

Maria Gnacińska-Szymańska¹, Jolanta Anna Dardzińska², Mikołaj Majkowicz³, Sylwia Małgorzewicz²

¹Klinika Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki Katedry Żywienia Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

³Zakład Badań nad Jakością Życia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-BREF

The assessment of quality of life in patients with excessive body mass using WHOQOL-BREF form

STRESZCZENIE

WSTĘP. Z jednej strony, nadmierna masa ciała często wpływa niekorzystnie na jakość życia, z drugiej zaś obniżona jakość życia może utrudniać uzyskanie zadowalających wyników, szczególnie w przypadku długotrwałej terapii otyłości. Badanie jakości życia powinno być częścią procesu terapeutycznego u osób z nadmierną masą ciała.

Celem pracy było zbadanie jakości życia osób z nadwagą i otyłością za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF.

MATERIAŁ I METODY. W badaniu zastosowano kwestionariusz WHOQOL-BREF, który zawiera 26 pytań analizujących cztery dziedziny życia oraz osobno percepcję jakości życia i samoocenę stanu zdrowia. Badaniem objęto 51 osób (33 K, 18 M; śr. wieku $57,3 \pm 11,4$ roku; średni wskaźnik masy ciała [BMI] $33,9 \pm 5,7$ kg/m²; zakres 25,7–51,1 kg/m²), które zgłosiły się do poradni przy Zakładzie Żywienia Klinicznego i Dietetyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w celu zmniejszenia masy ciała.

WYNIKI. Wykazano obniżoną jakość życia w dziedzinie psychologicznej w porównaniu z innymi badanymi obszarami (dziedzina fizyczna, relacje społeczne, funkcjonowanie w środowisku) w całej grupie zgłaszających się na leczenie. Osoby otyłe ($n = 36$)

w porównaniu z tymi z nadwagą ($n = 15$) istotnie gorzej oceniły stan swojego zdrowia oraz jakość życia we wszystkich czterech badanych dziedzinach, choć nie stwierdzono różnic między badanymi grupami w zakresie odpowiedzi na pytanie o ogólną jakość życia. **WNIOSKI.** Ocena z użyciem formularza WHOQOL-BREF potwierdziła, że jakość życia osób z nadmierną masą ciała jest obniżona; w grupie z otyłością głównym problemem badanych był zły stan zdrowia. W postępowaniu z pacjentami z nadmierną masą ciała powinno się uwzględniać badanie jakości życia i, zależnie od uzyskanej oceny, proponować szczegółowe poradnictwo psychologiczne, gdyż wyniki terapii odchudzającej w znacznym stopniu mogą zależeć od wsparcia psychologicznego.

Słowa kluczowe: otyłość, nadwaga, jakość życia, WHOQOL-BREF, terapia odchudzająca

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2012, tom 8, nr 4, 136–142

ABSTRACT

INTRODUCTION. The assessment of quality of life should be an important part of therapeutic process in patients with excessive body mass. The aim of this study was to compare quality of life in overweight and obese patients who sought medical attention.

MATERIAL AND METHODS. The WHOQOL-BREF was used with 26 items which analyse four life facets and two extra items from the overall quality of life and general health. Fifty one subjects, who contacted the dietician in ambulatory clinic in Medical University of Gdansk were included (33 F, 18 M, mean age 57.3 ± 11.4 y.; mean BMI 33.9 ± 5.7 kg/m², range 25.7–51.1 kg/m²).

Adres do korespondencji: dr n. med. Jolanta Anna Dardzińska
Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki
Katedra Żywienia Klinicznego
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
e-mail: annadar@gumed.edu.pl
Copyright © 2012 Via Medica
Nadesłano: 23.10.2012 Przyjęto do druku: 3.01.2013

RESULTS. We found reduced life quality in psychological domain in comparison to other facets (physical health, social relationships, environment). The perception of general health and quality of life in all four domains was statistically worse in obese ($n = 36$) than in overweight ($n = 15$) subjects. However there were no differences in answering the question about the overall quality of life in both groups. **CONCLUSIONS.** The WHOQOL-BREF assessment demonstrates the reduction in life quality in obese subjects in comparison to overweight. The complex management of overweight and obesity should include detailed assessment of life quality and consequently help to face the stressful situations and give emotional support to the patient.

