

Nina Ogińska-Bulik*, Agnieszka Gutowska-Wyka**

Spostrzegana kontrola a zwyczaje żywieniowe u nastolatków z nadwagą

Perceived control and eating habits in teenagers with overweight

*Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, **Katedra Psychologii Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

Przyzwyczajenia, czy zwyczaje żywieniowe nabywane są w toku socjalizacji. Złe nawyki żywieniowe, do których zalicza się między innymi przejadanie się, podjadanie między posiłkami, restrykcje dietetyczne, czy posiłki spożywane nieregularnie, kształtowane są już od dzieciństwa. Niektóre z nich, jak np. przejadanie się, czy restrykcje dietetyczne mogą wyrażać niezaspokojone potrzeby jednostki i stanowić pewnego rodzaju formę radzenia sobie ze stresem oraz z własnymi emocjami (12). Nieprawidłowe nawyki żywieniowe sprzyjają nadwadze i otyłości, a tym samym stanowią zagrożenie dla zdrowia jednostki.

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą zachowaniami zdrowotnymi człowieka kierują oczekiwania i bodźce. Oczekiwania stanowią ważny element procesów poznawczych, zaangażowanych w kształtowanie zamiarów. Bodźce z kolei wiążą się z subiektywną ważnością danego przedmiotu lub wyniku i regulują zachowania na zasadzie wzmocnień (1, 4). W ocenie ważności oczekiwań i bodźców podstawowe znaczenie ma spostrzegana kontrola, którą można określić, jako „przekonanie, że można wpływać na własne stany wewnętrzne i zachowania, na środowisko i uzyskiwać pożądane skutki” (17). Spostrzegana kontrola wyraża przekonania odnoszące się do własnych możliwości.

Wyróżnia się dwa główne wymiary spostrzeganej kontroli, jeden związany z przedmiotem kontroli, drugi z czasem. Kontrola może dotyczyć

własnego zachowania, procesu i skutków oraz może się odnosić do zdarzeń przeszłych, obecnych i przyszłych. Przekonania dotyczące przyczyn odnoszą się do powodów minionych zdarzeń, podczas gdy przekonania dotyczące umiejscowienia kontroli wiążą się z oczekiwaniami dotyczącymi przyszłych sytuacji. Umiejscowienie kontroli jest więc uogólnionym oczekiwaniem, wyrażającym przekonania, że własne działania są narzędziem do osiągnięcia celu (11). Osoby, które oczekują, że uzyskane przez nich wyniki będą zależały od ich własnej aktywności (wewnętrzne umiejscowienie kontroli), pozostają pod wpływem kontroli osobistej. Z kolei jednostki, które są skłonne przypisywać uzyskane wyniki wpływowi innych lub przypadkowi (zewewnętrzne umiejscowienie kontroli), pozostają poza kontrolą osobistą.

Poczucie własnej skuteczności, zwane także spostrzeganą kontrolą behawioralną (15), wyraża subiektywne przekonanie, że możliwości, jakimi dysponuje jednostka, są wystarczające do przeprowadzenia zamierzonych działań (2, 8). Jest to inaczej spostrzegana własna kompetencja do wykonania danego działania.

Przekonania dotyczące sprawowania kontroli (w tym nad własnym zdrowiem), czy też oczekiwania co do własnych możliwości poradzenia sobie z różnymi trudnymi sytuacjami, traktowane są jako czynniki pośredniczące między zamiarem a działaniem. Zmiana zachowań, w tym również zachowań związanych z jedzeniem, jest więc

zależna od spostrzeganej własnej zdolności do poradzenia sobie i mobilizowania posiadanych zasobów niezbędnych do sprostania wymaganiom sytuacji. Tak więc zgeneralizowane poczucie własnej skuteczności obejmuje także zasoby osobiste w radzeniu sobie i w ten sposób wykazuje podobieństwo do dyspozycyjnego optymizmu. Jak podkreślają Schwarzer i Fuchs (16), optymizm jest pojęciem szerszym i odnosi się nie tylko do oczekiwania pozytywnych skutków własnego działania, ale także do przekonań odnośnie do posiadania zasobów osobistych, w tym poczucia własnej skuteczności, pozwalających na poradzenie sobie.

