

Mariola Świdarska

Samopomoc oraz rodzinne wsparcie w skutecznym pokonywaniu otyłości

Pedagogika Rodziny 2/4, 19-30

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Mariola Świdarska
Społeczna Akademia Nauk

Samopomoc oraz rodzinne wsparcie w skutecznym pokonywaniu otyłości

Otyłość jest jednym z poważniejszych problemów, zdrowotnych, psychicznych i społecznych wielu krajów na świecie, szczególnie wysokorozwiniętych. Jednym z wiodących krajów są Stany Zjednoczone, w których ponad 65% mieszkańców ma zbyt dużą masę ciała, a 30% otyłość. Ponieważ liczba osób otyłych wykazuje ciągle tendencję wzrostową, istnieje obawa, że odsetek ludzi potrzebujących leczenia, przewyższy w końcu liczbę profesjonalistów niosących im pomoc. Latner (2007) zwraca zatem uwagę na znaczenie samodzielnie podejmowanych działań w pokonywaniu otyłości. Ponadto, skuteczna redukcja nadmiernej masy ciała dotyczy jedynie ok. 5% osób, zaś kontynuacja kuracji w celu zapobieżenia nawrotom, może być finansowo wykonalna jedynie dzięki autopomocy.

1. Dlaczego aż 95% osób po redukcji nadmiernej masy ciała wraca do wagi pierwotnej?

Jak podaje Ogińska-Bulik (1999), jedynie jednej osobie na dwadzieścia udaje się skutecznie zredukować nadmierną masę ciała masą ciała i utrzymać szczupłą sylwetkę. Przyczyn tego zjawiska upatruje się w kompensacyjnych reakcjach metabolicznych organizmu oraz różnych czynnikach fizjologicznych, takich jak: obniżenie wydatków energetycznych, obniżenie poziomu leptyny czy podwyższenie poziomu greliny (Wadden i in., 2004). Istotną rolę przypisuje się również czynnikom psychologicznym. Zwraca się uwagę na nierealne niekiedy oczekiwania wobec ilości utraconych kilogramów oraz co do zmiany stylu życia. Ludzie, którzy zredukowali nadmierne kilogramy często uważają, że korzyści z utraty wagi w porównaniu do kosztów, spadają niemal do zera po sześciu miesiącach (Cooper, Fairburn, 2001).

Zgodnie z wielowymiarowym podejściem do skutecznej redukcji nadwagi, Brownell i Wadden (1986) wskazują na pięć elementów programu: modyfikację zachowań, aktywność fizyczną, zmianę sposobu myślenia, zmianę sposobu żywienia oraz co ważne – zapewnienie sobie wsparcia społecznego. Butrym i in. (2007) podaje ponadto, że zakończona sukcesem, długoterminowa utrata wagi, wymaga wysokiego zaangażowania, ograniczenia poboru energetycznego, posiadania w domu wielu zdrowych produktów spożywczych, uważnego monitorowania wagi oraz zakupu książek i czasopism na temat odżywiania i aktywności fizycznej. Współczesne „toksyczne środowisko”, które istotnie zachęca do nadmiernej konsumpcji i siedzącego trybu życia, stawia ciągłe wyzwania do kontynuowania tych wysiłków.

Aby przynieść trwałą utratę masy ciała i zapobiec nawrotom nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej, niezbędną jest ciągła opieka i nieprzerwana kontrola. DePue in. (1995) podają, że osoby, które schudły i starają się utrzymać zredukowaną wagę, ciągle widzą potrzebę nieprzerwanego stosowania programów, stanowiących dla nich wsparcie oraz pozwalających na wydłużenie czasu utrzymywania się rezultatów utraty wagi. Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie otyłości, ciągła opieka prowadzona przez specjalistów może okazać się zbyt kosztowną, dlatego najbardziej obiecującą formą ciągłej pomocy, która jest zarówno efektywna, jak ekonomiczna, może być autopomoc (Latner, 2001).

