



Gdański Uniwersytet Medyczny

ZAKŁAD SOCJOLOGII MEDYCZYNY I PATOLOGII SPOŁECZNEJ

UL. J. TUWIMA 15, 80-210 GDAŃSK

RAPORT Z BADAŃ

Analiza doświadczeń pacjentów chorych na otyłość
w kontaktach z personelem medycznych

Przygotowany na zlecenie

Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA



Patroni honorowi



Patron społeczny



Partner medialny

poradnikzdrowie.pl

dr n. med. Krzysztof Sobczak, dr n. o zdr. Katarzyna Leoniuk

GDAŃSK 2019

Spis treści

1.	Wprowadzenie	2
2.	Metodologiczne podstawy badań.....	4
2.1.	Cel i przedmiot badań	4
2.2.	Metody i techniki badawcze oraz sposoby pozyskiwania danych	5
3.	Opis badanej zbiorowości	6
3.1.	Charakterystyka zmiennych społeczno-demograficznych	6
3.2.	Charakterystyka zmiennych zdrowotnych	8
4.	Wyniki.....	12
4.1.	Stosunek do otyłości i jej leczenia.....	12
4.2.	Skala realizacji zobowiązań w ramach roli chorego	14
4.3.	Wskaźniki kontaktu z personelem medycznym	20
4.4.	Ogólna ocena zjawiska dyskryminacji ze względu na otyłość.....	26
4.5.	Wskaźniki korelacyjne	28
4.5.1	Stosunek do otyłości a zmienne niezależne.....	28
4.5.2.	Relacje z personelem medycznym a zmienne niezależne.....	29
4.5.3.	Ocena częstotliwości występowania dyskryminacji osób z otyłością w Polsce a zmienne niezależne.....	35
5.	Metodologiczna i przedmiotowa perspektywa badań.....	37
6.	Podsumowanie badań.....	39
7.	Spis tabel	41
8.	Spis wykresów	42
9.	Literatura.....	43

1. Wprowadzenie

Jak wynika z danych WHO więcej ludzi we współczesnym świecie umiera z powodu otyłości niż niedożywienia [1, 2]. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że waga 1,9 miliarda dorosłych osób przekroczyła normę (39%). Wśród nich 650 milionów (13%) osób to pacjenci cierpiący na otyłość [2]. Międzynarodowe badania IDEA (ang. *International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity*), w których wzięło udział 168 tys. chorych z 63 krajów ujawniły, że 24% mężczyzn i 27% kobiet chorowało na otyłość (BMI \geq 30). Z nadwagą (BMI 25 - 30) zmagano się 40% mężczyzn i 30% kobiet [3]. W USA około 30% społeczeństwa cierpi na otyłość. Dane Eurostatu wskazują, że 51,6% osób mieszkających w 28 krajach UE dotkniętych jest nadwagą, a 15,9% choruje na otyłość [4]. Tylko w Europie milion osób rocznie umiera z powodu chorób wywołanych otyłością, a koszty opieki zdrowotnej pacjentów z otyłością są o 36% wyższe niż pacjentów o normalnej wadze [5]. Szacunki wskazują, że otyłość odpowiada za 5 - 20% zgonów w USA i od 10 - 13 % w Europie [6].

W odniesieniu do Polski szczegółowe dane różnią się między sobą. Eurostat wskazał na odsetek 54,7% osób z nadwagą i 17,2% dla chorujących na otyłość niezależnie od płci [4]. W badaniach z roku 2014 respondenci CBOS-u ujawnili, że co drugi z nich ma nadwagę (51%), a 17% otyłość [7]. Z informacji GUS-u opublikowanych w 2015 roku wynika, że 44,1% mężczyzn i 30,1% kobiet ma nadwagę, a z otyłością zmagają się 18,1% mężczyzn i 15,6% kobiet [8]. Wyniki badań WOBASZ II (*Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności*) wykazały, że w odniesieniu do lat 2013 – 2014, standaryzowana do wieku częstość występowania otyłości (wg BMI) wynosiła dla mężczyzn 24,4% i 25% dla kobiet. Oznacza to, że co czwarty mieszkaniec Polski jest otyły [9]. Zmienne statystyczne wskazują, że na otyłość w Polsce częściej chorują mężczyźni, osoby mieszkające na wsi, osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym oraz osoby z niepełnosprawnościami i mniej zarabiające [6].

Wedle przyjętych standardów, otyłość jest chorobą wielopłaszczyznową, która powstaje w wyniku wzajemnie warunkujących się grup czynników. Do najczęściej występujących zalicza się czynniki o charakterze [6, 10-12]:

- a) *farmakologicznym* – jako następstwo przyjmowania niektórych leków (zwłaszcza kortykosteroidów, antydepresantów, leków przeciwdrgawkowych)
 - b) *genetycznym* – związana z dziedziczeniem poligenicznym
 - c) *biologicznym* – odnoszące się do zaburzeń gospodarki hormonalnej (głównie: leptyny, serotoniny, dopaminy)
-

-
- d) *medycznym* – jako następstwo niektórych chorób i/lub niepełnosprawności
 - e) *behawioralnym* – związanym z zaburzeniami kontroli i samokontroli (odżywiania, reakcją na stres)
 - f) *społecznym* – dotyczących niewłaściwych wzorców socjalizacyjnych, a także zmiennych demograficznych (płeć, status społeczno-ekonomiczny)
 - g) *kulturowo-cywilizacyjnym* – korelujących z jakością i ilością spożywanego pożywienia oraz braku wystarczającej aktywności fizycznej, siedzącym trybem życia, aktywnością w porach nocnych

Skutki otyłości dotyczą w pierwszej kolejności dysfunkcji pracy i wydolności narządów wewnętrznych, co w konsekwencji powoduje zwiększone ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, cukrzycy typu II, chorób układu mięśniowo-szkieletowego [13]. W aspekcie następstw psychospołecznych pojawiają się zaburzenia związane z poczuciem własnej wartości i autostygmatyzacją, co prowadzi do zwiększonego ryzyka wystąpienia chorób i zaburzeń psychicznych [12, 14-16]. Otyłość jest także związana z ryzykiem wystąpienia zaburzeń odżywiania [17]. W perspektywie społecznej pacjenci chorzy na otyłość z powodu swojej choroby doświadczają stygmatyzacji i dyskryminacji, a co za tym idzie, częściej stają się ofiarami marginalizacji społecznej i ekonomicznej [15, 16, 18, 19]. Ostateczną konsekwencją otyłości jest wysokie ryzyko skrócenia czasu życia [20, 21].

Ze względu na pandemiczny zasięg otyłości, jej złożoną i wielopłaszczyznową etiologię można przyjąć, że pacjenci cierpiący na otyłość relatywnie częściej wchodzi w interakcje z pracownikami ochrony zdrowia niż osoby zdrowe. Jednocześnie fenomenologia otyłości powoduje, że osoby na nią chorujące stają się automatycznie rozpoznawalną grupą pacjentów. Liczne doniesienia naukowe wskazują, że w tym aspekcie na styku relacji między personelem medycznym a pacjentami chorującymi na otyłość, pojawia się wiele problemów, między innymi odnoszących się do negatywnego postrzegania i oceny pacjentów chorujących na otyłość ze względu na ich schorzenia [22-24].

Powyższe przesłanki skłoniły nas do przeprowadzenia ogólnokrajowych badań, które miały na celu analizę subiektywnych ocen pacjentów chorujących na otyłość w odniesieniu do ich doświadczeń w kontaktach z personelem medycznym.

2. Metodologiczne podstawy badań

2.1. Cel i przedmiot badań

Celem przeprowadzonego badania była analiza subiektywnych doświadczeń pacjentów chorujących na otyłość w relacjach z personelem medycznym w zakresie wskaźników komfortu, komunikacji i wsparcia, jak również określenie skali realizacji przez osoby otyłe zobowiązań charakterystycznych dla roli pacjenta.

W ramach realizacji założonego celu przyjęliśmy model badawczy w następujący sposób określający przedmiot naszych analiz:

1. Wskaźniki kontaktu z personelem medycznym:

- a) *wskaźniki komfortu pacjenta*: szacunek, atmosfera intymności, podmiotowe podejście wyrażane w formie werbalnej i pozawerbalnej
- b) *wskaźniki komunikacji*: aktywne słuchanie, oferowanie zróżnicowanego wachlarza świadczeń, profesjonalizm komunikacyjny (brak komponenty moralizacyjnej), nieredukcjonistyczne podejście do stanu zdrowia pacjenta
- c) *wskaźniki wsparcia*: holistyczne podejście do pacjenta (akcentowanie konieczności wielokierunkowych działań różnych specjalistów) z uwzględnieniem kontekstu wsparcia informacyjnego

2. Skala realizacji zobowiązań w ramach roli chorego:

- a) *animacja potencjału pomocowego*: stopień poszukiwania i korzystania z różnorodnych źródeł pomocy zarówno w ramach pozyskiwania informacji jak i konkretnych działań
- b) *logistyka terapeutyczna*: stopień realizowania zaleceń lekarza, planowego ich wypełniania i kontrolowanie stanu zdrowia
- c) *ekspozycja prozdrowotna*: stopień dążenia do odzyskania i/lub podtrzymania stanu zdrowia

2.2. Metody i techniki badawcze oraz sposoby pozyskiwania danych

Badanie miało charakter ilościowy. Zostało przeprowadzone za pomocą technik CAWI (ang. *Computer-Assisted Web Interview*). Narzędzie badawcze stanowił autorsko przygotowany kwestionariusz ankiety składający się z 20 pytań zamkniętych i półotwartych oraz z 8 pytań metryczkowych. Został on zdigitalizowany i umieszczony na profesjonalnym serwisie do prowadzenia badań socjologicznych (www.e-badania.pl), dla którego administratorzy gwarantują pełną ochronę zebranych danych. Badanie było w pełni anonimowe, a udział w nim dobrowolny. Respondenci zostali poinformowani o możliwości rezygnacji z udziału w badaniu na dowolnym etapie jego trwania. Zebrane dane zostały opracowane w formie zbiorczych zestawień statystycznych. Podczas badania nie były gromadzone ani przetwarzane żadne dane wrażliwe respondentów. Ankieta badawcza została poprzedzona właściwą informacją o celu badania oraz jego specyfice. Wszystkie pytania i twierdzenia, do których odnosili się respondenci zostały opatrzone czytelną instrukcją. Pierwszym sposobem gromadzenia danych było dotarcie do respondentów poprzez media elektroniczne. Pacjenci mogli dowiedzieć się także o celu badania i dostępie do elektronicznej ankiety poprzez ulotki informacyjne udostępniane przez instytucje medyczne i grupy wsparcia dla osób chorujących na otyłość.

Na realizację badań została wydana zgoda Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (NKBBN/589/2017-2018).

Grupa badanych miała charakter całkowicie inkluzywny i pochodziła z doboru losowego. Kryteria włączenia i wyłączenia do badań dotyczyły:

- a) *włączenia*: mężczyźni i kobiety chorujący na otyłość (w oparciu o wskaźnik BMI > 30,0), wiek od 18. roku życia, wypełnienie kwestionariusza badawczego poprzedzonego szczegółową informacją o badaniu (co było równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu)
- b) *wylączenia*: wiek poniżej 18 lat, brak zgody (lub niemożność jej wyrażenia) na udział w badaniu, osoby niechorujące na otyłość

Etap terenowy przeprowadzono w okresie od 13.02.2018 do 28.03.2019 roku. Zebrane dane zostały poddane analizie statystycznej przy użyciu pakietu IBM SPSS v.26. W analizie zależności pomiędzy zmiennymi nieciągłymi oraz statystycznej niejednorodności grup zastosowano test χ^2 Pearsona. Za statystycznie istotne przyjmując różnice dla $p < 0,05$.

3. Opis badanej zbiorowości

3.1. Charakterystyka zmiennych społeczno-demograficznych

W badaniu łącznie udział wzięło 684 respondentów, do analizy zakwalifikowano 90,8% ankiet czyli 621 wypowiedzi pacjentów. Przyczyną odrzucenia wypowiedzi 63 ankietowanych było niespełnienie kryteriów włączenia lub spełnienie kryteriów wyłączenia z badania.

W analizie rozkładu gęstości uzyskaliśmy typowe dla badań prowadzonych techniką *online* nadreprezentatywności dotyczące płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania i stanu cywilnego – co potwierdza odnotowaną w literaturze tendencję do udziału w tego typu badaniach kobiet, w wieku do 45 lat z wykształceniem wyższym, mieszkających w dużych miastach, będących w związkach małżeńskich.

Tak więc większość badanych stanowią kobiety (N=547, 88%), zaś mężczyźni zaledwie 12% respondentów (N=74) oraz osoby młode (N=451; 72,6%) w wieku od 18. do 45. roku życia [Tabela 1].

Tabela 1. Rozkład wieku badanych

Wiek	N	%
18-29 lat	107	17,2
30-45 lat	344	55,4
46-60 lat	150	24,2
61 i więcej	20	3,2
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

Ponad połowa ankietowanych (57,5%) to osoby z wykształceniem wyższym, zaś co trzeci respondent (34,9%) to absolwent szkoły średniej [Tabela 2]. Najmniej badanych znalazło się w grupie osób z wykształceniem gimnazjalnym, podstawowym i zawodowym.

