

Wiedza i opinie osób studiujących na temat problemów związanych z otyłością

Barbara Ślusarska¹, Ewa Szcześniak¹, Danuta Zarzycka², Beata Dobrowolska¹, Bożena Zboina³

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości, Ostrowiec Świętokrzyski

Ślusarska B, Szcześniak E, Zarzycka D, Dobrowolska B, Zboina B. Wiedza i opinie osób studiujących na temat problemów związanych z otyłością. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2014; 20(3): 229–234. doi: 10.5604/20834543.1124648

Streszczenie

Cel pracy. Ocena zakresu wiedzy i opinii osób studiujących o problemach otyłości, jej konsekwencjach zdrowotnych i psychospołecznych.

Materiał. Badaniem objęto 100-osobową grupę studentów. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza pytań zawierającego metryczkę, pytania sprawdzające wiedzę oraz opinie badanych studentów. Badania przeprowadzono w okresie kwiecień – maj 2010 roku.

Wyniki. Analiza wyników badań wskazuje, że 81% ankietowanych rozumie istotę stosowania wskaźnika BMI w diagnozowaniu otyłości. Znajomość głównych czynników sprzyjających występowaniu otyłości w grupie badanej jest wysoka – 94% ankietowanych wskazuje na nieprawidłowy sposób odżywiania, 93% – na brak aktywności fizycznej, a 84% badanej grupy wskazuje na czynniki genetyczne i hormonalne. Studenci wykazali się także wysoką znajomością konsekwencji zdrowotnych otyłości, bowiem aż 96% studentów podaje, że otyłość może prowadzić do rozwoju nadciśnienia tętniczego; 81% uważa, że konsekwencją może być cukrzyca typu 2, a 65% studentów wskazuje związek pomiędzy istnieniem otyłości a chorobą zwyrodnieniową stawów. Natomiast wiedza badanych w zakresie szczegółowych uwarunkowań regulacji zapotrzebowania kalorycznego w prewencji otyłości jest niewystarczająca.

Wnioski. Rezultaty uzyskane w badaniu wskazują na konieczność pracy edukacyjnej z młodymi dorosłymi w zakresie metod prewencji otyłości oraz rozwijania aktywnych zachowań kontrolnych nad czynnikami znaczącymi w generowaniu nadwagi i otyłości.

Słowa kluczowe

problemy otyłości, wiedza, studenci

WSTĘP

W ostatnich latach nadwaga i otyłość są jednym z poważniejszych problemów ludzkości, wynikającymi ze złożonych mechanizmów psychologicznych, biologicznych i społecznych. Według Światowej Organizacji Zdrowia, otyłość przybrała charakter globalnej epidemii i należy do najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych [1]. W badaniu WOBASZ, przeprowadzonym w Polsce w latach 2003–2005 na reprezentatywnej próbie dorosłych osób w wieku 20–74 lat, otyłość stwierdzono u 21,2% mężczyzn i 22,4% kobiet, a dodatkowo nadwagę odpowiednio u 40,4% i 27,9% [2, 3]. Ponadto w ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci dokonywane obserwacje wskazują na progresywne obniżanie się progu wiekowego osób z nadmierną masą ciała [4].

Nadwaga i otyłość stanowią ważną kwestię zdrowotną i społeczną współczesnego okresu rozwoju cywilizacyjnego ludzkości, bowiem częstość ich występowania oraz trendy wzrostowe, a także liczne powikłania chorobowe będące następstwami zespołów klinicznych rozwijających się na bazie otyłości, noszą znamiona nie tylko wymiaru globalnego, ale rzutują pośrednio oraz bezpośrednio na koszty finansowania generowanych w ten sposób świadczeń zdrowotnych [5, 6, 7]. Istnieją prócz tego dowody na dwukierunkowy związek pomiędzy otyłością a jakością życia, bowiem otyłość łączy się

z istotnym pogorszeniem jakości życia człowieka zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym [8].

Zwalczanie nadwagi i otyłości na poziomie populacyjnym jest bardzo trudnym i skomplikowanym zadaniem, wymagającym systemowego podejścia i zaangażowania wielu sektorów, w tym środowiska naukowego, opieki zdrowotnej, promocji zdrowia, administracji rządowej. Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym na lata 2012–2014 w obszarze zapobiegania nadwadze i otyłości opiera się m.in. na zwiększaniu świadomości społeczeństwa w zakresie roli żywienia i aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia [9].

