

Hanna Wyleżoł¹,
Izabela Omelańczuk¹,
Mikołaj Radziszewski¹,
Dorota Kaczmarska-Turek²,
Tomasz Bednarczuk²

¹Studenckie Koło Naukowe Endocrinus przy
Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych
i Endokrynologii I Wydziału Lekarskiego,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
²Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych
i Endokrynologii I Wydziału Lekarskiego,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ocena wiedzy Polaków na temat otyłości — badanie wstępne

An assessment of the knowledge concerning obesity among
the adult Polish population — a preliminary study

STRESZCZENIE

Wstęp. Częstość występowania otyłości w Polsce dramatycznie wzrasta w ostatnich latach i dotyczy obecnie około 20% dorosłych mieszkańców naszego kraju. Dla aktywnego współudziału chorego w procesie profilaktyczno-terapeutycznym niezbędna jest jego wiedza w zakresie podstawowych zagadnień związanych z tą chorobą. Celem badania była ocena wiedzy na temat otyłości wśród osób dorosłych należących do populacji polskiej.

Materiał i metody. Badaniu ankietowemu zostało poddanych 100 dorosłych osób. Ankieta składała się z dwóch części — pierwsza zawierała pytania dotyczące płci, wieku, wzrostu, masy ciała i wykształcenia badanego, druga — 12 pytań oceniających wiedzę na temat przyczyn otyłości, jej powikłań oraz sposobów leczenia.

Wyniki. Ogółem uzyskano 100 ankiet. Kobiety stanowiły 68% ogółu badanych. Mediana indeksu masy ciała (BMI) wśród ankietowanych wynosiła 24,8 kg/m² (zakres: 17,3–39,6), mediana wieku — 54 lata (zakres: 20–89). Otyłość występowała u 13% badanych. Stwierdzono różną częstość występowania nadmiernej masy ciała pomiędzy grupami wiekowymi wydzielonymi na podstawie mediany wieku (74% wśród osób starszych, 26% wśród osób młodszych). Zaobserwowano niejednorodny poziom wiedzy w zakresie zagadnień związanych z otyłością. Następstwa otyłości były znane 91% badanych, 55,3% ogółu posiadało wiedzę na temat przyczyn choroby, a 39,8% prezentowało podstawową wiedzę o możliwościach jej leczenia. Związek pomiędzy posiadaną wiedzą i wartością BMI stwierdzono w grupie najmłodszych mężczyzn i najstarszych kobiet i miał on charakter zależności odwrotnej.

Wnioski. Pomimo dużej wiedzy o powikłaniach związanych z rozwojem otyłości, społeczeństwo charakteryzuje się niedostateczną wiedzą na temat przyczyn rozwoju tej choroby, a także możliwości i sposobów jej leczenia. W niektórych grupach wiekowych istnieje odwrotna zależność pomiędzy posiadaną wiedzą a wartościami BMI.

(*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, tom 8, nr 1, 36–45)

Słowa kluczowe: otyłość, wiedza o otyłości, nadmierna masa ciała

ABSTRACT

Introduction. Obesity affects one fifth of the Polish population. A patient's basic knowledge of this disease is crucial for prevention and treatment if needed. The goal of this study was to assess the level of knowledge of obesity among a sample of the adult Polish population.

Adres do korespondencji:

Hanna Wyleżoł
SKN Endocrinus
przy Katedrze i Klinice Chorób
Wewnętrznych i Endokrynologii
I Wydziału Lekarskiego WUM
e-mail: hania.wylezol@gmail.com

Copyright © 2017 Via Medica
ISSN 2081–2450

Material and methods. The study was conducted among 100 adults. The survey included two parts — the first part concerned gender, age, height, weight and level of education. The second part consisted of twelve questions concerning the causes, effects on health, and methods of treatment of obesity.

Results. Overall, 100 questionnaires were obtained. More than two thirds (68%) of the respondents were female. The median BMI in the study group was 24.8 kg/m² (range: 17.3–39.6). The median age was 54 years (range: 20–89). Obesity was recorded in 13% of the sample. There were differences in the prevalence of excessive body weight between the older group and the younger group (74% and 26% respectively), the border between the two groups being the median age. The differences in knowledge were as follow: 55.3% of all respondents were aware of the causes of obesity, 91% had knowledge concerning its effects on health, 39.8% were aware of the methods of its treatment. We noticed a negative correlation between knowledge and BMI only in the youngest men and the oldest women.

Conclusions. There is a lack of knowledge concerning the causes of obesity and the methods of its treatment. A correlation between BMI and knowledge can be observed in some groups of society.

(*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, tom 8, nr 1, 36–45)

Key words: obesity, knowledge about obesity, excessive body weight

WSTĘP

Liczba ludzi z otyłością uległa podwojeniu w okresie od 1980 roku. Obecnie prawie 2 miliardy (39%) dorosłych osób na całym świecie cechuje nadmierna masa ciała odpowiadająca wartości wskaźnika masy ciała (BMI [*body mass index*]: [kg/m²]) ≥ 25 kg/m². Wśród nich ponad 600 milionów (13%) choruje na otyłość [1], która jest rozpoznawana przy wartości BMI ≥ 30 kg/m². Przed 1980 rokiem na terenie państw wysoko rozwiniętych otyłość stwierdzano u mniej niż 1 na 10 obywateli danego kraju. Od tego momentu liczba osób chorujących na otyłość wzrosła dwukrotnie, a w niektórych rejonach nawet trzykrotnie. Obecnie populacje państw wysoko rozwiniętych cechują się przewagą liczby osób o nadmiernej masie ciała, przy czym osoby otyłe stanowią około 18% populacji każdego z krajów, a ich liczba nadal zachowuje tendencję wzrostową [2].