Można więc przyjąć, że przejawiane przez jednostkę zwyczaje żywieniowe, aczkolwiek kształtowane przede wszystkim przez środowisko rodzinne, są także efektem spostrzeganej kontroli, tj. poczucia własnej skuteczności, poziomu optymizmu, umiejscowienia kontroli.

Cel badań

Celem badań było ustalenie związków zachodzących między spostrzeganą kontrolą, obejmującą poczucie własnej skuteczności, przejawiany optymizm oraz umiejscowienie kontroli zdrowia, a zwyczajami żywieniowymi u nastolatków z nadwagą.

Metoda badań

W badaniach uczestniczyło 106 dziewcząt w wieku 16–17 lat z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała (BMI > 23.6)¹. W badaniach zastosowano 4 techniki badawcze, z których trzy pierwsze zostały zaadaptowane do warunków polskich przez Juczyńskiego (9), zaś kwestionariusz „Moje zwyczaje żywieniowe” został przygotowany przez Ogińską-Bulik i Putyńskiego (13). Są to następujące techniki:

- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale* – GSES) Schwarzera i wsp., która ujmuje siłę ogólnych przekonań co do możliwości radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami;

- Test Orientacji Życiowej (*Life Orientation Test* – LOT), Scheiera i wsp., do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu – wyrażającego uogólnione oczekiwania wobec przyszłości;
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (*Multidimensional Health Locus of Control* – MHLC), Wallstona i wsp., która ujmuje przekonania dotyczące umiejscowienia kontroli zdrowia w trzech wymiarach: wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – mierzące stopień przekonania co do tego, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy od nas samych; wpływ innych – dotyczący przekonania, że własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego; oraz przypadek – przekonanie, że o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne;
- Kwestionariusz „Moje zwyczaje żywieniowe” (13) służy do pomiaru nawyków (zwyczajów) żywieniowych u osób dorosłych i starszej młodzieży. Jego wyniki mogą być stosowane w celu diagnozowania zaburzeń w odżywianiu, a przede wszystkim do przewidywania skłonności do tycia. Obejmuje ogólny wskaźnik zwyczajów żywieniowych oraz trzy czynniki: nawykowe przejadanie się, emocjonalne przejadanie się oraz restrykcje dietetyczne. Wysoki wynik uzyskany w kwestionariuszu świadczy o nieprawidłowych nawykach żywieniowych, tj. tendencji do przejadania się, bądź powstrzymywania się od jedzenia. Wskazane jest obliczanie wyników oddzielnie dla poszczególnych czynników. Kwestionariusz pozwala bowiem na rozróżnienie, czy objadanie się ma charakter nawykowy czy emocjonalny.

Wyniki badań

W celu sprawdzenia, czy istnieje związek między spostrzeganą kontrolą, obejmującą poczucie własnej skuteczności, optymizm oraz umiejscowienie kontroli zdrowia, a zwyczajami żywieniowymi u nastolatków z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała, obliczono współczynniki korelacji, które przedstawiono w tabeli 1.

1. Wskaźniki BMI dla dziewcząt – według Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie.

Tabela 1. Współczynniki korelacji między postrzeganą kontrolą a zwyczajami żywieniowymi u nastolatków z nadwagą

	Zwyczaje żywieniowe			
	czynniki			wskaźnik ogólny
	1	2	3	
Poczucie własnej skuteczności	-0.53***	-0.50***	0.09	-0.48***
Poziom optymizmu	-0.37***	-0.37***	0.04	-0.31***
Umiejscowienie kontroli zdrowia:				
Wewnętrzne	-0.03	-0.12	-0.22	-0.04
Przypadek	0.02	0.05	0.06	0.01
Inni	0.08	0.15	0.02	0.10

* $p < 0.05$, *** $p < 0.001$

Czynniki: 1. nawykowe przejadanie się; 2. emocjonalne przejadanie się; 3. restrykcje dietetyczne.