Key words: obesity, overweight, quality of life, WHOQOL-BREF, obesity treatment

Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2012, vol. 8, No 4, 136–142

Wstęp

Epidemia nadwagi i otyłości staje się głównym problemem zdrowia publicznego. Towarzyszy jej gwałtowny wzrost zapadalności na schorzenia będące następstwami nadmiaru tkanki tłuszczowej [1], takie jak choroby serca i naczyń, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, choroby stawów czy nowotwory. Aby się zmierzyć z tym problemem, współczesna opieka medyczna nie może się ograniczać jedynie do wdrażania tak zwanych procedur medycznych. Zgodnie z oczekiwaniami społecznymi jej celem musi być poprawa tak zwanego dobrostanu pacjenta [2]. Jest to szczególnie ważne w postępowaniu ze schorzeniami przewlekłymi, do których należy otyłość. Dla zwiększenia skuteczności leczenia otyłości i towarzyszących jej chorób kluczowe znaczenie ma kompleksowe postępowanie z pacjentem, dlatego istotnym elementem przy rozpoczęciu terapii jest ocena stanu psychicznego, w tym jakości życia. Wykorzystanie oceny tak zwanej jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQL, *health-related quality of life*) wydaje się niezbędnym elementem planowania terapii „skrojonej” indywidualnie do potrzeb pacjenta [3].

W wielu badaniach potwierdzono, że jakość życia chorych z otyłością jest gorsza niż osób zdrowych [4–6]. Dotyczy to funkcjonowania w sferze fizycznej — pogorszenia tolerancji wysiłku, obecności bólu stawów, poczucia zmęczenia, problemów z przemieszczaniem się [5]. Kolejnym ważnym problemem, uznanym za prawdopodobnie najistotniejszy, są psychologiczne następstwa otyłości [3]. Należą do nich: obniżona samoocena, brak akceptacji własnego wyglądu, izolacja społeczna, zwiększony poziom stresu, obniżony nastrój, depresja [7].

Użycie narzędzi do oceny jakości życia umożliwiła poznanie subiektywnego doświadczenia związanego

z obecnością otyłości: pozwala na rozpoznanie odczuć, sposobu wartościowania, możliwości i oczekiwań otyłej osoby. Wszystkie te kwestie mają kolosalne znaczenie dla poznania i oceny motywacji osoby szukającej leczenia, a w konsekwencji dla wyboru optymalnej terapii.

Stosunkowo nowym narzędziem badawczym do oceny jakości życia jest skala *Word Health Organization Quality of Life Test-Bref* (WHOQOL-BREF). Powstała ona na podstawie kwestionariusza WHOQOL-100, opracowanego na początku lat 90. minionego wieku na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia jako uniwersalne narzędzie badawcze do oceny jakości życia. Obejmował on sześć dziedzin: zdrowie fizyczne, psychiczne, aspekty funkcjonowania, samodzielność, relacje społeczne, środowisko i religię oraz globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia. Jego skrócona wersja, tj. skala WHOQOL-BREF, ma służyć głównie do celów klinicznych [8]. Skala zawiera 26 pytań służących do analizy czterech dziedzin oraz osobno globalnej jakości życia i samooceny stanu zdrowia. Narzędzie zaadoptowały do warunków polskich Wołowicka i Jaracz [9].

Celem pracy było zbadanie jakości życia pacjentów z nadmierną masą ciała przy użyciu formularza WHOQOL-BREF.

Materiał i metody

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 51 osób (33 kobiety i 18 mężczyzn) zgłaszających się z powodu nadwagi lub otyłości do poradni przy Zakładzie Żywienia Klinicznego i Dietetyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Wiek chorych wahał się od 22 do 85 lat (średnia \pm odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] $57,3 \pm 11,4$ roku). Większość pacjentów deklarowała wykształcenie wyższe (32/51; 63%), pozostali — średnie (19/51). Czynnymi zawodowo było zaledwie 40% zgłaszających się (20/51), natomiast rodzinę miało aż 86% badanych (44/51).

U każdego pacjenta w trakcie wizyty wykonano pomiar masy ciała i wzrostu. Obliczono też wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) według wzoru: $BMI = \text{masa ciała} / \text{wzrost}^2$. Ponadto pacjentom udzielono pierwszej porady dietetycznej.

Ocena jakości życia

Wszyscy pacjenci, po wyrażeniu pisemnej zgody, podczas pierwszej wizyty wypełnili ankietę zawierającą dane demograficzne oraz test WHOQOL-BREF składający się z 26 pytań.

