RÓŻNICE W DOJRZAŁOŚCI ŻYWIENIOWEJ I WADZE CIAŁA (BMI) MATEK DZIECI PRZEDSZKOLNYCH ZE WZGLĘDU NA CECHY SOCJODEMOGRAFICZNE

DIFFERENCES IN EATING MATURITY AND BODY WEIGHT (BMI) OF PRE-SCHOOL CHILDREN'S MOTHERS WITH RESPECT TO SOCIODEMOGRAPHIC FEATURES

Anna Najder, Adrianna Potocka

Zakład Psychologii Pracy
Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadmiarowa waga stanowi narastający problem społeczny, dlatego dociekanie do jej źródeł znajduje się w centrum zainteresowania nie tylko badaczy.
Cel. Celem pracy była weryfikacja, czy racjonalne odżywianie (RO) oraz dojrzałość psychospołeczna (DP) jako aspekty dojrzałości żywieniowej (DŻ) wiążą się ze wskaźnikiem BMI oraz czy istnieją różnice w poziomie DŻ i BMI ze względu na cechy socjodemograficzne, w tym region zamieszkania.
Materiał i metody. W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Dojrzałości Żywieniowej przeznaczony do oceny RO i DP. Badanie przeprowadzono wśród 400 kobiet (mieszkanek miast i wsi) z województw: lubuskiego, lubelskiego, pomorskiego, śląskiego oraz mazowieckiego.
Wyniki i wnioski. Średnie BMI wśród przedstawicielek wszystkich badanych województw znajdowało się w normie. Wykazano, że im większa DP, tym mniejsze BMI ($r = -0{,}19$, $p < 0{,}05$), a RO rośnie z wiekiem ($r = 0{,}12$, $p < 0{,}05$). Wykazano istotne różnice w BMI między matkami na urlopie wychowawczym a matkami pracującymi ($t = 2{,}11$, $df = 398$, $p < 0{,}05$). Kobiety z województw mazowieckiego i pomorskiego charakteryzowały się największą DŻ, z województwa lubuskiego – najmniejszą. Mieszkanki województwa lubuskiego istotnie różniły się od respondentek pozostałych województw – były najmłodsze, o najniższych wynikach RO. Zróżnicowanie wyników w zakresie DŻ i BMI względem cech socjodemograficznych wskazuje, że problematyka masy ciała jest zagadnieniem wieloaspektowym. Na kształtowanie się otyłości wpływa złożony układ czynników psychologicznych i socjodemograficznych, których nie powinno się traktować niezależnie.

SŁOWA KLUCZOWE: dojrzałość żywieniowa, BMI, otyłość, czynniki psychologiczne, czynniki socjodemograficzne.

ABSTRACT

Introduction. Overweight is an increasing social problem. Thus, investigating its sources and reasons is of great significance and it arouses not only of researches' interest.
Aim. The aim of the study was to verify: whether rational eating (RE) and psychosocial maturity (PM) – as the aspects of eating maturity (EM) – are associated with BMI and whether there are any differences in the level of EM and BMI with respect to sociodemographic features, including the place of residence.
Material and methods. The Questionnaire of Eating Maturity was used to assess RE and PM. The study was conducted on the group of 400 women (living in the city and the village) from 5 Polish voivodeships.
Results and conclusions. The average BMI in the studied group was on the standard level. The higher the PM, the lower the BMI ($r = -0.19$, $p < 0.05$), and the older the individual, the higher his/her RE ($r = 0.12$, $p < 0.05$). There were significant differences in BMI between women on maternity leaves and working mothers ($t = 2.11$, $df = 398$, $p < 0.05$). Women from mazowieckie and pomorskie voivodeships had the highest EM, whereas from lubuskie – the lowest. Women from lubuskie were the youngest and had the lowest RE. The differentiation of EM and BMI results as regards socio-demographic factors indicates that the body weight is a multifactorial issue. Obesity is influenced by psychological as well as socio-demographic features that should not be considered separately.

