

Ocena zachowań zdrowotnych, żywieniowych i poczucia własnej skuteczności chorych z otyłością olbrzymią

Assessment of health behaviors, nutritional behaviors, and self-efficacy in patients with morbid obesity

Marzena Sekuła^{1,3}, Iwona Boniecka^{2,3}, Krzysztof Paśnik³

¹Uniwersytet Humanistycznospołeczny Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie

²Zakład Dietetyki Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Summary

Aim. The objective of the study was to assess the frequency of health and nutritional behaviors concerning emotional, habitual, and restrictive eating as well as to evaluate self-efficacy in patients with morbid obesity and determine the correlation between patients' BMI index and their health behaviors as well as self-efficacy.

Material and methods. The study included 37 patients diagnosed with class two and three obesity, aged 18–62 ($M = 39.94$; $SD = 12.20$). Patients' BMI ranged from 36 to 60 kg/m^2 ($M = 43.50$; $SD = 5.36$). Research tools used in the study: the Inventory of Lifestyle Behaviors (ILB), the Dietary Behaviors Questionnaire (DBQ), and the General Self-Efficacy Scale (GSES).

Results. Patients with morbid obesity were characterized by medium (men; a sten score of 5) and low (women; a sten score of 4) intensity of health behaviors. Subjects showed a tendency for negative nutritional behaviors, emotional and habitual eating as well as dietary restrictions. General self-efficacy ranged between sten scores of 4 to 10, with mean at a high level (a sten score of 7).

Conclusions. Patients with morbid obesity need health, nutritional, and psychological education.

Słowa kluczowe: otyłość olbrzymia, zachowania żywieniowe, poczucie własnej skuteczności

Key words: morbid obesity, nutritional behaviors, self-efficacy

Wstęp

Problem nadmiernej masy ciała przyjmuje zasięg globalnej epidemii i dotyczy coraz większej liczby osób w każdej grupie wiekowej, zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych [1, 2]. Otyłość nie jest zakwalifikowana do zaburzeń psychicznych, w przeciwieństwie do innych zaburzeń ze spektrum odżywiania się. Należy do kategorii chorób endokrynologicznych, żywieniowych i metabolicznych (E00–E90). Otyłość jest stanem charakteryzującym się zwiększeniem masy ciała przez wzrost ilości tkanki tłuszczowej (u mężczyzn powyżej 25%, a u kobiet powyżej 30% masy ciała) spowodowany hipertrofią lub/i hiperplazją adipocytów [3]. W 2014 roku aż 39% osób powyżej 18. roku życia miało nadmierną masę ciała, a 13% było otyłych [1]. Opracowania epidemiologiczne pokazują, że częstość nadwagi i otyłości na świecie wzrosła w latach 1980–2013 w populacji dorosłych o 27,5%, a w populacji dzieci o 47,1%. W niektórych rejonach świata odsetek osób otyłych przekracza 50%. W Europie Zachodniej i Centralnej nadwagę ma ponad 60% mężczyzn i blisko 50% kobiet, a otyłych jest około 20% mieszkańców. Podobnie jest w Polsce [2]. Badania WOBASZ wykazały, że otyłość olbrzymia dotyczy 0,6% mężczyzn i 5% kobiet [4].

Światowa Organizacja Zdrowia uznała otyłość za najgroźniejszą chorobę przewlekłą, która może przyczynić się do występowania wielu powikłań: cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, chorób sercowo-naczyniowych, dyslipidemii, choroby zwyrodnieniowej stawów, niealkoholowego stłuszczenia wątroby, kamicy pęcherzyka żółciowego, zespołu bezdechu sennego, niektórych nowotworów [5–8], ale także problemów społeczno-psychologicznych i psychicznych [9]. Nadmierna masa ciała obniża również jakość funkcjonowania chorych oraz zwiększa ryzyko przedwczesnej śmierci [10–14]. Otyłość rozpoznaje się, gdy wskaźnik masy ciała (*Body Mass Index*–BMI) przekracza 30 kg/m², natomiast otyłość olbrzymia dotyczy pacjentów, u których wskaźnik ten wynosi ≥ 40 kg/m² [14, 15]. W ostatnich latach ze względu na rosnącą liczbę pacjentów z bardzo wysokim BMI wprowadzono podkategorie. I tak w wypadku osób z BMI w zakresie od 50 do 59,9 kg/m² mówi się o otyłości IV stopnia (superotyłość, *superobesity*), a w wypadku osób z BMI ≥ 60 kg/m² – o otyłości V stopnia (super-superotyłość, *super-superobesity*) [16]. Na rozwój otyłości mają wpływ m.in. czynniki: środowiskowe, biologiczne, społeczno-kulturowe i psychologiczne [14, 17]. Otyłość najczęściej leczona jest zachowawczo. Jednak, jak donoszą badania naukowe, jej nieinwazyjne leczenie często jest nieskuteczne i nietrwałe [18]. Szansą leczenia dla chorych z otyłością chorobliwą jest chirurgia bariatryczna, którą uważa się za najskuteczniejszą metodę redukcji nadmiernej masy ciała [12, 13, 19, 20].