Ważnym wyznacznikiem utrzymania znormalizowanej masy ciała jest czynnik wiedzy na temat problemów otyłości oraz ich konsekwencji zdrowotnych i psychospołecznych. Osoby, które zdają sobie sprawę, że jednym z fundamentalnych warunków utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej organizmu jest zachowanie prawidłowej masy ciała w ciągu całego życia, są bardziej skłonne do przestrzegania zaleceń prozdrowotnego stylu życia [10, 11]. W polietiologicznej genezie otyłości coraz większe znaczenie nadaje się także determinantom behawioralnym, w tym głównie zachowaniom zdrowotnym [12], psychospołecznym i środowiskowym sprzyjającym powstawaniu nadmiernej masy ciała [13].

CEL PRACY

Ocena zakresu wiedzy osób studiujących o problemach otyłości oraz opinii studentów na temat konsekwencji zdrowotnych i psychospołecznych związanych z otyłością.

Adres do korespondencji: Barbara Ślusarska, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4–6, 20-081 Lublin.
E-mail: basiaslusarska@gmail.com

Nadesłano: 11 czerwca 2013 roku; Zaakceptowano: 28 listopada 2013 roku

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w okresie kwiecień – maj 2010 roku. Wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem techniki ankiety, oraz metoda testu do sprawdzenia wiedzy dotyczącej problemów otyłości, a także metoda pomiaru w zakresie oceny wskaźników antropometrycznych.

Materiał do analizy stanowiły dane uzyskane z pytań odnoszących się do cech demograficzno-społecznych badanych, typu: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, pochodzenie społeczne, rodzaj uczelni i kierunek studiów, oraz sprawdzających wiedzę respondentów na temat otyłości i jej konsekwencji zdrowotnych, a także badających opinie w powyższym zakresie. Dokonano także pomiarów masy ciała i wzrostu oraz obliczono wskaźnik BMI (*Body Mass Index*) według wzoru: $BMI = \text{kg/m}^2$. Wyróżniono następujące kategorie oceny: $BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$ – niedowaga, $BMI \text{ od } \geq 18,5 \text{ kg/m}^2 \text{ do } < 25,0 \text{ kg/m}^2$ – waga prawidłowa, $BMI \text{ od } \geq 25 \text{ kg/m}^2 \text{ do } < 30 \text{ kg/m}^2$ – nadwaga, $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ – otyłość [14]. Poziom wiedzy studentów oceniano przy użyciu pytań testowych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru [15]. Dla celów niniejszej pracy wybrano 14 pytań testowych (spośród 24), które weryfikowały wiedzę i były najbardziej reprezentatywne dla wiedzy w obszarach metod diagnozowania, profilaktyki i leczenia otyłości. Zastosowane pytania testowe były pytaniami jednokrotnego wyboru (11 pytań) oraz wielokrotnego wyboru (3 pytania). Liczbę wybranych pytań ograniczono ze względu na objętość zgromadzonego materiału badawczego.

W niniejszych badaniach zastosowano procedurę doboru celowego uczestników badania, według kryterium typu kształcenia (profil kształcenia medycznego oraz pozamedycznego) oraz wieku (okres wczesnej dorosłości na etapie kształcenia uniwersyteckiego).

Badaniem objęto grupę 100 osób młodych dorosłych, w tym 50 studentów z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz 50 studentów z Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. W grupie 100 badanych było 65% kobiet oraz 35% mężczyzn. Wiek ankietowanych kształtował się następująco: 42% osoby w wieku 24 – 25 lat; 34% osób w wieku 22 – 23 lat oraz 18% badanych w przedziale od 19 do 21 lat. Natomiast studenci powyżej 25. roku życia stanowili 6% badanych. Zdecydowana większość studentów mieszkała w mieście – 64% respondentów, natomiast na wsi 36%. Wśród ankietowanych 51% pochodziło z rodzin robotniczych, następnie 30% miało pochodzenie inteligenckie, a najmniejszą grupę stanowili studenci posiadający pochodzenie chłopskie – 19%.

Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie 26 osób (52%) studiowało pielęgniarstwo, 11 osób (22%) reprezentowało kierunek lekarski, 7 osób (14%) zdrowie publiczne oraz 6 osób (12%) analitykę medyczną. Natomiast spośród ankietowanych, którzy studiowali na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach: 24 osoby (48%) to studenci politologii, 10 osób (20%) – resocjalizacji, natomiast na kierunku geografia i ekonomia było po 8 osób (16%). W badanej grupie badaniami objęto 58 studentów II roku (w tym 34 studentów UM Lublin i 24 osoby Uniwersytetu w Kielcach) oraz 42 studentów III roku studiów (w tym 16 osób z kierunku pielęgniarstwo oraz 26 osób z Uniwersytetu w Kielcach studiujących na wymienionych kierunkach).

Przeprowadzone badania były anonimowe, a udział studentów w nich był dobrowolny.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Analizowane zmienne oceniono przy pomocy liczebności i odsetka. Do wykrycia istnienia zależności użyto testu chi-kwadrat (χ^2). W testach przyjęto pięcioprocentowy błąd wnioskowania, czyli poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotności statystycznej. Analizy przeprowadzono przy pomocy oprogramowania STATISTICA v. 8.0 (StatSoft).

