

Czy nadwagę mamy we krwi? Pacjent z otyłością olbrzymią, czynniki prowadzące do otyłości

Are we overweight in our blood? Patient with severe obesity, factors leading to obesity

Anna Grabowska¹,
Jagoda Bester¹, Agnieszka Pacut¹,
Aleksandra Kutach², Piotr Major²

¹Institut Psychologii Stosowanej, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
²II Katedra Chirurgii Ogólnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Otyłość jest chorobą, która stała się epidemią XXI wieku. Coraz więcej mówi się o leczeniu owego schorzenia. Jedną z metod, której poddają się pacjenci, gdy inne środki zawodzą, jest operacja bariatryczna. Liczba osób decydująca się na zabieg wciąż rośnie. Obszarem niezbadanym pozostają zagadnienia związane z motywacją do poddania się zabiegowi oraz sposób, w jaki pacjenci postrzegają przyczyny swojego stanu zdrowia. Eksploracja czynników, które w rozumieniu osób otyłych prowadzą do otyłości, z pewnością przyczyni się do usprawnienia procesu leczenia. Pozwoli to na wyodrębnienie obszarów, nad którymi należy pracować, by zmiana uzyskana po zabiegu była trwała.

Materiał i metody: W badaniach własnych przeprowadzonych na podstawie autorskiego wywiadu w II Katedrze Chirurgii Ogólnej i Tkank Miękkich Uniwersytetu Jagiellońskiego, *Collegium Medicum* podjęto więc próbę wyodrębnienia czynników prowadzących do otyłości. **Wyniki:** Istnieją wspólne cechy predysponujące do otyłości w grupie pacjentów bariatrycznych. Pierwszym z nich jest wahanie masy ciała w okresie dzieciństwa. Następnie problem z podejmowaniem samodzielnych decyzji w obszarze związanym z przyjmowaniem pokarmów — w relacjach badanych to matka była osobą decydującą o tym, co i ile się zjada. Społeczna interpretacja dziecięcej nadwagi, zgodnie z relacją badanych polegała na wy tłumaczeniu, że wraz z wiekiem korekta masy ciała sama nadejdzie, z zewnątrz. Dysfunkcjonalne zachowania żywieniowe wyniesione z domu rodzinnego prowadzą w najbardziej skrajnej postaci do rozwoju otyłości olbrzymiej. Rodzina, środowisko najbliższych stanowią istotny czynnik profilaktyki bądź rozwoju otyłości wśród dzieci czy dorosłych. Pacjenci stosunkowo często wybierają jako pierwszą kurację odchudzającą jedną z wielu modnych diet alternatywnych bez świadomości konsekwencji zdrowotnych ich stosowania. Formą nagradzania, spędzania czasu jest spożywanie ulubionych produktów. Badani podkreślają brak czasu na zadbanie o odpoczynek inny niż związany z jedzeniem. Czynność jedzenia może stanowić próbę zaspokojenia potrzeb psychologicznych, formę rozładowania stresu.

Adres do korespondencji:
dr hab. n. med. Piotr Major, prof. UJ
II Katedra Chirurgii Ogólnej,
Wydział Lekarski UJCM
ul. Jakubowskiego 2, 30-688, Kraków
e-mail: piotr.major@uj.edu.pl

Copyright © 2020 Via Medica
ISSN 1897-3590

Wnioski: Pacjenci bariatryczni decydują się na leczenie z różnych powodów, również przyczyn otyłości upatrują w wielu źródłach, zasadne więc jest badanie poziomu motywacji pacjentów poddających się zabiegowi oraz monitorowanie owej zmiennej w czasie całego procesu leczenia.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 4, 181–188

Słowa kluczowe: otyłość, motywacja, zmiana, przyczyny otyłości

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a disease that has become an epidemic of the 21st century. Nowadays, more and more is being said about the treatment of this. When other trials fail, patients have an opportunity to undergo bariatric surgery. The number of people, who decide to the procedure is still growing. The uncharted area remains issues related to the motivation to undergo the procedure and the way in which patients perceive the causes of their health condition. Searching of causes, which lead to obesity, will certainly contribute to the staining of the treatment process. It is going to help isolate the areas, needed to work on, so that the change obtained after the procedure becomes permanent.

