

# Małgorzata Obara-Gołębiowska, Katarzyna Przybyłowicz

---

## Cywilizacyjne uwarunkowania otyłości : porównanie stylu życia osób otyłych i osób z wagą w normie

---

Niepełnosprawność nr 15, 187-198

---

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

Małgorzata Obara-Gołębiowska, Katarzyna Przybyłowicz  
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

## Cywilizacyjne uwarunkowania otyłości. Porównanie stylu życia osób otyłych i osób z wagą w normie

Obesity civilisation factors. The comparison of life styles  
of people with obesity and people with weight in norm

On account of seriousness of obesity and overweight problem in Poland, current article and research presented were dedicated to analyze life style of obese women participating weight reduction program. 36 overweight women were compared to equally numbered group of women with weight in norm. Questionnaires applicated in the research presented that obese women were less physically active and committed more nutritional irregularities than second group of women. Besides only in obese women group body mass index (BMI) proved to be significantly dependent on eating habits. Obtained results indicate necessity of society health education related to practical and effective methods of individual life style modification. Worldwide battle with epidemic of excessive kilograms in human population, among others relying on healthy life style promotion in children and youth, is a basic strategy bringing health related benefits to all human population in long term perspective.

Słowa kluczowe: otyłość, styl życia, zdrowie

Keywords: obesity, life-style, health

### Wprowadzenie

Otyłość staje się jednym z najpoważniejszych zagrożeń zdrowotnych we współczesnym świecie. Dzieje się tak, ponieważ jest ona czynnikiem bezpośrednio wpływającym na zwiększone prawdopodobieństwo występowania najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych XXI w., czyli chorób układu krążenia oraz nowotworowych. Niestety statystyki WHO pokazują, że na świecie jest już około 1,6 mld osób przekraczających normo wagę, wśród których przynajmniej 400 mln cierpi na otyłość [Caballero 2007; Owecki 2009]. Statystyki dotyczące Polski są również nieubłagane. Według ogólnokrajowych badań poświęconych

zdrowiu, nadmiarem kilogramów charakteryzuje się ponad 50% kobiet i 60% mężczyzn [Mastej, Józwiak, Lukas 2006].

Jeśli chodzi o klasyfikację otyłości, najbardziej popularnym wskaźnikiem wagi ciała jest BMI – indeks masy ciała określający, że BMI 25 kg/m<sup>2</sup> to nadwaga, BMI 30 kg/m<sup>2</sup> to otyłość I stopnia, BMI 35 kg/m<sup>2</sup> to otyłość II stopnia, inaczej zwana zaawansowaną, natomiast BMI 40 kg/m<sup>2</sup> jest określana otyłością III stopnia, czyli ekstremalną. Zależnie od liczby i wielkości komórek tłuszczowych, wyróżniamy otyłość hiperplastyczną (wzrost liczby adipocytów – komórek tłuszczowych), hipertroficzną (przerost adipocytów) albo mieszaną. Z kolei, według rozmieszczenia tkanki tłuszczowej, wyróżniamy otyłość charakterystyczną dla kobiet – gynoidalną, gdzie tłuszcz gromadzi się głównie w okolicach ud, pośladków, oraz charakterystyczną dla mężczyzn otyłość androidalną, w której tkanka tłuszczowa gromadzi się głównie na brzuchu i klatce piersiowej [Kokot 1989; Ogińska-Bulik 2004].

Generalnie przyczyny otyłości mają charakter wielowymiarowy i można podzielić je na trzy, wzajemnie na siebie wpływające, grupy. Pierwsza grupa to uwarunkowania biologiczne powiązane chociażby z gospodarką hormonalną organizmu. W przypadku genetycznie zdeterminowanego niedoboru leptyny (hormon sytości wydzielany przez tkankę tłuszczową) lub braku reakcji organizmu na ten hormon mamy do czynienia z biologicznie uwarunkowanymi tendencjami do objadania się [Bluher 2009]. Obniżenie poziomu serotoniny lub dopaminy obserwowane w zaburzeniach afektywnych może przyczyniać się również do nadmiernego jedzenia, ponieważ pokarm powoduje wzrost stężenia wspomnianych neurohormonów [Lopresti, Drummond 2013].

