

# Subiektywna ocena masy ciała a zachowania żywieniowe kobiet w wieku prokreacyjnym

Katarzyna Eufemia Przybyłowicz<sup>1</sup>, Dorota Jesiołowska<sup>1</sup>,  
Małgorzata Obara-Gołębiowska<sup>2</sup>, Lidia Antoniak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Żywienia Człowieka, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

<sup>2</sup> Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Adres do korespondencji: Katarzyna Eufemia Przybyłowicz, Katedra Żywienia Człowieka, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, ul. Słoneczna 44a, 10-719 Olsztyn, kprzybylowicz@interia.pl

## Abstract

### *Subjective assessment of body weight and eating behavior of women in the reproductive age*

**Objective:** To investigate the emotional and habitual binge eating and the use of dietary restrictions in relation to the possessed and the expected body weight, physical activity and the willingness to change weight among young women of reproductive age.

**Material and methods:** The study included 332 women aged 18 to 27 ( $20.6 \pm 1.4$ ) years who completed the Questionnaire of Eating Behavior of Nina Ogińska-Bulik and Leszek Putyński extended to own constructed inquiry form questions relative to body weight, the incidence of weight loss diets, level of physical activity and place of residence. Then women were measured height, weight and body fat.

**Results:** Among women, 63.9% of respondents were dissatisfied with their body shape, and 33.5% were dieting although 1 time. Women with excess body weight compared to the women with normal weight were most dissatisfied with body shape (97.9% vs. 65.1%,  $p < 0.01$ ) and showed the greatest tendency to emotional overeat ( $4.5 \pm 2.2$  points round.  $5.2 \pm 2$  points,  $p < 0.01$ ) and dietary restriction ( $3.5 \pm 2.7$  vs.  $4.8 \pm 2.3$ ,  $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** Women of childbearing age, regardless of weight loss, should be surrounded by a preventive education program, taking into account aspects of proper nutrition and psychology in order to prevent the development of eating disorders, including pregorexia, that may affect their and child health.

**Key words:** dietary restrictions, emotional overeating, obesity, overweight, pregorexia, procreative age

**Słowa kluczowe:** emocjonalne przejadanie się, nadwaga, otyłość, pregoreksja, restrykcje dietetyczne, wiek prokreacyjny

## Wstęp

Nadwaga i otyłość, które zostały uznane przez WHO za epidemię XXI wieku, są poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego. W Europie otyłość jest odpowiedzialna za 2–8% kosztów ochrony zdrowia i 10–13% zgonów w różnych regionach [1]. Problem nadmiernej masy ciała w Polsce również staje się coraz większy. Wśród kobiet powyżej 20. roku życia 49,6% cierpi na nadwagę i otyłość [2], a koszty związane z otyłością i jej powikłaniami mogą wynosić nawet do 3 mld zł [3].

Oczywiste jest, że nadmierna waga ciała negatywnie wpływa na zdrowie człowieka i z tego punktu widzenia powinno się popularyzować w społeczeństwie zdrowy styl odżywiania się i aktywność fizyczną. Jednakże prawdą jest również to, że szczupła sylwetka niesłusznie jest traktowana jako wyznacznik niezwiązanych ze zdrowiem przymiotów, które świadczą o wartości człowieka. Nie biorąc pod uwagę naturalnych predyspozycji człowieka, oczekiwania społeczne każą dostosować się do narzuconych kulturowo wzorców. Już od najmłodszych lat kobiety są uczone, że powinny być zgrabne i wiot-

kie [4]. Wyjaśnia to, dlaczego otyłość jest postrzegana jako coś, co łamie standardy piękna i zdrowia [5]. Nieodpowiednia, obsesyjna koncentracja na własnym wyglądzie, bezkrytyczne dążenie do dostosowania się do współcześnie lansowanego stereotypu atrakcyjnej, czyli bardzo szczupłej kobiety, powodują, że oprócz problemu z nadwagą i otyłością w grupie młodych kobiet równie niebezpieczne stają się zaburzenia odżywiania.

Należy pamiętać o tym, że będąc w wieku prokreacyjnym, kobiety kształtują nie tylko swoje zdrowie, ale również zdrowie przyszłych pokoleń. Udowodniono, że zaburzenia odżywiania przed ciążą oraz w trakcie ciąży mogą stanowić czynniki ryzyka pogorszenia stanu zdrowia przyszłych matek i ich potomstwa [6]. Ponadto próby odchudzania się mogą być przyczyną powstawania zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksji, której konsekwencją jest wcześniejszy poród lub niższa masa urodzeniowa noworodka [7, 8]. Paradoksalnie okazuje się, że niedożywienie płodu zwiększa prawdopodobieństwo jego otyłości oraz wystąpienia u niego zaburzeń metabolicznych w przyszłości.

Wiele badań koncentruje się na analizie wpływu nadmiernej masy ciała na stan zdrowia i nieustannie poszukuje etiologii tej nieprawidłowości. Stosunkowo niewielką jednak uwagą obdarza się determinanty psychologiczne, którymi mogą być emocjonalne lub nawykowe przejadanie się oraz nadmierne restrykcje dietetyczne i nieprawidłowe postrzeganie własnej sylwetki. W Polsce istnieje ograniczona liczba publikacji naukowych poświęconych behawioralnym aspektom zachowań żywieniowych kobiet w okresie prokreacyjnym, stąd konieczność badania profilu postrzegania posiadanej masy ciała i zachowań żywieniowych.

