

# **Wpływ oddziaływań interdyscyplinarnych na poziom jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia osób otyłych**

## **Impact of interdisciplinary interventions on the quality of life of obese people**

Małgorzata Obara-Golebiowska<sup>1</sup> ([m.obara-golebiowska@uwm.edu.pl](mailto:m.obara-golebiowska@uwm.edu.pl))

Dominika Salwach-Kuberska<sup>2</sup>

**1)Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji**

**Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie**

**Department of Psychology of Development and Education**

**University of Warmia and Mazury Olsztyn Poland**

**2)Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki,**

**Katedra Żywienia Klinicznego,**

**Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny**

**Department of Clinical Nutrition and Dietetics,**

**Department of Clinical Nutrition,**

**Faculty of Health Sciences, Gdansk Medical University**

### **Streszczenie**

**Wprowadzenie i cel pracy:** Otyłość jest czynnikiem istotnie obniżającym jakość życia psychofizycznego pacjentów. Praca została poświęcona analizie zmian w zakresie poziomu

jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia osób otyłych biorących udział w zorganizowanych formach odchudzania się przy wsparciu zespołu interdyscyplinarnego.

**Materiał i metoda:** W badaniu wzięło udział 50 kobiet od 25 do 65 lat z indeksem masy ciała powyżej 30 (wskaźnik otyłości), przebywających na Oddziale Leczenia Otyłości. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniu była Skala Jakości Życia WHO- World Health Organization Quality of Life Test- Bref (WHOQOL- BREF)

**Wyniki:** Pomiar początkowy przy pomocy kwestionariusza WHOQOL wskazywał na obniżony poziom globalnej jakości życia oraz samooceny zdrowia uczestniczek. Pomiar drugi dokonany po zakończeniu dwutygodniowego uczestnictwa na turnusie odchudzającym ukazał istotną poprawę wyników w zakresie obu zmiennych.

**Wnioski:** Badanie ukazało, iż udział w zorganizowanych formach odchudzania się przy wsparciu zespołu interdyscyplinarnego złożonego z między innymi z psychologa, lekarza, dietetyka oraz fizjoterapeuty powoduje istotną poprawę globalnej jakości życia oraz samooceny zdrowia pacjentów.

**Słowa kluczowe:** jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, otyłość, odchudzanie, oddziaływania interdyscyplinarne.

## **Abstract**

**Introduction and the aim of the study:** Obesity lowers the health related quality of life of patients. The work was dedicated to analysis of changes in health related quality of life level of obese people participating in organized forms of weight reduction program supported by interdisciplinary team.

**Material and methods:** In the research there were 50 women, age 25 to 65 with body mass index over 30 (obesity rate), abiding Obesity Clinic. There was World Health Organization Quality of Life Test- Bref (WHOQOL- BREF) used in the study.

**Results:** Initial measurement by WHOQOL questionnaire revealed reduced level of general quality of life and health self-assessment of all participants. Subsequent measurement run after two weeks participation in weight reduction program showed substantial result's improvement in in both variables.

**Conclusion:** In conclusion research presented that participation in organized forms of weight reduction supported by interdisciplinary team consisted of among others psychologist,

physician, dietician and physiotherapist results in substantial improvement of patients' global quality of life and health self-assessment.

**Key words:** health related quality of life, obesity, weight reduction, interdisciplinary intervention

## **Wprowadzenie**

Pojęcie jakości życia (quality of life) (JŻ) literatura przedmiotu określa jako „multidimensionalne” (Brown 1997, Peaces 1990, za: Baumann 2006), a także pojemne semantycznie (Dołęga 2007, Straś-Romanowska i wsp. 2007), ponieważ dotyczy wszystkich obszarów życia ludzkiego, dlatego też trudno przywołać jego jednoznaczną definicję. Jak twierdzi Anton Aggernaes nikt nie ma wyłączności na definiowanie tego pojęcia, istnieje jedynie możliwość jej wyboru w zależności od założonego celu badania i kontekstu jego użycia (Jaracz 2001). Pomimo wielości definicji odnajdujemy ich pewne cechy wspólne, takie jak odwoływanie się do określonych sfer funkcjonowania: fizycznego, psychicznego, społecznego oraz emocjonalnego (Kaczmarek 2009).

