

Family Fat Talk Questionnaire – adaptacja polska

Family Fat Talk Questionnaire – Polish adaptation

Beata Ziółkowska¹, Dorota Łoboda²,
Aleksandra Dąbrowska¹, Justyna Szrajda³

¹ Wydział Psychologii UKW

² Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej w Bydgoszczy

³ Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Summary

Aim. One of the dangerous phenomena that reinforces a negative attitude towards one's own body is the so-called family fat talk¹, i.e. conversations initiated by carers/siblings self-devaluing body shapes and sizes. The aim of our own research was to adapt the self-report two-factor tool Family Fat Talk Questionnaire (FFTQ) by MacDonald et al., which may be used in the prophylaxis of maladaptive behaviours towards eating and the body, especially in the adolescent population.

Method. The study covered 391 people at the turn of late adolescence and early adulthood. The following were used: (1) personal questionnaire – to control secondary variables (e.g. gender, BMI, difference between the actual and desired body weight), (2) Family Fat Talk Questionnaire in the Polish language version (FFTQ-PL) and (3) *Kwestionariusz wizerunku ciała* (KWCO) by A. Głębocka to check external accuracy.

Results. The research results indicate that the FFTQ-PL has satisfactory reliability and measurement accuracy, and its two-factor structure (factor 1 – “I”; factor 2 – “Family”) has been confirmed.

Conclusions. This measure is worth using in screening studies to identify people – especially adolescents – engaging in self-devaluing conversations within the family. It turns out that fat talk, especially in the case of people with a negative body image, can become a risk factor for risky eating practices.

Słowa kluczowe: *fat talk*, rodzina, zaburzenia odżywiania

Key words: fat talk, family, eating disorders

¹ Polish works on fat talk use only the English name of the phenomenon.

Wstęp i cel pracy

Ciało jest sferą ludzkiego funkcjonowania, która wiąże się zarówno ze sprawnością fizyczną, zdrowiem, jak i z tożsamością osobową, poczuciem własnej wartości oraz atrakcyjnością [1]. Akceptacja wizerunku ciała jest szczególnie istotna w stadium dojrzewania, kiedy to występują intensywne zmiany fizyczne w jego obrębie, a jednocześnie ujawnia się znaczna podatność młodych, poszukujących własnej tożsamości ludzi na wpływy środowiska społeczno-kulturowego [2]. Tymczasem współczesne, często nierealistyczne ideały estetyczne dotyczące kobiecego i męskiego ciała bywają źródłem frustracji dla wielu nastolatków, co skutkuje obniżeniem ich samooceny i poczucia własnej wartości.

Głównym korelatem ideału piękna, niezależnie od płci, jest udział i rozkład tkanki tłuszczowej oraz mięśniowej w ogólnej masie ciała. W czasach epidemii nadwagi i otyłości mamy do czynienia z takimi zjawiskami jak *fat phobia* (lęk przed spożywaniem tłuszczu i otluszczeniem własnego ciała oraz niechęć wobec osób z otyłością) [3] czy *fat shaming* (zawstydzanie osób z nadmierną masą ciała przez otoczenie) [4], a zaniepokojenie o masę ciała widoczne jest w konwersacjach typu *fat talk*, które polegają na dyskredytowaniu kształtu i masy własnego ciała lub ciała innych osób [5]. Co ważne, *fat talk* nie dotyczy „bycia grubym”, ale „czucia się grubym” [6], tym samym konwersacje takie mogą być prowadzone zarówno wśród osób z wysoką, jak i niską masą ciała. Oprócz stwierdzeń typu: „jestem (za) gruba/(za) gruby”, „mam tłuste uda”, „mój brzuch jest jak balon”, „moje ramiona są zbyt wiotkie”, *fat talk* obejmuje także komentarze odnoszące się do poprawy wyglądu fizycznego, zmiany nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej oraz obawy przed nadwagą [7].

Zjawisko to uznano za normatywne szczególnie w populacji kobiet bez względu na wiek, jednak jak wskazują badacze, rozmowy na temat ciała i jego masy najczęściej prowadzą dziewczęta w okresie późnej adolescencji i kobiety w stadium wczesnej dorosłości [6, 8]. Wydaje się ponadto, że wraz ze zmianami społeczno-kulturowymi *fat talk* zyskuje na popularności wśród chłopców i mężczyzn, aczkolwiek treść tych rozmów różni się nieco od tematyki konwersacji kobiet [9, 10].

Wskazuje się, że *fat talk* wystąpić może już w środowisku rodzinnym, przyczyniając się do kształtowania niezadowolenia z ciała dzieci oraz odmawiania przez nie jedzenia bądź do ich przejadania się [11]. W takich rodzinach bowiem szczególnie matki od najwcześniejszych lat modelują głównie u swych córek zachowania służące monitorowaniu i modyfikacji ciała, tak by pasowało ono do standardów estetycznych pozwalających na zachowanie własnej wartości w społeczeństwie [12]. Także negatywne komentarze obojga rodziców i rodzeństwa dotyczące wyglądu dziecka są powiązane z podejmowaniem przez nie radykalnych diet, z jego niską samooceną, nastrojem depresyjnym, symptomami zaburzeń odżywiania oraz niezadowoleniem z ciała [13]. To ostatnie jest natomiast predyktorem zaangażowania w *fat talk* [14] i najczęstszą strategią radzenia sobie z dezakceptacją własnego wizerunku u osób z nadwagą i otyłością [12]. Jednocześnie, zdaniem Nichter [15], zwerbalizowanie niezadowolenia z ciała podczas konwersacji bywa wentylem dla negatywnych emocji, z kolei według Gapinskiego i wsp. [16] łagodzi dyskomfort dzięki pozytywnym

reakcjom rówieśników (najczęściej w formie zaprzeczania autodewaluującym własną fizyczność komentarzom wygłaszanym przez daną osobę).

