

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO CHIRURGICKEJ LIEČBE OBEZITY

Erika Krištofová, Ľuboslava Pavelová

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

ekristofova@ukf.sk

Astrakt: Hodnotenie kvality života pacientov s morbidnou obezitou je dôležitou súčasťou komplexného prístupu k samotnej liečbe. Obezita sa v ostatných desaťročiach stala závažným zdravotným, psychologickým, sociálnym a ekonomickým problémom. Negatívne ovplyvňuje takmer každý systém ľudského tela a výrazne znižuje kvalitu života, najmä v oblastiach fyzického zdravia, psychickej pohody a sociálneho fungovania. V niektorých prípadoch sa u pacientov s morbidnou obezitou zvažuje bariatrická chirurgia, ktorá môže priniesť dlhodobé zlepšenie zdravotného stavu aj kvality života. Chirurgická liečba obezity sa využíva najmä u pacientov s BMI nad 40, alebo s BMI nad 35 s pridruženými závažnými ochoreniami (napríklad vysoký krvný tlak, Diabetes mellitus). Autori sa vo svojom teoreticko-prehľadovom príspevku zameriavajú na analýzu dostupných štandardizovaných hodnotiacich nástrojov orientovaných na kvalitu života pacientov s extrémnou obezitou. V druhej časti sa venujú analýze výsledkov štúdií, ktoré skúmajú kvalitu života pacientov po chirurgickej liečbe obezity v dospeljej populácii. Zistenia naznačujú, že oblasti fyzického a duševného zdravia vykazujú najkonzistentnejšie zlepšenie po bariatrickej chirurgii. Sumarizované poznatky vytvárajú priestor pre ďalší výskum vplyvu chirurgického zákroku na kvalitu života pacienta s diagnostikovanou morbidnou obezitou.

Kľúčové slová: Obezita. Pacient. Kvalita života. Chirurgický zákrok. Výskum.

ÚVOD

Obezita je definovaná ako nadmerné hromadenie telesného tuku, ktoré môže ohroziť zdravie. Najčastejšie sa klasifikuje pomocou indexu telesnej hmotnosti (BMI), pričom hodnota BMI ≥ 30 signalizuje obezitu. Morbidná (alebo extrémna) obezita sa zvyčajne vzťahuje na BMI ≥ 40 , prípadne ≥ 35 v kombinácii s pridruženými ochoreniami. Ide o stav, ktorý si často vyžaduje komplexný terapeutický prístup vrátane chirurgickej intervencie.

Obezita je celosvetovým epidemiologickým problémom v oblasti verejného zdravia a jej výskyt rapídne rastie (Dreyer et al. 2011). Je jedným z najčastejších metabolických ochorení dnešnej doby, v dôsledku životných podmienok a životného štýlu. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) na základe rôznych epidemiologických štúdií dokumentuje alarmujúci nárast počtu ľudí trpiacich obezitou, prípadne nadváhou. Príčin zvýšeného výskytu obezity je viac. Základnou príčinou obezity a nadváhy je energetická nerovnováha medzi skonsumovanými kalóriami a vynaloženými kalóriami. V celosvetovom meradle došlo k zvýšenému príjmu energeticky výdatných potravín s vysokým obsahom tuku a k zvýšeniu fyzickej nečinnosti už od detského veku. Ľudia majú častejšie sedavý charakter práce, málo sa pohybujú, zvyšuje sa urbanizácia. Svetová zdravotnícka organizácia považuje extrémnu obezitu za epidémiu 21. storočia.

Obezita výrazne ovplyvňuje fyzickú aktivitu, obmedzuje bežné aktivity každodenného života a má vplyv na zdravotný stav človeka. Obézni ľudia sú ohrození hypertenziou, kardiovaskulárnymi komplikáciami, diabetom, ako aj predčasným úmrtím. Hypertenziu odborníci zaradujú medzi najčastejšiu komorbiditu obezity a diabetu. Nadváha spôsobuje ekonomické zaťaženie jednotlivca, ale aj spoločnosti. Priamo zaťažuje postihnutého a zvyšuje náklady na systém zdravotnej starostlivosti. Nepriamo zvyšuje spoločenské náklady, náklady na zdravotnú starostlivosť pri úrazoch, zraneniach na pracoviskách a vo väčšine prípadov znižuje produktivitu práce (Dreyer et al. 2011). Adami et al. (2005) upozorňujú na zhoršenie psychického stavu a obmedzenie sociálnych kontaktov. Obézni pacienti nemôžu žiť naplno aktívny život ako by chceli a uvádzajú zhoršenú kvalitu života (Adami et al. 2005).

