

Wioletta Żukowska¹, Beata Wieczorek-Wójcik²

¹ Centrum Leczenia Otyłości, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie

² Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy sp. z o.o. w Wejherowie

Laparoskopowa resekcja żołądka a jakość życia – studium przypadku

The laparoscopic gastric sleeve resection vs quality of life – case study

STRESZCZENIE

Wstęp. Otyłość jest chorobą przewlekłą, powodującą zaburzenia wielu procesów życiowych oraz negatywnie wpływającą na jakość i długość życia. Leczenie chirurgiczne to jedna z najskuteczniejszych metod leczenia otyłości. Udział pielęgniarki jako członka zespołu terapeutycznego może mieć znaczący wpływ na osiągnięcie pożądanego wyniku poprawy jakości życia chorych po operacjach bariatrycznych.

Cel pracy. Ewaluacja wyników odległych pacjenta po laparoskopowej resekcji rękawowej żołądka (LSG) w zakresie oceny jakości życia; ocena udziału usług pielęgniarskich w poprawie jakości życia.

Materiały i metody. Badanie – metodą studium przypadku – przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie. Do oceny jakości życia użyto kwestionariusza Moorehead-Ardelt QOL (M-A QOL) – specyficznego narzędzia dla tej grupy chorych. W celu oceny wpływu działań pielęgniarki na poprawę jakości życia zastosowano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu M-A QOL wykazały poprawę jakości życia badanego przypadku na poziomie średnio dobrym. Poprzez ocenę wpływu działań pielęgniarskich na wynik końcowy procesu terapeutycznego i poprawę jakości życia pacjenta uzyskano wyniki zadowalające w zakresie sprawowania opieki pielęgniarskiej podczas hospitalizacji w szpitalu, wykazano jednak brak satysfakcji w okresie przygotowującym do terapii oraz po wypisie ze szpitala.

Wnioski. Chirurgia otyłości jest punktem wyjściowym do zmiany stylu życia. W przypadku operacji bariatrycznych wymagane są odpowiednie przygotowanie chorego przed zabiegiem operacyjnym oraz kontynuacja follow-up po operacji do końca życia. Analiza przypadku potwierdziła konieczność utworzenia zestandaryzowanego systemu postępowania terapeutycznego z udziałem pielęgniarki bariatrycznej jako członka zespołu wielodyscyplinarnego. Doświadczenia innych krajów uczą, że taki system zapewnia choremu poczucie bezpieczeństwa oraz wpływa korzystnie na poprawę oceny jakości życia.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 85–90

Słowa kluczowe: chirurgia bariatryczna; jakość życia; pielęgniarka

ABSTRACT

Introduction. Obesity is a chronic disease, which results in many life threatening disorders and leading to a negative influence on the quality and longevity of life.

Surgery is one of the most effective methods of treating obesity. Nurse can have a significant impact on the achievement of the desired outcome to enhance the quality of life after bariatric surgery.

The aim of the work. The evaluation of long term results after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG), rating the quality of life and the influence of nursing practices to improve it.

Material and methods. Research took place in Specialist Hospital in Wejherowo, using clinical study method. The quality of life was assessed by Moorehead-Ardelt QOL questionnaire (M-A QOL), which is a specific tool for bariatric patients. To evaluate the work of nursing for the improvement of the QOL, the authorship questionnaire was used.

Results. The results in M-A QOL questionnaire showed an improvement on an average level. Evaluating the influence of the nursing practices on improvement of the QOL, satisfactory result was gained in case of nursing care during hospitalization, however unsatisfactory in the pre-surgical period as well as after post-hospitalization.

Adres do korespondencji: mgr Wioletta Żukowska, Centrum Leczenia Otyłości, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Warszawska 30, 10-082 Olsztyn, tel.: +48 692 298 159, e-mail: zukowskaw@op.pl

DOI: 10.5603/PP.2016.0014

Conclusions. Bariatric surgery is only the starting point of a new lifestyle, however requires adequate pre-surgery preparation and follow-up to the end of life. This clinical research showed that the establishment of a standardized therapeutic system, with bariatric nurse, as a member of multidisciplinary team, is necessary. This kind of system will ensure patients safety and will improve QOL.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 85–90

