

Wstęp

Otyłość jest problemem współczesnej cywilizacji i jest przyczyną pośrednią lub bezpośrednią wielu schorzeń. Powstawanie otyłości wiąże się zarówno z uwarunkowaniami psychicznymi jak i czynnikami zewnętrznymi, środowiskiem, w jakim dana jednostka żyje. Jednak to czynniki genetyczne odgrywają bardzo ważną rolę w powstawaniu otyłości.

Coraz większym problem, z jakim zmagają się coraz większa część współczesnej cywilizacji, jest otyłość i nadwaga. Ta przewlekła choroba negatywnie wpływa na jakość życia i bardzo często towarzyszy innym groźnym schorzeniom: problemy kostno – stawowe, wzrastająca podatność na schorzenia układu oddechowego, zaburzona przemiana materii, zaburzenia menstruacji, podniesienie ciśnienia krwi, ryzyko zachorowań na rak. Nadwaga oraz otyłość powoduje komplikacje podczas porodu jak i operacji chirurgicznych, wpływa na skrócenie życia, zwiększa się umieralność przed przeciętnym wiekiem umieralności. Otyłość niesie ze sobą również liczne konsekwencje natury psychologicznej, a także konsekwencje społeczno – ekonomiczne.

Z roku na rok coraz więcej ludzi ma problemy ze swoją wagą, nie są to tylko ludzie dorośli, ale coraz częściej otyłość dotyka ludzi młodych i dzieci. Można by zadać sobie pytanie: Dlaczego z wiekiem tyjemy? Dlaczego wśród nas jest coraz więcej dzieci pulchnych, „dobrze wyglądających”? Dlaczego jedni jedzą dużo i nie przybyszą im zbędnych kilogramów, a inni ile by nie zjedli tyją i nie wiedzą dlaczego? Jaki wpływ na naszą wagę ma cywilizacja i nasz sposób życia?

Niniejsza praca składać się będzie z 4 głównych rozdziałów z czego każdy rozdział będzie zawierał podrozdziały. W pierwszym rozdziale zatytułowanym „Przegląd podstawowych pojęć dotyczących otyłości”, będzie wyjaśnione w pierwszym podrozdziale co to jest otyłość i nadwaga, znajdzie się tam ogólna charakterystyka otyłości, a w tym także rodzaje otyłości i ich charakterystyka. Natomiast w drugim podrozdziale zostanie przedstawiona analiza spożycia żywności.

W drugim rozdziale zatytułowanym „Przyczyny otyłości” zostaną w kolejnych podrozdziałach opisane przyczyny otyłości: biologiczne, psychospołeczne, cywilizacyjne.

Wśród przyczyn biologicznych powstawania otyłości istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Dziedziczenie otyłości jest dość powszechnym zjawiskiem, występowanie otyłości już u jednego z rodziców zwiększa ryzyko powstanie otyłości u dzieci. Istotną rolę w występowaniu otyłości odgrywa płeć. Otyłość częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn,

również wiek ma wpływ na pojawianie się nadwagi, jeżeli w dzieciństwie ktoś miał nadwagę to jest bardziej prawdopodobne to, że ta nadwaga pozostanie mu w dorosłym życiu.

Drugą przyczyną otyłości mogą być uwarunkowania psychologiczne. W dzisiejszych czasach otyłość można traktować jako kolejne z groźnych uzależnień współczesnego społeczeństwa, dana osoba w owym uzależnieniu traci kontrolę nad jedzeniem. Osoba otyła unika kontaktu z innymi ludźmi ponieważ boi się ich odrzucenia, co wpływa negatywnie na jakość życia chorego. Chory uważa, iż jego nadwaga jest przyczyną wszelkich jego niepowodzeń i problemów w jego życiu, a jedzeniem w pewien sposób „wynagradza” sobie wszelkie smutki, jest sposobem na odreagowanie stresu. Tak więc nieumiejętność radzenia sobie z problemami dnia codziennego i towarzyszący temu wszystkiemu stres jest przyczyną nadmiernego jedzenia.

W trzecim podrozdziale będą przyczyny cywilizacyjne. We współczesnych czasach jest skutkiem działania czynników środowiskowych, spowodowanych naszym trybem życia. Rozwój cywilizacyjny, w tym rozwój środków transportu, siedząca praca, spowodowały znaczne zmniejszenie aktywności fizycznej naszego społeczeństwa. Łatwa dostępność jedzenia w sklepie tuż za rogiem, w supermarketach, w restauracjach i bardzo ostatnimi czasy popularnymi fast – food’ami, które niejednokrotnie oferują nam jedzenie bogato tłuszczowe, a także ograniczają naszą aktywność fizyczną gdyż w swojej ofercie mają dowóz jedzenia do domu, pracy z której to oferty bardzo chętnie społeczeństwo korzysta.

W trzecim już rozdziale zawarte zostaną konsekwencje otyłości, będą to konsekwencje natury medycznej i społeczno-psychologiczne.

Do powikłań medycznych otyłości zaliczyć między innymi możemy: problemy kostno – stawowe, wzrasta podatność na schorzenia układu oddechowego, zaburzona zostaje przemiana materii, zaburzenia menstruacji, hiperlidemia (nadmiar lipidów we krwi w tym cholesterolu, który zwiększa ryzyko zapadnięcia na chorobę wieńcową), podniesienie ciśnienia we krwi – zwiększa ryzyko zawału mięśnia sercowego, ryzyko zachorowania na nowotwór, komplikacje podczas porodu i operacji chirurgicznych, wpływa na skrócenie życia człowieka.

Konsekwencje natury psychologicznej mogą być trwałe i mieć groźny charakter, jednak trzeba podkreślić fakt, że konsekwencje tej natury nie występują u każdej z osób zmagających się z problemem otyłości. Konsekwencje te mają zazwyczaj podłoże w niskiej samoocenie otyłych, mają negatywny obraz własnego ciała w porównaniu do osób z prawidłową wagą. Stosowanie niejednokrotnie różnych, zazwyczaj bardzo ostrych diet, które nie dają oczekiwanego rezultatu, a owocuje jeszcze większym przyrostem masy ciała i

prowadzić może do jeszcze większego obniżenia własnej samooceny, staje się przyczyną frustracji a także depresji.

Osoby otyłe niejednokrotnie z powodu swojej wagi mają problemy z prawidłowym funkcjonowaniem w społeczeństwie. Już w szkole otyłe dzieci spotykają się z brakiem akceptacji ze strony swojego środowiska, zarówno ze strony swoich rówieśników jak i osób dorosłych, dzieci takie czują się gorsze i odrzucane przez „kolegów” ze społeczności szkolnej, klasowej. Przez nieakceptację szczególnie ze strony właśnie kolegów dzieciom otyłym brakuje wiary we własne siły i obniża się ich samoocena, co w konsekwencji może prowadzić do depresji. Również osoby dorosłe mające problem z nadwagą mają niekiedy trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie, zostają wytykane na ulicy, często mają problem ze znalezieniem pracy. Powszechnie osoby otyłe uważane są za osoby nie dbające o siebie, mało ambitne, niezdyscyplinowane, a także leniwe.

Czwartym rozdziałem będzie rozdział zatytułowany: „Profilaktyka i leczenie otyłości”. W pierwszym podrozdziale zostanie omówione leczenie otyłości, w drugim zaś podrozdziale zostaną omówione działania zapobiegające otyłości.

Na skuteczne i trwałe leczenie otyłości składa się bardzo wiele czynników, są to: modyfikacja stylu życia, stosowanie odpowiedniej diety, zwiększenie aktywności fizycznej, wsparcie psychoterapeutyczne, farmakoterapia, leczenie chirurgiczne (najczęściej poddawane są tej metodzie osoby z otyłością olbrzymią).

Ostatnim aspektem, jaki będzie poruszony w niniejszej pracy, będą omówione działania zapobiegające zjawisku otyłości, gdzie głównym zadaniem profilaktyki było by uświadomienie społeczeństwu, jakie konsekwencje niesie za sobą otyłość. Ważnym aspektem w profilaktyce otyłości jest odpowiednia dieta do wieku, a także aktywność fizyczna.

Rozdział 1

Przegląd podstawowy pojęć dotyczących otyłości

W rozdziale tym zostanie wyjaśnione co to jest otyłość i nadwaga. Przedstawione zostanie najpopularniejszy od wielu lat miernik do określania otyłości, wskaźnik Queteleta, inaczej zwanym BMI (body mass index). Zostaną przedstawione dwie tabelki, w których będą zawarte zakres prawidłowej masy ciała, nadwagi i otyłości dla poszczególnych przedziałów wzrostu, dla obu płci łącznie, a w drugiej wskaźnik BMI dla dzieci i młodzieży z uwzględnieniem płci. W następnej kolejności zostaną przedstawione rodzaje otyłości, a na koniec pierwszego podrozdziału zostaną przedstawione objawy otyłości świadczące o występowaniu uzależnienia czynnościowego. Natomiast w drugim podrozdziale zostanie przedstawione i omówione miesięczne spożycie żywności w gospodarstwach domowych.

podkreślenie

Rozdział 1. 1.

Ogólna charakterystyka otyłości

Nadwaga jest w wielu krajach najczęstszym, związanym z odżywianiem, problemem zdrowotnym. Termin otyłość jeszcze w niedawnych nam czasach odnosił się do osób przekraczających wagę idealną o 20% lub więcej, słowo „nadwaga” używano w stosunku do ludzi, których waga przekraczała wagę idealną o 10 -20%. Obecnie otyłość oznacza także nadmierną ilość tłuszczu w organizmie. Tłuszcz powinien stanowić 20 – 27% tkanki ciała u kobiet i 15 – 22% u mężczyzn.¹ Nie tak dawno temu zjawisko otyłości zauważalne było przede wszystkim u osób starszych, jednak od jakiegoś czasu bardzo wyraźnie widać, że problem ten dotyka coraz młodszych osób w tym także młodzież i dzieci.

Aby określić stopień nadwagi stosuje się różne mierniki, jednak najbardziej popularnym od wielu lat jest wskaźnik Queteleta, inaczej zwanym BMI (body mass index), do obliczania BMI służy następujący wzór: $BMI = \text{waga (kg)} : [\text{wzrost (m)}]^2$. Poglądy dotyczące zakresów wartości BMI wskazujących zakres prawidłowej masy ciała, nadwagę, otyłość oraz niedowagę w zależności od płci są rozbieżne. W oparciu o BMI wyróżniono zakres wagi prawidłowej, nadwagi oraz otyłości. Przyjmuje się następujące przedziały: 20 – 24, 9 – prawidłowa masa ciała, 25 – 29,9 – nadwaga, 30 – 39,9 – otyłość, > 40 – otyłość olbrzymia.²

Tabela 1.

Zakres prawidłowej masy ciała, nadwagi i otyłości dla poszczególnych przedziałów wzrostu, dla obu płci łącznie³:

Wzrost (cm)	Należna masa ciała (kg)	Nadwaga (kg)	Otyłość (kg)
145	42-52,9	53-62,9	≥63
148	44-54,9	55-65,9	≥66

¹ M. Jabłow, tłum. M. Przyłipiak, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk 2000: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 85.

² N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s.44.

³ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 45. → tamże lub j.w. s. 45.

