

„Puszyści” na drabinie społecznej i u lekarza – nadwaga i otyłość w Polsce

Małgorzata Mikucka (Université catholique de Louvain)

ISBN 978-83-64835-33-9

Nadwaga i otyłość występują coraz częściej. Światowa Organizacja Zdrowia nazwała to zjawisko „epidemią otyłości”. W latach 1980–2014 podwoił się na świecie odsetek osób otyłych. Obecnie – według stanu z 2008 roku – 35% dorosłych ma nadwagę, a kolejne 11% jest otyłych (WHO 2014). Światowy problem nadwagi i otyłości nie ominął również Polski. Co prawda między 1996 a 2009 rokiem odsetek osób otyłych zmienił się nieznacznie, osiągając około 10–15% populacji, ale odsetek osób z nadwagą wzrósł z 19% do 45% wśród mężczyzn i z 12% do 30% wśród kobiet (Główny Inspektorat Sanitarny 2010).

Nadwaga i otyłość są problemem, ponieważ obniżają jakość życia, zwiększają ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, cukrzycy i chorób mięśniowo-szkieletowych (WHO 2014). Ponadto około 5% zachorowań na choroby nowotworowe w państwach Unii Europejskiej przypisuje się otyłości (Bergström *et al.* 2001). Zły stan zdrowia jest problemem z punktu widzenia jednostek, ale stawia także wyzwania przed publicznymi finansami państw. Kłopoty zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości podwyższają koszty opieki zdrowotnej i koszty ekonomiczne, między innymi zwolnień lekarskich, wcześniejszych emerytur czy rent wypłacanych w związku z niepełnosprawnością (Müller-Riemenschneider *et al.* 2008).

Uwzględniając dalekosiężne konsekwencje otyłości, trzeba zauważyć, że ryzyko nadwagi i otyłości jest nierównomiernie rozłożone w społeczeństwie. Ważnym czynnikiem jest

poziom wykształcenia. Niższe wykształcenie koreluje z wyższym ryzykiem nadwagi i otyłości, choć wśród mężczyzn w Europie Środkowo-Wschodniej to raczej wyższe wykształcenie jest czynnikiem ryzyka (Roskam *et al.* 2010). Powodem zróżnicowania ze względu na wykształcenie może być dieta – osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym spożywają zazwyczaj bardziej energetyczne posiłki, w ich diecie jest więc często więcej tłuszczu, mniej zaś błonnika oraz owoców i warzyw niż w diecie osób zajmujących wyższe pozycje społeczne (Giskes *et al.* 2010; Darmon, Drewnowski 2008). Niższa pozycja społeczno-ekonomiczna wiąże się ponadto z niską aktywnością fizyczną w czasie wolnym (Varo *et al.* 2003; Hill, Melanson 1999), choć aktywność fizyczna w związku z aktywnością zawodową jest prawdopodobnie częstsza wśród mężczyzn niżej wykształconych niż mężczyzn z wyższym wykształceniem. Także zatrudnienie w systemie zmianowym, charakteryzujące prace wykonywane przez osoby niżej wykształcone, sprzyja wzrostowi wagi ciała (Szpak, Jamiołkowski, Witana 2005).

Wyniki te sugerują, że otyłość i nadwaga mogą być symptomami negatywnego uprzywilejowania. Nie do końca tak jednak jest. W społecznościach dotkniętych długotrwałym masowym bezrobociem otyłość i nadwaga raczej się zmniejszają, niż rosną (Chrzanowska, Łaska-Mierzejewska, Suder 2013), co wskazuje, że pewne formy negatywnego uprzywilejowania ograniczają ryzyko nadwagi i otyłości.

Dodatkowym ważnym czynnikiem różnicującym jest stan cywilny – osoby zamężne wykazują większe ryzyko nadwagi i otyłości, różnice między nimi a osobami stanu wolnego rosną zaś z wiekiem (Lipowicz, Gronkiewicz, Malina 2002).

Biorąc pod uwagę ustalenia zawarte w literaturze przedmiotu, w niniejszym opracowaniu przeanalizowano społeczne uwarunkowania nadwagi i otyłości w Polsce na podstawie danych z badania POLPAN, zrealizowanego na ogólnopolskiej próbie ludności w 2008 i 2013 roku. Poniżej opisano, jak ryzyko nadwagi i otyłości różni się w zależności od wieku, wykształcenia i dochodu, sprawdzono, czy negatywne uprzywilejowanie (mierzone problemami finansowymi, doświadczeniem bezrobocia i niską samooceną własnej pozycji społecznej) wiąże się z większym ryzykiem nadwagi i otyłości, omówiono ponadto zdrowotne konsekwencje otyłości i nadwagi, uwzględniając nie tylko zdrowie fizyczne – co stanowi już przedmiot wielu opracowań – ale także psychologiczne funkcjonowanie jednostek.

Dane POLPAN

Badanie POLPAN to unikalny sondaż realizowany od 1988 roku na próbie ogólnopolskiej, który co pięć lat rejestruje biografie respondentów. W próbie znajdują się zarówno osoby uczestniczące w badaniu regularnie od 1988 roku, jak i kohorty osób młodszych. Dane badania POLPAN są dobrym materiałem do analizowania nadwagi i otyłości, ponieważ edycje z 2008 i 2013 roku zawierały między innymi pytania o wzrost i wagę ciała. Dodatkowo w ankietach badawczych ujęto wiele informacji na temat pozycji społecznej i doświadczeń respondentów, ich samopoczucia fizycznego i psychicznego oraz różnych aspektów stanu zdrowia.

Nadwaga i otyłość w niniejszym opracowaniu są zdefiniowane na podstawie indeksu masy ciała (*body mass index*, BMI), który oblicza się według poniższego wzoru:

$$\text{indeks masy ciała (BMI)} = \frac{\text{waga ciała [w kg]} }{(\text{wzrost [w m]})^2}$$

Wartości indeksu masy ciała poniżej 18,50 są klasyfikowane są jako niedowaga, wartości od 18,50 do 24,99 – jako prawidłowa waga ciała, wartości od 25,00 do 29,99 – jako nadwaga, wartości 30,00 lub wyższe – jako otyłość.