Key words: bariatric surgery; quality of life; nurse

Wstęp

Otyłość jest jednym z największych wyzwań medycyny i zdrowia publicznego XXI wieku. Jako epidemicznie występująca choroba przewlekła powoduje zaburzenia wielu procesów życiowych, uszkadzając różne struktury organizmu człowieka, a także przyczynia się do powstawania klinicznych powikłań oraz wyraźnie negatywnie wpływa na jakość i długość życia. Otyłość to nie tylko nadmierna masa ciała, lecz także długotrwały stan predysponujący do rozwoju wielu schorzeń, takich jak: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zespół metaboliczny, dyslipidemia, miażdżyca tętnic, choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, dna, niektóre postaci nowotworów złośliwych, chorób nerek, zwyrodnienia układu kostno-stawowego a także zaburzeń hormonalnych, niepłodności, chorób skóry oraz ciężkich zaburzeń psychoemocjonalnych i społecznych [1]. Stanowi istotny czynnik utrudniający leczenie operacyjne i pogarszający rokowanie w przypadku nagłych stanów pourazowych, ostrych zakażeń oraz wielu innych ostrych stanów patologicznych.

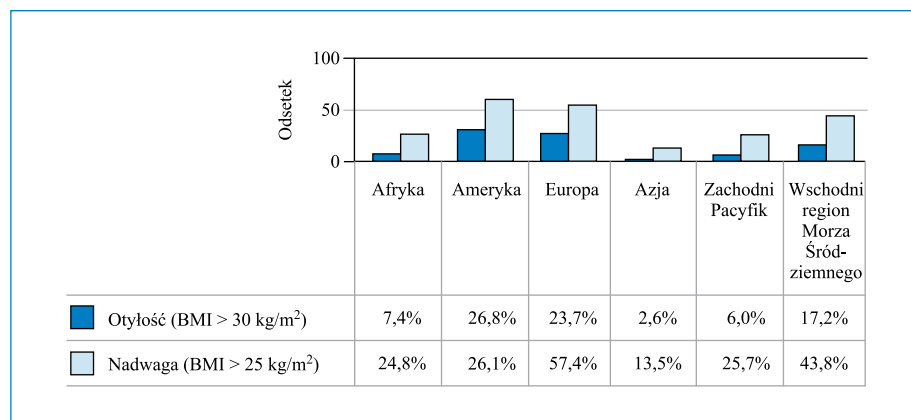
Okazuje się, że otyłość i leczenie towarzyszących jej schorzeń pochłaniają, w zależności od kraju, od 3% do 6% kosztów przeznaczonych na opiekę medyczną [2, 3]. O wielkości problemu może świadczyć to, że według Dutton i wsp. [4] otyłość powyżej 40 kg/m² skraca życie średnio o 20 lat, a konsekwencje otyłości są poważniejsze niż w wypadku palenia tytoniu czy picia alkoholu [5, 6]. Problem otyłości, wbrew powszechnemu pogładowi, nie dotyczy wyłącznie krajów wysoko rozwiniętych. Ponad 115 mln ludzi w krajach rozwijających się cierpi z powodu problemów związanych z otyłością. Od 1980 roku — według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z marca 2013 roku — liczba osób otyłych na świecie uległa podwojeniu. W 2008 roku liczba dorosłych powyżej 20. roku życia cierpiących na nadwagę wyniosła 1,4 mld, a u ponad 200 mln mężczyzn i 300 mln kobiet stwierdzono otyłość. Oznacza to, że aż 35% światowej populacji cierpi na nadwagę, a 11% — na otyłość. Alarmujący jest też fakt, że według raportu WHO z 2012 roku więcej osób zginęło globalnie z powodu otyłości niż niedożywienia. Szacuje się, że rocznie na całym świecie z powodu jej i chorób przez nią wywołanych umiera 2,5 mln ludzi

[7, 8]. Występowanie nadwagi i otyłości na świecie przedstawiono w tabeli 1.

Definicja i klasyfikacja otyłości według Friedmana i wsp. [9] została oparta na podstawowym parametrze oceniającym jej stopień, czyli na wskaźniku masy ciała (BMI, *body mass index*), który jest ilorazem masy ciała wyrażonej w kilogramach i kwadratu wzrostu wyrażonego w metrach kwadratowych. Według WHO przyjmuje się następujące wartości BMI: 20–25 kg/m² — prawidłowa masa ciała; 25–30 kg/m² — nadwaga; 30–35 kg/m² — otyłość I stopnia; 35–40 kg/m² — otyłość II stopnia; > 40 kg/m² — otyłość III stopnia. Jeśli otyłość wynosi powyżej 40 kg/m² (lub 35 kg/m²) i towarzyszą jej chorobami współistniejące, zależne od niej, uważa się ją za otyłość olbrzymią/patologiczną (MO, *morbid obesity*). Pojawiła się również konieczność określenia wartości wyższych — gdy BMI > 50 kg/m² (*super obese patient*), a nawet > 60 kg/m² (*super-super obese patient*) [10, 11].