Z biologicznego punktu widzenia jedzenie jest zachowaniem popędowym pojawiającym się w wyniku odczuwanego głodu, a jego celem jest zaspokojenie potrzeb fizjologicznych organizmu. Jedzenie jest powszechnie dostępne i przestaje spełniać już tylko swoją fizjologiczną funkcję, jaką jest utrzymanie organizmu przy życiu, a często jego celem jest zaspokojenie potrzeb psychicznych jednostki [17]. Nadmierne spożycie pokarmów prowadzi do gromadzenia energii w postaci tkanki tłuszczowej i może powodować przyrost masy ciała ponad normę. Ze względu na ogrom problemu oraz

negatywne konsekwencje, jakie wynikają z rozwoju nadmiernej masy ciała, istotne jest podejmowanie skutecznych interwencji leczniczych u pacjentów cierpiących na nadwagę, otyłość i otyłość olbrzymią.

Cel

Badanie miało na celu pomiar: nasilenia zachowań zdrowotnych, częstości negatywnych nawyków, jedzenia emocjonalnego oraz stosowania restrykcji żywieniowych, a także poczucia własnej skuteczności pacjentów cierpiących na otyłość olbrzymią. Ponadto sprawdzono wzajemne powiązania pomiędzy wskaźnikiem masy ciała BMI a przejawianiem zachowań prozdrowotnych i negatywnych zachowań żywieniowych oraz poczuciem własnej skuteczności.

Material i metody

Badaniem objęto chorych ze zdiagnozowaną otyłością II stopnia ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$) i jej powikłaniami i z otyłością olbrzymią ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) kwalifikowanych do operacyjnego zmniejszenia żołądka metodą typu *sleeve gastrectomy* lub *Roux-en-Y gastric bypass*. W badaniu wzięło udział 37 osób: 15 mężczyzn i 22 kobiety w wieku od 18 do 62 lat ($M = 39,94$; $SD = 12,20$). Wskaźnik masy ciała BMI badanych wynosił 36–60 kg/m^2 ($M = 43,50$; $SD = 5,36$). Przeszło połowa chorych (65,5%) miała wykształcenie wyższe, 27,6% – średnie, a pozostali (6,9%) zawodowe bądź nie podali wykształcenia.

Badanie zostało przeprowadzone w lipcu i sierpniu 2016 roku na terenie jednej z warszawskich przychodni, specjalizującej się w chirurgicznym leczeniu otyłości olbrzymiej. Informacje zbierano z wykorzystaniem takich narzędzi badawczych, jak: Inwentarz Zachowań Żywieniowych (IZZ), Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) [21] i Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem (KZZJ) [22]. Badanie było dobrowolne (badani wyrażali pisemną zgodę na udział w projekcie). Chorzy udzielali odpowiedzi na pytania kwestionariuszy zgodnie z załączoną skalą odpowiedzi. Dane osobowe uczestników badania zostały zaszyfrowane.

Kwestionariusz Zachowań Żywieniowych (IZZ)

Jest to kwestionariusz autorstwa Zygryda Juczyńskiego [21], składa się z 24 stwierdzeń ocenianych na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „prawie nigdy”, a 5 – „prawie zawsze”. Wartości liczbowe sumuje się w celu uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wyniki surowe przekształca się na standaryzowane normy stenowe. Kwestionariusz obejmuje cztery podskale: prawidłowych nawyków żywieniowych – PNŻ; zachowań profilaktycznych – ZP; praktyk zdrowotnych – PZ; pozytywnego nastawienia psychicznego – PNP. Jest przeznaczony do badania osób dorosłych zarówno zdrowych, jak i chorych. Znajduje zastosowanie w programowaniu działań profilaktycznych, modyfikacji zachowań zdrowotnych i monitorowaniu zmian nawyków zdrowotnych.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności(GSES)

GSES (*Generalized Self-Efficacy Scale*) w polskiej adaptacji Zygryda Juczynskiego [21] służy do pomiaru siły ogólnego przekonania jednostki na temat własnych możliwości skutecznego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Obejmuje 10 twierdzeń ocenianych na pięciostopniowej skali typu Likerta, gdzie 1 oznacza „nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „raczej tak”, 4 – „tak”. Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności obliczany jest jako suma odpowiedzi na wszystkie pytania. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności. Kwestionariusz posiada normalizację w wynikach stenowych.

Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem(KZZJ)

Kwestionariusz KZZJ autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Leszka Putyńskiego [22] został wykorzystany do badania za zgodą autorów. Składa się z 30 stwierdzeń, do których badani ustosunkowują się, zaznaczając jedną z dwóch odpowiedzi: „tak” lub „nie”. Każda odpowiedź diagnostyczna otrzymuje 1 punkt. Wynik ogólny jest sumą odpowiedzi diagnostycznych. Sumaryczna liczba punktów pozwala na określenie ogólnej tendencji do nieprawidłowych zachowań żywieniowych (0–30 pkt). Ze względu na charakter przejadania się wyróżnia się trzy czynniki, z których każdy zawiera 10 pytań: jedzenie nawykowe (0–10 pkt), emocjonalne (0–10 pkt) oraz skłonność do restrykcyjnych (0–10 pkt). Im wyższy wynik, tym większe nasilenie nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Narzędzie to pozwala diagnozować zaburzenia odżywiania, przewidywać skłonności do wzrostu masy ciała i jest wykorzystywane przy doborze interwencji mającej na celu redukcję nadmiernej masy ciała.

