



Czy operacje bariatryczne poprawiają jakość życia pacjentów?

Does bariatric surgery improve patients' quality of life?

Katarzyna Bielawska^{1,A–D,F}, Agata Grochal^{2,C–D,F}, Beata Naworska^{3,A,C–F}

¹ Wydział Medyczo-Społeczny, Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, Polska

² Szkoła Doktorska, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

³ Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa w Rudzie Śląskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Bielawska K, Grochal A, Naworska B. Czy operacje bariatryczne poprawiają jakość życia pacjentów? Does bariatric surgery improve patients' quality of life? Med Og Nauk Zdr. 2023; 29(4): 316–321. doi: 10.26444/monz/176085

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Przeprowadzono badanie jakości życia, które opiera się na ocenie wpływu choroby otyłościowej na różne sfery życia danej jednostki. Otyłość jest stanem nadmiernego nagromadzenia się tkanki tłuszczowej w organizmie, który prowadzi do pogorszenia się stanu zdrowia. Celem pracy była subiektywna ocena wpływu operacji bariatrycznej na jakość życia pacjentów.

Materiał i metody. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 181 osób, które zmagaly się z otyłością i zostały poddane operacji bariatrycznej. Zrealizowano je w odniesieniu do dwóch przedziałów czasowych: przed operacją i w ciągu ostatnich 4 tygodni. Użyto autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego charakterystykę socjodemograficzną grupy wraz z pytaniami dotyczącymi otyłości, chorób współistniejących, czasu przed i po operacji bariatrycznej, który został poszerzony o wystandaryzowany kwestionariusz jakości życia WHOQOL-BREF.

Wyniki. Wśród respondentów licniejszą grupą były kobiety, które stanowiły aż 77,3%. Najwięcej w grupie było osób w przedziale wiekowym 36–45 lat, a średnia wieku wynosiła 39,9 lat. Przed operacją tylko 13 respondentów określiło jakość swojego życia na poziomie dobrym. Pozostałe osoby oceniały jakość życia neutralnie lub źle i bardzo źle. W ostatnich 4 tygodniach jakość życia badanych była wyższa w sferze somatycznej i psychologicznej w porównaniu do sfery środowiskowej i socjalnej.

Wnioski. Jakość życia osób o otyłością jest na niskim poziomie, natomiast u pacjentów po operacjach bariatrycznych poprawiła się do średniego poziomu – głównie w domenie somatycznej i psychicznej. Wraz z czasem podnosi się jakość życia – co najmniej 6 miesięcy od operacji bariatrycznej wzrosła jakość życia w domenach środowiskowej i socjalnej.

Słowa kluczowe

jakość życia, leczenie, otyłość, operacja, bar

■ Abstract

Introduction and Objective. The study of the quality of life is based on the impact of obesity-related illness on various spheres of life of an individual. Obesity is a state of an excessive accumulation of body fat which leads to the deterioration of health. The aim of the study was to subjectively assess the impact of bariatric surgery on patients' quality of life.

Material and methods. The survey was administered to 181 people who were struggling with obesity and had undergone bariatric surgery. The survey was conducted with reference to two time intervals: before surgery and during the last four weeks. An author-constructed questionnaire was used, which included sociodemographic characteristics of the group, along with questions about obesity, comorbidities, time before and after bariatric surgery, augmented by the standardised WHOQOL – BREF quality of life questionnaire. Results Among the respondents, women were the most numerous group, accounting for as much as 77.3%. The largest group was aged between 36–45 years; mean age 39.9. While determining the quality of life before the surgery, only 13 respondents described their quality of life as good. The others described their quality of life neutrally, or as poor and very poor. Within the last 4 weeks, the respondents' quality of life was higher in the somatic and psychological spheres, compared to the environmental and social spheres.

Conclusions. The quality of life of obese people is at a low level, while in patients after bariatric surgery it improved to an average level mainly in the somatic and psychological domains. On the other hand, quality of life in the environmental and social domains increased with time at least 6 months after bariatric surgery.

Key words

obesity, surgery, quality of life, treatment, bariatrics

WPROWADZENIE

Według Światowej Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) otyłość to nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie, które może prowadzić do pogorszenia zdrowia [1].