Przedstawione współczynniki korelacji wskazują na silny, negatywny związek poczucia własnej skuteczności i poziomu optymizmu ze zwyczajami żywieniowymi, przejawiającymi się w nawykowym i emocjonalnym przejadaniu się. Oznacza to, że im niższe poczucie własnej skuteczności i niższy poziom optymizmu, tym gorsze zwyczaje żywieniowe (wyższy wynik), a przede wszystkim – wzmożone przejadanie się, zarówno nawykowe jak i emocjonalne. Umiejscowienie kontroli zdrowia nie koreluje z nawykami żywieniowymi w żadnym z wymiarów.

W kolejnej części analizy dokonano podziału badanych dziewcząt na trzy grupy różniące się poziomem poczucia własnej skuteczności i optymizmu, a następnie sprawdzono nasilenie zwyczajów żywieniowych w każdej z grup. W przypadku umiejscowienia kontroli zdrowia, zgodnie z propozycją Juczyńskiego (10) badane dziewczęta podzielono na 6 typów, tj. 1) wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia przy niskim przypadku; 2) wewnętrzne umiejscowienie kontroli przy niskim poziomie wpływu innych; 3) zewnętrzne umiejscowienie kontroli – przypadek; 4) zewnętrzne umiejscowienie kontroli – wpływ innych; 5) typ nieodróżnicowany – silny, charakteryzujący się wysokimi wynikami w zakresie wszystkich trzech wymiarów, tj. wewnętrznego umiejscowienia, przypadku i wpływu innych; 6) typ odróżnicowany słaby o niskich wynikach w zakresie trzech wymienionych wymiarów.

W celu określenia różnic pomiędzy poszczególnymi grupami wykorzystano jednoczynniko-

wą analizę wariancji. Wyniki przedstawiono w tabelach 2–4.

Wyniki analizy wariancji wskazują, że poczucie własnej skuteczności w największym stopniu wpływa na nawykowe przejadanie się i wyjaśnia blisko 28% wariancji wyników, natomiast nie wykazuje związku z restrykcjami dietetycznymi. Najgorsze zwyczaje żywieniowe (najwyższy wynik) zanotowano w grupie dziewcząt o niskim poczuciu własnej skuteczności, zaś najlepsze w grupie charakteryzującej się wysokim poczuciem własnej skuteczności. Dziewczęta z niskim poczuciem własnej skuteczności, w porównaniu z jednostkami charakteryzującymi się wysokim poziomem tej zmiennej, wykazują silniejsze tendencje zarówno do nawykowego, jak i emocjonalnego przejadania się.

Poziom optymizmu w znacznie mniejszym stopniu wpływa na zwyczaje żywieniowe nastolatków z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała. W największym stopniu (7% wariancji wyników) optymizm wyjaśnia emocjonalne przejadanie się, natomiast nie różnicuje restrykcji dietetycznych. Wyniki wskazują, że dziewczęta z niskim poziomem optymizmu, w porównaniu z jednostkami o wysokim nasileniu tej zmiennej, charakteryzują się gorszymi nawykami żywieniowymi, tj. wykazują silniejsze skłonności zarówno do emocjonalnego, jak i nawykowego przejadania się.

Umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa na nawyki żywieniowe dziewcząt z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała w stopniu nieznacznym. Wpływ ten dotyczy przede wszystkim nawyko-

Tabela 2. Wyniki analizy wariancji dotyczące związku poczucia własnej skuteczności z nawykami żywieniowymi u badanych dziewcząt

	Zwyczaje żywieniowe							
	czynniki						wskaźnik ogólny	
	1		2		3			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Poczucie skuteczności								
niskie (n=34)	6.35	2.17	7.05	1.79	5.29	2.13	18.70	4.79
przeciętne (n=32)	3.62	2.51	5.31	2.02	5.37	2.75	14.31	4.85
wysokie (n=30)	2.26	2.01	4.00	1.85	5.20	2.52	11.46	3.98
	F(2,93) =27.73***		F(2,93) =21.13***		F(2,93) =0.03		F(2,93) =20.43***	

*** p<0.001

Czynniki: 1. nawykowe przejadanie się; 2. emocjonalne przejadanie się; 3. restrykcje dietetyczne.