Uzyskany materiał empiryczny poddano analizie ilościowej za pomocą pakietu statystycznego SPSS 23.0.

Wyniki

Zachowania zdrowotne w badanej grupie pacjentów bariatrycznych

Statystyki opisowe i normalność rozkładu nasilenia zachowań zdrowotnych w grupie badanych z otyłością olbrzymią przedstawia tabela 1. Rozkład wyników w skalach IZZ: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych były zgodne z rozkładem normalnym. Wskaźnik ogólny nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie pacjentów z otyłością olbrzymią mieścił się w zakresie 1–9 stenów, a średnio był na poziomie 5 stenów u mężczyzn (czyli przeciętnym) oraz 4 stenów u kobiet (czyli niskim). Poszczególne wymiary poza prawidłowymi nawykami żywieniowymi miały średnie bliskie środka skali odpowiedzi z kwestionariusza, co oznacza, że badani przejawiali te zachowania „od czasu do czasu” lub częściej. Prawidłowe nawyki żywieniowe w badanej grupie były średnio na poziomie 2,77, czyli poniżej środka skali, co świadczy o tym, że obserwowano się je u badanych rzadziej niż „od czasu do czasu”.

Tabela 1. Statystyki opisowe i wartości testu normalności rozkładu wymiarów zachowań zdrowotnych IZZ w badanej grupie pacjentów bariatrycznych

Skala IZZ	N	Min.	Maks.	M	SD	Test Shapiro–Wilka	Istotność
Prawidłowe nawyki żywieniowe	37	1,33	4,67	2,77	0,82	0,974	0,538
Zachowania profilaktyczne	37	1,50	4,83	3,16	0,75	0,980	0,719
Praktyki zdrowotne	37	1,83	4,00	3,12	0,55	0,958	0,169
Wskaźnik ogólny IZZ	37	46,00	102,0	74,57	12,37	0,982	0,804

M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe

Zachowania żywieniowe badanych pacjentów bariatrycznych

Badane osoby z otyłością olbrzymią charakteryzowały się dużym nasileniem nieprawidłowych zachowań żywieniowych (tab. 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe i wartości testu normalności rozkładu czynników i ogólnego wskaźnika dysfunkcji żywieniowych KZZJ w badanej grupie pacjentów bariatrycznych

Czynnik	N	Min.	Maks.	M	SD	Test Shapiro–Wilka	Istotność
Jedzenie nawykowe	37	0,00	10,00	5,70	3,41	0,893	0,002
Jedzenie emocjonalne	37	2,00	10,00	6,54	2,05	0,952	0,111
Restrykcje dietetyczne	37	2,00	10,00	5,43	2,23	0,952	0,113
Wskaźnik ogólny zachowań żywieniowych	37	6,00	30,00	17,68	5,34	0,979	0,689

M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe

Rozkład wyników w dwóch skalach kwestionariusza KZZJ: jedzenie emocjonalne i restrykcje dietetyczne oraz ogólny wskaźnik zachowań żywieniowych były zgodne z rozkładem normalnym. W wypadku obu wymienionych skal oznacza to, że badani przejawiali 5–7 zachowań dysfunkcyjnych z listy każdego czynnika, obejmującej 10 takich zachowań. Również wskaźnik ogólny wskazuje na występowanie ponad połowy ($M = 17,68$) z listy 30 nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Rozkład wyników w skali jedzenie nawykowe odbiega istotnie od normalnego i jest prostokątny, co oznacza występowanie w badanej grupie z jednakowym prawdopodobieństwem wyników z zakresu 0–10. Wskaźnik ogólny zachowań żywieniowych w badanej grupie okazał się istotnie wyższy niż w grupie osób z nadwagą ($M = 15,88$; $SD = 8,23$) badanych przez Ogińską-Bulik i Putyńskiego [22], autorów kwestionariusza KZZJ ($t(36) = 2,05$; $p = 0,048$). Zestawienie wyników z obu badań przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Statystyki opisowe czynników i ogólnego wskaźnika zachowań żywieniowych KZZJ w badanej grupie pacjentów bariatrycznych oraz w grupach z nadwagą i prawidłową masą ciała [22]