✉ Adres do korespondencji: Agata Grochal, Szkoła Doktorska, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, Polska
E-mail: agata0023@interia.pl

Nadesłano: 7.08.2023; zaakceptowano do publikacji: 24.11.2023; publikacja online: 06.12.2023

Ze względu na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej wyróżnia się otyłość gynoidalną (pośladkowo-udową), która występuje częściej u kobiet, oraz otyłość androidalną (brzuszną), która występuje częściej u mężczyzn i kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Należy jednak pamiętać, że – bez względu na rodzaj otyłości – wraz z nadmiernym gromadzeniem tkanki tłuszczowej wzrasta ryzyko rozwoju wielu powikłań: cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, zastoinowej niewydolności serca, zaburzeń lipidowych i miażdżycy, udaru mózgu, choroby zwyrodnieniowej stawów czy problemów z oddychaniem. U kobiet zwiększa się ryzyko zaburzeń cyklu menstruacyjnego czy powikłań ciąży. Chorujący na otyłość częściej cierpią na depresję niż osoby z prawidłową masą ciała [1, 2].

Leczenie otyłości powinno być dostosowane do rodzaju otyłości, chorób współistniejących oraz do indywidualnych ograniczeń funkcjonalnych danej osoby. Obecnie istnieją trzy opcje leczenia otyłości: zmiana stylu życia, która ma na celu modyfikację nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej, leczenie farmakologiczne jako uzupełnienie zmiany stylu życia oraz leczenie chirurgiczne [3].

Chirurgia bariatryczna zmniejsza pojemność żołądka, upośledza wchłanianie składników odżywczych lub łączy obie funkcje. Do najczęściej stosowanych metod leczenia chirurgicznego należą: rękawowa resekcja żołądka (SG), bajpas żołądka Roux-en-Y (RYGB) i regulowana opaska żołądkowa (AGB) [4].

Historia polskiej bariatryki sięga lat 70. ubiegłego stulecia. Prekursorem operacji bariatrycznych jest prof. Marian Pardela [5]. Rozpoczął on w 1977 roku operacyjne leczenie otyłości poprzez wykonanie operacji o charakterze wyłączenia jelitowego. Obecnie jest to jedyny trwały i, przede wszystkim, skuteczny sposób postępowania u chorych z otyłością olbrzymią, wyraźnie poprawiający jakość życia tych pacjentów [5].

Wzrost zainteresowania jakością życia został odnotowany w latach 50. ubiegłego wieku. W roku 1994 WHO opracowała definicję jakości życia. Według tej definicji jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [6].

Jakość życia może być oceniana za pomocą bezpośredniego wywiadu z pacjentem, testów psychometrycznych, pośrednich miar, takich jak liczba osób rezygnujących z terapii, a także standaryzowanych kwestionariuszy [7, 8].

Ocena jakości życia ma charakter subiektywny, z tego względu oceny tej powinien dokonywać sam pacjent. Badania wykazują, że występują znaczące różnice pomiędzy podmiotową oceną jakości życia a obiektywną oceną klinicysty [9].

Chirurgiczne leczenie otyłości niesie liczne korzyści: zmniejszenie się chorób współistniejących, spadek śmiertelności, poprawę jakości życia [10].

Badania, których podjął się Versteegden i wsp. [10], wynika, że jakość życia pacjentów poddanych operacji bariatrycznej ulega znacznej poprawie, niezależnie od rodzaju operacji.

Castanha i wsp. [11] zaobserwowali, że u większości pacjentów jakość życia po operacji bariatrycznej uległa polepszeniu, wykazano przy tym poprawę we wszystkich ocenianych elementach.

