Pediatrics, 1985,75,5:807-812.
43. Dokument WHO. *Measuring obesity-classification and description of anthropometric data.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Nutrition Unit EUR/ICP/NUT. 1988; 125
44. Drozdowski B.: *Witaminy.* [w:] Sikorski Z. E. (praca zbiorowa), *Chemia żywności.* Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2000, str. 11, 17, 52-55.
45. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. N Engl J Med. 2012 Oct 11;367(15):1407-16.

46. Elmadfa I (ed): *European Nutrition and Health Report 2009*. Forum Nutr. Basel, Karger, 2009, vol 62, 157–201.
47. *Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*. 2001, 2456-2497
48. Enns C.W., Mickle S.J., Goldman J.D.: *Trends in Food and Nutrient Intakes by Children in the United States*. Family Economics & Nutrition Review. 2002;14(2):56.
49. Faith MS, Matz PE, Jorge MA: *Obesity-depression associations in the population*. J Psychosom Res 2002, 53:935-942.
50. Falkner B, Gidding SS, Ramirez-Garnica G, Wiltrout SA, West D, Rappaport EB.: *The relationship of body mass index and blood pressure in primary care pediatric patients*. J Pediatr. 2006;148:195–200.
51. F as in F: *How obesity threatens America's future 2012.* http://healthyamericans.org/report/100/, data dostępu 15.10.2012
52. Felińczak A., Brodziak T.: *Częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku 13 lat zamieszkałych na terenie Wrocławia*. Med. Metab. 2004;8;70.
53. Feunekes i wsp. Feunekes G.J., de Graaf C., Meyboom R.D., van Staveren W.A.: *Food choice and fat intake of adolescents and adults: Associations of intakes within social networks.* Prev Med 27, 1998, 645–656
54. Fichna P., Skowrońska B.: *Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży*. Family Medicine & Primary Care Review 2008, 10, 2: 269–278
55. Fichna P, Skowrońska B.: *Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży*. Endokrynol Diabetol Chor Przem Materii Wieku Rozw 2006; 12: 43–48.
56. Fiedurek J.: *Rola żywności i żywienia w profilaktyce i terapii chorób człowieka*. UMCS, Lublin 2007, str. 70, 74.
57. Frączek B.: *Charakterystyka sposobu odżywiania młodzieży klas maturalnych liceum ogólnokształcącego.* Żyw. Człow. Metab., 2003, 30, 1/2, 86-92.
58. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH.: *Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: The Bogalusa Heart Study*. J Pediatr 2007;150:12–17.
59. Gale C. R., Batty G. D., Deary I. J. , *Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study*. Psychosom Med. 2008 May;70(4):397-403.
60. Garrow J. S., James W. P. T.: *Human Nutrition and Dietetics*, Edinburgh, Churchil Livingstone 1993, str.15, 18

61. Gawęcki J., Hryniewiecki L. (red.): *Żywienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, str. 348, 412-413
62. Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T.: *Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu* (praca zbiorowa). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, str. 27, 32, 56-58.
63. Gertig H., Przysławski J.: *Bromatologia: zarys nauki o żywności i żywieniu.* PZWL, Warszawa 2006, str. 59-62, 66
64. Gertig H.: *Żywność a zdrowie*. PZWL, Warszawa 1996, str. 17-19, 31
65. Gift H., H.: *Nutrition Behaviour and Change*. Prentice Hall, London 1972 [za:] Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania.* Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2004, str. 10.
66. Gomułka W. S., Rewerski W.: *Encyklopedia zdrowia.* I i II tom, PWN, Warszawa 2001, str. 72-74
67. Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH.: *Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States*. 1986-1990. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996; 150: 356-362.
68. Gulbicka B., Kwasek M.: *Wpływ dochodów na spożycie żywności w gospodarstwach domowych.* IERiGŻ, Warszawa 2001 [za:] Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania.* Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2004, str. 13.
69. Gutin B., Manos T.M.: *Physical Activity in the Prevention of Childhood Obesity*. Ann NY Acad Sci 1993; 699: 115.
70. Harper L.V., Sanders K.M.: *The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods.* J Exp Child Psychol.20, 1975, 206–214
71. Hayman L.L.: *The Dietary Intervention Study in Children (DISC): progress and prospects for primary prevention*. Prog. Cardiovasc. Nurs. 18, 2003, 4–5
72. Hearn M., Baranowski T., Baranowski J., Doyle C., Smith M., Lin L.S., Resnicow K.: *Environmental influences on dietary behavior among children: availability and accessibility of fruit and vegetables enable consumption.* Health Educ. 29, 1998, str.26–32
73. Hendy H.M.: *Comparison of five teacher actions to encourage children's new food acceptance*. J Behav. Med. 21, 1999, str. 20–26, 114
74. Henney J, Bacquet C: *Cancer in minorities.* In Malone TE, Johnson KW, and the Secretary's Task Force on Black and Minority Health: Report of the Subcommittee on Cancer. Washington DC: USDHHS, National Cancer Institute, 1986.

75. Hoek J., Gendall P.: *Advertising and obesity: a behavioral perspective*.Journal Of Health Communication, Nr 11/2006.
76. Holford P., Colson D.: *Optimum nutrition for your child*. Piatkus Books, Chatham, Kent 2008, str. 72-77.
77. Hu FB, Li TY, Colditz GA, et al.: *Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women.* JAMA 2003; 289: 1785-91
78. Huband S., Hamilton-Brown P., Barber G.: *Nursing and Midwifery.* Macmillan Publishers, Oxford 2006, str. 346, 348, 351-352, 371-377.
79. Illingworth RS, Lister J: *The critical or sensitive period, with special reference to certain feeding problems in infants and children.* J Pediatr 65:839–848, 1964
80. *International Obesity Task Force. Childhood Report*. IASO Newsletter. Obesity Rev 2004; 6: 10–11.
81. Izdebski P., Rucińska-Niesyn A.: *Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny*. Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, nr. 4, Bydgoszcz 2009, str. 149-159.
82. Jago R, Harrell JS, McMurray RG, Edelstein S, El Ghormli L, Bassin S.: *Prevalence of abnormal lipid and blood pressure values among an ethnically diverse population of eight--grade adolescents and screening implications*. Pediatrics.2006;117:2065–2073.
83. Jarosz M. (red.) *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu.* Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008.
84. Jarosz M., Bułhak-Jachymczyk B.: *Normy Żywienia człowieka. Podstawy otyłości i chorób niezakaźnych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008. str. 87, 112, 203-204.
85. Jarosz M., Dzieniszewski J., Rychlik E., Respondek W.: *Nutritional status and prevalence of selected diseases in patients hospitalized in Poland.* Ann. Nutr. Metab., 2005, 49, suppl. 1, 284.
86. Jarosz M., Respondek W., Rychlik E.: *Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne nadwagi i otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych.* [w:] *Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków.* (red.) M. Jarosz. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, 2006, 13-44.
87. Jarosz M., Szponar L., Rychlik E., Respondek W., Ołtarzewski M.G., Dzieniszewski J.,Wardak J.: *Nadwaga, otyłość, niedożywienie w Polsce.* [w:] *Otyłość, żywienie,*

aktywność fizyczna, zdrowie Polakow. (red.) M. Jarosz. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, 2006, 45-114.

88. Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2004, str. 7-15, 77-120.
89. Jodkowska M. : *Aktywność fizyczna i zajęcia sedenteryjne w czasie wolnym*. w: Oblacińska A., Jodkowska M. (red.): *Otyłość u polskich nastolatków*. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce. Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2007.
90. Jodkowska M, Tabak I, Oblacińska A.: *Aktywność fizyczna i zachowania sedenteryjne gimnazjalistów z nadwaga i otyłością w Polsce 2005 r.* Probl Hig Epidemiol 2007, 88(2): 149-156.
91. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Warszawa 2001, str. 87-92.
92. Kalat J.W., Rozin P.: *Learned safety as a mechanism in long delay taste-aversion earning in rats.* J Comp Physiol. Psychol. 83, 1973, 198–207
93. Krawczyński M. (red.): Dziecko poznańskie 2000. PO PTP, Poznań, Pediatr. Prakt., 2000, 8 (4): 346-348
94. Kielar D.: *Molekularne podłoże etiopatogenezy otyłości (cz. I). Czynniki ryzyka.* 1995; 9-10: 26 – 31.
95. Kirby S, Baranowski T., Reynolds K., Taylor G., Binkley D.: *Children's Fruit and Vegetable* Intake: Socioeconomic, Adult Child, Regional, and Urban-rural Influences. J Nutr. Educ. 27, 1995, 261–271.
96. Kirschner H.: *Zdrowie i jego uwarunkowania* w: Żywienie człowieka a zdrowie publiczne III tom Gawęcki J., Roszkowski W. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2009 str. 14-30.
97. Klein-Platat C, Wagner A, Haan MC i wsp.: *Prevalence and sociodemographic determinants of overweight in young French adolescents.* Diabetes Metab Res Rev. 2003,19:153-158
98. Kłosiewicz – Latoszek L., Pachocka L., Maliszewska K., Grzybek A., Murakowska E., Targosz U., Nowicka G.: *Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca towarzyszące otyłości.* Czynniki Ryzyka 1996; 11: str. 32 – 37, 47

99. Kołłajtis-Dołowy A., Matysiuk E., Boniecka I.: *Zwyczaje żywieniowe wybranej grupy dzieci 11-12-letnich z Białegostoku*. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość, 2007, 6(55), 335-342

100. Kołłajtis-Dołowy A., Pietruszka B., Waszczeniuk-Uliczka M., Chmara-Pawińska R.: *Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej Warszawy*. Żyw. Człow. Metab., 2003, 30, 1/2, 182-191

101. Kołodziejska D.: *Telewizja wpływa na rozwój dziecka.* Edukacja i Dialog 2002; 3(136).

102. Krasowicz G., Kurzyp-Wojnarska A.: *Kwestionariusz do badania poczucia kontroli.* Polskie Towarzystwo Psychologiczne Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1990 str. 5-27

103. Kosti RI, Panagiotakos DB.: *The epidemic of obesity in children and adolescents in the world*. Cent Eur J Public Health. 2006;14:151–9

104. Krzyżanowska-Świniarska B.: *Otyłość prosta.* [w:] *Choroby Wewnętrzne.* (red.) A. Szczeklik.Medycyna Praktyczna, Kraków, 2005, t. 1, 1222-1225.

105. Kunz C.: *Nutrition Raports International*, vol. 30(4), 1984, 1003.

106. Lalonde M. A.: *A New Perspective on the Health of Canadian.* A Working Document; Information. Canada, Ottawa1974., str. 12.

107. Lau R.R., Quadrel M.J., Hartman K.A.: *Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers.* J Health Soc. Behav. 31, 1990, 240–259

108. Lieberman M., Gauvin L., Bukowski W.M., White D.R.: *Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls: The role of peer modeling, social reinforcement and body related teasing*. Eat. Behav. 2, 2001, str.215–236

109. Lieberman S., Brüning N.: *The Real Vitamin and Mineral Book.* Avery Publ. Group, New York 1990, str. 47-48, 51-53.

110. Lissau I., Overpeck M.D., Ruan W.J., Due P., Holstein B.E., Hediger M.I.: *Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel and the United States.* Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2004; 158: 27–33.

111. Lytle L.A., Achterberg C.L.: *Changing the diet of America's children: what work and why?* J.Nutr.Educ. 1995, 27, 250

112. Łoś-Kuczera M., Piekarska.: *Skład i wartość odżywcza produktów spożywczych.* cz. II, PZWL, Warszawa 1988, str. 26, 74-77.

113. Łyszkowska D.: *Znaczenie edukacji szkolnej w kształtowaniu świadomości żywieniowej uczniów gimnazjów.* Praca magisterska SGGW, Warszawa 2002 za: Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2004, str.82

114. Magarey AM, Daniels AL, Bulton TJ.: *Prevalenceof overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions*. The Medical Journal of Australia 2001;174:561-564

115. Małecka-Tendera E., Klimek K., Matusik P., Olszanecka-Glinianowicz M., Lehingue Y.: *Obesity and overweight prevalence in Polish 7–to-9–yearold children.* Obesity Research, Nr 13/2005

116. Mazur A.: *Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym.* Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.

