

Otyłość – droga do poddania się zabiegowi bariatrycznemu

Obesity – the way to a decision on bariatric surgery

JOANNA CICHON^{1/}, ANNA MAJDA^{2/}

^{1/} Coventry and Warwickshire Mind, Coventry, United Kingdom

^{2/} Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wprowadzenie. Otyłość, to nie tylko przyczyna problemów zdrowotnych, ale także zaburzenie funkcji społecznych. Jednym z rozwiązań zmniejszających główny czynnik powstawania tej choroby, czyli nadmierną podaż energii jest chirurgia bariatryczna.

Cel. Poznanie drogi prowadzącej do podjęcia decyzji o zabiegu bariatrycznym przez osoby otyłe.

Materiały i metody. Badaniem zostało objętych 39 pacjentów kwalifikowanych do zabiegu bariatrycznego. Wykorzystane narzędzia badawcze to: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, Kwestionariusz Wizerunku Ciała (KWC) Alicji Głębockiej oraz wyniki badań pacjentów znajdujące się w historii choroby.

Wyniki. Dzieciństwo, jako moment rozpoczęcia problemów z otyłością wskazało 54% badanych, 85% zmagало się w codziennym życiu z szybkością męczliwością. Najczęściej występującymi problemami zdrowotnymi były: nadciśnienie tętnicze (49%), nieprawidłowy poziom glukozy w surowicy na czczo (38%), powiększenie wątroby (38%), powiększenie lewego przedsionka serca (38%) oraz zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (33%). Spośród grupy badanej 92% badanych stosowało różne diety, 7% korzystało z porad dietetyka, a największą popularnością cieszyła się dieta 1000 kcal (56%). Badane kobiety charakteryzowały się wyższym wynikiem punktowym podskali poznanie-emocje, natomiast mężczyźni osiągnęli wyższe wyniki w podskalach: zachowanie, krytyka otoczenia oraz stereotyp ładny-brzydki KWC. Najczęściej podawanym źródłem wiedzy na temat zabiegów bariatrycznych była rodzina i znajomi (32%). W analizie statystycznej wykazano istotnie wyższe BMI u osób zamieszkujących tereny wiejskie oraz pozostających bez pracy.

Wnioski. Droga badanych do podjęcia decyzji o zabiegu bariatrycznym była często batalią prowadzoną od wczesnego dzieciństwa, poprzedzoną wielokrotnymi próbami diet oraz porad dietetycznych. Towarzyszyły jej choroby, ograniczenia życia codziennego oraz negatywny wizerunek ciała – zwłaszcza wśród mężczyzn. Najczęstszym oczekiwaniem dotyczącym korzyści płynących z zabiegu bariatrycznego były poprawa zdrowia fizycznego, w nieco mniejszym stopniu zdrowia psychicznego.

Słowa kluczowe: otyłość, otyłość olbrzymia, chirurgia bariatryczna

Introduction. Obesity is not only a cause of health problems, but also a disturbance of social functions. Bariatric surgery is one of the solutions which reduce the main reason of this illness – an increased supply of energy.

Aim. To determine the way from obesity to the decision on bariatric surgery.

Material & Method. The study included 39 patients qualified for bariatric surgery. The research tools were: the author's questionnaire, the Questionnaire of the Body Image (KWC) – of Alicja Głębocka's authorship and the patients' medical records.

Results. Early childhood was the starting point of problems with obesity for 54% of the subjects, 85% contended with fast fatigability in everyday life. The most frequent health problems were: arterial hypertension (49%), wrong blood glucose under fasting condition (38%), hepatomegaly (38%), enlargement of left auricle (38%) and degenerative spine changes (33%). 92% of the subjects applied diets in the past, 77% used dietary advice, and a 1000-kcal diet was the most popular (56%). The examined women were characterized by a higher spot conclusion of the KWC subscale of cognition-emotions, however, the men achieved higher results in the subscales of: the behavior, the criticism of surroundings and the pretty-ugly stereotype. The family and acquaintances were indicated most often as a source of knowledge about bariatric surgery (32%). A significantly higher BMI was shown in a statistical analysis of persons inhabiting the countryside and unemployed.