Do przyczyn psychologicznych, czyli drugiego wywołującego otyłość czynnika, zaliczamy, po pierwsze, zaburzenia samoregulacji odżywiania się, które polegają przede wszystkim na tym, że człowiek nie sprawuje odpowiedniej oraz wystarczającej kontroli nad swoimi zachowaniami żywieniowymi [Baumeister, Heatherton, Tice 2000]. Również uwarunkowania osobowościowo-temperamentalne mogą mieć wpływ na tendencje do traktowania jedzenia jako sposobu na poprawę nastroju. Należy pamiętać o tym, że objadanie się, obok picia alkoholu, zażywania narkotyków czy też palenia papierosów, może stanowić ucieczkę przed samoświadomością stosowaną w momencie narażenia na nieprzyjemne myśli dotyczące samego siebie [Heatherton, Baumeister 1991].

Z kolei determinanty cywilizacyjne oraz wynikający z nich styl życia, któremu to w większości zostanie poświęcona treść niniejszego artykułu, stanowi trzeci element pośredniczący powstawaniu otyłości.

Jak wiadomo, współczesny człowiek bardzo się różni pod względem sposobu odżywiania się od swoich przodków. Kiedyś pożywienie pojawiało się nieregularnie, było to związane na przykład z udanym lub nieudanym polowaniem.

Z tego powodu jedzenie nie było dostępne dla każdego w dowolnej chwili i ilości, tak jak często ma to miejsce dzisiaj. Co prawda wraz z rozwojem cywilizacji zniknęła okresowa konieczność głodowania, natomiast wciąż nie było to równoznaczne z nieograniczonym dostępem do żywności. Obecnie pożywienie jest dostępne niemalże zawsze i wszędzie. Na przykład liczba barów typu *fast-food* jest ogromna, co umożliwia nawet dzieciom bardzo łatwy dostęp do gotowego spożycia jedzenia. Z tego powodu człowiek jest zmuszony samodzielnie kontrolować ilości jadanych przez siebie posiłków, a wbrew pozorom nie jest to takie łatwe. Przecież przez tysiące lat w zachowaniu ludzi była obecna strategia nakazująca jeść kiedy pożywienie było dostępne, która miała bardzo adaptacyjny charakter [Buss 2001]. Również posiadanie genów warunkujących zwiększone kumulowanie tłuszczu w organizmie, zapewniało przetrwanie oraz większy sukces reprodukcyjny.

Inną wartą poruszenia kwestią jest to, że rodzaj pożywienia współczesnego człowieka różni się bardzo od tego co jadał jego przodek. Ocenia się, że w porównaniu do współczesnej zachodniej cywilizacji, człowiek paleolitu zjadał dwa razy mniej tłuszczów nasyconych, dziesięć razy mniej soli, pobierał dwukrotnie mniej kalorii pod postacią tłuszczu, natomiast spożywał dwa razy więcej kwasu foliowego, witaminy B12, B6, pięć razy więcej błonnika, sześciokrotnie więcej witaminy C oraz trzy razy więcej białka zwierzęcego. Mniej więcej 10–12 tys. lat temu doszło do wzrostu populacji i w związku z tym głodu, co zmusiło ówczesnego człowieka do przejścia z łowieckiego trybu życia na rolniczy. Z kolei dzisiejsze pokolenia przechodzą kolejną rewolucję, spowodowaną nieograniczonym dostępem do wysokoprzetworzonych, wysokokalorycznych pokarmów. Na przykład w Stanach Zjednoczonych od lat 50. do 80. ilość konsumowanego mięsa wzrosła praktycznie o połowę – z 60,8 do 98 kg/rok/osobę i to w dodatku mięsa z dodatkami różnego rodzaju niezdrowych konserwantów i innych modyfikatorów. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza, węglowodany o długim czasie uwalniania (fasola, groch, chleb pełnoziarnisty), zostały wyparte przez rafinowane, wysokoprzetworzone cukry, zwane potocznie „pustymi kaloriami” [Mc Cully 2001; Agadzhanian, Chizov 2014].