117. Mazur A.: *Epidemilogia nadwagi I otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce.* Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów 2011,2,158-163

118. McCarthy D., Ashwell M.: *A study of central fatness using waist-to-height ratios in UK children and adolescents over two decades supports the simple message – "keep your waist circumference to less than your height";* Int. J. Obesity; 2006:30, 988-99

119. Mindel E.: *Żywność jako lekarstwo*. Wiedza i Życie, Warszawa 1996, str. 63, 71-72

120. Monge-Rojas R., Nunez H.P., Garita C., Chen-Mok M.: *Psychosocial aspects of Costa Rican adolescents' eating and physical activity patterns.* J Adolesc Health 31, 2002, 212–219

121. Morley B., Chapman K., Mehta K., King L., Swinburn B.,Wakefield M.: *Parental awareness and attitudes about food advertising to chidren on Australian television.* Australian and New Zealand Journal of Public Health, Nr 32/2008

122. Murray M., Pizzorno J.: *Encyclopedia of Natural Medicine.* MacDonald Co., London 1992, str. 98-99, 210-211, 256.

123. Murynowicz-Hetka E.: *Pedagogika społeczna.* Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007, str.23

124. Muszyński H.: *Zarys teorii wychowania*. PWN, Warszawa 1976

125. Myka A.: *Ocena znaczenia szkolnej edukacji żywieniowe w kształtowaniu poglądów i zachowań żywieniowych uczniów szkół podstawowych na przykładzie środowiska wiejskiego.*. Praca magisterska SGGW, Warszawa 2004 za: Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2004, str.82

126. *Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011*. Ministerstwo Zdrowia Departament Polityki Zdrowotnej, Warszawa 2007

127. Narojek L.: *Niektóre aspekty uwarunkowań zachowań żywieniowych*. Prace IŻŻ, Warszawa 1993 [za:] Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania.* Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2004, str. 9-10.

128. Naskalski J. W.: *Przemiana białek i jej udział w utrzymywaniu homeostazy*. [w:] *Biochemia kliniczna* w *praktyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa 1983, str. 62, 66-67

129. Nazar K., Kaciuba - Uściłko H.: *Aktywność ruchowa w zapobieganiu i leczeniu otyłości.* Pol. Tyg. Lek. 1995; Supl 1: 68 - 69

130. Neumark M., Sztainer D., French S.: *Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors.* J A.M. Diet Assoc. 102 (3 Suppl), 2002, 40–51

131. Neumark-Sztainer D., Hannan P.J., Story M., Croll J., Perry C.: *Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents.* J Am Diet Assoc 103, 2003, 317–322

132. Norman P., Bennet,T.: *Health Locus of Control.* W: Conner M., Norman P.(red), Predicting Health Behaviour Buckingham Open University Press1996, str. 62-70, 81-82, 90-94.

133. Oblacińska A.: *Zachowania żywieniowe.* w: Oblacińska A., Jodkowska M. (red.): *Otyłość u polskich nastolatków.* Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce. Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2007.

134. Oblacińska A., Jodkowska M. (red.): *Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce*. Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2007.

135. Oblacińska A, Wrocławska M, Woynarowska B.: *Frequency of overweight and obesity in the school-age population in Poland and health care for pupils with these disorders*. Ped. Pol. 1997;72:241–5.

136. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD.: *Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents.* 1999-2000 JAMA. 2002; 288: 1728-1732

137. Oken E., Taveras E. M., Kleinman K. P., Rich-Edwards J. W., Gillman M. W.: *Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years*. Am J Obstet Gynecol. 2007 April; 196(4):322

138. Okoń W.: *Słownik pedagogiczny.* Warszawa 2001, str.337

139. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC et al.: *A potential decline in life expectancy in the United States in the 21 st century.* N Engl J Med 2005; 352: 1138–1145.

140. Ostrowska-Nawarycz L, Nawarzyc T. *Prevalence of excessive body weight and high blood pressure in children and adolescents in the city of Łódź*. Kardiol Pol 2007;65: 1079–1087.

141. Owecki M.: *Otyłość epidemią XXI wieku.* Przegląd Kardiodiabetologiczny 2009; 4, 1: 36–41

142. Palczewska I., Niedźwiecka Z.: *Siatka percentylowa BMI*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1999, str. 11, 17-19, 31, 47-51.

143. Parnicka U.: *Niebezpieczeństwo szklanego ekranu*. Wychowawca, 2001; 11 (107).

144. Pielkowa J.: *Jak im pomóc?* Warszawa 1985, str.34.

145. Pielkowa J.: *Środowisko ucznia a przebieg procesu wychowania.* Wyższa Szkoła Inżynierska, Koszalin 1995.

146. Pike K.M., Rodin J.: *Mothers, daughters, and disordered eating*. J Abnorm Psychol. 100, 1991, str.198–204

147. Pilch T.: *Metodologia badań środowiskowych.* Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictw Polskiej Akademii Nauk, Wrocław, Warszawa, Gdańsk 1971

148. Pliner P: *The effects of mere exposure on liking for edible substances.* Appetite 3, 1982, 283–290

149. Pinhas−Hamiel O, Zeitler P. *"Who is the wise man? – The one who foresees consequences:* Childhood Obesity,New Associated Comorbidity and Prevention. *Preventive Med* 2000; 31: 702–705

150. Plopa M.: Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców. Wyższa Szkoła Finansów i zarządzania w Warszawie. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008, str. 5-17, 20-25, 27-31.

151. Pomerleau J., Pudule I., Grinberga D. et al.: *Patterns of body weight in the Baltic Republics.* Public Health Nutrition 3: 3-10, 2000

152. Poskitt E.: *Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI).* Acta Paediatr. 1995, 84 str. 961-962, 970-973.

153. *Program Walki z otyłością u dzieci władz miasta Santa Clarita*, California, USA 2009, str. 10

154. Qi Q, Chu AY, Kang JH, et al.: *Sugar-sweetened beverages and genetic risk of obesity*. N Engl J Med. 2012 Oct 11;367(15):1387-96.

155. Radoszewska J.: *Problem otyłości w teoriach badaniach psychologicznych*. Nowiny Psychologiczne, 1993: 4, 102-110.

156. Radoszewska J., *Problem otyłości w psychologii klinicznej*. Nowiny Psychologiczne, 2003, 3.

157. *Raport of a WHO Consultation Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Genewa, 1997.

158. *Report of a WHO Consultation. Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO Technical Report Series 894. Geneva WHO, 2000.

159. Reilly JJ, Dorosty AR.: *Epidemic of obesity in UK children.* Lancet 1999; 354: 1874–1875.

160. Rissanen A., Heliovaara M., Knekt P., Reunanen A., Aromaa A., Maatela J.: *Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population*. B.M.J., 301, 835-837/1990.

161. Rolland-Cachera MF, Deheerger M, Bellisle F, Sempe M, Guilloud-Bataille MG, Patos E.: *Adiposity rebound in children a simple indicator for predicting obesity*. Am. J. Clin. Nutr.1984;39:129–135.

162. Rozin P.: *Acquisition of food preferences and attitude to food*. Int J Obes. 4, 1976, 356–363

163. Rozin P: *Acquisition of stable food preferences*. Nutr Rev 48, discussion 1990, str.106–112,114–131

164. Rychlik E., Jarosz M.: *Co nam mówią normy żywienia przeznaczone dla dzieci i młodzieży?* [w:] Jarosz M. (red.) *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu.* Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, str. 157-166

165. de Ruyter J., Olthof M.R., Seidell J.C., Katan M.B.: A Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. N Engl J Med. 2012 Oct 11;367(15):1397-406.

166. Rychlik E., Jarosz M.: *Najczęstsze wady w żywieniu dzieci i młodzieży* [w:] Jarosz M. (red.) *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, str. 17-26

167. Sakowska I., Wojtyniak B.: *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*. [w:] Wojtyniak B., Goryński P. (red.): *Sytuacja zdrowotna Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008

168. Schauss A. G.: *Nutrition and behavior*. Journal ad Applied Nutrition, vol. 35(I), 1983, 30-35

169. Schmidt M., Czajkowska B.: *Wolne kwasy tłuszczowe, ich znaczenie i rola* w *ustroju*. Przegląd Lekarski vol. 33, 1976, 83-90.

170. Serdula M.K., Irvey D., Coates R.J., Freedman D.S., Williamson D.S., Williamson D.F., Bayers T.: *Do obese children become obese adults? A review of literature.* Prev Med 1999; 22: 167-77.

171. Sęk H.: *Zdrowie behawioralne*. [w:] Strelau J. (red.) *Psychologia – podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. tom 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, str.534-553

172. Sinha R, Fisch G, Teague B, i wsp.: *Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity*. N Engl J Med. 2002; 346:802–810.

173. Sieradzki M.: *Życie bez chorób*. Poznań 1990, str.152

174. Sikorski Z. E.: *Chemiczne i funkcjonalne właściwości składników żywności*. WNT, Warszawa 1996, str. 42-44.

175. Sikorski Z. E.: *Chemia żywności. Skład, przemiany i właściwości żywności* (praca zbiorowa), Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2000, str. 29-31

176. Singer M.R., Moore L.L., Garahie E.J., Ellison R.C.: *The tracking of nutrient intake in young children: The Framingham Children's Study*. Am J Public Health 85, 1995, 1673–1677

177. Skinner J.D., Carruth B.R., Wendy B., Ziegler P.J.: *Children's food preferences: A longitudinal analysis*. J Am Diet Assoc 102, 2002, 1638–1647

178. Skop A., Potocki A.: *Zwyczaje żywieniowe a stan odżywienia młodzieży w wieku 17 lat krakowskich szkół średnich*. Leczenie Żywieniowe, 2000, 2, 94.

179. Speiser P., Rudolf M.C.J., Anhalt H.i wsp.: *Consensus statement: Childhood obesity.* J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90: 1871–1887

180. Stanek K., Abbott D., Cramer S: *Diet quality and the eating Determinants of Children's Eating Patterns Journal Of The American College Of Nutrition 89*. Environment Of Preschool Children. J Am Diet Assoc 90, 1990, 1582–1584

181. Stark L.J., Collins F.L., Osnes P.G., Stokes T.F.: *Using reinforcement and cueing to increase healthy snack food choices in preschoolers.* J Appl Behav Analysis 19, 1986, 367–379

182. Story M, Neumark-Sztainer D, French S: *Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors.* J Am Diet Assoc 102 (3 Suppl):S40–S51, 2002

183. Suchocka Z. : *Otyłość – Przyczyny i leczenie*. Biul. Wydz. Farm. AMW, 2003,1,1-10

184. Sullivan K.: *Common sense health care for children. How to raise happy, healthy children from 0 to 15*. 2009, str. 72-76, 211-214, 370, 375-378.

185. Sygit M.: *Zdrowie publiczne.* Oficyna a Wolter Kluwer business, Warszawa 2012 str.22-23

186. Szczepański J.: *Podstawowe pojęcia socjologii.* Warszawa 1970 s.70

187. Szczygieł A., Bułhak-Jachymczyk B., Nowicka L., Szostak W.B.: *Normy żywienia i wyżywienia. Cz. I Normy żywienia.* Prace IŻŻ, Warszawa 1987, str. 10, 2, 77, 143

188. Szmatłoch E.: *Współistnieniem metabolicznych i innych czynników zagrożenia miażdżycą w otyłości.* Pol. Tyg. Lek. Supl 1, 1995, 41 – 42

189. Szpondar L., Rychlik E.: *Żywienie zbiorowe dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce.* Roczn. PZH 2000, 51,2,149

190. Szponar L., Sekuła W., Rychlik E., Ołtarzewski M., Figurska K.: *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych.* Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, 2003.

191. Świerczyński J., Kochan Z., Karbowska J.: *Geny otyłości.* Post. Bioch.1997; 43: 174 – 182.

192. Tatoń J.: *Związki między otyłością i cukrzycą typu 2*. Pol Tyg Lek 1995; Supl 1; 56-62.

193. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: *Otyłość zespół metaboliczny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str.26-59

194. Troiano R.P., Flegal K.M., Kuczmarski R.J., Campbell S.M., Johnson C.L.: *Overweight prevalence and trends for children and adolescent. The National Health and Nutrition Examinations Surveys 1963-1991*. Arch Pediatr. Adolesc. Med. 1995, str. 149-150, 185-191.