KEYWORDS: eating maturity, BMI, obesity, psychological factors, sociodemographic factors.

Wprowadzenie

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w ciągu ostatnich dwóch dekad liczba osób otyłych na świecie podwoiła się. Zgodnie z tymi szacunkami w 2008 roku 35% osób powyżej 20 roku życia było otyłych, a co dziesiąty mieszkaniec naszej planety był otyły (11%). Łącznie problem nadmiarowej wagi ciała dotknął już ponad 1,4 biliona osób dorosłych [1].

Według danych GUS aż 52,2% dorosłych Polaków ma nadwagę lub otyłość. W populacji polskich mężczyzn 44,8% ma nadwagę, a 16,6% jest otyłych.

W przypadku kobiet wartości te wynoszą odpowiednio 30% i 15,2% [2].

Nadmiarowa waga ciała stanowi przyczynę wielu poważnych schorzeń, m.in. ze strony układu sercowo-naczyniowego, czy chorób metabolicznych. Ponadto nadwaga i otyłość niosą za sobą poważne konsekwencje dla jednostki w sferze psychologicznej i społecznej: obniżone poczucie własnej wartości, obniżony nastrój, niezadowolenie z wyglądu i w końcu wycofanie się z kontaktów międzyludzkich [3]. Konsekwencje te ujawniają się nie tylko na poziomie indywidualnym, ale także w szerszym kontekście, bowiem koszty związane z leczeniem otyłości szacuje się na 2 do nawet 7% wysokości wszystkich wydatków przeznaczanych na opiekę zdrowotną w krajach rozwiniętych. Z tego powodu kwestie nadwagi i otyłości zaczęły mieć charakter społeczny i stały się niezwykle istotne. Walka z tym problemem wymaga podejmowania kompleksowych działań zarówno na poziomie indywidualnym, jak i globalnym.

Powszechnie wiadomo, że nadwaga i otyłość najczęściej odzwierciedlają prowadzony styl życia. Oznacza to, że styl życia może przyczyniać się do niewłaściwej wagi ciała, ale jednocześnie to, że nadwadze i otyłości można zapobiegać poprzez modyfikację własnych zachowań [1]. Oczywiście przyczyny nadmiarowej masy ciała są liczne, wiele ma etiologię związaną z układami funkcjonalnymi organizmu. Obecnie jednak najczęstszą przyczyną przybierania kilogramów jest dodatni bilans energetyczny, będący wynikiem większej ilości przyjętej w pożywieniu niż wydatkowanej energii. Odpowiedzialne są za to przede wszystkim siedzący tryb życia i nieprawidłowa dieta.

Rozważając związek między jedzeniem jako jednym z elementów stylu życia a wagą ciała, należy zwrócić uwagę na zachowania żywieniowe, należące do dużej grupy zachowań związanych ze zdrowiem [4]. Zachowania żywieniowe obejmują m.in. wybór żywności, proces nabywania produktów spożywczych, planowanie posiłków, ich przygotowywanie, częstość spożywania posiłków oraz ich jakość [5]. Każdy ich aspekt może być facylitatorem lub może utrudniać utrzymanie właściwej masy ciała. Badacze od wielu lat zmagają się z odpowiedzią na pytanie, dlaczego otyłość przybiera postać światowej epidemii i co decyduje, że problem narasta. Blundell i Gillett określili, że na kontrolę zachowań żywieniowych wpływają: a) procesy biologiczne (odzwierciedlające m.in. potrzebę jedzenia), b) procesy środowiskowe (dotyczące rozkładu posiłków w czasie oraz wpływu apetyczności i wartości odżywczych jedzenia), c) zmiany w zachowaniu, które wynikają z relacji między procesami biologicznymi i środowiskowymi, oraz d) próby samokontroli zachowania. U osób otyłych stwierdzono trudności ze sprawowaniem kontroli nad zachowaniami żywieniowymi, a tym samym jedzenie nadmiarowe [4]. Na podstawie tych i innych doniesień [6, 7, 8] wiemy, że ogromną rolę, nie tylko w procesie kontroli wagi, a także ogólnie – w kontekście prowadzenia zdrowego stylu życia, przypisuje się właściwościom psychologicznym jednostki.

