

PSIHOSOCIJALNI UZROCI I POSLJEDICE PRETILOSTI U DJECE

MARINA GRUBIĆ*

Opće je prihvaćeno da postoji genetska predispozicija za pretilost ali je ključna interakcija s okolinom. Tako je poznato da izbor hrane u obitelji, obiteljske navike vezane uz uzimanje hrane te razina roditeljske kontrole mogu imati negativni utjecaj na prehrambene navike djece i doprinijeti dobivanju na težini. Isto tako, promjena životnog stila, više sjedilačkih aktivnosti (gledanje televizije i igranje kompjuterskih i video igrice) i povećana konzumacija nezdrave hrane povećali su rizik razvoja pretilosti. Pretilost u djece i adolescenata je povezana s negativnim psihološkim posljedicama kao što je izloženost predrasudama i socijalnoj diskriminaciji, sniženo samopoštovanje, problemi u emocionalnom funkcioniranju i snižena kvaliteta života. Važno se usmjeriti na pretilu djecu, posebno onu koja imaju psihosocijalne probleme i uključiti ih u odgovarajući, sveobuhvatni tretman za kontrolu tjelesne mase.

Deskriptori: PRETILOST, DJECA, PSIHOSOCIJALNI FAKTORI, STIL ŽIVOTA, RODITELJI, KVALITETA ŽIVOTA

UVOD

Porast incidencije pretilosti u djece danas je jedan od značajnijih zdravstvenih problema modernog društva, kako u svijetu tako sve više i u Hrvatskoj. Broj pretile djece se povećao tri puta u zadnja dva desetljeća i predmet je velikog broja istraživanja (1). Pretilost je rezultat interakcije mnoštva faktora (genetike, fiziologije, okoline), no kada se govori o pretilosti u djetinjstvu, istraživanja daju važnost upravo utjecaju okolinskih faktora - kulturalnih i obiteljskih. Opće je prihvaćeno da postoji genetska predispozicija za pretilost ali je ključna interakcija s okolinom. Tako je poznato da izbor hrane u obitelji, obiteljske navike vezane uz uzimanje hrane te razina roditeljske kontrole mogu imati negativni utjecaj na prehrambene navike djece i doprinijeti dobivanju na težini. Isto tako, na razini zajednice rezultati istraživanja ukazuju da su promjena životnog stila i povećana konzumacija nezdrave hrane povećali rizik razvoja pretilosti (2).

*KBC Zagreb
Klinika za pedijatriju

Adresa za dopisivanje:
Mr. sc. Marina Grubić, prof. psihologije
KBC Zagreb
Klinika za pedijatriju
10000 Zagreb, Kišpatićeva 12

PSIHOSOCIJALNI UZROCI PRETILOSTI

Društveni status pojedinca

U razvijenim zemljama gdje je pretilost ne samo individualan nego i javno-zdravstveni problem, pretilost se značajno češće javlja u siromašnijim društvenim slojevima odnosno u osoba nižeg socio-ekonomskog statusa (3).

Mediji

Istraživanja su utvrdila postojanje veze između pretilosti i vremena provedenog u gledanju televizije (posebno tri ili više sati), kako u odraslih tako i u djece (4). Nekoliko studija je ispitalo povezanost između broja sati gledanja televizije i pretilosti u djece, rezultati su pokazali da je vjerojatnost da će djeca biti pretila 50% viša u onih koji često gledaju televiziju (više od 35 sati tjedno). Gledanje televizije potiče sjedilački način života, a istovremeno svojim propagandnim programom potiče razvoj određenih navika hranjenja. Uočeno je da postoji pozitivna povezanost vremena kojeg djeca provedu ispred televizije i pretilosti (4, 5). Sam utjecaj televizije na debljinu ne objašnjava se samo smanjenjem tjelesne aktivnosti (postoji negativna povezanost između

gledanja televizije i tjelesne aktivnosti djece i adolescenata), već i propagandnim programom usmjerenim upravo malim potrošačima.

Poznato je da se u vrijeme emisija za djecu prikazuje više od polovice svih reklama, od kojih je 60% usmjerenih na čokoladne žitne pahuljice (sa mnogo šećera) kao poželjnog obroka za doručak, čime se direktno utječe na prehrambene i potrošačke navike djece (5). Djeca su godišnje izložena utjecaju od oko 10 000 reklama o hrani, od kojih se njih 95% odnosi na fast-food, slatkiše, ušećerene žitne pahuljice i slatke sokove (6). Zanimljivo je da istraživanja utjecaja drugih aktivnosti dostupnih djeci koja potiču sjedilački način života, kao što su npr. igranje kompjuterskih igara ili igranje video-igrice, nisu utvrdila njihovu povezanost sa prevalencijom pretilosti u djece, što je zapravo još jedan dokaz u prilog važnosti televizijskog propagandnog programa (7).

