



WIEDZA I NAWYKI ŻYWIENIOWE

Podręcznik¹

Małgorzata Lipowska

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Mariusz Lipowski

Zakład Psychologii Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w
Gdańsku

TEORETYCZNE PODSTAWY SKALI WINŻ

Zdrowie, jego pozyskiwanie, odzyskiwanie i utrzymywanie, od dzieciństwa do wieku późnego, jest uwarunkowane czynnikami genetycznymi, środowiskowymi, jak i dynamicznej wzajemnej zależności między nimi. Niezwykle istotne są doświadczenia z wczesnego dzieciństwa, ponieważ mogą modyfikować predyspozycje biologiczne (Anzman, Rollins, & Birch, 2010; Loprinzi & Trost, 2010). W związku z tym wczesny rozwój praktyk związanych ze zdrowiem, takich jak prawidłowe nawyki żywieniowe, czy aktywność fizyczna, mogą odgrywać ważną rolę w profilaktyce zdrowotnej. Styl żywienia dzieci to najwcześniejszy sposób oddziaływania rodziców na dzieci. Rodzice mogą wpływać na zachowania żywieniowe swoich dzieci decydując o ograniczeniach żywieniowymi, dostarczając wiedzę na temat wartości odżywczych posiłków, ale też po prostu modelując praktyki żywieniowe i zdrowotne (Scaglioni, Arrizza, Vecchi, & Tedeschi, 2011; Utter, Scragg, Schaaf, & Mhurchu, 2008). Używanie jedzenia jako nagrody lub karmienie w odpowiedzi na reakcje emocjonalne zwiększa prawdopodobieństwo, że dziecko w przyszłości będzie jadło z innych powodów niż odczucie głodu. Natomiast kontrolowanie ilości spożywanych przez dziecko przekąsek, wprowadzenie reguły jedzenia przy stole, czy zachęcanie dziecka do próbowania różnorodnych potraw może sprzyjać rozwijaniu się właściwych zachowań żywieniowych (Wardle, Sanderson, Guthrie, Rapoport, & Plomin, 2002). Dzieci w wieku przedszkolnym nie są jeszcze w stanie same zadbać o swoją dietę, to rodzice przygotowują, podają i

¹ Tekst opracowany na podstawie: Lipowska, M., & Lipowski, M. (2018). Children's Awareness of Healthy Behaviours - validity of Beauty & Health and Dietary Knowledge & Habits Scales. *Health Psychology Report*, 6(4), 361–374. <https://doi.org/10.5114/hpr.2018.74688>

kontrolują spożywane produkty. Doświadczenia z tego okresu są niezmiernie ważne dla pojawienia się w przyszłości prawidłowych zachowań zdrowotnych. Nawyki wyuczone we wczesnym dzieciństwie dotyczące konsumpcji tłustych, słonych, słodkich i wysoko kalorycznych potraw utrzymują się przez całe życie a ich zmiana jest niezwykle trudna i najczęściej mało skuteczna (Lanfer et al., 2012). Prawidłowe odżywianie są tak istotne w dzieciństwie, gdyż przekładają się na praktyki żywieniowe w dorosłości (Anzman et al., 2010; Llewellyn, van Jaarsveld, Boniface, Carnell, & Wardle, 2008; Nicklaus, Boggio, Chabanet, & Issanchou, 2005; Scaglioni et al., 2011; Skinner, Carruth, Bounds, Ziegler, & Reidy, 2002).

Kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych nabiera szczególnej wagi, jeśli pamiętamy, że WHO uznaje otyłość za epidemię o zasięgu światowym – częstotliwość występowania otyłości niemal podwoiła się w latach 1980-2008. W 2008 r. 35% dorosłych w wieku powyżej 20 r.ż. miało nadwagę (34% mężczyzn i 35% kobiet) (WHO, 2013). W Polsce nadwaga dotyczy 59% kobiet oraz 69% mężczyzn, co stanowi jeden z wyższych odsetków w krajach EU (Wojtyniak & Goryński, 2016).

Częstotliwość występowania otyłości wzrasta również u dzieci (Nishtar, Gluckman, & Armstrong). W Polsce aż 22% uczniów ma nadwagę lub otyłość (Kułaga, Grajda, et al., 2016; Kułaga et al., 2011), a dla przedszkolaków szacunki te wynoszą od 12,2-17,2% u chłopców i 15 lat -19,1% u dziewcząt (Kułaga, Gurzkowska, et al., 2016). Liczby te są porównywalne lub nawet wyższe niż innych krajach zachodnich (Branca & Nikogosian, 2007). W świetle szybko rosnącej liczby chorób związanych z żywnością, kształtowanie właściwego odżywiania wśród dzieci jest priorytetowe, szczególnie, że zmiana nawyków żywieniowych i preferencji jest często wskazywana jako jedno z głównych wyzwań w leczeniu problemów zdrowotnych wśród młodzieży i dorośli (Meule, 2017; Obara-Gołębiowska, Brycz, Lipowska, & Lipowski, 2018).