Material and methods: In studies, carried out in the 2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Kraków-Poland, an attempt was made to distinguish factors leading to obesity.

Results: There are common features predisposing to obesity in the group of bariatric patients. The first one is weight fluctuation during childhood. Then the issue with making independent decisions in the area related to food intake — mother has decided what and how much child eats. The social interpretation of childhood overweight, according to the respondents' answer, was to explain that weight correction will come naturally. Dysfunctional eating habits from the family leads in the most extreme form to giant obesity. The family and the environment of loved ones are an important factor in the prevention or development of obesity among children or adults. Patients relatively often choose as the first diet treatment one of many fashionable alternative diets without being aware of the health consequences of their use. The form of rewarding and spending time is eating favorite products. The respondents emphasize the lack of time to rest in different way than related to food. Eating can be an attempt to meet psychological needs or a form of stress relief.

Conclusions: Bariatric patients have decided to receive treatment for a variety of reasons. The causes of obesity are diverse. That is why, it is reasonable to examine the level of patients' motivation and monitor this variable throughout the entire treatment process.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 4, 181–188

Key words: obesity, motivation, change, causes of obesity

WSTĘP

Według Światowej Organizacji Zdrowia otyłość jest chorobą metaboliczną, której występowanie osiąga w ostatnim czasie rozmiary epidemii. Staje się jednocześnie wyzwaniem zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym dla krajów rozwijających się [1]. W celu

określenia prawidłowej masy ciała używa się wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*). Oblicza się go zgodnie ze wzorem: stosunek masy ciała w kilogramach do wzrostu w metrach do kwadratu. Wskaźnik BMI w przedziale 25–29,99 świadczy o nadwadze; w przedziale 30–34,99 o I stopniu otyłości,

w przedziale 35–39,99 o II stopniu otyłości (otyłość kliniczna), a powyżej 40 o III stopniu otyłości (otyłość skrajna) [2].

W Polsce szacuje się, że na otyłość cierpi 4,5–8 mln osób. Odsetek kobiet z otyłością stanowi 19,9%, a mężczyzn 15,7% [3].

Jedną z metod leczenia skrajnej otyłości olbrzymiej jest operacja bariatryczna. Taka forma pomocy powinna zostać zastosowana u osób, u których zawiodły zachowawcze sposoby poprawy stanu zdrowia: niskokaloryczna dieta, zmiana zachowań żywieniowych, wzrost aktywności fizycznej czy farmakoterapia. Decyzję o kwalifikacji do zabiegu podejmuje zespół specjalistów, którzy uwzględniają wskaźnik BMI oraz współwystępujące choroby pacjenta.

Do chorób współwystępujących zalicza się:

- cukrzycę typu 2,
- nadciśnienie tętnicze,
- zespół bezdechu sennego,
- zaburzenia lipidowe,
- zmiany stawowe,
- złamania kości,
- niewydolność serca,
- problemy psychologiczne,
- insulinooporność,
- makrosomię płodu otyłej ciężarnej,
- stłuszczenie wątroby,
- przewlekłe zapalenie trzustki,
- zespół policystycznych jajników [4].

Liczba zabiegów bariatrycznych stale wzrasta [5]. W 2008 roku zaakceptowane zostały europejskie wytyczne chirurgicznego leczenia ciężkich postaci otyłości. Zgodnie z wytycznymi do zabiegu kwalifikuje się osoby w wieku 18–60 lat z otyłością III stopnia, a także z BMI niższym niż 40 (BMI = 35), u których stwierdza się wyżej wymienione choroby współtowarzyszące. Zabiegowi poddane zostają osoby, u których nie uzyskano oczekiwanej redukcji masy ciała, pomimo leczenia zachowawczego, lub te, u których po zastosowaniu niechirurgicznego sposobu leczenia masa ciała wzrosła.