Pytania zawarte w ankiecie obejmowały podstawowe informacje dotyczące wieku, płci, jak również sytuacji rodzinnej pacjenta, wykształcenia, pracy oraz chorób towarzyszących.

Kwestionariusz WHOQOL-BREF służy do oceny jakości życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych w praktyce klinicznej i dotyczy następujących dziedzin jakości życia: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Indywidualnej ocenie pacjenta podlegają:

- w dziedzinie fizycznej (domena 1 — DOM1): czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy;
- w dziedzinie psychologicznej (domena 2 — DOM2): wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja;
- w dziedzinie relacji społecznych (domena 3 — DOM3): związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna;
- w środowisku funkcjonowania (domena 4 — DOM4): zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna (dostępność i jakość), środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny, klimat), transport.

Ponadto WHOQOL-BREF zawiera również pozycje analizowane odrębnie:

- pytanie 1 (WHO1): indywidualna ogólna percepcja jakości życia;
- pytanie 2 (WHO2): indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.

Odpowiedzi są ujęte w 5-stopniowej skali (zakres punktacji 1–5). W każdej z dziedzin można uzyskać maksymalnie 20 punktów. Wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny (im większa liczba punktów, tym wyższa jakość życia).

Analiza statystyczna

Obliczeń dokonano przy użyciu programu komputerowego *Statistica 7.1* firmy *Stat-Soft* licencjonowanego dla Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Każdą zmienną o charakterze ciągłym oceniano pod względem zgodności jej rozkładu z rozkładem normalnym (ocena histogramów, test Kołmogorowa-Smirnowa). Zmienne o rozkładzie zgodnym z rozkładem normalnym analizowano metodami parametrycznymi. Do oceny różnic między takimi zmiennymi stosowano test *t*-Studenta oraz analizę wariancji (ANOVA) z testami

post hoc. Zmienne, których rozkład odbiegał od rozkładu normalnego oraz w odniesieniu do których nie potwierdzono jednorodności wariancji, analizowano metodami nieparametrycznymi. Do porównania dwóch zmiennych o charakterze ciągłym stosowano test U Manna-Whitneya. Korelacje oceniano metodą Spearmana. Związki między zmiennymi skategoryzowanymi oceniano za pomocą testu χ^2 . Do analizy uzyskanych danych dotyczących jakości życia zastosowano procedurę ANOVA w wariancie dla powtarzanych pomiarów. Natomiast różnice między parami pomiarów (wartości średnich) testowano za pomocą testu *post hoc* Tukeya. Ponadto zastosowano analizę regresji wieloczynnikowej. W pracy za poziom istotności statystycznej przyjęto p poniżej 0,05.

Wyniki

Wśród 18 badanych mężczyzn otyłość występowała u 12 (67,7%), natomiast spośród 33 kobiet otyłych było 24 (72,7%).

Na podstawie wartości BMI wyodrębniono dwie grupy pacjentów:

- z nadwagą: BMI 25–30 kg/m² (n = 15);
- z otyłością: BMI ponad 30 kg/m² (n = 36).

Odsetek kobiet w obu grupach był podobny (66,7% wśród otyłych v. 60,0% w grupie osób z nadwagą). Wiek oraz poziom wykształcenia również nie różniły się w obu badanych grupach.

Tylko u 8 z 51 chorych (15,7%) nie stwierdzano współistniejących schorzeń, takich jak choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia czy nadciśnienie tętnicze, a aż 2/3 chorych (33 z 51; 64,7%) deklarowało obecność co najmniej dwóch chorób. Stwierdzono pozytywną korelację między liczbą chorób towarzyszących a BMI (R Spearman = 0,5; $p < 0,05$).

Nie wykazano związku między innymi badanymi parametrami, tj. stanem cywilnym, liczbą potomstwa (statusem rodzinnym), wykształceniem czy zatrudnieniem, a wartością BMI.

Na podstawie wyników dokonanej analizy regresji wieloczynnikowej w badanej grupie nie stwierdzono również związku między wymienionymi wyżej badanymi parametrami (w tym BMI) a ogólną percepcją jakości życia.

W tabeli 1 przedstawiono wyniki testu WHOQOL-BREF w poszczególnych domenach/dziedzinach w całej grupie osób z podwyższonym BMI (n = 51).