Waga problemu otyłości zarówno z perspektywy zdrowia fizycznego, jak i jakości życia społecznego na każdym etapie życia zaowocowała badaniami dotyczącymi zachowań prozdrowotnych wśród najmłodszych. Warto jednak podkreślić, że większość z nich oparta jest na ocenie procesu odżywiania się dzieci dokonywanej przez rodziców. Metaanaliza dokonana przez de Lauzon-Guillain et al. (2012) wskazała na potrzebę dalszego tworzenia narzędzi szczególnie takich, które opierają się bezpośrednio na badaniu dzieci a nie ich opiekunów. Pragnąc przeprowadzać badania bezpośrednio na dzieciach, stworzona została skala **Wiedza i Nawyki Żywieniowe**, która w formie zabawy angażuje dzieci w wieku od 5 do 9 lat.

OPIS SKALI WINŻ

Skala służy do pomiaru poziomu wiedzy (podskala: **Wiedza**) i rodzaju zachowań żywieniowych (podskala: **Nawyki Żywieniowe**) dzieci w wieku 5–9 lat. Metoda składa się z zestawu obrazków, dwóch (niezależnych) arkuszy odpowiedzi dla osoby badającej i trzech papierowych talerzyków.

Obrazki to 50 zdjęć² o wymiarze 8x8 centymetrów, przedstawiających różne produkty spożywcze sklasyfikowane jako zdrowe lub niezdrowe. Potrawy eksponowane są w sposób ujednolicony – wszystkie dania sfotografowane zostały na identycznych porcelanowych białych talerzach. Opakowania i pojemniki pozbawione są nazw własnych producentów np. w odniesieniu do jogurtu, czy ketchupu. Każde zdjęcie jest podpisane w taki sposób aby podczas prezentacji, to badacz mógł odczytać nazwę, a nie dziecko. Dziecko widzi tekst odwrócony, by nie sugerowało się nazwą, a podpisy pozwalają uniknąć wątpliwości, czy na ilustracji widnie np. hot dog czy kanapka.

Talerzyki to papierowe, wycięte z tekturki, białe kółka z nadrukiem, które służą do układania na nich (opisanych w poprzednim akapicie) obrazków. Na środku oraz na obrzeżach każdego z nich umieszczone są piktogramy „buziek” w trzech kolorach: 😊 – zielona uśmiechnięta, 😐 – szara neutralna i ☹️ – czerwona smutna. Średnica zewnętrzna talerzyka to 18 cm, a miejsce na obrazki ma średnicę 12. cm. Taki wymiar pozwala na swobodne układanie przez dziecko (zgodnie z instrukcją) obrazków i nie zasłanianie zewnętrznych „buziek”.

Arkusze odpowiedzi są niezależne dla obu podskal: **Wiedza** oraz **Nawyki Żywieniowe**. Zawierają instrukcję, w jaki sposób przeprowadzać badanie oraz tekst dyktowany dziecku. Poniżej instrukcji znajduje się 50 odpowiedzi w formie trzech „buziek” do zaznaczania odpowiedzi.

PROWADZENIE BADANIA

Badania można przeprowadzić wykorzystując podskale **Wiedza** oraz **Nawyki Żywieniowe** niezależnie, albo łącznie. Jeśli badający zdecyduje się na badanie obiema skalami, ważne by zachować odstęp czasowy co najmniej dwóch tygodni pomiędzy badaniem pierwszą i drugą skalą. Okres przerwy pomiędzy badaniami ma zminimalizować u dziecka możliwość sugerowania się wcześniejszymi odpowiedziami. Kolejność stosowania skal jest dowolna, jednak należy zadbać, by warunki badania były możliwie identyczne.

Podskala Wiedza

Prowadzący badanie kładzie przed dzieckiem trzy różnokolorowe talerzyki z narysowanymi buźkami i czyta instrukcję (wskazując po kolei talerzyki): „**Mam dla**

² Autor zdjęć: Marcin Bluma BLU/ART www.blu-art.pl

Ciebie zadanie – będę Ci pokazywać różne obrazki jedzenia. Proszę układać na talerzyku ☺ zdjęcia tych potraw, które są zdrowe, na talerzyku ☹ układać zdjęcia tych potraw, które są niezdrowe. Jeśli nie wiesz czy potrawa jest zdrowa, czy niezdrowa, możesz położyć jej zdjęcie na talerzyku ☹. Zaczynamy. Następnie prowadzący prezentuje dziecku poszczególne obrazki. W trakcie zadania można przypominać o możliwości położenia zdjęcia na odpowiednim talerzyku. Po każdej odpowiedzi zaznacza na arkuszu znakiem X wskazaną przez dziecko „buźkę”.