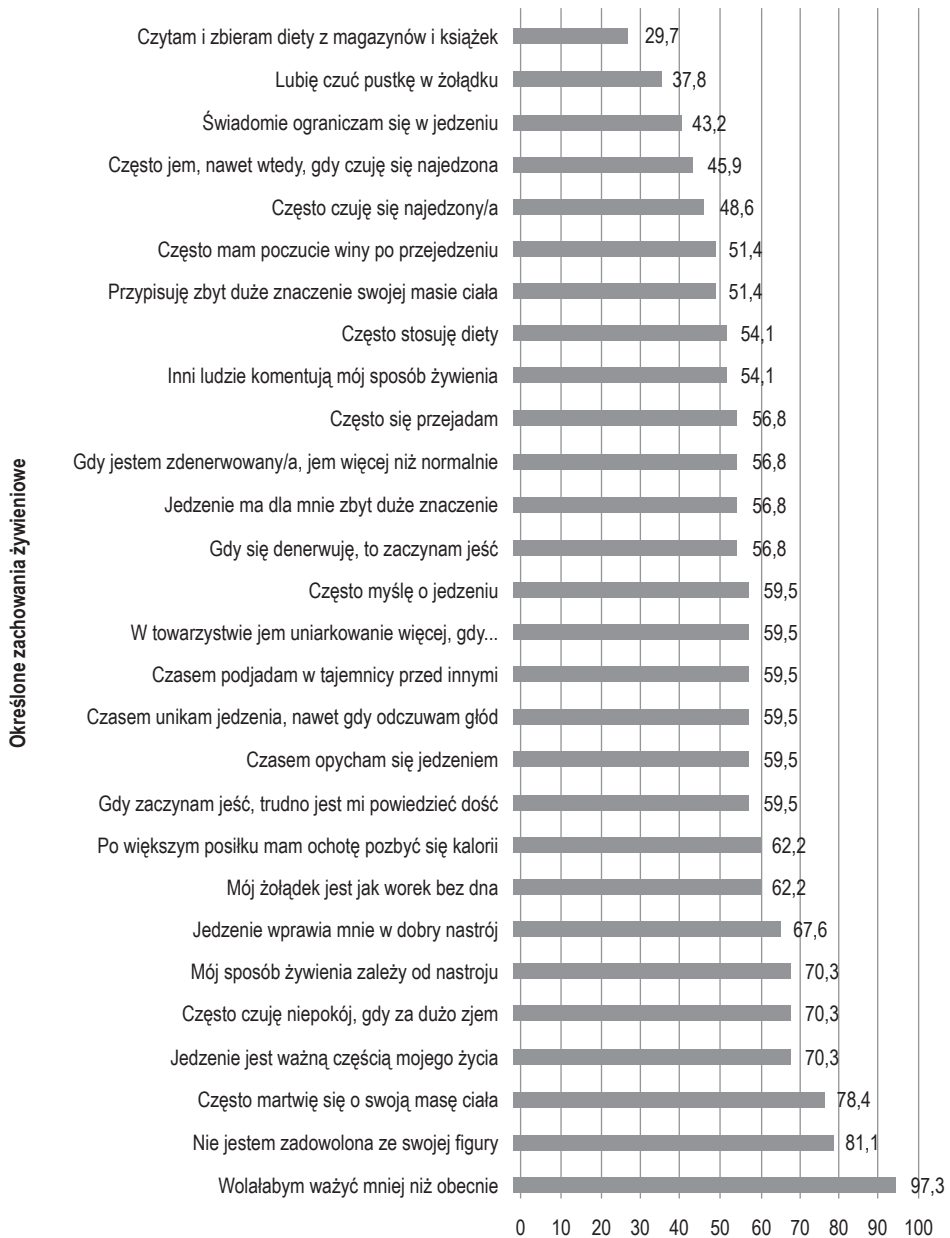
KZZJ	Osoby z otyłością* olbrzymią		Osoby z nadwagą**		Osoby z prawidłową masą ciała**	
	M	SD	M	SD	M	SD
Jedzenie nawykowe	5,70	3,41	4,64	3,12	2,94	2,68
Jedzenie emocjonalne	6,54	2,05	6,27	2,58	4,67	2,54
Restrykcje dietetyczne	5,43	2,23	4,97	2,52	3,37	2,53
Wskaźnik ogólny zachowań żywieniowych	17,68	5,34	15,88	6,63	10,98	6,25

*źródło – badanie własne; ** Ogińska-Bulik, Putyński [22]. M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe

W porównaniu z wynikami uzyskanymi przez autorów kwestionariusza badani pacjenci z otyłością olbrzymią częściej na poziomie tendencji jedli nawykowo ($t(36) = 1,89; p = 0,066$) niż osoby z nadwagą. Natomiast pod względem częstości jedzenia emocjonalnego ($t(36) = 0,80; p = 0,427$) oraz stosowania restrykcji dietetycznych ($t(36) = 1,26; p = 0,215$) badani nie różnili się istotnie od osób z nadwagą. Rozkład częstości odpowiedzi potwierdzających przejawianie poszczególnych zachowań żywieniowych wymienionych w kwestionariuszu KZZJ w grupie badanych pacjentów przedstawiono na rycinie 1. Można zauważyć, że prawie wszyscy (97,3%) deklarowali, że chcą ważyć mniej niż obecnie, większość była niezadowolona ze swojej figury (81,1%) czy martwiła się swoją masą ciała (78,4%). W wypadku prawie $\frac{3}{4}$ badanych (70,3%) jedzenie było ważną częścią życia, ich sposób odżywiania się zależał od nastroju, a uczucie niepokoju pojawiało się, gdy jedli za dużo. Ponad 60% osób przyznało, że jedzenie wprawiało je w dobry nastrój (67,6%), miało wrażenie, że ich żołądek jest jak worek bez dna (62,2%), a po większym posiłku miało ochotę pozbyć się nadmiaru jedzenia (62,2%).