W Polsce nadmierną masę ciała stwierdza się obecnie u około 53% pełnoletnich osób, w tym u 62% mężczyzn i 46% kobiet [3]. Wy-

niki badań przeprowadzonych w ostatnich latach wykazały, że w ciągu dziesięciu lat odsetek dorosłych osób z otyłością zwiększył się z 19% do 22%. Według obecnych prognoz w 2035 roku co trzeci dorosły Polak będzie chorował na otyłość [4].

Otyłość stanowi przyczynę licznych powikłań, w tym: chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, choroby zwyrodnieniowej stawów, nowotworów złośliwych [5]. Wszystkie powikłania prowadzą do spadku jakości życia i skrócenia jego przewidywanej długości. Wyniki badań europejskich wykazały, że nadmiar tkanki tłuszczowej, niezależnie od jej rodzaju, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem przedwczesnej śmierci [6]. Zaawansowane stadia otyłości skracają długość życia osób cierpiących z powodu tej choroby o 8–10 lat względem populacji osób o prawidłowej masie ciała [2].

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe aspekty wydaje się, że społeczeństwo powinno posiadać podstawową wiedzę dotyczącą takich zagadnień, jak: przyczyny roz-

►► Według obecnych prognoz w 2035 roku co trzeci dorosły Polak będzie chorował na otyłość ◀◀

►► Zaawansowane stadia otyłości skracają długość życia osób cierpiących z powodu tej choroby o 8–10 lat względem populacji osób o prawidłowej masie ciała ◀◀

woju otyłości i sposoby jej zapobiegania, konsekwencje zdrowotne wystąpienia otyłości, a wreszcie możliwości i sposoby leczenia tej choroby. Na podstawie dokonanego w niniejszej pracy przeglądu piśmiennictwa w tym zakresie autorzy wykazali brak wyników badań wśród polskiego społeczeństwa. W związku z tym podjęto próbę przeprowadzenia wstępnych badań dotyczących powyższego zagadnienia. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy na temat otyłości wśród dorosłych osób polskiej populacji.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w dniu 24 maja 2015 roku na Rynku Nowego Miasta w Warszawie w godzinach od 8:00 do 17:00 podczas wydarzenia naukowo-edukacyjnego „Warszawski Uniwersytet Medyczny — Społeczeństwo Warszawy” przy obecności dużej liczby przypadkowych przechodniów. Dobrowolne badanie ankietowe o charakterze anonimowym zostało przeprowadzone wśród kolejnych pełnoletnich osób zgłaszających się do stanowiska Studentckiego Koła Naukowego działającego przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii.

Ze względu na brak metody dostępnej w piśmiennictwie i pozwalającej na ocenę wiedzy na temat otyłości, opracowano ankietę przeznaczoną na potrzeby tego badania (ryc. 1). Przed wykorzystaniem została poddana ocenie w zakresie zrozumienia stawianych pytań i możliwości udzielanych odpowiedzi przez 10 osób nieposiadających wykształcenia medycznego (sędziów kompetentnych).

Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza zawierała pytania dotyczące płci, wieku, wzrostu i masy ciała oraz wykształcenia badanego. Druga, o charakterze testu, zawierała 12 pytań oceniających wiedzę w trzech obszarach:

— przyczyn rozwoju otyłości w odniesieniu do jej pierwotnego i wtórnego charakte-

ru, zmian zapotrzebowania organizmu na energię wraz z wiekiem, rodzaju diety, znaczenia aktywności fizycznej, czynników dziedzicznych i rodzinnych oraz zaburzeń emocjonalnych;

— powikłań otyłości: cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, nowotworów złośliwych i ogólnego rozumienia otyłości jako choroby;


— możliwości i sposobów leczenia począwszy od zachowawczego, a skończywszy na zabiegowym oraz wpływie leczenia na ustępowanie negatywnych następstw otyłości.

Powyższe pytania miały charakter jednokrotnego (5 pytań) lub wielokrotnego wyboru (7 pytań), o czym badani zostali poinformowani w pisemnej instrukcji wprowadzającej do badania. Część pytań zawierała dystraktor „nie wiem”, co pozwalało uczestnikowi na wybór odpowiedzi zgodnej z przekonaniem o swoim stanie wiedzy.


Oceny stanu odżywienia badanych dokonano na podstawie BMI poddanego klasyfikacji opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia i będącego podstawą wytycznych leczenia otyłości u dorosłych, opracowanych przez Europejskie Towarzystwo Badań nad Otyłością [7].

