

Dorota Maria Świerżko-Kłudzikowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Absolwentka Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Kierunek Pielęgniarstwo

## STRUKTURA DEMOGRAFICZNA PACJENTÓW OTYŁYCH PODDAJĄCYCH SIĘ ZABIEGOM BARIATRYCZNYM

### Demographic structure of obese patients undergoing bariatric treatments

#### Streszczenie

##### Wstęp

Otyłość jest nadmiernym gromadzeniem się tkanki tłuszczowej w organizmie i może prowadzić do licznych powikłań wielonarządowych, a w konsekwencji nawet to niepełnosprawności lub nawet zgonu. W związku ze zmianą trybu życia, co jest główną przyczyną powstawania nadwagi i otyłości i rozwojem cywilizacji problem otyłości stale rośnie w bardzo szybkim tempie. Istotnym czynnikiem w powstawaniu nadwagi i otyłości jest zmniejszenie aktywności fizycznej w codziennym życiu oraz zmiana nawyków żywieniowych tj. spożywanie pokarmów wysokokalorycznych i wysokoprzetworzonych. Chirurgiczne leczenie otyłości coraz częściej staje się alternatywą dla leczenia zachowawczego (diety odchudzające), które w związku z brakiem silnej woli pacjentów kończy się niepowodzeniem. Z roku na rok liczba zabiegów bariatrycznych rośnie i kończy się sukcesem.

##### Cel

Celem pracy było przedstawienie struktury demograficznej pacjentów otyłych poddających się zabiegom bariatrycznym.

##### Material i metody

Badania przeprowadzono podczas spotkania nieformalnej grupy wsparcia dla osób przed oraz po operacjach bariatrycznych. W badaniu, które zostało przeprowadzone za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, udział wzięły łącznie 64 osoby.

##### Wyniki

Rozwój chirurgii bariatrycznej i wiedzy w społeczeństwie na jej temat daje szansę osobom, które od lat są więźniami we własnym ciele, które nie są w stanie samodzielnie wykonać podstawowych czynności życiowych, gdzie deficyt samoopieki i samopielęgnacji jest tak duży, że niezbędna jest pomoc osób trzecich, rodziny lub pracownika ochrony zdrowia.

##### Wnioski

Pacjenci operowani bariatrycznie zmagają się z różnymi dolegliwościami, muszą pilnować diety, przestrzegać zaleceń pooperacyjnych. Wszyscy zgodnie odpowiadają, że zachęciłiby, przekonali bliską osobę do poddania się zabiegowi zmniejszenia żołądka, a sami podjęli jeszcze raz taką samą decyzję.

**Słowa kluczowe:** nadwaga, otyłość, odchudzenie, bariatria, chirurgiczne leczenie otyłości, CHLO.

#### Summary

##### Introduction

Obesity is result of an excessive accumulation of fat in the body and may lead to many complications of multiple organs, disability or even death. Due to the change in lifestyle and the development of civilization, which are the main reasons for becoming overweight, the problem of obesity is growing at a very fast pace. Important factors causing obesity are a decrease in physical activity in everyday life and the change of bad eating habits, i.e. consumption of high calories and high-processed foods. Surgical treatment of obesity is increasingly becoming an alternative method to traditional treatment (slimming diets) which, due to lack of strong will of patients, usually fails. Year after year, the number of bariatric procedures is growing.

##### The aim

The aim of the study is to present the demographic structure of obese patients undergoing bariatric treatments

##### Materials and method

The research was carried out in Bydgoszcz, during a meeting of an informal support group for people before and after bariatric surgery. The study, which was conducted using the questionnaire survey, involved 64 subjects.

##### Results

The development of the bariatric surgery and the knowledge of it amongst the society gives the chance to people who for years have been prisoners in their own body, who aren't able to independently carry out basic practical activities, where the deficit of self-care is so large that a help of third parties, the family or the employee of the health care is indispensable.

## Conclusion

The operated bariatric patients struggle with various ailments, must take care of the diet, follow post-operative orders. All of them agreeably answer that they would encourage and convince close friends and family to undergo the treatment of reducing the stomach, and themselves would make the same decision once more.

**Keywords:** overweight, obesity, weight loss, bariatric surgery, surgical treatment of obesity.

## Wstęp

O otyłości mówi się coraz częściej, ponieważ staje się coraz poważniejszym problemem społecznym. W telewizji popularność zyskują programy o charakterze popularnonaukowym dotyczące zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz niebezpiecznych następstw nadwagi i otyłości. Społeczeństwo jest coraz bardziej świadome blasków i cieni nadmiaru kilogramów, dlatego coraz częściej sięgają po fachową pomoc w walce z nadliczbowymi kilogramami. Niemniej nie zawsze pierwszym wyborem osób zmagających się z nadwagą lub otyłością jest profesjonalna pomoc dietetyka czy lekarza specjalisty. Pierwszym krokiem są zazwyczaj tzw. „diety cud”, często chwalone w mediach i prasie kobiecej. Pacjentki często nie mają świadomości, że taka „dieta cud”, która jest promowana w telewizji śniadaniowej przez zgrabną panią prezenterkę, może przynieść wiele negatywnych skutków. Wszelkie dostępne na rynku diety są skuteczne do momentu ich stosowania. Jeżeli pacjent przestanie przestrzegać rygorystycznych zaleceń dochodzi do tzw. efektu „jo-jo” – pacjent wraca do wyjściowej, a czasami nawet wyższej masy ciała.

Najlepszym rozwiązaniem w takim przypadku jest udanie się do lekarza rodzinnego, który powinien przedstawić dostępne medyczne możliwości walki z nadwagą lub otyłością. Istnieje wiele farmakologicznych suplementów diety, które wychwalane w mediach mają pomóc w walce z nadmiarem kilogramów. Część z nich przynosi drobne skutki w postaci ubytku masy ciała, ale czy to rzeczywiście realne działanie suplementu czy efekt placebo.