Decyzję o kwalifikacji do zabiegu podejmuje interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi: chirurg, internista, anestezjolog, psychiatra/psycholog, dietetyk.

Przeciwwskazania do zabiegu to:

- brak wcześniejszego poddania się leczeniu zachowawczemu,
- brak możliwości uczestniczenia w długookresowej opiece pooperacyjnej,
- ciężka depresja,
- niestabilne zaburzenia psychiczne,
- zaburzenia osobowości,
- nadużywanie alkoholu,
- uzależnienie od leków,
- choroby zagrażające życiu,
- brak zdolności do opiekowania się sobą, wsparcia rodziny, otoczenia [5].

Wyniki badań przeprowadzonych przez Zegan [6] wśród pacjentów bariatrycznych pokazują, że do wymienianych przez badanych przyczyn otyłości należą: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej lub jej znikoma ilość, rodzaj wykonywanej pracy, zajądanie problemów, uwarunkowania genetyczne.

Badaczy interesowało zagadnienie czynników doprowadzających pacjentów do otyłości olbrzymiej, interpretacja ich zachowań żywieniowych, nawiązywane relacje z ludźmi oraz towarzysząca temu autorefleksja prowadząca do decyzji o zmianie — zabiegu.

Bąk-Sosnowska postuluje [7], że w procesie leczenia pacjentów z problemem otyłości konieczne jest wsparcie psychologa, który będzie edukował, motywował i wspierał zarówno pacjenta, jak i rodzinę, na każdym etapie zmiany. Autorka wyznacza także obszary, które należy objąć szczególną uwagą, takie jak na przykład radzenie sobie ze stresem, efektywne komunikowanie, asertywność.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pacjentów z II Katedry Chirurgii Ogólnej i Tkanek Miękkich Uniwersytetu Jagiellońskiego, *Collegium Medicum*. Do udziału zaproszono wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu chirurgii



Decyzję o kwalifikacji do zabiegu podejmuje interdyscyplinarny zespół



Zabiegowi poddane zostają osoby, u których nie uzyskano oczekiwanej redukcji masy ciała, pomimo leczenia zachowawczego



W roli, jaką w życiu pacjentów odgrywa żywienie, zaobserwowano wiele czynników, które w swej destrukcyjnej postaci prowadzą do otyłości

bariatrycznej w ciągu jednego miesiąca. Każdorazowo badanie przeprowadzano w przeddzień zabiegu w godzinach popołudniowych, po otrzymanej zgodzie od pacjenta. Chęć udziału w badaniu potwierdziło 16 osób, jeden pacjent odmówił.

Badanie przeprowadzono techniką wywiadu ustrukturalizowanego z zagadnieniami podzielonymi tematycznie wraz z pytaniami otwartymi dotyczącymi najważniejszych zjawisk z danego obszaru. Czas jednego wywiadu to około 90 minut. Wyznacznikiem czasu potrzebnego na wywiad była indywidualna potrzeba pacjenta.

Szczególnym zainteresowaniem badaczy były tematy dotyczące historii żywienia w ciągu życia jednostki. Zagadnieniami poruszonymi w obszernej części wywiadu były zachowania wyniesione z domu, kształtowanie nawyków oraz próby korekty tych niewłaściwych. Uzyskane dane zostały opracowane przez sędziów kompetentnych.

WYNIKI

W roli, jaką w życiu pacjentów odgrywa żywienie, zaobserwowano wiele czynników, które w swej destrukcyjnej postaci prowadzą do otyłości, nie tylko w dorosłym życiu, ale także w adolescencji i w dzieciństwie.