## ■ Cel badań

Celem pracy było badanie emocjonalnego i nawykowego objadania się oraz stosowania restrykcji dietetycznych w relacji do posiadanej i oczekiwanej masy ciała, a także chęci jej zmiany oraz aktywności fizycznej wśród młodych kobiet w wieku prokreacyjnym.

## ■ Metodyka

### Badana próba

Badaniem objęto 332 kobiety z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie z 14 wydziałów w wieku od 18 do 27 lat ( $20,6 \pm 1,4$ ). Analizowana grupa zamieszkiwała różne aglomeracje (miasto i wieś odpowiednio: 61,7% i 38,3%).

Dobór próby był otwarty i przeprowadzony metodą kuli śnieżkowej. Respondentki polecały swoje znajome spełniające kryteria doboru próby, którymi były: brak chorób psychicznych, przewlekłych chorób metabolicznych, ciąży i okresu laktacji, zgoda na udział w badaniu, deklaracja woli kontynuowania udziału w badaniu w zależności od dalszych planów badawczych. Studentki wypełniały kwestionariusz po objaśnieniu celu badania, w obecności przeszkolonego ankietera.

## ■ Narzędzia badawcze

### Pomiary antropometryczne i ocena składu ciała

Pomiary obejmowały: wysokość ciała, masę ciała oraz analizę składu ciała. Studentki zmierzone zostały bez odzieży wierzchniej i obuwi, a pomiaru dokonano w pozycji frankfurckiej. Stan odżywiania oceniono na podstawie wskaźnika BMI według kryteriów WHO: niedożywienie ( $BMI \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), normalna masa ciała ( $18,5 \leq BMI < 25 \text{ kg/m}^2$ ) oraz nadwaga i otyłość ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). Pomiaru składu ciała dokonano analizatorem FUTREX 6100/XL. Analizując obecność tłuszczu w ciele, przyporządkowano wyniki do trzech grup utworzonych według następującego podziału: niska zawartość tłuszczu w ciele ( $< 25\%$ ), prawidłowa zawartość tłuszczu w ciele ( $25\text{--}30\%$ ) i wysoka zawartość tłuszczu w ciele ( $> 30\%$ ). Wszystkie wyniki podano z dokładnością do 0,1.

### Kwestionariusz

Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ) autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Leszka Putyńskiego [9] jest narzędziem samoopisu powszechnie stosowanym w badaniu polskiej populacji. Służy do pomiaru zachowań związanych z jedzeniem, w tym do diagnozy zaburzeń w kontrolowaniu odżywiania się i przewidywania skłonności do tycia. Składa się z 30 twierdzeń, na które możliwe są odpowiedzi „tak” i „nie”. W zależności od charakteru pytania za odpowiedź twierdzącą lub przeczącą przyporządkowano 1 punkt. Sumaryczna liczba punktów pozwala na ogólną ocenę tendencji do nieprawidłowych zachowań żywieniowych (0–30 pkt). Pytania podzielono na trzy bloki, określając charakter przejadania: emocjonalny (0–10 pkt) lub nawykowy (0–10 pkt) oraz skłonność do restrykcji dietetycznych (0–10 pkt). Wyższa liczba uzyskanych punktów jest związana z większą tendencją do nieprawidłowych zachowań żywieniowych.

Kwestionariusz poszerzono o ankietę własną z pytaniami dotyczącymi stosunku do masy ciała, częstości stosowania diet odchudzających, stopnia aktywności fizycznej oraz miejsca zamieszkania.

### ■ Analiza statystyczna

Wartości przeciętne wyrażono średnią ( $\bar{x}$ ), a zmienność odchyleniem standardowym (SD). Wartości średnie cech porównano testem Kruskala-Wallisa, a rozkłady cech porównano testem  $\chi^2$ . Analizę korespondencji wykonano dla 8 cech i przedstawiono wyniki w dwuwymiarowym układzie współrzędnych, który wyjaśnił 21% bezwładności. Wyniki zostały opracowane statystycznie przy poziomie istotności  $\alpha = 0,05$  za pomocą programu Statistica 10.0 PL.

## Wyniki

## Stan odżywienia kobiet

Kobiety charakteryzowały się prawidłową wartością BMI ( $21,7 \pm 3,0 \text{ kg/m}^2$ ; min. –  $14,9 \text{ kg/m}^2$ ; maks. –  $34,2 \text{ kg/m}^2$ ) oraz prawidłową zawartością tkanki tłuszczowej ( $28,0 \pm 4,8 \text{ kg/m}^2$ ; min. –  $15,0 \text{ kg/m}^2$ ; maks. –  $43,5 \text{ kg/m}^2$ ). Stwierdzono niedowagę u 9,9% kobiet, normowagę u 75,9%, a nadmierną masę ciała u 14,2% badanych (Tabela I).

Analizując zależność między BMI a stosunkiem do masy ciała, częstotliwością stosowania diet i aktywnością fizyczną, wykazano istotne różnice (Tabela II). Nie stwierdzono zależności między BMI a miejscem zamieszkania studentek.