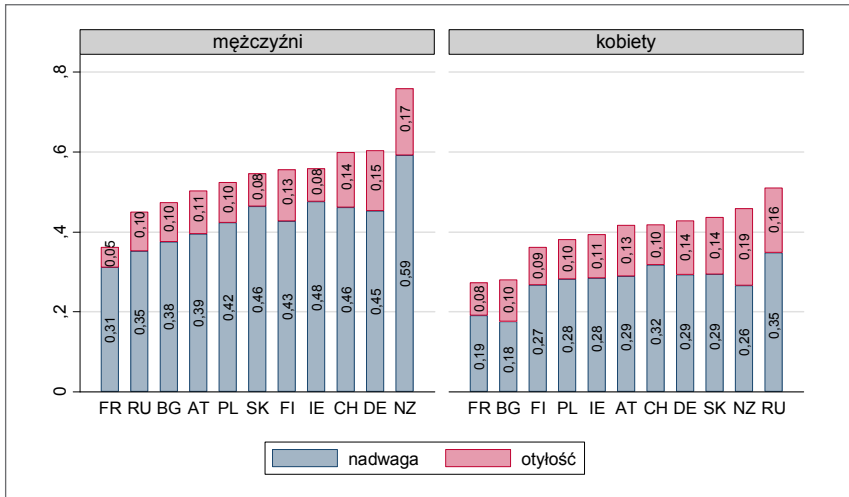
Zgromadzone w trakcie badania POLPAN dane na temat wagi i wzrostu respondentów opierają się na deklaracjach osób badanych. Oznacza to, że odpowiedzi te nieuchronnie nie są wolne od błędów i pomyłek. Niestety, nie mamy możliwości skorygowania tych informacji. Tym samym niniejsza analiza zakłada, że błędy mają charakter losowy i systematycznie nie zaburzają wyników badania.

Polska na tle innych krajów

Zanim przyjrzymy się sytuacji w Polsce, spójrzmy na pozycję Polski wśród innych krajów (wykres 1).

W Polsce 42% dorosłych mężczyzn i 28% dorosłych kobiet ma nadwagę, dodatkowo 10% polskich kobiet i mężczyzn cierpi na otyłość. Czy to dużo? Jeśli uwzględnimy, że nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko problemów ze zdrowiem, musimy przyznać, że wyniki te są niepokojące. Porównanie z innymi krajami pokazuje jednak, że nadwaga i otyłość nie są w Polsce bardziej nasilone niż w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Na Słowacji – kraju najbardziej zbliżonym do Polski kulturowo i historycznie – odsetek osób z nadwagą lub otyłych jest nieco wyższy niż w Polsce. W Rosji, która także

Wykres 1. Nadwaga i otyłość w wybranych krajach rozwiniętych



Wykres przedstawia odsetek osób z nadwagą (BMI ≥ 25) i otyłością (BMI ≥ 30) w populacji osób dorosłych w wybranych krajach europejskich (kody krajów: AT – Austria, BG – Bułgaria, CH – Szwajcaria, DE – Niemcy, FI – Finlandia, FR – Francja, IE – Irlandia, NZ – Nowa Zelandia, PL – Polska, RU – Rosja, SK – Słowacja). Dane ważone. Źródło: Dane ISSP 2007: *Leisure time nad sports*.

jest bliska kulturowo Polsce, jest więcej kobiet z nadwagą i otyłych, ale mniej mężczyzn z nadwagą.

Co interesujące, wśród krajów uwzględnionych w porównaniu najwięcej otyłych kobiet i mężczyzn jest w Nowej Zelandii, najmniej zaś – we Francji. Wynik ten sugeruje, że za różnicowaniem ryzyka otyłości stoją przyczyny kulturowe, ponieważ zamożność obu krajów i ich klimat są podobne.

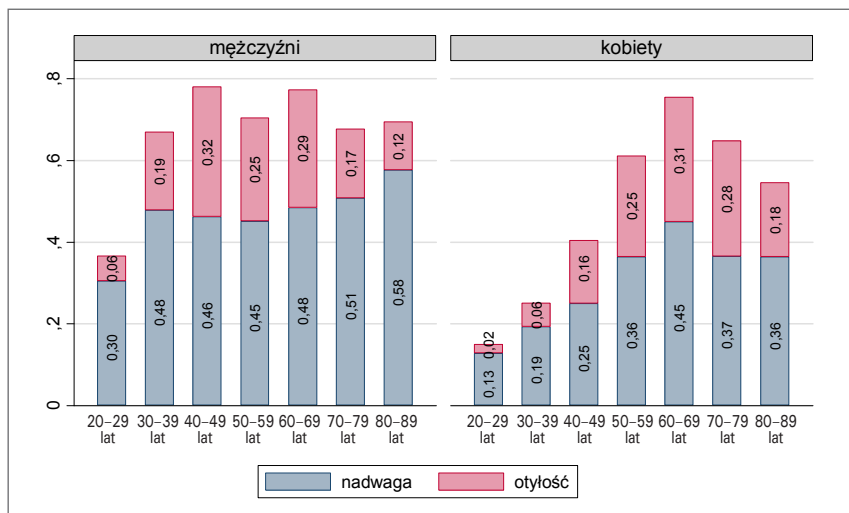
Spółeczne zróżnicowanie nadwagi i otyłości w Polsce

Przejdźmy do sytuacji w Polsce. Na wykresie 2 pokazano zróżnicowanie odsetka osób z nadwagą i otyłych między grupami wieku. Zależność jest inna wśród kobiet i wśród mężczyzn. Wśród mężczyzn przed trzydziestym rokiem życia nadwagę ma 30%, ko-

lejne 6% jest otyłych. Po trzydziestym roku życia problemy z wagą ciała gwałtownie rosną i po przekroczeniu tego wieku około 50% mężczyzn ma nadwagę, dodatkowe 20–30% cierpi zaś na otyłość. Ten interesujący wzór sugeruje, że u mężczyzn nadwaga jest związana z osiągnięciem społecznej dojrzałości. Wśród kobiet waga silnie koreluje z wiekiem – tylko 13% kobiet poniżej trzydziestego roku życia ma nadwagę, kolejne 2% jest otyłych. Odsetek ten systematycznie rośnie i między sześćdziesiątym a sześćdziesiątym dziewiątym rokiem życia już 45% kobiet ma nadwagę, dodatkowo 31% cierpi zaś na otyłość. W starszym wieku odsetek kobiet z nadmierną wagą ciała jest niższy, co może wynikać z dłuższego trwania życia kobiet szczupłych, ale także z różnic między-pokoleniowych.