Ogólna jakość życia (WHO1) osób z nadmierną masą ciała w skali 1–5 wynosiła średnio $3,84 \pm 0,97$. Spośród badanych 52,9% było zadowolonych z jako-

Tabela 1. Uzyskane w teście WHOQOL-BREF wyniki w poszczególnych domenach w całej badanej populacji (n = 51)

Badane dziedziny jakości życia (n = 51)	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Ogólna jakość życia, WHO1	1	5	3,84	0,97
Samooceńca stanu zdrowia chorych, WHO2	1	5	3,11	0,99
Dziedzina fizyczna, DOM1	5,71	19,43	14,73	2,93
Dziedzina psychologiczna, DOM2	8,00	19,33	13,76	2,748
Relacje społeczne, DOM3	5,33	20,00	14,64	3,40
Środowisko, DOM4	9,50	19,00	14,56	2,11

Tabela 2. Porównanie wyników uzyskanych w teście WHOQOL-BREF w grupie pacjentów z nadwagą i otyłością

Badane dziedziny jakości życia	BMI > 30 kg/m ² , n = 36 Średnia ± SD	BMI 25–30 kg/m ² , n = 15 Średnia ± SD	p
Ogólna jakość życia, WHO1	3,78 ± 0,9	4,0 ± 1,1	0,19*
Samooceńca stanu zdrowia chorych, WHO2	2,86 ± 0,9	3,73 ± 0,9	0,006*
Dziedzina fizyczna, DOM1	14,1 ± 2,9	16,4 ± 2,3	0,004**
Dziedzina psychologiczna, DOM2	13,3 ± 2,6	14,7 ± 2,7	0,045**
Relacje społeczne, DOM3	13,9 ± 3,5	16,3 ± 2,4	0,001**
Środowisko, DOM4	14,1 ± 2,0	15,7 ± 1,7	0,005**

*Ocena z użyciem testu U Manna-Whitneya; **ocena z użyciem testu jednostronnego t-Studenta

ści swojego życia, a 21,5% — bardzo zadowolonych; pozostałe osoby były niezadowolone (25,6%). Większy odsetek stanowili badani niezadowoleni ze swojego stanu zdrowia (WHO2) — 62,7% badanych, pozostali 37,2% dobrze oceniali swój stan zdrowia.

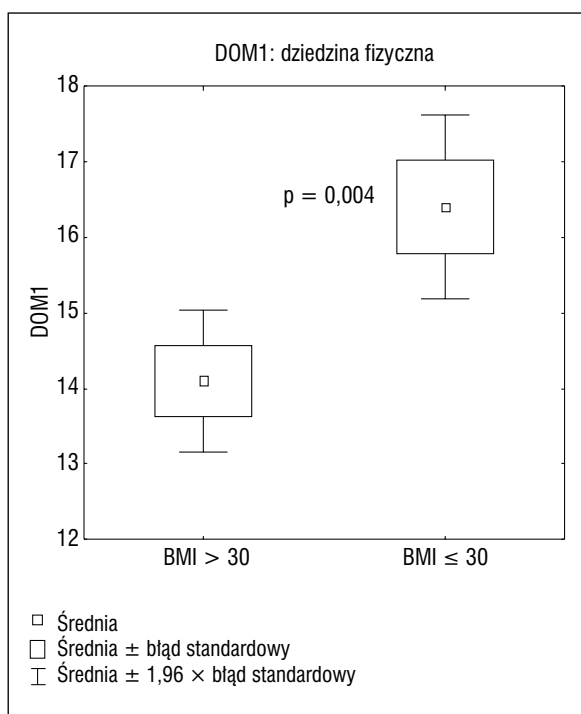
Uzyskane w poszczególnych domenach wyniki świadczą jednak o obniżeniu jakości życia we wszystkich badanych dziedzinach oraz wskazują na statystycznie istotną obniżoną ocenę jakości życia w dziedzinie psychologicznej (wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samooceńca, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja) w porównaniu z innymi badanymi obszarami — średnia punktów uzyskanych w DOM2 istotnie odbiegała od kolejnej najmniejszej wartości ($p = 0,05$). W przeprowadzonym badaniu funkcjonowanie fizyczne w środowisku i relacje społeczne oceniono na podobnym poziomie.