Tabela 3. Wyniki analizy wariancji dotyczące związku poziomu optymizmu z nawykami żywieniowymi u badanych dziewcząt

	Zwyczaje żywieniowe							
	Czynniki						Wskaźnik ogólny	
	1		2		3			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Poziom optymizmu:								
niski (n=34)	5.33	2.82	6.46	2.34	4.86	2.45	16.67	5.71
przeciętny (n=32)	4.47	2.87	5.42	2.13	5.36	2.48	15.26	5.87
wysoki (n=30)	3.00	2.58	4.52	1.91	5.64	2.65	13.17	4.93
	F(2,99) = 5.91**		F(2,99) = 6.59**		F(2,99) = 0.76		F(2,99) = 3.25*	

*P<0.05, ** p<0.01

Czynniki: 1. nawykowe przejadanie się; 2. emocjonalne przejadanie się; 3. restrykcje dietetyczne.

wego przejadania się i restrykcji dietetycznych. Najstabsze tendencje do nawykowego przejadania zanotowano u dziewcząt, które charakteryzuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (i niski przypadek), najsilniejsze – grupa dziewcząt o niezróżnicowanym umiejscowieniu kontroli zdrowia (wysokie wyniki w zakresie trzech wymiarów). Dziewczęta zewnętrznie umiejscawiające kontrolę zdrowia (z dominacją przypadku) wykazują niższe

skłonności do restrykcji dietetycznych niż jednostki z wewnętrznym i niezróżnicowanym umiejscowieniem kontroli zdrowia.

W celu ustalenia, które z analizowanych zmiennych, składające się na spostrzeganą kontrolę, mogą przewidywać zwyczaje żywieniowe nastolatków, zastosowano wielokrotną analizę regresji, oddzielnie dla zwyczajów żywieniowych ogółem i dla poszczególnych czynników (tabela 5).

Tabela 4. Wyniki analizy wariancji dotyczące związku umiejscowienia kontroli zdrowia z nawykami żywieniowymi u badanych dziewcząt

	Zwyczaje żywieniowe							
	Czynniki						Wskaźnik ogólny	
	1		2		3			
Umiejscowienie kontroli zdrowia:	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. wewnętrzne – niski przypadek (n=12)	1.83	1.74	4.50	2.61	6.33	2.30	12.66	5.48
2. wewnętrzne – mały wpływ innych (n=32)	4.56	2.96	5.37	2.15	5.50	2.27	15.43	5.97
3. zewnętrzne – przypadek (n=10)	5.20	2.34	5.80	1.93	3.00	1.88	14.00	5.16
4. zewnętrzne – inni (n=20)	4.90	2.95	5.50	2.30	4.30	2.15	14.70	5.78
5. nieodróżnicowane – silne (n=18)	5.55	2.57	5.88	2.72	5.89	2.72	17.33	6.28
6. nieodróżnicowane – słabe (n=14)	2.57	2.27	4.85	1.40	5.85	2.74	13.28	2.26
	F(5,100) = 4.58**		F(5,100) = 0.74		F(5,100) = 3.46**		F(5,100) = 1.44	

** p<0.01

Czynniki: 1. nawykowe przejadanie się; 2. emocjonalne przejadanie się; 3. restrykcje dietetyczne.

Tabela 5. Wyniki analizy regresji wielokrotnej – zwyczaje żywieniowe

Zmienne	wartość B	Beta	T	p.u.	R ²
zwyczaje żywieniowe – ogółem					
poczucie własnej skuteczności	-0.54	-0.54	-6.10	0.00	0.22
wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia	0.22	0.20	2.32	0.02	0.27
wartość stała	24.87		8.37	0.00	
nawykowe przejadanie się					
poczucie własnej skuteczności	-0.30	-0.58	-6.12	0.00	0.28
umiejscowienie kontroli zdrowia – wpływ innych	-0.13	-0.30	-3.23	0.00	0.33
optymizm	-0.12	-0.22	-2.50	0.01	0.37
wartość stała	17.68		8.74	0.00	
emocjonalne przejadanie się					
poczucie własnej skuteczności	-0.16	-0.42	-4.52	0.00	0.25
optymizm	-0.08	-0.18	-1.99	0.05	0.27
wartość stała	11.34		11.47	0.00	
restrykcje dietetyczne					
wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia	0.10	0.21	2.24	0.02	0.04
wartość stała	2.58		2.14	0.03	

