

Matylda Kręgielska-Narożna,
Katarzyna Grabańska,
Paweł Bogdański,
Danuta Pupek-Musialik

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Zaburzeń Metabolicznych
i Nadciśnienia Tętniczego,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Rola grupy wsparcia w procesie odchudzania u osób z nadmierną masą ciała

The role of support groups in a process of losing weight
among people with excess body weight

STRESZCZENIE

Otyłość jest jednym z podstawowych zagrożeń zdrowotnych w dzisiejszym świecie, a jej epidemia dotyczy coraz większej liczby osób. Najczęściej występującym rodzajem jest otyłość prosta, która wiąże się z dodatnim bilansem energetycznym. Skuteczne leczenie nadmiernej masy ciała wymaga kompleksowego podejścia i zaangażowania specjalistów z różnych dziedzin. Terapia powinna polegać na wprowadzeniu zmian w sposobie żywienia, zwiększeniu aktywności fizycznej, terapii farmakologicznej, w niektórych przypadkach interwencji chirurgicznej.

Leczenie to powinno również uwzględniać różne formy wsparcia psychologicznego, które może polegać na tworzeniu warunków sprzyjających formowaniu grup samopomocowych dla osób z nadmierną masą ciała. W takim grupowym leczeniu otyłości należy również uwzględnić aspekt edukacyjny. Holistyczne podejście może przyspieszyć, wzmocnić i utrwalić efekty terapii odchudzającej. Celem pracy jest przedstawienie roli grup wsparcia w procesie odchudzania na przykładzie Stowarzyszenia „Żyj zdrowo” utworzonego przy Klinice Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego w Poznaniu. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2012, tom 3, nr 3, 110–114)

Słowa kluczowe: otyłość, nadwaga, leczenie, grupa wsparcia

ABSTRACT

Obesity is one of the major health problem in the world. The obesity epidemic concerns more and more people. The most common type of obesity is simple obesity, which is associated with positive energy balance. Effective obesity treatment requires a comprehensive approach and the involvement of specialists in various disciplines. A therapy should focus on diet modifications, increasing physical activity, drug therapy, and in some cases surgical intervention. The treatment should also include various forms of psychological support. An opportunity to form self-help groups should be created. There should be an educational

Adres do korespondencji:

mgr Matylda Kręgielska-Narożna
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia
Tętniczego UM im. K. Marcinkowskiego
ul. Szamarzewskiego 84, 60–569 Poznań
tel.: (61) 854 93 77,
faks: (61) 847 85 29

Copyright © 2012 Via Medica
ISSN 2081–2450

aspect considered in this type of groups. This holistic approach can accelerate, enhance and maintenance the effects of weight loss therapy. The aim of this study was to show the role of support groups in the process of weight loss. As an example the association „Live Healthy” created by the Department of Internal Disease, Metabolic Disorders and Hypertension was shown. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2012, vol. 3, nr 3, 110–114)

Key words: obesity, overweight, treatment, support group

PANDEMIA OTYŁOŚCI

Otyłość jest poważnym problemem cywilizacyjnym — według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) stanowi jedno z największych zagrożeń dla zdrowia człowieka [1]. Szacuje się, że obecnie na świecie problem nadwagi dotyczy prawie miliarda osób, natomiast prawie pół miliarda choruje na otyłość [2]. W Polsce według badań WOBASZ z 2005 roku około 50% kobiet i 60% mężczyzn miała nadwagę. Otyłość dotyczyła około 20% społeczeństwa. Wyniki badań NATPOL 2011 wskazują, że problem nadwagi i otyłości narasta — jest to szczególnie widoczne wśród populacji mężczyzn — dotyczy jej 25% [3, 4].

Otyłość jest chorobą przewlekłą charakteryzującą się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie. Wyróżnia się dwa rodzaje otyłości: otyłość wtórną (objawową) i pierwotną (prostą). Otyłość prosta rozwija się w wyniku utrzymującego się przez dłuższy czas dodatniego bilansu energetycznego. Natomiast otyłość złożona może się wiązać między innymi z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu układu dokrewnego, czynnikami genetycznymi lub stosowaniem leczenia farmakologicznego [5].