2. Korzyści płynące z samopomocy

Zdaniem Latnera (2007) samopomoc jest **korzystną ekonomicznie**, finansowo osiągalną metodą dla milionów ludzi z nadwagą i otyłością. Ważne jest, aby troszczyli się oni sami o siebie oraz poradzili sobie z problemami z nadmierną masą ciała. Samopomoc pozwala na kontynuowanie redukcji nadmiernej masy ciała, a następnie utrzymania osiągniętej, masy przez jak najdłuższy okres czasu.

Badanie przeprowadzone i opisane przez Taylor i in. (1991), analizujące prowadzoną przez dwanaście tygodni terapię behawioralną otyłych Amerykanów udowodniło, że leczenie rozszerzone o terapię wspartą komputerem, było ekonomicznym sposobem na poprawę rezultatów leczenia na kolejnych sześć miesięcy. Widzowie, którzy oglądali osiem sesji, nagranych na wideo podczas ośmiotygodniowych programów terapeutycznych grupy wsparcia dla osób otyłych, stracili tyle kilogramów, ile uczestnicy sesji na żywo, ale zrobili to dużo ekonomiczniej (Mayers i in., 1996). Wieloetapowa samopomoc może znacząco obniżyć koszty odchudzania.

Możliwości dostarczania wsparcia w znacznym stopniu zostały poszerzone dzięki urządzeniom związanym z postępowaniem technicznym, takim jak: przenośne komputery, telewizory i Internet. Poza tym, najbardziej profesjonalnie prowadzone terapie mogą wykorzystać samopomoc jako podejście wspomagające leczenie właściwe.

Kolejne poziomy samopomocy, analizując od najbardziej niezależnych (mniej formalnie ustrukturyzowanych) stanowią:

- całkowicie samodzielna samopomoc,
- pomoc wsparta przez komputer lub urządzenia techniczne,
- wspomagana samopomoc,
- grupowa samopomoc (programy społeczne lub komercyjne) (Latner, 2007).

Poza korzyściami natury ekonomicznej, samopomoc może przynieść **korzyści psychologiczne**, które mogą podwyższyć skuteczność terapii. Samopomoc wymaga, aby osoby otyłe wzięły odpowiedzialność za swoje własne problemy oraz ich rozwiązywanie, przy wsparciu innych. Mając szansę na pomoc samemu sobie lub innym, samopomoc może mieć oddziaływanie wzmacniające. To uczucie odpowiedzialności może podwyższyć samoocenę i wiarę w bycie zdolnym do osiągnięcia swoich celów (Segal i in., 1995).

Samodzielność jest uważana za najbardziej efektywną strategię walki z otyłością (Furnham, McDermott, 1994). Wpierające środowisko grup samopomocy daje uczestnikom szansę podjąć obowiązki lidera, dawać i otrzymywać wsparcie emocjonalne, dodatkową motywację oraz podążać za i stawać się wzorami. W pozafarmakologicznym leczeniu otyłości, podstawą utraty wagi i jej utrzymania jest zaangażowanie w zmianę zachowań, które nie wymaga medycznej lub innej profesjonalnej kontroli.

3. Charakterystyka poziomów samopomocy

Poziomy samopomocy, analizowane na gruncie amerykańskim, mogą być elementami kilkietapowego programu terapeutycznego, który osoby otyłe rozpoczynają od stosowania najbardziej autonomicznych strategii.

- a) **Pomoc prowadzona samodzielnie** w celu redukcji nadmiernej masy ciała jest najbardziej niezależną lub najmniej formalnie ustrukturyzowaną formą leczenia otyłości. Krajowy Rejestr Kontroli Wagi (*The National Weight Control Registry*) stanowi grupę ponad 5.000 osób, które osiągnęły poziom utraty wagi ponad 70 funtów (ok. 32 kg) i utrzymały tę wagę przez średnio 5,7 lat. Około 1/3 tej grupy samodzielnie straciła wagę, bez pomocy żadnych programów formalnych. To podejście może być szczególnie skuteczne dla osób z niższym BMI lub krótszą historią nawrotów nadwagi (Butryn i in., 2007). Wiele z osób skutecznie utrzymujących wagę korzysta z popularnych i modnych książek i programów. W wyborze programu kluczowa jest konsultacja ich bezpieczeństwa i efektywności.
- b) **Pomoc ze wsparciem komputerów oraz programów telewizyjnych** to kolejny poziom samopomocy w skutecznym odchudzaniu. Odpowiednie progra-