Badania pokazują, że jedyną skuteczną metodą jest chirurgia bariatryczna. Niestety nie wszyscy lekarze rodzinni mają wystarczającą wiedzę na temat chirurgicznego leczenia otyłości i odsyłają pacjentów do lekarzy specjalistów np. do gastrologa celem wykonania gastroskopii przedoperacyjnej. Często nawet odradzają pacjentom poddanie się takiemu zabiegowi.

## Cel

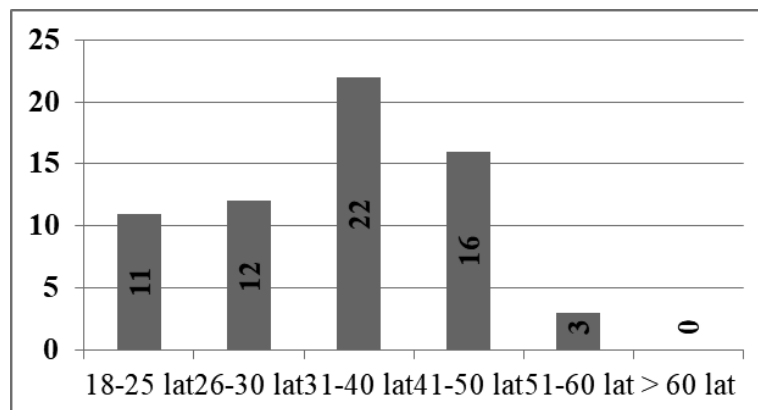
Celem pracy było przedstawienie struktury demograficznej pacjentów otyłych poddających się zabiegom bariatrycznym.

## Material i metody

Badania przeprowadzono w Bydgoszczy, gdzie odbywają się spotkania nieformalnej grupy wsparcia dla osób przed oraz po operacjach bariatrycznych.

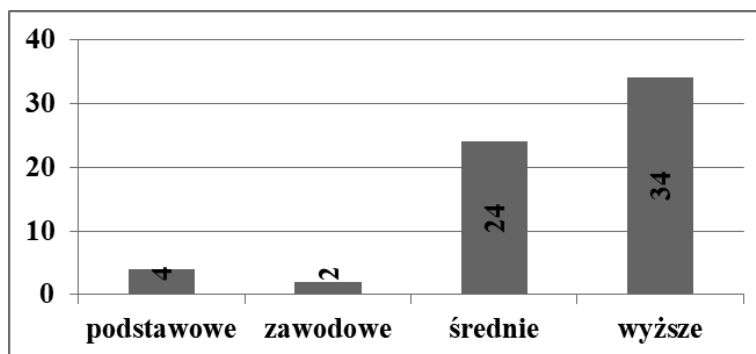
W badaniu, które zostało przeprowadzone za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety udział wzięły łącznie 64 osoby. W przedmiotowym badaniu udział wzięło 59 kobiet, co stanowiło 92,2% badanych oraz 5 mężczyzn, którzy stanowili 7,8% grupy badawczej.

Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że respondenci byli w przedziale wiekowym między 18 a 60 rokiem życia. Największą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 31-40 lat, co stanowiło 34,4% całej grupy (22 osoby). Kolejną liczną grupą wiekową były osoby w przedziale pomiędzy 41 a 50 rokiem życia. Grupa ta stanowiła 25% (16 osób). Z kolei osoby w wieku pomiędzy 18 a 25 rokiem życia stanowiły 17,2% (11 osób), a w grupie wiekowej 26-30 lat znalazło się 12 osób (18,8% badanych). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby między 51 a 60 rokiem życia. W grupie tej znalazły się tylko 3 osoby (4,7% badanych). Wśród respondentów nie znalazła się ani jedna osoba w wieku powyżej 60 lat.



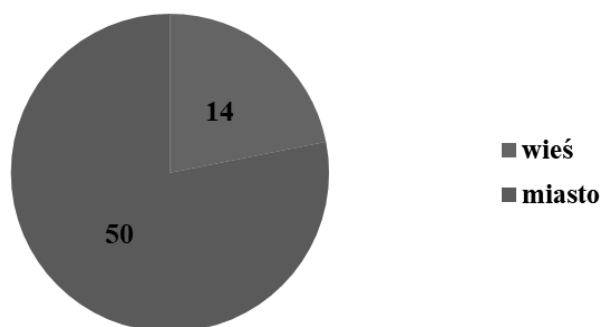
Ryc. 1. Struktura badanych wg wieku  
Fig. 1. Structure examined according to the age

Analiza wyników przeprowadzonych ankiet pod kątem wykształcenia respondentów wykazała, że w badaniu najczęściej badanych legitymowało się wykształceniem wyższym (34 osoby; 53,1% badanych). W dalszej kolejności w gronie respondentów znalazły się osoby z wykształceniem średnim (24 osoby; 37,5% badanych), podstawowym (4 osoby; 6,3% badanych) oraz zawodowym (2 osoby; 3,1% badanych).