195. Tyszka Z.: *Socjologia rodziny*. Warszawa 1976.

196. Videon T.M., Manning C.K.: *Influences on adolescent eating patterns, the importance of family meals*. J Adolescence Health 32, 2003, 365–373

197. Visscher TL, Seidell JC, Menotti A, et al.: *Underweight and overweight in relation to mortality among men aged 40–59 and 50–69 years: the Seven Countries study*. Am J Epidemiol 2000; 151: 660–666.

198. Wang Y., Monteiro C, Popkin BM.: *Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia.* Am J Clin Nutr 2002;75:971-977

199. Warzuchowska S.: *Metody wychowawcze w rodzinie i w szkole.* Wyższa Szkoła Inżynierska, Koszalin 1993.

200. *WHO. Global Database on Body Mass Index*, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, data dostępu 12.03.2013

201. Wiąckowski S. K.: *Żywienie, żywność, składniki pokarmowe a zdrowie*. Wydawnictwo S. K. Wiąckowski, Kielce 2005, str. 12-14, 67-68, 71-72

202. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Caprio S.: *Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents*. N Engl J Med. 2004;350:2362–2374.

203. Wojnowski W.: *Składniki mineralne.* [w:] *Chemiczne i funkcjonalne właściwości składników żywności.* Sikorski Z. E. (red.), WNT, Warszawa 1994, str. 91-93, 100-107

204. Wojtyła A., Biliński P.,Bojar I., Wojtyła C.: *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*. Probl Hig Epidemiol 2011, 92(2): 343-350

205. Wojtyniak B., Goryński P. (red.): *Sytuacja zdrowotna Polski.* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008 str. 27

206. Wolnicka K.: *Regularne spożywanie posiłków, pojadanie między posiłkami.* w: Jarosz M. (red.) *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008.

207. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna w szkole: promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie.* Warszawa, 1995 str.7
208. Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A.: *Organizacja żywienia uczniów w szkole a profilaktyka nadwagi i otyłości.* Zdr Publ 2008;118(2):132-137
209. Zieske AW, Malcom GT, Strong JP.: *Natural history and risk factors of atherosclerosis in children and youth: the PDAY study*. Pediatr Pathol Mol Med 2002; 21: 213–237.
210. Ziemiański Ś., Budzyńska-Topolowska J.: *Tłuszcze pożywienia i lipidy ustrojowe.* PWN, Warszawa 1991, str. 47-50
211. Ziemiański Ś.: *Podstawy prawidłowego żywienia człowieka: zalecenia dla ludności w Polsce.* Instytut Danone - Fundacja Promocji Zdrowego Żywienia, Warszawa 1998, str. 11-13, 67-69
212. Ziemska M.: *Rodzina a osobowość.* Warszawa 1975, Wiedza Powszechna, s.35.
213. Ziemska M.: *Rodzina i dziecko.* Warszawa 1980, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, str.39

Rozdział 8 Załączniki

Ankieta BNŻ (ankietę wypełniają rodzice lub opiekunowie)

1. Z ilu osób składa się Państwa gospodarstwo domowe? Proszę podać liczbę osób dorosłych i liczbę dzieci
Dorośli .....
Dzieci.....

2. Proszę wypełnić tabelkę wstawiając X w odpowiedniej rubryce. W przypadku dzieci, proszę zaznaczyć ich płeć w odpowiedniej rubryce.

Osoba	Pracujący	Nie pracujący	Wiek	Waga	Płeć	Wzrost
matka						
ojciec						
babcia (mama mamy)						
dziadek (tata mamy)						
babcia (mama taty)						
dziadek (tata taty)						
dziecko 1					Ż , M	
dziecko2					Ż , M	
dziecko 3					Ż , M	
Inne						

3. Proszę zaznaczyć (wstawiając X w odpowiedni kwadracik), które posiłki spożywane są przez Państwa w domu:

śniadanie

drugie śniadanie

obiad

podwieczorek

kolacja

4. Proszę zaznaczyć w tabeli które posiłki przygotowujecie Państwo w domu a które nie (wstawiając **X** w odpowiedniej rubryce)

Posiłek	Przygotowany w domu	Przygotowany z półproduktów	Spożywany poza domem (restauracja, fast food, kiosk szkolny, inne)
śniadanie			
drugie śniadanie			
obiad			
podwieczorek			
kolacja			

5. Proszę wypełnić tabelkę, podając przykłady produktów spożywanych przez poszczególne osoby podczas posiłków

Osoba	Śniadanie	II Śniadanie	Obiad	Podwieczorek	Kolacja
matka					
ojciec					
babcia (mama mamy)					
dziadek (tata mamy)					
babcia (mama taty)					
dziadek (tata taty)					
dziecko 1					
dziecko 2					
dziecko 3					
inne					

6. Która z osób w Państwa rodzinie podjada między posiłkami? Proszę wstawić **X** w odpowiedniej rubryce.

Osoba	TAK	NIE
matka		
ojciec		
babcia (mama mamy)		
dziadek (tata mamy)		
babcia (mama taty)		
dziadek (tata mamy)		
dziecko I		
dziecko II		
dziecko III		
inne		

7. Jeśli w powyższym pytaniu zaznaczyliście Państwo TAK, proszę wpisać przykładowe produkty spożywane między posiłkami (np. chipsy, paluszki, słodycze, solone orzeszki)

Osoba	Produkty
ojciec	
dziadek (tata mamy)	
babcia (mama taty)	
dziadek (tata mamy)	
dziecko I	
dziecko III	
inne	

8. Jakie nagrody otrzymuje dziecko (np. za dobre zachowanie, sukcesy w szkole itp.) w Państwa domu? Proszę zaznaczyć X w odpowiedni kwadracik

- czekolada
- ciastka
- lody
- inne (jakie?)…….

9. Jak często stosowane są powyższe nagrody w Państwa domu?

□ bardzo często □ dość często □ bardzo rzadko

□ często □ rzadko □ nigdy

10. Przy jakiej okazji stosowane są powyższe nagrody?

□ święta (np. Boże Narodzenie, Wielkanoc)

□ uroczystości rodzinne (np. imieniny, urodziny, Dzień Dziecka)

□ dobre oceny

□ dobre zachowanie

inne (jakie?)……

11. Proszę zaznaczyć, czy w domu ogranicza się spożycie następujących produktów:

□ cukru

□ tłuszczu

□ chleba

□ nie ma ograniczeń

□ innych (jakich?).....

12. Proszę podać godziny spożywania posiłków

Posiłek	Godzina
śniadanie	
II śniadanie	
obiad	
podwieczorek	
kolacja	

13. Proszę zaznaczyć, czy spożywane przez Państwa posiłki są:

	bardzo często	często	rzadko	bardzo rzadko	nigdy
gotowane					
słodkie					
słone					
dietetyczne					
wysokokaloryczne					
Inne (jakie?)					

14. Jeśli w domu jest stosowana dieta, proszę podać jakiego rodzaju…….

15. Jakie płyny najczęściej spożywają domownicy w trakcie posiłków? Proszę wstawić **X** w odpowiedni kwadracik

	śniadanie	II śniadanie	obiad	podwieczorek	kolacja
herbata					
kawa					
mleko					
kakao					
piwo					
woda					
soki owocowe					
soki warzywne					
słodkie napoje (coca cola, fanta, sprite)					
z niską zawartością cukru (light)					
alkohol					
inne jakie?					

16. Które z płynów spożywacie dodatkowo Państwo między posiłkami? Proszę zaznaczyć **X**

	matka	ojciec	Babcia (mama mamy)	Dziadek (tata mamy)	Babcia (mama taty)	Dziadek (tata taty)	dziecko I	dziecko II	dziecko III
herbata									
kawa									
mleko									
kakao									
piwo									
woda									
soki owocowe									
soki warzywne									
Słodkie napoje (coca cola, fanta, sprite)									
Z niską zawartość cukru (light)									

alkohol									
inne jakie?									

17. Potrawy o jakim smaku spożywacie Państwo najczęściej? Proszę wstawić ***X*** w odpowiedniej rubryce

potrawy	Bardzo często	często	dość często	rzadko	Bardzo rzadko	nigdy
słone						
słodkie						
pikantne						
kwaśne						
inne (jakie?)						

18. Czy uważacie Państwo, że spożywane posiłki są:

□ bardzo zdrowe

□ zdrowe

□ raczej zdrowe

□ niezdrowe

19. Czy podczas spożywania posiłków w Państwa rodzinie:

□ domownicy siedzą razem przy stole 0 ogląda się telewizję

□ przegląda się prasę/czyta książkę

□ słucha się radia

□ każdy z domowników spożywa posiłki osobno (np. podczas pracy/zabawy przy komputerze, leżenia na kanapie, zabaw na podwórku itp.)

□ inne okoliczności jakie?

20. Proszę wskazać jakie choroby przewlekle występują w Państwa rodzinie?

Osoba	Rodzaj choroby	Czas trwania choroby w miesiącach/latach
matka		
ojciec		
babcia (mama mamy)		
dziadek (tata taty)		
babcia (mama taty)		
dziadek (tata taty)		
dziecko I		
dziecko II		
dziecko III		
inne		

21. Proszę wskazać reakcje dziecka występujące podczas podawania posiłków

□ radość

□ gniew

□ niechęć

□ obojętność

□ płacz

□ agresja

□ inne (jakie?)

HLC
Adaptacja : Z. Juczyński

…….. wiek …… płeć M K data badania ……..

Chcemy się dowiedzieć, co myślisz o swoim zdrowiu.

Poniżej podano różne zdania na temat zdrowia i choroby. Przeczytaj każde i jeżeli uważasz, że jest ono prawdziwe – otocz kółkiem odpowiedź TAK. Jeżeli uważasz, że nie jest prawdziwe, otocz kółkiem NIE.

Nawet gdyby było Ci trudno się zdecydować, spróbuj wybrać TAK lub NIE dla każdego zdania. Nigdy nie wybieraj obydwu odpowiedzi dla jednego zdania. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Odpowiadaj zawsze tak, jak Ty sam myślisz, a nie, jaki inni mogą uważać.

Ćwiczenie: odpowiedz na podane niżej zdania

a. Ludzie czasem chorują
   Jeżeli uważasz, że to prawda, otocz kółkiem ……...TAK
   Jeżeli uważasz, że to nieprawda, otocz kółkiem …...NIE
b. Ludzie nigdy nie chorują.
   Jeżeli uważasz, że to prawda, otocz kółkiem ……...TAK
   Jeżeli uważasz, że to nieprawda, otocz kółkiem …...NIE

Jako ćwiczenie spróbuj odpowiedzieć na jeszcze jedno zdanie

c. Kiedy nie jestem chory, to jestem zdrowy…… TAK NIE

A teraz zaznacz swoje odpowiedzi otaczając kółkiem TAK albo NIE

1.	Dobre zdrowie po prostu się ma	TAK	NIE
2.	Mogę dużo zrobić, żeby nie zachorować	TAK	NIE
3.	Ludzie chorują, gdyż opuściło ich szczęście	TAK	NIE
4.	Mogę zrobić tylko to, co powie mi lekarz	TAK	NIE
5.	Kiedy choruję, to dlatego, że choroby się po prostu zdarzają	TAK	NIE
6.	Ludzie, którzy nigdy nie chorują, to szczęściarze	TAK	NIE
7.	Mama musi mi mówić, jak uniknąć chorób	TAK	NIE
8.	Nie choruję tylko dzięki lekarzowi czy pielęgniarce	TAK	NIE
9.	Kiedy zachoruję, to mogę sporo zrobić, żeby poczuć się lepiej	TAK	NIE
10.	Kiedy coś sobie zrobię, to dlatego, że wypadki po prostu się zdarzają	TAK	NIE

Proszę odwrócić kartkę

Zaznacz swoje odpowiedzi otaczając kółkiem TAK albo NIE

11. Mogę dużo zrobić, żeby zawsze zwalczyć chorobę TAK NIE
12. Tylko dentysta może dbać o moje zęby TAK NIE
13. Inni ludzie muszą mi mówić, jak pozostać zdrowym TAK NIE
14. Kiedy sobie coś zrobię w szkole, natychmiast idę do pielęgniarki TAK NIE
15. Nauczyciel musi mi mówić, jak uniknąć wypadków w szkole TAK NIE
16. Mogę dokonywać wyboru różnych, które wpływają na zdrowie TAK NIE
17. Kiedy zachoruję, to inne osoby mówią mi co mam zrobić TAK NIE
18. Zawsze kiedy czuję się źle, natychmiast idę do lekarza lub pielęgniarki TAK NIE
19. Mogę wiele zrobić, żeby mieć zdrowe zęby TAK NIE
20. Mogę sporo zrobić, żeby uniknąć wypadków TAK NIE

W	I	P

Z. Juczyński

IZZ

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. ***Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowani*** Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

1 **- prawie nigdy;**
2 - rzadko;
3 – od czasu do czasu;
4 – często;
5 **– prawie zawsze**

1. Jem dużo warzyw, owoców
2. Unikam przeziębień
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
4. Wystarczająco dużo odpoczywam
5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
8. Unikam przepracowania
9. Dbam o prawidłowe odżywianie
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
12. Kontroluję swoją wagę ciała
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami
14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne
16. Wystarczająco dużo śpię
17. Unikam soli i silnie solonej żywności
18. Staram: się dowiedzieć, jak inni unikają chorób

Proszę odwrócić kartkę

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?