Badacze próbują też ustalić, jakiego rodzaju funkcje pełnić może *fat talk* u osób z pozytywnym obrazem ciała [17]. Okazuje się, że podejmowanie tego rodzaju konwersacji, m.in. w takich sytuacjach jak przymierzanie ubrań, rozbieranie się na plaży czy na basenie, ułatwia nawiązywanie relacji z rówieśnikami, podtrzymuje więź społeczną przez wyrażanie pokrewnych myśli i wartości oraz umożliwia doświadczanie i oferowanie wsparcia społecznego [16]. Ponadto rozmowy na temat masy ciała i jego wyglądu, jako normatywne zachowanie społeczne w kulturze ceniącej szczupłość, pozwalają ich uczestnikom wywoływać u innych przekonanie, że mimo swej atrakcyjności fizycznej te osoby się nie wywyższają [7]. Dla przykładu: jak wskazują badania Brittona i wsp. [18], nieuczestniczenie w *fat talk* bywa przez rówieśników interpretowane jako arogancja, zwiększając ryzyko ekskluzji społecznej osób, które nie angażują się w tego rodzaju konwersacje. Co interesujące, dowiedziono, że mówienie o swoim ciele w sposób pozytywny bywa bardziej społecznie atrakcyjne niż angażowanie się w jego publiczne deprecjonowanie. Barwick i wsp. [19] odnotowali, że osoby badane jako bardziej sympatyczne oceniały obserwowane kobiety wypowiadające się pozytywnie o swoim ciele, nawet jeśli pozostałe angażowały się w *fat talk*. W ten sposób uczestniczki/uczestnicy konwersacji stosujący korzystną narrację wobec własnej fizyczności mogą stać się pozytywnym wzorcem samoakceptacji dla partnerek/partnerów dyskusji prezentujących *fat talk* [20].

Głównym celem badań własnych była adaptacja narzędzia *Family Fat Talk Questionnaire* (FFTQ) MacDonald i zespołu [21]. Zdaniem autorek artykułu może ono pełnić funkcję przesiewowej miary o charakterze profilaktycznym, wykorzystywanej w celu zapobiegania zaburzeniom odżywiania i innym niekorzystnym następstwom *fat talk*, przede wszystkim w populacji adolescentów. Analiza piśmiennictwa wskazuje bowiem, że choć tego rodzaju konwersacje są społecznie akceptowaną formą nazywania i ekspresji negatywnych emocji związanych z cielesnością i istotnym elementem relacji rówieśniczych [22], to są także jednym z czynników ryzyka rozwijania nieprawidłowego stosunku do jedzenia oraz wzmocnienia niezadowolenia z ciała, zwłaszcza u adolescentów [13].

Dodatkowo zamierzeniem autorek było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy pozostałe zmienne (np. wartość wskaźnika BMI, różnica między realną a idealną masą ciała, płeć) mają związek z natężeniem *fat talk* w badanej próbie.

Material i metoda

Przed przystąpieniem do badań własnych zwrócono się do autorów kwestionariusza *Family Fat Talk Questionnaire* (FFTQ) [21] o zgodę na jego adaptację kulturową i walidację. Po jej uzyskaniu: (1) przygotowano polską wersję narzędzia, (2) anglista wykonał tłumaczenie zwrotne, (3) porównano tłumaczenie kwestionariusza z jego oryginalną wersją, (4) przyjęto ostatecznie polską wersję narzędzia na podstawie jej zbieżności z wersją oryginalną.

Następnie opracowano ankietę osobową służącą zebraniu niezbędnych informacji na temat uczestników badania (m.in.: płeć, wiek, wzrost, masa ciała realna i idealna).

Ponadto wybrano narzędzie – *Kwestionariusz wizerunku ciała* (KWCO) [23] – do zweryfikowania trafności zewnętrznej FFTQ-PL.

Projekt badawczy realizowano online od grudnia 2022 do lutego 2023 roku w próbie 391 osób na przełomie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości, tj. od 18. do 35. roku życia. Zastosowano dobór celowy, wskazując przede wszystkim wiek jako kryterium włączające do próby. Ostatecznie przeanalizowano dane zebrane od 375 uczestników, ponieważ pozostałe nie były kompletne albo nie spełniały kryterium włączenia do próby (tj. wieku mieszczącego się we wskazanym przedziale). W całej próbie mężczyźni stanowili 32,8% (123 osoby), kobiety 65,6% (246 osób), natomiast 1,6% (6 osób) – respondenci opisujący swoją płeć jako „inna”. Nadreprezentacja kobiet w badanej próbie wynika zapewne z tego, że to kobiety chętniej uczestniczą w projektach badawczych, a ponadto dominują one liczebnie na kierunkach studiów, na których studiowali uczestnicy projektu (psychologia, pedagogika, kultura fizyczna, dietetyka). Średni wiek zarówno mężczyzn, jak i kobiet wynosił 22 lata, pozostałych – 20 lat. Spośród wszystkich uczestników badań 159 osób się uczy, 173 osoby jednocześnie się uczą i pracuje, 42 wyłącznie pracują, a jedna ani się nie uczy, ani nie pracuje.