Ryc. 2. Struktura badanych wg wykształcenia  
Fig. 2. Structure examined according to the education

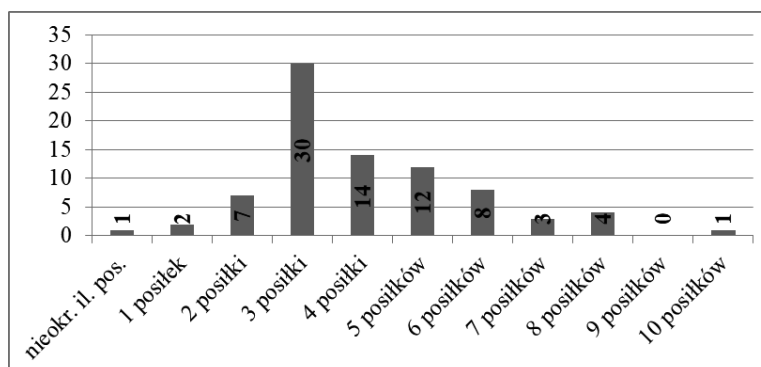
Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania ankietowanych wynika, że w gronie osób biorących udział w badaniu aż 50 respondentów (78,1%) zamieszkiwała miasta, zaś pozostałe 14 osób mieszkało na wsi (21,9%).



Ryc.3. Struktura badanych wg. miejsca zamieszkania  
Fig. 3. Structure examined according to domicile

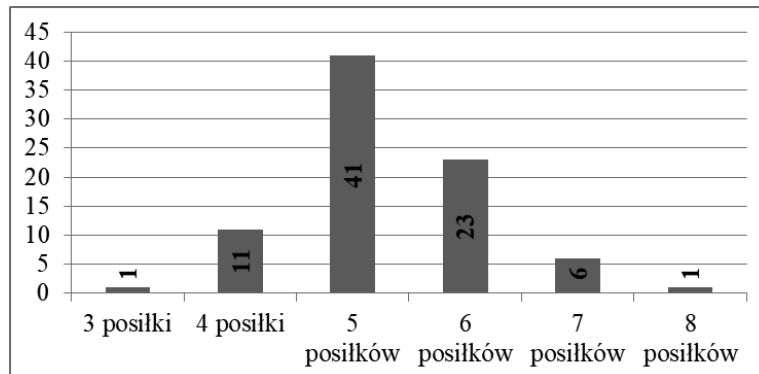
### Wyniki

Z przeprowadzonych ankiet wynika, że pacjenci przed operacją bariatryczną odżywiali się bardzo nieregularnie. Często wskazywali nie konkretną ilość spożywanego posiłków, a pewien przedział lub ewentualnie wskazywali ilość spożywanego głównego posiłku przyznając, że podjadali między posiłkami. Największe grono badanych wskazało, że spożywa trzy posiłki dziennie (w tym osoby spożywające maksymalnie trzy posiłki dziennie i osoby spożywające przynajmniej trzy posiłki dziennie) – 30 osób. W dalszej kolejności ankietowani wskazywali, że spożywają cztery lub pięć posiłków dziennie (w tym osoby spożywające maksimum cztery lub pięć posiłków dziennie i osoby spożywające przynajmniej cztery lub pięć posiłków dziennie), tj. odpowiednio 14 i 12 osób. Z kolei tylko dwie osoby wskazały, że spożywają jeden posiłek dziennie, a siedem osób przyznało, że spożywa dwa (lub dwa albo trzy) posiłki dziennie. Ponadto jedna osoba wskazała, że spożywa aż dziesięć posiłków na dzień.



Ryc. 4. Dzienna ilość posiłków spożywana przez pacjentów przed operacją bariatryczną  
Fig. 4. Daily number of meals eaten by patients before the bariatric operation

Po operacji bariatrycznej w większość przypadków ilość zjadanych posiłków dziennie wzrosła (niemniej w dziesięciu przypadkach zmalała) i stały się bardziej regularne. Większość pacjentów przyznaje, że zjadają pięć (41 osób) lub sześć (23 osoby) posiłków. Z przeprowadzonych ankiet wynika, że pacjenci spożywają posiłki w mniejszych odstępach czasowych niż przed operacją. Po operacji bariatrycznej odstępy czasowe pomiędzy posiłkami wynoszą ok. 2-3 godzin. Ponadto można zauważyć, że osoby po operacji bariatrycznej ostatni posiłek spożywają wcześniej (o ok. 2 godziny) niż przed operacją.



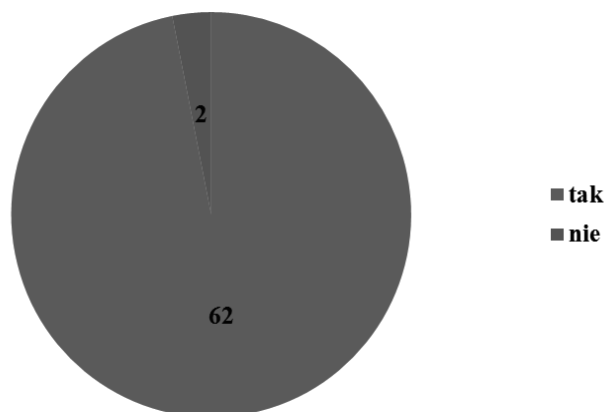
Ryc. 5. Dzienna ilość posiłków spożywana przez pacjentów po operacji bariatrycznej  
 Fig 5. Daily number of meals eaten by patients after the bariatric operation

Przed operacją pacjenci ostatni posiłek zjadali nawet kilkanaście minut przed udaniem się na odpoczynek nocny, co nie przynosiło korzyści dla ich zdrowia. Pacjenci przyznają, że nie czuli się wtedy komfortowo kładąc się spać z pełnym żołądkiem. Po operacji pacjenci zjadają ostatni posiłek ok. 2-3 godziny przed snem. Czują się dużo lepiej.

47 osób spośród 64 badanych wskazało swoją najwyższą masę ciała. Tylko u trzech osób najwyższa wartość masy ciała nie przekroczyła 100 kg. Grupa ta stanowiła 6,38%.