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

Analiza uzyskanych wyników pomiarów wzrostu i masy ciała oraz wyliczony na ich podstawie wskaźnik BMI wskazuje, że 67% studentów posiadało prawidłową masę ciała ($BMI \text{ od } \geq 18,5 \text{ kg/m}^2 \text{ do } < 25,0 \text{ kg/m}^2$), 23% miało nadwagę ($BMI \text{ od } \geq 25 \text{ kg/m}^2 \text{ do } < 30 \text{ kg/m}^2$), niedowagę ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) stwierdzono u 7% studentów, a otyłość ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) u 3% badanych

Wiedza na temat metod diagnozowania, profilaktyki i leczenia otyłości

Tabela 1 przedstawia szczegółowe wyniki w odniesieniu do pytań sprawdzających wiedzę w obszarze profilaktyki i metod diagnozowania otyłości.

W badanej grupie studentów dokonano oceny wiedzy w zakresie umiejętności zdefiniowania wskaźnika BMI. Największa liczba, bo aż 81% ankietowanych odpowiedziało, że wskaźnik BMI służy do określenia i oceny proporcji wagowo-wzrostowych człowieka. Inne odpowiedzi i częstość ich wyboru przedstawia tab. 1. Większość ankietowanych (72% studentów) potrafiła także określić wzór, za pomocą którego można obliczyć wskaźnik BMI. Jednak pozostała grupa (28%) wybierała nieprawidłowy sposób jego obliczania.

Spośród ankietowanych 68% osób udzieliło odpowiedzi prawidłowej, wskazując zakres wielkości BMI od 18,5–24,9 kg/m^2 jako wartości prawidłowych proporcji wagowo-wzrostowych. Pozostali studenci wskazywali odpowiedzi nieprawidłowe. Na pytanie dotyczące wartości $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$, aż 82% ankietowanych odpowiedziało poprawnie, że BMI powyżej 30 kg/m^2 świadczy o otyłości, natomiast pozostali respondenci odpowiedzieli błędnie.

Na podstawie analizy wyników badań można stwierdzić, że 56% ankietowanych odpowiedziało poprawnie, twierdząc, że optymalny spadek masy ciała tygodniowo w okresie efektywnej redukcji masy ciała, powinien wynosić od 0,5 do 1 kg. Natomiast pozostali respondenci udzieliли innych odpowiedzi. W grupie tej 38% badanych studentów uważa, że prawidłowo powinno się redukować 1 – 2 kg tygodniowo, tylko 4% twierdziło, że 2 kg tygodniowo, a 2 osoby (2%) uważały, że spadek wagi może wynosić nawet do 3 kg/tyg.

Pytaniem stwarzającym trudności w wyborze poprawnych odpowiedzi okazał się zakres dotyczący liczby kalorii, jaką należy spalić, aby stracić 1 kg masy ciała w czasie redukcji nadwagi lub otyłości. Z analizy badań wynika, że na powyższe pytanie niecała połowa studentów odpowiedziała prawidłowo (47%). Udzieliли oni odpowiedzi: 7000–7500 kcal. Pozostali studenci wybrali odpowiedzi nieprawidłowe, 26% badanych wskazało odpowiedź: 5000–5500 kcal, następnie 16% odpowiedź również błędną – ponad 10000 kcal. Najmniejsza grupa osób wybrała odpowiedź: 2000–2500 kcal.

Aspekty wiedzy żywieniowej badanych studentów w profilaktyce i leczeniu otyłości weryfikowane były dla celów

Tabela 1. Wyniki odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące wybranych zagadnień z zakresu otyłości