Tabela 2. Rozkład wykształcenia respondentów

Wykształcenie	N	%
Podstawowe	9	1,4
Gimnazjalne	6	1
Zawodowe	32	5,2
Średnie	217	34,9
Wyższe	357	57,5
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

Ponad połowa respondentów (53,2%) zadeklarowała, że pozostaje w związku małżeńskim. Co piąta osoba (22,7%) jest stanu wolnego. Dokładnie 15,9% zapytanych żyje w relacji nieformalnej z partnerem lub partnerką [Tabela 3].

Tabela 3. Podział badanych ze względu na status relacji intymnych

Status relacji intymnych	N	%
Stanu wolnego	141	22,7
W związku małżeńskim	330	53,1
W związku nieformalnym	99	15,9
Po rozwodzie/ w separacji	36	5,8
Wdowa/wdowiec	15	2,4
<i>Ogółem</i>	<i>238</i>	<i>100,0</i>

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, można zauważyć, iż w badanej zbiorowości najliczniej reprezentowani są mieszkańcy dużych ośrodków miejskich stanowiący 46,5% badanych. Co czwarty badany (24%) zamieszkuje średniej wielkości miasto, co dziesiąty zaś miasto poniżej 20 tys. mieszkańców. Respondenci mieszkający na wsi stanowili 17,4% badanych [Tabela 4].

Tabela 4. Podział respondentów ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	N	%
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	289	46,5
Miasto od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców	149	24
Miasto do 20 tys. mieszkańców	75	12,1
Wieś	108	17,4
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

3.2. Charakterystyka zmiennych zdrowotnych

Jedno z podstawowych kryteriów włączenia do badań stanowił wskaźnik BMI wyliczony na podstawie wzrostu i masy ciała zadeklarowanej przez respondenta. Założyliśmy, że musi on wynosić więcej niż 30 BMI. Analizowane wyniki uporządkowaliśmy według trzech stopni wskaźnika, co pozwoliło oszacować rozkład gęstości dla założonych kategorii BMI [Tabela 5].

Tabela 5. Rozkład wskaźnika BMI

BMI	N	%
I stopnia (30-34.99)	139	22,4
II stopnia (35-39.99)	170	27,4
III stopnia (pow. 40)	312	50,2
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

Pacjenci chorujący na otyłość zostali także poproszeni o deklaratywne określenie swojego stanu zdrowia. Większość zapytanych (61,7%) ujawniła, że czuje się bardzo dobrze lub raczej dobrze (N=383). Na raczej lub bardzo zły stan własnego zdrowia wskazało 166 respondentów co stanowi 26,7% zbiorowości. Pozostali pacjenci określili stan zdrowia jako ani dobry, ani zły.

Tabela 6. Samoocena stanu zdrowia respondentów

Stan zdrowia	N	%
Bardzo dobry	33	5,3
Raczej dobry	350	56,4
Raczej zły	145	23,3
Bardzo zły	21	3,4
Ani dobry, ani zły	72	11,6
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

Zapytaliśmy także pacjentów o to, czy poza otyłością występują u nich inne choroby przewlekłe. Jeden na trzech zapytanych zadeklarował, że otyłość jest jedyną chorobą, na którą cierpi. U większości ankietowanych współwystępowały inne schorzenia. Najczęściej były to zaburzenia wydzielania wewnętrznego (37,2%), a w szczególności choroby tarczycy i insulinooporność. Drugą najczęściej wskazywaną kategorią były choroby krwi i układu krążenia(29,8%), w szczególności nadciśnienie tętnicze. Trzecią najczęściej wybieraną kategorią były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (11%), takie jak: zwyrodnienia stawów kolanowych i zwyrodnienia kręgosłupa.

Tabela 7. Inne choroby przewlekłe

Choroby przewlekłe	N	%
Nie występują	221	35,6
Występują	400	64,4
Nowotwory	8	1,3
Choroby układu oddechowego	42	6,8
Choroby układu nerwowego	14	2,3
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	231	37,2
Choroby krwi i układu krążenia	185	29,8
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	68	11
Choroby układu moczowo-płciowego	47	7,6
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	36	5,8
Choroby skóry	11	1,8
Choroby oka	6	1
Inne	34	5,5
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

Zadając kolejne pytanie, chcieliśmy dowiedzieć się w jakiej kategorii pacjenci lokują główne przyczyny swojej otyłości. Większość zapytanych (41,2%) oceniła, że główną przyczyną ich choroby jest niewłaściwy styl życia, na który składa się nieprawidłowa dieta oraz mała aktywność fizyczna. Drugą kategorię przyczyn, na którą wskazywali nasi respondenci, był stres oraz inne czynniki psychoemocjonalne (20,8%). Jeden na dziesięciu zapytanych pacjentów (12,4%) zadeklarował, że nie zna głównej przyczyny swojej otyłości. Ta kategoria odpowiedzi była trzecią najczęściej wybieraną z zaproponowanej kafeterii.

Tabela 8. Samoocena głównej przyczyny otyłości

Przyczyny otyłości	N	%
Czynniki genetyczne	55	8,9
Czynniki hormonalne	71	11,4
Przyjmowane leki	25	4
Styl życia	256	41,2
Stres lub inne czynniki psychospołeczne	129	20,8
Starzenie się	1	0,2
Przyczyna nieznana	77	12,4
Inna przyczyna	7	1,1
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

Ostatnim zagadnieniem z kategorii zmiennych zdrowotnych było pytanie dotyczące wieku zachorowania na otyłość. Respondenci najczęściej wskazywali na okres dzieciństwa (46,5%), wczesną dorosłość (24,8%), a także okres dojrzewania (17,9%).

Tabela 9. Wiek zachorowania na otyłość

Wiek zachorowania	N	%
Okres dzieciństwa	289	46,5
Okres dojrzewania	111	17,9
Wczesny okres dorosłości (20-34 l.)	154	24,8
Średni okres dorosłości (35-49 l.)	59	9,5
Późny okres dorosłości (50-64 l.)	7	1,1
Wiek podeszły, wczesna starość (65-74 l.)	1	0,2
<i>Ogółem</i>	<i>621</i>	<i>100,0</i>

Biorąc pod uwagę zmienne społeczno-demograficzne, można stwierdzić, iż badana zbiorowość jest różnorodna, zaś uzyskana najliczniejsza nadreprezentacja dotycząca płci jest zjawiskiem powszechnie występującym w badaniach e-ankietowych. Uwzględniając wiek, należy stwierdzić niedoreprezentowanie osób powyżej 65. roku życia, najprawdopodobniej związane z ograniczonym dostępem do Internetu, społecznie niską aktywnością w tego rodzaju mediach osób w wieku senioralnym, większą niechęcią osób starszych do udziału w badaniach ankietowych lub gorszym stanem zdrowia, czasami uniemożliwiającym samodzielne wypełnienie kwestionariusza badawczego.

4. Wyniki

4.1. Stosunek do otyłości i jej leczenia

Pierwszym interesującym nas zagadnieniem wchodzącym w skład logistyki terapeutycznej był stosunek badanych do ich otyłości. Tabela 10. zawiera cztery twierdzenia dotyczące akceptacji choroby oraz stosunku do jej leczenia. Niewiele ponad połowa badanych (52,0%) wyraziła pogląd, że nie akceptuje swojej otyłości i dlatego chce podjąć terapię. Niemal co trzeci respondent (29,1%) nie akceptuje otyłości, która negatywnie wpływa na jego zdrowie i samoocenę, ale ocenia, że podjęcie leczenia jest zbyt trudne i nieskuteczne. Co piąty badany akceptuje swoją otyłość, z czego 1% nie zamierza podejmować żadnych działań leczniczych, zaś pozostałe 17,9% jest zainteresowane terapią ze względu na zdrowotne konsekwencje choroby. Warto podkreślić, iż siedmiu na dziesięciu ankietowanych (69,9%) zadeklarowało chęć podjęcia leczenia otyłości.

Tabela 10. Stosunek respondentów do własnej otyłości (N=621)

Które z poniższych twierdzeń najtrafniej opisuje Pani/Pana aktualny stosunek do Pani/Pana otyłości?	N	%
Jestem pogodzony ze swoją otyłością i nie zamierzam podejmować żadnych działań służących jej leczeniu.	6	1,0
Akceptuję swoją otyłość, nie wpływa ona negatywnie na moją samoocenę, ale ze względu na konsekwencje zdrowotne chcę podjąć jej leczenie.	111	17,9
Nie akceptuję swojej otyłości, dlatego chcę podjąć jej leczenie.	322	52,0
Nie akceptuję swojej otyłości, wpływa ona negatywnie na moje zdrowie i na moją samoocenę, ale wiem, że podejmowanie działań zmierzających do jej leczenia jest dla mnie zbyt trudne i mimo wysiłku nie przyniesie oczekiwanych efektów.	181	29,1

Tabela 11. prezentuje szczegółowe odpowiedzi respondentów dotyczące podejmowanych przez nich działań służących leczeniu otyłości i zmniejszeniu masy ciała. Zaś na wykresie 17., umieszczonym poniżej, zsumowaliśmy wyniki dotyczące kategorii **tak obecnie i tak, ale w przeszłości**.

Tabela 11. Działania podejmowane w celu leczenia otyłości – zmniejszenia masy ciała (N=621)

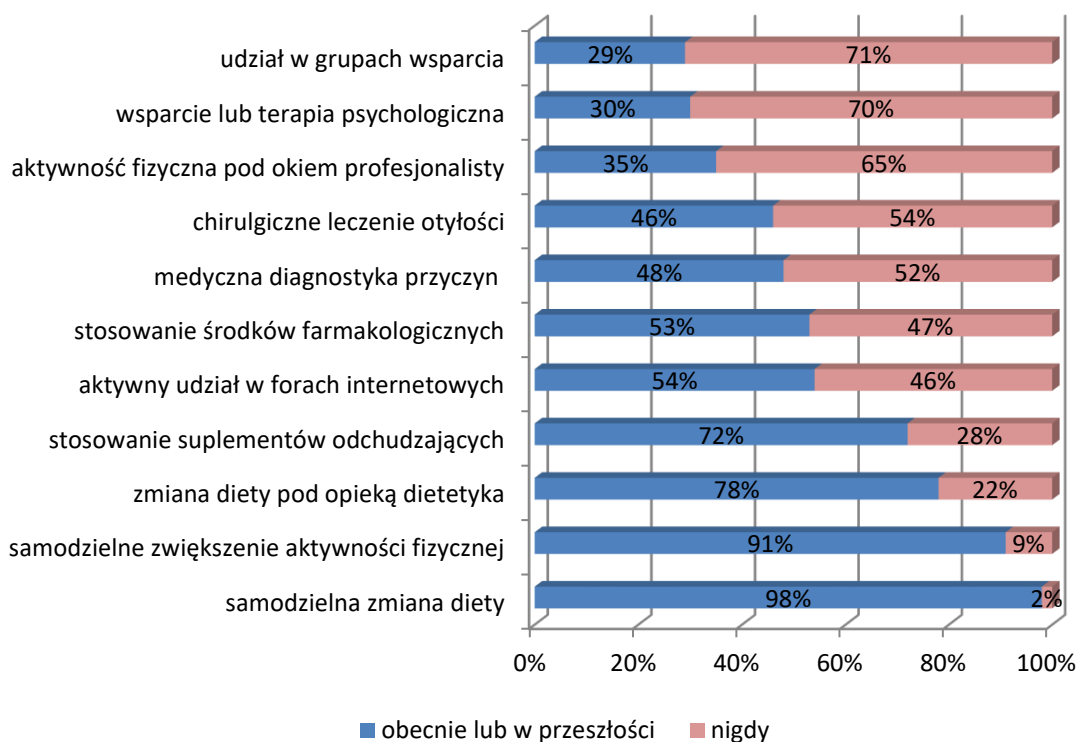
Rodzaj działań	Ocena N (%)		
	Tak, obecnie	Tak, ale w przeszłości	Nie były i nie są podejmowane
Samodzielna zmiana diety	251 (40)	360 (58)	10 (2)
Zmiana sposobu odżywiania pod opieką dietetyka	103 (17)	381 (61)	137 (22)
Samodzielne zwiększenie aktywności fizycznej	246 (40)	322 (52)	53 (8)
Udział w programach zwiększających aktywność fizyczną prowadzonych przez profesjonalistów	40 (6,5%)	177 (28,5)	104 (65)
Medyczna diagnostyka przyczyn otyłości	130 (21)	168 (27)	323 (52)
Stosowanie „środków odchudzających”, czyli suplementów diety wspomagających redukcję masy ciała	35 (6)	410 (66)	176 (28)
Stosowanie środków farmakologicznych przepisanych lub zaleconych przez lekarza	64 (18)	267 (43)	290 (47)
Chirurgiczne leczenie otyłości	230 (37)	56 (9)	335 (54)
Wsparcie lub terapia psychologiczna	83 (13,5)	101 (16)	437 (70,5)
Udział w grupach wsparcia	117 (18)	65 (10)	439 (71)
Aktywny udział w forach internetowych poruszających problemy osób chorych na otyłość	233 (38)	102 (16)	286 (46)

Do najczęściej podejmowanych działań służących zmniejszeniu masy ciała należą: samodzielna zmiana diety, którą stosowała większość badanych (98,4%), w tym 58,0% w przeszłości, a 40,4% obecnie oraz samodzielne zwiększenie aktywności fizycznej, które podjęło 91,5% respondentów, w tym 39,6% ćwiczy obecnie, a 59,9% w przeszłości. Do popularnych metod walki z otyłością można zaliczyć korzystanie z porad dietetyka, z których korzysta 16,6%

lub korzystało w przeszłości 61,4%, czyli trzy czwarte ankietowanych (78,0%). Popularne są również środki wspomagające odchudzanie, czyli suplementy diety stosowane przez 71,6% badanych oraz środki farmakologiczne używane przez co drugiego respondenta (53,3%). Niespełna połowa ankietowanych (48,0%) to osoby, które skorzystały z medycznej diagnostyki otyłości i/lub z chirurgicznego leczenia otyłości (46,0%). Do najmniej popularnych metod leczenia otyłości należy udział w grupach wsparcia dla osób z otyłością (29,3%) oraz korzystanie ze wsparcia lub terapii psychologicznej (29,7%).

