

## **Analiza jakości życia pacjentów z nadwagą i otyłością w zależności od wskaźnika masy ciała i czynników socjo-demograficznych**

### ***Analysis of the quality of life of overweight and obese patients with respect to body mass index and socio-demographic factors***

**Halina Zielińska-Więczkowska, Milena Budnik**

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,  
Collegium Medicum w Bydgoszczy

## **Streszczenie**

**Wstęp.** Tematem pracy była ocena jakości życia pacjentów z nadmierną masą ciała leczonych uzdrowiskowo w zależności od wskaźnika masy ciała BMI (ang. body mass index) i czynników socjo-demograficznych. **Material i metoda.** Badania przeprowadzono wśród 123 pacjentów z nadwagą i otyłością w Klinice Balneologii i Medycyny Fizykalnej Szpitala Uzdrowiskowego w Ciechocinku. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza Światowej Organizacji Zdrowia do badania jakości życia (ang. The World Health Organization Quality of Life/WHOQOL-Bref) w polskiej wersji oraz wskaźnika BMI. **Wyniki.** Największy deficyt jakości życia występował w dziedzinie psychologicznej. W tej domenie kobiety uzyskały istotnie niższy średni wynik niż mężczyźni. Wskaźnik BMI korelował z wynikami zadowolenia ze zdrowia, globalnym wynikiem dziedziny fizycznej i psychologicznej oraz podskalami: energia i zmęczenie, wypoczynek i sen, ból i dyskomfort, wygląd zewnętrzny. Starszy wiek wiązał się z gorszą samooceną zdrowia, większymi deficytami w dziedzinie fizycznej i negatywnymi uczuciami. Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia zależały od stanu cywilnego, wieku i płci. **Wnioski.** Wyższy stopień otyłości oznacza niską jakość życia w dziedzinie psychologicznej i fizycznej. Wdowieństwo i rozwód lub separacja i związany z tym prawdopodobnie brak wsparcia ze strony partnera, sprzyja niskim parametrom jakości życia osób dorosłych z nadmierną masą ciała leczonych uzdrowiskowo. Świadczy to o dużym zapotrzebowaniu na wsparcie psychologiczne. (*Farm Współ 2016; 9: 110-116*)

*Słowa kluczowe:* : jakość życia, nadwaga i otyłość, wskaźnik BMI, czynniki socjo-demograficzne

## **Summary**

**Background.** The aim of the study was to evaluate the quality of life and determine the most significant deficits in everyday functioning of patients with excess weight treated in a health resort with respect to their body mass index (BMI) and socio-demographic factors. **Material and methods.** The study involved 123 overweight and obese patients of the Clinic of Balneology and Physical Medicine of the Spa Hospital in Ciechocinek. The study was based on a diagnostic survey using the Polish version of the WHOQOL-Bref questionnaire as well as BMI calculations. **Results.** The greatest deficits in terms of the quality of life pertained to the psychological domain. In this domain, women received significantly lower mean scores than men. BMI correlated with satisfaction from health, global physical and psychological domain results, and the following subscales: energy and fatigue, rest and sleep, pain and discomfort, external appearance. Older age correlated with a lower self-rating of health, greater deficits in the physical domain, and negative feelings. Quality of life and satisfaction from health correlated with marital status and with age and sex. **Conclusions.** Higher levels of obesity correlate with a lower quality of life in terms of the psychological and physical domain. Widowhood or divorce/separation and the probably related lack of partner

support contribute to low parameters of the quality of life of adults with excess weight treated in a health resort. This validates the need for psychological support (*Farm Współ 2016; 9:110-116*)

*Keywords: quality of life, overweight and obesity, body mass index, socio-demographic factors*