Czynnikiem występującym najwcześniej jest wiek, w którym zaczynają się pojawiać problemy z utrzymaniem masy ciała na właściwym poziomie. Uzyskane informacje pokazują, że już w okresie dzieciństwa wahania masy ciała mogą generować otyłość:

„Od dziecka byłam otyła, od kiedy pamiętam, wiek przedszkolny, chociaż do przedszkola nie chodziłam.” „Od urodzenia (byłam otyły).”

We wspomnieniach ważna była społeczna interpretacja dziecięcej nadwagi, którą otoczenie pacjentów prawie bagatelizowało, a na pewno znajdowało wytłumaczenie i korektę, która sama nadejdzie z zewnątrz, wraz z wiekiem. Niestety, według wyników badań, liczba komórek tłuszczowych, nagromadzonych w dzieciństwie, pozostaje na całe jego

życie [2]. Zatem z otyłości rozumianej jako ilość tkanki tłuszczowej w organizmie się nie wyrasta. „Od zawsze byłam »okrągła«, ale wszyscy mówili mi, że wyrosnę z tego, więc się nie przejmowałam.”

To bardzo ważny okres w rozwoju jednostki, kiedy kontakty z rówieśnikami odgrywają niebagatelną rolę, a ich akceptacja w środowisku szkolnym, wchodzenie w relacje społeczne wielokrotnie wiążą się z pierwszą oceną osoby przez pryzmat wyglądu zewnętrznego.

„Od szkoły podstawowej przywarło do mnie takie przezwisko »Słoń«. Od zawsze miałam nadwagę, ale na początku mi to nie przeszkadzało...”

Kolejny etap to okres adolescencji bogaty w wydarzenia kształtujące jednostkę. W relacji pacjentów obraz ciała był na tym etapie znaczący: „... no mnie się wydaje, że po 16. roku życia, kiedy to nadmiernie sobie ubzdurałem, że jestem gruby i chciałem schudnąć. Ale co schudłem, to później przytyłem z efektem jo-jo. (Ale to było „ubzdurane”?). No tak mi się wydaje, bo najczęściej to wtedy ważyłem 80 kg. (Czyli chłopak dojrzewający w normie). A mnie się wydawało, że za gruby i masz tu babo placek.”

Obecność nadwagi lub otyłości zdaje się w opowieściach pacjentów towarzyszyć im od dłuższego czasu.

„Zaczęły się w liceum, ale już wcześniej nie byłam szczupłą.”

„Ja to miałem od początku w trzeciej klasie podstawówki ważyłem 51 kg, ja od zawsze tak miałem... to taka niekończąca się historia...”

Ważnym aspektem budującym dorosłe zachowania żywieniowe są zwyczaje wyniesione z domu rodzinnego. Poznanie schematów i zasad budujących aktywność społeczną skupioną wokół stołu kształtuje nawyki, które w zależności od początkowego środowiska są prozdrowotne lub dysfunkcyjne i prowadzą w najbardziej skrajnej postaci do rozwoju otyłości olbrzymiej. Rodzina, środowisko

najbliższych stanowią istotny czynnik profilaktyki bądź rozwoju otyłości wśród dzieci czy dorosłych. Sposób żywienia przyjęty w dzieciństwie może wpływać na nawyki żywieniowe w dorosłości [8]. Jeśli środowisko, w którym się wychowywało dziecko, było oparte na niezdrowych modelach żywieniowych, to w przyszłości dorastające dziecko może powielać owe wzorce zachowań, co przyczynia się do rozwoju epidemii otyłości.

„Smak dzieciństwa to wspaniały smak. Czasy dzieciństwa wspominam, że dziecko pulchne to zdrowe — i tak tatuś nas dzieci rozpieszczał, dawał nam a to orzechy, bo dobre na mózg, a to jabłuszka krojone w talarki, miód; byliśmy dokarmiani.”

„Mamusia przygotowywała prowiant: mielone kotleciki, kompot i szliśmy do lasu 3 km, z wałówką, było dużo sportu, ale i dużo jedzenia, bo jedzenie było największą przyjemnością.”