Lp.	Zakres merytoryczny pytania	Dystraktor 1 wyboru	% odp	Dystraktor 2 wyboru	% odp	Dystraktor 3 wyboru	% odp.	Dystraktor 4 wyboru	% odp
1.	Wskaźnik BMI służy do:	określenia i oceny proporcji wagowo-wzrostowych	81	oceny zawartości tkanki tłuszczowej w ogólnej masie ciała	4	oceny rodzaju otyłości	15	oceny zawartości wody w organizmie	0
2.	Za pomocą którego z poniższych wzorów można obliczyć wskaźnik BMI?	[wzrost(cm)-100]-10%	4	masa ciała (kg)/wzrost (m ²)	72	obwód pasa (cm)/obwód bioder (cm)	2	wzrost (m)/masa ciała (kg)	22
3.	Zakres prawidłowego wskaźnika BMI (masa ciała prawidłowa) wynosi?	18–26 kg/m ²	19	25–29,9 kg/m ²	11	18,5–24,9 kg/m ²	68	powyżej 29,9 kg/m ²	2
4.	Wskaźnik BMI >30 kg/m ² świadczy o:	prawidłowej masie ciała	2	otyłości	82	nadwadze	16	niedowadze	0
5.	Otyłość aneroidalna oznacza:	otyłość biodrowo-udową	16	otyłość brzuszna	69	otyłość wtórną	11	otyłość mieszaną	4
6.	Przy intensywnym odchudzaniu optymalny spadek masy ciała w ciągu tygodnia powinien wynosić:	1–2kg	38	0,5–1kg	56	2kg	2	do 3kg	4
7.	Ile kalorii trzeba spalić, aby stracić 1 kg masy ciała?	Ok.2000–2500kcal	11	Ok.5000–5500kcal	26	Ok.7000–7500kcal	47	Ponad 10 000kcal	16
8.	W jaki sposób powinna być rozłożona dzienna racja żywnościowa w racjonalnym żywieniu?	3 posiłki: śniadanie, obiad, kolacja	23	5 posiłków: 3 główne dania i 2 przekąski	74	2 większe posiłki: obiad i kolacja	0	według własnego uznania	3
9.	Która grupa produktów żywnościowych dostarcza najwięcej kalorii?	Owoce i warzywa	1	Węglowodany złożone	7	Mięsa i wędliny	6	Tłuszcze	86
10.	Który z poniższych owoców jest najbardziej kaloryczny?	Pomarańcza	1	Banan	83	Jabłko	1	Brzoskwinia	15
11.	Jakie są główne korzyści spożywania pokarmów bogatych w błonnik?	Dają uczucie pełności żołądka oraz obniżają poziom lipidów we krwi	76	Zwiększają przemianę materii	20	Dostarczają energii i jednocześnie wnoszą potrzebne składniki odżywcze	1	Zwiększają wchłanianie witamin i składników mineralnych	3
12.	W jaki sposób można ograniczyć ilość tłuszczów w spożywanych posiłkach?	Ograniczyć jego ilość dodawaną do potraw	89	Unikać produktów zawierających ukryty tłuszcz	68	Należy całkowicie zrezygnować z produktów mięsnych	3	Spożywać posiłki gotowane, pieczone lub przygotowywane na patelniach teflonowych bez tłuszczu	77
13.	Który z leków może być stosowany w leczeniu otyłości w celu redukcji nadmiernej masy ciała?	Sibutramina	76	Furosemid	22	Acard	2	Urosept	0
14.	Najbardziej niekorzystne i zagrażające rozwojem wielu chorób jest nagromadzenie tkanki tłuszczowej w okolicy:	kończyn dolnych	12	brzucha	71	pośladków i bioder	15	miejsce lokalizacji nie ma większego znaczenia	2

– oznaczenie pola odpowiedzi w pytaniach o najwyższym poziomie wskaźań przez badanych

niniejszej pracy 5 wybranymi pytaniami dotyczącymi: zasad racjonalnego żywienia oraz wiedzy nt. produktów tłuszczowych (najbardziej obciążających energetycznie organizm) oraz grupy produktów warzywno-owocowych (niskoenergetycznych). W definiowaniu racjonalnego żywienia studentów w 74% wskazywali na konieczność spożywania 5 posiłków w ciągu doby, tj. 3 główne dania i 2 przekąski, z czasowym rozłożeniem co 3–4 godz. w ciągu doby. Jakkolwiek spora grupa badanych (23%) uznawała za racjonalne żywienie 3 posiłki: śniadanie, obiad, kolacja. Na pytanie: *Która grupa produktów żywnościowych dostarcza najwięcej kalorii?* – 89% ankietowanych odpowiedziało poprawnie, że najwięcej kalorii dostarczają tłuszcze. Sposobami ograniczania ilości spożywanych tłuszczów w diecie, wskazywanymi przez respondentów, były: zmniejszenie ich ilości na etapie przygotowywania potraw (89% odpowiedzi) oraz unikanie produktów zawierających ukryty tłuszcz (68% odpowiedzi). W poszukiwaniu wiedzy o kaloryczności owoców zapytano badanych o wskazanie: *Który z poniższych owoców jest najbardziej kaloryczny?* W odpowiedzi 83% studentów

odpowiedziało, że banan. Natomiast na pytanie: *Jakie są główne korzyści spożywania pokarmów bogatych w błonnik?* respondenci najczęściej wskazywali odpowiedź: dają uczucie pełności żołądka oraz obniżają poziom lipidów we krwi (76% badanych).

Jedno z pytań weryfikowało wiedzę studentów na temat farmakologicznego leczenia otyłości. Aż 76% ankietowanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi, wskazując sibutraminę. Natomiast pozostali ankietowani uznawali kolejno: 22% studentów wskazało na furosemid i 2 osoby wybrały acard.

