

Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą

Health-related behaviour of patients affected by obesity and overweight

Ewa Kawalec¹, Agata Reczek¹, Agata Porębska², Tomasz Brzostek¹,
Iwona Malinowska-Lipień¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
² Absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
Wydziału Nauk o Zdrowiu

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Ewa Kawalec
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
ul. Kopernika 25
31-501 Kraków
Tel. (012) 430-32-19
e-mail: e.kawalec@interia

STRESZCZENIE

ZACHOWANIA ZDROWOTNE PACJENTÓW Z OTYŁOŚCIĄ I NADWAGĄ

Wstęp. W wieloczynnikowej genezie otyłości coraz większą wagę przypisuje się czynnikom behawioralnym. Jednak tylko w nielicznych badaniach podejmowana jest problematyka prezentowanych przez osoby otyłe zachowań zdrowotnych.

Cel pracy. Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z otyłością i nadwagą.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 75 osób (47 kobiet i 28 mężczyzn) z nadwagą lub otyłością. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety i Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) według Juczyńskiego. Pomiary antropometryczne obejmowały: wysokość i masę ciała; obwód talii i w biodrach – na ich podstawie wyliczono wskaźnik BMI i WHR.

Wyniki. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 49,7 lat (12,8), mężczyzn 51,7 (11,4). Nadwagę stwierdzono u 8% badanych, otyłość u 92%, w tym otyłość III stopnia u 48% badanych. W oparciu o skalę IZZ, wyniki niskie lub średnie w zakresie deklarowanych zachowań zdrowotnych uzyskało 70,66% pacjentów, zaś wysokie – 29,33%. Wykazano ujemną korelację pomiędzy wiekiem, a prawidłowymi nawykami żywieniowymi (PN1). Masa ciała ujemnie korelowała z prawidłowymi nawykami żywieniowymi (PN1) i pozytywnym nastawieniem psychicznym (PN2). Osoby preferujące wypoczynek czynny uzyskały istotnie lepsze wyniki we wszystkich ocenianych wymiarach IZZ. Osoby stosujące farmakologiczne leczenie otyłości uzyskiwały lepsze wyniki w zakresie: zachowań sprzyjających zdrowiu (ZZ), zachowań profilaktycznych (ZP) i praktyk zdrowotnych (PZ).

Wnioski. Zaledwie 1/3 badanych uzyskała wynik na poziomie wysokim w zakresie prezentowanych zachowań zdrowotnych. Wykazano ujemną korelację pomiędzy masą ciała, a PN1 i PN2 oraz wiekiem i PN1. Osoby preferujące wypoczynek czynny oraz stosujące farmakologiczne leczenie otyłości uzyskiwały lepsze wyniki w zakresie prezentowanych zachowań zdrowotnych.

Słowa kluczowe:

otyłość, zachowania zdrowotne, indeks zachowań zdrowotnych

ABSTRACT

HEALTH-RELATED BEHAVIOUR OF PATIENTS AFFECTED BY OBESITY AND OVERWEIGHT

Introduction. In the multi-factor etiology of obesity an increasing degree of importance is attributed to behavioral factors. However, it is only in a small number of studies that the problems of health-related behaviours exhibited by obese persons are examined.

Aim. Evaluation of health-related behaviours exhibited by patients suffering from obesity and overweight.

Material and methods. The group under investigation comprised 75 persons (47 women and 28 men) with overweight problems or obesity. A method of diagnostic survey including the Health-Related Behaviour Inventory (HBI) questionnaire developed by Juczyński was employed in this study. Anthropometric measurements included the following: height and weight; waist girth and hip measurement on the basis of which the indices of BMI and WHR were calculated.

The results. The average age of the examined women was 49.7 years (± 12.8) and men: 51.7 (± 11.4), respectively. Overweight problems were found among 8% of the subjects, obesity in 92% and 3rd degree obesity in 48 percent of the studied group. On the basis of the HBI scale, low or medium results with regard to the behaviours declared were obtained by 70.66% of patients, while high ones by only 29.33%. A negative correlation was found between age and proper eating habits (PEH) as well as between body weight on the one hand and proper eating habits (PEH) and positive mental attitude (PMA) on the other. People displaying a preference for active recreation obtained significantly better results in all the dimensions of the HBI. People applying pharmacological treatment

of obesity obtained better results with regard to the: behaviours conducive to health (BCH), preventive behaviours (PB), and health practices (HP).

Conclusions. Only one third of the subjects obtained a high level result with respect to the health-related behaviours exhibited. A negative correlation was established between body weight on the one hand and proper eating habits (PEH) and positive mental attitude (PMA) on the other. It was negatively correlated with a proper eating habits (PEH) as well. The people who displayed a preference for active recreation as well as those who employed pharmacological treatment of obesity, obtained better results with respect to the health-related behaviours exhibited.