1 **- prawie nigdy;**
2 - rzadko;
3 – od czasu do czasu;
4 – często;
5 **– prawie zawsze**

19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja
20. Ograniczam palenie tytoniu
21. Jem pieczywo pełnoziarniste
22. Staram sie uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. Myślę pozytywnie
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
25. Inna, jakie?.....

ZZ	sten	PN	ZP	PN	PZ

Grażyna Krasowicz, Anna Kurzyp-Wojnarska KBPK (wersja dla dziewcząt)

Kwestionariusz ten składa się z wielu pytań, które dotyczą twoich opinii na temat różnych problemów.

Na każde pytanie masz dwie odpowiedzi do wyboru oznaczone literami a i b. Z każdej takiej pary odpowiedzi wybierz tę (tylko jedną), która wydaje ci się bardziej podobna do twojej własnej, ale nie tę, z którą chciałabyś lub uważasz, że powinnaś się zgodzić.

Nie ma tu dobrych i złych odpowiedzi, ponieważ chodzi o poznanie twoich własnych poglądów.

Swój wybór będziesz zaznaczała na arkuszu odpowiedzi - poprzez zakreślenie kółkiem litery a lub b w odpowiednim punkcie, w zależności od tego, która opinia jest bardziej zgodna z twoją własną (pierwsza czy druga).

Odpowiadaj z namysłem, ale nie poświęcaj zbyt wiele czasu na wybór odpowiedzi. Upewnij się, czy dokonałaś wszystkich wyborów i nie opuściłaś żadnego punktu.

Gdy będziesz miała trudności z wyborem opinii, wówczas wybierz tę, która wydaje ci się choćby trochę bardziej zgodna z twoją.

Po udzieleniu wszystkich odpowiedzi nie zwlekaj i zgłoś koniec pracy.

Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 00-183 Warszawa, Stawki 5/7
ISBN: 83-85512-63-2

1. Gdy napiszesz dobrze klasówkę, to dzieje się tak przeważnie dlatego, że:
   a) klasówka była łatwa
   b) przestudiowałaś materiał i byłaś do niej dobrze przygotowana
2. Jeżeli rodzice nie chcą ci dać tego, o co ich prosisz, to znaczy, że:
   a) prosisz ich o zbyt wiele
   b) oni nigdy nie dają ci tego, o co ich prosisz
3. Gdy się przeziębisz, to przeważnie uważasz, że:
   a) mogłaś temu zapobiec cieplej się ubierając
   b) przeziębieniu nie można zapobiec
4. Czy wolisz towarzystwo:
   a) książek
   b) ludzi
5. Gdy masz kłopoty ze zrozumieniem jakiegoś problemu w szkole, to głównie dlatego, że:
   a) nauczyciel nie tłumaczył tego jasno
   b) nie uważałaś wystarczająco na lekcji
6. Gdy otrzymujesz drogi prezent od rodziców, o którym od dawna marzyłaś, to dlatego, że:
   a) rodzice mają dużo pieniędzy
   b) ty zachowywałaś się tak, ze na niego zasłużyłaś

7. Gdy większość twoich koleżanek wygrywa z tobą w bieganiu, to:
   a) musisz więcej trenować, by im dorównać
   b) nic na to nie poradzisz, bo one są szybsze niż ty
8. Przypuśćmy, że pewnego dnia wszystko ci się udaje. Znaczy to, że:
   a) wyjątkowo się starasz tęgo dnia
   b) jest to właśnie twój szczęśliwy dzień
9. Czy wolałabyś słuchać:
   a) poważnego koncertu w towarzystwie muzyka
   b) muzyki młodzieżowej w towarzystwie wesołych przyjaciół
10. Gdy nauczyciel chwali cię za postępy w nauce, to przeważnie dlatego, że:
   a) nauczyciel po prostu cię lubi
   b) jesteś dobrą uczennicą
11. Jeżeli twoja koleżanka ma w pewnej sprawie odmienne zdanie niż ty, to czy:
   a) możesz wpłynąć na zmianę jej zdania
   b) niezależnie od twoich starań jej zdanie i tak się nie zmieni
12. Gdy zniszczy się jakiś twój ulubiony przedmiot, to znaczy, że:
   a) niezbyt szanowałaś swą własność
   b) kiedyś musiał się zniszczyć
13. Czy jeśli sobie coś postanowisz, to:
   a) starasz się tego dotrzymać za wszelką cenę
   b) łatwo rezygnujesz, gdy napotkasz trudności
14. Gdy zaczynasz mieć złe stopnie z jakiegoś przedmiotu, to świadczy to o tym, że:
   a) ostatnio masz pecha
   b) przestałaś wystarczająco przykładać się do nauki
15. Jeżeli rodzice pozwalają ci na samotną wycieczkę, to dlatego, że:
   a) w końcu musieli uznać, że jesteś już dorosła
   b) postępowałaś dotąd tak, że mogą ci ufać
16. jeżeli któraś z twoich koleżanek cię nie lubi, to dlatego, że:
   a) postępowałaś tak, że zraziłaś ją do siebie
   b) jest ona nieprzyjaźnie nastawiona do wszystkich
17. Przypuśćmy, że bardzo chcesz zdobyć nagranie zespołu, który bardzo ci się podoba. Wówczas:
   a) czekasz, aż nadarzy ci się okazja zdobycia nagrania
   b) szukasz wytrwale wśród znajomych kogoś, kto już je ma
18. Czy wolałabyś być:
   a) architektem
   b) aktorką
19. Kiedy zapamiętujesz dobrze to, co nauczyciel mówił na lekcji, to dzieje się tak głównie dlatego, że:
   a) nauczyciel wytłumaczył to bardzo dokładnie
   b) starałaś się bardzo, by to zapamiętać
20. Gdy rodzice krzyczą na ciebie, że zrobiłaś coś źle, to dlatego, że:
   a) rodzice są w złym nastroju
   b) zrobiłaś coś takiego, że mieli oni powód do rozzłoszczenia się na ciebie
21. Gdy często wygrywasz w jakiejś grze, to dzieje się tak dlatego, że:
   a) bardzo dobrze grasz
   b) inni są słabymi graczami
22. Jeśli ci się nie wiedzie w wielu sprawach, to znaczy, że:
   a) jesteś pechowcem i musisz się z tym pogodzić

b) musisz zmienić sposób swego działania

23. Gdybyś miała wybierać sposób spędzania wolnego czasu, to czy wybrałabyś:
a) grę w orkiestrze amatorskiej, brydż lub piłkę nożną
b) fotografię amatorską, zbieranie znaczków pocztowych lub żeglarstwo

24. Jeżeli napisałaś źle klasówkę, to głównie dlatego, że:
a) nie przygotowałaś się do niej wystarczająco
b) ta klasówka była zbyt trudna

25. Jeżeli rodzice zmieniają swoje zdanie w pewnej sprawie pod twoim wpływem, to dlatego, że:
a) oni zwykle się zgadzają
b) twoje argumenty były przekonujące

26. Gdy twoi rówieśnicy śmieją się z ciebie, to znaczy, że:
a) oni są po prostu złośliwi
b) musisz zrobić coś, co zmieni ich opinię o tobie

27. Jeżeli czekają cię jakieś trudne zadania, to:
a) przygotowujesz się do ich pokonania
b) czekasz, bo to co ma być, to będzie

28. Gdy przejeżdżasz przez tunel lub patrzysz z dużej wysokości:
a) na ogół nie odczuwasz żadnego zdenerwowania
b) odczuwasz zwykle pewne zdenerwowanie

29. Czy myślisz, że po to by osiągnąć sukcesy w nauce:
a) wystarczy uczyć się dużo i solidnie
b) trzeba być szczęściarzem

30. Jeżeli rodzice nie pozwalają oglądać ci jakiegoś filmu w telewizji, to przeważnie dlatego, że:
a) rodzice rzadko pozwalają ci oglądać telewizję
b) nie zasłużyłaś sobie na oglądanie filmu

31. Przypuśćmy, że czasem spóźniasz się na ważne spotkanie. Myślisz przeważnie wtedy, że:
a) wyruszyłaś na nie zbyt późno
b) znowu nie miałaś szczęścia

32. Czy chciałabyś, żeby w gazetach poświęcano więcej miejsca:
a) odkrywcom i wynalazcom
b) czołowym sportowcom i rekordzistom

33. Jeżeli nauczyciel często cię gani, to dlatego, że:
a) nie zachowujesz się tak jak trzeba
b) nauczyciel cię nie lubi

34. Przypuśćmy, że twoi rodzice uważają cię za bardzo mądrą i zdolną. Jest tak przede wszystkim dlatego, że
a) masz dobre wyniki w nauce i jesteś posłuszna
b) oni bardzo ciebie kochają

35. Jeżeli ci się coś udaje lepiej niż innym, to dlatego, że:
a) starasz się robić wszystko jak najlepiej
b) jesteś szczęściarą

36. Czy w rozmowie wolisz:
a) wyczerpać do głębi jedno zagadnienie
b) przeskakiwać z tematu na temat

37. Przypuśćmy, że odniosłaś sukces w przedmiocie, z którego do tej pory miałaś złe stopnie. Oznacza to, że:
a) zdarzył się przypadek

b) tym razem wyjątkowo dobrze byłaś przygotowana
38. Przypuśćmy, że twoi rodzice mówią, że jesteś niezbyt mądra. Dzieje się tak, ponieważ:
a) nie zachowujesz się dość poprawnie i masz złe stopnie
b) rodzice zawsze tak mówią, niezależnie od tego co robisz
39. Kiedy proponujesz komuś pójście do kina i on godzi się pójść z tobą, to robi to dlatego, że:
a) akurat chciał obejrzeć ten film
b) bardzo ciebie lubi
40. Jeżeli zgubiłaś coś cennego, to najprawdopodobniej dlatego, że:
a) akurat wszystko sprzysięgło się przeciwko tobie
b) nie pilnowałaś tej rzeczy wystarczająco
41. Czy robisz wszystko:
a) z reguły szybko (szybko jedząc, chodząc itp.)
b) rozważnie, powoli, planowo
42. Gdybyś była złą uczennicą, to aby się poprawić:
a) musiałabyś starać się o dobre stopnie i lepiej sprawować
b) nic nie pomoże staranie
43. Przypuśćmy, że twoi rodzice pozwolili ci zaprosić do domu różnych twoich znajomych i robić to na co macie ochotę. Stało się tak, ponieważ:
a) postępowałaś dotąd tak, ze oni nie muszą się niczego obawiać
b) większość rodziców na to pozwala
44. Czy to, że masz jakichś wrogów wynika z tego, że:
a) nie jesteś jednakowo miła dla wszystkich
b) choćbyś była wyjątkowo miła, wrogowie i tak by się znaleźli
45. Czy to, jak spędzasz czas, zależy od tego:
a) jak sobie to zaplanujesz
b) od tego co się zdarzy
46. Czy:
a) na ogół łatwo okazujesz innym swe uczucia
b) wolisz kryć się ze swoimi uczuciami

Sprawdź, czy nie opuściłaś jakiegoś pytania.
Dziękujemy!