Conclusion. The way to a decision on bariatric treatment had often been a battle since early childhood, preceded by repeated attempts at diets and dietetic advice. It was often accompanied by illnesses, restrictions of everyday life and negative body image (especially amongst men). The most frequent expectation concerning benefits of the bariatric treatment was the improvement of physical health and to a lesser extent of mental health.

Key words: obesity, morbid obesity, bariatric surgery

© Hygeia Public Health 2016, 51(4): 375-380

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.02.2016

Zakwalifikowano do druku: 20.10.2016

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr piel. Joanna Cichon
Coventry and Warwickshire Mind, Coventry
1 Kildale Close, CV1 5ND Coventry, UK
tel. 510 49 13 26, e-mail: cichon.jj@gmail.com

Wprowadzenie

W ujęciu historycznym otyłość świadczyła o panującym dobrobycie, a osoby puszyste były uważane za zadowolone i dobrze radzące sobie w życiu. Od lat 80.

XX w. w USA wśród dorosłych częstość występowania otyłości podwoiła się, a wśród dzieci zaobserwowano 3-krotnie więcej przypadków chorobliwego nadmiaru masy ciała [1]. Na przestrzeni ostatnich lat znacznie

wzrosła średnia masa ciała dorosłego Polaka, a coraz więcej osób zmagających się z problemem nadwagi i otyłości. Pod koniec 2014 r. ponad 62% mężczyzn ważyło zbyt wiele w stosunku do swojej wysokości ciała, z czego 44% miało nadwagę, a niemal 18% kwalifikowało się do grupy osób otyłych. Wśród kobiet, odsetek osób o zbyt dużej masie ciała był nieco niższy, lecz ciągle 30% osób z nadwagą a 16% z otyłością, to zatrważająco wysokie liczby [2].

Najprostsza definicja przyczyn otyłości, to zwiększona podaż energii w stosunku do zapotrzebowania organizmu i jej wydatkowania. Powołując się na wytyczne WHO za prawidłową wartość BMI uznaje się tą zawierającą się między 18,0 a 24,9 kg/m². Wartości pomiędzy 25,0 a 29,9 kg/m² to nadwaga, BMI od 30,0 do 34,9 kg/m² wskazuje na otyłość I stopnia, 35,0-39,9 kg/m² na otyłość II stopnia. BMI powyżej 40 kg/m², to otyłość III stopnia, nazywana także otyłością olbrzymią [3, 4]. Poszukując przyczyn otyłości należy także brać pod uwagę, możliwość wtórnego zwiększania masy ciała. Należy wykluczyć wszelkiego rodzaju zaburzenia endokrynologiczne, uszkodzenia podwzgórza, a także przyjrzeć się zażywaniu przez pacjentów lekom [5]. Nadmierna podaż energii niejednokrotnie może być powodem złożonych zaburzeń, czy to psychologicznych czy w życiu społecznym [6]. To one często są główną przyczyną trudności w procesie redukcji masy ciała. W obecnych czasach przyjmowanie posiłków nie spełnia jedynie funkcji zaspakajania fizjologicznego uczucia głodu i co za tym idzie powstały różnorakie błędne schematy oraz przekonania dotyczące jedzenia [7, 8].

Wśród otyłych chorych z cukrzycą aż 90-95% cierpi na cukrzycę typu II, a częstym problemem jest także bezdech senny (OSA – *Obstructive Sleep Apnoea*), z licznymi konsekwencjami pod postacią: fragmentaryzacji snu, hipoksji oraz zmniejszenia przepływu mózgowego [9, 10]. Nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej i powyższe zaburzenia, to tylko nieliczne przykłady z całej listy zagrożeń, jakie niesie ze sobą otyłość [11]. Niepowodzenia w próbach zmniejszenia masy ciała prowadzą do poszukiwania bardziej skutecznej, choć w większym stopniu inwazyjnej metody. Jest nią chirurgiczne leczenie otyłości, które w Polsce ma miejsce od lat 70. XX w. W tym okresie metody operacyjne zmieniały się; w 1998 r. doszło do pierwszej w naszym kraju operacji zmniejszania żołądka metodą laparoskopową [12]. Najprostszy podział wyróżnia dwa typy zabiegów: restrykcyjny oraz wyłączający. Do najpowszechniej wykonywanych zabiegów bariatrycznych zaliczamy: laparoskopowo zakładaną regulowaną opaskę żołądkową (LAGB – *Laparoscopic Adjustable Gastric Banding*), zespolenie omijające żołądkowo-jelitowe z pętlą Roux-en-Y (RYGB – *Roux-en-Y Gastric Bypass*), wyłą-

czenie żółciowo-trzustkowe i operację przełączenia dwunastniczego (BPD-DS – *Biliopancreatic Diversion and Duodenal Switch*) oraz rękawowe wycięcie żołądka (SG – *Sleeve Gastrectomy*) [13, 14].

