

Systemowe uwarunkowania zachowań żywieniowych w rodzinie dziecka z otyłością

Agnieszka Pasztak-Opilka^{a*}, Jagoda Sikora^a

Agnieszka Zachurzok^b

^aUniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Psychologii
Wydział Pedagogiki i Psychologii

^bŚląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej
Wydział Lekarski

Nadwaga i otyłość stanowią istotny problem zdrowotny współczesnych dzieci. Celem pracy jest propozycja modelu systemowych uwarunkowań zachowań żywieniowych, inspirowanego Mandalą Zdrowia Hancocka i Perkins i opartego na Modelu Kołowym Olsona oraz koncepcji stylów wychowania Baumrind. Obok cech temperamentalnych dziecka, kształtujących jego preferencje żywieniowe, za najistotniejsze zmienne w modelu wpływające na zachowania żywieniowe uznano style wychowawcze, a także cechy systemu, zgodne z Modelem Kołowym (tj. poziom spójności i elastyczności w rodzinie oraz satysfakcję z życia rodzinnego i ze wzajemnej komunikacji). Znaczącą rolę odgrywają również: percepcja otyłości dziecka, otyłość rodzica, styl życia i wpływ innych członków rodziny. Podkreślono znaczenie statusu socjoekonomicznego oraz oddziaływania środowiska zewnętrznego na funkcjonowanie systemu rodzinnego.

Słowa kluczowe: zachowania żywieniowe; rodzina; dziecko otyłe; uwarunkowania otyłości.

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2015) uznała nadwagę i otyłość dziecięcą za epidemię. Według danych International Association for the Study of Obesity (2011) u 12,4% dziewcząt oraz 16,3% chłopców w Polsce diagnozuje się

* Adres do korespondencji: AGNIESZKA PASZTAK-OPILKA – Uniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice; e-mail: agnieszka.pasztak@us.edu.pl

nadmierną masę ciała. Otyłość w wieku dojrzewania wiąże się z 17,5 razy większym ryzykiem wystąpienia otyłości w życiu dorosłym, co oznacza, że ponad 80% otyłych nastolatków stanie się otyłymi dorosłymi, powielającymi nieprawidłowe wzorce żywieniowe. Jeśli oboje rodzice są otyli, dziecko ma 70% szans bycia otyłym, jeśli zaś są szczupli – ryzyko u dziecka maleje do 10%. Do metabolicznych powikłań otyłości u dzieci należą: zaburzenia gospodarki węglowodanowej, lipidowej, insulinooporność, a w przyszłości cukrzyca typu 2 i choroby układu krążenia (August i in., 2008; Moore, Wilkie i Desrochers, 2016). W procesie powstawania otyłości na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne i środowiskowe. Dzięki przekazom międzypokoleniowym nabywane są podstawowe wzorce zachowań żywieniowych, uznawanych za główną przyczynę otyłości dziecięcej. Rodzina z nieprawidłowymi wzorcami wpisuje się w pojęcie środowiska otyłościogennego (Swinburn, Egger i Raza, 1999), charakteryzującego się nadmierną konsumpcją i siedzącym trybem życia, funkcjonując w otoczeniu zapewniającym (lub ograniczającym) jej dostęp do zdrowej żywności, opieki medycznej oraz warunków podejmowania aktywności fizycznej.

Zachowania żywieniowe

Zachowania żywieniowe mające na celu zaspokojenie potrzeb żywieniowych w trakcie oddziaływań socjalizacyjnych przybierają postać nawyków. Obejmują działania związane z planowaniem i dokonywaniem zakupów oraz warunki spożywania posiłków. Goryńska-Goldmann i Ratajczak (2010) włączają w ich zakres również kontrolowanie wartości odżywczej produktów, terminów przydatności do spożycia, warunków przechowywania, decyzje o ilości produktów przechowywanych w domu czy techniki kulinarne. Bezdyskusyjny wpływ na te praktyki wywierają zwyczaje kulturowe i przekonania dotyczące otyłości (Moore i in., 2016).

Do niewłaściwych zachowań żywieniowych zalicza się m.in.: zbyt mało urozmaicone posiłki, pomijanie śniadań, jedzenie nieregularne, żywienie się w restauracjach typu *fast-food*, sięganie po jedzenie niezależnie od uczucia głodu, wynikające ze zwiększonej wrażliwości na sygnały zewnętrzne dotyczące jedzenia, wieczorną hiperfagię oraz jedzenie nocne (Gowey i in., 2016). W badaniach Pasztak-Opilki (2016) 89% dzieci ze zdiagnozowaną otyłością odżywiało się nieregularnie i spożywało zakazane przez dietetyka produkty (głównie słodkie), 87% przekraczało zalecaną ilość pięciu posiłków na dobę, a 56% ukrywało ten fakt przed rodzicami. Co trzecie dziecko regularnie rezygnowało z jedzenia śniadań bądź jadło w nocy, gdy domownicy spali. Podobne wyniki uzyskała Cichecka-Wilk (2013) dodając, że 97% otyłych nastolatków podjadało pomiędzy posiłkami, a niemal wszystkie badane przez nią dzieci z otyłością łączyły spożywanie posiłków z oglądaniem telewizji, odrabianiem lekcji czy grą na komputerze.

CEL PRACY

Celem pracy jest prezentacja wielowymiarowego modelu uwarunkowań zachowań żywieniowych w rodzinie dziecka z otyłością, jego bazy teoretycznej oraz badań empirycznych, na których zbudowano ujęte w nim hipotezy. W literaturze pojawiło się wiele doniesień odnośnie do różnych aspektów otyłości dziecięcej, brakuje jednak ujęcia syntetycznego, które pozwoliłoby poznać i zrozumieć zjawisko w spójny sposób, z jednoczesnym uwzględnieniem cech systemu rodzinnego i czynników zewnętrznych oddziałujących na niego, w połączeniu z indywidualnymi preferencjami żywieniowymi dziecka.

ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE

Proponowany w artykule model, zainspirowany Mandalą Zdrowia Hancocka i Perkins (1985), został oparty na dwóch kluczowych koncepcjach teoretycznych: Modelu Kołowym Olsona (2000) oraz koncepcji stylów wychowania Baumrind (1966, 1991).

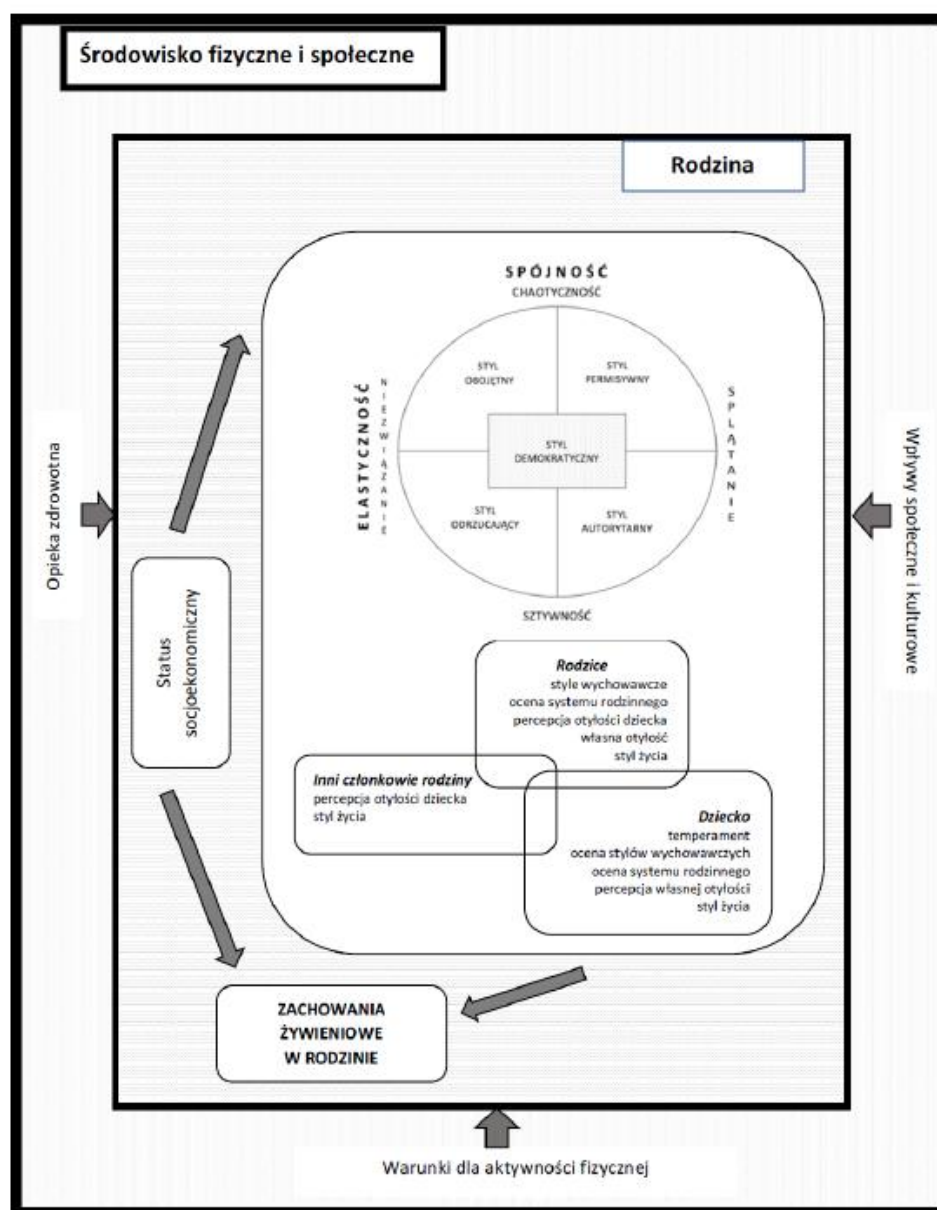
Mandala Zdrowia, zaprezentowana przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto, w rozumieniu jej twórców stanowi symbol wszechświata, w którego centralnym obszarze ulokowana jest jednostka rozumiana holistycznie – jako jedność ciała, intelektu i duszy. Najbliżej jednostki lokuje się rodzina, zaś najdalsze kręgi zajmuje kultura i biosfera. Do pozostałych determinant zdrowia zalicza się między innymi środowisko fizyczne, społeczno-ekonomiczne, system opieki medycznej czy styl życia. Choć w licznych publikacjach z zakresu psychologii zdrowia nawiązujących do tej koncepcji akcentuje się różne wymiary mandali, to z perspektywy modelu prezentowanego w tym artykule warto podkreślić, iż jej twórcy w swym pierwotnym założeniu szczególnie mocno podkreślali znaczenie rodziny, umieszczając ją w kręgu najbliższym jednostce (Hancock i Perkins, 1985). Rodzina nie tylko uczy, jaką wartość nadać zdrowiu, ale i kształtuje nawyki zdrowotne. Dodatkowo pośredniczy, a niejednokrotnie i pełni funkcje buforowe w relacjach pomiędzy jednostką a środowiskiem (Hancock i Perkins, 1985; Słońska, 1994).