Odborníci upozorňujú na skutočnosť, že ťažká obezita je rizikovým faktorom pre vznik závažných ochorení – tzv. komorbidít, ktoré sa označujú aj skratkou ABCD, tj. „adiposity-based chronic disease“. Jedná sa predovšetkým o cukrovku, hypertenziu, spánkové apnoe, metabolický syndróm, dyslipidémiu, kardiovaskulárne (napr. infarkt myokardu a cievne mozgové príhody), ortopedické problémy a rastie i výskyt väčšiny onkologických ochorení. Vo svojich dôsledkoch obezita znižuje dĺžku života ako aj jeho kvalitu. Extrémne obézni (BMI 40kg/m²) uvádzajú horší stav zdravia, v oblasti fyzickej, emočnej i sociálnej. Vzhľadom k významnému klinickému, ekonomickému a humanistickému dopadu obezity, je redukcia hmotnosti kritickým cieľom pre pacientov, ako aj lekárov. Jednou z možností redukcie hmotnosti je bariatrická chirurgia. Výber pacientov na operačný zákrok je ovplyvnený rôznymi faktormi, ako sú hmotnosť, pohlavie, vek a bezpečnosť (Dreyer et al. 2005). Bariatrická operácia môže zlepšiť zdravotný stav pacienta. Výskumné šetrenia mnohých autorov (Kolák et al. 2012, Nilsel et al. 2001, Sertkaya et al. 2016) uvádzajú, že operačný zákrok je efektívnejší než diéta, fyzická aktivita a užívanie liekov.

V súčasnej dobe sa ordinujú z operačných techník: tubulizácia žalúdka – sleeve gastrectomie (SG), laparoskopická plikácia žalúdka a žalúdočný bypas, výnimočne biliopankreatická diverzia. Od bandáže žalúdka sa upustilo. Dreyer (2013) uvádza, že častejšie vyhl'adáajú bariatrickú terapiu ženy ako muži. Tie sú viac vnímavé na motiváciu špecialistami. V prípade vyvolania pozitívnej zmeny myslenia obézneho pacienta v otázkach redukcie telesnej hmotnosti a zmeny životného štýlu, je nevyhnutné zabezpečiť obézному pacientovi komplexnú starostlivosť založenú na využití multidisciplinárnych a medziodborových kompetencií.

Cieľ

Cieľom prehľadovej štúdie bolo na základe analýzy domácej a zahraničnej odbornej literatúry a odborných periodík v licencovaných profesionálnych databázach získať relevantný ucelený prehľad sledujúci kvalitu života pacientov s obezitou a zistiť najčastejšie vyskytujúce sa zmeny v kvalite života pacientov po bariatrických operačných zákrokoch s využitím štandardizovaných posudzovacích nástrojov.

METÓDY

Práca má formu prehľadovej štúdie, ktorá je založená na analýze výskumných publikácií a článkov, ktoré sa zameriavali na hodnotenie oblastí kvality života pacientov s morbidnou obezitou. Na vyhl'adávanie literárnych zdrojov sme primárne využili databázy ScienceDirect a PubMed. Kritériom zradenia boli akademické periodiká – plné texty štúdií/článkov, publikovaných v časovom období 2005 až 2020. Vo výsledkoch analyzujeme texty z licencovaných profesionálnych databáz EBSCO, ProQuest, Google Scholar, PubMed. Publikácie boli vyhl'adávané v jazyku anglickom, nemeckom, českom a slovenskom. Pre vyhl'adávanie boli použité reťazce kľúčových pojmov s Booleovskými operátormi (AND). Vyhl'adaných bolo spolu 330 štúdií.

Literárnej analýze sme po selekcii podrobili šesť štúdií, ktoré sme vyhodnotili ako najvhodnejšie pre naplnenie nášho cieľa.