## Wstęp

Otyłość jest poważnym problemem zdrowotnym i psychospołecznym o skali światowej. Przybiera postać epidemii światowej o tendencji wzrostowej [1-7]. Według danych epidemiologicznych, połowa populacji osób dorosłych ma nadmierną masę ciała [4]. Epidemia otyłości dotyczy 30% dorosłej populacji w skali całego świata [2]. Jest groźną chorobą cywilizacyjną współczesnych czasów. Wzrost motoryzacji i mechanizacja pracy oraz szybkie tempo życia, duża ilość bodźców stresowych, łatwość pozyskiwania pożywienia i tendencja sięgania po półprodukty - w dużej mierze prowadzą do tego problemu. Błędy w żywieniu i zmniejszona aktywność fizyczna to główne przyczyny otyłości [7]. Zdaniem niektórych Autorów, przyczyn należy również dopatrywać się w złożonych mechanizmach psychologicznych [7,8]. Nadmierna masa ciała skutkuje niską samooceną, negatywnym postrzeganiem własnego ciała i brakiem jego akceptacji. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, zaburzone mechanizmy samokontroli, tendencja do nieplanowanego zjadania posiłków i podjadania, doświadczanie negatywnych emocji i ich ekspresja, zaniżona samoocena, negatywny obraz własnej osoby, niskie poczucie własnej skuteczności, czy dysfunkcje seksualne - to najważniejsze czynniki ryzyka natury psychologicznej [8]. Otyłość stanowi większe ryzyko zachorowalności i zmniejsza długość życia z uwagi na groźne dla zdrowia powikłania [5-8]. Wśród nich wymienia się schorzenia sercowo-naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, cukrzycę typu 2, nowotwory, chorobę zwyrodnieniową stawów i kręgosłupa, kamice żółciową, zespół bezdechu nocnego, chorobę pęcherzyka żółciowego, kamice nerkową, zespół policystycznych jajników, zaburzenia nastroju [5,6,8].

Wskazuje się na związek otyłości z depresją [7,10]. Należy pamiętać, że depresja może poważnie utrudnić przebieg kuracji odchudzającej. Można ją postrzegać jako przyczynę otyłości, ale i jej skutek, na zasadzie funkcjonowania błędnego koła [10]. Pomocny jest w tym przypadku pogłębiony wywiad zespołu terapeutycznego z danym pacjentem.

Przegląd doniesień badawczych dowodzi, że

nadwaga a zwłaszcza otyłość obniża jakość życia osób dotkniętych tym problemem zdrowotnym [1-3,7,10-13].

Współcześnie istnieje kult piękna ciała oraz duża presja kulturowa i społeczna na prezentowanie szczupłej sylwetki [3,7]. Nie sprostanie temu ideałowi, powoduje negatywne emocje, zwłaszcza wśród młodych kobiet [5].

Jakość życia zdefiniowana przez Schipperę i wsp. to „funkcjonalny skutek choroby i leczenia, spostrzegany przez pacjenta” [14]. Badania jakości życia w naukach medycznych świadczą o holistycznym podejściu i rozwiązywaniu złożonych problemów chorego - zarówno w sferze fizycznej, jak i psychospołecznej.

**Celem pracy** była ocena jakości życia w grupie kuracjuszy z nadwagą i otyłością leczonych uzdrowsko w zależności od wskaźnika BMI (ang. body mass index) i czynników socjo-demograficznych.

## Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone wśród 123 pacjentów z nadwagą i otyłością w Klinice Balneologii i Medycyny Fizykalnej Szpitala Uzdrowskiego w Ciechocinku, w 2015 roku. W badanej grupie osób nieznacznie przeważały kobiety (54,5%). Przyjęto następujące kryteria doboru osób do badań: rozpoznana nadwaga (BMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) i otyłość (BMI 30 i powyżej kg/m<sup>2</sup>) [15], hospitalizacja w wyżej wymienionej Klinice, kolejno przyjmowani pacjenci, osoby dorosłe, które ukończyły 18 rok życia.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Narzędziem badawczym do oceny jakości życia był kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia (ang. The World Health Organization Quality of Life/skrót WHOQOL-Bref) według adaptacji na polskie warunki Laury Wołowickiej i Krystyny Jaracz [14]. Kwestionariusz WHOQOL-Bref zawiera 26 pytań i jest skróconą polską wersją kwestionariusza WHOQOL-100 [14]. Jest międzynarodowym narzędziem ogólnym do badania jakości życia, często stosowanym u pacjentów z różnymi schorzeniami. Umożliwia ocenę jakości życia w czterech dziedzinach - fizycznej, psychologicznej,