Problematyka właściwości psychologicznych w kontekście prawidłowej wagi jest obecna w badaniach od dziesięcioleci. Badacze zgłębiający kwestię regulacji zachowań związanych z jedzeniem wskazują na szereg kompetencji behawioralnych (np. monitoring masy ciała, reagowanie na „sygnały alarmowe" przybierania na wadze) oraz poznawczych, jak np. jasne strategie radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami życiowymi, poczucie wewnętrznej determinacji do utrzymywania właściwej masy ciała i szeroko pojęte mechanizmy samoregulacji [6, 9].

Poza zmiennymi o charakterze psychologicznym czynniki socjodemograficzne również odgrywają rolę w kształtowaniu się nadwagi i otyłości [10]. W badaniu modelu biopsychospołecznego Baughman i wsp. istotne okazały się następujące czynniki różnicujące z tej grupy: płeć, przynależność do grupy etnicznej, lata nauki, bezrobocie i stan cywilny [11].

Chcąc zmierzyć się z poszukiwaniem związków pomiędzy właściwościami psychicznymi jednostki a masą ciała, zaplanowano badania własnego konstruktu: dojrzałości żywieniowej. Założenia leżące u podstaw teorii dojrzałości żywieniowej zostały zaczerpnięte z koncepcji dojrzałej osobowości Allporta [12]. Przyjęto, że dojrzałość żywieniowa inicjuje i ukierunkowuje zachowanie człowieka w sferze żywieniowej. Założono, że ujawnia się ona na dwóch wymiarach: kontroli motywów psychospołecznych i biologicznych. Kontrola motywów psychospołecznych – rozumiana jako aspekt dojrzałości o charakterze psychospołecznym – obejmuje przekonania dotyczące posługiwania się jedzeniem w celu zaspokajania potrzeb innych niż fizjologiczne (czyli głodu, pragnienia). Kontrola motywów biologicznych przejawia się w dojrzałości w zakresie akceptacji i przestrzegania zasad racjonalnego dostarczania energii z pożywieniem (racjonalne odżywianie), co jest odzwierciedlane w sposobie odżywiania i wiedzy na temat żywienia.

Badania nad operacjonalizacją konstruktu wykazały istnienie dwóch wymiarów DŻ [13]. Zgodnie z tymi założeniami osoba dojrzała lepiej kontroluje swoje motywy i „używa" jedzenia w sposób nieszkodliwy dla siebie. Jeśli jednostka przez większość czasu przejawia tendencje do niedostatecznej kontroli motywów i w konsekwencji zaspokaja potrzeby psychospołeczne za pomocą jedzenia, odżywia się nieracjonalnie, to jej sposób funkcjonowania staje się dla niej niekorzystny i prowadzi do zaburzeń objawiających się m.in. nadwagą. Możemy zatem założyć, że poziom dojrzałości oso-

bowości determinuje zachowania, w tym zachowania żywieniowe, włącznie z sposobem i ilością przyjmowanego pożywienia, co znajduje odzwierciedlenie w masie ciała określanej wartością wskaźnika Queteleta – *Body Mass Index* (BMI). Wskaźnik BMI (stanowiący stosunek wagi wyrażonej w kilogramach do wzrostu wyrażonego w metrach podniesionego do kwadratu) stanowi wiarygodną informację na temat tego, czy jednostka mieści się w normie wagowej.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była weryfikacja, czy poszczególne aspekty dojrzałości żywieniowej: racjonalne odżywianie oraz dojrzałość psychospołeczna wiążą się ze wskaźnikiem BMI oraz czy cechy socjodemograficzne (takie jak wykształcenie, status zawodowy czy region zamieszkania) różnicują osoby badane pod względem dojrzałości żywieniowej i wartości wskaźnika BMI.