Poczucie własnej skuteczności w badanej grupie pacjentów bariatrycznych

Wskaźnik uogólnionego poczucia własnej skuteczności GSES miał w badanej grupie pacjentów rozkład zgodny z normalnym ze średnią $M = 31,46$; $SD = 3,94$, przy minimum 22,00 i maksimum 38,00. Zakres wyników w badanej grupie mieścił się w przedziale 4–10 stenów, a średnio był na poziomie 7 stenów, czyli wysokim. Oznacza to, że badana grupa pacjentów bariatrycznych charakteryzowała się wysokimi wynikami uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Stosując normy poczucia skuteczności, trzeba wziąć pod uwagę, że badana grupa pacjentów była w szerszym zakresie wiekowym (18–62 lata) od grupy normalizacyjnej GSES (30–55 lat; $M=41,2$), jednak średnia wieku była podobna ($M=39,9$), a badania normalizacyjne nie wykazały istotnych różnic związanych z wiekiem [21].



Rycina 1. Odsetek pacjentów bariatrycznych deklarujących określone zachowania żywieniowe na podstawie kwestionariusza KZZJ

Związek zachowań żywieniowych i zdrowotnych z poczuciem własnej skuteczności i wskaźnikiem BMI

W celu sprawdzenia, czy w badanej grupie występował związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a nasileniem dysfunkcyjnych zachowań żywieniowych oraz zdrowotnych, wykonano analizę korelacji. W wypadku zmiennych posiadających rozkład zgodny z normalnym obliczono współczynnik r Pearsona, przy braku normalności rozkładu –rho Spearmana. Przeprowadzono analizę regresji liniowej dla zmiennych objaśnianych dysfunkcyjnych zachowań żywieniowych, włączając do modelu jako predyktory poza wskaźnikiem GSES również płeć i wiek. Wyniki analizy korelacji i regresji przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki analizy korelacji i regresji zmiennych ocenianych zachowań żywieniowych i wskaźnika ogólnego KZZJ z poczuciem własnej skuteczności GSES w badanej grupie pacjentów bariatrycznych ($N=37$)

Jedzenie nawykowe	Jedzenie emocjonalne	Restrykcje dietetyczne	Wskaźnik ogólny zachowań żywieniowych
$\rho = -0,436^{***}$	$r = -0,317^*$	$r = 0,059$	$r = -0,324^*$
GSES $\beta = -0,597^{***}$ Płeć n.i.; Wiek n.s.	GSES $\beta = -0,459^{**}$ Płeć n.i.; Wiek n.s.	Płeć $\beta = -0,433^{**}$ GSES n.i.; Wiek n.s.	GSES $\beta = -0,602^{***}$ Płeć n.i.; Wiek n.s.

***korelacja istotna na poziomie $p < 0,01$; ** korelacja istotna na poziomie $p < 0,05$; *korelacja istotna na poziomie tendencji $p < 0,1$; n.s. – nieistotne statystycznie

Poczucie własnej skuteczności pacjentów korelowało istotnie ujemnie umiarkowanie z jedzeniem nawykowym i emocjonalnym oraz ogólnym wskaźnikiem zachowań żywieniowych. Im wyższe było poczucie własnej skuteczności, tym mniejsze nasilenie dysfunkcyjnych zachowań żywieniowych, jedzenia emocjonalnego i nawykowego. Poczucie własnej skuteczności było również istotnym predyktorem w modelu regresji dla tych wskaźników, obniżając ich poziom, przy czym wpływ płci i wieku uwzględnionych w tym modelu nie okazał się istotny. Nasilenie restrykcji żywieniowych nie korelowało istotnie ze wskaźnikiem GSES, nieistotny był również współczynnik regresji przy tej zmiennej. Natomiast istotnym predyktorem restrykcji żywieniowych okazała się płeć. Ujemny znak współczynnika (przy kodowaniu: 1– kobieta, 2– mężczyzna) oznacza, że badane kobiety stosowały restrykcje żywieniowe częściej od mężczyzn.

W wypadku zachowań zdrowotnych IZZ nie wystąpiły istotne korelacje żadnej ze skal ani wskaźnika ogólnego z poczuciem własnej skuteczności. Można zatem powiedzieć, że troska o własne zdrowie badanych pacjentów z otyłością olbrzymią nie była powiązana z ich poczuciem własnej skuteczności. Wskaźnik masy ciała BMI nie okazał się powiązany z uogólnionym poczuciem własnej skuteczności GSES ($\rho = 0,073$; $p = 0,685$) ani z żadną ze skal zachowań zdrowotnych IZZ. W wypadku zachowań żywieniowych wystąpiła jedna istotna ujemna korelacja ze wskaźnikiem BMI. Dotyczyła ona skali restrykcji żywieniowych ($\rho = -0,434$; $p = 0,012$). Im częściej stosowano restrykcje żywieniowe, tym niższa była wartość BMI badanych pacjentów.

Dyskusja

Problem nadmiernej masy ciała nie jest wyłącznie kwestią związaną z zaspokajaniem fizjologicznej potrzeby głodu, ale dotyczy także zaspokajania psychicznych potrzeb jednostki, wpływając w ten sposób na stan jej zdrowia [17, 23].

Zachowania zdrowotne to wszelkie zachowania w obszarze zdrowia, które prowadzą do określonych pozytywnych lub negatywnych skutków zdrowotnych [24]. Zachowania prozdrowotne służą zdrowiu, natomiast zachowania antyzdrowotne mają negatywny wpływ na zdrowie i sprzyjają rozwojowi wielu chorób. Do zachowań prozdrowotnych zalicza się: regularny około 7–8-godzinny sen, unikanie używek, alkoholu i papierosów, włączenie aktywności fizycznej, regularne spożywanie posiłków. Są to zachowania, które służą zdrowiu. Z kolei przejadanie się i palenie oraz nadmierne spożycie alkoholu zwiększają ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne, w tym żywieniowo-zależne [25].