Różnice w ocenie jakości życia między osobami z nadwagą i z otyłością przedstawiono w tabeli 2. Ocena ogólnej jakości życia (pytanie 1. testu WHO; WHO1) wypadła podobnie w obu badanych grupach. Istotnie różniła się natomiast ocena punktowa odpowiedzi na 2. pytanie testu (WHO2) dotyczące postrzegania swojego

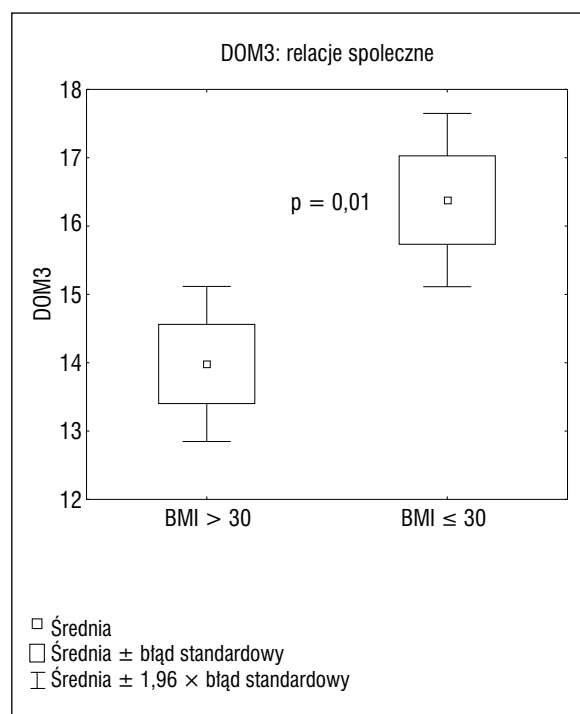
stanu zdrowia — otyli określili je jako istotnie gorsze. Co ciekawe, mimo że nie stwierdzono różnic między badanymi grupami w zakresie odpowiedzi na ogólne pytanie o jakość życia (WHO1), to szczegółowa ocena jakości konkretnych dziedzin życia przyniosła zupełnie odmienne rezultaty. Osoby z BMI przekraczającym 30 kg/m² uzyskały istotnie niższą niż badani z nadwagą liczbę punktów we wszystkich czterech ocenianych dziedzinach jakości życia (DOM1, 2, 3 i 4). Oznacza to, że otyli z nacznie gorzej niż osoby z BMI między 25 a 30 kg/m² postrzegają swoje funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne, relacje społeczne oraz bytowanie w środowisku. Różnice stwierdzone między obiema grupami w poszczególnych domenach przedstawiono również na rycinach 1–4.

Dyskusja

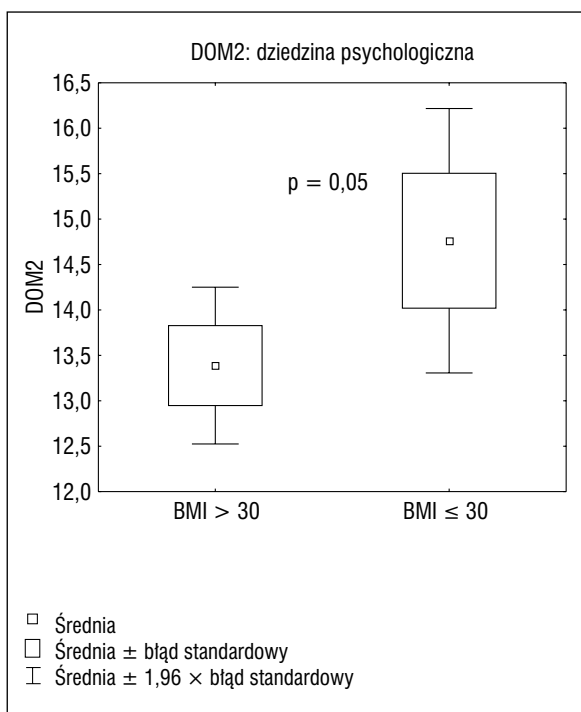
Ocena jakości życia w przypadku otyłości oraz nadwagi umożliwia wybór optymalnych metod leczenia i w konsekwencji może poprawić skuteczność terapii. To bardzo istotna kwestia w postępowaniu z chorym