my telewizyjne ukazujące metody walki z otyłością przez wsparcie grupowe, mogą być tak samo efektywne, jak uczestnictwo w grupie wsparcia (Meyers, 1996). W dłuższej perspektywie, leczenie oparte o wsparcie telewizyjne czy internetowe może pomagać w utrzymaniu obniżonej masy ciała. Uczestnicy programów, trwających dwanaście miesięcy ciągłego wsparcia terapeutycznego, niewielkiego wsparcia terapeutycznego lub wsparcia internetowego, stracili podobne ilości kilogramów przez kolejne osiemnaście miesięcy. Te działania były elementem interaktywnego systemu telewizyjnego, w którym pacjenci mogli zobaczyć i usłyszeć swojego terapeutę i innych członków grupy dzięki kamerze wideo i monitorowi (Harvey-Berino, 2004). Poza relatywną skutecznością, metody te mają duży potencjał w zakresie dotarcia do większej liczby ludzi na terenach wiejskich lub terenach, gdzie inne formy wsparcia są niedostępne.

- c) **Grupowa autopomoc** w pokonywaniu otyłości może być szczególnie efektywną opcją, uwzględniając takie jej zalety jak: wsparcie grupowe, zachęcanie, liderowanie. Programy oparte o społeczność lokalną takie jak „Zrzucić kilogramy delikatnie”, „Anonimowe Grubasy”, „Program Zmiany Zachowań Trevoze” (*Take Off Pounds Sensibly, Overeaters Anonymous, and the Trevoze Behavior Modification Program*) oferują tanią terapię, która jest adekwatna do zróżnicowanych potrzeb. Na przykład „Program Zmiany Zachowań Trevoze” posiadający ponad 1000 członków w Filadelfii i okolicach, którym proponuje ciągłą opiekę, jest prowadzony przez wolonariuszy i jest bezpłatny. Program został opracowany, aby spowodować trwałą utratę kilogramów, czasami nawet przez 5 lat (17,3% wagi podstawowej lub 15,7 kg), ale pomagają też osobom, które przekroczą osiągniętą wagę i wyjdą wcześniej z programu (4,5% lub 4,5kg). Programy komercyjne pobierają opłaty za uczestnictwo i mogą być prowadzone przez specjalistów lub członków grupy, którzy osiągnęli sukces w odchudzaniu i są trenowani na liderów. Najbardziej znanym jest program „Kontrolerzy wagi” (*Weight Watchers*), który prowadził dokładny monitoring swojej efektywności. W porównaniu z uczestnikami, którzy otrzymali podstawową autopomoc interwencyjną i stracili prawie 1,5% swojej pierwotnej wagi w 1 rok i 0% po dwóch latach, uczestnicy „Kontrolerów wagi” stracili odpowiednio 5,3% i 3,2%.

4. Rodzinne wsparcie w pokonywaniu otyłości

Wysiłki związane z osiągnięciem i utrzymaniem obniżonej masy ciała są bardziej skuteczne, gdy w proces redukcji nadmiernej masy ciała, zostanie zaangażowane środowisko rodzinne (Epstein i in., 1986). Zbadano, że właściwości fizyczne, normatywne i społeczne rodziny wpływają na przyjęcie i stosowanie

przez jej członków zachowań prozdrowotnych. Dynamika rodziny obejmująca zasady jej funkcjonowania, wsparcie emocjonalne, motywację, wzmocnienia od innych członków, są istotnymi determinantami rodzinnych wzorów zachowań zdrowotnych (Sallis, Nader, 1988). Postrzegany w ten sposób system rodziny jest głównym determinantem tego, jak i czy, rodzina zaangażuje się w promujące zdrowie ćwiczenia fizyczne (Soubhi i in., 2004) oraz zmiany zachowań żywieniowych (Crockett, 1988).