Pojęcie jakości życia w ostatnich latach zajęło ważną pozycję zarówno w psychologii, jak i w medycynie (Bidzan 2008). Nastąpiło upodmiotowienie pacjenta. Zwrócono uwagę nie tylko na jego sytuację, ale i subiektywny odbiór choroby (Majkowicz i wsp. 1997). Klinicyści zainteresowali się obszarami życia związanymi ze stanem zdrowia oraz funkcjonowaniem psychicznym i fizycznym co związane jest z pojęciem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia –HRQL (health related quality of life). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia stała się istotnym wskaźnikiem położenia pacjenta w chorobie. Jest to reakcja klinicystów na wysoką tendencję do zapadania na choroby przewlekłe (Tatoń i wsp. 2008). Ocena jakości życia dokonywana subiektywnie, czyli przez samą zainteresowaną osobę stanowi najbardziej cenne i uzyskane w sposób prawidłowy źródło informacji (Izydorczyk i wsp. 2007). Badania HRQL populacji otyłych dostarczają ważnych informacji dotyczących ich subiektywnego doświadczania siebie jako osób otyłych, co niesie cenne implikacje praktyczne w konstruowaniu programów terapeutycznych, profilaktyki i leczenia z uwzględnieniem jakości życia w chorobie przewlekłej.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż koncepcja HRQL uwzględnia zarówno elementy negatywne (reakcje emocjonalne: przygnębienie i lęk), jak również elementy pozytywne (satysfakcja, nadzieja, optymizm, dobre przystosowanie) (De Walden-Gałuszko 1997). HRQL obejmuje zagadnienia dotyczące: objawów somatycznych, psychopatologicznych, funkcji seksualnych, codziennej aktywności oraz poczucia zadowolenia (Fletcher 1993, Guyatt 1992, za: Uchmanowicz 2008). Ponadto HRQL nie koncentruje się jedynie na obrazie klinicznym choroby, uwzględnia natomiast te obszary egzystencji człowieka, które z niej wynikają (Jarema 1996).

Pojęcie jakości życia w medycynie wiąże się z definicją zdrowia WHO, definicja ta podkreśla konieczność holistycznego ujmowania zdrowia oraz wskazuje, że jakość życia może być identyfikowana ze: stanem zdrowia, stylem życia, satysfakcją z życia, poczuciem dobrostanu, stanem psychicznym (Uchmanowicz i wsp. 2008). Ponadto WHO wyróżnia sześć podstawowych jej wymiarów: wymiar fizyczny, psychologiczny, niezależność, relacje społeczne, środowisko, wymiar duchowy (The WHOQOL Group 1995, za: Oleś i wsp. 2008). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia w swej definicji zakłada, że zdrowie jest jednym z głównych determinant jakości życia (Wołowicka 2001).

Z punktu widzenia implikacji praktycznych badań jakości życia najważniejszą kwestią staje się analiza subiektywnej opinii chorego o sferach jego życia tj. sprawności fizycznej, aktywności zawodowej, kontaktach interpersonalnych, satysfakcji z życia, które w dużej mierze wpływają na samopoczucie chorego wraz z objawami somatycznymi (Jarema 1996). Zgodnie z podejściem de Walden-Gałuszko (1994) jakość życia dotyczy percepcji własnej pozycji życiowej jednostki w pewnej przestrzeni czasowej, podkreślając konieczność uwzględniania w badaniach medycznych dwóch perspektyw: obiektywnej i subiektywnej, wskazując jednocześnie na zależność pomiędzy jakością życia a poczuciem szczęścia.

W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła otyłość epidemią o zasięgu ogólnosiwiatowym (Fichna, Skowrońska 2006), która jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą w krajach wysoko rozwiniętych (Zachurzok-Buczyńska i wsp. 2005, Obara-Gołębiowska 2008a). Konsekwencje otyłości mogą dotyczyć sfery somatycznej, psychologicznej oraz społecznej (Brytek-Matera 2008). Systematycznie zwiększa się liczba osób, których wskaźnik BMI przekracza granice normy, co niesie zagrożenie dla zdrowia i życia oraz wpływa na ich percepcję jakości życia. Otyłość niezależnie od jej przyczyny niesie za sobą szereg konsekwencji zdrowotnych do których zalicza się między innymi cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, wieńcowe choroby serca, choroby zwyrodnieniowe stawów (Łuszczynska 2007), które nakładają na człowieka istotne ograniczenia. Należy zaznaczyć, że

nadmierna masa ciała ma również związek ze zdrowiem psychicznym. Badania epidemiologiczne wykazały, że u osób otyłych stwierdza się częstsze w porównaniu do osób w normo wadze, występowanie zaburzeń nastroju (McIntyre i wsp. 2006). Ryzyko to jest większe zwłaszcza u kobiet z indeksem masy ciała powyżej 30. Do czynników zwiększających ryzyko depresji u osób otyłych należą głównie reakcje otoczenia oraz rozbieżność między realnym a idealnym obrazem siebie.

Powszechna stygmatyzacja otyłości jest przyczyną znacznego obniżenia jakości życia osób z nadmiarem kilogramów, zwłaszcza w wymiarze społecznym (Głębocka, Szarzyńska 2005, Obara-Gołębiowska i wsp. 2013, Obara-Gołębiowska, Przybyłowicz 2013). Szczególnie w społeczeństwach, w których kanon piękna wiąże się z byciem szczupłym, co utożsamiane jest ze zdolnością samokontroli i sukcesem, osoby otyłe narażone są na stereotyp osób z „brakiem charakteru” i silnej woli (Brytek-Matera 2008, Obara-Gołębiowska 2013).