W grupie kobiet z niedożywieniem 42,2% kobiet deklarowało zadowolenie z masy ciała, 84,8% nigdy nie

stosowało diet odchudzających, a 72,7% deklarowało średnią aktywność fizyczną. Wśród studentek z prawidłową masą ciała 53,6% chciałoby być trochę szczuplejsze, 59,9% nigdy nie stosowało diet odchudzających, a 57,5% deklarowało średnią aktywność fizyczną. Analizując wypowiedzi kobiet z nadwagą i otyłością, odnotowano u 61,7% chęć bycia dużo szczuplejszymi, u 44,7% niską aktywność fizyczną oraz stwierdzono ten sam odsetek osób deklarujących stosowanie diet odchudzających 1–2 i 3–5 razy (21,3%).

Analizując stosunek do masy ciała, zauważono, że największe tendencje do nieprawidłowych zachowań żywieniowych, emocjonalnego i nawykowego przejadania się oraz restrykcji dietetycznych wykazywały kobiety chcące być dużo szczuplejszymi. Podobne tendencje zauważono wśród osób, które odchudzały się 6 i więcej razy. Zauważono, iż niska aktywność fizyczna powodowała wzrost ryzyka powstawania nieprawidłowych

| Parametr          | BMI [ $\text{kg/m}^2$ ] |           |      | Zawartość tłuszczu w ciele [%] |       |      |
|-------------------|-------------------------|-----------|------|--------------------------------|-------|------|
|                   | > 18,5                  | 18,5–24,9 | > 25 | < 25                           | 25–30 | > 30 |
| Liczebność [N]    | 33                      | 252       | 47   | 88                             | 155   | 89   |
| Odsetek próby [%] | 9,9                     | 75,9      | 14,2 | 26,5                           | 46,7  | 26,8 |

Tabela I. Wskaźnik masy ciała (BMI) i zawartość tłuszczu w ciele.

Źródło: Opracowanie własne.

|                                     | Ogółem [%] | Niedożywienie [%] | Prawidłowa masa ciała [%] | Nadwaga i otyłość [%] | p      |
|-------------------------------------|------------|-------------------|---------------------------|-----------------------|--------|
| Stosunek do masy ciała              |            |                   |                           |                       |        |
| Chciałabym być dużo szczuplejsza    | 17,5       | 0                 | 11,5                      | 61,7                  | > 0,01 |
| Chciałabym być trochę szczuplejsza  | 46,4       | 6,1               | 53,6                      | 36,2                  |        |
| Chciałabym trochę przytyć           | 7,2        | 33,3              | 5,2                       | 0                     |        |
| Chciałabym ważyć dużo więcej        | 0,6        | 6,1               | 0                         | 0                     |        |
| Jestem dość zadowolona z masy ciała | 23,5       | 42,2              | 25                        | 2,1                   |        |
| Moja masa ciała jest idealna        | 4,8        | 12,1              | 4,8                       | 0                     |        |
| Częstotliwość stosowania diet       |            |                   |                           |                       |        |
| 1–2 razy                            | 13,6       | 9,1               | 12,7                      | 21,3                  | > 0,01 |
| 3–5 razy                            | 13         | 0                 | 13,1                      | 21,3                  |        |
| 6–10 razy                           | 3,3        | 0                 | 2,4                       | 10,6                  |        |
| > 10 razy                           | 3,6        | 3                 | 3,6                       | 4,3                   |        |
| Nie wiem                            | 9,6        | 3                 | 8,3                       | 21,3                  |        |
| Nigdy                               | 56,9       | 84,8              | 59,9                      | 21,3                  |        |
| Aktywność fizyczna                  |            |                   |                           |                       |        |
| Mała                                | 30,7       | 15,2              | 30,2                      | 44,7                  | 0,05   |
| Średnia                             | 56,6       | 72,7              | 57,5                      | 40,4                  |        |
| Duża                                | 12,7       | 12,1              | 12,3                      | 14,9                  |        |

Tabela II. Zachowania zdrowotne i żywieniowe w odniesieniu do wskaźnika masy ciała (BMI).

Źródło: Opracowanie własne.

zachowań żywieniowych, w tym nawykowego i emocjonalnego przejadania się.

Nie zauważono istotnych różnic pomiędzy nawykowym przejadaniem się a BMI oraz aktywnością fizyczną (Tabela III).

Przeprowadzono analizę korespondencji, na podstawie której zauważono, że kobiety z niedowagą częściej niż kobiety z normową oraz nadwagą i otyłością były zadowolone z sylwetki i deklarowały chęć niewielkiego przytycia (Wykres 1). Posiadały mniejsze predyspozycje do przejawiania nieprawidłowych nawyków żywieniowych, w tym emocjonalnego przejadania się i restrykcji dietetycznych.

Studentki z nadwagą i otyłością częściej niż pozostałe badane podejmowały próby odchudzania, jednocześnie charakteryzowały się niską aktywnością fizyczną i wykazywały chęć bycia dużo szczuplejszymi (Wykres 1). Kobiety z nadmierną masą ciała miały większe predys-

pozycje do nieprawidłowych zachowań żywieniowych – częściej nawykowo i emocjonalnie przejadały się, jednocześnie stosując restrykcje dietetyczne.