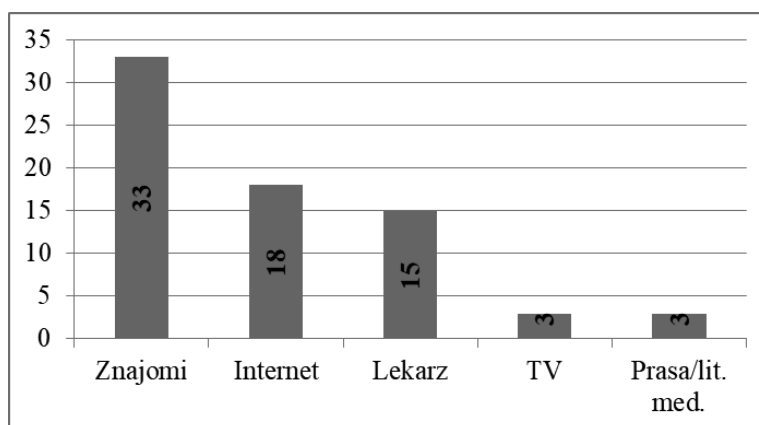
Aktualną masę ciała podało 45 osób, co stanowi 70,31%. 19 osób (29,69%) nie podaje aktualnej masy ciała, co może świadczyć o niewiedzy lub braku możliwości skontrolowania jej (brak wagi w domu).

Spośród osób badanych aż 62 osoby korzystały z różnych diet odchudzających (96,9%). Tylko dwie osoby (3,1%) nie korzystały nigdy z diet odchudzających. Pacjenci wymieniają przeróżne diety, jakie stosowali: m.in. dieta Dukana, oxy, wegetariańska, kopenhaska, Cambridge, kapuściana, Skinny Diet, 1300 kcal, 1000 kcal, Montignac, głodówki, strączkowa, jabłkowa oraz wiele innych, ale tylko u 31 osób (48,4%) przyniosły spodziewane efekty, takie jak szybki spadek masy ciała, jednak wszyscy jednogłośnie stwierdzają, że równie szybki był tzw. efekt „jo-jo” i powrót do wyjściowej lub nawet wyższej masy ciała.



Ryc. 6. Stosowanie diet odchudzających u pacjentów operowanych bariatrycznie.  
 Fig. 6. Applying slimming diets with operated bariatric patients.

Pacjenci o chirurgicznym leczeniu otyłości dowiadywali się z różnych źródeł, lecz w większości przypadków wskazywali, że o tej formie walki z otyłością dowiedzieli się od znajomych (33 osoby, w tym jedna z osób wskazała siostrę), a w dalszej kolejności Internet (18 osób). Dopiero na trzecim miejscu badani wskazali lekarzy (10 osób wskazało lekarza POZ, 3 osoby diabetologa, a po jednej kardiologa oraz ginekologa wraz endokrynologiem). Trzech ankietowanych usłyszało na temat CHLO z telewizji i tyle samo osób przeczytało o tej formie leczenia w prasie lub literaturze medycznej.



Ryc. 7. Źródła wiedzy o chirurgicznym leczeniu otyłości wśród badanych.  
Fig. 7. Sources of knowledge on the surgeon's treatment of obesity amongst examined.

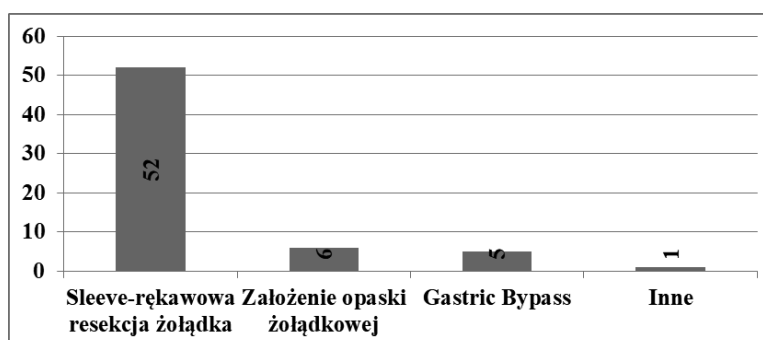
Badani pacjenci przyznają, że do podjęcia decyzji o poddaniu się operacji bariatrycznej skłoniła ich wizja szybkiej utraty masy ciała, brak wcześniejszych efektów odchudzenia (lub pojawiający się tzw. efekt „jo-jo”), chęć poprawy komfortu życia, dolegliwości towarzyszące chorobom współistniejącym oraz brak silnej woli, by samemu zrzucić zbędne kilogramy.

Chociaż pacjenci sami muszą podjąć decyzję o operacji, zdarza się, że bliscy są przeciwni tej decyzji motywując to niepokojem o bliską osobę, ryzykiem okołoperacyjnym, ale także niektórzy uważali, że bez operacji pacjent byłby w stanie zrzucić zbędne kilogramy. W przypadku 24 badanych osób (37,5%) bliscy byli przeciwni decyzji o operacji. Byli to najczęściej rodzice, małżonkowie dzieci, oraz znajomi i przyjaciele. Pacjenci jednak zdecydowali się na operację motywując to chęcią zrzucenia zbędnych kilogramów, chęcią decydowania o własnym życiu oraz ponoszeniu konsekwencji za własne wybory.

Spośród wszystkich badanych pacjentów aż 50 (78,1%) rozmawiało na temat życia po chirurgicznym leczeniu otyłości z kimś, kto już przeszedł podobną operację. Tylko 4 osoby (6,3%) próbowały skłonić do zmiany decyzji o operacji, chcąc nakłonić do zmiany rodzaju operacji.

Lekarze kwalifikujący pacjentów do chirurgicznego leczenia otyłości u 60 pacjentów (93,8%) przedstawił możliwe skutki uboczne operacji oraz ryzyko okołoperacyjne. Czterech pacjentów pozostało bez odpowiedzi na najbardziej nurtujące pytania.