Key words: obesity, health-related behaviour, health-related behaviour index

WSTĘP

Otyłość to stale rosnący problem zdrowotny i społeczny współczesnych cywilizacji, o czym świadczy między innymi fakt, że jest ona najczęściej rozpoznawaną przewlekłą chorobą metaboliczną, osiągającą według World Heart Organization (WHO) rozmiary epidemii nie tylko w krajach wysoko rozwiniętych, ale i rozwijających się [1]. Według WHO problem nadwagi dotyczy 1 miliarda ludzi ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), z czego 300 milionów to osoby otyłe ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) [2]. Dane epidemiologiczne dowodzą ponadto, że w ostatnim czasie doszło do istotnego zwiększenia częstości występowania nadwagi i otyłości, zwłaszcza w krajach Europy Zachodniej (także wśród dzieci i młodzieży). Z badań POL-MONICA wynika, że mimo iż trend ten nie dotyczy Polski – nadmierną masą ciała charakteryzuje się aż 72% mężczyzn i 60% kobiet w naszym kraju, z czego 28% to osoby otyłe [1].

Przedstawione dane epidemiologiczne są tym bardziej niepokojące, że liczne następstwa zdrowotne i społeczne otyłości prowadzą nie tylko do spadku jakości życia we wszystkich jej sferach, ale wiążą się także z niekorzystnymi konsekwencjami ekonomicznymi zarówno w skali indywidualnej i całych społeczeństw.

Mimo niekwestionowanego postępu w zakresie leczenia otyłości, obserwowany w ostatnim czasie wzrost częstości jej występowania zmusza do zastanowienia się nad przyczynami tego zjawiska, tym samym możliwościami prewencji.

W wieloczynnikowej genezie otyłości coraz większą wagę przypisuje się czynnikom behawioralnym (w tym zachowaniom zdrowotnym), socjalnym i środowiskowym sprzyjającym powstawaniu nadmiernej masy ciała [3]. Nadal jednak tylko w nielicznych badaniach podejmowana jest problematyka prezentowanych przez osoby otyłe zachowań związanych ze zdrowiem oraz ich wpływu na przebieg i leczenie tego schorzenia [4].

CEL PRACY

Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z otyłością i nadwagą.

PROBLEMY BADAWCZE

- Jakie zachowania zdrowotne prezentowali badani chorzy (pro i antyzdrowotne)?
- Czy istnieje związek pomiędzy wybranymi zmiennymi (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rodzaj wykonywanej pracy, forma wypoczynku, parametry antropometryczne, leczenie: dietetyczne, farmakologiczne,

pomoc psychologiczna), a zachowaniami zdrowotnymi badanych chorych?

METODY BADAŃ

W celu oceny sposobu żywienia zastosowano Punktową ocenę jadłospisu wg. Starzyńskiej [13] z modyfikacją własną. Ankieta zawierała pytania dotyczące liczby oraz częstotliwości występowania w posiłkach m.in.: białka zwierzęcego (w tym mleka i serów), owoców, warzyw oraz pieczywa razowego, a także kasz i strączkowych nasion suchych (pytania 1-6). Została ona uzupełniona o pytania dotyczące częstości spożywania tłuszczów zwierzęcych, roślinnych, chudego mięsa i drobiu, ryb oraz dosalania posiłków (pytania: 7-12). Maksymalnie respondent mógł uzyskać 60 punktów. W przypadku uzyskania od 55-60 punktów, uznać można iż przestrzegany jadłospis jest bardzo dobry / prawidłowy, a co za tym idzie nie wymaga poprawy. Przedział punktowy między 42-54 ocenia jadłospis jako dobry, jednakże można wyeliminować z niego niepożądane błędy. Sposób żywienia badanych, którzy uzyskali 24-41 punktów (bez ocen zerowych) określono mianem zaledwie dostatecznym i przyjęto, że zawiera poważne błędy dietetyczne. Całkowita zmiana jadłospisu dotyczy według tej skali osób, u których liczba uzyskanych punktów nie przekroczyła 24.

Ocenę aktywności fizycznej dokonano na podstawie pytań, dotyczących przede wszystkim wykonywanych ćwiczeń fizycznych (co najmniej 30 minut bez przerwy), w tym biegania, pływania, gimnastyki, jazdy na rowerze itp., z określeniem częstotliwości ich stosowania. Ocenie poddano również ilość czasu poświęconego w ciągu doby na spacer, w tym na zakupy i do pracy, itd., a także ilość czasu spędzanego w ciągu doby, w pozycji siedzącej (oglądanie telewizji, siedzenie przed komputerem itp.). Uzyskane odpowiedzi zostały ocenione punktowo. Maksymalnie badany mógł uzyskać 10 punktów. W przedziale punktowym od 7-10 aktywność fizyczną badanego określić można jako dobrą, za dostateczną zaś w przypadku gdy uzyskał on od 3-6 punktów. Nieprawidłową, niską aktywnością fizyczną wykazały się osoby z wynikiem poniżej 3 punktów.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono w ciągu 4 miesięcy na przełomie 2009-2010 roku wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu nadmiernej masy ciała.