Metody statystyczne

Za każdą prawidłową odpowiedź przyznawano jeden punkt. Udzielenie prawidłowych odpowiedzi na wszystkie pytania dawało możliwość uzyskania 12 punktów. W przypadku braku udzielenia odpowiedzi na dane pytanie uznawano, że osobie badanej nie jest znana prawidłowa odpowiedź, a zatem takie pytanie oceniano na zero punktów. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica 12 (StatSoft, Inc. 1984–2014). W celu oceny istotności różnic pomiędzy grupami dla zmiennych ilościowych zastosowano test *U* Manna-Whitneya. W celu oceny zależ-



Katedra i Klinika Chorób
Wewnętrznych i Endokrynologii
WUM



WARSAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
ENDOCRINUS
Studenckie Endokrynologiczne
Koło Naukowe

Co wiesz o otyłości?

Niniejsze pytania mają na celu sprawdzenie stanu wiedzy o przyczynach, powikłaniach i leczeniu otyłości. Prosimy o zapoznanie się z pytaniami i udzielenie odpowiedzi poprzez zakreślenie kratki przy odpowiedzi, którą uważa Pani/Pan za prawidłową. Niektóre pytania mogą mieć więcej niż jedną dobrą odpowiedź.

1. Czy uważa Pan/Pani, że otyłość jest chorobą?
 TAK
 NIE
2. Czy uważa Pan/Pani, że jedyną przyczyną otyłości jest nadmierne spożywanie jedzenia?
 TAK
 NIE
3. Jak według Pana/Pana zmienia się zapotrzebowanie naszego organizmu na energię wraz z wiekiem?
 ulega zmniejszeniu
 pozostaje bez zmian
 wzrasta
4. W leczeniu otyłości stosuje się:
 dietę
 leki
 zmianę stylu życia
 leczenie operacyjne
5. Czy uważa Pan/Pani, że cukrzyca może być skutkiem otyłości?
 TAK
 NIE
6. Co według Pana/Pani może być przyczyną rozwoju otyłości?
 zła dieta
 choroby metaboliczne
 zbyt mała aktywność fizyczna
 uboczne działanie leków
 czynniki genetyczne
 zaburzenia emocjonalne
7. Czy uważa Pan/Pani, że otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na nadciśnienie tętnicze?
 TAK
 NIE
8. Co według Pana/Pani jest efektem leczenia nadwagi i otyłości?
 obniżenie ciśnienia tętniczego krwi
 skrócenie długości życia
 zwiększenie stężenia cholesterolu
9. Która z metod leczenia otyłości jest uważana za najskuteczniejszą?
 wysiłek fizyczny
 leczenie operacyjne
 głodówka
 dieta
 jedzenie pokarmów lepszej jakości
10. Główne źródło spożywanej energii powinno pochodzić z:
 węglowodanów
 białek
 tłuszczu
 nie wiem
11. Źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych są:
 mleko i przetwory mleczne
 chude mięso
 warzywa i owoce
 pieczywo, makarony, kasze
 ryby, oleje roślinne, orzechy
 nie wiem
12. Czy uważa Pan/Pani, że otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory?
 TAK
 NIE

Dziękujemy

Rycina 1. Ankieta wykorzystana w badaniu

ności między badanymi zmiennymi wykorzystano cząstkowy współczynnik korelacji Spearmana (r). Przyjęto poziom istotności dla wartości $p < 0,05$. Uzyskano akceptację Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (nr AKBE/27/17).

WYNIKI

Uzyskano 100 ankiet, które poddano analizie. Stwierdzono brak odpowiedzi na 13 pytań, co stanowi 1,08% ogółu udzielonych odpowiedzi. Liczba kobiet była ponad dwukrotnie większa niż liczba mężczyzn i stano-

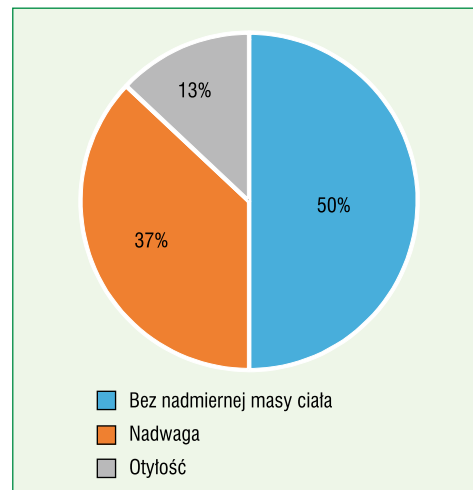
wiła 68% ogółu badanych. Mediana BMI badanej grupy wynosiła 24,8 kg/m² (zakres: 17,3–39,6), przy czym nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w stanie odżywienia w zależności od płci (kobiety: 24,5 kg/m² [17,6–35,8]), mężczyźni: 25,1 kg/m² [19,6–32,3]). Nadmierną masę ciała stwierdzono u połowy badanych, zaś otyłość u 13% ogółu (ryc. 2).

Wiek badanych mieścił się w zakresie 20–89 lat, a jego mediana wyniosła 54 lata. Stwierdzono różnice w stanie odżywienia pomiędzy grupami wiekowymi, które wydzielono na podstawie mediany wieku (ryc. 3).