Literatura przedmiotu dostarcza informacji o negatywnym wpływie otyłości na psychiczną sferę jednostki, jej emocje, samoocenę, poczucie zadowolenia z życia, motywację oraz relacje interpersonalne. Liczne badania wykazały, że ludzie z nadmiarem kilogramów mają niższe poczucie własnej wartości, czują się mniej atrakcyjni oraz bardziej depresyjni w porównaniu do populacji z wagą w normie (Głębocka, Wiśniewska 2005). Przyczyn tego psychologowie upatrują w negatywnych reakcjach otoczenia, powodujących u osób otyłych poczucie dezaprobaty społecznej (Obara-Gołębiowska 2008). Niekiedy jednak nadwaga staje się mechanizmem obronnym przed kontaktami społecznymi i odrzuceniem przez innych (Brytek-Matera, 2008).

W badaniach prowadzonych przez Brytek-Materę (2010) badane osoby z BMI>30 prezentowały negatywny obraz własnego ciała oraz zaniżoną samoocenę w wymiarze ogólnym, społecznym, zawodowym i rodzinnym. Wykazano silny związek między otyłością a negatywną percepcją własnego ciała, który jest istotnym składnikiem samooceny (Brytek-Matera 2010).

W badaniu przeprowadzonym przez Rancho Bernardo osoby otyłe wykazywały niższą jakość życia w porównaniu do osób z nadwagą oraz tych, które prezentowały wagę ciała w granicach normy (Groessl i wsp. 2004). Inne badania wykazały nieliniowy związek między jakością życia a wartością wskaźnika BMI, a w przypadku wskaźnika BMI w granicach normy jakość życia przyjmowała wartość optymalną. Wskaźnik BMI przekraczający zakres normalny stwarzał ryzyko dla pogorszenia się stanu zdrowia. (Damush i wsp. 2002).

W badaniach prowadzonych na osobach w wieku 55- 75 lata wartość wskaźnika BMI silnie determinowała ich jakość życia (Stewart i wsp. 1998).

Literatura przedmiotu wskazuje na fakt niższej jakości życia u osób otyłych wraz z współwystępującymi jednostkami chorobowymi (Bogus i wsp. 2008).

Badania prowadzone przez Sola i współpracowników (2012) wykazały, iż wysoka masa ciała dzieci i młodzieży wywiera negatywny wpływ na jakość ich życia związaną ze stanem zdrowia przy jednoczesnym najsilniejszym wpływie funkcjonowania fizycznego na sferę psychosocjalną. W obszarze tym najsilniej zaznacza się problem w sferze kontaktów z innymi. Dodatkowo badania wykazały, iż grupa otyłych dzieci i młodzieży posiada HRQOL zbliżone do dzieci i młodzieży cierpiących na raka (Schwimmer i wsp. 2003).

Nadmiar kilogramów pogarsza również jakość życia osób po udarze mózgu, przede wszystkim w aspekcie fizycznym (Rykała, 2009).

Badania przeprowadzone przez Serrano-Aguilar i wsp. (2009) wykazały, że nadwaga ma negatywny wpływ na HRQL nawet pomimo braku towarzyszących chorób przewlekłych. Podobnie badania prowadzone przez Fontaine i współpracowników (1996) wykazały wpływ posiadanej liczby kilogramów na jakość życia. Badani o średnim wskaźniku BMI wskazującym na II stopień otyłości (BMI - 38,1), w porównaniu do normy w społeczeństwie, zgłaszali znacząco niższe wyniki na ośmiu obszarach jakości życia, głównie odczuwanie bólu i energia. U badanych ze skrajną otyłością (średni BMI 48,7) odnotowano istotnie gorsze wyniki w obszarze fizycznym i społecznym oraz gorszą percepcję ogólnego stanu zdrowia i większe odczuwanie bólu niż osoby otyłe o niższej wartości wskaźnika BMI (BMI 29,2 oraz BMI 34,5). Osoby otyłe również zgłaszały znacząco większą niepełnosprawność z powodu odczuwania cielesnego bólu niż pacjenci z innymi chorobami przewlekłymi.

Natomiast jeśli chodzi o sposoby poprawy dobrostanu psychofizycznego osób z nadmiarem kilogramów, badania przeprowadzone przez Prat i współpracowników (2013) wyraźnie ukazują, że programy redukcji masy ciała polegające na współpracy pacjenta z lekarzem, psychologiem i dietetykiem powodują istotny wzrost jakości życia tychże pacjentów. Również według innych zespołów badawczych (Powell i wsp. 2007) jednymi z najskuteczniejszych metod poprawy funkcjonowania psychofizycznego ludzi z nadmiarem kilogramów okazują się multidyscyplinarne interwencje mające na celu ułatwienie zmiany stylu życia. Caraca i współpracownicy (2011), ponadto dowodzą, że trening zdolności samoregulacyjnych będący elementem zorganizowanego leczenia otyłości powoduje poprawę wizerunku ciała i tym samym jakości życia osób o indeksie masy ciała powyżej 30.