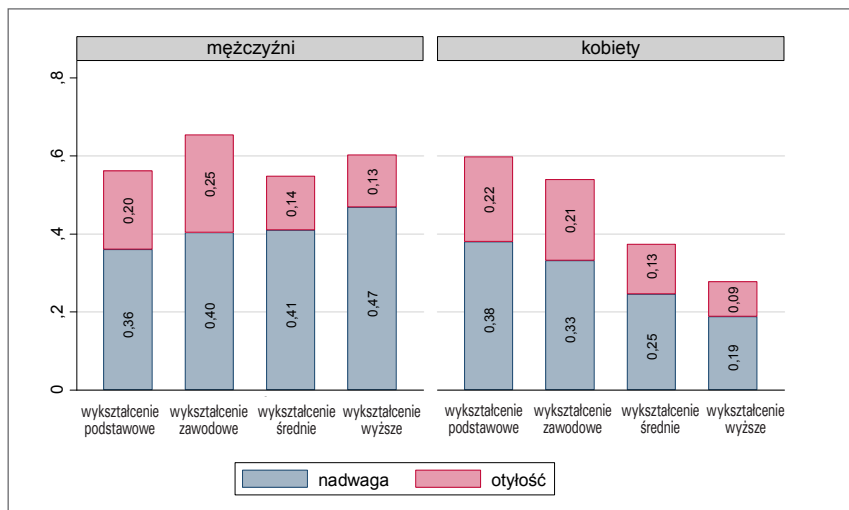
Na wykresie 3 pokazano podobne różnice, tym razem między grupami różniącymi się

Wykres 2. Nadwaga i otyłość w Polsce – zróżnicowanie w grupach wieku



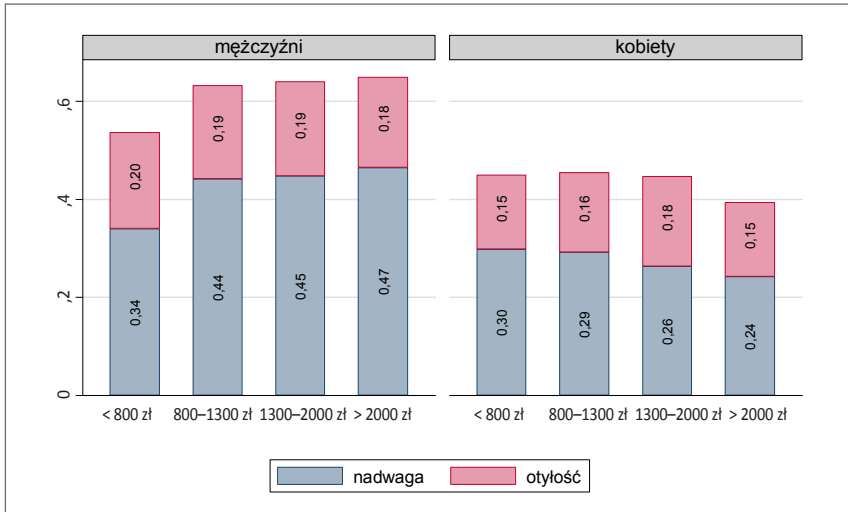
Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Wykres 3. Nadwaga i otyłość w Polsce – zróżnicowanie ze względu na poziom wykształcenia



Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Wykres 4. Nadwaga i otyłość w Polsce – zróżnicowanie ze względu na dochód gospodarstwa domowego na osobę



Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

poziomem wykształcenia. Ponownie zależność wśród kobiet jest inna niż wśród mężczyzn. W grupie mężczyzn różnice ze względu na poziom wykształcenia są niewielkie, wyższe wykształcenie zaś – jak się wydaje – sprzyja nadwadze i zmniejsza ryzyko otyłości. W grupie kobiet zależność między wykształceniem a nadmierną wagą ciała jest wyraźnie widoczna i negatywna – kobiety z wykształceniem podstawowym mają prawie 40% szans na nadwagę, kolejne 22% jest otyłych, z kolei wśród kobiet z wykształceniem wyższym tylko 19% ma nadwagę, dodatkowe 9% cierpi na otyłość.

Zależność między nadwagą i otyłością a poziomem dochodu w gospodarstwie domowym została zaprezentowana na wykresie 4. Ponownie wystąpiły różnice między płciami. Wśród mężczyzn nadwaga jest symptomem zamożności – tylko 34% mężczyzn mieszkających w gospodarstwach domowych o najniższym dochodzie ma nadwagę, pod-

czas gdy wśród najbogatszych odsetek ten sięga 47%. W wypadku kobiet nadwaga dotyczy częściej ubogie osoby tej płci, występuje bowiem u 30% kobiet w najbiedniejszych i u 24% kobiet w najbogatszych gospodarstwach domowych.

Podsumowując te wyniki, można przyjąć, że wśród mężczyzn nadwaga koreluje ze społecznym uprzywilejowaniem, na nadwagę cierpią bowiem częściej mężczyźni z wyższym wykształceniem i większym dochodem. Wśród kobiet jest odwrotnie – szczupła sylwetka koreluje z większymi dochodami i wyższym wykształceniem, a także z młodym wiekiem.

Analiza wielozmiennowa przedstawiona w tabeli 1 pozwala uwzględnić jednocześnie wiele czynników i zweryfikować, czy o nadwadze i otyłości decydują głównie zasoby materialne (dochód gospodarstwa domowego), czy też raczej nawyki i styl życia

związane z poziomem wykształcenia. Dodatkowo można w ten sposób ustalić, czy nadwaga i otyłość są w Polsce związane z wykluczeniem społecznym, a więc takimi czynnikami, jak problemy finansowe, doświadczenie bezrobocia lub niska samoocena pozycji społecznej.

Wyniki analizy potwierdzają, że ryzyko nadwagi i otyłości zmienia się z wiekiem oraz że zależność ta jest silniejsza wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Na przykład kobiety w wieku od 20 do 29 lat wykazują o 78% mniejsze ryzyko otyłości niż kobiety w wieku od 40 do 49 lat (kategoria odniesienia), z kolei u kobiet w wieku od 60 do 69 lat ryzyko to jest niemal dwukrotnie większe. Wśród mężczyzn wyróżnia się głównie grupa mężczyzn najmłodszych, u których ryzyko nadwagi i otyłości jest o około 70–80% niższe niż wśród mężczyzn w wieku od 40 do 49 lat.