CEL PRACY

Celem pracy była subiektywna ocena wpływu operacji bariatrycznej na jakość życia pacjentów.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego składającego się z 3 części, zawierającego 65 pytań, podzielonych za zmienne zależne i niezależne. Pytania należące do pierwszej części dotyczyły zmiennych niezależnych i były to: czynniki socjodemograficzne (a zatem dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, źródła utrzymania, wykształcenia, statusu materialnego i relacji rodzinnych), czas, który upłynął od operacji, czas trwania choroby otyłościowej, występowanie otyłości w rodzinie, wielkość BMI w momencie kwalifikacji do operacji bariatrycznej oraz liczba utraconych kilogramów, a także schorzenia współistniejące (pyt. 1–14). Do zmiennych zależnych zaliczono jakość życia, ocenianą na podstawie wyników kwestionariusza WHOQOL-BREF (skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia), którego użyto do zebrania danych przed operacją (pyt. 15–40), oraz poprzez zadanie tych samych pytań odnoszących się do czasu po operacji (w odniesieniu do 6 miesięcy oraz 1 roku po zabiegu operacyjnym, pyt. 41–66). Kwestionariusz WHOQOL-BREF składa się z 26 pytań, których użyto w odniesieniu do czasu przed operacją bariatryczną oraz okresu ostatnich 4 tygodni. Odpowiedzi oceniane są w skali: 1–5 oraz 5–1, a ocenie podlegały 4 dziedziny życia (domeny): somatyczna (dotycząca oceny ogólnego stanu zdrowia, nasilenia poszczególnych dolegliwości, poziomu energii życiowej), psychologiczna (dotycząca stanu psychicznego, funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego), socjalna (dotycząca relacji międzyludzkich, życia intymnego) i środowiskowa (dotycząca warunków życia człowieka, zaspokajania jego potrzeb) [12]. Punktację dla dziedzin ustalono poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pytań wchodzących w skład poszczególnych domen (w przypadku 3 pytań obowiązuje punktacja odwrotna, czyli od 5 do 1).

Odpowiedziom respondentów w kwestionariuszu WHOQOL-BREF przypisano określone wartości punktowe, które świadczą o odczuwanym poziomie jakości życia. Im wartość jest bliższa 100 pkt, tym jest ona wyższa. Odpowiedzi osób badanych zostały przyporządkowane do 4 domen, odpowiadających 4 aspektom jakości życia: somatycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej.

Badania rozpoczęto od poradni INTER-MED Centrum Medyczne w Będzinie, gdzie przeprowadzono badania w dniach 15 lutego–30 marca 2023 roku. Następnie rozszerzono zbieranie danych o ankiety rozpowszechnione na platformach zraszających pacjentów bariatrycznych. Respondenci zostali poinformowani o naukowym celu badania ankietowego oraz anonimowym i dobrowolnym charakterze uczestnictwa w nim. Badani jednorazowo dokonywali oceny aktualnej i retrospektywnej. Kryterium włączenia do badania była zgoda pacjenta, ukończone 18 lat, minimum 4 tygodnie od wykonania operacji bariatrycznej. Kryterium wyłączenia był krótszy czas od operacji oraz brak zgody na udział w badaniu.

Pozyskane dane zostały poddane analizie statystycznej. Obliczenia wykonano w programie IBM SPSS. W celu oceny występowania zależności istotnych statystycznie między

zmiennymi nominalnymi stosowano tabele kontyngencji oraz wykonywano testy χ^2 . W celu oceny związku między zmiennymi ilościowymi lub między zmienną ilościową a porządkową stosowano współczynnik korelacji rho-Spearmana. Dwie grupy w zakresie zmiennych ilościowych porównywano za pomocą testu Manna-Whitneya. Trzy lub więcej grup porównywano za pomocą testu Kruskala-Wallisa i testu kolejności par Wilcoxon. Metody nieparametryczne wybrano ze względu na rozkłady odbiegające od rozkładu normalnego. Jako granicę istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