Analizując skuteczność zabiegów bariatrycznych warto wspomnieć o metaanalizie przeprowadzonej przez Buchwalda i wsp., obejmującej 22094 pacjentów poddanych różnym rodzajom zabiegów bariatrycznych w latach 1990-2003. Analiza dotyczyła doniesień prezentowanych w czasopismach anglojęzycznych (amerykańskich, europejskich, nowozelandzkich, japońskich, izraelskich, a także wydawanych w Arabii Saudyjskiej i Tajwanie). Wykazano, że średnia wartość utraty masy ciała (EWL – *Excess Weight Loss*) w 2 lata i więcej po zabiegu kształtowała się na poziomie: 47,5% dla LAGB, 61,6% dla RYGB, 68,2% dla SG i 70,1% dla BPD-SD. Dla wszystkich rodzajów zabiegów EWL wynosiło 61,2%. Śmiertelność do 30. dni po zabiegu wynosiła dla LAGB i SG 0,1%, dla chorych poddanych RYGB kształtowała się na poziomie 0,5%, a dla pacjentów po BPD-SD było to 1,1% [15].

Cel

Poznanie drogi prowadzącej do podjęcia decyzji o zabiegu bariatrycznym przez osoby otyłe. Przeprowadzone badania miały na celu odpowiedzieć na pytania:

1. Kiedy rozpoczęły się u badanych problemy z otyłością?
2. Jakie były codzienne ograniczenia badanych wynikające z otyłości?
3. Jakie problemy zdrowotne występowały u badanych osób z otyłością?
4. Jak osoby badane postrzegały swoje ciało?
5. Jak kształtowała się aktywność fizyczna badanych?
6. Czy istniała zależność między wizerunkiem ciała a płcią i BMI badanych?
7. Skąd badani czerpali informacje na temat zabiegu bariatrycznego?
8. Jakich zmian oczekiwały osoby badane po przeprowadzeniu zabiegu bariatrycznego?
9. Czy istniała zależność między BMI badanych a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi: aktywność fizyczna, stan cywilny, rodzaj wykonywanej pracy, miejsce zamieszkania?

Materiały i metody

Badania zostały przeprowadzone w Oddziale Diagnostycznym Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W badaniu wzięło udział 39 chorych przygotowywanych do zabiegu bariatrycznego, hospitalizowanych od 17 sierpnia 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r. Wśród badanych były

24 kobiety (62%) oraz 15 mężczyzn (38%) w wieku 19-61 lat. BMI badanych zawierało się w przedziale od 31,14 do 64,01 kg/m², w tym 1 (3%) osoba miała BMI w przedziale 30,0-34,9 kg/m², 4 osoby (10%) między 35,0 a 39,9 kg/m²; największą grupę stanowili chorzy z BMI powyżej 40 kg/m² – 34 osoby (87%).

W badaniach mających na celu poznanie drogi do podjęcia decyzji o zabiegu bariatrycznym wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i metodę analizy dokumentów. Użyto takich narzędzi badawczych, jak: kwestionariusz ankiety (własnego autorstwa), Kwestionariusz Wizerunku Ciała (KWC) autorstwa Alicji Głębockiej w celu oceny związku pomiędzy kształtem i masą ciała a problemami natury psychologicznej i społecznej oraz historii chorób.

Kwestionariusz ankiety składał się z 5 pytań zamkniętych oraz 6 pytań otwartych. Użyto w nim pytań dysjunktywnych wymagających wyboru jednej spośród kilku proponowanych odpowiedzi, pytań koniunktywnych umożliwiających wybór więcej niż jednej odpowiedzi spośród zestawu oraz pytań alternatywnych. Pytania alternatywne (pytania rozstrzygnięcia) dawały możliwość wyboru spośród dwóch odpowiedzi: tak lub nie.