Funkcioniranje obitelji

Obiteljsko okruženje je kontekst u kojem se razvijaju i održavaju određene navike hranjenja, određuje dostupnost količine i vrste hrane koja se jede, modelira se određeno ponašanje u vezi pre-

hrane, reagira na djetetov izbor hrane i sl. (3, 8). Roditelji u velikoj mjeri određuju koja će hrana biti djetetu dostupna, imaju kontrolu nad trajanjem i veličinom obroka, određuju socijalni kontekst za vrijeme obroka, te emocionalni ton (9). *Pretilost roditelja* smatra se rizičnim faktorom za pretilost djece, pokazalo se da je indeks tjelesne mase djece povezan s indeksom tjelesne mase njihovih roditelja (8). Djeca s jednim pretilim roditeljem imaju dva puta veću vjerojatnost postati pretila nego njihovi vršnjaci čiji roditelji nisu pretili, dok djeca sa oba pretila roditelja imaju čak šest puta veću vjerojatnost postati pretila.

Isto tako, *roditeljsko zanemarivanje kao i pretjerano roditeljsko uključivanje* u djetetovu prehranu čini se dobrim pokazateljem kasnije pretilosti (10). Osim toga, pokazalo se da roditeljski stilovi hranjenja i njihovo znanje o prehrani imaju utjecaja na razvoj pretilosti u djece. *Stil hranjenja* se odnosi općenito na pristup roditelja prema prehrani svog djeteta. On se može mijenjati kroz razdoblja djetetova razvoja, kao i razlikovati od djeteta do djeteta u istoj obitelji. Stil hranjenja utječe na razvoj prehranbenih navika djece i njihovih preferencija, za koje se utvrdilo da se razvijaju već vrlo rano, u dobi između druge i treće godine života (8). Prema Birch i sur. može se izdvojiti nekoliko osnovnih stilova hranjenja (9).

"Laissez-faire" pristup, gdje roditelj uopće ne postavlja granice u djetetovoj prehrani (u kvantitetu ili kvaliteti), i održava interakciju sa djetetom tijekom obroka. Kontrolirajući pristup, gdje roditelj potpuno ignorira djetetove znakove gladi i sitosti. Postoje dvije vrste kontrolirajućeg stila hranjenja, koje se razlikuju s obzirom na svrhu: pritisak i ograničavanje. Kod pritiska, roditelj je zabrinut da je dijete neuhranjeno i želi da ono više jede, hrani dijete da ga utješi ili umiri. Kod ograničavanja, roditelj ograničava djetetovu prehranu samo na zdravu hranu i određuje količinu hrane koju će dijete pojesti, nadajući se da će dijete smanjiti tjelesnu težinu.

Pristup koji se zasniva na odgovaranju na djetetove potrebe, gdje roditelji reagiraju na trenutne djetetove znakove

gladi i sitosti, postavljaju primjerene granice i potiču samostalnost u prehrani u pozitivnom okruženju. Ovaj je pristup naravno i najpoželjniji.

Brojna su se istraživanja bavila upravo kontrolirajućim roditeljskim stilom hranjenja i njegovim utjecajem na pretilost u djece. Pozitivna povezanost roditeljskog pritiska da dijete jede (i kad nije gladno) i njegove tjelesne težine, pronađena je u nekoliko studija, kao i da su više razine ograničavanja povezane sa nižom tjelesnom težinom djece (samo za djevojčice, u dječaka nije pronađena ta veza) pozitivna povezanost između roditeljskog ograničavanja i količine djetetova energetskeg unosa, odnosno razine djetetove tjelesne težine (5). Pronađena je pozitivna povezanost roditeljske kontrole kroz ograničavanje i tjelesne težine djece koja se objašnjava na način da roditelji svojom visokom kontrolom nad prehranom djeteta i njegovim prehranbenim navikama, utječu na sposobnost da ono samostalno regulira vlastiti unos kalorija (u nekoliko je studija potvrđeno da su djeca sposobna sama regulirati svoju prehranu kada su okružena raznolikom hranom), odnosno da prati svoje unutarne znakove gladi i sitosti (6). Time ona konzumiraju više kalorija u situacijama kada roditelj nije u blizini, što u konačnici rezultira povećanjem tjelesne težine (11). Pokazalo se da su djeca veće tjelesne težine pokazivala manju sposobnost da samostalno reguliraju svoju prehranu (6).