Istotny jest również wpływ stanu cywilnego. Kobiety i mężczyźni stanu wolnego wykazują znacznie niższe ryzyko nadwagi i otyłości niż ich rówieśnicy pozostający w związku małżeńskim. Ponadto kobiety rozwiedzione mają aż o 70% niższe ryzyko nadwagi i otyłości niż kobiety zamężne.

W porównaniu z wiekiem i ze stanem cywilnym, wpływ wykształcenia i dochodu wydaje się niewielki. Mężczyźni z wyższym wykształceniem wykazują o 59% niższe ry-

zyko otyłości niż mężczyźni z wykształceniem podstawowym. Ponadto kobiety z wykształceniem zawodowym są o 73% bardziej narażone na nadwagę i otyłość niż kobiety z wykształceniem podstawowym. Dochód gospodarstwa domowego poniżej 800 złotych na osobę również obniża ryzyko nadwagi i otyłości wśród mężczyzn.

Tabela 1 zawiera także trzy miary wykluczenia i negatywnego uprzywilejowania: doświadczenie problemów finansowych (brak pieniędzy na żywność, świadczenia, leki, kulturę lub czas wolny), doświadczenie bezrobocia obecnie lub w przeszłości oraz samoocena pozycji społecznej (niska samoocena sugeruje negatywne uprzywilejowanie). Choć w literaturze przedmiotu sugeruje się, że nadwaga i otyłość mogą być konsekwencją problemów finansowych i oznak wykluczenia społecznego, w powyższej analizie żaden z tych czynników nie koreluje z ryzykiem otyłości ani nadwagi.

W świetle przedstawionych wyników można stwierdzić, że wpływ wykształcenia i dochodu oraz negatywnego uprzywilejowania na ryzyko otyłości i nadwagi wydaje się niewielki. Znacznie większą rolę w determinowaniu nadmiernej wagi ciała odgrywają wiek i stan cywilny. Sugeruje to, że czynnikami ryzyka są raczej nawyki i styl życia związany z pozostawaniem w małżeństwie niż wiedza na temat właściwego odżywiania i zasoby materialne.

Tabela 1. Regresja logistyczna nadwagi lub otyłości (BMI > 25) i otyłości (BMI > 30) na pozycję społeczno-ekonomiczną i wykluczenie społeczne – iloraz szans (*odds ratio*)

	Kobiety		Mężczyźni	
	nadwaga lub otyłość	otyłość	nadwaga lub otyłość	otyłość
wiek:				
od 20 do 29 lat	0,36 (-4,09)***	0,12 (-4,66)***	0,29 (-4,37)***	0,21 (-4,65)***
od 30 do 39 lat	0,54 (-2,26)*	0,41 (-2,15)*	0,62 (-1,61)	0,63 (-1,59)
od 40 do 49 lat				
				kategoria odniesienia
od 50 do 59 lat	2,49 (3,87)***	1,97 (2,34)*	0,59 (-1,94)	0,64 (-1,82)
od 60 do 69 lat	4,65 (5,96)***	1,96 (2,23)*	1,07 (0,24)	0,74 (-1,16)
od 70 do 79 lat	2,68 (2,99)**	1,98 (1,75)	0,60 (-1,25)	0,21 (-2,89)**
od 80 do 89 lat	2,22 (1,36)	1,02 (0,03)	1,05 (0,07)	0,60 (-0,70)
wykształcenie:				
podstawowe				kategoria odniesienia
zawodowe	1,73 (1,99)*	1,55 (1,37)	1,18 (0,61)	0,78 (-0,83)
średnie	0,99 (-0,02)	0,84 (-0,58)	1,08 (0,27)	0,59 (-1,70)
wyższe	0,62 (-1,64)	0,57 (-1,52)	0,80 (-0,76)	0,41 (-2,50)*
stan cywilny:				
kawaler (panna)	0,60 (-2,46)*	1,06 (0,15)	0,52 (-3,48)***	0,50 (-2,52)*
w związku małżeńskim				kategoria odniesienia
rozwidziony (rozwidziona)	0,31 (-3,51)***	0,35 (-2,11)*	0,67 (-0,94)	0,55 (-1,07)
wdowiec (wdowa)	0,76 (-1,17)	1,16 (0,61)	0,55 (-1,30)	0,53 (-0,98)
dochód gospodarstwa domowego:				
poniżej 800 złotych	1,21 (0,87)	0,91 (-0,30)	0,58 (-2,44)*	0,75 (-1,06)
od 800 do 1300 złotych	1,03 (0,14)	0,88 (-0,53)	0,87 (-0,79)	0,84 (-0,78)
od 1300 do 2000 złotych				kategoria odniesienia
powyżej 2000 złotych	1,27 (1,17)	1,26 (0,91)	1,07 (0,36)	1,11 (0,48)
miary wykluczenia i niskiej pozycji społecznej:				
problemy finansowe w ostatnich dwunastu miesiącach	1,01 (0,10)	1,11 (0,52)	0,94 (-0,40)	1,08 (0,44)
doświadczenie bezrobocia	1,00 (-0,01)	0,95 (-0,25)	0,99 (-0,06)	0,74 (-1,61)
samoocena pozycji społecznej	1,02 (0,41)	1,10 (1,69)	1,04 (0,93)	0,99 (-0,24)
<i>N</i>	1244	1244	1195	1195
<i>pseudo R</i> ²	0,203	0,159	0,096	0,093

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Konsekwencje zdrowotne nadwagi i otyłości

Czy w Polsce nadwaga i otyłość korelują z gorszym samopoczuciem fizycznym i psychicznym?

Na wykresie 5 przedstawiono, jak nadwaga i otyłość wpływają na ocenę własnego samopoczucia psychicznego. Warto pamiętać, że szczupła sylwetka była u mężczyzn oznaką niższej pozycji społecznej, nie jest więc zaskoczeniem, że wśród mężczyzn deklarujących bardzo złe samopoczucie psychiczne tylko 29% ma nadwagę, kolejne 14% jest otyłych. W przeciwieństwie do tego wśród mężczyzn deklarujących bardzo dobre lub dobre samopoczucie zdecydowanie większy odsetek (ponad 40%) ma nadwagę. Wśród kobiet szczupła sylwetka korelowała z wyższym statusem społecznym. Zgodnie z tym, w grupie kobiet oceniających swoje samopoczucie psychiczne jako bardzo dobre tylko 12% jest otyłych, z kolei wśród kobiet deklarujących bardzo złe samopoczucie aż 22% cierpi na otyłość.