relacji społecznych i środowiskowej oraz dwóch pytań analizowanych oddzielnie (pyt. 1. dotyczące ogólnej percepcji jakości życia i pyt. 2. dotyczące ogólnej percepcji własnego zdrowia). Stosowana w nim punktacja (od 1 do 5) ma kierunek pozytywny, co oznacza, że uzyskanie większej liczby punktów świadczy o wyższej jakości życia. Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Wyliczone średnie mnoży się przez 4, tak aby uzyskać postać wyników porównywalnych z kwestionariuszem WHOQOL – 100. Pierwsza transformacja umożliwia takie przekształcenie wyników, aby zawsze były zawarte w zakresie 4-20, co sprawia, że są porównywalne z wynikami uzyskanymi za pomocą WHOQOL – 100. Druga transformacja przekształca wyniki dziedzin do skali 0-100. Obie transformacje mogą być stosowane alternatywnie [14].

Do oceny stopnia masy ciała zastosowano powszechnie stosowany wskaźnik BMI (ang. body mass index). BMI jest to stosunek masy ciała w kilogramach do kwadratu wzrostu w metrach. W ujęciu WHO zakresy wartości BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) i ich interpretacja przedstawia się następująco: poniżej 18,5 – niedowaga; 18,5-24,9 – normalna masa ciała; 25,0-29,9 – nadwaga; 30,0-34,9 – otyłość I stopnia; 35,0-39,9 – otyłość II stopnia; 40 i powyżej – otyłość III stopnia (olbrzymia) [15]. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Dla zachowania anonimowości, pacjenci nie wyrażali zgody na udział w badaniu. Wszyscy jego uczestnicy zostali poinformowani o celu i zakresie badań. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej (KB 757/2014) przy UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel wersja 10 firma Microsoft i pakietu statystycznego Statistica 10.0 (StatSoft). Nie sprawdzano rozkładu normalnego, ponieważ stosowano testy nieparametryczne: korelacji R Spearmana, test U Manna-Whitneya oraz test rang Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$ , który przyjmuje się zwyczajowo w tego rodzaju badaniach. Jeżeli wyliczony wynik wyżej wymienionymi testami był mniejszy od założonego, przyjmowano, że jest istotny statystycznie, chociaż obarczony niepewnością 5%. Jeżeli był wyższy, wynik uważano za nieistotny.

## Wyniki

### ▪ Charakterystyka socjo-demograficzna badanej grupy (n = 123)

Badana grupa chorych liczyła 67 kobiet i 56 mężczyzn, ze średnią wieku  $50,5 \pm 15,671$  lat. Najwięcej osób było w grupie wiekowej do 40 lat (30,9%), w zakresie 41-55 lat (26,8%), w wieku 56-65 lat (17%) i powyżej 65 lat (25,2%). Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami, ze względu na ich wiek. Nieco ponad połowa badanych była w związku małżeńskim (52,0%), wśród pozostałych uczestników badania dominowały osoby rozwiedzione i w separacji (łącznie 23,6%). Najlicniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (33,3%) i średnim (30,9%), w dalszej kolejności z wyższym (26,0%), pozostałe osoby posiadały najniższy poziom wykształcenia (9,8%).

### ▪ Wskaźnik BMI

Wskaźnik BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) w badanej grupie przedstawiał się następująco: osoby z nadwagą (zakres 25-29,9) 17,9%, z I stopniem otyłości (zakres 30-34,9) 52,8%, z II stopniem otyłości (zakres 35-39,9) 20,3% i z III stopniem otyłości (40 i powyżej) 8,9%. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczącej wskaźnika BMI.