Badaną grupę stanowiło 75 osób (47 kobiet i 28 mężczyzn). W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i pomiarów antropometrycznych. Przygoto-

wany kwestionariusz ankiety składał się z 27 pytań, które zawierały dane socjodemograficzne oraz informacje dotyczące przebiegu choroby. Oceny zachowań zdrowotnych dokonano w oparciu o wystandaryzowaną skalę Juczyńskiego – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Skala ta jest narzędziem samoopisu zawierającym 24 stwierdzenia dotyczące różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. Umożliwia ona ogólną ocenę wskaźnika nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu (ZZ) oraz wskaźnika nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych w tym: prawidłowych nawyków żywieniowych (PN1), zachowań profilaktycznych (ZP), praktyk zdrowotnych (PZ) oraz pozytywnego nastawienia psychicznego (PN2). Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach od 24 do 120 punktów (wyższy wynik oznacza wyższe nasilenie deklarowanych zachowań prozdrowotnych). Po przeliczeniu otrzymanej liczby punktów na skalę stenową, dokonano interpretacji wyników w kategoriach wyników: niskich (1-4 stena), średnich (5-6 stena) i wysokich (7-10 stena) [4,5]. Pomiary antropometryczne uwzględniały: pomiar wysokości (cm) i masy ciała (kg); pomiar obwodu talii i w biodrach (cm). W oparciu o wyniki pomiarów określono wskaźnik BMI i WHR. Interpretacji wskaźnika BMI i WHR dokonano w oparciu o normy WHO [1,6].

Analizę statystyczną danych przeprowadzono za pomocą pakietu *STATISTICA 8.1 PL*. Dla zebranego materiału wyliczono statystyki opisowe, dla zmiennych jakościowych wyliczono wartości procentowe. Jako metody statystyczne zastosowano analizę wariancji i korelacji. Do wykrywania współzmienności została zastosowana analiza korelacji *r* Pearsona. Do badania istotności różnic między dwoma średnimi zastosowano test *t*-Studenta. W analizach, jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa *p* była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 ($p < 0,05$) lub 0,001 ($p < 0,001$).

WYNIKI BADAŃ

Dane socjodemograficzne badanych

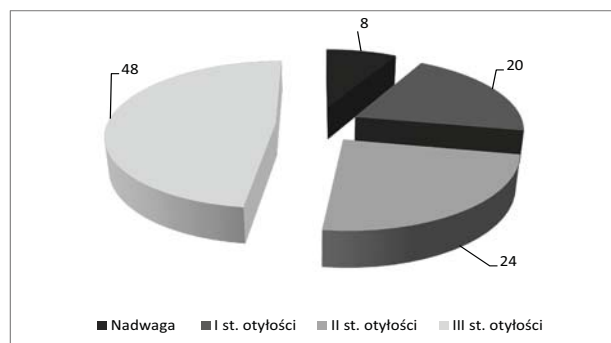
Badaną grupę stanowiło 75 pacjentów, większość kobiet ($N=47$; 62,7%). Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 49,7 lat (12,8), mężczyzn 51,7 (11,4). Większość ankietowanych pozostawała w związkach małżeńskich (82,67%; $n=62$) i była mieszkańcami miast (86,67%; $n=65$).

Wykształcenie wyższe ogółem posiadało 32% badanych, średnie – 33,33%, a zawodowe 30,7% a podstawowe 4% ankietowanych. Ponad połowa badanych była nieaktywna zawodowo (50,67%), w tym 59,57% kobiet i 35,71% mężczyzn. Pracę fizyczną wykonywała co piąta osoba (20%; $n=15$).

Większość ankietowanych deklarowała, że preferuje bierne formy wypoczynku, a najczęstsze odpowiedzi to: sen, oglądanie telewizji oraz czytanie książek. Spośród czynnych form wypoczynku respondenci najczęściej wymieniali spacer. Preferowana forma wypoczynku (bierny vs czynny) nie zależała istotnie od płci badanych ($p = 0,655$).