„Mama w domu gotowała — obiad był zawsze po powrocie taty do domu siedem po trzeciej; jak był później, to my, dzieci, biegaliśmy i się dopytywaliśmy, gdzie obiad.”

Zgodnie z teorią Bandury, człowiek jako istota społeczna uczy się poszczególnych zachowań dzięki obserwacji [9]. Podobnie ma się sytuacja z niezdrowymi nawykami żywieniowymi.

„Rodzeństwo mamy i ojca należało do ludzi dużych, a więc jak byłam dzieckiem, jadło się, ile się chciało, jak się chciało, na co się miało ochotę. Nie było nigdy żadnych ograniczeń.”

Osobą decydującą o posiłkach jest ten, kto gotuje. Wśród pacjentów z otyłością powszechnie występuje problem z podejmowaniem samodzielnych decyzji w obszarze związanym z przyjmowaniem pokarmów. W relacjach badanych była to matka.

„Mama zawsze dbała, żeby był ciepły obiad po szkole. Do dzisiaj czeka na mnie z obiadem, jak wracam. Nie wolno mi było jeść czekolady, mama mówiła, że ma dużo cukru. Dopiero kiedy poszłam do szkoły, mogłam

sama sobie coś kupić, inne dzieci też przynosiły. Zwykle słodczy.”

„Gotowała mama, w tygodniu coś szybkiego, w weekendy dwudaniowe obiady i zawsze deser. Nigdy nie brakowało jedzenia.”

„(smak dzieciństwa)... była taka... zupa pomidorowa z ryżem... (po namyśle) delikatnie dosładzana. Mama taką lubiła gotować.”

Szczególnym zachowaniem żywieniowym dostępnym wszystkim, nie tylko tym, którzy decydują o rodzaju i wielkości jedzonych posiłków, jest ilość zjedzonych/pozostawionych porcji — to czy osoby zjadają posiłek do uczucia sytości czy do momentu, aż talerz się opróżni. Badani zgodnie przyznawali, że należą do grupy osób zjadających całe porcje.

„Wcześniej wszystko się zjadało, do końca, nawet jak było spieczone, przypieczone, lekko przypalone.”

„Wyjadałam kiedyś do końca (wszystko z talerza do końca).”

„Aż raczej pusty talerz zostaje.”

„Lubię wyczyścić, nie lubię, jak zostaje. Mówi się, że powinno się zostawić, że od stołu trochę głodnym, to po co zasiadać do jedzenia?”

„Kiedyś to bym talerz wylażał.”

Kształtowanie zachowań przy stole rozpoczyna się w dzieciństwie — tak też dzieje się z wpajaniem zasady zjadania całego posiłku.

„Pamiętam taką zmorę dzieciństwa — »zjedz to do końca«, jak jedliśmy razem.”

Wpływ genów nie jest znikomy [10]. Odziedziczalność wartości BMI plasuje się na poziomie 40–70% [11].

„Wujkowie, mama otyła (ze strony mamy wujkowie) i kuzyni... i też kuzyni tędy.”

Wartością uzyskaną w wyniku przeprowadzonych wywiadów są czynniki podawane przez pacjentów, które według nich odpowiadają za wystąpienie u nich otyłości. Dane uzyskane w wywiadach układają się w zestawienia czynników, które w interpretacji i relacjach osób badanych sędziowie kompetentni pogrupowali w następujące zestawienia czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych.



**Wpływ genów
nie jest znikomy.
Odziedziczalność
wartości BMI plasuje się
na poziomie 40–70%**

**”
Pacjenci często jako
pierwszą kurację
odchudzającą wybierają
jedną z wielu modnych
diet alternatywnych
bez świadomości
konsekwencji
zdrowotnych ich
stosowania**

Przez czynniki zewnętrzne rozumie się elementy, na które jednostka nie ma wpływu. Zjawiska te zachodzą, a jednostka podlega ich działaniu (we własnej opinii) bezwiednie.