Ponieważ większość zachowań zdrowotnych jest inicjowanych w dzieciństwie, zatem rozsądne i praktyczne jest wpływanie na zachowania jednostek kiedy są jeszcze dziećmi (Crockett, 1988). Wiadomo, że zachowania żywieniowe ukształtowane w dzieciństwie i okresie dojrzewania, mogą być trudne do zmiany, w związku z tym, zmienianie zachowań żywieniowych w tym właśnie okresie jest niezwykle ważne. Rodzina kształtuje preferowane składniki diety, nawyki żywieniowe (Cullen i in., 2001) oraz model aktywności fizycznej (Davison i in., 2003).

Rodzina jest dobrze dobranym celem dla promocji zdrowia, ponieważ dostarcza wielu możliwości przekazywania pozytywnych wzorów zachowań zdrowotnych, a także zmienia postawy i zachowania swoich członków. W kontekście rodziny planowanie posiłków, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, jedzenie, podjadanie, spędzanie czasu wolnego aktywnie i biernie, są polem dla działań interwencyjnych (Golan, Weitzman, 2001). Rodzina stanowi pierwotne środowisko społecznego uczenia się i pierwotny zakres szans oraz zagrożeń w zakresie wyborów żywności, nawyków żywieniowych i zaangażowania w możliwości zabaw, gier i innych form aktywności fizycznej (Golan, Crow, 2004). Zachowanie zdrowotne rodziców jest wzorem dla zachowań zdrowotnych dzieci, ale dzieci mogą również same wpłynąć na analogiczne zachowania rodziców i rodzeństwa (Perry i in., 1988).

Wspólne jedzenie obiadu, jako rodzina, zostało powiązane z prawidłową masą ciała oraz spożywaniem zdrowej żywności. Gillman i in. (2000) uważają, że w posiłkach spożywanych wspólnie znajduje się więcej owoców i warzyw, mniej produktów pieczonych i gazowanych, mniej tłuszczów nasyconych, niższy poziom indeksu glikemicznego. Abstrahując od kontekstu społecznego rodziny, podobieństwa zdrowotne między członkami rodziny czynią rodzinę dobrym kandydatem na bycie „jednostką” interwencji i promocji zdrowia (de Bourdeaudhuij, 1996).

Z powodu tradycyjnych wartości, sieci społecznych, wewnątrz- i pozarodzinno wsparcia, preferencji żywieniowych i wyborów form rekreacji, analizie należy poddać również czynniki etniczne i socjokulturowe. Wybory żywieniowe są głęboko osadzone w kulturze rodziny, która reprezentuje zarówno etniczną, jak wspólnotową tożsamość (McArthur, 2001). Rodziny muszą ścierać

się z zewnętrznymi wpływami, które oddziałują na dostępność preferowanej żywności oraz na wprowadzanie do jadłospisu nowej żywności oraz nowych sposobów przygotowywania posiłków. W efekcie tego, zmiana w praktykach dietetycznych, przynajmniej wśród rodzin z dziećmi, często pojawia się na poziomie rodziny, a większość członków rodziny przyjmuje nowe wybory i zwyczaje żywieniowe. Proces ten jest oczywisty wśród grup imigrantów, którzy asymilują się z nową kulturą. Kiedy rodziny są w większym stopniu włączone w kulturę nowego miejsca, tradycyjne posiłki są spożywane rzadziej.

Jest wiadomym, że wpływy etniczne i socjokulturowe tworzą różnice w zachowaniach zdrowotnych. Na przykład, Latynosi są w mniejszym stopniu rozeznani w czynnikach ryzyka i przebiegu chorób układu sercowo-naczyniowego, przygotowują więcej posiłków smażąc na głębokim tłuszczu i podejmują mniej aktywności fizycznej niż ludzie o białym kolorze skóry. Członkowie grup etnicznych inaczej reagują na informacje dotyczące promocji zdrowia. Nader i in. (1989) odkryli, że rodziny odmiany białej po interwencji podjętej w celu zmniejszenia ryzyka zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego wśród dzieci i młodzieży szkolnej, w większym stopniu zmieniły swój styl odżywiania i aktywności fizycznej w porównaniu z Amerykanami pochodzenia meksykańskiego. Wykorzystanie perspektywy ekologicznej dla zrozumienia utrzymywania się oraz wprowadzania zmian w praktykach dietetycznych wśród grup imigrantów, jest również aplikowalne jedynie na poziomie rodziny.