Analizując wypowiedzi kobiet z normową, stwierdzono, że rzadziej niż kobiety z nadmierną masą ciała podejmowały próby odchudzania się, wykazywały niższe ryzyko ujawniania nieprawidłowych zachowań żywieniowych (Wykres 1). Były bardziej zadowolone z sylwetki niż kobiety z nadwagą i otyłością, częściej podejmowały aktywność fizyczną, jednak wykazywały chęć bycia nieco szczuplejszymi.

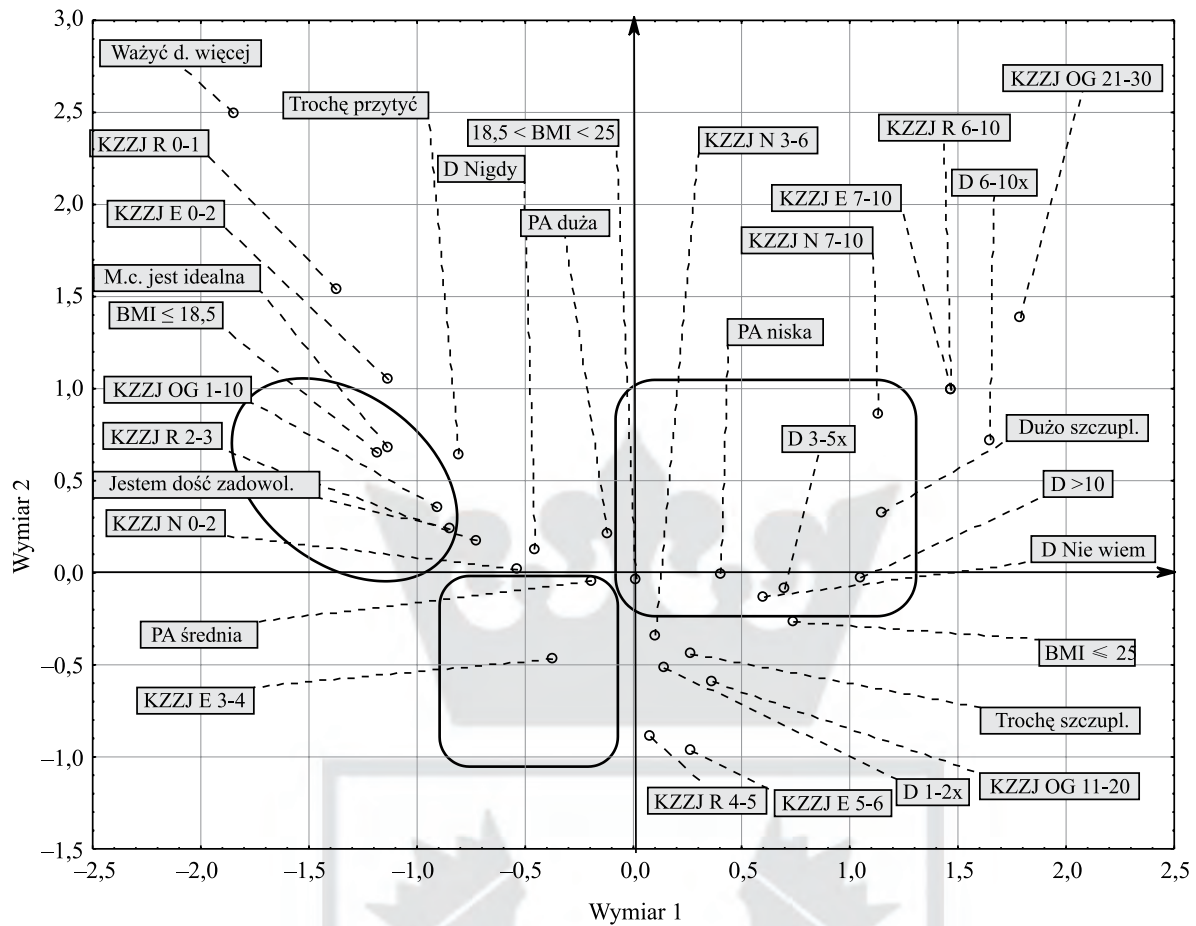
## Dyskusja

Niewłaściwe zachowania żywieniowe, w tym nadmierne spożycie żywności, są wypadkową wielu czynników, tj. stanu emocjonalnego, nawyków lub postrzegania własnego ciała [10, 11]. Badacze poszukujący dokład-