Podskala Nawyki Żywieniowe

Prowadzący badanie kładzie przed dzieckiem trzy różnokolorowe talerzyki z narysowanymi buźkami i czyta instrukcję (wskazując po kolei talerzyki): „**Mam dla Ciebie zadanie – będę Ci pokazywać różne obrazki jedzenia. Proszę układać na talerzyku ☺ zdjęcia tych potraw, które jesz bardzo często, na talerzyku ☹ układać zdjęcia tych potraw, które jesz tylko czasami, a na talerzyku ☹ układać zdjęcia tych potraw, które jesz bardzo rzadko albo wcale. Zaczynamy.**” Następnie prowadzący prezentuje dziecku poszczególne obrazki. W trakcie zadania można przypominać o możliwości położenia zdjęcia na odpowiednim talerzyku. Po każdej odpowiedzi zaznacza na arkuszu znakiem X wskazaną przez dziecko „buźkę”.

SPOSÓB OBLICZANIA WYNIKÓW

Stosowanie tych samych obrazów dwukrotnie pozwala na oszacowanie spójności wiedzy żywieniowej dziecka i jego nawyków żywieniowych. Ponadto forma graficzna uzupełniona wywiadem ma na celu uatrakcyjnienie dziecku procesu badania. Wyniki dla **Wiedzy żywieniowej** są obliczane na podstawie podanych odpowiedzi w trzech kategoriach:

1. wiedza na temat zdrowych produktów – suma poprawnych odpowiedzi minus suma odpowiedzi błędnych (min = -30, max = 30 pkt),
2. wiedza na temat niezdrowych produktów – suma poprawnych odpowiedzi minus suma odpowiedzi błędnych (min = -20, max = 20 pkt),
3. ogólna ocena wiedzy na temat produktów żywieniowych – suma punktów za odpowiedzi dotyczące produktów zdrowych i niezdrowych (min = -50, max = 50 pkt).

Wyniki dla skali **Nawyki Żywieniowe** są obliczane na podstawie podanych odpowiedzi w trzech kategoriach:

1. zdrowe nawyki żywieniowe – suma prawidłowych nawyków (min = 0, max = 30 pkt),
2. niezdrowe nawyki żywieniowe – suma nieprawidłowych nawyków (min = 0, max = 20 pkt),

3. ogólny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych to różnica: zdrowe nawyki żywieniowe minus niezdrowe nawyki żywieniowe (min = -20, max = 30 pkt).

PRACE NAD KONSTRUKCJĄ I WALIDACJĄ SKALI WINŻ

Badania pilotażowe i właściwe do konstrukcji ostatecznej wersji skali prowadzone zostały na terenie województwa pomorskiego, gdzie losowo wybrano miasta – kierując się ich wielkością, a następnie losowane były placówki edukacyjne. Ostatecznie do badań wyłączonych zostało 20% placówek edukacyjnych (przedszkola i szkoły podstawowe), które prowadzą obowiązkową edukację przedszkolną (tzw. „klasa 0”). Zgodę na przeprowadzenie badań uzyskano od 58 dyrektorów szkół i przedszkoli. W przedszkolach do udziału w badaniach zakwalifikowano jedynie dzieci uczęszczające do najstarszej grupy realizującej obowiązkowy program przygotowania przedszkolnego, zaś w szkołach uczniów klas od „0” do trzeciej – tzw. nauczanie zintegrowane. Przed rozpoczęciem badań rodzice wszystkich dzieci zostali zaznajomieni z procedurą badań i poinformowani o możliwości rezygnacji z udziału w projekcie na każdym jego etapie. Rodzice wszystkich badanych dzieci wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniach. Badania uzyskały też zgodę Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego (decyzja nr 17/2013). Badania realizowane były w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (2015/17/B/HS6/04144).

Badania odbywały się indywidualnie na terenie przedszkola lub szkoły, do której uczęszczały dzieci. Przeprowadzone zostały po śniadaniu, aby uniknąć wpływu uczucia głodu na sposób udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące nawyków żywieniowych i wiedzy o wartości produktów spożywczych. Badania wykonane zostały w dwóch turach. Na pierwszym spotkaniu wykorzystana została pierwsza podskala: **Wiedza**, a po co najmniej dwóch tygodniach kolejna: **Nawyki Żywieniowe**. Założeniem odstępu czasowego było uniknięcie zapamiętania odpowiedzi na pytania z pierwszej tury.