5. Działania odwołujące się do rodziny

W celu skutecznej walki z problemem otyłości, podejmowane działania, dotyczące zarówno żywienia, jak i aktywności fizycznej, powinny dotyczyć i angażować całą rodzinę. Trwała zmiana zachowań jest bardziej prawdopodobna, jeśli zaangażuje rodzinę jako całość, z powodu zwiększonego prawdopodobieństwa, że członkowie rodziny zarówno podejmą działania w kierunku tych zmian, jak również będą je podtrzymywać. Cousins i in. (1992) porównują działania skierowane ku rodzinie z tradycyjnymi indywidualnymi programami (skierowanymi do jednostek indywidualnie) oraz grupą kontrolną, składającą się z kobiet amerykańskich meksykańskiego pochodzenia, która jedynie otrzymywała informacje o programach, nie uczestnicząc w nich. Badacze wykazali, że chociaż zindywidualizowane programy adresowane do jednostek oraz uwzględniające tło rodzinne, były związane ze zdecydowanie większą utratą wagi niż w przypadku grupy kontrolnej, interwencja zorientowana na rodzinę (całą rodzinę), dała najlepsze rezultaty w zakresie utraty wagi. Autorzy zauważyli, iż powyższe pojawiło się pomimo tego, że niektórzy członkowie rodziny (przede wszystkim mężowie), wykazywali zmienną frekwencję, a zmiany w planowaniu posiłków, często nie były stosowane ze względu na brak uczest-

nictwa w programie niektórych członków rodziny. Działania skierowane na interwencję wobec całej rodziny, przy większym zaangażowaniu jej członków, mogłyby potencjalnie spowodować jeszcze większą zmianę w zachowaniu.

Baranowski i Nader (1985) sugerują, że zamiast zestawiać terapię indywidualną i podejście angażujące rodzinę jako przeciwstawne, zaangażowanie całej rodziny może być pomocne w określeniu, w jaki sposób najlepiej spowodować zmianę poszczególnych jej członków.

Zdaniem Lindsay i in. (2006) rodzice odgrywają w domu podstawową rolę w zapobieganiu otyłości dzieci, zaś rola ta zmienia się w zależności od etapu rozwoju dziecka. By lepiej rozumieć swoją rolę w kształtowaniu praktyk żywieniowych, aktywności fizycznej, siedzącego trybu życia oraz poziomu wagi dzieci, rodzice mogą nauczyć się tworzenia zdrowego środowiska odżywiania w domu, dostarczyć szans na aktywność fizyczną dzieci, zniechęcać do zachowań biernych, takich jak oglądanie telewizji oraz służyć im jako wzór.

Ponieważ rodzice często są kluczem do rozwoju w domu środowiska, które sprzyja zdrowemu żywieniu i uczestnictwu w aktywnościach ruchowych, ich rola jest prawdopodobnie kluczowa w większości rozwiązań zwalczających otyłość. Wzmacniają oni wsparcie zdrowego żywienia i zachowań aktywnych oraz mogą być w największym stopniu władni do dostarczenia potrzebnych nagród, by wpłynąć i utrzymać pozytywną zmianę zachowań.

Wiele zaleceń mających na celu zwalczanie otyłości wśród dzieci i dorosłych oraz problemów związanych z otyłością, takich jak nawyki żywieniowe, ćwiczenia i wzory aktywności fizycznej, są warunkowane rodzinnie. Zalecenia zawierają: tworzenie bezpiecznych przestrzeni ułatwiających rodzinom uprawianie aktywności fizycznej, podniesienie poziomu wykształcenia i świadomości rodziców, instruowanie rodziców, by próbowali zmienić odżywianie dzieci i ich modele zachowań aktywnych, ułatwianie funkcjonowania wspierających środowisk rodzinnych oraz promowanie pozytywnych wzorców zachowań rodziców (Sothorn, 2004).