Jak wygląda ta zależność w wypadku samooceny stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku? Tym razem po raz pierwszy zależność wśród kobiet i wśród mężczyzn wygląda podobnie – u obu płci otyłość koreluje z gorszą samooceną stanu zdrowia. Wśród respondentów deklarujących zdecydowanie gorsze zdrowie niż większość osób w tym samym wieku aż 28% cierpi na otyłość, podczas gdy w grupie osób wskazujących, że ich stan zdrowia jest zdecydowanie lepszy niż innych osób w tym samym wieku, tylko 9% jest otyłych. Co interesujące, zależność ta jest wyraźna tylko dla otyłości, nie zaś dla nadwagi.

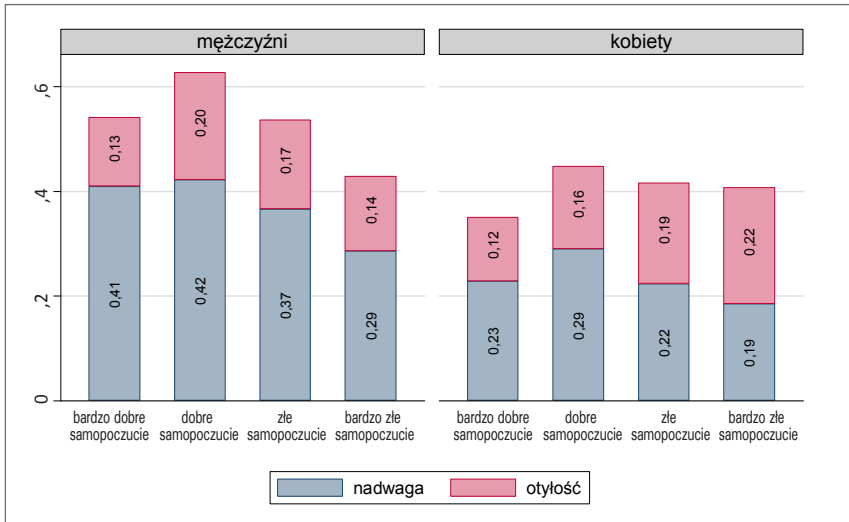
Ponownie warto się przyjrzeć tym wynikom w analizie wielozmiennowej. W tabeli 2 przedstawiono wyniki dla trzech wybranych

miar zdrowia psychicznego: samopoczucia psychicznego, problemów emocjonalnych i problemów ze snem, osobno dla kobiet i mężczyzn.

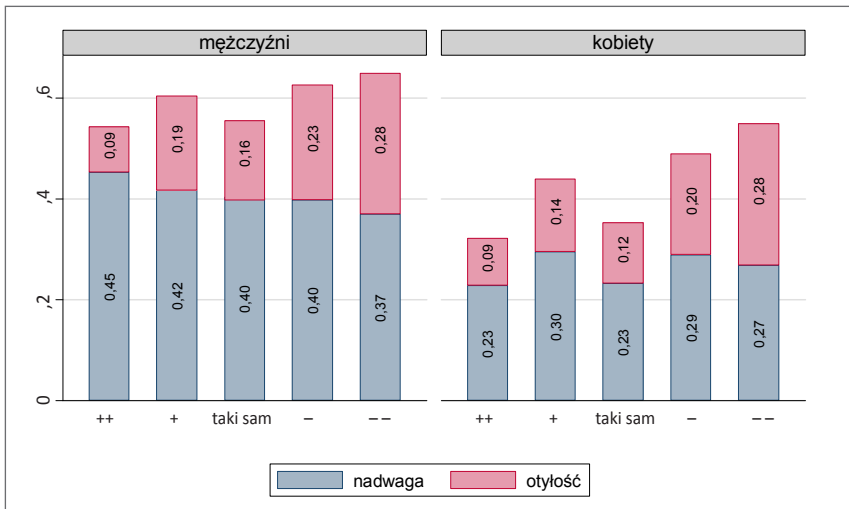
Czy problemy z wagą ciała korelują ze zdrowiem psychicznym – przy uwzględnieniu wieku i innych czynników? Okazuje się, że tak, choć charakter tej zależności jest zaskakujący. Kobiety z nadwagą deklarują lepsze samopoczucie psychiczne niż kobiety z prawidłową wagą ciała. Ponadto kobiety otyłe zgłaszają mniej problemów emocjonalnych, z kolei mężczyźni z nadwagą – mniej problemów emocjonalnych i mniej problemów ze snem niż mężczyźni z prawidłową wagą ciała.

Jak wygląda zależność między wagą ciała a zdrowiem fizycznym? Wyniki zaprezentowane w tabeli 3 wskazują, jak waga ciała – przy uwzględnieniu wielu innych czynników – koreluje z niską samooceną stanu zdrowia, bólem i ograniczoną sprawnością fizyczną. Tym razem wyniki są bardziej zgodne z przewidywaniami. Osoby otyłe – zarówno mężczyźni, jak i kobiety – gorzej oceniają swoje zdrowie w porównaniu z osobami o prawidłowej wadze ciała, częściej cierpią na bóle i częściej deklarują ograniczoną sprawność fizyczną. Co interesujące, u kobiet i u mężczyzn nieco inne jest znaczenie niedowagi – o ile kobiety z niedowagą oceniają swoje zdrowie lepiej niż kobiety z prawidłową wagą ciała, o tyle mężczyźni z niedowagą deklarują więcej ograniczeń sprawności fizycznej niż mężczyźni z prawidłową wagą ciała.