Materiał i metody

Anonimowe badanie przeprowadzono w 2013 roku na próbie 400 kobiet posiadających co najmniej jedno dziecko w wieku 3–5 lat. Dobór do grupy miał charakter celowy względem miejsca zamieszkania. Założono badanie w pięciu województwach: za zachodzie, wschodzie, północy, południu i w centrum Polski. Z każdego województwa zbadano 40 kobiet mieszkających w mieście oraz 40 na wsi. W ten sposób uzyskano dane od 80 mieszkanek z każdego z województw: lubuskiego (LB), lubelskiego (L), pomorskiego (P), śląskiego (Ś) oraz mazowieckiego (M).

Badanie dojrzałości żywieniowej przeprowadzono z użyciem Kwestionariusza Dojrzałości Żywieniowej (KDŻ). Umożliwia on ocenę dwóch składowych DŻ: racjonalnego odżywiania oraz dojrzałości psychospołecznej. Kwestionariusz składa się z 21 twierdzeń. Zadaniem respondenta jest ustosunkowanie się do każdego z nich za pomocą czterostopniowej skali: od zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się. Wyniki dla każdego badanego obliczane są poprzez przypisanie każdej odpowiedzi wartości od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 4 (zdecydowanie nie zgadzam się). Do dwóch twierdzeń kwestionariusza należy zastosować odwróconą punktację. Punkty należy zsumować ze wszystkich pozycji dla wyniku ogólnego oraz dla każdej ze skal. Im większa suma punktów (na poziomie wyniku ogólnego w zakresie od 21 do 84), tym większa dojrzałość żywieniowa oraz im większa suma punktów dla każdej ze skal, tym większa dojrzałość przejawiająca się w przekonaniach dotyczących sposobu odżywiania (RO = <12;48>) i przekonaniach dotyczących traktowania jedzenia jako sposobu na zaspokojenie głodu fizjologicznego, a nie innych potrzeb (DP = <9;36>).

Wskaźniki zgodności wewnętrznej (0,86 dla skali RO; 0,83 dla skali DP; 0,88 dla całego kwestionariusza) wskazują, że KDŻ to narzędzie wiarygodne, spełniające powszechnie stosowane kryteria metodologiczne [13].

Wskaźnik BMI obliczono według wzoru: BMI = stosunek masy ciała wyrażonej w kg do wzrostu wyrażonego w metrach podniesionego do kwadratu, na podstawie danych (waga, wzrost) uzyskanych z ankiety demograficznej.

Przy użyciu STATISTICA 10 dla Windows wykorzystano następujące metody analiz: korelację r Pearsona, test istotności różnic T-Studenta oraz ogólne modele liniowe z testami *post hoc*.

Badanie zostało przeprowadzone metodą samoopisu w formie papierowej. Kobiety otrzymywały od ankietera zestaw kwestionariuszy, w tym KDŻ, do samodzielnego uzupełnienia. Respondentki wypełniały również ankietę demograficzną, udzielając odpowiedzi na pytania m.in. o rok urodzenia, wzrost, wagę czy status zawodowy.

Charakterystykę grupy pod względem wykształcenia, statusu zawodowego i sytuacji osobistej (jestem/nie jestem w stałym związku) prezentuje **tabela 1**.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla wykształcenia, statusu zawodowego i sytuacji osobistej ze względu na miejsce zamieszkania
Table 1. Descriptive statistics for education, occupational status and personal situation considering the place of residence