Innym ważnym, cywilizacyjnie uwarunkowanym czynnikiem wywołującym otyłość, jest mało aktywny fizycznie styl życia współczesnego człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła, że niewystarczająca aktywność ruchowa jest jedną z podstawowych przyczyn przedwczesnych zgonów na świecie [WHO 2012, za: Leszczyńska 2013]. Z kolei regularne ćwiczenia fizyczne między innymi umożliwiają utrzymywanie prawidłowej masy ciała, obniżają ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, cukrzycę, niektóre rodzaje nowotworów oraz stanowią znakomity sposób przeciwdziałania negatywnym skutkom stresu [Sahaj 2001]. Niestety większość rodzimych badań wskazuje na bardzo niski poziom aktywności społeczeństwa polskiego. Wyniki badań CBOS z 2009 roku pokazały, że ponad połowa badanych nie uprawia żadnej dyscypliny sportu. Podobnie

według raportu Eurobarometru z 2009 roku aż 49% Polaków stroni od jakichkolwiek ćwiczeń. Z kolei w badaniach CBOS z 2012 roku 61% respondentów nigdy lub prawie nigdy nie uprawiało takich ćwiczeń, jak gimnastyka, aerobik, ćwiczenia na siłowni. Natomiast 47% badanych stroniło od biegania, pływania, jazdy na rowerze oraz gier zespołowych.

Należy także wspomnieć również o tym, że ogólnie rzecz biorąc tempo współczesnego życia, nadmiar stymulacji, chroniczny stres, powodują, że człowiekowi brakuje czasu żeby zadbać o własne podstawowe życiowe potrzeby. Z kolei mało higieniczny styl życia nierzadko sam w sobie bywa przyczyną zaburzeń psychosomatycznych, do których między innymi zaliczamy właśnie otyłość oraz zaburzenia odżywiania [Tylka 2010].

## Badanie

Celem badania jest scharakteryzowanie zachowań zdrowotnych mogących mieć bezpośredni wpływ na powstawanie oraz utrzymywanie się otyłości wśród osób z BMI > 30 oraz porównanie ich do grupy osób z wagą w normie.

## Material

W badaniu wzięły udział dwie równoliczne grupy kobiet. Pierwsza grupa liczyła 36 otyłych kobiet z indeksem masy ciała BMI > 25, przebywających na turnusach odchudzających na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Do badania zostały włączone jedynie kobiety z uwagi na ich zdecydowaną przewagę liczebną nad mężczyznami w klinice leczenia otyłości. Kobiety otyłe porównywano z drugą grupą 36 kobiet z normo wagą, indeks masy ciała BMI < 25.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej – osoby otyłe

Indeks masy ciała (BMI)	Nadwaga (BMI 25–29)	3
	Otyłość 1stopnia (BMI 30–35)	20
	Otyłość 2stopnia (BMI 35–40)	11
	Otyłość 3 stopnia (BMI > 40)	2
Choroby współwystępujące	Choroby zwyrodnieniowe stawów, kręgosłupa	29
	Choroby układu krążenia	27
	Niedoczynność tarczycy	7
	Cukrzyca	5

Wiek	Od 25 do 29 lat	3
	Od 30 do 39 lat	7
	Od 40 do 49 lat	11
	Od 50 do 59 lat	13
	Od 60 do 65 lat	2
Wykształcenie	Zawodowe	1
	Średnie	16
	Wyższe	19
Stan cywilny	Panna	4
	Mężatka	23
	Rozwódka	5
	Wdowa	2
Sytuacja zawodowa	Praca zawodowa	32
	Bezrobocie	1
	Emerytura	3