W praktyce klinicznej najszerszej stosowaną metodą oceny nadmiernej masy ciała jest wskaźnik masy ciała — BMI (*body mass index*), który określa stosunek masy ciała do wzrostu. Według Raportu Ekspertów WHO z 1998 roku BMI na poziomie 25–29,9 należy interpretować jako nadwagę, natomiast BMI powyżej 30 — jako otyłość [6].

Bez wątpienia problem nadmiernej masy ciała nie dotyczy jedynie natury estetycznej. Udowodniono, że otyłość wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania takich chorób jak: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, niektóre nowotwory, choroby układu krążenia, zaburzenia gospodarki lipidowej [7–9]. Ważnym elementem diagnostyki otyłości jest również ocena rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie. Udowodniono bowiem silną zależność pomiędzy występowaniem metabolicznych powikłań otyłości, a obwodem brzucha pacjentów. Zwiększone ryzyko powikłań w otyłości brzusznej jest obserwowane przy obwodzie pasa powyżej 80 cm u kobiet i 94 cm u mężczyzn [11].

ŚRODOWISKOWE UWARUNKOWANIA OTYŁOŚCI

Otyłość pierwotna, związana z utrzymującym się dodatnim bilansem energetycznym stanowi większość przypadków nadmiernej masy ciała [12]. Dodatni bilans energetyczny wiąże się ze zwiększoną podażą kalorii z pożywienia w stosunku do wydatkowanej energii. Sytuacji tej sprzyjają takie czynniki środowiskowe jak: mała aktywność fizyczna czy powszechna dostępność wysokoprzetworzonej i wysokokalorycznej żywności. Duże znaczenie mają również takie czynniki jak: status społeczno-ekonomiczny, uwarunkowania kulturowe i czynniki psychospołeczne [13, 14].

KOMPLEKSOWE LECZENIE OTYŁOŚCI

Wieloczynnikowe uwarunkowania nadwagi i otyłości wymagają multidyscyplinarnego

►► Wieloczynnikowe uwarunkowania nadwagi i otyłości wymagają multidyscyplinarnego podejścia ◀◀

►► Modyfikacja zachowań zdrowotnych, która prowadzi do utrzymania prawidłowej lub utraty nadmiernej masy ciała zakłada zmiany w wielu obszarach życia ◀◀

podejścia. Zaangażowanie w proces redukcji masy ciała specjalistów różnych dziedzin: lekarzy, dietetyków, psychologów, trenerów oraz holistyczne ujęcie problemu umożliwia skuteczne i trwałe kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych związanych z utrzymaniem prawidłowej masy ciała [15]. Stopniowa modyfikacja niekorzystnych nawyków pacjenta pozwala stworzyć prawidłowy model żywienia. Postępowanie to powinno polegać na uświadomieniu błędnych przyzwyczajęń i wprowadzeniu w ich miejsce nowych, prawidłowych [16].

ZMIANA NAWYKÓW ZWIĄZANYCH Z ŻYWIENIEM JAKO ELEMENT SKUTECZNEJ TERAPII OTYŁOŚCI

Modyfikacja zachowań zdrowotnych, która prowadzi do utrzymania prawidłowej lub utraty nadmiernej masy ciała zakłada zmiany w wielu obszarach życia i obejmuje wiele składowych, takich jak: umiejętność samo-obszacji i szacowania spożycia kalorii przez pacjenta, kontrola nieświadomego przyjmowania kalorii czy umiejętność zapatrywania się w produkty spożywcze [17].