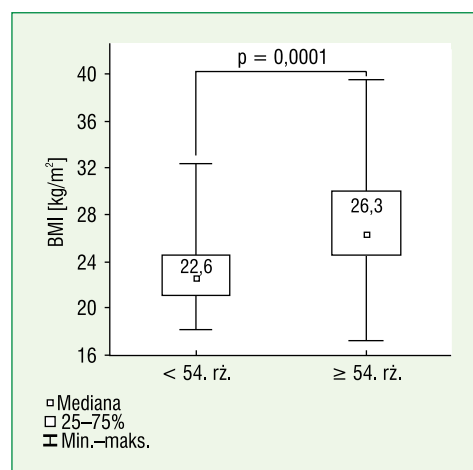
W grupie starszych badanych względem młodszych zaobserwowano częstsze występowanie nadmiernej masy ciała (odpowiednio 74% i 26%; $p = 0,00001$) oraz otyłości (odpowiednio 24% i 2%; $p = 0,0009$). Nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania nadmiernej masy ciała i otyłości pomiędzy kobietami i mężczyznami dla całej badanej populacji. Wykazano natomiast istotne statystycznie różnice w stanie odżywienia pomiędzy kobietami i mężczyznami w grupie osób młodszych (< 54. rż.) (ryc. 4).

Wykształcenie wyższe posiadało 40% badanych, 27% średnie, natomiast 6% niższe względem średniego. Informacji odnośnie do posiadanego wykształcenia nie podało 27% osób. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w stanie odżywienia w zależności od poziomu wykształcenia badanych (mediana BMI osób z wykształceniem wyższym wynosiła 25,1 kg/m² [17,3–33,7], osób z wykształceniem średnim: 25,5 kg/m² [18,2–39,6], natomiast osób z wykształceniem niższym od średniego: 28,2 kg/m² [22,4–37,2]).

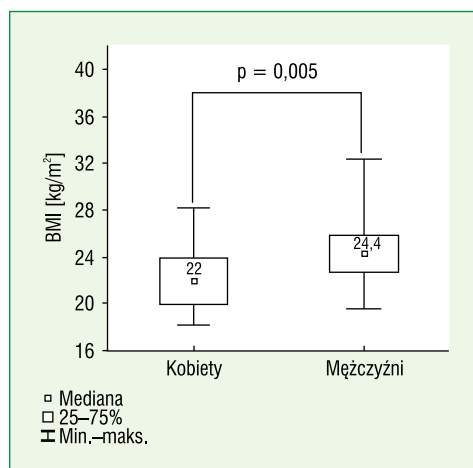
Mediana sum prawidłowych odpowiedzi uzyskanych przez badane osoby wynosiła 7 punktów. Dwie osoby (2%) uzyskały najniższą spośród badanych łączną liczbę punktów równą 3. Zaledwie cztery osoby (4%) udzieliły poprawnych odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie.



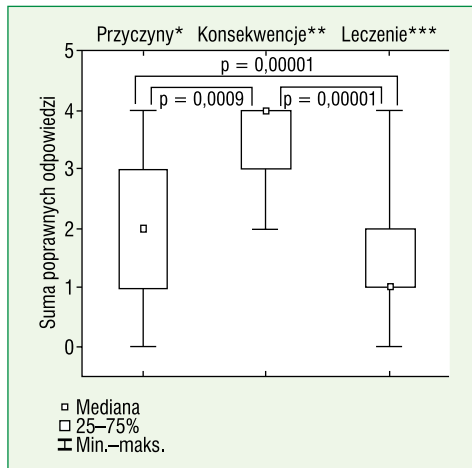
Rycina 2. Częstość występowania nadwagi i otyłości wśród badanych. Klasyfikacja dokonana na podstawie wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia



Rycina 3. Ocena stanu odżywienia w zależności od wieku na podstawie podziału na grupy względem mediany wieku



Rycina 4. Ocena stanu odżywienia w grupie osób młodszych (< 54. rż.) w zależności od płci



Rycina 5. Poziom wiedzy badanej grupy w trzech obszarach; *grupa pytań dotyczących przyczyn rozwoju otyłości; **grupa pytań dotyczących konsekwencji zdrowotnych otyłości; ***grupa pytań dotyczących sposobów i możliwości leczenia otyłości

Niemal wszyscy badani (91%) zaznaczyli odpowiedź potwierdzającą informację, że otyłość jest chorobą. Większość dokonała wyboru odpowiedzi twierdzącej na pytania dotyczące wpływu otyłości na rozwój nadciśnienia tętniczego (99%), cukrzycy typu 2 (95%) i nowotworów złośliwych (79%).

Poziom wiedzy na temat przyczyn otyłości i możliwości jej leczenia był istotnie niższy niż poziom wiedzy dotyczący zagrożeń zdrowotnych związanych z otyłością (ryc. 5).

Stwierdzono, że 11 osób (85%) chorujących na otyłość nie wskazało innych czynników rozwoju choroby aniżeli nadmierne spożycie pokarmów. Większość badanych (78%) wiedziała, że wraz z wiekiem spada ilość energii wydatkowana na podstawową przemianę materii. Jedynie 43% badanych wiedziało, że węglowodany powinny być podstawowym źródłem energii dla naszego organizmu.