W pilotażowej wersji skala **Wiedza i Nawyki Żywieniowe** zawierała 60 zdjęć potraw, z którymi dzieci mogą mieć styczność każdego dnia. Sędziowie kompetentni (troje dietetyków i pediatra) zaklasyfikowali każdą potrawę do jednej z dwóch grup: zdrowe lub niezdrowe. Badania pilotażowe przeprowadzone na grupie 230. dzieci 6-letnich skłoniły (po konsultacji z dietetykiem) do usunięcia 10 potraw. Odpowiedzi dzieci były bowiem bardzo trudne do zakwalifikowania np. „**kefir jest bardzo niezdrowy, bo zawiera żywe kultury bakterii i można się zarazić**”. W ostatecznej wersji skala zawiera zdjęcia 30 potraw zakwalifikowanych jako zdrowe i 20 jako niezdrowe.

W celu walidacji narzędzia przebadanych zostało 721 dzieci, które zostały przydzielone do jednej z czterech grup ze względu na poziom edukacji i płeć (Tabela 1).

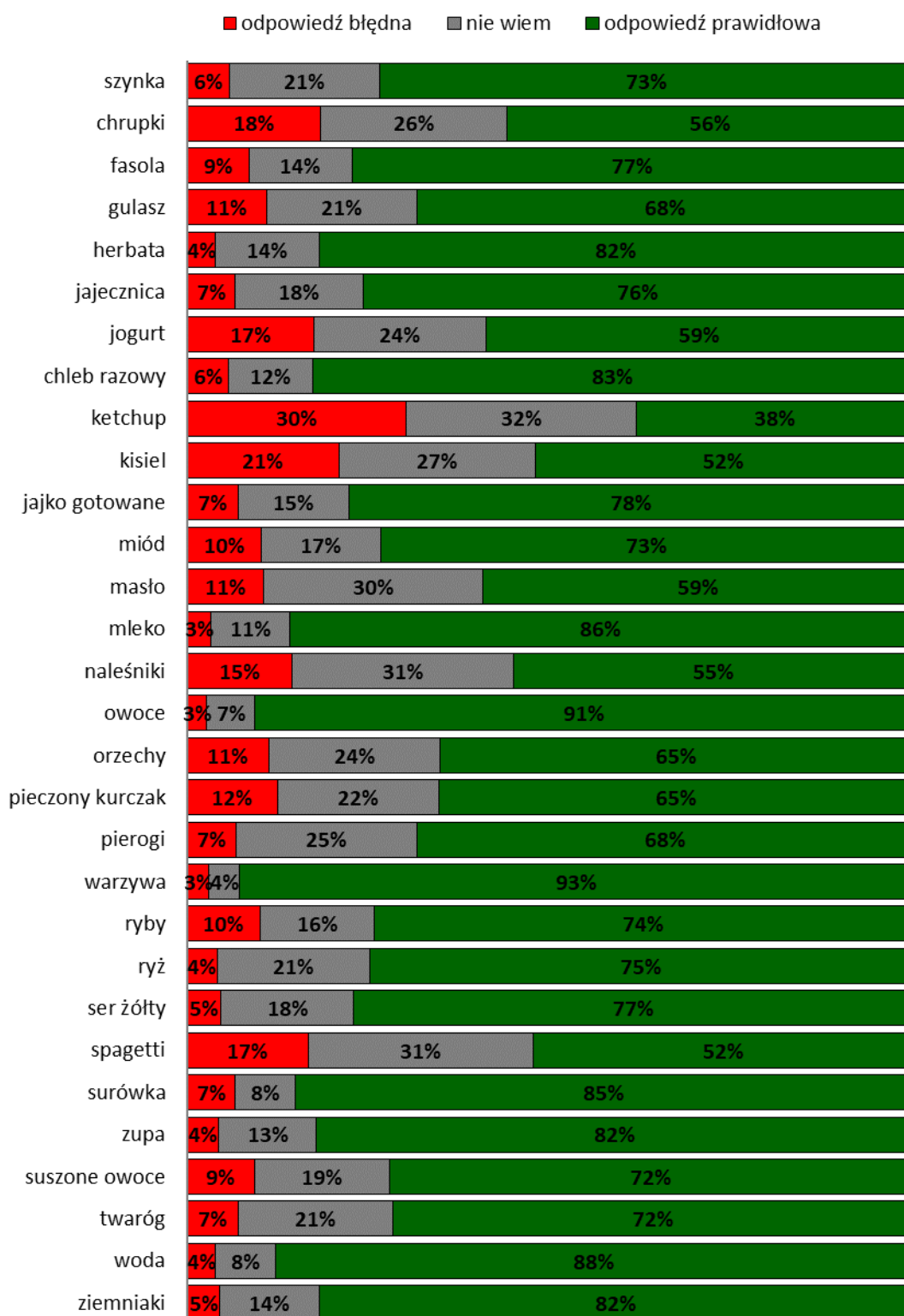
Tabela 1

Liczebność uczestników badania ze względu na płeć i poziom edukacji

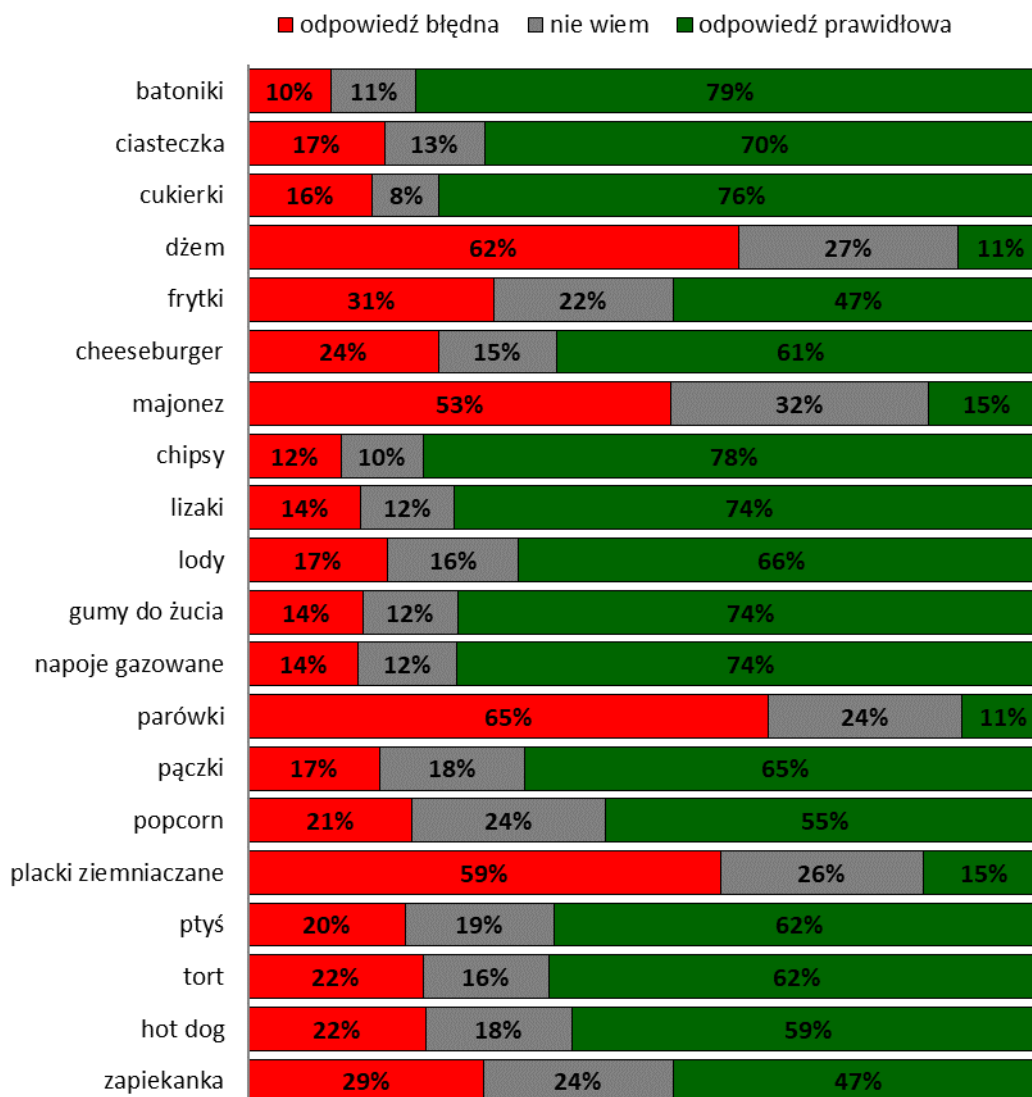
poziom edukacji	dziewczęta	chłopcy	razem
„0” i klasa I	209 (28,99%)	179 (24,83%)	388 (53,81%)
II i III klasa	143 (19,83%)	190 (26,35%)	333 (46,19%)
razem	352 (48,82%)	369 (51,18%)	721 (100,00%)

Analiza pozycji skali

Na rysunkach 1 i 2 pokazane zostały częstotliwość poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi, a także odpowiedzi „nie wiem” udzielone przez badane dzieci. Zwykle nie miały one trudności z identyfikacją zdrowych produktów - średni wynik dla tych produktów wynosi 72% prawidłowych odpowiedzi (Rysunek 1). Nie było raczej wątpliwości co do prozdrowotnych właściwości warzyw, owoców, czy wody. Trudniejszym wyzwaniem dla dzieci biorących udział w badaniu była ocena niezdrowej żywności (Rysunek 2). Najwięcej trudności w identyfikacji przysporzyły: dżem, majonez, parówki i placki ziemniaczane. Średni wynik dla wszystkich niezdrowych produktów wyniósł 55% prawidłowych odpowiedzi.



Rysunek 1. Częstotliwość odpowiedzi dotyczących produktów zdrowych.



Rysunek 2. Częstotliwość odpowiedzi dotyczących produktów niezdrowych.