Grażyna Krasowicz, Anna Kurzyp-Wojnarska KBPK (wersja dla chłopców)

Kwestionariusz ten składa się z wielu pytań, które dotyczą twoich opinii na temat różnych problemów.
Na każde pytanie masz dwie odpowiedzi do wyboru oznaczone literami a i b. Z każdej takiej pary odpowiedzi wybierz tę (tylko jedną), która wydaje ci się bardziej podobna do twojej własnej, ale nie tę, z którą chciałbyś lub uważasz, że powinieneś się zgodzić.
Nie ma tu dobrych i złych odpowiedzi, ponieważ chodzi o poznanie twoich własnych poglądów.
Swój wybór będziesz zaznaczał na arkuszu odpowiedzi - poprzez zakreślenie kółkiem litery a lub b w odpowiednim punkcie, w zależności od tego, która opinia jest bardziej zgodna z twoją własną (pierwsza czy druga).
Odpowiadaj z namysłem, ale nie poświęcaj zbyt wiele czasu na wybór odpowiedzi. Upewnij się, czy dokonałeś wszystkich wyborów i nie opuściłeś żadnego punktu.
Gdy będziesz miał trudności z wyborem opinii, wówczas wybierz tę, która wydaje ci się choćby trochę bardziej zgodna z twoją.
Po udzieleniu wszystkich odpowiedzi nie zwlekaj i zgłoś koniec pracy.

Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 00-183 Warszawa, Stawki 5/7
ISBN: 83-85512-63-2

1. Gdy napiszesz dobrze klasówkę, to dzieje się tak przeważnie dlatego, że:
   a) klasówka była łatwa
   b) przestudiowałeś materiał i byłeś do niej dobrze przygotowany
2. Jeżeli rodzice nie chcą ci dać tego, o co ich prosisz, to znaczy, że:
   a) prosisz ich o zbyt wiele
   b) oni nigdy nie dają ci tego, o co ich prosisz
3. Gdy się przeziębisz, to przeważnie uważasz, że:
   a) mogłeś temu zapobiec cieplej się ubierając
   b) przeziębieniu nie można zapobiec
4. Czy wolisz towarzystwo:
   a) książek
   b) ludzi
5. Gdy masz kłopoty ze zrozumieniem jakiegoś problemu w szkole, to głównie dlatego, że:
   a) nauczyciel nie tłumaczył tego jasno
   b) nie uważałeś wystarczająco na lekcji

6. Gdy otrzymujesz drogi prezent od rodziców, o którym od dawna marzyłeś, to dlatego, że:
   a) rodzice mają dużo pieniędzy
   b) ty zachowywałeś się tak, że na niego zasłużyłeś
7. Gdy większość twoich kolegów wygrywa z tobą w bieganiu, to:
   a) musisz więcej trenować, by im dorównać
   b) nic na to nie poradzisz, bo oni są szybsi niż ty
8. Przypuśćmy, że pewnego dnia wszystko ci się udaje. Znaczy to, że:
   a) wyjątkowo się starasz tego dnia
   b) jest to właśnie twój szczęśliwy dzień
9. Czy wolałbyś słuchać:
   a) poważnego koncertu w towarzystwie muzyka
   b) muzyki młodzieżowej w towarzystwie wesołych przyjaciół
10. Gdy nauczyciel chwali cię za postępy w nauce, to przeważnie dlatego, że:
   a) nauczyciel po prostu cię lubi
   b) jesteś dobrym uczniem
11. Jeżeli twój kolega ma w pewnej sprawie odmienne zdanie niż ty, to czy:
   a) ty możesz wpłynąć na zmianę jego zdania
   b) niezależnie od twoich starań jego zdanie i tak się nie zmieni
12. Gdy zniszczy się jakiś twój ulubiony przedmiot, to znaczy, że:
   a) niezbyt szanowałeś swą własność
   b) kiedyś musiał się zniszczyć
13. Czy jeśli sobie coś postanowisz, to:
   a) starasz się tego dotrzymać za wszelką cenę
   b) łatwo rezygnujesz, gdy napotkasz trudności
14. Gdy zaczynasz mieć złe stopnie ż jakiegoś przedmiotu, to świadczy to o tym, że:
   a) ostatnio masz pecha
   b) przestałeś wystarczająco przykładać się do nauki
15. Jeżeli rodzice pozwalają ci na samotną wycieczkę, to dlatego, że:
   a) w końcu musieli uznać, że jesteś już dorosły
   b) postępowałeś dotąd tak, że mogą ci ufać
16. Jeżeli któryś z twoich kolegów cię nie lubi, to dlatego, że:
   a) postępowałeś tak, że zraziłeś go do siebie
   b) jest on nieprzyjaźnie nastawiony do wszystkich
17. Przypuśćmy, że bardzo chcesz zdobyć nagranie zespołu, który bardzo ci się podoba. Wówczas:
   a) czekasz, aż nadarzy ci się okazja zdobycia nagrania
   b) szukasz wytrwale wśród znajomych kogoś, kto już je ma
18. Czy wolałbyś być:
   a) architektem
   b) aktorem
19. Kiedy zapamiętujesz dobrze to, co nauczyciel mówił na lekcji, to dzieje się tak głównie dlatego, że
   a) nauczyciel wytłumaczył to bardzo dokładnie
   b) starałeś się bardzo, by to zapamiętać
20. Gdy rodzice krzyczą na ciebie, że zrobiłeś coś źle, to dlatego, że:
   a) rodzice są w złym nastroju
   b) zrobiłeś coś takiego, że mieli oni powód do rozzłoszczenia się na ciebie
21. Gdy często wygrywasz w jakiejś grze, to dzieje się tak dlatego, że:

a) bardzo dobrze grasz
b) inni są słabymi graczami
22. Jeśli ci się nie wiedzie w wielu sprawach, to znaczy, że:
a) jesteś pechowcem i musisz się z tym pogodzić
b) musisz zmienić sposób swego działania
23. Gdybyś miał wybierać sposób spędzania wolnego czasu, to czy wybrałbyś:
a) grę w orkiestrze amatorskiej, brydż lub piłkę nożną
b) fotografię amatorską, zbieranie znaczków pocztowych lub żeglarstwo
24. Jeżeli napisałeś źle klasówkę, to głównie dlatego, że:
a) nie przygotowałeś się do niej wystarczająco
b) ta klasówka była zbyt trudna
25. Jeżeli rodzice zmieniają swoje zdanie w pewnej sprawie pod twoim wpływem, to dlatego, że:
a) oni zwykle się zgadzają
b) twoje argumenty były przekonujące
26. Gdy twoi rówieśnicy śmieją się z ciebie, to znaczy, że:
a) oni są po prostu złośliwi
b) musisz zrobić coś, co zmieni ich opinię o tobie
27. Jeżeli czekają cię jakieś trudne zadania, to:
a) przygotowujesz się do ich pokonania
b) czekasz, bo to co ma być, to będzie
28. Gdy przejeżdżasz przez tunel lub patrzysz z dużej wysokości:
a) na ogół nie odczuwasz żadnego zdenerwowania
b) odczuwasz zwykle pewne zdenerwowanie
29. Czy myślisz, że po to by osiągnąć sukcesy w nauce:
a) wystarczy uczyć się dużo i solidnie
b) trzeba być szczęściarzem
30. Jeżeli rodzice nie pozwalają oglądać ci jakiegoś filmu w telewizji, to przeważnie dlatego, że:
a) rodzice rzadko pozwalają ci oglądać telewizję
b) nie zasłużyłeś sobie na oglądanie filmu
31. Przypuśćmy, że czasem spóźniasz się na ważne spotkanie. Myślisz przeważnie wtedy, że:
a) wyruszyłeś na nie zbyt późno
b) znowu nie miałeś szczęścia
32. Czy chciałbyś, żeby w gazetach poświęcano więcej miejsca:
a) odkrywcom i wynalazcom
b) czołowym sportowcom i rekordzistom
33. Jeżeli nauczyciel często cię gani, to dlatego, że:
a) nie zachowujesz się tak jak trzeba
b) nauczyciel cię nie lubi
34. Przypuśćmy, że twoi rodzice uważają cię za bardzo mądrego i zdolnego. Jest tak przede wszystkim dlatego,
a) masz dobre wyniki w nauce i jesteś posłuszny
b) oni bardzo ciebie kochają
35. Jeżeli ci się coś udaje lepiej niż innym, to dlatego, że:
a) starasz się robić wszystko jak najlepiej
b) jesteś szczęściarzem
36. Czy w rozmowie wolisz:

a) wyczerpać do głębi jedno zagadnienie
b) przeskakiwać z tematu na temat
37. Przypuśćmy, że odniosłeś sukces w przedmiocie, z którego do tej pory miałeś złe stopnie. Oznacza to, że:
a) zdarzył się przypadek
b) tym razem wyjątkowo dobrze byłeś przygotowany
38. Przypuśćmy, że twoi rodzice mówią, że jesteś niezbyt mądry. Dzieje się tak, ponieważ:
a) nie zachowujesz się dość poprawnie i masz złe stopnie
b) rodzice zawsze tak mówią, niezależnie od tego co robisz
39. Kiedy proponujesz komuś pójście do kina i on godzi się pójść z tobą tp robi to dlatego, że:
a) akurat chciał obejrzeć ten film
b) bardzo ciebie lubi
40. Jeżeli zgubiłeś coś cennego, to najprawdopodobniej dlatego, że:
a) akurat wszystko sprzysięgło się przeciwko tobie
b) nie pilnowałeś tej rzeczy wystarczająco
41. Czy robisz wszystko:
a) z reguły szybko (szybko jedząc, chodząc itp.)
b) rozważnie, powoli, planowo
42. Gdybyś był złym uczniem, to aby się poprawić:
a) musiałbyś starać się o dobre stopnie i lepiej sprawować
b) nic nie pomoże staranie
43. Przypuśćmy, że twoi rodzice pozwolili ci zaprosić do domu różnych twoich znajomych i robić to na co macie ochotę. Stało się tak, ponieważ:
a) postępowałeś dotąd tak, że oni nie muszą się niczego obawiać
b) większość rodziców na to pozwala
44. Czy to, że masz jakichś wrogów wynika z tego, że:
a) nie jesteś jednakowo miły dla wszystkich
b) choćbyś był wyjątkowo miły, wrogowie i tak by się znaleźli
45. Czy to, jak spędzasz czas, zależy od tego:
a) jak sobie to zaplanujesz
b) od tego co się zdarzy
46. Czy:
a) na ogół łatwo okazujesz innym swe uczucia
b) wolisz kryć się ze swoimi uczuciami

Sprawdź, czy nie opuściłeś jakiegoś pytania.
Dziękujemy!

Mieczysław Plopa *(KPR-Roc)*

MOJA MATKA

.... wiek .... płeć .....

Wiek..... płeć ....

Wykształcenie..... .....zawód ....data badania .....

Liczba dzieci . ...wiek dzieci..... ....

INSTRUKCJA: Interesuje nas, co myśli Pan(i) o swoich Rodzicach, a szczególnie o ich sposobach wychowywania. Chcielibyśmy, aby opisał(a) Pan(i) swoje odczucia tak, jak zostały one zapamiętane, ustosunkowując się do podanych niżej stwierdzeń.

Proszę przeczytać każde stwierdzenie uważnie i zastanowić się, w jakim stopniu dotyczyło ono zachowania T w o j e j M a t k i w o b e c C i e b i e . Pewne stwierdzenia powtarzają się, ale są zamieszczone do wykazania nawet nieznacznych różnic w Pana(i) ocenach.

Po każdym stwierdzeniu jest pięć ocen (a, b, c, d, e), które określają, w jakim stopniu jest ono zgodne z postępowaniem Pana(i) M a t k i:

a - zdecydowanie taka była i tak się zachowywała,

b - raczej taka była i tak się zachowywała,

c - mam wątpliwości, czy taka była i tak się zachowywała,

d - raczej taka nie była i tak się nie zachowywała,

e - zdecydowanie taka nie była i tak się nie zachowywała.

Po przeczytaniu każdego stwierdzenia proszę otoczyć kółkiem tę odpowiedź, która najwierniej charakteryzuje postępowanie Twojej Matki wobec Ciebie.