Tabela 2. Charakterystyka grupy badawczej –osoby z normo wagą

Indeks masy ciała (BMI)	Normo waga BMI	36
Choroby współwystępujące	Choroby zwyrodnieniowe stawów, kręgosłupa	17
	Choroby układu krążenia	11
	Niedoczynność tarczycy	5
Wiek	Od 25 do 29 lat	3
	Od 30 do 39 lat	7
	Od 40 do 49 lat	11
	Od 50 do 59 lat	13
	Od 60 do 65 lat	2
Wykształcenie	Zawodowe	7
	Średnie	13
	Wyższe	16
Stan cywilny	Panna	8
	Mężatka	20
	Rozwódka	5
	Wdowa	3
Sytuacja zawodowa	Praca zawodowa	28
	Bezrobocie	4
	Emerytura	4

## Metoda

Niniejsza praca miała charakter badania kwestionariuszowego, w którym porównano grupę 36 kobiet z nadwagą bądź otyłością BMI25 z grupą kobiet z normową BMI. Zastosowanym narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygfrieda Juczyńskiego, powszechnie wykorzystywany m.in. w dziedzinach, takich jak psychologia oraz promocja zdrowia. IZZ jest wystandaryzowanym narzędziem badawczym służącym do badania dorosłych osób zdrowych lub chorych. Składa się z 24 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. W skład kwestionariusza wchodzi cztery wymiary: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne. Im wyższe wyniki otrzymuje osoba badana w IZZ, tym korzystniejszym dla zdrowia stylem życia się charakteryzuje. Dodatkowo styl życia osób z obu grup w zakresie sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej został scharakteryzowany za pomocą celowo przygotowanej na potrzeby badania ankiety. Celem badania było porównanie zachowań zdrowotnych osób otyłych z grupą kontrolną z normową wagą oraz określenie zależności pomiędzy indeksem masy ciała BMI a poszczególnymi wymiarami oraz całością Inwentarza Zachowań Zdrowotnych w obu grupach.

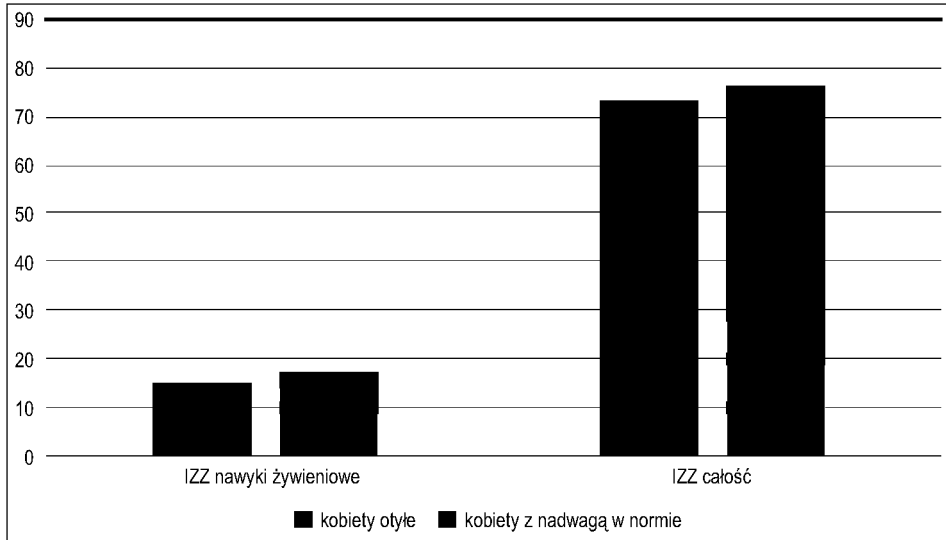
## Wyniki

### Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Obie grupy badawcze porównywano za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych. Otrzymane wyniki zostają przedstawione w poniższej tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki – IZZ

IZZ wymiar	Osoby otyłe – średnia (m)	Osoby z normową wagą – średnia (m)	Wynik porównania średnich testem t-Studenta
Nawyki żywieniowe	14,83	18,58	T(70)=-3,029, p<0,05
Zachowania profilaktyczne	19,50	19,72	n.i
Pozytywne nastawienie psychiczne	19,31	19,80	n.i
Praktyki zdrowotne	19,72	19,58	n.i
Całość	73,36	77,70	T (70)=-2,89, p<0,05



Wykres 1. Istotne różnice pomiędzy grupą kobiet otyłych a grupą kobiet z wagą w normie w kwestionariuszu IZZ

Tabela 4.