Također se govori da su roditeljsko ograničavanje i djetetova prekomjerna konzumacija hrane naposljetku povezani u krug, odnosno, roditelj pokušava ograničavati djetetu pristup hrani, dijete postaje preokupirano jelom što vodi do toga da počinje previše jesti i održava svoju prekomjernu težinu ili je povećava, roditelj ponovo smatra da treba bolje obavljati svoju ulogu, više kontrolirati, odnosno ograničavati djetetov unos hrane (6). Isto tako, pokazalo se da ograničavanje određene vrste hrane, kod djeteta uzrokuje upravo povećanje interesa za tu hranu i njenu konzumaciju u situacijama kada nema ograničavanja, odnosno roditelja (5). U literaturi postoje nekonzistentni podaci o važnosti i utjecaju *znanja roditelja o prehrani* na pretilost djece.

S jedne strane, istraživanja su pokazala da je nedostatak znanja roditelja o prehrani važan faktor u nastanku i održavanju pretilosti djece (3, 12). Znanje majki o prehrani pozitivno je povezano s djetetovom konzumacijom voća i povrća, dok je negativno povezano s njegovim ukupnim unosom kalorija i masti, odnosno sa zastupljenošću pretilosti u djece (5, 12). Pretpostavka je da je znanje nužno kako bi roditelji pratili prehranbene navike svoje djece, identificirali visoko kaloričnu hranu i mogli razumjeti dugoročne rizike koje sa sobom nosi pretilost (12). Iako, sama činjenica što osoba posjeduje dobro znanje o prehrani ne podrazumijeva da ona to znanje i primjenjuje u praksi (8, 12). Znači, znanje o prehrani smatra se nužnim, ali ne i jedinim te dovoljnim faktorom u pretilosti djece. S druge strane, postoje autori koji naglašavaju da znanje o prehrani nije ključni faktor za nastanak i održavanje pretilosti (13). Prema Reinehr i sur. majke pretile djece nisu se pokazale lošije u znanju o prehrani od majki djece prosječne tjelesne težine (14).

PSIHOSOCIJALNE POSLJEDICE PRETILOSTI U DJECE

Posljedice koje sa sobom donosi pretilost utječu na kvalitetu života i funkcioniranje osobe u različitim područjima, prije svega na tjelesno zdravlje, ali i na psihosocijalno funkcioniranje. Studije o pretiloj djeci pokazala su općeniti nedostatak (prema procjeni roditelja) socijalnih kompetencija u usporedbi s kontrolnom skupinom djece normalne težine (15).

Predrasude i socijalna diskriminacija

Znanstvena literatura jasno pokazuje diskriminaciju pretilih u tri važna područja: obrazovanju, zapošljavanju i zdravstvu. Negativni stereotipi se javljaju već u ranom djetinjstvu. Djeca, već u dobi od 3 do 5 godina, smatraju da imaju manje prijatelja, da su slabiji u školi i da ih roditelji manje vole (16). U usporedbi s vršnjacima pretila djeca su tri puta češće izložena izrugivanju. Uočeno je da druga djeca procjenjuju pretilu djecu kao onu koja im se najmanje sviđa, misle da su ona debela zbog pretjeranog jedenja, da

su lijena, glupa, prljava, neiskrena i pokvarena, te da bi mogla smršaviti kad bi to željela (2). Pretila djeca su u socijalno nepovoljnom položaju, u igrama su odbačena kao zadnja za tim, zadirkuju ih, te su isključena iz mnogih socijalnih događanja, npr. rođendanskih proslava.

Veliki broj pretile djece (90%) uvjeren je da bi zadirkivanje i zlostavljanje od strane vršnjaka prestalo kada bi smršavjeli, a njih više od polovice misli da bi imali više prijatelja kada bi bili mršaviji (6). Nažalost, uvriježene predrasude prema pretiloj djeci nisu ograničene samo na njihove vršnjake, takvo ponašanje uočeno je i kod odraslih osoba, pa čak i kod zdravstvenih djelatnika i drugih stručnjaka (17). U nekim se kulturama atraktivnost, kompetencija pa čak i inteligencija izjednačavaju sa mršavosti, te su duboko ukorijenjena određena vjerovanja i negativni osjećaji prema pretilosti (17). Pretile osobe su često opisane kao neatraktivne, neuspješne, neaktivne, nepopularne i često nesretne (2). Djeca s tako negativnim socijalnim iskustvima imaju manju vjerojatnost razviti socijalnu kompetentnost i uspješne socijalne odnose. To pokazuje istraživanje na 88 adolescenata čiji roditelji smatraju da 50% dječaka i 58% djevojčica ima značajne probleme sa vršnjacima zbog debljine (18).