150	45-55,9	56-67,9	≥68
152	46-57,9	58-68,9	≥69
154	47-58,9	59-70,9	≥71
156	49-60,9	61-72,9	≥73
158	50-61,9	62-74,9	≥75
160	51-63,9	64-76,9	≥77
162	53-65,9	66-78,9	≥79
164	54-66,9	67-80,9	≥81
166	55-68,9	69-82,9	≥83
168	56-70,9	71-84,9	≥85
170	58-71,9	72-86,9	≥87
172	59-73,9	74-88,9	≥89
174	61-75,9	76-90,9	≥91
176	62-76,9	77-92,9	≥93
178	63-78,9	79-94,9	≥95
180	65-80,9	81-96,9	≥97
182	66-82,9	83-98,9	≥99
184	68-84,9	85-101,9	≥102
186	69-85,9	86-103,9	≥104
188	71-87,9	88-105,9	≥106
190	72-89,9	90-107,9	≥108

Źródło: Ogińska – Bulik, 2004

Tabela 2.

Wskaźnik BMI dla dzieci i młodzieży z uwzględnieniem płci.⁴

Wiek (lata)	Średnie BMI u dziewcząt	Zakres BMI	Średnie BMI u chłopców	Zakres BMI
1	17,54	15,29-19,79	17,95	15,76-20,23
2	16,94	14,72-19,16	17,90	15,74-20,26

⁴ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 49.

3	16,10	13,98-18,22	16,22	14,07-18,37
4	15,45	13,23-17,67	15,68	13,55-17,80
5	15,34	12,84-17,84	15,58	13,38-17,78
6	15,50	12,85-18,15	15,71	13,20-18,22
7	16,25	13,13-19,37	16,32	13,55-19,09
8	16,71	13,25-20,17	16,37	13,45-19,29
9	16,79	12,99-20,59	16,65	13,60-19,70
10	17,14	13,09-21,19	17,08	13,76-20,90
11	17,59	13,37-21,81	17,76	13,94-21,58
12	17,96	13,71-22,21	18,68	14,48-22,88
13	18,87	14,90-22,84	18,94	14,76-23,12
14	19,83	16,13-23,53	19,43	15,33-23,53
15	20,26	16,92-23,60	19,75	16,07-23,43
16	20,51	17,49-23,53	20,54	17,09-23,99
17	20,67	17,85-23,49	20,79	17,75-23,83
18	20,67	18,01-23,33	21,14	18,38-23,90

Źródło: Ogińska – Bulik, 2004

Wskaźnik BMI dla dzieci i młodzieży przyjmuje nieco inne, niższe wartości w porównaniu z dorosłymi, co przedstawia powyższa tabelka nr 2.

Kiedy chcemy precyzyjnie określić stopień otyłości konieczne jest określenie masy tkanki tłuszczowej, a nie tylko ogólnej masy ciała. Takie badanie pozwala nam określić stopień zagrożenia dla zdrowia. Zdaniem M. Jablow (1993) prawidłowa tkanka tłuszczowa stanowi około 20-25% ciężaru ciała u kobiet i 10 do 15% u mężczyzn. Wskaźnikiem szczególnie przydatnym do określenia typu otyłości jest WHR (Waist-HIP-Ratio). Wskaźnik ten uzyskuje się dzieląc pomiar obwodu talii i obwodu bioder w najszerszym miejscu: $WHR = \text{obwód talii (cm)} : \text{obwód bioder (cm)}$. Jeżeli u kobiet WHR przekracza 0,8, a u mężczyzn 1,0, to rozpoznaje się wówczas otyłość typu brzusznej. Natomiast jeżeli u kobiet będzie równy lub mniejszy niż 0,8, a u mężczyzn mniejszy od 1,0, stwierdza się postać otyłości typu pośladkowo – udowego.⁵

⁵ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 47.

Określenie tego rodzaju otyłości ma znaczenie ze względu na oszacowanie jej skutków. Poważniejsze następstwa zdrowotne ma otyłość typu brzuszego, gdyż zwiększa częstość występowania różnego rodzaju schorzeń, przede wszystkim choroby niedokrwiennej serca, hiperlipemii, cukrzycy typu II i nadciśnienia tętniczego. Obserwuje się również zróżnicowanie w rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej u kobiet i mężczyzn. U mężczyzn tkanka tłuszczowa lokalizuje się głównie w centralnych partiach ciała – klatce piersiowej, plecach i brzuchu. U kobiet największe ilości tkanki tłuszczowej są zlokalizowane w dolnych partiach ciała – biodrach i udach. Wraz jednak ze starzeniem się zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet (zwłaszcza po menopauzie) zwiększa się ilość rozmieszczonej centralnie tkanki tłuszczowej.⁶

I tak ze względu na kryterium etiologii otyłości można wyróżnić:

- Otyłość pierwotną – spowodowaną przez czynniki genetyczne (skłonność do nadmiernego magazynowania tkanki tłuszczowej i obniżonego tempa przemiany materii), nadmierną podaż pokarmów, „siedzący” styl życia, czynniki psychiczne (stres, frustrację);
- Otyłość wtórną – powstałą jako skutek zaburzeń endokrynologicznych (np. niedoczynności tarczycy), schorzeń układu nerwowego (guzy mózgu – podwzgórze, przysadki), stanów pooperacyjnych, zażywania leków.

Należy podkreślić, że otyłość pierwotna stanowi 80 – 90% wszystkich przypadków tego zaburzenia. Jedynie 10 – 20% wszystkich przypadków stanowi efekt otyłości wtórnej.⁷

Ze względu na kryterium czynników etiologicznych proponuje się następujące postacie otyłości⁸:

- Otyłość wynikająca z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem cywilizacyjno – społecznym. Stanowi ona reakcje na zagrożenia w sytuacjach życiowych. Jej pierwotne podłoże ma charakter psychiczny – emocjonalny, poznawczy, a później neuroendokrynnny. Jest ona również określana jako otyłość psychoreaktywna lub nerwicowa.
- Otyłość podwzgórzowa wynikająca z guzów mózgu, udarów mózgu, stanów zapalnych mózgu, udarów mózgu lub zabiegów chirurgicznych na podwzgórze.

⁶ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 85.

⁷ K. Czyżewska, *Patofizjologiczne podstawy wybranych chorób. Część III. Otyłość*, Poznań 2000: Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, s.20

⁸ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 86.

- Otyłość jako objaw endokrynopatii, która jest związana z chorobą Cushinga, zespołem pokastracyjnym, hipogonadyzmem⁹, menopauzą u kobiet, rzekomą niedoczynnością przytarczyc, niedoborem hormonu wzrostu, zespołem Steina – Leventhala.
- Otyłość bezpośrednio uwarunkowana zespołami o charakterze genetycznym – Laurence’a – Monna – Biedla, *Hyperostosis frontalis interna*, Alsorma, Prade Willi.
- Otyłość polekowa – najczęściej występuje przy stosowaniu pochodnych fenotiazyny, glukokortykosteroidów, środków uspokajających, pochodnych estrogenów.
- Otyłość będąca wynikiem braku wysiłku fizycznego, wymuszona długotrwałym przebywaniem w łóżku czy niepełnosprawnością ruchową.
- Otyłość będąca skutkiem wadliwej alimentacji, czyli odżywiania się pokarmami zawierającymi dużo tłuszczu, przygotowanymi przemysłowo lub smakołykami kawiarniano – restauracyjnymi.

Otyłość można traktować jako uzależnienie, można wyróżnić cechy zachowań doprowadzających do otyłości, które świadczą o uzależnieniu.¹⁰

Tabela 3.

Objawy otyłości świadczące o występowaniu uzależnienia czynnościowego.

Kryterium uzależnienia	Objawy otyłości spełniające kryterium
Silna potrzeba podejmowania określonych zachowań	➤ Przymus objadania się ➤ Niemożność powstrzymania się od produktów wysokokalorycznych
Tolerancja	➤ Zwiększenie ilości i kaloryczności zjadanych posiłków ➤ Nasilenie się napadów żarłoczości
Objawy odstawienia	➤ Objawy somatyczne przy ograniczeniu lub powstrzymaniu się od jedzenia: uczucie głodu, bóle żołądka, zmęczenie ➤ Objawy psychiczne: niepokój, napięcie, rozdrażnienie, depresja
Utrata kontroli nad zachowaniami związanymi z odżywianiem się	➤ Utrata kontroli nad ilością i jakością zjadanych pokarmów
Odczuwanie potrzeby zaprzestania podejmowania określonych czynności, nieskuteczne próby zaprzestania	➤ Najczęściej występuje świadomość istnienia zaburzenia ➤ Podejmowanie prób odchudzania się ➤ Podejmowanie prób kontrolowania ilości i jakości spożywanych pokarmów, które najczęściej prowadzi paradoksalnie do zwiększenia masy ciała
Większość czasu poświęcana na czynności związane z jedzeniem	➤ Częste myślenie o jedzeniu ➤ Planowanie i organizowanie posiłków ➤ Gromadzenie zapasów

⁹ Hipogonadyzm – termin medyczny określający defekt układu rozrodczego skutkujący dysfunkcją gonad (jajników lub jąder)

¹⁰ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 88 – 89.

Porzucenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, towarzyskiej, rodzinnej	➤ Oddawanie się czynności jedzenia, nieraz przez wiele godzin ➤ Zaniedbanie obowiązków i/lub gorsza efektywność w pracy ze względu na dużą męczliwość ➤ Absencje w pracy ze względu na leczenie schorzeń będących skutkiem otyłości
Kontynuacja szkodliwych zachowań pomimo świadomości szkód	➤ Osoba kontynuuje zachowania prowadzące do wzrostu masy ciała mimo szkód somatycznych, psychicznych i społecznych

Źródło: Niewiadomska, Kulik, Hajduk, 2005

Rozdział 1.2.

Analiza spożycia żywności

Nadwaga i otyłość są zaburzeniami występującymi powszechnie w krajach rozwiniętych. Statystyki wskazują tendencje do zwiększenia się częstotliwości występowania nadmiernej wagi ciała zarówno wśród dorosłych, jak i w młodym pokoleniu. W 1997 r. Światowa Organizacja Zdrowia zaliczyła otyłość do światowych epidemii. Na podstawie badań trzeciej edycji *National Health and Nutrition Examination Survey*, przeprowadzonych w latach 1988 – 1994, na reprezentatywnej populacji Stanów Zjednoczonych, stwierdzono, że:

- Co druga osoba w USA ma nadwagę lub cierpi na otyłość (63% mężczyzn i 55% kobiet),
- 22% dorosłej populacji amerykańskiej ma BMI powyżej 30 kg/m²,
- U 3% dorosłych Amerykanów BMI przekracza 40 kg/m², co oznacza nadmiar masy ciała o 45 kg.¹¹

Zaobserwowano również, że odsetek Amerykanów z otyłością zwiększył się o ponad 50% w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Odsetek osób otyłych w USA jest prawie dwukrotnie wyższy niż w Europie. Amerykanie nie są jednak najbardziej otyłym narodem na świecie. Znacznie więcej otyłych osób żyje na niektórych wyspach Pacyfiku. Na Nuru, gdzie dochód na jednego mieszkańca należy do najwyższych na świecie, w 1987 r. stwierdzono otyłość u ponad 65% mężczyzn i 70% kobiet.¹²

¹¹ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 97 – 98.