Otyłość olbrzymia (BMI > 40) nie poddaje się leczeniu dietetycznemu ani farmakologicznemu i stanowi wskazanie do leczenia operacyjnego. Wybór operacji zależy od wielu czynników, między innymi od doświadczenia chirurga i indywidualnych oczekiwań pacjenta. Obecnie na świecie wykonuje się około 340 tys. procedur rocznie. Najczęściej wykonywaną operacją w 2011 roku pozostawało ominięcie żołądkowo-jelitowe (RYGN, *Roux-en-Y gastric bypass*) — ponad 150 tys. operacji. Na drugim miejscu notowano rękawową resekcję żołądka (SG, *sleeve gastrectomy*) — blisko 95 tys. operacji z bardzo dużą dynamiką wzrostu w ciągu ostatnich lat; obserwuje się natomiast stały spadek implantacji regulowanych opasek żołądkowych (GB, *gastric banding*) [12]. Podobna sytuacja jest w Polsce: w 2011 roku wykonano 516 SG oraz 435 RYGB w różnych odmianach; pozostałe operacje — w znacznie mniejszym zakresie [13].

Przedstawione wyżej dane stanowią główny motyw niniejszego opracowania, ukierunkowanego na zbadanie satysfakcji chorego po operacji bariatrycznej oraz wpływu pielęgniarki, jako członka zespołu terapeutycznego, na osiągnięcie pożądanego wyniku poprawy jakości życia chorego po laparoskopowej resekcji rękawowej żołądka (LSG, *laparoscopic sleeve gastrectomy*) w przebiegu chirurgicznego leczenia otyłości.



Rycina 1. Występowanie nadwagi i otyłości na świecie z podziałem na regiony według Światowej Organizacji Zdrowia [8]

Figure 1. Global overweight and obesity prevalence by World Health Organization regions [8]

Cel badania

Celem pracy były ewaluacja wyników odległych pacjenta po przebytej LSG w zakresie oceny jakości życia (QOL, *quality of life*) oraz ocena udziału usług pielęgniarskich w poprawie jakości życia na podstawie studium przypadku.

Głównym celem badawczym było uzyskanie odpowiedzi na pytania, czy jakość życia pacjenta uległa poprawie w porównaniu ze stanem przed operacją oraz jaki jest związek między udziałem pielęgniarki w procesie terapeutycznym a wynikiem końcowym działania leczniczego oraz poprawą jakości życia pacjenta po operacji bariatrycznej.

Materiały i metody

W celu uzyskania obiektywnej ewaluacji wpływu LSG na poprawę jakości życia w sposób zamierzony wybrano pacjenta po przebytej hospitalizacji, przynajmniej pół roku po zabiegu operacyjnym. Do przeprowadzenia badania wyodrębniono narzędzie specyficzne dla tej grupy chorych — kwestionariusz *Moorehead-Ardelt QOL* (M-A QOL), który wchodzi w skład skali *Bariatric Analysis and Reporting Outcome* (BAROS) i ma również zastosowanie niezależne [14]. BAROS, opracowany przez Orię i Moorehead, jest wciąż najpełniejszym i stosunkowo łatwym narzędziem używanym w codziennej praktyce [15]. Kwestionariusz M-A QOL jest narzędziem zawierającym pytania dotyczące oceny jakości życia według skali od -3 do +3 w zakresie następujących obszarów: samopoczucia, aktywności fizycznej, kontaktów społecznych, zdolności do pracy oraz życia seksualnego. Dodatkowo, krótka legenda ułatwia zrozumienie kwestionariusza bez względu na poziom wykształcenia i pochodzenie kulturowe.