Przeciętna wartość BMI w badanej próbie wynosi 23,12, co wskazuje na normowagę². W podgrupie kobiet prawidłową masę ciała ma 68,7%, otyłość 6,5%, nadwagę 14,2%, a obniżoną masę ciała 10,6%. W grupie mężczyzn wartość BMI wskazuje na 62,6% osób z normowagą, 3,2% z otyłością, 29,3% z nadwagą, natomiast z obniżoną masą ciała 4,9%. U 50% osób opisujących swą płeć jako „inna” odnotowano prawidłową masę ciała, u 33,3% nadwagę, a niedowagę u 16,7%.

Wskazywana przez badanych różnica między masą ciała aktualną a idealną (pożądaną) była największa (11,5 kg) u osób opisujących swą płeć jako „inna”, u kobiet wyniosła 6 kg, a u mężczyzn 1,5 kg. W wypadku dwóch pierwszych podgrup badanych aktualna masa ciała była wyższa w stosunku do oczekiwanej, natomiast u mężczyzn – odwrotnie. Badane osoby ujawniły, że korzystają z różnych form kontroli masy ciała, w tym 253 z aktywności fizycznej, 128 z diety redukcyjnej stosowanej bez kontroli specjalisty, a 20 – pod opieką dietetyka, 43 przyjmują suplementy diety i „spalacze tłuszczu”, natomiast 85 osób zadeklarowało, że nie kontroluje masy swego ciała ani za pomocą wskazanych, ani żadnych innych metod.

Blisko 62% respondentów oceniło swoje funkcjonowanie psychiczne jako dobre, nieco powyżej 12% – jako bardzo dobre, jako raczej złe 20%, a pozostali (6%) jako bardzo złe. Około 12% badanych – ze względu na problemy w funkcjonowaniu psychicznym – przyjmuje systematycznie leki. Z kolei swe zdrowie somatyczne ponad połowa uczestników określiła jako dobre, 27% jako bardzo dobre, około 19% uznało je za złe, reszta – za bardzo złe. W związku ze stanem zdrowia somatycznego ponad 15% badanych stosuje farmakoterapię ze wskazań lekarskich.

Przygotowując i realizując projekt, zadbano o zachowanie jak najwyższych standardów etycznych: badani zostali poinformowani o celu badań i ich dobrowolności, możliwości ich przerwania w wybranym momencie bez podawania przyczyny, po-

² Wskaźniki referencyjne dla BMI: poniżej 16,0 – wygłodzenie, od 16,0 do 16,99 – wychudzenie, od 17,0 do 18,49 – niedowaga, od 18,5 do 24,99 – normowaga, od 25,0 do 29,9 – nadwaga, powyżej 30,0 – otyłość.

ufności oraz wyrazili na nie świadomą zgodę. Ich zadanie polegało na wypełnieniu ankiety osobowej oraz dwóch kwestionariuszy; średni czas badania wynosił 10 minut.

Kwestionariusz do pomiaru rodzinnego *fat talk* (FFTQ) składa się z 16 twierdzeń – ich liczba została zredukowana w porównaniu z wersją oryginalną narzędzia, gdzie twierdzeń jest 28, w wyniku analiz statystycznych [21] (tab. 1). Badany odnosi się do każdego z nich przez określenie na skali od 1 do 5 (1 – „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „od czasu do czasu”, 4 – „bardzo często”, 5 – „zawsze”), w jakim stopniu opisuje ono jego oraz jego rodzinę. Maksymalny wynik, jaki można uzyskać w kwestionariuszu, wynosi 80, a minimalny 16.

Tabela 1. Family Fat Talk Questionnaire – wersja oryginalna i polska

Wersja oryginalna – FFTQ	Wersja polska – FFTQ-PL
When I'm with my family members, I complain that my arms are too flabby.	Kiedy jestem z rodziną, narzekam, że mam zbyt zwiotczone ramiona.
When I'm with my family members, I complain that my body is out of proportion.	Kiedy jestem z członkami rodziny, narzekam, że moje ciało jest nieproporcjonalne.
When I'm with my family, I complain that I am fat.	Kiedy jestem z rodziną, narzekam, że jestem gruba.
When I'm with my family, I complain that I should not be eating fattening foods.	Kiedy jestem z rodziną, narzekam, że nie powinnam jeść tuczających pokarmów.
When I'm with my family, I complain that my clothes are too tight.	Kiedy jestem z rodziną, narzekam, że moje ubrania są za ciasne.
I criticize my body compared to my family members' bodies.	Krytykuję swoje ciało w porównaniu z ciałami członków mojej rodziny.
When I'm with my family members, I complain that I feel pressure to be thin.	Kiedy jestem z członkami rodziny, narzekam, że czuję presję, by być szczupłym.
When I'm with my family members, I complain that I'm not in shape	Kiedy jestem z członkami rodziny, narzekam, że nie jestem w dobrej formie fizycznej.
When I'm with my family members, I hear them complain that their arms are too flabby.	Kiedy jestem z członkami rodziny, słyszę, jak narzekają, że mają zbyt zwiotczone ramiona.
When I'm with my family, I hear them complain about the proportion of their bodies.	Kiedy jestem z rodziną, słyszę, jak narzekają na proporcje ich ciał.
When I'm with my family, I hear them complain that they are fat.	Kiedy jestem z rodziną, słyszę, jak narzekają, że są grubi.
When I'm with my family, I hear them complaining that they should not be eating fattening foods.	Kiedy jestem z rodziną, słyszę, jak narzekają, że nie powinni jeść pokarmów tuczających.
When I'm with my family, I hear others complain that their clothes are too tight.	Kiedy jestem z członkami rodziny, słyszę, jak narzekają, że ich ubrania są za ciasne.
When I'm with my family members, I hear them criticize their bodies compared to their family members' bodies.	Kiedy jestem z członkami mojej rodziny, słyszę, jak krytykują swoje ciała w porównaniu z ciałami innych członków rodziny.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