¹² K. Czyżewska, *Patofizjologiczne podstawy wybranych chorób. Część III. Otyłość*, Poznań 2000: Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, s. 6.

Na podstawie badań przeprowadzonych w latach 90. w państwach Europy Zachodniej również wykazano wzrost liczby przypadków występowania nadwagi i otyłości. Dla przykładu w Wielkiej Brytanii nadwagę stwierdzono u 48% mężczyzn i 40% kobiet, a otyłość u 8% mężczyzn i 13% kobiet. Podobne dane uzyskano w Holandii, Francji i Szwecji. Obserwacje i badania wskazują na:

- istotną przewagę kobiet wśród osób otyłych, natomiast mężczyzn wśród osób z nadwagą,
- znaczną rolę poziomu ekonomicznego i społeczno – kulturowego w rozprzestrzenianiu się nadwagi i otyłości; otyłość znacznie częściej spotyka się wśród ludności o niskim statusie ekonomicznym, gorzej wykształconych; w krajach rozwiniętych szczególną predyspozycję do nadwagi i otyłości wykazują kobiety czarne, żyjące w złych warunkach społeczno – ekonomicznych,
- wzrost występowania otyłości wraz z wiekiem, zwłaszcza u kobiet.¹³

Problem nadwagi i otyłości występuje także u dzieci i młodzieży. Niepokojące są rozmiary otyłości w tej grupie wiekowej, która w ciągu ostatnich dwudziestu lat zwiększyła się dwukrotnie. W zależności od kraju, dzieci z otyłością stanowią od 3 do 20% populacji. Chinn i Rona wykazali, iż w 1994 r. w Anglii 9% chłopców i 13,5% dziewczynek miało nadwagę, natomiast 1,7% chłopców i 2,6% dziewczynek było otyłych, a co najważniejsze wskaźniki te były o 50% wyższe niż 10 lat wcześniej.¹⁴

To, co dziś wiemy o występowaniu otyłości u dzieci jest alarmujące:

- ocenia się, że około jedną piątą liczby dzieci amerykańskich stanowią dzieci otyłe,
- otyłość wśród dzieci bardzo wzrosła w ciągu ostatnich lat, według badań przeprowadzonych w latach 1963 – 1980 otyłość w grupie wiekowej 6 -11 lat wzrosła w tym czasie o 54%, a w grupie 11 – 17 lat o 39%.
- Otyłość u dziecka często zapowiada otyłość u dorosłego; im dłużej dziecko jest tęgie, tym większe prawdopodobieństwo, iż będzie otyłym dorosłym; mniej niż 10% otyłych niemowląt będzie otyła w wieku dojrzałym, ale w grupie przedszkolnej liczba ta wzrasta do 25%, w grupie siedmiolatków do 49%, a nastolatków do 75%.
- Choć czynniki dziedziczne nie przesądzają o wadze dziecka, jednak otyłość często występuje w całej rodzinie; jeżeli jedno z rodziców jest tęgie, dziecko ma 40% szans

¹³ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 98 -99.

¹⁴ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 38.

pójścia w jego ślady; jeżeli oboje rodzice są tędzy, prawdopodobieństwo wzrasta do 80%.¹⁵

W Polsce również widoczny jest wzrost występowania nadwagi i otyłości. Dzieje się tak pomimo korzystnych zmian, jakie obserwowane są w żywieniu Polaków, np. popularyzacja diety śródziemnomorskiej, większe spożycie drobiu i ryb. Należy zauważyć, że model żywienia i styl życia w naszym kraju nadal w znacznym stopniu odbiega od zalecanego przez WHO, ponieważ charakteryzuje się zbyt wysoką zawartością kalorii, tłuszczów, cholesterolu i sodu. Ponadto tylko u 10% dorosłych Polaków notowany jest wystarczający poziom aktywności fizycznej. Z danych epidemiologicznych wynika, że nadwaga występuje u 50% mężczyzn i 38% kobiet, a otyłość u 20% mężczyzn i 30% kobiet w grupie wiekowej między 35. a 64. rokiem życia. Na podstawie badań przeprowadzonych na reprezentatywnej populacji dorosłych Polaków (powyżej 18 roku życia) wynika, że co drugi dorosły Polak (51%) ma nadwagę lub jest otyły ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Problem ten dotyczy 49% kobiet i 54% u mężczyzn. Nadwagę częściej rozpoznawano u mężczyzn (38%), a otyłość – nieznacznie częściej u kobiet (19%) niż u mężczyzn (16%).¹⁶

Przeciętne miesięczne spożycie produktów żywnościowych w gospodarstwach domowych według grup kwintalowych w 2004 roku – na osobę¹⁷ (przedstawia tabela nr 1 w aneksie).

Analiza spożycia żywności w gospodarstwach domowych według grup kwintalowych wykazała, że wraz ze wzrostem dochodów rośnie spożycie większości produktów żywnościowych, z wyjątkiem produktów podstawowych: pieczywa, mąki, mleka świeżego pełnego, tj. o zawartości 3,2% tłuszczu, tłuszczów zwierzęcych, margaryny i innych tłuszczów roślinnych oraz ziemniaków. Spożycie tych produktów zmniejsza się wraz ze wzrostem dochodów gospodarstw domowych.¹⁸ Tak więc można zauważyć, że zaspokajanie potrzeb żywnościowych w dużej mierze uzależniona jest od sytuacji materialnej gospodarstw domowych, a co za tym idzie poziom spożywania żywności jest bardzo zróżnicowany.

¹⁵ M. Jablow, tłum. M. Przyłipiak, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk 2000: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 86.

¹⁶ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 99 - 100.

¹⁷ B. Kulbicka, *Analiza spożycia żywności w gospodarstwach domowych. Przesłanki dla polityki żywnościowej*, Warszawa 2006: Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, s. 18 – 19.

¹⁸ B. Kulbicka, *Analiza spożycia żywności w gospodarstwach domowych. Przesłanki dla polityki żywnościowej*, Warszawa 2006: Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, s. 17.

Rozdział 2.

Przyczyny otyłości

W kolejnych podrozdziałach tego rozdziału zostaną omówione przyczyny otyłości i tak kolejno będą to przyczyny biologiczne, psychospołeczne i cywilizacyjne z szczególnym naciskiem na psychospołeczne i cywilizacyjne. Przyczyny biologiczne zostaną omówione z naciskiem na podłoże genetyczne a także zostaną przedstawione badania genetyczne pod względem dziedziczenia otyłości na bliźnięta jedno i dwujajowych.

Rozdział 2.1.

Przyczyny biologiczne

Wśród uwarunkowań biologicznych predysponujących do występowania otyłości zwraca się szczególną uwagę na bardzo ważną rolę czynników genetycznych. Należy jednak pamiętać, że rozwój otyłości nie jest przesądzony w momencie zapłodnienia i że dziedziczy się jedynie skłonność do otyłości, która do rozwinięcia się wymaga odpowiednich warunków środowiskowych.¹⁹ U osób obciążonych genetycznie nadwaga występuje zazwyczaj już w niemowlęctwie. Na podstawie 20 – letnich obserwacji stwierdzono, że u 41% osób mających nadwagę w pierwszym roku życia otyłość utrzymała się w życiu dorosłym.²⁰

Jakiś czas temu jeden z czołowych badaczy problemów wagi ciała w Stanach Zjednoczonych, doktor Albert J. Stunkard z Akademii Medycznej Uniwersytetu Pensylwania, udał się do Danii w celu przeprowadzenia badań nad rolą czynnika genetycznego. Wybrał właśnie ten kraj, ponieważ jest on znany z prowadzenia bardzo szczegółowych rejestrów dzieci adoptowanych. Doktor Stunkard porównał wagę dorosłych ludzi, którzy kiedyś, jako dzieci, zostali zaadoptowani, z wagą ich przybranych i biologicznych rodziców. Nie znalazł właściwie żadnego związku między wagą ciała osób adoptowanych a wagą ich przybranych rodziców, natomiast bardzo silne korelacje wystąpiły między adoptowanymi dziećmi a ich biologicznymi rodzicami²¹.

Badania bliźniąt jedno i dwujajowych są typowymi badaniami w genetyce, które pozwalają na bardzo dokładne określenie proporcji udziału środowiska i genów dla poszczególnych chorób.

Ocenia się, że dziedziczenie otyłości odgrywa ważną rolę w 25-40% przypadkach. Prawom dziedziczenia podlega tak samo masa ciała, jak i ilość tkanki tłuszczowej. Jednakowa masa ciała występuje u bliźniąt jednojajowych niż u dwujajowych. Potwierdzają to opublikowane w 1986 r. amerykańskie badania przeprowadzone na prawie 2000 bliźniąt jednojajowych. Ich wyniki dowodzą, że stopień otyłości u tych bliźniąt jest bardzo zbliżony. Takie stopnia jednak

¹⁹ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 53.

²⁰ S. Abraham, Llewellyn- Jones, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Warszawa 1995: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 170.

²¹ M. Jablow, tłum. M. Przyłipiak, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk 2000: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 90.

nie stwierdzono natomiast wśród 2000 bliźniąt dwujajowych.²² Wahania masy ciała bliźniąt jednojajowych są w 70% zależne od czynników genetycznych, a tylko w 30% od szeroko pojętych czynników środowiskowych.²³

Inne badania prowadzone w Szwecji na 677 parach bliźniaków wykazały, że wśród bliźniąt mających wszystkie geny identyczne występowało duże prawdopodobieństwo nadwagi, w przeciwieństwie do bliźniąt dwujajowych. Waga bliźniąt tej samej pary bez względu na to, czy wychowywały się razem czy oddzielnie była podobna. Można więc przypuszczać, że dziedziczenie odgrywa w otyłości większą rolę niż środowisko, choć obydwa czynniki są ważne.²⁴

Genetyczne podłoże otyłości jest bardzo niejednorodne. Istnieje niewielki odsetek pacjentów, u których otyłość wiąże się z mutacją chromosomową. Najczęstszą przyczyną powstawania otyłości o różnym stopniu nasilenia są cechy poligeniczne, które zmieniają w sposób bardzo nieznaczny regulacje gospodarki energetycznej ustroju, umożliwiając metabolizm komórkowy na przewagę procesów magazynowania energii nad procesami wydatkowania i rozpraszania w postaci ciepła. Przekazywanie i ujawnianie się cech w tego typu dziedziczeniu jest bardzo skomplikowane. Często bowiem zdarza się, że otyłość nie ujawnia się u osoby, która odziedziczyła skłonność do oszczędnego genotypu. Oznacza to, że ze strony czynników środowiskowych mogły zadziałać mechanizmy zabezpieczające bądź też inny czynnik genetyczny jest na tyle silny, że choroba się nie ujawniła.²⁵

Należy jednak podkreślić, że nie dziedziczy się otyłości, lecz predyspozycje organizmu do tycia. Rodzina i krewni mają nie tylko wspólne geny, ale także podobny tryb życia i nawyki jedzeniowe. Dlatego rodzinne uwarunkowania otyłości są także związane ze społecznym „dziedziczeniem” stylu życia i przyzwyczajęń żywieniowych. Za epidemię otyłości nie są jedynie odpowiedzialne jedynie geny, gdyż pula genów w czasie ostatnich dwudziestu lat nie zmieniła się w istotny sposób, a liczba przypadków otyłości (szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych) rośnie.²⁶ Istnieje hipoteza, że wzrost deficytu snu, spowodowany gorączkowym stylem życia, prowadzą do fizjologicznych zmian w układzie

²² N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 53.