1.	Sądzę, że myślała o mnie często.	a	b	c	d	e
2.	Dawała mi wyraźnie do zrozumienia, kto rządzi w domu.	a	b	c	d	e
3.	Zgadzała się z tym, że o wielu sprawach mogłem(am) sam(a) decydować.	a	b	c	d	e
4.	Powtarzała, że pewnego dnia za wszystko mnie surowo ukarze	a	b	c	d	e
5.	Starała się chronić mnie przed wszelkimi trudnościami.	a	b	c	d	e
6.	Gdy potrzebowałem(am) pomocy, to poświęcała mi wiele czasu.	a	b	c	d	e
7.	Wymagała ode mnie bezwzględnego posłuszeństwa.	a	b	c	d	e
8.	Nie przesadzała we wtrącaniu się w moje sprawy.	a	b	c	d	e
9.	Czasami wydawało mi się, że mnie bardzo kocha, a czasami, że jestem jej obojętny(a).	a	b	c	d	e
10.	Chciała zawsze wiedzieć, gdzie przebywam poza domem.	a	b	c	d	e
11.	Przyjemnie było z nią rozmawiać.	a	b	c	d	e
12.	Była ciągle niezadowolona ze mnie.	a	b	c	d	e
13.	Liczyła się z moim zdaniem.	a	b	c	d	e
14.	Gdy zrobiłem(am) coś niewłaściwego, to nie wiedziałem(am), czy mi podaruje, czy też surowo ukarze.	a	b	c	d	e

15.	Chciała wszystko wiedzieć, co mi się wydarzyło.	a	b	c	d	e
16.	Dawała mi do zrozumienia, że mnie kocha.	a	b	c	d	e
17.	Uważała, że nie mam prawa jej się sprzeciwiać.	a	b	c	d	e
18.	Szanowała moje poglądy i zainteresowania.	a	b	c	d	e
19.	Gdy była zdenerwowana, to trudno było przewidzieć, jak się zachowa.	a	b	c	d	e
20.	Za bardzo się o mnie troszczyła.	a	b	c	d	e
21.	Często się do mnie uśmiechała.	a	b	c	d	e
22.	Wymagała ode mnie, abym zawsze jej słuchał.	a	b	c	d	e
23.	Rozumiała, że mogę popełniać błędy.	a	b	c	d	e
24.	Czasami nie rozumiałem(am), dlaczego za to samo karała mnie raz mocniej, a raz słabiej.	a	b	s	d	e
25.	Chciała zawsze wiedzieć, gdzie przebywam i co robię.	a	b	c	d	e
26.	Była moim prawdziwym przyjacielem.	a	b	c	d	e
27.	Nie rozumiała, że na różne sprawy mogłem(am) patrzeć inaczej niż ona.	a	b	c	d	e
28.	Gdy się ze mną w czymś nie zgadzała, to nie robiła z tego problemu.	a	b	c	d	e
29.	Kara, jaką mi wymierzała, często zależała od jej nastroju.	a	b	c	d	e

30.	Często wydawało mi się, że żyje tylko dla mnie.	a	b	c	d	e
31.	Rozmowa z nią o moich kłopotach przynosiła mi ulgę.	a	b	c	d	e
32.	Gdy coś było nie tak, doszukiwała się winy w moim postępowaniu.	a	b	c	d	e
33.	Miała do mnie zaufanie.	a	b	c	d	e
34.	Musiałem uważać, aby jej czymś nie zdenerwować.	a	b	c	d	e
35.	Niepokoiła się o mnie jak o małe dziecko.	a	b	c	d	e
36.	Chętnie wysłuchiwała moich poglądów i opinii.	a	b	c	d	e
37.	Dawała mi do zrozumienia, że ona wie najlepiej, co jest dla mnie dobre, a co złe.	a	b	c	d	e
38.	Gdy ją przekonałem(am), że nie ma racji, to mi ustępowała.	a	b	c	d	e
39.	Gdy się zdenerwowała, to mnie mocniej karała.	a	b	c	d	e
40.	Martwiła się, że w wielu sprawach mogę nie dać sobie rady w życiu.	a	b	c	d	e
41.	Nie pragnąłem(am) żadnych zmian w jej postępowaniu wobec mnie.	a	b	c	d	e
42.	Ciągle narzekała, że nie tak wykonuję moje obowiązki.	a	b	c	d	e
43.	Nie wymagała, abym ze wszystkiego się jej zwierzał.	a	b	c	d	e
44.	Często mówiła do mnie podniesionym tonem.	a	b	c	d	e
45.	Gdy byłem poza domem, odczuwała lęk, że coś mi się stanie.	a	b	c	d	e
46.	Była zadowolona ze mnie.	a	b	c	d	e
47.	Często stawiała mi za wzór moich kolegów (koleżanki).	a	b	c	d	e
48.	Mogłem(am) w dużym stopniu decydować o tym, jak spędzać czas.	a	b	c	d	e
49.	Gdy miała zły dzień, to krzyczała na mnie bez powodu.	a	b	c	d	e
50.	Bardzo lubiła, gdy wakacje spędzałem(am) w jej towarzystwie.	a	b	c	d	e

Copyright © 2008 by Pracownia Testów Psychologicznych Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie
01-029 Warszawa, ul. Dzielna 60; www.vizja.net.pl

Mieczysław Plopa *(KPR-Roc)*

MOJA MATKA

.... wiek .... płeć .....

Wiek ..... płeć ....

Wykształcenie .... zawód .... data badania .....

Liczba dzieci .... wiek dzieci ....

INSTRUKCJA: Interesuje nas, co myśli Pan(i) o swoich Rodzicach, a szczególnie o ich sposobach wychowywania. Chcielibyśmy, aby opisał(a) Pan(i) swoje odczucia tak, jak zostały one zapamiętane, ustosunkowując się do podanych niżej stwierdzeń.

Proszę przeczytać każde stwierdzenie uważnie i zastanowić się, w jakim stopniu dotyczyło ono zachowania T w o j e j M a t k i w o b e c C i e b i e . Pewne stwierdzenia powtarzają się, ale są zamieszczone do wykazania nawet nieznacznych różnic w Pana(i) ocenach.

Po każdym stwierdzeniu jest pięć ocen (a, b, c, d, e), które określają, w jakim stopniu jest ono zgodne z postępowaniem Pana(i) M a t k i:

a - zdecydowanie taka była i tak się zachowywała,

b - raczej taka była i tak się zachowywała,

c - mam wątpliwości, czy taka była i tak się zachowywała,

d - raczej taka nie była i tak się nie zachowywała,

e - zdecydowanie taka nie była i tak się nie zachowywała.

Po przeczytaniu każdego stwierdzenia proszę otoczyć kółkiem tę odpowiedź, która najwierniej charakteryzuje postępowanie Twojej Matki wobec Ciebie.

1.	Sądzę, że myślała o mnie często.	a	b	c	d	e
2.	Dawała mi wyraźnie do zrozumienia, kto rządzi w domu.	a	b	c	d	e
3.	Zgadzała się z tym, że o wielu sprawach mogłem(am) sam(a) decydować.	a	b	c	d	e
4.	Powtarzała, że pewnego dnia za wszystko mnie surowo ukarze	a	b	c	d	e
5.	Starała się chronić mnie przed wszelkimi trudnościami.	a	b	c	d	e
6.	Gdy potrzebowałem(am) pomocy, to poświęcała mi wiele czasu.	a	b	c	d	e
7.	Wymagała ode mnie bezwzględnego posłuszeństwa.	a	b	c	d	e
8.	Nie przesadzała we wtrącaniu się w moje sprawy.	a	b	c	d	e
9.	Czasami wydawało mi się, że mnie bardzo kocha, a czasami, że jestem jej obojętny(a).	a	b	c	d	e
10.	Chciała zawsze wiedzieć, gdzie przebywam poza domem.	a	b	c	d	e
11.	Przyjemnie było z nią rozmawiać.	a	b	c	d	e
12.	Była ciągle niezadowolona ze mnie.	a	b	c	d	e
13.	Liczyła się z moim zdaniem.	a	b	c	d	e
14.	Gdy zrobiłem(am) coś niewłaściwego, to nie wiedziałem(am), czy mi podaruje, czy też surowo ukarze.	a	b	c	d	e

15.	Chciała wszystko wiedzieć, co mi się wydarzyło.	a	b	c	d	e
16.	Dawała mi do zrozumienia, że mnie kocha.	a	b	c	d	e
17.	Uważała, że nie mam prawa jej się sprzeciwiać.	a	b	c	d	e
18.	Szanowała moje poglądy i zainteresowania.	a	b	c	d	e
19.	Gdy była zdenerwowana, to trudno było przewidzieć, jak się zachowa.	a	b	c	d	e
20.	Za bardzo się o mnie troszczyła.	a	b	c	d	e
21.	Często się do mnie uśmiechała.	a	b	c	d	e
22.	Wymagała ode mnie, abym zawsze jej słuchał.	a	b	c	d	e
23.	Rozumiała, że mogę popełniać błędy.	a	b	c	d	e
24.	Czasami nie rozumiałem(am), dlaczego za to samo karała mnie raz mocniej, a raz słabiej.	a	b	s	d	e
25.	Chciała zawsze wiedzieć, gdzie przebywam i co robię.	a	b	c	d	e
26.	Była moim prawdziwym przyjacielem.	a	b	c	d	e
27.	Nie rozumiała, że na różne sprawy mogłem(am) patrzeć inaczej niż ona.	a	b	c	d	e
28.	Gdy się ze mną w czymś nie zgadzała, to nie robiła z tego problemu.	a	b	c	d	e
29.	Kara, jaką mi wymierzała, często zależała od jej nastroju.	a	b	c	d	e

30.	Często wydawało mi się, że żyje tylko dla mnie.	a	b	c	d	e
31.	Rozmowa z nią o moich kłopotach przynosiła mi ulgę.	a	b	c	d	e
32.	Gdy coś było nie tak, doszukiwała się winy w moim postępowaniu.	a	b	c	d	e
33.	Miała do mnie zaufanie.	a	b	c	d	e
34.	Musiałem uważać, aby jej czymś nie zdenerwować.	a	b	c	d	e
35.	Niepokoiła się o mnie jak o małe dziecko.	a	b	c	d	e
36.	Chętnie wysłuchiwała moich poglądów i opinii.	a	b	c	d	e
37.	Dawała mi do zrozumienia, że ona wie najlepiej, co jest dla mnie dobre, a co złe.	a	b	c	d	e
38.	Gdy ją przekonałem(am), że nie ma racji, to mi ustępowała.	a	b	c	d	e
39.	Gdy się zdenerwowała, to mnie mocniej karała.	a	b	c	d	e
40.	Martwiła się, że w wielu sprawach mogę nie dać sobie rady w życiu.	a	b	c	d	e
41.	Nie pragnąłem(am) żadnych zmian w jej postępowaniu wobec mnie.	a	b	c	d	e
42.	Ciągle narzekała, że nie tak wykonuję moje obowiązki.	a	b	c	d	e
43.	Nie wymagała, abym ze wszystkiego się jej zwierzał.	a	b	c	d	e
44.	Często mówiła do mnie podniesionym tonem.	a	b	c	d	e
45.	Gdy byłem poza domem, odczuwała lęk, że coś mi się stanie.	a	b	c	d	e
46.	Była zadowolona ze mnie.	a	b	c	d	e
47.	Często stawiała mi za wzór moich kolegów (koleżanki).	a	b	c	d	e
48.	Mogłem(am) w dużym stopniu decydować o tym, jak spędzać czas.	a	b	c	d	e
49.	Gdy miała zły dzień, to krzyczała na mnie bez powodu.	a	b	c	d	e
50.	Bardzo lubiła, gdy wakacje spędzałem(am) w jej towarzystwie.	a	b	c	d	e

Copyright © 2008 by Pracownia Testów Psychologicznych Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania
w Warszawie
01-029 Warszawa, ul. Dzielna 60; www.vizja.net.pl

Mieczysław Plopa *(KPR-Roc)*

M Ó J O J C I E C

.... wiek ..... płeć ....

Wiek ……. ..... płeć ....

Wykształcenie .... zawód ....data badania .....

Liczba dzieci _ ___ wiek dzieci ....