W pytaniu dotyczącym wskazania miejsca gromadzenia tkanki tłuszczowej jako najbardziej niekorzystnego i zagrażającego rozwojem wielu chorób, 71% ankietowanych odpowiedziało poprawnie, że jest to w okolicy brzucha, 15% studentów wskazało okolicę pośladków i bioder. Natomiast pozostali respondenci odpowiedzieli błędnie.

Z analizy wyników badań dotyczących czynników sprzyjających występowaniu otyłości, najwięcej osób, bo aż 94% ankietowanych wskazało, że podstawowym czynnikiem, który sprzyja występowaniu otyłości jest nieprawidłowy

sposób odżywiania, kolejny czynnik, tj. brak aktywności fizycznej, zaznaczyło 93% studentów, 84% badanej grupy wybrało czynniki genetyczne, następnie 74% badanych czynników hormonalne. Zdaniem 71% badanej grupy, otyłości sprzyja zażywanie niektórych leków. Natomiast tylko 22% ankietowanych twierdziło, iż reklama ma związek z występowaniem otyłości. Wyniki prezentuje tab. 2.

Tabela 2. Wyniki odpowiedzi badanych na pytanie: *Proszę wskazać spośród poniżej wymienionych czynniki, które sprzyjają występowaniu otyłości?*

Lp.	Zakres odpowiedzi badanych na pytanie: <i>Proszę wskazać spośród poniżej wymienionych czynniki, które sprzyjają występowaniu otyłości?</i>	% odpowiedzi*
1.	Nieprawidłowy sposób odżywiania	94
2.	Brak aktywności fizycznej	93
3.	Czynniki genetyczne	84
4.	Styl życia	77
5.	Czynniki hormonalne	74
6.	Niektóre leki	71
7.	Reklama (TV, Internet, inne środki masowego przekazu)	21

* (pytanie wielokrotnego wyboru)

Analiza zebranego materiału dotyczącego wiedzy respondentów w zakresie działań w zapobieganiu otyłości wykazała, że 91% badanych za najważniejszą metodę profilaktyki otyłości uważa systematyczną aktywność fizyczną. Na drugim miejscu z 84% poparciem respondentów znalazło się regularne spożywanie posiłków, następnie 81% ankietowanych twierdziło, że należy wyeliminować podjadanie między posiłkami oraz ograniczyć siedzący tryb życia. Grupa 70% studentów uznała, że należy ograniczyć lub wyeliminować posiłki wysokokaloryczne oraz zwiększyć spożycie produktów niskokalorycznych, tj. warzyw czy owoców. 4 osoby (4%) wymieniły inne sposoby zapobiegania otyłości, tj. picie dużej ilości wody, ograniczenie spożycia alkoholu oraz spożywanie produktów bogatych w błonnik. Wyniki obrazuje tab. 3.

Tabela 3. Rozkład procentowy odpowiedzi respondentów na pytanie: *Jakie działania należy podejmować w zakresie zapobiegania otyłości?*

Lp.	Zakres odpowiedzi badanych na pytanie: <i>Jakie działania należy podejmować w zakresie zapobiegania otyłości?</i>	% odpowiedzi*
1.	Zwiększyć aktywność fizyczną	91
2.	Regularnie spożywać posiłki	84
3.	Wyeliminować podjadanie pomiędzy posiłkami	81
4.	Ograniczyć siedzący tryb życia	81
5.	Ograniczyć i/lub wyeliminować posiłki wysokokaloryczne	70
6.	Zwiększyć spożycie produktów niskokalorycznych	70
7.	Inne np.	4

* (pytanie wielokrotnego wyboru)

W analizie zgromadzonego materiału weryfikowano także istotność różnic w częstości odpowiedzi pomiędzy studentami Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz studentami kierunków pozamedycznych Uniwersytetu w Kielcach. Istotność statystyczna różnic w odpowiedziach, w których wybory występowały częściej wśród studentów kierunków medycznych, dotyczyła następujących pytań: *Za pomocą którego z poniższych wzorów można obliczyć wskaźnik BMI?* ($\chi^2=10,15$ $p=0,03$); *Otyłość anerooidalna oznacza...* ($\chi^2=8,36$

$p=0,04$); *Ile kalorii trzeba spalić, aby stracić 1 kg masy ciała?* ($\chi^2=7,62$ $p=0,02$); *Który z leków może być stosowany w leczeniu otyłości w celu redukcji nadmiernej masy ciała?* ($\chi^2=11,22$ $p=0,01$); *Najbardziej niekorzystne i zagrażające rozwojem wielu chorób jest nagromadzenie tkanki tłuszczowej w okolicy?* ($\chi^2=6,44$ $p=0,04$). W pozostałych pytaniach takich różnic nie stwierdzono, co może świadczyć o tym, że podstawowa wiedza dotycząca prewencji i leczenia otyłości związana z zaleceniami dietetycznymi oraz aktywnością fizyczną jest wiedzą powszechnie dostępną.

Konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne otyłości w opinii respondentów

Na pytanie: *Do jakich zaburzeń i stanów chorobowych według Pana/Pani może prowadzić otyłość?*, aż 96% badanych studentów uznało, że otyłość może prowadzić do wystąpienia nadciśnienia tętniczego; 81% ankietowanych wskazało, że konsekwencją nadmiernej masy ciała może być cukrzyca typu 2, a 65% studentów wybrało związek pomiędzy występowaniem otyłości a chorobą zwyrodnieniową stawów. Tylko 35% badanych twierdziło, że otyłość może predysponować do występowania nowotworów jelita grubego i otyłości. 14% studentów wymieniło inne choroby: chorobę wieńcową (5% osób), zawał mięśnia sercowego (3% studentów), miażdżycę (3% osoby), żylaki (2% studentów) oraz depresję (1% badanych). Spośród ankietowanych 5% osób wskazało na zaćmę.

W kolejnym pytaniu: *Jakie skutki psychospołeczne niesie za sobą otyłość?*, 95% studentów spośród wymienionych skutków psychospołecznych otyłości wskazało na wstyd związany z wyglądem, a 86% badanych uznało, że osoby otyłe mogą być negatywnie oceniane i opiniowane przez innych. Następnie 67% ankietowanych twierdziło, że osoby otyłe mogą myśleć obsesyjnie o jedzeniu i kaloriach, 62% respondentów uznało, że otyłość może prowadzić do zmian w relacjach z innymi ludźmi, natomiast 5% twierdziło, że otyłość nie niesie żadnych konsekwencji psychospołecznych.

DYSKUSJA

Psychosocjokulturowe uwarunkowania stylu życia realizowanego we współczesnym świecie w krajach uprzemysłowionych powodują, że stawia się coraz wyższe wymagania w zakresie podstawowej wiedzy zdrowotnej, szczególnie rozwoju chorób niezakaźnych. Wśród istotnych czynników wpływających na styl życia wymienia się wykształcenie i w mniejszym stopniu dochód. Zachowania korzystne dla zdrowia częściej obserwuje się wśród osób z wyższym wykształceniem [16, 17].

Znaczącym elementem w przygotowaniu młodych dorosłych, w wymiarze populacyjnym, do uzyskania pełnej wiedzy o cechach otyłości jest wiedza o zróżnicowaniu wskaźnika masy ciała zależnie od wieku. W badaniach kobiet i mężczyzn zamieszkałych na Dolnym Śląsku, przeprowadzonych w grupie 1190 osób wybranych losowo (wg numeru PESEL), wskaźnik BMI był w normie u 64,6% badanych w wieku 18–44 lat, natomiast tylko u 37,2% w wieku 45–64 lat oraz 34,3% w wieku 65 i więcej lat. Wraz z wiekiem pogorszeniu ulega struktura BMI — zmniejsza się odsetek badanych z BMI w normie, a zwiększa udział badanych z nadwagą i otyłością. Wśród osób powyżej 45. roku życia ponad 60% badanych ma zbyt wysokie BMI [18]. W badaniu weryfikującym zawartość tłuszczu w organizmie w zależności od

wskaźnika BMI w grupie osób dorosłych stwierdzono, że zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn zawartość tłuszczu w organizmie zwiększa się wraz ze wzrostem wskaźnika BMI oraz wraz z wiekiem [19]. Powyższe fakty urealnają rzeczywiste zagrożenia zdrowia wynikające z nadmiernej masy ciała, a szczególnie znaczenia nabierają w kontekście rozwoju ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia i inne choroby oraz w istotnym stopniu obniżają jakość oraz skracają długość życia ludzkiego [20,21, 22].

Z punktu widzenia zdrowia publicznego najlepsze wyniki w zapobieganiu otyłości daje wczesna interwencja. Działania edukacyjne podejmowane na rzecz zmiany stylu życia mają szczególne znaczenie w programach zapobiegania otyłości. Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym na lata 2012–2014 w Polsce odwołuje się do roli świadomości społeczeństwa o znaczeniu żywienia i aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia i przeciwdziałania otyłości [9]. Uzyskane wyniki badań własnych wskazują, że problem otyłości nie jest mało znany w badanej grupie studentów, biorąc pod uwagę charakterystykę zjawiska otyłości, jakkolwiek stwierdzono małe przygotowanie do radzenia sobie z aktywną kontrolą i sterowaniem czynnikami przeciwdziałającymi rozwojowi otyłości.