Pierwszym z czynników zewnętrznych o bodaj najmocniejszej wadze jest ten związany z genami. Dylemat łączony z wpływem środowiska i genów na zachowania, tu na zachowania żywieniowe skutkujące rozwojem otyłości olbrzymiej, występuje w nauce od dawna [1]. Szczególnie interesująca była kwestia tego, jak badani postrzegają wagę odpowiedzialności za swoje nadmierne kilogramy. Na sformułowane pytanie: Kto/co za to odpowiada według Ciebie? Odpowiadano:

„W dzieciństwie wydawało mi się, że to wina genów, ponieważ mama, tata i brat też mieli nadwagę.”

„Było to powiedziane, że to jest rzeczywistość genetyczne, bo tata był przy kości i zawsze był dużej wagi.”

„Ciężko konkretnie stwierdzić, ale na pewno trochę genetyka, bo tata i mama są też niscy i o stosunkowo dużej wadze.”

Przez czynnik zewnętrzny rozumie się też przekonanie o stosowaniu nieodpowiednich diet. Pod słowem dieta kryje się szczególnie system jedzenia, odmienny od codziennego; mający w tym przypadku na celu redukcję nadmiernej liczby kilogramów [2].

Obecnie, przy szybkim rozwoju nauki i łatwym dostępie do rzetelnej wiedzy z zakresu zdrowego odżywiania, wciąż panuje przekonanie, że istnieje dieta cud, która ma sprawić, że osoba ją stosująca w zawrotnym tempie straci pożądaną liczbę kilogramów. W związku z tym pacjenci stosunkowo często wybierają jako pierwszą kurację odchudzającą jedną z wielu modnych diet alternatywnych bez świadomości konsekwencji zdrowotnych ich stosowania [12]. Stosowanie różnych diet alternatywnych nieopartych na zasadach zdrowego odżywiania, charakteryzujące się dużymi ograniczeniami są nie tylko szkodliwe ze względu na powstawanie niedoborów żywieniowych, ale również na stan psychiczny

pacjenta. Po zastosowaniu owych diet bez wymarzonych efektów pacjent pozostaje z poczuciem bezradności, niskim poczuciem skuteczności, niską satysfakcją oraz brakiem przyjemności z jedzenia [7].

„Na różnych dietach się tam było: i głodowych i niegłodowych. I bardzo niezdrowych, ale myślałem, że to pomoże; nie miałem takiej świadomości, że to tak naprawdę nic nie daje — te diety głodowe. [...] To daje więcej szkody niż pożytku, oszczędza portfel. [...] Ale ja to przede wszystkim niezdrowy tryb życia — nigdy nie jadałem śniadań. Jadłem raz dziennie lub dwa razy dziennie.”

„Próbowałam być na diecie. Sama sobie szukałam w internecie czy gdzieś. Jakieś niskokaloryczne, żeby szybko schudnąć. Przez te 4 lata waga zmieniała się o 10–15 kg. Chodziłam też na aerobik, ale nie było efektów.”

„Dieta polegała na jedzeniu 3 posiłków dziennie. Obiad zawsze był sałatką. To była ciężka dieta, miałam ochotę coś jeszcze jeść. Potem też nie chciało mi się w kółko przygotowywać tego samego jedzenia.”

„Wcześniej miałem też taką dietę 1000 kalorii, ale potem to wracało. Znajomy mi mówił, że z tą dietą to tak jest, że się i tak wraca do tego, co było. Raz tylko schudłem, jak raz nie jadłem nic przez miesiąc – tylko sałatkę dziennie. Ale na takiej diecie to ja musiałbym być cały czas, inaczej nie schudnę. No i próbowałam takich diet od dietetyka, ale ja nie mam silnej woli.”

„Ja żeby schudnąć, to muszę nie jeść i nie ma innej opcji.”

„Stosowałam dietę 800 kcal przez 3 miesiące. [...] Bycie na różnych modnych dietach, Dukana, Kwaśniewskiego. [...] Po diecie wracały stare nawyki i efekt jo-jo.”

