

Gdański Uniwersytet Medyczny
Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Agnieszka Chaillot

Wpływ poziomu samooceny kobiet na ich zachowania żywieniowe

Rozprawa doktorska pisana pod kierunkiem
Prof. dr hab. inż. Ewy Babicz-Zielińskiej
Promotor pomocniczy:
Dr n. hum. Maria Jeżewska

Gdańsk 2016

Spis treści

Wstęp.....	3
1. Przegląd piśmiennictwa.....	6
1.1 Samoocena i jej wpływ na funkcjonowanie jednostki	6
1.1.1 Postrzeganie własnej sylwetki.....	20
1.2 Zachowania żywieniowe i czynniki je determinujące.....	23
1.2.1 Niewłaściwe zachowania żywieniowe	38
1.2.1.1 Ograniczanie jedzenia	40
2 Cel pracy i hipotezy badawcze	41
3 Metodyka badań	42
3.1 Charakterystyka zastosowanych metod badawczych.....	42
3.2 Organizacja badań	46
3.3 Charakterystyka badanej populacji	49
4 Wyniki i dyskusja.....	51
4.1 Badane zmienne	51
4.2 Zależności między badanymi zmiennymi	76
4.2.1 Zachowania żywieniowe	78
4.2.2 Motywy wpływające na wybór żywności	89
4.2.3 Czynniki socjodemograficzne	93
4.3 Podsumowanie i wnioski.....	103
5 Streszczenie	106
Bibliografia.....	108
Spis tabel	129
Spis wykresów.....	131
Spis rycin.....	133
Załączniki	134

Wstęp

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat niewłaściwe zachowania żywieniowe są, obok niewystarczającej aktywności fizycznej, uważane za główny powód znaczącego wzrostu liczby osób z nadwagą lub otyłych. Problem ten narasta mimo zwiększania się wiedzy dotyczącej zasad prawidłowego żywienia (Jia, Lubetkin 2009; Przysławski i in. 2010).

Od 1980 roku ilość osób otyłych wzrosła prawie dwukrotnie. Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2014 roku 38% mężczyzn i 40% kobiet powyżej 18 roku życia miało nadwagę, a kolejne 11% i 15% uznanych zostało za otyłych. Problem ten dotyczy w większym stopniu kobiet niż mężczyzn i uwidacznia się zwłaszcza w obu Amerykach. Aktualnie najmniej osób z nadwagą i otyłych zamieszkuje Azję Południowo-Wschodnią (WHO 2014).

Drastycznie rośnie liczba dzieci dotkniętych tym problemem. W 2013 roku ponad 42 miliony dzieci poniżej 5 roku życia miało nadwagę, co stanowi około 6,3% populacji, czyli o 1,3% więcej niż w 2000 roku. Wzrost ten wystąpił zwłaszcza w krajach Afryki i Azji. Szacuje się, że jeżeli powyższa sytuacja nie ulegnie zmianie w 2025 roku około 11% światowej populacji dzieci poniżej 5 roku życia będzie miało nadwagę (WHO 2014).

W związku z tym konieczna jest edukacja dotycząca zasad zdrowego żywienia. Jednak, aby mogła być ona skuteczna niezbędne jest poznanie nie tylko sposobu, w jaki dane pożywienie oddziałuje na człowieka, ale także czynników wpływających na wybory żywieniowe. Ważne jest, aby zapobiec dalszemu wzrostowi liczby osób dotkniętych otyłością i zmniejszyć ich aktualną liczbę. Obecnie szacuje się, że większość ludzi stosujących dietę w ciągu najbliższych kilku lat nie tylko wróci do poprzedniej wagi, ale zwiększy masę ciała (Barte i in. 2010; Wu i in. 2009). Można zatem wnioskować, że aktualne strategie ukierunkowane na odchudzanie mogą być nie tylko nieskuteczne, ale i szkodliwe.

Zachowanie jednostki, w tym także w zakresie wyborów żywieniowych jest uwarunkowane wieloma czynnikami, które wzajemnie na siebie oddziałują. Wydawać by się mogło, że jednostka będąc świadomą konsekwencji wynikających z nieprawidłowego żywienia będzie wybierać odpowiednie produkty, zarówno pod względem ilości, jak i jakości, a motywy racjonalne tych wyborów powinny dominować. Niestety bardzo często tak nie jest, o czym świadczy nie tylko coraz powszechniejszy problem otyłości, ale także powstawanie nowych rodzajów zaburzeń zachowań żywieniowych, takich jak dążenie do utrzymania szczupłej sylwetki, młodości poprzez spożywanie lub unikanie konkretnych produktów znane jako food faddism czy też patologiczna obsesja na punkcie biologicznie czystej żywno-

ści- ortorexia nervosa. Ciągła koncentracja na jedzeniu powoduje, że czynność ta zamiast być źródłem przyjemności staje się powodem wewnętrznego napięcia emocjonalnego. Pokarm nie służy jedynie dostarczaniu niezbędnych dla funkcjonowania jednostki substancji odżywczych. Coraz częściej sięganie po żywność wynika z chęci zaspokojenia potrzeb bezpośrednio z nią niezwiązanych.

Badania dotyczące zachowań konsumenckich, w tym wyboru produktów żywnościowych, mają swój początek w latach czterdziestych ubiegłego wieku. Po kryzysie powojennym, w miarę wzrostu dobrobytu, a co za tym idzie ilości dóbr dostępnych w sprzedaży zaczęto zastanawiać się, co powoduje, że jedne są częściej wybierane przez konsumentów niż inne. Początkowo zainteresowani czynnikami wyboru byli producenci, którym zależało na zwiększaniu sprzedaży. Wraz z coraz łatwiejszym dostępem do pożywienia i jego urozmaiceniem w krajach rozwiniętych zaczęły pojawiać się i rozprzestrzeniać choroby zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio wynikające z niewłaściwego wyboru i sposobu spożywania produktów żywnościowych. Wówczas determinanty wyborów w tym zakresie stały się obiektem zainteresowań także specjalistów zajmujących się zdrowiem.

Zauważono, że zależą one od czynników zewnętrznych, takich jak właściwości samego produktu i szeroko pojęte środowisko oraz od determinantów wewnętrznych, związanych z konsumentem. Poszczególne motywy wyboru produktów żywnościowych wzajemnie na siebie wpływają. Część z nich może w miarę szybko ulec zmianie, tak jak na przykład cena lub smak produktu, opakowanie, kontekst spożywania, nastrój, emocje konsumenta czy stan fizjologiczny jego organizmu. Inne są pochodnymi czynników działających w przeszłości, a więc wzorców funkcjonujących w rodzinie, tradycji i kulturze. Wreszcie część jest w miarę niezmienna w dłuższej perspektywie czasowej. Do tej grupy zaliczyć można głównie płeć i osobowość. Stosunek do pożywienia, lubienie lub nie konkretnych produktów żywnościowych, sposób ich spożywania wykształca się w dużej mierze w dzieciństwie i jako taki najczęściej nie zmienia się w sposób zasadniczy na przestrzeni życia. Podobnie kształtuje się osobowość, która na pewnym etapie życia, o ile nie zadziałają znaczące bodźce, nie ulega zmianie. W dużym stopniu wpływa ona na to, jak jednostka radzi sobie w otaczającym świecie. Tłumaczy to fakt, że te same bodźce mogą być odbierane i interpretowane przez różnych ludzi w zupełnie inny sposób i wywoływać całkowicie odmienne reakcje.

Subiektywnie postrzegana przez jednostkę własna wartość i związana z nią umiejętność radzenia sobie w różnego rodzaju sytuacjach, a co za tym idzie posiadanie wystarczających zasobów związane jest z poziomem samooceny.

Nieakceptowanie siebie, w tym wyglądu swojego ciała, implikuje częstsze przeżywanie negatywnych nastrojów, wyższy poziom odczuwanego stresu. Bardzo często strategią radzenia sobie w tego rodzaju sytuacjach jest spożywanie pokarmów o niskiej wartości odżywczej, bogatych w cukry proste. Istnieje prawdopodobieństwo, że osoby o niższym poziomie samooceny będą bardziej skłonne przejawiać tego rodzaju zachowania.

W związku z tym, że jednostki takie nie postrzegają siebie jako dostatecznie mądre, rozbieżność między posiadaną wiedzą dotyczącą zasad zdrowego żywienia a własnym działaniem nie powoduje powstania wystarczającego dysonansu poznawczego (Festinger 1957), który motywowałby do zmiany zachowań na prozdrowotne. Są częściej przekonane o byciu skazanymi na porażki jako rezultacie podejmowanych działań. W związku z tym nie odczuwają sensu podjęcia wysiłku. Stosowanie strategii polegających na ograniczaniu jedzenia w celu uzyskania idealnej sylwetki, co najczęściej kończy się niepowodzeniem, dodatkowo umacnia ich w tym przekonaniu. Zgodnie z powyższym można założyć, że rodzaj spożywanych produktów żywnościowych, a także motywy związane z ich wyborem będą zależały od poziomu samooceny oraz emocjonalnego stosunku do wyglądu własnego ciała. Należy przy tym uwzględnić rolę czynników socjodemograficznych.

Powyższe założenia były punktem wyjścia niniejszej pracy.

Składa się ona z pięciu rozdziałów. Pierwszy z nich ukazuje przegląd dotychczasowych badań dotyczących badanej tematyki. Określono w nim pojęcie samooceny, jej kształtowanie się, rodzaje, wpływ na funkcjonowanie jednostki oraz postrzeganie własnej sylwetki. Omówione zostało pojęcie i podział zachowań żywieniowych, czynniki na nie wpływające zależne od produktu, środowiska i konsumenta. Przedstawiono charakterystykę niewłaściwych zachowań żywieniowych ze szczególnym uwzględnieniem ograniczania jedzenia.

Rozdział drugi obejmuje informacje dotyczące celu pracy oraz przyjętych hipotez.

Kolejne rozdziały tworzą część empiryczną, powstałą w oparciu o badania własne. Pierwszy z nich zawiera opis zastosowanych metod badawczych, organizacji badań oraz charakterystykę badanej populacji. Rozdział czwarty prezentuje wyniki badań i ich dyskusję. Ostatni rozdział stanowi streszczenie pracy.

1. Przegląd piśmiennictwa

Wybory żywieniowe są przedmiotem badań takich dyscyplin naukowych jak dietetyka, psychologia, antropologia, socjologia, ale także szeroko pojętego przemysłu spożywczego, w tym marketingu. W związku z wieloaspektowością procesu podejmowania decyzji w zakresie odżywiania na przestrzeni lat uwaga badaczy skupiona była na różnych wpływających na niego czynnikach.

W latach dwudziestych XX wieku Davis badała dzieci i na podstawie uzyskanych wyników wyciągnęła wniosek o istnieniu „mądrości organizmu”, dzięki której jednostka jest w stanie wybrać pożywienie właściwe dla swojego zdrowia, o ile oczywiście ma do niego dostęp (Davis 1928). Do podobnych wniosków doszedł Lyman w swoich badaniach przeszło pół wieku później (Lyman 1989).

W kolejnych latach badania dotyczące czynników wpływających na wybory żywieniowe wiązały się z rozwojem przemysłu spożywczego, a więc jednostka postrzegana była jako potencjalny konsument danych wyrobów. W związku z tym skupiano się głównie na takich aspektach socjoekonomicznych jak płeć, wiek, wykształcenie, wysokość dochodów. Aspekt psychologiczny związany z jedzeniem jest przedmiotem badań późniejszych. Przez długi czas analizowany był on głównie w kontekście zaburzeń odżywiania, w tym przede wszystkim bulimii i anoreksji. Ostatnio coraz bardziej powszechny problem otyłości zwrócił uwagę badaczy nie tylko na ilość przyjmowanego pożywienia, ale również na jego rodzaj oraz na czynniki psychologiczne związane z wyborami żywieniowymi, takie jak postrzeganie, pamięć, uczenie się, motywacja, emocje, postawy oraz osobowość i samoocena.

1.1 Samoocena i jej wpływ na funkcjonowanie jednostki

Pojęcie samooceny

Samoocena jest definiowana jako stosunkowo stabilna na przestrzeni czasu cecha związana z uogólnionym poczuciem własnej wartości lub jako aktualnie doświadczany stan, który może ulegać zmianom pod wpływem działania czynników zewnętrznych takich jak informacja zwrotna, aprobaty grupy lub nastrojów (Kernis, Goldman 2006).

Określa ona stosunek jednostki do własnego Ja, wpływa na przeżywane emocje, ogólne samopoczucie, stosunek do otoczenia, rodzaj podejmowanych zadań. Składa się z emocji oraz poznawczych sądów dotyczących własnej osoby.

Koncepcja samooceny i jej wpływu na niemal wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka stała się niezmiernie popularna w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych. Wiązano jej poziom między innymi z wynikami w nauce, sukcesami zawodowymi, przestępczością, uzależnieniem od narkotyków czy też nieplanowanymi ciążami. Zakładano w związku z tym, że poprawa samooceny społeczeństwa powinna spowodować zmniejszenie częstotliwości występowania powyższych problemów

Wyniki badań przeprowadzonych od tego czasu nie są jednak tak jednoznaczne. Część rzeczywiście wskazuje na związek wielu aspektów życia z poziomem samooceny, inne nie potwierdzają tej korelacji. W wielu przypadkach nie wiadomo czy samoocena jest przyczyną czy skutkiem funkcjonowania jednostki w różnych aspektach życia (Baumeister i in. 2003).

Przypisywanie znaczenia samoocenie jest zwłaszcza widoczne w kulturze zachodniej, którą charakteryzuje kult jednostki. Jest to stosunkowo nowy koncept gdyż przez wieki zwracano uwagę na znaczenie skromności, a pycha jest uznana za jeden z grzechów głównych.

Wyróżnia się poziomy samooceny, od ogólnej, poprzez coraz bardziej szczegółowe dotyczące konkretnych aspektów życia, aż po ocenę siebie w określonych rolach czy też zadaniach. Istnieje korelacja między samooceną ogólną a samoocenami szczegółowymi. Znaczna część wyników badań potwierdza większe oddziaływanie samooceny globalnej na szczegółowe niż odwrotnie (Dzwonkowska i in. 2008).

Pojęcie globalnej samooceny (self-esteem) stosuje się czasami zamiennie z pojęciem poczucia własnej wartości (self-worth) (Mruk 2006). Niektórzy badacze definiują ją jako postawę (Rosenberg 1965), inni kładą większy nacisk na emocjonalny lub oceniający element (Dzwonkowska i in. 2008).

Samoocena według Epsteina rozumiana jest jako element *Ja* odpowiedzialny za regulację zachowania w taki sposób, aby była zachowana odpowiednia dla jednostki proporcja między doświadczeniami przyjemnymi i nieprzyjemnymi. Jest najbardziej podstawowym wskaźnikiem wartościujących odczuć względem siebie. Podstawą teoretyczną jest założenie, że organizmy wyższe postępują w taki sposób, aby unikać bodźców negatywnych przy jednoczesnym dążeniu do maksymalizacji bodźców pozytywnych (Fecenec 2008).

Elementy składające się na pojęcie samooceny nie są sumą informacji nabytych przez jednostkę w toku doświadczenia, ale tworzą system o określonej organizacji. Nie jest on na ogół ani pełny ani dokładny. Pojawienie się niespójności w jego obrębie uwidacznia się w postępowaniu jednostki poprzez niekonsekwencję, lękliwość i zachowania obronne. W konstrukcie tym wyszczególnić można element poznawczy, odnoszący się do wizji i wiedzy człowieka na temat własnych fizycznych właściwości, cech, zdolności, możliwości oraz element oceniający, powstający w wyniku porównań z wymaganiami zadań bądź z wynikami innych osób. Jest zatem on odpowiedzialny za generowanie stanów afektywnych (Fece-nec 2008; Taylor 1995).

Samooceńca określana jest także jako poczucie własnej wartości i wiąże się z uczuciowym ustosunkowaniem względem własnej osoby. W związku z tym, w zależności od jej wysokości można mówić o samoakceptacji bądź samoodtrąceniu (Franken 2005).

Samooceńca rozumiana jako wynik oszacowywania wartości samego siebie, to znaczy zakresu, w jakim człowiek uznaje siebie za dobrego, kompetentnego i przyzwoitego, jest jednym z bardzo ważnych czynników determinujących zachowanie jednostki. Często potrzeba doskonalenia pożądanego własnego wizerunku przed samym sobą może powodować zniekształcanie obrazu świata (Festinger 1957). Jednostka dąży bowiem do redukcji pojawiających się rozbieżności między tym, co sama myśli o sobie, a tym, jakie informacje zwrotne na ten temat do niej docierają. Także w celu utrzymania tego obrazu podejmuje się ona określonych działań, spodziewając się, że wyniki potwierdzą jej przekonania.

Kształtowanie się samooceny

Ukształtowanie się samooceny wymaga odpowiedniego poziomu samoświadomości i pozostaje w ścisłym związku z tworzeniem się specyficznego systemu wyobrażeń i pojęć dotyczących samego siebie- *struktury Ja* (Epstain 1980). Jest to długi i złożony proces rozwojowy polegający na stopniowej kumulacji doświadczeń w trakcie życia jednostki przy jednoczesnym ich porządkowaniu i organizowaniu. Dzięki niemu możliwe jest lepsze zrozumienie otaczającej rzeczywistości i samego siebie.

Treść struktury Ja obejmuje cechy fizyczne (dotyczące właściwości budowy i funkcjonowanie organizmu), psychiczne, (intelektualne i emocjonalno-motywacyjne) oraz społeczne (powstające i przejawiające się w interakcjach społecznych) (Kernis 2003).

W pierwszym etapie powstania pojęcia o sobie samym, w wyniku nabywania nowych doświadczeń przez jednostkę oraz rozwijania form aktywności oddziałujących na

otoczenie, następuje odróżnienie „ja” od tego, co zewnętrzne („nie-ja”). Granice obu struktur nie zawsze są ostre, co może powodować z jednej strony tendencje do przypisywania otoczeniu własnych uczuć i myśli (projekcja), z drugiej zaś objawiać się w traktowaniu postaw i uczuć innych jak własnych (introjeksja).

„Ja” zawiera w sobie „poczucie własnego ja”, „ja świadome” i „ja idealne” (Reykowski 1982). Początkowo dotyczy ono wyłącznie obrazu własnego ciała, opartego na schemacie ciała i będącego psychiczną reprezentacją jego całości oraz części zawierających się w tej całości. Jednostka posiada obok zewnętrznego, fizycznego obrazu własnego ciała, także wewnętrzny związany z jego funkcjonowaniem oraz tym, co ono zawiera. Wydaje się jednak, że pierwszy wywiera większy wpływ na psychiczny obraz ciała. Określają go czynniki obiektywne, dotyczące konkretnej, realistycznej wiedzy jednostki o własnym ciele oraz czynniki subiektywne odnoszące się do tego, co w związku z tym ona czuje (Crocker, Park 2005).

Pojęcie o sobie samym jest konstruktem nieustannie zmieniającym się w wyniku zdobywanych przez podmiot doświadczeń. Rozwój obrazu własnego ciała i związane z nim oddzielenie „ja” od „nie-ja” następuje około 7- 9 miesiąca życia. W procesie tym, niezwykle istotne są doświadczenia dotykowe i wizualne. Uświadamianie sobie pewnych własnych cech i zachowań przypada na wiek przedszkolny. Wówczas to dziecko zaczyna spozstrzegać siebie jako podmiot własnych działań i zdawać sobie sprawę z ich celowości. Stopniowo, wraz z pełnieniem coraz większej ilości ról społecznych, jednostka jest zmuszona do ciągłego integrowania obrazu własnej osoby w związku z kolejnymi doświadczeniami. Zaczyna również ujmować siebie w łączności ze środowiskiem, własną przeszłością. Ponieważ jednak nie potrafi uświadomić sobie związków z przyszłością nie możemy jeszcze mówić o „ja permanentnym”. Samoocena w tym okresie życia dokonuje się w wyniku porównań z innymi osobami i ma charakter wybiórczy, dotyczy w zasadzie wyłącznie wyglądu zewnętrznego, zachowania i własnych wytworów. Nabiera ona pogłębionego charakteru dopiero w wieku 11-15 lat w związku z pełniejszym uświadomieniem sobie własnych cech osobowości oraz ich wpływu na zachowanie.

Samoocena zaczyna wówczas pełnić funkcje motywujące. Człowiek w tym czasie przywiązuje większą wagę do rezultatów własnych działań. W związku z tym bardziej przeżywa porażki oraz stara się antycypować wynik własnego zachowania. Samoocena na tym etapie ma charakter bardziej sytuacyjny i jest silniej zabarwiona emocjonalnie niż w późniejszym okresie. Stopniowo rozwija się także zdolność do dokonywania porównań i oceniań zarówno otoczenia, jak i własnej osoby. Kształtuje się także system wartości. Dopiero

w okresie dorastania można mówić o w miarę stabilnym i niezależnym obrazie samego siebie. Na późniejszym etapie, w związku z powiększaniem się cech i zachowań podlegających krytyce samoocena staje się coraz bardziej dojrzała i obiektywna (Franken 2005; Turner, Helms 1999).

Przyjmuje się, że samoocena w około 30-40% jest uzależniona od czynników genetycznych (Neiss in. 2002; Neiss i in. 2006). Początkowo rodzice przekazują dziecku własne wartości, mówiąc mu jakie ma być. Stopniowo jednak coraz większe znaczenie zaczyna odgrywać grupa rówieśnicza, której standardy jednostka stopniowo przyjmuje za swoje (Turner, Helms 1999).

Większość autorów zwraca uwagę na rolę, jaką odgrywa w kształtowaniu się samooceny system wychowawczy. Nieustanne chwalenie lub ganieńie dziecka bez względu na osiągnięte przez nie wyniki może prowadzić do wykształcenia się samooceny nieadekwatnej-zawyżonej lub zaniżonej (Franken 2005; Kernis 2005; Kernis i in. 2000). Różne jego traktowanie przez rodziców, a także brak konsekwencji owocować może w jej niestabilności. Z kolei zbyt surowe wymagania w połączeniu z ciągłym niezadowoleniem rodziców lub traktowanie dziecka z lekceważeniem, obojętnością i niechęcią przyczyniać się może do wykształcenia się samooceny negatywnej. Można zatem przyjąć, że samoocena odzwierciedla stopień akceptacji okazywanej dziecku przez rodziców (Lachowicz-Tabaczek 2000). Jej prawidłowe ukształtowanie się jest niezmiernie istotne, ponieważ ma ogromny wpływ na funkcjonowanie jednostki w okresie późniejszym.

W czasie dojrzewania (14-23 rok życia) zaobserwowano, że w przypadku kobiet samoocena maleje, a u mężczyzn rośnie. Wysoka samoocena u kobiet wiąże się z większym znaczeniem bliskich kontaktów z innymi, natomiast u mężczyzn zachowaniem większego dystansu emocjonalnego i kontroli w relacjach z ludźmi (Franken 2005).

Badania różnic w poziomie samooceny w zależności od płci nie dają jednak jednoznacznych wyników. Część z nich świadczy o niższym poczuciu własnej wartości i skuteczności kobiet (Ogińska- Bulik 2004). Stwierdzono, że „statystyczna kobieta odczuwa, interpretuje świat i zachowuje się w sposób zbliżony do osób posiadających relatywnie niską samoocenę, a statystyczny mężczyzna podobnie jak osoby o wysokiej samoocenie” (Lachowicz-Tabaczek 2000, s.64).

Ukształtowana samoocena jest raczej niezmienna. Jedynie na skutek działania czynników o silnym charakterze negatywnym lub pozytywnym może ulec przekształceniom. Trwałe zmiany w jej zakresie następują najczęściej stopniowo. Nie ma do końca jasności jak się one kształtują. Wyniki części badań wskazują, że ulega ona wzrostowi na przestrzeni

życia z wyjątkiem okresu wczesnej adolescencji, kiedy następuje jej obniżenie (Demo 1992). Istnieją jednak dowody na jej spadek w przypadku osób dorosłych zwłaszcza, gdy cechują się oni wysoką samooceną (Schafer, Keith 1999).

Rodzaje samooceny

Samoocena, rozważana jako częściowa, czy też globalna, może być umiejscowiona na kontinuum o krańcach: wysoka-niska, adekwatna (trafna) – nieadekwatna (nietrafna), stabilna (stała) – niestabilna (niestała), pewna – zagrożona, pozytywna – negatywna (Fecenec 2008).

Najczęściej w kontekście rodzajów samooceny mówi się o jej poziomie. Określa się w związku z tym jednostki jako cechujące się *wysoką* lub *niską samooceną*.

Według teorii rozbieżności Ja Higginsa z jej poziomem związane są elementy pojęcia o sobie: „ja realne” (jaki jestem), „ja idealne” (jaki chciałbym być) oraz „ja powinnościowe” (jaki powinienem być) (Higgins 1987). Proces oceniania samego siebie polega z jednej strony na porównywaniu „ja realnego” z „ja idealnym”, z drugiej zaś na sprawdzaniu własnych cech, dokonań i wyników działania w kontekście rezultatów osiągniętych przez innych ludzi oraz na podstawie wyrażanych przez nich opinii na temat jednostki („ja powinnościowe”). Możemy zatem mówić o subiektywnym i obiektywnym standardzie samooceny (Dzwonkowska i in., 2008; Fecenec 2008). Różnica między „ja realnym” a „ja idealnym” powoduje występowanie takich stanów emocjonalnych jak rozczarowanie, niezadowolenie z siebie, smutek, frustracja. Rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja powinnościowym” skutkuje w gotowości do samokarania się, odczuwania lęku, niepokoju lub poczucia winy (Aronson i in. 2012; Higgins 1987; Turner, Helms 1999). Zrozumiałą jest zatem w tym kontekście wpływ „ja idealnego” i „ja powinnościowego” na ludzkie zachowanie. Odstępstwem mogą być sytuacje, w których wymagania tych wzorów przerastają możliwości podmiotu lub choć są realne do osiągnięcia jednostka nie posiada i nie realizuje systemu celów i kroków pośrednich do nich prowadzących (Dzwonkowska i in. 2008). Rozdźwięk między „ja realne” a „ja idealne” i „ja powinnościowe” ma również związek z poziomem samooceny zarówno globalnej jak i częściowej. Im jest większy tym jest ona niższa. O poziomie samooceny globalnej decydują zwłaszcza te obszary życia jednostki, które uważa ona za najważniejsze (Crocker, Park 2005).

Zarówno niska jak i wysoka samoocena może być zaniżona lub zawyżona w stosunku do realnego potencjału jednostki, a więc *nieadekwatna*. W pierwszym przypadku mamy do czynienia ze stanem, w którym człowiek przypisuje sobie niższe możliwości niż posiada rzeczywiście, a więc nie docenia swoich zdolności czy swojej społecznej atrakcyjności, ocenia moralną wartość swoich czynów niżej, niż one na to zasługują, spodziewa się od innych ludzi mniej, niż to jest uzasadnione. Zaniżona samoocena cechuje często osoby mające problem z nadwagą. Jednostki takie formułują nieadekwatne aspiracje w związku z pomniejszaniem subiektywnych szans osiągnięcia sukcesu. Utrata masy ciała może jawić im się jako przerastająca ich możliwości i w związku z tym nie podejmują nawet prób w tym zakresie. Mogą przejawiać postawy obronne poprzez agresję, dezorganizację czynności czy ucieczkę od życia. W wyniku tego, często mają problemy z prawidłowym nawiązywaniem kontaktu z nimi, co w rezultacie przyczynia się do niemożności zaspokojenia podstawowych potrzeb społecznych, a także uzyskania wsparcia w próbach utraty masy ciała (Dzwonkowska i in. 2008).

Zawyżona samoocena z drugiej strony oznacza bezkrytyczne postrzeganie swoich cech i umiejętności jako dużo lepszych niż jest to w rzeczywistości. Może cechować osoby z nadwagą lub otyłe, dla których fakt ten nie jest ważny, a w związku z tym nie wpływa bezpośrednio na samoocenę. Działania ukierunkowane na utratę masy ciała są w ich przypadku nieskuteczne, gdyż z jednej strony stawiane sobie cele mogą przewyższać możliwości jednostki, a z drugiej strony za porażki obwiniane są czynniki zewnętrzne, a więc okoliczności czy też inni ludzie, w tym specjaliści. Podejmowanie się wykonania zadań trudnych nie zawsze musi kończyć się niepowodzeniem. Czasami, jeżeli przekraczają one nieznacznie możliwości jednostki mogą działać mobilizująco i w efekcie kończyć się sukcesem. (Reykowski 1982). Niemniej jednak w związku ze stygmatyzacją osób otyłych bardzo rzadko zdarza się, żeby wygląd fizyczny w ich przypadku nie wpływał na samoocenę.

Adekwatna samoocena jest zgodna z realnymi właściwościami podmiotu. Dzięki temu może on podejmować się wykonania działań w zgodzie z posiadanymi zdolnościami, a w związku z tym efektywnie funkcjonować i prawidłowo przystosować się do otoczenia. Adekwatność samooceny chroni przed niepowodzeniami oraz wiążącymi się z nimi negatywnymi działaniami emocjonalnymi. Wpływ na nią ma spójność doświadczeń osobistych i opinii innych osób, zwłaszcza tych, z którymi jednostka jest związana emocjonalnie (Dzwonkowska i in. 2008).

Biorąc pod uwagę kryterium stałości można mówić o *samoocenie stabilnej (stałej)* bądź *niestabilnej (niestałej)*. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z względnie trwałym systemie opinii i sądów jednostki na własny temat (Kernis 2006). Do jej wykształcenia niezbędne jest spełnienie szeregu warunków. Wiedza jednostki o sobie musi być pełna, dokładna i prawidłowa. Podmiot powinien posiadać jasno określony ideał własnej osoby, który jedynie w pewnym stopniu byłby rozbieżny z „ja realnym” i którego osiągnięcie byłoby możliwe. Dodatkowo jednostka przy porównywaniu siebie i swojego zachowania do ideału powinna uwzględniać zarówno opinie otoczenia na własny temat, jak i skutki swoich działań.

W przeciwnym razie możemy mieć do czynienia z niestabilną samooceną. Wówczas oprócz częstych zmian opinii o sobie, zaobserwować można wahania w poziomie aspiracji. Oczekiwania względem samego siebie są uzależnione od odnoszonych porażek lub sukcesów, a także od opinii innych ludzi. Skuteczność działań ukierunkowanych na odchudzanie w związku z tym również nie jest stabilna. Ma to ścisły związek z odczuwanymi przez jednostkę emocjami. Nastroj waha się od ożywienia, radosnego podniecenia, lekceważenia trudności, pogardy dla rywali aż do smutku, depresji, uczucia osamotnienia i izolacji (Dzwonkowska i in. 2008). Zmiany poziomu samooceny mogą mieć również przyczynę natury organicznej, mogą być następstwem pogorszenia samopoczucia fizycznego czy choroby, w tym otyłości (Fecenec 2008).

Samoocena może być *zagrożona* w przypadku, gdy człowiek nie jest pewien swojej wartości. Przyczyna to najczęściej doświadczenia życiowe jednostki związane z wielokrotnym ponoszeniem porażek lub przebywaniem w środowisku, w którym nieustannie groziło odrzucenie, krytyka. Także nagła, niespodziewana zmiana pozycji jednostki uniemożliwiająca przyswojenie nowej roli może uwidaczniać się w wykształceniu samooceny zagrożonej. Przyczynić się do tego może także rozbieżność między wysokością zajmowanej pozycji, a subiektywnie niską oceną własnych możliwości wypełniania zadań z nią związanych, bądź też przekonanie o niespełnieniu jakiś istotnych kryteriów warunkujących jej posiadanie. Czynnikiem sprzyjającym jej powstaniu jest również przypisywanie przez jednostkę dużej wagi jednemu z obszarów funkcjonowania, na przykład wyglądowi (Crocker, Park 2005). Powyższe sprowadza się do faktu niewystarczającego ugruntowania wartości jednostki w jej własnej percepcji. Nie jest ona w związku z tym pewna czy zadania, których się podejmuje zakończą się sukcesem, a przez to oczekuje krytycyzmu i nie wykazuje zadowolenia z tego, czym się zajmuje. W celu zamaskowania przed otoczeniem owej niepewności siebie oraz

zabezpieczenia się przed potencjalnymi niepowodzeniami i spodziewanym krytycyzmem stosuje ona wiele mechanizmów obronnych. Może wyolbrzymiać swoje osiągnięcia i możliwości, rozpowszechniać mity na własny temat lub przejawiać tendencję do usprawiedliwiania się i tłumaczenia, stosować strategię samoutrudniania (Baumeister i in. 2003; Kernis 2003a). W związku z niepewnością i nieustannym poczuciem zagrożenia osoby takie są na ogół wrażliwe na krytykę, a także niezmiernie podejrzliwe wobec otoczenia (Crocker, Wolfe 2001; Kernis 2003b). W skrajnym przypadku może powodować to znaczne obniżenie aktywności życiowej, niechęć do podejmowania się wszelkich zadań, brak zaufania i nieznamość własnych zasobów. Wysoki poziom lęku wraz z poczuciem ciągłego zagrożenia może przyczyniać się do ukształtowania niskiej samooceny (Crocker, Park 2005).

Przeciwnie osoby o *pewnej* samoocenie nie uważają porażki jako zagrażającej Ja, mimo, że wywołuje ona negatywne emocje. W związku z tym w ich przypadku skuteczność terapii odchudzających powinna być większa.

W zależności od wartości, wyróżnić można *samoocenę pozytywną* lub *negatywną*. Im mniejsza istnieje rozbieżność pomiędzy aktualnym obrazem własnej osoby („ja realna”) a pożądanym („ja idealne”), tym jest ona bardziej pozytywna, człowiek w większym stopniu akceptuje samego siebie. Jednak zbyt duża spójność między tymi dwoma strukturami Ja może przejawiać się w bezkrytycznej aprobacie własnej osoby i postępowania, co uniemożliwia wytworzenie się motywacji do wprowadzenia jakichkolwiek zmian w sobie. Tego rodzaju samozadowolenie współwystępuje z brakiem skłonności do przyznania się do winy, a przez to jednostki takie odbierane są przez otoczenie jako trudne do współpracy i współzycia.

Niekorzystna jest również samoocena negatywna. Powoduje ona, że człowiek jest z siebie niezadowolony, ocenia swoje możliwości jako niższe od standardów wyznaczonych przez „ja idealne”. Czasami mimo obiektywnie dużej wartości jednostki stawia ona sobie wygórowane wymagania w wyniku czego jest nieustannie z siebie niezadowolona, ma poczucie, że nie robi tego, co powinna, ani jak powinna.

Okresowe pojawianie się pretensji do samego siebie na tym tle jest jednak korzystne, ponieważ przyczynia się do skorygowania błędnego działania. Problem pojawia się wówczas, gdy stan taki utrzymuje się przez dłuższy czas. Podmiot może uzewnętrzniać powyższą postawę w ciągłym dążeniu do perfekcjonizmu poprzez poprawianie wszystkiego co robi. W wyniku tego, ukończenie w terminie przedsięwziętych zadań może okazać się niemożliwe (Crocker, Park 2005).

Należy odróżnić *samoocenę jawną*, dostępną na poziomie świadomym, od *samooceny ukrytej*, o której świadczą głównie reakcje emocjonalne jednostki. Obie samooceny są ze sobą słabo skorelowane. Badania wskazują na związek między ukrytą samooceną a codziennym nastrojem człowieka oraz poziomem odczuwanego lęku (Greenwald, Farnham 2000). Samoocena ukryta wpływa na stabilność samooceny jawnej. Jeżeli jest ona niska, a samoocena jawna wysoka wówczas ta ostatnia jest także niestabilna (Dzwonkowska i in. 2008).

Wpływ samooceny na funkcjonowanie jednostki

Na obraz własnej osoby, w tym samooceny, oddziałuje zachowanie jednostki, a zwłaszcza jego wynik. Z kolei podejmowanie przez podmiot działań jest uzależnione od motywacji, na wielkość, której wpływ ma wartość celu oraz prawdopodobieństwo jego osiągnięcia. Oszacowanie szans pozytywnego zakończenia zadania jest ściśle związane z subiektywnym przekonaniem o własnych możliwościach. Mamy zatem do czynienia z wzajemnym wpływem samooceny i działania jednostki.

Samoocena pozostaje w związku z cechami osobowości, zajmowaną pozycją w grupie, kontaktami z innymi ludźmi, poziomem motywacji, stosunkiem do odnoszonych sukcesów i porażek, rodzajem wybieranych zadań, przeżywanymi emocjami, zdrowiem, w tym otyłością.

Poziom samooceny u dzieci jest skorelowany z poziomem depresji i pesymizmu (Oleś i in. 2002). Badania Rosenberga (1965) prowadzone na etapie tworzenia Skali SES wśród pacjentów z depresją wykazały, że ci z niższym poziomem samooceny byli postrzegani przez personel medyczny jako bardziej depresyjni, smutni, przygnębieni i rozczarowani. Wykazywali także więcej objawów psychosomatycznych (Łaguna i in. 2007). Aktualne badania potwierdzają powyższe zależności (Baumeister i in. 2003; Watson i in. 2002). Osoby z wyższą samooceną mają silniejszą potrzebę osiągnięć i częściej przypisują sobie pozytywne cechy osobowości.

Wyniki badań z użyciem Skali Samooceny Rosenberga potwierdzają ujemną korelację między poziomem samooceny, a neurotycznością oraz pozytywną z ekstrawersją (Schmitt, Allik 2005).

Istnieje współzależność między negatywną, nieakceptującą postawą w stosunku do siebie a postawami w stosunku do innych ludzi. Agresywność, niedowierzanie, podejrzliwość oraz wrażliwość na krytykę czynią z takich jednostek osoby trudne we współżyciu.

Dodatkowo brak zaangażowania w pracę grupy powoduje, że na ogół zajmują niską pozycję społeczną, co utrudnia nawiązywanie satysfakcjonujących kontaktów z ludźmi. Poziom samooceny wiąże się z zajmowaną pozycją w grupie. Osoby o niskiej samoocenie częściej wycofują się z życia towarzyskiego, nie przejawiają inicjatywy w nawiązywaniu kontaktów, nie biorą udziału w dyskusjach grupowych.

Niska samoocena często powstaje w rezultacie doświadczania odrzucenia przez innych ludzi. Może ona powodować, że jednostka subiektywnie czuje się nieakceptowana, nieatrakcyjna i w związku z tym unika kontaktów interpersonalnych (Baumeister i in. 2003). Wrażliwość na opinię innych, zwłaszcza na krytykę, która mogłaby doprowadzić do ośmieszenia uwidacznia się w zachowaniach unikających i wycofujących. W związku z tym, inne osoby jawią się jako zagrożenie, a sytuacje społeczne jako trudne. Jednostki takie unikają ludzi, uważając, że i tak nie są w stanie zaimponować niczym otoczeniu. Przejawiają nikłe zainteresowanie światem zewnętrznym, koncentrując się i analizując głównie cechy i zachowania własne. Są introwertywne, nieśmiałe, mają problemy z konwersacją, wykazując przy tym podwyższone napięcie emocjonalne, łatwo popadają w zakłopotanie. Nie przejawiają inicjatywy w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, utrzymują je jedynie z wybranymi jednostkami, które postrzegają jako życzliwe wobec nich lub niezagrażające im ze względu na również niską pozycję społeczną. Przyczynia się to do odczuwania przez nie osamotnienia, izolacji, smutku i braku więzi z grupą (Oleś 2006, Oleś i in. 2002). Wchodzą w relacje interpersonalne oczekując odrzucenia, wybierają partnerów, którzy myślą o nich negatywnie. Jeżeli tak się nie dzieje najczęściej ich porzucają. Osoby z niską samooceną unikają także sytuacji współzawodnictwa, dążą do spokojnego życia, bez wyzwań, wzruszeń i niepokoju. Cechuje je tendencja do submisji. Zdarza się, że przedstawiają otoczeniu swój odmienny wizerunek, który uważają za lepszy od rzeczywistego, zmuszając się przez to do nieustannej gry, co wymaga ciągłej samokontroli. Mają w związku z tym problemy ze stanowczością i samodzielnym podejmowaniem decyzji, łatwo ulegają wpływom innych osób (Franken 2005).

Przeciwnie reagują osoby z wysokim poziomem samooceny. Uznawanie siebie za osobę wartościową, samoakceptacja przejawia się w podobnym stosunku do otoczenia. Jednostki takie są życzliwe, towarzyskie i mają zaufanie do innych (Dzwonkowska 2002). Dzięki temu są powszechnie lubiane, zajmują ponad przeciętną bądź wysoką pozycję społeczną w grupie. Wykazują przy tym sporą aktywność, często inicjują rozmowy, posiadają łatwość nawiązywania nowych znajomości. Często wykazują zainteresowanie sprawami publicznymi i zagadnieniami społeczno-politycznymi. Zaobserwować można na ogół zbież-

ność między tym, co myślą na swój temat, a tym jak postrzegają je inni oraz rezultatami własnych działań.

Osoby z niższym poziomem samooceny częściej i silniej doświadczają negatywnych emocji. Wykazują one także wyższą gotowość do ich przeżywania i w mniejszym stopniu odczuwają ciekawość (Łaguna, Bąk 2007).

Samoocena ma wpływ na poziom aktywności jednostki (Baumeister i in. 2003). Rozbieżność między „ja realnym” a „ja idealnym” decyduje o stanie napięcia emocjonalnego i motywacyjnego. Jeżeli rozbieżność jest zbyt duża, odczuwane przez jednostkę napięcie będzie silne, ale jednocześnie nie będzie motywowało ono do działania, gdyż osoba taka nisko ocenia swoje szanse. Powstaje wtedy poczucie beznadziejności czy nieszczęśliwości, charakterystyczne dla tzw. złego przystosowania (Fecenec 2008). Uogólnione przekonanie o skuteczności rozumiane jako wiara we własne możliwości w trudnych sytuacjach oraz nadzieja na sukces i optymizm jest pozytywnie skorelowane z poziomem samooceny (Łaguna 2006a; Łaguna 2006b; Łaguna i in. 2005; Łaguna i in. 2007). Taka sama zależność występuje w przypadku przekonania, że świat jest sensowny i przychylny ludziom, czyli tak zwanej nadziei podstawowej (Łaguna i in. 2007). Osoby o wysokiej samoocenie, niezależnie od liczby sukcesów i porażek, wierzą we własne możliwości. Jednostki z niską samooceną są silniej motywowane przez lęk przed porażką niż chęć odniesienia sukcesu- odwrotnie niż te o wysokiej samoocenie. W przypadku niepowodzenia jednak reakcje emocjonalne są takie same, różnice pojawiają się na poziomie poznawczym. Osoby z niską samooceną oczekują, że ich działania zakończą się porażką i o wiele łatwiej ją przyjmują. Motywy ich działania mają na celu ochronę samooceny, więc po odniesionym niepowodzeniu w dalszym ciągu kontynuują działania, natomiast po sukcesie zaprzestają, aby nie stracić ulotnego poczucia szczęścia. Osoby o wysokiej samoocenie są dumne ze swoich sukcesów i nie wstydzą się zbyt swoich porażkami. Opanowały taką metodę ich analizowania, która pozwala na minimalizowanie ich znaczenia. Natomiast w przypadku niskiej samooceny porażki mają duże znaczenie, a sukcesy nie powodują pojawienia się poczucia dumy z własnych osiągnięć, są one przypisywane czynnikom zewnętrznym, niezależnym od jednostki. Odczucia są tym silniejsze, im bardziej ważna jest dla danej osoby konkretna dziedzina, w której odnosi porażki lub sukcesy (Franken 2005). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli cechuje osoby z wysokim poziomem samooceny, zewnętrzne umiejscowienie kontroli- z niskim (Judge i in 2002).