Większość pozaklinicznych działań odnoszących się do żywienia dzieci i młodzieży oraz modelu ich aktywności fizycznej pochodzi raczej ze szkoły niż od rodziców czy domu rodzinnego (Müller, 2003). Wiele działań adresowanych do szkół takich jak CATCH (Zintegrowane Podejście do Zdrowia Dzieci), Hip-Hop dla Zdrowia Jr (Fitzgibbon, 2005) i Uczniowie i Rodzice Aktywnie Zaangażowani w Bycie w Formie zawierają komponent rodzinny czy rodzicielski (Engels i in., 2005).

Rodzina jest szczególnie ważnym miejscem, kształtującym podstawowe zachowania i nawyki, w tym również żywieniowe, człowieka od najmłodszych lat. Nieprawidłowe zachowania prozdrowotne prowadzące do otyłości, w epoce kultu wyglądu i zgrabnej, szczupłej sylwetki prowadzą do społecznego odrzu-

cenia. Środowisko szkolne, szczególnie grupy rówieśnicze są źródłem zachowań defaworyzacyjnych także wobec osób z nadwagą (Stolińska-Pobralaska, 2010).

Ponieważ otyłość najczęściej dotyczy całych rodzin, efektywne działania powinny angażować rodziców i innych członków rodziny. Jednakże rodzi pytanie o to w jaki najlepszy sposób można wpływać na rodzinę. Wielu rodziców odmawia przyjęcia do świadomości, że ich dziecko jest otyłe. Niektórzy rodzice wierzą, że działania, które mogłyby pomóc dziecku stracić nadwagę są dobierane w złej wierze, więc odmawiają ich wsparcia i zaangażowania w intensywną aktywność lub ograniczenia konsumpcji. W innych przypadkach czynniki natury kulturowej i rodzinnej wpływają na postawę rodziców wobec wagi dziecka i percepcji budowy jego ciała.

Dalszym ograniczeniem rodzin w dostarczaniu skutecznych rozwiązań jest fakt, iż nie ma wciąż teorii o angażowaniu rodziny, która byłaby stworzona, by wyjaśnić to zaangażowanie w zmianę zachowań zdrowotnych. Z powodu mnogości sposobów (np.: modelowania, wsparcia/zachęcania, dostępu do pożywienia, różnorodności aktywności fizycznej) w jaki rodzina może wpływać na dietę jej członków i ich zachowania w zakresie aktywności fizycznej, trudno jest stworzyć jedną teorię, która obejmuje cały wpływ rodziny. Jak zauważają Baranowski i Nader (1985), dużym wyzwaniem jest proste uzasadnienie dla zachowania nastolatków i dostosowania wsparcia rodzicielskiego, oddziałującego na przyjęcie i utrzymanie pozytywnych zachowań zdrowotnych. Zachowanie uznawane za pozytywne i wspierające w jednej relacji rodzic-nastolatek może być postrzegane jako nadmiernie kontrolujące i konfrontacyjne w innej. Soubhi i in. (2004) sugerują, że określenie typologii rodzin może być przydatne dla skoncentrowania działań, by osiągnąć zmianę zachowań tak, by główna część komunikatu prozdrowotnego, który jest przekazywany był kompatybilny ze strukturą rodziny, jej zachowaniem, wartościami i przekonaniami.

By bardziej efektywnie rozwijać wyobrażenie, że rodzina (definiowana przez jej członków) jest uważana za główną jednostkę zmieniającą zachowania, która wspiera zdrowe żywienie i nawyki aktywności fizycznej, należy podkreślić kluczową istotność zachowania i aktywności rodziny w rozwoju kontroli masy ciała oraz jej redukcji. Głównym wyzwaniem w określaniu wpływu aktywności rodziny na zarządzanie wagą poszczególnych członków rodziny jest brak określonych granic, w ramach których podejmowane są działania prowadzące do zmian indywidualnych oraz w całej rodzinie.