W celu oceny wpływu działań pielęgniarki jako członka zespołu terapeutycznego na poprawę jakości

życia zastosowano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 7 pytań. Spośród 8 ośrodków chirurgicznego leczenia otyłości w Polsce wykonujących minimum 100 zabiegów rocznie wyselekcjonowano Szpital Specjalistyczny im. Ceynowy w Wejherowie. Badania przeprowadzono na 60-lóżkowym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej — jednym z wiodących pod względem szerokiego stosowania procedur minimalnie inwazyjnych ośrodków w kraju — w którym wykonano ponad 700 zabiegów bariatrycznych. Badanie polegające na analizie dokumentacji medycznej i wypełnieniu kwestionariuszy ankiety poprzedzono rozmową telefoniczną oraz osobistym spotkaniem z pacjentem w marcu 2014 roku. W rozmowie wyjaśniono mu istotę i cel badań. Ankiety zostały wypełnione przez niego dobrowolnie, ze szczególnym uwzględnieniem obowiązku dochowania tajemnicy i przestrzegania ochrony danych osobowych.

Opis przypadku

Mężczyzna w wieku 45 lat z wykształceniem średnim, pracownik umysłowy; został przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej we wrześniu 2013 roku z powodu otyłości patologicznej (BMI — 51, wzrost — 178 cm, waga — 161 kg) w celu wykonania LSG w trybie planowym.

W wywiadzie pielęgniarskim społecznym ustalono, że pacjent jest z zawodu handlowcem; żonaty, mieszka z rodziną, wydolność opiekuńcza rodziny — wystarczająca, źródło utrzymania — pensja. Był otyły już w okresie dzieciństwa; zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym podejmował nieskuteczne próby zachowawczego leczenia otyłości. Jego rodzice nie cierpią na otyłość.

W ocenie pacjenta stwierdzono brak nałogów (niepalący, nieużywający alkoholu), brak alergii, pełną

samodzielność, niezgłaszanie dolegliwości. Kontrola parametrów życiowych wykazała: ciśnienie tętnicze krwi — 140/70 mm Hg, tętno — 60 uderzeń na minutę, oddech prawidłowy. Choroby towarzyszące — hiperlipidemia (cholesterol w surowicy — 233 mg/dl). W dokumentacji nie pojawiły się informacje dotyczące etiologii otyłości.

Przed zabiegiem operacyjnym pacjent został uświadomiony w zakresie potencjalnych powikłań związanych z otyłością i samym zabiegiem oraz podpisał formularz świadomej zgody chorego na zabieg operacyjnego leczenia otyłości metodą SG. Wykonano u niego mankietową resekcję żołądka metodą laparoskopową. Podczas kontroli trzewi stwierdzono dość znaczne stłuszczenie wątroby. W przebiegu operacyjnym i pooperacyjnym nie doszło do powikłań. W dokumentacji pielęgniarskiej zamieszczono raporty z kontroli skali oceny miejsca operowanego oraz wklucia dożylnego. Podczas pielęgnacji pacjenta przed operacją i po niej szczególny nacisk położono na zapobieganie możliwym powikłaniom związanym z samym zabiegiem oraz otyłością patologiczną. We wczesnym okresie pooperacyjnym działania pielęgniarskie skupiały się głównie na obserwacji: parametrów życiowych chorego, ran pooperacyjnych, oddawania przez niego moczu, występowania nudności i wymiotów — a także na profilaktyce zakrzepowo-zatorowej i zwalczaniu bólu pooperacyjnego, decydującego o jakości życia pacjenta.

Wszystkie czynności pielęgnacyjne odnotowano dokładnie w historii pielęgnowania. Przed wypisem wykonano próbę szczelności zespolenia pod kontrolą USG, nie uwidoczniło cech wycieku. Pacjenta wypisano w stanie ogólnym dobrym do dalszego leczenia ambulatoryjnego. Należy zwrócić uwagę na pracę tak zwanej pielęgniarki wypisowej, której stanowisko powstało w celu udzielania niezbędnych informacji oraz edukacji pacjenta po operacji bariatrycznej w dniu wypisu. Z pielęgniarskiego wypisu pacjenta z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej wynika, że w dniu wypisu oceniono jego stan ogólny, kontakt słowno-logiczny, ból według wizualnej skali analogowej (VAS, *Visual Analogue Scale*), występowanie nudności i wymiotów, oddawanie moczu, perystaltykę jelit, ranę pooperacyjną, czucie w kończynach górnych i dolnych. Pielęgniarka wypisowa udzieliła informacji na temat samoopieki po opuszczeniu szpitala i terminu wizyty kontrolnej w celu usunięcia szwów, przekazała recepty na leki przeciwzakrzepowe oraz podała numer telefonu na wypadek pytań związanych z samopielęgnacją w domu lub wystąpienia niepokojących objawów. Pacjent otrzymał również biuletyn zawierający zalecenia w zakresie postępowania po operacji bariatrycznej w warunkach domowych. Zrozumienie przekazanych treści i materiałów potwierdził własnoręcznym podpisem.