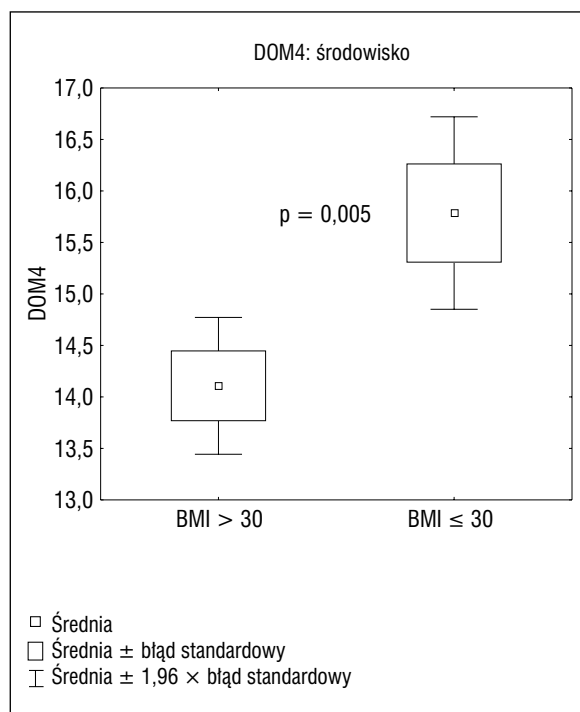
Rycina 1. Różnice między grupami osób z nadwagą oraz z otyłością w domenie 1 (DOM1) testu WHOQOL-BREF



Rycina 3. Różnice między grupami osób z nadwagą oraz z otyłością w domenie 3 (DOM3) testu WHOQOL-BREF



Rycina 2. Różnice między grupami osób z nadwagą oraz z otyłością w domenie 2 (DOM2) testu WHOQOL-BREF



Rycina 4. Różnice między grupami osób z nadwagą oraz z otyłością w domenie 4 (DOM4) testu WHOQOL-BREF

z nadmierną masą ciała. Postulowano, aby poprawa w zakresie jakości życia była jednym z ważniejszych celów postępowania z osobami z tej grupy [10]. Aby

uzyskać poprawę w tym zakresie, konieczna jest wyjściowa ocena, a kwestionariusz WHOQOL-BREF to prosta i wiarygodna metoda oceny jakości życia.

Należy wziąć pod uwagę fakt, że pacjenci stosunkowo często odmawiają wypełnienia ankiet lub wypełniają je niechętnie, a w związku z tym często niekompletnie. Chorzy oczekują szybkiej pomocy, a nie długiej i uciążliwej diagnostyki. Zastosowanie testu skróconego powinno ułatwić pacjentowi jego wypełnienie, a jednocześnie umożliwić ocenę jakości życia.

W badaniu autorów potwierdzono, że jakość życia osób z nadmierną masą ciała jest obniżona. Około 25% badanych w 1. pytaniu (WHO1) oceniło jakość swojego życia jako niezadowolającą. Analiza wyników testu WHOQOL-BREF wskazuje przede wszystkim na obniżoną ocenę stanu własnego zdrowia u badanych, co było szczególnie widoczne w grupie osób z otyłością (BMI > 30 kg/m²) w porównaniu z osobami z nadwagą (BMI 25–30 kg/m²). Bardzo ciekawą obserwacją jest fakt, że nie wykazano różnic między otyłymi a osobami z nadwagą w zakresie odpowiedzi na pytanie WHO1 dotyczące indywidualnej percepcji ogólnej jakości życia. Trzeba podkreślić, że dopiero szczegółowa ocena jakości różnych aspektów życia ujawniła jej obniżenie, jak również dowiodła statystycznie istotnych różnic między osobami otyłymi a tymi z nadwagą, i to we wszystkich czterech badanych domenach (tab. 2).

Z jednej strony, może to świadczyć o konieczności wnikliwej inspekcji stanu psychicznego pacjenta, gdyż osoby otyłe prawdopodobnie mogą negować fakt wpływu nadmiernej masy ciała na ich jakość życia, wchodząc w rolę tak zwanego pogodnego grubaska. Z drugiej strony wiadomo, że negatywna samoocena może prowadzić do obniżenia nastroju i niekontrolowanego spożywania pokarmów, co zamyka błędne koło otyłości [11–13].