Statystyki opisowe *Descriptive statistics*		Ogółem *Total* (N = 400)		Miasto *City* (N = 202)		Wieś *Village* (N = 198)	
		N	%	N	%	N	%
Wykształcenie *Education*	podstawowe *primary*	10	2,50%	6	2,97%	4	2,02%
	zasadnicze zawodowe *basic vocational*	74	18,50%	22	10,89%	52	26,26%
	średnie *general secondary*	172	43,00%	81	40,10%	91	45,96%
	wyższe lic. *bachelor*	93	23,25%	55	27,23%	38	19,19%
	wyższe mgr. *master*	51	12,75%	38	18,81%	13	6,57%
Stały związek *Stable relationship*	tak *yes*	343	85,75%	175	86,63%	168	84,85%
	nie *no*	57	14,25%	27	13,37%	30	15,15%
Sytuacja zawodowa *Occupational status*	pracujący *working*	366	91,50%	187	92,57%	179	90,40%
	na urlopie wychowawczym *on maternity leave*	34	8,50%	15	7,43%	19	9,60%
Wymiar pracy *Form of employment*	pełny etat *full time job*	124	33,88%	56	29,95%	68	37,99%
	niepełny etat *part time job*	242	66,12%	131	70,05%	111	62,01%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Wyniki

Tabele 2a i **2b** prezentują korelacje między wiekiem i BMI osób badanych a wynikami w skalach KDŻ z podziałem na wielkość miejsca zamieszkania (miasto/wieś) oraz z podziałem na województwa. W badanej grupie kobiet wyniki w skali RO miały związek z wiekiem – wartości były tym wyższe, im kobieta była starsza. Stwierdzono również, że wśród badanych wskaźnik BMI rósł z wiekiem. Wskaźnik BMI z kolei istotnie wiązał się ze skalą DP – BMI było tym niższe, im większa DP.

Wyniki te mają nieco odmienny układ, jeśli dotyczą jedynie mieszkanek wsi, gdzie uwidocznił się związek BMI z wiekiem, natomiast nie stwierdzono związku RO z BMI. U kobiet mieszkających w mieście wyniki były podobne jak w grupie ogólnej.

Wyniki korelacji pomiędzy RO, DP, BMI oraz wiekiem są jeszcze bardziej zróżnicowane ze względu na to, jaki region Polski zamieszkiwały respondentki. W województwie mazowieckim nie stwierdzono istotnych związków między zmiennymi. W województwach pomorskim i lubelskim wskaźnik BMI wiązał się z wiekiem, nie zaobserwowano natomiast związków BMI ani wieku ze skalami KDŻ. Wśród mieszkanek województwa śląskiego, podobnie jak w grupie ogólnej, BMI wiązało się z wiekiem i DP. Najwięcej zależności ujawniło się w grupie kobiet z województwa lubuskiego. Wśród nich BMI wzrastało z wiekiem, a ponadto rosło wraz ze spadkiem RO i DP. Zaobserwowano również, że w grupie respondentek z tego regionu DP malała z wiekiem.

Tabela 2a. Korelacje między wiekiem, BMI i skalami dojrzałości żywieniowej ze względu na miejsce zamieszkania (miasto/wieś)
Table 2a. Correlations between age, BMI and eating maturity scales considering the place of residence (city/village)

Korelacje *Correlations*	Ogółem *Total*		Miasto *City*		Wieś *Village*	
	BMI	wiek *age*	BMI	wiek *age*	BMI	wiek *age*
Wiek *Age*	**0,22***	-	**0,15***	-	**0,29***	-
RO	0,02	**0,12***	-0,09	**0,14**	0,12	0,10
DP	**-0,19***	0,00	**-0,16***	0,10	**-0,22***	-0,11

*p < 0,05
RO – racjonalne odżywianie/*rational eating*
DP – dojrzałość psychospołeczna/*psychosocial maturity*
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Tabela 2b. Korelacje między wiekiem, BMI i skalami dojrzałości żywieniowej ze względu na region zamieszkania (województwo)
Table 2b. Correlations between age, BMI and eating maturity scales considering the place of residence (province)