Osoby z niskim poziomem samooceny unikają podejmowania zadań trudnych, przewidują bowiem, że zakończyłoby się to niepowodzeniem (Franken 2005). W związku z tym

oraz na skutek podwyższonego poziomu lęku są na ogół bierne, a przez to osiągają w życiu znacznie mniej niż mogłyby. Wybierają zadania łatwe, dzięki czemu minimalizują szansę porażki, której doświadczenie dodatkowo obniża poziom samooceny. Mają poczucie bezwartościowości, nie wierzą we własne siły. Ich działanie ukierunkowane jest na unikanie negatywnych emocji i porażek (Heimpel i in. 2006). Mają mniej spójny obraz samej siebie i w związku z tym mogą mieć trudności w podejmowaniu życiowych wyborów (Dzwonkowska i in. 2008).

Niezbyt duża różnica między „ja realnym” i „ja idealnym” przejawia się w silnej motywacji do działania (Fecenec 2008). Osoby z wyższym poziomem samooceny są bardziej wytrwałe i aktywne, stawiają sobie cele ukierunkowane na sukces. Wiedzą także kiedy należy się wycofać gdy dane działanie okazuje się nie mieć sensu (Di Paula, Campbell 2002). Jednak wysoka zagrożona samoocena może wiązać się z zachowaniami ryzykownymi, a w związku z tym jednostki takie są narażone na zranienia fizyczne i emocjonalne.

Osoby z wyższą samooceną częściej przeżywają pozytywne emocje, rzadziej negatywne. Jednak gdy jest ona niestabilna reagują gniewem i agresją w sytuacji jej zagrożenia (Baumeister i in. 2003). Wiąże się to z narcyzmem, który występuje przy wysokiej niestabilnej samoocenie. Negatywne emocje są doświadczane przez osoby z niską samooceną z dużą intensywnością, pozytywne z małą (Dzwonkowska i in. 2008). W związku z tym, że są one bardziej uzależnione od informacji zwrotnych, w większym stopniu przeżywają zarówno pozytywne jak i negatywne opinie na swój temat. Może to powodować większe wahania nastroju w ciągu dnia i częstsze odczuwanie lęku (Wrześniewski i in. 2006).

Sposób postrzegania rzeczywistości przez osoby z niskim poziomem samooceny powoduje, że zarówno gdy spotykają je negatywne jak i pozytywne wydarzenia obserwuje się pogorszenie stanu ich zdrowia. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że doświadczane przez nie poczucie szczęścia nie jest w zgodzie z przekonaniem na własny temat i ilość energii wymaganej na poradzenie sobie z tą sprzecznością osłabia układ odpornościowy (Oleś 2003). Osoby z niską samooceną mają większe prawdopodobieństwo zachorowania na bulimię (Dzwonkowska i in. 2008). Niższa samoocena koreluje także ujemnie z ilością objawów psychosomatycznych (Łaguna i in. 2007).

W przypadku osób z wysoką samooceną obserwuje się związek z długowiecznością, zdrowiem fizycznym i niewystępowaniem zahamowań seksualnych. Osoby takie mają wyższe poczucie szczęścia (Baumeister i in. 2003).

Niski poziom samooceny powoduje często wyolbrzymianie niepowodzeń, obwinianie się o wszystko, niedoceniać swoich mocnych stron, co w rezultacie prowadzi do nie-

zadowolenia, negatywnego nastroju. Jedną z metod radzenia sobie z negatywnymi emocjami jest objadanie się (Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008). Ogólna samoocena jest jednym z głównych czynników, na podstawie których można przewidzieć poziom niezadowolenia z własnego ciała otyłych kobiet (Brytek-Matera 2010). Koreluje także z poziomem lęku przed przytyciem (Polivy, Herman 2002) oraz wielkością lęku społecznego (Gianini, Smith 2008). Samoocena oddziałuje na siłę związku między krytyką otoczenia a niezadowoleniem z własnego ciała (Ata i in. 2007). Z kolei presja otoczenia na posiadanie szczupłej (w przypadku kobiet) lub umięśnionej (w przypadku mężczyzn) sylwetki może powodować wzrost niezadowolenia z własnego ciała oraz spadek samooceny (Stice i in. 2002). Uwidacznia się to zwłaszcza w przypadku wpływu rówieśników (Dunkley i in. 2001; Hutchinson, Rapee 2007).

Należy zaznaczyć, że niska samoocena nie jest przeciwieństwem wysokiej. Osoby z niskim poziomem samooceny niekoniecznie cechują się negatywnym obrazem własnej osoby. Mają mniejszą wiedzę dotyczącą pozytywnych aspektów własnego funkcjonowania. Osoby z wyższą samooceną częściej skupiają się i zapamiętują pozytywne informacje zwrotne dotyczące własnej osoby, jako bardziej zgodne z tym, co same o sobie myślą. W związku z tym, mogą ignorować negatywne informacje i przeceniać własne możliwości (Dzwonkowska i in. 2008).

W skrajnym przypadku może dojść do właściwie całkowitej zbieżności między „ja realnym”, a „ja idealnym”. Czasem przyczyną takiego stanu rzeczy jest stosowanie mechanizmów obronnych w celu zamaskowania tak naprawdę niskiej samooceny. Na ogół jednak wysoka samoocena jest efektem dwóch rodzajów sytuacji.

Po pierwsze, mamy z nią do czynienia, jeżeli „ja realne” jednostki jest tak zawyżone, że pokrywa się z „ja idealnym”. Kieruje się ona w działaniu bardziej swoimi pragnieniami niż realnymi możliwościami. Cechuje ją ryzykancka postawa i jest bezkrytycznie gotowa podejmować się zadań zbyt trudnych. Ze zbyt zawyżonej oceny własnej osoby mogą wynikać negatywne konsekwencje. Jednostka taka, w sytuacji gdy nie osiąga zamierzonych celów winą obarcza otoczenie. Prowadzi to niejednokrotnie do konfliktów z innymi ludźmi. Osoby takie nie są popularne, uważa się je za zarozumiałe. Przekonanie o własnej wyjątkowości, w związku z tym, że nie znajduje potwierdzenia w opinii otoczenia, powoduje formułowanie wygórowanych oczekiwań. Niemożność ich realizacji implikuje frustracje jednostki i rezygnację z podjętych działań. W sytuacji zagrożenia osoby o bardzo wysokiej samoocenie wykazują niską odporność. Często także nadmiernie kontrolują siebie oraz wykazują się brakiem szczerości.

Druga sytuacja, która objawia się w bardzo wysokiej samoocenie, jest związana z zaniżeniem „ja idealnego”. Człowiek wówczas nie odczuwa motywacji do działania, nie ma aspiracji, nie dąży do osiągnięcia jakichkolwiek celów. Postawę taką zaobserwowano wśród jednostek o poważnych zaburzeniach psychicznych, głównie psychopatów i psychotyków (Pervin 2002).

Najbardziej korzystna z punktu funkcjonowania jednostki jest taka sytuacja, w której rozbieżność między „ja realnym” i „ja idealnym” jest niezbyt duża i subiektywnie możliwe jest względne zrównanie tych struktur. Innymi słowy jednostka ma poczucie własnej wartości, zna swoje możliwości, ale jednocześnie stawia sobie nieco wyższe wymagania. Istotne jest nie tylko to, że podchodzi ona realnie do własnych możliwości, ale przede wszystkim zdaje sobie sprawę ze swych niedoskonałości i potrafi je zaakceptować. Zatem traktuje siebie jako osobę wartościową, ale nie doskonałą. Dzięki temu może dobrze funkcjonować w społeczeństwie, przyjmować odpowiedzialność za własne czyny. Istnieje związek między umiarkowanie wysoką samooceną a dążeniem do osiągnięcia sukcesów, wyznaczaniem sobie trudnych celów oraz odczuwaniem mniejszego lęku i stresu (Taylor 1995). Osoby takie uzyskują także wyższe wyniki w skalach badających restrykcyjne jedzenie (Ogden 2011). W związku z tym, że słabiej reagują na porażkę i krytykę rzadko czują się bezradne, dobrze panują nad sytuacją, przejawiają ciekawość siebie i otoczenia oraz wykazują więcej inwencji w rozwiązywaniu problemów. Dominuje u nich motywacja wewnętrzna (Franken 2005).

1.1.1 Postrzeganie własnej sylwetki

Postrzeganie własnej sylwetki wiąże się z wizerunkiem własnego ciała. Aktualnie przypisuje się mu ogromne znaczenie, a standardy promowane głównie przez środki masowego przekazu są bardzo trudne do osiągnięcia. Wynika to z jednej strony z faktu, że osoby publiczne stawiane za wzór na ogół współpracują z dietetykami, trenerami osobistymi czy wizażystami, którzy pomagają im osiągnąć cel. Mają przy tym często znacznie większe środki finansowe i więcej czasu umożliwiającego skupienie się nad wyglądem niż przeciętne osoby. Dodatkowo publikowane zdjęcia podlegają obróbce przy użyciu programów graficznych. W związku z tym, podobny efekt w zakresie wizerunku jest w zasadzie niemożliwy do osiągnięcia przez większość kobiet. Mimo to, swoisty kult szczupłej sylwetki przyczynia się do stosowania przez nie różnego rodzaju diet, często niebezpiecznych dla zdrowia. Może również wpływać na rozwój zaburzeń odżywiania mogących prowadzić do

śmierci. Celem wprowadzania zmian w żywieniu nie jest przy tym chęć bycia zdrowszym, ale szczuplejszym. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku uprawiania sportu (Grogan 2008). Wpływ mediów na dążenie kobiet do posiadania szczupłego ciała uwidacznia się poprzez ukazywanie nierealistycznie szczupłych ludzi, wzmacnianie przekonania, że szczupłe jest dobre, a atrakcyjny wygląd jest konieczny, aby osiągnąć sukces, prestiż, sławę czy pieniądze (Głębocka 2009). Posiadanie szczupłej sylwetki może, zatem jawić się jako rozwiązanie wielu problemów, które nie mają z nią wiele wspólnego. Chudość oznacza bowiem atrakcyjność, sukces, kontrolę i wolność, podczas gdy otyłość jest często postrzegana jako stan zawiniony przez siebie związany z przejadaniem się, kojarzy się z niepowodzeniem, nieatrakcyjnością, brakiem popularności i lenistwem (Clark, Tiggemann 2006; Clay i in. 2005; Ogden 2011, Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008).

Kobiety przedstawiane w środkach masowego przekazu nie są reprezentatywne dla całej populacji. Może to powodować, że ich szczupłość jest postrzegana jako stan faktyczny, a nie pożądany. Dodatkowo, na przestrzeni ostatnich lat rośnie rozbieżność między rzeczywistym wizerunkiem kobiety, a tym przedstawianym przez media. Podczas gdy problem otyłości staje się coraz bardziej powszechny, kobiety ukazywane w środkach masowego przekazu są coraz chudsze. Natomiast kobiety z nadwagą występują najczęściej w celu przekazania informacji dotyczącej otyłości (Bessenoff 2006; Morrison i in. 2004). Tłumaczyć może to fakt, że około 70% kobiet przyznaje, że odchudzało się przynajmniej raz w życiu, a 40% stosuje dietę w danej chwili (Ogden 2011).

Wyniki badań potwierdzają związek między częstotliwością oglądania telewizji i czytania magazynów dla kobiet, a niezadowoleniem z własnego ciała, dążeniem do chudości czy patologiami w zakresie odżywiania się. Uwidacznia się to szczególnie w przypadku młodzieży (Halliwell, Dittmar 2004; Halliwell i in. 2005; McCabe, Ricciardelli 2001; Tiggemann 2006).

Wizerunek własnego ciała jest uznawany za część struktury Ja, powiązanej z samooceną. Pierwsze naukowe publikacje na ten temat pojawiły się w latach dwudziestych XX wieku. Rozwój badań nastąpił w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku, zwłaszcza w kontekście związku między cielesnością, a zaburzeniami odżywiania (Głębocka 2009, Thompson 2004).

Czynniki wpływające na ukształtowanie wizerunku ciała można zasadniczo podzielić na fizyczne, związane z opiniami i odczuciami jednostki odnoszonymi się do masy jej ciała, interpersonalne, dotyczące opinii otoczenia oraz kulturowe wynikające z promowanych przez media wizerunkom idealnej sylwetki (Garner 1997).

Uznaje się, że obraz własnego ciała składa się przynajmniej z dwóch komponentów: postrzegania jego wielkości i kształtów oraz postawy wobec niego (Scagliusi i in. 2006). Inny podział wyróżnia elementy: poznawczy, emocjonalny oraz behawioralny. Pierwszy z nich składa się z percepcji rozmiarów ciała i przekonań na temat własnego wyglądu, sprawności oraz atrakcyjności fizycznej. Rozbieżność między postrzeganymi aspektami własnego ciała, a pożądanymi powoduje niezadowolenie z własnej fizyczności i jest elementem emocjonalnym dotyczącym wizerunku. Aspekt behawioralny dotyczy stosowania ćwiczeń fizycznych, diety, ale także sposobów wpływających na poprawę wyglądu takich jak odpowiednie kosmetyki czy ubrania (Głębocka 2009).

Mimo tego, że współcześni mieszkańcy krajów rozwiniętych wyglądają lepiej niż ich przodkowie, są bardziej niezadowoleni z własnego ciała.

Początki współcześnie rozumianej diety sięgają lat sześćdziesiątych XX wieku wraz z pojawieniem się szczupłych modelek i mody na bikini. Wówczas powstały pierwsze organizacje zajmujące się promowaniem odchudzania takie jak Weight Watchers. Niemniej jednak postrzeganie ciała kobiecego jako czegoś, co wymaga kontroli ma znacznie dłuższą historię. Głównym jego celem było podkreślenie różnic między kobietą a mężczyzną. W związku z tym poszczególne partie ciała były powiększane lub pomniejszane. Miało to swój wyraz na przykład w krępowaniu nóg kobiet w Chinach, stosowaniu gorsetów czy obwiązywaniu piersi w latach dwudziestych XX wieku (Ogden 2011).

Szereg badań wskazuje, że osoby z zaburzeniami odżywiania, stosujące dietę oraz kobiety oceniają wymiary swojego ciała jako większe niż są w rzeczywistości i w rezultacie są z niego niezadowolone. Zaobserwowano, że dziewczynki już w wieku 8, 9 lat nie akceptują swojego ciała (Grogan, Wainwright 1996; Hill i in. 1992), chłopcy w wieku 13 lat (Conner i in. 1996). Obecne badania potwierdzają, że niezadowolenie z własnego ciała związane jest w większym stopniu z miejscem zamieszkania niż pochodzeniem etnicznym. Kobiety z krajów zachodnich i Japonii w największym stopniu dążą do bycia chudymi (Kayano i in. 2008).

Niejednoznaczne są wyniki badań dotyczących związku między przynależnością do określonej klasy społecznej a niezadowoleniem z własnego ciała. Wydaje się jednak, że osoby o wyższym statusie społecznym częściej są niezadowolone z własnego ciała, stosują dietę i ćwiczenia fizyczne oraz występują u nich patologie w zakresie odżywiania się (Hollis 2000).

Duży wpływ na niezadowolenie z własnego ciała mają relacje rodzinne, zwłaszcza z matką. Nieuznanie autonomii córki, rzutowanie własnych oczekiwań, ale także bezpośrednia

krytyka może być przyczyną niezadowolenia z własnego ciała i w konsekwencji rozpoczęcia odchudzania (Baker i in. 2000; Hanna, Bond 2006; Jablow 2000; Ogden, Steward 2000).

Otyłość może powodować ocenianie własnej sylwetki jako szczuplejszej niż jest to w rzeczywistości. Tylko 7% otyłych mężczyzn i 11% kobiet oceniało swoją sylwetkę jako otyłą w badaniach Bjerggaard i współpracowników (Bjerggaard i in. 2015). Niemniej jednak osoby takie są mniej z niej zadowolone (Schwartz, Brownell 2004; Rinderknecht, Smith 2002).

W związku z powyższym wydaje się uzasadnione założenie, że postrzeganie własnego ciała i związane z nim niezadowolenie z jego kształtów i wielkości będzie generować negatywne stany afektywne, a tym samym wpływać na wybory w zakresie jedzenia. Objawiać może się to bądź w stosowaniu różnego rodzaju diet mających na celu utratę masy ciała lub spożywaniu jedzenia jako strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

1.2 Zachowania żywieniowe i czynniki je determinujące

Pojęcie zachowań żywieniowych

Zachowanie konsumenta, czy też konsumpcyjne jest jednym z wielu elementów zachowania człowieka, wiąże się z podjęciem ekonomicznego działania w sferze konsumpcji i jako takie jest przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych, takich jak ekonomia, psychologia, socjologia, demografia, historia czy antropologia kulturowa (Kieźel 2010, Koster 2009; Tyszka 2004; Woś 2003).

Przed 1940 rokiem zachowania konsumenta analizowano jedynie w aspekcie filozoficznym i społecznym. Mimo to, uznaje się ten moment za początek psychologii ekonomicznej. W latach 60-tych zaczęto stosować pojedyncze pojęcia, takie jak osobowość, postrzeganie ryzyka czy dysonans poznawczy w celu wyjaśnienia zachowań konsumenckich, ale analiza przyczyn była fragmentaryczna. Dopiero w latach 70-tych skupiono się na przetwarzaniu informacji przez konsumenta, a w kolejnej dekadzie zwrócono uwagę na procesy poznawcze i po raz pierwszy dostrzeżono znaczenie emocji w podejmowaniu decyzji. Kolejne lata to podkreślenie wartości symbolicznego aspektu konsumpcji i hedonistycznego do niej podejścia. Nabywanie dóbr zaczęło być analizowane w kontekście doznań i emocji z nim związanych (Kieźel 2010).

Współcześnie, rozważając zachowania konsumentów bierze się pod uwagę fakt, że nie są one zawsze w zgodzie z zasadami racjonalności ekonomicznej. Mimo to, ich postępowanie nie jest przypadkowe, ale wpływa z wrodzonych i nabytych potrzeb, procesów świadomych i nieświadomych oraz czynników zarówno rozumowych jak i emocjonalnych (Lambkin i in. 2001; Światowy 2006; Woś 2003).

W powyższym aspekcie *zachowania żywieniowe* będą to działania powodujące zaspokojenie potrzeb w zakresie żywienia. Dotyczą one między innymi sfery wyboru produktów, organizacji ich kupowania, sposobu przechowywania, planowania posiłków, częstości spożywania, a także szeroko pojętej jakości posiłków (Roszkowski 2007).

Potrzeby żywieniowe należą do podstawowych potrzeb człowieka i mają diametralne znaczenie dla biologicznego przetrwania organizmu (Maslow 1954). Strategie ich zaspokojenia ulegają przekształceniom pod wpływem doświadczeń jednostki i środowiska.

Czynniki warunkujące zachowania żywieniowe

Czynniki wpływające na dostępność żywności dla konsumenta można podzielić na te, o charakterze ekonomicznym, takie jak stan gospodarki, możliwości finansowe poszczególnych konsumentów, oraz te o charakterze społeczno-kulturowym, czyli kultura, status społeczny, przekonania etyczne i tym podobne. Dodatkowo w literaturze występują podziały na determinanty: mierzalne i niemierzalne, główne i uboczne, planowe i przypadkowe, stałe i niestale, ilościowe i jakościowe, wewnętrzne i zewnętrzne (Jeżewska-Zychowicz 1996).

W wyborze pożywienia duże znaczenie ma lubienie lub nie danego produktu. W tym kontekście zaznaczyć należy różnicę między preferencją, a akceptacją, gdyż o ile z całą pewnością istnieje związek między tymi dwoma pojęciami, nie są one tożsame. Stopień lubienia bądź nielubienia odnoszący się do nazwy żywności jest miernikiem *preferencji*, natomiast stosunek do konkretnej próbki żywności wiąże się z pojęciem *akceptacji*. *Spożycie* natomiast rozumiane jest jako rzeczywista ilość żywności konsumowanej w określonym czasie lub rzeczywista częstotliwość spożywania produktów i potraw (BabicZ-Zielińska 1999; Flaczyk i in. 2006; Szczepaniak i in. 2004).

Wybór żywności uwarunkowany jest szeregiem czynników o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym. Na przestrzeni ostatnich kilkadziesiąt lat powstało wiele modeli teoretycznych systematyzujących elementy wpływające na decyzje konsumenckie w zakresie żywienia. Uwzględniają one zarówno cechy samego produktu, jak i jednostki, a także szero-

ko pojętego środowiska oraz wzajemne oddziaływanie tych elementów (Babicz- Zielińska 2006; Pilska, Jeżewska- Zychowicz 2008).

Do czynników związanych z produktem zaliczyć należy takie elementy jak skład chemiczny, wartość odżywcza, atrybuty sensoryczne, cechy funkcjonalne- a więc wygoda, dostępność, opakowanie, trwałość. Czynniki związane z konsumentem to przede wszystkim jego genotyp, sposób funkcjonowania organizmu, determinanty demograficzne, stan metaboliczny organizmu (głód, pragnienie) oraz czynniki psychologiczne, a wśród nich motywacja, osobowość, nastrój, postawy, samoocena. Do czynników środowiskowych należą determinanty ekonomiczne, społeczne (warstwa społeczna, wzorce w rodzinie), kulturowe (tradycje, religia) oraz kontekst, czyli miejsce, czas i towarzystwo, w jakim spożywa się pokarm (Babicz-Zielińska 2006; Gulbicka, Kwasek 2001; Pilska, Jeżewska- Zychowicz 2008).

Determinanty zależne od produktu i środowiska można również traktować jako grupę czynników zewnętrznie oddziałujących na postępowanie jednostki, natomiast ich wpływ na ostateczną decyzję zakupu/spożycia w dużej mierze zależy od szeroko pojętych czynników psychologicznych, czyli determinantów wewnętrznych. Należy zaznaczyć, że wszystkie one wzajemnie na siebie wpływają.

Czynniki zależne od produktu.

Czynniki wyboru uzależnione od produktu to przede wszystkim te, o charakterze sensorycznym, a więc smak, zapach, wygląd, barwa, tekstura oraz te, wpływające na ocenę przydatności do spożycia. Szereg badań zdaje się potwierdzać, że *czynniki sensoryczne*, w tym głównie smak, mają większy wpływ na preferencje i akceptację niż wartość żywienia lub bezpieczeństwo zdrowotne (Babicz-Zielińska 2006; Flaczyk i in. 2006). Istnieją jednak pewne różnice w zależności od kraju zamieszkania, a przede wszystkim od stosunku danego społeczeństwa do własnego sposobu żywienia. Jeżeli jest on oceniany jako właściwy, a więc nie ma potrzeby jego zmiany- wówczas smak decyduje o wyborze produktu. Natomiast te społeczeństwa, które zdają się być przekonane o własnym niewłaściwym sposobie żywienia będą zwracały większą uwagę na zdrowotność produktu (Rozin i in. 1999) lub jego kaloryczność. Amerykanie w związku z tym, że postrzegają jedzenie jako jednocześnie pozytywną (dostarczającą niezbędnych składników odżywczych) jak i negatywną (powodującą otyłość i związane z nią choroby) czynność życiową bardziej niż inne narodowości starają się modyfikować swoje zachowania żywieniowe, aby były jak najbardziej

zdrowe. O wiele bardziej pozytywny stosunek do jedzenia wykazują Francuzi, którzy w najmniejszym stopniu zwracają uwagę czy jedzą zdrowo. Ważniejsza jest dla nich jakość jedzenia, Amerykanie wyżej cenią ilość (Rozin i in. 1999).

Oczywiste wydaje się branie pod uwagę *świeżości artykułu* przy ocenie jego przydatności do spożycia. Wykazano także, że następujące cechy były istotne przy wyborze: jakość, cena, trwałość oraz wpływ na zdrowie. Narodowość, płeć, wiek i rodzaj artykułu spożywczego miały wpływ na wagę, jaką przypisywano powyższym właściwościom (Babicz-Zielińska 2006). Duże znaczenie ma także *znajomość* wyrobu oraz samej marki, która często jest postrzegana jako gwarant jakości, a także dostępność i finansowa zdolność umożliwiająca nabycie konkretnych artykułów spożywczych.

Wysoka *cena* w świetle tradycyjnej ekonomii zmniejsza atrakcyjność danego produktu. Wyjątek stanowią tak zwane dobra luksusowe, których zakup może podwyższyć prestiż i status konsumenta (Tyszka 2004). Satysfakcja z zakupu lub jej brak wynika z porównania wielkości pożytku wynikającego z zakupu do poniesionych strat (głównie wydanych pieniędzy). Badania wskazują, że cena produktów żywnościowych wydaje się mieć znaczenie szczególnie wśród ludzi o niskich dochodach, emerytów, rencistów oraz bezrobotnych, a także młodzieży (Flaczyk, Korczak 2002; Kowalczyk 2007). W pozostałych grupach cena była istotna gdy dotyczyła produktów uznanych za luksusowe (Babicz-Zielińska, Rybowska 2001).

Ważnym czynnikiem wpływającym na wybór produktu jest jego szeroko pojęta *funkcjonalność*. Brane jest tu pod uwagę przede wszystkim opakowanie, jego rodzaj i wielkość, ale także wygoda użycia. Znaczące w podejmowaniu decyzji wydaje się to, jaki rodzaj informacji zawiera opakowanie. Szczegóły dotyczące produktu, jego składu, sposobu i kraju wytworzenia, podkreślenie jego zalet, a także podanie jego ceny wpływają na zwiększenie ilości osób gotowych go nabyć (Babicz-Zielińska 2006). Opakowanie pełni funkcję marketingową, dlatego istotne jest nie tylko to, jakie informacje zawiera, ale jak są one przedstawione.

Ważne jest uwzględnienie przy tym różnic kulturowych gdyż to, co w jednych krajach, społecznościach jest postrzegane jako atrakcyjne, w innych może być odebrane w negatywny sposób (Babicz-Zielińska 2006; Rozin i in. 1999).

Czynniki zależne od środowiska

Czynniki wyboru, na które wpływa środowisko, są niezwykle trudne do określenia, gdyż ich oddziaływanie jest często nieuświadomione. Kształtuje je rodzina, zwyczaje środowiskowe, specyfika miejsca zamieszkania, moda czy też reklama. Wyniki wielu badań podkreślają wpływ środowiska, przez co istotna jest konieczność wzięcia pod uwagę tego aspektu w związku z promowaniem zdrowego sposobu żywienia (Lambkin i in. 2001).

Od najmłodszych lat *rodzina* przyczynia się do wykształcenia postaw, upodobań kulinarnych oraz wzorców zakupów. Ważny przy tym jest nie tylko rodzaj wybieranych produktów, ale także sposób ich konsumpcji. Wykazano, że wspólne spożywanie posiłków łączy się z większym spożyciem błonnika (Siega-Riz i in. 1998), a także warzyw i ryb (Roos i in. 2004). Wykształcenie rodziców ma również wpływ na rodzaj pożywienia konsumowanego przez dzieci. Wyższe wykształcenie matek wiąże się z większą aktywnością fizyczną potomstwa oraz częstszym spożywaniem owoców, warzyw, ciemnego pieczywa oraz produktów o dużej zawartości białka zwierzęcego (Suliga 2004).

Przyjmuje się, że dzieci od 4 roku życia można uznać za konsumentów, gdyż posiadają już na tyle rozwinięte możliwości poznawcze, aby móc wyrażać swoje potrzeby i preferencje (Kowalczuk 2007). Rodzice oddziałują na dzieci w procesie socjalizacji konsumenciej, ale także potomstwo kształtowane pod wpływem reklamy i rówieśników wpływa na dorosłych, zwłaszcza w takich dziedzinach jak wygląd osobisty czy aktywność fizyczna (Benton 2004; Fisher i in. 2002; Skinner i in. 2002; Wardle i in. 2005).

Procesy decyzyjne podejmowane w rodzinie różnią się od tych, jakie podejmuje jednostka. Przykładem może być zakup płatków śniadaniowych, które są nabywane przez rodzica, ale o marce produktu bardzo często decyduje dziecko (Kieźel 2010).

Wraz z wiekiem rośnie zaangażowanie młodych ludzi w wybory produktów żywnościowych w rodzinie. Najczęściej kupowane samodzielnie przez nich artykuły to napoje, słodczyce, lody, desery mleczne, frytki i chipsy. Najmniej młodzież zaangażowana jest w zakup produktów takich jak: mięso, tłuszcze, przetwory zbożowe, mleko, śmietana, ryby i przetwory rybne. Główne czynniki, jakimi zdają się kierować przy samodzielnym zakupie produktów żywnościowych to cena i jakość. W dalszej kolejności istotna jest także świeżość, smak i marka produktu. Zachowania młodzieży cechuje większa impulsywność oraz otwartość na nową żywność, niż ma to miejsce w przypadku dorosłych. Wiedza dotycząca pożywienia jest najczęściej czerpana z domu rodzinnego, szkoły, książek, prasy, reklam oraz od rówieśników (Kowalczuk 2007).

Znaczenie *grupy społecznej* wydaje się być bardziej istotne przy wyborze niż preferencji produktów. Warstwy społeczne o wyższych średnich dochodach szybciej stosują się do zaleceń dietetycznych, takich jak ograniczenie spożycia soli, cukru, tłuszczów nasyconych czy też zwiększenie ilości pokarmów bogatych w błonnik w codziennym żywieniu. Badania przeprowadzone w szeregu krajów europejskich wykazały, że owoce były częściej spożywane w wyższych warstwach społecznych, natomiast w tych niższych i wśród ludności wiejskiej zaobserwowano większe spożycie tłuszczów zwierzęcych (Szczecińska i in. 2007).

Kulturowe preferencje wpływają na wymagania odnośnie produkcji żywności, sposobu żywienia oraz zdrowia. Specyfika kuchni narodowych i regionalnych oddziałuje na rozwój upodobań, który kształtuje się już we wczesnym dzieciństwie (Rozin i in. 1999).

Według Światowej Organizacji Zdrowia istnieje dodatnia korelacja między poziomem ekonomicznym kraju, a ilością jego mieszkańców dotkniętych problemem nadwagi czy też otyłości (WHO 2014). Specyfika danego państwa może wpływać na związek między statusem społeczno-ekonomicznym rodziny, a otyłością jej członków. W Chinach i Rosji zaobserwowano dodatnią korelację powyższych zmiennych (Wang 2001), natomiast w USA negatywną (Wang, Beydoun 2007).

Jednostka uczy się zasad żywienia i związanych z nim czynności nie tylko poprzez własne doświadczenia, ale często poprzez naśladowanie innych. Zachowanie grup wzorcotwórczych, idoli filmowych i estradowych, a także różnych autorytetów jest bardzo często imitowane bez większego zastanowienia się nad ich rzeczywistą wartością (Aronson i in. 1997; Zimbardo 1999). Podejmowanie decyzji dotyczących zakupu uzależnione jest od przetworzenia, uporządkowania, przechowywania oraz odpowiedniego wykorzystania zgromadzonych w pamięci informacji, czyli zjawiska zapamiętania i uczenia się. Pamięć dotyczy zdolności człowieka do kodowania i przechowywania efektów własnej aktywności, a informacje w niej zawarte w dużej mierze bazują na doświadczeniach zdobytych w procesach uczenia się (Falkowski, Tyszka 2002).

Uczenie się jest niezbędne, aby człowiek był w stanie radzić sobie z otaczającą rzeczywistością, dostosowywać do niej swoje zachowanie. Konsumenci uczą się dokonywania zakupów, produktów, ich znaczenia, marek, miejsc zakupu i zasad ich organizacji poprzez obserwowanie innych, rozmowy czy też wielokrotne powtarzanie lub przetwarzanie informacji (Kozłowska 2006). Istnieje szereg teorii wyjaśniających uczenie się. Jest ono najczęściej definiowane jako proces, w wyniku, którego następują względnie stałe zmiany zachowania, uczucia lub myślenia i który to zachodzi w wyniku ćwiczeń lub doświadczeń jed-

nostki. Należy tu odróżnić zmiany zachodzące na skutek naturalnych przemian w organizmie, takich jak dojrzewanie czy starzenie się, czy też czasowych zmian będących wynikiem choroby, alkoholu, narkotyków, zmęczenia i tym podobnych (Kurcz 1982; Rathus 2004; Zimbardo 1999).

Uczenie się może przebiegać automatycznie w procesie wysnuwania wniosków z własnego zachowania lub czerpania informacji o skutkach konkretnych zachowań ze źródeł zewnętrznych. Większość konsumentów uważa, że wiedzę o otaczającym świecie czerpie z *mass mediów* (Światowy, 2006). Główną cechą komunikacji masowej jest przenoszenie informacji za pomocą środków masowego przekazu takich jak radio, telewizja, film, prasa i masowe nakłady książek, reprodukcji, płyt (Kieźel 2010; Światowy 2006; Tyszka 2004; Woynarowska 2010). Można, zatem wykorzystać te drogę komunikacji w celu zmiany zachowań konsumentów, propagowania określonych postaw i poglądów. Dlatego też, odpowiednie nagłośniecie problemów, popularność tematów i siła perswazji, a także stosowanie technik przekonywania w sposób systematyczny i profesjonalny wydaje się mieć trwałe skutki (Kozłowska 2006; Światowy 2006).

Wyniki badań wskazują, że bardziej podatne na reklamę są kobiety i osoby młode, do 20 roku życia (Jachnis, Terelak 1998; Jeżewska-Zychowicz, Płuciennik 2002; Kozłowska 2006). Kobiety reagowały zmianą nastawienia pod wpływem reklamy zwłaszcza w stosunku do produktów spożywczych takich jak soki owocowe i wyroby mleczarskie, a mężczyźni używki i napoje gazowane (Jeżewska-Zychowicz, Płuciennik 2002). Spożywały także więcej chipsów i orzeszków w czekoladzie pod wpływem reklamy przekąsek niż mężczyźni (Anschutz i in. 2011).

Wśród dzieci pod wpływem reklam, które w większości przypadków dotyczą żywności o niskiej wartości odżywczej zaobserwowano wzrost preferencji i częstotliwości wyboru tego rodzaju produktów.

Niektóre badania wskazują jednak na niski związek między reklamą, a preferencjami i wyborem. Tłumaczyć można to faktem, że często jej wpływ jest nieuświadomiony. Mimo, że niewielki procent osób świadomie szuka w niej informacji o produkcie, to wzrost spożycia jogurtów i margaryny do smarowania w Polsce przypisuje się właśnie szerokim działaniom reklamowym tych produktów (Babicz-Zielińska 2006).

Czynniki zależne od konsumenta.

Do czynników wyboru zależnych od konsumenta należą między innymi płeć, wiek, stan fizjologiczny i stan zdrowia oraz determinanty psychologiczne.

Różnice w wyborze żywności związane z *plcią* uzależnione są między innymi od zwyczajów kulturowych i mody. Kobiety prawdopodobnie w związku z tym, że częściej od mężczyźni kupują i przygotowują jedzenie posiadają większą wiedzę na temat wartości odżywczych. Również tym wytłumaczyć można fakt, że w świetle badań konsumują więcej owoców i warzyw (Baker, Wardle 2003; Schafer i in. 1999). Mężczyźni za to częściej sięgają po przekąski (Verplanken, Tangelder 2011). Kobiety i dziewczęta spożywają ogólnie mniej żywności, rzadziej wybierają mięso oraz częściej zwracają uwagę na kaloryczność (Przybyszewska i in. 2005; Regulska-Ilow i in. 2009). Preferują też smak kwaśny i są bardziej wybredne w stosunku do pożywienia. Wykazano także, że noworodki płci żeńskiej wolą napoje słodsze w porównaniu do noworodków płci męskiej. Dziewczynki częściej niż chłopcy spożywają produkty mleczne, warzywa i owoce, piją mniej mleka rzadziej jedzą słodczyce i produkty typu fast food (Szczerbinski, Karczewski 2007; Szewczyński i in. 2005; Rasmussen i in. 2006). Zaznaczyć należy, że różnice między mężczyznami, a kobietami zależą od rodzaju badanych produktów i nie zawsze są istotne (Babicz-Zielińska 2006).

Znaczącym czynnikiem wpływającym na wybór i spożycie określonych artykułów żywnościowych jest *wiek* (Laskowski i in. 2001; Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008). Wiele preferencji dotyczących wyboru produktów spożywczych nie zmienia się w ciągu życia, zależy to jednak od rodzaju artykułów. Z wiekiem ulega osłabieniu preferowanie produktów słodkich (Logue 1986), a także wzrasta siła nawyków i przyzwyczajzeń (Laskowski i in. 2001). Wykazano, że cechy właściwe dla różnych pokoleń wiążą się z określonym stosunkiem do produktów żywnościowych, a co za tym idzie z ich wyborem. Osoby młode, bardziej wykształcone, charakteryzujące się niewielką ilością czasu wolnego wybierają produkty wygodne, natomiast osoby starsze cechują się większym przywiązaniem do tradycji poprzez chętniejsze konsumowanie ulubionych dań w przeciwieństwie do różnego rodzaju nowości (Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008).

Ciąża, jako *stan fizjologiczny* ma istotny, ale najczęściej tymczasowy wpływ na preferencje konsumenckie. Kobiety na ogół cenią wówczas takie czynniki wyboru jak konieczność racjonalnego odżywiania się, zawartość tłuszczu oraz nowość na rynku. Prawdopodobnie wynika to ze skłonności do zmiany jadłospisów w takiej sytuacji (Babicz-Zielińska 2006; Szczepaniak i in. 2004). Wydaje się uzasadnione przypuszczać, że w większym stop-

niu w tym czasie ulegnie zmianie wybór artykułów żywnościowych niż preferencje. Posiadanie dzieci może powodować jednak zmiany w żywieniu w kierunku wyboru produktów zdrowszych.

Stan zdrowia, nawet jeżeli jest oceniany jedynie subiektywnie ma wpływ na wybór produktów żywieniowych (Laskowski i in. 2001). Dotyczy to zwłaszcza osób, które postrzegają siebie jako otyłe- niezależnie czy tak jest w rzeczywistości (Babicz-Zielińska 2006). Należy przy tym zwrócić uwagę, że starsze badania, z lat 80-tych, nie zdają się wskazywać związku między nadwagą a związanymi z nią negatywnymi, z psychologicznego punktu widzenia, konsekwencjami takimi jak postrzeganie się jako osoby chorej, spadek samooceny, a także dążenie do zmiany zachowań żywieniowych (Jollie-Trottier i in. 2009).

Istotny wpływ na stosunek do jedzenia, a co za tym idzie, decyzje konsumenckie mają *czynniki psychologiczne*, takie jak postrzeganie, pamięć, uczenie się, motywacja, emocje, postawy oraz osobowość i samoocena (French, Perry i in. 1994; Kiezel 2010; Koster 2009; Woś 2003).

Często motywem wyboru żywności jest chęć uzyskania pewnego komfortu psychicznego, który wzrasta po zjedzeniu określonych potraw (Babicz-Zielińska 1999). Szukanie pocieszenia w jedzeniu jest często tłumaczone dążeniem do uzyskania poczucia bezpieczeństwa jakie dawała sytuacja picia mleka matki w okresie dzieciństwa (Ogińska-Bulik 2004).

Zależność między wyborem produktów żywieniowych a stanami emocjonalnymi jest dwustronna. Udowodniony jest wpływ substancji w pożywieniu na poprawę lub pogorszenie nastroju czy funkcji intelektualnych. Wiadomo także, że w określonym stanie emocjonalnym częściej wybierane są niektóre produkty czy też ich specyficzny sposób przyrządzenia. Ta współzależność występuje zwłaszcza u kobiet. Nie ma jednak jednego schematu radzenia sobie w określonych sytuacjach. Zależność między daną emocją, a zachowaniami żywieniowymi jest tym silniejsza im częściej dana emocja występuje w kontekście jedzenia (Macht, Simons 2000). Niektóre osoby w reakcji na negatywne emocje będą spożywały więcej pokarmu, zwłaszcza nisko cenionego ze względu na wartości odżywcze, inne natomiast mogą przejawiać utratę apetytu (Jeżewska-Zychowicz 1996). Negatywne emocje wiążą się ze zwiększonym odczuwaniem kwaśności pożywienia i zmniejszonym odczuwaniem jego słodkiego smaku. Przeżywanie pozytywnych emocji odwrotnie (Noel, Dando 2015). Większy wpływ negatywnych emocji na zachowania w zakresie odżywiania zaobserwowano w przypadku osób otyłych, stosujących dietę lub ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania (Canetti i in. 2002).

Zjawisko to uwidacznia się zwłaszcza w sytuacji radzenia sobie ze stresem. Zmaganie się z codziennymi trudnościami może powodować pewien stopień odchylenia w diecie jednostki. Dotyczy to nie tylko różnic ilościowych, ale i jakościowych spożywanej żywności. Większość badań dotyczących powyższego zagadnienia skupia się na aspekcie ilościowym, jako łatwiejszym do zbadania. Prawie wszystkie one potwierdzają zależność między sytuacjami stresogennymi, a zwiększoną ilością spożywanych produktów. Badanie ostatnich posiłków zamówionych przez więźniów skazanych na śmierć w Stanach Zjednoczonych wykazały, że były one wysokokaloryczne, zawierały średnio dwa i pół razy więcej białka i tłuszczu niż zalecane oraz obejmowały głównie mięso, smażone potrawy i desery. Może to tłumaczyć fakt, dlaczego zwracanie uwagi osobom otyłym na ich śmiertelność często nie skutkuje i powoduje niezdrowe odżywianie się (Wansink i in. 2012). Dodatkowo stygma związana z nadwagą może zwiększać odczuwany stres, a w związku z tym powodować większe spożycie, co skutkuje w wzroście masy ciała i dalszym zwiększeniu odczuwanego stresu tworząc tym samym zamknięte koło (Tomiyaama 2014).

Nieliczne wyniki badań wskazujące na zmniejszone spożycie w sytuacji stresu mogą być wytłumaczone faktem, że badane były wówczas osoby o prawidłowej masie ciała, bez zdiagnozowanych zaburzeń odżywiania (Gruszczyńska 2008; Ogden 2011). Chłopcy z nadwagą w świetle badań Gutowskiej-Wyki cechują się niskim poczuciem własnej wartości oraz skuteczności, a w sytuacjach stresowych koncentrują się na przeżywanych emocjach (Gutowska-Wyka 2003). Według tak zwanej hipotezy fałszywego głodu jedzenie w sytuacjach stresu lub lęku jest spowodowane tym, że reakcje w organizmie przez nie wywołane są identyfikowane jako głód, zwłaszcza gdy jednostka nie jest w stanie ustalić ich źródła (Robbins, Fray 1980).

Nawiązując do klasycznych dwóch funkcji radzenia sobie ze stresem zaproponowanych przez Lazarusa i Folkman (1984) nadmierne jedzenie w sytuacji stresowej pełniłoby zatem wyłącznie funkcję skoncentrowaną na emocjach, a więc służyłoby regulacji nastroju. Oczywista wydaje się nieadaptacyjność takiego zachowania, które jeżeli zostanie przekształcone w nawyk może przyczyniać się do powstania zaburzeń odżywiania, otyłości co może powodować powstanie kolejnego stresora w przyszłości.