Wyniki

Do pomiaru zmiany jakości życia po LSG przyjęto wyniki uzyskane w kwestionariuszu M-A QOL jako zastosowanej niezależnie składowej skali BAROS. W wyniku LSG waga chorego uległa obniżeniu o 64 kg w okresie 7 miesięcy po operacji — ze 161 kg (BMI — 51) do 97 kg w dniu badania (BMI — 30,6), co kwalifikuje pacjenta z poziomu otyłości olbrzymiej (patologicznej) do poziomu otyłości I stopnia.

Zdaniem badanego jego samopoczucie po zabiegu uległo poprawie. W skali od -3 do +3 pacjent uzyskał 0,5 pkt. Podobne wyniki (0,5 pkt.) otrzymał także w obszarze aktywności fizycznej, co świadczy o jego lepszej kondycji w okresie pooperacyjnym. Nieco niższe, ale wciąż zadowalające wartości (0,25 pkt.) uzyskano w aspekcie zaangażowania w życie socjalne i towarzyskie oraz w wypadku zdolności do wykonywania pracy. Zainteresowanie życiem seksualnym badany ocenił również jako lepsze w porównaniu ze stanem przed operacją (0,25 pkt.). Podsumowując wyniki badania — pacjent osiągnął wynik ostateczny na poziomie 1,75 pkt., który według przyjętej w metodyce skali M-A QOL wykazuje poprawę jakości życia po zabiegu na poziomie średnio dobrym.

Do oceny związku między działaniami pielęgniarki a wynikami końcowymi procesu terapeutycznego oraz poprawą jakości życia pacjenta po LSG zastosowano autorski kwestionariusz, dzięki któremu uzyskano informacje na temat wybranych obszarów usług pielęgniarskich w zakresie opieki i edukacji. Na pytanie, czy chory uczestniczył w prowadzonym przez pielęgniarkę edukacyjną kursie przygotowującym do operacji bariatrycznej oraz zmiany stylu życia po zabiegu, uzyskano odpowiedź negatywną. Pacjent nie wiedział o istnieniu programu edukacyjnego przygotowującego do procesu terapeutycznego w przebiegu chirurgicznego leczenia otyłości, lecz uważał taki program za istotny.

Respondent dobrze ocenił wpływ opieki pielęgniarskiej sprawowanej podczas hospitalizacji na jakość pobytu w szpitalu. Potwierdził, że podczas wypisu pielęgniarka udzieliła mu informacji na temat zapobiegania chorobie zakrzepowo-zatorowej, zmiany nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej po zabiegu oraz możliwości pojawienia się objawów niepokojących specyficznych dla operacji bariatrycznych, przy czym zaznaczył, że rozmowę nie została objęta jego rodzina. W ocenie pacjenta włączenie rodziny w proces ma istotny wpływ na dalsze postępowanie w domu, przywracanie i utrzymanie zdrowia. Na pytanie, w jakim stopniu edukacja przeprowadzona przez pielęgniarkę w szpitalu przygotowała chorego do samoopieki po powrocie do domu, uzyskano średni poziom zadowolenia. Edukację przeprowadzoną w szpitalu oraz jej wpływ na zmianę jakości życia po powrocie do domu oceniono na poziomie średnim,

przy czym w komentarzu pacjent uznał proces edukacyjny i profilaktyczny za zbyt krótki, w związku z tym niemający istotnego znaczenia na długotrwałe utrzymanie modyfikacji zachowań prowadzących do zmiany stylu życia i poprawy jakości życia.

Odpowiedź negatywną uzyskano na pytanie, czy chory po wypisie ze szpitala uczestniczy w grupie wsparcia prowadzonej przez pielęgniarkę. Powodem nieuczestniczenia w terapii grupowej prowadzonej przez pielęgniarkę jako członka zespołu terapeutycznego jest brak takiej grupy wsparcia lub brak wiedzy o jej istnieniu. W odpowiedzi na pytanie, czy grupa wsparcia osób po operacjach bariatrycznych prowadzona przez pielęgniarkę edukacyjną jest potrzebna, otrzymano odpowiedź twierdzącą.