Korelacje pomiędzy BMI a IZZ	Współczynnik r Pearsona dla grupy osób otyłych	Współczynnik r Pearsona dla grupy osób z normo wagą
Nawyki żywieniowe	$r(72) = -0,49, p < 0,05$	n.i
Zachowania profilaktyczne	n.i	n.i
Pozytywne nastawienie psychiczne	n.i	n.i
Praktyki zdrowotne	n.i	n.i
Całość	$r(72) = -0,335, p < 0,05$	n.i

### Ankieta stylu życia w zakresie nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej

Uzupełniająca charakterystyka zachowań zdrowotnych w zakresie nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej obu została przedstawiona w tabelach 4 i 5.



Tabela 4. Ankieta – osoby otyłe

Nawyki żywieniowe przed uczestnictwem w turnusie odchudzającym	
– regularność posiłków	posiłki regularne (o stałych porach) – 4; posiłki nieregularne (brak stałych pór) – 32
– liczba posiłków w ciągu dnia	2 posiłki dziennie – 18; 3 posiłki dziennie – 10; 4 do 6 posiłków dziennie – 3; powyżej 6 posiłków dziennie – 5
– częstotliwość jedzenia warzyw	rzadko – 26; umiarkowanie – 7; często – 3
– częstotliwość jedzenia słodczy/przekąsek	często – 15; umiarkowanie – 11; rzadko – 10
Aktywność fizyczna: przed uczestnictwem w turnusie odchudzającym (częstotliwość)	nie ćwiczy w ogóle – 31; raz w tygodniu – 3; 2–3 razy w tygodniu – 2
Ocena stylu życia: przed uczestnictwem w turnusie odchudzającym	bierny (brak chęci na ruch) – 20; bierny (brak czasu na ruch) – 14; aktywny – 2
Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej ze względu na stopień aktywności fizycznej	siedząca – 27; umiarkowanie aktywna – 7; fizyczna – 2

Tabela 5. Ankieta – osoby z normo wagą

Nawyki żywieniowe:	
– regularność	posiłki regularne (o stałych porach) – 11; posiłki nieregularne (brak stałych pór) – 25
– liczba posiłków w ciągu dnia	2 posiłki dziennie – 16; 3 posiłki dziennie – 12; 4 do 6 posiłków dziennie – 4; powyżej 6 posiłków dziennie – 2
– częstotliwość jedzenia warzyw	rzadko – 12; umiarkowanie – 10; często – 4
– częstotliwość jedzenia słodczy/przekąsek	rzadko – 25; umiarkowanie – 6; często – 5
Aktywność fizyczna	nie ćwiczy w ogóle – 19; raz w tygodniu – 12; 2–3 razy w tygodniu – 5
Ocena stylu życia	bierny (brak chęci na ruch) – 11; bierny (brak czasu na ruch) – 11; aktywny – 14
Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej ze względu na stopień aktywności fizycznej	siedząca – 23; umiarkowanie aktywna – 9; fizyczna – 4

## Omówienie wyników i podsumowanie

Styl życia jest jednym z czynników, który w sposób bezpośredni warunkuje stan zdrowia człowieka. Żywność i aktywność fizyczna są powszechnie uznawane za główne czynniki ryzyka chorób przewlekłych, do których należą: otyłość, choroby układu krążenia, nowotwory czy też cukrzyca typu 2 [Jarosz, Sekuła 2012]. Istnieje także powszechna zgodność, że czynniki te są modyfikowalne,

a poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej przynosi efekty w postaci poprawy zdrowia publicznego. Tak więc styl życia jest sferą, którą można w każdym momencie swojego życia naprawiać. Modyfikacja zachowań zdrowotnych zgodnie z zaleceniami specjalistów wywiera realny wpływ na jakość życia człowieka w sferze psychofizycznej [Pogge 2013]. Na przykład osoby utrzymujące prawidłowy ciężar ciała, wykonujące odpowiednią dawkę ćwiczeń, ograniczające stosowanie używek, żyją przeciętnie o 7 lat dłużej od swych rówieśników nieprzestrzegających wyżej wymienionych zasad zdrowego stylu życia. [Schnohr, Lange, Scharling 2006].