Prezentowany przez nas model jest oparty na koncepcji Olsona (2000), który w Modelu Kołowym wyróżnił dwa podstawowe wymiary cechujące rodzinę: spójność i elastyczność oraz wymiar trzeci – komunikację. Przez elastyczność rozumie się ilość zmian dokonywanych w systemie rodzinnym, wpływających na normy i role podejmowane przez jej członków, w tym kwestie przywództwa. Spójność określa bliskość emocjonalną pomiędzy członkami rodziny, a także możliwość dążenia do autonomii w relacjach. Ich umiarkowany poziom zapewnia najkorzystniejsze funkcjonowanie rodzin. Zbyt niska elastyczność określana jest jako sztywność, a zbyt wysoka jako chaotyczność. Zbyt niska spójność to niezwiązanie, a zbyt wysoka – splątanie. Komunikacja stanowi wymiar pomocniczy, lecz od niej zależy efektywność porozumiewania się w systemie rodzinnym oraz możliwość dokonania zmian w zakresie spójności i elastyczności.

Z kolei propozycja Baumrind obejmuje cztery podstawowe style wychowania dziecka: permissywny, autorytarny, demokratyczny (autorytatywny) oraz odrzucająco-obojętny. Styl permissywny wiąże się z liberalnym wychowaniem opartym na miłości, potrzebie rozumienia zachowań dziecka, a także ograniczaniu kontroli i wymagań mu stawianych. Styl autorytarny wymaga posłuszeństwa, charakteryzując się sztywnymi i konsekwentnymi granicami stawianymi przez rodzica, niejednokrotnie z wykorzystaniem siły. Styl demokratyczny cechuje się jasno wytyczonymi granicami i kontrolą, jednak rodzic wrażliwie reaguje na potrzeby dziecka, okazując mu ciepło. Styl odrzucająco-obojętny charakteryzuje rodziców, którzy nie dają wsparcia, nie reagują na potrzeby dziecka i podejmują zachowania prowadzące do zaniedbywania obowiązków rodzicielskich czy też odrzucenia dziecka. Zaproponowane przez Baumrind style wychowania Olson i Gorall (2006) umieścili na modelu kołowym, wiążąc styl demokratyczny z umiarkowanymi poziomami spójności i elastyczności, styl autorytarny – ze sztywnością i splątaniem, permissywny – z chaotycznością i splątaniem, a styl odrzucająco-obojętny – z niezwiązaniem, chaotycznością i sztywnością.

MODEL UWARUNKOWAŃ ZACHOWAŃ ŻYWIENIOWYCH W RODZINIE DZIECKA Z OTYŁOŚCIĄ

Opierając się na tych koncepcjach i danych empirycznych, Pasztak-Opilka zbudowała model uwarunkowań zachowań żywieniowych (zmienna zależna) w rodzinie dziecka z otyłością, obejmujący dwa podstawowe obszary: system rodzinny oraz fizyczno-społeczno-kulturowe tło jego funkcjonowania (Rysunek 1). W obszarze rodziny uwagę zwracają relacje pomiędzy dzieckiem, rodzicami i pozostałymi jej członkami, których działania mogą kształtować zachowania żywieniowe, ujęte w przestrzeni modelu kołowego Olsona, obejmującego style wychowawcze proponowane przez Baumrind. Po stronie rodziców za najważniejsze zmienne uznano stosowane przez nich style wychowawcze oraz subiektywną ocenę cech systemu rodzinnego (spójności, elastyczności, komunikacji i satysfakcję z funkcjonowania rodziny). Istotne w kreowaniu zachowań żywieniowych, które w konsekwencji mogą sprzyjać otyłości, są również: percepcja otyłości dziecka, otyłość własna rodzica i styl życia (dieta oraz aktywność fizyczna). Po stronie dziecka najważniejsze wydają się: temperament, ocena stylów wychowawczych i subiektywna ocena systemu rodzinnego. Podkreślono również znaczenie percepcji własnej otyłości i stylu życia. U innych członków rodziny (głównie dziadków, zaangażowanych w jej codzienne życie) najważniejsze zmienne to percepcja otyłości dziecka i styl życia. Istotny jest społeczno-ekonomiczny kontekst funkcjonowania rodziny, na który składa się aktywność zawodowa, wykształcenie oraz związany z nimi poziom dochodów, jakimi dysponuje rodzina, pozwalający podejmować zarówno aktywność fizyczną, jak i zaspokajać potrzeby żywieniowe na różnym poziomie. W środowisku zewnętrznym szczególną rolę odgrywają: opieka medyczna, warunki sprzyjające podejmowaniu aktywności fizycznej, wsparcie społeczne, a także wpływy kulturowe.



Rysunek 1. Model uwarunkowań zachowań żywieniowych w rodzinie: A. Paszta-Opilka (z elementami Olson i Gorall, 2006).

Model opiera się na podstawowych hipotezach:

1. Ocena systemu rodzinnego oraz style wychowawcze prezentowane przez rodziców kształtują zachowania żywieniowe w rodzinie.
2. Istotne znaczenie w kwestii kształtowania i zmiany zachowań żywieniowych odgrywa otyłość członków rodziny oraz percepcja otyłości dziecka.
3. Zachowania żywieniowe dziecka regulowane są przez czynniki wewnętrzne (tj. cechy temperamentalne) oraz zewnętrzne (np. zachowania żywieniowe rodziców i cechy środowiska, w jakim rodzina funkcjonuje).
4. Na zachowania żywieniowe istotny wpływ wywiera status socjoekonomiczny rodziny oraz jego konsekwencje.