Korelacje *Correlations*	Województwo *Province*									
	Pomorskie *Pomerania*		Mazowieckie *Mazovia*		Lubuskie *Lubuskie*		Lubelskie *Lublin*		Śląskie *Silesia*	
	BMI	wiek *age*	BMI	wiek *age*	BMI	wiek *age*	BMI	wiek *age*	BMI	wiek *age*
Wiek *Age*	**0,25***	-	-0,03	-	**0,24***	-	**0,25***	-	**0,29***	-
RO	0,22	0,10	-0,14	0,15	**-0,36***	-0,08	-0,04	-0,10	-0,14	0,01
DP	-0,04	0,03	-0,20	0,21	**-0,52***	**-0,39***	0,02	0,06	**-0,24***	-0,01

*p < 0,05
RO – racjonalne odżywianie/*rational eating*
DP – dojrzałość psychospołeczna/*psychosocial maturity*
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Średnie wyniki dla wieku, BMI i obu aspektów dojrzałości żywieniowej prezentuje **tabela 3**. Średnie wartości wskaźnika BMI wśród przedstawicielek wszystkich badanych województw znajdują się w normie. W badanej grupie 2% osób miało niedowagę, a 14,5% – nadwagę. Pozostałe respondentki (83,5%) mieściły się w normie wagowej.

Za pomocą ogólnych modeli liniowych i testów *post hoc* zweryfikowano, czy występują różnice w zakresie skal DŻ oraz wieku i BMI w zależności od regionu zamieszkania. Kobiety z województw mazowieckiego i pomorskiego charakteryzowały się największą dojrzałością żywieniową (odpowiednio: 68,58 i 65,08), podczas gdy mieszkanki województwa lubuskiego najmniejszą (64,01), a różnice te były istotne statystycznie.

Respondentki z województwa lubuskiego istotnie różniły się od mieszkanek pozostałych województw pod względem wieku i RO – były to najmłodsze respondentki, o najniższych wynikach w skali RO. Kobiety z województwa pomorskiego miały istotnie wyższe wskaźniki BMI w porównaniu do badanych z województw mazowieckiego, lubuskiego i lubelskiego. Mieszkanki województwa śląskiego okazały się istotnie tęższe niż kobiety z województw lubuskiego i lubelskiego. Nie stwierdzono różnic w DP u respondentek z poszczególnych województw (**Tabela 3**).

Tabela 3. Średnie dla BMI, wieku i skal dojrzałości żywieniowej oraz istotne różnice ze względu na województwo
Table 3. Means for BMI, age and eating maturity scales and significant differences consideirng province

	Ogółem *Total*			Województwo *Province*						*Significant differences*
	M	Min.	Max.	Pomorskie *Pomerania* (P)	Mazowieckie *Mazovia* (M)	Lubuskie *Lubuskie* (LB)	Lubelskie *Lublin* (L)	Śląskie *Silesia* (Ś)	p	Istotne różnice
Wiek *Age*	30,37	20	46	30,8	31,6	28,4	30,5	30,6	463,42; p=0,00	LS/P; LS/M; LS/LB, LS/Ś
BMI	22,26	16,65	31,25	23,65	22,13	21,28	21,42	22,83	315,48; p=0,00	P/M; P/LS; P/LB;LS/Ś; LB/Ś
RO	38,72	17	48	40,01	40,25	35,21	38,76	39,34	1335,76; p=0,00	LS/P; LS/M; LS/LB, LS/Ś
DP	28,01	13	36	28,04	28,33	28,80	27,90	26,96	n.s.	-
DŻ	66,72	40	83	68,05	68,58	64,01	66,66	66,30	1018; p=0,00	LB/P; LB/M

M – mediana*/median*
RO – racjonalne odżywianie*/rational eating*
DP – dojrzałość psychospołeczna*/psychosocial maturity*
DŻ – dojrzałość żywieniowa*/eating maturity*
n.s. – nieistotne statystycznie*/non-significant*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

W badanej grupie nie wystąpiły istotne różnice w zakresie BMI i skal KDŻ ze względu na miejsce zamieszkania (miasto/wieś), status zawodowy (praca na cały etat/część etatu) oraz sytuację osobistą (w stałym związku: tak/nie). Wykazano natomiast istotne różnice w wysokości BMI między matkami przebywającymi na urlopie wychowawczym (BMI = 23,11) a matkami pracującymi (BMI = 22,18). Kobiety przebywające na urlopach wychowawczych miały wyższe BMI ($t = 2,11$, $df = 398$, $p < 0,05$). Należy jednak zauważyć, że mimo różnic obie grupy mieściły się w normie wagowej.