Jako że otyłość oraz wynikające z niej powikłania zdrowia psychofizycznego stają się coraz poważniejszym problemem w Polskim społeczeństwie [Jarosz, Respondek, Rychlik, 2006], przedstawione powyżej badanie zostało poświęcone analizie stylu życia osób otyłych i porównanie tejże grupy z osobami z wagą w normie.

Wyniki przeprowadzonego badania pokazały, że w grupie osób z normową wagą wynik w zakresie całości Inwentarza Zachowań Zdrowotnych był istotnie wyższy niż w grupie osób otyłych. Mimo to w obu grupach zarówno z nadmiarem kilogramów i wagą w normie poziom zachowań sprzyjającym zdrowiu był według zastosowanego narzędzia badawczego na poziomie przeciętnym. W obrębie poszczególnych wymiarów kwestionariusza istotna różnica pomiędzy dwiema grupami uwidoczniła się jedynie w zakresie nawyków żywieniowych. Otóż uśredniony wynik otyłych kobiet w wymiarze nawyków żywieniowych był na poziomie niskim, w związku z tym wskazywał na występowanie w tej grupie strategii żywieniowych niesprzyjających zachowaniu szczupłej sylwetki a co za tym idzie, zdrowia. Wynik kobiet z grupy drugiej w tym wymiarze był na poziomie przeciętnym.

Poza tym jedynie w grupie osób otyłych uwidocznił się związek pomiędzy indeksem masy ciała a nawykami żywieniowymi, czyli im wyższe BMI tym mniej prawidłowe strategie żywieniowe kobiet z nadmiarem kilogramów. Z tego powodu również wynik całości IZZ w ten sposób korelował z indeksem masy ciała. Wyniki te są zbieżne z bogatą literaturą przedmiotu, pokazującą silną zależność pomiędzy liczbą posiadanych kilogramów a zastosowaniem strategii żywieniowych zgodnych z zaleceniami dietetyki [Kabadayi, Menderes 2013; Jastrzebska-Mierzyńska, Ostrowska, Hady, Dadan 2014; Perk, Rosengren, Dallongeville 2006]. Natomiast jeśli chodzi o ankietę stylu życia, która została zastosowana w celu uzyskania bardziej szczegółowego wglądu w zachowaniu żywieniowym oraz te dotyczące aktywności fizycznej, to także i to narzędzie badawcze pokazało, że otyłe kobiety popełniają więcej błędów żywieniowych niż kobiety z wagą w normie. Błędy te polegają między innymi na nieregularnym oraz zbyt rzadkim jedzeniu posiłków, podjadaniu przekąsek pomiędzy głównymi posiłkami oraz zbyt rzad-

kim jedzeniu warzyw i owoców. Ankieta pokazała również, że kobiety otyłe poświęcają mało czasu na aktywność fizyczną z powodu braku chęci lub braku czasu. Mimo iż odpowiedzi na pytania kobiet z normo wagą wskazują, że ich styl życia jest zdrowszy, również i ta grupa prawidłowo nie realizuje zaleceń ekspertów zajmujących się edukacją zdrowotną oraz promocją zdrowia [Lau, Douketis, Morrison 2006; Lee, Blair, Jackson 1999].

Badania innych autorów poświęcone stylowi życia osób z nadmiarem kilogramów również wskazują na silny wpływ małej aktywności fizycznej i nieprawidłowych nawyków żywieniowych, sprzecznych z zasadami diety, na liczbę posiadanych kilogramów [Kabadayi, Menderes 2013; Paffenbarger, Hyde, Wing 1993]. Na przykład przeprowadzony sondaż diagnostyczny w grupie 69 otyłych kobiet i 51 otyłych mężczyzn pokazał, że ponad połowa badanych podjadała między posiłkami, a co czwarty nieregularnie przyjmował posiłki i spożywał je w pośpiechu. Z kolei w zakresie aktywności fizycznej jedynie 37% badanych przeciętnie 2–3 razy w tygodniu podejmowało wysiłek fizyczny przez około 30 minut, zaś najczęstszą jego formą była jazda rowerem lub marsz [Ślusarska, Maćkowiak, Deluga, Zarzycka 2013].