Raportowanie dziennego spożycia pokarmów

Mimo że pacjenci mają tendencję do zaniżania spożycia kalorii i masy posiłków w raportach żywieniowych, to według zaleceń *American Dietetic Association* elementem sprzyjającym redukcji masy ciała jest samokontrola przyjmowania kalorii poprzez prowadzenie dzienniczka żywieniowego [18, 19]. W takim dzienniczku pacjent powinien uwzględniać również spożywane płyny a także napoje alkoholowe, które mogą być przyczyną przekraczania należnego zapotrzebowania energetycznego [20].

Zmniejszenie „marginesu bezwiedności” spożywania pokarmów

Według badań prowadzonych przez Wansink a i wsp. podstawowym elementem reduk-

cji masy ciała jest świadome spożywanie kalorii. Wansink proponuje wiele strategii mających zmniejszyć dzienną podaż energetyczną bez konieczności stosowania rygorystycznych reżimów kalorycznych. Do strategii tych zalicza między innymi:

- zmniejszenie stosowanych opakowań i naczyń, na przykład zastawy stołowej (spożywanie posiłków na małych talerzach i napojów w wysokich szklankach daje iluzoryczne poczucie spożycia większej porcji);
- jedzenie wyłącznie w spokoju, przy stole, z dala od lodówki (takie postępowanie utrudni sięganie po przekąski pod wpływem impulsu i uniemożliwi rozpraszanie się podczas jedzenia np. pod wpływem oglądania telewizji);
- stosowanie zasady połowy talerza (obniżenie kaloryczności posiłku poprzez uwzględnianie warzyw w każdym posiłku);
- unikanie pułapki tak zwanej zdrowej żywności (spożywanie produktów typu *light* może wiązać się z ich zwiększoną konsumpcją);
- nie odmawianie sobie małych przyjemności, a w zamian zmniejszenie ich porcji (zmiana nawyków żywieniowych nie powinna wywoływać poczucia braku) [21].

Ważnym elementem zmniejszenia nieświadomego przyjmowania pożywienia jest edukacja pacjentów w zakresie fizjologii głodu i sytości. Odczucie głodu ma przebieg „falisty”, dlatego niezbędna jest umiejętność jedzenia już po zmniejszeniu się jego nasilenia. Daje to możliwość nasycenia się mniejszą ilością pokarmu. Strategia pomocna w tym zakresie dotyczy również zapatrywania się w produkty spożywcze. Pacjent nie powinien dokonywać zakupów, będąc głodnym, a także powinien kierować się wcześniej sporządzoną listą zakupów [16].

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY ODCHUDZANIA

Poszukiwanie zarówno przez profesjonalistów, jak i pacjentów skutecznych metod re-

dukcji masy ciała coraz częściej prowadzi do korzystania z różnych form pomocy psychologicznej. Wśród tych form znajdują się zarówno indywidualne, jak i grupowe interwencje psychologiczne, a do najczęściej stosowanych metod należy terapia behawioralna i poznawcza. Dowiedziono, że terapia behawioralna stosowana w połączeniu ze stosowaniem diety i aktywności fizycznej umożliwia szybszą i większą redukcję masy ciała niż stosowanie wyłącznie metod klasycznych (dieta + aktywność fizyczna) [22]. W wytycznych dotyczących odchudzenia poleca się udział w różnego rodzaju grupach wsparcia, forach internetowych, komercyjnych programach utraty masy ciała. Uważa się, że tego typu postępowanie może wspomóc uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała [23]. Istotne miejsce w programach profilaktyki i leczenia nadmiernej masy ciała zajmuje grupowe leczenie otyłości, łączące terapię z edukacją zdrowotną. Tego typu forma nie polega na dogłębnej analizie psychologicznej, ale na udzielaniu samopomocy i zapewnianiu wzajemnego wsparcia [24].

GRUPOWE LECZENIE OTYŁOŚCI

Leczenie otyłości polegające na łączeniu diety odchudzającej, aktywności fizycznej, a w niektórych przypadkach postępowania farmakologicznego i chirurgicznego może być wspierane udziałem pacjenta w tak zwanej grupie samopomocowej.