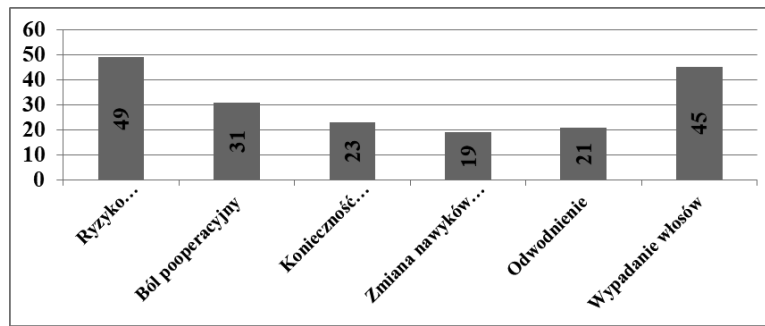
Badani pacjenci w 81,3% zdecydowali się na rękawową resekcję żołądka. Była to grupa aż 52 pacjentów. Sześciu pacjentów zdecydowało się na założenie regulowanej opaski żołądkowej, co stanowiło 9,4%. Pięć poddało się wyłączeniu żołądkowo-jelitowemu. Grupa tych pacjentów stanowiła 7,8%. Tylko jedna osoba zdecydowała się na inny rodzaj zabiegu np. na założenie balona do żołądka, co jest tylko formą przygotowawczą do właściwej operacji bariatrycznej.



Ryc. 8. Struktura badanych wg rodzaju operacji, na jaki się zdecydowali.  
Fig. 8. Structure examined according to the type of operation they decided on which.

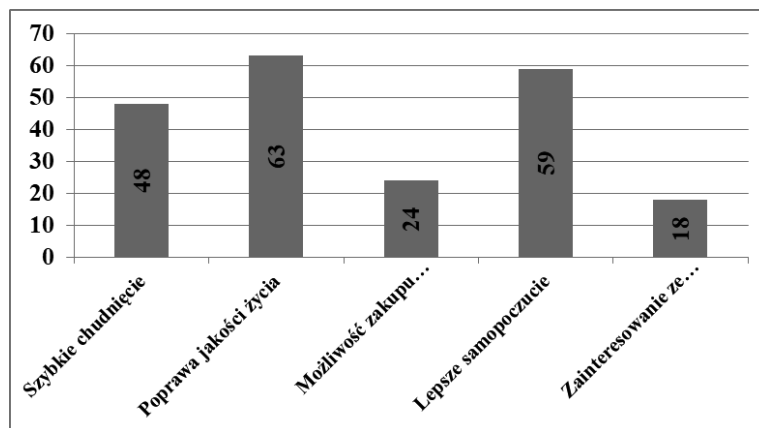
U 59 pacjentów (92,2%) stan zdrowia poprawił się dzięki operacji. Niemniej pięć pacjentów (7,8%) podaje brak poprawy stanu zdrowia.

Poproszono pacjentów o zaznaczenie trzech spośród wymienionych sześciu wad operacji bariatrycznej (ryzyko okołoperacyjne – 49, ból pooperacyjny – 31, konieczność wyrzucenia starych ubrań po schudnięciu – 23, zmiana nawyków żywieniowych – 21, odwodnienie, wypadanie włosów – 45).



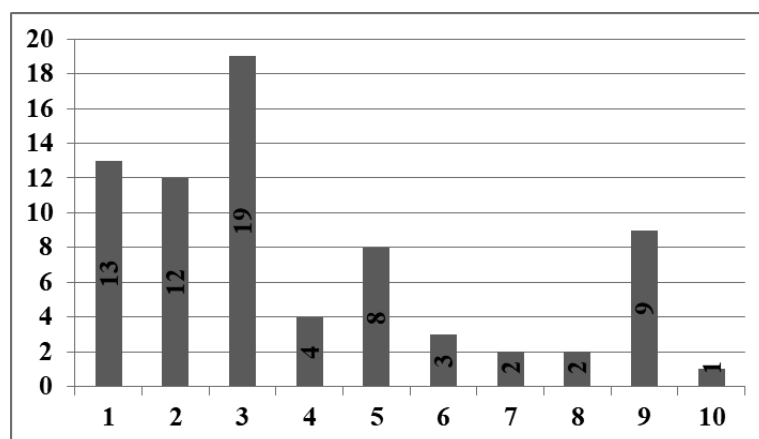
Ryc. 9. Wady operacji bariatrycznej wg badanych pacjentów.  
Fig. 9. Defects in the bariatric operation according to examined patients.

Analogicznie poproszono o zaznaczenie trzech spośród pięciu wymienionych zalet chirurgicznego leczenia otyłości (szybkie chudnięcie – 48, poprawa jakości życia – 63, możliwość zakupu nowych ubrań – 24, lepsze samopoczucie – 59, zainteresowanie ze strony pćci przeciwnej – 18).



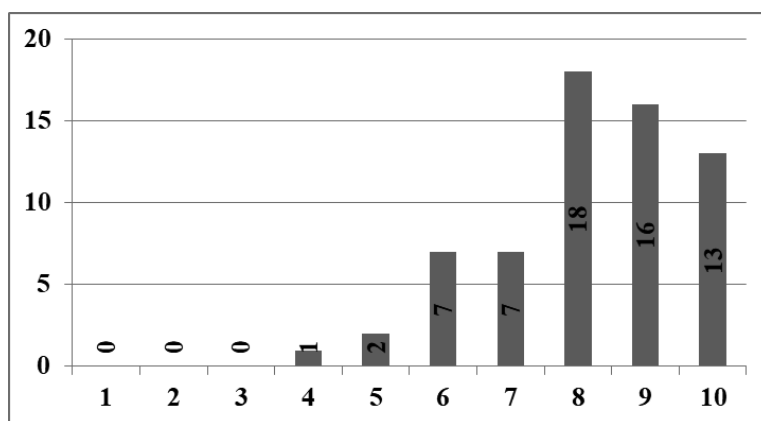
Ryc. 10. Zalety operacji bariatrycznej wg badanych pacjentów.  
Fig. 10. Advantages of the bariatric operation according to examined patients.