Interpretując te wyniki, pamiętajmy, że choć otyłość jest powszechnie uznanym czynnikiem ryzyka dla zdrowia, to zależność może przebiegać także w przeciwnym kierunku. Aktywność fizyczna osób chorych lub z ograniczoną sprawnością fizyczną będzie

Wykres 5. Nadwaga i otyłość w Polsce a deklarowane samopoczucie psychiczne (nastrój)

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Wykres 6. Nadwaga i otyłość w Polsce a samoocena stanu zdrowia w porównaniu z większością osób w tym samym wieku

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Tabela 2. Regresja złego samopoczucia psychicznego, problemów emocjonalnych i problemów ze snem na czynniki indywidualne

	Kobiety				Mężczyźni							
	złe samopoczucie psychiczne		problemy emocjonalne		problemy ze snem		złe samopoczucie psychiczne		problemy emocjonalne		problemy ze snem	
waga ciała:												
niedowaga	-0,11	(-1,73)	-0,66	(-0,26)	1,35	(0,42)	0,30	(1,89)	11,16	(1,54)	1,27	(0,14)
w normie	kategoria odniesienia											
nadwaga	-0,10	(-2,56)*	-2,11	(-1,49)	-1,50	(-0,84)	-0,05	(-1,42)	-2,49	(-2,09)*	-3,48	(-2,45)*
otyłość	-0,02	(-0,48)	-4,16	(-2,48)*	0,66	(0,32)	-0,01	(-0,31)	0,01	(0,01)	-0,37	(-0,21)
wiek:												
od 20 do 29 lat	-0,18	(-3,05)**	-2,11	(-0,95)	-1,24	(-0,45)	-0,32	(-4,93)***	-5,46	(-2,42)*	-6,84	(-2,57)*
od 30 do 39 lat	-0,13	(-1,96)	-3,55	(-1,61)	-0,30	(-0,11)	-0,15	(-2,23)*	-1,65	(-0,81)	-1,49	(-0,61)
od 40 do 49 lat	kategoria odniesienia											
od 50 do 59 lat	0,05	(0,82)	2,84	(1,47)	9,69	(4,06)***	0,07	(1,10)	6,36	(3,66)***	5,76	(2,77)**
od 60 do 69 lat	-0,07	(-1,14)	3,72	(1,82)	13,38	(5,27)***	0,11	(1,70)	6,25	(3,39)***	9,38	(4,26)**
od 70 do 79 lat	-0,15	(-1,74)	3,48	(1,27)	16,61	(4,78)***	-0,13	(-1,27)	7,71	(2,69)**	5,76	(1,69)
od 80 do 89 lat	-0,12	(-0,76)	7,69	(1,55)	21,48	(3,39)***	0,09	(0,57)	21,62	(4,21)***	18,93	(3,34)**
wykształcenie:												
podstawowe	kategoria odniesienia											
zawodowe	-0,10	(-1,51)	-4,59	(-2,07)*	-9,04	(-3,19)**	-0,07	(-1,06)	-3,73	(-1,82)	-4,29	(-1,77)
średnie	-0,19	(-3,26)**	-8,86	(-4,39)***	-11,92	(-4,65)***	-0,11	(-1,72)	-8,08	(-4,02)***	-5,37	(-2,24)*
wyższe	-0,25	(-3,82)***	-9,93	(-4,41)***	-13,03	(-4,56)***	-0,12	(-1,77)	-7,54	(-3,41)***	-5,52	(-2,10)*
stan cywilny:												
kawaler (panna)	-0,03	(-0,76)	-2,29	(-1,28)	-0,69	(-0,31)	0,05	(1,15)	2,94	(1,67)	2,16	(1,04)
w związku małżeńskim	kategoria odniesienia											
rozwidziona (rozwidziona)	0,06	(0,79)	2,75	(1,04)	5,89	(1,76)	-0,13	(-1,24)	-3,00	(-0,91)	-4,81	(-1,13)
wdowiec (wdowa)	0,14	(2,31)*	3,51	(1,87)	2,44	(1,02)	0,13	(0,98)	5,36	(1,43)	0,31	(0,07)
liczba przyjaciół:												
brak	0,20	(2,50)*	5,37	(2,03)*	7,54	(2,27)*	0,26	(3,46)***	11,62	(4,73)***	4,51	(1,55)
od 1 do 4	0,03	(0,91)	1,61	(1,25)	-0,30	(-0,19)	-0,04	(-1,12)	1,88	(1,48)	1,94	(1,28)
od 5 do 10	kategoria odniesienia											
od 11 do 15	-0,09	(-1,30)	-5,66	(-2,25)*	-4,01	(-1,24)	-0,13	(-2,08)*	-1,48	(-0,67)	2,28	(0,86)
16 i więcej	-0,06	(-1,26)	-1,86	(-1,15)	-0,38	(-0,18)	-0,00	(-0,04)	1,72	(1,31)	3,39	(2,15)*
samoocena pozycji społecznej	-0,04	(-4,02)***	-2,07	(-5,85)***	-2,19	(-4,92)***	-0,03	(-2,48)*	-1,37	(-4,03)***	-1,26	(-3,11)**
problemy finansowe w ostatnich dwunastu miesiącach	0,13	(4,17)***	7,70	(6,68)***	4,08	(2,85)**	0,23	(6,99)***	8,44	(7,88)***	4,54	(3,54)***
stała	2,02	(25,19)***	19,17	(7,05)***	19,90	(5,87)***	1,86	(22,40)***	11,94	(4,57)***	13,73	(4,42)***
<i>N</i>	1513		1102		1128		1465		1062		1093	
<i>R</i> ²	0,122		0,237		0,226		0,164		0,258		0,145	

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Samopoczucie psychiczne jest mierzone na skali od 1 do 4, problemy emocjonalne i problemy ze snem są mierzone na skali od 0 do 100. Wyższe wartości oznaczają gorsze samopoczucie psychiczne. Problemy emocjonalne i problemy ze snem są mierzone według Nottingham Health Profile.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Tabela 3. Regresja niskiej samooceny stanu zdrowia, bólu i ograniczeń sprawności fizycznej na czynniki indywidualne