Sniženo samopoštovanje

Druga dimenzija psihosocijalnog funkcioniranja procjenjivana u uzorku pretile djece i adolescenta je samopercepcija ili samopouzdanje. Internalizacijom socijalnih normi i predrasuda, osobe mogu početi osjećati izrazitu krivnju i sram radi svoje debljine, razviti lošu sliku o sebi, te mrziti sebe i svoje tijelo, razviti depresivne simptome, te izbjegavati društvena događanja i kontakte s drugim ljudima (19). Postoje dokazi narušenog samopouzdanja u pretile djece školskog uzrasta, pretila djeca često razvijaju lošu sliku o sebi, osjećaju se krivima i odgovornima za svoju debljinu. Ako se ti negativni osjećaji nastave i u adolescenciji, s vremenom mogu dovesti do razvoja poremećaja hranjenja, kao što su anoreksija i bulimija (17).

Pretila djeca u dobi između 9 i 12 godina imaju niže rezultate od kontrolne skupine djece normalne težine na dimenzijama tjelesnog i globalnog samovrednovanja. Nadalje, novije longitudinalno istraživanje je ukazalo na smanjeno samopoštovanje pretile djece među školskom djecom i adolescentima (8). Nalazi iz drugih studija ne ukazuju na deficite u globalnom samovrednovanju u pretile djece, ali podupiru nalaze o smanjenom tjelesnom samovrednovanju (15). Kros-sekvencijalne studije konzistentno ukazuju na obrnutu vezu samopouzdanja i dobivanja na težini u prospektivnim istraživanjima. U područjima vezanim uz tu problematiku, pokazalo se da pretila djeca i adolescenti mogu biti posebno osjetljivi u samoeфикаsnosti povezanoj s tjelesnom aktivnošću (20).

Poteškoće u emocionalnom funkcioniranju

Iako pretilost nije uvijek povezana sa psihološkim problemima, često se javlja negativna slika o sebi, te povećana anksioznost i depresivnost. Stice i sur. su u grupi od 47 izrazito pretilih adolescenata pronašli da njih 70% zadovoljava kriterije za najmanje jedan psihološki poremećaj, 42,6% za poremećaj raspoloženja, 40,6% za anksiozni poremećaj, posebno za socijalnu fobiju (21). U adolescenata je pronađena viša razina depresije, anksioznosti i stresa i više poteškoća u tjelesnom zdravlju i socijalnom funkcioniranju, a 52,2% ima epizode prejedanja i visoki rizik za poremećaje hranjenja (1).

U sveobuhvatnoj studiji izvršenoj na uzorku djece trećeg razreda osnovne škole, indeks tjelesne mase je pozitivno povezan s depresivnim simptomima u djevojčica, ali ne i dječaka. Ta se korelacija nije pokazala značajnom kad je isključena briga zbog pretilosti što ukazuje da takve brige mogu biti povezane s depresivnim simptomima djevojčica školskog uzrasta (22).

Kvaliteta života

Wake i sur. su u skupini od 2863 školske djece pokazali značajna ograničenja u području fizičkog funkcioniranja, tjelesne boli, općeg zdravlja, men-

talnog zdravlja i slike o sebi (24). Pretila djeca manje se bave sportom, imaju više poteškoća sa trčanjem i atletikom, ali i svakodnevnim aktivnostima kao što je kupovanje odjeće i izlasci s prijateljima (23). U grupi od 126 pretile djece roditelji su procijenili da njihova djeca imaju sniženu kvalitetu života u svim istraživanim područjima (tjelesnom, socijalnom, emocionalnom i akademskom funkcioniranju), dok su djeca procijenila da imaju značajno više poteškoća u odnosu na kontrolnu skupinu zdrave djece jedino u području tjelesnog funkcioniranja (25).

ZAKLJUČAK

Pretilost u djece je značajan javnozdravstveni problem s jasnom tendencijom porasta u zadnjih nekoliko desetljeća. U nastanku pretilosti važnu ulogu imaju promjene u načinu života koje uključuju manje tjelesne aktivnosti i konzumaciju visokokalorične hrane, ali i obiteljske varijable vezane uz izbor hrane, stil hranjenja i roditeljsko znanje o prehrani. Pretilost ima značajne psihosocijalne posljedice koje utječu na kvalitetu života, na emocionalno funkcioniranje i socijalnu kompetentnost. Kako pretilost nije stanje koje bi dijete jednostavno preraslo, već ih oko 80% ostaje pretilo i u odrasloj dobi, važan je pravovremeni tretman (2). U novije vrijeme se velika važnost pridaje prevenciji koja uključuje intervencije u široj zajednici, osvještavanjem javnosti o problemu pretilosti, promicanjem zdrave prehrane u vrtićima i školama, te edukacijom roditelja.