Cechy antropometryczne badanych

Średni wzrost mężczyzn był istotnie wyższy w porównaniu z kobietami i wynosił 176,9 cm, kobiet 160,5 cm ($p < 0,001$). Średnia masa ciała w grupie mężczyzn wynosiła 122,9 kg, kobiet 103,3 kg ($p < 0,05$). Wartość wskaźnika BMI nie różniła się w zależności od płci i wynosiła średnio 39,8 kg/m² wśród kobiet i 39,6 kg/m² wśród mężczyzn. W oparciu o wartość wskaźnika BMI nadwagę stwierdzono u 8%; otyłość I° u 20%; otyłość II° u 24%; otyłość III° rozpoznano blisko u połowy (48%) badanej grupy ogółem. Dane prezentuje Ryc. 1. Średnia wartość wskaźnika WHR u mężczyzn wynosiła 0,98; u kobiet 0,93. W oparciu o wartości wskaźnika WHR, zdecydowana większość badanych charakteryzowała się otyłością brzuszna ($N=73$; 97,3%). Dane antropometryczne dokładnie zobrazowano w Tab. 1.



Ryc. 1. Stopnie otyłości badanych kobiet i mężczyzn

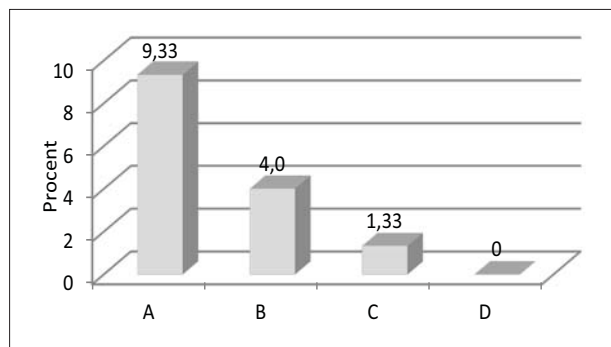
Stosowane leczenie

Podstawą leczenia dla większości ankietowanych była dieta (98,67%), jednak co dziesiąty przyznał, że nie przestrzega jej zaleceń (10,67%). Znajomość kaloryczną spożywanych posiłków deklarowało 73,33 % badanych.

Leczenie farmakologiczne otyłości stosowało 65,33% pacjentów – podobny odsetek w grupie kobiet i mężczyzn (65,96% vs 64,29%; $p = 0,883$). Większość spośród zażywających leki (85,19%) przestrzegała zalecanych przez lekarza dawek i czasu ich przyjmowania.

Leczeniu chirurgicznemu poddało się w przeszłości 14,67% respondentów, a najczęstszym wykonywanym zabiegiem była częściowa resekcja żołądka (9,33% zabiegów bariatrycznych wykonanych w badanej grupie).

Z pomocy psychologicznej korzystało 8% ($n=6$) ogółu badanych, grupę tą w całości stanowiły kobiety.



A – zabieg częściowej resekcji żołądka, B – balonikowanie żołądka, C – zabieg założenia opaski na żołądek, D – inne zabiegi bariatryczne.

Ryc. 2. Leczenie chirurgiczne u badanych

■ Tab. 1. Parametry antropometryczne badanych w zależności od płci

Zmienne zależne	$\bar{x}$		SD		N		t	df	p
	M	K	M	K	M	K			
Masa ciała (kg)	122,95	103,30	26,61	22,48	28	47	3,42	73	0,001
Wzrost (cm)	176,86	160,53	6,71	6,93	28	47	9,98	73	<0,001
BMI (kg/m ²)	39,65	39,79	8,27	8,18	28	47	-0,07	73	0,943
Najwyższa masa ciała w życiu (kg)	130,00	110,91	28,47	25,37	28	47	3,01	73	0,004
Obwód pasa (cm)	122,46	117,11	16,82	17,60	28	47	1,30	73	0,199
Obwód bioder (cm)	122,21	124,34	17,57	18,10	28	47	-0,50	73	0,620
WHR (cm/cm)	0,98	0,93	0,08	0,08	28	47	2,59	73	0,012

Choroby współistniejące i wywiad rodzinny

Dane dotyczące najczęściej wymienianych przez badanych schorzeń współistniejących zestawiono w Tab. 2.

Wśród rzadziej wymienianych schorzeń znalazły się ponadto: zwyrodnienie stawów biodrowych, udar mózgu (w przeszłości), dusznica bolesna, dyskopatie oraz u jednej z badanych osób epizod choroby zakrzepowo-zatorowej (w przeszłości).

Badanych zapytano o występowanie otyłości wśród najbliższych krewnych (matka, ojciec, rodzeństwo własne i rodziców, dziadkowie). Ponad połowa ankietowanych (57,33%) udzieliła na nie odpowiedzi twierdzącej.

■ Tab. 2. Choroby współistniejące u badanych

Nazwa schorzenia	TAK	
	N	%
Cukrzyca	57	76,00
Nadciśnienie tętnicze	64	85,33
Bezdech senny	18	24,00
Przebyty zawał serca	10	13,33
Dyslipidemia	44	58,67

Zachowania zdrowotne badanych

Zachowania zdrowotne przedstawiają rozległy obszar zagadnień związanych ze zdrowiem. W analizie materiału wykorzystano główne kategorie zachowań zdrowotnych w oparciu o skalę IZZ. Szczegółowe dane z uwzględnieniem płci badanych zawarto w Tab. 3.