When I'm with my family members, I hear them pressure each other to be thin.	Kiedy jestem z członkami rodziny, słyszę, jak naciskają na siebie, by być szczupłym.
When I'm with my family members, I hear others complain that they are not in shape.	Kiedy jestem z członkami rodziny, słyszę, jak narzekają, że nie są w dobrej formie fizycznej.

Źródło: opracowanie własne.

W *Family Fat Talk Questionnaire* wyróżniono dwie podskale („Ja” – samoocena badanego jego stosunku do własnego ciała; „Rodzina” – spostrzeganie przez badanego zachowań najbliższych osób względem ciała), na co wskazała eksploracyjna analiza czynnikowa. Każda z nich cechuje się silną spójnością wewnętrzną. Rzetelność narzędzia w badaniach oryginalnych mierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha wyniosła ogółem 0,90, dla podskali „Ja” 0,88, a dla podskali „Rodzina” 0,89 [21]. W badaniach własnych wartości te wyniosły odpowiednio: 0,89, 0,85 i 0,91, są zatem zadowalające.

Poza wypełnieniem kwestionariusza FFTQ-PL osoby badane poproszono o odniesienie się na skali („zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „trudno powiedzieć”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”) do trzech kwestii: (1) „Jestem za gruba/za gruby”; (2) „Czuję się atrakcyjna/atrakcyjny”; (3) To, w jaki sposób myślę o swoim ciecie, wynika z tego, jak do ciała podchodzili/podchodzą moi bliscy”.

Kwestionariusz wizerunku ciała (KWCO) [23] jest narzędziem czynnikowym składającym się z 40 twierdzeń, które wchodzi w skład czterech 10-itemowych podskal: (1) „Poznanie – emocje” PE (do pomiaru opinii na temat własnego wyglądu), (2) „Zachowanie” Z (odnosi się do zdrowego stylu życia), (3) „Krytyka otoczenia” KO (pozwala określić subiektywny poziom akceptacji badanego przez otoczenie) oraz (4) „Stereotyp ładny-brzydki” LB (mierzy stopień internalizacji współczesnych standardów urody). KWCO jest pierwszą w Polsce miarą skonstruowaną z myślą o osobach doświadczających problemów natury psychospołecznej, które mają wyraźny związek z kształtem i masą ciała [23]. Zadaniem osoby badanej jest odniesienie się do kolejnych twierdzeń na 5-stopniowej skali (1 – „zdecydowanie nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „trudno powiedzieć”, 4 – „raczej tak”, 5 – „zdecydowanie tak”). Maksymalny wynik, jaki można osiągnąć w kwestionariuszu, wynosi 200, a minimalny 40.

Miara rzetelności narzędzia wyrażona za pomocą wskaźnika alfa Cronbacha wynosi ogółem 0,93, dla podskali PE – 0,93, Z – 0,83, KO – 0,67, a LB – 0,88 [23]. W badaniach własnych wartości te wyniosły odpowiednio: 0,86, 0,88, 0,47 i 0,87. Ogólnie są one zadowalające, choć zarówno w badaniach oryginalnych, jak i własnych rzetelność podskali „Krytyka otoczenia” jest niższa niż 0,70. Zdecydowano jednak o włączeniu do analiz wszystkich wyników.

Wyniki

W pierwszym kroku analiz wykonano statystyki opisowe dla FFTQ-PL (tab. 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe dla FFTQ-PL

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
FFTQ-PL	32,912	16	68	11,645	0,614	–0,345
Rodzina	18,669	8	39	7,861	1,153	0,740
Ja	14,243	8	36	6,091	0,437	–0,837

Maksymalna suma punktów w FFTQ-PL wyniosła w badanej próbie 68, minimalna 16, a średnia 33. W zakresie czynnika „Rodzina” wynik maksymalny osiągnął wartość 39, minimalny 8, a średni 19, natomiast dla czynnika „Ja” odpowiednio 36, 8 oraz 14.