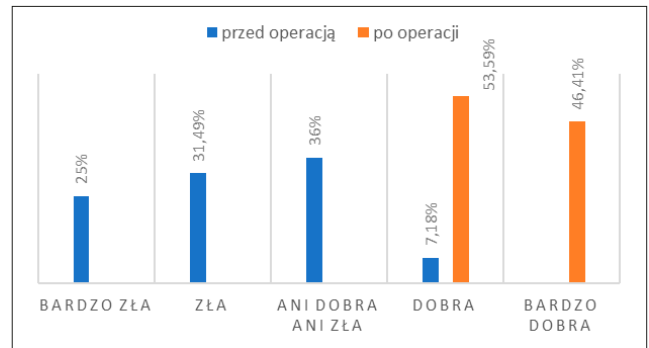
Charakterystyka badanej populacji

W przeprowadzonych badaniach ankietowych wzięło udział 181 respondentów. W badaniu uczestniczyły osoby w wieku 22–66 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 39,90 lat. Wśród respondentów 77,3% stanowiły kobiety. Badani zamieszkiwali głównie miasta – 68%. Największą grupę respondentów stanowiły osoby będące w związku małżeńskim – 60,2%, kolejną grupą były osoby pozostające w związku nieformalnym – 16%, podobną liczbą stanowiły osoby po rozwodzie – 11,6% oraz osoby stanu wolnego – 12,2%. W badaniu ankietowym brały udział w większości osoby pracujące, w liczbie 153, co stanowi 84,5%. Byli to głównie pracownicy umysłowi – 57,5%, a następnie pracownicy fizyczni – 27,1%. Najmniejszą grupą były osoby uczące się, które stanowiły 1,1% grupy. Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem wyższym – 54,1% oraz średnim – 36,5%. Osoby z niższym wykształceniem stanowiły 9,4%. Większość respondentów określała swój status ekonomiczny jako średni – 66,9% i wysoki – 27,1%. Zdecydowana większość posiada dzieci – 73,5%. Ponad połowa badanych osób (60,2%) jest dłużej niż pół roku po operacji bariatrycznej, a 39,8% jest do 6 miesięcy po zabiegu. Zdecydowana większość pacjentów żyła z chorobą otyłościową dłużej niż 16 lat. Stanowią oni 66,3%, spośród których 30,4% chorowało dłużej niż 21 lat. Spośród ogółu przebadanych osób 85,1% potwierdziło występowanie otyłości w najbliższej rodzinie (rodzice, dziadkowie, rodzeństwo). Najwyższy odsetek respondentów, bo prawie połowa (42,5%), miał III stopień otyłości i BMI w przedziale 40,1–45. Prawie jedna czwarta badanych (24,3%) schudła ponad 50 kg. Najmniejszy spadek masy ciała wynosił 2 kg, a największy – 85 kg. Zdecydowana większość pacjentów poza otyłością cierpiała na choroby współistniejące. Występowały one u 84% badanych, a tylko 16% osób chorób współistniejących nie miało.

WYNIKI

Dokonano analizy retrospektywnej jakości życia pacjentów przed zabiegiem bariatrycznym. 36% badanych określiło swoją jakość życia jako ani dobrą, ani złą. Niewiele mniej, bo 31,49%, respondentów określiło swoją jakość życia jako złą, a 25% jako bardzo złą. Tylko 7,18% badanych oceniło jakość życia przed operacją jako dobrą. Biorąc pod uwagę ostatnie 4 tygodnie przed badaniem, należy stwierdzić, iż jakość życia pacjentów bariatrycznych znacząco się poprawiła. Ponad połowa badanych (53,59%) uważa, że jakość ich życia jest dobra, zaś 46,41% uważa, że jest bardzo dobra. Nikt nie ocenił jakości życia jako złą lub bardzo złą.

Niezadowolonych ze swojego zdrowia przed operacją było 33,7% respondentów. Na drugim miejscu plasowali się



Rycina 1. Jakość życia przed i po operacji.
Źródło: opracowanie własne

badani, którzy nie byli ani zadowoleni, ani niezadowoleni ze swojego zdrowia. Najmniej, bo tylko 1,1%, osób deklaroowało, że było bardzo zadowolonych ze swojego zdrowia przed operacją. W ciągu ostatnich 4 tygodni zadowolonych ze swojego zdrowia było 40,33% badanych, zaś bardzo zadowolonych – 33,70%.

W tab. 1 zaprezentowano statystyki opisujące obliczone w ten sposób wyniki poszczególnych skali z czasów przed operacją i po operacji. Jakość życia w sferze socjalnej (71,38) i psychologicznej (64,70) była wyższa niż w przypadku sfery środowiskowej (62,98) i somatycznej (57,32). Największe zróżnicowanie wartości na skali zaobserwowano w sferze psychologicznej (odchylenie standardowe równe 12 653), natomiast najwyższa mediana dotyczyła skali socjalnej (73,33). W ostatnich 4 tygodniach jakość życia w sferze somatycznej (84,04) i psychologicznej (83,72) była wyższa niż w przypadku sfery środowiskowej (76,01) i socjalnej (75,62). Największe zróżnicowanie wartości na skali zaobserwowano w sferze somatycznej (odchylenie standardowe równe 13,821), natomiast najwyższa mediana dotyczyła skali psychologicznej (83,33).