Najniższą poprawność odpowiedzi odnotowano w grupie pytań dotyczących leczenia otyłości i wyniosła ona 40% dla wszystkich pytań w tej grupie. Ponad jedna trzecia (34%) badanych udzieliła poprawnej odpowiedzi odnośnie do dostępnych współcześnie sposobów leczenia otyłości, co różni się z wiedzą badanych o wpływie leczenia

otyłości na ustępowanie jej powikłań — 75% poprawnych odpowiedzi ($p = 0,0001$). W grupie osób z nadmierną masą ciała stwierdzono niższy poziom wiedzy o możliwościach i sposobach leczenia otyłości względem reszty badanych. Co druga osoba, u której nie stwierdzono nadmiernej masy ciała, udzieliła prawidłowej odpowiedzi odnośnie do aktualnych sposobów leczenia otyłości. Tymczasem w grupie osób z nadwagą wiedzę w tym zakresie posiadał co trzeci badany, w grupie osób z otyłością — co czwarty ($p = 0,003$). Jedna osoba (8%), w grupie badanych chorujących na otyłość, wiedziała o chirurgicznej możliwości leczenia tej choroby.

W celu oceny związku pomiędzy posiadaną wiedzą a stanem odżywienia dokonano analizy, w której wykluczono wpływ wieku na wartość BMI, a także dodatkowo wydzielono w grupie mężczyzn i kobiet trzy podgrupy wiekowe: poniżej 40. roku życia, w przedziale od 40. do 59. roku życia oraz powyżej 59. roku życia. Najniższy stan wiedzy wykazano w najstarszych grupach wiekowych. Związek pomiędzy niższym poziomem wiedzy i wyższymi wartościami BMI stwierdzono w grupie najmłodszych mężczyzn i najstarszych kobiet (tab. 1). Graficzne zobrazowanie powyższych zależności przedstawiono na rycinie 6.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie wiedzy o konsekwencjach zdrowotnych otyłości, przyczynach jej rozwoju oraz możliwościach i sposobach leczenia pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia.

DYSKUSJA

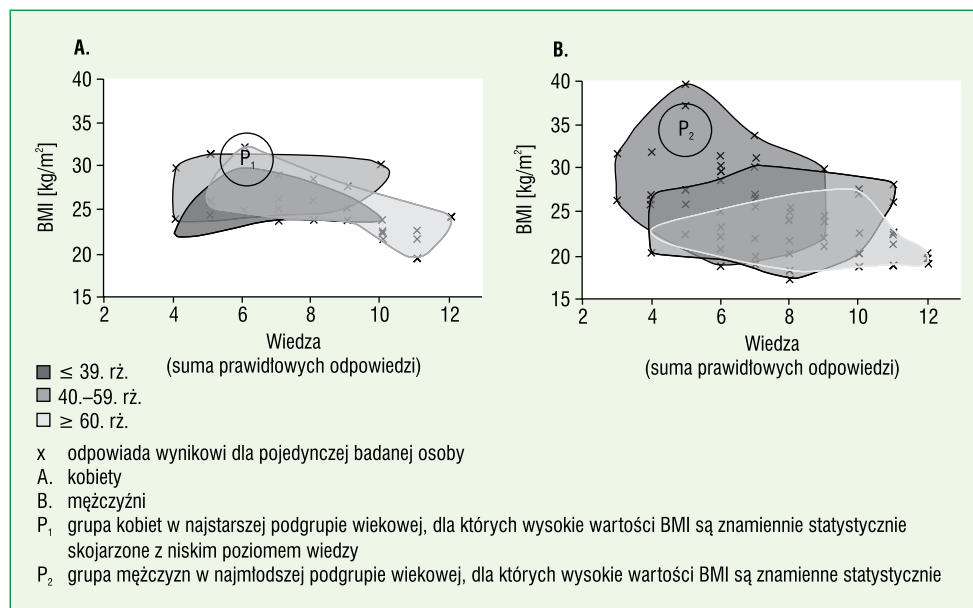
Dla aktywnego współdziałania chorego w procesie profilaktyczno-terapeutycznym niezbędne jest posiadanie przez niego podstawowej wiedzy na temat dotyczącej go jednostki chorobowej. Przegląd piśmiennictwa wykazał brak wyników badań, dzięki którym można by stwierdzić, jaka jest wiedza społeczeństwa na temat

►► Związek pomiędzy niższym poziomem wiedzy i wyższymi wartościami BMI stwierdzono w grupie najmłodszych mężczyzn i najstarszych kobiet◄◄

Tabela 1. Ocena związku posiadanej wiedzy i stanu odżywienia w zależności od płci po wykluczeniu wpływu wieku

Płeć	Grupa wiekowa	Wiedza Med. (zakres)	p	Stan odżywienia BMI Med. (zakres)	p	Korelacja: wiedza — stan odżywienia		
						r	p	
Kobiety	< 40	9 (4–12)	0,0003	21,7 (18,2–27,2)	0,0001	-0,17	NS	
	40–59	7 (4–11)		25,9 (17,3–39,6)		-0,12	NS	
	≥ 60	6 (3–9)		27,4 (18,8–37,2)		-0,46	0,041	
Mężczyźni	< 40	9 (5–12)	0,017	23,9 (19,6–32,3)	-	-0,58	0,039	
	40–59	7 (4–10)		27,5 (23,9–31,5)	NS	0,03	0,22	NS
	≥ 60	6 (4–10)		25,6 (22,3–29,8)		-0,06	NS	

Med. — mediana; NS — nieistotne statystycznie; pogrubiono dane grupy badanych, dla których wartości BMI są znamienne statystycznie skojarzone z poziomem wiedzy



Rycina 6. Poziom wiedzy badanych skojarzony ze stanem ich odżywienia w trzech podgrupach wiekowych

otyłości w Polsce. Dostępne są jedynie wyniki badań dotyczące wiedzy chorych na temat chirurgicznego leczenia otyłości oraz wiedzy żywieniowej [8, 9]. Badania oceniające wiedzę chorych w zakresie przyczyn, skutków i możliwości leczenia otyłości były przeprowadzane w innych krajach [10]. Z oczywistych powodów, takich jak: różnice etniczne, kulturowe czy też w systemie kształcenia porównanie wyników naszego badania z wynikami powyższych badań będzie napotykało na trudności.