| Parametr                            | Wskaźnik ogólny [x ± SD] [0–30 pkt] | Nawykowe przejadanie się [x ± SD] [0–10 pkt] | Emocjonalne przejadanie się [x ± SD] [0–10 pkt] | Restrykcje dietetyczne [x ± SD] [0–10 pkt] |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| Ogółem                              | 11,5 ± 5,6                          | 3,6 ± 2,5                                    | 4,4 ± 2,2                                       | 3,5 ± 2,7                                  |
| BMI [kg/m <sup>2</sup> ]            |                                     |  |   |  |
| < 18,5                              | 7,2 ± 4,0                           | 2,8 ± 2,3                                    | 2,8 ± 1,7                                       | 1,5 ± 1,7                                  |
| 18,5–25                             | 11,7 ± 5,7                          | 3,7 ± 2,5                                    | 4,5 ± 2,2                                       | 3,5 ± 2,7                                  |
| > 25                                | 13,4 ± 4,9                          | 3,4 ± 2,6                                    | 5,2 ± 2   | 4,8 ± 2,3                                  |
|                                     | p < 0,01                            | p = 0,1                                      | p < 0,01  | p < 0,01                                   |
| Stosunek do masy ciała              |                                     |  |   |  |
| Chciałabym być dużo szczuplejsza    | 16,6 ± 5,1                          | 4,8 ± 3,1                                    | 6,1 ± 2,1                                       | 5,7 ± 2,2                                  |
| Chciałabym być trochę szczuplejsza  | 12,9 ± 4,8                          | 3,7 ± 2,3                                    | 4,9 ± 2   | 4,3 ± 2,4                                  |
| Chciałabym trochę przytyć           | 8,3 ± 4,5                           | 4 ± 2,5                                      | 3,2 ± 2,1                                       | 1 ± 1,3                                    |
| Chciałabym ważyć dużo więcej        | 9 ± 0                               | 4 ± 0  | 1 ± 0   | 4 ± 0                                      |
| Jestem dość zadowolona z masy ciała | 7,1 ± 3,2                           | 2,7 ± 2,3                                    | 3 ± 1,5   | 1,4 ± 1,7                                  |
| Moja masa ciała jest idealna        | 6 ± 3                               | 2,4 ± 1,9                                    | 2,3 ± 1,6                                       | 1,3 ± 1,2                                  |
|                                     | p < 0,01                            | p < 0,01                                     | p < 0,01  | p < 0,01                                   |
| Częstotliwość stosowania diet       |                                     |  |   |  |
| 1–2 razy                            | 11,6 ± 4,4                          | 2,7 ± 2,4                                    | 4,8 ± 1,9                                       | 4,1 ± 2,8                                  |
| 3–5 razy                            | 14,8 ± 4,8                          | 3,8 ± 2,3                                    | 5,5 ± 2,2                                       | 5,6 ± 2,3                                  |
| 6–10 razy                           | 18,8 ± 4,5                          | 5,5 ± 2,5                                    | 6,8 ± 1,8                                       | 6,5 ± 2,1                                  |
| > 10 razy                           | 18,9 ± 6,2                          | 5,8 ± 3,5                                    | 5,9 ± 2,0                                       | 7,3 ± 2,0                                  |
| Nie wiem                            | 14,7 ± 5,1                          | 4 ± 2,5                                      | 5,1 ± 2,4                                       | 5,6 ± 2,1                                  |
| Nigdy                               | 9,3 ± 4,7                           | 3,4 ± 2,4                                    | 3,7 ± 2   | 2,1 ± 1,8                                  |
|                                     | p < 0,01                            | p < 0,01                                     | p < 0,01  | p < 0,01                                   |
| Aktywność fizyczna                  |                                     |  |   |  |
| Miała                               | 12,9 ± 5,7                          | 4,5 ± 2,9                                    | 4,9 ± 2,4                                       | 3,4 ± 2,5                                  |
| Średnia                             | 10,8 ± 5,4                          | 3,2 ± 2,3                                    | 4,2 ± 2,1                                       | 3,4 ± 2,7                                  |
| Duża                                | 11,3 ± 5,9                          | 3 ± 2,3                                      | 4,2 ± 2,3                                       | 4,2 ± 2,9                                  |
|                                     | p = 0,01                            | p > 0,01                                     | p = 0,03  | p = 0,2                                    |

**Tabela III.** Zachowania zdrowotne i żywieniowe studentek w odniesieniu do Kwestionariusza Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ).

Źródło: Opracowanie własne.



D – częstotliwość stosowania diet

FM – masa tkanki tłuszczowej w organizmie

KZZJ E – wynik emocjonalnego przejadania się z Kwestionariusza Zachowań Związanych z Jedzeniem

KZZJ N – wynik nawykowego przejadania się z Kwestionariusza Zachowań Związanych z Jedzeniem

KZZJ OG – wynik ogólny z Kwestionariusza Zachowań Związanych z Jedzeniem

KZZJ R – wynik restrykcji dietetycznych z Kwestionariusza Zachowań Związanych z Jedzeniem

PA – aktywność fizyczna

**Wykres 1.** Zależność pomiędzy stanem odżywienia, zachowaniami zdrowotnymi i żywieniowymi oraz tendencją do nieprawidłowych zachowań żywieniowych.

Źródło: Opracowanie własne.

nych przyczyn i nowych form leczenia zaburzeń masy ciała zwracają coraz większą uwagę na rolę czynników psychologicznych [12].

Polska jest krajem, który w ciągu ostatnich 23 lat przeszedł wiele zmian, włączając zmiany kulturowe oraz zmianę struktury spożycia produktów. Dostęp do różnorodnej żywności oraz wszechobecność mediów sprawiły, że pojawiły się dwa sprzeczne komunikaty: „jedź” i „bądź szczupłą” [13]. Zmiana trybu życia wywołana postępem technologicznym dodatkowo ograniczyła aktywność fizyczną pełniącą ważną rolę w prewencji otyłości. Szczególnie podatne na wymienione zmiany są młode kobiety w wieku prokreacyjnym. Wyniki badań Roberts i Good [14] dowodzą, że bardziej podatne na obrazy szczupłych sylwetek ukazywanych w mediach są