„W klasie maturalnej pojawiły się pierwsze epizody spadku wagi, stosowałam dietę: south beach, dr Dąbrowskiej, dr. Dukana. Nie miałam problemów z trzymaniem się zaleceń, chudłam od 10 do 15 kg, ale niestety po każdej z diet miałam efekt jo-jo. Poszłam nawet do dietetyka, ale pani dietetyk nie doradziła zbyt wiele.

Stosowałam tabletki na odchudzanie, które miały pomóc wyjść z efektu jo-jo, ale nie pomogły.”

Funkcjonowaniu społecznemu często towarzyszy wspólna konsumpcja posiłków. Ludzie gromadzą się, aby celebrować święta, znaczące daty, swoje sukcesy — powodów do wspólnego biesiadowania społeczeństwo zna wiele [13].

„W niedziele zawsze wychodzimy do restauracji na obiad i na słodki deser.”

„Lubię jeść, w niedziele zawsze robię sobie odstępstwo od mojej diety i wychodzę na ciastko, piekę ciacho lub jem pizzę.”

„(Co zjadłeś ostatniej niedzieli na obiad?).

Pizza w pizzerii i szarlotka z lodami.”

„Często spotykam się z 3 przyjaciółkami. Wychodzimy na kawę i ciasto.”

Pośród czynników zewnętrznych w interpretacji niezależnych od jednostki podobnie do genetyki znajdują się problemy hormonalne [14].

„Leczono u mnie astmę, [...] nie powiem Pani, że nie wiem, że moja mama mnie źle karmiła, bo robiła, co jej lekarze kazali, że lekarze źle leczyli [...] no tak jak musieli leczyć. [...] A były ładowane sterydy, hormony [...] na 30 dni 20 byłam chora, ładowano mnie do łóżka; nie wolno mi było [...] znaczy jak przechodziła mi gorączka, to największy wysiłek fizyczny, jaki mogłam wykonać, to był spacer po podwórku.”

Osobną grupą są czynniki wewnętrzne zależne od działań osoby. Jako pierwsze wyszczególniono tu zjawisko interpretacji ram czasowych — tak zwany „brak czasu”.

„Nie wiem, czy lubię (jeść), tak często muszę szybko coś zjeść. Dużo robię, nie mam czasu.”

„Pewnie, że lubię jeść, ale nie tak, że jem dwa obiady i trzy kolacje... nie wydaje mi się, żebym tak jadł specjalnie więcej od innych, ale tak po siedemnastej to mógłbym tak szamać — jedną kanapkę, dwie, trzy, cztery tak do dwudziestej pierwszej.”

Zalecenia dotyczące zdrowego trybu życia zawierają zawsze wskazania odnośnie do ruchu i aktywności fizycznej. Do tego bywa dołączana właściwa forma nagradzania siebie (nie jedzeniem). Umiejętność spędzania

wolnego czasu tak, aby był formą regeneracji dla organizmu, jest u pacjentów obszarem deficytowym. Czynnikiem zależnym od osoby są aktywność fizyczna oraz troska o siebie. Umiejętność nagradzania się, celebrowania swoich sukcesów, mogą być destruktywne, na przykład konsumpcja słodczy sprzyja tyciu.

„Nie mam nic takiego, chyba te wyjścia w niedziele na ciastko i pizzę.”

Sposób spędzania wolnego czasu, planowanie urlopu również dostarczają informacji o pacjencie — jak dbał o siebie, o swoją kondycję psychofizyczną.

„Wolny czas... A co to jest wolny czas? Jak cały dzień leci — wstaję rano o 6. Synem trzeba się zająć, praca, mama, dom.” Pacjent określa się jako „głowę-szyję rodziny” „Ja muszę wszystko tak scalić, mama dzwoni i pyta na przykład, co na obiad ma dokończyć przygotować [...] ja muszę wszystko scalić.”