Wynik niniejszego wstępnego badania wykazał, że świadomość Polaków odnośnie do negatywnego wpływu otyłości na rozwój takich jej powikłań, jak cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze, jest powszechna. Powyższe wyniki pokrywają się z rezultatami wcześniej przeprowadzonych badań na terenie państw europejskich, a także w Australii, Meksyku i Stanach Zjednoczonych [11, 12]. W odróżnieniu od innych populacji poddawanych badaniom, Polacy wykazali się dużą wiedzą o związku

otyłości z występowaniem nowotworów. Może być to jednak związane z faktem, że badania w innych krajach były prowadzone przed kilkoma laty, kiedy związek otyłości z występowaniem nowotworów nie był jeszcze tak dobrze poznany.

Warto zauważyć, że wiedza na temat przyczyn, a także sposobów i możliwości leczenia otyłości jest ograniczona w całej badanej grupie. W obecnych społeczeństwach rozwiniętych, istnieje wiele czynników przyczyniających się do rozwoju otyłości, co nakłada obowiązek posiadania elementarnej wiedzy o zapobieganiu i możliwościach leczenia otyłości, w celu uniknięcia jej negatywnych skutków zdrowotnych. Tymczasem zaledwie 1 na 25 badanych udzielił poprawnej odpowiedzi na wszystkie postawione pytania.

W niniejszym badaniu pokazano, że wraz z wiekiem pogłębia się tendencja do wzrostu wartości wskaźnika masy ciała. Prawdopodobnie wiąże się to ze zmianami zachodzącymi z wiekiem na poziomie autoregulacji organizmu zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, u których szczególnie rolę odgrywają zmiany zachodzące w okresie menopauzalnym [13, 14].

Jednocześnie zaobserwowano, że wraz z wiekiem poziom wiedzy na temat otyłości w badanej przez nas grupie spada. Szeroki zakres wieku (20–89 lat), jaki charakteryzuje przebadaną grupę osób, sugeruje możliwość istnienia wielu czynników wpływających na różnice w posiadanej wiedzy. Niezmiennie istotny pozostaje jednak fakt, że osoby starsze, wśród których częściej występowały nadwaga i otyłość, wiedzą mniej na temat przyczyn rozwoju nadmiernej masy ciała i możliwości jej leczenia.

Odnotowano, że posiadanie wiedzy na temat zagadnień związanych z otyłością może skutkować lepszą kontrolą masy ciała. Powyższą zależność potwierdza fakt, że w przeprowadzonym badaniu wśród

najmłodszych mężczyzn i najstarszych kobiet istnieje związek pomiędzy wiedzą a wartością wskaźnika masy ciała.

Badani wiążą małą aktywność fizyczną i stosowanie niewłaściwej diety z rozwojem otyłości, jednocześnie nie posiadają wiedzy z zakresu zasad prawidłowego żywienia. Wynik badania przeprowadzonego w Polsce w 2016 roku potwierdza, że osoby po 40. roku życia popełniają wiele błędów żywieniowych [15]. Jest to istotne ze względu na fakt, że powyższe zachowania mają szczególny wpływ na rozwój otyłości i jej powikłań, w tym nowotworów [16]. Potwierdzono w badaniach, że kluczowa dla przeciwdziałania jej skutkom jest również regularna aktywność fizyczna. Należy zaznaczyć, że korzystny wpływ na zmniejszenie ryzyka rozwoju otyłości obserwuje się niezależnie od rodzaju wykonywanej aktywności fizycznej [17]. Wymienione powyżej czynniki podlegają regulacji, dlatego społeczeństwo powinno być świadome sposobów ich modyfikowania. W przypadku rozwoju tego schorzenia posiadanie wiedzy o dostępnych rodzajach leczenia jest istotne dla jakości i długości życia.