	Kobiety			Mężczyźni		
	niska samoocena stanu zdrowia	ból	ograniczenia fizyczne	niska samoocena stanu zdrowia	ból	ograniczenia fizyczne
waga ciała:						
niedowaga	-0,23 (-2,06)*	1,85 (0,67)	0,88 (0,44)	-0,21 (-0,70)	5,97 (0,80)	11,99 (2,09)*
w normie						
nadwaga	0,03 (0,45)	0,20 (0,13)	-0,83 (-0,74)	0,03 (0,41)	-0,38 (-0,31)	0,59 (0,64)
otyłość	0,33 (3,66)***	6,14 (3,39)***	6,24 (4,80)***	0,22 (2,61)**	2,63 (1,75)	3,19 (2,76)**
wiek:						
od 20 do 29 lat	-0,04 (-0,39)	-4,12 (-1,72)	-3,33 (-1,93)	-0,22 (-1,85)	-4,30 (-1,92)	-2,33 (-1,36)
od 30 do 39 lat	-0,06 (-0,50)	-2,29 (-0,96)	-2,43 (-1,42)	-0,08 (-0,67)	-2,06 (-1,00)	-1,16 (-0,73)
od 40 do 49 lat						
od 50 do 59 lat	-0,02 (-0,14)	2,23 (1,07)	2,32 (1,55)	0,08 (0,72)	4,15 (2,36)*	2,38 (1,77)
od 60 do 69 lat	-0,18 (-1,59)	8,01 (3,60)***	8,70 (5,45)***	-0,01 (-0,13)	8,37 (4,47)***	8,01 (5,59)***
od 70 do 79 lat	0,02 (0,10)	17,97 (5,98)***	18,64 (8,65)***	-0,36 (-1,91)	6,21 (2,11)*	9,13 (4,05)***
od 80 do 89 lat	-0,29 (-1,10)	33,44 (6,24)***	36,61 (9,77)***	-0,32 (-1,06)	16,54 (3,23)**	27,24 (7,12)***
wykształcenie:						
podstawowe						
zawodowe	-0,35 (-3,03)**	-9,89 (-4,03)***	-5,53 (-3,18)**	-0,22 (-1,86)	-3,05 (-1,47)	-7,45 (-4,75)***
średnie	-0,50 (-4,83)***	-13,54 (-6,06)***	-7,13 (-4,51)***	-0,29 (-2,56)*	-5,15 (-2,51)*	-7,47 (-4,81)***
wyższe	-0,43 (-3,81)***	-14,95 (-6,05)***	-7,23 (-4,12)**	-0,32 (-2,61)**	-5,92 (-2,63)**	-8,38 (-4,89)***
stan cywilny:						
kawaler (panna)	-0,03 (-0,38)	-0,20 (-0,10)	0,30 (0,21)	0,18 (2,03)*	0,95 (0,55)	-0,07 (-0,05)
w związku małżeńskim						
rozwódzony (rozwódzona)	-0,08 (-0,57)	1,41 (0,49)	0,77 (0,38)	-0,21 (-1,06)	-4,88 (-1,41)	-1,51 (-0,57)
wdowiec (wdowa)	-0,02 (-0,17)	-1,49 (-0,72)	-2,82 (-1,90)	0,35 (1,54)	2,67 (0,72)	2,59 (0,94)
liczba przyjaciół:						
brak	0,02 (0,17)	-0,39 (-0,13)	-1,20 (-0,58)	0,53 (3,73)***	5,73 (2,32)*	0,01 (0,01)
od 1 do 4	-0,06 (-0,91)	0,51 (0,36)	-0,38 (-0,38)	-0,08 (-1,25)	-1,39 (-1,08)	-1,06 (-1,07)
od 5 do 10						
od 11 do 15	-0,10 (-0,78)	-1,94 (-0,70)	-1,60 (-0,80)	-0,01 (-0,11)	1,71 (0,75)	1,68 (0,94)
16 i więcej	-0,14 (-1,67)	1,05 (0,58)	-0,27 (-0,21)	-0,06 (-0,76)	1,46 (1,08)	0,29 (0,28)
samoocena pozycji społecznej	-0,03 (-1,61)	-1,85 (-4,75)***	-1,34 (-4,84)***	-0,04 (-1,89)	-1,15 (-3,32)***	-0,93 (-3,53)***
problemy finansowe w ostatnich dwunastu miesiącach	0,18 (3,25)**	2,29 (1,83)	2,18 (2,42)*	0,04 (0,61)	5,01 (4,60)***	2,87 (3,44)***
stała	3,15 (22,28)***	19,07 (6,44)***	11,15 (5,29)***	2,90 (19,08)***	7,36 (2,78)**	9,29 (4,61)***
<i>N</i>	1484	1134	1141	1439	1089	1097
<i>R</i> ²	0,063	0,268	0,330	0,052	0,171	0,228

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Samoocena stanu zdrowia jest mierzona na skali od 1 do 5, ból i ograniczona sprawność fizyczna są mierzone na skali od 0 do 100. Wyższe wartości oznaczają gorszy stan zdrowia. Do pomiaru bólu i ograniczonej sprawności fizycznej wykorzystano Nottingham Health Profile.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

z reguły niższa niż osób zdrowych. W związku z tym – poza tym, że otyłość może pogarszać stan zdrowia – gorsze zdrowie może zwiększać szansę wystąpienia otyłości.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że zależność między zdrowiem psychicznym a wagą ciała znacznie się różni od zależności między wagą ciała a zdrowiem fizycznym. Zgodnie z bogatą literaturą przedmiotu, otyłość statystycznie istotnie dodatnio koreluje z gorszym stanem zdrowia: niższą samooceną własnego zdrowia, częstszym występowaniem bólu, większymi ograniczeniami sprawności fizycznej. Zależność ta jest zbliżona u mężczyzn i kobiet.

Co interesujące, zdrowie osób z nadwagą nie różni się od zdrowia osób z prawidłową wagą ciała. Sugeruje to, że ryzyko zdrowotne nadwagi polega przede wszystkim na tym, że może ona prowadzić do otyłości – sama w sobie nie zwiększa dolegliwości i nie pogarsza fizycznego stanu zdrowia.

Analiza w zakresie zdrowia psychicznego wykazała, że – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn – nadwaga, niekiedy także otyłość, wiąże się z lepszym samopoczuciem psychicznym niż prawidłowa waga ciała. To wynik zaskakujący, szczególnie wśród kobiet, ponieważ przedstawione wyżej rezultaty sugerują, że zajmowanie wysokiej pozycji i dobre samopoczucie wśród kobiet idą w parze ze szczuplejszą sylwetką.

Ważna dla zrozumienia tych wyników jest ich ostrożna interpretacja. Korelacja między samopoczuciem psychicznym a nadwagą nie oznacza, że nadwaga poprawia samopoczucie psychiczne Polaków. Zależność przyczynowo-skutkowa może przebiegać także w przeciwnym kierunku. Możliwe, że osoby z dobrym samopoczuciem psychicznym wykazują większe ryzyko przybrania na wadze. Może być to spowodowane różnymi czynnikami – bardziej ustabilizowanym stylem życia, regularnymi i smacznymi posiłkami czy mniejszym stresem.