## Cel badań

Celem badań było określenie poziomu jakości życia osób otyłych oraz zmian, które zachodzą w tej sferze pod wpływem interdyscyplinarnych oddziaływań na osoby otyłe przebywające na dwutygodniowym turnusie odchudzającym organizowanym przez Oddział Leczenia Otyłości w Olsztynie.

## Material i metoda

W badaniu uczestniczyło 50 kobiet od 25 do 65 lat przebywających na Oddziale Leczenia Otyłości w Olsztynie organizującym turnusy odchudzające. Poniższa tabela przedstawia bardziej szczegółową charakterystykę grupy badawczej w oparciu o wypełnione przez uczestników ankiety informacyjne.

Tabela.1. Charakterystyka grupy badawczej

Indeks masy ciała BMI (średnia BMI = 35,1)	Nadwaga (BMI25-29)	3osoby
	Otyłość 1stopnia (BMI 30-35)	27 osób
	Otyłość 2stopnia (BMI 35-40)	16 osób
	otyłość 3 stopnia (BMI>40)	4 osoby
Choroby współwystępujące	Choroby zwyrodnieniowe stawów, kręgosłupa	36 osób
	Choroby układu krążenia	47 osób
	Niedoczynność tarczycy	7 osób
	Cukrzyca	5 osób
	Inne	16 osób
Wiek (średnia wieku = 46,76)	Od 25 do 29lat	3 osoby
	Od 30 do 39lat	10 osób
	Od 40 do 49 lat	16 osób
	Od 50 do 59 lat	17 osób
	Od 60 do 65 lat	4 osoby
Wykształcenie	Zawodowe	1 osoba
	Średnie	22osoby
	Wyższe	27 osób

Stan cywilny	Niezamężna	7 osób
	Mężatka	31 osób
	Rozwódka	7 osób
	Wdowa	5 osób
Sytuacja zarobkowa	Praca zawodowa	45 osób
	Bezrobocie	1 osoba
	Emerytura	4 osoby

Badanie miało charakter quasi-eksperymentu. Poziom jakości życia ciała oraz zmiany w tym zakresie zweryfikowano przy użyciu skali jakości życia World Health Organization Quality of Life Test- Bref (WHOQOL- BREF) (Wołowicka, Jaracz 2001), która powstała na podstawie kwestionariusza WHOQOL-100. Wersja skrócona WHOQOL- BREF, służąca przede wszystkim do celów klinicznych składa się z 26 pytań, dzięki którym analizuje się cztery dziedziny życia. Znajdują się tam również dwie, osobno analizowane pozycje, określające globalną jakość życia oraz samoocenę stanu zdrowia: (1. Jak zadowolony jesteś ze swojego życia?; 2. Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia.). W przeprowadzonym badaniu postanowiliśmy się skoncentrować na wyżej wspomnianych dwóch pytaniach.

Pierwszy pomiar jakości życia pacjentów został dokonany od razu po przyjeździe na turnus odchudzający organizowany przez Oddział leczenia Otyłości.

Organizowane turnusy trwają 13 dni i mogą w nich uczestniczyć wszyscy, którzy szukają sposobu na poprawienie swojej sylwetki, zachowanie sprawności ruchowej oraz poprawienie samopoczucia. Pacjenci otrzymują zbilansowaną dietę (1000 kalorii), która składa się 5 posiłków dziennie. Podczas pobytu w ośrodku uczestnicy turnusów odchudzających są pod opieką lekarza diabetologa i endokrynologa oraz mają zapewnioną całodobową opiekę pielęgniarską. Dodatkowo wszyscy są objęci opieką psychologiczną, w ramach której odbywają się zajęcia warsztatowe między innymi na temat zasad zdrowego stylu życia, psychologicznych aspektów otyłości, samoregulacji odżywiania. Pacjenci mają również możliwość korzystania z indywidualnych porad psychologicznych. Na turnusach odbywają się również wykłady prowadzone przez dietetyka, który przedstawia oraz omawia zasady zdrowego odżywiania się. Każdemu z pacjentów zapewnia się również indywidualne