Kwestionariusz Wizerunku Ciała, to pierwsze w Polsce narzędzie skonstruowane w celu oceny związku pomiędzy kształtem i masą ciała, a problemami natury psychologicznej i społecznej. Kwestionariusz należy rozważać w oparciu o podział na cztery podskale: 1. podskala poznania-emocje daje odpowiedź na temat opinii badanego o własnym wyglądzie; 2. podskala zachowania odnosi się do zdrowego stylu życia; 3. podskala krytyki otoczenia szacuje subiektywny poziom akceptacji badanego przez otoczenie; 4. podskala stereotypu brzydki-ładny, pozwala na pomiar relacji między współczesnymi standardami urody a świadomością negatywnych stereotypów osób otyłych [16]. Drugim narzędziem badawczym były dane zawarte w historiach chorób, które wykorzystuje metoda analizy dokumentów. Pod uwagę wzięto wyniki badań kwalifikacyjnych do zabiegu bariatrycznego: gastroskopia, badanie USG jamy brzusznej, badanie echokardiograficzne serca, spirometria, badanie rentgenowskie klatki piersiowej oraz wyniki badań laboratoryjnych (TSH, poziom glukozy w surowicy krwi na czczo, cholesterol całkowity, LDL i HDL, triglicerydy).

Celem analizy uzyskanych wyników posłużono się pakietem statystycznym Statistica 10 (StatSoft Polska). Do analizy zależności występujących w KWC zastosowano test wielowymiarowej analizy wariancji (MANOVA) oraz dwa czynniki grupujące: płeć (kobiety vs mężczyźni) oraz wartość wskaźnika BMI zgodnie, z którymi badanych podzielono na trzy podgrupy:

1. badani z otyłością II stopnia z BMI 35,0-39,9 kg/m² – 4 osoby
2. badani z otyłością III stopnia z BMI pomiędzy 40,0 a 44,9 kg/m² – 15 osób
3. badani z BMI powyżej 45 kg/m² – 19 osób.

Przyjęto poziom istotności $p=0,05$. W przypadku analizy KWC, spośród 39 badanych, jedna chora ze względu na wielkość BMI, które nie miało porównania w grupie (31,14 kg/m²), nie została wzięta pod uwagę.

Wyniki

Ponad połowa respondentów (54%) początków otyłości upatrywała w dzieciństwie i z chorobą zmagali się od wielu lat. Badani cierpieli na wiele dolegliwości, m.in. szybką męczliwość (85% badanych) czy problemy z poruszaniem się (44%). Najczęściej współwystępującymi schorzeniami były: nadciśnienie tętnicze (49%) oraz cukrzyca typu II (31%). U 13% otyłość była chorobą izolowaną.

Nieprawidłowości w wynikach badanych – internistyczna kwalifikacja do zabiegu

Analiza wyników badań zawartych w historiach chorób pacjentów, którzy przygotowywali się do zabiegu bariatrycznego ujawniła wiele nieprawidłowych wyników. Cholesterol całkowity powyżej 5,2 mmol/l miało 23% badanych; frakcja HDL była nieprawidłowa u 62% (wynik $\uparrow$ 1,0 mmol/l), a frakcja LDL u 16% badanych (wynik $\uparrow$ 3,4 mmol/l). Podwyższone wartości triglicerydów ($\uparrow$ 2,26 mmol/l) stwierdzono u 28% badanych. Zdiagnozowaną cukrzycę typu II miało 31% chorych, a nieprawidłowy poziom glukozy na czczo w osoczu zaobserwowano u kolejnych 38% badanych.

Przy analizie badania spirometrycznego, posłużono się wytycznymi GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) [17, 18]. U żadnej z badanych osób nie zaobserwowano spadku FEV1%VC poniżej 70% wartości należnej (wskaźnik Tiffeneau), który pozwalałby na rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). U 13% badanych stwierdzono łagodne zaburzenia obturacyjne, a u 5% zaburzenia umiarkowane; u jednego z badanych stwierdzono zaburzenia umiarkowanie ciężkie. Był to chory cierpiący na POChP. Pozostali badani mieli wartości prawidłowe (80%). Ponad połowa badanych (54%) paliła papierosy, w tym 31% było aktualnymi palaczami.