kobiety z większym poziomem neurotyczności. Rybicka-Klimczyk i Brytek-Matera [15], analizując zadowolenie z wyglądu ciała wśród różnych grup wiekowych kobiet, zaobserwowały, że kobiety pomiędzy 20. a 25. rokiem życia ujawniały największe niezadowolenie z sylwetki i najczęściej stosowały diety odchudzające. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że kobietami najbardziej niezadowolonymi z masy ciała były osoby z nadwagą i otyłością, które wielokrotnie podejmowały próby odchudzania. Podobne wyniki uzyskali Schwartz i Brownell [16] oraz Brytek-Matera i Charzyńska [17], odnosząc wśród kobiet z otyłością wyższe niż u kobiet z normową niezadowolenie z wyglądu ciała i częstsze dążenie do uzyskania szczupłej sylwetki. W badaniach wśród studentek zamieszkałych w Brazylii również za-

obserwowano większe niezadowolenie z wyglądu ciała wśród osób otyłych, jednak 73% otyłych kobiet zaniżało podawaną masę ciała [18]. Dowiedziono, że utrata masy ciała może zmniejszyć zaburzenia obrazu ciała, ale nie u osób cierpiących na otyłość w wieku młodzieńczym. Prawdopodobnie obraz ciała został silnie utrwalony w okresie dojrzewania i jest trudny do zmiany [19].

Postrzeganie własnej sylwetki jako nieatrakcyjnej poprzez porównywanie jej z obrazem prezentowanym w mediach jest jednym ze źródeł stresu [20]. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że grupa kobiet z nadwagą i otyłością miała większe tendencje do nieprawidłowych nawyków żywieniowych, w tym emocjonalnego przejadania się. Jedną z przyczyn takiego zachowania jest właśnie stres, powodujący podwyższenie poziomu kortyzolu i rozregulowanie ośrodka nagrody w mózgu, prowadzące do zjadania żywności o wysokiej gęstości odżywczej [21]. Lowe i Fisher [22] dowiedli, iż osoby z nadmierną masą ciała w porównaniu z osobami z normową są bardziej emocjonalne i częściej zmartwienia zajądają przekąskami. Obserwację potwierdzono w późniejszych badaniach, gdzie osoby z normową w negatywnych stanach emocjonalnych nie dojadły, a otyłe spożywały większe ilości pokarmów. Udowodniono również, że osoby zachowujące restrykcje dietetyczne zjadały więcej podczas stresujących sytuacji lub po ich zakończeniu [23, 24].

Z jednej strony otyłość może być źródłem stresu, który wtórnie powoduje zwiększenie masy ciała osób z otyłością [25], z drugiej niezadowolenie z wyglądu ciała jest motywacją do zmiany masy ciała [26]. Wyjaśniałoby to największą częstotliwość podejmowania prób odchudzenia i tendencje do restrykcji dietetycznych wśród analizowanej grupy otyłych kobiet. Niemniej jednak restrykcyjne zachowania żywieniowe mogą być przyczyną nadmiernej masy ciała. Ciągła uwaga skupiona na ograniczaniu ilości żywności, gdy ulegnie rozproszeniu pod wpływem pokus z otoczenia, kończy się przejadaniem [27]. Stosowanie samodzielnie stworzonych ograniczeń powoduje ignorowanie sygnałów płynących z organizmu, a w konsekwencji problem z rozróżnieniem sygnału głodu i sytości [28]. Badane kobiety z nadwagą i otyłością wykazywały również większe niż u pozostałych grup tendencje do emocjonalnego objadania się. Analizując wyniki, można stwierdzić, że z jednej strony podejmują próby ograniczania ilości żywności, z drugiej objadają się, gdy pojawiają się emocje.

Niewielką uwagą jednak obdarza się osoby o prawidłowej masie ciała, zakładając, że są w grupie niskiego zagrożenia nadwagą i otyłością. Analizując otrzymane wyniki, stwierdzono, że ponad połowa kobiet z normową chciałyby być trochę szczuplejsza, a 31% podejmowało próby odchudzenia. Podobne wyniki otrzymano w badaniach obejmujących amerykańskich studentów, gdzie dowiedziono, że kobiety z normową chciałyby ważyć 94% obecnej masy ciała. Zmiana zachowań żywieniowych dotyczyła zjadania mniejszych porcji niż pożądane (44% kobiet z normową) oraz zamiany cukru na słodzik (31%) [29]. Zbliżone wyniki uzyskali również Burgic-Radmanovic i wsp. [30], którzy stwierdzili,

że wśród kobiet rasy białej 50% kobiet z normalną masą ciała chciałoby mieć niedowagę. Jaworowska i Bazylak [31], prowadząc badania wśród studentów, odnotowali, że tylko 34,4% kobiet było zadowolonych ze swojej masy ciała. Ponadto zauważono, że nawet osoby zadowolone ze swojego wyglądu stosowały restrykcje dietetyczne. Zaburzony obraz ciała u osób z normową i stosowanie restrykcji dietetycznych może powodować zmiany masy ciała w przyszłości. Wyniki badania HUNT (The Health Study of Nord-Trondelag) po 11. roku śledzenia populacji wskazują, że nastolatki, którzy postrzegali siebie jako otyłych, znacząco zwiększyli masę ciała jako dorośli [32]. Ponadto osoby z normalną masą ciała postrzegające siebie jako otyłe miały obwód talii większy o 3,46 cm niż osoby niedeklarujące bycia otyłymi. Restrykcje dietetyczne, jak wykazano wyżej, są niewłaściwym zachowaniem żywieniowym i nie stanowią formy prewencji otyłości. Wykazano, że osoby stosujące restrykcje żywieniowe mają wyższe BMI i trudniej jest im utrzymać prawidłową masę ciała [33]. Zachowania żywieniowe analizowanej grupy z normową również mogą zostać uznane za niepokojące i wymagające dalszych obserwacji.