Badana grupa pacjentów bariatrycznych charakteryzowała się przeciętnym w wypadku mężczyzn i niskim u kobiet nasileniem zachowań zdrowotnych. Zachowania wspomagające zdrowie badani przejawiali przeważnie „od czasu do czasu”, a prawidłowe nawyki żywieniowe rzadziej niż „od czasu do czasu”. Podobne wyniki uzyskały Szczepańska i Brończyk-Puzoń [26]. Ostrowska i wsp. [27] w swoich badaniach wykazali, że sposób żywienia jest jednym z czynników środowiskowych rozwoju nadwagi i otyłości.

Przez zachowania żywieniowe rozumie się sposób postępowania zmierzający do zdobycia pożywienia i jego konsumpcji. Z biologicznego punktu widzenia zachowania żywieniowe są odpowiedzią na odczuwany głód, a ich celem jest zaspokojenie potrzeb fizjologicznych organizmu. Pobieranie pokarmu regulowane jest przez mechanizm głodu i sytości zlokalizowany w podwzgórzcu. Niestety coraz częściej zachowania żywieniowe przestają pełnić funkcję fizjologiczną, a zamiast tego służą zaspokojeniu potrzeb psychicznych człowieka. Zachowania żywieniowe mogą być formą wyrażania miłości, sympatii lub bliskości, mogą służyć zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa, mogą być sposobem zwrócenia na siebie uwagi, formą nagrody bądź kary, możliwością podtrzymywania relacji społecznych [17]. Inną przyczyną nadmiernego jedzenia mogą być przeżywanie stresu bądź negatywne emocje [28, 29]. Odczuwany dyskomfort z tym związany wywołuje chęć jego zredukowania. Dla niektórych sposobem na to, by sobie poradzić z napięciem, jest jedzenie pomimo braku odczuwanego głodu (jedzenie emocjonalne). Innym powodem nadmiernego przyrostu masy ciała jest automatyczne spożywanie pokarmów w trakcie wykonywania różnych czynności, np. podczas czytania, pracy przy komputerze, oglądania telewizji (jedzenie nawykowe). W obu wypadkach jakość oraz ilość jedzenia nie podlega kontroli, co może mieć wpływ na stosowanie restrykcji żywieniowych w celu redukcji masy ciała. Działania te w konsekwencji prowadzą do załamywania samokontroli i wzrostu masy ciała. Zachowania żywieniowe jednostki często przyjmują formę kompensacyjną, zaspokajając jej potrzeby psychologiczne, co prowadzi do nadmiernego jedzenia i rozwoju otyłości.

Badani chorzy z otyłością olbrzymią wykazywali tendencję do nieprawidłowych zachowań żywieniowych. W wypadku jedzenia emocjonalnego i restrykcji żywienio-

wych chorzy przejawiali 5–7 negatywnych zachowań z listy 10 możliwych, w całej skali KZZJ zaś było to średnio 18 zachowań na 30 możliwych. Jedzenie nawykowe występowało w badanej grupie z jednakowym prawdopodobieństwem w zakresie od 0–10 zachowań, a średnio 6 z 10 możliwych zachowań.

Wskaźnik ogólny zachowań żywieniowych w badanej grupie był istotnie wyższy niż u osób z nadwagą z badania autorów kwestionariusza KZZJ [22]. W wypadku częstości jedzenia emocjonalnego i stosowania restrykcji dietetycznych różnica ta nie była istotna. Badania Ogińskiej-Bulik i Putyńskiego [22] wykazały, że kobiety z nadwagą w porównaniu z kobietami o normalnej masie ciała cechowały się większą tendencją do emocjonalnego, nawykowego przejadania się oraz do częstszych zachowań restrykcyjnych w diecie. Również w innej pracy dotyczącej trybu życia pacjentów zakwalifikowanych do operacji bariatrycznych ujawniono szereg nieprawidłowych zachowań zdrowotnych i żywieniowych respondentów [30].

Badane osoby cierpiące na otyłość II i III stopnia doświadczały dyskomfortu w sferze psychicznej oraz fizycznej. Większość pacjentów twierdziła, że chce ważyć mniej niż obecnie, była niezadowolona ze swojej figury, martwiła się swoją masą ciała, uważała jedzenie za ważną część życia, swój sposób odżywiania uzależniała od nastroju, odczuwała niepokój, gdy za dużo zjadła. Ponad 50% badanych odpowiedziało, że jedzenie wprawia ich w dobry nastrój, ich żołądek jest jak worek bez dna, a po większym posiłku mieli ochotę pozbyć się spożytego pokarmu. Badani mieli negatywny wizerunek własnego ciała, a przeżywane stany afektywne wiązały się z nadmierną konsumpcją jako strategią radzenia sobie z emocjami. Wyniki te są zgodne z literaturą przedmiotu [31, 32]. Baumeister i wsp. [33] wskazują, że w sytuacji wzmożonego napięcia emocjonalnego dochodzi do załamывania się procesów samoregulacji i tym samym do nasilenia dysfunkcyjnych zachowań żywieniowych. Inną przyczyną nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem jest jedzenie nawykowe oraz stosowanie restrykcji żywieniowych, które polegają na ograniczaniu spożywanego pokarmu w celu zmniejszenia masy ciała, a w konsekwencji zwiększają prawdopodobieństwo przejadania się [34]. Wszystko to skutkuje nadmierną konsumpcją i może powodować wzrost masy ciała ponad normę oraz prowadzić do odczuwania dyskomfortu i obniżonego nastroju [35]. Dodajmy, że może to być najważniejszy czynnik wzrostu masy ciała po operacji bariatrycznej [36].