Z poniższych danych wynika, że przed zabiegiem najwyższy poziom jakości życia odnotowano w domenie socjalnej (71,38). Po zabiegu najwyższy poziom jakości życia odnotowano w domenie somatycznej (84,04), która uplasowała się przed domeną psychologiczną (83,72). W zakresie każdej z domen odnotowano istotny statystycznie wzrost poziomu jakości życia ($p < 0,001$).

Dane z tab. 3 poddano analizie Manna-Whitneya. Im dłuższy czas od momentu operacji, tym wyższa jakość życia w domenie socjalnej przed ($p=0,016$; wyższe wartości

Tabela 1. Jakość życia badanych przed operacją i po operacji – wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF

PRZED OPERACJĄ (skala od 0 do 100)	N	Średnia	Mediana	SD	Min.	Max.
Domena somatyczna	181	57,32	54,29	12,062	37	83
Domena psychologiczna	181	64,70	66,67	12,653	37	90
Domena socjalna	181	71,38	73,33	10,721	53	93
Domena środowiskowa	181	62,98	62,50	10,763	43	85
PO OPERACJI (skala od 0 do 100)	N	Średnia	Mediana	SD	Min.	Max.
Domena somatyczna	181	84,04	82,86	13,821	57	100
Domena psychologiczna	181	83,72	83,33	10,306	70	100
Domena socjalna	181	75,62	73,33	12,078	60	100
Domena środowiskowa	181	76,01	80,00	8,799	53	85

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Jakość życia przed i po operacji bariatrycznej w poszczególnych domenach (test znaków rangowanych Wilcoxon)

Para zmiennych	N ważnych	Średnia	Z	p
Domena somatyczna przed operacją vs po operacji	181	57,32 / 84,04	-10,515	< 0,001
Domena psychologiczna przed operacją vs po operacji	181	64,70 / 83,72	-10,770	< 0,001
Domena socjalna przed operacją vs po operacji	181	71,38 / 75,62	-4,617	< 0,001
Domena środowiskowa przed operacją vs po operacji	181	62,98 / 76,01	-10,725	< 0,001

Źródło: opracowanie własne

w grupie osób powyżej 7 miesięcy od zabiegu). Domena socjalna po ($p=0,001$; wyższe wartości wśród osób do 6 miesięcy po zabiegu), domena środowiskowa przed ($p=0,005$; wyższe wartości w grupie osób do 6 miesięcy po zabiegu) oraz domena środowiskowa po ($p < 0,001$; wyższe wartości w grupie osób do 6 miesięcy po zabiegu) wskazują na wyższą jakość życia u pacjentów do 6 miesięcy po operacji.

W tab. 4 przedstawiono korelację wieku oraz BMI i jakości życia w nawiązaniu do czasu przed i po operacji bariatrycznej. Wykazano istotny statystycznie słaby dodatni związek między wiekiem a jakością życia w zakresie następujących skal: domena somatyczna po, domena psychologiczna po, domena środowiskowa po. Wraz z wiekiem wzrastał poziom jakości życia w tych domenach. Nie wykazano związków istotnych statystycznie między poziomem BMI przed zabiegiem a żadną z domen oceny jakości życia.

Tabela 3. Wpływ czasu, który upłynął od zabiegu operacyjnego, na odczucia badanych w obszarze jakości życia (test Manna-Whitneya)

PRZED OPERACJĄ (skala od 0 do 100)	N		M		Z	p
	Gr. do 6 mies.	Gr. od 7 mies.	Gr. do 6 mies.	Gr. od 7 mies.		
Domena somatyczna	72	109	55,40	58,58	-1,593	0,111
Domena psychologiczna	72	109	65,09	64,43	-,265	0,791
Domena socjalna	72	109	68,15	73,52	-2,415	0,016
Domena środowiskowa	72	109	64,86	61,74	-2,824	0,005
PO OPERACJI (skala od 0 do 100)	N		M		Z	p
	Gr. do 6 mies.	Gr. Od 7 mies.	Gr. do 6 mies.	Gr. od 7 mies.		
Domena somatyczna	72	109	84,33	83,85	-392	0,695
Domena psychologiczna	72	109	84,21	83,39	-1,902	0,057
Domena socjalna	72	109	80,00	72,72	-3,240	0,001
Domena środowiskowa	72	109	78,72	74,22	-4,301	< 0,001