Według danych z 2013 roku dla 75,8% społeczeństwa lekarze byli najczęstszym źródłem wiedzy na temat zdrowia i leczenia [18]. W związku z tym wiedza społeczeństwa o otyłości może być związana z poziomem wiedzy lekarzy. Wyniki badań wykazały, że wiedza lekarzy pierwszego kontaktu na temat diagnozowania i leczenia otyłości jest niewystarczająca i nadal wymaga pogłębienia [19, 20]. W przeprowadzonej w Polsce w latach 2010–2011 próbie wykazano, że wiedzę teoretyczną i praktyczną z zakresu leczenia otyłości olbrzymiej posiadało jedynie 8,1% specjalistów medycyny rodzinnej [21]. Według badania przeprowadzonego w 2015 roku, świadomość lekarzy rodzinnych w Polsce odnośnie do metod leczenia otyłości, w tym leczenia chirurgicznego,

▶▶ Osoby starsze, wśród których częściej występowały nadwaga i otyłość, wiedzą mniej na temat przyczyn rozwoju nadmiernej masy ciała i możliwości jej leczenia ◀◀

▶▶ Posiadanie wiedzy na temat zagadnień związanych z otyłością może skutkować lepszą kontrolą masy ciała ◀◀

a także wiedza o korzystnych skutkach takiej terapii znacznie wzrosły. Pomimo to liczba osób kierowana do leczenia chirurgicznego jest w dalszym ciągu nieadekwatna do liczby chorych posiadających wskazania do tej metody leczenia [22]. Należy zauważyć, że również wiedza studentów z zakresu prewencji otyłości i zrozumienia zagrożenia niesionego przez tę chorobę jest również niewystarczająca [23]. Znajomość metod leczenia otyłości wśród studentów studiów lekarskich jest bardzo mała — w 2015 roku podstawową wiedzę na temat leczenia chirurgicznego otyłości posiadało zaledwie 9% badanych [24].

Autorzy mają świadomość, że 12 pytań poświęconych zagadnieniu otyłości nie wyczerpuje wszystkich aspektów oceny wiedzy dotyczącej otyłości, ich celem było jednak stworzenie nieskomplikowanej dla badanego ankiety, która pozwalałaby na ocenę jego wiedzy. Starano się dobrać pytania tak, aby obejmowały zakres elementarnej wiedzy i były jasno sformułowane.

Ograniczeniem niniejszego badania jest fakt związany z samodzielnym podawaniem wartości masy ciała i wzrostu przez ankietowanych. Podążając jednak za wynikami innych badań, można się dowiedzieć, że mężczyźni mają tendencję do zawyżania swojego wzrostu, natomiast kobiety — do zaniżania masy ciała. Powyższe nieścisłości skutkują niższą od właściwej wartością BMI [25]. Podobnego efektu możemy spodziewać się także w niniejszym badaniu. Mając na uwadze otrzymane wyniki i ich współzależności, opisana powyżej tendencja nie będzie miała wpływu na ostateczne wnioski tego badania.

Liczba osób, które wzięły w nim udział stanowi ograniczenie w wyciąganiu wniosków co do ogółu społeczeństwa, miało ono jednak charakter wstępny i pozwoliło na określenie potrzeby prowadzenia kolejnych badań w tym zakresie.

Należy zaznaczyć, że badanie zostało przeprowadzone na terenie miasta, co powoduje, że płynące z niego wnioski prawdopodobnie mogą się odnosić jedynie do społeczności miejskiej. Lokalizacja przeprowadzenia badania (Śródmieście, Warszawa) może być jednak w dużym stopniu reprezentatywna dla całego polskiego społeczeństwa ze względu na fakt, że jest to miejsce odwiedzane przez mieszkańców całego kraju. Należy jednak podkreślić, że wyniki wcześniejszych badań wskazują na występowanie wyższego średniego BMI u osób dorosłych na terenach wiejskich [26].

WNIOSKI

Wyniki tej pracy sugerują, że wiedza osób z nadmierną masą ciała o przyczynach i leczeniu otyłości jest nikła, przy jednoczesnej powszechnej świadomości zagrożeń zdrowotnych związanych z tą chorobą.

Wskazane są działania edukacyjne dotyczące powyższych zagadnień wśród całego społeczeństwa, a w szczególności w grupie otyłych chorych.

PODZIĘKOWANIA

Serdeczne podziękowania dla Pana Doktora Zbigniewa Lewandowskiego za udzielenie konsultacji oraz dla Działu Nauki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za wydruk ankiet wykorzystanych podczas badania.

PIŚMIENNICTWO:

1. World Health Organization. Fact sheet on overweight and obesity. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. OECD (2014). Obesity Update. OECD Publishing 2014. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf>
3. Notatka informacyjna Głównego Urzędu Statystycznego. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. 2015; http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/10/1/1/zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_mieszkanow_polski_w_swietle_badania_ehis_2014.pdf