PRZEGLĄD BADAŃ UZASADNIAJĄCYCH ZAŁOŻENIA MODELU

Wpływ stylów wychowawczych oraz oceny systemu rodzinnego na zachowania żywieniowe w rodzinie

Styl wychowania, stosowany przez rodziców poprzez wymagania, kontrolę rodzicielską, stawianie granic i ich respektowanie, kształtuje zachowania żywieniowe. Nawet 4-krotnie większe zagrożenie nadmierną masą ciała dotyka dzieci rodziców stosujących styl autorytarny (Yavus i Selcuk, 2018). U dzieci matek permissywnych i zanedbujących ryzyko indeksu masy ciała (BMI) ≥ 95 percentyla rośnie dwukrotnie w stosunku do dzieci matek demokratycznych (Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti i Bradley, 2006). Olvera i Power (2009) oraz Rutledge (2003) podkreślają, że ryzyko nadmiernej masy ciała u dzieci matek permissywnych wzrasta w sytuacji, gdy cechują się one wyższym statusem socjoekonomicznym i są aktywne zawodowo. Mniej przebywają w domu, przez co dziecko może doświadczać poczucia samotności, zaniechania i łagodzić te stany przejadaniem się. Emocjonalne jedzenie znacznie rzadziej występuje u dzieci rodziców ze stylem demokratycznym, zapewniających wsparcie i zrozumienie, a także poświęcających im więcej czasu. Styl ten okazuje się najbardziej korzystny w zapobieganiu otyłości (Darling i Steinberg, 1993; Kitzman-Ulrich i in., 2010).

Blissett i Haycraft (2008) analizowały zależność między stylem karmienia dziecka a stylami wychowawczymi rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. Wyróżniły trzy style karmienia: (1) monitorowanie spożywanych przez dziecko niezdrowych posiłków, (2) ograniczanie jedzenia i wykorzystywanie go jako nagrody oraz (3) wywieranie nacisku na spożywanie określonych potraw, niejednokrotnie wbrew woli dziecka. Styl permissywny jest związany z mniejszym monitorowaniem niezdrowej żywności spożywanej przez dzieci, co utrudnia leczenie otyłości i zaburza samoregulację.

Nie tylko style wychowawcze, ale i cechy systemu rodzinnego wpływają na zachowania żywieniowe. Kształtowaniu prawidłowych zachowań sprzyjają umiarkowane poziomy spójności i elastyczności, prawidłowa komunikacja oraz satysfakcja z życia rodzinnego (Mróz i Kaleta, 2013). Jednak wraz z nadmier-

nym wzrostem poziomu spójności częstsze stają się zachowania żywieniowe stymulowane czynnikami zewnętrznymi w sytuacjach trudnych (Hasenboehler, Munsch, Meyer, Kappler i Vögele, 2009). Można to wyjaśnić krzywoliniową hipotezą Olsona zakładającą, że zbyt wysokie poziomy spójności czy elastyczności okazują się dysfunkcyjne – splątanie osłabia zdolność do samoregulacji w aspekcie odczuwania głodu i sprzyja jedzeniu w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne. Znaczenie spójności badały również Frontini, Canavarro i Moreira (2017). Wyższy jej poziom u nastolatków podnosi ocenę własnego ciała i poziomu życia społecznego oraz wiąże się z niższym poziomem objawów internalizacyjnych. Spójna rodzina daje poczucie bezpieczeństwa i korzystnie wpływa na relacje rodzinne, dzięki czemu dziecko może otwarcie ujawniać swoje obawy czy wstyd, wynikające z otyłości. Okazało się, że relacja pomiędzy spójnością a objawami internalizacyjnymi ma charakter pośredni, w którym mediatorami są ocena własnego ciała i życie społeczne.

Badania Nascimento i współpracowników (2015) ukierunkowane na ocenę jakości życia dzieci w perspektywie rodziców ujawniły, że rodzice dzieci z nadwagą i otyłością zgłaszają trudności w obszarze funkcjonowania fizycznego, samooceny, ale i niższy poziom spójności rodzinnej. Między dziećmi i rodzicami istnieją jednak różnice w ocenie rodzin, postrzeganiu komunikacji i stylów wychowawczych (Cyril, Halliday, Green i Renzaho, 2016). Dzieci częściej sygnalizują zaburzenia w funkcjonowaniu systemu i rzadziej oceniają styl jako demokratyczny. Szczególnego znaczenia nabiera zaburzona komunikacja między członkami rodziny i wysoki poziom rodzinnych konfliktów. Młodzież nie stosująca się do zaleceń interwencyjnych częściej od pozostałych negatywnie ocenia funkcjonowanie rodziny oraz relacje i wsparcie otrzymywane od rodziców w procesie leczenia. Zaobserwowano w tej grupie niższe poczucie własnej skuteczności i ocenę jakości życia, a co trzeci nastolatek nie widział potrzeby podejmowania jakichkolwiek działań interwencyjnych (Tabak, Oblacińska i Jodkowska, 2014).

Znaczenie otyłości członków rodziny oraz percepcji otyłości dziecka przez jego najbliższych

Najważniejszym predyktorem otyłości dziecka jest otyłość matki, jako głównego opiekuna, spędzającego z dzieckiem wiele czasu i silnie kreującego zachowania żywieniowe (Gibson i in., 2007). Otyłość własna wpływa również na percepcję otyłości dziecka i na działania w procesie jego leczenia, w tym na zmianę niewłaściwych zachowań żywieniowych. Niemal połowa rodziców dzieci z nadwagą i otyłością nie dostrzega problemu, ulegając wpływom stereotypów kulturowych i łącząc nadmierną masę ciała ze zdrowiem i „słodkim” wyglądem (Guo i in., 2012). Rodzice bagatelizują wagę dziecka uznając, że „z niej wyrośnie”, za czym stoi brak rzetelnej wiedzy, nadmierna wiara w znaczenie przekazu genetycznego i powszechność otyłości, która staje się normą społeczną (Moore i in., 2016). W badaniach Bradford i współpracowników (2012) aż 86% rodziców dzieci otyłych i 53% rodziców dzieci z nadwagą uznało wagę dziecka za mieszczącą się w normie bądź też za niską. Eli, Howell, Fisher