Badania gastroskopowe wykazały u co trzeciego badanego (33%) przepuklinę rozworu przełykowego. Dodatkni wynik na obecność *Helicobacter pylori* uzyskało 38% badanych. W badaniu ultrasonograficznym (USG) najczęściej występującym zaburzeniem było powiększenie wątroby o różnym stopniu. U co trzeciego

go badanego (33%) w badaniu RTG klatki piersiowej stwierdzono zwyrodnieniowe w odcinku piersiowym kręgosłupa. W badaniu echokardiograficznym u 38% stwierdzono powiększenie lewego przedsionka. U żadnego badanego nie zaobserwowano żadnych odchyśleń w stanie zdrowia od strony laryngologicznej.

Wpływ płci oraz BMI na wizerunek badanych

Badane kobiety charakteryzowały się wyższym wynikiem punktowym podskali poznanie-emocje KWC, natomiast mężczyźni osiągalili wyższe wyniki podskali: zachowanie, krytyki otoczenia oraz stereotyp ładny-brzydki. Biorąc pod uwagę BMI badanych, najwyższe wyniki we wszystkich podskalach uzyskali badani cechujący się BMI na poziomie 40,0-44,9 kg/m². Wyniki analizy wariancji przeprowadzonej testem wielowymiarowej analizy wariancji (MANOVA) wykazały istotny wpływ płci ($p=0,007273$, $\eta^2=0,204363$) dla podskali krytyka otoczenia; dla pozostałych podskal nie wykazano istotnego wpływu czynników głównych (tab. I). Płeć okazała się wpływać istotnie na subiektywny poziom akceptacji własnego wyglądu i przyjmowania krytyki otoczenia. W badanej grupie mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki w podskali krytyka otoczenia, co wskazywało, iż ich poziom akceptacji własnego wyglądu był istotnie niższy niż w grupie kobiet. Mężczyźni również gorzej znosili krytyczne uwagi na temat swojego wyglądu.

Zaledwie niespełna 8% badanych zadeklarowało, że nie stosowało żadnej diety odchudzającej; ponad połowa badanych (56%) zadeklarowała, że stosowała diety odchudzające nawet 8 i więcej razy. Wśród badanych największą popularnością cieszyła się dieta 1000 kcal (72%) oraz kapuściana (44%). Ponad 3/4 ankietowanych przyznało, że w przeszłości korzystało z porad dietetyka. Niemal połowa badanych (46%) na aktywność fizyczną w ciągu tygodnia poświęcała 1-3 godziny. Największą popularnością cieszyły się

spacery (74%) oraz pływanie (31%). Ciekawym faktem może być to, iż 32% badanych na pytanie „Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o zabiegach bariatrycznych?” odpowiedziało, że głównym ich źródłem byli znajomi i rodzina, a jedynie 13% czerpało informacje z Internetu.

Badani oczekiwali, że po przeprowadzonym u nich zabiegu poprawi się ich dotychczasowe życie. Co drugi badany (49%) liczył, że poprawi się jakość jego życia rodzinnego oraz życia seksualnego. Ponad połowa badanych liczyła na poprawę w kontaktach międzyludzkich (51%), na możliwość podjęcia aktywności zawodowej (56%), co spowoduje poprawę ich stanu materialnego. Prawie wszyscy badani (90%) liczyli, że poprawi się ich samopoczucie (kondycja psychiczna), jak i zdecydowanej poprawie ulegnie ich zdrowie fizyczne (95%). Zaledwie 5% badanych zwróciło uwagę, że będzie duże ułatwienie w kwestii zakupu ubrań.

Badanym zadano pytanie: jaką wagę chcieliby uzyskać po zabiegu bariatrycznym. Badani, których BMI przed zabiegiem wynosiło między 35,0 a 39,9 kg/m² (średnio 36,4) oczekiwali, że po zabiegu obniży się średnio do wartości 24,7 kg/m²; osoby z BMI między 40,0 a 44,9 kg/m² chcieliby obniżenia do 27,7 kg/m²; natomiast osoby z BMI powyżej 45,0 kg/m² liczyły na obniżenie średnio do wartości 29,5 kg/m². Wyższe BMI badanych przed zabiegiem korelowało z wyższym oczekiwanym BMI po zabiegu.