Wykres 1. Działania podejmowane w celu leczenia otyłości – zmniejszenia masy ciała (N=621)

Jakie działania były lub są przez Panią/Pana podejmowane w celu leczenia otyłości – zmniejszenia masy ciała?



4.2. Skala realizacji zobowiązań w ramach roli chorego

W celu pomiaru potencjału pomocowego poprosiliśmy badanych o subiektywną ocenę poziomu ich wiedzy o otyłości. Najwięcej respondentów oceniło swój poziom wiedzy jako bardzo wysoki w zakresie zdrowotnych konsekwencji otyłości (40,6%) oraz przyczyn otyłości (31,9%). Natomiast bardzo niską wiedzę najwięcej respondentów posiada na temat zakresu rehabilitacji osób z otyłością (23,3%), możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego (22,9%) i praw przysługujących pacjentom z otyłością (22,9%). Również całkowity brak informacji dotyczył

najczęściej zagadnień związanych z rehabilitacją (42,5) i prawami pacjenta (33,7%). Tabela 12. zawiera szczegółowy rozkład odpowiedzi.

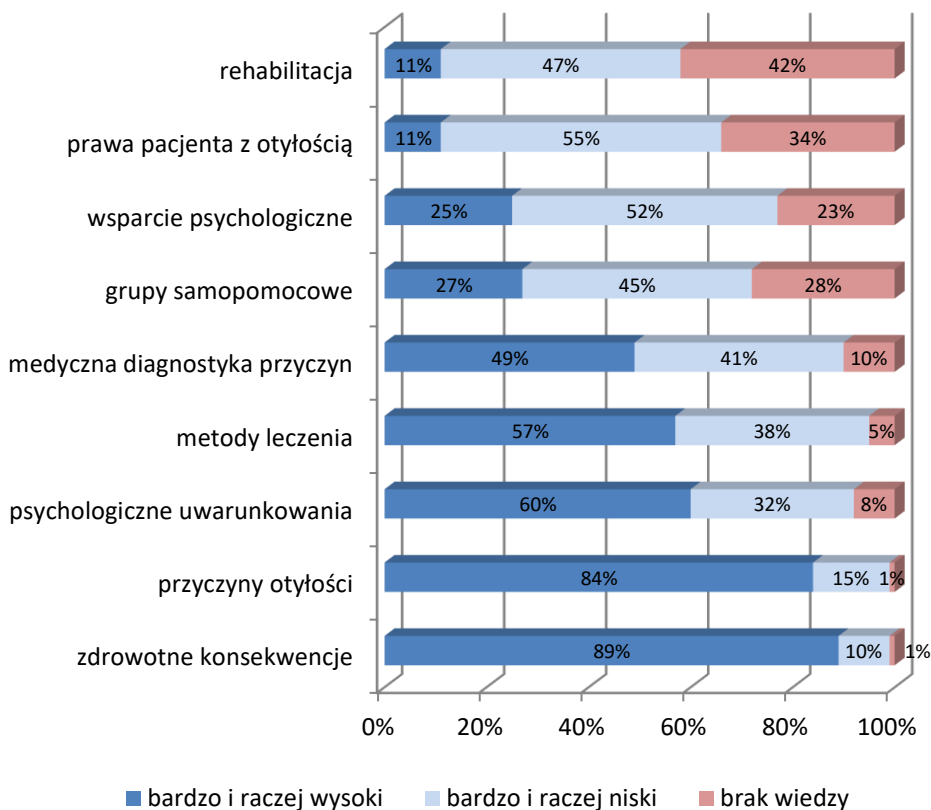
Tabela 12. Poziom wiedzy o otyłości (N=621)

Kategorie	Poziom wiedzy N (%)				
	<i>Bardzo wysoki</i>	<i>Raczej wysoki</i>	<i>Raczej niski</i>	<i>Bardzo niski</i>	<i>Brak wiedzy</i>
Przyczyny otyłości	198 (32)	323 (52)	72 (12)	21 (3)	7 (1)
Medyczna diagnostyka przyczyn otyłości (badania genetyczne, zaburzenia hormonalne itp.)	78 (13)	225 (36)	183 (29)	74 (12)	61 (10)
Psychologiczne uwarunkowania otyłości	136 (22)	238 (38)	137 (22)	59 (10)	51 (8)
Zdrowotne konsekwencje otyłości (choroby będące powikłaniami otyłości)	252 (41)	298 (48)	46 (7)	18 (3)	8 (1)
Prawa przysługujące pacjentom z otyłością	23 (4)	45 (7)	202 (32)	142 (23)	209 (34)
Metody leczenia otyłości	124 (20)	229 (37)	133 (13)	82 (13)	33 (5)
Możliwość uzyskania wsparcia psychologicznego	48 (8)	104 (17)	182 (29)	142 (23)	145 (23)
Grupy samopomocowe zrzeszające osoby z otyłością	62 (10)	105 (17)	153 (25)	125 (20)	176 (28)
Rehabilitacja dla osób z otyłością	18 (3)	49 (8)	145 (23)	145 (23)	264 (43)

Jeżeli zsumujemy kategorie „bardzo” i „raczej wysoki” oraz „bardzo” i „raczej niski”, to uzyskamy grupy umożliwiające określenie treści wymaganych działań z zakresu edukacji medycznej [Wykres 2]. I tak badani wykazywali największą niewiedzę w zagadnieniach: rehabilitacji osób z otyłością, praw pacjenta, wsparcia psychologicznego oraz grup samopomocowych. W tych tematach najwięcej respondentów albo posiadało niewiele informacji, albo nie posiadało ich wcale. Tematami, w których ponad połowa ankietowanych określała swój poziom wiedzy jako wysoki (bardzo lub raczej) są: zdrowotne konsekwencje i przyczyny choroby, psychologiczne uwarunkowania otyłości oraz metody jej leczenia. Uzyskane dane mogą posłużyć do tworzenia programów edukacyjnych, które uwzględniają rzeczywiste potrzeby pacjentów chorujących na otyłość. Mogą być także przydatne do określenia treści kształcenia personelu medycznego, gdyż podniesienie wiedzy pacjenta może nie tylko wpływać na radzenie sobie z chorobą, ale również zwiększyć poziom satysfakcji z komunikacji medycznej.

Wykres 2. Samoocena poziomu wiedzy o otyłości (N=621)

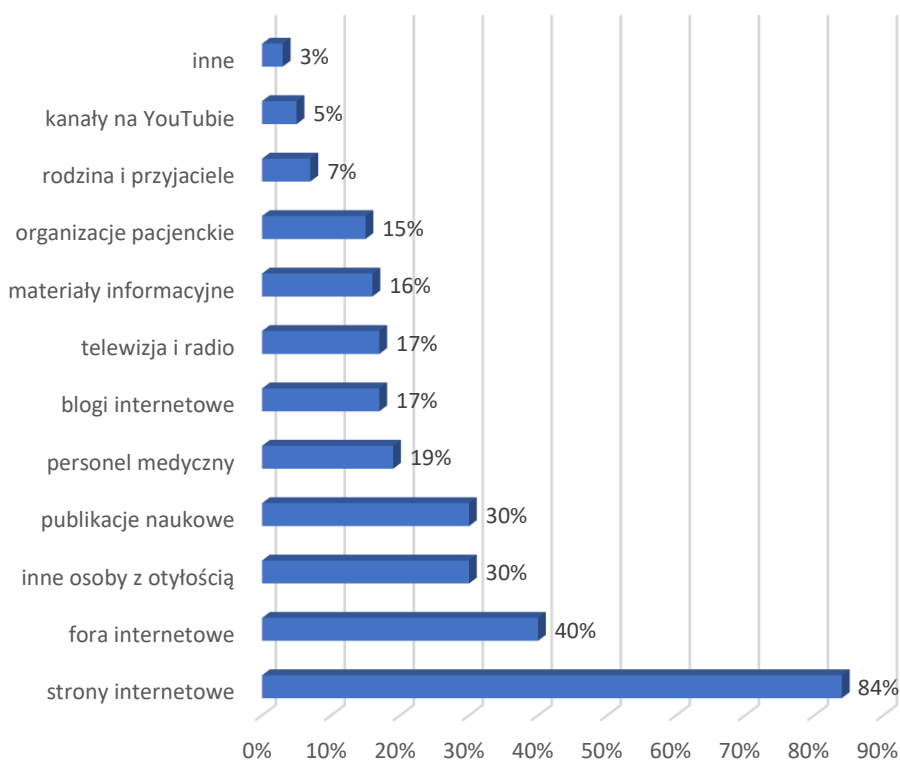
Jak ogólnie ocenia Pani/Pan poziom swojej wiedzy na poniższe tematy?



Głównym źródłem wiedzy o problemie dotyczącym otyłości są dla badanych media elektroniczne, w tym najpopularniejsze - strony (83,7%) i fora internetowe (39,9%) oraz rzadziej wskazywane - blogi (17,1%) i kanały na YouTube prowadzone przez osoby chore na otyłość (5,5%). Niespełna co trzeci badany zadeklarował, że pozyskuje informacje o otyłości od innych chorych (30,4%) lub z publikacji naukowych (30,1%). Należy zwrócić uwagę, że jedynie co czwarty respondent (19,2%) wskazał personel medyczny jako istotne źródło wiedzy o otyłości, a co szósty pogłębia wiedzę dzięki organizacjom pacjenckim (15,3%).

Wykres 3. Źródła wiedzy o otyłości (N=621)

Z jakich źródeł czerpie Pani/Pan informacje na temat otyłości?

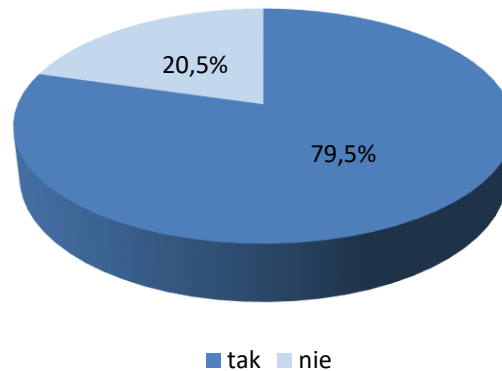


Badani mogli wskazać maksymalnie 3 najważniejsze odpowiedzi.

Pomimo iż jedynie co piąty badany wskazał personel medyczny jako ważne źródło informacji o otyłości, to większość ankietowanych (79,5%) miała okazję rozmawiać z medykami na temat swojej choroby. Jeden na pięciu respondentów (20,5%) deklaruje, że nie rozmawiał o swojej otyłości z personelem medycznym [Wykres 4].

Wykres 4. Rozmowa z personelem medycznym na temat otyłości (N=621)

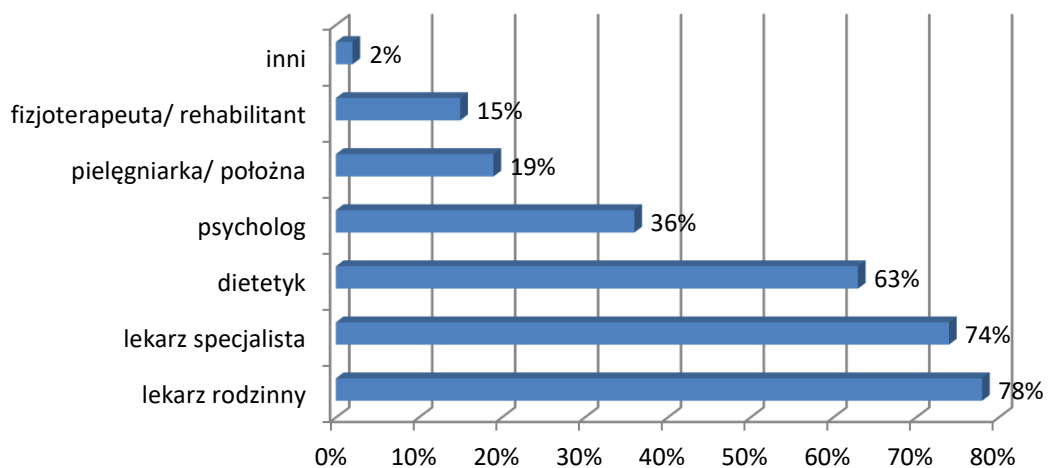
Czy zdarzyło się Pani/Panu rozmawiać z personelem medycznym na temat swojej otyłości?