Wyniki badań Stankiewicz i wsp. [23] pokazują, że posiadanie wiedzy na temat zdrowego stylu życia nie jest wystarczające do utrzymania prawidłowej masy ciała w grupie 1515 osób w wieku 6–18 lat pochodzących z małych miast i wsi. W badaniach Marcysiak i wsp. [24] stwierdzono, że świadomość zagrożenia otyłością wśród uczniów w wybranych szkołach podkarpackich nie jest niska, jakkolwiek nie koreluje ona z korzystnymi zachowaniami żywieniowymi, co nakazuje podjęcie działań edukacyjnych skierowanych zarówno do dzieci, jak i do ich rodziców i opiekunów w celu modyfikacji tych zachowań. W badaniach własnych nie dokonywano obserwacji poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych, jakkolwiek stwierdzono, iż wysoki poziom wiedzy studentów na temat głównych problemów otyłości nie koresponduje z opinią badanych na temat odległych konsekwencji zdrowotnych wynikających z otyłości.

W ostatnich latach badania dotyczące określania zachowań zdrowotnych związanych z odżywianiem ukazują coraz częściej związek z nadwagą i otyłością w grupie młodzieży. W badaniach Kardjalik i wsp. [25], przeprowadzonych w grupie studentów, nieprawidłowe nawyki żywieniowe występowały częściej u osób z nadmierną masą ciała. Wyniki badań Godali i wsp. [26], prowadzonych w grupie studentów medycznego wykształcenia, obligującego i predysponującego do lepszej niż przeciętna znajomości zaburzeń odżywiania, wskazują iż poziom wiedzy respondentów jest niezadowolający. Stąd istnieje ciągła i niezaprzeczalna potrzeba popularyzacji wiedzy z zakresu edukacji żywieniowej w grupie młodych dorosłych.

W badaniach opinii publicznej w Polsce 82% respondentów przyznało, że otyłość jest poważną chorobą. Jednocześnie aż 13% badanych nadal nie uważa otyłości za niebezpieczne schorzenie, natomiast 16% ankietowanych twierdzi, że tego rodzaju czynniki jak niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej nie mają wpływu na powstawanie otyłości [27]. Wobec tak wielu niekorzystnych zjawisk prezentowanych przez Autorów licznych badań dotyczących powyższego obszaru, należałoby zwrócić uwagę na skuteczność edukacji zdrowotnej uczniów na niższych etapach kształcenia, gdyż, jak wskazują wyniki badań dotyczących wiedzy na temat

zagadnień profilaktyki nadwagi i otyłości oraz ich skutków w grupie szkół ponadgimnazjalnych, aktualny stan jest niezadowolający [28].

WNIOSKI

1. Niniejsze badanie ukazuje zadowolający poziom wiedzy studentów odnośnie do wskaźników diagnozowania otyłości i czynników determinujących jej rozwój. Wysoki wskaźnik poprawnych odpowiedzi dotyczy także zaleceń dietetycznych oraz znaczenia aktywności fizycznej w prewencji i leczeniu otyłości. Wiedza badanych w zakresie szczegółowych uwarunkowań regulacji zapotrzebowania kalorycznego w prewencji otyłości jest niewystarczająca.
2. Opinie badanych na temat konsekwencji zdrowotnych cechuje mały krytycyzm dotyczący realnego zagrożenia zdrowia związanego z otyłością w perspektywie długoterminowej. W opiniach studentów odnoszących się do psychospołecznych konsekwencji otyłości dominuje aspekt trudności, jakie stwarza otyłość w kształtowaniu poprawnych więzi społecznych.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact. Sheet. No. 311. September 2006 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (dostęp: 2010.11. 29).
2. Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności. Program WOBASZ. Warszawa: Instytut Kardiologii; 2005: 1–128.
3. Biela U, Pająk A, Kaczmarczyk-Chafas K i wsp. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki Programu WOBASZ. *Kardiol Pol.* 2005; 63(Supl.4): 632–635.
4. Przybylska D, Kurowska M, Przybylski P. Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health* 2012; 47(1): 28–35.
5. Kopelman P. Health risk associated with overweight and obesity. *Obes Rev.* 2007; 8(Supl. 1): 13–17.
6. Pupek-Musialik D, Kujawska-Łuczak M, Bogdański P. Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku. *Przew Lek.* 2008; 1: 117–123.
7. Klosiewicz-Latoszek L. Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(3): 339–343.
8. Cameron AJ, Magliano DJ, Dunstan DW, Zimmet PZ, Hesketh K, Peeters A, Shaw JE. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *Int J Obes.* 2012; 36: 295–303. doi:10.1038/ijo.2011.103.
9. Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, Moduł I pn.: Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2012–2014: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/mod1progrnadwaga_201210301313.pdf (dostęp: 2012.11.20).
10. Taranowicz I. Zachowania w zdrowiu i chorobie. W: Barański J., Piątkowski W. (red). *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny.* Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT. Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe; 2002: 63–65.
11. Sak J, Jarosz M, Wiechetek M, Pawlikowski J, Włoszczak-Szubzda A, Patryn R, Sagan D. Postrzeganie otyłości a zachowania zdrowotne pracowników medycznych. *Zdr Publ.* 2010; 120(2):139–142.
12. Kawalec E, Reczek A, Porębska A, Brzostek T, Malinowska-Lipień I. Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą. *Pielęgniarstwo XXI w.* 2011; 2(35): 27–33.
13. Juruć A, Bogdański P. Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011; 2(1): 34–42.
14. Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Judith S, Stern JS, Pi-Sunyer X, Eckel RH. Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss. An update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2006; 113: 898–918.
15. Niemierno B. Pomiar sprawdzający w dydaktyce. Teoria i zastosowanie. Warszawa; 1990.