i Nowicka (2014), badając rodziców dzieci pomiędzy 3 a 5 rokiem życia oraz dziadków, na co dzień aktywnie angażujących się w ich życie, nie zaobserwowali różnic międzypokoleniowych w niewłaściwej percepcji otyłości. Okazało się, że nie wpływa na nią również świadomość istnienia siatek centylowych i ich prawidłowe rozumienie. Badani zdawali sobie sprawę ze zdrowotnych i społecznych konsekwencji otyłości, ale zakładali, że problem staje się istotny dopiero w wieku szkolnym. W opisach wyglądu dzieci pojawiały się pieszczotliwe i pozytywne określenia, np. puchowate, masywne, solidne, krzepkie czy grubej kości. Problem niedoszacowania wagi nie dotyczy jednak wyłącznie rodzin z małymi dziećmi. W badaniach (Manios i in., 2015) prowadzonych w dziewięciu krajach europejskich niemal połowa dzieci z nadwagą i otyłością oraz jedna trzecia rodziców zaniżała wagę, co szczególnie silnie obserwowano w krajach Europy Wschodniej i Południowej. Najczęściej byli to rodzice chłopców, bezrobotni, a także rodzice dzieci z nadwagą i otyłością. W przypadku dzieci niedoszacowaniu własnej wagi sprzyjała otyłość rodziców, wiek (dzieci młodsze) oraz bezrobocie rodzica.

Wpływ cech temperamentalnych dziecka oraz zachowań żywieniowych rodziców

Tendencje do podejmowania określonych zachowań żywieniowych obserwowane są już w pierwszych latach życia i wpływają na nie cechy temperamentalne. Drażliwość ujawniana w okresie niemowlęcym jest wiązana w późniejszym wieku ze spożywaniem większej ilości węglowodanów (Wells i in., 1997). Wysoki poziom emocjonalności i nieśmiałości koreluje z niechęcią próbowania nowych potraw (Pliner i Loewen, 1997). U dzieci impulsywnych częściej obserwuje się jedzenie emocjonalne w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne (Farrow, 2012). Zdolność do regulowania wartości spożywanych posiłków w oparciu o wewnętrzne sygnały głodu jest wrodzona (Fox, Denavey, Reidy, Razafindrakoto i Ziegler, 2006), ale w ramach socjalizacji dziecko stopniowo uwrażliwia się na sygnały pochodzące ze środowiska zewnętrznego, takie jak zapach i wygląd jedzenia czy rytuały z nim związane. Istotny wpływ na sposób odżywiania dziecka oraz jego masę ciała wywierają więc zachowania żywieniowe rodziców. Hood i współpracownicy (2000) wskazują na wzrost ryzyka otyłości u dzieci rodziców stosujących nadmierne restrykcje dietetyczne, nie mających kontroli nad własną dietą i wykazujących rozhamowanie dietetyczne albo naprzemiennie stosujących obie te strategię. Dzieci, modelując zachowania rodziców, nie nabywają prawidłowych wzorców żywieniowych, a szczególnie silny efekt obserwuje się, gdy zaburzone wzorce odżywiania występują u obojga rodziców. W rezultacie dziecko może zatracić naturalną regulację odczuwania głodu i sytości na rzecz regulacji zewnętrznej, co sprzyja otyłości.

Wpływ statusu socjoekonomicznego na styl życia rodziny

Otyłość dotyczy najczęściej środowisk z niższym statusem socjoekonomicznym oraz gorszym dostępem do opieki medycznej (WHO, 2015). Co istotne, w kra-

jach rozwijających się dotyka głównie wyższych warstw społecznych, wiążąc się z nadmiernym spożyciem kalorii, zaś w krajach rozwiniętych – niższych warstw, co wynika z ekonomicznych ograniczeń w dostępie do zdrowej żywności i do możliwości angażowania się w aktywność fizyczną (Van Hook i Balistreri, 2007). Istotny czynnik stanowi wykształcenie matki, gdyż edukacja sprzyja nabywaniu wiedzy o zdrowych i niezdrowych zachowaniach żywieniowych przekazywanej dziecku (Keane, Layte, Harrington, Kearney i Perry, 2012). Ważna jest również struktura rodziny. Wychowywanie przez samotnego rodzica lub funkcjonowanie w mało licznej rodzinie (do trzech członków) zwiększa ryzyko otyłości (Guo i in., 2012). Coraz więcej rodziców wychowuje dziecko samotnie lub zakłada nowe rodziny, a zgodnie z założeniami teorii systemowych każda ze zmian w strukturze rodziny przekłada się na jej funkcjonowanie, pociągając za sobą zmiany nawyków żywieniowych i stając się źródłem stresu (Hernandez, Pressler, Dorius i Mitchell, 2014).

Od statusu socjoekonomicznego zależy ilość czasu, jaki rodzic spędza z dzieckiem, i sposób jego spędzania. Podkreśla się znaczenie wspólnej aktywności fizycznej oraz poziomu stymulacji poznawczej, zapewnianej przez rodzica. Zaledwie 42% dzieci w wieku wczesnoszkolnym podejmuje aktywność w wymiarze jednej godziny dziennie, a odsetek ten drastycznie spada w okresie dojrzewania do 8% (Troiano i in., 2008). Zdaniem Mutz i Albrecht (2017) większą aktywność prezentują dzieci rodziców wyżej wykształconych i z lepszymi dochodami. Badacze wyróżnili cztery mechanizmy motywujące dzieci do zajęć ruchowych: (1) aktywność fizyczna rodzica i naśladowanie jej przez dziecko, (2) zachęcanie i towarzyszenie dziecku w zajęciach, (3) zapewnienie warunków (zakup sprzętów sportowych i korzystanie z obiektów sportowych) oraz (4) traktowanie sportu jako wartości, sprzyjającej rozwojowi osobowości i budowaniu relacji społecznych. Strauss i Knight (1999) jako czynnik kluczowy w rozwoju otyłości traktują pochodną statusu socjoekonomicznego, jaką jest poziom stymulacji poznawczej. W rodzinach, w których stymulacja znajduje się na niskim bądź średnim poziomie, istnieje ponad dwukrotnie wyższe ryzyko otyłości niż w rodzinach o wysokim poziomie stymulacji.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Zaprezentowane powyżej wyniki badań potwierdzają słuszność hipotez, na których opiera się prezentowany w artykule model.