INSTRUKCJA: Interesuje nas, co myśli Pan(i) o swoich Rodzicach, a szczególnie o ich sposobach wychowywania. Chcielibyśmy, aby opisał(a) Pan(i) swoje odczucia tak, jak zostały one zapamiętane, ustosunkowując się do podanych niżej stwierdzeń.

Proszę przeczytać każde stwierdzenie uważnie i zastanowić się, w jakim stopniu dotyczyło ono zachowania T w o j e g o O j c a w o b e c C i e b i e ; Pewne stwierdzenia powtarzają się, ale są zamieszczone do wykazania nawet nieznacznych różnic w Pana(i) ocenach.

Po każdym stwierdzeniu jest pięć ocen (a, b, c, d, e), które określają, w jakim stopniu jest ono zgodne z postępowaniem Pana(i) O j c a :

a - zdecydowanie taki był i tak się zachowywał,

b - raczej taki był i tak się zachowywał,

c - mam wątpliwości, czy taki był i tak się zachowywał,

d - raczej taki nie był i tak się nie zachowywał,

e - zdecydowanie taki nie był i tak się nie zachowywał.

Po przeczytaniu każdego stwierdzenia proszę otoczyć kółkiem tę odpowiedź, która najwierniej charakteryzuje postępowanie Twojego Ojca wobec Ciebie.

1.	Przyjemnie było z nim rozmawiać.	a	b	c	d	e
2.	Dawał mi wyraźnie do zrozumienia, kto rządzi w domu.	a	b	c	d	e
3.	Zgadzał się z tym, że o wielu sprawach mogłem(am) sam(a) decydować.	a	b	c	d	e
4.	Gdy był zdenerwowany, to wolałem(am) z nim nie rozmawiać.	a	b	c	d	e
5.	Chciał zawsze wiedzieć, gdzie przebywam poza domem.	a	b	c	d	e
6.	Wydawało mi się, że jest zadowolony ze mnie.	a	b	c	d	e
7.	Wymagał ode mnie bezwzględnego posłuszeństwa.	a	b	c	d	e
8.	Zgadzał się z tym, że miałem(am) swoje tajemnice.	a	b	c	d	e
9.	Gdy zrobiłem(am) coś niewłaściwego, to nie wiedziałem(am), czy mi podaruje, czy też surowo ukarze.	a	b	c	d	e
10.	Chciał wiedzieć o wszystkim, co mi się przydarzyło.	a	b	c	d	e
11.	Chętnie wysłuchiwał moich opinii i poglądów.	a	b	c	d	e
12.	Był ciągle niezadowolony ze mnie.	a	b	c	d	e
13.	Był przekonany, że może na mnie polegać.	a	b	c	d	e
14.	Czasami nie rozumiałem(am), dlaczego za to samo karał mnie raz mocniej, a raz słabiej.	a	b	c	d	e

15.	Za bardzo się o mnie troszczył.	a	b	c	d	e
16.	Dawał mi do zrozumienia, że mnie kocha.	a	b	c	d	e
17.	Uważał, że nie mam prawa mu się sprzeciwiać.	a	b	c	d	e
18.	Liczył się z moim zdaniem.	a	b	c	d	e
19.	Nie spełniał wielu swoich obietnic.	a	b	c	d	e
20.	Chciał zawsze wiedzieć, gdzie przebywam i co robię.	a	b	c	d	e
21.	Często się do mnie uśmiechał.	a	b	c	d	e
22.	Dawał mi do zrozumienia, że ma zawsze rację.	a	b	c	d	e
23.	Szanował moje poglądy i przekonania.	a	b	c	d	e
24.	Kara, jaką mi wymierzał, często zależała od jego nastroju.	a	b	s	d	e
25.	Wydawało mi się, że żyje tylko dla mnie.	a	b	c	d	e
26.	Był moim prawdziwym przyjacielem.	a	b	c	d	e
27.	Uważał, że bez sprzeciwu powinienem (powinnam) godzić się z jego decyzjami.	a	b	c	d	e
28.	Rozumiał, że mogę popełniać błędy.	a	b	c	d	e
29.	Musiałem(am) uważać, aby go czymś nie zdenerwować.	a	b	c	d	e
30.	Niepokoił się o mnie jak o małe dziecko.	a	b	c	d	e
31.	Jego zachowanie wobec mnie było bez zastrzeżeń.	a	b	c	d	e
32.	Ściśle przestrzegał, abym postępowała) zgodnie z jego wymaganiami.	a	b	c	d	e
33.	Wydawało mi się, że miał do mnie zaufanie.	a	b	c	d	e
34.	Gdy się zdenerwował, to mnie mocniej karał.	a	b	c	d	e
35.	Myślał o mnie bardzo często.	a	b	c	d	e
36.	Dawał mi odczuć, że zależało mu na mnie.	a	b	c	d	e
37.	Nie rozumiał, że na różne sprawy mogłem(am) patrzeć inaczej niż on.	a	b	c	d	e
38.	Gdy go przekonałem(am), że nie ma racji, to mi ustępował.	a	b	c	d	e
39.	Często mówił do mnie podniesionym tonem.	a	b	c	d	e
40.	Martwił się, że w wielu sprawach mogę nie dać sobie rady w życiu.	a	b	c	d	e
41.	Był szczerze zainteresowany moimi sprawami.	a	b	c	d	e
42.	Nie rozumiał, że mam prawo do swojego zdania.	a	b	c	d	e
43.	Gdy się ze mną nie zgadzał, to nie narzucał bezwzględnie swojego zdania.	a	b	c	d	e
44.	Gdy miał zły dzień, to krzyczał na mnie bez powodu.	a	b	c	d	e
45.	Wydawało mu się, że bez niego nie dam sobie rady w życiu.	a	b	c	d	e
46.	Czułem(am), że byłem(am) dla niego kimś ważnym.	a	b	c	d	e
47.	Często narzekał, że źle wykonywałem(am) swoje obowiązki.	a	b	c	d	e
48.	Był zadowolony, gdy samodzielnie podejmowałem(am) różne decyzje.	a	b	c	d	e
49.	Nieraz nie wiedziałem(am), co o nim myśleć.	a	b	c	d	e
50.	Gdy byłem(am) poza domem, odczuwał lęk, że coś mi się stanie.	a	b	c	d	e

Copyright © 2008 by Pracownia Testów Psychologicznych Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie
01-029 Warszawa, ul. Dzielna 60; www.vizja.net.pl

Z.Juczyński **LKZ**

.....wiek..... płeć M K data badania.....

Co dla Ciebie oznacza ***„być zdrowym***"? Poniżej podano stwierdzenia, które opisują różne znaczenia „bycia zdrowym".

Instrukcja:

1. Najpierw należy uważnie przeczytać wszystkie podane stwierdzenia.

Być zdrowym oznacza dla mnie:

	A	B	C
1. dożyć późnej starości.....			
2. czuć się szczęśliwym przez większość czasu.....			
3. potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi			
4. umieć rozwiązywać swoje problemy			
5. należycie się odżywiać.....			
6. dbać o wypoczynek, sen.....			
7. pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale			
8. nie palić tytoniu.....			
9. mieć odpowiednią wagę ciała			
10. jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa			
11. mieć dobry nastrój.....			
12. nie odczuwać dolegliwości fizycznych			
13. potrafić pracować bez napięcia i stresu.....			
14. nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność.....			
15. mieć zdrowe oczy, włosy, cerę.....			
16. umieć przystosowywać się do zmian w życiu.....			
17. umieć cieszyć się z życia.....			
18. być odpowiedzialnym			
19. potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami			
20. mieć sprawne wszystkie części ciała			
21. akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki			
22. mieć pracę, różnorodne zainteresowania			
23. czuć się dobrze.....			
24. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza			
25. inne - jakie?			

2. Następnie należy jeszcze raz od początku czytać kolejne stwierdzenia i zaznaczyć, wstawiając znak X w odpowiedniej kratce w kolumnie oznaczonej literą A te, które Twoim zdaniem są bardzo ważne w ocenie zdrowia. Proszę dokonać wyboru, a potem wrócić do punktu 3.

3. Spośród zaznaczonych w kolumnie A stwierdzeń należy wybrać 5 najważniejszych i zaznaczyć X w kolumnie **B.** Jeżeli w kolumnie A zaznaczono mniej niż 5, to należy je uzupełnić. Proszę dokonać wyboru, a potem wrócić do punktu 4.

4. Wybrane 5 kryteriów zdrowia należy uszeregować wpisując w kolumnie C dla kryterium najważniejszego 5 punktów, dla następnych 4, 3, 2, a dla najmniej ważnego 1 punkt.

O 2001 Copyright by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7 ISBN 83-88242-04-0

Z. Juczyński

LWO

…… płeć M K wiek…….data badania ……..

Co Twoim zdaniem decyduje o szczęściu osobistym? Poniżej podano 9 różnych symboli szczęścia. Przeczytaj je uważnie, zastanów się i wybierz 5 dla Ciebie najważniejszych. Swój wybór zaznacz stawiając znak X w odpowiednim miejscu w kolumnie A.

	A	B
1. duży krąg przyjaciół		
2. udane życie rodzinne		
3. wykonywanie ulubionej pracy, zawodu		
4. sukcesy w nauce, pracy		
5. dobre zdrowie		
6. bycie potrzebnym dla innych		
7. dobre warunki materialne		
8. życie pełne przygód, podróży		
9. sława, popularność		

Teraz przeczytaj jeszcze raz wybrane przez siebie 5 symboli szczęścia i uporządkuj je według następującej kolejności

5 punktów przypisz temu, co jest dla Ciebie najważniejsze;

4,3,2 – kolejnym, aż do najmniej ważnego – 1 punkt.

Oceny punktowe wpisz obok danego symbolu w kolumnie B. Potem wykonaj podobne zadanie podane na odwrotnej stronie.

Proszę odwrócić kartkę

Poniżej podano 10 różnych wartości. Przeczytaj je uważnie, zastanów się i wybierz 5 dla Ciebie najważniejszych. Swój wybór zaznacz stawiając znak X w odpowiednim miejscu w kolumnie A.

	A	B
1. miłość, przyjaźń		
2. dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna		
3. poczucie humoru, dowcip		
4. inteligencja, bystrość umysłu		
5. wiedza, mądrość		
6. radość, zadowolenie		
7. odwaga, stanowczość		
8. dobroć, delikatność		
9. ładny wygląd zewnętrzny, prezencja		
10. bogactwo majątek		

Teraz przeczytaj jeszcze raz wybrane przez siebie 5 wartości i uporządkuj je według następującej kolejności

5 punktów przypisz temu, co jest dla Ciebie najważniejsze;

4,3,2 – kolejnym, aż do najmniej ważnego – 1 punkt.

Oceny punktowe wpisz obok danego symbolu w kolumnie B

K. A. Wallston, B. S .Wallston i R. DeVellis

MHLC - wersja A

Adaptacja: Z. Juczyński

..... wiek., ...płeć M K data badania .....