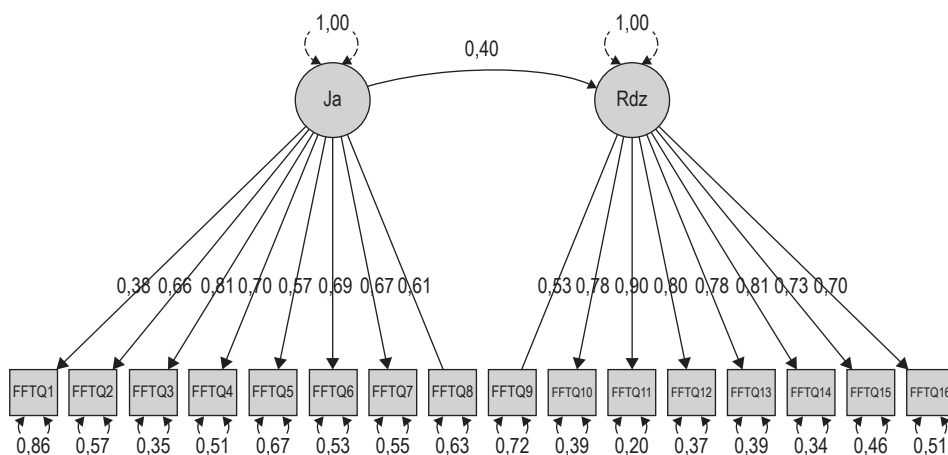
W dalszej kolejności przystąpiono do zweryfikowania struktury czynnikowej narzędzia. W tym celu posłużono się metodą wyodrębniania czynników głównych Oblimin z normalizacją Kaisera. Sprawdzono także współczynniki korelacji częściowych (tab. 3).

Tabela 3. Macierz struktury FFTQ-PL z rotacją Oblimin i testem Kaisera-Mayera-Olkina

	Czynnik 1	Czynnik 2	Uniq	MSA
FFTQ11	0,898		0,199	0,892
FFTQ14	0,818		0,337	0,919
FFTQ12	0,814		0,362	0,938
FFTQ10	0,794		0,384	0,902
FFTQ13	0,754		0,392	0,935
FFTQ15	0,729		0,461	0,927
FFTQ16	0,693		0,507	0,926
FFTQ9	0,499		0,709	0,913
FFTQ3		0,843	0,329	0,834
FFTQ4		0,705	0,507	0,892
FFTQ6		0,670	0,538	0,883
FFTQ7		0,651	0,559	0,884
FFTQ2		0,648	0,564	0,876
FFTQ8		0,589	0,635	0,898
FFTQ5		0,537	0,669	0,911
FFTQ1		0,348	0,856	0,866

Przeprowadzona analiza potwierdza oryginalną strukturę narzędzia. W badaniach MacDonald i wsp. [21] była ona weryfikowana za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej (dla $N = 174$) i na tej podstawie wyodrębniono dwie podskale: „Ja” (1–8) oraz „Rodzina” (9–16). W badaniach własnych ($N = 375$) również wykazano dwuczynnikową konstrukcję narzędzia, na co wskazują wartości R^2 (0–1), pozwalające na uznanie dobrego dopasowania modelu.

Następnie – w celu ponownego przetestowania struktury czynnikowej FFTQ-PL – wykonano modelowanie równań strukturalnych, powtórnie dowodząc występowania dwóch podskal – „Ja” i „Rodzina” (rys.; tab. 4).



Rysunek. Modelowanie równań strukturalnych dla FFTQ-PL

Tabela 4. Test Chi-kwadrat

Miara	Wartości		
	χ^2	df	p
Test Chi-kwadrat: Model czynnikowy	287,010	103	< 0,001
CFI	0,937		
TLI	0,927		
RMSEA	0,069		
RMSEA 90% CI	0,060		
RMSEA 90% CI	0,079		
SRMR	0,044		

Następnie sprawdzono korelacje między FFTQ-PL oraz KWCO, zarówno pod kątem ogólnych sum punktów, jak i wyników w kolejnych podskalach obu narzędzi (tab. 5).

Tabela 5. Korelacje FFTQ-PL i KWCO

	Średnia	Odchylenie standardowe	FFTQ	Rodzina	Ja	KWCO	PE	Z	KO	ŁB
FFTQ	32,912	11,645	1,000	0,876*	0,782*	0,571*	0,638*	-0,249*	0,348*	0,275*
Rodzina	18,669	7,861	0,876*	1,000	0,383*	0,376*	0,390*	-0,175*	0,267*	0,218*
Ja	14,243	6,091	0,782*	0,383*	1,000	0,606*	0,716*	-0,251*	0,320*	0,244*
KWCO	115,203	20,302	0,571*	0,376*	0,606*	1,000	0,836*	-0,017	0,791*	0,435*
PE	40,403	13,808	0,638*	0,390*	0,716*	0,836*	1,000	-0,366*	0,454*	0,278*
Z	17,317	5,456	-0,249*	-0,175*	-0,251*	-0,017	-0,366*	1,000	-0,073	-0,017
ŁB	42,907	9,526	0,348*	0,267*	0,320*	0,791*	0,454*	-0,073	1,000	0,216*
KO	14,576	3,019	0,275*	0,218*	0,244*	0,435*	0,278*	-0,017	0,216*	1,000

* $p < 0,05$

podskale FFTQ: „Rodzina”, „Ja”

poskale KWCO: PE – „Poznanie – emocje”; Z – „Zachowanie”; KO – „Krytyka otoczenia”; ŁB – „Stereotyp ładny-brzydki”