Płeć nie miała wpływu na nasilenie zachowań zdrowotnych badanych (ogólny wynik skali i wyniki w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych).

W kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych (PN1) 14,67% badanych (n=11) uzyskało 21 punktów, co

oznacza średnie nasilenie tych zachowań. Wynik maksymalny (30 punktów) i minimalny (11 punktów) uzyskało po 2,67% badanych (n=2).

W kategorii zachowania profilaktyczne (ZP) najwyższy wynik (30 punktów) uzyskało 4 (4%) ankietowanych, najniższy (9 punktów) 1,33% (n=1). Największy odsetek badanych (14,67%; n=11) uzyskał wynik 24 punktów.

W kategorii pozytywne nastawienie psychiczne (PN2) rozpiętość punktów uzyskanych przez chorych mieściła się w przedziale od 11 (1,33%) do 30 punktów (5,33%), a największy procent badanych (12%; n=9) uzyskał wynik 20 punktów.

Ostatnią z ocenianych z kategorii zachowań zdrowotnych były praktyki zdrowotne (PZ). Najmniejsza liczba uzyskanych punktów w tej kategorii zachowań to 12, najwyższa 30 punktów. Wyniki skrajne uzyskało po 1,33% ankietowanych. Dziewięć respondentów (12%) uzyskało wynik na poziomie 24 punktów.

Surowe wyniki skali IZZ stały się podstawą do dokonania ich przekształcenia na jednostki standaryzowane w skali stenowej, odpowiadającej 10-cio stopniowej punktacji.

W grupie ankietowanych zanotowano wyniki w całej rozpiętości skali. Im wyższy wynik, tym większe pozytywne nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Wyniki niskie (1-4 stena) uzyskało 21,33% pacjentów, wysokie (7-10 stena) 29,33%. Największa liczba badanych (49,33%) uzyskała wynik na poziomie średnim (5-6 stena). Analiza danych wykazała istnienie silnej, dodatniej korelacji pomiędzy wszystkimi z ocenianych wymiarów skali IZZ oraz ogólnym wynikiem ZZ ($p<0,001$). Wskazuje to na silny związek pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi, pozytywnym nastawieniem psychicznym, praktykami zdrowotnymi, a ogólnie pojętymi zachowaniami zdrowotnymi. Dane prezentuje Tab. 4.

■ Tab. 3. Płeć a zachowania zdrowotne badanych

Zmienne zależne	$\bar{x}$		SD		N		t	df	p
	M	K	M	K	M	K			
Zachowania zdrowotne (ZZ)	82,71	86,34	18,27	11,80	28	47	-1,05	73	0,299
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PN1)	20,18	21,23	5,46	4,38	28	47	-0,92	73	0,361
Zachowania profilaktyczne (ZP)	20,96	22,57	5,41	4,21	28	47	-1,44	73	0,155

■ Tab. 4. Interkorelacje między poszczególnymi wymiarami IZZ

	ZZ	PN1	ZP	PN2
PN1	,82**			
ZP	,81**	,65**		
PN2	,68**	,47**	,43**	
PZ	,67**	,43**	,47**	,40**

(korelacje r Pearsona; **: $p < 0,001$).

Wpływ wybranych czynników na zachowania zdrowotne badanych

Na prezentowane zachowania zdrowotne może mieć wpływ wiele różnych czynników. Analizie poddano wybrane zmienne. Wykazano, że wraz z wiekiem przestrzeganie prawidłowych nawyków żywieniowych znacząco malało ($r = -0,04$). Na pozostałe wymiary zachowań zdrowotnych wiek nie miał istotnego wpływu.

Zarówno stan cywilny, jak i wykształcenie ankietowanych, nie miały związku z żadną z analizowanych kategorii zachowań zdrowotnych (PN1, ZP, PN2, PZ) ($p > 0,05$).

Masa ciała ujemnie korelowała z PN1 i PN2, zaś maksymalna masa ciała w życiu z wynikiem ogólnym IZZ (ZZ)

■ Tab. 5. Wybrane zmienne a IZZ

Zmienne	ZZ	PN1	ZP	PN2	PZ
Masa ciała	-,22	-,25*	-,14	-,25*	-,07
Wzrost	-,17	-,10	-,18	-,15	-,03
BMI	-,11	-,16	-,01	-,16	-,06
Maksymalna masa ciała w życiu	-,25*	-,25*	-,17	-,30**	-,09
Obwód pasa	-,17	-,27*	-,13	-,13	-,09
Obwód bioder	-,13	-,18	-,08	-,13	-,06
WHR	-,11	-,19	-,14	-,01	-,08

(korelacje r Pearsona; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$).