1. Style wychowawcze rodziców oraz cechy systemów rodzinnych kształtują zachowania żywieniowe w rodzinie:

- otyłość częściej pojawia się u dzieci rodziców stosujących styl autorytarny, permissywny lub obojętno-odrzucający, zaś styl demokratyczny okazuje się najbardziej korzystnym w jej zapobieganiu i w kształtowaniu właściwych nawyków żywieniowych;

- umiarkowane poziomy spójności i elastyczności, prawidłowa komunikacja oraz wysoki poziom satysfakcji z życia rodzinnego sprzyjają kształtowaniu właściwych zachowań żywieniowych.

2. Otyłość członków rodziny oraz percepcja otyłości dziecka wpływają na zachowania żywieniowe:

- szczególne znaczenie ma otyłość matki. Jest ona silnym predyktorem otyłości dziecka, a dodatkowo matka najsilniej wpływa na kształtowanie zachowań żywieniowych;

- otyłość rodzica sprzyja zaniżaniu wagi dziecka i bagatelizowaniu problemu, co utrudnia podejmowanie skutecznej interwencji i zmianę niewłaściwych zachowań żywieniowych w rodzinie;

- znajomość siatek centylowych oraz rzetelna wiedza dotycząca otyłości nie zawsze idą w parze z dostrzeganiem problemu u własnego dziecka.

3. Wpływ cech temperamentalnych dziecka oraz zachowań żywieniowych rodziców:

- cechy temperamentalne dziecka (np. impulsywność, drażliwość, wysoki poziom emocjonalności) sprzyjają kształtowaniu niewłaściwych zachowań żywieniowych i otyłości w późniejszym wieku;

- niewłaściwe zachowania żywieniowe rodziców (rozhamowanie dietetyczne, restrykcje dietetyczne, brak kontroli nad własną dietą) sprzyjają kształtowaniu niewłaściwych zachowań żywieniowych u dzieci.

4. Status socjoekonomiczny rodziny istotnie wpływa na jej styl życia oraz na zachowania żywieniowe:

- kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych dziecka sprzyjają: wyższe wykształcenie rodziców, wyższy poziom ich dochodów, struktura rodziny (np. rodzina pełna), większa ilość czasu spędzanego z rodzicami, zdrowy styl życia rodziców (właściwa dieta i podejmowana aktywność fizyczna).

Zaprezentowany model wyjaśnia proces kształtowania zachowań żywieniowych. Warto również w rozważaniach pójść o krok dalej i w świetle szerzącej się epidemii otyłości zastanowić się, które ze zmiennych w nim ujętych są szczególnie istotne na etapie interwencji. Niewątpliwie do zmiennych takich należą cechy systemu, ujęte na modelu kołowym. Uzark, Becker, Dielman, Rocchini i Katch (1988) wyróżnili pięć barier utrudniających skuteczną interwencję: (1) poczucie osobistej kontroli nad wagą, (2) spostrzegane przeszkody na drodze utraty wagi, (3) problemy zdrowotne, będące przyczyną otyłości, i (4) problemy rodzinne oraz (5) chęć pozostałych członków rodziny do podjęcia diety wraz z dzieckiem. Zaburzenia w funkcjonowaniu systemu będą utrudniały wprowadzenie skutecznej interwencji na różnych jej etapach. W kształtowaniu nowych, prawidłowych zachowań żywieniowych podkreśla się konieczność podjęcia zmian w diecie przez wszystkich członków rodziny (Moore i in., 2016), co bywa trudne do zrealizowania w rodzinach dysfunkcyjnych, zwłaszcza z zaburzoną komunikacją. Badania Pasztak-Opilki (2016) ujawniły, że u 89% dzieci wymagających leczenia zaleceniami dietetycznymi objęto wyłącznie dziecko, a najbliżsi spożywali zabronione produkty w jego obecności lub też były one ogólnie dostępne w domu (mimo faktu, iż w 75% otyłość dotyczyła również rodziców!). W co trzeciej rodzinie zabrakło konsekwencji oraz jednolitych zachowań ze strony dorosłych – jeden rodzic przestrzegał zaleceń dietetycznych, zaś drugi lub dziadkowie karmili dziecko zakazanymi produktami w tajemnicy. Zachowania takie w pewien sposób wyjaśniają badania,