Co ciekawe, u badanych chorych stwierdzono wysoki poziom uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Autorem koncepcji dotyczącej wpływu (znaczenia) przekonania o własnej skuteczności jest Albert Bandura. Według tego autora „oczekiwania dotyczące własnej skuteczności są głównym wyznacznikiem wyboru zachowania, ilości włożonego wysiłku i siły podtrzymania zachowania. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności i związane z nim oczekiwanie, tym większe przekonanie o możliwości osiągnięcia przez siebie dobrych wyników, trwałych skutków oraz konsekwentnego, mimo przeszkód, podtrzymywania działań prowadzących do celu” [37, s. 143-164].

W badanej grupie poczucie własnej skuteczności okazało się istotnie negatywnie powiązane z ogólnym wskaźnikiem dysfunkcyjnych zachowań żywieniowych, nasileniem zachowań nawykowych i emocjonalnych oraz było istotnym predyktorem w modelu regresji uwzględniającym płeć i wiek. Nie wystąpiła istotna korelacja wskaź-

nika GSES z nasileniem restrykcji żywieniowych. Natomiast istotnym predyktorem tych zachowań okazała się płeć – kobiety częściej stosowały restrykcje żywieniowe od mężczyzn. Poczucie własnej skuteczności nie było zaś powiązane z częstością przejawiania zachowań zdrowotnych ani ze wskaźnikiem BMI. Najprawdopodobniej uzyskane wyniki odzwierciedlają osobiste zasoby jednostki pomocne w radzeniu sobie z problemami w sytuacjach trudnych w różnych dziedzinach życia. Zdaniem Bandury, autora omawianej koncepcji, bardziej wskazane jest badanie specyficznego poczucia własnej skuteczności, ściśle związanego z danym obszarem funkcjonowania osoby, niż badanie uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Chambliss i Murray [38] na podstawie swoich obserwacji stwierdzili, że jednostki z nadmierną masą ciała, które charakteryzowały się wysokim poczuciem własnej skuteczności, były bardziej podatne na oddziaływanie terapii behawioralnej niż te, które miały niskie wyniki tej zmiennej. Także Juczyński [39] podkreślał rolę poczucia własnej skuteczności w procesie kontroli masy ciała. Wzrost poziomu poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych może wspomóc proces redukcji nadmiernej masy ciała i przyczynić się do zwiększenia skuteczności wszelkich interwencji; może być też istotnym predyktorem trwałej redukcji masy ciała w wyniku chirurgii bariatrycznej.

Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki dostarczają wskazówek, na jakie aspekty należy zwrócić uwagę w procesie przygotowania i leczenia chorych z klinicznie zdiagnozowaną otyłością. Zasadne wydaje się powtórzenie badania z udziałem większej grupy badanych oraz przeprowadzenie go z powtórzonym pomiarem, wprowadzając inne zmienne do obserwacji, takie jak np. pomiar stresu czy strategie radzenia sobie ze stresem.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że:

1. Zachowania zdrowotne oraz nawyki żywieniowe w badanej grupie pacjentów bariatrycznych nie były na wystarczająco dobrym poziomie, a u kobiet nawet na niskim.
2. Osoby z otyłością olbrzymią wykazywały tendencję do nieprawidłowych zachowań żywieniowych.
3. Badani chorzy z otyłością olbrzymią charakteryzowali się wysokim poczuciem własnej skuteczności, które było istotnie negatywnie powiązane z nasileniem jedzenia nawykowego i emocjonalnego oraz z ogólnym wskaźnikiem zachowań żywieniowych. Im wyższe poczucie własnej skuteczności, tym mniejsze nasilenie dysfunkcyjnych zachowań żywieniowych, jedzenia emocjonalnego i nawykowego. Poczucie własnej skuteczności nie korelowało z nasileniem restrykcji żywieniowych ani z częstością zachowań zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
2. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C i wsp. *Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. *Lancet* 2014; 384(9945): 766–781.
3. Wąsowski M, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E. *Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza*. *Postępy Nauk Medycznych* 2013; 25(4): 301–306.
4. Biela U, Pająk A, Kaczmarczyk-Hałas K, Głuszek J, Tendera M, Wawrzyńska M i wsp. *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ*. *Kardiol. Pol.* 2005; 63(6 Suppl.4): 1–4.
5. Fried M, Yumuk V, Oppert JM, Scopinaro N, Torres A, Weiner R i wsp. *Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery*. *Obes. Surg.* 2014; 24(1): 42–55.
6. World Health Organization, <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>.
7. Tylka J. *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; 2000.
8. Owecki M. *Otyłość epidemią XXI wieku*. *Przegląd Kardiodiabetologiczny* 2009; 4(1): 36–41.
9. Buchwald H, Cowan GSM, Pories WJ. red. *Surgical management of obesity*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.
10. Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, Walts B i wsp. *The human obesity gene map: The 2005 update*. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14(4): 529–644.
11. Zimmet PZ, Alberti KG. *Introduction: Globalization and the non-communicable disease epidemic*. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14(1): 1–3.
12. Major P. *Jakość życia chorych po operacyjnym leczeniu otyłości ołbrzymiej*, praca doktorska. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Lekarski; 2014.
13. Paśnik K. *Wpływ chirurgicznych metod restrykcyjnych przewodu pokarmowego na jakość życia i choroby współistniejące u chorych z otyłością ołbrzymią*, praca habilitacyjna. Warszawa: Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; 2004.
14. Jarosz M, Kłósiewicz-Latoszek L. *Otyłość. Zapobieganie i leczenie*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 2006.
15. Dąbrowiecki S. *Zasady kwalifikacji chorych z otyłością ołbrzymią do leczenia operacyjnego*. *Postępy Nauk Medycznych* 2009; 22(7): 502–505.
16. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Spitz AF i wsp. *American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient*. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17(Suppl. 1): 1–70.
17. Ogińska-Bulik N. *Psychologia nadmiernego jedzenia*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2004.
18. Wing R, Phelan S. *Long-term weight loss maintenance*. *Am. J. Clin. Nutr.* 2005; 82(1): 222–225.
19. Sekuła M, Paśnik K. *Chirurgia bariatryczna skutecznie walczy z otyłością*. *Lekarz Wojskowy* 2016; 94(4): 347–351.
20. Sekuła M, Paśnik K. *Ocena skuteczności rękawowej resekcji żołądka w leczeniu otyłości ołbrzymiej*. *Lekarz Wojskowy* 2017; 95(1): 64–67.
21. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.

22. Ogińska-Bulik N, Putyński L. *Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe – konstrukcja i właściwości psychometryczne*. Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 2000; 4: 25–31.
23. Ogińska-Bulik N, Chanduszeko-Salska J. *Psychologiczne wyznaczniki redukcji nadwagi u kobiet*. Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 2002; 6: 51–60.
24. Gniazdowski A. red. *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 1990.
25. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*. Przegląd Psychologiczny 1999; 42(4): 43–56.
26. Szczepańska E, Brończyk-Puzoń A. *Ocena nawyków żywieniowych pacjentów z otyłością, zakwalifikowanych do zabiegu bariatrycznego*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(3): 330–334.
27. Ostrowska L, Karczewski J, Szwarek J. *Dietary habits as an environmental factor of overweight and obesity*. Roczn. PZH 2007; 58(1): 307–313.
28. Greeno GG, Wing RR. *Stress induced eating*. Psychol. Bull. 1994; 115(3): 444–464.
29. Boniecka I, Wileńska H, Jeznach-Steinhagen A, Czerwonogrodzka-Senczyna A, Sekuła M, Paśnik K. *Stress as a factor contributing to obesity in patients qualified for bariatric surgery – Studies in a selected group of patients (a pilot study)*. Videosurgery Miniinv. 2017; 12(1): 60–67.
30. Boniecka I, Szczygieł B, Paśnik K. *Wybrane cechy trybu życia pacjentów z otyłością olbrzymią zakwalifikowanych do operacji bariatrycznych*. Roczn. PZH 2009; 60(3): 279–284.
31. Bąk-Sosnowska M, Naworska B, Owczarek A, Chudek J, Skrzypulec-Plinta V, Olszanecka-Glinianowicz M. *Strategie radzenia sobie z nadmierną masą ciała oraz szacunek do siebie i własnego ciała w kontekście analizy transakcyjnej*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 477–487.
32. Makara-Studzińska M, Zaborska A. *Otyłość a obraz własnego ciała*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(1): 109–114.
33. Baumeister RF, Heatherton TF, Tice DM. *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*. Warszawa: PARPA; 2000.
34. Polivy J, Heatherton TF, Herman CP. *Self-esteem, restraint, and eating behavior*. J. Abnorm. Psychol. 1988; 97(3): 354–356.
35. Gilbert S. *Pathology of eating, psychology and treatment*. London: Routledge & Kegan Paul; 1986.
36. Bradley LE, Forman EM, Kerrigan SG, Goldstein SP, Butryn ML, Thomas JG i wsp. *Project HELP: A Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery*. Obes. Surg. 2017; 27(3): 586–598.
37. Bandura A. *Health promotion by social-cognitive means*. Health Educ. Behav. 2004; 31(2): 143–164.
38. Chambliss CA, Murray EJ. *Efficacy attribution, locus of control, and weight loss*. Cognitive Therapy and Research 1979; 3(4): 349–353.
39. Juczyński Z. *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1998; 14: 54–63.

Adres: Marzena Sekuła
Uniwersytet Humanistyczno-społeczny SWPS w Warszawie
e-mail: msekula1@st.swps.edu.pl

Otrzymano: 30.05.2017
Zrecenzowano: 24.09.2017
Otrzymano po poprawie: 2.10.2017
Przyjęto do druku: 13.12.2017