Pacjenci przed chirurgicznym zmniejszeniem objętości żołądka, borykający się z ogromną nadwagą i otyłością nisko postrzegają jakość swojego życia. Badani zostali poproszeni o ocenę swojego życia przed chirurgicznym leczeniem otyłości (gdzie 1 oznacza najwyższy poziom niezadowolenia, a 10 – najwyższy poziom zadowolenia). Tylko jedna osoba była w pełni zadowolona ze swojego życia (1,6%).



Ryc. 11. Ocena jakości życia pacjentów przed operacją bariatryczną.  
Fig. 11. Evaluation of the quality of life of patients before bariatric operation.

W analogiczny sposób pacjenci ocenili jakość swojego życia po operacji bariatrycznej (1 oznacza niezadowolenie, 10 zadowolenie). Wyniki są diametralnie różne. Tylko jedna osoba (1,6%) oceniła jakość swojego życia na 4. Najwięcej, bo aż 18 osób oceniło jakość swojego życia po chirurgicznym leczeniu otyłości na 8 (28,1%), co świadczy o wielu plusach chirurgii bariatrycznej.



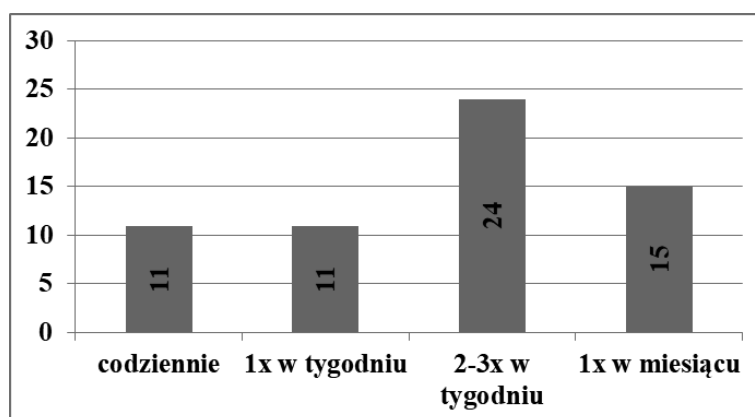
Ryc.12. Ocena jakości życia pacjentów po operacji bariatrycznej.  
Fig. 12. Quality assessment of the life of patients after the bariatric operation.

Dieta znacząco zmienia się po operacji bariatrycznej. Jak bardzo zmienia się żywienie pacjentów bariatrycznych pokazuje poniższa tabela.

Tabela 1. Żywnienie pacjentów przed i po operacji.  
Table 1. Feeding patients before and after the operation.

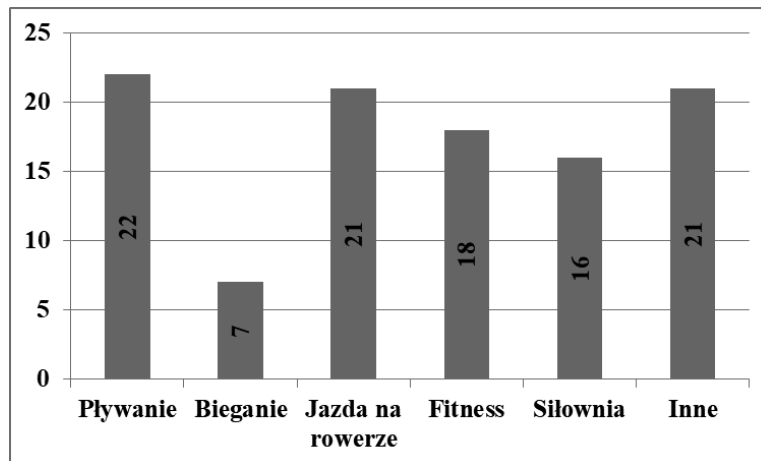
	Przed operacją		Po operacji	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Alkohol częściej niż 1x w tygodniu	10	49	3	59
Owoce/warzywa codziennie	30	28	58	6
Żywność typu „fast food” częściej niż 1 x w tygodniu	27	34	0	62
Napoje gazowane częściej niż 1 x w tygodniu	48	13	1	61
Kasze	35	13	48	16
Ryby co najmniej 1x w tyg.	35	24	45	18
Słodycze i słone przekąski	58	4	15	46

Pacjenci wraz ze spadkiem masy ciała stają się bardziej sprawni i aktywni fizycznie. Dzięki zabiegowi 54 osoby (84,4%) stały się aktywniejsze w życiu codziennym. Aż 40 osób (62,5%) regularnie uprawia sport. Poniższa rycina przedstawia częstość wykonywania aktywności fizycznej wśród badanych pacjentów. Najwięcej, bo aż 24 pacjentów uprawia sport 2-3 razy w tygodniu. Tylko 15 osób wykonuje ćwiczenia fizyczne raz w miesiącu.



Ryc. 13. Częstość uprawiania sportu wśród pacjentów operowanych bariatrycznie.  
Fig. 13. Frequency of the practicing sport amongst operated bariatric patients.

Dzięki większej sprawności fizycznej pacjenci coraz częściej czerpią radość i satysfakcję z aktywności ruchowej i sport staje się ich hobby. Istnieje wiele form aktywności, z jakiej mogą korzystać pacjenci bariatryczni. Poniższa rycina przedstawia najbardziej preferowane formy aktywności fizycznej.