### ▪ Analiza kwestionariusza WHOQOL-Bref

Średnia ocen jakości życia wyniosła 3,27 punktu i oznacza to wynik przeciętny, na granicy pozytywnego. Niżej oceniono zadowolenie ze zdrowia ze średnią 2,90. Wynik ten mieści się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w zakresie płci, dotyczących percepcji jakości życia (pyt. 1. z ankiety) i zadowolenia ze zdrowia (pyt. 2. z ankiety). Grupy wiekowe pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami zadowolenia ze zdrowia ( $r = -0,235$ ;  $p = 0,009$ ), brak związku z percepcją jakości życia. Zadowolenie ze zdrowia najwyższej ocenili badani w wieku do 40 lat, najniżej – osoby powyżej 65 lat.

Wskaźnik BMI pozostawał w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wynikami zadowolenia ze zdrowia ( $r = -0,249$ ;  $p = 0,005$ ), brak związku z ogólną percepcją jakości życia. Najwyżej, zarówno jakość życia, jak i zadowolenie ze zdrowia, ocenili badani z nadwagą i z I stopniem otyłości, najniżej - z III stopniem otyłości.

Wykazano istotną statystycznie różnicę w ogólnej percepcji zdrowia pomiędzy grupami ze względu na

stan cywilny ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 11,725$ ;  $p = 0,020$ ), brak istotnych różnic w zakresie jakości życia. Najwyższe zadowolenie ze zdrowia wykazywali kawalerowie/panny i żonaci/zamężne, najniższe - osoby owdowiałe.

Zbiorcze zestawienie statystyk dotyczących poszczególnych dziedzin jakości życia i ogólnej percepcji jakości życia oraz zdrowia przedstawia tabela I. Najniżej uplasowała się dziedzina psychologiczna, pozostałe domeny były na wyrównanym poziomie. Średnia ocena dziedziny fizycznej wyniosła 54,95 punktu i jest to wynik przeciętny. Największy deficyt w tej domenie zaobserwowano na podskali wypoczynek i sen ze średnią 2,77. Dziedzina fizyczna wykazywała istotny związek z wiekiem ( $r = -0,210$ ;  $p = 0,020$ ) oraz podskalami: zależnością od leków i leczenia ( $r = -0,236$ ;  $p = 0,009$ ), mobilnością ( $r = -0,207$ ;  $p = 0,022$ ). Wykazano korelację dziedziny fizycznej i wskaźnika BMI (tabela II). Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami stanu cywilnego dotyczącymi dziedziny fizycznej ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 18,858$ ;  $p = 0,001$ ). Najwyżej dziedzinę fizyczną ocenili badani - panny/ kawalerowie (średnia 3,50),

najniżej - osoby owdowiałe (średnia 2,60). Nie odnotowano różnic w zakresie płci.

Spośród wszystkich analizowanych zakresów jakości życia, najniższy średni wynik odnotowano w dziedzinie psychologicznej (47,85). Największy deficyt zaobserwowano na podskali pozytywne uczucia oraz myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja (średnia 2,76). W dziedzinie psychologicznej mężczyźni uzyskali istotnie wyższy średni wynik w porównaniu do kobiet (3,03 vs. 2,80;  $p = 0,044$ ). Wyższe wyniki wykazano u nich także we wszystkich podskalach. Wiek badanych pozostawał w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wynikami podskali negatywne uczucia ( $r = 0,266$ ;  $p = 0,003$ ), brak związku ze średnim wynikiem w tej dziedzinie. Wskaźnik BMI wykazywał istotną statystycznie, średnią korelację z wynikami podskali wygląd zewnętrzny ( $r = -0,325$ ;  $p = 0,000$ ) i niską korelację ze średnim wynikiem dziedziny psychologicznej ( $r = -0,199$ ;  $p = 0,027$ ). Szczegółowe wyniki zawiera tabela III. Najniższy średni wynik w dziedzinie psychologicznej uzyskali badani z III stopniem otyłości (2,58). Wykazano istotne różnice