■ Tab. 6. Leczenie farmakologiczne a IZZ

Zmienne zależne	$\bar{x}$		SD		N		t	df	p
	nie	tak	nie	tak	nie	tak			
ZZ	82,33	90,00	13,95	14,57	49	26	-2,23	73	0,029
PN	20,57	21,35	4,88	4,72	49	26	-0,66	73	0,510
ZP	21,16	23,50	4,80	4,24	49	26	-2,09	73	0,041
PN1	21,20	22,54	3,58	5,16	49	26	-1,31	73	0,193
PZ	19,63	22,00	3,52	3,96	49	26	-2,66	73	0,010

(test t – Studenta)

■ Tabela 7. Rodzaj wyczynku a IZZ

Zmienne zależne	$\bar{x}$		SD		N		t	df	p
	czynny	bierny	czynny	bierny	czynny	bierny			
ZZ	92,54	78,38	12,35	13,12	35	40	4,79	73	<0,001
PN1	23,26	18,72	4,11	4,39	35	40	4,59	73	<0,001
ZP	24,49	19,77	3,33	4,69	35	40	4,95	73	<0,001
PN2	22,71	20,75	4,15	4,09	35	40	2,06	73	0,043
PZ	21,49	19,55	3,92	3,54	35	40	2,25	73	0,028

(test t – Studenta)

oraz PN1 i PN2. Im wyższa masa ciała, tym niższe wyniki PN1 i PN2. Najwyższą masę ciała w życiu osiągnęli chorzy, którzy uzyskali niskie wyniki w kategorii zachowań zdrowotnych, prawidłowych nawyków żywieniowych i ci z negatywnym nastawieniem psychicznym. Wykazano także istotną, ujemną interkorelację pomiędzy wartością obwodu w pasie, a wynikiem osiągniętym w kategorii PN1. Uzyskane wyniki analiz szczegółowo przedstawia Tab. 5.

Analiza danych wykazała również, że wyższe wyniki w takich wymiarach zachowań zdrowotnych, jak: ZZ, ZP i PZ osiągały osoby stosujące leczenie farmakologiczne, w porównaniu z leczonymi innymi metodami. Dane zawarte w Tab. 6.

Nie stwierdzono związku między przestrzeganiem diety a IZZ, choć wykazano powiązanie między znajomością wartości kalorycznej pokarmów, a IZZ. Pacjenci potrafiący określić ilość spożywanych kalorii uzyskali istotnie wyższe wyniki w takich wymiarach jak: ZZ, PN1, ZP ($p = 0,003$; $p = 0,019$; $p = 0,033$).

Zauważono, że chorzy korzystający z pomocy psychologicznej mieli wyższe wyniki w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne (PN2) ($p = 0,042$).

Także forma preferowanego przez badanych wyczynku (czynny vs bierny) okazała się istotnie wpływać na

prezentowane przez nich zachowania zdrowotne. Osoby preferujące wypoczynek czynny uzyskały istotnie wyższe wyniki punktowe we wszystkich wymiarach IZZ, w porównaniu z nieaktywnymi (Tab. 7). Rodzaj wykonywanej przez ankietowanych pracy zawodowej pozostawał bez związku z IZZ.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Poza niepodważalną rolę czynników biologicznych, w genezie otyłości coraz większą uwagę zwraca się także na te związane ze stylem (behawioralne) i warunkami życia człowieka (socjalne, kulturowe) [3]. O ile wpływ na rozwój otyłości takich czynników jak: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, niewystarczająca aktywność fizyczna, czy negatywne stany emocjonalne na został szeroko udokumentowany [1,7, 8, 9, 10], wciąż niewiele jest danych na temat prezentowanych przez osoby otyłe zachowań związanych ze zdrowiem.

W badanej grupie wszyscy chorzy charakteryzowali się nadmierną masą ciała, z czego tylko 8% stanowiły osoby z nadwagą, a pozostali otyłością o różnym nasileniu. Największy odsetek stanowiły osoby z otyłością III°.

W kwestionariuszu ankiety zapytano m.in. o fakt występowania otyłości u najbliższych krewnych, główne dolegliwości mające związek z otyłością. Oceniono także cechy socjodemograficzne, zachowania zdrowotne, cechy antropometryczne badanych, oraz ich wzajemne zależności.