Ryc. 14. Preferowana aktywność fizyczna wśród badanych pacjentów.  
Fig. 14. Preferred physical activity amongst examined patients.

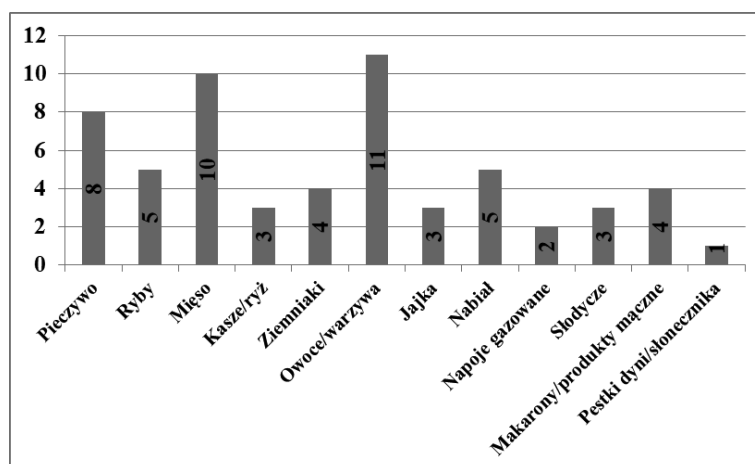
Rycina pokazuje, że najwięcej osób czerpie radość z pływania, jazdy na rowerze i innych form aktywności ruchowej np. jazda na rolkach, nordic walking, spacerowanie).

U 43 pacjentów (67,2%) po operacji zmieniło się życie seksualne. U 42 (65,5%) z nich zmieniło się na lepsze. 52 pacjentów czuje się bardziej atrakcyjnie dla swojego/swojej partnera/partnerki, co ma duży wpływ na satysfakcję z życia seksualnego.

Po dużej utracie kilogramów pacjenci czują się dużo lepiej we własnym ciele. Zaledwie 5 osób (7,8%) nie odczuwa radości z nowego, często lepszego wyglądu. Dzięki utracie kilogramów i zmianom w wyglądzie pacjenci są inaczej postrzegani przez najbliższe otoczenia. Tylko u jednej z badanych osób rodzina, znajomi i przyjaciele nie dostrzegają zmian, jakie zaszły w wyglądzie. Pacjentom jest bardzo miło, gdy najbliżsi zauważają zmiany w wyglądzie i chwalą nowy, lepszy wygląd. Tylko 5 osób nie odczuwa zadowolenia z chwalenia nowego wyglądu.

Bardzo często pacjenci mają problem z przestrzeganiem zaleceń pooperacyjnych. Bardzo istotne jest wsparcie najbliższych osób w ich przestrzeganiu, w umacnianiu słuszności ich przestrzegania. Aż 17 pacjentów nie ma wsparcia ze strony bliskich w przestrzeganiu zaleceń pooperacyjnych.

Jak już wspomniano, po operacji zmienia się sposób odżywiania, jednak są grupy produktów, których pacjenci nie mogą spożywać. Wśród badanych, 24 osoby mogą jeść wszystko, bez nieprzyjemnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Pacjenci, którzy cierpią na bolesne doznania ze strony przewodu pokarmowego najczęściej muszą unikać w swojej diecie: słodczy, pieczywa, ryb, produktów mącznych, drobiu, ryżu, kaszy, ziemniaków, surowych warzyw i owoców, nabiału oraz produktów smażonych. Aby uniknąć nieprzyjemnych, często bolesnych dolegliwości ze strony układu pokarmowego pacjenci unikają tych grup produktów nie włączając ich do swojej diety. Niemniej w pewnych sytuacjach ich spożycie jest nieuniknione np. podczas wizyt u krewnych lub w trakcie podróży. Kiedy pacjenci doznają bolesnych skutków nieprzestrzegania diety muszą często sięgać po środki przeciwbólowe, przeczyszczające lub leki na zgagę.



Ryc. 15. Produkty, które powodują nieprzyjemne doznania ze strony przewodu pokarmowego u pacjentów operowanych bariatrycznie.  
Fig. 15. Products which unpleasant experiences cause on the part of the digestive tract at operated bariatric patients.

Chociaż pacjenci operowani bariatrycznie zmagają się z różnymi dolegliwościami, muszą pilnować diety, przestrzegać zaleceń pooperacyjnych, wszyscy zgodnie odpowiedzieli, że zachęciłiby, przekonali bliską osobę do poddania się zabiegowi zmniejszenia żołądka, a sami podjęli jeszcze raz taką samą decyzję.



## Dyskusja

W dzisiejszych czasach, kiedy coraz częściej brakuje czasu na najbardziej podstawowe czynności, tj. regularne odżywianie, nadwaga i otyłość stają się chorobami cywilizacyjnymi. Już coraz młodsze osoby, a często już nawet dzieci borykają się z nadmiarem kilogramów. W czasach pełnych pędu, wyścigu szczurów nie ma czasu na myślenie o zdrowiu, o zdrowym, pełnowartościowym odżywianiu.

Dopiero negatywne skutki niefrasobliwego postępowania zapalają „czerwoną lampkę” i zmuszają do wdrożenia zmian w codzienne życie [Kłosiewicz-Latoszek, 2010].

Kiedy stawy są już tak obciążone, że nawet najmniejszy dystans sprawia ból i ogromne zmęczenie, kiedy choroby współistniejące dają o sobie znać w najmniej spodziewanych momentach czasami bywa już za późno [Kłosiewicz-Latoszek, 2010].