Najwięcej respondentów rozmawiało o otyłości z lekarzem rodzinnym (77,8%) i/lub lekarzem specjalistą (74,5%). Do najczęściej wymienianych przez badanych specjalistów należeli: endokrynolodzy, chirurdzy bariatrycy, psychiatry, ginekolodzy, diabetolodzy, ortopedzi i kardiolodzy. Dwie trzecie badanych rozmawiała z dietetykiem (63,2%), a jedna trzecia z psychologiem (36,2%). Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia Wykres 5.

Wykres 5. Przedstawiciele zawodów medycznych, z którymi badani rozmawiali o otyłości (N=494)

Z kim rozmawiała/rozmawiał Pani/Pan na temat swojej otyłości?



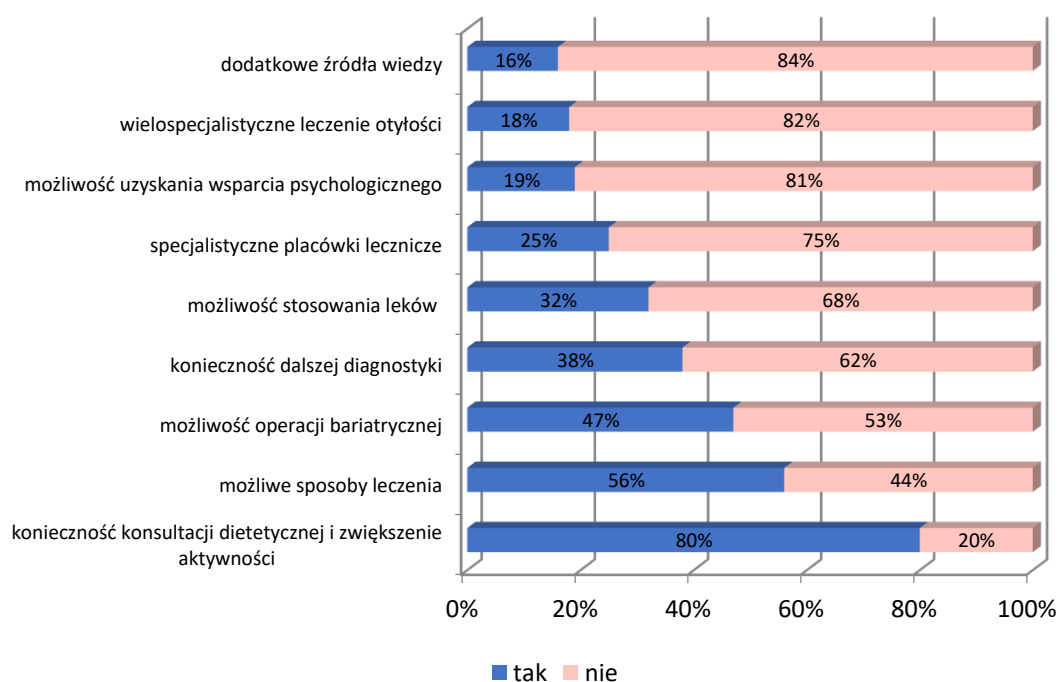
Badani mieli możliwość wskazania dowolnej ilości odpowiedzi.

W ramach analizy potencjału pomocowego interesowało nas, jakie tematy zostały poruszone w rozmowie z przedstawicielami opieki zdrowotnej [Wykres 6]. Badanym najczęściej

wskazywano na konieczność konsultacji dietetycznej i zwiększenie aktywności ruchowej (80,0%). Ponad połowę respondentów poinformowano o dostępnych metodach leczenia otyłości (55,9%), w tym o możliwości wykonania operacji bariatrycznej (46,6%) i zastosowaniu leków wspierających redukcję masy ciała (31,8%). Co trzeciemu respondentowi (38,5%) zalecono dalszą diagnostykę choroby, a co czwartemu (25,3%) wskazano placówkę medyczną specjalizującą się w leczeniu otyłości. Do tematów najrzadziej poruszanych przez personel medyczny należą: wskazanie dodatkowych źródeł wiedzy o chorobie (15,6%), możliwości wielospecjalistycznego podejścia do leczenia otyłości (18,4%) oraz możliwość uzyskania wsparcia psychologicznego (19,4%).

Wykres 6. Tematy poruszone w rozmowie o otyłości z personelem medycznym (N=494)

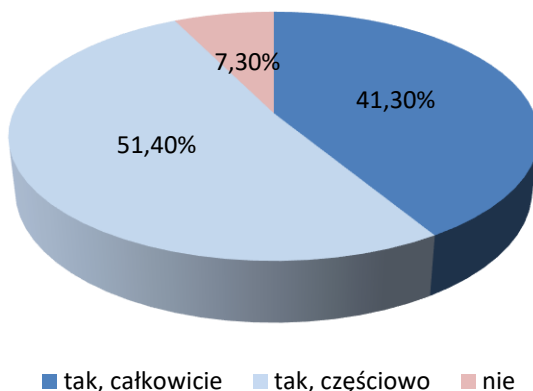
Czy w trakcie rozmowy z osobą z personelu medycznego wskazano Pani/Panu:



W ramach analizy logistyki terapeutycznej zapytaliśmy badanych o stopień realizacji zaleceń pracowników służby zdrowia. Większość badanych (92,7%) zadeklarowała zastosowanie się do wskazówek personelu medycznego, w tym co drugi respondent (51,4%) zrealizował wszystkie otrzymane zalecenia. Co czternasty ankietowany (7,3%) zlekceważył wskazania specjalisty [Wykres 7].

Wykres 7. Stosowanie się do zaleceń personelu medycznego (N=494)

Czy zastosowała/zastosował się Pani/Pan do zaleceń personelu medycznego?

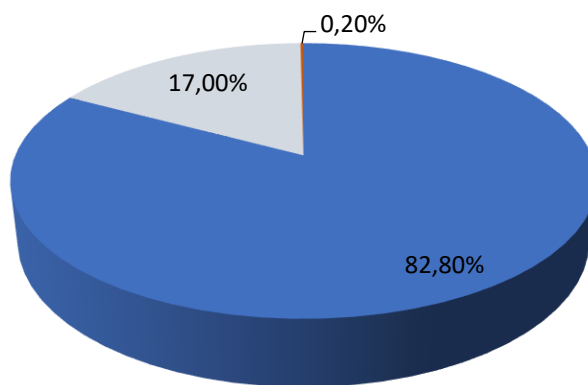


4.3. Wskaźniki kontaktu z personelem medycznym

Większość badanych (82,8%) ocenia, że osoby z otyłością są traktowane gorzej przez personel medyczny niż pacjenci o prawidłowej masie ciała. Co szósty respondent zgodził się ze stwierdzeniem, że masa ciała nie wpływa na relacje z pracownikami instytucji medycznych. Warto zauważyć, iż tylko jeden badany (0,2%) uznał, że osoby z otyłością są traktowane lepiej od pacjentów z prawidłową masą ciała [Wykres 8].

Wykres 8. Ocena stosunku personelu medycznego do pacjentów z otyłością (N=621)

Jak ogólnie ocenia Pani/Pan stosunek personelu medycznego do pacjentów z otyłością?

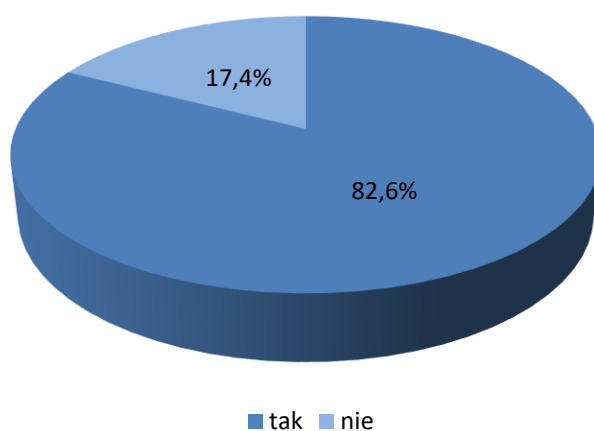


- Pacjenci z otyłością są gorzej traktowani niż pacjenci o prawidłowej masie ciała.
- Wszyscy pacjenci są traktowani tak samo niezależnie od masy ciała.
- Pacjenci z otyłością są traktowani lepiej niż pacjenci o prawidłowej masie ciała.

Podobnie przedstawia się rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące osobistego doświadczania niestosownego zachowania personelu medycznego. Większość respondentów posiadała negatywne odczucia w kontaktach z przedstawicielami służby zdrowia (82,6%), jedynie co szósty badany (17%) nie zgłosił takich incydentów [Wykres 9].

Wykres 9. Doświadczenie niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego z powodu otyłości (N=621)

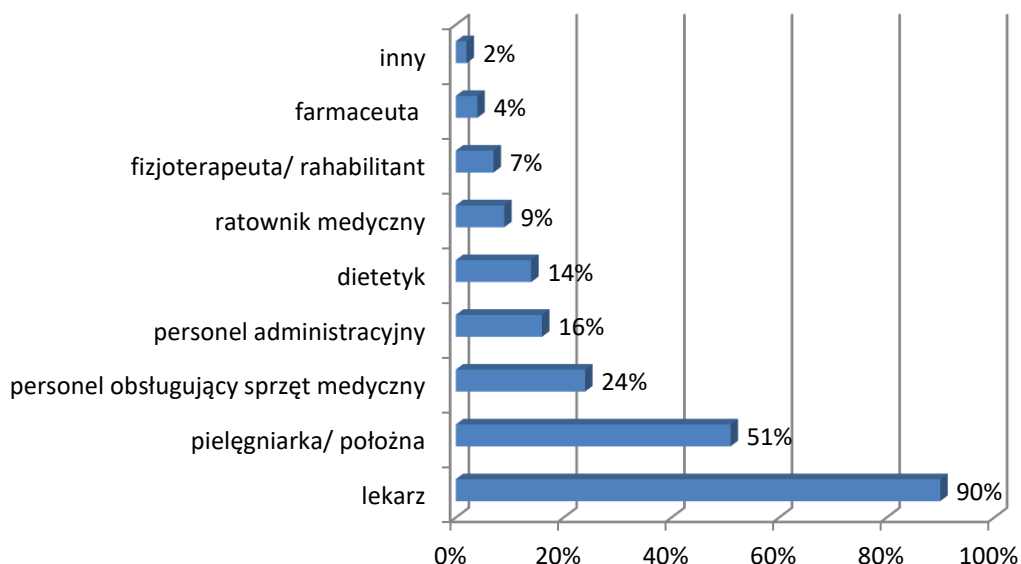
Czy doświadczył Pan/Pani niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego z powodu swojej otyłości?



Spośród osób zgłaszających niestosowne zachowanie personelu medycznego (N=513) zdecydowana większość doświadczyła go ze strony lekarza (90,3%). Co drugi respondent wskazał na niewłaściwe zachowanie pielęgniarki lub położnej (50,9%), a co czwarty personelu obsługującego sprzęt medyczny (24,0%). Respondenci rzadziej zgłaszali niewłaściwe postawy pracowników administracji (16,4%), dietetyków (13,8%) i ratowników medycznych (9,2%). Do sporadycznych należy zaliczyć przypadki niewłaściwego podejścia do osób z otyłością ze strony fizjoterapeutów (7,2%), farmaceutów (3,7%) oraz personelu pomocniczego (w kategorii inni badani najczęściej wpisywali salowa, pracownik ekipy sprzątającej) [Wykres 10].

Wykres 10. Przedstawiciele zawodów medycznych zachowujący się niestosownie wobec pacjentów z otyłością (N=513)

Kto z personelu medycznego zachował się niestosownie w stosunku do Pani/Pana ze względu na otyłość?

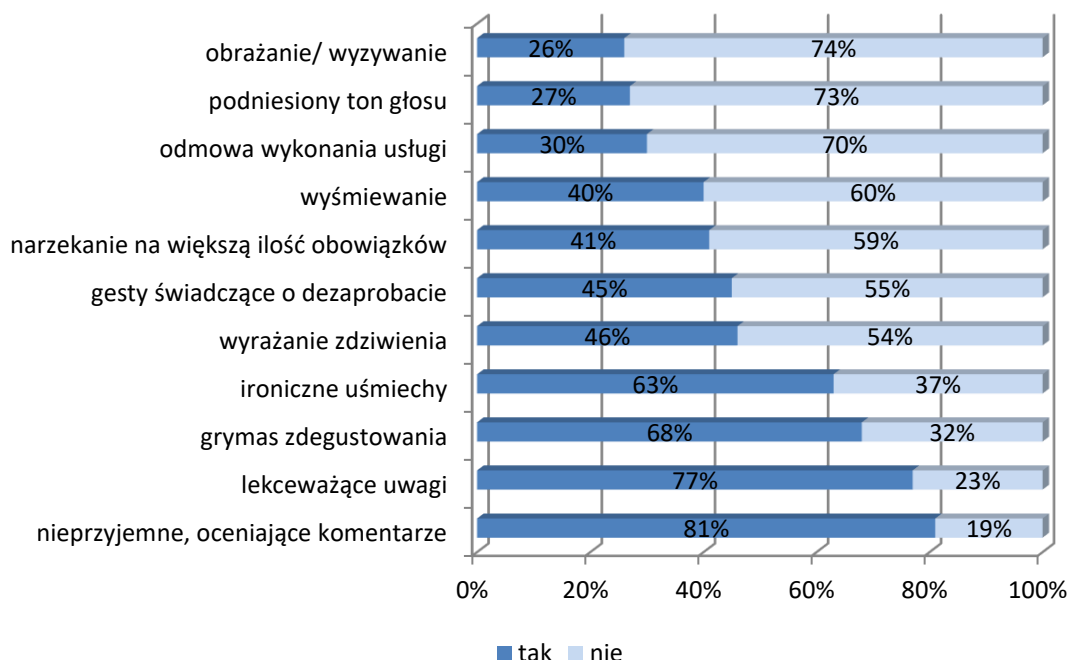


Badani mieli możliwość wskazania dowolnej ilości odpowiedzi.