Wzrost spożywania pokarmu ma adaptacyjne znaczenie w świecie zwierząt jako odpowiedź na zwiększone zapotrzebowanie energetyczne w sytuacji stresowej. Gdyby wzmożona konsumpcja miała takie same znaczenie dla człowieka, można by tu mówić o jej instrumentalnej funkcji w myśl teorii Lazarusa i Folkman (Lazarus, Folkman 1984).

Wyższe koszty zmagania się z codziennymi trudnościami u badanych z niższym poziomem zasobów mogą przejawiać się w nawykowym jedzeniu jako strategii radzenia sobie. Zjedzenie czegoś słodkiego powoduje subiektywny wzrost energii oraz spadek zmęczenia, ale jest to efekt krótkotrwały. Po pewnym czasie jednak rezultat jest odwrotny, ale ponieważ nie następuje bezpośrednio, nie jest kojarzony ze zjedzeniem danego produktu. W związku z tym, strategia radzenia sobie w sytuacji spadku energii będzie prawdopodobnie ponownie wykorzystana w przyszłości (Gruszczyńska 2008).

Jedzenie jest również strategią radzenia sobie w przypadku odczuwania negatywnego nastroju. Osoby otyłe wydają się częściej go doświadczać niż osoby z masą ciała w normie. Wyniki badań wskazują, że istnieje korekcja między jedzeniem pod wpływem emocji, a wskaźnikiem BMI. Nie wykazano jednak takiego związku w przypadku powstrzymywania się od jedzenia, a wskaźnikiem BMI. Podobnie jak w sytuacji jedzenia pod wpływem emocji, postrzeganym głodem, a powstrzymywaniem się od jedzenia. W przypadku uzyskania wyższych wyników dotyczących jedzenia pod wpływem emocji i postrzeganego głodu osoby badane częściej wybierały produkty słodkie (Strien 1986).

Słodkocze są wybierane przede wszystkim w stanach złości, smutku, nudy, stresu, a więc nastrojach negatywnych, ale także w uczuciu miłości i radości. Zmęczenie zwiększa spożycie jogurtów i owoców. Nuda z kolei ogólnie zwiększa ilość spożywanej żywności, są to najczęściej słodkocze, żywność typu „junk food”, owoce i jogurty (Babicz-Zielińska 2006; Lyman 1989; Rodham 2010).

Analiza wymiarów osobowości mogących być w związku z decyzjami w zakresie żywienia dokonana za pomocą Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości Costy i McCrae'a (*ang. Big Five*) wykazała korelację Ekstrawersji z potrzebą spożywania większej różnorodności produktów żywnościowych. Może ona determinować wybór zdrowego jedzenia jeżeli łączy się z wysokim poziomem Sumienności (Rhodes i in. 2004). Pozostaje także w związku z wyższą kalorycznością jedzenia oraz większym spożyciem witamin. Niski poziom Neurotyczności, a także wysoki Otwartości na Doświadczenia korelują z prawidłowością poglądów dotyczących zdrowego żywienia, właściwym odżywianiem się oraz zawartością cukru i tłuszczu w diecie i większym spożyciem niektórych witamin i składników mineralnych (Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008). Badania wykazały także, że kobiety ciężarne o niskim poziomie lęku, depresyjności i złości spożywają mniej tłuszczów dodanych, słodkocze i przekąsek, a ich dieta zawiera więcej witaminy C (Hurley i in. 2005).

Wysoki poziom neurotyczności wiąże się z wysokim samokrytycyzmem, a co za tym idzie wpływa na poczucie własnej wartości (Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008).

Samooocena jest jednym z najstarszych i najczęściej badanych konstruktów w psychologii. Na przestrzeni lat doszukiwano się zależności między jej poziomem a funkcjonowaniem jednostki w różnych aspektach życia. Większość dotychczasowych badań dotyczących związku między samooceną, a wyborem produktów żywnościowych związana była z zaburzeniami odżywiania i koncentrowała się głównie na ilości, a nie jakości przyjmowanych pokarmów. Szukano powodów przyjmowania zbyt małej ilości pożywienia- jak w przypadku anoreksji lub zbyt dużej (bulimia, kompulsywne jedzenia).

Samooocena badana jest zarówno jako przyczyna jak i skutek zaburzeń odżywiania. Wyniki wielu badań wskazują na korelację między poziomem samooceny, a zaburzeniami Ja. Trudno jednoznacznie stwierdzić kierunek tego wpływu. Samooocena ma duże znaczenie w krajach Zachodu, a więc tych w największym stopniu dotkniętych problemem otyłości i zaburzeń związanych z odżywianiem.

Wyniki badań wskazują, że negatywne postrzeganie własnego ciała ma wpływ na samoocenę i jest podstawowym elementem poznawczym powodującym rozwój zaburzeń odżywiania (Głębocka 2009; Trottier i in. 2003).

Kobiety, u których występuje rozbieżność między postrzeganie własnej i idealnej sylwetki spożywają mniej produktów zdrowych takich jak warzywa i owoce oraz więcej produktów niezdrowych, zawierających np. nasycone kwasy tłuszczowe. Równocześnie w czasie wolnym wykazują niski stopień aktywności fizycznej (Anton i in. 2000).

Osoby z zaburzeniami jedzenia cechują się niższą percepcją kontroli, niższą samooceną, większą koncentracją na błędach, dążeniem do szczupłości i niezadowoleniem z własnego ciała. Uważa się, że zarówno niższa samoocena jak i niższa postrzegana kontrola mogą leżeć u podstaw rozwoju zaburzeń odżywiania (Sassaroli i in. 2008). Osoby zdiagnozowane jako uzależnione od jedzenia cechowały się wyższym poziomem depresji i niższym samooceny (Gearhardt i in. 2012).

Badania dotyczące leków na ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder- Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi*), których skutkiem ubocznym jest spadek wagi ciała w wyniku zmniejszenia apetytu wykazały, że 12% z 705 badanych studentów przyznało się do używania leku w celu utraty masy ciała. Cechowali się oni niższą samooceną, większą tendencją do jedzenia emocjonalnego oraz zwiększoną szansą na powstanie zaburzeń odżywiania (Jeffers i in. 2013).

Aktualnie terapie zaburzeń odżywiania coraz częściej zawierają element nastawiony na podniesienie poziomu samooceny. Badania dotyczące dialektycznej terapii behawioralnej u osób cierpiących na kompulsywne objadanie się wykazały wzrost poziomu samooceny w

wyniku terapii (Soleimani i in. 2012). Wysokoproteinowa i niskowęglowodanowa dieta może powodować zmniejszenie depresji oraz podwyższyć poziom samooceny w przypadku otyłych kobiet z zespołem policystycznych jajników (Galletly i in. 2007).

Tiggemann w swoich badaniach wykazała wpływ masy ciała i niezadowolenia z własnego ciała na samoocenę u uczennic szkoły średniej (Tiggemann 2005). Nie uzyskała odwrotnej zależności. W takiej sytuacji wnioskować należy, że niska samoocena jest konsekwencją otyłości i niezadowolenia z własnego ciała. Odwrotne wnioski wysnuła French wraz ze współpracownikami po analizie 35 badań dotyczących związku między samooceną, a otyłością dzieci i nastolatków. Spośród 25 badań 13 wskazywało na wpływ niskiej samooceny na rozwój otyłości, 2 na odwrotną zależność (French i in. 1995).

Niezadowolenie z własnego ciała jest wynikiem subiektywnego postrzegania siebie jako osoby mającej nadwagę lub otyłej, nie zawsze jest to jednoznaczne ze stanem realnym. Wyniki raportu Instytutu Matki i Dziecka wskazują na wysoki odsetek uczniów uważających się za grubych w stosunku do tych, którzy faktycznie mają nadwagę (Raport HBSC 2011). Wyniki badań Wardle i współpracowników pozwalają stwierdzić, że otyłe kobiety, które od wczesnych lat życia mają problem z masą ciała cechują się wyższym wskaźnikiem BMI, większym niezadowoleniem z własnego ciała oraz niższą samooceną. Udowodniony został także negatywny wpływ wczesnego wystąpienia otyłości na postrzeganie własnego ciała, niezależny od aktualnego wskaźnika BMI (Wardle i in. 2002). Shloim wraz ze współpracownikami wskazuje na BMI jako główny predyktor poziomu samooceny, zachowań żywieniowych oraz zadowolenia z własnego ciała (Shloim i in. 2014). Nastoletnie dziewczęta (10-16 lat) z nadwagą cechują się niższą samooceną własnego ciała (Stradmeijer i in. 2000). Samoocena jest pośrednim wskaźnikiem możliwości rozwoju bulimii, chęci bycia chudym oraz niezadowolenia z własnego ciała (Baird i in. 2007; Shea, Pritchard 2007). Wygląd zewnętrzny dla kobiet, które ćwiczą fizycznie jest ważniejszy dla ich samooceny niż w przypadku kobiet niećwiczących (Davis 1990).

Wyniki badań prowadzonych w Japonii potwierdzają związek między samooceną a dążeniem do bycia szczupłym u nastolatek, co z kolei wpływa na ograniczanie jedzenia i może skutkować rozwojem zaburzeń odżywiania (Tazaki i in. 2007). Dodatkowo doświadczenia związane z nieudanym odchudzaniem się skutkują zwiększeniem niezadowolenia z własnego ciała, obniżeniem samooceny i w rezultacie zwiększonym prawdopodobieństwem rozwoju zaburzeń odżywiania (Baird i in. 2007).

Badania wykazały dodatni związek między wskaźnikiem BMI, a częstotliwością spożycia szynki, ryb i pieczywa razowego wśród otyłych 4-letnich dziewczynek oraz mię-

dzy wskaźnikiem BMI, a spożyciem jasnego pieczywa wśród dziewczynek o wadze normalnej (Waksmańska i in. 2011). Badania uczniów także potwierdziły związek między BMI, a wyborem produktów żywnościowych. Ci z prawidłową masą ciała oraz niedowagą spożywali więcej owoców w porównaniu z uczniami z nadwagą lub zagrożonych nadwagą. Uczniowie z prawidłową masą ciała spożywali także więcej warzyw niż ci z nadwagą. Śniadanie było zjadane częściej przez uczniów z niedowagą i o normalnej wadze, uczniowie z nadwagą spożywali najmniej mleka w porównaniu do pozostałych grup (Roseman i in. 2007).

Badania nad związkiem samooceny z ograniczaniem jedzenia wykazują, że ograniczanie jedzenia i/lub początkowe niezadowolenie ze swojego ciała może powodować zmiany w samoocenie w wyniku aktywacji obrazu własnego ciała. Samoocena u osób nieograniczających jedzenia, wskutek aktywacji obrazu własnego ciała uległa wzrostowi, podczas gdy w przypadku osób ograniczających jedzenie poziom uległ zmniejszeniu (Hoffmeister i in. 2010). Dzieci w wieku 11-13 lat stosujące restrykcje żywieniowe cechują się niższym poczuciem własnej wartości, zwłaszcza w zakresie „ja w rodzinie” i „ja osobiste” (Ogińska-Bulik 2004).

Osoby ograniczające jedzenie częściej mają historię zaburzeń żywienia, więcej ćwiczą, częściej są wegetarianami, częściej aktualnie są na diecie, bardziej odczuwają stres oraz mają niższą samoocenę (McLean, Barr 2003). Czują się również gorzej i jedzą mniej w przypadku oglądania modeli na ekranie telewizora, których wymiary są normalne. Osoby, które nie ograniczają jedzenia zachowują się w ten sposób tylko po obejrzeniu modeli na ekranie powodującym, że wyglądają one na szczuplejsze (Anschutz i in. 2008).

Badania dziewczynek w wieku 5-9 lat wykazały dodatnią korelację między ograniczaniem jedzenia a BMI, troską o masę ciała i niezadowoleniem z ciała oraz negatywną korelację z wyborami żywieniowymi (Shunk, Birch 2004).

Ograniczanie jedzenia w celu uzyskania idealnej sylwetki, a co za tym idzie, wzmocnienia samooceny skazane jest najczęściej na porażkę, co powoduje dalsze obniżenie poziomu samooceny i kolejne próby ograniczania jedzenia w celu podniesienia jej poziomu.

Istnieje niewiele badań dotyczących związku między poziomem samooceny, a konsumpcją konkretnych produktów. Wykazano, że kobiety z wyższym poziomem samooceny spożywają większe ilości witaminy C i kwasu foliowego, mężczyźni- kwasu foliowego. Mężczyźni z wyższą samooceną cechują się tendencją do spożycia większej ilości i różnorodności warzyw. Niemniej jednak wiek i edukacja osób badanych miała większy wpływ na wybór żywności niż samoocena (Schafer i in. 1999).

Badania dotyczące nastolatków (12-17 lat) wykazały związek między spożyciem większej ilości kalorii oraz słodkich przekąsek, a symptomami depresji (Mooreville i in. 2014). Dziewczynki niezadowolone ze swojego ciała spożywały ogólnie więcej jedzenia, również kalorii, cukrów, tłuszczu, ukrytego tłuszczu oraz węglowodanów. Nie wykazano takiej zależności w przypadku chłopców (Sharma i in. 2013).

W przypadku badanych kobiet głównym motywem wyboru produktów niskotłuszczowych i o niskiej zawartości cukru była kontrola masy ciała, a nie względy zdrowotne. Samoocena miała pozytywny wpływ na spożycie produktów niskotłuszczowych, negatywny na spożycie produktów wysokokalorycznych (Carillo i in. 2012).

Wykazano, że otyłe dzieci mają negatywne wyobrażenie własnego ciała oraz niższą i malejącą w czasie samoocenę. Mogą przejawiać także lęk przed jedzeniem (Ben-Sefer i in. 2009; Karnik, Kanekar 2012; McCabe i in. 2005). Lange wraz ze współpracownikami szacuje, że 10% dzieci z otyłością cierpi na zaburzenia depresyjne wynikające z braku poczucia własnej wartości i niskiej samooceny (Lange i in. 2001). Dzieci takie często są obiektem żartów, mają mniej przyjaciół, uważane są za mniej inteligentne, leniwe i skłonne do kłamstwa (Mazur, Dudek 2010). Trudniej jest się im zasymilować z rówieśnikami niż dzieciom z wrodzonym lub nabytym kalectwem (Gawlik i in. 2009). Interwencja chirurgiczna powodująca utratę masy ciała wiąże się ze wzrostem poziomu samooceny i jakości życia u nastolatków (Saleh, Sehlo 2013). Młodzież z niższym poziomem samooceny badana na przestrzeni 10 miesięcy miała większe szanse na rozwój symptomów związanych z depresją i zaburzeniami odżywiania (Courtney i in. 2008). Badania nad uczniami szkoły średniej w Słowenii wykazały związek między samooceną, depresją i jedzeniem kompulsywnym (Tomori, Rus-Makovec 2000). Gutowska-Wyka wyróżnia dwie formy zachowań związanych z jedzeniem u młodzieży z nadwagą. Jest to albo emocjonalne przejadanie się albo powstrzymywanie się od jedzenia (Gutowska-Wyka 2004). Dziewczęta z nadwagą jedzą więcej w towarzystwie dziewczyny z nadwagą, niż takiej osoby, która ma prawidłową masę ciała (Salvy i in. 2007).

Badania samooceny w kontekście wyborów żywieniowych koncentrowały się w dużej mierze wokół przyczyn i skutków zaburzeń odżywiania oraz otyłości. Im niższe poczucie własnej wartości tym gorsze są zachowania żywieniowe (Ogińska-Bulik 2004). Trudno jest jednoznacznie ustalić kierunek tej zależności. Dotyczy to zarówno spożywania zbyt małych lub zbyt dużych porcji jedzenia, jak i jego słabej jakości, przez co niedostarczania wymaganych przez organizm składników odżywczych.

Dotychczasowe badania potwierdzają związek między poziomem samooceny, postrzeganiem własnej sylwetki, zachowaniami żywieniowymi oraz czynnikami socjodemo-

graficznymi zarówno w przypadku osób dorosłych, młodzieży jak i dzieci. Wydaje się zatem uzasadniona konieczność bardziej precyzyjnych badań w tym zakresie.

1.2.1 Niewłaściwe zachowania żywieniowe

Poglądy i zalecenia dotyczące tego, jaka żywność jest dla człowieka zdrowa ulegały zmianom w ciągu ostatnich 40-50 lat. Jeszcze w latach siedemdziesiątych informacje te były często zaskakujące i sprzeczne (Charles 1998; Woynarowska 2010). Producenci żywności coraz intensywniej reklamowali produkty słodkie, przetworzone, artykuły zawierające konserwanty. Stopniowe zwracanie uwagi na związek między dietą, a stanem zdrowia spotkał się początkowo z negatywnym przyjęciem ze strony przedstawicieli niektórych gałęzi przemysłu spożywczego, którzy negowali konieczność ograniczenia cukru i alkoholi w diecie (Charles 1998).

Aktualnie upowszechnienie informacji na temat żywienia jest działaniem interdyscyplinarnym, które wymaga wzięcia pod uwagę wiedzy nie tylko z zakresu dietetyki, ale także biologii, chemii, fizyki, medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii z nowoczesnymi teoriami komunikacji oraz ekonomii i marketingu (Roszkowski 2007; Woynarowska 2010). Należy dokładnie poznać środowisko odbiorców, ich potrzeby, możliwości i oczekiwania oraz sytuację ekonomiczną.

Propagowana powszechnie w ostatnich latach somatocentryzacja, czyli koncentracja na własnym ciele ma zarówno pozytywne jak i negatywne skutki. Może być źródłem prozdrowotnych zachowań oraz niewątpliwych korzyści dla zdrowia. Wówczas jednostka powinna dbać nie tylko o odpowiedni wysiłek fizyczny, ale też o zdrowe żywienie (Heszen, Sęk 2007). Koncentracja negatywna będzie miała bardziej obronny charakter zmierzający do wyrównania i kompensacji usterek lub braków (Kubacka-Jasiecka 2008).

Istnieją dane potwierdzające związek posiadanej wiedzy w zakresie prawidłowego odżywiania z właściwymi zachowaniami żywieniowymi (Berg i in. 2002; Dalongeville i in. 2000; Kersting i in. 2008; Lin, Lee 2005; Murphy, Jeanes 2006; Sakamaki i in. 2005; Sharma i in. 2008; Szczęsna i in. 2005; Wardle i in. 2000; Waśkiewicz 2010). Większe spożycie warzyw i owoców oraz mniejsze produktów zawierających tłuszcz (Dallongeville i in. 2000; Wardle i in. 2000), a także cukierków, wyrobów czekoladowych, napojów gazowanych, frytek i chipsów (Jeżewska-Zychowicz 2004) koreluje z poziomem wiedzy żywieniowej. Prawidłowe odżywianie się jako najlepszy sposób dbania o zdrowie zadeklarowało 68%

pracowników średnich i dużych przedsiębiorstwach, 46% wskazało na ćwiczenia kondycji i sprawności fizycznej. Jako główny motyw powyższych działań 79% badanych podało troskę o własne zdrowie (Puchalski 2004).

Uważa się, że niewłaściwe odżywianie się wynikać może lub z niestosowania posiadanej wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania się (Marcysiak i in. 2008; Wojtyła-Buciora, Marcinkowski 2010) lub jej braku (Czarnecka-Skubina, Namysław 2008; Jeżewska-Zychowicz 2004; Kołajtis-Dołowy, Boniecka 2003; Kołajtis-Dołowy i Boniecka 2005; Kołajtis-Dołowy, Weber 2003; Kowieska i in. 2007; Marcysiak i in. 2008).

Istnieją dowody na istnienie tak zwanej „*mądrości organizmu*” (body wisdom), czyli podświadomej umiejętności wyboru produktów prozdrowotnych (Davis 1928; Lyman 1989; Ogden 2011). Lyman w swoich badaniach wykazał, że przy podziale produktów na tak zwane zdrowe i niezdrowe te pierwsze kojarzyły się z pozytywnymi emocjami, jak pewność siebie, przyjaźń, szczęście, natomiast pozostałe z odczuciami negatywnymi- niepokój, nuda (Lyman 1989).

W tym kontekście główne cele edukacji zdrowotnej to kształtowanie umiejętności rozpoznawania sygnałów płynących z własnego ciała związanych z zaspokajaniem potrzeb żywieniowych i właściwego na nie reagowania. Prozdrowotna edukacja obejmuje także kształtowanie umiejętności konsumenckich, dotyczących analizowania informacji umieszczonych na etykietach produktów spożywczych oraz kupowania żywności ze sprawdzonych źródeł, a także zdolności racjonalnego gospodarowania żywnością i prawidłowego przygotowywania posiłków. Istotne jest, aby konsumenci uzyskali odpowiednią wiedzę na temat żywności i żywienia, pozwalającą na interpretację i krytyczną ocenę informacji pochodzących z różnych źródeł, a zwłaszcza z mediów i reklam. (Syrek 2009).

Ważne jest to zwłaszcza w świetle aktualnych badań, które wskazują, że podstawowym źródłem informacji są środki masowego przekazu, głównie radio i telewizja oraz internet (Czarnecka-Skubina, Namysław 2008; Jędrzejewska 2003; Schlegel-Zawadzka, Poździejch 2005).

Niewłaściwe odżywianie się może przejawiać się w trzech rodzajach sytuacji: nieprawidłowy tryb żywienia i zwyczaje, błędna struktura spożycia żywności oraz nieodpowiednia wartość odżywcza spożywanych racji pokarmowych.

Nieprawidłowy tryb żywienia i zwyczaje przejawiają się w nieregularnym spożywaniu posiłków, zbyt małej ich ilości, niejedzeniu śniadań, podjadaniu, stosowaniu zbyt dużych przerw między posiłkami.

Błędna struktura spożycia żywności uwidacznia się w słabym urozmaiceniu potraw, ich monotonii, mniejszym lub większym niż zalecane spożyciu poszczególnych produktów, konsumpcji żywności o dużej gęstości energetycznej, a małej odżywczej, w tym głównie żywności typu fast food.

Nieodpowiednia wartość odżywcza spożywanych racji pokarmowych dotyczy między innymi niewłaściwej proporcji między energią pochodzącą z tłuszczu, węglowodanów i białek, nadmiernej konsumpcji węglowodanów prostych w stosunku do złożonych, niewłaściwej ilości błonnika, witamin i składników mineralnych czy wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (Wądołowska 2010).

1.2.1.1 Ograniczanie jedzenia

Ograniczanie jedzenia związane jest najczęściej ze stosowaniem różnego rodzaju diet odchudzających. Główną przyczyną tego rodzaju zachowań jest niezadowolenie z masy własnego ciała, które może wynikać z rzeczywistej lub subiektywnie postrzeganej nadwagi (Abraham 2003; Brytek-Matera 2008; Kołoto, Wojnarowska 2004; Malara i in. 2010; Wojtyła-Buciora, Marcinkowski 2010).

Ograniczanie jedzenia najczęściej wiąże się z redukcją przyjmowanych kalorii, a więc racji żywności. Może także oznaczać wykluczenie z diety pewnych jej elementów. W tym aspekcie może mieć pozytywny skutek o ile dotyczyłoby żywności niezdrowej. Bardzo często jednak jest to wykluczenie lub ograniczenie substancji odżywczych, których brak lub niedomiar mogą wyrządzić szkody w organizmie (Woynarowska, Mazur 2003). Tego rodzaju zachowanie powoduje niemal obsesyjną koncentrację na przyjmowanej żywności. Ciągłe kontrolowanie spożywanych porcji może być początkiem zaburzeń odżywiania takich jak anoreksja, bulimia czy kompulsywne jedzenie (Kołątaj i in. 2010).

Ograniczanie jedzenia jest strategią radzenia sobie w rzeczywistości, która z jednej strony promuje szczupłość, a z drugiej oferuje dostatek i różnorodność żywności. Moda i reklama znacząco wpływają na osoby odchudzające się, co spowodowane może być aktywnym poszukiwaniem informacji o produktach mogących pomóc w walce ze zbędną masą ciała (BabicZ-Zielińska 2006).

Osoby ograniczające jedzenie zwracają uwagę na to, co spożywają, liczą kaloryczność posiłków, redukują ich liczbę, jedzą mniej niż chciałyby. Tego rodzaju zachowanie wymaga nieustannej kontroli zarówno nad rzeczywistym, fizjologicznym głodem jak i emo-

cyjnym. W związku z ciągłą ekspozycją na komunikaty związane z jedzeniem jego ograniczenie jest niezmiernie trudne, często niemożliwe do osiągnięcia. W przypadku porażki jednostka najczęściej obwinia się, zarzuca sobie brak odpowiednio silnej woli. Negatywne emocje związane z tego rodzaju zachowaniem mogą powodować sięganie po zakazane produkty w celu poprawienia sobie nastroju.

Prawdopodobnie powyższe zjawisko może tłumaczyć fakt, że większość diet jest nieskuteczna w perspektywie długoterminowej.

2 Cel pracy i hipotezy badawcze

Cel podjętych badań stanowiła ocena związku między poziomem samooceny oraz niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała a zachowaniami żywieniowymi kobiet i czynnikami socjodemograficznymi.

Na podstawie przyjętego celu pracy sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1.

Istnieje związek między poziomem samooceny i niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, a częstotliwością niewłaściwych zachowań żywieniowych.

Hipoteza 2.

Ważkość poszczególnych czynników wpływających na wybory żywności jest uzależniona od poziomu ogólnej samooceny i niezadowolenia z wyglądu własnego ciała.

Hipoteza 3.

Na poziom ogólnej samooceny i niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała wpływają czynniki socjodemograficzne.

Zakres pracy obejmował:

1. Analizę poziomu samooceny, niezadowolenia z wyglądu własnego ciała, wybranych niewłaściwych zachowań żywieniowych, ograniczania jedzenia, czynników wpływa-

- jących na wybór produktów żywieniowych kobiet z uwzględnieniem elementów socjodemograficznych.
2. Ocenę zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała a wybranymi niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi, ograniczaniem jedzenia, czynnikami wpływającymi na wybór produktów żywieniowych oraz elementami socjodemograficznymi.

3 Metodyka badań

3.1 Charakterystyka zastosowanych metod badawczych

Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety (wzór w załączniku) składający się z kilku skal służących do oceny badanych zmiennych takich jak:

A. Skala Samooceny (Self-Esteem Scale – SES) (Morris Rosenberg 1965).

Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do pomiaru globalnej, jawnej (świadomej) samooceny młodzieży i osób dorosłych (Anastasi, Urbina 1999; Dzwonkowska i in. 2008; Kwan, Mandisodza 2007). Została ona przetłumaczona na wiele języków, w tym na wszystkie europejskie (Schmitt, Allik 2005). Stosuje się ją także w badaniach trafności innych metod badawczych (Kwan, Mandisodza 2007).

Samoocena w przypadku SES jest traktowana jako konstrukt jednowymiarowy, jest to pozytywna lub negatywna postawa wobec własnego Ja. Wysoka samoocena nie wiąże się z przekonaniem jednostki o byciu lepszą niż inni ludzie, a jedynie o byciu osobą wartościową. Niska samoocena oznacza niezadowolenie z siebie, odrzucenie własnego Ja (Rosenberg 1965).

Test oryginalny składa się z 10 stwierdzeń umieszczonych w tabeli, w której osoba badana zaznacza, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich na czterostopniowej skali (zdecydowanie nie zgadzam się, nie zgadzam się, zgadzam się, zdecydowanie zgadzam się) (Rosenberg 1965). Za każdą odpowiedź przyznaje się od 0 do 3 punktów, przy czym w przypadku negatywnych stwierdzeń stosuje się inwersję. Uzyskany wynik jest w przedziale

od 0 do 30. Istnieje również możliwość punktacji od 1 do 4, a także użycia skali pięciostopniowej i siedmiostopniowej (Dzwonkowska i in. 2008).

Rzetelność oryginalnej wersji skali oceniana za pomocą współczynnika alfa Cronbacha waha się od 0,77 do 0,88. Stabilność wyników określona za pomocą metody test-retest wynosiła od 0,76 w przypadku badania po roku czasu do 0,88 przy 1-2 tygodniowym odstępie (Dzwonkowska i in. 2008).

W celu zbadania właściwości psychometrycznych polskiej wersji Skali przebadano 1121 osób w wieku 15-55 lat z różnych regionów Polski. Podobnie jak w 53 krajach, w których przeprowadzono badania przy użyciu Skali SES średnia wyników była wyższa od arytmetycznego, środkowego punktu skali, w przypadku Polski wyniosła 29,49 (Dzwonkowska i in. 2008; Schmitt, Alik 2005). Wyniki nie uzyskały jednak wysokiej skłonności ujemnej, a zatem nie istnieje wyraźne przechylenie rozkładów w kierunku wyników wysokich.

Moc dyskryminacyjną dla poszczególnych pozycji Skali oceniono za pomocą korelacji liniowej Pearsona. Wynosiła od 0,34 do 0,61.

Trafność została pozytywnie zweryfikowana poprzez zastosowanie eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej oraz zbadania korelacji Skali SES z narzędziami mierzącymi między innymi depresję, osobowość narcystyczną, temperament, umiejscowienie kontroli, optymizm.

W celu interpretacji wyników w polskiej wersji przyjęto normy uwzględniające wiek i płeć osoby badanej. Surowy wynik należy przekształcić na skalę stenową, przy czym steny 1 i 2 uznawane są za wyniki bardzo niskie, steny 3 i 4- za niskie, steny 5 i 6 za przeciętne, steny 7 i 8 za wysokie oraz steny 9 i 10 za bardzo wysokie (Dzwonkowska i in. 2008).

Skalę SES ze względu na łatwość w użyciu stosuje się przede wszystkim w badaniach grupowych, ale można ją stosować także w przypadku diagnozy indywidualnej.

B. Skala Oceny Sylwetki (The Figure Rating Scale) (A.Stunkard, T. Sorensen, F. Schlusinger 1983).

Skala Oceny Sylwetki A. Stunkard składa się z rysunków 9 sylwetek męskich i 9 żeńskich, które stopniowo zmieniają się od najbardziej szczupłej (numer 1) do najbardziej otyłej (numer 9) (Stunkard i in. 1983). Figury 1 i 2 można zakwalifikować jako reprezentujące masę ciała poniżej normy, figury 3 i 4 jako o masie ciała w normie, figury 5 do 7 jako mające nadwagę oraz figury 8 i 9 jako otyłe (Bhuiyan i in. 2003). Osoba badana ma za za-

danie zaznaczyć numer sylwetki, która najbardziej odpowiada temu, jak w jej przekonaniu, wygląda. W drugiej kolejności należy zaznaczyć numer sylwetki, reprezentującej pożądaną przez osobę badaną wygląd. Rozbieżność między dwoma wynikami pozwala określić niezadowolenie z wyglądu własnego ciała, im jest ona większa tym niezadowolenie większe.

Stabilność testu mierzona metodą test-retest wynosiła między 0,71 a 0,92 (Thompson, Altabe 1991).

Istnieje ponad 50 skal do badania oceny sylwetki. Skala skonstruowana przez Stunkard jest najbardziej znana (Thompson 2004).

C. Skala Ograniczonego Spożycia (Restricted Eating Scale-RES). (T. van Strien 1986).

Skala Ograniczonego Spożycia jest częścią Duńskiego Kwestionariusza Zachowań Żywnościowych (DEBQ) służącego do mierzenia stylu jedzenia. Został on skonstruowany głównie w celu zbadania zachowań powodujących spadek lub utrzymanie masy ciała (Strien i in. 1986).

Kwestionariusz składa się z następujących podskal: Ograniczonego Spożycia (stopień powstrzymywania się od jedzenia i bycia na diecie), Jedzenia pod Wpływem Emocji (negatywne nastroje, smutek) oraz Jedzenia pod Wpływem Bodźców Sensorycznych Pokarmu (wygląd, smak, zapach) (Stepoe i in. 1995).

Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie jednej odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta, wskazując częstotliwość występowania danego zachowania od „nigdy” do „bardzo często”. Im uzyskany wynik jest wyższy, tym można wnioskować o większej skłonności osoby badanej do ograniczania jedzenia i stosowania diety. Oryginalna wersja składa się z 10 pytań. W przeprowadzonym badaniu połączono pytania 7 i 8 w jedno, aby były bardziej czytelne dla osób badanych.

Zgodność wewnętrzną Kwestionariusza jest wysoka (współczynniki alfa Cronbacha między 0.85 a 0.95). Cechuje się on także dużą stabilnością- wyniki pomiarów w odstępie 2 tygodni metodą test-retest wyniosły 0.82 (Stice i in. 2004; Strien i in. 1986).

Kwestionariusz DEBQ jest używany do badań grupowych dotyczących głównie otyłości (Bohon i in. 2009; Davis i in. 2012; Krauchi i in. 1997; Lluch i in. 2000; Nijss i in. 2009; O'Connor i in. 2008; Oliver i in. 2000; Volkov i in. 2003; Wardle 1987; Wardle i in. 1992). Może być także używany przez profesjonalistów (psychologów, dietetyków i tym podobnych) w przypadku diagnozy indywidualnej pacjentów z problemem otyłości lub nadwagi. Istnieje również wersja służąca do badania dzieci.

D. Skala Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem (Problem Eating Behaviours Questionnaire). (F. A. Carter 2012).

Skala Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem została skonstruowana przez F.A. Carter i A. Jansen. Celem autorów było stworzenie narzędzia umożliwiającego zbadanie niewłaściwych zachowań żywieniowych mogących prowadzić do otyłości. Osoba badana ma za zadanie zaznaczyć na pięciostopniowej skali (nigdy, rzadko, czasami, często, bardzo często) aktualną częstotliwość występowania danego zachowania w jej przypadku.

Skala składa się z 25 pytań, dobranych przez autorów w wyniku przeglądu literatury i obserwacji klinicznych dotyczących problemu otyłości. Pytania były również konsultowane z pacjentami oczekujących na operacje bariatryczne (Carter, Jansen 2012).

E. Skala Czynników Wpływających na Wybór Żywności (Food Choice Questionnaire-FCQ). (A. Steptoe, T. Pollard, M. Wardle 1995).

Autorami Skali FCQ są A. Steptoe, T. Pollard i M. Wardle. Powstała w 1995 roku i ma za zadanie mierzyć motywy wpływające na wybór żywności związane z jedzeniem, jak i od niego niezależne. W celu skonstruowania Skali autorzy przebadali w dwóch próbach po 358 osób dorosłych w wieku od 18 do 89 lat. Wyróżniono dziewięć kategorii właściwości produktów, które mogą być brane pod uwagę przy wyborach żywieniowych: zdrowie, nastrój, wygoda użycia, wygląd, skład, cena, kontrola masy ciała, znajomość oraz kwestie etyczne (Steptoe i in. 1995).

Stabilność testu mierzona metodą test-retest po 2-3 tygodniach została uznana za zadowalającą (>0.70). Zgodność wewnętrzną jest wysoka (współczynniki alfa Cronbacha między 0.72 a 0.86). Skala zawiera 36 stwierdzeń dotyczących cech jedzenia potencjalnie spożywanego przeciętnego dnia. Osoba badana ma za zadanie ustosunkowanie się do tego jak dana właściwość związana z jedzeniem jest dla niej ważna na czterostopniowej skali: w ogóle nie ważne, trochę ważne, ważne, bardzo ważne.

Skala była wielokrotnie wykorzystana w badaniach nad wyborem żywności między innymi w Wielkiej Brytanii (Markovina i in. 2015; Steptoe i in. 1995), Finlandii (Lindeman, Vaananen 2000), Urugwaju (Ares, Gambaro 2007), Belgii (Eertmans i in. 2005), Węgrzech, Rumunii i Filipinach (Januszewska i in. 2011), Japonii, Malezji i Nowej Zelandii (Prescott i

in. 2002), Niemczech, Grecji, Irlandii, Polsce, Portugalii, Hiszpanii, Holandii oraz Norwegii (Markovina i in. 2015).

3.2 Organizacja badań

Zastosowano dobór celowy i nieprobabilistyczny, w którym badacz na podstawie swojej wiedzy o populacji wskazał jednostki włączone do próby (Szreder 2004). Udział kobiet w badaniach był dobrowolny i nie wymagał zgody komisji bioetycznej. Badanie właściwe było poprzedzone badaniem pilotażowym, które objęło 30 kobiet i zostało przeprowadzone w listopadzie 2014 roku. Celem pomiaru sondażowego było sprawdzenie narzędzi badawczych.

Badania właściwe przeprowadzono w okresie od stycznia do maja 2015 roku w grupie 332 kobiet.

W czasie weryfikacji danych wyniki ankietowe 6 osób zostały odrzucone z powodu brakujących odpowiedzi i błędów. W związku z tym końcowej analizie statystycznej zostały poddane 326 prawidłowo uzupełnione ankiety (N=326).

Etapy realizacji badania obejmowały:

1. Fazę przygotowawczą, polegającą na gromadzeniu materiałów na temat dotychczasowych badań dotyczących samooceny, postrzegania własnej sylwetki, zachowań żywieniowych i czynników socjodemograficznych oraz zastosowanej w nich metodyki.
2. Opracowanie metodyki badań i wybranie odpowiednich Skal.
3. Wybór badanej grupy.
4. Fazę realizacji badania, polegającą na wypełnieniu przez kobiety ankiety.
5. Przygotowanie zebranego materiału do analizy komputerowej.
6. Analiza statystyczna.
7. Interpretacja uzyskanych wyników i formułowanie wniosków.

Zastosowane metody statystyczne

Wyniki opracowane zostały przy zastosowaniu funkcji arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel 97–2003 oraz pakietu Statistica w wersji 7.

Zastosowane metody statystyczne miały na celu zbadanie zależności między poziomem samooceny, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety, niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi mogącymi prowadzić do otyłości oraz motywami wpływającymi na wybór żywności, a także wyodrębnienie czynników socjodemograficznych w sposób istotny różnicujących badaną grupę pod względem badanych zmiennych.

W celu przedstawienia uzyskanych wyników dla poszczególnych zmiennych obliczono:

- Średnie
- Odchylenia standardowe
- Procenty
- Częstotliwość
- Wartości mediany
- Wartości dominanty
- Minimalne i maksymalne przyjmowane wartości

Do opisu kształtu rozkładu zmiennych posłużono się:

- Miarą asymetrii rozkładu - skośnością
- Miarą smukłości rozkładu – kurtozą
- Wartością błędu standardowego
- Testami normalności rozkładu: test Kołmogorowa-Smirnowa, test Chi²

W celu interpretacji danych, powiązań i zależności dodatkowo użyto:

Testy różnic między grupami (próby niezależne):

- Test t dla prób niezależnych (statystyka parametryczna). Założenie o równości wariancji zostało sprawdzone za pomocą testu F i testu Levene'a, testu jednorodności oraz testu t równości średnich - w przypadku badania różnic dla zmiennej sytuacja zawodowa (osoba pracująca/ niepracująca)

- Test dwóch prób Kołmogorowa- Smirnowa (statystyka nieparametryczna)
- Analiza wariancji ANOVA (statystyka parametryczna) w celu testowania różnic między średnimi. Pozwoliła ona na wyodrębnienie elementów socjodemograficznych różnicujących badaną grupę.
- Testy post hoc (Test Tukey'a HSD) (statystyka parametryczna) użyte w celu określenia grup między którymi różnica jest istotna statystycznie.
- Test rangowy Kruskala-Wallisa (statystyka nieparametryczna)
- Test median dla prób niezależnych (statystyka nieparametryczna)

Testy różnic między zmiennymi (próby zależne):

- Test T dla grup zależnych (statystyka parametryczna)
- Analizę wariancji (ANOVA)

Testy współzależności między zmiennymi:

- Korelacji linowej prostej r Pearsona (statystyka parametryczna)
- Test istotności współczynnika korelacji
- Rho Spearmana (statystyka nieparametryczna)
- Test Chi-kwadrat Pearsona- test istotności dla zmiennych jakościowych (skategoryzowanych).

Dodatkowo użyto:

- Porównania proporcji w kolumnach
- Techniki segmentacji
- Standaryzacji zmiennych
- Modelu regresji

Przy opisywaniu uzyskanych wyników posłużono się symbolami, które zostały wyjaśnione w tabeli 1.

Tabela 1. Statystyki i ich symbole zawarte w pracy.

Nazwa	Symbol
Liczba badanych	N
Średnia arytmetyczna	\bar{x}
Odchylenie standardowe z próby	SD
Błąd standardowy	SE
Współczynnik korelacji Pearsona	r
Mediana	Me
Dominanta	Mo
Współczynnik skośności	SKE
Współczynnik kurtozy	K
Poziom istotności	p

3.3 Charakterystyka badanej populacji

Czynniki socjodemograficzne badane były za pomocą metryczki umieszczonej pod koniec ankiety. Badane osoby proszono o podanie w jakim przedziale wiekowym znajdują się (do 25 lat, 26-39 lat, 40-60 lat, powyżej 60 lat), wskazanie własnej wagi i wzrostu. Na podstawie dwóch ostatnich danych został obliczony współczynnik BMI. W dalszej kolejności proszono o podanie miejsca zamieszkania (możliwe odpowiedzi: duże miasto, średnie miasto, małe miasto, wieś), wykształcenia (możliwe odpowiedzi: podstawowe, średnie, wyższe), oceny własnej sytuacji materialnej (możliwe odpowiedzi: bardzo dobra, dobra przeciętna, zła), sytuacji zawodowej (osoba pracująca/ niepracująca). Ostatnie dwa pytania dotyczyły stanu cywilnego (możliwe odpowiedzi: panna, mężatka, wdowa, rozwódka, w związku nieformalnym) oraz ilości posiadanych dzieci (możliwe odpowiedzi: 1, 2, 3, 4, 5 i więcej).