Analiza zebranego materiału wskazuje, że występują istotne statystycznie korelacje zarówno między FFTQ-PL i KWCO ogółem, jak i między czynnikami wchodzącymi w skład obu narzędzi. Suma FFTQ-PL koreluje z wszystkimi czynnikami KWCO, a suma KWCO ma istotny związek z obiema podskalami FFTQ-PL. Warto odnotować, że wśród istotnych korelacji jedna ma charakter ujemny. Dotyczy ona związku między sumą FFTQ-PL i podskala KWCO – „Zachowanie”. Oznacza to, że im większe natężenie symptomów rodzinnego *fat talk* zarówno ogółem, jak i osobno – w odniesieniu do podskal „Ja” oraz „Rodzina” – tym mniejsze jest natężenie zachowań związanych ze zdrowym stylem życia. Można zatem uznać, że trafność pomiaru FFTQ-PL jest zadowalająca.

Ponadto sprawdzono korelacje między zmiennymi ubocznymi a wynikiem w zakresie rodzinnego *fat talk* (tab. 6).

Tabela 6. Korelacje FFTQ-PL z pozostałymi zmiennymi

	R – I	BMI	G	A	MC
FFTQ-PL	-0,313*	0,175*	0,416*	-0,281*	0,339*
Rodzina	-0,196*	0,098	0,176*	-0,133*	0,284*
Ja	-0,346*	0,207*	0,568*	-0,366*	0,283*

* $p < 0,05$

podskale FFTQ: „Rodzina”, „Ja”

R – I – różnica między realną i idealną masą ciała, BMI – wartość wskaźnika masy ciała, G – „Jestem za gruba/za gruby”, A – „Czuję się atrakcyjna/atrakcyjny”, MC – „To, w jaki sposób myślę o swoim ciele, wynika z tego, jak do ciała podchodzili/podchodzą moi bliscy”

Analiza wyników wskazuje na statystycznie istotne korelacje (z wyjątkiem związku wartości BMI z podskala „Rodzina”) między rodzinnym *fat talk* a zmiennymi ubocznymi. Co ważne, część korelacji ma charakter ujemny. Okazuje się zatem, że: (a) im większa różnica między realną a idealną masą ciała badanych osób, tym wyższe są zarówno wynik ogólny, jak i wyniki cząstkowe FFTQ-PL; (b) im większa wartość wskaźnika BMI w badanej próbie, tym wyższy ogólny wynik w zakresie rodzinnego *fat talk*, a także w podskali „Ja”; (c) im większe subiektywne poczucie bycia grubym oraz im niższe poczucie atrakcyjności uczestników badania, tym większe jest ich zaangażowanie w rodzinny *fat talk*, wyrażające się zarówno sumą FFTQ-PL, jak i wynikiem w zakresie obu czynników; (d) im większe poczucie badanych, że ich bliscy mają udział w tym, jak spostrzegają oni swoje ciało, tym większe natężenie ich zaangażowania w rodzinny *fat talk* w wymiarze globalnym oraz w podskalach „Ja” i „Rodzina”.

Przeanalizowano także różnice w wynikach FFTQ-PL ze względu na płeć badanych i porównano je w trzech grupach: kobiety, mężczyźni oraz inna płeć. Test Kruskala-Wallisa wykazał istotne statystycznie różnice w zakresie ogólnego wyniku FFTQ-PL oraz czynników „Ja” i „Rodzina” ($p = 0,000$). Mężczyźni wykazują istotne statystycznie różnice w wynikach FFTQ-PL oraz w podskali „Rodzina” w porównaniu z kobietami oraz osobami identyfikującymi się jako „inna płeć” ($p < 0,05$). Istotne statystycznie różnice w podskali „Ja” występują w wynikach uzyskiwanych przez kobiety i mężczyzn ($p < 0,05$) (tab. 7). Ze względu na niewielką liczebność podgrupy definiowanej jako „inna płeć” dokonano dodatkowego porównania wyników uzyskanych w grupie kobiet i w grupie mężczyzn. Wyższe natężenie w zakresie rodzinnego *fat talk* występuje u kobiet (tab. 8).

Tabela 7. Wyniki FFTQ-PL ze względu na płeć

	FFTQ_PL Test Kruskala-Wallisa: H(2, N = 375) = 38,39538 p = 0,0000			Ja Test Kruskala-Wallisa: H(2, N = 375) = 36,49165 p = 0,0000			Rodzina Test Kruskala-Wallisa: H(2, N = 375) = 22,63573 p = 0,0000		
	K R:209,94	M R:139,81	I R:276,17	K R:210,57	M R:140,15	I R:243,50	K R:203,26	M R:152,79	I R:284,25
K		0,000*	0,418		0,000*	1,000		0,000*	0,217
M	0,000*		0,008*	0,000*		0,068	0,000*		0,011*
I	0,418	0,008*		1,000	0,068		0,217	0,011*	

* $p < 0,05$

Tabela 8. Porównanie wyników FFTQ-PL w grupach kobiet i mężczyzn

	Średnia K	Średnia M	t	df	p	K	M	Odchylenie standardowe K	Odchylenie standardowe M	F	p
FFTQ-PL	35,220*	27,748*	6,166*	367	0,000	246	123	11,839*	8,982*	1,737*	0,001
Rodzina	19,740*	16,146*	4,270*	367	0,000	246	123	7,898*	7,032*	1,261*	0,150
Ja	15,480*	11,602*	6,068*	367	0,000	246	123	6,505*	3,973*	2,681*	0,000