W tabeli 2 umieszczone zostały średnie i odchylenia standardowe nawyków żywieniowych dla każdego z 50 produktów objętych badaniem. W przypadku pozycji testowych wyrażonych na skali dychotomicznej wynik średni oznacza trudność tych pozycji, a dokładnie proporcję odpowiedzi „tak”. Inaczej mówiąc, im wyższa średnia dla pozycji skali, tym jest ona bardziej powszechna dla badanych (mniejsza trudność). Niska trudność (wysoka średnia) pozycji testowych odnoszących się do zdrowych produktów oznacza, że dzieci często te produkty spożywają. Niska trudność (wysoka średnia) pozycji testowych odnoszących się do niezdrowych produktów oznacza, że dzieci łatwiej sięgają po te produkty. Wyniki wskazują, że dzieci często piją herbatę i jedzą ziemniaki, warzywa i świeże owoce. Rzadko jedzą zaś fasolę, gulasz i suszone owoce.

Tabela 2

Analiza opisowa dla zdrowych i niezdrowych nawyków żywieniowych

zdrowe nawyki żywieniowe			niezdrowe nawyki żywieniowe		
produkt	<i>M</i>	<i>SD</i>	produkt	<i>M</i>	<i>SD</i>
szynka	0,84	0,37	batoniki	0,67	0,47
chrupki	0,85	0,36	ciasteczka	0,73	0,44
fasola	0,68	0,47	cukierki	0,72	0,45
gulasz	0,68	0,47	dżem	0,78	0,41
herbata	0,93	0,26	frytki	0,79	0,41
jajecznica	0,81	0,39	cheeseburger	0,53	0,50
jogurt	0,86	0,35	majonez	0,61	0,49
chleb razowy	0,76	0,43	chipsy	0,67	0,47
ketchup	0,79	0,41	lizaki	0,71	0,46
kisiel	0,78	0,42	lody	0,80	0,40
jajko gotowane	0,78	0,41	gumy do żucia	0,72	0,45
miód	0,73	0,44	napoje gazowane	0,60	0,49
masło	0,87	0,34	parówki	0,88	0,32
mleko	0,89	0,31	pączki	0,68	0,47
naleśniki	0,88	0,33	popcorn	0,74	0,44
owoce	0,95	0,22	placki ziemniaczane	0,78	0,42
orzechy	0,74	0,44	ptyś	0,50	0,50
pieczony kurczak	0,83	0,38	tort	0,72	0,45
pierogi	0,85	0,36	hot dog	0,59	0,49
warzywa	0,93	0,25	zapiekanka	0,64	0,48
ryby	0,71	0,45			
ryż	0,84	0,37			
ser żółty	0,81	0,40			
spaghetti	0,83	0,38			
surówka	0,80	0,40			
zupa	0,88	0,33			
suszone owoce	0,69	0,46			
twaróg	0,70	0,46			
woda	0,94	0,23			
ziemniaki	0,91	0,29			

Rzetelność pomiaru skali **WiNŻ** została oszacowana metodą zgodności wewnętrznej, z zastosowaniem współczynnika alfa. W przypadku pozycji testowych wyrażanych na skali dychotomicznej (część poświęcona nawykom żywieniowym) wzór na współczynnik alfa jest zredukowany do wzoru 20-go Kuderera-Richardsona (KR20). Powszechnie przyjmuje się, że akceptowalny próg akceptowalnej rzetelności dla wspomnianych wskaźników wynosi 0,70 (Bartolucci, Bacci, & Gnaldi, 2016). Wyniki analizy rzetelności dla skali **WiNŻ** przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

Współczynniki rzetelności dla wyników WiNŻ

Skala	Standaryzowana α KR20
Wiedza na temat zdrowych produktów	0,81
Wiedza na temat niezdrowych produktów	0,90
Ogólna ocena wiedzy na temat produktów żywieniowych	0,84
Zdrowe nawyki żywieniowe	0,78
Niezdrowe nawyki żywieniowe	0,85
Ogólny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych	0,83

Analizy statystyczne (Tabela 4) wskazują, że chłopcy mają większą wiedzę na temat niezdrowych produktów w porównaniu z dziewczętami, rzadziej też wskazują „nie wiem” o konkretnych produktach. Ponadto starsze dzieci uzyskały znacznie wyższe wyniki we wszystkich mierzonych aspektach wiedzy. Nie było jednak różnic między dziewczętami a chłopcami, a także uczniami o różnym poziomie edukacji pod względem nawyków żywieniowych. Jedynym wyjątkiem są zdrowe nawyki żywieniowe, w których dziewczęta uzyskiwały wyższe wyniki niż chłopcy.