Sposób radzenia sobie ze stresem to również czynnik zależny od osoby. To jak dotychczas radzą sobie w mniej komfortowych sytuacjach, zazwyczaj u pacjentów bariatrycznych wymaga korekty. Dotychczas dostępne badanym były zachowania typu „zajadanie” stresu.

„Pojawiło się dużo stresu, zmieniłam pracę na sprzedawcę w sklepie, miałam już mniej ruchu. Sklep jest mały. Miałam dostęp do jedzenia, pysznych hot dogów i tostów.”

„No tak się we4obre jedzenie. Taką dobrą fasolkę po bretońsku na przykład.”

WNIOSKI

Uzyskane wyniki potwierdzają istnienie wspólnych cech predysponujących do otyłości w grupie pacjentów bariatrycznych. Są spójne z dotychczas przedstawionymi doniesieniami naukowymi. Czynniki prowadzące do otyłości można pogrupować w dwie kategorie: czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne.

Pacjenci decydują się na leczenie z różnorodnych powodów, również przyczyn otyłości upatrują w wielu źródłach, zasadne więc jest badanie poziomu motywacji pacjentów poddających się zabiegowi oraz monitorowanie owej zmiennej w czasie całego procesu leczenia.



Umiejętność nagradzania się, celebrowania swoich sukcesów mogą być destruktywne, na przykład konsumpcja słodczy sprzyja tyciu

PIŚMIENNICTWO:

1. Szymocha M, Bryła M, Maniecka-Bryła I. Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdrowie Publiczne*. 2009; 119(2): 207–212.
2. Ciborowska H, Rudnicka A. *Dietetyka. Żywnienie człowieka zdrowego i chorego*. PZWL, Poznań 2018.
3. Brończyk-Puzoń A, Koszowska A, Nowak J, et al. Epidemiologia otyłości na świecie i w Polsce. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2014; 5(1): 1–5.
4. Cichoń J, Majda A. Otyłość — droga do poddania się zabiegowi bariatrycznemu. *Hygeia*. 2016; 51(4): 375–380.
5. Brończyk-Puzoń A, Nowak J, Koszowska A, et al. Algorytm leczenia otyłości. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2014; 8(5): 211–216.
6. Zegan, M., Michota-Katulaska, E., Jagodzińska, E., Sińska, B. Motywacja do odchudzania u osób z nadwagą i otyłością. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2010; 6(2): 85–92.
7. Bąk-Sosnowska, M. Miejsce psychologa w leczeniu otyłości. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2009; 3(4): 297–303.
8. Barczyk, A., Kutkowska-Każmierczak, A., Castañeda J., Obersztyn, E. Genetyka otyłości: patogeneza, aspekty kliniczne i diagnostyczne. *Developmental Period Medicine*. 2017; 21(3): 186–202.
9. Wojciszke B. *Psychologia społeczna*. Scholar, Warszawa 2017.
10. Haworth CMA, Plomin R, Carnell S, et al. Childhood obesity: genetic and environmental overlap with normal-range BMI. *Obesity (Silver Spring)*. 2008; 16(7): 1585–1590, doi: 10.1038/oby.2008.240, indexed in Pubmed: 18421262.
11. Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, et al. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes (Lond)*. 2010; 34(1): 29–40, doi: 10.1038/ijo.2009.177, indexed in Pubmed: 19752881.
12. Reguła, J. Charakterystyka i ocena wybranych dietetycznych. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2013; 4(3): 115–121.
13. Świdarska, M. Rodzina we wspieraniu najbliższych z otyłością. *Pedagogika Rodziny*. 2010; 2(3): 53–59.
14. Brzeziński, M., Jankowski, M., Kamińska, B. Skuteczność wybranych medycznych i pozamedycznych metod prewencji i ograniczenia występowania nadwagi i otyłości. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2012; 8(4): 114–123.
15. Pietrzykowska, E., Wierusz-Wysocka, E. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2008; 24(143): 472–476.
16. Jaruć A, Bogdański P. Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2011; 2(1): 34–42.