jakie przeprowadzili Boutelle, Feldman i Naumark-Sztainer (2012). Wyróżnili oni cztery bariery utrudniające leczenie, związane z relacją nastolatka z rodzicem: (1) trudność w skutecznej komunikacji, (2) poczucie braku kontroli nad decyzjami nastolatków w zakresie zachowań żywieniowych i aktywności fizycznej, (3) troska o dobre samopoczucie dziecka oraz (4) poczucie winy rodzica, związane z pojawieniem się otyłości. Rodzice obawiają się labilności emocjonalnej, zwłaszcza podczas rozmów na temat otyłości, które mogłyby doprowadzić do irytacji i zranić dziecko. Lęk o dobre samopoczucie silnie kształtuje wzajemne relacje i doświadczają go głównie rodzice, którzy sami borykali się z otyłością w okresie dojrzewania i chcą zaoszczędzić dziecku negatywnych doświadczeń. Rodzice zgłaszają poczucie bezradności w zakresie oddziaływania na decyzje nastolatka oraz brak możliwości reagowania w sytuacji, gdy przebywa on poza domem. Akcentują znaczenie wsparcia udzielanego dziecku, zwłaszcza w okresach frustracji, gdy pomimo wprowadzenia diety, podejmowania zalecanej aktywności ruchowej i związanych z tym wyrzeczeń, waga ciała nie spada. Do podobnych wniosków doszli Schalkwijk i współpracownicy (2015), akcentujący środowiskowe aspekty (ujęte graficznie w zewnętrznych warstwach prezentowanego tu modelu) i uznający, że dla dzieci istotne znaczenie ma wsparcie społeczne ze strony rówieśników, które wzmacnia ich motywację i sprzyja postępom w leczeniu. Rodzice silnie podkreślają rolę lekarza pierwszego kontaktu na wszystkich etapach leczenia i po jego zakończeniu. Istotne dla nich znaczenie ma wsparcie otrzymywane od pozostałych członków rodziny, zaangażowanych na co dzień aktywnie w jej funkcjonowanie. Jak się okazuje, przeszkodę w leczeniu otyłości dziecka stanowią często sytuacje wymagające zgodnie z tradycją podania określonych potraw (np. odwiedziny gości oraz brak wsparcia ze strony pozostałych członków rodziny – głównie dziadków, którzy okazują uczucia, przynosząc dziecku zakazane produkty). Lepiej stosują się do zaleceń, gdy w przeszłości doświadczali negatywnych konsekwencji własnej otyłości, albo docierają do nich sygnały, że dziecko jest stygmatyzowane w środowisku rówieśniczym. Podkreślając znaczenie funkcjonowania systemu rodzinnego stwierdzono również, że jedną z głównych różnic pomiędzy rodzinami borykającymi się z otyłością a pozostałymi stanowi rodzicielskie poczucie kontroli nad dietą dziecka. Dziecko o prawidłowej masie ciała pyta rodziców o pozwolenie zjedzenia jakiegoś produktu, dziecko z nadwagą informuje rodziców, że go zje, zaś dziecko z otyłością zjada go w tajemnicy (Rodríguez i in., 2016).

Przedstawiony model jest obecnie testowany empirycznie w grupie dzieci leczonych w Poradni Chorób Metabolicznych Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach i ich rodziców, w ramach projektu „Ocena stanu psychicznego otyłych dzieci i młodzieży oraz ocena funkcjonowania ich rodzin”, realizowanego przy porozumieniu o współpracy naukowo-badawczej pomiędzy Uniwersytetem Śląskim a Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach. Na jego bazie powstało narzędzie do badania nawyków żywieniowych w rodzinie, które aktualnie poddawane jest walidacji. Testowany model oraz narzędzie utworzone na jego założeniach mają za zadanie w sposób systemowy poznać i zrozumieć funkcjonowanie rodzin otyłych dzieci i młodzieży i w dalszej

perspektywie przyczynić się do zbudowania modelu skutecznej interwencji. Zaproponowany model w założeniu ma pozwolić na spójną ocenę dziecka otyłego i jego rodziny, z jednoczesnym uwzględnieniem cech systemu rodzinnego i czynników zewnętrznych oddziałujących na niego, w połączeniu z indywidualnymi preferencjami żywieniowymi dziecka.

LITERATURA CYTOWANA

- August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Lustig, R. H. i Montori, V. M. (2008). Prevention and treatment of pediatric obesity: An endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *The Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 93(12), 4576-4599.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance abuse. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Blissett, J. i Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, 50(2), 477-485.
- Boutelle, K. N., Feldman, S. i Neumark-Sztainer, D. (2012). Parenting an overweight or obese teen: Issues and advice from parents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(6), 500-506.
- Bradford, K., Kihlstrom, M., Pointer, I., Skinner, A. C., Slivka, P. i Perrin, E. M. (2012). Parental attitudes toward obesity and overweight screening and communication for hospitalized children. *Hospital Pediatrics*, 2(3), 126-132.
- Cichecka-Wilk, M. (2013). Zachowania żywieniowe dzieci z otyłością prostą w świetle wyników badań własnych. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, 243-275.
- Cyril, S., Halliday, J., Green, J. i Renzaho, A. M. N. (2016). Relationship between body mass index and family functioning, family communication, family type and parenting style among African migrant parents and children in Victoria, Australia: A parent-child dyad study. *BMC Public Health*, 16, 707.
- Darling, N. i Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Eli, K., Howell, K., Fisher, P. A. i Nowicka, P. (2014). „A little on the heavy side”: A qualitative analysis of parents’ and grandparents’ perceptions of preschoolers’ body weights. *BMJ Open*, 4(12), 006609.
- Farrow, C. V. (2012). Do parental feeding practices moderate the relationships between impulsivity and eating in children? *Eating Behaviors*, 13(2), 150-153.
- Fox, M. K., Devaney, B., Reidy, K., Razafindrakoto, C. i Ziegler, P. (2006). Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: Evidence of self-regulation. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(1), 77-83.
- Frontini, R., Canavarro, M. C. i Moreira, H. (2017). Family cohesion and psychopathological symptoms in pediatric obesity: Is there an indirect effect? *Children's Health Care*, 47(1), 101-117.