Tabela 4

Statystyki opisowe oraz różnice wynikające z płci i poziomu edukacji w wynikach poszczególnych podskal WiNŻ

Wiedza i Nawyki Żywieniowe	dziewczęta (n = 352)		chłopcy (n = 369)		t	„0” i klasa I (n = 388)		II i III klasa (n = 333)		t
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Wiedza o zdrowych	18,45	7,56	18,99	7,12	1,00	18,47	8,07	19,03	6,38	1,02
Wiedza o niezdrowych	4,82	9,47	6,39	8,42	2,36*	1,78	9,15	10,11	6,31	13,99**
Wiedza prawidłowa	31,74	8,46	33,35	7,56	2,67**	31,05	9,18	34,33	6,04	5,57**
Wiedza nieprawidłowa	8,47	5,37	7,96	5,24	1,28	10,80	5,14	5,20	3,65	16,33**
Brak wiedzy	9,79	7,58	8,68	7,37	1,98*	8,15	8,09	10,47	6,51	4,21**
Wiedza ogólna	23,27	11,97	25,39	10,72	2,50*	20,25	12,48	29,14	7,56	11,23**
Nawyki zdrowe	24,92	3,87	24,15	4,44	2,48*	24,49	4,13	24,56	4,25	0,23
Nawyki niezdrowe	13,98	4,54	13,75	4,68	0,68	13,91	4,57	13,79	4,67	0,35
Prawidłowe nawyki	10,94	5,46	10,40	6,01	1,26	10,58	5,76	10,77	5,75	0,45

Notes. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Wyniki surowe w odniesieniu do normy przedstawia tabela 5. Przedstawione są przedziały wartości niskich, przeciętnych i wysokich, dla dzieci z podziałem na wiek edukacji.

Tabela 5

Normy dla poszczególnych skal WiNŻ

Wiedza i Nawyki Żywniowe	Ogólnie			„0” i klasa I			II i III klasa		
	<i>niska</i>	<i>przeciętna</i>	<i>wysoka</i>	<i>niska</i>	<i>przeciętna</i>	<i>wysoka</i>	<i>niska</i>	<i>przeciętna</i>	<i>wysoka</i>
Wiedza o zdrowych	≤ 13	14 – 24	> 24	≤ 12	13 – 21	> 21	≤ 14	15 – 23	> 23
Wiedza o niezdrowych	–	< 12	≥ 12	–	< 9	≥ 9	≤ 5	6 – 14	> 14
Wiedza prawidłowa	≤ 26	27 – 38	> 38	≤ 24	25 – 37	> 37	≤ 29	30 – 38	> 38
Wiedza nieprawidłowa	≤ 4	5 – 12	> 12	≤ 6	7 – 14	> 14	≤ 2	3 – 7	> 7
Brak wiedzy	≤ 3	4 – 14	> 14	≤ 2	3 – 14	> 14	≤ 5	6 – 15	> 15
Wiedza ogólna	≤ 15	16 – 32	> 32	≤ 10	11 – 29	> 30	≤ 23	24 – 34	> 34
Nawyki zdrowe	≤ 21	22 – 27	> 27	≤ 21	22 – 27	> 27	≤ 21	22 – 27	> 27
Nawyki niezdrowe	≤ 10	11 – 17	> 17	≤ 10	11 – 17	> 17	≤ 10	11 – 17	> 17
Prawidłowe nawyki	≤ 6	6 – 14	> 14	≤ 6	6 – 14	> 14	≤ 6	6 – 14	> 14

ZASTOSOWANIE WINŻ

Wiedza i Nawyki Żywniowe to nowatorskie narzędzie badawcze, przygotowane w formie zabawy z wykorzystaniem obrazków, przeznaczone do badania dzieci w pierwszych latach obowiązkowej edukacji. Świadomość roli zdrowego odżywiania oraz jego związku z wyglądem sylwetki kształtuje się już w dzieciństwie. Dlatego w analizach dotyczących zdrowia społeczeństwa warto badaniami obejmować wczesne lata ontogenezy jednostki. Co ważne, w tym okresie kształtują się schematy postrzegania zdrowia.

Skala została stworzona i wykorzystana w ramach projektu, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki, pt. „Rozwój kategorii piękna, zdrowia i stereotypów płci w okresie średniego dzieciństwa – międzypokoleniowa transmisja wzorców atrakcyjności fizycznej w kontekście stereotypów płci i zachowań prozdrowotnych”.

Skala **Wiedza i Nawyki Żywniowe** wykorzystana został już w badaniach naukowych relacji pomiędzy rodzicielskimi stylami karmienia a nawykami żywieniowymi i wiedzą żywieniową dziewcząt i chłopców (Lipowska, Lipowski, Jurek, Jankowska, & Pawlicka, 2018). Dzięki zastosowaniu skali można było potwierdzić, iż style karmienia preferowane przez rodziców są predyktorami nawyków żywieniowych dzieci, a w konsekwencji przyczyniają się do ich poziomu tkanki tłuszczowej. Badania za pomocą **Wiedza i Nawyki Żywniowe** posłużyły również diagnozie wiedzy o produktach żywieniowych w programach oświatowych w szkołach i przedszkolach na terenie województwa pomorskiego.