Uzyskane wyniki pozwoliły ocenić strukturę badanej grupy. Prawie połowę stanowiły kobiety w wieku 26-39 lat (49,7%), 27,3% kobiet było w wieku 40-60 lat, 12,9% miało do 25 lat, a 10,1% powyżej 60 lat. Duże miasto jako miejsce zamieszkania wskazało 51,8% badanych, 32,9% zadeklarowało, że mieszka w średnim mieście, 10,4% w małym mieście, a 4,9% na wsi. Najwyższy odsetek wśród badanych stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem (67,5%), następnie ze średnim (26,1%). Najmniej było kobiet z wykształceniem podstawowym: 6,4%. Badane w większości określały swoją sytuację materialną jako dobrą

(54,6%) lub przeciętną (29,1%). Za bardzo dobrą uważało ją 12,9% osób. Natomiast złą sytuację materialną zadeklarowało 3,4% osób. Większość badanych kobiet aktualnie pracowało (76,7%). Pozostałe 23,3% było osobami niepracującymi. Mężatkami było 52,1% badanych. Panny stanowiły 26,4%, rozwódki i kobiety pozostające w związku nieformalnym odpowiednio 10,4% i 9,5%, a wdowy 1,6%. Badane kobiety w większości bądź nie posiadały dzieci lub miały jedno dziecko: odpowiednio 33,8% i 27,1%. Dwoje dzieci posiadało 31,7% osób, troje 4,9%, czworo 2,2%, pięcioro i więcej 0,3%. Charakterystyka badanej grupy pod względem czynników socjodemograficznych została podana w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy (N=326)

Cechy grupy	%
wiek	
do 25 lat	12,9
26-39 lat	49,7
40-60 lat	27,3
powyżej 60 lat	10,1
BMI	
niedowaga	3,7
norma	56,1
nadwaga	26,1
otyłość	14,1
Miejsce zamieszkania	
duże miasto	51,8
średnie miasto	32,9
małe miasto	10,4
wieś	4,9
Wykształcenie	
podstawowe	6,4
średnie	26,1
wyższe	67,5
Sytuacja materialna	
bardzo dobra	12,9
dobra	54,6
przeciętna	29,1
zła	3,4
Sytuacja zawodowa	
osoba pracująca	76,7
osoba niepracująca	23,3
Stan cywilny	
panna	26,4
mężatka	52,1
wdowa	1,6
rozwódka	10,4
w związku nieformalnym	9,5

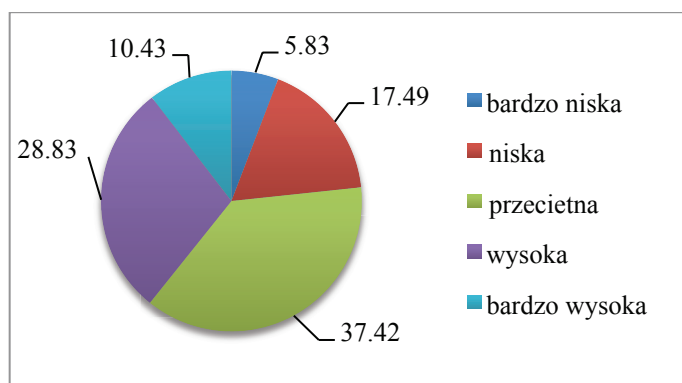
<i>Ilość posiadanych dzieci</i>	
brak	33,8
1	27,1
2	31,7
3	4,9
4	2,2
5 i więcej	0,3

4 Wyniki i dyskusja

4.1 Badane zmienne

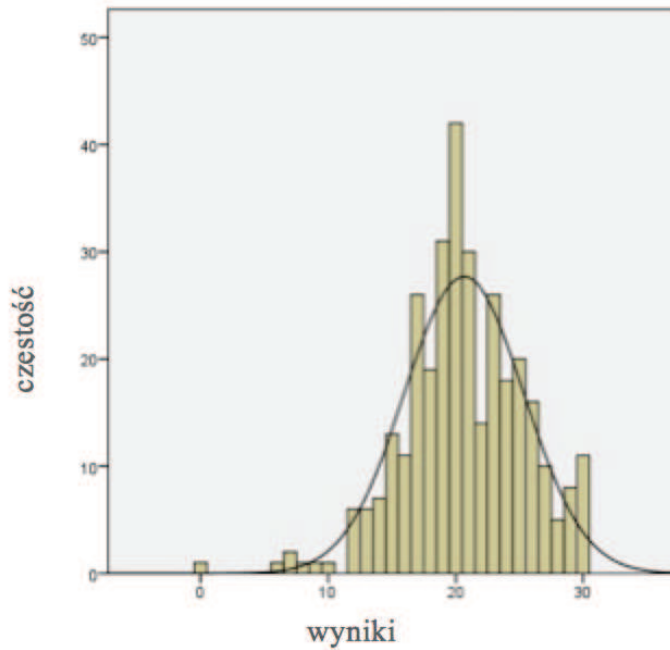
Samoocena

Wśród badanych kobiet najczęściej cechowało się samooceną przeciętną lub wysoką – odpowiednio 37,42% i 28,83%. Niską samoocenę miało 17,49%, bardzo niską 5,83%, natomiast bardzo wysoką 10,43%. Strukturę powyższą przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Struktura badanych osób pod względem poziomu samoceny (N=326).

W badanej grupie średnie wyniki uzyskane w Skali Samooceny wahały się między 0 a 3 punkty i stanowiły rozkład zbliżony do rozkładu normalnego (SKE=-0,38; SE=0,14; K=0,99; SE=2,7). Oznacza to, że średnia wyników wyniosła prawie tyle samo, co mediana (\bar{x} =20,66; SD=4,7; Me=20). Rozkład wyników dla Skali Samooceny przedstawia wykres 2.



Wykres 2. Rozkład wyników dla Skali Samooceny (N=326).

Najniższy średni wynik otrzymano dla stwierdzenia „Niekiedy uważam, że jestem do niczego” $\bar{x} = 1,75$; $SD=0,84$, a następnie „Chciałabym mieć więcej szacunku do samej siebie” oraz „Czasami czuję się beзуżyteczna”, odpowiednio $\bar{x} = 1,76$ ($SD=0,83$) i $\bar{x} = 1,85$ ($SD=0,8$). Średnio najwyższe wyniki w badanej populacji uzyskały stwierdzenia „Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu co inni”: $\bar{x} = 2,37$ ($SD=0,68$) oraz „Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech”: $\bar{x}=2,33$ ($s = 0,68$).

Uzyskane wyniki dla korelacji między poszczególnymi stwierdzeniami Skali Samooceny a jej wynikiem ogólnym były w przedziale od $r=0,56$; $p=0,00$ („potrafię robić większość rzeczy tak dobrze jak większość ludzi”) do $r=0,75$; $p=0,00$ („ogólnie rzecz biorąc jestem z siebie zadowolona”) co przedstawia tabela 3.

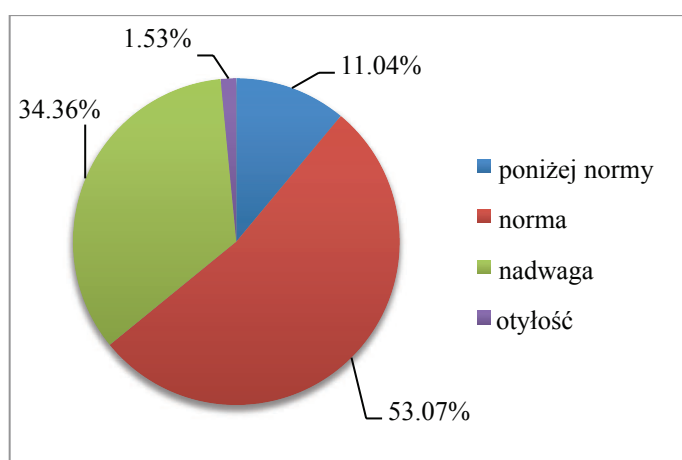
Tabela 3. Wartości korelacji Pearsona dla poszczególnych stwierdzeń Skali Samooceny i jej wyniku ogólnego.

l.p.	Stwierdzenie	r
1.	Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	0,68**
2.	Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	0,66**
3.	Ogólnie biorąc jestem skłonna sądzić, że nie wiecie mi się.	0,60**
4.	Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość ludzi.	0,56**
5.	Uważam, że nie mam zbyt wiele powodów, aby być z siebie dumną	0,65**
6.	Lubię siebie.	0,73**
7.	Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolona.	0,75**
8.	Chciałabym mieć więcej szacunku dla samej siebie.	0,64**
9.	Czasami czuję się bezużyteczna.	0,74**
10.	Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	0,62**

***. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).*

Niezadowolenie z wyglądu własnego ciała.

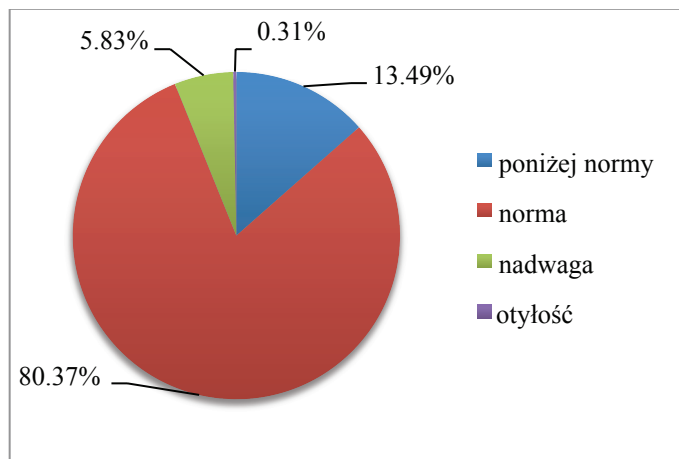
Ponad połowa badanych kobiet oceniła własną sylwetkę jako będącą w normie (53,07%), Jedna trzecia wskazała na sylwetkę reprezentującą osobę z nadwagą (34,36%), a 1,53% osób badanych na otyłą. Sylwetkę o wadze poniżej normy jako własną wybrało 11,04% kobiet. Strukturę badanych pod względem postrzegania własnej sylwetki przedstawia wykres 3.



Wykres 3. Struktura badanych kobiet w zależności od postrzeganej własnej sylwetki (N=326).

Średnia dla tej zmiennej w badanej grupie wyniosła $\bar{x} = 4,17$ ($SD = 1,4$). W związku z tym, że sylwetka 5 reprezentuje osobę z nadwagą, można uznać, że średnio badane kobiety oceniały swoją sylwetkę jako znajdującą się między górną granicą normy, a nadwagą. Przebieżna wartość tej zmiennej wyniosła $Me = 4$. Rozkład wyników zbliżony był do rozkładu normalnego ($SKE = 0,51$; $SE = 0,14$; $K = 0,52$; $SE = 0,27$).

Nieco szczuplejsze sylwetki były wybierane jako idealne. Większość badanych kobiet (80,37%) wskazało na sylwetkę C lub D, które przedstawiają osobę o masie ciała w normie. Ważyć poniżej normy chciałoby 13,49% badanych kobiet, mieć nadwagę- 5,83%. Jedna osoba za idealną uznała sylwetkę przedstawiającą osobę otyłą, co stanowi 0,31% wszystkich badanych. Strukturę powyższą przedstawia wykres 4.

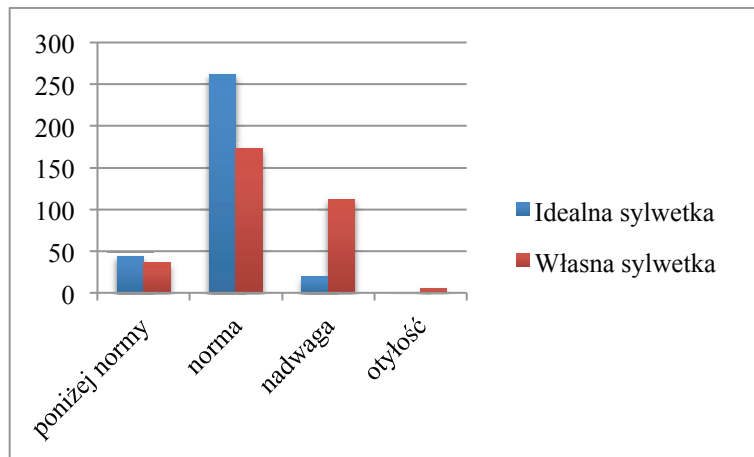


Wykres 4. Struktura badanych kobiet w zależności od postrzeganej idealnej sylwetki (N=326).

Otrzymane wyniki wahały się w przedziale od 1 do 8. Średni wynik wyniósł $\bar{x} = 3,37$ ($SD = 0,96$), przebieżna wartość: $Me = 3$. Uzyskane wyniki stanowiły rozkład dodatnio skośny ($SKE = 1,21$; $SE = 0,14$), wysmukły $K = 4,04$; $SE = 0,27$. Oznacza to, że większość badanych uzyskała wyniki poniżej średniej dla grupy i są one skoncentrowane wokół średniej. Najczęściej wybierano sylwetkę C (N=153) oraz D (N=109).

Powyższe dane wskazują, że dla większości badanych kobiet (93,86%) idealna sylwetka była poniżej normy lub w normie, ale tylko 64,11% uważało, że takową posiada. Sylwetkę reprezentującą osobę z nadwagą lub otyłą jako idealną wybrało 6,14% badanych kobiet, a 35,89% uznało, że jest to ich własna. Należy zaznaczyć przy tym, że podobna ilość badanych osób wskazała na sylwetkę poniżej normy oraz otyłą jako idealną i własną (odpowiednio 13,49% (44 osoby) i 11,04% (36 osób) dla sylwetki poniżej normy i 0,31% (1 oso-

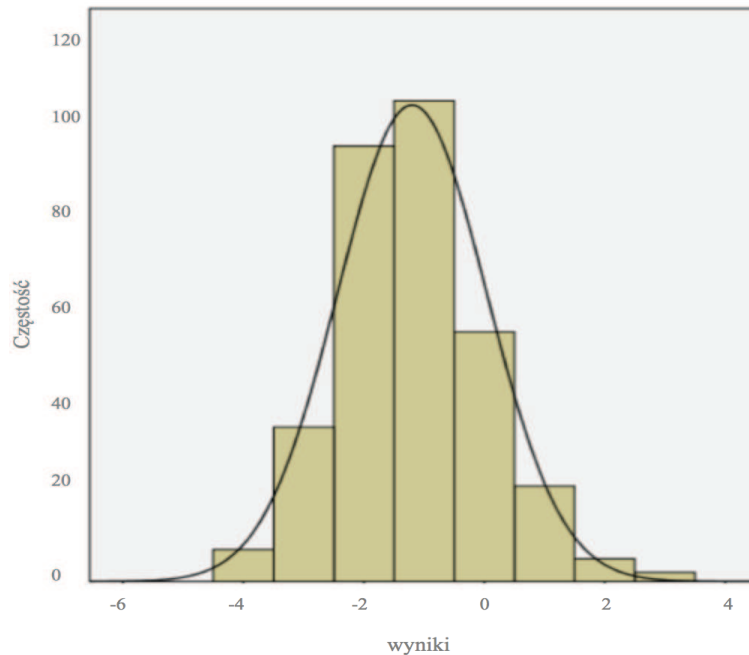
ba) i 1,53% (5 osób dla sylwetki otyłej). Największe różnice między idealną a własną sylwetką były w przypadku sylwetki w normie i reprezentującej nadwagę. Na sylwetkę w normie jako własną wskazało 53,07% badanych, o 27,3% mniej niż kobiet, które uznały ją za idealną (80,37%). Natomiast w przypadku sylwetki reprezentującej nadwagę o 28,53% więcej badanych uznało, że ją posiada w porównaniu z tymi, które określiły ją jako idealną. Zależność tę przedstawia wykres 5.



Wykres 5. Ilość osób badanych w zależności od postrzeganej idealnej i własnej sylwetki (N=326).

Na podstawie różnicy między uzyskanymi wynikami dla własnej i idealnej sylwetki określone zostało niezadowolenie z wyglądu własnego ciała. Im wyższy wynik, tym większe niezadowolenie. Wyniki powyżej zera wskazują na to, że osoba badana za idealną uznała sylwetkę szczuplejszą od własnej. Natomiast wyniki poniżej zera oznaczają, że posiadana sylwetka jest szczuplejsza od idealnej. Uzyskane wyniki wahały się w przedziale od -5 do 4 ($\bar{x} = 0,8$; $SD = 1,3$).

Rozkład wyników dla niezadowolenia z wyglądu własnego ciała był zbliżony do rozkładu normalnego ($SKE = 0,41$; $SE = 0,14$; $K = 0,41$; $SE = 0,27$), co zostało przedstawione na wykresie 6.

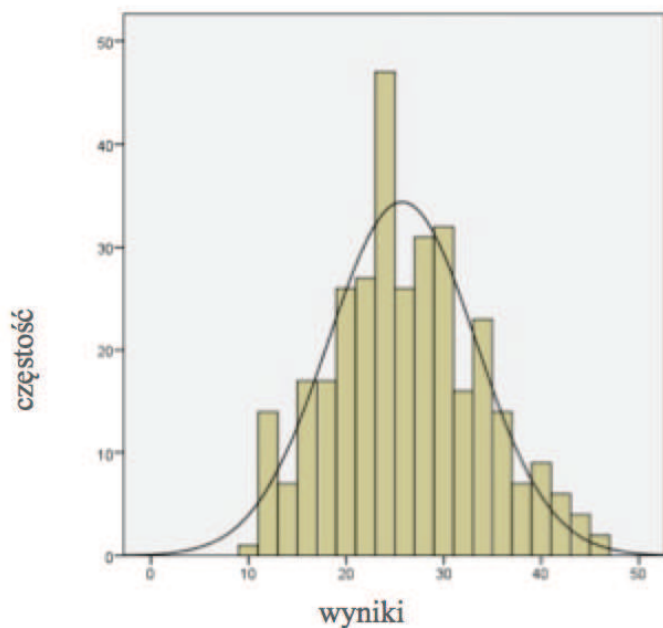


Wykres 6. Rozkład wyników dla niezadowolenia z wyglądu własnego ciała (N=326).

Niezadowolenie z wyglądu własnego ciała było uzależnione od postrzeganej własnej sylwetki ($r=0,74$; $p=0,00$). Korelacja między postrzeganą, a idealną sylwetką wyniosła $r=0,5$; $p=0,00$.

Skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety

Średni uzyskany wynik dla badanych osób wyniósł $\bar{x} = 25,73$; $SD=7,56$; $Me= 25$. Wyniki znajdowały się w przedziale od 10 do 45 punktów i stanowiły rozkład zbliżony do normalnego. Wartość średniej była bliska wartości mediany, a więc prawie tyle samo wyników było powyżej jak i poniżej średniej. Wartość skośności ($SKE=0,2$; $SE=0,14$) i kurtozy ($K=-0,36$; $SE=0,27$) nie odbiegała znacząco od rozkładu normalnego. Rozkład wyników dla skłonności do ograniczania jedzenia i stosowania diety przedstawia wykres 7.



Wykres 7. Rozkład wyników dla skłonności do ograniczania jedzenia i stosowania diety (N=326).

Stwierdzenie „Zwracasz uwagę na to, co jesz” uzyskało najwyższy średni wynik: $\bar{x} = 3,83$; $SD = 1,02$. Średnie pozostałych pozycji skali były w przedziale od 2,52 do 3,04, a więc średnio zachowania świadczące o ograniczaniu jedzenia i stosowaniu diety w badanej grupie występowały rzadko lub czasami.

Korelacja między poszczególnymi stwierdzeniami Skali a jej wynikiem ogólnym była między $r = 0,55$; $p = 0,00$ („Zwracasz uwagę na to, co jesz.”) a $r = 0,82$; $p = 0,00$ (“Czy umyślnie jadasz mniej, aby nie przybrać na wadze?”) co przedstawia tabela 4.

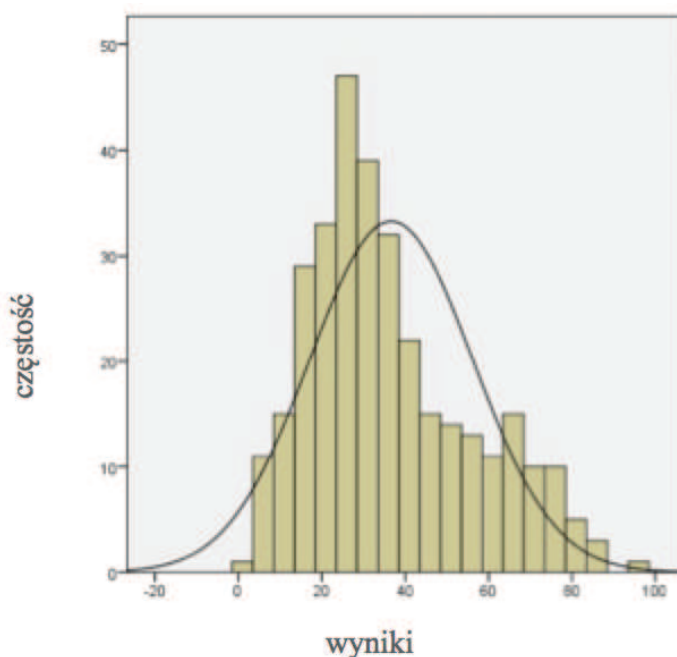
Tabela 4. Wartości korelacji Pearsona między poszczególnymi stwierdzeniami Skali Ograniczonego Spożycia i jej wynikiem ogólnym.

l.p.	Stwierdzenie	r
1.	Jeżeli utyjesz będziesz jadła mniej, niż normalnie.	0,68**
2.	Czy ograniczasz porcje posiłków, pomimo iż zjadłabyś więcej.	0,81**
3.	Jak często odmawiasz oferowanego jedzenia lub picia, ponieważ dbasz o wagę?	0,78**
4.	Zwracasz uwagę na to, co jesz.	0,55**
5.	Specjalnie dobierasz produkty niskokaloryczne.	0,74**
6.	Jeżeli zjadłaś za dużo, czy następnego dnia zjesz mniej.	0,73**
7.	Czy umyślnie jadasz mniej, aby nie przybrać na wadze?	0,82**
8.	Jak często próbujesz nie jeść między posiłkami, aby nie utyć?	0,79**
9.	Jak często wieczorem próbujesz nie jeść, ponieważ boisz się utyć?	0,77**

***. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).*

Niewłaściwe zachowania żywieniowe mogące prowadzić do otyłości

Uzyskane wyniki dla Skali Zachowań związanych z Niewłaściwym Żywieniem wahały się od 1 do 96 punktów (za odpowiedź na poszczególne pytania osoba badana mogła uzyskać od 0 („nigdy”) do 4 („bardzo często”) punktów. Pytanie 25 nie było punktowane, dawało możliwość na wskazanie zachowań nieujętych w kwestionariuszu. Średnia dla badanej grupy wyniosła $\bar{x} = 36,64$; $SD=19,54$; $Me=32$. Uzyskany rozkład jest zbliżony do rozkładu normalnego ($SKE=0,68$; $SE=0,14$; $K=-0,27$; $SE=0,27$). Rozkład wyników dla niewłaściwych zachowań żywieniowych mogących prowadzić do otyłości przedstawia wykres 8.



Wykres 8. Rozkład wyników dla niewłaściwych zachowań żywieniowych mogących prowadzić do otyłości (N=326).

Najczęściej pojawiającymi się zachowaniami było podjadanie w ciągu dnia ($\bar{x} = 2,17$; $SD=1,07$), jedzenie zbyt mało w pierwszej połowie dnia, a następnie zbyt dużo w drugiej ($\bar{x} = 2,07$; $SD=1,21$), jedzenie wyłącznie dla przyjemności ($\bar{x} = 2,05$; $SD=1,23$) oraz jedzenie w czasie wykonywania innych czynności takich jak oglądanie telewizji, prowadzenie samochodu, praca przy komputerze, zamiast skupienia się wyłącznie na jedzeniu ($\bar{x} = 2,04$; $SD=1,22$).

Najrzadziej osoby badane jadły w nocy ($\bar{x} = 0,55$; $SD=0,91$), w tajemnicy przed innymi ($\bar{x} = 0,66$; $SD=1,06$) oraz unikały zdrowego jedzenia, na przykład warzyw lub owoców ($\bar{x} = 0,93$; $SD=1,16$).

Korelacje między poszczególnymi elementami Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem a jej wynikiem ogólnym były w przedziale od $r=0,45$; $p=0,00$ („jak często nie jesz śniadania”) do $r=0,82$; $p=0,00$ („jak często jesz dalej, mimo, że czujesz się najedzona lub gdy inni ludzie normalnie czuliby się najedzeni” oraz „jak często jesz, kiedy jesteś znudzona”) co przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Wartości korelacji Pearsona między poszczególnymi wynikami Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem a jej wynikiem ogólnym.

l.p.	Stwierdzenie	r
1.	Jak często jesz duże porcje jedzenia?	0,75 ^{**}
2.	Jak często wybierasz jedzenie wysokokaloryczne?	0,76 ^{**}
3.	Jak często wybierasz tłuste jedzenie?	0,76 ^{**}
4.	Jak często pijesz napoje wysokokaloryczne (alkohol, napoje gazowane, soki lub dodajesz cukier do napojów)?	0,65 ^{**}
5.	Jak często nie jesz śniadania?	0,45 ^{**}
6.	Jak często jesz mało w pierwszej połowie dnia, a potem zbyt dużo w drugiej (po południu i wieczorem)?	0,72 ^{**}
7.	Jak często podjadasz w ciągu dnia?	0,75 ^{**}
8.	Jak często jesz w czasie wykonywania innych czynności (oglądania telewizji, prowadzenia samochodu, pracy przy komputerze) zamiast skupienia się wyłącznie na jedzeniu?	0,69 ^{**}
9.	Jak często jesz dalej, mimo, że czujesz się najedzona lub gdy inni ludzie normalnie czuliby się najedzeni?	0,82 ^{**}
10.	Jak często jesz, kiedy jesteś znudzona?	0,82 ^{**}
11.	Jak często jesz, kiedy czujesz się źle (smutna, zła, zaniepokojona, zestresowana)?	0,78 ^{**}
12.	Jak często jesz wyłącznie dla przyjemności z jedzenia?	0,69 ^{**}
13.	Jak często jesz w ramach nagrody?	0,71 ^{**}

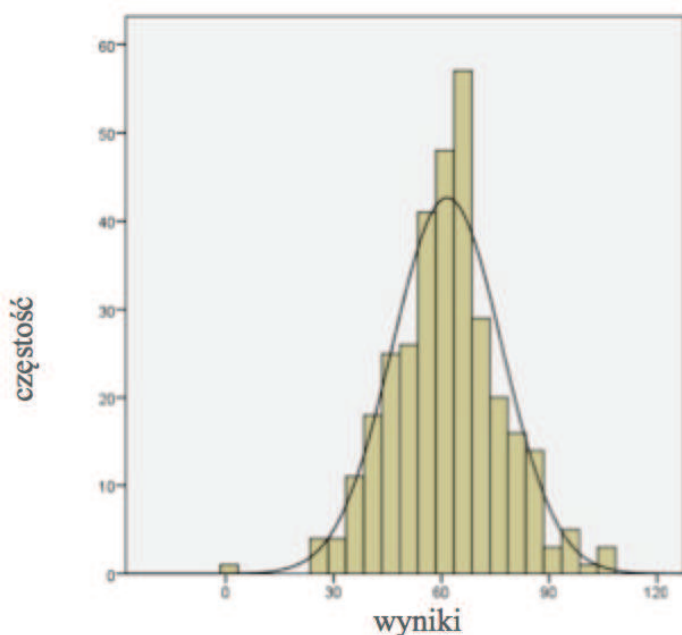
14.	Jak często miewasz napady objadania się (jesz duże porcje jedzenia w ciągu dwóch lub mniej godzin i czujesz, że nie masz nad tym kontroli)?	0,76 ^{**}
15.	Jak często jesz normalne porcje jedzenia, ale czujesz, że nie masz nad tym kontroli?	0,74 ^{**}
16.	Jak często jesz szybko, bez skupienia się na smaku potrawy?	0,68 ^{**}
17.	Jak często jesz w tajemnicy przed innymi?	0,62 ^{**}
18.	Jak często jesz w sposób chaotyczny (brak regularności posiłków)?	0,70 ^{**}
19.	Jak często jesz na zmianę bardzo dobrze, a potem bardzo źle?	0,75 ^{**}
20.	Jak często jedzenie w ciągu tygodnia znacząco różni się od jedzenia w weekendy?	0,62 ^{**}
21.	Jak często unikasz jedzenia posiłków przygotowanych w domu (jadasz dania na wynos, w restauracjach)?	0,62 ^{**}
22.	Jak często unikasz zdrowego jedzenia (takich jak warzywa i owoce)?	0,67 ^{**}
23.	Jak często nadmiernie unikasz uczucia głodu (jesz natychmiast gdy tylko poczujesz zbliżający się głód albo nawet zanim głód się pojawi)	0,62 ^{**}
24.	Jak często jesz w nocy?	0,46 ^{**}

^{**}. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Motywy wpływające na wybór żywności związane z jedzeniem jak i od niego niezależne

Uzyskane wyniki dla Skali Czynniki Wpływających na Wybór Żywności były w przedziale od 1 do 108, a dla poszczególnych pytań wahały się od 0 do 3, a więc dane cechy produktów żywnościowych były w ogóle nie ważne, trochę ważne, ważne lub bardzo ważne w zależności od badanej osoby. Średni uzyskany wynik dla całej Skali wyniósł $\bar{x} = 61,63$; $SD = 15,24$; $Me = 63$.

Rozkład wyników był zbliżony do rozkładu normalnego ($SKE = 0,03$; $SE = 0,14$), ($K = 0,77$; $SE = 0,27$). Oznacza to, że poniżej i powyżej średniej znajdowała się zbliżona ilość wyników. Ich rozkład przedstawia wykres 9.



Wykres 9. Rozkład wyników dla motywów wpływających na wybór żywności (N=326).

Najważniejsze dla badanych osób było to, aby jedzenie było smaczne, następnie miało pozytywny wpływ na stan skóry, zębów, włosów, paznokci itp., zawierało składniki naturalne oraz dużo witamin i składników mineralnych. Za najmniej istotne uznano to, czy wybierane jedzenie pochodzi z krajów, które badana osoba popiera politycznie.

Ważność poszczególnych czynników przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Średnie i odchylenia standardowe dla poszczególnych stwierdzeń Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności (N=326).

Stwierdzenie	\bar{x}	SD
Było smaczne.	2,64	1,27
Było dobre dla mojej skóry/zębów/włosów/ paznokci itp.	2,28	0,74
Zawierało składniki naturalne.	2,24	0,73
Zawierało dużo witamin i składników mineralnych.	2,23	0,77
Nie zawierało dodatków sztucznych.	2,18	0,86
Pozwalałoby mi się czuć się dobrze.	2,18	0,79
Zawierało jasną informację dotyczącą kraju, z którego pochodzi.	2,15	0,74
Było odżywcze.	2,11	0,73
Nie zawierało ulepszaczy żywności.	2,09	0,84
Dodawałoby mi energii.	2,09	0,75
Ładnie pachniało.	2,08	0,81
Było warte swojej ceny.	1,94	0,76

Wyglądało ładnie.	1,89	0,80
Było proste do ugotowania.	1,88	0,85
Było szybkie w przygotowaniu.	1,85	0,81
Było łatwe do przygotowania.	1,84	0,80
Było łatwodostępne w sklepach lub supermarketach.	1,74	0,81
Nie było drogie.	1,69	0,78
Miało przyjemną konsystencję.	1,67	0,86
Było niskotłuszczowe.	1,66	0,80
Pomagało mi kontrolować wagę mojego ciała.	1,66	0,88
Zawierało błonnik.	1,65	0,90
Było tanie.	1,63	0,88
Poprawiało mi nastrój.	1,63	0,88
Było niskokaloryczne.	1,46	0,84
Było mi znane.	1,43	0,97
Było wysokobiałkowe.	1,41	0,91
Było opakowane w sposób przyjazny dla środowiska.	1,40	0,88
Pomagało mi się zrelaksować.	1,33	0,93
Było tym, co zwykle jadam.	1,31	0,96
Pomagało mi radzić sobie z problemami dnia codziennego.	1,28	0,88
Było jak jedzenie, które jadłam w dzieciństwie.	1,08	0,90
Pomagało mi radzić sobie ze stresem.	1,02	1,01
Można było kupić w sklepach blisko miejsca mojego zamieszkania lub pracy.	1,02	0,97
Pochodziło z krajów, które popieram politycznie.	0,58	0,87
Ogółem	61,63	15,24

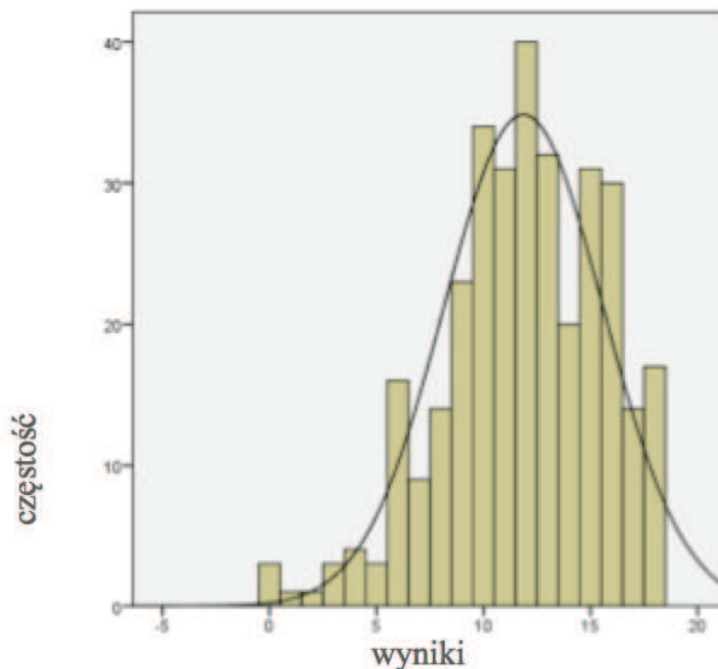
Korelacje między poszczególnymi stwierdzeniami Skali a jej wynikiem ogólnym były w przedziale od $r=0,28$; $p=0,00$ („było smaczne”) do $r=0,64$; $p=0,00$ („było dobre dla mojej skóry/zębów/włosów/paznokci itp.”)

Stwierdzenia Skali Czynniki Wpływających na Wybór Żywności można pogrupować w dziewięć kategorii w zależności od właściwości produktów, które mogą być brane pod uwagę przy wyborach żywnościowych. Są to: zdrowie, nastrój, wygoda użycia, wygląd, skład, cena, kontrola masy ciała, znajomość oraz kwestie etyczne.

Wpływu na *zdrowie* dotyczyły następujące cechy żywności:

- Zawierało błonnik.
- Było odżywcze.
- Zawierało dużo witamin i składników mineralnych.
- Było wysokobiałkowe.
- Pomagało mi być zdrowym
- Było dobre dla mojej skóry/zębów/włosów/ paznokci itp.

Uzyskane wyniki dla tej kategorii były w przedziale od 0 do 18 punktów, średnia wyniosła $\bar{x} = 11,87$; $SD=3,74$; $Me=12$. Najczęściej uzyskanym wynikiem było 12 ($Mo=12$; $N=40$) Biorąc pod uwagę ilość pytań w tej kategorii oraz punktację uznać można, że dla badanych kobiet zdrowie jako czynnik wyboru było co najmniej „ważne”. Rozkład wyników był zbliżony do rozkładu normalnego ($SKE=-0,53$; $SE=0,14$; $K=0,18$; $SE=0,27$) i został przedstawiony na wykresie 10.



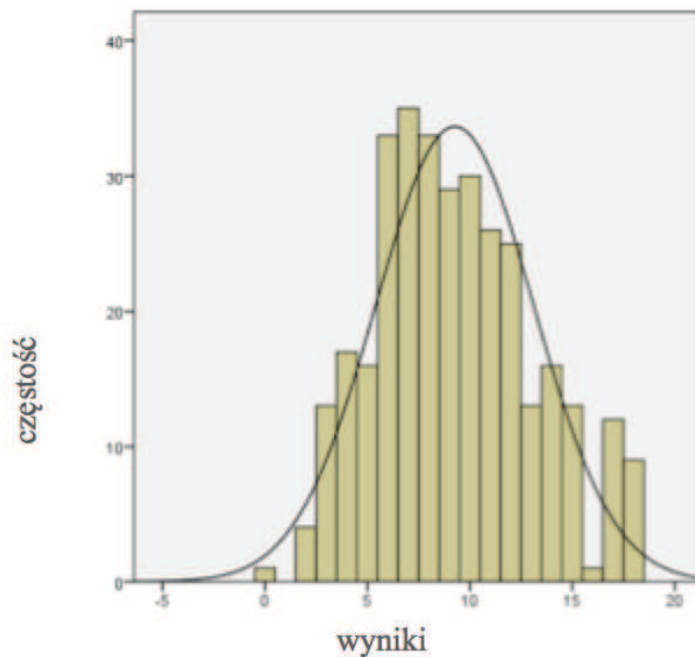
Wykres 10. Rozkład wyników dla kategorii Zdrowie ($N=326$).

Następujące stwierdzenia wiązały się z wpływem jedzenia na *nastrój*:

- Poprawiało mi nastrój.
- Pomagało mi radzić sobie ze stresem.
- Dodawałoby mi energii.
- Pomagało mi się zrelaksować.
- Pozwalałoby mi się czuć się dobrze.
- Pomagało mi radzić sobie z problemami dnia codziennego.

Uzyskane wyniki były w przedziale od 0 do 18, średnia wyniosła $\bar{x} = 9,26$; $SD=3,87$; $Me=9$. Najczęściej osoby badane uzyskały wynik 7 ($Mo=7$; $N=35$). Skośność wyniosła $SKE=0,35$ ($SE=0,14$), wartość kurtozy nie odbiegała znacząco od rozkładu normalnego ($K=-0,42$; $SE=0,27$). Oznacza to, że podobna ilość wyników była powyżej jak i poniżej

średniej. Można zatem przyjąć, że Nastrój jako czynnik wyboru był między „trochę ważny”, a „ważny”. Rozkład wyników dla kategorii Nastrój przedstawia wykres 11.



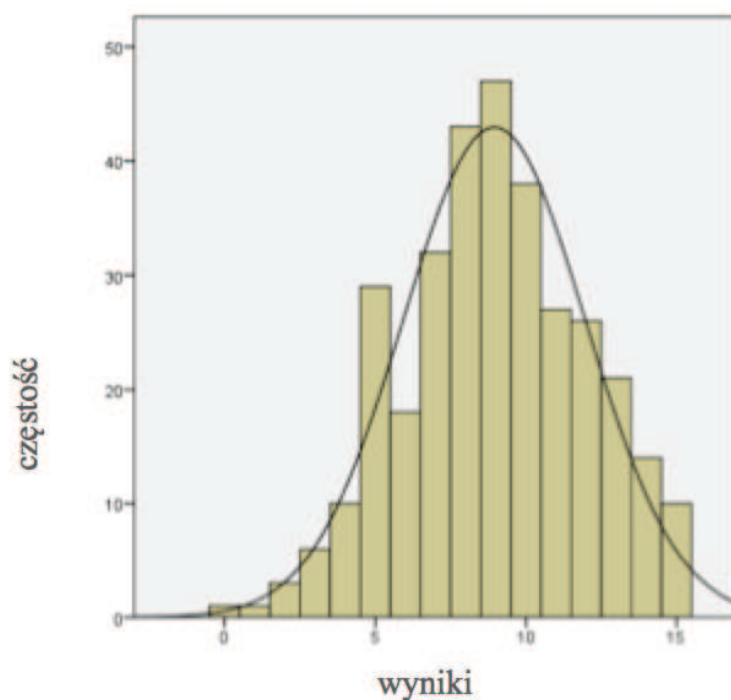
Wykres 11. Rozkład wyników dla kategorii Nastrój (N=326).

Wygodę użycia jako czynnik wyboru określały następujące stwierdzenia:

- Było łatwe do przygotowania.
- Było łatwodostępne w sklepach lub supermarketach.
- Było proste do ugotowania.
- Było szybkie w przygotowaniu.
- Można było kupić w sklepach blisko miejsca mojego zamieszkania lub pracy.

Wyniki dla badanej grupy znajdowały się w przedziale od 0 do 15, średnia wyniosła $\bar{x} = 8,95$; $SD=3,03$; $Me=9$. Najczęstszym wynikiem było $Mo=9$ (N=47).

Skośność wyniosła $SKE=-0,09$; $SE=0,14$, kurtoza $K=-0,39$; $SE=0,27$, a zatem rozkład wyników był zbliżony do normalnego, podobna ilość wyników znajdowała się poniżej i powyżej średniej. W związku z powyższym można stwierdzić, że wygoda jako czynnik wyboru żywności dla badanych osób była „ważna”. Rozkład wyników dla kategorii Wygoda przedstawia wykres 12.



Wykres 12. Rozkład wyników dla kategorii Wygoda (N=326).

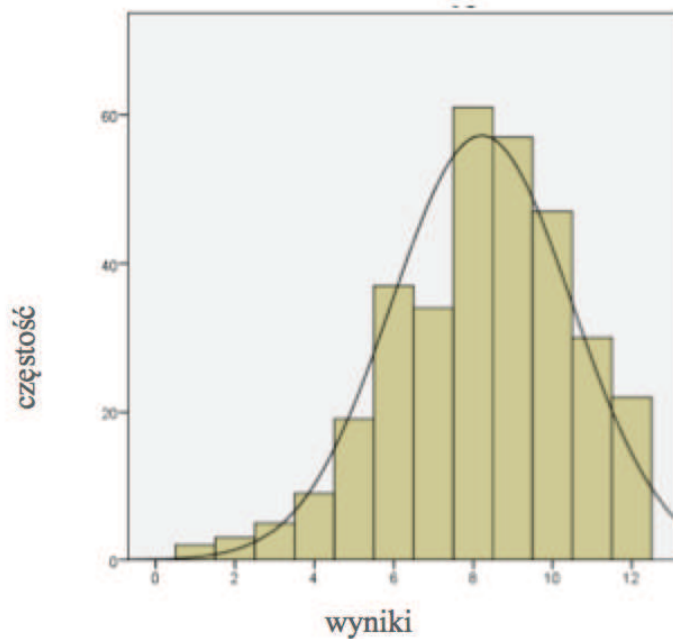
Wyglądu jedzenia dotyczyły stwierdzenia:

- Było smaczne.
- Ładnie pachniało.
- Miało przyjemną konsystencję.
- Wyglądało ładnie.

Uzyskane wyniki były w przedziale od 1 do 12, średni wynik dla tej kategorii to $\bar{x} = 8,28$; $SD = 2,45$. Zarówno przeciętny ($Me = 8$), jak i najczęstszy ($Mo = 8$, $N = 61$) wynik wyniósł 8.

Skośność ($SKE = 0,54$; $SE = 0,14$) świadczy o tym, że rozkład jest zbliżony do normalnego. Wartość kurtozy ($K = 6,1$; $SE = 0,27$) wskazuje na jego wysmukłość, a zatem wyniki są skoncentrowane wokół średniej.

W związku z powyższym można stwierdzić, że wygląd żywności jako czynnik wyboru był dla badanych kobiet „ważny”. Rozkład wyników dla kategorii Wygląd przedstawia wykres 13.



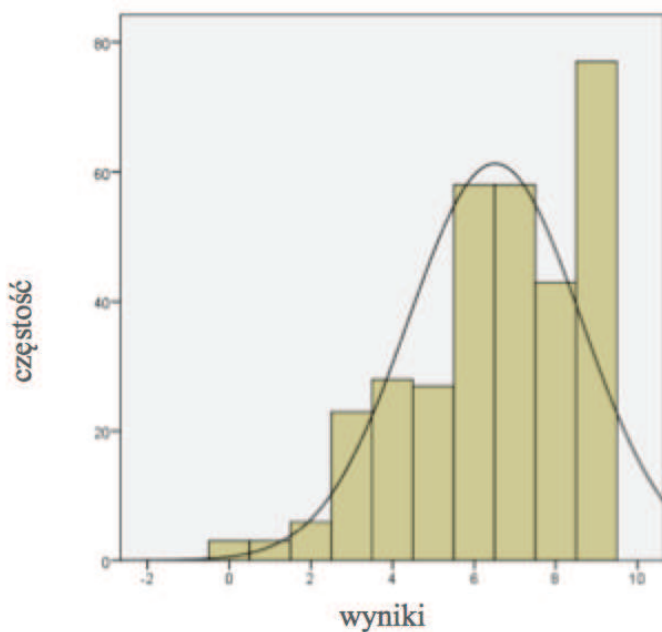
Wykres 13. Rozkład wyników dla kategorii Wygląd (N=326).