spotkania z dietetykiem. Kuracjusze przebywający na oddziale codziennie są poddawani zabiegom fizjoterapeutycznym np. masaże wodne oraz suche. Natomiast w ramach poprawy fizycznej wydolności organizmu, pacjenci biorą udział w codziennym programie ćwiczeń na sali gimnastycznej bądź w terenie z instruktorem. Uczęszczają również na zajęcia taneczno-ruchowe prowadzone przez instruktora tańca. Poza tym uczestnicy turnusów mają stały dostęp do sauny, siłowni oraz ćwiczeń na łóżkach rekondycyjnych. Należy wspomnieć również i o tym, że pacjenci uczestnicząc w wyżej wymienionych zajęciach są poddawani szerokiej edukacji zdrowotnej z punktu widzenia lekarza, dietetyka, psychologa czy też fizjoterapeuty. Tak więc, pobyt w niniejszym ośrodku polega na intensywnej dwutygodniowej współpracy pacjenta z zespołem interdyscyplinarnym złożonym między innymi z dietetyka, lekarza, psychologa, rehabilitantów (np. fizjoterapia) oraz trenerów aktywności fizycznej. Pomiar kolejny jakości życia pacjentów za pomocą dwóch pytań z kwestionariusza WHOQOL-Bref oraz skali SWLS oraz został dokonany ostatniego dnia pobytu na turnusie odchudzającym.

## Wyniki

### WHOQOL-BREF

W celu określenia poziomu globalnej jakości życia oraz samooceny stanu zdrowia osób otyłych oraz w celu weryfikacji wpływu udziału w turnusie odchudzającym na wyżej wymienione zmienne przeprowadzono porównanie otrzymanych wyników testem t-Studenta dla prób zależnych. Po przeprowadzeniu analizy statystycznej otrzymano następujące wyniki:

Tabela 1. Globalna jakość życia WHOQOL-BREF na początku turnusu odchudzającego (pomiar 1) i po dwóch tygodniach pobytu na turnusie (pomiar 2).

Liczba osób badanych	Pomiar pierwszy- średnia (m1)	Pomiar drugi- średnia (m2)	Wynik porównania średnich testem t- studenta
50 osób	m1=3,020	m2=3,200	t(49)=-3,280; p<0,05

Tabela. 2. Globalna jakość życia WHOQOL-BREF. Procentowy udział osób o różnym stopniu zadowolenia z jakości życia w pierwszym i drugim pomiarze.

Pomiar pierwszy	%	Pomiar pierwszy	%
Osoby bardzo niezadowolone z jakości swojego życia	6%	Osoby bardzo niezadowolone z jakości swojego życia	2%
Osoby niezadowolone z jakości swojego życia	22%	Osoby niezadowolone z jakości swojego życia	20%
Osoby ani zadowolone ani niezadowolone z jakości swojego życia	48%	Osoby ani zadowolone ani niezadowolone z jakości swojego życia	46%
Osoby zadowolone z jakości swojego życia	20%	Osoby zadowolone z jakości swojego życia	26%
Osoby bardzo zadowolone z jakości swojego życia	4%	Osoby bardzo zadowolone z jakości swojego życia	6%

Wykres 1. Zmiana w zakresie globalnej jakości życia osób otyłych na początku turnusu odchudzającego (pomiar 1) i po dwóch tygodniach pobytu na turnusie (pomiar 2).