W przeprowadzonym teście statystycznym ANOVA (jednoczynnikowy) oraz wykonanym porównaniu post-hoc testem Dunkana, nie stwierdzono zależności między oczekiwanym BMI po zabiegu, a BMI przed zabiegiem. Pokazało to, iż wyjściowe BMI u badanych nie miało wpływu na to, jakiego BMI oczekiwali po zabiegu.

Zależności między BMI badanych a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

Ustalenia zależności między zmiennymi socjodemograficznymi a BMI dokonano testem statystycznym ANOVA (jednoczynnikowy) oraz przeprowadzono porównanie post-hoc testem Dunkana. Nie wykazano istotnych zależności między czasem poświęcanym na aktywność fizyczną a BMI ($p=0,365893$; $F=1,092$); między stanem cywilnym a BMI ($p=0,429311$; $F=0,9450$). Istotne okazały się statystycznie różnice BMI u osób pracujących fizycznie i niepracujących w chwili obecnej ($F=2,518$; $p=0,027665$). Niższe BMI miały osoby pracujące fizycznie. Również miejsce zamieszkania miało istotny wpływ na wysokość BMI ($F=3,688$; $p=0,020855$; $\eta^2=0,240173$); mieszkańcy wsi cechowali się istotnie wyższym BMI niż mieszkańcy miast.

Tabela I. Wyniki wariancji dla poszczególnych podskal KWC
Table I. Results of variance for individual KWC subscales

Podskala /Subscale		η^2	p
poznanie-emocje /cognition-emotions	płeć /sex	0,042575	0,241681
	BMI	0,000249	0,996017
	płeć-BMI /sex-BMI	0,067132	0,328943
zachowanie /behavior	płeć /sex	0,043739	0,235209
	BMI	0,090715	0,155831
	płeć-BMI /sex-BMI	0,090715	0,218373
krytyka otoczenia /criticism of surroundings	płeć /sex	0,204363	0,007273
	BMI	0,039681	0,523179
	płeć-BMI /sex-BMI	0,087540	0,230897
stereotyp ładny-brzydki /pretty-ugly stereotype	płeć /sex	0,001935	0,804905
	BMI	0,016711	0,763653
	płeć-BMI /sex-BMI	0,006114	0,906531

Dyskusja

W badaniach przeprowadzonych w Poradni Chorób Metabolicznych przy Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie w 2009 r. wśród grupy 104 osób, z których 68 cierpiało na otyłość, 71% deklaroowało podejmowanie prób odchudzania w przeszłości, z czego u 38% było to między 3 a 10 próbami, 13% deklarowało więcej niż 10 podejść do odchudzania; badani w 77% deklarowali, że otyłość stała się ich problemem po 20 r.ż. Do okresu pełnoletniości otyłość rozwinęła się jedynie u 23% badanych [19]. W badaniach własnych co drugi ankietowany (56%) wskazał, że stosował dietę odchudzającą nawet 8 i więcej razy; u zbliżonego odsetka (54%) problemy z otyłością rozpoczęły się w dzieciństwie.

W metaanalizie przeprowadzonej przez Buchwald i wsp. [15, 20], wśród 140832 pacjentów poddanych zabiegowi bariatrycznemu najczęstszą dolegliwością była choroba degeneracyjna stawów (50,3%). Pacjenci bariatryczni w 43,3% cierpieli na chorobę refluksową żołądka, hipercholesterolemię (40,2%), dyslipidemię (35,6%) oraz nadciśnienie tętnicze (35,4%). Stosunkowo często spotykana była także nietolerancja glukozy (25,8%) oraz hipertrójglicerydemia (24,3%). Bezdech senny był poważnym problemem dotyczącym aż 70% pacjentów z otyłością olbrzymią [21]. W badaniach własnych najczęściej występującym zaburzeniem było nadciśnienie tętnicze (49%) oraz cukrzyca typu II (31%); u co trzeciego badanego (33%) występowały: przepuklina rozworu przełykowego, zmiany zwyrodnieniowe w odcinku piersiowym kręgosłupa. Dość często badani mieli powiększoną wątrobę (18%) ale z prawidłowym układem naczyniowym, 12,8% badanych miało aortę nieco rozgiętą w łuku lub powiększenie lewego przedsionka (38%).