Do modelu wyjściowego włączono wszystkie 5 zmiennych niezależnych. W ostatecznym modelu regresji wielokrotnej pozostały: dla zwyczajów żywieniowych (wskaźnik ogólny) – 2 zmienne, tj. poczucie własnej skuteczności i wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia; dla nawykowego przejadania się – 3 zmienne: poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia – wpływ innych oraz optymizm; dla emocjonalnego przejadania się – 2 zmienne, tj. poczucie własnej skuteczności oraz optymizm; dla restrykcji dietetycznych – 1 zmienna: wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia.

Przedstawione w tabeli 5 wyniki analizy regresji wskazały, że głównym predyktorem zwyczajów żywieniowych u nastolatków z nadwagą jest poczucie własnej skuteczności. Wyjaśnia ono w największym stopniu preferowane przez badane nastolatki zwyczaje żywieniowe (22% wariacji wyników – dla wskaźnika ogólnego, 28% – dla nawykowego i 25% – dla emocjonalnego przejadania się). Poczucie własnej skuteczności nie jest natomiast wyznacznikiem restrykcji dietetycznych. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia okazało się wyznacznikiem zwyczajów żywieniowych dla wskaźnika ogólnego i restrykcji dietetycznych, zaś optymizm dla nawykowego i emocjonalnego przejadania się.

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na związek spostrzeganej kontroli, przejawianej przede wszystkim w postaci poczucia własnej skuteczności i optymizmu, ze zwyczajami żywieniowymi nastolatków charakteryzujących się podwyższonym wskaźnikiem masy ciała. Im niższe poczucie własnej skuteczności i niższy poziom optymizmu, tym gorsze zwyczaje żywieniowe, a przede wszystkim – tym bardziej intensywne nawykowe i emocjonalne przejadanie się. Żaden z trzech wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia nie koreluje z nawykami żywieniowymi.

Potwierdzeniem związku poczucia własnej skuteczności i optymizmu ze zwyczajami żywieniowymi u badanych nastolatków są wyniki analizy wariacji, które wskazują, że najgorsze zwyczaje żywieniowe przejawiają dziewczęta o niskim poczuciu własnej skuteczności i niskim poziomie

optymizmu, zaś najlepsze – jednostki charakteryzujące się wysokim nasileniem tych zmiennych. Dotyczy to zarówno nawykowego, jak i emocjonalnego przejadania się. Poczucie własnej skuteczności i poziom optymizmu nie różnicują restrykcji dietetycznych. Z kolei spostrzegana kontrola w odniesieniu do zdrowia w niewielkim stopniu różnicuje zwyczaje żywieniowe u badanych dziewcząt. Głównym wyznacznikiem zwyczajów żywieniowych u nastolatków z nadwagą okazało się poczucie własnej skuteczności.

Uzyskane dane odnośnie do poczucia własnej skuteczności są zgodne z wynikami badań prezentowanymi w literaturze, które wskazują na wysoką korelację tego konstruktów z zachowaniami zdrowotnymi, w tym także zachowaniami związanymi z jedzeniem i kontrolowaniem wagi. Na podstawie długofalowych badań mieszkańców Berlina (16), stwierdzono, że poczucie własnej skuteczności wiązało się z gotowością do spożywania zdrowych pokarmów. Chamblis i Murray (5) stwierdzili, że jednostki z nadwagą, które charakteryzowały się wysokim poczuciem własnej skuteczności i wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, były bardziej podatne na oddziaływanie behawioralne, mające na celu zmniejszenie wagi ciała. Sallis i in. (14) oraz Bagozzi i Warshaw (3) wykazali, że poczucie własnej skuteczności wiązało się dodatnio ze zmianą stylu życia, w tym zmianą nawyków żywieniowych. Jednostki z wysokim poczuciem własnej skuteczności były także mniej skłonne do powrotu do poprzednich nawyków. Tak więc spostrzegane poczucie własnej skuteczności może być predyktorem zarówno intencji, jak i samego działania w zakresie zachowań związanych z jedzeniem.