W celu ustalenia szczegółowych form niewłaściwego traktowania pacjentów z otyłością przez personel medyczny, skierowaliśmy do wszystkich badanych pytanie o alternatywnej możliwości odpowiedzi (typu tak/nie). Wśród podanych przez nas przykładów wskaźników komunikacji i komfortu badani najczęściej wskazywali na: nieprzyjemne, oceniające komentarze (80,8%), lekceważące uwagi (77,0%), wyrazy zdegustowania (67,8%) i ironiczne uśmiechy (62,8%). Warto odnotować, że 40,9% respondentów usłyszało narzekania personelu medycznego na większą ilość pracy przy pacjencie z otyłością, a 27,9% badanym odmówiono wykonania usługi ze względu na otyłość. Co czwarty ankietowany (25,8%) został obrażony lub wyzywany przez pracowników służby zdrowia [Wykres 11].

Wykres 11. Formy niestosownego zachowania personelu medycznego wobec pacjentów z otyłością (N=621)

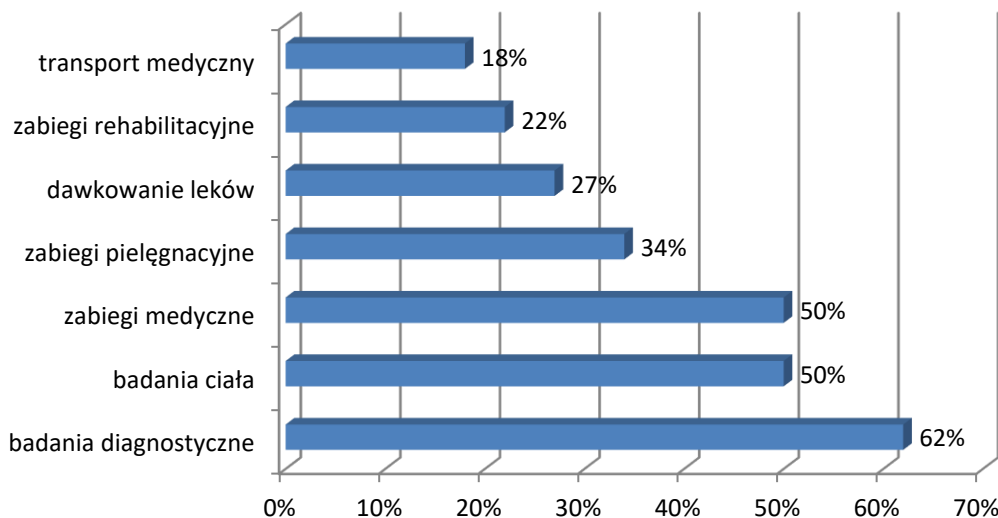
Z jakimi formami niestosownego zachowania związanego z otyłością spotkała/spotkał się Pani/Pan ze strony personelu medycznego?



Interesowało nas również, w jakich sytuacjach badani usłyszeli od personelu medycznego, że ich otyłość utrudnia lub uniemożliwia działania medyczne. Co najmniej połowa respondentów przyznała, że usłyszała stwierdzenia tego typu w trakcie: badania diagnostycznego np. pobrania krwi, USG, rentgena (62,0%), zabiegów medycznych np. operacji, podania znieczulenia (50,4%) lub badania ciała np. osłuchiwanie, uciskania, opukiwania (49,6%). Co trzeci respondent (34,0%) usłyszał narzekania podczas zabiegów pielęgnacyjnych – mycia, opatrywania ran, przenoszenia na łóżko itp., a co czwarty (27,2%) w trakcie określania właściwej dawki leków. Rzadziej respondenci słyszeli, że otyłość utrudnia lub uniemożliwia zabiegi rehabilitacyjne (21,6%) oraz transport medyczny (18,2%) [Wykres 12].

Wykres 12. Stwierdzenia dotyczące utrudniania lub uniemożliwiania wykonania zabiegów medycznych z powodu otyłości (N=621)

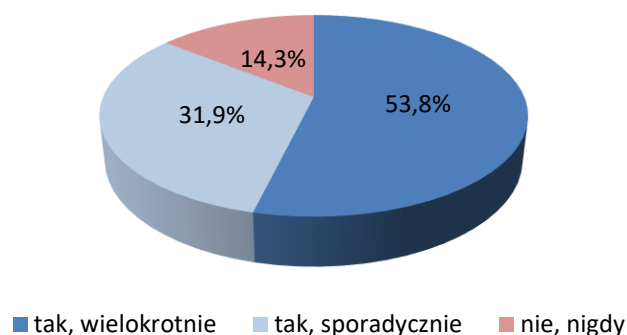
Czy kiedykolwiek usłyszała Pani/Pan od personelu medycznego stwierdzenie, że Pani/Pana otyłość utrudnia lub uniemożliwia:



Kolejnym uwzględnionym w badaniu wskaźnikiem kontaktu z personelem medycznym jest zjawisko ignorowania lub usprawiedliwiania problemów zdrowotnych pacjenta ze względu na jego otyłość [Wykres 8]. Połowa respondentów (53,8%) zgłosiła wielokrotne, zaś co trzeci badany (31,9%) sporadyczne zdarzenia tego typu. Pozostałym ankietowanym (14,3%) nie zdarzyła się sytuacja, w której personel medyczny zignorował ich problemy zdrowotne, usprawiedliwiając je jedynie otyłością.

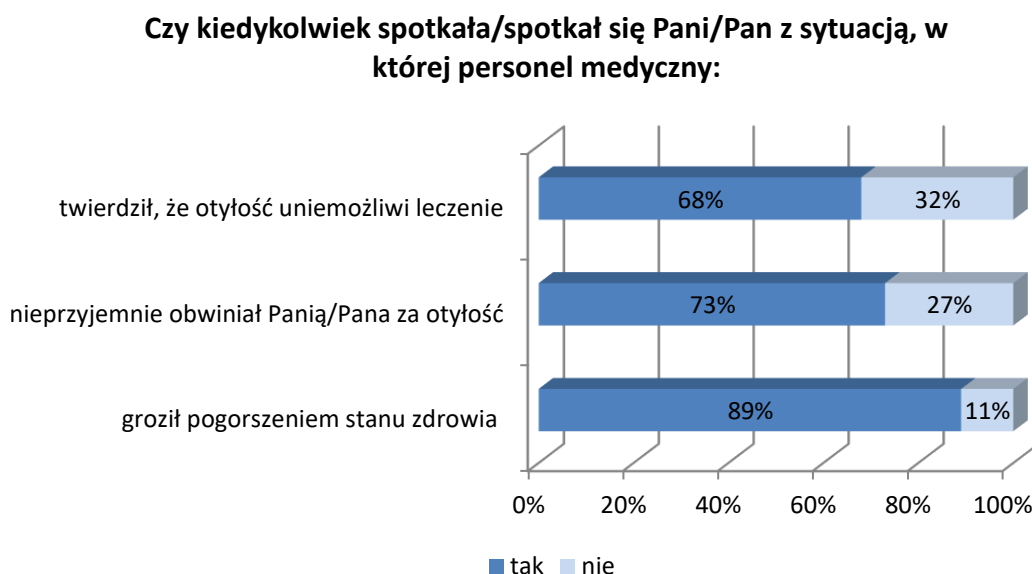
Wykres 13. Usprawiedliwianie innych problemów zdrowotnych otyłością (N=621)

Czy kiedykolwiek personel medyczny zignorował Pani/Pana problemy zdrowotne lub dolegliwości, usprawiedliwiając je jedynie otyłością?



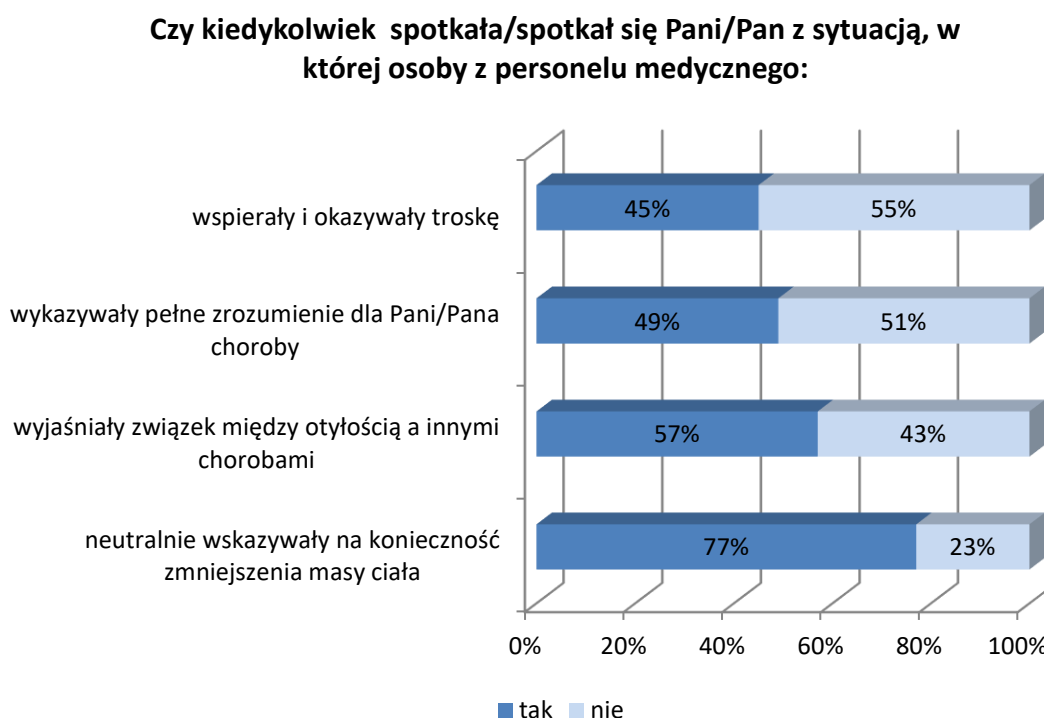
Przypomnijmy, że nieprzyjemne, oceniające komentarze są najczęściej zgłaszanym przez osoby z otyłością, krzywdzącym wskaźnikiem komunikacji z pracownikami służby zdrowia. Wykres 9. zawiera dane dotyczące częstotliwości występowania wybranych negatywnych komunikatów, które badani mogli usłyszeć w trakcie uzyskiwania świadczeń medycznych. Niespełna dziewięciu na dziesięciu badanym (89,0%) grożono pogorszeniem stanu zdrowia. Trzy czwarte respondentów (72,8%) spotkało się z nieprzyjemnym obwinianiem za otyłość. Zaś dwóch na trzech ankietowanych (68,1%) usłyszało, że jeżeli nie zmniejszy masy ciała, to leczenie będzie niemożliwe.

Wykres 14. Negatywne komunikaty personelu medycznego wobec pacjentów z otyłością (N=621)



Dotychczas prezentowane wyniki koncentrują się na przypadkach krzywdzącego traktowania pacjentów z otyłością przez personel medyczny – co nie oznacza całkowitego braku realizacji wskaźników wsparcia [Wykres 15]. Ponad dwie trzecie respondentów doświadczyło sytuacji, w której personel medyczny neutralnie wskazywał na konieczność zmniejszenia masy ciała (77,0%). Co najmniej połowie ankietowanych wyjaśniono związek między otyłością a innymi chorobami, w sposób nienaruszający ich uczuć (57,2%) oraz okazano pełne zrozumienie z uwzględnieniem specyfiki choroby otyłości (49,0%). Czterech na dziesięciu badanym (44,8%) doświadczyło sytuacji, w której personel medyczny wspierał ich i okazywał troskę.