Tabela I. Zbiorcze zestawienie statystyk jakości życia i percepcji własnego zdrowia własnego zdrowia  
Table I. Cumulative summary of statistical data on quality of life and perception of own health

| pozycja                           | średnia | S.D.   | ufność -95,0% | ufność +95,0% | mediana | minimum | maksimum |
|-----------------------------------|---------|--------|---------------|---------------|---------|---------|----------|
| Ogólna percepcja jakości życia    | 56,71   | 23,969 | 52,43         | 60,99         | 50,0    | 0,0     | 100,0    |
| Ogólna percepcja własnego zdrowia | 47,56   | 24,464 | 43,19         | 51,93         | 50,0    | 0,0     | 100,0    |
| Dziedzina fizyczna                | 54,95   | 17,902 | 51,76         | 58,15         | 56,0    | 6,0     | 94,0     |
| Dziedzina psychologiczna          | 47,85   | 17,773 | 44,68         | 51,03         | 44,0    | 0,0     | 94,0     |
| Dziedzina socjalna                | 54,37   | 23,033 | 50,26         | 58,49         | 56,0    | 0,0     | 100,0    |
| Dziedzina środowiskowa            | 54,01   | 14,409 | 51,44         | 56,58         | 56,0    | 6,0     | 88,0     |

Tabela II. Korelacje dziedziny fizycznej i wskaźnika BMI  
Table II. Correlations between physical domain and body mass index

| Nr pytania         | pozycja                       | N   | R      | t(N-2) | poziom p |
|--------------------|-------------------------------|-----|--------|--------|----------|
| Pyt. 3.            | ból i dyskomfort              | 123 | -0,206 | -2,313 | 0,022    |
| Pyt. 4.            | zależność od leków i leczenia | 123 | -0,082 | -0,902 | 0,369    |
| Pyt. 10.           | energia i zmęczenie           | 123 | -0,311 | -3,605 | 0,000    |
| Pyt. 15.           | mobilność                     | 123 | -0,224 | -2,533 | 0,013    |
| Pyt. 16.           | wypoczynek i sen              | 123 | -0,310 | -3,586 | 0,000    |
| Pyt. 17.           | czynności życia codziennego   | 123 | -0,089 | -0,980 | 0,329    |
| Pyt. 18.           | zdolność do pracy             | 123 | -0,147 | -1,637 | 0,104    |
| Dziedzina fizyczna |                               | 123 | -0,242 | -2,741 | 0,007    |

w wynikach dziedziny psychologicznej pomiędzy grupami stanu cywilnego na podskalach: myślenie/uczenie się/ pamięć/ koncentracja (  $df(4, N = 123)$ ;  $H = 11,157$ ;  $p = 0,025$ ), samoocena (dr (4, N = 123);  $H = 15,853$ ;  $p = 0,037$ ) oraz negatywne uczucia (dr (4, N = 123);  $H = 10, 228$ ;  $p = 0,037$ ). Najwyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej uzyskali badani pozostający w związkach małżeńskich (średnia 2,96), najniższe – osoby rozwiedzione (średnia 2,58).

W dziedzinie relacji społecznych nie odnotowano istotnych zależności, zarówno w zakresie wieku, płci i wskaźnika BMI. Natomiast wykazano statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami stanu cywilnego, dotyczące wyników domeny relacji społecznych ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 12,779$ ;  $p = 0,012$ ) i jej podskal: związki osobiste ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 12,303$ ,  $p = 0,015$ ) i wsparcie społeczne ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 16,313$ ;  $p = 0,003$ ). Najwyżej dziedzinę relacji społecznych ocenili badani pozostający w związkach małżeńskich (średnia 3,42), najniżej – w separacji i rozwiedzeni (średnia 2,75).

Podobne zależności zaobserwowano w dziedzinie środowiskowej. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami stanu cywilnego, dotyczące wyników dziedziny środowiskowej ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 13,603$ ;  $p = 0,009$ ) i jej podskal: środowisko fizyczne ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 10,576$ ;  $p = 0,032$ ), środowisko domowe ( $df(4, N = 123)$ ;  $H = 12,734$ ;  $p = 0,13$ ) i transport ( $df(N = 123, H = 11,806$ ;  $p = 0,019$ ). Najwyżej dziedzinę środowiskową ocenili badani pozostający w związkach małżeńskich (średnia 3,24). Nie wykazano korelacji wyników dziedziny środowiskowej z wiekiem, płcią i wskaźnikiem BMI.