4. Zdrojewski Ł, Zdrojewski T, Rutkowski M, et al. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. *Kardiol Pol.* 2013; 71(4): 381–392, doi: [10.5603/KP.2013.0066](https://doi.org/10.5603/KP.2013.0066), indexed in Pubmed: [23788344](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23788344/).
5. Dobbins M, Decorby K, Choi BCK. The Association between Obesity and Cancer Risk: A Meta-Analysis of Observational Studies from 1985 to 2011. *ISRN Prev Med.* 2013; 2013: 680536, doi: [10.5402/2013/680536](https://doi.org/10.5402/2013/680536), indexed in Pubmed: [24977095](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24977095/).
6. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, et al. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med.* 2008; 359(20): 2105–2120, doi: [10.1056/NEJMoa0801891](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0801891), indexed in Pubmed: [19005195](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19005195/).
7. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts.* 2015; 8(6): 402–424, doi: [10.1159/000442721](https://doi.org/10.1159/000442721), indexed in Pubmed: [26641646](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26641646/).
8. Wachowska E. Wiedza na temat podstawowych zasad racjonalnego żywienia a wybrane zwyczaje żywieniowe osób z otyłością. (red.) Praca licencjacka. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Warszawa 2010; 58s.
9. Klósek P. Czy istnieje profilaktyka otyłości? Profil pacjenta poradni dietetycznej, jego stan zdrowia oraz nawyki żywieniowe. *Forum Zaburzeń Metabolicznych.* 2015; 6: 176–188.
10. Soriano R, Ponce de León Rosales S, García R, et al. High knowledge about obesity and its health risks, with the exception of cancer, among Mexican individuals. *J Cancer Educ.* 2012; 27(2): 306–311, doi: [10.1007/s13187-011-0298-8](https://doi.org/10.1007/s13187-011-0298-8), indexed in Pubmed: [22160851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22160851/).
11. Cameron M, Scully M, Herd N, et al. The role of overweight and obesity in perceived risk factors for cancer: implications for education. *J Cancer Educ.* 2010; 25(4): 506–511, doi: [10.1007/s13187-010-0085-y](https://doi.org/10.1007/s13187-010-0085-y), indexed in Pubmed: [20217292](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20217292/).
12. Soliman PT, Bassett RL, Wilson EB, et al. Limited public knowledge of obesity and endometrial cancer risk: what women know. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(4): 835–842, doi: [10.1097/AOG.0b013e318187d022](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318187d022), indexed in Pubmed: [18827126](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18827126/).
13. Godziejewska-Zawada M. Obesity and diabetes in menopause: prevention and therapeutic approach. *Menopausal Review.* 2013; 1: 5–9, doi: [10.5114/pm.2013.33413](https://doi.org/10.5114/pm.2013.33413).
14. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, et al. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2008. *JAMA.* 2010; 303(3): 235–241, doi: [10.1001/jama.2009.2014](https://doi.org/10.1001/jama.2009.2014), indexed in Pubmed: [20071471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20071471/).
15. Śmidowicz A., Reguła J. Analiza zachowań żywieniowych predysponujących do rozwoju chorób żywieniowozależnych u osób po 40. roku życia. *Forum Zaburzeń Metabolicznych.* 2016; 7: 44–50.
16. McKenzie F, Biessy C, Ferrari P, et al. Healthy Lifestyle and Risk of Cancer in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition Cohort Study. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(16): e2850, doi: [10.1097/MD.0000000000002850](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002850), indexed in Pubmed: [27100409](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27100409/).
17. Jerzykowska S, Cymerys M, Roszak M, et al. [The analysis of the influence of short term physical effort on selected endothelial function parameters and blood vessels stiffness features among young and healthy men]. *Pol Merkur Lekarski.* 2014; 36(216): 373–378, indexed in Pubmed: [25095634](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25095634/).
18. Olszanecka-Glinianowicz M, Chudek J. The level of health education in the Polish population. *Ann Agric Environ Med.* 2013; 20(3): 559–565, indexed in Pubmed: [24069865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24069865/).
19. Smith S, Seeholzer EL, Gullett H, et al. Primary Care Residents' Knowledge, Attitudes, Self-Efficacy, and Perceived Professional Norms Regarding Obesity, Nutrition, and Physical Activity Counseling. *J Grad Med Educ.* 2015; 7(3): 388–394, doi: [10.4300/JGME-D-14-00710_1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00710_1), indexed in Pubmed: [26457144](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26457144/).
20. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in france. *Obes Res.* 2005; 13(4): 787–795, doi: [10.1038/oby.2005.89](https://doi.org/10.1038/oby.2005.89), indexed in Pubmed: [15897489](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15897489/).
21. Giaro M, Wyleżół M, Trusczyński O, et al. Assessment of the knowledge of GPS considering the surgical treatment of obesity. *Pol Przegl Chir.* 2012; 84(8): 383–389, doi: [10.2478/v10035-012-0065-5](https://doi.org/10.2478/v10035-012-0065-5), indexed in Pubmed: [22985700](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22985700/).
22. Major P, Stefura T, Jezierska-Kazberuk M, et al. The knowledge of Polish primary care physicians about bariatric surgery. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2016; 11(3): 164–170, doi: [10.5114/wiitm.2016.62446](https://doi.org/10.5114/wiitm.2016.62446), indexed in Pubmed: [27829939](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27829939/).
23. Ślusarska B, Szcześniak E, Zarzycka D, et al. Wiedza i opinie osób studiujących na temat problemów związanych z otyłością. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2014; 20(3): 229–234, doi: [10.5604/20834543.1124648](https://doi.org/10.5604/20834543.1124648).
24. Mattok M, Pędziwiatr M, Major P, et al. The knowledge of Polish medical students about surgical treatment of obesity. *Eur Surg.* 2015; 47(5): 266–270, doi: [10.1007/s10353-015-0331-y](https://doi.org/10.1007/s10353-015-0331-y), indexed in Pubmed: [26566387](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26566387/).
25. Merrill RM, Richardson JS. Validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2006. *Prev Chronic Dis.* 2009; 6(4): A121, indexed in Pubmed: [19754997](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19754997/).
26. Suliburska J, Bogdański P, Duda G, et al. An assessment of dietary intake and state of nutritional in hypertensive patients from rural and urban areas of Greater Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2012; 19(3): 339–343, indexed in Pubmed: [23020021](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23020021/).