²³ F. Kokot, *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 1996: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 891 – 895.

²⁴ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 53.

²⁵ I. Wybrańska, *Genetyczne uwarunkowania otyłości i jej wybranych następstw w grupie rodzin otyłych z terenu Małopolski*, Kraków 2008: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 21.

²⁶ A. Basdevant, M. Le Barzic, B. Guy – Grand, *Otyłość*, Kraków 1996: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, s. 6 -68.

hormonalnym, wzmacnia odczucie głodu, a tym samym prowadzi do wzrostu masy ciała. Warto również pamiętać, że zaburzenia przemiany materii lub zła gospodarka hormonalna stanowią jedynie ok. 5% przyczyn przypadków otyłości, a 95% osób otyłych, zarówno dorosłych jak i dzieci cierpi na tak zwaną otyłość prostą spowodowaną nadmiernym spożyciem pokarmów i zbyt małą ilością ruchu.²⁷

Rozdział 2.2

Przyczyny psychospołeczne

Nadmierna waga ciała, czasem poważnie zagrażająca zdrowiu, może być następstwem ustawicznego przejadania się. Otyłość wynikająca z przejadania się jest traktowana jako problem zbliżony do zaburzeń osobowości, a hiperotyłość (otyłość patologiczna) jest zaliczana do zaburzeń związanych z uzależnieniem.²⁸ W wielu wypadkach nadmierne objadanie się skutkujące wysoką nadwagą wynika z wzorców zachowań wyniesionych z domu rodzinnego. To one kształtują ilość i jakość spożywanego pokarmu oraz częstotliwość zjadanych posiłków. W niektórych rodzinach funkcjonuje przekonanie, że zdrowe dziecko powinno mieć obfite kształty, co prowadzi do jego przekarmiania. Jeśli rodzina pochodzenia odżywia się zdrowo, posiłki przyjmuje się regularnie, są one bogate w różnorodne składniki potrzebne organizmowi, odpowiednio dawkowany jest tłuszcz, cukier i sól. To w okresie dorosłości osoba będzie tych reguł przestrzegała, ponieważ zmiana nawyków żywieniowych powstałych w dzieciństwie dla wielu osób jest bardzo trudna.²⁹

W koncepcjach psychoanalitycznych przyczyna nadmiernego objadania się upatrywana jest w tym, że niektóre osoby pozostają w oralnym stadium rozwoju psychoseksualnego i koncentrują się na nagrodach oralnych w postaci jedzenia. Psychoanalitycy wprowadzają rozróżnienie między otyłością rozwojową i otyłością reaktywną. Otyłość rozwojowa związana jest z przeżyciem przez dziecko rodzicielskiego odrzucenia lub innymi poważnymi zaburzeniami w relacji dziecko-rodzic. Zakłada się, że rodzice chcąc wynagrodzić dziecku odrzucenie emocjonalne są nadopiekuńczy i przekarmiają je. Dzieci tracą wówczas umiejętność rozróżniania przeżywanych potrzeb i wewnętrznych sygnałów, gdyż rodzice na wszelkie przejawy dyskomfortu dziecka reagują podaniem mu jedzenia, nie wnikając w prawdziwą przyczynę cierpienia. W konsekwencji osoby tak

²⁷ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 124.

²⁸ R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk 2003: GWP, s. 603 – 608.

²⁹ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 125.

karmione wśród wielu przeżywanych wewnętrznie stanów nie potrafią odróżnić przeżywania głodu od innych odczuć, nie potrafią też określić potrzebnej organizmowi ilości pożywienia. Natomiast otyłość reaktywna występuje u dorosłych jako reakcja na uraz lub stres. Pełni ona rolę obrony wobec cierpienia lub depresji. Osoby z zaburzeniami odżywiania reagują przejadaniem się na negatywne stany emocjonalne np. na obniżenie nastroju, przeżywanie lęku.³⁰

W modelu psychosomatycznym otyłość uznawana jest za somatyczne odzwierciedlenie niepowodzenia w funkcjonowaniu psychicznym jednostki. Niektóre hipotezy odnoszące się do powstawania otyłości na gruncie psychosomatycznym³¹:

- Hipoteza istnienia „fałszywego głodu”, który stanowi wyuczoną reakcję na stres. Osoba postrzegając jakieś zagrożenie myli niebezpieczeństwo z głodem i zaczyna jeść, a w następstwie tego tyje.
- Jedzenie jako droga do uniknięcia zagrożenia. Spożywanie posiłku redukuje natężenie głodu będącego przejawem stanu emocjonalnego i w ten sposób tworzy się nowy wzorzec zachowania.
- Otyłość jako wynik niewłaściwego interpretowania płaczu dziecięcego przez rodziców. Gdy rodzice odczytują płacz dziecka zawsze jako sygnał głodu (a nie np. przeżywanego dyskomfortu psychicznego), dziecko nie jest w stanie nauczyć się adekwatnego reagowania na swoje stany wewnętrzne, nie potrafi określić własnych potrzeb i nie umie zróżnicować doznań emocjonalnych od stanu łaknienia.

W teoriach poznawczych główną rolę w nabywaniu, podtrzymywaniu czy eliminowaniu zachowań związanych z jedzeniem przypisuje się roli myślenia, przekonań i wyobrażeń. Otyłość jest traktowana jako rezultat niepowodzeń w działaniu mechanizmów kontroli jednostki. Dotyczy to zarówno kontroli na poziomie behawioralnym (zachowań jedzeniowych), jak i kontroli na poziomie psychicznym, tj. wyobrażeń i myśli związanych z jedzeniem. Ludziom z nadmierną masą ciała przypisuje się przede wszystkim dominację zewnętrznego poczucia kontroli oraz brak zdolności do sprawowania kontroli, w tym również dotyczącej jedzenia. Podejście behawioralne opiera się na teorii uczenia się. Ważną rolę w takich zachowaniach, jak objadanie się odgrywają procesy warunkowania klasycznego i instrumentalnego. Główną determinantę otyłości stanowią czynniki środowiskowe, które obejmują niewłaściwą dietę. Nieprawidłowe zachowania jedzeniowe oraz siedzący styl życia nie pozwalają jednostce na zużytkowanie pobranej energii. Owe niewłaściwe zachowania

³⁰ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 126 – 127.

³¹ Tamże, s. 127 -128.

jedzeniowe przejawiają się między innymi jedzeniem większych ilości pokarmu, jedzeniem między posiłkami, przyzwyczajeniem do dań wysokokalorycznych, brakiem ustalonych pór posiłków.³²

Dla wielu osób, zarówno dzieci jak i dorosłych, otyłość jest nie tylko konsekwencją, ale także źródłem stresu. Można by powiedzieć, że jest to zamknięte koło, w którym wraz ze wzrostem poziomu stresu wzrasta masa ciała. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem jest powodem ciągłego sięgania do „starego sposobu” radzenia sobie jedzeniem. Jedzenie bowiem w stanach obniżonego samopoczucia czy wyczerpania przedłużającym się stresem, polepsza i podnosi poziom nastroju, przywraca upragniony spokój i ulgę, z czasem jedzenie może stać się nawykowym sposobem radzenia sobie.³³

Rozdział 2.3.

Przyczyny cywilizacyjne

Wielu autorów podkreśla, że czynniki społeczne i demograficzne stanowią ważną grupę przyczyn nadwagi i otyłości, zwłaszcza w społeczeństwach zachodnich. Więcej osób z nadwagą i otyłością możemy spotkać w mieście niż na wsi co najprawdopodobniej wiąże się z różnym stylem życia, a zwłaszcza z aktywności fizycznej. Nadwaga i otyłość częściej także występują u kobiet a niżeli u mężczyzn, co może być spowodowane uwarunkowaniami biologicznymi, ale przede wszystkim różnicą w zachowaniach żywieniowych, a także wpływem czynników psychologicznych.

„Uważa się, że najwięcej ludzi otyłych wywodzi się z grupy o najniższym statusie materialnym, a wraz z jego wzrostem maleje częstość występowania otyłości. Dotyczy to zarówno dorosłych jak i dzieci. Otyłość u kobiet, które pochodziły z najniższych warstw społeczno-ekonomicznych, w porównaniu z jednostkami z warstw najwyższych, występowała 7-krotnie częściej. Kobiety bardziej zamożne są o 20% szczuplejsze niż kobiety mniej wyedukowane. Natomiast mężczyźni z wykształceniem uniwersyteckim oraz z większymi dochodami są o ok. 20% grubszy od tych, którzy mają wykształcenie średnie i zarabiają mniej. W badaniach dzieci francuskich, okazało się że jednostki pochodzące z najuboższych sfer społecznych są o cztery razy grubsze w porównaniu z dziećmi urzędników. Stosowany tam model jedzenia jest oparty na pokarmach o dużej wartości kalorycznej, a dzieci robotników

³² N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 60.

³³ Tamże, s. 62.

jedzą więcej, głównie na powszechny wśród ludzi o niższych dochodach kult solidnego jedzenie”.³⁴

Nadwadze sprzyja nie tylko nadmierne jedzenie, ale także brak aktywności fizycznej. Osoby otyłe prowadzą zazwyczaj mniej aktywny tryb życia, a więc wydatkują mniej kalorii na procesy energetyczne. Sprzyja temu m. in. rozwój cywilizacji, w tym trend do upraszczania, ułatwiania i uprzyjemniania życia człowieka, zwiększenie liczby stanowisk „pracy siedzącej”, mechanizacja, automatyzacja, korzystanie z urządzeń domowych ułatwiających pracę, a tym samym eliminujących wysiłek fizyczny, komunikacja publiczna, czy korzystanie z własnego samochodu, telefon, czy nawet pilot telewizora. Cywilizacja w coraz większym stopniu eliminuje pracę mięśni, a więc dobową przemianę materii staje się zdecydowanie niższa. Tym samym obniża się zapotrzebowanie na energię. Nadmiar kalorii jest magazynowany w postaci tłuszczu. Jeżeli dodać do tego niewłaściwe zwyczaje żywieniowe i łatwą dostępność wysokokalorycznych produktów, które są często spożywane, to prawdopodobieństwo nadmiernego przyrostu wagi ciała wyraźnie wzrasta.³⁵

Badacze obserwują, że negatywny wpływ na nasz sposób odżywiania się mają również środki masowego przekazu, które z jednej strony propagują szczupłą sylwetkę, ale z drugiej zachęcają do konsumpcji wysokoenergetycznych produktów żywnościowych, np. słodczy, chipsów, chrupiek, pizzy, napojów gazowanych, tłustych wędlin. Reklama kształtuje również zapotrzebowanie na większość tzw. śmieci żywieniowych, czyli produktów zawierających puste kalorie, mających jedynie wartość energetyczną i niedostarczających organizmowi żadnych innych potrzebnych substancji. Rozwinał się także transport, dlatego większość ludzi przemieszcza się za pomocą środków lokomocji. Dodatkowo ulubioną formą spędzania wolnego czasu stało się oglądanie telewizji oraz granie w gry komputerowe.³⁶

Innymi czynnikami prowadzącymi do nadmiernej masy ciała mogą być³⁷:

- Procesy przetwarzania żywności, dające produkty wysokokaloryczne, zmierzające do eliminacji substancji balastowych, np. biała mąka, czysty cukier, zagęszczane soki owocowe, dosładzane mleko itd.
- Zmiana miejsca pracy, np. na lżejszą lub mieszczącą się w pobliżu miejsca zamieszkania, bądź wykonywanie zawodu wiążącego się z jedzeniem (piekarz, cukiernik).