Następujące stwierdzenia związane były z kategorią *Skład*:

- Nie zawierało ulepszaczy żywności.
- Zawierało składniki naturalne.
- Nie zawierało dodatków sztucznych.

Uzyskane wyniki dla tej kategorii były w przedziale od 0 do 9 punktów. Średnio wynosząc $\bar{x} = 6,51$; $SD = 2,12$. Przeciętna wartość (Me) wyniosła 7, najczęściej (Mo) pojawiały się wyniki 6 i 7 (N=58).

Skośność (SKE=-0,67; SE=0,14) i wartość kurtozy (K=-0,16; SE=0,27) nie odbiegała znacząco od rozkładu normalnego. Można, zatem przyjąć, że dla badanych osób skład produktu żywnościowego był „ważny”. Rozkład wyników dla kategorii Skład przedstawia wykres 14.



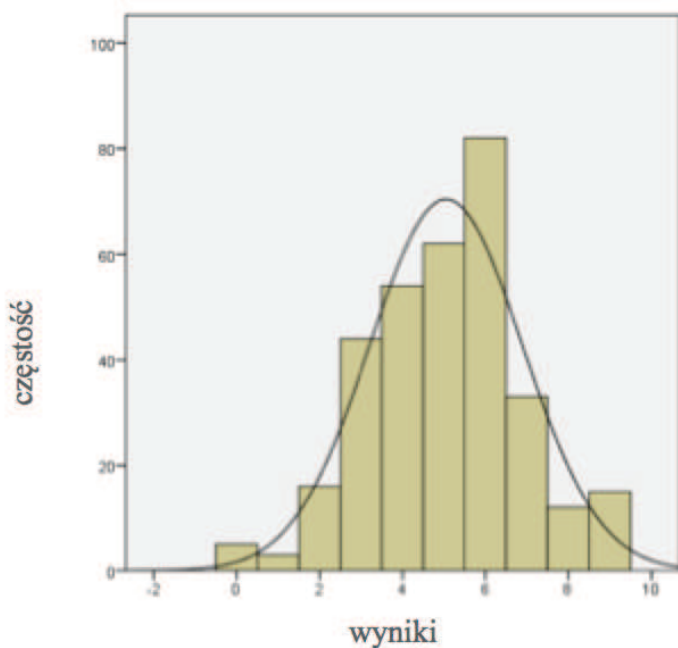
Wykres 14. Rozkład wyników dla kategorii Skład (N=326).

Cenę, jako czynnik wyboru określały następujące stwierdzenia:

- Nie było drogie.
- Było warte swojej ceny.
- Było tanie.

Uzyskane wyniki były w przedziale między 0 a 9 punktów, średnio wyniosły $\bar{x} = 5,05$; $SD=1,85$, przeciętnie 5 (Me), najczęstszym wynikiem było 6 (Mo, N=82).

Rozkład wyników jest zbliżony do normalnego ($SKE=-0,1$; $SE=0,14$), ($K=0,04$; $SE=0,27$). Na tej podstawie można wnioskować, że cena dla badanych kobiet była „ważna” przy podejmowaniu decyzji w zakresie wyboru żywności. Rozkład wyników dla kategorii Cena przedstawia wykres 15.



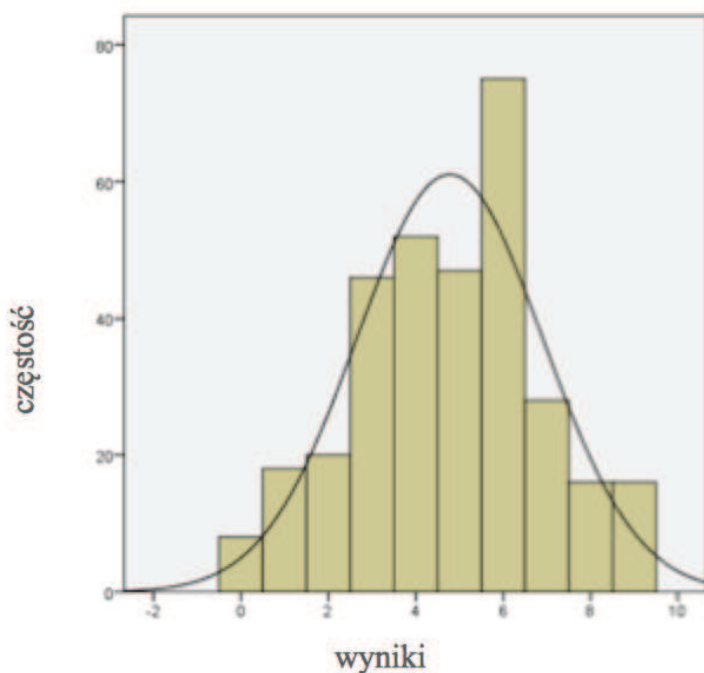
Wykres 15. Rozkład wyników dla kategorii Cena (N=326).

W skład kategorii *Kontrola Masy Ciała* jako czynnika wyboru żywności wchodziły stwierdzenia:

- Było niskokaloryczne.
- Było niskotłuszczowe.
- Pomagało mi kontrolować wagę mojego ciała.

Uzyskane wyniki były w przedziale od 0 do 9 punktów. Średni wynik wyniósł $\bar{x} = 4,78$; $SD = 2,13$. Najczęstszy $Mo = 6$ (N=75), przeciętny $Me = 5$.

Rozkład wyników był zbliżony do normalnego ($SKE = -0,12$; $SE = 0,14$; $K = -0,42$; $SE = 0,27$). Można zatem uznać, że dla badanych osób kontrola masy ciała jako czynnik decydujący o wyborze żywności była „ważna”. Rozkład wyników dla kategorii Kontrola Masy Ciała przedstawia wykres 16.



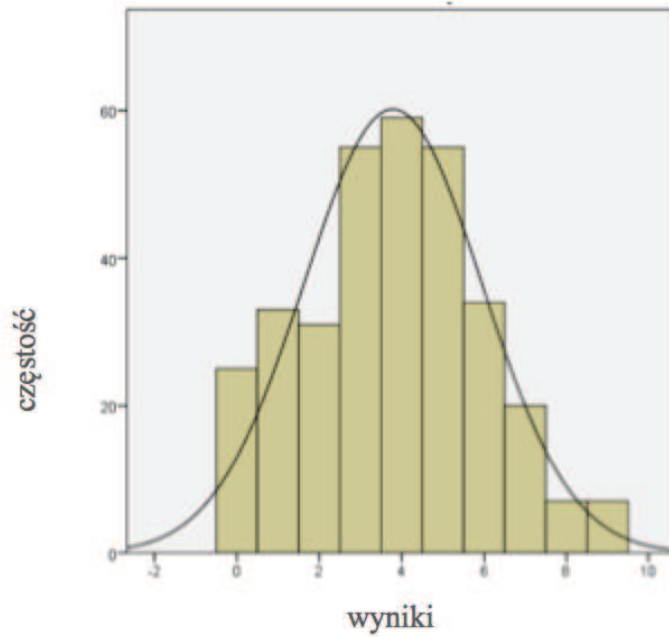
Wykres 16. Rozkład wyników dla kategorii Kontrola Masy Ciała (N=326).

Znajomość produktu określały stwierdzenia:

- Było mi znane.
- Było jak jedzenie, które jadłam w dzieciństwie.
- Było tym, co zwykle jadam.

Uzyskane wyniki były w przedziale między 0 a 9 punktów, średnio wynosząc $\bar{x} = 3,79$; $SD=2,16$ przeciętnie $Me=4$, najczęściej $Mo=4$ (N=59).

Rozkład wyników był zbliżony do normalnego (SKE=0,12; SE=0,14; K=-0,46; SE=0,27). Znajomość była czynnikiem „trochę ważnym” przy wyborze produktu żywnościowego. Rozkład wyników dla kategorii Znajomość przedstawia wykres 17.



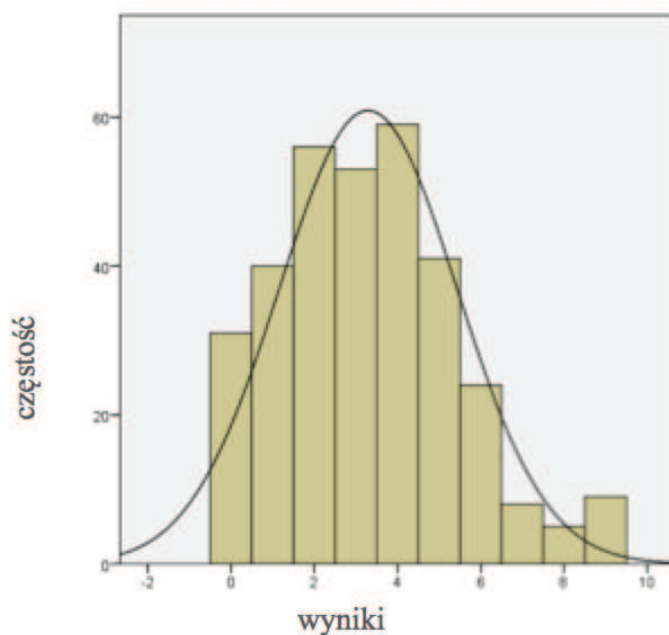
Wykres 17. Rozkład wyników dla kategorii Znajomość (N=326).

Kwestie etyczne zostały ujęte w poniższych stwierdzeniach :

- Było opakowane w sposób przyjazny dla środowiska.
- Pochodziło z krajów, które popieram politycznie.
- Zawierało jasną informację dotyczącą kraju, z którego pochodzi.

Wyniki w badanej grupie kobiet były w przedziale od 0 do 9 punktów, średnio wynosząc $\bar{x} = 3,3$; $SD = 2,15$, najczęściej $Mo = 4$ (N=59). Przeciętna uzyskana wartość wyniosła $Me = 3$.

Rozkład wyników był zbliżony do normalnego (SKE=0,51; SE=0,14; K=-0,02; SE=0,27). *Kwestie etyczne* przy podejmowaniu decyzji o wyborze produktu były dla badanej grupy kobiet „trochę ważne”. Rozkład wyników dla kategorii *Kwestie Etyczne* przedstawia wykres 18.



Wykres 18. Rozkład wyników dla kategorii Kwestie Etyczne (N=326).

Współczynnik korelacji Pearsona dla poszczególnych kategorii Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i wyniku ogólnego Skali był w przedziale między 0,53 a 0,75. Najsilniej związane z wynikiem ogólnym były kategorie Nastrój oraz Zdrowie, najslabiej Wygoda. Uzyskane wyniki dla korelacji między Skalą Czynników Wpływających na Wybór Żywności a jej kategoriami przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Korelacja między wynikiem ogólnym Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności a jej poszczególnymi kategoriami.

Kategoria	r
Nastrój	0,75 ^{**}
Zdrowie	0,74 ^{**}
Kwestie Etyczne	0,60 ^{**}
Cena	0,59 ^{**}
Kontrola Masy Ciała	0,59 ^{**}
Wygląd	0,58 ^{**}
Skład	0,57 ^{**}
Znajomość	0,56 ^{**}
Wygoda	0,53 ^{**}

***. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).*

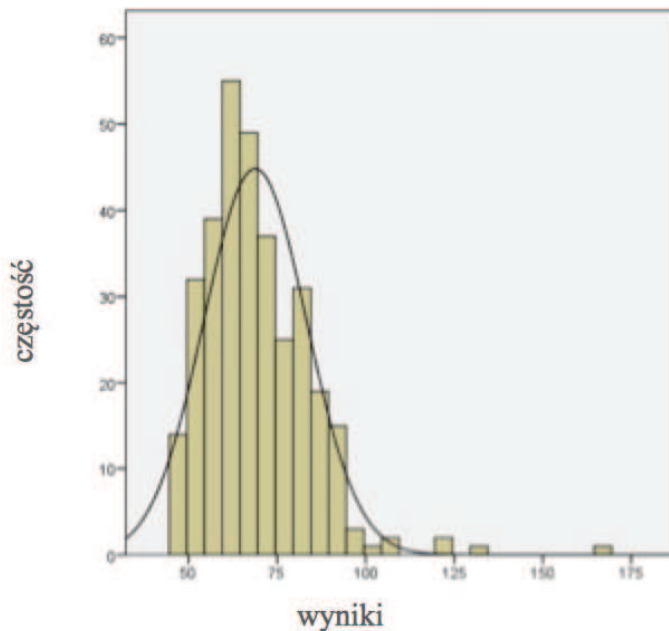
Wyniki kategorii Zdrowie korelowały z wynikami kategorii Skład ($r=0,72$; $p=0,00$), Kontrola Masy Ciała ($r=0,58$; $p=0,00$) oraz Kwestie Etyczne ($r=0,51$; $p=0,00$).

Korelacje między poszczególnymi kategoriami Skali podano w tabeli 1 w załączniku.

Masa ciała, wzrost i BMI

Masa ciała badanych kobiet wahała się w przedziale od 47 do 165 kilogramów, średnio wyniosła 68,77 kg (SD= 14,5, Me= 66,50). Najczęściej wskazywaną własną wagą było 80kg (Mo=80, N=24 kobiety).

Biorąc pod uwagę stopień skupienia obserwacji wokół wartości średniej arytmetycznej otrzymane wyniki stanowią rozkład asymetryczny (SKE= 1,64; SE=0,14) o asymetrii dodatniej (prawostronnej), wysmukły (K= 6,61; SE=0,27) Oznacza to, że większość badanych kobiet ważyło poniżej średniej w grupie i znaczna część wyników była podobna do siebie, jedynie nieliczne oddalone od średniej. Wyniki dla masy ciała badanych osób przedstawia wykres 19.

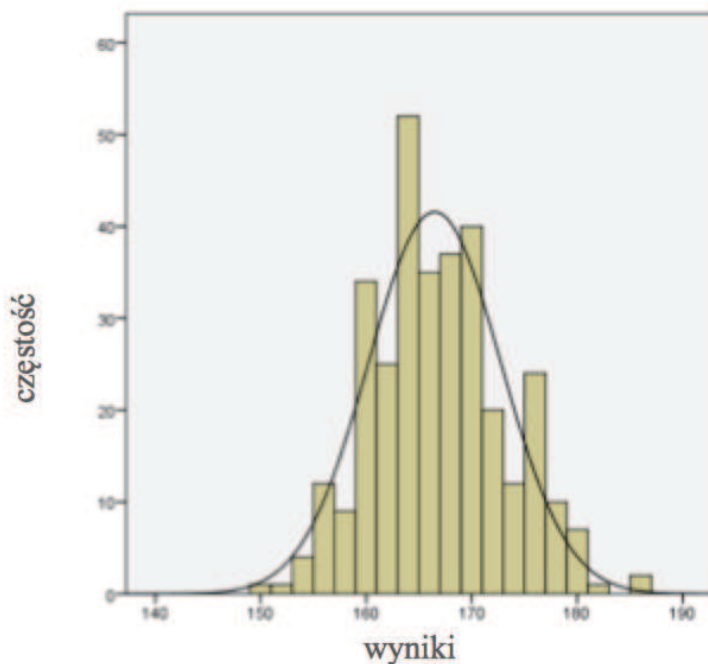


Wykres 19. Rozkład wyników dla masy ciała badanych osób [kg] (N=326).

Badane osoby były wzrostu od 150 cm do 185 cm, średnio wyniosł on 166,49 cm (SD= 6,25, Me= 165,50), najczęściej 164cm (Mo=164, N= 35 kobiet).

W związku z tym, że rozkład wyników dla wzrostu był zbliżony do normalnego (SKE= 0,25; SE=0,14; K= -0,15; SE=0,27) należy wnioskować, że większość badanych była bliska średniego wzrostu dla grupy.

Wyniki dla wzrostu w badanej grupie przedstawia wykres 20.



Wykres 20. Rozkład wyników dla wzrostu badanych osób [cm] (N=326).

W celu określenia prawidłowości masy ciała badanych osób posłużono się współczynnikiem BMI (*Body Mass Index*) obliczonym według następującego wzoru:

$$BMI = \frac{masa}{(wzrost)^2}$$

Uzyskany wynik umożliwia klasyfikację osób dorosłych jako posiadających niedowagę, prawidłową masę ciała, nadwagę lub będących otyłymi. Powyższą kategoryzację przedstawia tabela 8.

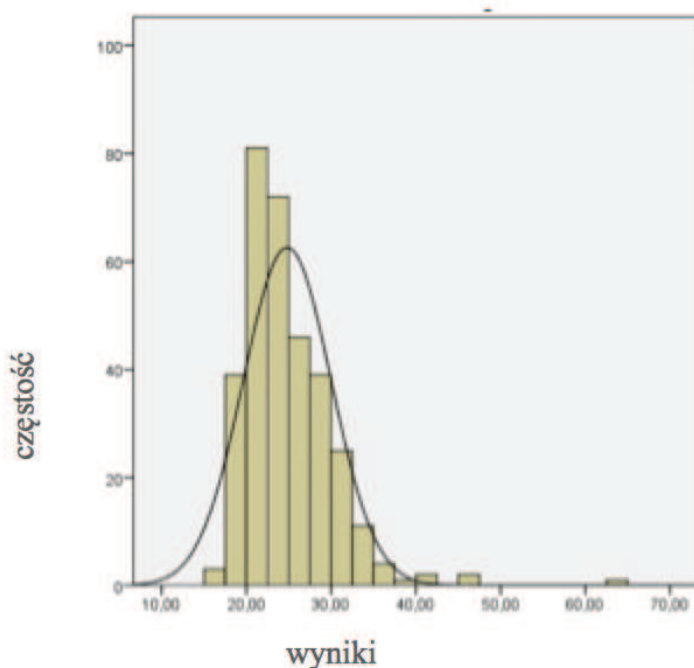
Tabela 8. Klasyfikacja osób dorosłych ze względu na wysokość współczynnika BMI. (źródło: WHO, BMI classification)

BMI	Klasyfikacja
<18,5	niedowaga
18,5-24,99	prawidłowa masa ciała
25,00 – 29,99	nadwaga
≥30,00	otyłość

Biorąc pod uwagę wskaźnik BMI w badanej grupie przeszło połowa (56,13%) to osoby o prawidłowej wadze, 26,07% z nadwagą, a 14,11% otyłe. Niedowagę miało 3,68% badanych.

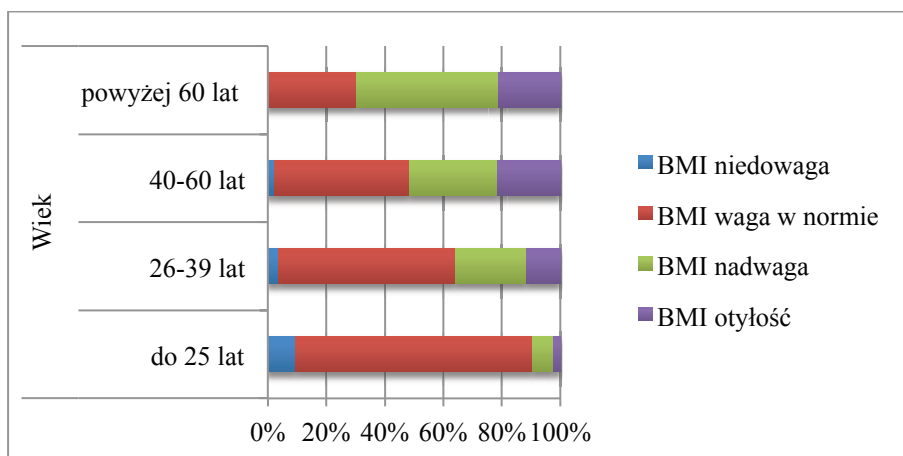
Wartości współczynnika BMI badanych kobiet znajdowały się w przedziale od 17,26 do 62,87, a zatem obejmowały całe spektrum, od niedowagi do otyłości. Zarówno średnia dla grupy ($\bar{x}=24,82$, $SD= 5,19$) jak i przeciętna ($Me= 23,84$) były w normie. Najwięcej badanych kobiet miało BMI równe $Mo=27,68$.

Uzyskane wyniki dla współczynnika BMI tworzą rozkład asymetryczny ($SKE= 2,07$; $SE=0,14$), wysmukły ($K= 9,60$; $SE=0,27$). Wynika z tego, że BMI większości badanych kobiet było poniżej średniej dla grupy. Średnia dla grupy jest bliska dolnego przedziału wskazującego na nadwagę. W związku z tym można założyć, że mimo, iż większość badanych kobiet miało masę ciała w normie to te z nadwagą lub otyłością miały masę ciała znacząco wyższą niż norma. Wysmukłość rozkładu wskazuje również na to, że otrzymane wyniki dla wskaźnika BMI były do siebie zbliżone, a jedynie pojedyncze oddalone znacznie od średniej. Rozkład wyników dla wskaźnika BMI w badanej grupie przedstawia wykres 21.

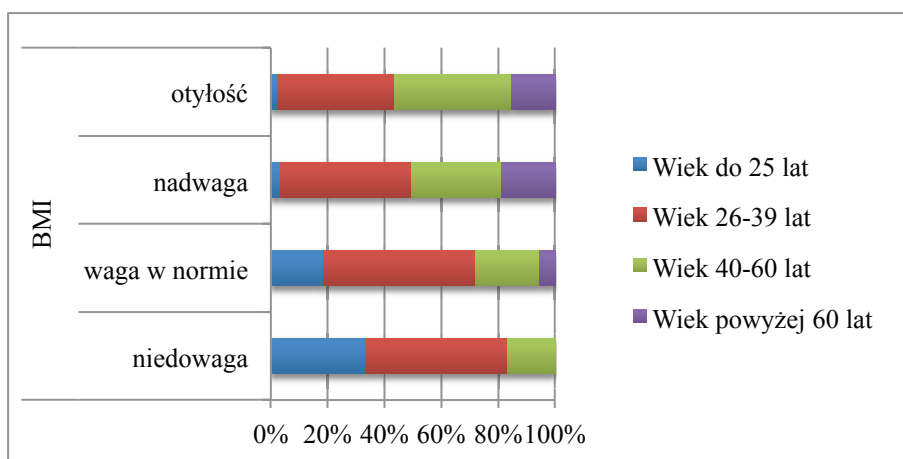


Wykres 21. Rozkład wyników dla BMI badanych kobiet (N=326).

W grupie kobiet w wieku powyżej 60 lat przeważały te z nadwagą (48,5%), w pozostałych przedziałach wiekowych większość badanych miała BMI w normie. Najwięcej kobiet z niedowagą było w wieku 26-39 lat, w grupie powyżej 60 roku życia nie występowała ona wcale. Większość kobiet z otyłością było w przedziale wiekowym między 26 a 60 lat (81,6%). Powyższe struktury przedstawiają wykresy 22 i 23.



Wykres 22. Struktura wskaźnika BMI w zależności od wieku (N=326).



Wykres 23. Struktura wieku w zależności od wskaźnika BMI (N=326).

Kobiety z masą ciała w normie stanowiły przynajmniej połowę zarówno w dużym, średnim i małym mieście oraz na wsi. Otyłość występowała najrzadziej wśród kobiet mieszkających w dużym mieście. Wśród badanych mieszkających na wsi nie było ani jednej kobiety z niedowagą.

Przeszło połowa kobiet ze średnim wykształceniem miała nadwagę lub była otyła, żadna z nich nie miała niedowagi. Prawie połowa mężatek miała nadwagę lub była otyła. Wśród wdów i rozwódek nie występowały kobiety z niedowagą, a najwyższy ich odsetek był wśród panien.

W grupie kobiet pracujących przeważały te z nadwagą i otyłe, mniejszy odsetek stanowiły te z masą ciała w normie lub niedowagą w porównaniu z kobietami niepracującymi.

W grupie osób, które określiły swoją sytuację jako złą większy procent stanowiły kobiety z niedowagą lub otyłością w porównaniu z tymi będącymi w bardzo dobrej, dobrej lub prze-

ciężnej sytuacji materialnej. Im więcej badane miały dzieci tym więcej procentowo w danej grupie było kobiet z nadwagą.

BMI w zależności od czynników socjodemograficznych zostało przedstawione w tabeli 2 w załączniku.

4.2 Zależności między badanymi zmiennymi

Poznanie czynników wpływających na wybory żywieniowe jest niezmiernie ważne w procesie opracowywania efektywnej edukacji prozdrowotnej. Istotne jest to zwłaszcza w sytuacji, w której mimo posiadanej wiedzy w tym zakresie, problem otyłości i zaburzeń odżywiania dotyka coraz większą ilość osób, a stosowane aktualnie techniki mające na celu redukcję masy ciała nie są skuteczne w perspektywie długoterminowej (Jeffrey i in. 2000; WHO 2014).

Przyczyn takiego stanu rzeczy doszukiwać się można w dwóch rodzajach sytuacji. Jednostka może nie mieć wystarczającej wiedzy, aby móc wybrać produkty właściwe z żywieniowego punktu widzenia, czyli prowadzona edukacja prozdrowotna bądź nie dociera do niej lub też jest niezrozumiała, czy też niewystarczająca. Spożywanie niewłaściwych produktów żywnościowych może być też spowodowane tym, że dana osoba mimo posiadanej przynajmniej podstawowej wiedzy pozwalającej stwierdzić, że są one niezdrowe nie stosuje jej w praktyce.

Dążenie do zaspokojenia głodu jest podstawową potrzebą o charakterze wrodzonym, jednak rodzaj wybieranego pożywienia, a także związane z tym motywy postępowania jednostki uzależnione są od wielu czynników. Istnieje szereg modeli systematyzujących determinanty wyboru produktów żywnościowych. Wyróżnia się elementy zewnętrzne, czyli właściwości samego produktu, wpływ środowiska i kultury oraz wewnętrzne, związane z jednostką, takie jak wiek, wykształcenie, sytuacja materialna i zawodowa, stan cywilny, ilość posiadanych dzieci, osobowość, czynniki psychologiczne, przy czym wszystkie one wzajemnie na siebie wpływają (BabicZ-Zielińska 2003; Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk 2009; Jeżewska-Zychowicz 2011; Kotler, Armstrong 2002; Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008; Woś 2003).

Zasadniczo zaobserwować można powtarzalność spożycia określonych artykułów w diecie każdej osoby, o ile nie wystąpią zdarzenia radykalnie wpływające na modyfikację

przyzwyczajień w zakresie żywienia, takie jak na przykład choroba czy zmiana warunków życia.

Wobec powyższego należałoby założyć, że istnieją determinanty stałe, które wpływają na powtarzające się wybory w zakresie żywienia, a których oddziaływanie niezmiernie trudno jest zmodyfikować poprzez edukację prozdrowotną. Dostępność pewnych produktów oraz ukształtowane w dzieciństwie nawyki i postawy w stosunku do żywności nie zmieniają się znacząco w funkcji czasu (Jeżewska-Zychowicz 2011).

Jedną ze stałych na przestrzeni życia determinant, która także wpływa na wybory konsumenckie jest *samoocena*. Sposób, w jaki jednostka postrzega i ocenia siebie, w tym swoje ciało, ma wpływ na podejmowane przez nią działania, ocenianie szans na sukces i porażkę.

Samooocena kształtuje się w najwcześniejszych latach życia jednostki i ulega przeobrażeniom wraz z nabywanym doświadczeniem. Od pewnego wieku, o ile nie nastąpią dramatyczne wydarzenia, jej poziom jest zasadniczo stały.

Stopniowa kumulacja doświadczeń przy jednoczesnym ich porządkowaniu i organizowaniu, powoduje kształtowanie się specyficznego systemu wyobrażeń i pojęć dotyczących samego siebie. W konstrukcie tym wyszczególnić można element poznawczy, odnoszący się do wizji i wiedzy człowieka na temat własnych fizycznych właściwości, cech, zdolności, możliwości oraz element oceniający, powstający w wyniku porównań z wymaganiami zadań bądź z wynikami innych osób. Jest on odpowiedzialny za generowanie stanów afektywnych (Fila-Jankowska 2009; Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008; Taylor, 1995).

Treść pojęcia o sobie samym może zostać podzielona na podgrupy cech fizycznych (obejmujących właściwości budowy i funkcjonowanie organizmu), psychicznych (intelektualnych i emocjonalno-motywacyjnych) oraz społecznych (powstających i przejawiających się w interakcjach społecznych) (Fila-Jankowska 2009; Pervin 2002).

W ramach pojęcia o sobie samym można wyróżnić dwa elementy: „ja realne” i „ja idealne”. „Ja realne” mimo, że ukształtowało się głównie pod wpływem przeszłości dotyczy tego, jaki aktualnie jest podmiot. Natomiast „ja idealne” tworzy z jednej strony element pragnieniowy, zawierający informacje o tym, jaka chciałaby być jednostka, z drugiej zaś składnik postulatywny odnoszący się do tego, jaka powinna być („ja powinnościowe”). Jest swoistym wzorcem moralnym, którego ignorowanie prowadzić może do wyrzutów sumienia i obniżenia poziomu samooceny (Aronson i in., 2012; Turner, Helms 1999). Zrozumiały jest zatem w tym kontekście wpływ „ja idealnego” na ludzkie zachowanie, w tym wybory żywieniowe.

Przyjmuje się, że im większa jest rozbieżność między „ja realnym” a „ja idealnym” tym samoocena jednostki będzie niższa.

Aktualnie w leczeniu otyłości i chorób związanych z nieprawidłowym żywieniem, takich jak anoreksja czy bulimia stosuje się techniki wzmacniające samoocenę oraz weryfikujące często nieadekwatne postrzeganie własnej i idealnej sylwetki. Uzasadnione zatem jest założenie, że wybór produktów żywnościowych, który doprowadził i współtowarzyszy występowaniu powyższych chorób jest uzależniony od poziomu samooceny (Cervera i in. 2003). Dodatkowo, uzmysłowienie sobie, że jest się chorym może powodować jej obniżenie. Zjawisko to występuje zwłaszcza w przypadku problemów z nadwagą, która na ogół jest nieakceptowana społecznie (Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008). Podobnie jak samoocena niezadowolenie z wyglądu własnego ciała wpływa na wybory produktów żywnościowych poprzez traktowanie jedzenia jako strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami lub ograniczanie spożycia w celu osiągnięcia upragnionej sylwetki. W związku z powyższym, aby zrozumieć decyzje jednostki w zakresie żywienia konieczne jest poznanie stojących za nimi motywów. Niewłaściwe czynniki wyboru należy zmodyfikować lub zastąpić właściwymi. Skuteczna edukacja prozdrowotna powinna uwzględniać także elementy socjodemograficzne, gdyż pewne zachowania i motywy z nimi związane, a także negatywne postrzeganie siebie i swojego ciała występują w określonych grupach częściej niż w reszcie populacji.

4.2.1 Zachowania żywieniowe

Samoocena a niewłaściwe zachowania żywieniowe

Badania pokazują, że osoby o niskiej samoocenie częściej odczuwają negatywne stany emocjonalne oraz znacznie gorzej radzą sobie w sytuacjach stresowych (Greenwald, Farnham 2000; Taylor 1995). Zaobserwowano, że wówczas ludzie skłonni są wybierać produkty niezdrowe i bogate w cukier (Canetti i in. 2002; Elsner 2002; Gardner i in. 2014; Ogińska-Bulik 2004). Również jedzenie, jako strategia radzenia sobie w takiej sytuacji jest częściej wybierana przez osoby o niskiej samoocenie (Gearhardt i in., 2012; Ogińska-Bulik 2004). Podobnie sytuacja wygląda w obliczu odczuwania stresu związanego z życiem codziennym. Badania dowodzą, że następuje wówczas spożywanie większej ilości pokarmu nisko cenionego ze względu na wartości odżywcze bądź też dochodzi do utraty apetytu

(Macht 2008; Macht i in. 2005; Pilska, Jeżewska-Zychowicz 2008). Zatem jeżeli niska samoocena powoduje występowanie częściej i intensywniej negatywnych emocji i stresu powinna korelować z niewłaściwym odżywianiem się.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają powyższą zależność. Korelacja w badanej grupie między samooceną a zachowaniami związanymi z niewłaściwym żywieniem wyniosła $r=-0,6$ ($p=0,00$). Rozrzut wyników dla samooceny i zachowań związanych z niewłaściwym żywieniem przedstawia wykres 24.



Wykres 24. Rozrzut wyników dla samooceny i zachowań związanych z niewłaściwym żywieniem.

Uzyskane wyniki w Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem dla badanych osób z bardzo niską samooceną wyniosły średnio $\bar{x}=64,05$; $SD=12,51$, z niską samooceną $\bar{x}=51,21$; $SD=21,08$, z przeciętną $\bar{x}=36,22$; $SD=16,84$, z wysoką $\bar{x}=29,19$; $SD=13,22$, a z bardzo wysoką $\bar{x}=18,97$; $SD=10,44$. Różnice między poszczególnymi poziomami samooceny były istotne statystycznie (tabela 3 w załączniku). Można, zatem założyć, że u badanych osób z bardzo niską samooceną niewłaściwe zachowania żywieniowe mogące prowadzić do otyłości występowały czasami lub często. Natomiast osoby z bardzo wysoką samooceną nigdy lub rzadko zachowywały się w ten sposób.

Wynik ogólny Skali Samooceny w badanej grupie najsilniej korelował z jedzeniem w sytuacji znudzenia, następnie jedzeniem mało w pierwszej połowie dnia, a potem zbyt dużo w drugiej (po południu i wieczorem) oraz podjadaniem w ciągu dnia i wybieraniem jedzenia wysokokalorycznego. Najsłabszy związek otrzymano dla samooceny i jedzenia w

czasie nocy. Korelacje między wynikiem ogólnym Skali Samooceny i poszczególnych pytań Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Korelacja między wynikami poszczególnych pytań Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem a wynikami Skali Samooceny.

Pytanie	r
Jak często jesz, kiedy jesteś znudzona?	-0,51**.
Jak często jesz mało w pierwszej połowie dnia, a potem zbyt dużo w drugiej (po południu i wieczorem)?	-0,49**.
Jak często podjadasz w ciągu dnia?	-0,49**.
Jak często wybierasz jedzenie wysokokaloryczne?	-0,48**.
Jak często jesz na zmianę bardzo dobrze, a potem bardzo źle?	-0,45**.
Jak często jesz dalej, mimo, że czujesz się najedzona lub gdy inni ludzie normalnie czuliby się najedzeni?	-0,44**.
Jak często jesz szybko, bez skupienia się na smaku potrawy?	-0,44**.
Jak często miewasz napady objadania się (jesz duże porcje jedzenia w ciągu dwóch lub mniej godzin i czujesz, że nie masz nad tym kontroli)?	-0,44**.
Jak często unikasz zdrowego jedzenia (takich jak warzywa i owoce)?	-0,44**.
Jak często jesz w czasie wykonywania innych czynności (oglądania telewizji, prowadzenia samochodu, pracy przy komputerze) zamiast skupienia się wyłącznie na jedzeniu?	-0,42**.
Jak często wybierasz tłuste jedzenie?	-0,42**.
Jak często jesz normalne porcje jedzenia, ale czujesz, że nie masz nad tym kontroli?	-0,42**.
Jak często jesz w sposób chaotyczny (brak regularności posiłków)?	-0,42**.
Jak często jesz, kiedy czujesz się źle (smutna, zła, zaniepokojona, zestresowana)?	-0,42**.
Jak często pijesz napoje wysokokaloryczne (alkohol, napoje gazowane, soki lub dodajesz cukier do napojów)?	-0,41**.
Jak często jadasz duże porcje jedzenia?	-0,41**.
Jak często jesz wyłącznie dla przyjemności z jedzenia?	-0,39**.
Jak często jesz w ramach nagrody?	-0,38**.
Jak często jedzenie w ciągu tygodnia znacząco różni się od jedzenia w weekendy?	-0,37**.

Jak często jesz w tajemnicy przed innymi?	-0,37**.
Jak często unikasz jedzenia posiłków przygotowanych w domu (jadasz dania na wynos, w restauracjach)?	-0,37**.
Jak często nie jesz śniadania?	-0,35**.
Jak często nadmiernie unikasz uczucia głodu (jesz natychmiast gdy tylko poczujesz zbliżający się głód albo nawet zanim głód się pojawi)?	-0,34**.
Jak często jesz w nocy?	-0,23**.

***. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).*

Najsilniej z niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi mogącymi prowadzić do otyłości korelowały stwierdzenia: „ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolona” ($r=-0,49$; $p=0,00$), „lubię siebie” ($r=-0,47$; $p=0,00$) oraz „czasami czuję się beзуżyteczna” ($r=-0,45$; $p=0,00$). Najslabszy związek wystąpił z „ogólnie biorąc jestem skłonna sądzić, że nie wiedzie mi się” ($r=-0,28$; $p=0,00$). Korelacje wyników Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem z poszczególnymi stwierdzeniami Skali Samooceny przedstawia tabela 10.

Tabela 10. Korelacje wyników poszczególnych stwierdzeń Skali Samooceny z wynikiem ogólnym Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem.

Stwierdzenie	r
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolona.	-0,49**
Lubię siebie.	-0,47**
Czasami czuję się beзуżyteczna.	-0,45**
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	-0,43**
Chciałabym mieć więcej szacunku dla samej siebie.	-0,42**
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	-0,39**
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	-0,37**
Uważam, że nie mam zbyt wiele powodów, aby być z siebie dumną	-0,35**
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość ludzi.	-0,30**
Ogólnie biorąc jestem skłonna sądzić, że nie wiedzie mi się.	-0,28**

***. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).*

Badania wykazały związek między stwierdzeniem „ogólnie rzecz biorąc jestem z siebie zadowolona” oraz „lubię siebie” a jedzeniem w sytuacji odczuwania znudzenia (odpowiednio $r=-0,46$; $p=0,00$ i $r=-0,45$; $p=0,00$). Zadowolenie z siebie korelowało ujemnie z częstotliwością jedzenia dalej mimo odczucia najedzenia lub gdy inni ludzie normalnie czuliby się najedzeni ($r=-0,43$; $p=0,00$), wybierania jedzenia wysokokalorycznego ($r=-0,41$; $p=0,00$) oraz podjadania w ciągu dnia ($r=-0,39$; $p=0,00$). Lubienie siebie wiązało się z rzadszym unikaniem zdrowego jedzenia, takiego jak warzywa i owoce ($r=-0,4$; $p=0,00$). (tabela 4 w załączniku).

Uzyskane rezultaty są zbliżone do wyników Carillo i współpracowników, które potwierdzają pozytywny wpływ samooceny na spożycie produktów niskotłuszczowych oraz negatywny na wysokokalorycznych (Carillo i in. 2012). Badania Honkala i współpracowników, wykazały związek między spożyciem cukru przez dzieci, a ich samooceną (Honkala i in. 2006).

Spożywanie produktu, o którym jednostka wie, że jest niezdrowy powodować może powstanie tak zwanego dysonansu poznawczego zgodnie z teorią Festingera (Festinger 1957). Jest to uczucie dyskomfortu, powstałe w wyniku rozbieżności między posiadaną wiedzą na dany temat, a myślami lub działaniami, które są z nią sprzeczne. Wiąże się to z poczuciem, że jest się niemądrym lub niemoralnym, co z kolei zagraża samoocenie i w związku z tym pobudza do prób jego zredukowania. Niezgodność między postępowaniem, a posiadaną wiedzą zdaje się wywoływać tym większy dyskomfort emocjonalny, im wyższa jest samoocena jednostki. Innymi słowy, jeżeli jednostka postrzega siebie jako osobę o niskiej wartości, która ponosi porażki, jej zachowanie niezgodne z informacjami na temat zdrowego żywienia nie powinno powodować równie silnego dysonansu poznawczego, jak w przypadku osoby, która cechuje się wysokim poziomem samooceny i postrzega siebie jako osobę mądrą.

Istnieją zasadniczo trzy sposoby redukcji dysonansu poznawczego. Po pierwsze można zmienić zachowanie, tak, aby było zgodne z dysonansowym elementem poznawczym, czyli w tym przypadku zaprzestać spożywania złych z żywieniowego punktu widzenia produktów i zastąpić je właściwymi. Można także próbować uzasadnić swoje zachowanie poprzez zmienienie jednego z elementów poznawczych, aby był mniej sprzeczny z zachowaniem. W omawianym kontekście znaczyłoby to na przykład skupienie się na tym, że nie zawsze spożywanie niewłaściwych produktów powoduje choroby gdyż są osoby, które niezdrowo się odżywiają, nie chorują i żyją długo.

Trzecią metodą redukcji dysonansu poznawczego jest uzasadnienie swojego zachowania poprzez dodanie nowych elementów poznawczych, na przykład spożywanie cukru jest niezdrowe, ale dodaje energii, która jest aktualnie potrzebna.

Osoby o niskim poziomie samooceny, mimo posiadanej wiedzy na temat zdrowego żywienia będą mniej zmotywowane, aby ją zastosować w swoim życiu. Jednostki o wyższej samoocenie jeżeli w dalszym ciągu nie stosują zasad zdrowego żywienia mimo posiadanej wiedzy powinny posługiwać się strategiami polegającymi na zmianie lub dodaniu elementów poznawczych. W związku z tym prowadzona edukacja prozdrowotna powinna uwzględniać odmienne metody funkcjonowania jednostki w zależności od poziomu jej samooceny.

W związku z powyższym spożywanie niewłaściwych z żywieniowego punktu widzenia produktów może zasadniczo wynikać z dwóch sytuacji. Dana osoba nie wie jakie produkty są zdrowe, a jakie nie- bądź też, mimo posiadanej wiedzy jej nie stosuje. W obu przypadkach osoby z niższym poziomem samooceny powinny wybierać częściej produkty o niskiej wartości odżywczej lub niezdrowe. W przypadku, gdy nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat żywienia, wytłumaczenie wyboru niewłaściwych artykułów spożywczych związane byłoby z częściej i silniej odczuwanymi przez tego rodzaju osoby negatywnymi emocjami oraz większym poziomem stresu w zmaganiu się z problemami dnia codziennego. W obu tych sytuacjach najczęściej wybieraną strategią jest jedzenie produktów niezdrowych, głównie bogatych w cukry proste. Niewłaściwy wybór żywności może także dodatkowo obniżać nastrój, a co za tym idzie w dalszej perspektywie czasowej- samoocenę.

Osoby z niskim poziomem samooceny, nawet jeżeli posiadają wiedzę na temat zdrowego żywienia mogą nie odczuwać dostatecznie silnego dysonansu poznawczego między własnym, niezdrowym zachowaniem, a wiedzą na ten temat, który zmusiłby je do podjęcia wysiłku i zmiany swojego postępowania.

Osoby o wyższym poziomie samooceny z kolei rzadziej doświadczają negatywnych stanów emocjonalnych, lepiej radzą sobie w sytuacji stresowej, a w związku z tym nie muszą stosować jedzenia jako strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej. Posiadanie wiedzy odnośnie zdrowego żywienia i uznawanie siebie za osobę mądrą powinno przyczyniać się do częstszego wyboru właściwych produktów, aby zapobiec pojawieniu się dysonansu poznawczego. Istnieje oczywiście możliwość irracjonalnego radzenia sobie z tym zjawiskiem.

Samooceena a niezadowolenie z wyglądu własnego ciała.