Walka z nadmiarem kilogramów jest bardzo ważna również z punktu widzenia polityki społecznej. Należy wspomnieć również, że zwiększająca się częstość występowania nadwagi i otyłości prowadzi do rosnących wydatków na ochronę zdrowia. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej u osób z nadwagą i otyłością są o 44% wyższe niż u osób z prawidłową masą ciała. Na podstawie danych dla różnych krajów ocenia się, że koszty bezpośrednie związane z otyłością, w zależności od kraju, pochłaniają 1-10% pieniędzy wydawanych na ochronę zdrowia. Koszty pośrednie mogą być nawet dwukrotnie wyższe. W skali świata przewlekłe choroby niezakaźne powodują około 70% utraconych zdrowych lat życia wśród osób powyżej 30. roku życia [Jarosz, Sekuła 2012]. Tak więc, jak widać, problem otyłości jest bardzo szeroki. Aby przeciwdziałać problemom psychospołecznym wynikającym z posiadania nadmiaru kilogramów, Unia Europejska z Polską włącznie aktywnie walczy z otyłością. Z tego powodu między innymi Komisja Europejska przyjęła Strategię dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością oraz utworzyła Grupę Roboczą Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej oraz platformę UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia.

Przedstawione w niniejszym artykule badanie własne potwierdza wyniki innych publikacji naukowych ukazujących wpływ stylu życia charakteryzującego się zbyt małą aktywnością fizyczną oraz nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi na kondycję fizyczną kobiet, czyli m.in. liczbę posiadanych przez nie kilogramów [Kabadayi, Menderes 2013; Paffenbarger, Hyde, Wing 1993].

Uzyskane wyniki wskazują na konieczność edukacji zdrowotnej polegającej m.in. na rozpowszechnianiu w społeczeństwie wiedzy na temat praktycznych, efektywnych sposobów modyfikacji własnego stylu życia. Należy pamiętać, że otyłość jest chorobą przewlekłą i wymaga ciągłej terapii oraz wsparcia udzielonego pacjentom, starającym się zredukować masę ciała i długotrwale ten stan utrzymać. Tak też zindywidualizowany program terapeutyczny, realizowany przez zespół interdyscyplinarny złożony z lekarza, dietetyka, psychologa oraz fizjoterapeuty, bywa dla niektórych osób, borykających się z problemem posiadania nadmiaru kilogramów, jedynym skutecznym wyjściem. Jednakże, jak wiadomo, podstawą działań mających na celu poprawę stanu zdrowia społeczeństwa jest promocja zdrowia, czyli zapobieganie chorobie cywilizacyjnej naszych czasów, jaką jest otyłość. Jest to wyzwanie przede wszystkim dla rodziców, którzy we współpracy z pedagogami i nauczycielami powinni realizować wszechstronną edukację zdrowotną ukierunkowaną na walkę z otyłością i nadwagą wśród dzieci i młodzieży. Walka z ogólnoswiatową epidemią nadmiaru kilogramów prowadzona od najmłodszych lat dziecka, polegająca m.in. na promocji zdrowego stylu życia, jest podstawową strategią przynoszącą korzyści zdrowotne dla całej populacji w perspektywie długoterminowej.