Źródło: opracowanie własne

W tab. 5 została przedstawiona korelacja statusu ekonomicznego i jakości życia przed i po operacji bariatrycznej w poszczególnych domenach. Różnice istotne statystycznie między grupami występowały w zakresie skal: domena somatyczna po ($p=0,013$; najwyższe wartości w grupie osób z niskim statusem ekonomicznym); domena psychologiczna po ($p=0,035$; najwyższe wartości wśród osób z niskim statusem ekonomicznym); domena socjalna po ($p=0,042$; najwyższe wartości wśród osób z niskim statusem ekonomicznym);

Tabela 4. Zależność między wiekiem oraz BMI przed operacją a jakością życia (rho-Spearmana)

	Wiek		BMI	
	rho	p	rho	p
PRZED OPERACJĄ (skala od 0 do 100)				
Domena somatyczna	-0,097	0,193	-0,125	0,095
Domena psychologiczna	0,103	0,166	0,028	0,712
Domena socjalna	0,085	0,255	-0,030	0,692
Domena środowiskowa	-0,017	0,818	-0,094	0,208
PO OPERACJI (skala od 0 do 100)				
Domena somatyczna	0,275	0,000	0,079	0,289
Domena psychologiczna	0,148	0,047	0,081	0,281
Domena socjalna	0,119	0,109	-0,028	0,709
Domena środowiskowa	0,234	0,002	0,059	0,432

Źródło: opracowanie własne

domena środowiskowa po ($p=0,005$; najwyższe wartości wśród osób z niskim statusem ekonomicznym).

Tabela 5. Zależność pomiędzy statusem ekonomicznym badanych a jakością ich życia (test Kruskala-Wallis)

Status ekonomiczny a jakość życia	N	M	SD	chi ²	p
PRZED OPERACJĄ (skala od 0 do 100)					
Domena somatyczna	niski	11	57,92	10,388	2,061 0,357
	średni	121	58,11	12,147	
	wysoki	49	55,22	12,169	
Domena psychologiczna	niski	11	70,61	11,237	4,756 0,093
	średni	121	64,93	12,293	
	wysoki	49	62,79	13,580	
Domena socjalna	niski	11	73,33	7,888	0,526 0,769
	średni	121	71,35	11,406	
	wysoki	49	71,02	9,579	
Domena środowiskowa	niski	11	61,36	10,745	1,639 0,441
	średni	121	62,46	10,665	
	wysoki	49	64,64	11,040	
PO OPERACJI (skala od 0 do 100)					
Domena somatyczna	niski	11	93,77	6,977	8,643 0,013
	średni	121	82,15	14,617	
	wysoki	49	86,53	11,620	
Domena psychologiczna	niski	11	91,21	9,806	6,685 0,035
	średni	121	82,95	10,149	
	wysoki	49	83,95	10,312	
Domena socjalna	niski	11	84,85	12,326	6,335 0,042
	średni	121	74,55	12,080	
	wysoki	49	76,19	11,304	
Domena środowiskowa	niski	11	79,32	9,158	10,562 0,005
	średni	121	74,63	9,240	
	wysoki	49	78,67	6,695	

Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

Ze względu na liczbę osób chorujących na otyłość oraz biorąc pod uwagę szybkość jej rozprzestrzeniania się, choroba otyłościowa nazywana jest pandemią współczesnych czasów. Liczne badania naukowe pokazują, że znacznie obniża jakość życia chorujących na nią osób [13–16]. Operacje bariatryczne są jednym ze sposobów na wyleczenie otyłości i poprawę jakości życia [17–22]. Przeprowadzone badanie pokazuje zmiany w odczuwanym poziomie jakości życia pacjentów otyłych, którzy poddali się operacji bariatrycznej, aby polepszyć jakość swojego życia oraz zdrowia.

W ankiecie wzięło udział 181 osób, które przed operacją bariatryczną najniżej oceniały jakość swojego życia w domenie somatycznej. Dane te potwierdzają informacje pochodzące z literatury, według których nadmierna masa ciała może stwarzać praktyczne problemy, które mogą być związane z bólem, chorobami współistniejącymi i unieruchomieniem, co stopniowo zmniejsza zdolność do wykonywania codziennych czynności [13, 14].