Poszukiwano również zależności między BMI, dojrzałością żywieniową a poziomem wykształcenia. W tym celu podzielono badane na trzy grupy: pierwszą stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym, drugą ze średnim, a ostatnią z wyższym licencjackim i magisterskim. Okazało się, że związek między wielkością BMI a skalą DP był istotny tylko wśród kobiet z wykształceniem średnim (-0,38; $p < 0,05$).

Dyskusja

Celem niniejszego badania było ustalenie związków między masą ciała (mierzoną wskaźnikiem BMI) a dojrzałością żywieniową: racjonalnym odżywianiem i dojrzałością psychospołeczną w grupie matek dzieci w wieku przedszkolnym, oraz zweryfikowanie, czy cechy socjodemograficzne różnicują te osoby pod względem DŻ i BMI.

Zgodnie z oczekiwaniami okazało się, że zasoby w postaci dojrzałości psychospołecznej znajdują odzwierciedlenie w masie ciała. Im większa dojrzałość psychospołeczna, tym mniejsze BMI. Zatem im bardziej dojrzałymi mechanizmami kontroli posługuje się jednostka, tym lepiej kieruje swoim zachowaniem w zakresie, w jakim wykorzystuje jedzenie; nie wykazuje skłonności do zaspokajania jedzeniem potrzeb psychologicznych, co sprzyja zachowaniu właściwej masy ciała. Raz jeszcze warto przypomnieć, że analizy zostały dokonane na grupie, której średnia wartość BMI mieściła się w granicach normy. Dla potwierdzenia słuszności tej tezy wymagane są dalsze badania.

Wyniki sugerują, że z wiekiem tzw. młode matki wykazują większą tendencję do zachowań ukierunkowanych na racjonalne odżywianie. Potwierdzałoby to założenie, że dojrzałość żywieniowa w tym aspekcie rozwija się w ciągu życia i upływający czas jest sprzymierzeńcem racjonalnego odżywiania. Wymaga to dalszej weryfikacji w populacji osób w różnym wieku, jak również w grupie mężczyzn.

Jednocześnie stwierdzono pozytywny związek BMI z wiekiem. Taki wynik znajduje potwierdzenie w badaniach, choć podobna zależność ujawnia się raczej wśród kobiet w większych przedziałach wiekowych [2, 14].

Kobiety mające przynajmniej jedno dziecko w wieku 3–5 lat i przebywające na urlopach wychowawczych miały wyższe BMI niż kobiety w podobnej sytuacji rodzinnej, które były aktywne zawodowo. Nie było natomiast różnic w zakresie masy ciała u kobiet pracujących na część etatu i na cały etat. Może to sugerować, że konieczność systematycznej aktywności, jaką jest praca zawodowa oraz zaangażowanie się w kolejną sferę życia, wymaga wykonania dodatkowego wysiłku i dzięki temu może mieć wpływ na masę ciała. Być może działa tu także pewnego rodzaju ekspozycja społeczna, jaką stwarza uczęszczanie do pracy, co często mobilizuje kobiety do dbałości o własną wagę. Są to jednak rozważania do weryfikacji w kolejnym badaniu.