## Bibliografia

- Agadzhanian N.A., Chizhov A.Y. (2014), *Diseases of civilization (lifestyle diseases or diseases of longevity)*, „Value Inquiry Book Series”, 276, s. 136–138.
- Baumeister R.F., Heatherton T.F., Tice D.M. (2000), *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Blüher M. (2009), *Adipose tissue dysfunction in obesity*, „Experimental And Clinical Endocrinology & Diabetes”, 117(6), s. 241–50.
- Buss D.M. (2001), *Psychologia ewolucyjna*, GWP, Gdańsk.
- Caballero B. (2007), *The global epidemic of obesity: an overview*, „Epidemiological Review”, 29, s. 1–5.
- Heatherton T.F., Baumeister R.F. (1991), *Binge eating as escape from self-awareness*, „Psychological Bulletin”, 110, 1, s. 86–108.
- Jarosz M., Sekuła W. (2012), *Poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej jako determinanty poprawy zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, red. J. Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, s. 90–97.
- Jarosz M., Respondek W., Rychlik E. (2006), *Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne nadwagi i otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych* [w:] *Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków*, red. M. Jarosz, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, s. 13–44.
- Jastrzębska-Mierzyńska M., Ostrowska L., Hady H.R., Dadan J. (2014), *Dietary habits of obese patients qualified for bariatric procedures*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny”, 65(1), s. 41–47.

- Kabadaï M. (2013), *The effect of sleep, sports and dietary habits on obesity in adolescents*, „International Journal of Academic Research”, 5(4), s. 247–252.
- Kokot F. (1989), *Otyłość. Nauka o chorobach wewnętrznych*, t. IV, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Lau D., Douketis J., Morrison K.M. (2006), *Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children*, CMAJ 176(8), s. S1–S13.
- Lee C.D., Blair S.N., Jackson A.S. (1999), *Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men*, „American Journal of Clinical Nutrition”, 69, s. 373–380.
- Leszczyńska A. (2013), *Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*, „Folia Sociologica”, 45, s. 179–189.
- Lopresti A., Drummond L. (2013), *Obesity and psychiatric disorders: Commonalities in dysregulated biological pathways and their implications for treatment*, „Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry”, 45, s. 92–99.
- Mastej M., Józwiak J., Lukas W. (2006), *Epidemia nadwagi i otyłości w Polsce*, „Kardiologia Polska”, 64, s. 146–52.
- Mc Cully K.S. (2001), *The significance of wheat in the Dacota territory, human evolution, civilization and degenerative diseases*, „Biological Perspective in Medicine”, 44, s. 52–61.
- Ogińska-Bulik N. (2004), *Psychologia nadmiernego jedzenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Owecki M. (2009), *Otyłość epidemią XXI wieku*, „Przegląd Kardiodiabetologiczny”, 4, s. 36–41.
- Paffenbarger R.S., Hyde R.T., Wing A.L. (1993), *The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men*, NEJM, 328, 538.
- Perk J., Rosengren A., Dallongeville J. (2006), *Prewencja chorób sercowo-naczyniowych: wykrywanie i modyfikacja czynników ryzyka [w:] Choroby serca i naczyń*, t. I, red. A.J. Camm, T.F. Luscher, P.W. Serruys, Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, ESC PTK, Termedia.
- Pogge E. (2013), *A team-based learning course on nutrition and lifestyle modification*, „American Journal of Pharmaceutical Education”, 77(5), s. 1–6.
- Sahaj T. (2001), *Czy sport to zdrowie? Refleksje filozoficzne*, „Sport Wyczynowy”, 5–6, 73–83.
- Schnohr P., Lange P., Scharling H. (2006), *Long-term physical activity in leisure time and mortality from coronary heart disease, stroke, respiratory diseases and cancer*, „European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation”, 13, s. 173–179.
- Ślusarska B., Maćkowiak R., Deluga A., Zarzycka D. (2013), *Wybrane elementy stylu życia osób otyłych z rozpoznaną chorobą układu krążenia*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, 9(2), s. 254–268.
- Tylka J. (2010), *Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 12, 1, s. 97–103.
- Komunikat z badań BS/130/2009, *Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało* (2009), CBOS, Warszawa, [http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K\\_130\\_09.PDF](http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_130_09.PDF) [dostęp: 4.09.2014].
- Komunikat z badań BS/110/2912, *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach* (2012), CBOS, Warszawa, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_110\\_12.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_110_12.PDF) [dostęp: 4.09.2014].