Porównując jakość życia pacjentów sprzed i po operacjach bariatrycznych w niniejszej pracy, można zauważyć wzrost poziomu jakości życia w każdej domenie. Również Castanha CR i wsp. [11] w swej pracy zwrócili uwagę, że wpływ otyłości nie dotyczy tylko problemów ze zdrowiem, ale także jakości życia. Otyłość wpływa na obniżenie jakości interakcji społecznych, powoduje niską samoocenę, izolację społeczną, a także zwiększa poziom odczuwanego stresu i podatność na choroby psychiczne [11]. Uzupełnieniem jest przegląd Kolotkina i wsp. [15], który pokazuje, że otyłość wiąże się z obniżeniem jakości życia, szczególnie u osób z otyłością III stopnia (BMI ≥ 40), zaś fizyczne aspekty jakości życia wydają się ściślej związane ze stopniem otyłości niż aspekty psychiczne [15]. Pacjenci po operacjach bariatrycznych mają lepszą jakość życia aniżeli pacjenci po interwencjach niechirurgicznych [23, 24]. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że wraz z wiekiem wzrastał poziom jakości życia w domenach: somatycznej, psychologicznej i środowiskowej. Nie zaobserwowano związków istotnych statystycznie pomiędzy poziomem BMI przed zabiegiem a żadną z domen oceny jakości życia. Zaskakujące okazało się, że wyższą jakość życia odczuwali pacjenci deklarujący niski status ekonomiczny.

Należy również zwrócić uwagę na porównanie danych socjodemograficznych i wywiadu zdrowotnego z badaniami brazylijskich badaczy – J. A. Pinheiro i wsp. przedstawili wyniki dotyczące m.in. płci, wieku, masy ciała, które podobne są do wyników niniejszej pracy. W obu przypadkach dominowały kobiety, których liczba w obu badaniach oscylowała wokół 70%. Średnia wieku jest także porównywalna, mimo że przedstawione w pracach przedziały wiekowe respondentów są różne. W obydwu badaniach największą grupę stanowiły osoby z otyłością III stopnia i BMI > 40 [22].

W badaniach A. A. Alotaibi i wsp. jakość życia po zabiegu chirurgicznym najczęściej oceniana była jako zadowolająca albo średnia. Wykazano, że jakość życia związana jest z wieloma czynnikami socjodemograficznymi: wiekiem, płcią, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, narodowością i chorobami współistniejącymi [25]. W badaniu własnym biorąc pod uwagę ostatnie 4 tygodnie przed badaniem, można zauważyć, że jakość życia po operacji uległa znaczącej poprawie. Można stwierdzić, że im dłuższy czas od momentu operacji, tym wyższa jakość

życia w domenie socjalnej i środowiskowej. Domena socjalna skoncentrowana jest na relacjach z innymi ludźmi, w tym na obecności wsparcia, a domena środowiskowa uwzględnia takie aspekty życia jak: bezpieczeństwo, możliwość realizowania swoich zainteresowań, sytuację finansową, warunki mieszkaniowe, placówki ochrony zdrowia i komunikację.

Należy pamiętać, że jednym z czynników zachorowania na otyłość są nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Aby wyhamować liczbę zachorowań, należy edukować każde kolejne pokolenie, wpajając młodzieży od najmłodszych lat zasady zdrowego odżywiania, nie zapominając przy tym o aktywności fizycznej.

WNIOSKI

Otyłość wiąże się z niską jakością życia we wszystkich obszarach, natomiast poddanie się operacji bariatrycznej poprawia jakość życia głównie w obszarze zdrowia fizycznego i psychicznego pacjentów tuż po operacji. Wraz z upływem rekonwalescencji poprawia się także jakość życia w domenie socjalnej i środowiskowej.