Podsumowanie

Postrzeżenie przez jednostkę jej pozycji w życiu — w kontekście kultury i systemu wartości, w jakich ta jednostka żyje, oraz w związku z jej indywidualnymi celami, zainteresowaniami i oczekiwaniami — zostało zdefiniowane przez WHO jako jakość życia. Jakość życia jest związana bezpośrednio ze stanem zdrowia, w którego ocenie bierze się pod uwagę nie tylko sprawność fizyczną, lecz również odczucia somatyczne, dobre samopoczucie, stan psychiczny i funkcjonowanie w społeczeństwie [16]. Badanie wskaźników jakości życia w otyłości jako chorobie przewlekłej daje najlepszy wynik podczas odległej obserwacji pooperacyjnej. W przypadku badanego pacjenta zaobserwowano znaczący ubytek masy ciała, co jest charakterystyczne dla operacji restrykcyjnych.

Jak pokazały wyniki badań, efekt LSG po upływie 6 miesięcy od zabiegu był średnio dobry we wszystkich badanych sferach. Dostępne badania donoszą, że najlepszy rezultat w obszarze poprawy jakości życia uzyskuje się po okresie 1–3 lat [17], a nawet po 6 [18] i 10 latach [19] od operacji.

Oceniając wpływ wybranych działań pielęgniarki na jakość życia pacjenta po operacji bariatrycznej, należy przypomnieć, że do zadań pielęgniarki należą promocja zdrowia oraz pełnienie funkcji wychowawczej, opiekuńczej, profilaktycznej, terapeutycznej i rehabilitacyjnej [20]. Spośród czynności, które pielęgniarka wykonuje na rzecz pacjenta i jego rodziny, kluczową rolę odgrywają działania związane z procesem edukacji zdrowotnej, mającym bezpośredni wpływ na zmianę zachowań prowadzących do poprawy jakości życia. Z niniejszego opracowania wynika, że opieka sprawowana przez pielęgniarkę podczas hospitalizacji pacjenta poddanego chirur-

gicznemu leczeniu otyłości jest optymalna, jednak edukacja prowadzona w szpitalu przygotowuje do samoopieki w domu w stopniu umiarkowanym, ze względu na zbyt krótki czas jej oddziaływania. Znamienne wydaje się brak permanentnego standaryzowanego systemu edukacyjnego, prowadzonego przez zespół terapeutyczny, w tym pielęgniarkę edukacyjną/bariatryczną.

Objęcie programem edukacyjnym pacjenta z lezoną chirurgicznie otyłością — zarówno przed zabiegiem, jak i po nim — ma istotne znaczenie dla poprawy stosowania się do zaleceń lekarza, zmniejszenia liczby hospitalizacji związanych z wystąpieniem powikłań, poprawy samoopieki oraz polepszenia jakości życia chorego. Systemem edukacyjnym powinna być również objęta rodzina, mająca — jako najbliższe środowisko pacjenta — istotny wpływ na modyfikację jego zachowań, kształtowanie wiedzy i umiejętności przywrócenia zdrowego stylu życia oraz obniżenie ryzyka powikłań po interwencji chirurgicznej w przebiegu leczenia otyłości. Podsumowując, należy stwierdzić, że usystematyzowane działania edukacyjne prowadzone między innymi przez pielęgniarkę, mogą przyczynić się do lepszych wyników w obszarze poprawy jakości życia, samoopieki i samopielęgnowania oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Ze względu na brak doniesień w dostępnym piśmiennictwie, które oceniałyby wpływ czynności pielęgniarskich na poprawę jakości życia pacjenta po operacjach bariatrycznych, należy rozważyć przeprowadzenie takich badań na szerszej grupie pacjentów w celu potwierdzenia wniosków wynikających z niniejszego opracowania.