Wiedza i Nawyki Żywniowe może służyć zarówno badaniom naukowym, jak i praktyce. Skala cechuje się dobrymi wartościami psychometrycznymi i może z powodzeniem być stosowana do badania dzieci 5-9 zarówno w celach naukowych, ale także być pomocna w procesie oceny efektywności programów prozdrowotnych prowadzonych w szkołach i przedszkolach.

References

- Anzman, S. L., Rollins, B. Y., & Birch, L. L. (2010). Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *International Journal Of Obesity*, *34*(7), 1116-1124. doi:10.1038/ijo.2010.43
- Bartolucci, F., Bacci, S., & Gnaldi, M. (2016). *Statistical Analysis of Questionnaires. A Unified Approach Based on R and Stata*. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Branca, F., & Nikogosian, H. T. L. (2007). *Challenge of obesity in the WHO european Region and the strategies for response: summary*. Denmark: World Health Organization.
- de Lauzon-Guillain, B., Oliveira, A., Charles, M. A., Grammatikaki, E., Jones, L., Rigal, N., . . . Monnery-Patris, S. (2012). A review of methods to assess parental feeding practices and preschool children's eating behavior: the need for further development of tools. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, *112*(10), 1578-1602, 1602.e1571-1578. doi:10.1016/j.jand.2012.06.356
- Kułaga, Z., Grajda, A., Gurzkowska, B., Wojtyło, M. A., Gózdź, M., & Litwin, M. S. (2016). The prevalence of overweight and obesity among Polish school- aged children and adolescents. *Przegl Epidemiol*, *70*(4), 641-651.
- Kułaga, Z., Gurzkowska, B., Grajda, A., Wojtyło, M., Gózdź, M., & Litwin, M. (2016). The prevalence of overweight and obesity among Polish pre-school-aged children. *Dev Period Med*, *20*(2), 143-149.
- Kułaga, Z., Litwin, M., Tkaczyk, M., Palczewska, I., Zajączkowska, M., Zwolińska, D., . . . Pan, H. (2011). Polish 2010 growth references for school-aged children and adolescents. *Eur J Pediatr*, *170*(5), 599-609. doi:10.1007/s00431-010-1329-x
- Lanfer, A., Knof, K., Barba, G., Veidebaum, T., Papoutsou, S., de Henauw, S., . . . Lissner, L. (2012). Taste preferences in association with dietary habits and weight status in European children: results from the IDEFICS study. *International Journal Of Obesity (2005)*, *36*(1), 27-34. doi:10.1038/ijo.2011.164
- Lipowska, M., Lipowski, M., Jurek, P., Jankowska, A. M., & Pawlicka, P. (2018). Gender and body-fat status as predictors of parental feeding styles and children's nutritional knowledge, eating habits and behaviours. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *15*(5), 852. doi:10.3390/ijerph15050852
- Llewellyn, C. H., van Jaarsveld, C. H. M., Boniface, D., Carnell, S., & Wardle, J. (2008). Eating rate is a heritable phenotype related to weight in children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *88*(6), 1560-1566. doi:10.3945/ajcn.2008.26175
- Loprinzi, P. D., & Trost, S. G. (2010). Parental influences on physical activity behavior in preschool children. *Prev Med*, *50*(3), 129-133. doi:10.1016/j.ypmed.2009.11.010
- Meule, A. (2017). Interactive effects between flexible and rigid control of eating behavior on body weight: a moderated serial multiple mediation model. *Health Psychology Report*, *5*(4), 314-322. doi:10.5114/hpr.2017.70206
- Nicklaus, S., Boggio, V., Chabanet, C., & Issanchou, S. (2005). A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite*, *44*(3), 289-297.
- Nishtar, S., Gluckman, P., & Armstrong, T. Ending childhood obesity: a time for action. *The Lancet*, *387*(10021), 825-827. doi:10.1016/S0140-6736(16)00140-9
- Obara-Gołębiowska, M., Brycz, H., Lipowska, M., & Lipowski, M. (2018). The Role of Motivation to Reduce Obesity among Elderly People: Response to Priming Temptation in Obese Individuals. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *15*(2), 244.
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *94*(6 Suppl), 2006S-2011S. doi:10.3945/ajcn.110.001685
- 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? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *34*(6), 310-315.
- Utter, J., Scragg, R., Schaaf, D., & Mhurchu, C. N. (2008). Relationships between frequency of family meals, BMI and nutritional aspects of the home food environment among New Zealand adolescents. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, *5*, 50-50. doi:10.1186/1479-5868-5-50
- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research*, *10*(6), 453-462.

Wojtyniak, B., & Goryński, P. (2016). ***Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania***. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.