VÝSLEDKY

Nadváha a obezita sú podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2017) definované ako abnormálne alebo nadmerné nahromadenie tuku, ktoré môžu poškodiť zdravie. Základnou príčinou vzniku nadváhy a obezity je nerovnováha medzi príjmom a výdajom kalórií. Najčastejšie to spôsobuje zvýšený príjem na energiu bohatých jedál s vysokým obsahom tukov a cukrov, väčšie porcie takýchto jedál a zvýšená fyzická inaktivita vďaka sedavému spôsobu života. V tejto súvislosti má význam navodenie pocitu sýtosti a preferencie potravín, o ktorých je známe, že sú významne geneticky determinované. Energetický príjem je vedľa sociálno-ekonomických a kultúrnych faktorov významne ovplyvňovaný aj faktormi dedičnými (Hainer et al., 2011; Adámková et al., 2009).

Svačina et al., (2008) uvádzajú, že obezita je minimálne z 50 % zapríčinená vonkajšími faktormi. Zvyšných približne 50 % je spôsobené polygennými genetickými faktormi. Podľa Hainera a Bendlovej (2004) sa na vzniku obezity podieľajú genetické faktory približne v 40% a vonkajšie faktory približne v 60%. Aj keď sa niektorí autori odhadom podielu genetických a vonkajších faktorov na vzniku obezity líšia, prevažná väčšina sa zhoduje na vyššie uvedenom vyváženom pomere.

Obezita je závažné chronické multifaktoriálne podmienené ochorenie, ktoré je nutné chápať ako chorobu a súčasne ako rizikový faktor podieľajúci sa na vzniku mnohých ďalších závažných ochorení a ich komplikácií (Svačina, Bretšnajdrová, 2003). V súčasnosti je známych viac ako 200 ochorení súvisiacich s obezitou a komplikáciami spojenými s ňou. Obezita vedie k zvýšeniu výskytu cukrovky 2. typu (o 75 %), vysokého krvného tlaku (o 50%), srdcovo-cievnych ochorení (srdcový infarkt, cievna mozgová príhoda o 33%), poškodenia pečene, zvýšeniu výskytu nádorových ochorení (maternica, prsník, hrubé črevo, prostata). Taktiež vedie k ochoreniam pohybového aparátu (zvýšená mechanická záťaž podporuje vznik artrózy bedrových, kolenných a členkových kĺbov). Nie sú ojedinelé ani kožné komplikácie (ekzémy, kvasinkové infekcie), ako aj psychosociálne dôsledky (spoločenská diskriminácia, nízke sebavedomie, depresie, úzkosť) (Pastucha, 2011; Hainerová, 2009; Fábryová, 2018). Obezita je najčastejšou príčinou smrti v Európskej únii, je estetickou vadou, rizikovým faktorom pre rozvoj srdcových ochorení, cievnych mozgových príhod, diabetu, astmy, hypertenzie (Kolák et al. 2012).

Svojimi komplikáciami obezita zhoršuje a významne ohrozuje život človeka. Ročne zomrú na svete najmenej 2,8 milióna ľudí v dôsledku nadváhy alebo obezity (WHO, Facts on Obesity, 2018). WHO považuje obezitu za epidémiu 21. storočia a za jedno z najzávažnejších chronických ochorení. Odhady naznačujú, že do roku 2030 bude obéznych viac ako 50% Európanov. „Od roku 1975 sa výskyt obezity z celosvetového hľadiska strojnásobil. V roku 2016 bolo na svete 41 miliónov obéznych detí, ktoré mali menej ako 5 rokov,“ odhaľuje nelichotivú štatistiku Dr. Tatul Hakobyan, zástupca Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. V roku 2016 malo podľa údajov WHO viac ako 1,9 miliardy dospelých osôb nad hmotnosť, z nich 650 miliónov malo obezitu. 13% svetovej dospeléj populácie (11% mužov a 15% žien) trpí obezitou a 39% (38% mužov a 40% žien) trpí nadhmotnosťou (WHO, 2018; Fábryová, 2018).