LITERATURA

1. Doyle AC, Le Grange D, Goldschmidt A. Psychosocial and physical impairment in overweight adolescents at high risk for eating disorders. *Obesity* 2007; 15: 145-54.
2. Jelalian E, Mehlenbeck R. Pediatric obesity. U: Roberts MR. ur. *Handbook of pediatric psychology*, 3. izd. New York, London: The Guilford Press., 2003: 529-43.
3. Sherman J, Alexander M, Clark L, Dean A, Welter L. Instruments Measuring Maternal Factors in Obese Preschool Children. *Western Journal of Nursing Research* 1992; 14: 555-75.
4. Giles-Corti B, Macintyre S, Clarkson JP, Pikoira T, Donovan RJ. Environmental and Lifestyle Factors Associated With Overweight and Obesity in Perth, Australia. *American Journal of Health Promotion* 2003; 18: 93-102.

5. Davison M, Birch I. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews* 2001; 159-71.
6. Schwartz MB, Puhl R. Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity reviews* 2003; 4: 57-71.
7. Dietz DH, Gortmaker SL. Preventing obesity in children and adolescents. *Annual Review of Public Health* 2001; 22: 337-53.
8. Gahagan S. Child and Adolescent Obesity. *Current Problems in Pediatric And Adolescent Health Care* 2004; 34: 36-43.
9. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markley CN, Sawyer RI, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 2001; 36: 201-10.
10. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics* 1999; 103: 85-102.
11. Robinson TN, Kiernan M, Matheson DM, Haydel KF. Is Parental Control over Children's Eating Associated with Childhood Obesity? Results from a Population-Based Sample of Third Graders. *Obesity Research* 2001; 9: 306-12.
12. Variyam NJ. Overweight children: Is parental nutrition knowledge a factor? *Food Review* 2001; 24: 18-22.
13. Burns CM, Richman R, Caterson ID. Nutrition knowledge in the obese and overweight. *International Journal of Obesity* 1987; 11: 485-92.
14. Reinehr T, Andlauer W, Kersting M, Pawlitschko V, Wollenhaupt A. Einflussfaktoren auf das Ernährungswissen von Kindern und ihren Müttern. *Journal für Ernährungsmedizin* 2004; 6: 17-20.
15. Braet C, Merveilde J, Vandereycken W. Psychological aspects of childhood obesity. *Journal of Pediatric Psychology* 1997; 22: 59-71.
16. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res* 2001; 9: 788-805.
17. Marsh EJ, Barkley RA. *Treatment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press 1989.
18. Latner JD, Stunkard A. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res* 2003; 11: 452-6.
19. Basaran P, Basaran N, Altunta I, Tamer MN. Contemporary Approaches into Obesity. *Drugs and Genes. Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 2004; 44: 419-24.
20. Jelalian E, Wember YM, Bungeoth H, Birmaher V. Bridging the gap between research and clinical practice in pediatric obesity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48: 115-27.
21. Stice E, Whitenton K. Risk factors for body satisfaction in adolescent girls. *Dev Psychol* 2002; 38: 669-78.
22. Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF, Killen JD. Are overweight children unhappy? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2000; 154: 931-5.
23. Terchakovec AM, Weller SC, Gallagher PR. Obesity, school performance and behavior of black, urban elementary school children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18: 323-7.

Summary

PSYCHOSOCIAL CAUSES AND CONSEQUENCES OF OBESITY IN CHILDREN

M. Grubić

It is well accepted that while genetic makeup can predispose an individual to become obese, interaction with environmental factors is critical in the development of obesity. It is known that food selection within the home, familial eating and feeding patterns and level of food monitoring can negatively impact children's dietary behaviors and contribute to weight gain. Also, life style changes, an increase in sedentary behavior (television viewing, playing computer and video games) and increase in consumption of unhealthy food (high fat, high calorie) increase risk of being overweight. Obesity during childhood and adolescence is associated with negative psychological outcomes such as exposure to negative stereotypes and social discrimination, lowered self-esteem, problems in emotional functioning and a lowered quality of life. It is important to targeting obese children, especially those with psychosocial problems, and determines appropriate and comprehensive weight control intervention.

Descriptors: OBESITY, CHILDREN, PSYCHOSOCIAL FACTORS, LIFESTYLE, PARENTS, QUALITY OF LIFE