## Podsumowanie

Jak powszechnie wiadomo, współcześnie lansuje się stereotyp osoby atrakcyjnej, czyli przede wszystkim szczupłej. Zgodnie z ukrytą teorią osobowości czy centralnością cech [za 34] niektóre cechy ludzi, dotyczące sfery fizycznej bądź psychicznej, są uznawane za tak ważne, że na ich podstawie wnioskuje się o innych cechach związanych z ocenianą osobą. Kwestia ta jest szczególnie problematyczna dla kobiet, które częściej niż mężczyźni są oceniane pod względem atrakcyjności fizycznej. Zgodnie z teorią obiektywizacji [35] kultura, zwłaszcza amerykańska i zachodnioeuropejska, socjalizuje kobiety, tak aby przyswajały perspektywę obserwatora w odniesieniu do ich fizycznego ja. W ten sposób dziewczęta i kobiety postrzegają siebie przez pryzmat seksizmu. Mierzą swoją wartość, oceniając wygląd fizyczny według kulturowo-seksualnych obiektywizujących i nierealistycznych standardów urody. Obiektywizacja seksualna polega na tym, że ludzkie ciało, jego funkcje seksualne są odseparowane od tożsamości osoby, zredukowane do funkcji instrumentu i mają reprezentować tożsamość. Można stwierdzić, że ciało jest traktowane w sposób, który ma służyć sprawianiu przyjemności innym. Samoobiektywizacja ma wiele konsekwencji, jeśli chodzi o sferę psychiczną, behawioralną. Dostrzegane rozbieżności między własną sylwetką a lansowanym ideałem doprowadzają do poczucia wstydu i lęku, co jest zresztą zgodne z teorią rozbieżności silnego Ja (zwłaszcza promocyjnego) Torry'ego Higginsa [36]. Według Higginsa im większa rozbieżność między Ja aktualnym a Ja idealnym, tym większe obserwuje się nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych. Jeśli chodzi o poważniejsze konsekwencje, to nadmierny monitoring własnego ciała może być powodem depresji jednobiegunowej, dysfunkcji seksualnych, anoreksji, bulimii, a nawet myśli i prób samobójczych. Niestety, obecnie obserwuje się

wzrost niezadowolonych z ciała zwłaszcza wśród kobiet. Również wyniki niniejszego badania ukazały, że w analizowanej próbie stwierdzono znaczny odsetek kobiet niezadowolonych z własnej masy ciała. Jak wiadomo, może to sprzyjać przyszłym, nieprawidłowym zachowaniom żywieniowym, w tym pregoreksji.

Z tego właśnie powodu wyniki badania powinny zwrócić uwagę położnych oraz lekarzy ginekologów na wieloaspektowość posiadania nadmiernej masy ciała przez pacjentki i zachęcić do poszerzenia wywiadu zdrowotnego o pytania dotyczące postrzegania sylwetki oraz radzenia sobie z emocjami. Mając na uwadze współczesne podejście do leczenia zaburzeń zachowań żywieniowych, istotne jest określenie zachowań predysponujących i objęcie młodych kobiet, bez względu na masę ciała, programami edukacyjno-profilaktycznymi, z uwzględnieniem wyżej wymienionych aspektów, mającymi na celu minimalizację nieprawidłowych zachowań związanych z odżywianiem w kontekście ich zdrowia i ich potomstwa.