* $p < 0,05$

Dyskusja

Autodeprecjonowanie ciała, szczególnie w populacji adolescentów i młodych dorosłych, jest powszechnym zjawiskiem. W procesie tym znaczący udział mają kultura i relacje rodzinne, w tym przede wszystkim dziewcząt z matkami [24, 25]. W badaniach własnych 43% próby (163 osoby; $N = 375$) ujawniło wyniki powyżej średniej ($>32,91$) w zakresie rodzinnego *fat talk* mierzonego FFTQ-PL, w tym wśród mężczyzn odsetek ten wyniósł 24% (30 osób; $N = 123$), wśród kobiet – 53% (130 osób; $N = 246$), a wśród badanych określających swą płć jako „inna” – 67% (4 osoby; $N = 6$).

Choć *fat talk* jako normatywne zachowanie społeczne pojawia się wśród osób z pozytywnym stosunkiem do własnego ciała, to w wypadku tych, które nie akceptują własnego wizerunku, bywa – aczkolwiek nie zawsze – predyktorem wzmożonej koncentracji na tłuszczu oraz zaburzonego jedzenia [26–28]. Rezultaty badań własnych pozostają w zgodzie z doniesieniami innych badaczy. Odnotowano bowiem istotne korelacje między wynikiem w zakresie FFTQ-PL a: (a) wartością wskaźnika masy ciała BMI, (b) dysproporcją między realną i idealną masą ciała, (c) poczuciem bycia grubym, (d) poczuciem bycia nieatrakcyjnym i (e) przekonaniem, że obraz własnego ciała wynika z tego, jak cielesność spostrzegana jest przez rodzinę i bliskich osoby badanej.

Ponadto w projekcie badań własnych ujawniono istotne statystycznie związki między rodzinnym *fat talk* a wynikami w zakresie spostrzegania własnego wizerunku mierzonego KWCO. Potwierdzono empirycznie, że im wyższy wynik w zakresie FFTQ-PL, tym: (a) bardziej negatywna opinia na temat swego wyglądu, (b) większe subiektywne poczucie krytyki otoczenia, (c) wyższy poziom internalizacji współczesnych standardów urody i (d) mniej zachowań danej osoby ma związek z prozdrowotnym stylem życia.

Wyniki te pozostają w zgodzie z doniesieniami innych badaczy. Dla przykładu: Barbeau i wsp. [29] udowodnili, że istnieją związki między tym, jak o ciele danej osoby mówią jej rodzina i rówieśnicy, a tym, jak ona sama je spostrzega. Ponadto wykazano, że im większe natężenie *fat talk*, tym mniejsze współczucie dla siebie i większy poziom lęku przed negatywną oceną innych osób. W innych badaniach [26] weryfikowano związek między *fat talk* w relacji nastolatki z matką a niezadowolaniem z ciała i symptomami zaburzonego odżywiania występującymi u córki. Wykazano,

że związek między rozmowami o ciele a niezadowoleniem z wizerunku był zróżnicowany w zależności od masy ciała, a konkretnie normowagi i niedowagi córki. W tej grupie negatywne mówienie o ciele w relacji z matką było związane z większym niezadowoleniem ze swego wyglądu. Takiego związku nie wykazano w odniesieniu do młodzieży z nadmierną masą ciała. Takamura i wsp. [30] dowiedli, że rodzinny *fat talk* pośredniczy między internalizacją ideału szczupłego ciała a niezadowoleniem z własnego ciała.

Wnioski

Zrealizowanie projektu badań własnych pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

- potwierdzono dwuczynnikową konstrukcję FFTQ-PL, wykazano jego zadowalającą rzetelność oraz trafność pomiaru;
- odnotowano, że większe natężenie rodzinnego *fat talk* występuje u kobiet niż u mężczyzn; (najwyższy wynik w FFTQ-PL uzyskały osoby identyfikujące się jako „inna płeć”, jednak ze względu na niską liczebność tej podgrupy obserwację tę należy traktować z dużą ostrożnością);
- wykazano, że wysoki wynik w zakresie rodzinnego *fat talk* współistnieje z wysokim wskaźnikiem masy ciała BMI, z większą różnicą w zakresie masy ciała realnej i idealnej, z większym poczuciem bycia grubym, mniejszym poczuciem atrakcyjności i większym przekonaniem, że myślenie o własnym ciele wynika ze stosunku rodziny i bliskich do cielesności;
- miara FFTQ-PL może mieć zastosowanie jako narzędzie przesiewowe do rozpoznawania osób praktykujących tego rodzaju autodewaluujące konwersacje pod wpływem rodziny i bliskich, które mogą rodzić ryzyko zaburzonego stosunku do ciała i odżywiania.

Piśmiennictwo

1. Veldhuis J, Alleva JM, Bij de Vaate AJD. *Me, my selfie, and I: The relations between selfie behaviors, body image, self-objectification, and self-esteem in young women*. Psychol. Popular Media 2020; 9(1): 3–13.
2. Vyomakesisri T, Sonu T, Srikanth D. *POP culture: Interaction of and influence on the youth*. International Journal of English, Literature and Social Sciences 2020; 5(1): 8–12.
3. Stoll LC, Meadows A, Liebenstein SV. *Fatphobia*. W: *Global Agenda for Social Justice 2*. Bristol, UK: Policy Press; 2022.
4. Warbrick I, Came H, Dickson A. *The shame of fat shaming in public health: Moving past racism to embrace indigenous solutions*. Public Health 2019; 176: 128–132.
5. Nichter M, Vuckovic N. *Fat talk: Body image among adolescent girls*. W: Sault N. red. *Many mirrors: Body image and social relations*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1994. S. 109–131.