Ponad połowę ankietowanych stanowili mieszkańcy miasta i osoby pozostające w związkach małżeńskich. Prezentowane zachowania zdrowotne nie zależały jednak od miejsca zamieszkania, czy stanu cywilnego respondentów. Także z danych pochodzących z badania WOBASZ, oceniających wpływ czynników socjoekonomicznych na występowanie nadwagi i/lub otyłości w populacji polskiej wynika, że częstość rozpoznawania nadwagi nie różni się w zależności od miejsca zamieszkania. Miało ono istotny wpływ na częstość rozpoznawania otyłości wśród żonatych mężczyzn i niezamężnych kobiet [11]. W cytowanym badaniu nie zaobserwowano wpływu wykształcenia na częstość rozpoznawania nadwagi i/lub otyłości [11], co znalazło potwierdzenie w badaniu własnym. Odsetki osób posiadających wykształcenie wyższe, średnie i zawodowe istotnie się nie różniły. Wykształcenie badanych nie wpłynęło istotnie na otrzymane przez ankietowanych wyniki punktowe skali IZZ w żadnej z analizowanych kategorii.

W badaniach poświęconych ocenie zachowań zdrowotnych dorosłych mieszkańców Warszawy stwierdzono, że kobiety bardziej niż mężczyźni nastawione są na umacnianie zdrowia [11]. Tymczasem analiza otrzymanych przez nas wyników badań nie wykazała istotnego wpływu płci na zachowania zdrowotne ankietowanych w żadnej z analizowanych kategorii. Zaobserwowano natomiast istotny związek pomiędzy wiekiem, a zachowaniami żywieniowymi. Osoby starsze uzyskiwały istotnie gorsze wyniki w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych, w porównaniu z młodszymi, co nie znalazło potwierdzenia w cytowanym powyżej badaniu WOBASZ [11], mimo

że częstość rozpoznawania nadwagi i otyłości wzrasta w starszych grupach wiekowych [12].

Większość respondentów (57,33%) deklaruowała występowanie otyłości u swoich bliskich krewnych, co może potwierdzać jej uwarunkowanie genetyczne i środowiskowe [1]. W literaturze podkreśla się także obserwowany w ostatnich latach wzrost ekspresji genów odpowiedzialnych za rozwój otyłości spowodowany wpływem niekorzystnych czynników środowiskowych [13].

Wśród najczęściej wymienianych przez ankietowanych schorzeń znalazły się te, których związek z otyłością potwierdzają liczne doniesienia naukowe: zaburzenia metaboliczne, choroby układu krążenia i bezdech senny [1,14].

Podstawowym celem leczenia otyłości jest redukcja masy ciała, której uzyskanie zależy od stopnia przestrzegania zasad zaleconej terapii. W badanej grupie podstawą leczenia dla zdecydowanej większości była dieta (98,67%), jednak nie wszyscy chorzy stosowali się do zaleceń. Farmakoterapię stosowała blisko 1/3 badanych, z czego większość przestrzegała zarówno dawki, jak i czasu przyjmowania leków. Mimo potwierdzonych korzyści wynikających z modyfikacji zachowań (w tym głównie zmiany diety), pacjenci nie przywiązywali do nich wielkiej wagi lub ich zmiana była dla nich trudniejsza, niż dostosowanie się do wymogów leczenia farmakologicznego. Jak wynika z obserwacji badaczy, stosowanie farmakoterapii sprzyja zwiększeniu stopnia przestrzegania zaleceń przez otyłych pacjentów, poza oczywistym korzystnym wpływem leku na przebieg terapii i jakość życia pacjentów [3]. Potwierdziły to wyniki badań własnych. Osoby stosujące farmakoterapię uzyskiwały istotnie lepsze wyniki w wymiarach: ZZ, PN1 i ZP.

Rozwojowi otyłości sprzyja nieprawidłowy sposób odżywiania, siedzący tryb życia, niekorzystne stany emocjonalne, które dla wielu mogą stać się dodatkowym bodźcem do przyjmowania pokarmu w celu złagodzenia narastającego napięcia [15]. Z przeprowadzonych badań wynika, że nadmierna masa ciała wiązała się z negatywnymi zachowaniami zdrowotnymi ankietowanych. Wyniki skali IZZ u blisko połowy z nich były na poziomie wyników średnich, a 21% – niskich.

Nie tylko wzrost konsumpcji wysokoenergetycznych pokarmów, zmiana w zakresie preferowanego modelu spędzania czasu wolnego na korzyść biernych form wypoczynku, ale także czynniki psychologiczne prowadzące do uzależnienia od przyjmowania dużych ilości pokarmów mogą być przyczyną zaburzenia równowagi bilansu energetycznego. W konsekwencji doprowadza to do niekontrolowanego przyrostu masy ciała. W badaniach własnych nie wykazano zależności pomiędzy wartością wskaźnika BMI, a prezentowanymi przez badanych zachowaniami zdrowotnymi, jednak osoby preferujące wypoczynek czynny uzyskiwały lepsze wyniki we wszystkich analizowanych kategoriach IZZ. Wynik ten może być dowodem na pozytywny wzajemny wpływ pomiędzy aktywnością fizyczną, a kształtowaniem prozdrowotnego stylu życia i pozytywnego nastawienia psychicznego [3,16].