³⁴ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 55.

³⁵ Tamże, s. 56.

³⁶ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 134-135.

³⁷ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 58.

- Częste biesiadowanie przy syto zastawionym stole i „próbowanie” każdej potrawy.
- Nieregularność posiłków, opuszczanie ich (zwłaszcza śniadania) oraz zbyt małą liczbą posiłków (co z reguły prowadzi do przejadania się).
- Zaprzestanie uprawiania sportu.
- Urazy czy długotrwała choroba ograniczająca lub uniemożliwiająca aktywność fizyczną.
- Stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, farmakologicznych czy pobieranie anaboliów przez sportowców.

Przedstawione argumenty przemawiają za tym, że otyłość można zaliczyć do chorób cywilizacyjnych.

Rozdział 3

Konsekwencje otyłości

W rozdziale tym w pierwszej kwestii zostaną omówione konsekwencje medyczne, gdzie nadmierna masa ciała może być źródłem wielu problemów zdrowotnych głównie kardiologicznych, metabolicznych i ortopedycznych. Następnie będą omówione konsekwencje społeczno-psychologiczne, gdzie osobno zostaną przedstawione skutki psychiczne otyłości i osobno skutki społeczne.

Rozdział 3.1.

Konsekwencje medyczne

Otyłość sprzyja występowaniu bardzo wielu schorzeń fizjologicznych, są one szczególnie niebezpieczne dla dzieci, gdyż negatywnie wpływa na ona na układy i narządy rozwijające się w organizmie. *form*

Nadwaga i otyłość mają znaczący wpływ na skrócenie czasu życia. Ważne jest nie tyle samo zwiększenie masy ciała, ile wynikające z niego zaburzenia, które stwarzają zagrożenie dla zdrowia i życia. Otyłość jest więc pośrednią przyczyną zwiększenia umieralności wśród społeczeństwa Ameryki Północnej i Europy. W ciągu roku z powodu otyłości umiera ok. 300 tys. Amerykanów i jest to druga kolejność po paleniu papierosów przyczyna zgonów.³⁸

Nadwaga, a zwłaszcza otyłość, powodują wiele chorób i zaburzeń. Można do nich zaliczyć³⁹:

- Podwyższony poziom cholesterolu i ciśnienia tętniczego. Przy 30-procentowej nadwadze ryzyko nadciśnienia wzrasta 3-krotnie. Wysokie stężenie cholesterolu, zwłaszcza frakcji LDL, powoduje jego przyleganie do śródbłonnych naczyń tętniczych i tworzenie czopów miażdżycowych. W efekcie może doprowadzić do ograniczonego dopływu krwi do warstw mięśnia sercowego, co prowadzi do niewydolności wieńcowej, a w końcowym efekcie do zawału serca.
- Rozwój odśrodkowego przyrostu lewej komory, przede wszystkim u osób z masą 2-krotnie większą od „idealnej”. Nieprawidłowości te stanowią często obraz klinicznego „kardiomiopatii otyłościowej”. Objętość krwi krążącej i rzut minutowy są zwiększone i w ok. 1/3 przypadków dochodzi do rozwoju nadciśnienia tętniczego.
- Podwyższenie się wartości hemoglobiny i erytrocytów, co powoduje zwiększenie lepkości i krzepliwości krwi, a to z kolei prowadzi do powikłań zakrzepowozatorowych.
- Zmniejszenie się ilości krwi względem masy ciała oraz jej zagęszczenie co bywa powodem powstania zakrzepowego zapalenia żył i żylaków.

³⁸ N. Ogińska – Bulik, *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wymagających redukcję nadwagi*, Łódź 1999: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, s. 12-15.

³⁹ N. Ogińska – Bulik, *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 64 – 67.

- Rozrastanie się skupisk tkanki tłuszczowej w śródpiersiu i wokół serca, sam mięsień sercowy może ulegać otluszczeniu. Zmniejsza to możliwość wentylacyjne płuc i upośledza wydolność serca.
- Chorobę niedokrwienną serca – 40% przypadków tej choroby jest związane z BMI powyżej 25. Prawdopodobieństwo, że u osoby otyłej wystąpi ta choroba jest 1,5 razy większa niż u osób z wagą w normie.
- Udar mózgu – ryzyko wystąpienia u osób otyłych jest 2-krotnie większa.
- Cukrzyca. Otyłość w populacji osób z cukrzycą typu II występuje ok. 9,5 razy częściej niż w populacji ogólnej, a 80% osób cierpiących na tę chorobę wykazuje nadmierny ciężar ciała.
- Kamienicę pęcherza żółciowego (występuje 6-krotnie) częściej niż u osób szczupłych).
- Stłuszczenie i marskość wątroby oraz zapalenie trzustki.
- Wzrost ryzyka wystąpienia nieżytów oskrzeli i stanów zapalnych. Otluszczenie klatki piersiowej utrudnia ruchy oddechowe, zmniejszając amplitudę oddechową, przez co oddech staje się szybszy i płytki. Jednocześnie zwiększa się ciśnienie w jamie brzusznej, zmniejszenie ruchomości przepony. Utrudniona wymiana gazowa sprzyja występowaniu nieżytów oskrzeli i występowaniu stanów zapalnych.
- Zaburzenia oddychania w czasie snu, objawiające się m.in. zespołem hipowentylacji bądź bezdechu sennego.
- Większa potliwość, co może prowadzić do stanów zapalnych na tle infekcji bakteryjnych lub grzybiczych w fałdach skóry.
- Większa skłonność do wszelkich infekcji. Z kolei dawki leków muszą być podwyższone (na kg wagi ciała), co może prowadzić do uszkodzeń wątroby.
- Obciążenie, a właściwie przeciążenie układu kostno-stawowego. Najczęściej zwiększa się lordoza lędźwiowa, spłaszczają się kręgi i krążki międzykręgowe, predysponując do występowania zespołu zwanego „wypadaniem dysku”. Zwązają się przestrzenie międzykręgowe, powodując bólowe zespoły korzonkowe. Pogarsza się stabilność kręgosłupa. U otyłych z powodu przeciążenia więzadeł przyśrodkowych narasta koślawość, przejawiająca się skrzywieniem kończyn dolnych w kształcie litery X.
- Wzrost ryzyka zachorowania na choroby nowotworowe, u kobiet przede wszystkim raka pęcherzyka żółciowego, piersi, macicy i jajników, u mężczyzn raka okrężnicy i prostaty.

- Ryzyko pojawienia się tzw. triady objawowej u kobiet, na którą składa się kompleks chorób: nadciśnienie, cukrzyca insulino niezależna i rak trzonu macicy.
- Zwiększenie ryzyka wypadków, utrudnienie leczenia operacyjnego, możliwość powikłań pooperacyjnych, pogorszenie rokowania w przypadku nawrotów, zmniejszenie skuteczności leczenia.
- Występowanie zaburzeń miesiączkowania, a nawet niepłodność u kobiet.
- Pogorszenie sprawności fizycznej, odczuwanie zmęczenia, już nawet po niewielkim wysiłku fizycznym, a ponadto duszności, kołatanie serca, bóle i zawroty głowy, konieczność częstego odpoczynku. Serce osoby otyłej jest większe i wykonuje 50% pracy więcej niż serce osoby z wagą prawidłową.

Tak więc nadmierna masa ciała może być źródłem wielu problemów zdrowotnych głównie kardiologicznych, metabolicznych i ortopedycznych.

Rozdział 3.2.

Konsekwencje społeczno-psychologiczne

Otyłość i nadwaga pociąga za sobą wiele następstw natury zarówno psychologicznej jak i społecznej. Nadmierna masa ciała ma wpływ na spostrzeganie siebie, na przeżywanie emocje, a także na relacje z innymi ludźmi, wpływa także na funkcjonowanie społeczne człowieka.

Skutki psychiczne otyłości⁴⁰:

- Możliwość wystąpienia przewlekłych stanów obniżenia nastroju, a także depresji, drażliwość
- Występowanie dręczących myśli o jedzeniu
- Niskie poczucie własnej wartości: niezadowolenie z wyglądu zewnętrznego, z ciągłego ulegania własnej „słabości”, z porzucenia kolejnych diet, z często powtarzających się negatywnych reakcji społecznych, np. w przypadku dzieci wyśmiewania przez rówieśników
- Izolowanie się i poczucie osamotnienia
- Bierność, poczucie bezradności i utrata wiary we własne siły

⁴⁰ G. Apfelodorfe, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Katowice 1999: Wydawnictwo „Książęca”, s. 52.

- Możliwość pojawienia się zaburzeń osobowości, która przybiera bądź postać cyklotymiczną (charakteryzującą się impulsywnością, zmiennością uczuć i relacji z innymi odczuciami nudy i pustki, niepewnością co do własnej tożsamości), bądź to schizoidalną (ludzie ci unikają każdego intymnego związku, są niezwykle wrażliwi na odrzucenie i ostrożni w nawiązywaniu kontaktów z innymi, jeśli nie mają gwarancji bezkrytycznego przyjęcia, a niska samoocena skłania ich do ciągłego poszukiwania aprobaty)
- Zmiany mentalne (nadmierna koncentracja na jedzeniu i wadze ciała)
- Zmiany w zachowaniu-działania „podporządkowane” jedzeniu.

Skutki społeczne otyłości⁴¹:

- Tendencja do izolowania się.
- Osłabienie kontaktów międzyludzkich. Osoba otyła, czując się nieatrakcyjną (np. fizycznie), może rezygnować z zawierania i podtrzymywania znajomości z innymi ludźmi, poczucie osamotnienia zaś może ją prowadzić do objadania się (funkcja jedzenia jako „pocieszacza”). W ten sposób tworzy się mechanizm błędnego koła, podtrzymujący lub nawet pogłębiający otyłość.
- Negatywny odbiór społeczny – wielu ludzi uważa otyłość za oznakę słabego charakteru. Z tego powodu ocenia negatywnie osoby otyłe niechętnie nawiązuje z nimi relacje.
- Trudności w znalezieniu partnera życiowego.
- Problemy ze znalezieniem pracy ze względu na przeciwwskazania zdrowotne albo niechęć i/lub uprzedzenia pracodawców.
- Utrudnienia w pełnieniu ról społecznych z powodu powikłań medycznych lub ograniczonej możliwości poruszania się przy znacznej nadwadze.
- Zaburzenia relacji rodzinnych-konflikty dotyczące sposobu oraz ilości spożywanego jedzenia.