Podsumowanie i wnioski

Celem niniejszego opracowania była próba opisu społecznego zróżnicowania nadwagi i otyłości w Polsce oraz analiza zdrowotnych korelatów nadmiernej wagi ciała. Literatura przedmiotu wskazuje, że nadmierna waga ciała może wynikać z nieodpowiedniej diety – wysokoenergetycznej, ale ubogiej w składniki odżywcze – i tym samym może być jedną z oznak negatywnego uprzywilejowania. Uzyskane wyniki nie potwierdzają tego wniosku. Poziom wykształcenia i poziom dochodu gospodarstwa domowego tylko w ograniczonym stopniu wpływają na ryzyko otyłości i nadwagi. Ponadto niska samoocena pozycji społecznej, doświadczenie bezrobocia lub problemów finansowych ani nie zwiększają, ani nie zmniejszają ryzyka nadmiernej wagi ciała.

Wynik ten sugeruje, że w Polsce nadwaga i otyłość nie mogą być traktowane jako symptomy ubóstwa. Jak się wydaje, zdrowy styl życia, włączając w to dietę i aktywność fizyczną, jest dostępny dla Polaków o różnej zasobności portfela. Jest to prawdopodobnie związane z wciąż relatywnie niewielką popularnością restauracji typu *fast food* i powszechną dostępnością względnie tanich owoców i warzyw. Z tego powodu można przyjąć, że raczej dobre nawyki niż zamożność będą decydować o tym, czy przyszłe pokolenia będą miały duże problemy z nadwagą i otyłością. Dlatego bardzo ważnym elementem polityki na szczeblu lokalnym powinno być zapewnienie zdrowej, bogatej w warzywa i owoce, ale ubogiej w tłuszcz-

cze i cukry proste diety w przedszkolach i szkolnych stołówkach. Nawet biedniejszych Polaków ciągle jeszcze stać na to, żeby jeść zdrowo. Bez wyrobienia dobrych nawyków w młodszym wieku szansa na zatrzymanie epidemii otyłości w przyszłych pokoleniach może zostać zaprzeczona.

Omówione wyniki pokazały także bardzo interesującą zależność między zdrowiem a nadmierną wagą ciała. Otyłość jednoznacznie wiąże się z gorszym zdrowiem fizycznym, włączając w to samoocenę stanu zdrowia, ból i ograniczoną sprawność fizyczną. Jednocześnie nadwaga z reguły koreluje z lepszym samopoczuciem psychicznym, mniejszymi problemami emocjonalnymi i mniejszymi problemami ze snem.

Wyniki te sugerują, że Polacy wciąż nie postrzegają nadwagi jako stanu niepożądanego. Jak się wydaje, styl życia prowadzący do nadwagi jest traktowany jako normalny i satysfakcjonujący, nadwaga nie jest zaś stanem, którego większość osób chce uniknąć. Z jednej strony, jest to uzasadnione – nadwaga nie zwiększa istotnie ryzyka problemów zdrowotnych. Z drugiej jednak strony, w długiej perspektywie czasowej nadwaga stanowi zagrożenie, ponieważ może prowadzić do otyłości, która systematycznie koreluje z gorszym stanem zdrowia. Z tego względu uwrażliwienie Polaków na długofalowe ryzyko, jakie niesie nadwaga, jest jednym z potencjalnych celów dla systemu opieki zdrowotnej, a także organizacji zajmujących się propagowaniem zdrowego stylu życia w Polsce.

Bibliografia

- Bergström A., Pisani P., Tenet V., Wolk A., Adami H.O. (2001), „Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe”, *International Journal of Cancer*, t. 91, nr 3, s. 421–430.
- Chrzanowska M., Łaska-Mierzejewska T., Suder A. (2013), „Overweight and obesity in rural girls from Poland: changes between 1987 and 2001”, *Journal of Biosocial Science*, t. 45, nr 2, s. 217–229.
- Darmon N., Drewnowski A. (2008), „Does social class predict diet quality?”, *The American Journal of Clinical Nutrition*, t. 87, nr 5, s. 1107–1117.
- Giskes K., Avendaño M., Brug J., Kunst A.E. (2010), „A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults”, *Obesity Reviews*, t. 11, nr 6, s. 413–429.
- Główny Inspektorat Sanitarny (2010), *Problem nadwagi i otyłości w Polsce wśród osób dorosłych. Dane epidemiologiczne* – http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/PZ/Materia%C5%82y%20PZ/oty%C5%82o%C5%9B%C4%87_doro%C5%9Bli.pdf.
- Hill J.O., Melanson E.L. (1999), „Overview of the determinants of overweight and obesity: current evidence and research issues”, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, t. 31, nr 11 – suplement, s. S515–S521.
- Lipowicz A., Gronkiewicz S., Malina R.M. (2002), „Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland”, *American Journal of Human Biology*, t. 14, nr 4, s. 468–475.
- Müller-Riemenschneider F., Reinhold T., Berghöfer A., Willich S.N. (2008), „Health-economic burden of obesity in Europe”, *European Journal of Epidemiology*, t. 23, nr 8, s. 499–509.
- Roskam A.J.R., Kunst A.E., Van Oyen H., Demarest S., Klumbiene J., Regidor E., Mackenbach J.P. (2010), „Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries”, *International Journal of Epidemiology*, t. 39, nr 2, s. 392–404.
- Szpak A., Jamiolkowski J., Witana K. (2005), „Overweight and obesity and their determinants among men from Podlasie region in the years 1987–1998”, *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*, t. 50, s. 245–249.
- Varo J.J., Martínez-González M.A., de Irala-Estévez J., Kearney J., Gibney M., Martínez J.A. (2003), „Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union”, *International Journal of Epidemiology*, t. 32, nr 1, s. 138–146.
- WHO (2014), *Obesity and overweight. Fact sheet N°311* – <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

Publikację przygotowano w ramach projektu
„Polski Survey Panelowy, POLPAN 1988-2013: Struktura i Ruchliwość Społeczna”,
finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki
(grant nr 2011/02/A/HS6/00238).

Wydawca:
Zespół Porównawczych Analiz Nierówności Społecznych,
Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk

Warszawa 2015