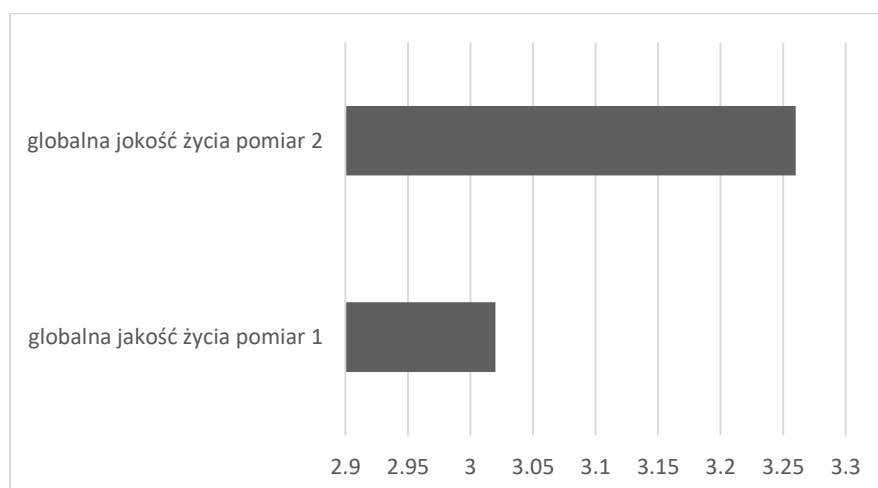


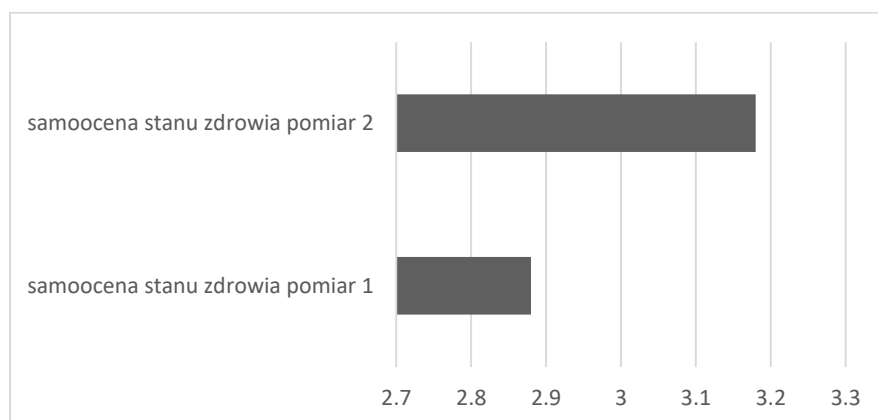
Tabela 3. Samoocena stanu zdrowia WHOQOL-BREF na początku turnusu odchudzającego (pomiar 1) i po dwóch tygodniach pobytu na turnusie (pomiar 2).

Liczba osób badanych	Pomiar pierwszy- średnia (m1)	Pomiar drugi- średnia (m2)	Wynik porównania średnich testem t- studenta
50 osób	m1=2.,56	m2=2,78	t(49)=-3,348; p<0,05

Tabela. 4. Samoocena zdrowia WHOQOL-BREF. Procentowy udział osób o różnym stopniu zadowolenia ze zdrowia w pierwszym i drugim pomiarze.

Pomiar pierwszy	%	Pomiar pierwszy	%
Osoby bardzo niezadowolone z jakości swojego zdrowia	14%	Osoby bardzo niezadowolone z jakości swojego zdrowia	4%
Osoby niezadowolone z jakości swojego zdrowia	26%	Osoby niezadowolone z jakości swojego zdrowia	30%
Osoby ani zadowolone ani niezadowolone z jakości swojego zdrowia	50%	Osoby ani zadowolone ani niezadowolone z jakości swojego zdrowia	50%
Osoby zadowolone z jakości swojego zdrowia	10%	Osoby zadowolone z jakości swojego zdrowia	16%
Osoby bardzo zadowolone z jakości swojego zdrowia	-	Osoby bardzo zadowolone z jakości swojego zdrowia	-

Wykres 2. Zmiana w zakresie samooceny zdrowia osób otyłych na początku turnusu odchudzającego (pomiar 1) i po dwóch tygodniach pobytu na turnusie (pomiar 2).



## Dyskusja

Zaprezentowane badanie miało charakter quasi eksperymentu, na podstawie, którego chcieliśmy sprawdzić jaki jest poziom globalnej jakości życia oraz poziom samooceny zdrowia osób otyłych, które decydują się na uczestniczenie w zorganizowanych formach odchudzania się. Kolejnym celem była również weryfikacja czy oddziaływania zespołu interdyscyplinarnego złożonego z lekarza, psychologa, dietetyka oraz fizjoterapeuty przyniesie realny wpływ na jakość życia pacjentów. W badaniu wzięły udział same kobiety, co jest odzwierciedleniem tego, że na turnusach odchudzających w zdecydowanej większości przybywa płeć piękna. Takie a nie inne proporcje płci zapewne wynikają z faktu, iż generalnie panie bardziej niż panowie dbają o własne zdrowie oraz przywiązują większą wagę do swojego wyglądu niż mężczyźni. Według koncepcji samoobiektywizacji (Fredrickson, Roberts 1997) kobiety są socjalizowane właśnie w ten sposób, że oceniają swoją wartość przez pryzmat własnego ciała. Jedynie 3 uczestniczki spośród 50 ciu miało nadwagę natomiast cała reszta cierpiała na otyłość od stopnia pierwszego do trzeciego. Posiadanym nadmiernym kilogramom towarzyszyły liczne schorzenia somatyczne typowe dla osób otyłych (Stein, Colditz 2004). Wiek większości kobiet uczestniczących w badaniu przekraczał 40 rok życia co zapewne jest związane ze stopniowo zachodzącymi zmianami fizjologicznymi oraz hormonalnymi powodującymi przyrost masy ciała w tym okresie życia człowieka (Tchernof i wsp. 2000). Uczestniczki turnusów odchudzających były w większości osobami pracującymi z wyższym lub średnim poziomem wykształcenia. Jak powszechnie wiadomo

poziom wykształcenia człowieka ma bezpośredni wpływ na jego świadomość oraz zachowania zdrowotne (Waśkiewicz, Sygnowska 2006).