Wykres 15. Pozytywne komunikaty personelu medycznego wobec pacjentów z otyłością (N=621)

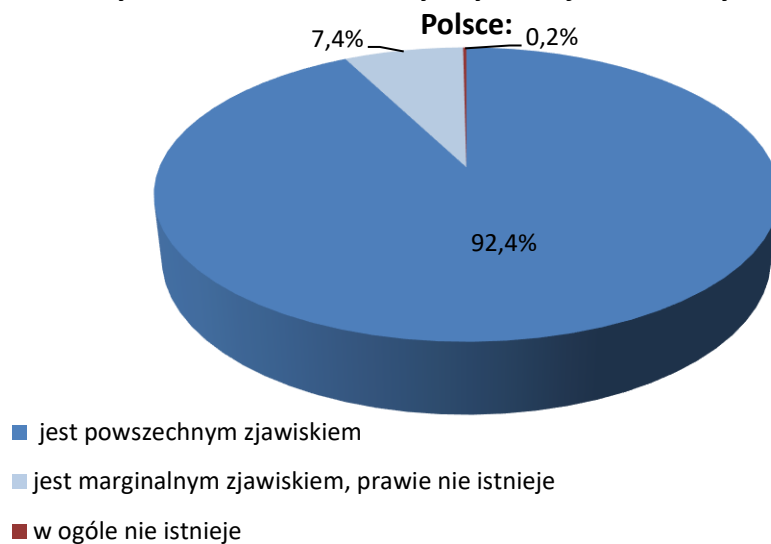


4.4. Ogólna ocena zjawiska dyskryminacji ze względu na otyłość

Zapytaliśmy badanych o to, czy ich zdaniem w Polsce występuje zjawisko *weightismu* rozumianego jako dyskryminacja (nierówne traktowanie, wybiórcza ocena) ze względu na otyłość [Wykres 16]. Chodzi tu zarówno o sytuacje, w których respondenci byli obiektem nierównego traktowania, jaki i obserwatorami takich zachowań w stosunku do innych osób z otyłością. Jedynie jeden respondent (0,2%) był zdania, że problem dyskryminacji osób z otyłością nie występuje w naszym kraju. Zdecydowana większość badanych (99,8%) uznała, że w Polsce występuje zjawisko dyskryminacji osób z otyłością, w tym co czternasty ankietowany uważa to zjawisko za marginalne (7,4%), zaś dziewięciu na dziesięciu za powszechne.

Wykres 16. Częstotliwość występowania zjawiska dyskryminacji osób z otyłością (N=621)

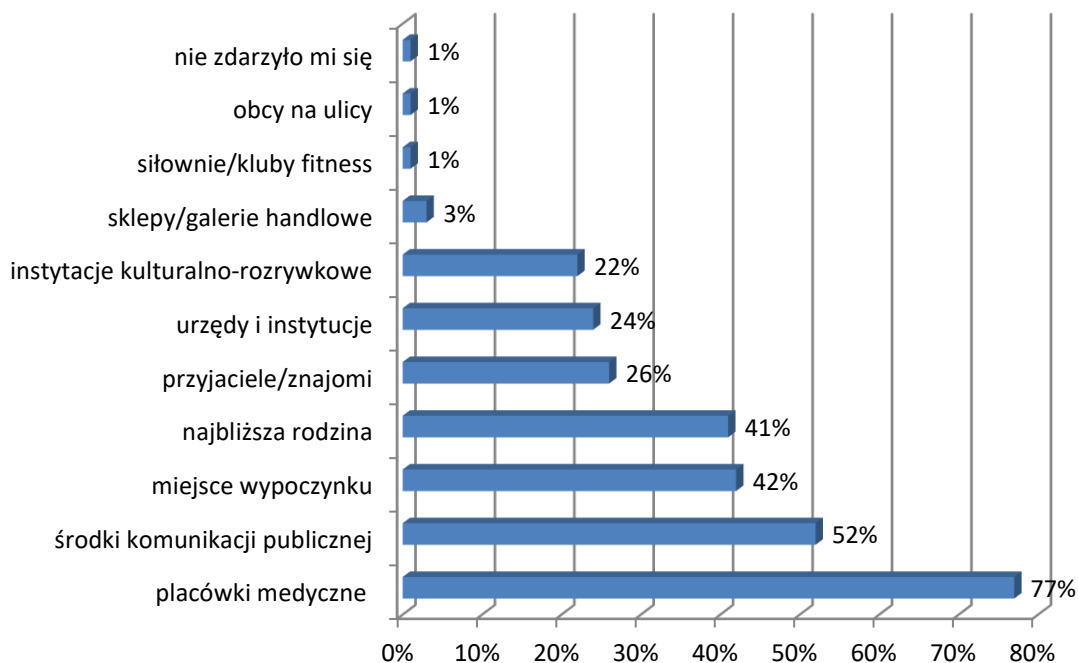
Czy uważa Pani/Pan, że dyskryminacja osób z otyłością w



Najwięcej badanych doświadczyło dyskryminacji w instytucjach medycznych (77%), środkach komunikacji publicznej (51,9%), miejscach wypoczynku (41,9%) oraz w najbliższej rodzinie (40,7%). Co czwarty respondent (26,4%) doświadczył gorszego traktowania ze strony swoich przyjaciół i znajomych, a niespełna co piąty w instytucjach publicznych i urzędach (24,3%) oraz w instytucjach kulturalno-rozrywkowych (21,9%). Pięciu badanych (0,8%) nie doświadczyło osobiście nierównego traktowania ze względu na otyłość [Wykres 17].

Wykres 17. Dziedziny życia, w których doszło do niesprawiedliwego, krzywdzącego traktowania ze względu na otyłość (N=621)

W jakich dziedzinach życia zdarzyło się Pani/Panu być niesprawiedliwie, krzywdząco potraktowanym ze względu na otyłość?



Badani mieli możliwość wskazania dowolnej ilości odpowiedzi.

4.5. Wskaźniki korelacyjne

W celu określenia czy zmienne niezależne (cechy społeczno-demograficzne i wskaźniki zdrowotne) wpłynęły na rozkład odpowiedzi badanych, zastosowaliśmy test chi² Pearsona. Za statystycznie istotne przyjęliśmy różnice dla $p < 0,05$.

4.5.1 Stosunek do otyłości a zmienne niezależne

Podzieliliśmy badanych na dwie grupy. Pierwszą stanowili respondenci, którzy akceptują swoją otyłość (18,9%), drugą zaś osoby nieakceptujące choroby (72,1%). Pomimo iż większość badanych nie jest pogodzona ze swoją otyłością, **częściej taką postawę wykazują osoby przewlekle chore oraz te, które swój stan zdrowia oceniają jako raczej i bardzo zły lub ani dobry, ani zły** [Tabela 13].

Tabela 13. Stosunek do otyłości a zmienne zdrowotne

Brak akceptacji otyłości	Kategorie	%	Statystyka
Choroby przewlekłe	Tak	83,5	Chi ² =4.027; df=1; p<0.045
	Nie	76,9	
Stan zdrowia	Bardzo i raczej dobry	77,8	Chi ² =7.346; df=1; p=0.007
	Raczej i bardzo zły lub ani dobry, ani zły	86,6	

Wśród osób chronicznie chorych, aż 83,5% nie akceptuje swojej otyłości, zaś w grupie badanych, którzy nie mają innych chorób przewlekłych odsetek nieakceptujących masy ciała był niższy i wynosił 76,9%. Podobnie badani, którzy ocenili swój stan zdrowia jako *raczej i bardzo zły* lub *ani dobry, ani zły*, liczniej nie akceptują otyłości (86,6%) w porównaniu do respondentów uznających stan zdrowia za *bardzo lub raczej dobry* (77,8%).

W tym miejscu warto dodać, że istnieje zależność między występowaniem u badanych innych chorób przewlekłych a subiektywną oceną stanu zdrowia. Większość badanych, która nie choruje przewlekłe, ocenia swój stan zdrowia jako *raczej i bardzo dobry* (82,8%), podczas gdy taką ocenę deklaruje jedynie co drugi przewlekłe chory (50,0%, chi²=64.813; df=1; p<0,001).

4.5.2. Relacje z personelem medycznym a zmienne niezależne

A. Brak akceptacji otyłości i niechęć do jej leczenia a wiek i zmienne zdrowotne

Skupiliśmy się na grupie badanych (29%), którzy zadeklarowali, że nie akceptują swojej otyłości, ale uważają, że podjęcie leczenia jest dla nich zbyt trudne i nie przyniesie oczekiwanych efektów. Taki pogląd **częściej wskazywali starsi badani (w wieku 46 i więcej lat) oraz osoby oceniające swój stan zdrowia jako *raczej i bardzo zły* lub *ani dobry, ani zły***. Ponadto stwierdziliśmy, że **osoby wskazujące na styl życia jako główną przyczynę otyłości, rzadziej deklarowały wspomniany stosunek do otyłości** [Tabela 14].

Tabela 14. Brak akceptacji otyłości i niechęć do jej leczenia a wiek i zmienne zdrowotne

Brak akceptacji otyłości i niechęć do jej leczenia	Kategorie	%	Statystyka
Wiek	18-45 lat	26,8	Chi ² =4.284; df=1; p=0.038
	46 i więcej	35,3	
Główna przyczyna otyłości	Styl życia	23,4	Chi ² =6.874; df=1; p=0.009
	Inne	33,2	
Samooceńca stanu zdrowia	Bardzo i raczej dobry	23,8	Chi ² =8.504; df=1; p=0.004
	Raczej i bardzo zły lub ani dobry, ani zły	37,8	

Wśród starszych badanych (46 i więcej lat) co trzeci (35,3%) to osoba, która nie akceptuje swojej otyłości i sceptycznie podchodzi do jej leczenia, podczas gdy wśród młodszych badanych (18-45 lat) ów pogląd podziela co czwarty (26,8%). Osoby wskazujące na styl życia jako główną przyczynę swojej otyłości (23,4%) rzadziej, niż badani wybierający czynniki pozabehawioralne, (33,2%) swój stosunek do choroby określają jako brak akceptacji i niechęć jej leczenia. Ponadto respondenci oceniający swój stan zdrowia jako *raczej i bardzo zły* lub *ani dobry, ani zły* (37,8%) częściej negatywnie podchodzą do leczenia swojej otyłości, mimo braku jej akceptacji, niż badani określający swój stan jako *bardzo i raczej dobry* (23,8%).

B. Doświadczenie dyskryminacji w instytucjach medycznych a zmienne niezależne

Najwięcej badanych wskazało instytucje medyczne jako miejsce, w którym zostali potraktowani w sposób niesprawiedliwy lub krzywdzący z powodu swojej otyłości. **Częściej negatywne doświadczenia w kontakcie ze służbą zdrowia zgłaszały: kobiety, osoby przewlekłe chore, badani z III stopniem otyłości oraz respondenci subiektywnie oceniający swój stan zdrowia jako *raczej lub bardzo zły* bądź *ani zły, ani dobry*.**

Dodatkowo podzieliliśmy badanych na dwie grupy. Pierwszą stanowiły osoby, które jako główny powód swojej otyłości wskazały czynniki związane ze stylem życia – nieprawidłowa dieta, niewielka aktywność fizyczna. Drugą grupą to badani, którzy wskazywali inne, niebehawioralne powody: czynniki genetyczne, hormonalne, stres, przyjmowanie leków, czy starość. **Badani, którzy jako główną przyczynę swojej otyłości wskazali styl życia, rzadziej zgłaszali**

doświadczenie dyskryminacji w instytucjach medycznych w porównaniu z pozostałymi respondentami [Tabela 15].

Tabela 15. Doświadczenie dyskryminacji w instytucjach medycznych a płeć i wskaźniki zdrowotne

Doświadczenie dyskryminacji w instytucjach medycznych	Kategorie	%	Statystyka
Płeć	Kobiety	79,5	Chi ² =16.867; df=1; p<0.001
	Mężczyźni	58,1	
Stopień otyłości	I i II stopnia	71,8	Chi ² =9.124; df=1; p=0.003
	III stopnia	82,1	
Występowanie chorób przewlekłych	Tak	79,5	Chi ² =4.051; df=1; p=0.004
	Nie	72,4	
Główna przyczyna otyłości	Styl życia	71,1	Chi ² =8.493; df=1; p=0.004
	Inne	81,1	
Samooceńca stanu zdrowia	Bardzo i raczej dobry	73,1	Chi ² =8.921; df=1; p=0.002
	Raczej i bardzo zły	81,9	
	ani dobry, ani zły	86,1	

Aż trzy na cztery badane kobiety (79,5%) doświadczyły krzywdzącego traktowania w instytucjach medycznych, podczas gdy taki problem zgłosił jedynie co drugi mężczyzna (58,1%). Biorąc pod uwagę wskaźniki zdrowotne stwierdziliśmy również, że osoby z otyłością III stopnia (82,1%) częściej niż te z otyłością I i II stopnia (71,8%) zgłaszały problem dyskryminującego traktowania w instytucjach medycznych. Podobnie występowanie chorób przewlekłych koreluje z doświadczeniami respondentów. Spośród osób zgłaszających chroniczne problemy zdrowotne, 79,5% zostało w krzywdzący sposób potraktowane w instytucjach medycznych, zaś wśród badanych niechorujących przewlekle odsetek dyskryminowanych był niższy i wynosił 72,4%. Ponadto badani, którzy ocenili swój stan zdrowia jako *bardzo lub raczej dobry* (73,1%) rzadziej zgłaszali niesprawiedliwe traktowanie w porównaniu z osobami określającymi swój stan zdrowia jako *raczej i bardzo zły* (81,9%) lub *ani dobry, ani zły* (86,1%). **Podsumowując, należy stwierdzić, że im wyższy stopień otyłości i gorszy stan zdrowia badanego, tym prawdopodobniej rośnie ilość kontaktów ze służbą zdrowia, a tym samym zwiększa się prawdopodobieństwo doświadczenia niesprawiedliwego traktowania.**

C. Poczucie gorszego traktowania pacjentów z otyłością przez personel medyczny a cechy społeczno-demograficzne

Podzieliśmy respondentów na dwie grupy, w której pierwsza to osoby uważające, że personel medyczny gorzej traktuje pacjentów z otyłością niż tych o prawidłowej masie ciała. Druga grupa to badani uważający, że osoby chorujące na otyłość nie są gorzej traktowane. Następnie sprawdziliśmy cechy społeczno-demograficzne respondentów w obu zbiorowościach i zaobserwowaliśmy następujące, statystycznie istotne różnice: **kobiety i osoby z wykształceniem wyższym częściej oceniają, że personel medyczny gorzej traktuje osoby z otyłością w porównaniu do pacjentów o prawidłowej masie ciała** [Tabela 16].