Według Carol K. Oyster istnieją 3 formy grup, które są powoływane po to, by zapoczątkować w uczestnikach istotną przemianę. Grupa treningowa (edukacyjna) służy „wyposażeniu” uczestników w wiedzę dotyczącą danego tematu. Grupa ta posiada lidera, który jest specjalistą, ale nie musi posiadać formalnego wykształcenia w danej dziedzinie. W grupie tego typu można zdobyć informacje służące praktycznemu rozwiązywaniu danego problemu. Kolejnym rodzajem jest grupa terapeutyczna, która ma za zadanie ułatwić uczestnikom rozwią-

zywanie ich problemu, ale wsparta jest fachową pomocą. Trzecia grupa to typowa grupa samopomocy zrzeszająca ludzi o podobnych problemach. Grupy tego rodzaju mają być miejscem, w którym uczestnicy dają sobie nawzajem wsparcie i uczą się od siebie radzenia sobie z problemami [25].

STOWARZYSZENIE „ŻYJ ZDROWO” JAKO PRZYKŁAD GRUPY WSPARCIA DLA OSÓB Z NADMIERNĄ MASĄ CIAŁA

Przykładem grupy, która łączy w sobie elementy wszystkich wyżej opisanych grup jest Stowarzyszenie „Żyj zdrowo”, które powstało w 2007 roku przy Klinice i Katedrze Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Stowarzyszenie to powstało z inicjatywy pacjentów i jest wspierane merytoryczną wiedzą specjalistów pracujących w Klinice. Sami pacjenci w ten sposób mówią o konieczności wspierania procesu odchudzenia: „doszliśmy do wniosku, że oprócz wizyt w przychodni (...) aby osiągnąć cel, czyli spadek masy ciała, jest potrzebna grupa wsparcia, której członkowie mają te same lub podobne problemy.” W ramach spotkań grupy, na których pacjenci służą sobie nawzajem poradą i wsparciem, organizowane są też wykłady dotyczące profilaktyki zdrowotnej, zajęcia ruchowe, spacer z kijami *nordic walking*, joga. W trakcie spotkań, uczestnicy omawiają zalecenia dotyczące modyfikacji zachowań żywieniowych i prezentują również nowe rozwiązania w tym zakresie. Taka grupa według jej uczestników to „otwarta społeczność (...) osób, które mają podobne problemy. W naszym gronie nikt nie komentuje wyglądu, co niestety zdarza się w innych klubach sportowych. Wsparcie grupy dało nam siłę i świadomość aby w każdej sytuacji dbać o naszą godność, jednocześnie dbać o zdrowie nasze i naszych bliskich.” Pacjenci podkreślają też rolę profesjonalisty, który służy im fachową poradą: „wiedzę, którą wynosimy z wykładów każdy stara się w miarę możliwości wprowadzić

w życie, przekazując dalej wśród naszych rodzin i znajomych”. Uczestnicy zwracają uwagę na ważny element grupy wsparcia jakim jest rozwiązywanie podobnych problemów przy braku akceptacji lub zrozumienia środowiska: „Nie ukrywajmy: widzimy wśród naszych członków osiągnięcia, a także zauważamy potknięcia (...) ale rozmowa o powodach, jakie temu towarzyszą, nie tylko z lekarzem, ale także w grupie wsparcia, okazuje się niejednokrotnie bardziej twórcza niż rozmowa z najbliższymi, którzy nie doświadczają takich problemów jak większość naszych członków” [26].