Natomiast jeśli chodzi o główną treść badania czyli subiektywną ocenę poziomu jakości życia pacjentek oddziału leczenia otyłości, okazało się, że uśredniony wynik w zakresie globalnej oceny jakości życia ( $m_1=3,0200$ ) dokonany na początku turnusu wskazuje na obniżony poziom tej zmiennej u pacjentek. Aż 28% przebadanych kobiet było niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych z jakości swojego życia. W zakresie samooceny zdrowia pacjentki uzyskały uśredniony wynik nieco niższy ( $m_1=2,56$ ) z czego 40% było niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych z jakości swojego życia. Podobne rezultaty otrzymała również Maria Gnacińska-Szymańska i współpracownicy (2012) w swoich badaniach poświęconych jakości życia osób otyłych. Z kolei pomiar dokonany po odbyciu dwutygodniowego pobytu w ośrodku leczenia otyłości wskazuje na istotną poprawę samooceny jakości życia ( $m_2=3,200$ ) i zdrowia ( $m_2=2,78$ ). Wyniki te są również zgodne z rezultatami otrzymywanymi przez inne zespoły badawcze (Caraca i wsp. 2011, Prat i wsp. 2013), według których udział w interdyscyplinarnych zajęciach skoncentrowanych na zmianie stylu życia w celu obniżenia masy ciała jest skuteczną interwencją pozytywnie oddziałyującą na obiektywne oraz subiektywne zmiany w jakości życia osób otyłych.

## **Wnioski**

Przeprowadzona praca dowiodła, że obniżony poziom globalnej jakości życia oraz samooceny zdrowia osób otyłych ulega poprawie w wyniku udziału w zorganizowanych formach odchudzania się, w których pacjent otrzymuje wsparcie zespołu interdyscyplinarnego złożonego z lekarza, psychologa, dietetyka oraz fizjoterapeuty. Ocena oraz analiza jakości życia jest istotnym elementem diagnozy potrzebnej do stworzenia indywidualnego planu terapeutycznego dla każdej osoby decydującej się na zmianę stylu życia niezbędnej do obniżenia masy ciała.

## **Lista piśmiennictwa.**

1. Baumann K. Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontol Pol.* 2006; 14(4): 165 – 171.
2. Bidzan M. Jakość życia pacjentek z różnym stopniem wysiłkowego nietrzymania moczu. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008.

3. Bogus K, Borowiak E, Kostka T. Otyłość i niska aktywność ruchowa jako ważne czynniki determinujące jakość życia osób starszych. *Geriatrics* 2008; 2: 116-120.
4. Brytek-Matera A. (2008), *Obraz ciała-obraz siebie*. Warszawa, Wydawnictwo Difin.
5. Brytek-Matera A. Obraz własnego ciała u otyłych kobiet. *Psychiatr Pol.* 2008; 44( 2): 267-275
6. Damush TM, Stump T, Clark DO. Body-mass index and 4-year change in health-related quality of life. *J Aging Health* 2002; 14: 195-210.
7. De Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
8. De Walden-Gałuszko K. , Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: J. Meyza J (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie; 1997: 77 – 84.
9. Dołęga Z. Wskaźniki jakości życia. W: Flanczewska-Wolny M. (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity i rzeczywistość*. Gliwice-Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2007: 25 – 39.
10. Fichna P, Skowrońska B. Powikłania otyłości wśród dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieku Rozwojowego* 2006; 12(3): 223-228.
11. Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. (1996), Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Practice* 1996; 43(3): 265-70.
12. Fredrickson, BL, Roberts TA. Objectification theory. Toward understanding women's lived experiences and mental health risk. *Psychol Women Quaterly* 1997; 21: 173-206.
13. Głębocka A, Szarzyńska M. Stereotypy dotyczące osób otyłych a jakość życia ludzi w starszym wieku. *Gerontol Pol.* 2005; 13(4): 260-265.
14. Głębocka A, Wiśniewska A. Psychologiczny portret kobiet otyłych. W: Głębocka A., Kulbat J. (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Opole, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Opolskiego; 2005: 140-158.
15. Gnacińska-Szymańska M, Dardzińska JA, Majkowicz M, Małgorzewicz S. Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-BREF. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2012; 8(4): 136-142.