W świetle literatury z poziomem samooceny powiązane jest postrzeganie własnej sylwetki, zwłaszcza w kontekście zachowań żywieniowych i chorób dietozależnych. Osoby z tego rodzaju problemami przypisują własnemu wyglądowi większe znaczenie niż pozostała część populacji. Bardzo często zaobserwować można w ich przypadku rozbieżność między postrzeganą a rzeczywistą wielkością własnej sylwetki (Baird i in. 2007; French i in. 1995; Głębocka 2009; Shea, Pritchard 2007; Tiggemann 2005; Trottier i in. 2003; Wardle i in. 2002). Badania Park i Epstain wykazały dwustronną zależność między samooceną i niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała w przypadku dziewcząt i jednostronną u chłopców (Park, Epstain 2013).

W powyższym świetle zaskakująca jest uzyskana korelacja między wynikami Skali Samooceny a Skali Oceny Sylwetki, która była istotna statystycznie, ale słaba ($r=-0,15$; $p=0,002$). Oznacza to, że w badanej grupie nie występuje silny związek między poziomem samooceny a niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała.

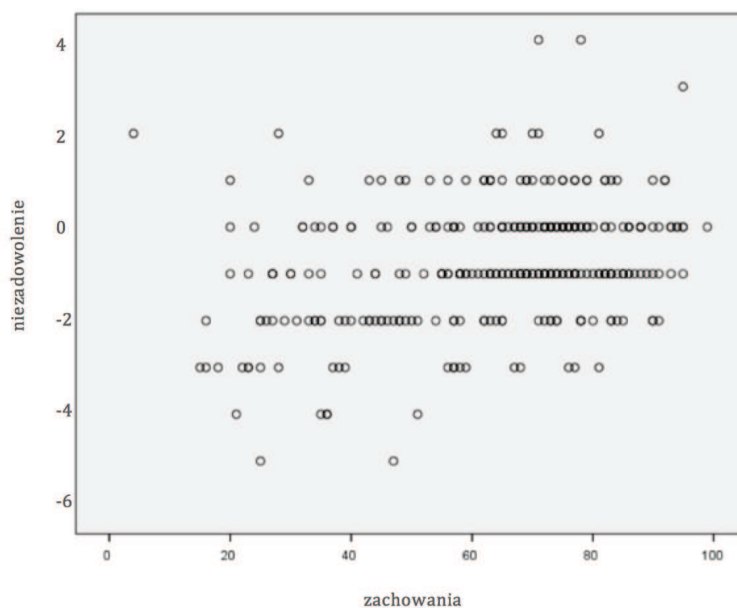
Wynikać może to z faktu, że przyznanie się do bycia osobą otyłą w społeczeństwie, które kultywuje szczupłą sylwetkę może zagrażać samoocenie. Negowanie problemu pełni rolę mechanizmu obronnego, zwłaszcza w przypadku osób, które doświadczyły porażki związanej z ograniczaniem jedzenia, jako strategii mającej prowadzić do utraty masy ciała. Często tego rodzaju zachowania występują na poziomie podświadomym. Potwierdza to fakt, że w badanej grupie wystąpiła zależność między postrzeganiem własnej sylwetki i idealnej ($r=0,5$; $p=0,00$). Większość kobiet uważała za idealną sylwetkę tę wskazującą na masę ciała w normie lub niedowagę, a jedynie ponad połowa twierdziła, że taką posiada. Prawdopodobnie gdyby sylwetki nie były pogrupowane od najszczuplejszej do najtęższej lub w inny sposób nie sugerowały celu badania, a przez to mierzyły ukryte, a nie jawne zadowolenie uzyskane wyniki mogłyby być inne. Umieszczenie Skali Samooceny na początku ankiety również mogło uruchomić mechanizmy obronne i w związku z tym, udzielane odpowiedzi nie były zgodne z rzeczywistością. Bardzo często osoby, których dotyka problem nadwagi lub otyłości twierdzą, że w pełni akceptują swoją sytuację. Dopiero bliższy wywiad pozwala stwierdzić, że wynika to z konieczności poradzenia sobie z porażkami związanymi z próbami utraty masy ciała, a nie z dobrowolną decyzją w tym zakresie. Potwierdzają to badania Bjerggaard i współpracowników (2015), w których osoby otyłe oceniały swoją sylwetkę jako szczuplejszą niż była ona w rzeczywistości.

Niezadowolenie z wyglądu własnego ciała a niewłaściwe zachowania żywieniowe

Niska samoocena połączona z niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała może przyczyniać się do rozwoju otyłości oraz chorób związanych z jedzeniem (Baird i in. 2007; Bjorneliv i in. 2011). Zatem dodatkowe jej obniżenie może utrudniać leczenie, powodować wybór produktów o niskiej wartości odżywczej, a co za tym idzie zwiększenie masy ciała, niezadowolenia z wyglądu własnego ciała i kolejne obniżenie samooceny (Farrow, Tarrant 2009).

Badania Hayes i współpracowników wykazały, że spożycie jedzenia uważanego za niezdrowe negatywnie wpływa na postrzeganie własnego ciała (Hayes i in. 2011). Anton wraz ze współpracownikami dowiódł istnienia negatywnej korelacji między rozbieżnością własna-idealna sylwetka, a konsumpcją owoców i warzyw (Anton i in. 2000). W badaniach Sharmy i współpracowników dziewczynki niezadowolone z wyglądu własnego ciała spożywały więcej jedzenia (Sharma i in. 2013).

Przeprowadzone badania własne potwierdzają związek między niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, a zachowaniami żywieniowymi jednostki. Uzyskana korelacja między wynikami Skali Oceny Sylwetki, a Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem była istotna statystycznie, wyniosła $r=0,32$ ($p=0,00$). Rozrzut wyników dla niezadowolenia z własnej sylwetki i zachowań związanych z niewłaściwym jedzeniem przedstawia wykres 25.



Wykres 25. Rozrzut wyników dla niezadowolenia z wyglądu własnego ciała i zachowań związanych z niewłaściwym żywieniem (N=326).

Postrzeganie własnej sylwetki miało większy związek z niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi niż idealnej (odpowiednio $r=0,34$; $p=0,00$ i $r=0,09$; $p=0,1$) i wiązało się z zachowaniami takimi jak jedzenie w sytuacji złego samopoczucia (smutek, złość, niepokój, stres) ($r=0,33$; $p=0,00$), napady objadania się ($r=0,32$; $p=0,00$), jedzenie w tajemnicy przed innymi ($r=0,32$; $p=0,00$), jedzenie normalnych porcji jedzenia bez poczucia kontroli ($r=0,32$; $p=0,00$).

Skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety a niewłaściwe zachowania żywieniowe

W związku z tym, że ograniczanie jedzenia najczęściej nie tylko nie pomaga w utracie masy ciała, ale może być przyczyną otyłości należałoby uznać tego rodzaju zachowania żywieniowe za niewłaściwe. Dodatkowo niedostarczanie organizmowi wystarczającej ilości niezbędnych składników odżywczych może mieć niebezpieczne skutki dla zdrowia.

Przeprowadzone badania wskazują jednak na brak korelacji między niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi mogącymi prowadzić do otyłości, a skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety ($r=-0,008$; $p=0,88$). Prawdopodobnie wynika to z wybranych narzędzi badawczych, a nie braku występowania powyższej zależności. Niemniej jednak analizując uzyskane wyniki można zauważyć związek między zwracaniem przez kobiety uwagi na to, co spożywają a unikaniem zdrowego jedzenia takiego jak warzywa i owoce ($r=-0,22$; $p=0,00$) oraz nieregularnością posiłków (jedzenia mało w pierwszej połowie dnia, a potem zbyt dużo w drugiej (po południu i wieczorem) ($r=-0,21$; $p=0,00$).

Odmawianie oferowanego jedzenia lub picia w związku z dbaniem o masę ciała wiązało się z tym, że mimo spożywania normalnych porcji badane osoby miały poczucie braku kontroli w tym zakresie ($r=0,21$; $p=0,00$). Wybieranie tłustego jedzenia korelowało negatywnie ze zwracaniem uwagi na to czy dany produkt jest niskokaloryczny ($r=-0,21$; $p=0,00$). Uzyskane wyniki wskazują także na związek między stwierdzeniem „zwracasz uwagę na to, co jesz” a ogólnym wynikiem Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem ($r=-0,17$; $p=0,00$) oraz skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety a podjadaniem w ciągu dnia ($r=-0,15$; $p=0,01$), jedzeniem dużych porcji jedzenia ($r=-0,15$; $p=0,01$), jedzeniem normalnych porcji przy poczuciu braku nad tym kontroli ($r=0,15$; $p=0,01$).

Badane kobiety w wieku powyżej 60 lat najrzadziej wykazywały niewłaściwe zachowania żywieniowe i charakteryzowały się najsilniejszą skłonnością do ograniczania je-

dzenia i stosowania diety. Jednocześnie w tym przedziale wiekowym było najwięcej osób z nadwagą, nie było ani jednej kobiety z niedowagą. Może to zatem świadczyć o większym wpływie ograniczania jedzenia na rozwój otyłości niż niewłaściwych zachowań żywieniowych.

Skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety a samoocena i niezadowolenie z wyglądu własnego ciała

Baird wraz ze współpracownikami wykazał, że rezultatem doświadczania porażek związanych z odchudzaniem się jest zwiększenie niezadowolenia z wyglądu własnego ciała oraz obniżenie samooceny (Baird i in. 2007). Również badania Tazaki i współpracowników potwierdziły związek między samooceną a dążeniem do bycia szczupłym poprzez ograniczanie jedzenia (Tazaki i in. 2007). Brechan i Kvaalem dowiedli bezpośredniego wpływu samooceny i pośredniego sposobu postrzegania własnego ciała na ograniczanie jedzenia (Brechan, Kvaalem 2015). Badania Liebman i współpracowników wykazały, że kobiety, które unikają pożywienia wysokotłuszczowego w celu redukcji masy ciała cechują się niższą samooceną (Liebman i in. 2001).

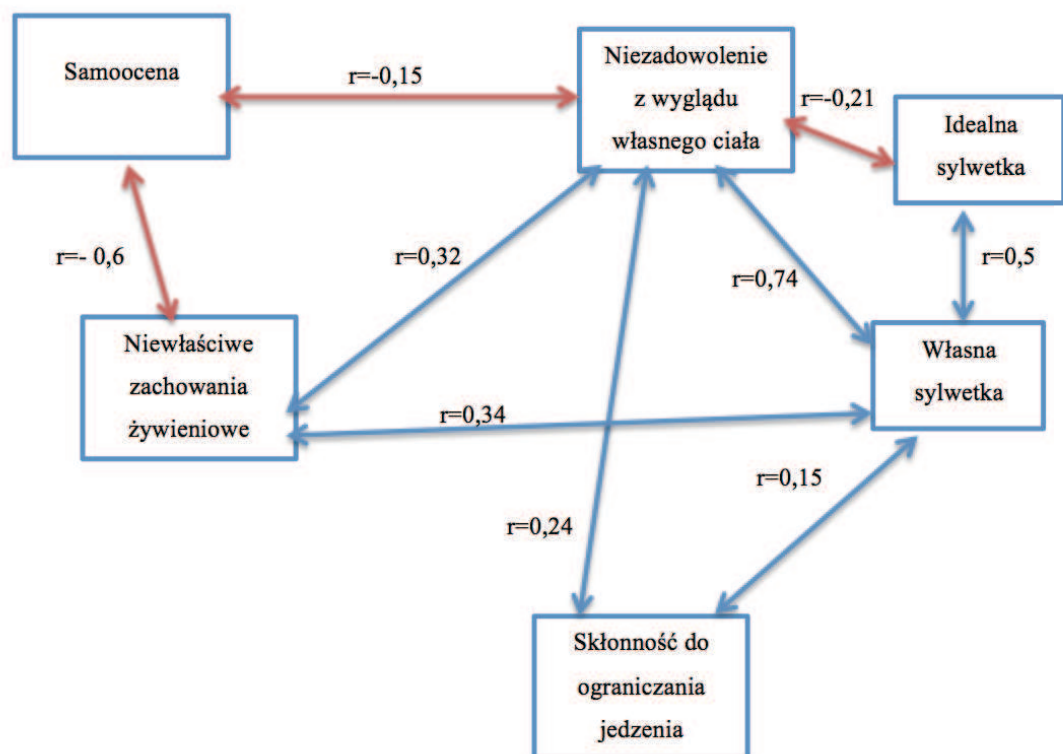
Przeprowadzone badania potwierdzają związek między skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety a niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała ($r=0,24$; $p=0,00$). Silniejsza była przy tym korelacja z postrzeganą własną niż idealną sylwetką (odpowiednio $r=0,15$; $p=0,01$ i $r=-0,09$; $p=0,1$). Ze Skalą Oceny Sylwetki w największym stopniu związane były wyniki pytania: „jak często próbujesz nie jeść między posiłkami aby nie utyć?” ($r=0,24$; $p=0,00$).

Badania własne nie wykazały jednak istotnej korelacji między poziomem samooceny a skłonnością do ograniczania jedzenia ($r=0,09$; $p=0,87$).

Brak silniejszego związku między tymi wynikami wiązać może się z faktem, że stwierdzenia Skali Ograniczonego Spożycia w sposób bezpośredni dotyczą tego rodzaju zachowania. W związku z tym, że ograniczanie jedzenia wiąże się z doświadczaniem porażek, a przyznanie się do stosowania tego rodzaju technik świadczy o nieakceptowaniu wyglądu własnego ciała osoby badane, które w ten sposób postępują nie chcą się do tego przyznać. Założenie powyższe potwierdza uzyskany związek między Skalą Samooceny a mniej bezpośrednimi stwierdzeniami Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Żywieniem, które dotyczą ograniczania jedzenia (nieregularność posiłków (jedzenia zbyt mało do południa, a następnie zbyt dużo w drugiej połowie dnia) oraz podjadanie i wybieranie produktów

wysokokalorycznych). W wyniku przyjmowania niewystarczającej ilości pożywienia jednostka doświadcza zwiększającego się w ciągu dnia uczucia głodu. Jedną ze strategii radzenia sobie w tej sytuacji jest częste przyjmowanie niewielkich porcji jedzenia, często wysokokalorycznego. Ostatecznie uczucie jest na tyle silne, że dalsze ograniczanie jedzenia staje się niemożliwe i dochodzi do konsumpcji znacznej ilości jedzenia w drugiej połowie dnia, najczęściej wieczorem. W wyniku tego pojawia się poczucie winy, nieskuteczności własnych działań, co w rezultacie może prowadzić do obniżenia samooceny.

Przeprowadzone badania potwierdzają, zatem związek między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi mogącymi prowadzić do otyłości i skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety. Otrzymane zależności przedstawia rycina 1.



Ryc. 1. Zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi mogącymi prowadzić do otyłości oraz skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety.

4.2.2 Motywy wpływające na wybór żywności

Skuteczna zmiana niewłaściwych zachowań żywieniowych wymaga znalezienia motywów z nimi związanych i zasugerowania jednostce alternatywnego postępowania. Z przeprowadzonych badań wynika, że przy wyborze żywności kobiety przywiązują największą wagę do tego, aby była smaczna, miała dobry wpływ na zdrowie, zawierała składniki naturalne oraz dużo witamin i składników mineralnych. Najmniej istotne jest to czy pochodzi ona z krajów popieranym politycznie przez daną osobę. Podobne wyniki uzyskał Markovina wraz ze współpracownikami- cena była najbardziej istotna w Hiszpanii, Grecji, Irlandii, Portugalii i Holandii, wygląd w Norwegii, Niemczech i Wielkiej Brytanii, skład w Polsce (Markovina i in. 2015).

Samoocena a motywy wpływające na wybór żywności.

W świetle przeprowadzonych badań samoocena najsilniej związana była z kategoriami Nastrój, Znajomość i Cena. Uzyskane zależności przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynn timerów Wpływających na Wybór Żywności i Skali Samooceny.

Elementy Skali Czynn timerów Wpływających na Wybór Żywności	r	p
Zdrowie	0,13*	0,02
Nastrój	-0,18**	0,00
Wygoda	-0,10	0,06
Wygląd	0,03	0,65
Skład	0,12*	0,03
Cena	-0,17**	0,00
Kontrola Masy Ciała	0,01	0,91
Znajomość	-0,17**	0,00
Kwestie Etyczne	0,02	0,71

*. Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

**.. Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Stwierdzenie „uwazam, że nie mam zbyt wiele powodów aby być z siebie dumną” wiązało się ze zwracaniem uwagi przy wyborze jedzenia na to czy pomaga ono radzić sobie z problemami dnia codziennego i jest tanie (odpowiednio $r=-0,28$; $p=0,00$ i $r=-0,21$; $p=0,00$)

oraz czy wpływa na nastrój ($r=-0,23$; $p=0,00$), jaka jest jego cena ($r=-0,2$; $p=0,00$) i czy jest znane jednostce ($r=-0,22$; $p=0,00$).

Brak szacunku do siebie łączył się z ważnością tego czy dany produkt żywnościowy był tym, co zwykle dana osoba jada ($r=-0,23$; $p=0,00$), czy pomagał radzić sobie z problemami dnia codziennego ($r=-0,27$; $p=0,00$) oraz czy był tani ($r=-0,22$; $p=0,00$). Nastrój i Cena jako czynniki wyboru były wówczas także istotne (odpowiednio $r=-0,25$; $p=0,00$ oraz $r=-0,2$; $p=0,00$).

Jeżeli badane kobiety uważały, że nie wiedzie im się, to przy wyborze żywności zwracały uwagę czy spożywanie danego produktu pomaga im radzić sobie z problemami dnia codziennego ($r=-0,23$; $p=0,00$).

Nie uzyskano istotnej statystycznie korelacji między wynikami Skali Samooceny a wynikiem ogólnym Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności ($r=-0,05$; $p=0,39$).

Niezadowolenie z wyglądu własnego ciała a motywy wpływające na wybór żywności

W przypadku niezadowolenia z wyglądu własnego ciała, Kontrola masy ciała była najważniejszym czynnikiem wyboru. Wykazano również istotny statystycznie związek z Wygodą użycia. Uzyskane korelacje przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i Skali Oceny Sylwetki.

Elementy Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności	r	p
Zdrowie	0,07	0,90
Nastrój	0,04	0,94
Wygoda	0,12	0,03
Wygląd	0,05	0,92
Skład	0,08	0,17
Cena	0,04	0,49
Kontrola Masy Ciała	0,17*	0,02
Znajomość	0,02	0,69
Kwestie Etyczne	0,08	0,88

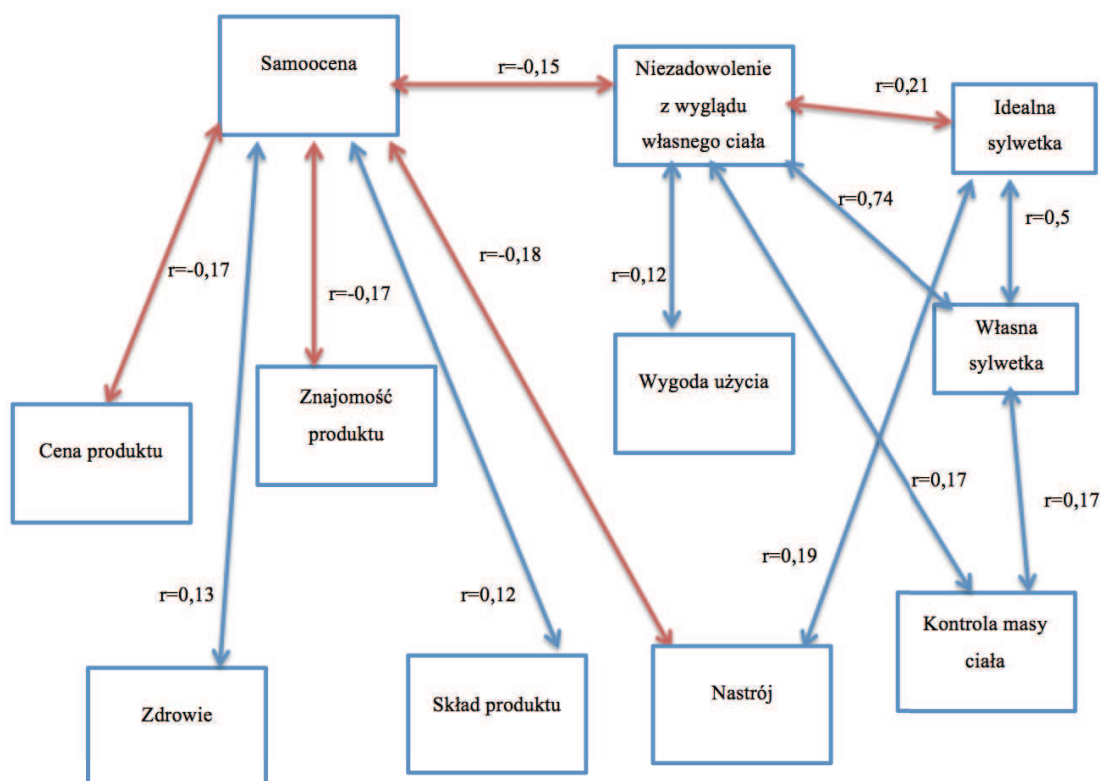
*. Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

Wielkość sylwetki uznanej za idealną wiązała się w badanej grupie z czynnikami dotyczącymi nastroju ($r=0,19$; $p=0,00$), zwłaszcza z właściwościami relaksującymi jedzenia ($r=0,19$; $p=0,00$). Wyniki dotyczące postrzegania własnego ciała najsilniej korelowały z

Kontrolą masy ciała jako motywem wpływającym na wybór żywności ($r=0,14$; $p=0,01$) oraz z niską kalorycznością jedzenia ($r=0,16$; $p=0,0$). Ostatni czynnik był też najważniejszy w przypadku niezadowolenia z wyglądu własnego ciała ($r=0,2$; $p=0,00$).

Nie uzyskano istotnej statystycznie korelacji między wynikami ogólnymi obu Skal ($r=0,07$; $p=0,21$).

Przeprowadzone badania potwierdzają związek między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz motywami wpływającymi na wybór żywności. Otrzymane zależności przedstawia rycina 2.



Ryc. 2. Zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz motywami wpływającymi na wybór żywności.

Skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety a motywy wpływające na wybór żywności.

Biorąc pod uwagę poszczególne kategorie Skali Czynniki Wpływających na Wybór Żywności najsilniejszy związek uzyskano między skłonnością do ograniczania jedzenia

i stosowania diety a Kontrolą Masy Ciała ($r=0,58$; $p=0,00$). Korelacje między wynikiem ogólnym kategorii Kontrola Masy Ciała a poszczególnymi pozycjami Skali Ograniczonego Spożycia były powyżej $r=0,4$ z wyjątkiem stwierdzenia „jeśli utyjesz będziesz jadła mniej niż normalnie” ($r=0,24$; $p=0,00$) oraz „zwracasz uwagę na to, co jesz” ($r=0,32$; $p=0,00$). Najsilniejszy związek uzyskano dla stwierdzenia „specjalnie dobierasz produkty niskokaloryczne” ($r=0,62$; $p=0,00$). Korelacje między wynikami kategorii Kontrola Masy Ciała i Skali Ograniczonego Spożycia zostały przedstawione w tabeli 5 w załączniku.

Nieco słabsze związki wystąpiły między skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowaniem diety, a czynnikami wpływającymi na wybór żywności dotyczącymi zdrowia ($r=0,29$; $p=0,00$), składu produktu ($r=0,27$; $p=0,00$) oraz kwestii etycznych z nim związanych ($r=0,18$; $p=0,00$). Zależności między motywami wpływającymi na wybór żywności a wynikami Skali Ograniczonego Spożycia przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i Skali Ograniczonego Spożycia.

Elementy Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności	r	p
Zdrowie	,029**	0,00
Nastrój	0,01	0,83
Wygoda	0,03	0,65
Wygląd	-0,05	0,40
Skład	0,27**	0,00
Cena	0,10	0,09
Kontrola Masy Ciała	0,58**	0,00
Znajomość	-0,02	0,70
Kwestie Etyczne	0,18**	0,00

***. Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).*

Wyniki ogólne obu skal były słabo ze sobą skorelowane ($r=0,22$; $p=0,00$). W przypadku Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności najsilniejsza współzależność wystąpiła ze stwierdzeniem „specjalnie dobierasz produkty niskokaloryczne” Skali Ograniczonego Spożycia $r=0,33$ ($p=0,00$). Natomiast ogólne wyniki Skali Ograniczonego Spożycia korelowały pozytywnie z czynnikami wyboru dotyczącymi niskokaloryczności produktu żywnościowego ($r=0,54$; $p=0,00$) oraz jego wpływu na kontrolę masy ciała ($r=0,53$; $p=0,00$).

Niewłaściwe zachowania żywieniowe a motywy wpływające na wybór żywności.

Przeprowadzone badania wykazały brak korelacji między wynikami ogólnymi Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem i Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności ($r=0,02$; $p=0,68$).

Badania dowiodły jednak istnienie związku między przypisywaniem wagi do tego aby jedzenie nie było drogie i dostępne w pobliskich sklepach oraz częstotliwością niewłaściwych zachowań żywieniowych ($r=0,2$; $p=0,00$). Brak regularności posiłków wiązał się z przypisywaniem wagi temu jak jedzenie wpływa na zdrowie ($r=-0,25$; $p=0,00$), a zwłaszcza jego wartościom odżywczym ($r=-0,26$; $p=0,00$) oraz składem danego produktu ($r=-0,24$; $p=0,00$), a w szczególności zawartością składników naturalnych ($r=-0,24$; $p=0,00$).

Związek między elementami Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności a Skalą Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem był słaby, co przedstawia tabela 14.

Tabela 14. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem.

Elementy Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności	r	p
Zdrowie	-0,15**	0,01
Nastrój	0,16**	0,00
Wygoda	0,14*	0,01
Wygląd	0,00	0,98
Skład	-0,17**	0,00
Cena	0,16**	0,03
Kontrola Masy Ciała	-0,05	0,36
Znajomość	0,11*	0,05
Kwestie Etyczne	-0,06	0,33

*. Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

** .Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

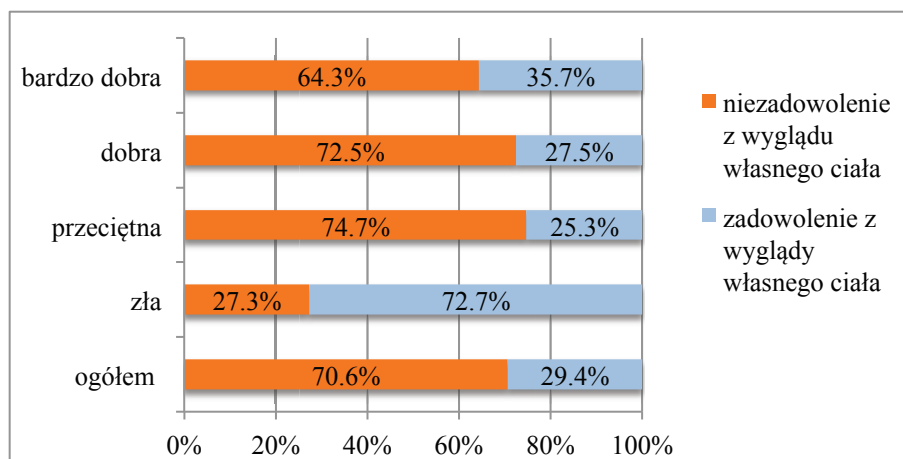
4.2.3 Czynniki socjodemograficzne

Na kształtowanie się samooceny oraz zadowolenia z wyglądu własnego ciała w sposób istotny oddziałuje środowisko, w którym funkcjonuje jednostka. Miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, zawodowa, stan cywilny czy ilość posiadanych dzieci, a także wiek, wykształcenie mogą wiązać się ze zmianami w tym zakresie (Demo 1992; Franken 2005; Lachowicz-Tabaczek 2000; Ogińska-Bulik 2004; Schafer, Keith 1999; Turner, Helms 1999).

Czynniki socjodemograficzne a samoocena i niezadowolenie z wyglądu własnego ciała

Uzyskane wyniki wskazują na związek sytuacji materialnej z poziomem samooceny. Kobiety uznające ją za przeciętną uzyskały średni wynik w skali samooceny niższy o 2,6 (SE=0,85) w stosunku do kobiet w bardzo dobrej sytuacji materialnej i o 2,2 (SE=0,58) niższy od tych w dobrej sytuacji.

Podobna zależność została uzyskana dla Skali Oceny Sylwetki. Wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, sytuacja zawodowa, stan cywilny ani ilość posiadanych dzieci nie miały wpływu na zadowolenie z wyglądu własnego ciała. Zależność ta wystąpiła jednak w przypadku sytuacji materialnej, podobnie jak w badaniach Hollis (Hollis 2000). Im lepszy status finansowy kobiet tym chciały być one szczuplejsze (średnie wyniki dla sytuacji materialnej: bardzo dobra $\bar{x}=0,93$; SD=1,46; dobra: $\bar{x}=0,75$; SD=1,28; przeciętna: $\bar{x}=0,82$; SD=1,3). Przyjmując, że zadowolenie z wyglądu własnego ciała oznacza, że taka sama wielkość sylwetki jest uznana za idealną i własną, czyli wynik uzyskany w Skali Oceny Sylwetki wynosi zero, zaobserwowano, że w grupie kobiet, które oceniły swoją sytuację materialną jako złą większość badanych była zadowolona z wielkości swojej sylwetki ($\bar{x}=-0,36$; SD=0,67). Strukturę badanych kobiet pod tym względem przedstawia wykres 26.



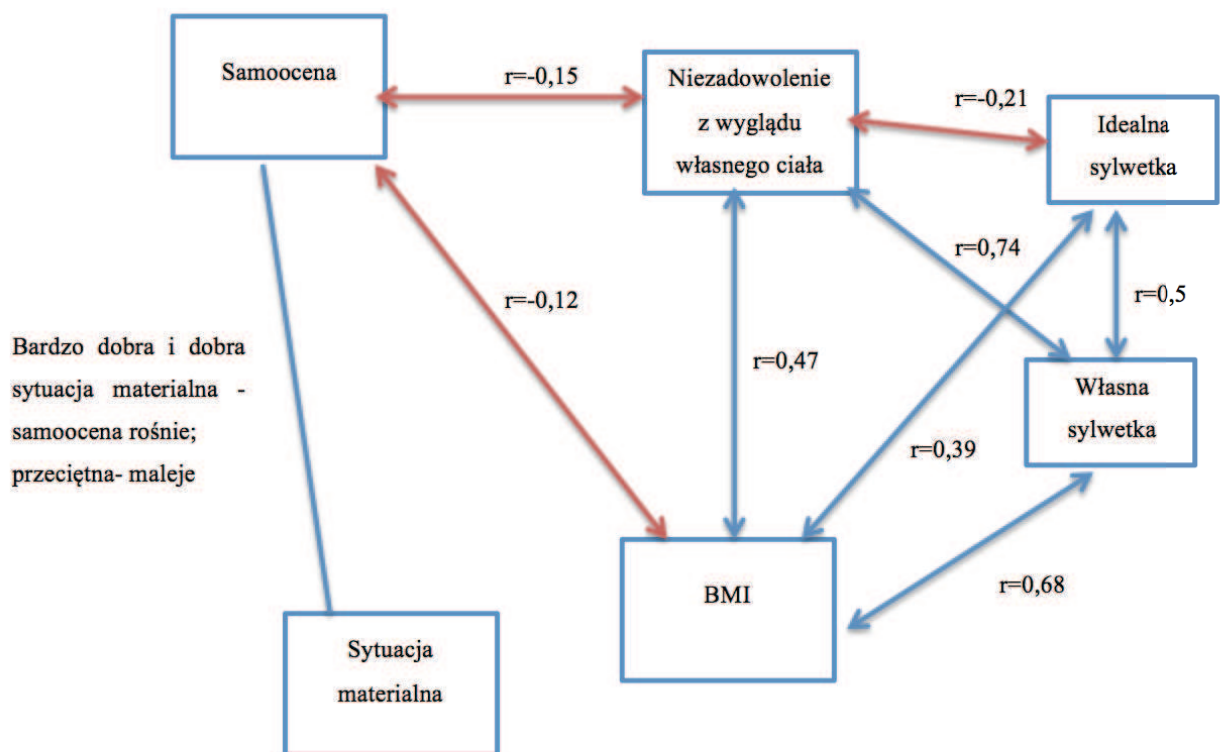
Wykres 26. Struktura badanych kobiet pod względem zadowolenia z wyglądu własnego ciała w zależności od ich sytuacji materialnej (N=326).

W świetle przeprowadzonych badań z poziomem samooceny i niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała wiązała się wysokość wskaźnika BMI.

Korelacja ze Skalą Samooceny wyniosła $r=-0,12$; $p=0,03$, z własną sylwetką: $r=0,68$; $p=0,00$, idealną: $r=0,39$; $p=0,00$, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała: $r=0,47$; $p=0,00$.

Badania Shloim i współpracowników również potwierdzają związek między wskaźnikiem BMI, a poziomem samooceny, zachowaniami żywieniowymi i niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała (Shloim i in. 2014). Podobne wyniki uzyskał Silva wraz ze współpracownikami. Bardziej niezadowolone z wyglądu własnego ciała były starsze kobiety, z wyższym wskaźnikiem BMI, będące w związku (Silva i in. 2011).

Otrzymane wyniki dla zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała i czynnikami socjodemograficznymi przedstawia rycina 3.



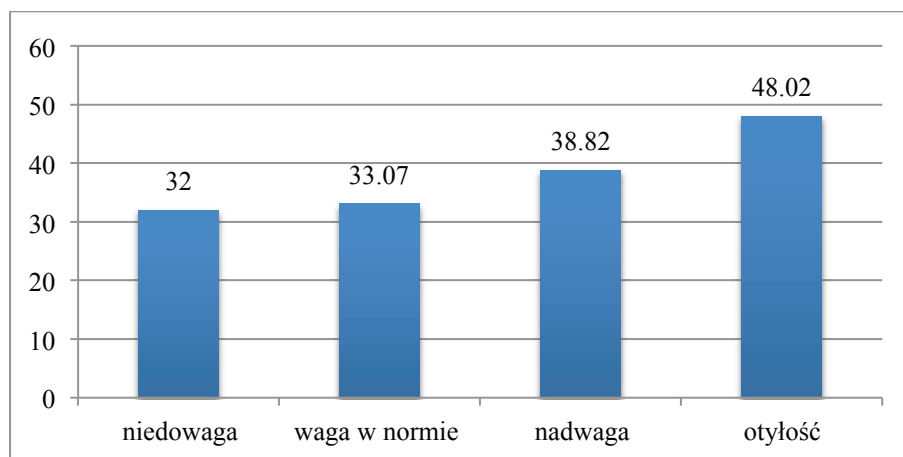
Ryc. 3. Zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz czynnikami socjodemograficznymi.

Czynniki socjodemograficzne a niewłaściwe zachowania żywieniowe

Wiek różnicował badane kobiety pod względem częstotliwości występowania niewłaściwych zachowań żywieniowych mogących prowadzić do otyłości. Najwyższe wyniki

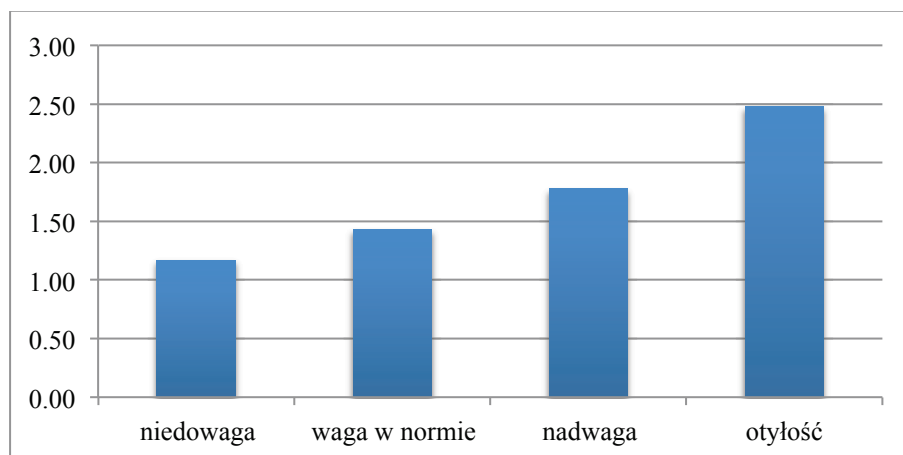
uzyskały osoby w wieku 40-60 lat ($\bar{x}= 40,84$; $SD= 22,74$), najniższe powyżej 60 lat ($\bar{x}= 27,58$; $SD=21,42$). Różnica między średnimi w tych dwóch grupach wyniosła 13,27 ($SE=3,93$) i była statystycznie istotna. Osoby pracujące częściej odżywiały się w sposób nieprawidłowy niż niepracujące (odpowiednio $\bar{x}=37,83$; $SD=19,17$ i $\bar{x}=32,72$; $SD=20,37$).

Z przeprowadzonych badań wynika, że otyłość jest związana z niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi. Kobiety, których BMI wskazywało na otyłość uzyskały wyższy wynik w Skali Zachowań związanych z Niewłaściwym Jedzeniem w porównaniu z pozostałymi badanymi co zostało przedstawione na wykresie 27.



Wykres 27. Średnie wyniki dla Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem w zależności od wielkości wskaźnika BMI (N=326).

Badania własne wykazały także, że kobiety z BMI wskazującym na otyłość częściej jadły w sytuacji złego samopoczucia (smutek, złość, niepokój, stres), co zostało przedstawione na wykresie 28.



Wykres 28. Średnie wyniki dla pytania „jak często jesz, kiedy czujesz się źle (smutna, zła, zaniepokojona, zestresowana) w zależności od wielkości wskaźnika BMI (N=326).

Czynniki socjodemograficzne a skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety

Skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety związana była z wiekiem kobiet, wielkością ich BMI oraz ważnością kontroli masy ciała jako czynnika wyboru jedzenia.

Osoby powyżej 60 roku życia w porównaniu do pozostałych grup wiekowych w większym stopniu wykazują tendencję do tego rodzaju zachowań (tabela 6 w załączniku). Badania Shunk i Birch (2004) wykazały, że już w przypadku dziewczynek w wieku 5-9 lat istnieje dodatnia korelacja między wielkością wskaźnika BMI a ograniczaniem jedzenia. W badaniach własnych osoby z BMI wskazującym na niedowagę miały statystycznie niższe wyniki w Skali Ograniczonego Spożycia w porównaniu do osób, których BMI świadczyło o nadwadze lub otyłości (średnie odpowiednio mniejsze o 8 (SD=2,28) i 7,23 (SD=2,40) punktów). Potwierdza to nieskuteczność ograniczania jedzenia, jako metody stosowanej w celu utraty masy ciała. Badania Strien nie wykazały jednak powyższej zależności (Strien 1986).

Czynniki socjodemograficzne a motywy wpływające na wybór żywności

Uzyskane wyniki wskazują, że znaczenie poszczególnych motywów wpływających na wybór żywności związanych z jedzeniem, jak i od niego niezależnych jest różne w zależności od czynników socjodemograficznych.

Badane kobiety w wieku powyżej 60 lat przypisywały czynnikom zdrowotnym większą wagę ($\bar{x}=13,24$; SD=3,05) niż te z pozostałych grup wiekowych. Podobne wyniki uzyskała Chambers wraz ze współpracownikami (Chambers i in. 2008). Zdrowie miało najmniejsze znaczenie dla kobiet w wieku do 25 lat ($\bar{x}=10,64$; SD=3,91). Różnica w wynikach między obiema grupami była istotna statystycznie i wyniosła 2,6 (SE=0,86).

Wśród badanych grup wiekowych Nastrój jako czynnik wyboru był najważniejszy dla kobiet powyżej 60 roku życia ($\bar{x}=10,33$; SD=3,49), najmniej istotny dla tych pomiędzy 26 a 39 rokiem życia ($\bar{x}=8,68$; SD=3,75).

Istotna statystycznie była różnica ważności tego, w jaki sposób jedzenie wpływa na nastrój jako czynnika wyboru w zależności od wykształcenia. Kobiety ze średnim wykształceniem przywiązywały do tego największą wagę, średni wynik w tej grupie wyniósł $\bar{x}=10,01$; SD=4,21. Najmniej istotny nastrój był dla badanych z wykształceniem podstawowym ($\bar{x}=7,76$; SD=3,7). Różnica średnich między tymi grupami była istotna statystycznie i wyniosła 2,25 (SE=0,94).

Nastrój jako czynnik wyboru miał też największe znaczenie dla kobiet rozwiedzionych ($\bar{x}=10,88$; $SD=3,55$), najmniejsze dla tych pozostających w związkach nieformalnych ($\bar{x}=7,84$; $SD=3,55$). Różnica powyższych wyników była istotna statystycznie i wyniosła 3,04; ($SE=0,95$). Im wyższy wskaźnik BMI tym nastrój, jako czynnik wyboru był ważniejszy. Różnica była zwłaszcza istotna między kobietami z otyłością, a tymi z masą ciała w normie lub nadwagą (różnica odpowiednio 2,1 ($SD=0,63$) i 2,04 ($SD=0,7$)).

Czynniki socjodemograficzne nie miały związku z wygodą użycia ani z wyglądem.

Uzyskane wyniki wskazały, że przywiązywanie wagi do składu produktów żywnościowych zależy od wieku badanych. Im starsza była grupa wiekowa, tym był on ważniejszy. Średnie wyniki ważności składu produktów jako czynnika wyboru w zależności od wieku przedstawia tabela 15.

Tabela 15. Średnie wyniki ważności składu produktu jako czynnika wyboru w poszczególnych grupach wiekowych.

Przedział wiekowy	Ilość osób	\bar{x}	s
do 25 lat	42	5,26	2,03
26-39 lat	162	6,46	2,18
40-60	89	6,93	1,86
powyżej 60	33	7,18	2,00
Ogółem	326	6,51	2,12

W świetle przeprowadzonych badań cena artykułu żywnościowego jest tym mniej istotna przy wyborze im lepsza sytuacja materialna. Podobne wnioski wyciągają inni autorzy (Flaczyk, Korczak 2002; Kowalczyk 2007). Przeprowadzone badania własne wykazały, że statystycznie istotna była różnica średnich wyników między kobietami określającymi swoją sytuację jako bardzo dobrą, a tymi uważającymi ją za przeciętną lub złą. Wyniosła ona odpowiednio 1,17; $SD=0,34$ i 2,01; $SD=0,61$. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 16.

Tabela 16. Średnie wyniki ważności ceny produktu jako czynnika wyboru w zależności od sytuacji materialnej.

Sytuacja materialna	Ilość osób	\bar{x}	s
Bardzo dobra	42	4,26	1,62
Dobra	178	4,96	1,86
Przeciętna	95	5,43	1,73
Zła	11	6,27	2,20
Ogółem	326	5,05	1,85

Przypisywanie wagi cenie przy wyborze produktu było uzależnione także od stanu cywilnego. Najmniej ważna była ona dla mężatek ($\bar{x}=4,81$; $SD=1,82$), najbardziej dla rozwódek ($\bar{x}=6$; $SD=1,54$).