W badaniach przeprowadzanych w 2014 r. przez badaczy z Uniwersytetu Fryderyka II w Naples, wśród 160 pacjentów poddanych rękawowemu wycięciu żołądka (SG) i zespoleniu omijającemu żołądkowo-jelitowemu z pętlą Roux-en-Y (RYGB), badania przed zabiegiem bariatrycznym wykazały hipercholesterolemię u 43,2% i hipertrójglicerydemię u 59,5% chorych kwalifikowanych do RYGB, a u pacjentów kwalifikowanych do SG odpowiednio u 33,7 i 47,7% [22]. Nieco inne wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie podwyższony poziom cholesterolu całkowitego wykryto u 23% badanych, frakcji HDL u 62%, frakcji LDL u 15% badanych; trójglicerydy były nieprawidłowe u 28%.

W badaniach przeprowadzonych przez Alicję Głębocką, autorkę KWC, grupę badaną stanowiło 153 mężczyzn oraz 172 kobiety, wśród których 129 osób miało nadwagę. Uzyskane wyniki, znacznie różniły się od wyników badań własnych. Kobiety w porównaniu

z mężczyznami miały bardziej negatywny wizerunek ciała, a wyższy wynik uzyskały w podskalach: poznanie-emocje, zachowanie oraz stereotyp ładny-brzydki. Jedynie w podskali krytyka otoczenia mężczyźni uzyskali negatywny wynik [16]. Badania własne wykonywane w oparciu o ten sam kwestionariusz wykazały gorszą opinię na temat własnego wyglądu wśród kobiet, o czym świadczył wyższy wynik punktowy podskali poznanie-emocje. Ze względu na panujące w naszej kulturze przekonanie, że to płeć damska kładzie większy nacisk na zewnętrzny wizerunek ciała oraz w większym stopniu zwraca uwagę na krytyczne uwagi płynące z zewnątrz, zaskoczeniem może być fakt, że to mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki w pozostałych trzech podskalach, a dla podskali krytyka otoczenia wykazano, iż poziom akceptacji własnego wyglądu były istotnie niższe w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet. W badaniach własnych mężczyźni cechowali się bardziej krytyczną opinią na temat własnego ciała.

Interesujące wyniki uzyskały w swoich badaniach Chałabis i Lange, które zwróciły uwagę m.in. na motywację do redukcji masy ciała u otyłych kobiet. Badanie objęło 187 osób w wieku 22-65 lat. Respondentki podzielone były na grupy ze względu na BMI: osoby z nadwagą (I grupa), z otyłością I stopnia (II grupa), z otyłością II stopnia (III grupa) oraz z otyłością III stopnia (IV grupa). Wśród czynników, które w największym stopniu byłyby w stanie skłonić respondentki do odchudzania się, grupa kobiet z otyłością III stopnia najczęściej wymieniała ryzyko chorób wynikających z otyłości; jednak był to problem bardziej istotny dla kobiet o mniejszej masie ciała: grupa IV – 50% wskazań, III – 85,5%, II – 77,8% i I – 60,9%. Wskazania, iż powodem podjęcia prób odchudzania się było schudnięcie przed ważną uroczystością, cieszyły się największą popularnością wśród kobiet w grupie I (BMI w granicach 25,0-29,9 kg/m²) oraz w grupie IV. Pozostałe respondentki nie uznały powyższej odpowiedzi za istotną: II grupa – 4,2%, III grupa – 2,9%. Wszyscy badani z IV grupy wskazali na istotny problem w codziennym życiu: otyłość, jako czynnik powodujący kłopoty w kupowaniu ubrań [23]. W badaniach własnych prawie wszyscy badani (95%) wśród swoich oczekiwań odnośnie zabiegu bariatrycznego wymieniali poprawę zdrowia fizycznego; nieco mniejszy odsetek (90%) liczył również na poprawę samopoczucia oraz kondycji psychicznej.