16. Groessl EJ, Kaplan RM, Barrett-Connor E. Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. *Am J Prev Med* 2004; 26: 126-9.
17. Izydorzyc B, Rajska-Kulik I. Zachowania autodestruktywne a jakość życia u kobiet z anoreksją psychiczną oraz kobiet doświadczających przemocy w rodzinie. *Problemy medycyny rodzinnej* 2007; 1(18): 6 – 11.
18. Jaracz K. Jakość życia w naukach medycznych. W: Melosik Z. (red.) *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Poznań, Akademia Medyczna; 2001: 209-210.
19. Jarema M. Badanie jakości życia w schizofrenii. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 1996; 3: 51 – 56.
20. Kaczmarek M. Koncepcja i pomiar jakości życia związanej ze zdrowiem człowieka. W: Kaczmarek M., Szwed A. (red.) *Między antropologią a medycyną. Koncepcje teoretyczne i implikacje praktyczne*. Poznań, Uniwersytet Adama Mickiewicza; 2009: 25-30.
21. Łuczyńska A. *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
22. Majkowicz M, De Walden-Gałuszko K, Trojanowski L. Rola oceny funkcjonowania społecznego, psychicznego i sfery duchowej w globalnej ocenie jakości życia (w świetle badań kwestionariuszem QLQ-C30 i PIL – propozycje modyfikacji kwestionariusza). *Psychoonkologia* 1997; 1: 78 – 85.
23. McIntyre RS, Konarski JZ, Wilkins K, Soczynska JK, Kennedy SH. Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a National Community Survey on Mental Health and Well-being. *Can J Psychiat*. 2006; 51: 274-280.
24. Obara-Gołębiowska M. Otyłość jako problem psychospołeczny. *Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo*; 2008; 1(7): 37-52.
25. Obara-Gołębiowska M. „Otyłość jako odmienność somatyczna – problemy psychopedagogiczne i społeczne”. W: Kossakowski C. (red) *Współczesne problemy pedagogiki specjalnej*. Olsztyn, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego; 2008: 360-366.
26. Obara-Gołębiowska M. Otyłość jako choroba cywilizacyjna XXI wieku. Zjawisko stygmatyzacji osób z nadmiarem kilogramów. W: Wesołowska E. (red.) *Psychologia na uniwersytecie i w praktyce*. Olsztyn, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińskiego; 2013: 93-105.

27. Obara-Gołębiowska M, Przybyłowicz KE., Sebastyańska-Targowska I, Ciborska J, Kuśmierczyk M. Otyłość jako czynnik wpływający na indywidualną ocenę jakości życia człowieka. *Szkice Humanistyczne* 2013; 13(4): 398-407.
28. Oleś M, Szewczyk L. Subiektywna jakość życia a poziom spostrzeganego wsparcia społecznego u nastolatków z cukrzycą typu 1 i otyłością. *Endokrynologia Pediatria* 2008; 7, 2(23): 57-66.
29. Pratt KJ., Lazorick S, Lamson AL, Ivanescu A, Collier DN. Quality of life and BMI changes in youth participating in an integrated pediatric obesity treatment program. *Health Qual Life Out.* 2013; 11(1): 1-9.
30. Powell LH, Calvin III JE, Calvin Jr. JE. Effective Obesity Treatments. *Am Psychol.* 2007; 62(3): 234-246.
31. Rykała J. Wpływ masy ciała na jakość życia i częstość występowania powikłań u osób po udarze mózgu. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2009; 4: 375–383.
32. Schwimmer JB, Burnwinkle TM, Varni JW. Health- Related Quality of Life of severely obese children and adolescents. *J Am Med Assoc.* 2003: 1813-1819.
33. Serrano-Aguilar P, Munoz-Navarro SR, Ramallo-Farina Y, Trujillo-Martin MM. Obesity and health related quality of life in the general adult population of the Canary Islands. *Qual Life Res.* 2009; 18: 171–177.
34. Sola M, Gajewska E, Manikowski W. Wpływ otyłości na jakość życia związaną ze stanem zdrowia wśród dziewcząt i chłopców. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81(4): 321–329
35. Stein CJ, Colditz GA. The epidemic of obesity. *J Clin Endocr Metab.* 2004; 89: 2522-2525.
36. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS Short-form general Health Survey; reliability and validity in a patient population. *Medical Care* 1998; 26: 724-35.
37. Straś-Romanowska M, Frąckowiak T. Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczenie niepełnosprawności. W: Flanczewska-Wolny M. (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity i rzeczywistość.* Gliwice-Kraków; 2007: 15 – 24.
38. Tatoń J, Czech A. Poczucie jakości życia osób z cukrzycą jako cel terapeutyczny. *Medycyna Metaboliczna* 2008; 12(4): 9 – 12.
39. Tchernof A, Poehlman ET, Després JP. Body fat distribution, the menopause transition, and hormone replacement therapy. *Diabetes & Metabolism* 2000; 26: 12-20.



40. Uchmanowicz I, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia – definicje i narzędzia badawcze-przegląd literatury. *Fam Med Prim Care Rev.* 2008; 10(2): 245 – 252.
41. Waškiewicz A, Sygnowska E. Wpływ statusu społecznego na sposób żywienia i styl życia mieszkańców Warszawy w średnim wieku- badania Pol-Monica Bis. *Nowiny Lekarskie* 2006; 75(5): 443–448
42. Wołowicka L. Przegląd badań nad jakością życia chorych po intensywnej terapii dorosłych. W: Wołowicka L. (red.) *Jakość życia w naukach medycznych* Poznań; 2001: 193 – 201.
43. Zachurzok-Buczyńska A, Firek-Pędras M, Małecka-Tendera E. Różne aspekty otyłości u dzieci. *Endokrynologia Pediatria* 2005: 63-66.