6. Salk RH, Engeln-Maddox R. *“If you’re fat, then I’m humongous!”: Frequency, content, and impact of fat talk among college women.* Psychol. Women Q. 2011; 35(1): 18–28.
7. Ousley L, Cordero ED, White S. *Eating disorders and body image of undergraduate men.* J. Am. Coll. Health 2008; 56(6): 617–621.
8. Engeln R, Salk RH. *The demographics of fat talk in adult women: Age, body size, and ethnicity.* J. Health Psychol. 2016; 21(8): 1655–1664.
9. Ahlich E, Choquette EM, Rancourt D. *Body talk, athletic identity, and eating disorder symptoms in men.* Psychol. Men Masc. 2019; 20(3): 347–355.
10. Engeln R, Sladek MR, Waldron H. *Body talk among college men: Content, correlates, and effects.* Body Image 2013; 10(3): 300–308.
11. Kluck AS. *Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction.* Body Image 2010; 7(1): 8–14.
12. Arroyo A, Segrin C, Harwood J. *Appearance-related communication mediates the link between self-objectification and health and well-being outcomes.* Hum. Comm. Res. 2014; 40(4): 463–482.
13. Shannon A, Mills J. *Correlates, causes, and consequences of fat talk: A review.* Body Image 2015; 15: 158–172.
14. Sharpe H, Naumann U, Treasure J. *Is fat talking a causal risk factor for body dissatisfaction? A systematic review and meta-analysis.* Int. J. Eat. Disord. 2013; 46(7): 643–652.
15. Nichter M. *Fat talk: What girls and their parents say about dieting.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 2000.
16. Gapinski KD, Brownell KD, LaFrance M. *Body objectification and “fat talk”: Effects on emotion, motivation, and cognitive performance.* Sex Roles 2003; 48(9–10): 377–388.
17. Smith PM, Ogle JP. *Interactions among high school cross-country runners and coaches: Creating a cultural context for athletes’ embodied experiences.* Fam. Consumer Sci. 2006; 34(3): 276–307.
18. Britton LE, Martz DM, Bazzini DG. *Fat talk and self-presentation of body image: Is there a social norm for women to self-degrade?* Body Image 2006; 3(3): 247–254.
19. Barwick A, Bazzini D, Martz D, Rocheleau C, Curtin L. *Testing the norm to fat talk for women of varying size: What’s weight got to do with it?* Body Image 2012; 9(1): 176–179.
20. Tucker KL, Martz DM, Curtin LA. *Examining “fat talk” experimentally in a female dyad: How are women influenced by another woman’s body presentation style?* Body Image 2007; 4(2): 157–164.
21. MacDonald DE, Dimitropoulos G, Royal S. *The Family Fat Talk Questionnaire: Development and psychometric properties of a measure of fat talk behaviors within the family context.* Body Image 2015; 12: 44–52.
22. Katrevich A, Register J, Aruguete M. *The effects of negative body talk in an ethnically diverse sample of college student.* N. Am. J. Psych. 2014; 16(1): 43–53.
23. Głębocka A. *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi.* Warszawa: Oficyna Wydawnicza IMPULS; 2009.
24. Webb JB, Rogers CB, Etzel L, Padro MP. *“Mom, quit fat talking – I’m trying to eat (mindfully) here!”: Evaluating a sociocultural model of family fat talk, positive body image, and mindful eating in college women.* Appetite 2018; 126: 169–175.
25. Vanderkruik R, Conte I, Dimidjian S. *Fat talk frequency in high school women: Changes associated with participation in the Body Project.* Body Image 2020; 34: 196–200.

26. Hart E, Chow CM. *"I just don't want to be fat!": Body talk, body dissatisfaction, and eating disorder symptoms in mother-adolescent girl dyads*. Eat. Weight Disord. 2020; 25(5): 1235–1242.
27. Lin L, Flynn M, Roberge A. *Hearing vs. engaging in negative body talk: An examination of adult men*. Eat. Disord. 2019; 27(6): 538–549.
28. Mills J, Fuller-Tyszkiewicz M. *Nature and consequences of positively-intended fat talk in daily life*. Body Image 2018; 26: 38–49.
29. Barbeau K, Carbonneau N, Pelletier L. *Family members and peers' negative and positive body talk: How they relate to adolescent girls' body talk and eating disorder attitudes*. Body Image 2022; 40: 213–224.
30. Takamura A, Yamazaki Y, Omori M. *Developmental changes in fat talk to avoid peer rejection in Japanese girls and young women*. Health Psychol. Open 2019; 6(1): 2055102919854170.

Adres: Beata Ziółkowska
Wydział Psychologii UKW
e-mail: beataz@ukw.edu.pl

Otrzymano: 23.06.2023
Zrecenzowano: 24.09.2023
Otrzymano po poprawie: 8.11.2023
Przyjęto do druku: 13.11.2023