6. Podsumowanie

Szybko rosnące rozpowszechnienie się otyłości, jak również świadomość jej niebezpiecznych, wieloobszarowych konsekwencji, sugeruje konieczność podjęcia

natychmiastowych działań. Znaczącą rolę w skutecznej redukcji nadmiernych kilogramów przypisuje się samopomocy, zarówno prowadzonej samodzielnie, wspieranej Internetem oraz prowadzonej przy wsparciu grupowym.

Ponieważ większość zachowań, w tym również prozdrowotnych, jest kształtowanych od najmłodszych lat życia, zatem głównie w środowisku rodzinnym, stąd rodzina jest uważana za idealne pole dla działań interwencyjnych, również w zakresie pokonywania problemu otyłości.

Streszczenie

Wobec licznych konsekwencji wywoływanych przez otyłość, konieczne jest podjęcie walki z nadmiernymi kilogramami. Istotną rolę w skutecznym odchudzaniu poza odpowiednim, żywieniem i aktywnością fizyczną, spełniają samopomoc oraz otrzymywane wsparcie społeczne, szczególnie ze strony rodziny.

Słowa kluczowe: otyłość, wsparcia, samopomoc, rodzina.

Summary

According to many consequences of obesity it is essential to fight with excessive weight. Besides right nutrition and physical activity, the important role in losing weight play self-support and social support, especially from the family.

Keywords: obesity, support, self-help, family.

Bibliografia

- Baranowski T., Nader P.R., *Family involvement in health behavior change programs*, [w:] Turk D.C., Kerns R.D. (red.), *Health, illness, and families*, John Wiley and Sons, Nowy Jork 1985, ss. 81–107.
- Beech B.M., Klesges R.C., Kumanyika S.K., Murray D.M., Klesges L., McClanahan B. i in., *Child- and parent-targeted interventions: the Memphis GEMS Pilot Study*, "Ethnicity & Disease", 13/2003 (dodatek 1), ss. 40–53.
- de Bourdeaudhuij I., *Resemblance in health behaviors between family members*, "Archives of Public Health", 54/1996, ss. 251–73.
- Brownell K.D., Wadden T.A., *The very low – calorie diet: A weight – reduction technique* [w:] Brownell K.D., Foreyt J.P. (red.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia and bulimia*, New York 1986.
- Butryn M., Phelan S., Wing R.R., *Self-guided approaches to weight loss* [w:] Latner J.D., Wilson G.T. (red.), *Self-help Approaches for Obesity and Eating Disorders: Research and Practice*, Guilford Press, Nowy Jork 2007, ss. 3–20.
- Cooper Z., Fairburn C.G., *A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity*, "Behavioral Research Therapy", 39/2001, ss. 499–511.
- Cousins J.H., Rubovits D.S., Dunn J.K., Reeves R.S., Ramirez A.G., Foreyt J.P., *Family versus individually oriented intervention for weight loss in Mexican American women*, "Public Health Report", 107/1992, ss. 549–555.

Crockett S.J., Mullis R.M., Perry C.L., *Parent nutrition education: a conceptual model*, "Journal of School Health", 58/1988, ss. 53–57.

Cullen K.W., Baranowski T., Rittenberry L., Cosart C., Hebert D., de Moor C., *Child-reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: reliability and validity of measures*, "Health Education Research" 16/2001, ss. 187–200.

Davison K.K., Cutting T.M., Birch L.L., *Parents' activity-related parenting practices predict girls' physical activity*, "Medicine & Science in Sports & Exercise", 35/2003, ss. 1589–1595.

Engels H.J., Gretebek R.J., Gretebek K.A., Jiménez L., *Promoting healthful diets and exercise: efficacy of a 12-week after-school program in urban African Americans*, „Journal of the American Medical Directors Association”, 105/2005, ss. 721–728.

Epstein L.H., Wing R.R., Koeske R., Valoski A., *Long-term effects of family-based treatment of childhood obesity*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 58/1987, ss. 91–95.

Fitzgibbon M.L., Stolley M.R., Schiffer L., Van Horn L., Kauferchrisoffel K., Dyer A., *Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr.: a randomized controlled trial for overweight prevention in preschool minority children*, "Journal of Pediatrics", 146/2005, ss. 618–625.