Warto zastanowić się nad utworzeniem w ośrodkach chirurgicznego leczenia otyłości stanowiska pielęgniarki bariatrycznej, które byłoby dedykowane specjalnym potrzebom osób otyłych leczonych chirurgicznie. Programy opieki nad pacjentami bariatrycznymi, realizowane przez wielodyscyplinarne zespoły, w których skład wchodzi pielęgniarka, z powodzeniem funkcjonują w krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych. Wydaje się, że powinny być zaimplementowane w Polsce — ze względu na narastający problem nadwagi i otyłości w społeczeństwie oraz rosnącą liczbę pacjentów poddanych chirurgicznemu leczeniu otyłości olbrzymiej [21, 22]. Program prewencyjno-edukacyjny może nie tylko podnieść jakość życia tych osób, lecz także przyczynić się do obniżenia kosztów społecznych związanych z leczeniem chorób towarzyszących otyłości i częstymi hospitalizacjami z powodu powikłań.

Piśmiennictwo

1. Michalik M., Lech P., Bobowicz M., Orłowski M. A 5-Year Experience with Laparoscopic Adjustable Gastric Banding — Focus on Outcomes, Complications, and Their Management. *Obes. Surg.* 2011; 21: 1682–1686.
2. Ackroyd R., Mouiel J., Chevallier J.M., Daoud F. Cost effectiveness and budget impact of obesity surgery in patients with type 2 diabetes in three European countries. *Obes. Surg.* 2006; 16: 1488–503.
3. Nguyen N.T., Varela J.E., Sabio A. i wsp. Reduction in prescription medication costs after laparoscopic gastric bypass. *Am. Surg.* 2006; 72: 853–856.
4. Dutton G.R., Fontaine K.R., Allison D.B. Desire Resistance and Desire Reduction in Public Health Approaches to Obesity. *Nutr Today* 2015; 50 (5): 258–262.
5. Rankinen T., Zuberi A., Chagnon Y.C. i wsp. The human obesity genemap: the 2005 update. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 529–644.
6. Zimmet P.Z., Alberti K.G. Introduction: globalization and the non-communicable disease epidemic. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 1–3.
7. Buchwald H. Consensus Conference Panel. Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals and third — party payers. *J. Am. Coll. Surg.* 2005; 1: 371–381.
8. Buchwald H. Consensus Conference Panel. Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals and third — party payers. *J. Am. Coll. Surg.* 2005; 200: 593–604.
9. World Health Organization: The challenge of obesity in the WHO European Region. Fact sheet EURO 2005; 13: 1–4.
10. Kushner R., Bessesen D. *Treatment of the Obese Patients*. Springer, New York 2014.
11. Frask A., Michalik M., Trybull A. Resekcja rękawowa żołądka. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008; 3/4: 205–206.
12. Kaseja K. Powikłania chirurgiczne po najczęściej obecnie wykonywanych w Polsce operacjach bariatrycznych. *Medycyna Praktyczna – Chirurgia* 2014; 5: 1–9.
13. Buhwald H., Oien D. *Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2011*. *Obes. Surg.* 2013; 23: 427–436.
14. Dadan J., Iwacewicz P., Hady R.H. Quality of life evaluation after selected bariatric procedures using Bariatric Analysis and Reporting Outcome System. *Videosurgery and other miniinvasive techniques* 2010; 5: 93–99.
15. Bobowicz M., Orłowski M., Lech P., Michalik M. Preliminary Outcomes 1 Year after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Based on Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obes. Surg.* 2011; 21: 1843–1848.
16. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych — systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46: 25–31.
17. Strain G.W., Kolotkin R.L., Dakin G.F. i wsp. The effects of weight loss after bariatric surgery on health — related quality of life and depression. *Nutr. Diab.* 2014; 4: e132.
18. Kolotkin R.L., Davidson L.E., Crosby R.D. i wsp. Six-year changes in health — related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2012; 8: 625–633.
19. Karlsson J., Taft C., Ryden A. i wsp. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int. J. Obes. (Lond.)* 2007; 31: 1248–1261.
20. Girzelska J., Kościółek A., Mianowana V., Cuber T., Wąsik A. Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów przebywających w oddziale chirurgicznym. *Nursing Topics* 2010; 18: 420–428.
21. Lenzi A., Migliaccio S., Donini L. *Multidisciplinary approach to obesity. From assessment to treatment*. Springer, Switzerland 2015.
22. Broome C.A., Ayala E.M., Georgeson K.A., Heidrich S.M., Karnes K., Wells J.B. Nursing care of the super bariatric patient: challenges and lessons learned. *Rehabil. Nurs.* 2015; 40: 92–99.