Uzyskane wyniki badań wskazują na ogólnie słaby związek umiejscowienia kontroli zdrowia ze zwyczajami żywieniowymi u badanych nastolatków. Pewne, aczkolwiek słabe zależności ujawniły się jedynie dla nawykowego objadania się i restrykcji dietetycznych. Dziewczęta, które charakteryzuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (i niski przypadek), wykazywały najsłabsze tendencje do nawykowego objadania się, natomiast dziewczęta o niezróżnicowanym umiejscowieniu kontroli zdrowia (wysokie wyniki w zakresie trzech wymiarów) – najsilniejsze. Dziewczęta preferujące zewnętrzne umiejscowie-

nie kontroli zdrowia (z dominacją przypadku) wykazują niższe skłonności do restrykcji dietetycznych niż osoby z wewnętrznym i niezróżnicowanym umiejscowieniem kontroli zdrowia.

Dane prezentowane w literaturze odnośnie do osób dorosłych wskazują na istnienie związku między umiejscowieniem kontroli zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi, w tym zachowaniami związanymi z jedzeniem, ale związek ten zalicza się do słabych. Juczyński (7) na podstawie przeprowadzonych badań stwierdził pozytywny wpływ kontroli wewnętrznej na przestrzeganie codziennych praktyk zdrowotnych, w tym nawyków żywieniowych. W przeprowadzonym w Walii w 1985 roku programie promocji zdrowia (Heartbeat Wales) stwierdzono, że kontrola wewnętrzna pozytywnie korelowała z konsumpcją warzyw i owoców oraz lepszą oceną zdrowia, natomiast przekonanie, że o zdrowiu decyduje przede wszystkim przypadek – pozytywnie ze spożywaniem pokarmów bogatych w tłuszcze, a negatywnie z konsumpcją warzyw i owoców (11). Z kolei badania Connera i Normana (6) pokazały, że konsumpcja zdrowej żywności wiąże się z interakcją umiejscowienia kontroli zdrowia i wartości zdrowia.

Słaby związek umiejscowienia kontroli zdrowia z prezentowanymi zwyczajami żywieniowymi u badanych nastolatków może więc m.in. wynikać z niskiej wartości zdrowia. Z badań przeprowadzonych przez Juczyńskiego (10) wynika, że wśród młodzieży znaczny odsetek nie docenia wartości zdrowia. Stwierdzono również, że chłopcy przypisują zdrowiu nieco wyższą wartość niż dziewczęta. Ponadto, jak podkreślają Conner i Norman, (6), wartość konstruktów umiejscowienia kontroli zdrowia jest ograniczona. Wewnętrzna kontrola zdrowia okazuje się być predyktorem zachowań zdrowotnych, ale dla osób przypisujących zdrowiu wysoką wartość. Jak stwierdza Wallston (18), procent wariancji wyjaśnionej przez konstrukt umiejscowienia kontroli zdrowia, nawet w połączeniu z wartościowaniem zdrowia, i tak nie jest wysoki.

Podsumowując, można stwierdzić, że zmiana nawyków żywieniowych wiąże się ze zmianą sposobu myślenia, a przede wszystkim zmianą przekonań dotyczących spostrzeganej kontroli. Zwiększenie poczucia własnej skuteczności, poziomu optymizmu, a także kształtowanie prze-

konania o sprawowaniu kontroli nad własnym zdrowiem mogą przyczynić się do poprawy zwyczajów żywieniowych u młodych dziewcząt, przede wszystkim zmniejszenia nawykowego i emocjonalnego przejadania się, a tym samym ułatwić proces redukcji nadwagi oraz zwiększyć umiejętności kontrolowania wagi ciała.

Streszczenie

Celem podjętych badań było: 1) ustalenie związku między spostrzeganą kontrolą, obejmującą poczucie własnej skuteczności, optymizm oraz umiejscowienie kontroli zdrowia, a zwyczajami żywieniowymi w grupie dziewcząt z nadwagą; 2) sprawdzenie, czy badane elementy spostrzeganej kontroli mogą być wyznacznikami nawyków żywieniowych u badanych jednostek. W badaniach uczestniczyło 106 dziewcząt w wieku 16–17 lat z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała (>23.6). Zastosowano następujące techniki: Skalę Uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności, Test Orientacji Życiowej, Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia oraz kwestionariusz „Moje zwyczaje żywieniowe”.