Wnioski

Badani z otyłością podczas swojej drogi do podjęcia decyzji o zabiegu bariatrycznym zmagali się z: otyłością już od dzieciństwa; szybką męczliwością utrudniającą codzienne funkcjonowanie; gorszą opinią na temat własnego wyglądu wśród kobiet, wśród mężczyzn bardziej krytycznym stosunkiem do własnej

aktywności fizycznej, istotnie gorszym postrzeganiem akceptacji oraz świadomością pejoratywnego wydźwięku stereotypów dotyczących ludzi otyłych (negatywnym wizerunkiem ciała obrazowanym w trzech spośród czterech podskal KWC: zachowanie, krytyka otoczenia oraz stereotyp ładny-brzydki); wielokrotnymi i restrykcyjnymi próbami zmiany

masy ciała; chorobami współtowarzyszącymi: nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą lub podwyższony poziomem glukozy w surowicy krwi na czczo i innymi. Istotnie wyższe BMI miały osoby zamieszkujące tereny wiejskie oraz niepracujące. Badani oczekiwali korzyści płynących z zabiegu bariatrycznego w postaci poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego.

Piśmiennictwo / References

- Seifert M, Zdrojewicz Z. Otyłość a zachowania seksualne. *Endokr Otyłość i Zab Przem Mat* 2010, 6(3): 129-135.
- Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS). GUS, 2014. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> (17.05.2015).
- Body mass index – BMI. <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (20.05.2015).
- Szymocha M, Bryła M, Maniecka-Bryła I. Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdr Publ* 2009, 119(2): 207-212.
- Czerwińska E, Wałicka M, Marcinkowska-Suchowierska E. Otyłość – czy zawsze prosta? *Post N Med* 2013, 4: 307-310.
- Jaruć A, Bogdański P. Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości. *Forum Zab Matabol* 2011, 2(1): 34-42.
- Ogińska-Bulik N. Czynniki psychologiczne. [w:] *Psychologia nadmiernego jedzenia*. Ogińska-Bulik N. UŁ, Łódź 2004: 59-63.
- Polivy J, Herman CP, Deo R. Getting bigger slice of the pie. Effects on eating and emotion in restrained and unrestrained eaters. *Appetite* 2010, 55(3): 426-430.
- Kudaj-Kurowska A, Turek I, Józefowska M i wsp. Wyrównanie cukrzycy u chorych na cukrzycę typu 2 w świetle wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabet Klin* 2014, 3(3): 92-99.
- Ravesloot MJL, Hilgevoord AAJ, van Wagenveld BA, de Vries N. Assessment of the effect of bariatric surgery on obstructive sleep apnea at two postoperative intervals. *Obes Surg* 2014, 24(1): 22-31.
- Cunneen SA. Review of meta-analytic comparisons of bariatric surgery with a focus on laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Obes Relat Dis* 2008, 4(3 suppl): S47-S55.
- Hady HR, Dadan J, Iwacewicz P. Ocena skuteczności wybranych metod chirurgicznego leczenia chorych z patologiczną otyłością w materiale własnym. *Videosurgery Miniinv* 2008, 3(2): 39-44.
- Dąbrowiecki S. Zasady kwalifikacji chorych z otyłością olbrzymią do leczenia operacyjnego. *Post Nauk Med* 2009, 7: 502-505.
- Baltasar A, Serra C, Pérez N, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg* 2005, 15(8): 1124-1128.
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004, 292(14): 1724-1737.
- Głębocka A. Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi. *Impuls*, Kraków 2009.
- Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego dotyczące wykonywania badań spirometrycznych. *Pneumonol Alergol Pol* 2004, 72: 1-31.
- Boros P. Spirometria podstawowa. [w:] *Interna Szczeklika* 2013. Podręcznik chorób wewnętrznych. Gajewski P, Szczeklik A (red). MP, Kraków 2013: 593-596.
- Zegan M, Michota-Katulska E, Jagodzińska E, Sińska B. Motywacja do odchudzania u osób z nadwagą i otyłością. *Endokr Otyłość Zab Przem Mat* 2010, 6(2): 85-92.
- Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg* 2013, 23(40): 427-436.
- Weingarten TN, Flores AS, McKenzie JA, et al. Obstructive sleep apnoea and perioperative complications in bariatric patients. *Br J Anaesth* 2011, 106(1): 131-139.
- Milone M, Lupoli R, Maietta P, et al. Lipid profile changes in patients undergoing bariatric surgery: A comparative study between sleeve gastrectomy and mini-gastric bypass. *Int J Surg* 2014, 14: 28-32.
- Chałabis K, Lange E. Samoakceptacja, motywacja i oczekiwania związane z redukcją masy ciała u otyłych kobiet. *Rocz PZH* 2008, 59(3): 351-359.