Nadwaga u dzieci może Stanowić podstawę do oceny siebie oraz relacji z innymi, wyznaczać negatywny stosunek emocjonalny do siebie oraz poczucie braku akceptacji ze strony innych. Może to doprowadzić do poczucia odrzucenia i osamotnienia także w wieku późniejszym. Otyłe nastolatki także czują się samotne, nielubiane i odrzucane przez rówieśników. W badaniach przeprowadzonych przez Wiśniowiecką i Szewczyka na dzieciach i młodzieży w wieku 10-15 lat wykazano, że jednostki z nadwagą charakteryzował wyższy

⁴¹ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 153.

poziom izolacji społecznej, dotyczącej nie tylko kontaktów z rówieśnikami, ale także relacji z nauczycielami i innymi osobami znaczącymi (nie zanotowano podwyższonego poczucia osamotnienia wynikającego ze stosunku z rodzicami). Młodym ludziom otyłym trudniej jest żyć i realizować swoje marzenia. Nadwaga utrudnia im start w dorosłe życie i przeszkadza w samorealizacji w życiu zawodowym i osiągnięciu sukcesu w dalszej karierze. Nadmiar masy ciała wyznaczający nieatrakcyjność interpersonalną młodych ludzi jest przyczyną przeżywania smutku, żalu, osamotnienia, a nawet depresji. Przeżycia osoby otyłej znajdują odzwierciedlenie w jej zachowaniu, najczęściej prowadząc do poszukiwania pocieszenia w jedzeniu.⁴²

Należy także pamiętać o socjoekonomicznych konsekwencjach otyłości, nadmierna masa ciała jako odpowiedzialna za zwiększoną zapadalność na wiele przewlekłych chorób, powoduje wiele strat natury ekonomicznej. Choroby wynikające z nadmiaru kilogramów w USA pochłaniają corocznie miliardy dolarów i obejmują od 2 do 8% ogólnych kosztów związanych z opieką medyczną.⁴³

Amerykanie dokonali obliczeń, ile kosztują społeczeństwo ludzie otyli, gdyż to społeczeństwo właśnie pokrywa koszty finansowania długotrwałego leczenia jednostek cierpiących na otyłość. Według nich całkowite koszty ponoszone na ochronę zdrowia ludzi z BMI w granicach 30-34,9 kg/m² były o 25% większe w porównaniu z kosztami ochrony zdrowia osób szczupłych. W grupie osób z BMI 35 kg/m² i powyżej koszty były większe o 44%. Z przytoczonych danych wynika, że otyłość stanowi także problem ekonomiczny.⁴⁴

Do tego wszystkiego należy doliczyć wydatki, jakie ponoszą same osoby otyłe, by stracić na wadze (jedzenie i napoje dietetyczne, kluby fitness, książki, kasety, itp.). suma tych kosztów jest ogromna. W roku 1992 Amerykanie wydali na odchudzanie 32,7 mld dolarów. Większość tych pieniędzy, została zmarnowana, bowiem nie przyniosły one wyraźnych rezultatów w postaci spadku masy ciała.⁴⁵

⁴² N. Ogińska – Bulik, *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wymagających redukcję nadwagi*, Łódź 1999: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, s. 69.

⁴³ Tamże, s. 70.

⁴⁴ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s.161-162.

⁴⁵ N. Ogińska – Bulik, *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wymagających redukcję nadwagi*, Łódź 1999: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, s. 70.

Rozdział 4

Profilaktyka i leczenie otyłości

W pierwszym podrozdziale tym zostaną omówione metody leczenia otyłości takie jak: stosowanie odpowiedniej diety, zwiększenie aktywności fizycznej, wsparcie psychoterapeutyczne, leczenie za pomocą środków farmakologicznych, leczenie chirurgiczne. W kolejnym podrozdziale zostanie przedstawiona profilaktyka, a w niej szczególny nacisk będzie położony na edukację zdrowotną, przedstawioną zostanie także Europejski Projekt Dotyczący Przeciwdziałania Otyłości.

Rozdział 4.1.

Leczenie otyłości

Leczenie otyłości wymaga wieloaspektowego podejścia w leczeniu, gdzie celem jest uzyskanie spadku wagi ciała i tak pierwszym aspektem, jaki zostanie omówiony będzie dieta.

Leczenie dietetyczne osób z zaburzeniami metabolicznymi polega przede wszystkim na edukacji chorych w zakresie zmiany nawyków żywieniowych oraz indywidualnym dostosowaniu zaleceń żywieniowych. Każda dieta powinna być przygotowana pod względem zapotrzebowania energetycznego oraz odpowiednio zbilansowana pod względem zawartości: białka (10÷20%), tłuszczu (10÷30%), węglowodanów (50÷60%). Coraz większą uwagę przywiązuje się również do wpływu spożywanej żywności na poziom cukru pozostającego we krwi po posiłku, czyli na tzw. indeks glikemiczny⁴⁶. Wartość energetyczna diety zależy od płci, masy ciała i aktywności fizycznej. Dla kobiet i mężczyzn o umiarkowanej aktywności fizycznej zapotrzebowanie energetyczne wynosi odpowiednio 2200 i 3000 kcal.⁴⁷

Wysiłek fizyczny, obok prawidłowej diety oraz odpowiedniego stylu życia stanowi podstawę leczenia osób otyłych. Regularny wysiłek fizyczny pomaga przede wszystkim w zachowaniu prawidłowego bilansu energetycznego, czyli równowagi pomiędzy ilością pobranych w pożywieniu kalorii a ich spalaniem podczas wykonywania pracy bądź treningu fizycznego. Wydatek energetyczny zależy od wieku i płci (przemiana materii maleje wraz z wiekiem i jest mniejsza u kobiet niż u mężczyzn), a także od masy ciała, ponieważ osoby o większej masie wydają więcej energii na wykonywanie określonych czynności. Osoby otyłe lub z tendencją do występowania otyłości powinny codziennie poświęcić 60-90 minut na wysiłek o średnim stopniu intensywności. Pomaga im to zmniejszyć masę ciała, a następnie utrzymać uzyskany efekt.⁴⁸ Szczególnie pomocne w walce z nadwagą niezależnie od wieku są dwa rodzaje ćwiczeń: dotleniające i oporowe. Ćwiczenia dotleniające obejmują marsze, jogging, jazdę na rowerze, aerobik. Ich zaletą jest zwiększenie wydolności organizmu, a więc budowanie kondycji i lepsze dotlenienie ustroju. Pozytywne skutki ćwiczeń dotleniających oddziałują przede wszystkim na układ krążenia, a w szczególności

⁴⁶ Indeks glikemiczny, wskaźnik glikemiczny (ang. *glycemic index*, GI) - klasyfikacja produktów żywnościowych na podstawie ich wpływu na poziom glukozy we krwi w 2-3 godziny po ich spożyciu (glikemia poposiłkowa)

⁴⁷ M. Szurkowska, Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych, Kraków 2006: Wydawnictwo Medyczne, s. 46-58.

⁴⁸ Tamże, s. 131-135.

na serce. W konsekwencji spala zmagazynowane substancje energetyczne, głównie tłuszcz i węglowodany. Ćwiczenia oporowe służą przede wszystkim budowaniu masy mięśniowej ciała oraz zwiększeniu jego siły i wytrzymałości.⁴⁹

W leczeniu nadwagi raczej nie zaleca się stosowania środków farmakologicznych. Ich stosowanie najczęściej daje jedynie krótkotrwałe obniżenie masy ciała. Leki zmniejszające apetyt powinny być traktowane, co najwyżej jako jeden z elementów całościowego programu odchudzania, polegającego na zmianie diety, zwiększeniu aktywności fizycznej i modyfikacji zachowań i to przede wszystkim dla pacjentów ze znaczną otyłością. Wyróżnia się kilka grup środków, które są stosowane w procesie redukcji nadmiernej masy ciała⁵⁰

- Leki hamujące łaknienie: obwodowo - po zażyciu pęcznieją w żołądku, dając poczucie wypełnienia, ośrodkowo – oddziałują na układ nerwowy, dając uczucie nasycenia
- Leki zmniejszające wchłanianie w jelitach – ich działanie polega hamowaniu trawienia pokarmu (głównie tłuszczów), np. orlistat powoduje, że 30% tłuszczu nie jest wchłaniana przez organizm i zostaje wydalona na zewnątrz
- Leki działające termogenicznie – pobudzają wytwarzanie ciepła przez zużytkowanie pokarmu na wydatek energetyczny
- Leki moczopędne – usuwają z organizmu nadmiar wody; sytuacje takie stanowią ok. 30% znacznej otyłości.

Leczenie chirurgiczne jest stosowane w sytuacji otyłości patologicznej. W celu poprawy wskaźnika BMI może mieć zastosowanie resekcja jelita cienkiego, polegająca na wyłączeniu części jelita, co ma powstrzymać trawienie pokarmów, lub zabiegi na żołądku, które mają ograniczyć objętość spożywanych pokarmów⁵¹:

- Pionowa plastyka żołądka – za pomocą mechanicznego zszywacza zostaje utworzony mały – wąski zbiornik w górnej części żołądka
- Ominięcie żołądka – przez zamknięcie światła żołądka zostaje on podzielony na dwie części: górną (mniejszą) i dolną (większą), część dolna nie ma kontaktu z treścią pokarmową, następuje zmniejszenie czynnej części żołądka połączone z wyłączeniem części jelita cienkiego
- Owinięcie żołądka taśmą – bardzo mała aktywna górna część żołądka jest owijana taśmą z tworzywa sztucznego tuż poniżej wpustu, od kilku lat stosuje się taśmę

⁴⁹ N. Ogińska – Bulik, *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wymagających redukcję nadwagi*, Łódź 1999: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, s. 77.

⁵⁰ Tamże, s. 77-79.

⁵¹ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s.184-187.

szwedzką, która po napełnieniu płynem zwiększa swoją objętość, a tym samym zaciska górną część żołądka

- Operacja Scopinaro – polega na wycięciu znacznej części żołądka, pęcherzyka żółciowego, części jelita cienkiego, jest stosowana u tych pacjentów, w stosunku do których inne metody okazały się nieskuteczne
- Wprowadzenie balonu wypełnionego płynem do żołądka w celu zmniejszenia jego pojemności; balon jest usuwany po kilku miesiącach, w większości przypadków ten zabieg traktowany jest jako przygotowanie do właściwej operacji chirurgicznej żołądka
- Wszczepienie w ściany żołądka elektrod, które mają zwolnić szybkość przemieszczania się treści pokarmowych i zmniejszyć łaknienie.

Trzeba przy tym pamiętać, że chirurgia plastyczna, zabiegi plastyczne (tzw. liposukcja), tak powszechne w dzisiejszych czasach nie mają na celu odchudzenie pacjenta, lecz poprawę określonych obszarów ciała przez zmniejszenie podściółki w tkance podskórnej. Za pomocą odpowiedniej aparatury (gruba igła, plastikowy dren i urządzenie do odsysania) usuwa się nagromadzone komórki tłuszczowe.⁵²

Rozdział 4.2.

Działania zapobiegające zjawisku otyłości

Podstawowe znaczenie w zapobieganiu otyłości odgrywa profilaktyka, gdyż łatwiej i taniej jest zapobiegać niż leczyć. Bardzo dobrym sposobem na zapobieganie otyłości może być edukacja zdrowotna, zwłaszcza gdy zawodne okazują się tradycyjne wzorce żywienia w rodzinie gdy środki masowego przekazu zalewają społeczeństwo ogromną ilością porad, diet odchudzających, z których większość jest nieskuteczna.