- Gibson, L. Y., Byrne, S. M., Davis, E. A., Blair, E., Jacoby, P. i Zubrick, S. R. (2007). The role of family and maternal factors in childhood obesity. *Medical Journal of Australia*, 186(11), 591-595.
- Goryńska-Goldmann, E. i Ratajczak, P. (2010). Świadomość żywieniowa a zachowania żywieniowe konsumentów. *Journal of Agribusiness and Rural Development*, 4(18), 41-48.
- Gowey, M. A., Reiter-Purtill, J., Becnel, J., Peugh, J., Mitchell, J. E., Zeller, M. H., TeenView Study Group (2016). Weight-related correlates of psychological dysregulation in adolescent and young adult (AYA) females with severe obesity. *Appetite*, 99, 211-218.
- Guo, X., Zheng, L., Li, Y., Yu, S., Sun, G., Yang, H. i Sun, Y. (2012). Differences in lifestyle behaviors, dietary habits, and familial factors among normal-weight, overweight, and obese Chinese children and adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 120.
- Hancock, T. i Perkins, F. (1985). The Mandala of Health: A conceptual model and teaching tool. *Health Education*, 24, 8-10.
- Hasenboehler, K., Munsch, S., Meyer, A. H., Kappler, C. i Vögele, C. (2009). Family structure, body mass index and eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 332-338.
- Hernandez, D. C., Pressler, E., Dorius, C. i Mitchell, K. S. (2014). Does family instability make girls fat? Gender differences between instability and weight. *Journal of Marriage & Family*, 76(1), 175-190.
- Hood, M. Y., Moore, L. L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L. A. i Ellison, R. C. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, 24(10), 1319-1325.
- International Association for the Study of Obesity (2011). Pobrano z: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/02/04/index.html?contentType=itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-19-enmimeType=text%2FhtmlcontainerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991312 accessItemIds
- Keane, E., Layte, R., Harrington, J., Kearney, P. M. i Perry, I. J. (2012). Measured parental weight status and familial socio-economic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. *PloS One*, 7(8), e43503.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., George, S. M. S., Lawman, H., Segal, M. i Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 231-253.
- Manios, Y., Moschonis, G., Karatzi, K., Androutsos, O., Chinapaw, M. ... i Brug, J. (2015). Large proportions of overweight and obese children, as well as their parents, underestimate children's weight status across Europe. The ENERGY project. *Public Health Nutrition*, 18(12), 2183-2190.
- Moore, E. S., Wilkie, W. L. i Desrochers, D. M. (2016). All in the family? Parental roles in the epidemic of childhood obesity. *Journal of Consumer Research*, 43(5), 824-859.

- Mróz, J. i Kaleta, K. (2013). Struktura relacji w rodzinie pochodzenia a zachowania prozdrowotne dorosłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(2), 239-246.
- Mutz, M. i Albrecht, P. (2017). Parents' social status and children's daily physical activity: The role of familial socialization and support. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11), 3026-3035.
- Nascimento, M. M. R., Melo, T. R., Pinto, R. M. C., Morales, N. M. O., Mendonça, T. M. S., Paro, H. B. M. S. i Silva, C. H. M. (2015). Parents' perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight. *Journal de Pediatria*, 92(1), 65-72.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H. i Gorall, D. M. (2006). *Faces IV and the Circumplex Model*. Saint Paul, MN: Life Innovations, Inc.
- Olvera, N. i Power, T. G. (2009). Brief report: Parenting styles and obesity in Mexican American children. A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 243-249.
- Pasztak-Opilka, A. (2016). Psychospołeczne wymiary otyłości u dzieci i młodzieży a możliwość skutecznej interwencji. [W:] *Konferencja Naukowa „Otyłość wieku rozwojowego. Od przyczyn do konsekwencji. Rola chirurgii bariatrycznej w leczeniu otyłości”*, Katowice, 19-20.09.2016.
- Pliner, P. i Loewen, E. R. (1997). Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite*, 28(3), 239-254.
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. i Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047-2054.
- Rodríguez, C. C., Chávez, L. E. O., Serrano, M. D. L. P., Cabrera, T. D. J. V., Solis, M. G. O., González, M. Á. i de León, J. C. B. (2016). Children and parents' perceptions of family functioning relating to childhood obesity. *Advances in Applied Sociology*, 6(10), 330-343.
- Rutledge, J. M. (2003). *Parenting style differences in overweight versus non-overweight children and the potential moderating effects of socioeconomic status and ethnicity*. Pobrano z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?>
- Schalkwijk, A. A. H., Bot, S. D. M., de Vries, L., Westerman, M. J., Nijpels, G. i Elders, P. J. M. (2015). Perspectives of obese children and their parents on lifestyle behavior change: A qualitative study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 102.
- Słowska, Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1(1-2), 37-52.
- Strauss, R. S. i Knight, J. (1999). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*, 103(6), 1-8.
- Swinburn, B., Egger, G. i Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29(6), 563-570.

- Tabak, I., Oblacińska, A. i Jodkowska, M. (2014). Psychospołeczne czynniki sprzyjające stosowaniu diety przez nastolatków z nadmiarem masy ciała. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2), 120-125.
- Troiano, R. P., Berrigan, D., Dodd, K. W., Masse, L. C., Tilert, T. i McDowell, M. (2008). Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(1), 181-188.
- Uzark, K. C., Becker, M. H., Dielman, T. E., Rocchini, A. P. i Katch, V. (1988). Perceptions held by obese children and their parents: Implications for weight control intervention. *Health Education Quarterly*, 15(2), 185-198.
- Van Hook, J. i Balistreri, K. S. (2007). Immigrant generation, socioeconomic status, and economic development of countries of origin: A longitudinal study of body mass index among children. *Social Science Medicine*, 65(5), 976-989.
- Wells, J. C., Stanley, M., Laidlaw, A. S., Day, J. M., Stafford, M. i Davies, P. S. (1997). Investigation of the relationship between infant temperament and later body composition. *International Journal of Obesity*, 21(5), 400-406.
- WHO. World Human Organisation (2015). Pobrano z: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/commission-ending-childhood-obesity-interim-report.pdf>
- Yavuz, H. M. i Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite*, 120, 491-499.