PODSUMOWANIE

Otyłość jest dziś jednym z ważniejszych problemów zdrowotnych, z którym musi sobie poradzić współczesna medycyna. Warto pamiętać, że terapia otyłości wymaga kompleksowego podejścia, które powinno uwzględniać złożoność natury człowieka — jego biologiczną część — poprzez wprowadzenie diety, aktywności fizycznej, terapii farmakologicznej i chirurgicznej, a także psychospołeczną, związaną między innymi z kształtowaniem nawyków zdrowotnych i relacjami międzyludzkimi — poprzez stwarzanie sprzyjających warunków do powstawania i rozwoju grup wsparcia. Takie holistyczne ujęcie problemu wydaje się najskuteczniejszą metodą przywrócenia i utrzymania prawidłowej masy ciała pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of WHO Expert Committee. WHO, Geneva 1998.
2. International Obesity Task Force, <http://www.ia-so.org/iotf/>; 6.08.2012.
3. WOBASZ 2003-2005, www.zdrowiepolakow.pl/wobasz.html; 8.07.2012.
4. NATPOL 2011, <http://www.natpol.org/index.html>; 28.07.2012.
5. Buksinska-Lisik M., Lisik W., Zaleska T. Otyłość — choroba interdyscyplinarna. *Przew. Lek.* 2006; 1: 72–77.
6. Tsigos C., Hainer V., Basdevant A. i wsp. Management of Obesity in Adult and Children: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts* 2008; 1: 106–116. <http://www.karger.com>; 28.08.2012.

7. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO, Geneva 2002.
8. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2009. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna* 2009; 9 (supl. A): 1–42.
9. Mancia G., DeBacker G., Dominiczak A. i wsp. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension J. *Hypertens.* 2007; 25: 1751–1762.
10. Bergstrom A., Pisani P., Tenet V. i wsp. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *Int. J. Cancer* 2001; 91: 421–430.
11. Białkowska M., Otyłość. W: Jarosz M. (red.). *Praktyczny podręcznik dietetyki*. IZZ, Warszawa 2010: 330–336.
12. Brantley P., Myers V., Roy H. Environmental and lifestyle influences on obesity. *The Journal of the Louisiana State Medical Society* 2005; 157: 19–27.
13. Juruć A., Bogdański P. Osobowość w rozmiarze XXL. *Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości*. *Forum Zab. Metab.* 2011; 2: 34–42.
14. Bąk-Sosnowska M. Miejsce psychologa w leczeniu otyłości. *Forum Med. Rodz.* 2009; 3: 297–303.
15. Cyganek K. Indywidualizacja postępowania w otyłości. *Algorytm Leczenia*. *Przew. Lek.* 2003; 6: 56–61.
16. Zachorska-Markiewicz B. Nauka i praktyka w leczeniu otyłości. *Archi-plus*, Kraków 2005: 33.
17. Sharma M. Behavioural interventions for preventing and treating obesity in adults. *Obes. Rev.* 2007; 8: 441–449.
18. Johnson R., Soultanakis R., Matthews D. Literacy and body fatness are associated with underreporting of energy intake in US low-income women using the multiple-pass 24-hour recall: a doubly labeled water study. *J. Am. Diet Assoc.* 1998; 98: 1136–1140.
19. Position of the American Dietetic Association: Weight Management. *J. Am. Diet Assoc.* 2009; 109: 330–346.
20. Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość. Zapobieganie i leczenie. *PZWL*, Warszawa 2006: 31.
21. Wansink B. Beztróskie jedzenie. Dlaczego jemy więcej niż byśmy chcieli. *MIIND*, Pruszków 2006: 32–167.
22. Shaw K., O'Rourke P., Del Mar C. i wsp. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 2, CD003818. DOI: 10.1002/14651858.pub2.
23. Szyndler A., Chrostowska M., Narkiewicz K. Modyfikacja stylu życia jako podstawa leczenia otyłości. *Kardiologia na co Dzień* 2007; 3: 84–88.
24. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B., Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzenia się. *Pol. Merk. Lek.* 2008; 24: 472–476.
25. Oyster C.K. Grupy. *Zysk i Spółka*, Poznań 2002: 33–36.
26. Maciszczyk E. Razem łatwiej — rola grup wsparcia w leczeniu i zapobieganiu otyłości. *Fragmenty przemówienia z Konferencji „Maski Otyłości”*, Poznań 2012.

►► Terapia otyłości wymaga kompleksowego podejścia, które powinno uwzględnić złożoność natury człowieka ◀◀