Znaczenie tego, w jaki sposób żywność pozwala kontrolować masę ciała zależało od wieku osób badanych i ich sytuacji zawodowej. Najistotniejsze było to dla kobiet powyżej 60 roku życia ($\bar{x}=6,18$; $SD=2,01$) niepracujących ($\bar{x}=5,2$; $SD=2,23$) w porównaniu z pracującymi ($\bar{x}=4,65$; $SD=2,01$) i pozostałymi grupami wiekowymi, co przedstawia tabela 17.

Tabela 17. Średnie wyniki ważności kontroli masy ciała jako czynnika wyboru w zależności od wieku.

Przedział wiekowy	Ilość osób	\bar{x}	s
do 25 lat	42	4,36	2,06
26-39 lat	162	4,51	2,09
40-60	89	4,94	2,08
powyżej 60	33	6,18	2,01
Ogółem	326	4,78	2,13

Wiek i sytuacja zawodowa wpływały również na ważność znajomości produktu jako czynnika wyboru żywności. Dla osób pracujących był on ważniejszy przy wyborze niż dla niepracujących (odpowiednio $\bar{x}=3,57$; $SD=2,12$ i $\bar{x}=4,49$; $SD=2,15$). Osoby w wieku 26-39 lat w znacznie mniejszym stopniu przywiązywały wagę do tego czy dany produkt jest im znany ($\bar{x}=3,4$; $SD=2,18$). Różnica ta była zwłaszcza istotna w porównaniu z kobietami w wieku 40-60 lat oraz powyżej 60 lat. Średnie wyniki dla kategorii Znajomość produktu w zależności od wieku przedstawia tabela 18.

Tabela 18. Średnie wyniki ważności znajomości produktu jako czynnika wyboru w zależności od wieku.

Przedział wiekowy	Ilość osób	\bar{x}	s
do 25 lat	42	3,57	1,81
26-39 lat	162	3,40	2,18
40-60	89	4,21	2,11
powyżej 60	33	4,82	2,14
Ogółem	326	3,79	2,16

Ważność znajomości produktu zależała także od miejsca zamieszkania. Najmniej istotna była dla kobiet mieszkających w dużym mieście ($\bar{x}=3,58$; $SD=2,03$), najbardziej dla

tych z małych miast ($\bar{x}=4,74$; $SD=2,12$). Zależność między miejscem zamieszkania a ważnością znajomości jako czynnika wyboru przedstawia Tabela 19.

Tabela 19. Średnie wyniki ważności znajomości produktu jako czynnika wyboru w zależności od miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Ilość osób	\bar{x}	s
Duże miasto	169	3,58	2,03
Średnie miasto	107	3,83	2,33
Małe miasto	34	4,74	2,12
Wieś	16	3,63	2,13
Ogółem	326	3,79	2,16

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że także im gorsza sytuacja materialna tym znajomość produktu odgrywała większą rolę. Różnica średnich wyników była istotna statystycznie między kobietami będącymi w bardzo dobrej sytuacji materialnej, a tymi z pozostałych grup. Wyniki przedstawia tabela 20.

Tabela 20. Średnie wyniki ważności znajomości produktu jako czynnika wyboru w zależności od sytuacji materialnej.

Sytuacja materialna	Ilość osób	\bar{x}	s
Bardzo dobra	42	2,69	1,75
Dobra	178	3,80	2,16
Przeciętna	95	4,08	2,14
Zła	11	5,09	2,55
Ogółem	326	3,79	2,16

Poziom wykształcenia był również związany z przywiązywaną wagą do znajomości żywności przy jej wyborze. Istotna różnica była w przypadku kobiet z wyższym i średnim wykształceniem (odpowiednio $\bar{x}= 3,55$; $SD=2,12$ i $\bar{x}= 4,48$; $SD=2,15$).

Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że kwestie etyczne związane z wybieraną żywnością były tym ważniejsze im starsza grupa wiekowa badanych kobiet. Różnice te były istotne statystycznie z wyjątkiem kobiet w wieku 26-39 i 40-60 lat. Powyższe wyniki znajdują się w tabeli 21.

Tabela 21. Średnie wyniki ważności kwestii etycznych jako czynnika wyboru w zależności od wieku.

Przedział wiekowy	Ilość osób	\bar{x}	s
do 25 lat	42	2,07	1,85
26-39 lat	162	3,15	2,09
40-60	89	3,47	1,92
powyżej 60	33	5,09	2,20
Ogółem	326	3,30	2,15

Stopień w jakim badane osoby zwracały uwagę na kwestie etyczne przy wyborze produktów żywnościowych zależał także od ich statusu finansowego. Istotna była zwłaszcza różnica między osobami określającymi swoją sytuację materialną jako złą, a tymi w sytuacji dobrej lub przeciętnej, co przedstawia tabela 22.

Tabela 22. Średnie wyniki ważności kwestii etycznych jako czynnika wyboru w zależności od sytuacji materialnej.

Sytuacja materialna	Ilość osób	\bar{x}	s
Bardzo dobra	42	3,52	2,14
Dobra	178	3,26	2,10
Przeciętna	95	3,07	2,07
Zła	11	5,00	2,86
Ogółem	326	3,30	2,15

Z przeprowadzonych badań wynika także, że posiadanie dzieci jest ważnym elementem zwiększającym zainteresowanie kwestiami etycznymi. Istotna różnica wystąpiła zwłaszcza między kobietami bezdzietnymi, a tymi posiadającymi przynajmniej 2 dzieci. Wyniosła ona 0,74 (SE=0,28). Wyniki przedstawia tabela 23.

Tabela 23. Średnie wyniki ważności kwestii etycznych jako czynnika wyboru w zależności od ilości posiadanych dzieci.

Ilość dzieci	Ilość osób	\bar{x}	s
brak	110	2,98	2,15
1	88	3,11	2,02
2 i więcej	127	3,72	2,16
Ogółem	326	3,31	2,14

W świetle uzyskanych wyników badań najbardziej zagrożone otyłością są kobiety powyżej 60 roku życia, ze średnim wykształceniem, mężatki, pracujące. Im więcej dzieci tym wyższe szanse na wskaźnik BMI powyżej normy.

Z wiekiem kobiet wiąże się częstotliwość występowania niewłaściwych zachowań żywieniowych, skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety oraz waga, jaka jest przywiązywana do znajomości produktu, związanych z nim kwestii etycznych, tego jak wpływa na zdrowie, pomaga kontrolować masę ciała oraz jego składu

Najrzadziej niewłaściwe zachowania żywieniowe mogące prowadzić do otyłości występują wśród kobiet powyżej 60 lat. W tym przedziale wiekowym było najwięcej kobiet z nadwagą, niedowaga nie występowała w ogóle. W największym stopniu są one zainteresowane tym w jaki sposób pożywienie wpływa na zdrowie i pozwala kontrolować masę ciała, związanymi z nim kwestiami etycznymi, a także wykazują największą skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety. Wraz z wiekiem kobiet coraz ważniejszy jest skład spożywanych produktów. Najczęściej w sposób niewłaściwy odżywiają się kobiety w wieku 40-60 lat.

Sytuacja materialna wiąże się z poziomem samooceny, niezadowoleniem z własnej sylwetki, wielkością postrzeganej idealnej sylwetki, a także z czynnikami wyboru żywności takimi jak znajomość produktu, jego cena i kwestie etyczne z nim związane.

Kobiety będące w bardzo dobrej sytuacji finansowej mają wyższy poziom samooceny i przywiązują mniejszą wagę do ceny i znajomości danego artykułu żywnościowego.

Dobra sytuacja materialna wiąże się z mniejszym zwracaniem wagi na kwestie etyczne związane ze spożywaną żywnością i znajomości danego produktu, a także z wyższą samooceną.

Kobiety o przeciętnym statusie finansowym mają najniższą samoocenę, najmniej zwracają uwagę na znajomość żywności i związane z nią kwestie etyczne, cena jest dla nich najważniejsza.

Zła sytuacja materialna związana jest z przypisywaniem większej wagi kwestiom etycznym i cenie, mniej istotna jest natomiast znajomość spożywanej żywności. Postrzegana idealna sylwetka jest większa niż dla kobiet o lepszym statusie finansowym.

Wraz z polepszaniem się sytuacji materialnej rośnie niezadowolenie z wyglądu własnego ciała.

Istnieje zależność między stanem cywilnym a zwracaniem uwagi na cenę żywności i jej wpływ na nastrój. Oba te czynniki są najbardziej ważne dla rozwódek. Do ceny najmniejszą wagę przywiązują mężatki, a to jak jedzenie wpływa na nastrój jest najmniej istotne dla kobiet będących w związkach nieformalnych.

Poziom wykształcenia jest związany z przypisywaną wagą do znajomości danego produktu oraz jego wpływu na nastrój. Oba czynniki są najważniejsze dla kobiet ze średnim

wykształceniem. Związek z nastrojem jest najmniej istotny dla osób posiadających podstawowe, a znajomość dla tych z wyższym wykształceniem.

Miejsce zamieszkania związane jest ze zwracaniem uwagi na to czy dana żywność jest znana. Jest to najbardziej ważne w małym mieście, najmniej w dużym.

Posiadanie przynajmniej dwójki dzieci zwiększa wagę, jaką kobiety przywiązują do kwestii etycznych związanych z żywnością. Najmniej ważne są one dla bezdzietnych.

Przeprowadzone badania dotyczyły samooceny jawnej. Interesujące byłoby przyjrzenie się związkom między badanymi zmiennymi a samooceną ukrytą, podświadomą. Podobnie ocenę zachowań żywieniowych dokonano na podstawie deklarowanej przez osoby badane częstości ich występowania oraz ważności poszczególnych czynników wyboru z nimi związanych. Zbadanie rzeczywistego spożycia umożliwiłoby przyjrzenie się nie tylko ich potencjalnemu związkowi z samooceną i niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, ale także zgodności lub jej braku z subiektywną oceną spożycia.

Uzasadniona jest również konieczność przeprowadzenia podobnych badań wśród mężczyzn i innych grupach wiekowych, zwłaszcza wśród młodzieży i dzieci.

Przeprowadzone badania uwzględniały jedynie wybrane elementy psychologiczne i socjodemograficzne wpływające na wybory w zakresie żywienia. Poznanie innych czynników wpływających na sposób odżywiania się mógłby przyczynić się do zwiększenia skuteczności działań ukierunkowanych na utratę masy ciała, a także prowadzonej edukacji prozdrowotnej.

4.3 Podsumowanie i wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań dotyczących wpływu poziomu samooceny na zachowania żywieniowe kobiet stwierdzono:

1. Poziom samooceny jest związany z niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi mogącymi prowadzić do otyłości. Dotyczy to zwłaszcza jedzenia w sytuacji znudzenia, nieregularności posiłków (jedzenia mało w pierwszej połowie dnia, a potem zbyt dużo w drugiej- po południu i wieczorem), podjadania w ciągu dnia i wybierania jedzenia wysokokalorycznego.

2. Poziom samooceny jest słabo związany z niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała.
3. Rozbieżność między postrzeganą własną i idealną sylwetką jest związana z częstotliwością występowania niewłaściwych zachowań żywieniowych mogących prowadzić do otyłości.
4. Postrzeganie własnej sylwetki ma większy związek z niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi niż idealnej.
5. Skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety jest słabo związana z niezadowoleniem z własnego wyglądu. Postrzegana wielkość własnej sylwetki w większym stopniu niż idealnej wiąże się z ograniczaniem jedzenia.
6. Przy wyborze żywności najważniejsze jest to, aby jedzenie było smaczne, miało pozytywny wpływ na stan skóry, zębów, włosów, paznokci itp., zawierało składniki naturalne oraz dużo witamin i składników mineralnych. Najmniej istotne jest to czy pochodzi z krajów, które są popierane politycznie przez daną osobę.
7. Przywiązywanie wagi przy wyborze żywności do czynników takich jak jej wpływ na nastrój, cena oraz znajomość jest związane z poziomem samooceny.
8. Istnieje zależność między niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, a ważnością tego w jakim stopniu jedzenie pozwala kontrolować masę ciała oraz jego wygodą w użyciu jako czynników wpływających na wybór żywności.
9. Poziom samooceny oraz niezadowolenie z wyglądu własnego ciała związany jest z sytuacją materialną oraz wysokością wskaźnika BMI.
10. Najbardziej zagrożone nadwagą lub otyłością są kobiety powyżej 60 roku życia, ze średnim wykształceniem, pracujące mężatki. Im więcej dzieci tym większe szanse na wskaźnik BMI powyżej normy.
11. Kobiety powyżej 60 roku życia najrzadziej przejawiają niewłaściwe zachowania żywieniowe mogące prowadzić do otyłości, ale charakteryzują się najsilniejszą skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety. Jest wśród nich najwięcej osób z nadwagą.
12. Wiek i BMI związane są z częstotliwością występowania niewłaściwych zachowań żywieniowych mogących prowadzić do otyłości. Występują one najczęściej wśród kobiet z BMI wskazującym na otyłość, zwłaszcza w wieku 40-60 lat, najrzadziej wśród tych powyżej 60 lat.
13. Sytuacja materialna wiąże się z poziomem samooceny, niezadowoleniem z własnej sylwetki, wielkością postrzeganej idealnej sylwetki, a także z czynnikami wyboru

żywności takimi jak znajomość produktu, jego cena i kwestie etyczne z nim związane.

14. Istnieje zależność między stanem cywilnym i zwracaniem uwagi na cenę żywności oraz jej wpływ na nastrój. Poziom wykształcenia jest związany z istotnością tego, jak jedzenie wpływa na nastrój i czy jest znane. Od miejsca zamieszkania zależy w jakim stopniu kobiety zwracają uwagę na to czy dana żywność jest im znana. Posiadanie dzieci wiąże się z ważnością kwestii etycznych związanych z żywnością.
15. Istnieje zależność między nadwagą i otyłością a jedzeniem w sytuacji złego samopoczucia (smutek, złość, niepokój, stres).
16. Kobiety, których BMI świadczy o nadwadze lub otyłości w większym stopniu niż kobiety z BMI wskazującym na niedowagę mają skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety.

Na tej podstawie sformułowano następujące wnioski:

1. Częstotliwość występowania niewłaściwych zachowań żywieniowych zależy od poziomu samooceny i niezadowolenia z wyglądu własnego ciała.
2. Poziom samooceny jest związany z przypisywaną wagą czynnikom wyboru żywności takim jak jej wpływ na nastrój, znajomość danego produktu oraz jego cena. Istotność tego w jakim stopniu pozwala on kontrolować masę ciała oraz wygoda użycia zależą od stopnia niezadowolenia z wyglądu własnego ciała.
3. Niektóre czynniki socjodemograficzne takie jak sytuacja materialna są związane z poziomem samooceny i postrzeganiem własnej sylwetki.

W związku z powyższym wszystkie hipotezy badawcze zostały zweryfikowane pozytywnie.

Uzyskane wyniki badań mogą zostać wykorzystane w pracy z osobami z nadwagą lub otyłymi w celu opracowania efektywnych strategii mających na celu utratę masy ciała. Mogą także być przydatne przy opracowywaniu i prowadzeniu edukacji prozdrowotnej związanej z wyborami w zakresie żywienia. Wskazują one bowiem na wieloaspektowość problemu, a zatem konieczność uwzględnienia nie tylko rodzaju wybieranej żywności, ale także czynników psychologicznych i socjodemograficznych.

5 Streszczenie

Niewłaściwe zachowania żywieniowe oraz niewystarczająca aktywność fizyczna uważane są za główne powody zwiększania się liczby osób z nadwagą lub otyłych. Opracowywanie i prowadzenie skutecznej edukacji prozdrowotnej wymaga uwzględnienia nie tylko sposobu, w jaki dane pożywienie oddziałuje na człowieka, ale także czynników wpływających na wybory żywieniowe. Zalicza się do nich determinanty zewnętrzne, związane z właściwościami produktu i środowiska oraz wewnętrzne dotyczące jednostki, takie jak elementy socjodemograficzne i psychologiczne, w tym samoocena.

Celem podjętych badań była analiza związku między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała a zachowaniami żywieniowymi, motywami wyboru z nimi związanymi, skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety oraz czynnikami socjodemograficznymi.

Badanie prowadzono w 2015 roku w grupie 326 kobiet.

Aby zrealizować cel przyjęto trzy hipotezy badawcze, które zostały zweryfikowane pozytywnie. Uzyskane wyniki potwierdziły związek między częstotliwością występowania niewłaściwych zachowań żywieniowych, a poziomem samooceny i niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała. Poziom samooceny był związany z przypisywaną wagą czynnikiem wyboru żywności takim jak jej wpływ na nastrój, znajomość danego produktu oraz jego cena. Istotność tego w jakim stopniu pozwala on kontrolować masę ciała oraz wygoda użycia zależały od stopnia niezadowolenia z wyglądu własnego ciała. Niektóre czynniki socjodemograficzne takie jak sytuacja materialna były związane z poziomem samooceny i przestrzeganiem własnej sylwetki.

Uzyskane wyniki badań mogą zostać wykorzystane w pracy z osobami z nadwagą lub otyłymi w celu opracowania efektywnych strategii mających na celu utratę masy ciała oraz przy opracowywaniu i prowadzeniu edukacji prozdrowotnej związanej z wyborami w zakresie żywienia.

Słowa kluczowe: zachowania żywieniowe, samoocena, motywów wyboru żywności, ograniczanie jedzenia, niezadowolenie z własnego wyglądu.

Problem eating behaviours along with insufficient levels of physical activity are considered to be the main reason behind an increasing number of overweight or obese individuals. Designing and implementing an efficient health education requires not only considering the way food impacts human beings but also the factors influencing their food choices. These factors include external determinants such as the characteristics of the food and environment, as well as internal ones related to the individual, like sociodemographic and psychological aspects, including self-esteem.

The objective of this study is to determine whether there is a relationship between self-esteem, body dissatisfaction and food choices, the motives underlying them, restricted eating and sociodemographic factors.

Research was conducted in 2015 within a group of 326 women.

In order to meet the objectives of this study, three research hypotheses are proposed and as a result positively tested. This study demonstrates the relationship between: the frequency of problem eating behaviours, the level of self-esteem and the body dissatisfaction. Level of self-esteem is related to motives underlying food choices such as its influence on mood, familiarity and price. The importance of the way food impacts weight control and its convenience depends on body dissatisfaction.

Some sociodemographic factors, such as financial situation, are related to self-esteem and body dissatisfaction.

The obtained results should be used when working with the overweight or obese in order to design effective weight loss strategies or successfully create and implement health education related to food choices.

Keywords: eating behaviours, self-esteem, food choices motives, restricted eating, body dissatisfaction.

Bibliografia

1. Abraham S.F. (2003), Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctor's dilemmas. *The Medical Journal of Australia*, 178, 12, 607-611.
2. Anschutz D. J., Engels R.C. M. E., Becker E.S., van Strien T. (2008), The bold and the beautiful. Influence of body size of televised media models on body dissatisfaction and actual food intake. *Appetite*, 51, 3, 530-537.
3. Anschutz D.J., Engels R. C. M. E., van der Zwaluw C.S., van Strien T. (2011), Sex differences in young adults snack food intake after food commercial exposure. *Appetite*, 56, 2, 255-260.
4. Anton S. D., Perri M. G., Riley III J. R. (2000), Discrepancy between actual and ideal body images; Impact on eating and exercise behaviors. *Eating Behaviors*, 1, 2, 153-160.
5. Ares G., Gambaro A. (2007), Influence of gender, age and motives underlying food choice on perceived healthiness and willingness to try functional foods. *Appetite*, 49, 1, 148-158.
6. Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M. (2012), *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
7. Ata R., Ledden A., Lally M. (2007), The effects of gender and family, friend and media influences on eating behaviours and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 8, 1024-1037.
8. Babicz-Zielińska E. (1999), *Studia nad preferencjami pokarmowymi oraz determinantami wyboru żywności w wybranych grupach konsumenckich*. Gdynia: Prace Naukowe Wyższej Szkoły Morskiej w Gdyni.
9. Babicz-Zielińska E. (2003), Factors influencing consumers' behavior. *Zeszyty Naukowe AM*, 48, 59-64.
10. Babicz-Zielińska (2006), *Jakość żywności w ocenie konsumenckiej*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie Towarzystwo Naukowe.
11. Babicz-Zielińska E., Rybowska A. (2001), Preferencje ryb i owoców morza w środowisku studentów. *Żywnienie człowieka i metabolizm*, 28, 550-555.
12. Baird J.P., McIntyre R., Theim K.R. (2007), Effects of dieting history saliency on self-esteem and perceived body image in collage women. *Appetite*, 49, 1, 276.

13. Baker C. W., Whisman M. A., Brownell K. D. (2000), Studying intergenerational transmission of eating attitudes and behaviors: Methodological and conceptual questions. *Health Psychology*, 19, 376-381.
14. Baker H., Wardle J., (2003), Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. *Appetite*, 40, 3, 269-275.
15. Barte J. C. M., Ter Bogt N. C. W. Bogers R. P., Teixeira P. J., Blissmer B., Mori T. A., Bemelmans W. J. E. (2010), Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews*, 11, 12, 899–906.
16. Baumeister R. F., Campbell J. D., Krueger J. I., Vohs K. D. (2003), Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1, 1-44.
17. Ben-Sefer E., Ben-Natan M., Ehrenfeld M. (2009), Childhood obesity: Current literature, policy and implications for practice. *Int. Nurs. Rev.*, 56, 166-173.
18. Benton D. (2004), Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 858-869.
19. Berg M.Ch., Jonsson J., Conner M.T., Lissner L. (2002), Relation between breakfast food choices and knowledge of dietary fat and fiber among Swedish schoolchildren. *Journal Adolesc. Health*, 31, 199-207.
20. Bessenoff G. R. (2006), Can the media affect us? Social comparison, self-discrepancy, and the thin ideal. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 3, 239–251.
21. Bhuiyan A. R., Gustat J.R.S.S., Srinivasan S. R., Berenson G. S. (2003), Differences in body shape representations among young adults from a biracial (black-white) semi-rural community: The Bogalusa heart study. *American Journal of Epidemiology*, 158, 792–797.
22. Bjerggaard M., Philipsen A., Jørgensen M. E., Charles M., Witte D. R., Sandbæk A., Lauritzen T., Færch K. (2015), Association of self-perceived body image with body mass index and type 2 diabetes—The ADDITION-PRO study. *Preventive Medicine*, 75, 64–69.
23. Bjornelv S, Nordahl H. M, Holmen T. L. (2011), Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46, 5, 353-362.

24. Brechan I., Kvalem I. L. (2015), Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49–58.
25. Brytek-Matera A. (2008), *Obraz ciała- obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
26. Brytek-Matera A. (2010), Obraz własnego ciała u otyłych kobiet: przyczyny i stopień niezadowolenia, związek z obniżoną samooceną i strategiami radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria Polska*, 44, 2, 267-275.
27. Brytek-Matera A., Rybicka-Klimczyk A. (2009), *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
28. Canetti L., Bachar E., Berry E.M. (2002), Food and emotions. *Behavioral Processes*, 60, 157-64.
29. Carrillo E., Prado-Gascó V., Fiszman S., Varela P. (2012), How personality traits and intrinsic personal characteristics influence the consumer's choice of reduced-calorie food. *Food Research International*, 49, 2, 792-797.
30. Carter F.A., Jansen A. (2012), Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58, 3, 1063–1069.
31. Cervera S., Lahortig, F., Martínez-González M. A., Gual P., Irala-Estévez J., Alonso Y. (2003), Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280.
32. Chambers S., Lobb A, Butler L. T., Traill W. B. (2008), The influence of age and gender on food choice: a focus group exploration. *International Journal of Consumer Studies*, 32, 4, 356-365.
33. Charles R. (1998), *Pożywienie dla zdrowia. Jak leczyć dolegliwości za pomocą terapii żywieniowej*. Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.
34. Clark L., Tiggemann M., (2006), Sociocultural influences and body image in 9- to 12-year-old girls: the role of appearance schemas. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 36, 1, 76-86.
35. Clay D., Vignoles V. L., Dittmar H. (2005), Body Image and Self-Esteem Among Adolescent Girls: Testing the Influence of Sociocultural Factors. *Journal of Research on Adolescence*, 15, 4, 451–477.

36. Conner M., Martin E., Silverdale N., Grogan S. (1996), Dieting in adolescence: An application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 1, 315-325.
37. Courtney E. A., Gamboz J., Johnson J.G. (2008), Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behaviors*, 9, 4, 408-414.
38. Crocker J., Park L. E. (2004), The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*. 130, 392-414.
39. Crocker J., Park L. E. (2005), Seeking self-esteem: Construction, maintenance and protection of self-worth. [w:] Leary M. R., Tangney J. P. (red.), *Handbook of self and identity*, 291-313, New York: The Guildford Press.
40. Crocker J., Wolfe C. T. (2001), Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593-623.
41. Czarniecka-Skubina E., Namysław I. (2008), Wybrane elementy zachowań żywieniowych uczniów szkół średnich. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 6, 61, 129-143.
42. Dalongeville J., Marecaux N., Cottel D., Bingham A., Amouyel P. (2000), Association between nutrition knowledge and nutrition intake in middle-aged men from Northern France. *Public Health Nutrition*, 4, 1, 27-33.
43. Davis C. M. (1928), Self selection of diet by newly weaned infants: an experimental study. *Am. J. Dis. Child.*, 36, 4, 651-79 [reprinted as a Nutrition Classics article in *Nutr. Rev.* 1986, 44, 114-6].
44. Davis C. (1990), Body image and weight preoccupation: A comparison between exercising and non-exercising women. *Appetite*, 15, 1, 13-21.
45. Demo D. H. (1992), The self-concept over time: research issues and directions. *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326.
46. Dunkley T., Wertheim E. H., Paxton S. J. (2001), Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence*, 36, 142, 265-279.
47. Dzwonkowska I. (2002), Relation of shyness and sociability to self-esteem and loneliness. *Polish Psychological Bulletin*, 33, 39-42.
48. Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M. (2008), Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. *Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

49. Eertmans A., Victoir A., Vansant G., Van den Bergh O. (2005), Food-related personality traits, food choice motives and food intake: Mediator and moderator relationships. *Food Quality and Preferences*, 16, 714–726.
50. Elsner R. J. F. (2002), Changes in eating during the aging process. *Eating Behaviors*, 3, 15-43.
51. Epstain S. (1980), The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. [w:] Staub W. E. (red.), *Personality: Basic aspect and current research*, 81-132, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
52. Falkowski A., Tyszka T. (2002), *Psychologia zachowań konsumenckich*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
53. Farrow C. V., Tarrant M. (2009), Weight-based discrimination, body dissatisfaction and emotional eating: The role of perceived social consensus. *Psychology and Health*, 24, 9, 1021-1035.
54. Fecenec D. (2008), MSEI. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego PTP.
55. Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, CA: Stanford University Press.
56. Fila-Jankowska, A. (2009), *Samoocena autentyczna – co ukrywamy sami przed sobą*. Warszawa: Academica.
57. Fisher J.O., Mitchell D.C., Smiciklas-Wright H., Birch L.L. (2002), Parental Influences on young girls' fruit and vegetables, micronutrient, and fat intakes. *J. Am. Diet. Assoc.*, 102, 58-64.
58. Flaczyk E., Kobus J., Korczak J. (2006), Assessment of consumption of “light” food by students, *ACTA Scientiarum Polonorum*, 5, 1, 173-181.
59. Flaczyk E., Korczak J. (2002), Influence of selected factors on consumer behavior on edible fats market. *ACTA Scientiarum Polonorum*, 1, 1, 113-120.
60. Franken R.E. (2005), *Psychologia motywacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
61. French S.A., Perry C.L. (1994), Food preferences, eating patterns and physical activity among adolescents: correlations of eating disorders symptoms. *Journal of Adolescent Health*, 15, 4, 286-294.
62. French S. A., Story M., Perry C.L. (1995), Self-esteem and obesity in children and adolescents; A literature review. *Obes. Res.*, 3, 479-490.

63. Galletly Ch., Moran L., Noakes M., Clifton P., Tomlinson L., Norman R. (2007), Psychological benefits of a high-protein, low-carbohydrate diet in obese women with polycystic ovary syndrome- A pilot study. *Appetite*, 49, 3, 590-593.
64. Gardner M. P., Wansink B., Kim J., Park S. B. (2014), Better moods for better eating?: How mood influences food choice. *Journal of Consumer Psychology*, 24, 3, 320–335.
65. Garner D. M. (1997), The 1997 body image survey results. *Psychology Today*. January, 30-78.
66. Gawlik A., Zachurzok-Buczyńska A., Małecka-Tendera E. (2009), Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 5, 1, 19-27.
67. Gearhardt A. N., White M.A., Masheb R.M., Morgan P.T., Crosby P.D., Grilo C. M. (2012), An examination of the food addiction construct in obese patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 5, 657-663.
68. Gianini L. M., Smith J.E. (2008), Body dissatisfaction mediates the relationship between self-esteem and restrained eating in female undergraduates. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 1, 48-60.
69. Głębocka A. (2009), *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola masy ciała*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
70. Greenwald A. G., Farnham S. D. (2000), Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*. 79, 1022-1038.
71. Grogan S. (2008), *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. East Sussex: Routledge.
72. Grogan S., Wainwright N., (1996), Growing up in the culture of slenderness Girls' Experiences of Body Dissatisfaction. *Women's Studies International Forum*, 19, 6, 665-673.
73. Gruszczyńska E. (2008), Dwie funkcje jedzenia w odpowiedzi na nasilenie stresu dnia codziennego. *Perspektywa intra- i interpersonalna*. [w:] Heszeni I., Życinska J., *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.
74. Gulbicka B, Kwasek M. (2001), *Wpływ dochodów na spożycie żywności w gospodarstwach domowych*. Warszawa: Wydawnictwo IERiGŻ.

75. Gutowska-Wyka A. (2003), Radzenie sobie ze stresem, a zwyczaje żywieniowe u młodzieży z nadwagą i wagą w normie. *Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi*, 1,31, 13-20.
76. Gutowska-Wyka A. (2004), Wyznaczniki radzenia sobie ze stresem u młodzieży z nadwagą i wagą w normie. *Sztuka Leczenia*, 10, 3-4, 87-93.
77. Halliwell E., Dittmar H. (2004), Does Size Matter? The Impact of Model's Body Size on Women's Body-Focused Anxiety and Advertising Effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 1, 104-122.
78. Halliwell E., Dittmar H., Howe J. (2005), The impact of advertisements featuring ultra-thin or average-size models on women with a history of eating disorders. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15, 5, 406–413.
79. Hanna A. C., Bond M. J. (2006), Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47, 2, 205–211.
80. Hayes J. F., D'Anci K. E., Kanarek R. E. (2011), Foods that are perceived as healthy or unhealthy differentially alter young women's state body image. *Appetite*, 57, 2, 384–387.
81. Heimpel S. A., Elliot A. J., Wood J. V. (2006), Basic Personality Dispositions, Self-Esteem, and Personal Goals: An Approach-Avoidance Analysis. *Journal of Personality*, 74, 5, 1293–1320.
82. Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
83. Higgins E. T. (1987), Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 3, 319-340.
84. Hill A. J., Oliver S., Rogers P.J (1992), Eating in the adult world: The rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 1, 95–106.
85. Hoffmeister K., Teige-Mocigemba S., Blechert J., Klauer K. Ch., Tuschen-Caffier B. (2010), Is implicit self-esteem linked to shape and weight concerns in restrained and unrestrained eaters? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 1, 31-38.
86. Hollis J. (2000), *Nadwaga jest sprawą rodziny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

87. Honkala S., Honkala E., Al-Sahli N. (2006), Consumption of sugar products and associated life- and school- satisfaction and self-esteem factors among schoolchildren in Kuwait. *Acta Odontologica Scandinavica*, 64, 2, 79-88.
88. Hurley, K. M., Caufield, L. E., Sacco, L. M., Costigan, K. A., Dipetro, J. A. (2005), Psychological influences in dietary patterns during pregnancy. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 963-966.
89. Hutchinson D. M., Rapee R. M. (2007), Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1557-1577.
90. Jablow M. M. (2000), *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
91. Jachnis A., Terelak J.E. (1998), *Psychologia konsumenta i reklamy*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
92. Januszewska R., Pieniak Z., Verbeke W. (2011), Food choice questionnaire revisited in four countries. Does it still measure the same? *Appetite*, 57, 1, 94-98.
93. Jeffers A., Benotsch E.G., Koester S. (2013), Misuse of prescription stimulants for weight loss, psychological variables and eating behaviours. *Appetite*, 65, 8-13.
94. Jeffrey R.W., Drewnoski A., Epstein L.H., Stunkard A.J., Wilson G.T., Wing R.R., Hill D.R. (2000), Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 19, 1, 5-16.
95. Jeżewska-Zychowicz M. (1996), *Zachowania żywieniowe konsumentów a proces edukacji żywieniowej*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
96. Jeżewska-Zychowicz M. (2004), Ocena poziomu wiedzy żywieniowej i jej wpływu na częstotliwość spożywania wybranych produktów spożywczych wśród uczennic szkoły gastronomicznej. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, XXXI, 1, 33-48.
97. Jeżewska-Zychowicz M. (2011), *Zmiana zachowań żywieniowych a profilaktyka zdrowotna*. Warszawa: SGGW.
98. Jeżewska-Zychowicz M., Płuciennik B. (2002), Ocena prasowych reklam żywności. *ACTA Scientiarum Polonorum*, 1, 2, 123-132.
99. Jędrzejewska B. (2003), Ocena świadomości zdrowotnej młodzieży na Lubelszczyźnie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin- Polonia*, LVIII, Supl. XIII, 104, 562-565.
100. Jia H., Lubetkin E. I. (2009), The statewide burden of obesity, smoking, low income and chronic diseases in the United States. *J Public Health (Oxf)*, 31, 4, 496-505.

101. Jollie-Trottier T., Holm J.E., McDonald J.D., (2009), Correlates of overweight and obesity in American Indian children. *Journal of pediatric psychology*, 34, 3, 245-253.
102. Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., Thoresen, C. J. (2002), Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicator of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 693–710.
103. Karnik S., Kanekar A. (2012), Childhood obesity: A global Public Health Crisis. *International Journal of Preventive Medicine*, 3, 1, 1-7.
104. Kayano M., Yoshiuchi K. Al-Adawi, S. Viernes N., Dorvlo A. S. S., Kumano H., Kuboki T., Akabayashi A. (2008), Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: Cross-cultural study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62, 1, 17-25.
105. Kernis M., (2003a), High self-esteem: A differentiated perspective. [w:] Chang E. C., Sanna L. J., *Virtue, vice, and personality: The complexity of behavior*, 3-22, Washington, DC: APA.
106. Kernis M. H. (2003b), Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1-226.
107. Kernis M. H. (2005), Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73, 1569-1605.
108. Kernis M. H. (2006), (red.) *Self-esteem: Issues and answers*. NY, Hove: Psychology Press.
109. Kernis M. H., Brown A. C., Brody G. H. (2000), Fragile Self-Esteem in Children and Its Associations With Perceived Patterns of Parent-Child Communication. *Journal of Personality*, 68, 2, 225–252.
110. Kernis M. H., Goldman B. M. (2006), Assessing stability of self-esteem and contingent self-esteem. [w:] Kernis M. H., *Self-esteem: Issues and answers*, 77-85, NY, Hove: Psychology Press.
111. Kersting M., Sichert-Hellert W., Vereecken C. A., Diehl J., Béghin L., De Henauw S., Grammatikaki E., Manios Y., Mesana M. I., Papadaki A., Phillipp K., Plada M., Poortvliet E., Sette S. (2008), Food and nutrient intake, nutritional knowledge and diet-related attitudes in European adolescents. *International Journal of Obesity*, 32, 35-41.
112. Kieźel E. (2010), *Konsument i jego zachowania na rynku europejskim*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

113. Kołłajtis-Dołowy A., Boniecka I. (2003), Stan wiedzy żywieniowej studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu AM oraz jej źródła. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin- Polonia, section D, LVIII (Supl. XIII)*, 117, 57-61.
114. Kołłajtis-Dołowy A., Boniecka I. (2005), The basic nutritional knowledge of chosen group of respondents and nutritional information on food labels and food advertising as the sources of nutritional information. W: *Health Promotion*, Wyd. Nina Gozdek & Marian Sygit, Lublin.
115. Kołłajtis-Dołowy A., Weber M. (2003), Stan wiedzy żywieniowej i efektywność nauczania żywienia wybranej grupy dzieci. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 30, 188-193.
116. Kołłataj B., Kołłataj W., Karwat I.W. (2010), Problem zachowań anorektycznych wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej Lublina. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91, 3, 393-399.
117. Kołoło H., Wojnarowska B. (2004), Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania. *Przegląd Pediatryczny*, 34, 196-201.
118. Koster E.P. (2009), Diversity in the determinants of food choice: a psychological perspective. *Food Quality and Preference*, 20, 2, 70-82.
119. Kotler P., Armstrong G. (2002), *Marketing, podręcznik europejski*, Warszawa: Wydawnictwo PWE.
120. Kowalczyk M. (2007), Odżywianie się i wizerunek własnego ciała. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne*, 12, 20-25.
121. Kowieska A., Biel W., Stanisławski A. (2007), Zwyczaje żywieniowe i czynniki wyboru żywności wśród młodzieży szkoły średniej, *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 34, 727-732.
122. Kozłowska (2006), *Reklama. Socjotechnika oddziaływania*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
123. Kubacka-Jasiecka D. (2008), Ja cielesne i problematyka identyfikacji z ciałem w kontekście wartości współczesnej kultury i zdrowia. [w:] Heszeni I., Życinska J., *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.
124. Kurcz I. (1982), *Uczenie się i pamięć*. [w:] Tomaszewski T., *Psychologia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

125. Kwan V. S. Y., Mandisodza A. N. (2007), Self-esteem: On the relations between conceptualization and measurement. [w:] Sedikides C., Spencer S. J., *The self*, 259-282, NY, Hove: Psychology Press.
126. Lachowicz-Tabaczek K. (2000), Przejawy i przyczyny „nierówności” w poziomie samooceny kobiet i mężczyzn. *Czasopismo Psychologiczne*, 1-2, 63-75.
127. Lambkin M., Foxall G., van Raaij F., Heilbrunn B. (2001), *Zachowanie konsumenta. Koncepcje i badania europejskie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
128. Lange A., Starostecka W., Graliński J.S. (2001), Otyłość dziecięca. *Endokrynologia Wieków Rozwojowych*, 9, 2, 295-297.
129. Laskowski W., Ozimek I., Gutkowska K. (2001), *Uwarunkowanie konsumpcji w polskich gospodarstwach domowych*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
130. Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
131. Liebman M., Cameron B., A., Cardon D. K., Brown D. M., Meyer S. S. (2001), Dietary fat reduction behaviors in college students: relationship to dieting status, gender and key psychosocial variables. *Appetite*, 36, 1, 51-56.
132. Lin W., Lee Y.W. (2005), Nutrition knowledge, attitudes, and dietary restriction behavior of the Taiwanese elderly. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 14, 3, 221-229.
133. Lindeman, M., Vaananen, M. (2000), Measurement of ethical food choice motives. *Appetite*, 34, 1, 55-59.
134. Lluch, A., Herbeth, B., Mejean, L., Siest, G. (2000), Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. *International Journal of Obesity*, 1493-1499.
135. Logue (1986), *The psychology of eating and drinking*. New York: W. H. Freeman and Company.
136. Lyman B. (1989), *A psychology of food. More than a matter of taste*. New York: Van Nostrand Reinhold.
137. Łaguna M. (2006a), Ogólna samoocena czy przekonanie o skuteczności? Badania nad intencją przedsiębiorczą. *Przegląd Psychologiczny*, 49, 259-274.
138. Łaguna M. (2006b), Skala Skuteczności Przedsiębiorczej. *Roczniki Psychologiczne*, 9, 107-128.

139. Łaguna M., Bąk W. (2007), Emocje i przekonania na temat ja. Dwa kierunki wyjaśnienia ich wzajemnych relacji. [w:] Báachnio A., Gózik A., Blżej emocji, 205–217, Lublin: Wydawnictwo KUL.
140. Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I. (2007), Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga- polska adaptacja metody. *Psychologia społeczna*, 2, 4, 164-176.
141. Łaguna, M., Trzebiński, J., Zięba, M. (2005), Kwestionariusz Nadziei na Sukces. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
142. Macht M. (2008), How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50,1,1-11.
143. Macht M., Haupt C., Ellgring H. (2005), The perceived function of eating is changed during examination stress. *Eating Behaviors*, 6, 109-112.
144. Macht M., Simons G.(2000), Emotions and eating in everyday life. *Appetite*,35,65-71.
145. Malara B., Joško J., Kasperczyk J., Kamecka-Krupa J. (2010), Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania wśród młodzieży w wybranych miastach województwa śląskiego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91, 3, 388-392.
146. Marcysiak M., Zagroba M., Kubala M., Derbin E., Longosz K., Brzezińska M., Bazela J., Marcysiak M., Skotnicka-Klonowicz G. (2008), Wiedza uczniów szkół podkarpackich na temat otyłości a zachowania żywieniowe. *Via medica*, 112-117.
147. Markovina J., Stewart-Knox B. J., Rankin A., Gibney M., de Almeida D. V., Fischer A., Kuznesof S. A., Poínhos R., Panzone L., Frewer L. J. (2015), Food4Me study: Validity and reliability of Food Choice Questionnaire in 9 European countries. *Food Quality and Preference*, 45, 26–32.
148. Maslow A.H. (1954), *Motywacja i osobowość*. Warszawa: PAX.
149. Mazur A., Dudek P. (2010), Rola czynników środowiskowych w powstawianiu otyłości u dzieci. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 3, 357-363.
150. McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. (2001), Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls, *Adolescence*, 36, 142, 225-240.
151. McCabe M.P., Ricciardelli L. A., Holt K. (2005), A longitudinal study to explain strategies to change weight and muscles among normal weight and overweight children. *Appetite*, 45, 3, 225-234.
152. McLean J.A., Barr S. I. (2003), Cognitive dietary restraint is associated with eating behaviours, lifestyle practices, personality characteristics and menstrual irregularity in college women. *Appetite*, 40, 2, 185-192.