## Omówienie wyników i dyskusja

Przeprowadzone badania wśród kuracjuszy leczonych uzdrowiskowo z nadmierną masą ciała dowodzą o największych deficytach w psychologicznej sferze jakości życia. Dziedzina psychologiczna kwestionariusza WHOQOL-Bref obejmuje następujące podskale: pozytywne uczucia, duchowość/religię/osobistą wiarę, myślenie/uczenie się/pamięć/koncentrację, wygląd zewnętrzny, samoocenę, negatywne uczucia. Uzyskane przez nas wyniki w tym zakresie są wyraźnie zbieżne z doniesieniami innych Autorów [1,11,13]. Dlatego, jak sygnalizują niektórzy Autorzy - niezwykle przydatne w odniesieniu do osób z nadmierną masą ciała jest wsparcie społeczne i poradnictwo psychologiczne [3,11]. Pomoc psychologiczna u jednostki z problemem otyłości i nadwagi powinna być ukierunkowana na kształtowanie pozytywnej samooceny i silnej woli, wzmacnianiu motywacji i poczucia własnej skuteczności oraz wypracowaniu strategii radzenia sobie ze stresem [7]. Odchudzanie jest trudnym procesem, niestety nie zawsze skutecznym [7]. Nierzadko prowadzi do frustracji [3]. Pacjent doświadcza poczucia bezsilności i beznadziejności [3,7,9]. Negatywne uczucia spowodowane są niezadowoleniem z własnego wyglądu i niską samooceną [3,7-9,16].

Brak efektów w odchudzaniu u osoby z nadmierną masą ciała dowodzi o jej niskim poczuciu własnej skuteczności i braku motywacji do podjęcia zalecanych przez zespół terapeutyczny zachowań prozdrowotnych [3,9]. W kuracji odchudzającej konieczna jest zatem współpraca zarówno lekarza, dietetyka, trenera a nade wszystko psychologa [3] i konkretnego pacjenta ze wszystkimi jego problemami natury bio-psychospołecznej.

Tabela III. Korelacje dziedziny psychologicznej i wskaźnika BMI

Table III. Correlations between psychological domain and body mass index

| Nr pozycji               | pozycja                                  | N   | R      | t(N-2) | poziom p |
|--------------------------|--|-----|--------|--------|----------|
| Pyt. 5.                  | Pozytywne uczucia                        | 123 | -0,132 | -1,466 | 0,145    |
| Pyt. 6.                  | Duchowość/religia/osobista wiara         | 123 | -0,058 | -0,643 | 0,522    |
| Pyt. 7.                  | Myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja | 123 | -0,037 | -0,411 | 0,682    |
| Pyt. 11.                 | Wygląd zewnętrzny                        | 123 | -0,325 | -3,784 | 0,000    |
| Pyt. 19.                 | Samoocena                                | 123 | -0,026 | -0,284 | 0,777    |
| Pyt. 26.                 | Negatywne uczucia                        | 123 | -0,117 | -1,297 | 0,197    |
| Dziedzina psychologiczna |  | 123 | -0,199 | -2,237 | 0,027    |

W procesie terapeutycznym umiejętnością niezwykle pożądaną jest empatia. Dla zwiększenia motywacji u osoby z nadmierną masą ciała zalecane byłoby włączenie w proces edukacyjno-terapeutyczny osób, którym udało się skutecznie zwalczyć problem otyłości. Takie osoby byłyby najbardziej przekonującym i dobrym przykładem do naśladowania np. w ramach grup samopomocy i wsparcia społecznego.