Nadmierna masa ciała jest nierzadko powodem wielu problemów psychoemocjonalnych. Potęguje je przekonanie

nie samych otyłych, a także społeczeństwa o tym, że jest to stan świadczący o ograniczeniu skuteczności tych osób. Te negatywne odczucia mogą stać się przyczyną braku powodzenia i motywacji do podejmowania działań na rzecz przywracania zdrowia, obniżenia się poczucia zadowolenia z siebie, a nawet depresji [9]. Skuteczność pomocy psychologicznej w badanej grupie potwierdza fakt, że osoby z niej korzystające charakteryzowało bardziej pozytywne nastawienie, w porównaniu z innymi. Zastanawiającym jest jednak, że w badanej grupie respondentów z nadwagą i otyłością korzystających z pomocy psychologa znalazły się wyłącznie kobiety. Może na to wpływać szereg czynników opisywanych w literaturze, takich jak: niezadowolenie z wyglądu i masy własnego ciała, poczucie izolacji społecznej, a także poczucie winy i bezradności, problemy z którymi częściej trudniej radzą sobie kobiety [17].

WNIOSKI

1. Wyniki niskie lub średnie deklarowanych zachowań zdrowotnych uzyskała większość pacjentów, a wysokie co trzeci badany.

2. Zaobserwowano istotne zmniejszenie się stopnia przestrzegania zasad prawidłowego żywienia nasilające się wraz z wiekiem.

3. Masa ciała ujemnie korelowała z PN1 i PN2, a obwód w pasie z wynikiem osiągniętym w kategorii PN1.

4. Wyższe wyniki w wymiarach: ZZ, ZP i PZ osiągnęły osoby stosujące leczenie farmakologiczne, w porównaniu z osobami leczonymi innymi metodami.

5. Osoby preferujące wypoczynek czynny uzyskały istotnie wyższe wyniki punktowe we wszystkich wymiarach IZZ.

6. Osoby, które uzyskały wyższe wyniki w kategorii PN2 istotnie częściej korzystały z pomocy psychologa.

PIŚMIENNICTWO

1. Buksińska-Lisik M, Lisik W, Zaleska T. Otyłość – choroba interdyscyplinarna. *Przewodnik Lekarza*. 2006; 1: 72-77.
2. World Health Organization. Global database on obesity and body mass index (BMI) in adults: <http://www.who.int/nutrition/databases/en/>.
3. Tsigos C i wsp. Postępowanie w otyłości dorosłych: europejskie wytyczne dla praktyki klinicznej. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2009; (3): 87-98.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia testów psychologicznych; 2001.
5. Strona Pracowni Testów Psychologicznych: <http://www.practest.com.pl>.
6. Zahorska-Markiewicz B. Otyłość – poradnik dla lekarzy. Kraków: Wydawnictwo Archi-Plus; 2002: 7-8.
7. Kottke TE et al. Economic and psychological implications of the obesity epidemic. *Mayo Clinic Proceedings*. 2003; 78: 92-94.
8. Drygas W. Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne. *Medycyna Metaboliczna*. 2003; VII (2): 47-51.
9. Dudek D. Otyłość, a depresja. *Biuletyn Polskiego Forum Profilaktyki*. 2007; 3 (8): 6.
10. Plewa M, Markiewicz A. Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2006; 2(1): 30-37.
11. Misiuna M, Szcześniewska D. Zachowania zdrowotne mieszkańców Warszawy. *Zdrowie Publiczne*. 2003; 113 (1/2): 28-36.
12. Piotrowski W, Polakowska M. Czynniki socjoekonomiczne, a występowanie nadwagi i otyłości na wsi i w mieście. Badanie WOBASZ. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2009; 5 (3): 139.
13. Tatoń J, Czech A, Bernas M. Otyłość. Zespół metaboliczny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 178-181.
14. Czech A, Bernas M, Tatoń J. Sercowo-naczyniowe objawy otyłości. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2007; 3 (4): 85-94.
15. Jasiel-Wojculewicz H, Chrostowska M, Narkiewicz K. Otyłość – niektóre aspekty epidemiologiczne i rokownicze. *Kardiologia na co Dzień*. 2007; 3 (2): 79-83.
16. Piotrowicz R. Sport to zdrowie – o korzystnych efektach aktywności fizycznej. *Kardiologia Polska*. 2006; 64: 141-142.
17. Cargill BR i wsp. Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. *Obesity Research*. 1999; 7: 379-386.

Praca przyjęta do druku: 21.04.2011

Praca zaakceptowana do druku: 15.06.2011