Zadaniem edukacji zdrowotnej jest zwiększenie świadomości społeczeństwa m. in. poprzez uznanie otyłości za ważny problem zdrowotny, dostarczenie wiedzy na temat przyczyn powstawania i skutków nadwagi i otyłości, kształtowanie umiejętności przygotowania posiłków, zachęcanie do uprawiania ćwiczeń fizycznych, a także kształtowanie i wpajanie określonych przekonań odnoszących się do własnej osoby, takich jak: poczucie własnej wartości, skuteczność, poczucie panowania nad sytuacjami trudnymi.⁵³

⁵² J. Holle, *Chirurgia plastyczna*, Warszawa 1996: PZWL, s.34-42.

⁵³ T. B. Kulik, *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*, Stalowa Wola 1997: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli, s.20-25.

Edukacja zdrowotna powinna rozwijać umiejętność radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, tak by jednostka nie musiała szukać pocieszenia w jedzeniu. Powinna także zmierzać do zmiany postaw dotyczących redukcji wagi i własnych możliwości związanych z jej redukowaniem. W edukacji zdrowotnej podkreśla się znaczenie uczenia się przez doświadczenie oraz stawianie jednostce szerokiego zakresu celów, w tym celów ukierunkowanych na zmianę świadomości, postaw, podejmowanie decyzji, wzajemne wspieranie się, wyeksponowanie korzyści płynących ze szczupłej sylwetki ciała.⁵⁴

Zasady profilaktyki otyłości zakładają⁵⁵:

- Wprowadzenie do programów szkolnych nauki o prawidłowym żywieniu, informowanie o wpływie pokarmów wysokotłuszczowych i napojów alkoholowych na zwiększenie masy ciała oraz promocję edukacji żywieniowej w szkołach
- Rzetelne informowanie o składzie pokarmów zamieszczane na etykietach produktów spożywczych
- Regularność, promowanie i ułatwienie organizacji aktywności fizycznej
- Prowadzenie badań przesiewowych w populacji osób wysokiego ryzyka (np. choroby naczyniowo-sercowe) przez lekarzy, okresowe badania ciśnienia, pomiar wzrostu i wagi; w rodzinach ryzyka przeprowadzanie badań specjalistycznych, kontrolowanie i opiniowanie zasad żywienia, opracowanie zapotrzebowania kalorycznego z uwzględnieniem odrębności indywidualnych, szczególny nadzór nad dziećmi z istniejącą nadwagą
- Kontrolę sposobu żywienia w miejscach żywienia zbiorowego dla dzieci i młodzieży
- W środkach masowego przekazu propagowanie zdrowych zasad i wzorców żywieniowych i nadzór nad reklamami produktów żywnościowych, przeznaczonych zwłaszcza dla dzieci .

Wskazania do stosowania profilaktyki otyłości dotyczą przede wszystkim osób z tzw. grup ryzyka. Szczególną uwagę należy więc zwrócić na osoby po rzuceniu palenia i intensywnego treningu sportowego, kobiety po urodzeniu dziecka i w czasie menopauzy, osoby stosujące leki psychotropowe i hormonalne, osoby szybko zwiększające masę ciała, osoby chore z zaburzeniami endokrynologicznymi i cukrzycą. Od lekarza pierwszego

⁵⁴ N. Ogińska – Bulik, *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wymagających redukcję nadwagi*, Łódź 1999: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, s. 88-89.

⁵⁵ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s.169-171.

kontaktu zależy w dużej mierze powodzeniu w przeciwdziałaniu otyłości. Jego działania można streścić w zasadzie minimalnej interwencji⁵⁶:

- Sprawdzić ryzyko wystąpienia otyłości i ewentualnych jej powikłań
- Spytać o gotowość do podjęcia odchudzania w sytuacji rozpoznania nadwagi lub otyłości
- Skierować na odpowiednią kurację odchudzającą po wcześniejszym uzgodnieniu z pacjentem.

Europejski projekt dotyczący przeciwdziałania otyłości formułuje następujące zasady postępowania mającego na celu zmniejszenie masy ciała, tzw. regułę pięciu A:

- Assess (ocena ryzyka)
- Ask (gotowość do odchudzania)
- Advise (program odchudzający)
- Assist (pomoc w zmianie zachowań)
- Arrange (harmonogram kontroli)

Projekt ten zwraca uwagę na konieczność powołania odpowiednich ośrodków specjalistycznych zajmujących się stałym prowadzeniem różnych programów kompleksowego odchudzania się, a jednocześnie zakłada stworzenie profesjonalnego systemu kształcenia i uzyskiwania specjalizacji w zakresie leczenia otyłości, tak by powstała grupa dobrze wyszkolonych i przygotowanych profesjonalistów do stawiania czoła problemom ludzi z otyłością.⁵⁷

Stosunkowo nowym sposobem oddziaływania profilaktycznego jest psychoedukacja przez Internet. Osoby odwiedzające strony internetowe mogą otrzymać informacje o symptomach, terapii i konsekwencjach nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem. Wydaje się, że droga online może być pomocna zwłaszcza tym osobom, które czują się osamotnione i pozbawione wsparcia. Badania opierające się na danych pochodzących od 3500 osób regularnie korzystających z Internetu, ujawniają, że ok. 73% osób jest to możliwość spotkania innych osób z tymi samymi problemami, dla ok. 68% Internet jest źródłem informacji, dla ok. 47% stanowi możliwość wyjścia z izolacji, dla ok. 36% jest wsparciem w lepszym radzeniu sobie z chorobą, a ok. 37% czuło się zmotywowane do podjęcia psychoterapii.⁵⁸

⁵⁶ M. Szurkowska, *Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych*, Kraków 2006: Wydawnictwo Medyczne, s. 183-187.

⁵⁷ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL, s. 172-173.

⁵⁸ Tamże, s.174-175.

Zakończenie

Otyłość jest problemem współczesnego świata, do której powstania w dużej mierze przyczynia się cywilizacja, styl życia współczesnego człowieka.

Podsumowując mamy wiele przyczyn powstawania otyłości są to między innymi przyczyny biologiczne, psychospołeczne i cywilizacyjne. Jeżeli chodzi o uwarunkowania biologiczne szczególną uwagę zwraca się na czynniki genetyczne, ale trzeba pamiętać, że dziedzicznym skłonnością do otyłości a nie samą otyłości, więc to czy dziecko będzie miało problemy z nadwagą w dużej mierze zależy od rodziców i od tego, jaką profilaktykę zastosują w stosunku do swojego dziecka i jakie wzorce żywieniowe mu przekażą, otyłość potrzebuje odpowiedniego środowiska żeby mogła się rozwinąć. Z domu rodzinnego wynosimy wzorce żywieniowe, które to skutkują nadmiernym objadaniem się i mogą prowadzić do uzależnienia się od jedzenia, to one także kształtują ilość i jakość spożywanego pokarmu oraz częstotliwość zjadanych posiłków.

U młodzieży szkolnej i u dorosłych jedzenie, przejadanie się może być reakcją obronną wobec cierpienia, depresji, złego samopoczucia, przeżywanego lęku, stresu. Wtedy to otyłość uznawana jest za somatyczne odzwierciedlenie niepowodzenia w funkcjonowaniu psychicznym jednostki. Nieprawidłowe zachowania jedzeniowe, jak też współczesny styl życia, siedzący styl życia (gdzie głównie pracuje się „za biurkiem”, korzysta z komputera, ogląda TV, jeździ samochodem), gdzie nie ma czasu i chęci na aktywność fizyczną jednostka nie ma w jaki sposób zużyć pobranej energii, więc ją magazynuje w postaci tłuszczu. Skutkuje to wszystkim tym, że coraz więcej dana osoba spożywa pokarmów, je między posiłkami, przyzwyczajają się do dań wysokokalorycznych i nie ma ustalonych pór posiłkowych.

Więcej osób z nadwagą i otyłością możemy spotkać w mieście niż na wsi co najprawdopodobniej wiąże się z różnym stylem życia, a zwłaszcza w aktywności fizycznej. A jeżeli chodzi o osoby otyłe prowadzą one zazwyczaj mało aktywny tryb życia. Cywilizacja w coraz większym stopniu eliminuje pracę mięśni, a więc dobową przemianę materii staje się zdecydowanie niższa. Rozwój cywilizacji sprzyja otyłości gdyż, we współczesnym świecie jest tendencja do ułatwiania i upraszczania sobie życia poprzez automatyzację i mechanizację, korzystanie ze sprzętu gospodarstwa domowego ułatwiającego pracę, co w konsekwencji ogranicza wysiłek fizyczny do minimum, korzystanie z samochodu, taxówek czy komunikacji miejskiej, telefon, czy nawet pilot do telewizora. Kiedy dodamy do tego wszystkiego jeszcze

niewłaściwe zwyczaje żywieniowe, wysokokaloryczne produkty, które w dzisiejszych czasach są bardzo powszechnie spożywane mamy gotową „receptę” na otyłość.

Środki masowego przekazu mają negatywny wpływ na sposób odżywiania się społeczeństwa, z jednej strony promują szczupłą sylwetkę, z drugiej zaś zachęcają do konsumpcji wysokoenergetycznych i wysokokalorycznych produktów żywnościowych, np. słodczy, chipsów, chrupek, pizzy, napojów gazowanych, tłustych wędlin itp.

Otyłość jest również bardzo poważna w skutkach. Do najpoważniejszych konsekwencji otyłości natury medycznej możemy zaliczyć: problemy kostno-stawowe, zaburzenia przemiany materii, u kobiet zaburzenia menstruacji, duże ryzyko zachorowań na nowotwór, komplikacje podczas porodu i operacji chirurgicznych, a także wpływa na skrócenie życia. Osoby otyłe mają zazwyczaj negatywny obraz własnego ciała, a także niską samoocenę. Otyłość bardzo często jest powodem wykluczenia ze społeczeństwa, są nieakceptowane w społeczeństwie.

Jeżeli zaś chodzi o leczenie otyłość jest bardzo długi i wyczerpujący proces, na który składa się wiele czynników, gdzie podstawą jest pozytywne nastawienie osoby zainteresowanej i wiara we własne siły. Bardzo istotną kwestią jest także zmiana stylu życia na bardziej aktywny. Można zacząć od powolnego przyzwyczajania organizmu do zwiększonej aktywności, na przykład⁵⁹:

- Używać schodów zamiast windy
- Wsiąść przystanek wcześniej lub przejść do następnego
- Zaparkować samochód przecznicę dalej niż zwykle
- W miarę możliwości spacerować do pracy lub szkoły
- W czasie oglądania telewizji wykonywać jakieś czynności, na przykład prasowanie czy ćwiczenia na rowerku stacjonarnym
- Poświęcać więcej czasu na aktywną zabawę z dziećmi
- W pracy wykonywać kilku-minutowe ćwiczenia itp.

Należy także pamiętać, aby zapobiegać otyłości także u dzieci, a nie tylko u osób dorosłych, można to robić między innymi poprzez⁶⁰:

- Zwiększyć udział karmienia niemowląt piersią
- U dzieci do 2 roku życia obniżyć udział białka w diecie, zwiększyć natomiast udział tłuszczu

⁵⁹ M. Szurkowska, Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych, Kraków 2006: Wydawnictwo Medyczne, s. 134.