Poczucie własnej skuteczności najsilniej koreluje (negatywnie) z nawykami żywieniowymi w badanej grupie, a szczególnie dotyczy to nawykowego i emocjonalnego przejadania się. Poczucie własnej skuteczności okazało się także najsilniejszym wyznacznikiem zwyczajów żywieniowych u nastolatków z nadwagą. Poziom optymizmu słabiej a umiejscowienie kontroli zdrowia w nieznacznym stopniu koreluje z nawykami żywieniowymi.

Słowa kluczowe: **spostrzegana kontrola, zwyczaje żywieniowe, nastolatki, nadwaga**

Summary

Perceived control and eating habits in teenagers with overweight

The purpose of the study was: 1) to investigate the relationship between perceived control including self-efficacy beliefs, level of optimism and health locus of control and eating habits in overweight teenagers; 2) to find out to what

extent analysed elements of perceived control may predict eating habits in examined subjects. 106 girls (aged 16–17) with increased body mass index (BMI>23.6) participated in the study. The following techniques were used: Generalized Self-Efficacy Scale – Schwarzer et al., Life Orientation Test – Scheier et al., Multidimensional Health Locus of Control – Wallston et al. and My eating habits – Ogińska-Bulik, Putyński.

Self-efficacy beliefs revealed the strongest negative relationship with eating habits in examined teenagers, habitual and emotional overeating, in particular. Self-efficacy also appeared the strongest predictor of eating habits. Level of optimism and health locus of control revealed weaker relationship with eating habits in overweight girls.

Key words: perceived control, eating habits, teenagers, overweight

Piśmiennictwo

1. Bandura A.: Social foundations of thought and action. Prentice Hall, New York 1986.
2. Bandura A.: Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. [W:] Schwarzer R. (ed.): Self efficacy: thought control of action. DC: Hemisphere, Washington 1992, 355–394.
3. Bagozzi R. P. Warshaw P. R.: Trying to consume. *Journal of Consumer Research*, 1990, 17, 127–140.
4. Bishop G.: *Psychologia zdrowia*. Wyd. Asstrum, Wrocław 2000.
5. Chambliss C.A., Murray E.J.: Efficacy attribution, locus of control, and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3, 349–353.
6. Conner M., Norman P. (red.): Predicting health behaviour. Open University Press, Buckingham – Philadelphia 1996.
7. Juczyński Z.: Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań dorosłych. [W:] Łazowski J., Dolińska-Zygmunt G. (red.): Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Wyd. AWF, Wrocław 1997, 285–291.
8. Juczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1998, Rocz.V, nr 14, 54–63.

9. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 1999, 4, 43–56.
10. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
11. Norman P., Bennett P.: Health locus of control. [W:] Conner M., Norman P. (red.): Predicting health behaviour. Open University Press. Buckingham – Philadelphia 1996, 62–94.
12. Ogińska-Bulik N.: Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź, 1999.
13. Ogińska-Bulik N., Putyński L.: Kwestionariusz Moje zwyczaje żywieniowe – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzianensis Folia Psychologica*, 2000, 5, 25–32.
14. Sallis J. F., Pinski R. B., Grossman R. M., Patterson T. L., Nader P. R.: The development of self-efficacy scales for health related diet and exercise behaviours. *Health Education Research*, 1988, 3, 283–292.
15. Schwarzer R.: Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. [W:] Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997, 175–205.
16. Schwarzer R., Fuchs R.: Self-efficacy and health behaviours, [W:] Conner M., Norman P. (red.): Predicting health behaviours Open University Press. Buckingham – Philadelphia 1995, 163–196.
17. Wallston K.: Assessment of control in health care settings. [W:] Steptoe A., Appels A. (red.): Stress, personal control and health. London, Wiley 1989, 85–105.
18. Wallston K. A.: The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Educational Research: Theory and Practice*, 1991, 6, 251–252.

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik
Katedra Psychologii
Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi
ul. Rewolucji 1905 roku nr 52
90–222 Łódź