Z badań własnych wynika, że w dziedzinie psychologicznej w grupie osób z nadwagą i otyłością, istotnie gorzej funkcjonują kobiety. Badania *Diagnozy Społecznej 2011* podobnie dowodzą o istnieniu związku pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a satysfakcją życiową w zależności od płci. Badania te na reprezentatywnej dużej próbie badawczej dorosłych Polaków także wskazują na ujemny związek BMI z poczuciem szczęścia u płci żeńskiej. Co ciekawe, w odniesieniu do mężczyzn w przedziale wiekowym 45-64 lat zauważono odwrotną zależność. Wyższy poziom BMI oznaczał u nich wzrost poczucia szczęścia [5]. W tym przypadku być może wpływ miały tu inne czynniki, takie jak wysoki status społeczny itp. Jak wynika z doniesień innych Autorów, kobiety otyłe, bardziej dotkliwie niż mężczyźni odczuwają niezadowolenie z własnego wyglądu [16]. U bardzo młodych kobiet, wzrost wskaźnika BMI skutkuje mniejszym poczuciem szczęścia [5].

Nadmierna masa ciała znajduje ponadto wyrażnie negatywny wydźwięk w fizycznej domenie jakości życia, o czym dowiodły przeprowadzone przez nas badania. Na dziedzinę fizyczną składa się ból i dyskomfort, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, wypoczynek i sen, codzienne czynności życiowe oraz zdolność do pracy. Ten aspekt także okazał się zbieżny z doniesieniami innych badaczy [1,2,10,12]. Chorzy z otyłością szybciej się męczą, odczuwają zadyszkę i bóle kręgosłupa [10].

W badaniach własnych, wskaźnik BMI korelował z wynikami zadowolenia ze zdrowia, z dziedziną fizyczną i psychologiczną oraz z podskalami – wygląd zewnętrzny, energia i zmęczenie, wypoczynek i sen oraz ból i dyskomfort.

Zadowolenie ze zdrowia i samopoczucie psychiczne – jak dowiodły przeprowadzone badania, wraz z wiekiem - wyraźnie maleją. Spowodowane jest to zapewne nieuchronną inwolucją starczą. O tym dowodzą też dane z *Diagnozy Społecznej 2011* [5]. Badania Gnacińskiej-Szymańskiej i wsp. na mniejszej próbie badawczej (n = 51) wskazują na podobne zależności.

Wspomniany tu zespół badawczy dodatkowo wykazał związek wskaźnika BMI z dziedziną relacji społecznych i środowiskową [11]. Z kolei duże badania na próbie 182 372 dorosłych Amerykanów potwierdzają istnienie zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia [1]. Wyniki tych badań wyraźnie korespondują z uzyskanymi przez nasz zespół [1].

Według Michonia, poziom szczęścia, natężenie objawów depresji oraz ocena własnego życia u osób z nadmierną masą ciała nie różnią się w sposób znaczący od pozostałej populacji z prawidłową masą ciała [5].

Co ciekawe, nasze badania wykazały, że jakość życia i samoocena zdrowia wśród osób z nadmierną masą ciała istotnie zależą od stanu cywilnego. Grupą zwiększonego ryzyka niskiej jakości życia i braku zadowolenia z własnego zdrowia okazały się osoby owdowiałe i rozwiedzione oraz pozostające w separacji z dotychczasowym partnerem. Te grupy należałoby otoczyć większym wsparciem psychologicznym. W tym zakresie dostrzega się lukę badawczą. Wskazane byłoby zatem rozszerzenie tego typu badań na inne większe grupy badawcze – dla sformułowania bardziej uogólnionych wniosków. Uzyskane przez nas wyniki należy jednak traktować, jako ważny sygnał godny zwrócenia wnikliwej uwagi np. przy prowadzeniu wywiadu z potencjalnym pacjentem. Taka osoba zwiększonego ryzyka, z uwagi na jej obciążony stan cywilny może przejawiać pesymistyczną postawę życiową, niską motywację do podjęcia kuracji odchudzającej, obniżony nastrój, osamotnienie a nawet symptomy depresji.