Związek między wielkością BMI a DP jest istotny tylko wśród kobiet z wykształceniem średnim. Taki wynik wskazuje, że wagę ciała wśród kobiet o niższym i wyższym poziomie wykształcenia prawdopodobnie determinują inne czynniki niż aspekty psychologiczne. Być może należałoby sprawdzić, czy zależność pojawia się w tych grupach w sytuacji, gdy wartości BMI są bardziej zróżnicowane. Ponadto można przypuszczać, że matki dzieci w wieku przedszkolnym są dość aktywne fizycznie ze względu na wiek swoich dzieci, które wymagają

nieustannej opieki i większość czasu spędzają w ruchu. Może to być czynnik, który w większym stopniu wpływa na masę ciała tych kobiet.

W badaniach wykazano różnice w zakresie związków poszczególnych aspektów DŻ oraz wieku i BMI w grupie respondentek w zależności od regionu (województwa) i miejsca (miasto/wieś) zamieszkania. Okazało się, że mieszkanki województw mazowieckiego i pomorskiego charakteryzowały się największą dojrzałością żywieniową, a lubuskiego – najmniejszą. Ponadto kobiety z województwa lubuskiego były istotnie młodsze od mieszkanek pozostałych województw i uzyskiwały najsłabsze wyniki w zakresie racjonalnego odżywiania. DP kształtowała się na podobnym poziomie niezależnie od regionu zamieszkania.

Wyniki te są ważne ze względu na kreowanie przyszłych interwencji ukierunkowanych na profilaktykę otyłości bądź programy redukcji wagi. Okazuje się bowiem, że wiele aspektów związanych z sytuacją socjodemograficzną poszczególnych osób może mieć znaczenie dla skuteczności planowanych działań. Może się okazać, że znaczącym elementem, który będzie decydował o trafności podejmowanych działań, jest osadzenie ich w kontekście regionalnym oraz dopasowanym do sytuacji życiowej potencjalnego beneficjenta, takich jak sytuacja zawodowa.

Zróżnicowanie wyników na skalach dojrzałości żywieniowej oraz w zakresie BMI wyraźnie sugeruje, że problematyka niewłaściwej masy ciała jest zagadnieniem wieloaspektowym. Wyniki badań potwierdziły, że dojrzałość żywieniowa stanowi jeden z psychologicznych aspektów, który może ujawniać się w zachowaniach żywieniowych i kształtować masę ciała. Jednak w analizach przyczyn nadwagi i otyłości należy uwzględniać również kontekst socjodemograficzny.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Fact Sheet. 2011; No 311.
2. Główny Urząd Statystyczny. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Warszawa; 2011.
3. Hill AJ. Psychological aspects of obesity. Psychiatry. 2005; 4(4): 26–30.
4. Blundell JE, Gillett A. Control of Food Intake in the Obese. Obes Res. 2001; 9(S11): 263S–70S.
5. Pilska M, Jeżewska-Zychowicz M. Psychologia żywienia: wybrane zagadnienia. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2008.
6. Teixeira PJ, Patrick H, Mata J. Why we eat what we eat: the role of autonomous motivation in eating behaviour regulation. Nutr Bull. 2011; 36(1): 102–107.
7. Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. J Psychosom Res. 2002; 53(5): 1029–1036.
8. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. Beh Res Ther J. 2004; 42(11): 1341–1356.
9. Chambers JA, Swanson V. Stories of weight management: factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. Br J Health Psych. 2012; 17(2): 223–243.
10. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. Psych Bull. 1989; 105(2): 260–275.
11. Baughman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W. Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patiens: do psychosocial and behavior factors mediate sociodemographic effects? Prev Med. 2003; 37: 129–137.
12. Allport GW. Pattern and growth in personalisty. New York: Holt, Rinehart, & Winston; 1961.
13. Potocka A, Najder A, Merecz-Kot D. Kwestionariusz Dojrzałości Żywieniowej [praca niepublikowana].
14. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. JAMA. 2006; 295(13): 1549–1555.

Praca przyjęta do redakcji: 27.06.2014
Praca przyjęta do druku: 30.08.2014

Dane do korespondencji:
Anna Najder
e-mail: anajder@imp.lodz.pl