Furnham A., McDermott M.R., *Lay beliefs about the efficacy of self-reliance, seeking help and external control as strategies for overcoming obesity, drug addiction, marital problems, stuttering and insomnia*, "Psychology and Health", 9/1994, ss. 397–406.

Gillman M.W., Rifas-Shiman S.L., Frazier A.L., Rockett H.R.H., Camargo C.A., Field A.E. i in., *Family dinner and diet quality among older children and adolescents*, "Arch Fam Med", 9/2000, ss. 235–240.

Golan M., Weitzman A., *Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual mode*, "Journal of Nutrition Education and Behavior", 33/2001, ss. 102–107.

Golan M., Crow S., *Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results*, "Obesity Research", 12/2004, ss. 357–361.

Harvey-Berino J., Pintauro S.J., Buzzell P., Casey Gold E., *Effect of Internet support on the long-term maintenance of weight loss*, "Obesity Research", 21/2004, ss. 320–329.

Latner J.D., *Self-help in the long-term treatment of obesity*, "Obesity Research", 2/2001, ss. 87–7.

Latner J.D., *Self-help for Obesity and Binge Eating*, "Nutrition Today" 2007, vol. 42. No 2, March/April.

Lindsay A.C., Sussner K.M., Kim J., Gortmaker S.L., *The role of parents in preventing childhood obesity*, "Future Child" 16/2006, ss. 169–186.

McArthur L.H., Anguiabo R.P.V., Nocetti D., *Maintenance and change in the diet of Hispanic immigrants in Eastern North Carolina*, "Family and Consumer Sciences Research Journal", 29/2001, ss. 309–335.

Meyers A.W., Graves T.J., Whelan J.P., Barclay D.R., *An evaluation of a television-delivered behavioral weight loss program: are the ratings acceptable?*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 64/1996, ss. 172–178.

Müller M.J., Danilezik S., Pust S., *School- and family-based interventions to prevent overweight in children*, "Proceedings of the Nutrition Society", 64/2005, ss. 249–54.

Nader P.R., Sallis J.F., Patterson T.L., Abramson I.S., Rupp J.W., Senn K.L. i in., *A family approach to cardiovascular risk reduction: results from the San Diego Family Health Project*, "Health Educ Q", 16/1989, ss. 229–244.

Ogińska-Bulik N., *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi*, Łódź 1999.

Perry C.L., Luepker R.V., Murray D.M., Kurth C., Mullis R., Crockett S. i in., *Parent involvement with children's health promotion: the Minnesota home team*, "American Journal of Public Health", 78/1988, ss. 1156–1560.

DePue J.D., Clark M.M., Ruggiero L., Medeiros M.L., Pera V., *Maintenance of weight loss: a needs assessment*, "Obesity Research", 3/1995, ss. 241–248.

Sallis J.F., Nader P.R., *Family determinants of health behaviors* [w:] Gochman D.S. (red.), *Health behavior: emerging research perspectives*, Plenum Press, Nowy Jork 1988, ss. 107–124.

Segal S.P., Silverman C., Temkin T., *Measuring empowerment in client-run self-help agencies*, "Community Mental Health Journal" 31/1995, ss. 215–227.

Sothern M.S., *Obesity prevention in children: physical activity and nutrition*, "Journal of Nutrition", 20/2004, ss. 704–708.

Soubhi H., Potvin L., Paradis G., *Family process and parent's leisure time physical activity*, "American Journal of Health Behavior", 28/2004, ss. 218–230.

Stolińska-Pobralaska N., *Problemy dzieci ulicy w kontekście zjawiska defaworyzacji społecznej* [w:] *Psychospołeczne uwarunkowania defaworyzacji dzieci i młodzieży*, K. Hirszel, R. Szczepanik, A. Zbonikowski, D. Modrzejewska(red), Difin Warszawa 2010, ss. 25–30.

Taylor C.B., Agras W.S., Losch M., Plante T.G., Burnett K., *Improving the effectiveness of computer-assisted weight loss*, "Behavioral Therapy", 22/1991, ss. 229–236.

Wadden T., Butryn M.L., Byrne K.J., *Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control*, "Obesity Research", 12, pp. 151–162.