Skala przedstawia poglądy różnych ludzi na pewne istotne zagadnienia związane ze zdrowiem. Każde stwierdzenie wyraża pogląd, z którym można się zgodzić lub nie. Chodzi tu o osobiste przekonanie i nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniami, a nie z tym - co powinno się sądzić.
Obok znajdują się odpowiedzi od ***„zdecydowanie nie zgadzam, się"*** (1) - do ***„zdecydowanie zgadzam się"*** (6). Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody. Należy podać jedną odpowiedź dla każdego stwierdzenia. Poszczególne liczby oznaczają:

NIE	w pewnym	w małym	w małym	w pewnym	**TAK**
zdecydowanie nie zgadzam się 1	stopniu nie zgadzam się 2	stopniu nie zgadzam się 3	stopniu zgadzam się 4	stopniu zgadzam się 5	zdecydowanie zgadzam się 6

1. Kiedy choruję, to od mojego zachowania zależy, jak szybko wyzdrowieję	1	2	3	4	5	6
2. Jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego, co zrobię	1	2	3	4	5	6
3. Utrzymywanie regularnych kontaktów z lekarzem jest najlepszym sposobem uniknięcia choroby	1	2	3	4	5	6
4. Większość tego, co wpływa na moje zdrowie, zdarza się przez przypadek	1	2	3	4	5	6
5. Kiedy tylko poczuję się źle, konsultuję się z lekarzem	1	2	3	4	5	6
6. Ja sam decyduję o swoim zdrowiu	1	2	3	4	5	6
7. Inni ludzie (np. lekarze, pielęgniarki, rodzina, przyjaciele) mają wpływ na to, czy zachoruję, czy pozostanę zdrowy	1	2	3	4	5	6
8. Kiedy choruję, wina leży po mojej stronie	1	2	3	4	5	6
9. To, jak szybko wyzdrowieję, zależy w dużym stopniu od szczęścia	1	2	3	4	5	6
10. Lekarze decydują o moim zdrowiu	1	2	3	4	5	6

Proszę odwrócić kartkę

Wydanie polskie: Copyright© 2011 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.l. Dzielna 5, 00-162 Warszawa

NIE zdecydowanie nie zgadzam się 1	w pewnym stopniu nie zgadzam się 2	w małym stopniu nie zgadzam się 3	w małym stopniu zgadzam się 4	w pewnym stopniu zgadzam się 5	**TAK** zdecydowanie zgadzam się 6

11. Moje dobre zdrowie jest w dużym stopniu wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności 1 2 3 4 5 6
12. Moje zdrowie zależy głównie od tego, co ja sam zrobię 1 2 3 4 5 6
13. Jeżeli sam będę dbał o siebie, to mogę uniknąć choroby 1 2 3 4 5 6
14. Kiedy powracam do zdrowia, to zwykle dzięki innym ludziom (np. lekarzom, pielęgniarkom, rodzinie, przyjaciołom), którzy zapewniają mi dobrą opiekę 1 2 3 4 5 6
15. Niezależnie od tego co zrobię i tak prawdopodobnie zachoruję 1 2 3 4 5 6
16. Jeżeli mam pozostać zdrowy, to pozostanę 1 2 3 4 5 6
17. Jeżeli podejmę właściwe działania, to pozostanę zdrowy 1 2 3 4 5 6
18. Dla swojego zdrowia mogę zrobić jedynie to, co polecił mi lekarz 1 2 3 4 5 6

W	I	P

K. A Wallston, B. S Wallston i R. DeVellis

MHLC- wersja B

Adaptacja : Z. Juczyński

…….. wiek …… płeć M K data badania ……..

Skala przedstawi a poglądy różnych ludzi na pewne istotne zagadnienia związane ze zdrowiem. Każde stwierdzenie wyraża pogląd z którym można się zgodzić lub nie. Chodzi tu o osobiste przekonanie i nie ma tu odpowiedzi ani dobrych, ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać z własnymi przekonaniami, a nie z tym- co powinno się sądzić.

Obok znajdują się odpowiedzi od „zdecydowanie nie zgadzam się" (1) – do „zdecydowanie zgadzam się" (6). Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody. Należy podać jedną odpowiedź dla każdego stwierdzenia. Poszczególne liczby oznaczają

NIE	w pewnym	w małym	w małym	w pewnym	TAK
zdecydowanie nie zgadzam się 1	stopniu nie zgadzam się 2	stopniu nie zgadzam się 3	stopniu zgadzam się 4	stopniu zgadzam się 5	zdecydowanie zgadzam się 6

1. Jeżeli zachoruję, to do zdrowia powracam o własnych siłach 1 2 3 4 5 6
2. Często czuję, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego co zrobię 1 2 3 4 5 6
3. Jeżeli regularnie będę się konsultował z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania 1 2 3 4 5 6
4. Wydaje mi się, że na mój stan zdrowia duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia 1 2 3 4 5 6
5. Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem 1 2 3 4 5 6
6. Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie 1 2 3 4 5 6
7. To, czy pozostanę zdrowy czy też zachoruję, zależy w dużej mierze od innych ludzi (np. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół) 1 2 3 4 5 6
8. Cokolwiek złego się dzieje z moim zdrowiem, to jest to moja wina 1 2 3 4 5 6
9. Kiedy zachoruję, muszę po prostu poczekać aż mi przejdzie 1 2 3 4 5 6
10. Lekarze utrzymują mnie w dobrym zdrowiu 1 2 3 4 5 6

Proszę odwrócić kartkę

NIE zdecydowanie nie zgadzam się 1	w pewnym stopniu nie zgadzam się 2	w małym stopniu nie zgadzam się 3	w małym stopniu zgadzam się 4	w pewnym stopniu zgadzam się 5	TAK zdecydowanie zgadzam się 6

11. Kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście 1 2 3 4 5 6
12. Moje samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie 1 2 3 4 5 6
13. Kiedy choruję, to wiem, że to dlatego, iż o siebie nie zadbałem 1 2 3 4 5 6
14. Opieka, którą otrzymuję od innych, decyduje o tym jak szybko powracam do zdrowia 1 2 3 4 5 6
15. Nawet jeśli dbam o siebie, łatwo mogę zachorować 1 2 3 4 5 6
16. Kiedy choruję, jest to sprawa losu 1 2 3 4 5 6
17. Pozostaję raczej zdrowy, jeśli dobrze zadbam o siebie 1 2 3 4 5 6
18. Dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem zachowania dobrego zdrowia 1 2 3 4 5 6

E. Diener, R. Emmons, R. J. Larson I S. Griffin

SWLS

Adaptacja : Z. Juczyński

…….. wiek …… płeć M K data badania ……..

Poniżej podano kilka stwierdzeń, z którymi możesz się zgadzać lub nie. Używając skali od 1 do 7 wskaż – w jakim stopniu zgadzasz się z każdym stwierdzeniem wpisując w pusta kratkę odpowiednią cyfrę. Bądź szczery w swoich odpowiedziach.

Poszczególne punkty skali oznaczają :

1	**– zupełnie nie zgadzam się;**
2	– nie zgadzam sie;
3	– raczej nie zgadzam się;
4	–ani ssie zgadzam ani się nie zgadzam;
5	**–** raczej zgadzam się;
6	**–** zgadzam się;
7	**– całkowicie zgadzam się**

1. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału
2. Warunki mojego życia są doskonałe
3. Jestem zadowolony z mojego życia
4. W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem
5. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić

SAT	sten

Spis tabel:

Tabela 1. Definicje norm żywieniowych dla ludności Polski 8
Tabela 2. Wskaźniki zdrowia i choroby według różnych kryteriów 9
Tabela 3. Normy BMI według WHO 20
Tabela 4. Normy na energię, białko i tłuszcz dla dzieci i młodzieży 24
Tabela 5. Relatywne ryzyko problemów zdrowotnych towarzyszących otyłości 26
Tabela 6. Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w Polsce i w innych krajach (%) 28
Tabela 7. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród kobiet i mężczyzn w Polsce 31
Tabela 8. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród pacjentów hospitalizowanych w Polsce 32
Tabela 9. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród chłopców i dziewcząt w wieku 1-18 lat w Polsce 32
Tabela 10. Średnie wieku rodzin wraz z odchyleniami standardowymi 40
Tabela 11. Charakterystyka grupy badanych dzieci 41
Tabela 12. Skład procentowy badanej grupy 42
Tabela 13. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci do lat 8 43
Tabela 14. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 8-13 lat 44
Tabela 15. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 14-18 lat 45
Tabela 16. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci powyżej 18 lat 46
Tabela 17. Korelacje pomiędzy określeniem wagi dziecka oraz rodziców i dziadków 47
Tabela 18. Symbole szczęścia osobistego dla dzieci z nadwagą i otyłych 50
Tabela 19. Lista Wartości Osobistych dla dzieci z nadwagą i otyłością 50
Tabela 20. Rozkłady wyboru rang dla wartości „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" ze względu na wiek 51
Tabela 21. Rozkłady wyboru rang dla wartości „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" ze względu na płeć 52
Tabela 22. Uszeregowanie stwierdzeń dotyczących zdrowia według średnich wag 53
Tabela 23. Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci 55
Tabela 24. Poszczególne wymiary kontroli własnego zdrowia dla chłopców 56
Tabela 25. Poszczególne wymiary kontroli własnego zdrowia dla dziewcząt 56
Tabela 26. Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dorosłych 57

Tabela 27. Średnie wyniki grupy rodziców z nadwagą i otyłością 59
Tabela 28. Postawy rodzicielskie 60
Tabela 29. Szczegółowe zestawienie liczby osób o poszczególnych postawach – matki 62
Tabela 30. Szczegółowe zestawienie liczby osób o poszczególnych postawach – ojcowie.63
Tabela 31. Wyniki dla KBPK 64
Tabela 32. Wskaźnik zachowań zdrowotnych 65
Tabela 33. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w podziale na płeć 66
Tabela 34. Korelacje między określeniem wagi dziecka, a tym czy posiłki są jedzone w domu przy dodatkowym podziale na grupy wiekowe 69
Tabela 35. Korelacje między określeniem wagi dziecka, a tym czy posiłki przygotowywane są w domu przy dodatkowym podziale na grupy wiekowe 74
Tabela 36. Korelacje między dojadaniem przez dzieci a dojadaniem pozostałych członków rodziny przy podziale na grupy wiekowe 79
Tabela 37. Korelacje między rodzajem ograniczanych produktów a grupami określającymi masę ciała dziecka 85
Tabela 38. Korelacja między częstością spożywania posiłków a grupami określającymi masę ciała dziecka 91
Tabela 39. Korelacja między czynnościami wykonywanymi podczas posiłków oraz określeniem masy ciała dziecka 94

Spis rycin:

Ryc. 1. Pole zdrowia Marc'a Lalonde'a 11
Ryc. 2. Skład procentowy badanej grupy 42
Ryc. 3 Skład procentowy grupy wiekowej dzieci do lat 8 43
Ryc. 4 Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 8-13 lat 44
Ryc. 5 Skład procentowy grupy wiekowej dzieci w wieku 14-18 lat 45
Ryc. 6. Skład procentowy grupy wiekowej dzieci powyżej 18 lat 46
Ryc. 7. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej do 8 lat 67
Ryc. 8. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej 8-13 lat 67
Ryc. 9. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej 14-18 lat 68
Ryc. 10. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej powyżej 18 lat 68
Ryc. 11. Posiłki przygotowywane w domu dla grupy wiekowej do 8 lat 72
Ryc. 12. Posiłki przygotowywane w domu dla grupy wiekowej 8-13 lat 72
Ryc. 13. Posiłki przygotowywane w domu dla grupy wiekowej 14-18 lat 73
Ryc. 14. Posiłki jedzone w domu dla grupy wiekowej powyżej 18 lat 73
Ryc. 15. Rodzaje produktów spożywanych między posiłkami 76
Ryc. 16. Zależności między podjadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej do 8 lat 77
Ryc. 17. Zależności między podjadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej 8 - 13 lat 77
Ryc. 18. Zależności między podjadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej 14 – 18 lat 78
Ryc. 19. Zależności między podjadaniem dziecka a rodziców dla grupy wiekowej powyżej 18 lat 78
Ryc. 20. Rodzaje nagród stosowanych w domu 80
Ryc. 21. Częstość stosowania nagród 81
Ryc. 22. Okazje stosowania nagród 82
Ryc. 23. Ograniczanie wybranych produktów w zależności od wagi dziecka w grupie do 8 lat 83
Ryc. 24. Ograniczanie wybranych produktów w zależności od wagi dziecka w grupie 8 – 13 lat 83
Ryc. 25. Ograniczanie wybranych produktów w zależności od wagi dziecka w grupie 14-18 lat 84
Ryc. 26. Ograniczanie wybranych produktów w zależności od wagi dziecka w grupie

powyżej 18 lat 84
Ryc. 27. Spożywanie posiłków smażonych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku 86
Ryc. 28. Spożywanie posiłków gotowanych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku 87
Ryc. 29. Spożywanie posiłków słodkich w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku 88
Ryc. 30. Spożywanie posiłków słonych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku 88
Ryc. 31. Spożywanie posiłków dietetycznych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku 89
Ryc. 32. Spożywanie posiłków wysokokalorycznych w zależności od określenia masy ciała dziecka i wieku 90
Ryc. 33. Zależność określenia spożywanych posiłków od okreslenia masy ciała dziecka i wieku 91
Ryc. 34. Czynności wykonywane podczas spożywania posiłków 93
Ryc. 35. Czynności wykonywane podczas spożywania posiłków w zależności od określenia masy ciała dziecka oraz wieku 93