153. Mooreville M., Shomaker L.B., Reina S.A., Hannallah L.M., Adelyn Cohen L., Courville A.B., Kozlosky M., Brady S.M., Condarco T., Yanovski S.Z., Tanofsky-Kraff M., Yanovski J.A. (2014), Depressive symptoms and observed eating in youth. *Appetite*, 75, 141-149.
154. Morrison T. G., Kalin R., Morrison M. A. (2004), Body image evaluation and body image investment among adolescents: A test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39, 155, 571-592.
155. Mruk Ch. J. (2006), Defining self-esteem: An oft overlooked issue with crucial implications. [w:] Kernis M. H., *Self-esteem: Issues and answers*, 10-15, NY, Hove: Psychology Press.
156. Murphy S., Jeanes Y. (2006), Nutritional knowledge and dietary intakes of young professional football players. *Nutrition and Food Science*, 36, 5, 343-348.
157. Must A., Philips S. M., Stunkard A. J., Naumova E. N. (2002), Expert opinion on body mass index percentiles for figure drawings at menarche. *International Journal of Obesity*, 26, 876–879.
158. Neiss M. B., Sedikides, C., Stevenson, J. (2002), Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, 16, 351-367.
159. Neiss M. B., Sedikides C., Stevenson J. (2006), Genetic influences on level and stability of self-esteem. *Self & Identity*, 5, 247-266.
160. Nijis I. M. T., Muris P., Euser A. S., Franken I. H. A. (2010), Differences in attention to food and food intake between overweight/obese and normal-weight females under conditions of hunger and satiety. *Appetite*, 54, 2, 243–254.
161. Noel C., Dando R. (2015), The effect of emotional state on taste perception. *Appetite*. 95, 1, 89–95.
162. Ogden J. (2011), *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
163. Ogden J., Steward J. (2000), The role of the mother daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 78-83.
164. Ogińska-Bulik N. (2004), *Psychologia nadmiernego jedzenia: przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
165. Oleś M. (2006), Psychologiczna charakterystyka dzieci o wysokim i niskim poczuciu osamotnienia. *Roczniki Psychologiczne*, 9, 121–140.
166. Oleś M., Steuden S., Klonowski P., Chmielnicka-Kuter E., Gajda T., Puchalska-Wasył M., Sobol-Kwapińska M. (2002), *Metody badania jakości życia i psychospołecznego*

- funkcjonowania chorych z zaburzeniami widzenia. [w:] Oleś P., Steuden S., Toczkoowski J., Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia, 51–68, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
167. Oleś P. K. (2003), Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa: Scholar.
 168. Oliver G., Wardle J. Gibson E. L. (2000), Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 853-865.
 169. Park W., Epstein N. B. (2013), The longitudinal causal directionality between body image distress and self-esteem among Korean adolescents: The moderating effect of relationships with parents. *Journal of Adolescence*, 36, 2, 403–411.
 170. Paula Di A., Campbell J. D. (2002), Self-esteem and persistence in the face of failure. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 83, 3, 711-24.
 171. Pervin L.A. (2002), *Osobowość- teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
 172. Pilska M., Jeżewska-Zychowicz M. (2008), *Psychologia żywienia: wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
 173. Polivy J., Herman C. P. (2002), Causes of Eating Disorders. *Annual review*, 53, 187-213.
 174. Prescott J., Young O., O'Neill L, Yau N. J. N., Stevens R. (2002), Motives for food choice: a comparison of consumers from Japan, Taiwan, Malaysia and New Zealand. *Food Quality and Preference*, 13, 7–8, 489–495.
 175. Przybyszewska J., Waluś A., Jaworska A. (2005), Wartość odżywcza całodziennych racji pokarmowych młodzieży z regionu kujawsko-pomorskiego. *Żywnie Człowieka i Metabolizm*, XXXII, supl., 1/1, 339-345.
 176. Przysławski J., Stelmach M., Grygiel-Górniak B., Walkowiak J. (2010), Nutritional status, dietary habits and body image perception in male adolescents. *Acta SCi.Pol., Technol. Aliment.*, 9, 3, 383-391.
 177. Puchalski K. (2004), Działania prozdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników średnich i dużych przedsiębiorstw. *Medycyna Pracy*, 55, 3, 233-242.
 178. Raport HBSC (2011), *Health Behaviour in School-aged Children 2010 (2011)*, Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
 179. Rasmussen M., Krolner R., Klepp K.I., Lytle L., Brug J., Bere E., Due P. (2006), Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: Quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3-22.

180. Rathus S. A. (2004), *Psychologia współczesna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
181. Regulska-Iłow B., Iłow R., Sarzała-Kruk D., Biernat J. (2009), Ocena sposobu żywienia licealistów z Oleśnicy. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, XLII, 3, 598-603.
182. Reykowski J. (1982), *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności*. [w:] Tomaszewski T., *Psychologia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
183. Rhodes R. E., Courneya K. S., Jones L. W. (2004), Personality and social cognitive influences on exercise behavior: adding the activity trait to the theory of planned behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 243-254.
184. Rinderknecht K., Smith C. (2002), Body-Image Perceptions among Urban Native American Youth. *Obesity Research*, 10, 5, 315-327.
185. Robbins T. W., Fray P. J. (1980), Stress-induced eating: Fact, fiction or misunderstanding? *Appetite*, 1, 2, 103–133.
186. Rodham K. (2010), *Health psychology*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
187. Roos E., Sarlio-Lähteenkorva S., Lallukka T. (2004), Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public Health Nutrition*, 7, 1, 53-61.
188. Roseman M. G., Ka Yeung W., Nickelsen J. (2007), Examination of Weight Status and Dietary Behaviors of Middle School Students in Kentucky. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 7, 1139-1145.
189. Rosenberg, M. (1965), *Society and adolescent self-image*. New York: Princeton University Press.
190. Roszkowski W. (2007), *Upowszechnianie wiedzy o żywieniu. Zalecenia żywieniowe* [w:] Gawęcki J., Hryniewiecki L., *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
191. Rozin P., Fischler C., Imada S., Wrzesniewski A. (1999), Attitudes to food and the role of food in the life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet- health debate. *Appetite*, 33, 2, 163-180.
192. Sakamaki R., Toyama K., Amamoto R., Liu Ch-J., Shinfuku N. (2005), Nutritional knowledge, food habits and health attitude of Chinese university students –a cross sectional study. *Nutrition Journal*, 4, 1, 4.

193. Saleh M. Aldaqal, Mohammad G. Sehlo. (2013), Self-esteem and quality of life in adolescents with extreme obesity in Saudi Arabia: the effect of weight loss after laparoscopic sleeve gastrectomy. *General Hospital Psychiatry*, 35, 3, 259-264.
194. Salvy S. J., Coehlo J. S., Kieffer E., Epstein L. H. (2007), Effects of social contexts on overweight and normal-weight children's food intake. *Psychology and Behaviour*, 92, 840-846.
195. Sassaroli S., Gallucci M., Ruggiero G.M. (2008), Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent affects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 4, 467-488.
196. Scagliusi F. B., Alvarenga M., Polacow V. O., Cordás T. A., de Oliveira Queiroz G. K., Coelho D., Tucunduva Philippi S., Lancha A. H. (2006), Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47, 1, 77–82.
197. Schafer, R. B., Keith, P. M. (1999), Change in adult self-esteem: A longitudinal assessment. *British Journal of Social Psychology*, 38, 303-314.
198. Schafer E., Schafer R.B., Keith P.M., Bose J. (1999), Self-esteem and Fruit and Vegetable Intake in Women and Men. *Journal of Nutrition Education*, 31, 3, 153-160.
199. Schlegel-Zawadzka M., Poździoch M. (2005), Internet jako źródło wiedzy żywieniowej. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, XXXII, supl., ½, 1109-1116.
200. Schmitt D. P., Allik J. (2005), Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623–642.
201. Schwartz M. B., Brownell K. D. (2004), Obesity and body image. *Body Image*, 1, 1, 43–56.
202. Sharma S., Ikeda J., Fleming S.E. (2013), Influence of body image dissatisfaction on 1-year change in nutrient intake of overweight and obese inner-city African-American children. *Body Image*, 10, 1, 121-126.
203. Sharma S.V., Gernand A.D., Day R.S. (2008), Nutrition knowledge predicts eating behavior of all food groups except fruits and vegetables among adults in the Paso del Norte region: Que Sabros Vida. *The Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40, 361-368.
204. Shea M.E., Pritchard M. E. (2007), Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, 42, 8, 1527-1537.

205. Shloim N., Rudolf M., Feltbower R., Hetherington M. (2014), Adjusting to motherhood. The importance of BMI in predicting maternal well-being, eating behaviour and feeding practice within a cross cultural setting. *Appetite*, 81, 261-268.
206. Shunk J.A., Birch L.L. (2004), Validity of dietary restraint among 5-to-9 year old girls. *Appetite*, 42, 3, 241-247.
207. Siega-Riz A.M., Carson T., Popkin B. (1998), Three squares of mostly snacks- what teens really eat? A socio-demographic study of meal patterns. *Journal of Adolescents Health*, 22, 29-36.
208. Silva D. A. S., Nahas M. V., Sousa de T. F., Del Duca G. F., Peres K. G. (2011), Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: A population-based study. *Body Image*, 8, 4, 427–431.
209. Skinner J.D., Carruth B.R., Bounds W., Ziegler P., Reidy K. (2002), Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *J. Nutr. Educ. Behav.*, 34, 310-315.
210. Soleimani M., Ghasemzadeh A., Ebrahimnezhad M. F. (2012), Effects of Dialectical Behaviour Therapy on Increasing Self-Esteem in Women with Binge Eating Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 1091–1095.
211. Stepoe A., Pollard T. M., Wardle J. (1995), Development of a Measure of the Motives Underlying the Selection of Food: the Food Choice Questionnaire. *Appetite*, 25, 3, 267–284.
212. Stice E., Fisher M., Lowe M. R. (2004), Are Dietary Restraint Scales Valid Measures of Acute Dietary Restriction? Unobtrusive Observational Data Suggest Not. *Psychological Assessment*, 16, 1, 51-59.
213. Stice E., Presnell K. Spangler D. (2002), Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 2, 131-138.
214. Stradmeijer M., Bosch J., Koops W. Seidell J. (2000), Family functioning and psychological adjustment in overweight youngsters. *Int. J. Eat. Disord.*, 27, 110-114.
215. Strien Van T. (1986), Eating behavior, personality traits and body mass. Lisse: Swets and Zeitlinger B.V.
216. Strien Van T., Frijters J. E. R., Bergers G. P. A., Defares P. B. (1986), The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 2, 295-315.

217. Stunkard A. J., Sorensen T., Schlusinger F. (1983), Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis.*, 60, 115-20.
218. Suliga E. (2004), Poziom wykształcenia matki jako czynnik różnicujący zachowania zdrowotne i rozwój fizyczny młodzieży. *Roczniki PZH*, 55, 4, 357-362.
219. Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (2009), *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
220. Szabo M. K. (2015), The Relationship Between Body Image and Self-esteem. *European Psychiatry*, 30, supl. 1, 28–31.
221. Szczecińska A, Kozłowska K., Roszkowski W., Brzozowska A., Raats M., Lumbers M. (2007), Differences in Frequency of Fruit and Vegetables Intake Among Older Europeans.
222. Szczepaniak B., Górecka D., Flaczyk E. (2004), Preferencje i częstotliwość spożycia owoców wśród dziewcząt oraz kobiet w ciąży. *ACTA Scientiarum Polonorum*, 3, 1, 175-185.
223. Szczerbiński R., Karczewski J. (2007), Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w powiecie sokólskim. *Żywnienie Człowieka i metabolizm*, XXXIV, 878-883.
224. Szczęsna T., Wojtala M., Waszkowiak K. (2005). Wpływ wiedzy żywieniowej, edukacji oraz sytuacji materialnej na preferencje pokarmowe i zachowanie żywieniowe studentów Akademii Rolniczej zamieszkałych w akademiku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 86, 1, 30-35.
225. Szewczyński J. A., Ostrowska A., Gajewska M. (2005), Ocena częstości występowania produktów spożywczych w jadłospisach młodzieży szkolnej z Warszawy. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 32, 1003-1007.
226. Szreder M. (2004), *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
227. Światowy G. (2006), *Zachowania konsumentów. Determinanty oraz metody poznania i kształtowania*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
228. Taylor S. E. (1995), *Health Psychology*, New York: McGraw-Hill Inc.
229. Tazaki S., Imada S., Mori T. (2007), The relationships among the domain of self-esteem, drive for thinness, and restraint eating in japanese adolescent females. *Appetite*, 49, 1, 333.

230. Thompson, J. K. (2004), The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1, 1, 7–14.
231. Thompson, J. K., Altabe, M. N. (1991), Psychometric qualities of the figure rating scale. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 5, 615–619.
232. Tiggemann M. (2005), Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image*, 2, 2, 129-135.
233. Tiggemann M. (2006), The Role of Media Exposure in Adolescent Girls' Body Dissatisfaction and Drive for Thinness: Prospective Results. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 5, 523-541.
234. Tomiyama A. J. (2014), Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight Based Stigma Model. *Appetite*, 2014, 82, 8-15.
235. Tomori M., Rus-Makovec M. (2000), Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26, 5, 361-367.
236. Trottier K., McFarlane T., Olmsted M.P., McCabe R.E. (2003), The Weight Influenced Self-Esteem Questionnaire (WISE-Q): Factor structure and psychometric properties. *Body Image*, 10, 1, 112-120.
237. Turner J. S., Helms D. B. (1999), *Rozwój człowieka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
238. Tyszka T. (2004), *Psychologia ekonomiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
239. Verplanken B., Tangelder Y. (2011), No body is perfect: The significance of habitual negative thinking about appearance for body dissatisfaction, eating disorder propensity, self-esteem and snacking. *Psychology and Health*, 26, 6, 685-701.
240. Waksmańska W., Łukasik R., Mikulska M., Woś H. (2011), Ocena rozwoju fizycznego czteroletnich dziewczynek z miasta Bielsko-Biała w aspekcie wybranych czynników rodzinnośrodowiskowych. *Pediatrics Polska*, 86, 6, 624-629.
241. Wang Y. (2001), Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and relationship between obesity and socioeconomic status. *International Epidemiological Association*, 30, 1129-1136.
242. Wang Y., Beydoun M.A. (2007), The obesity epidemic in the united states- gender, age, socioeconomic, racial/ethnic and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiologic Reviews*, 29, 6-28.
243. Wansink B., Kniffin K.M., Shimizu M. (2012), Death row nutrition. Curious conclusions of last meals. *Appetite*, 59, 3, 837-843.

244. Wardle J. (1987), Eating style: A validation study of the Dutch eating behaviour questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 2, 161–169.
245. Wardle J., Carnell S., Cooke L. (2005), Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related? *J. Am. Diet. Assoc.*, 105, 2, 227-232.
246. Wardle J., Permenter K., Waller J. (2000), Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*, 34, 269-275.
247. Wardle J., Waller J., Fox E. (2002), Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*, 27, 4, 561–573.
248. Waśkiewicz A. (2010), Jakość żywienia i poziom wiedzy zdrowotnej u młodych dorosłych Polaków- badanie WOBASZ. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91, 2, 233-237.
249. Watson D., Suls J., Haig J. (2002), Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 185–197.
250. Wądołowska L. (2010), *Żywieniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
251. WHO, BMI classification, Global Database on Body Mass Index.
252. WHO (2014), Obesity and overweight. Fact sheet 311.
253. Wojtyła-Buciora P., Marcinkowski J.T. (2010), Sposób żywienia, zadowolenie z własnego wyglądu i wyobrażenie o idealnej sylwetce młodzieży licealnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91, 2, 227-232.
254. Woś J. (2003), *Zachowania konsumenckie- teoria i praktyka*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
255. Woynarowska B (2010), *Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna*, [w:] Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: PWN.
256. Woynarowska B., Mazur J. (2003), Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży w wieku 11-15 lat w Polsce w 2002 roku. *Alkoholizm i Narkomania*, t. 16, 3-4, 155-171.
257. Wrześniewski K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Ferenc, D. (2006), *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Polska adaptacja. Podręcznik. Wyd. III, rozszerzone. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
258. Wu Y., Huxley R., Li M., Ma J (2009), The growing burden of overweight and obesity in contemporary China. *Prevention and Control*, 4, 1, 19–26.

259. Zimbardo P. G. (1999), Psychologia i życie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Spis tabel

Tabela 1. Statystyki i ich symbole zawarte w pracy.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy (N=326)

Tabela 3. Wartości korelacji Pearsona dla poszczególnych stwierdzeń Skali Samooceny i jej wyniku ogólnego.

Tabela 4. Wartości korelacji Pearsona między poszczególnymi stwierdzeniami Skali Ograniczonego Spożycia i jej wynikiem ogólnym.

Tabela 5. Wartości korelacji Pearsona między poszczególnymi wynikami Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem a jej wynikiem ogólnym.

Tabela 6. Średnie i odchylenia standardowe dla poszczególnych stwierdzeń Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności (N=326).

Tabela 7. Korelacja między wynikiem ogólnym Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności a jej poszczególnymi kategoriami.

Tabela 8. Klasyfikacja osób dorosłych ze względu na wysokość współczynnika BMI. (*źródło: WHO, BMI classification*)

Tabela 9. Korelacja między wynikami poszczególnych pytań Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem a wynikami Skali Samooceny.

Tabela 10. Korelacje wyników poszczególnych stwierdzeń Skali Samooceny z wynikiem ogólnym Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem.

Tabela 11. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i Skali Samooceny.

Tabela 12. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i Skali Oceny Sylwetki.

Tabela 13. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i Skali Ograniczonego Spożycia.

Tabela 14. Korelacja poszczególnych elementów Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności i Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem.

Tabela 15. Średnie wyniki ważności składu produktu jako czynnika wyboru w poszczególnych grupach wiekowych.

Tabela 16. Średnie wyniki ważności ceny produktu jako czynnika wyboru w zależności od sytuacji materialnej.

- Tabela 17. Średnie wyniki ważności kontroli masy ciała jako czynnika wyboru w zależności od wieku.
- Tabela 18. Średnie wyniki ważności znajomości produktu jako czynnika wyboru w zależności od wieku.
- Tabela 19. Średnie wyniki ważności znajomości produktu jako czynnika wyboru w zależności od miejsca zamieszkania.
- Tabela 20. Średnie wyniki ważności znajomości produktu jako czynnika wyboru w zależności od sytuacji materialnej.
- Tabela 21. Średnie wyniki ważności kwestii etycznych jako czynnika wyboru w zależności od wieku.
- Tabela 22. Średnie wyniki ważności kwestii etycznych jako czynnika wyboru w zależności od sytuacji materialnej.
- Tabela 23. Średnie wyniki ważności kwestii etycznych jako czynnika wyboru w zależności od ilości posiadanych dzieci.

Spis wykresów

- Wykres 1. Struktura badanych osób pod względem poziomu samooceny (N=326).
- Wykres 2. Rozkład wyników dla Skali Samooceny (N=326).
- Wykres 3. Struktura badanych kobiet w zależności od postrzeganej własnej sylwetki (N=326).
- Wykres 4. Struktura badanych kobiet w zależności od postrzeganej idealnej sylwetki (N=326).
- Wykres 5. Ilość osób badanych w zależności od postrzeganej idealnej i własnej sylwetki (326).
- Wykres 6. Rozkład wyników dla niezadowolenia z wyglądu własnego ciała (N=326).
- Wykres 7. Rozkład wyników dla skłonności do ograniczania jedzenia i stosowania diety (N=326).
- Wykres 8. Rozkład wyników dla niewłaściwych zachowań żywieniowych mogących prowadzić do otyłości (N=326).
- Wykres 9. Rozkład wyników dla motywów wpływających na wybór żywności (N=326).
- Wykres 10. Rozkład wyników dla kategorii Zdrowie (N=326).
- Wykres 11. Rozkład wyników dla kategorii Nastroj (N=326).
- Wykres 12. Rozkład wyników dla kategorii Wygoda (N=326).
- Wykres 13. Rozkład wyników dla kategorii Wygląd (N=326).
- Wykres 14. Rozkład wyników dla kategorii Skład (N=326).
- Wykres 15. Rozkład wyników dla kategorii Cena (N=326).
- Wykres 16. Rozkład wyników dla kategorii Kontrola Masy Ciała (N=326).
- Wykres 17. Rozkład wyników dla kategorii Znajomość (N=326).
- Wykres 18. Rozkład wyników dla kategorii Kwestie Etyczne (N=326).
- Wykres 19. Rozkład wyników dla masy ciała badanych osób [kg] (N=326).
- Wykres 20. Rozkład wyników dla wzrostu badanych osób [cm] (N=326).
- Wykres 21. Rozkład wyników dla BMI badanych kobiet (N=326).
- Wykres 22. Struktura wskaźnika BMI w zależności od wieku (N=326).
- Wykres 23. Struktura wieku w zależności od wskaźnika BMI (N=326).
- Wykres 24. Rozrzut wyników dla samooceny i zachowań związanych z niewłaściwym żywieniem.

- Wykres 25. Rozrzut wyników dla niezadowolenia z wyglądu własnego ciała i zachowań związanych z niewłaściwym żywieniem (N=326).
- Wykres 26. Struktura badanych kobiet pod względem zadowolenia z wyglądu własnego ciała w zależności od ich sytuacji materialnej (N=326).
- Wykres 27. Średnie wyniki dla Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem w zależności od wielkości wskaźnika BMI (N=326).
- Wykres 28. Średnie wyniki dla pytania „jak często jesz, kiedy czujesz się źle (smutna, zła, zaniepokojona, zestresowana) w zależności od wielkości wskaźnika BMI (N=326).

Spis rycin

- Ryc. 1. Zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi mogącymi prowadzić do otyłości oraz skłonnością do ograniczania jedzenia i stosowania diety.
- Ryc. 2. Zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz motywami wpływającymi na wybór żywności.
- Ryc. 3. Zależności między samooceną, niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała, w tym postrzegania własnej i idealnej sylwetki oraz czynnikami socjodemograficznymi.

Załączniki

Wzór ankiety

ANKIETA

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Służy ona do celów naukowych i jest całkowicie anonimowa. Prosimy o szczere odpowiedzi.

1. Poniżej znajdują się różne stwierdzenia, które odnoszą się do Twoich przekonań o sobie. Proszę wskazać, w jakim stopniu zgadza się Pani bądź nie zgadza z każdym z tych stwierdzeń, zaznaczając jedną z czterech możliwych odpowiedzi, wstawiając znak x. Prosimy o szczere odpowiedzi.

L.p.	Stwierdzenie	Zdecydowanie nie zgadzam się.	Nie zgadzam się.	Zgadzam się.	Zdecydowanie zgadzam się.
1.	Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.				
2.	Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.				
3.	Ogólnie biorąc jestem skłonna sądzić, że nie wiecie mi się.				
4.	Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość ludzi.				
5.	Uważam, że nie mam zbyt wiele powodów, aby być z siebie dumną				
6.	Lubię siebie.				
7.	Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolona.				
8.	Chciałabym mieć więcej szacunku dla samej siebie.				
9.	Czasami czuję się bezużyteczna.				
10.	Niekiedy uważam, że jestem do niczego.				

2.

A. Proszę zaznaczyć (podkreślić lub wziąć w kółko) numer sylwetki, która na przedstawionych poniżej rysunkach jest najbardziej zbliżona do Pani sylwetki.



B. Proszę zaznaczyć (podkreślić lub wziąć w kółko) numer sylwetki, która na przedstawionych poniżej rysunkach jest Pani zdaniem najbardziej idealna.



3. Poniżej znajdują się określenia dotyczące różnych zachowań związanych z żywieniem. Proszę określić jak często występują one w Pani życiu poprzez zaznaczenie znakiem x jednej z pięciu możliwych odpowiedzi.

L.p.	Stwierdzenie	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Bar- dzo czę- sto
1.	Jeżeli utyjesz będziesz jadła mniej, niż normalnie.					
2.	Czy ograniczasz porcje posiłków, pomimo iż zjadłabyś więcej.					
3.	Jak często odmawiasz oferowanego jedzenia lub picia, ponieważ dbasz o wagę?					
4.	Zwracasz uwagę na to, co jesz.					
5.	Specjalnie dobierasz produkty niskokaloryczne.					
6.	Jeżeli zjadłaś za dużo, czy następnego dnia zjesz mniej.					

7.	Czy umyślnie jadasz mniej, aby nie przybrać na wadze?					
8.	Jak często próbujesz nie jeść między posiłkami, aby nie utyć?					
9.	Jak często wieczorem próbujesz nie jeść, ponieważ boisz się utyć?					

4. Poniżej znajdują się określenia dotyczące różnych zachowań w stosunku do jedzenia. Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu się z nimi Pani zgadza bądź nie zgadza wstawiając znak x w wybranej rubryce z pięciu możliwych odpowiedzi.

L.p.	Stwierdzenie	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Bardzo często
1.	Jak często jadasz duże porcje jedzenia?					
2.	Jak często wybierasz jedzenie wysokokaloryczne?					
3.	Jak często wybierasz tłuste jedzenie?					
4.	Jak często pijesz napoje wysokokaloryczne (alkohol, napoje gazowane, soki lub dodajesz cukier do napojów)?					
5.	Jak często nie jesz śniadania?					
6.	Jak często jesz mało w pierwszej połowie dnia, a potem zbyt dużo w drugiej (po południu i wieczorem)?					
7.	Jak często podjadasz w ciągu dnia?					
8.	Jak często jesz w czasie wykonywania innych czynności (oglądania telewizji, prowadzenia samochodu, pracy przy komputerze) zamiast skupienia się wyłącznie na jedzeniu?					
9.	Jak często jesz dalej, mimo, że czujesz się najedzona lub gdy inni ludzie normalnie czuliby się najedzeni?					
10.	Jak często jesz, kiedy jesteś znudzona?					
11.	Jak często jesz, kiedy czujesz się źle (smutna, zła, zaniepokojona, zestresowana)?					
12.	Jak często jesz wyłącznie dla przyjemności z jedzenia?					
13.	Jak często jesz w ramach nagrody?					

14.	Jak często miewasz napady objadania się (jesz duże porcje jedzenia w ciągu dwóch lub mniej godzin i czujesz, że nie masz nad tym kontroli)?					
15.	Jak często jesz normalne porcje jedzenia, ale czujesz, że nie masz nad tym kontroli?					
16.	Jak często jesz szybko, bez skupienia się na smaku potrawy?					
17.	Jak często jesz w tajemnicy przed innymi?					
18.	Jak często jesz w sposób chaotyczny (brak regularności posiłków)?					
19.	Jak często jesz na zmianę bardzo dobrze, a potem bardzo źle?					
20.	Jak często jedzenie w ciągu tygodnia znacząco różni się od jedzenia w weekendy?					
21.	Jak często unikasz jedzenia posiłków przygotowanych w domu (jadasz dania na wynos, w restauracjach)?					
22.	Jak często unikasz zdrowego jedzenia (takich jak warzywa i owoce)?					
23.	Jak często nadmiernie unikasz uczucia głodu (jesz natychmiast gdy tylko poczujesz zbliżający się głód albo nawet zanim głód się pojawi)?					
24.	Jak często jesz w nocy?					
25.	Inne (jakie?)					

5. Istnieje wiele czynników wpływających na wybór produktów żywnościowych. Dla każdego człowieka są one inne. Poniższe stwierdzenia mają na celu ustalenie, które czynniki są ważne przy wyborze produktów do jedzenia. Proszę przeczytać każde stwierdzenie uważnie i następnie zaznaczyć jak ważne jest ono dla Pani, wstawiając znak X w wybraną rubrykę.

L.p.	Jest dla mnie ważne aby jedzenie spożywane przez przeciętnego dnia: przez mnie	W ogóle nie ważne	Trochę ważne	Ważne	Bardzo ważne
1.	Było łatwe do przygotowania.				
2.	Nie zawierało ulepszaczy żywności.				
3.	Było niskokaloryczne.				
4.	Było smaczne.				
5.	Zawierało składniki naturalne.				
6.	Nie było drogie.				

7.	Było niskotłuszczowe.				
8.	Było mi znane.				
9.	Zawierało błonnik.				
10.	Było odżywcze.				
11.	Było łatwodosiępne w sklepach lub supermarketach.				
12.	Było warte swojej ceny.				
13.	Poprawiało mi nastrój.				
14.	Ładnie pachniało.				
15.	Było proste do ugotowania.				
16.	Pomagało mi radzić sobie ze stresem.				
17.	Pomagało mi kontrolować wagę mojego ciała.				
18.	Miało przyjemną konsystencję.				
19.	Było opakowane w sposób przyjazny dla środowiska.				
20.	Pochodziło z krajów, które popieram politycznie.				
21.	Było jak jedzenie, które jadłem (jadłam) w dzieciństwie.				
22.	Zawierało dużo witamin i składników mineralnych.				
23.	Nie zawierało dodatków sztucznych.				
24.	Dodawałoby mi energii.				
25.	Wyglądało ładnie.				
26.	Pomagało mi się zrelaksować.				
27.	Było wysokobiałkowe.				
28.	Było szybkie w przygotowaniu.				
29.	Pomagało mi być zdrowym.				
30.	Było dobre dla mojej skóry/zębów/włosów/ paznokci itp.				
31.	Pozwalałoby mi się czuć się dobrze.				
32.	Zawierało jasną informację dotyczącą kraju, z którego pochodzi.				
33.	Było tym, co zwykle jadam.				
34.	Pomagało mi radzić sobie z problemami dnia codziennego.				
35.	Można było kupić w sklepach blisko miejsca mojego zamieszkania lub pracy.				

36.	Było tanie.				
-----	-------------	--	--	--	--

6. Proszę o podanie danych

Wiek: do 25 lat / 26-39 lat / 40-60/ powyżej 60

Waga.....

Wzrost.....

Miejsce zamieszkania: duże miasto / średnie miasto / małe miasto / wieś

Wykształcenie: podstawowe/ średnie/ wyższe

Sytuacja materialna: bardzo dobra / dobra / przeciętna / zła

Aktualnie jestem osobą pracującą/ niepracującą

Stan cywilny: panna/ mężatka / wdowa/ rozwódka/ w związku nieformalnym

Ilość dzieci: brak / 1/ 2/ 3/ 4/ 5 i więcej

Bardzo dziękuję za wypełnienie ankiety

Tabela 1. Korelacja między poszczególnymi kategoriami Skali Czynników Wpływających na Wybór Żywności

		Zdrowie	Nastroj	Wygoda	Wygląd	Skład	Cena	Kontrola Masy Ciała	Znajomość	Kwestie etyczne
Zdrowie	r	1	0,39**	0,13*	0,26**	0,72**	0,27**	0,58**	0,21**	0,51**
	p		0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nastroj	r	0,39**	1	0,40**	0,50**	0,24**	0,47**	0,37**	0,41**	0,34**
	p	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Wygoda	r	0,13*	0,40**	1	0,24**	0,02	0,48**	0,22**	0,39**	0,13**
	p	0,02	0,00		0,00	0,77	0,00	0,00	0,00	0,02
Wygląd	r	0,26**	0,50**	0,24**	1	0,25**	0,37**	0,10	0,29**	0,33**
	p	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,07	0,00	0,00
Skład	r	0,72**	0,24**	0,02	0,25**	1	0,10	0,45**	0,11*	0,45**
	p	0,00	0,00	0,77	0,00		0,08	0,00	0,05	0,00
Cena	r	0,27**	0,47**	0,48**	0,37**	0,10	1	0,31**	0,38**	0,21**
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08		0,00	0,00	0,00
Kontrola Masy Ciała	r	0,58**	0,37**	0,22**	0,10	0,45**	0,31**	1	0,18*	0,38**
	p	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00		0,00	0,00
Znajomość	r	0,21**	0,41**	0,39**	0,29**	0,11*	0,38**	0,18**	1	0,31**
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00		0,00
Kwestie etyczne	r	0,51**	0,34**	0,13*	0,33	0,45**	0,21**	0,38**	0,31**	1
	p	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

***. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).*

**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).*

Tabela 2. BMI w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, sytuacji materialnej i zawodowej oraz ilości posiadanych dzieci.

		BMI											
		niedowaga		waga w normie				nadwaga		otyłość			
		% z N w kolumnie	N	% z N w wierszu	% z N w kolumnie	N	% z N w wierszu	% z N w kolumnie	N	% z N w wierszu	% z N w kolumnie	N	% z N w wierszu
Wiek	do 25 lat	33.3%	4	9.5%	18.6%	34	81.0%	3.5%	3	7.1%	2.2%	1	2.4%
	26-39 lat	50.0%	6	3.7%	53.6%	98	60.5%	45.9%	39	24.1%	41.3%	19	11.7%
	40-60	16.7%	2	2.2%	22.4%	41	46.1%	31.8%	27	30.3%	41.3%	19	21.3%
	powyżej 60	0.0%	0	0.0%	5.5%	10	30.3%	18.8%	16	48.5%	15.2%	7	21.2%
Miejsce zamieszkania	duże miasto	50.0%	6	3.6%	56.3%	103	60.9%	52.9%	45	26.6%	32.6%	15	8.9%
	średnie miasto	41.7%	5	4.7%	30.1%	55	51.4%	35.3%	30	28.0%	37.0%	17	15.9%
	małe miasto	8.3%	1	2.9%	9.3%	17	50.0%	7.1%	6	17.6%	21.7%	10	29.4%
	wieś	0.0%	0	0.0%	4.4%	8	50.0%	4.7%	4	25.0%	8.7%	4	25.0%
Wykształcenie	podstawowe	16.7%	2	9.5%	6.0%	11	52.4%	4.7%	4	19.0%	8.7%	4	19.0%
	średnie	0.0%	0	0.0%	21.9%	40	47.1%	38.8%	33	38.8%	26.1%	12	14.1%
	wyższe	83.3%	10	4.5%	72.1%	132	60.0%	56.5%	48	21.8%	65.2%	30	13.6%
Stan cywilny	panna	58.3%	7	8.1%	31.1%	57	66.3%	15.3%	13	15.1%	19.6%	9	10.5%
	mężatka	33.3%	4	2.4%	44.8%	82	48.2%	67.1%	57	33.5%	58.7%	27	15.9%
	wdowa	0.0%	0	0.0%	1.6%	3	60.0%	1.2%	1	20.0%	2.2%	1	20.0%
	rozwódka	0.0%	0	0.0%	10.4%	19	55.9%	12.9%	11	32.4%	8.7%	4	11.8%
	w związku nieformalnym	8.3%	1	3.2%	12.0%	22	71.0%	3.5%	3	9.7%	10.9%	5	16.1%
Praca	osoba niepracująca	25.0%	3	3.9%	16.9%	31	40.8%	29.4%	25	32.9%	37.0%	17	22.4%
	osoba pracująca	75.0%	9	3.6%	83.1%	152	60.8%	70.6%	60	24.0%	63.0%	29	11.6%
Sytuacja materialna	bardzo dobra	8.3%	1	2.4%	15.3%	28	66.7%	10.6%	9	21.4%	8.7%	4	9.5%
	dobra	58.3%	7	3.9%	54.6%	100	56.2%	56.5%	48	27.0%	50.0%	23	12.9%
	przeciętna	25.0%	3	3.2%	27.3%	50	52.6%	30.6%	26	27.4%	34.8%	16	16.8%
	zła	8.3%	1	9.1%	2.7%	5	45.5%	2.4%	2	18.2%	6.5%	3	27.3%
Ilość dzieci	brak	66.7%	8	7.3%	41.5%	76	69.1%	16.5%	14	12.7%	26.7%	12	10.9%
	1	8.3%	1	1.1%	27.9%	51	58.0%	28.2%	24	27.3%	26.7%	12	13.6%
	2	25.0%	3	2.9%	24.6%	45	43.7%	41.2%	35	34.0%	44.4%	20	19.4%
	3	0.0%	0	0.0%	4.9%	9	56.3%	8.2%	7	43.8%	0.0%	0	0.0%
	4	0.0%	0	0.0%	.5%	1	14.3%	5.9%	5	71.4%	2.2%	1	14.3%
	5 i więcej	0.0%	0	0.0%	.5%	1	100.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%

Tabela 3. Różnice między wynikami Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem w zależności od poziomu samooceny.

samoocena		różnica średnich	SE
bardzo niska	niska	12,8*	4.23
	przeciętna	27,83*	3.94
	wysoka	34,86*	4.02
	bardzo wysoka	45,08*	4.57
niska	bardzo niska	-12,84*	4.23
	przeciętna	14,99*	2.56
	wysoka	22,02*	2.68
	bardzo wysoka	32,24*	3.46
przeciętna	bardzo niska	-27,83*	3.94
	niska	-14,99*	2.56
	wysoka	7,03*	2.19
	bardzo wysoka	17,25*	3.10
wysoka	bardzo niska	-34,86*	4.02
	niska	-22,02*	2.68
	przeciętna	-7,03*	2.19
	bardzo wysoka	10,22*	3.20
bardzo wysoka	bardzo niska	-45,08*	4.57
	niska	-32,24*	3.46
	przeciętna	-17,25*	3.10
	wysoka	-10,22*	3.20

*. Różnica średnich jest istotna na poziomie 0.05.

Tabela 4. Zależności między poszczególnymi stwierdzeniami Skali Samooceny i Skali Zachowań Związanych z Niewłaściwym Jedzeniem.

	Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	Ogólnie biorąc jestem skłonna sądzić, że nie wiem mi się.	Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość ludzi.	Uważam, że nie mam zbyt wiele powodów, aby być z siebie dumną	Lubię siebie.	Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolona.	Chciała bym mieć więcej szacunku dla samej siebie.	Czasami czuję się bezużyteczna.	Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	wynik ogólny
Jak często jadasz duże porcje jedzenia?	-.288**	-.233**	-.222**	-.204**	-.220**	-.269**	-.324**	-.329**	-.322**	-.281**	-.410**
Jak często wybierasz jedzenie wysokokaloryczne?	-.283**	-.302**	-.267**	-.281**	-.221**	-.374**	-.414**	-.346**	-.319**	-.353**	-.477**
Jak często wybierasz tłuste jedzenie?	-.269**	-.295**	-.155**	-.216**	-.221**	-.321**	-.361**	-.341**	-.307**	-.274**	-.418**
Jak często pijesz napoje wysokokaloryczne (alkohol, napoje gazowane, soki lub dodajesz cukier do napojów)?	-.270**	-.266**	-.209**	-.206**	-.262**	-.295**	-.373**	-.244**	-.284**	-.314**	-.412**
Jak często nie jesz śniadania?	-.269**	-.196**	-.201**	-.217**	-.282**	-.181**	-.235**	-.282**	-.217**	-.223**	-.350**
Jak często jesz mało w pierwszej połowie dnia, a potem zbyt dużo w drugiej (po południu i wieczorem)?	-.385**	-.300**	-.264**	-.262**	-.331**	-.336**	-.360**	-.383**	-.366**	-.258**	-.491**
Jak często podjadasz w ciągu dnia?	-.340**	-.323**	-.235**	-.292**	-.277**	-.375**	-.388**	-.330**	-.329**	-.340**	-.487**
Jak często jesz w czasie wykonywania innych czynności (oglądania telewizji, prowadzenia samochodu, pracy przy komputerze) zamiast skupienia się wyłącznie na jedzeniu?	-.251**	-.238**	-.217**	-.189**	-.264**	-.362**	-.354**	-.269**	-.309**	-.315**	-.419**
Jak często jesz dalej mimo, że czujesz się najedzony(a) lub gdy inni ludzie normalnie czuliby się najedzeni?	-.283**	-.246**	-.198**	-.244**	-.222**	-.357**	-.430**	-.330**	-.328**	-.271**	-.438**
Jak często jesz kiedy jesteś zmęczony (a)?	-.328**	-.309**	-.285**	-.233**	-.265**	-.450**	-.462**	-.328**	-.385**	-.361**	-.514**
Jak często jesz kiedy czujesz się źle (smutny(a), zły (a), zaniepokojony (a), zestresowany (a))?	-.320**	-.230**	-.204**	-.157**	-.233**	-.348**	-.408**	-.244**	-.326**	-.293**	-.417**
Jak często jesz wyłącznie dla przyjemności z jedzenia?	-.269**	-.256**	-.211**	-.176**	-.259**	-.262**	-.294**	-.269**	-.362**	-.222**	-.392**
Jak często jesz w ramach nagrody?	-.283**	-.243**	-.116**	-.194**	-.189**	-.337**	-.313**	-.230**	-.329**	-.257**	-.377**
Jak często miewasz napady objadania się (jesz duże porcje jedzenia w ciągu dwóch lub mniej godzin i czujesz, że nie masz nad tym kontroli)?	-.321**	-.263**	-.200**	-.248**	-.297**	-.359**	-.331**	-.306**	-.318**	-.252**	-.436**
Jak często jesz normalne porcje jedzenia, ale czujesz, że nie masz nad tym kontroli?	-.326**	-.271**	-.180**	-.275**	-.248**	-.323**	-.342**	-.313**	-.301**	-.204**	-.418**
Jak często jesz szybko, bez skupienia się na smaku potrawy?	-.309**	-.244**	-.219**	-.192**	-.299**	-.304**	-.317**	-.346**	-.302**	-.334**	-.438**
Jak często jesz w tajemnicy przed innymi?	-.297**	-.187**	-.099**	-.188**	-.228**	-.360**	-.295**	-.322**	-.298**	-.165**	-.368**
Jak często jesz w sposób chaotyczny (brak regularności posiłków)?	-.297**	-.265**	-.172**	-.214**	-.211**	-.333**	-.366**	-.228**	-.362**	-.314**	-.418**
Jak często jesz na zmianę bardzo dobrze, a potem bardzo źle?	-.334**	-.255**	-.171**	-.179**	-.257**	-.367**	-.381**	-.313**	-.386**	-.302**	-.448**
Jak często jedzenie w ciągu tygodnia znacząco różni się od jedzenia w weekendy?	-.288**	-.228**	-.141**	-.215**	-.193**	-.265**	-.317**	-.197**	-.333**	-.268**	-.370**
Jak często unikasz jedzenia posiłków przygotowanych w domu (jadasz dania na wynos, w restauracjach)?	-.260**	-.223**	-.142**	-.153**	-.205**	-.307**	-.301**	-.207**	-.312**	-.293**	-.365**
Jak często unikasz zdrowego jedzenia (takich jak warzywa i owoce)?	-.351**	-.277**	-.176**	-.233**	-.243**	-.402**	-.357**	-.365**	-.272**	-.227**	-.436**
Jak często nadmiernie unikasz uczucia głodu (jesz natychmiast gdy tylko poczujesz zbliżający się głód albo nawet zanim głód się pojawi)?	-.246**	-.273**	-.141**	-.199**	-.118**	-.311**	-.304**	-.229**	-.229**	-.232**	-.342**
Jak często jesz w nocy?	-.223**	-.180**	-.109**	-.078**	-.186**	-.197**	-.152**	-.165**	-.130**	-.127**	-.234**
Inne?	.051	.054	-.003	-.019	-.011	-.008	-.051	-.059	-.049	-.020	-.020
wynik ogólny	-.428**	-.367**	-.275**	-.304**	-.347**	-.469**	-.494**	-.416**	-.449**	-.392**	-.596**

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Tabela 5. Zależności między poszczególnymi stwierdzeniami Skali Ograniczonego Spożycia a Skalą Czynników Wpływających na Wybór Żywności.

L.p.	Stwierdzenie	Kontrola Masy Ciała
10.	Jeżeli utyjesz będziesz jadła mniej, niż normalnie.	0,24**
11.	Czy ograniczasz porcje posiłków, pomimo iż zjadłabyś więcej.	0,43**
12.	Jak często odmawiasz oferowanego jedzenia lub picia, ponieważ dbasz o wagę?	0,45**
13.	Zwracasz uwagę na to, co jesz.	0,32**
14.	Specjalnie dobierasz produkty niskokaloryczne.	0,61**
15.	Jeżeli zjadłś za dużo, czy następnego dnia zjesz mniej.	0,44**
16.	Czy umyślnie jadasz mniej, aby nie przybrać na wadze?	0,44**
17.	Jak często próbujesz nie jeść między posiłkami, aby nie utyć?	0,48**
18.	Jak często wieczorem próbujesz nie jeść, ponieważ boisz się utyć?	0,41**

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Tabela 6. Skłonność do ograniczania jedzenia i stosowania diety a wiek (N=326).

Przedział wiekowy	Ilość osób	\bar{x}	s
do 25 lat	42	23,67	7,68
26-39 lat	162	25,04	7,11
40-60	89	25,38	6,78
powyżej 60	33	32,67	8,12
Ogółem	326	25,73	7,56