W każdym przypadku należy motywować pacjenta z nadmierną masą ciała do kuracji odchudzającej, ponieważ jak wynika z niektórych doniesień, nawet niewielkie (w granicach 5-15%) o trwałym charakterze obniżenie masy ciała poprawia ich jakość życia [17].

## Wnioski

1. Największy deficyt jakości życia u pacjentów z nadwagą i otyłością występował w dziedzinie psychologicznej. W tej domenie istotnie gorzej funkcjonowały kobiety.
2. Wykazano odwrotną zależność jakości życia w dziedzinie psychologicznej i fizycznej, i stopnia otyłości.
3. Jakość życia pacjentów z nadmierną masą ciała zależy od stanu cywilnego, wieku i płci.
4. Osoby rozwiedzione, pozostające w separacji z dotychczasowym partnerem życiowym oraz owdow-

wiały należałoby - w skutecznym radzeniu sobie ze stresem i w zwalczaniu nadmiernej masy ciała - otoczyć większym wsparciem psychologicznym.

### Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Praca finansowana ze źródeł własnych.

Adres do korespondencji:

✉ Halina Zielińska-Więczkowska  
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy  
ul. Świętojańska 20, 85-077 Bydgoszcz  
☎ (+48 52) 585 54 28  
✉ wieczkowska@cm.umk.pl

### Piśmiennictwo

- Hassan MK, Jossi AV, Madhavan SS, et al. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the is population. *Int J Obes.* 2003;27:1227-332.
- Pimenta FB, Bertrand E, Mograbi DC, et al. The relationship between obesity and quality of life in Brazilian adults. *Front Psychol.* 2015;6:966.
- Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała. *Forum Zab Metabol.* 2010;1(4):210-9.
- Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(3):339-143.
- Michoń P. Otyłość i nadwaga a jakość życia Polaków. [http://www.ue.katowice.pl/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/5\\_P.Michon\\_Otylosc\\_i\\_nadwaga\\_a\\_jakosc\\_zycia\\_Polakow.pdf](http://www.ue.katowice.pl/fileadmin/_migrated/content_uploads/5_P.Michon_Otylosc_i_nadwaga_a_jakosc_zycia_Polakow.pdf). (data pobrania 12.08.2016).
- Buksińska-Lisik M, Lisik W, Zaleska T. Otyłość – choroba interdyscyplinarna. *Przew Lek.* 2006;1(83):72-7.
- Pietrzykowska E, Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Pol Merk Lek.* 2008;24(143):472.
- Juruć A, Wierusz-Wysocka B, Bogdański P. Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała. *Farm Współ.* 2011;4:119-26.
- Olszanecka-Glinianowicz M. Depresja – przyczyna czy skutek otyłości? *Endokrynol Otył Zab Przem Mat.* 2008;4(2): 78-85.
- Grochowska A, Kołpa M, Musiał Z. Wpływ otyłości na funkcjonowanie osób dorosłych. *Probl Pielęg.* 2010;1(1):25-9.
- Gnacińska-Szymańska M, Dardzińska JA, Majkowiak M i wsp. Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-BREF. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat.* 2012;8(4):136-42.
- Forchan M, Reg OT, Gill SV, et al. Obesity, functional mobility and quality of life. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27:129-37.
- Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological Functioning of Obese Individuals. *Diab Spectr.* 2003;16(4):245-52.
- Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL – Bref. W: *Jakość życia w naukach medycznych.* Wołowicka L (red). Poznań: Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu; 2001. str. 235-280.
- Wąsowski M, Walicka M, Marcinkowska-Suchowierska E. Otyłość – definicja, epidemiologia, patogenеза. *Post Nauk Med.* 2013;26(4):301-6.
- Brytek-Matera A, Charzyńska E. Związek pomiędzy emocjonalnym aspektem obrazu ciała a ekspresją uczuć u kobiet z otyłością. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat.* 2009;5(4):198-205.
- Lau K, Piórkowska K, Marcinkowska U i wsp. Wybrane aspekty stylu życia osób z nadmierną masą ciała rozpoczynających leczenie nadwagi i otyłości. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat.* 2013;9(4):153-7.