PIŚMIENICTWO

- Ostrowska L, Zyśk B. Definicja, epidemiologia i diagnostyka choroby otyłościowej. In: Ostrowska L, Bogdański P, Mamcarz A, editor. Otyłość i jej powikłania. Praktyczne zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2021. p. 3–51.
- Muchacka R, Cebula N. Nadwaga i otyłość – ogólnoswiatowa epidemia. Prace Naukowe WSZiP. 2017;42:75–85.
- Courcoulas AP, Schauer PR. The Surgical Management of Obesity. In: Brunicaudi F, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 11th ed. McGraw Hill; 2019. Web sites: <https://accesssurgery.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2576&ionid=216213889> (data wejścia: 20/09/2022).
- Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. *Obes Rev.* 2019 Nov;20(11):1507–1522. doi: 10.1111/obr.12927
- Stanowski E, Wyleźń M. Rozwój chirurgicznego leczenia otyłości na świecie i w Polsce. *Postępy Nauk Medycznych.* 2009;7:498–501.
- WHOQOL Group. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403–1409.
- Rolka H, Kowalewska B, Jankowiak B. Jakość a jakość życia w ujęciu historycznym. In: Kowalewska B, Jankowiak B, Rolka H, Krajewska-Kułak E, editor. Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. T1. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2017. p. 31–42.
- Wiśniewska E, Zagroba M, Ostrowska B, et al. Jakość życia w zdrowiu i w chorobie – charakterystyka pojęcia. In: Kowalewska B, Jankowiak B, Rolka H, Krajewska-Kułak E, editor. Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. T1. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2017. p. 43–52.
- Majkowiak M. Metodologiczne podstawy oceny jakości życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce.* 2017;11(2):78–83.
- Versteegden DPA, Van Himbeek MJJ, Nienhuijs SW. Improvement in quality of life after bariatric surgery: sleeve versus bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2018 Feb;14(2):170–174.
- Castanha CR, Tcbe-Pe ÁABF, Castanha AR, et al. Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery. *Rev Col Bras Cir.* 2018 Jul 16;45(3):e1864. Portuguese, English. doi: 10.1590/0100-6991e-20181864
- https://gsuzdrowie.pl/doc/ue6/polish_whoqol.pdf (access: 10.01.2023).
- Homer CV, Tod AM, Thompson AR, et al. Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study *BMJ Open* 2016; 6.
- Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of Obesity: Weight Loss and Bariatric Surgery. *Circ Res.* 2016 May 27;118(11):1844–55. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.307591.

15. Kolotkin RL, Andersen JR. A systematic review of reviews: Exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clin Obes*. 2017;7:273–289.
16. Halina Zielińska-Więczkowska, Milena Budnik, Analiza jakości życia pacjentów z nadwagą i otyłością w zależności od wskaźnika masy ciała i czynników socjo-demograficznych, *Farmacja Współczesna*. 2016;9:110–116.
17. Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J. Quality of Life after Bariatric Surgery-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 26;19(15):9078. doi:10.3390/ijerph19159078
18. Martinelli V, Chiappedi M. Bariatric Surgery: Psychosocial Aspects and Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 8;19(24):16516. doi:10.3390/ijerph192416516
19. Coulman KD, Blazebly JM. Health-Related Quality of Life in Bariatric and Metabolic Surgery. *Curr Obes Rep*. 2020 Sep;9(3):307–314. doi:10.1007/s13679-020-00392-z
20. Gilmartin J, Bath-Hextall F, Maclean J, et al. Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2016 Nov;14(11):240–270. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003182
21. Grönroos S, Helmiö M, Juuti A, et al. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss and Quality of Life at 7 Years in Patients With Morbid Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2021 Feb 1;156(2):137–146. doi:10.1001/jamasurg.2020.5666
22. Pinheiro JA, Castro IRD, Ribeiro IB, et al. Repercussions of Bariatric Surgery on metabolic parameters: experience of 15-year follow-up in a hospital in Maceio, Brazil. *Arq Bras Cir Dig*. 2022 Jan 31;34(4).
23. Malczaka P, Mizera M, Lee Y, et al. Quality of Life After Bariatric Surgery-a Systematic Review with Bayesian Network Meta-analysis. *Obes Surg*. 2021 Dec;31(12):5213–5223. doi:10.1007/s11695-021-05687-1
24. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, et al. Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)*. 2016 Jan;24(1):60–70. doi:10.1002/oby.21322
25. Alotaibi AA, Almutairy AN, Alsaab AS. Post-Bariatric Surgery Patients: A Quality of Life Assessment in Saudi Arabia. *Cureus*. 2022 Apr 19;14(4):e24273. doi:10.7759/cureus.24273