Związek przyczynowo-skutkowy między wielkością BMI a zdrowiem fizycznym jest dobrze poznany, natomiast mniej oczywista pozostaje zależność między otyłością a sferą psychiczną [14]. **Wiadomo, że śmiertelność w grupie osób z nadmierną masą ciała jest ściśle powiązana z BMI — zwiększa się przy BMI przekraczającym 31 kg/m², znacznie się nasila przy BMI powyżej 35 [15]. Ze stopniem nadmiaru masy ciała pozytywnie korelują także upośledzenie funkcjonowania w sferze fizycznej oraz psychospołecznej [8, 16]. W badaniu 1241 kobiet i mężczyzn wyższy BMI wiązał się z większą liczbą subiektywnych dolegliwości dotyczących zdrowia [17]. Systematyczny przyrost liczby osób z BMI powyżej 30 kg/m² oznacza również, że stale powiększa się grupa, której jakość życia, zwłaszcza funkcjonowanie społeczne, jest obciążone negatywnymi zjawiskami stereotypizacji, braku akceptacji, poniżania i dyskryminacji [18–20]. Fontaine [4] obserwował istotnie gorsze wyniki w sześciu z ośmiu dziedzin ocenianych w skróconym formularzu oceny**

jakości życia SF-36 u chorośliwie otyłych niż u osób z nieznacznie zwiększoną masą ciała.

Pojawia się pytanie, czy przedstawione wyżej negatywne następstwa otyłości i gorsza jakość życia dotyczą w równym stopniu osób z nadwagą, która w społecznej ocenie nie jest uznawana za nieprawidłowość i nierzadko bywa utożsamiana z dobrym statusem społecznym. Le Pen i wsp. [21] nie zaobserwowali różnic między osobami z nadwagą a otyłymi w psychospołecznym aspekcie jakości życia. Do badania użyto formularza SF-36. Stwierdzone przez autorów w całej badanej grupie istotnie gorsze w porównaniu z innymi obszarami funkcjonowanie w dziedzinie psychologicznej (DOM2, czyli samoocena, w tym percepcja wyglądu zewnętrznego, negatywne i pozytywne uczucia, osobista duchowość, wiara, religia oraz zdolność do myślenia, uczenia się, koncentracja) sugeruje, że może to być przyczyną, a nie tylko konsekwencją przybierania na wadze i rozwoju otyłości.

Wyniki autorów są w pewnym stopniu ograniczone liczbą pacjentów. Należy też wziąć pod uwagę fakt, że badano specyficzną grupę osób, które nie były zadowolone ze swojego wyglądu, wykazały chęć zmiany i postanowiły zwrócić się o specjalistyczną pomoc. Są jednak doniesienia wskazujące, że wyniki oceny HRQOL nie muszą przewidywać, czy otyły pacjent będzie szukał specjalistycznego wsparcia [22]. Wyniki badania autorów sugerują, że — być może — motywem zgłoszenia się do poradni w celu redukcji masy ciała był subiektywnie oceniany zły stan zdrowia, a w mniejszym stopniu niezadowolone z ogólnej jakości życia — 25% badanych deklaroowało niezadowolone z jakości życia, a ponad 60% ze stanu zdrowia. Niewątpliwie jednak, ocena jakości życia może wspomóc poznanie i ocenę motywacji osoby szukającej leczenia. Znany jest fakt, że cele stawiane sobie przez osoby otyłe są na niemożliwym do realizacji poziomie. Budzi to frustrację, prowadzi do obniżenia nastroju, depresji i wtórnie nasila negatywne zachowania żywieniowe, niwelując efekty terapii [11, 13, 23]. Jak wykazali autorzy, funkcjonowanie na płaszczyźnie psychologicznej jest oceniane gorzej niż w innych obszarach, co podkreśla wagę stałego wsparcia psychologicznego w czasie terapii. Wydaje się też, że szybkie włączenie leczenia — już na etapie nadwagi — może być znacznie efektywniejsze w zapobieganiu dalszym powikłaniom nadmiernej masy ciała również w dziedzinie psychologicznej.

Jednakże, jak wykazali autorzy, lepsze u osób z nadwagą niż u osób z BMI przekraczającym 30 kg/m² postrzeganie własnego zdrowia i nie tak jeszcze istotne upośledzenie funkcjonowania fizycznego mogą niekorzystnie wpływać na motywację do leczenia. Bardzo ważna jest zatem edukacja społeczeństwa i uświadamianie odległych następstw nadmiernej kumulacji tkanki tłuszczowej.

Rozwój metod oceny jakości życia w praktyce klinicznej implikuje włączenie tego badania do standardów postępowania u osób z nadmierną masą ciała. W konsekwencji pacjenci ci powinni uzyskać wsparcie ze strony lekarzy, psychologów, dietetyków, a także członków rodziny i bliskich, aby skutecznie zmierzyć się z problemem otyłości.