Tabela 16. Poczucie gorszego traktowania pacjentów z otyłością przez personel medyczny a cechy społeczno-demograficzne

Pacjenci z otyłością są gorzej traktowani niż pacjenci o prawidłowej masie ciała			
	Kategorie	%	Statystyka
Płeć	Kobiety	85,2	Chi ² =18.885; df=1; p<0.001
	Mężczyźni	64,9	
Wykształcenie	Maksymalnie średnie	78,8	Chi ² =5.105; df=1; p=0.0024
	Wyższe	85,7	

W grupie badanych kobiet aż 85,2% ocenia, że personel medyczny gorzej traktuje pacjentów z otyłością, podczas gdy wśród mężczyzn ten pogląd podziela 64,9%. Analogicznie dwukrotnie więcej mężczyzn (35,1%) niż kobiet (14,8%) uważa, że otyłość nie wpływa na stosunek personelu medycznego do pacjenta. Respondenci z wyższym wykształceniem (85,7%) częściej, niż osoby z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym, zawodowym i średnim (78,8%) negatywnie oceniają stosunek pracowników służby zdrowia do pacjentów z otyłością.

D. Doświadczenie niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego z powodu otyłości a cechy społeczno-demograficzne i zdrowotne

Zapytaliśmy badanych o to, czy doświadczyli niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego z powodu swojej otyłości. Analizując rozkład odpowiedzi pod kątem

zmiennych niezależnych stwierdziliśmy, iż **kobiety, młodszy badani (18-45 lat), chorzy przewlekłe oraz osoby, które zachorowały na otyłość w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania częściej doświadczyły nieodpowiedniego zachowania pracowników instytucji medycznych** [Tabela 17].

Tabela 17. Doświadczenie niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego z powodu otyłości a cechy społeczno-demograficzne i zdrowotne

Doświadczenie niestosownego zachowania personelu medycznego z powodu otyłości			
	Kategorie	%	Statystyka
Płeć	Kobiety	85,0	Chi ² =18.411; df=1; p<0.001
	Mężczyźni	64,9	
Wiek	18 - 45 lat	84,9	Chi ² =6.139; df=1; p=0.013
	46 i więcej	76,5	
Wiek zachorowania na otyłość	Dzieciństwo lub dorastanie	85,0	Chi ² =4.474; df=1; p=0.034
	Dorosość	78,3	
Główna przyczyna otyłości	Styl życia	76,6	Chi ² =11.083; df=1; p=0.001
	Inne	86,8	
Samooceńca stanu zdrowia	Bardzo i raczej dobry	79,1	Chi ² =8.504; df=1; p=0.004
	Raczej i bardzo zły lub ani dobry, ani zły	88,2	

Większość badanych kobiet (85,0%) doświadczyła niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego, mężczyźni zaś rzadziej zgłaszali takie przypadki (64,9%). Również młodszy respondenci, w wieku 18 - 45 lat (84,9%) częściej deklarowali niewłaściwe traktowanie przez pracowników podmiotów medycznych w porównaniu do starszych badanych, będących w wieku 46 i więcej lat (76,5%). Osoby, które chorują na otyłość od dzieciństwa lub od okresu adolescencji (85,0%), częściej zgłaszały negatywne zachowanie personelu medycznego niż osoby, które zachorowały w wieku dorosłym (78,3%).

Innymi **zmiennymi zdrowotnymi wpływającymi na wyniki są również subiektywna samoocena zdrowia oraz główna przyczyna otyłości**. Badani o *bardzo i raczej dobrym* stanie zdrowia (79,1%) rzadziej doświadczały niestosownego zachowania personelu medycznego niż respondenci oceniający swoje zdrowie jako *raczej i bardzo złe lub ani dobre, ani złe* (88,2%). Podobnie ankietowani, którzy jako główny powód swojej otyłości podali styl życia (76,6%),

rzadziej zgłaszali niestosowne zachowanie personelu medycznego w porównaniu do respondentów (86,8%) upatrujących przyczyny swojej choroby w czynnikach od nich niezależnych (zaburzenia genetyczne, biologiczne, związane ze starzeniem się organizmu itd.).

W tym miejscu warto zaznaczyć, iż osobiste, negatywne doświadczenia w relacjach z personelem medycznym wpływa na globalną ocenę stosunku medyków do pacjentów z otyłością. **Badani, którzy doświadczyli niestosownego zachowania pracowników instytucji medycznych, częściej uważają, że osoby z otyłością są gorzej traktowane przez personel medyczny niż pacjenci o prawidłowej masie ciała.** I analogicznie osoby, które osobiście nie doświadczyły niestosownego zachowania ze strony pracowników służby zdrowia zdecydowanie częściej pozytywnie lub neutralnie oceniają ich stosunek do pacjentów z otyłością [Tabela 18].

Tabela 18. Doświadczenie niestosownego zachowania personelu medycznego a ocena stosunku personelu medycznego do pacjentów z otyłością

Stosunek personelu medycznego do pacjentów z otyłością	Doświadczenie niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego ze względu na otyłość	
	Tak	Nie
Pacjenci z otyłością są gorzej traktowani niż pacjenci o prawidłowej masie ciała.	93,4%	32,4%
Pacjenci z otyłością nie są gorzej traktowani niż pacjenci o prawidłowej masie ciała.	6,6%	67,6%

Statystyka: $\chi^2=232.513$; $df=1$; $p<0.001$

- E. Wystąpienie sytuacji, w której personel medyczny zignorował problemy zdrowotne pacjenta, usprawiedliwiając je jedynie otyłością a wiek i zmienne zdrowotne.

Sytuacje, w których personel medyczny zignorował problemy zdrowotne lub dolegliwości badanego, usprawiedliwiając je jedynie otyłością, częściej zgłaszali badani z wyższym wykształceniem i osoby z III stopniem otyłości [Tabela 19]. Wśród absolwentów uczelni odsetek zgłaszających ignorowanie problemów zdrowotnych wyniósł 88,5%, zaś w grupie osób z wykształceniem: podstawowym, gimnazjalnym, zawodowym lub średnim był niższy i wynosił 81,8%. Podobnie jeżeli za zmienną niezależną przyjmiemy stopień otyłości, to więcej

osób z III stopniem zgłaszało usprawiedliwianie dolegliwości otyłością 88,8% niż wśród osób o I i II stopniu otyłości (82,5%).

Tabela 19. Doświadczenie zignorowania przez personel medyczny problemów zdrowotnych z powodu otyłości a wiek i zmienne zdrowotne

Doświadczenie zignorowania przez personel medyczny problemów zdrowotnych z powodu otyłości			
	Kategorie	%	Statystyka
Wykształcenie	Maksymalnie	81,8	Chi ² =5.544; df=1; p=0.0019
	średnie		
	Wyższe	88,5	
Stopień otyłości	I i II stopnia	82,5	Chi ² =4.952;
	III stopnia	88,8	df=1; p=0.026
Główna przyczyna otyłości	Styl życia	82,0	Chi ² =4.693;
	Inne	88,2	df=1; p=0,030

Ponownie zmienną zdrowotną wpływającą na rozkład odpowiedzi okazała się być ocena głównej przyczyny otyłości. I tak osoby, które wskazywały na niewłaściwy styl życia (82,0%) jako przyczynę nieprawidłowej masy ciała, rzadziej zgłaszały ignorowanie problemów zdrowotnych przez personel medyczny niż osoby wskazujące na inne czynniki takie jak: genetyczne, biologiczne czy stres (88,2%).

4.5.3. Ocena częstotliwości występowania dyskryminacji osób z otyłością w Polsce a zmienne niezależne

Podzieliliśmy badanych na dwie grupy, z których pierwszą stanowiły osoby uważające, że problem dyskryminacji ze względu na otyłość jest zjawiskiem powszechnie występującym w naszym kraju, drugą zaś badani oceniający dyskryminację jako prawie lub w ogóle nieistniejący problem. Okazało się, że kobiety, młodszy badani (do 45. roku życia) oraz osoby, które zachorowały na otyłość w dzieciństwie lub w wieku dojrzewania częściej uważają dyskryminację osób z otyłością za powszechnie występującą [Tabela 20]. I tak aż 94,3% kobiet uznało zjawisko dyskryminacji za powszechne, a 5,7% za marginalne lub nieistniejące, podczas gdy wśród mężczyzn 78,4% oceniło je jako często występujące, zaś 11,6% – czyli dwukrotnie więcej niż w przypadku kobiet – za marginalne lub nieistniejące. Spośród osób w wieku 18 - 45 lat 93,8% uważa *weightism* za powszechne zjawisko, a 6,2% za prawie lub w ogóle nieistniejące.

Starsi badani, będący w wieku 46 i więcej lat, rzadziej uznawali je za powszechne (88,8%), a częściej za marginalne lub nieistniejące (11,2%). Podobnie badani, którzy zachorowali na otyłość w dzieciństwie lub w młodości, częściej uważali dyskryminację osób z otyłością za powszechną (94,0%) w porównaniu do osób, u których choroba rozwinęła się w wieku dorosłym (89,6%).

Tabela 20. Częstotliwość występowania dyskryminacji osób z otyłością w Polsce a zmienne społeczno-demograficzne i zdrowotne

Dyskryminacja osób z otyłością jest powszechnym zjawiskiem	Kategorie	%	Statystyka
Płeć	Kobiety	94,3	Chi ² =23.717; df=1; p<0.001
	Mężczyźni	78,4	
Wiek	18 - 45 lat	93,8	Chi ² =4.356; df=1; p=0.037
	46 i więcej	88,8	
Wiek zachorowania na otyłość	Dzieciństwo	lub 94,0	Chi ² =3.952; df=1; p=0.047
	dorastanie		
	Dorosłość	89,6	

5. Metodologiczna i przedmiotowa perspektywa badań

Metodologia badań

Przyjęta przez nas technika badawcza CAWI polegała na wypełnieniu zdigitalizowanego kwestionariusza ankiety przez anonimowego respondenta za pomocą łącza internetowego. Wybrany sposób realizacji badań i zastosowana metodologia zostały podyktowane kilkoma założeniami. Pierwszym z nich było zdobycie wysokiej jakości danych. Badania *online* zapewniają tę możliwość między innymi poprzez wyeliminowanie obecności badawcza przy wypełnianiu ankiety, co skutkuje większą szczerością respondentów, szczególnie w sytuacjach, które są dla nich trudne lub wstydliwe. Badanie realizowane techniką CAWI zapewniają poczucie anonimowości oraz komfort uczestnictwa (wybór czasu i miejsca należy do respondenta), co skutkuje większą trafnością odpowiedzi. Jedną z najistotniejszych zalet zastosowanej techniki było także dotarcie do szerokiej i różnorodnej grupy respondentów [25].

W warstwie technicznej realizowanego badania, zeskalowanie zdigitalizowanego narzędzia, pozwoliło nam na redukcję *missingów* (braku danych w odpowiedziach) oraz skuteczne wyeliminowanie zjawiska *farmingu* (kilkukrotne wypełnienie ankiety przez jednego respondenta), poprzez automatyczną blokadę IP urządzenia, z którego powtórnie wysłano żądanie o połączenie z serwerem publikującym kwestionariusz ankiety.

Do wad przyjętej techniki należy niewątpliwie brak reprezentatywności, całkowicie inkluzyjny dobór badanych. Skutkiem czego uzyskaliśmy typową dla tego rodzaju badań nadreprezentację kobiet, osób w wieku do 45 lat z wykształceniem wyższym mieszkających w dużych miastach. Kolejny problem wynikający z zastosowania technik internetowych jest mniejsza stopa zwrotu w porównaniu do badań prowadzonych techniką „tradycyjną” oraz ograniczony dobór respondentów wynikający z możliwości dostępu do Internetu [25].