## Piśmiennictwo

1. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (red.), *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
2. WHO, *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, WHO 2011.
3. Jarosz M., Respondek W., Rychlik E., *Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne nadwagi i otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych*. W: Jarosz M. (red.), *Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, 2006: 13–44.
4. Smolak L., Levine M.P., *Body image in children*. W: Thompson J.K., Smolak K. (red.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth. Assessment, prevention, and treatment*, American Psychological Association. Washington, DC 2001: 41–66.
5. Fila M., Terelak J., *Otyłość jako źródło stresu psychologicznego w funkcjonowaniu człowieka*, „Przegląd Psychologiczny” 1994; 37 (1–2): 105–126.
6. Berner-Trąbska M., Kowalska-Koprek U., Karowicz-Bilińska A., Brzozowska M., Estemberg D., Orłowska K., Kuś E., *Wpływ nadwagi lub otyłości u ciężarnych na przebieg ciąży i okresu okołoporodowego z uwzględnieniem stanu urodzeniowego noworodka w oparciu o materiał kliniczny*, „Ginekologia Polska” 2009; 80: 845–850.
7. Koubaa S., Hällström T., Lindholm C., Hirschberg A.L., *Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders*, „Obstetrics Gynecology” 2005; 105 (2): 255–260.
8. Bulik C.M., Von Holle A., Siega-Riz A.M., Torgersen L., Lie K.K., Hamer R.M., Berg C.K., Reichborn-Kjennerud T., *Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study*, „International Journal of Eating Disorders” 2009; 42 (1): 9–18.
9. Ogińska-Bulik N., *Psychologia nadmiernego jedzenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
10. Wildes J.E., Emery R.E., Simons A.D., *The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta-analytic review*, „Clinical Psychology Review” 2001; 21 (4): 521–551.
11. Reas D.L., Wisting L., Kapstad H., Lask B., *Nibbling: frequency and relationship to BMI, pattern of eating, and shape, weight, and eating concerns among university women*, „Eating Behaviors” 2012; 13 (1): 65–66.
12. Carter F.A., Jansen A., *Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviors should we target?* „Appetite” 2012; 58 (3): 1063–1069.
13. Izydorczyk B., Rybicka-Klimczyk A., *Poznawcze aspekty obrazu ciała u kobiet a zaburzenia odżywiania*, „Endokrynologia Polska” 2009; 60 (4): 151–158.
14. Roberts A., Good E., *Media images and female body dissatisfaction: the moderating effects of the Five-Factor traits*, „Eating Behaviors” 2010; 11 (4): 211–216.
15. Rybicka-Klimczyk A., Brytek-Matera A., *Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2008; 4 (4): 143–151.
16. Schwartz M.B., Brownell K.D., *Obesity and body image*, „Body Image” 2004; 1 (1): 43–56.
17. Brytek-Matera A., Charzyńska E., *Poznawcze i behawioralne determinanty zaburzeń odżywiania u kobiet z otyłością*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2009; 5 (2): 45–50.
18. Kakeshita I.S., de Sousa Almeida S., *Relationship between body mass index and self-perception among university students*, „Revista de Saude Publica” 2006; 40 (3): 497–504.
19. Sorbara M., Geliebter A., *Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity*, „International Journal of Eating Disorders” 2002; 31 (4): 416–423.
20. Anton S.D., Perri M.G., Riley J.R. 3<sup>rd</sup>, *Discrepancy between actual and ideal body images; Impact on eating and exercise behaviors*, „Eating Behaviors” 2000; 1 (2): 153–160.
21. Adam T.C., Epel E.S., *Stress, eating and the reward system*, „Physiology and Behavior” 2007; 91 (4): 449–458.
22. Lowe M.R., Fisher E.B. Jr., *Emotional reactivity, emotional eating, and obesity: a naturalistic study*, „Journal of Behavioral Medicine” 1983; 6 (2): 135–149.
23. Greeno C.G., Wing R.R., *Stress-induced eating*, „Psychological Bulletin” 1994; 115 (3): 444–464.
24. Rutledge T., Linden W., *To eat or not to eat: affective and physiological mechanisms in the stress-eating relationship*, „Journal of Behavioral Medicine” 1998; 21 (3): 221–240.
25. Foss B., Dyrstad S.M., *Stress in obesity: cause or consequence?* „Medical Hypotheses” 2011; 77 (1): 7–10.
26. Sarwer D.B., Thompson J.K., Cash T.F., *Body image and obesity in adulthood*, „Psychiatric Clinics of North America” 2005; 28 (1): 69–87.
27. Larsen J.K., van Strien T., Eisinga R., Hermn C.P., Engels R.C., *Dietary restraint: intention versus behavior to restrict food intake*, „Appetite” 2007; 49 (1): 100–108.
28. Stroebe W., Mensink W., Aarts H., Schut H., Kruglanski A.W., *Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating*, „Journal of Experimental Social Psychology” 2008; 44: 26–36.
29. Malinauskas B.M., Raedeke T.D., Aeby V.G., Smith J.L., Dallas M.B., *Dieting practices, weight perceptions, and*

- body composition: a comparison of normal weight, overweight, and obese college females*, „Nutrition Journal” 2006; 5: 11; doi: 10.1186/1475-2891-5-11.
30. Burgic-Radmanovic M., Gavric Z., Strkic D., *Eating attitudes of adolescent females*, „European Psychiatry” 2008; 23 (Suppl. 2): 81–90.
31. Jaworowska A., Bazylak G., *An outbreak of body weight dissatisfaction associated with self-perceived BMI and dieting among female pharmacy students*, „Biomedicine and Pharmacotherapy” 2009; 63 (9): 679–692.
32. Cuypers K., Kvaløy K., Bratberg G., Midthjell K., Holmen J., Holmen T.L., *Being normal weight but feeling overweight in adolescence may affect weight development into young adulthood-an 11-year followup: The HUNT Study, Norway*, „Journal of Obesity” 2012; 601872; doi: 10.1155/2012/601872.
33. Snoek H.M., van Strien T., Janssens J.M., Engels R.C., *Restrained eating and BMI: a longitudinal study among adolescents*, „Health Psychology” 2008; 27 (6): 753–759.
34. Wojciszke B., *Człowiek wśród ludzi*, „Scholar”, Warszawa 2004.
35. Fredrickson B.L., Roberts T.A., *Objectification theory. Toward understanding women’s lived experiences and mental health risk*, „Psychology of Women Quarterly” 1997; 21 (2): 173–206.
36. Higgins E.T., *Beyond pleasure and pain*, „American Psychologist” 1997; 52 (12): 1280–1300.