16. Kulik TB, Pacian A, Zboina B, Janiszewska-Grzyb M. Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis* 2006; 28: 5–10.
17. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczynskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(3): 509–513.
18. Zatońska K, Waszkiewicz L, Bolanowski M. Samoocena stopnia otyłości kobiet i mężczyzn zamieszkałych na Dolnym Śląsku. *Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2006; 2(1): 12–17
19. Zejda JE, Zahorska-Markiewicz B. Zawartość tłuszczu w organizmie a wskaźnik masy ciała u dorosłych. *Pol Merk Lek* 2005; XIX(109): 48–51.
20. Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I, Marczewski K. Otyłość jako interdyscyplinarny problem medyczny. *Medycyna Ogólna* 2010; 16(1): 25–32.
21. Kaleta D, Ruskowska-Majzel J, Kwaśniewska M. Nadwaga i otyłość jako czynnik ryzyka wybranych chorób przewlekłych – charakterystyka zjawiska oraz elementy zaleceń profilaktycznych. *Kardiometabologia* 2007; 2: 19–23.
22. Jarosz M, Rychlik E. Epidemia otyłości – jaka przyszłość nas czeka? *Gastroenterologia Polska* 2010; 17(1): 47–52.
23. Stankiewicz M, Pieszko M, Śliwińska A, Małgorzewicz S, Wierucki Ł, Zdrojewski T, Wyrzykowski B, Lysiak-Szydłowska W. Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi – wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2010; 6(2): 59–66.
24. Marcysiak M, Zagroba M, Kubala M, Derbin E., Longosz K, Brzezińska M, Bazela J, Marcysiak M, Skotnicka-Klonowicz G. Wiedza uczniów szkół podkarpackich na temat otyłości a zachowania żywieniowe. *Probl Pielęg.* 2008; 16(1, 2): 112–117.
25. Kardjalik K, Marek Bryła M, Maniecka-Bryła I. Zachowania zdrowotne związane z odżywianiem oraz występowanie nadwagi i otyłości w grupie studentów. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(1): 71–79.
26. Godała M, Karasińska E, Trafalska E, Kolmaga A, Szatko F. Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat zaburzeń odżywiania. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(1): 80–85.
27. Badania opinii publicznej na temat otyłości http://www.poradnik-medyczny.pl/mod/archiwum/7967_badania_opinii_publicznej.html (dostęp: 2010.12.20).
28. Zięba M, Obuchowicz A. Wiedza młodzieży szkół ponadgimnazjalnych powiatu nowotarskiego na temat przyczyn i skutków nadwagi i otyłości oraz ich profilaktyki. *Zdr Publ.* 2011; 121(3): 253–257.

Knowledge and opinions of students on problems associated with obesity

Abstract

Aim of the study. The objective of the study was assessment of the scope of knowledge and opinions concerning the problem of obesity and its health and psychosocial consequences among students.

Material and methods. The study was conducted among a group of 100 students. The diagnostic survey method was applied using a questionnaire that included demographic questions for assessment of the respondents' knowledge and opinions. The study was carried out during the period April – May 2010.

Results. Analysis of the collected data showed that 81% of the respondents understood the idea of using BMI for diagnosing obesity. The respondents' knowledge about the main factors causing obesity was on a high level – 94% showed inadequate nutrition, 93% – lack of physical activity, and 84% – genetic and hormonal factors. Students also displayed comprehensive knowledge of the health consequences related with obesity; 96% of them knew the relation between obesity and the risk of development of high blood pressure, 81% considered type 2 diabetes as a consequence of obesity, 65% indicated the relationship between obesity and osteoarthritis. However, the knowledge of the surveyed group of students about obesity prevention was incomplete.

Conclusions. The obtained results show the necessity for educational activity that should be carried out among young adults, focusing on methods of obesity prevention and developing active control behaviour over the meaningful factors generating overweight and obesity.

Key words

obesity problems, knowledge, students