⁶⁰ <http://www.farm.amwaw.edu.pl/~axzimni/biuletyn/0301Suchocka.html>

- W żywieniu dzieci w wieku szkolnym zmniejszyć udział tłuszczu na rzecz węglowodanów i błonnika
- Uzmysłować rodzicom, że potrzeby psychiczne dziecka można zaspokajać bez podawania słodyczy, stosowanego jako metoda nagradzania bądź pocieszania
- W wyniku nacisku przez organizacje konsumenckie doprowadzić do ograniczenia liczby reklam niezdrowej żywności, emitowanych w godzinach najwyższej oglądalności telewizji przez dzieci i młodzież.

Jak widać tak naprawdę to jak będziemy wyglądać w dużej mierze zależy od nas samych. Trzeba pamiętać, że otyłości lepiej i łatwiej zapobiegać niż ją leczyć. Bardzo ważną kwestią jest informowanie społeczeństwa o zagrożeniach jakie powoduje nadmierna ilość tkanki tłuszczowej, oraz o czynnikach, które wywołują otyłość.

Aneks

Tabela 1.

Przeciętne miesięczne spożycie produktów żywnościowych w gospodarstwach domowych według grup kwintalowych w 2004 roku – na osobę⁶¹:

Wyszczególnienie	J.m.	Ogółem	Grupy kwintylowe				
			I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8
Pieczywo i produkty zbożowe	Kg	8,68	8,48	8,39	8,73	9,02	8,77
Pieczywo ogółem	Kg	6,08	6,33	6,12	6,13	6,11	5,75
Pieczywo żytnie	Kg	0,25	0,11	0,13	0,21	0,30	0,49
Pieczywo pszenne	Kg	1,07	0,76	0,91	1,08	1,20	1,36
Pieczywo mieszane i pozostałe	Kg	4,76	5,46	5,08	4,84	4,61	3,90
Makaron	Kg	0,38	0,33	0,35	0,39	0,43	0,41
Mąka	Kg	1,09	1,09	1,07	1,13	1,16	1,01
Kasza	Kg	0,19	0,17	0,16	0,20	0,22	0,21
Płatki	Kg	0,09	0,05	0,07	0,08	0,10	0,13
Ryż	Kg	0,23	0,18	0,19	0,24	0,27	0,27
Wyroby ciastkarskie	Kg	0,59	0,32	0,42	0,54	0,70	0,94
Krakersy, suchary, herbatniki, wafle	Kg	0,03	0,01	0,02	0,03	0,04	0,05
Mięso, podroby i przetwory	Kg	5,43	4,31	4,90	5,46	6,06	6,30
Mięso surowe	Kg	3,06	2,44	2,76	3,05	3,42	3,56
Mięso wieprzowe	Kg	1,33	1,07	1,21	1,35	1,47	1,53
Mięso wołowe	Kg	0,18	0,08	0,12	0,15	0,22	0,30
Mięso cielęce	Kg	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02	0,05
Mięso drobiowe	Kg	1,50	1,25	1,39	1,52	1,68	1,66
Przetwory mięsne	Kg	2,23	1,77	2,02	2,26	2,48	2,57
Wędliny wysokogatunkowe	Kg	0,49	0,22	0,33	0,46	0,59	0,81
Wędliny drobiowe	Kg	0,21	0,15	0,18	0,22	0,24	0,26
Konserwy mięsne	Kg	0,09	0,08	0,09	0,09	0,10	0,10
Podroby	Kg	0,14	0,10	0,12	0,15	0,16	0,17
Ryby	Kg	0,41	0,23	0,30	0,39	0,48	0,60

⁶¹ B. Kulbicka, *Analiza spożycia żywności w gospodarstwach domowych. Przesłanki dla polityki żywnościowej*, Warszawa 2006: Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, s. 18 – 19.

Ryby morskie	Kg	0,17	0,09	0,13	0,16	0,21	0,26
Ryby suszone lub wędzone	Kg	0,04	0,02	0,03	0,04	0,05	0,08
Śledzie i inne ryby solone	Kg	0,05	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07
Ryby słodkowodne	Kg	0,07	0,04	0,05	0,07	0,08	0,10
Konserwy rybne	Kg	0,07	0,05	0,05	0,07	0,08	0,09
Mleko	L	4,60	4,47	4,34	4,53	4,93	4,69
Mleko pełne ^a	L	2,45	2,80	2,51	2,38	2,46	2,15
Mleko o niskiej zawartości tłuszczu ^b	L	2,15	1,67	1,83	2,15	2,47	2,54
Napoje mleczne	L	0,26	0,09	0,14	0,21	0,32	0,51
Jogurty	L	0,35	0,16	0,24	0,31	0,41	0,62
Sery	Kg	0,87	0,56	0,69	0,82	0,98	1,28
Sery twarogowe	Kg	0,53	0,36	0,42	0,48	0,59	0,77
Sery dojrzewające i topione	Kg	0,34	0,20	0,27	0,33	0,39	0,51
Śmietana i śmietanka	L	0,44	0,36	0,39	0,44	0,49	0,49
Jaja	Szt.	14,89	12,05	13,38	14,99	16,67	17,03
Tłuszcze jadalne	Kg	1,57	1,37	1,45	1,62	1,71	1,70
Masło	Kg	0,33	0,16	0,24	0,33	0,42	0,50
Masło zwierzęce	Kg	0,22	0,22	0,21	0,23	0,24	0,20
Masło roślinne	Kg	1,02	0,99	1,00	1,06	1,05	1,00
Margaryna i inne tłuszcze roślinne	Kg	0,55	0,61	0,58	0,57	0,54	0,47
Oleje roślinne ^c	Kg	0,47	0,38	0,42	0,49	0,51	0,53
Owoce ^d i przetwory	Kg	3,91	2,40	3,00	3,63	4,44	5,88
Owoce południowe	Kg	0,77	0,33	0,49	0,67	0,92	1,36
Cytrusy	Kg	0,48	0,19	0,29	0,41	0,58	0,89
Banany	Kg	0,29	0,14	0,20	0,26	0,34	0,47
Owoce jagodowe	Kg	0,51	0,27	0,38	0,45	0,56	0,87
Jabłka	Kg	1,74	1,32	1,48	1,70	1,96	2,19
Gruszki	Kg	0,12	0,06	0,09	0,10	0,13	0,18
Śliwki	Kg	0,27	0,17	0,20	0,24	0,32	0,38
Przetwory owocowe	Kg	0,04	0,01	0,02	0,03	0,04	0,08
Owoce suszone	Kg	0,02	0,01	0,01	0,02	0,03	0,05
Orzechy ^e	Kg	0,03	0,01	0,02	0,02	0,03	0,05
Warzywa i grzyby ^d	Kg	5,35	4,10	4,68	5,20	6,05	6,55
Pomidory	Kg	0,87	0,57	0,69	0,82	1,00	1,23
Ogórki	Kg	0,58	0,43	0,51	0,58	0,65	0,69
Cebula	Kg	0,56	0,46	0,50	0,55	0,64	0,63

Salata	Kg	0,08	0,04	0,05	0,07	0,09	0,12
Marchew	Kg	0,67	0,61	0,63	0,66	0,73	0,71
Mieszanki warzywne	Kg	0,19	0,09	0,12	0,17	0,22	0,33
Grzyby	Kg	0,11	0,05	0,08	0,11	0,12	0,16
Ziemniaki	Kg	6,91	7,06	7,08	7,02	7,28	6,15
Przetwory ziemniaczane	Kg	0,07	0,03	0,05	0,06	0,08	0,12
Cukier, dżem, miód i inne wyroby cukiernicze	Kg	2,03	1,72	1,87	20,7	2,22	2,25
Cukier	Kg	1,62	1,48	1,56	1,69	1,76	1,62
Dżem, marmolada	Kg	0,08	0,07	0,07	0,08	0,09	0,10
Wyroby cukiernicze	Kg	0,19	0,11	0,15	0,18	0,21	0,28
Czekolada	Kg	0,09	0,05	0,06	0,08	0,10	0,14
Miód	Kg	0,04	0,01	0,02	0,03	0,05	0,08
Lody	L	0,17	0,10	0,14	0,16	0,18	0,24
Napoje bezalkoholowe	L	2,83	0,91	1,52	2,33	3,31	5,78
Wody mineralne lub źródlane	L	1,89	0,59	0,98	1,54	2,21	3,90
Soki owocowe	L	0,75	0,23	0,41	0,61	0,88	1,54
Soki warzywne	L	0,08	0,02	0,03	0,06	0,08	0,17
Soki warzywno – owocowe	L	0,12	0,07	0,09	0,12	0,13	0,17
Używki	Kg	0,29	0,22	0,24	0,28	0,32	0,36
Kawa	Kg	0,19	0,15	0,17	0,19	0,21	0,23
Herbata	Kg	0,08	0,05	0,06	0,07	0,09	0,11
Kakao i czekolada w proszku	Kg	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02
Sól	Kg	0,26	0,24	0,25	0,26	0,30	0,25

^a – mleko pełne zawiera 3,2% tłuszczu, ^b – mleko o niskiej zawartości tłuszczu zawiera poniżej 3,2% tłuszczu, ^c

– łączenie z oliwą z oliwek, ^d – świeże, chłodzone lub mrożone, ^e – orzechy, świeże, solone, prażone, migdały.

Źródło: Gulbicka, Kwasek, 2006

Bibliografia

1. Abraham S., Llewellyn – Jones, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Warszawa 1995: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Apfelodorfe G., *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Katowice 1999: Wydawnictwo „Książęca”.
3. Basdevant A., Le Barzic M., Guy – Grand B., *Otyłość*, Kraków 1996: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
4. Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk 2003: GWP.
5. Czyżewska K., *Patofizjologiczne podstawy wybranych chorób. Część III. Otyłość*, Poznań 2000: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
6. Duda M., *Problematyka jedzenia w kontekście rozwoju społeczno – ekonomicznego*, Kraków 2007: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie.
7. Gawęcki J., Hrywieniecki L., *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, Warszawa 1998: Wydawnictwo Naukowe PWN.
8. Gulbicka B., Kwasek M., *Analiza spożycia żywności w gospodarstwach domowych. Przesłanki dla polityki żywnościowej*, Warszawa 2006: Dział Wydawnictw IERiGŻ – PBI.
9. Holle J., *Chirurgia plastyczna*, Warszawa 1996: PZWL.
10. Hollis J., *Nadwaga jest sprawą rodziny. Poradnik dla cierpiących zaburzenia łaknienia oraz osób, które ich kochają*, Gdańsk 2000: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
11. Jabłow M., *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*, Gdańsk 2000: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
12. Kulik T. B., *Edukacja zdrowotna w rodzinie i szkole*, Stalowa Wola 1997: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej s Stalowej Woli.
13. Kokot F., *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 1996: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
14. Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A., *Jedzenie*, Lublin 2005: Wydawnictwo KUL.

15. Ogińska – Bulik N., *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wymagających redukcję nadwagi*, Łódź 1999: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi
16. Ogińska – Bulik N., *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*, Łódź 2004: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
17. Szurkowska M., *Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych*, Kraków 2006: Wydawnictwo Medyczn.
18. Wybrańska I., *Genetyczne uwarunkowania otyłości w jej wybranych następstwach w grupie rodzin otyłych z terenu Małopolski*, Kraków 2008: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagielińskiego.
19. <http://www.farm.amwaw.edu.pl/~axzimni/biuletyn/0301Suchocka.html>