Wnioski

Kwestionariusz WHOQOL-BREF może być przydatny w praktyce klinicznej do oceny jakości życia osób zgłaszających się do lekarza w celu redukcji masy ciała.

Uzyskane za pomocą WHOQOL-BREF wyniki wskazują, że osoby z nadmierną masą ciała najgorzej funkcjonują w dziedzinie psychologicznej.

Postępowanie z pacjentami z nadmierną masą ciała powinno zawierać szczegółową ocenę jakości życia i wsparcie psychologiczne.

Autorzy postulują, że wdrożenie terapii na etapie nadwagi może efektywniej zapobiegać dalszym powikłaniom otyłości również w dziedzinie psychologicznej. Kwestia ta wymaga dalszych badań.

Źródła finansowania i konflikt interesów

Brak.

Piśmiennictwo

- Pudel V., Ellrott T.: Social and political aspects of adipositis. *Chirurg.* 2005; 76: 639–646.
- Karnofsky D.A., Burchenal J.H.: Present status of clinical cancer chemotherapy. *Am. J. Med.* 1950; 8: 767–788.
- National Institutes of Health: Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults — the Evidence Report. *Obes. Res.* 1998; 6 (supl. 2): 51S–209S.
- Fontaine K.R., Cheskin L.J., Barofsky I.: Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J. Fam. Pract.* 1996; 43: 265–270.
- Kushner R.F., Foster G.D.: Obesity and quality of life. *Nutrition* 2000; 16: 947–952.
- Groessl E.J., Kaplan R.M., Barrett-Connor E. i wsp.: Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. *Am. J. Prev. Med.* 2004; 26: 126–129.
- Van Hout G.C.M., Van Oudheusden I., Van Heck G.L.: Psychological profile of the morbidly obese. *Obes. Surg.* 2004; 14: 579–588.
- Damush T.M., Stump T., Clark D.O.: Body-mass index and 4-year change in health-related quality of life. *J. Aging Health* 2002; 14: 195–210.
- Wołowicka L., Jaracz K.: Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001: 231–238.
- Kolotkin R.L., Meter K., Williams G.R.: Quality of life and obesity. *Obes. Rev.* 2001; 2: 219–229.
- Markowitz S., Friedman M.A., Shawn M.A.: Understanding relationship between obesity and depression: casual mechanisms and implications for treatment. *Clin. Psychol. Sci. Prac.* 2008; 15: 1–20.
- Tomalski R., Żak-Gołąb A., Zahorska-Markiewicz B.: Czy rezygnacja z terapii odchudzającej wiąże się w występowaniem żarłoczności? *Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2008; 4: 53–57.
- Murphy J.M., Horton N.J., Burke J.D. i wsp.: Obesity and weight gain in relation to depression: Findings from the Stirling County Study. *Int. J. Obesity* 2009; 33: 335–341.
- Ólszanecka-Glinianowicz M.: Depresja — przyczyna czy skutek otyłości? *Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2008; 4: 78–85.
- Kral J.G.: Morbid obesity and related health risks. *Ann. Intern. Med.* 1985; 103: 1043–1047.
- Finkelstein M.M.: Body mass index and quality of life in a survey of primary care patients. *J. Fam. Pract.* 2000; 49: 734–737.
- Seidell J.C., Bakx K.C., Deurenberg P. i wsp.: The relation between overweight and subjective health according to age, social class, slimming behavior and smoking habits in Dutch adults. *Am. J. Public Health* 1986; 76: 1410–1415.
- Myers A., Rosen J.C.: Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 1999; 23: 221–230.
- Teachman B.A., Gapinski K.D., Brownell K.D. i wsp.: Demonstrations of implicit anti-fat bias. The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychol.* 2003; 22: 68–78.
- Friedman K.E., Reichmann S.K., Comstanzo P.R. i wsp.: Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes. Res.* 2005; 13: 907–916.
- Le Pen C., Levy E., Loos F. i wsp.: "Specific" scale compared with "generic" scale: a double measurement of the quality of life in a French community sample of obese subjects. *J. Epidemiol. Comm. Health* 1998; 52: 445–450.
- Fontaine K.R.: Predicting treatment seeking for overweight. *J. Nerv. Men Dis.* 1999; 187: 248–250.
- Foster G.D., Wadden T.A., Vogt R.A. i wsp.: What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1997; 65: 79–85.