Otyłość definiuje się jako nadmierną masę ciała, która jest spowodowana wzrostem tkanki tłuszczowej w organizmie, zbyt dużą ilością trójglicerydów w tkance tłuszczowej. Do otyłości dochodzi najczęściej, gdy bilans energetyczny przez dłuższy okres czasu jest dodatni. Otyłość jest przewlekłą, postępującą i trwającą przez całe życie [Wyleźoł, 2006] chorobą metaboliczną o wieloczynnikowym podłożu [Paśnik, 2004]. To nadmierne gromadzenie się tkanki tłuszczowej prowadzące do powikłań wielonarządowych. Klinicznych definicji otyłości jest wiele, wszystkie wskazują, że otyłość to nadmierna masa ciała i wzrost tkanki tłuszczowej w organizmie [Tatoń i wsp., 2007].

Otyłość jako choroba towarzyszyła ludziom już od początków cywilizacji. Obecnie ze względu na zmianę trybu życia i rozwój cywilizacji problem otyłości stale rośnie w bardzo szybkim tempie. Badania wskazują, że w chwili obecnej ponad połowa populacji zmagają się z różnego stopnia otyłością. Niepokojący jest fakt, że co drugi dorosły Polak jest otyły lub ma nadwagę (49% kobiet i 54% mężczyzn). Ponad 70 tys. Polaków cierpi na otyłość olbrzymią (BMI powyżej 40 kg/m<sup>2</sup>). Niepokój budzi również to, że na otyłość chorują już coraz młodszy, a także dzieci [Paśnik, 2004]. Należy również mieć na uwadze, że współczynniki BMI dla dzieci i młodzieży przyjmują inne wartości niż dla dorosłych [www1]. Badania Instytutu Żywności i Żywienia pokazują, że nadwaga dotyka aż 15,9% chłopców oraz 11,1% dziewczynek. Z kolei otyłość dotyczy 4% chłopców i 3,4% dziewcząt [Kłosiewicz-Latoszek, 2010].

Pierwszym krokiem do zdrowia, do pozbycia się balastu zbędnych kilogramów jest odpowiedzenie sobie na pytanie „Czy odpowiada mi takie życie, kiedy nie mogę przejść najmniejszego dystansu, kiedy nie czuję się atrakcyjna/atrakcyjny dla swojego partnera/partnerki, kiedy ludzie na ulicy śmieją się ze mnie i wytykają palcami?” [www2]. Najistotniejsze jest uświadomienie występowania problemu, jakim jest nadwaga lub otyłość.

Następnym krokiem jest udanie się po pomoc do specjalisty. Najczęściej jest to lekarz pierwszego kontaktu (POZ), który kieruje pacjenta dalej do specjalisty, tj. do poradni chirurgicznej celem konsultacji z chirurgiem bariatrą.

Chirurgia bariatryczna jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny, dlatego jeszcze niewielu lekarzy rodzinnych ma wystarczającą wiedzę na jej temat. Często lekarze rodzinni nie potrafią właściwie wytłumaczyć pacjentom, że metoda chirurgiczna jest jedną z najskuteczniejszych w walce z nadwagą i otyłością.

Jednak w dobie Internetu i mediów społecznościowych pacjenci mają łatwy dostęp do informacji o tematyce chirurgicznego leczenia otyłości oraz grup wsparcia na forach internetowych. Dzięki takim stronom pacjenci nie są pozostawieni sami sobie, a osoby po operacji mogą odpowiedzieć im na najbardziej nurtujące pytania, na które lekarz rodzinny może nie znać odpowiedzi, bo nikt nie wie tyle o bariatrii, nie wie o odczuciach, bólu czy lęku, co pacjent, który poddał się takiemu zabiegowi [www2].

## Wnioski

1. Chirurgiczne leczenie otyłości jest jedną z najskuteczniejszych metod w walce z otyłością.
2. Chirurgiczne leczenie otyłości pozwala pacjentom na powrót do aktywnego funkcjonowania w codziennym życiu.
3. Chirurgiczne leczenie otyłości daje kobietom szansę na zajście w ciążę.
4. Pacjenci po operacjach bariatrycznych odzyskują radość życia i czują się bardziej atrakcyjni.
5. Przebadani pacjenci raz jeszcze poddali by się zabiegowi zmniejszenia żołądka oraz zachęci do podjęcia takiej decyzji bliską osobę.

## Piśmiennictwo

1. Kłosiewicz-Latoszek Longina. 2010. Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. *Probl Hig Epidemiol*, 91(3): 339-343.
2. Paśnik Krzysztof. 2004. *Definicja otyłości [w:] Wpływ chirurgicznych metod restrykcyjnych przewodu pokarmowego na jakość życia i choroby współistniejące u chorych z otyłością*, Praca na stopień doktora habilitowanego nauk medycznych, Warszawa: 8.
3. Tatoń Jan, Czech Anna, Barnas Małgorzata. 2007. *Sercowo-naczyniowe powikłania nadwagi i otyłości-patofizjologia i leczenie [w:] Otyłość. Zespół metaboliczny*. Tatoń Jan(red.) Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 377-391.
4. Wyleźoł Mariusz. 2006. *Otyłość – definicja, przyczyny, występowanie, klasyfikacja i następstwa kliniczne [w:] Wyniki leczenia otyłości metodą pionowej opaskowej plastyki żołądka w świetle zabiegów rewizyjnych*, Praca na stopień doktora habilitowanego nauk medycznych. Katowice: 9-13.
5. <http://www.profesorzdrowie.pl/zywienie/bmi.php>, BMI – *Wskaźnik Masy Ciała*, (dostęp: 17 grudnia 2016), www 1
6. <http://od-waga.org.pl/dyskryminacja.html>, *Dyskryminacja osób chorych na nadwagę i otyłość* (dostęp: 11 lutego 2017), www 2