Wskaźnik BMI

Przyjeliśmy, że podstawowym kryterium włączenia do badań będzie współczynnik masy ciała wynoszący ≥ 30 BMI. Od początku projektowania badań mieliśmy świadomość, że zastosowanie kryterium antropometrycznego (wagi i wzoru) nie będzie wolne od wad. Wskaźnik BMI po pierwsze nie może być ostatecznym wynikiem diagnostycznym lecz jedynie prognozą wymagającą dodatkowej weryfikacji. Nie uwzględnia on bowiem masy mięśniowej i kostnej, wieku pacjentów oraz proveniencji etnicznej, co ma istotny wpływ w odniesieniu do płci pacjentów. Z analiz pomiarowych wynika także, że pacjenci w badaniach

przeszacowują swój wzrost (mężczyźni średnio o 2,1 cm, a kobiety o 2,8 cm) oraz niedoszacowują wagi (mężczyźni średnio o 1,5 kg, a kobiety o 1,9 kg), co powoduje niedoszacowanie wskaźnika masy ciała o 1,1 punkt u mężczyzn i 1,5 u kobiet [5, 26].

Mimo świadomości niedoskonałości kryterium BMI uznaliśmy, że jest on relatywnie najlepszym sposobem zdalnego oszacowania otyłości. Jest także powszechnie przyjętym wskaźnikiem, do którego odnosi się większość badań, co daje możliwość uniwersalnego porównywania wyników.

6. Podsumowanie badań

- Osoby chorujące na otyłość posiadają niski poziom wiedzy na temat przysługujących im praw pacjenckich.
- Głównym źródłem wiedzy na temat otyłości jest Internet, szczególnie strony i fora internetowe poświęcone tej chorobie. Niespełna co trzeci respondent wskazał personel medyczny jako istotne źródło informacji o otyłości.
- W celu zmniejszenia masy ciała, osoby z otyłością najczęściej podejmują samodzielną zmianę diety i zwiększają aktywność fizyczną. Poza tym siedmiu na dziesięciu badanych deklaruje skorzystanie z pomocy dietetyka i stosowanie suplementów odchudzających.
- Trzech na czterech badanych nie akceptuje swojej otyłości. Częściej taką postawę prezentują badani przewlekle chorujący i oceniający swój stan zdrowia jako zły lub ani dobry, ani zły.
- Siedmiu na dziesięciu respondentów deklaruje chęć podjęcia leczenia otyłości. Jedna trzecia pacjentów wymaga wsparcia i motywacji, dzięki którym będzie chciała podjąć leczenie.
- Dziewięciu na dziesięciu badanych uważa, że dyskryminacja osób z otyłością jest w Polsce zjawiskiem powszechnym. Z niesprawiedliwym, krzywdzącym traktowaniem ze względu na otyłość najwięcej badanych spotkało się w instytucjach medycznych, środkach komunikacji publicznej, miejscach wypoczynku i w najbliższej rodzinie.
- Ośmiu na dziesięciu respondentów ocenia, że pacjenci z otyłością są gorzej traktowani przez personel medyczny w porównaniu do pacjentów o prawidłowej masie ciała. Taką opinię częściej podzielają badani, którzy osobiście doświadczyli niestosownego, krzywdzącego traktowania w instytucjach medycznych. Ponadto tego typu incydenty częściej zgłaszały: kobiety, badani z chorobami przewlekłymi, respondenci z III stopniem otyłości i osoby określające stan zdrowia jako zły lub ani dobry, ani zły.
- Negatywne doświadczenia (nawet jednokrotne) wydają się silniej korelować z ogólną oceną badanych dotyczącą gorszego traktowania przez personel medyczny pacjentów chorujących na otyłość w porównaniu do chorych o normatywnej wadze. Jednocześnie nie stwierdziliśmy wpływu pozytywnych doświadczeń na ogólną ocenę relacji. Wydaje nam się, że taka sytuacja związana jest ze szczególną „wrażliwością dyskryminacyjną” osób chorujących na otyłość, które funkcjonują na co dzień w perspektywie pejoratywnych stereotypów społecznych.
- Właściwą specyfiką usług medycznych jest wgląd w intymność pacjenta. Czynności diagnostyczne i terapeutyczne wymagają poszanowania godności każdego pacjenta, szczególnie osób cierpiących na choroby wstydliwe i naznaczone społecznym stereotypem.

-
- Najczęściej ankietowani wskazywali na następujące formy niestosownego zachowania personelu medycznego: nieprzyjemne oceniające komentarze, lekceważące uwagi, grymasy zdegustowania oraz ironiczny uśmiech.
 - Siedmiu na dziesięciu badanych posiada pozytywne doświadczenia w relacjach z personelem medycznym. Do najczęściej wymienianych należą: neutralne wskazanie na konieczność zmniejszenia masy ciała oraz wyjaśnienie związku między otyłością a innymi chorobami.
 - Personel medyczny wymaga wsparcia w zakresie wiedzy na temat metod i dostępności leczenia otyłości oraz umiejętności komunikacyjnych, dzięki którym będzie mógł skutecznie motywować pacjentów do podjęcia wysiłków terapeutycznych.

7. Spis tabel

Tabela 1. Rozkład wieku badanych	6
Tabela 2. Rozkład wykształcenia respondentów	7
Tabela 3. Podział badanych ze względu na status relacji intymnych.....	7
Tabela 4. Podział respondentów ze względu na miejsce zamieszkania.....	8
Tabela 5. Rozkład wskaźnika BMI.....	8
Tabela 6. Samoocena stanu zdrowia respondentów	9
Tabela 7. Inne choroby przewlekłe	10
Tabela 8. Samoocena głównej przyczyny otyłości	11
Tabela 9. Wiek zachorowania na otyłość.....	11
Tabela 10. Stosunek respondentów do własnej otyłości (N=621).....	12
Tabela 11. Działania podejmowane w celu leczenia otyłości – zmniejszenia masy ciała (N=621)	13
Tabela 12. Poziom wiedzy o otyłości (N=621).....	15
Tabela 13. Stosunek do otyłości a zmienne zdrowotne.....	29
Tabela 14. Brak akceptacji otyłości i niechęć do jej leczenia a wiek i zmienne zdrowotne	30
Tabela 15. Doświadczenie dyskryminacji w instytucjach medycznych a płeć i wskaźniki zdrowotne	31
Tabela 16. Poczucie gorszego traktowania pacjentów z otyłością przez personel medyczny a cechy społeczno-demograficzne	32
Tabela 17. Doświadczenie niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego z powodu otyłości a cechy społeczno-demograficzne i zdrowotne	33
Tabela 18. Doświadczenie niestosownego zachowania personelu medycznego a ocena stosunku personelu medycznego do pacjentów z otyłością	34
Tabela 19. Doświadczenie zignorowania przez personel medyczny problemów zdrowotnych z powodu otyłości a wiek i zmienne zdrowotne.....	35
Tabela 20. Częstotliwość występowania dyskryminacji osób z otyłością w Polsce a zmienne społeczno-demograficzne i zdrowotne	36

8. Spis wykresów

Wykres 1. Działania podejmowane w celu leczenia otyłości – zmniejszenia masy ciała (N=621)	14
Wykres 2. Samoocena poziomu wiedzy o otyłości (N=621)	16
Wykres 3. Źródła wiedzy o otyłości (N=621)	17
Wykres 4. Rozmowa z personelem medycznym na temat otyłości (N=621)	18
Wykres 5. Przedstawiciele zawodów medycznych, z którymi badani rozmawiali o otyłości (N=494)	18
Wykres 6. Tematy poruszone w rozmowie o otyłości z personelem medycznym (N=494)	19
Wykres 7. Stosowanie się do zaleceń personelu medycznego (N=494)	20
Wykres 8. Ocena stosunku personelu medycznego do pacjentów z otyłością (N=621)	20
Wykres 9. Doświadczenie niestosownego zachowania ze strony personelu medycznego z powodu otyłości (N=621)	21
Wykres 10. Przedstawiciele zawodów medycznych zachowujący się niestosownie wobec pacjentów z otyłością (N=513)	22
Wykres 11. Formy niestosownego zachowania personelu medycznego wobec pacjentów z otyłością (N=621)	23
Wykres 12. Stwierdzenia dotyczące utrudniania lub uniemożliwiania wykonania zabiegów medycznych z powodu otyłości (N=621)	24
Wykres 13. Usprawiedliwianie innych problemów zdrowotnych otyłością (N=621)	24
Wykres 14. Negatywne komunikaty personelu medycznego wobec pacjentów z otyłością (N=621)	25
Wykres 15. Pozytywne komunikaty personelu medycznego wobec pacjentów z otyłością (N=621)	26
Wykres 16. Częstotliwość występowania zjawiska dyskryminacji osób z otyłością (N=621)	27
Wykres 17. Dziedziny życia, w których doszło do niesprawiedliwego, krzywdzącego traktowania ze względu na otyłość (N=621)	28

9. Literatura

1. Obara-Golebiowska, M. and E. Przybyłowicz, *Employment Discrimination against Obese Women in Poland: A Focus Study Involving Patients of an Obesity Management Clinic*. Iran J Public Health, 2014. **43**(5): p. 689-90.
2. WHO. *Obesity and overweight*. 2016; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Balkau, B., et al., *International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): a study of waist circumference, cardiovascular disease, and diabetes mellitus in 168,000 primary care patients in 63 countries*. Circulation, 2007. **116**(17): p. 1942-51.
4. Eurostat. *Obesity rate by body mass index (BMI)*. 2014; Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=sdg_02_10&language=en&toolbox=data.
5. Michoń, P. *Otyłość i nadwaga a jakość życia Polaków*. Available from: http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-91fa0ae7-5840-437d-bcf4-99ed58079b08/c/5_P.Michon_Otylosc_i_nadwaga_a_jakosc_zycia_Polakow.pdf.
6. Zgliczyński, S.W. *Nadwaga i otyłość w Polsce*. 2017; Available from: [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/E1076D55B37A9603C12580E2002F7655/\\$file/l_nfos_227.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/E1076D55B37A9603C12580E2002F7655/$file/l_nfos_227.pdf).
7. CBOS. *Czy polacy jedzą za dużo?* 2014; Available from: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_122_14.PDF.
8. GUS. *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* 2015; Available from: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>.
9. Stepaniak, U., et al., *Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of the WOBASZ II study (2013-2014) and comparison with the WOBASZ study (2003-2005)*. Pol Arch Med Wewn, 2016. **126**(9): p. 662-671.
10. Obara-Golebiowska, M. and E. Przybyłowicz, *Cywilizacyjne uwarunkowania otyłości : porównanie stylu życia osób otyłych i osób z wagą w normie*. Disability. Discourses of special education, 2014. **15**: p. 187-198.
11. Tobiasz-Adamczyk, B., *Socjologiczne i kulturowe aspekty otyłości*, in *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*. 2013: Kraków. p. 63-83.
12. Pietrzykowska, E. and B. Wierusz-Wysocka, *Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się*. Polski Merkuriusz Lekarski, 2008. **143**(24): p. 472-476.
13. Sińska, B., et al., *Postawy pielęgniarek wobec otyłych pacjentów – badania pilotażowe*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014. **91**(1): p. 161-164.
14. Głębocka, A. and M. Szarzyńska, *Stereotypy dotyczące osób otyłych a jakość życia ludzi w starszym wieku*. Gerontologia Polska, 2005. **13**(4): p. 260–265.
15. Sutin, A.R. and A. Terracciano, *Perceived weight discrimination and obesity*. PLoS One, 2013. **8**(7): p. e70048.
16. Udo, T., K. Purcell, and C.M. Grilo, *Perceived weight discrimination and chronic medical conditions in adults with overweight and obesity*. Int J Clin Pract, 2016. **70**(12): p. 1003-1011.
17. Obara-Golebiowska, M., *Employment discrimination against obese women in obesity clinic's patients perspective*. Rocz Panstw Zakl Hig, 2016. **67**(2): p. 147-53.
18. Thorpe, R.J., et al., *Association between discrimination and obesity in African-American men*. Biodemography Soc Biol, 2017. **63**(3): p. 253-261.

-
19. Kinzl, J.F., [*Obesity: stigmatization, discrimination, body image*]. Wien Med Wochenschr, 2016. **166**(3-4): p. 117-20.
 20. Sińska, B., M. Turek, and A. Kucharska, *Czy mamy do czynienia ze stygmatyzacją otyłych pacjentów na oddziałach szpitalnych? Ocena postaw personelu medycznego*, in *Nauki społeczne i humanistyczne wobec wyzwań współczesności*, K. Kropiwiec and M. Szala, Editors. 2015: Lublin. p. 42-52.
 21. Alberga, A.S., et al., *Future research in weight bias: What next?* Obesity (Silver Spring), 2016. **24**(6): p. 1207-9.
 22. Huizinga, M.M., et al., *Physician respect for patients with obesity*. J Gen Intern Med, 2009. **24**(11): p. 1236-9.
 23. Brown, I., et al., *Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes*. J Adv Nurs, 2007. **59**(4): p. 329-41.
 24. Hansson, L.M., E. Näslund, and F. Rasmussen, *Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden*. Scand J Public Health, 2010. **38**(6): p. 587-96.
 25. Siuda, P., *Ankiety internetowe: zalety i wady - rekapitulacja*, in *Metody badań online*, P. Siuda, Editor. 2016. p. 28-81.
 26. Danubio, M.E., et al., *Comparison of self-reported and measured height and weight: implications for obesity research among young adults*. Econ Hum Biol, 2008. **6**(1): p. 181-90.