Liečba obezity. V súčasnej dobe je obezita liečená spravidla piatimi spôsobmi, a to: dietoterapiou, psychoterapiou, farmakoterapiou, fyzickou aktivitou, chirurgickými zákrokmi. Pri liečbe obezity sú tieto metódy často kombinované. Nutným predpokladom k úspechu v boji s kilogramami je komplexná zmena životného štýlu, ktorá vedie k zdarnému a trvalému hmotnostnému úbytku

(Bretšnajdrová, 2008). Kolak et al. (2012) uvádza, že vysoko motivovaní pacienti s BMI vyšším ako 40 sú ideálnymi kandidátmi k zníženiu hmotnosti. Liečba obezity je komplexná a zahŕňa tím odborníkov (endokrinológ, psychiatier, psychológ, odborník na výživu). Indikáciou na chirurgickú liečbu obezity je primárna morbidná (chorobná) obezita, vyjadrená indexom telesnej hmotnosti.

„Začiatky chirurgických snáh o ovplyvnenie morbidnej obezity siahajú do polovice minulého storočia, kedy v roku 1952 Henriksson vykonal resekciu časti tenkého čreva k ovplyvneniu závažného stupňa obezity“ (Fried, 2005, s. 12). Závažná obezita so svojimi zdravotnými i psychosociálnymi dôsledkami nezvyšuje podstatne len náklady na zdravotnú starostlivosť, ale predstavuje i spoločensko-ekonomickú záťaž. Ročné priame náklady na zdravotnú starostlivosť u závažne obéznych (BMI>35) sú trojnásobné v porovnaní s nákladmi osôb s normálnou hmotnosťou. Bariatrická chirurgia preukázala, že je najúčinnším spôsobom liečby pacientov s 3. stupňom obezity. Súčasné dlhodobé štúdie ukazujú, že po bariatrickom výkone dochádza k podstatnému zníženiu úmrtnosti i k poklesu priamych nákladov na zdravotnú starostlivosť. Je zavedenou a neoddeliteľnou súčasťou komplexnej liečby ťažko obézne chorých (Fried et al., 2011).

Kvalita života. Neexistuje jednotná definícia pojmu kvalita života. Výskum v oblasti kvality života môžeme nájsť v oblasti ošetrovateľstva, medicíny, psychológie, sociológie, pedagogike a v iných vedách. Ich zameranie, ale aj cieľ nie sú jednotné.

V odbornej literatúre sa stretávame s definovaním objektívnej a subjektívnej kvality života. Pričom objektívna je zameraná na sociálne a materiálne podmienky života, sociálny status a fyzické zdravie. Subjektívna hodnotí emocionalitu a všeobecnú spokojnosť so životom (Hnilicová, 2005; Veenhoven, 2000; Payne, 2005). Rapley (2003) uvádza dva prístupy k hodnoteniu kvality života: ako konštrukt na úrovni celej populácie (prostredníctvom Human Development Indexu), ako individuálny konštrukt (Health Related Quality of Life – HRQoL). V ošetrovateľskom a medicínskom výskume sa častejšie využíva druhý prístup zameraný na človeka vzhľadom na jeho zdravotný stav a konkrétnu životnú situáciu.

Slováček et al. (2005) popisujú kvalitu života ako mieru subjektívneho posudzovania vlastnej životnej situácie. Dragomirecká et al. (2006) považujú kvalitu života za indikátor fyzického, psychického a sociálneho zdravia. Kvalita života sa v súčasnej medicíne a ošetrovateľstve považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálneho zdravia a slúži na hodnotenie účinnosti starostlivosti, skúmanie vplyvu choroby na život pacienta a výskumu vplyvu sociálno-ekonomických podmienok na zdravie populácie (Dragomirecká, Bartňová, 2006). Najčastejšie sa operuje s pojmom "Health Related Quality of Life", to je kvalita života ovplyvnená zdravím.

Meracie nástroje hodnotenia kvality života

Na hodnotenie kvality života sa používajú viaceré štandardizované dotazníky, ktoré umožňujú objektívne sledovať fyzické, psychické a sociálne aspekty života pacientov. Svetová zdravotnícka organizácia vyvinula dotazník WHOQOL-BREF obsahujúci 26 položiek v 4 doménach: fyzické zdravie, psychické prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. WHOQOL-100 je rozsiahlejšia verzia so 100 položkami v 6 doménach vrátane spirituality. Ďalším dotazníkom je F-36 (Short Form Health Survey), obsahuje 36 otázok rozdelených do 8 oblastí (napr. fyzické fungovanie, bolesť, vitalita, sociálne fungovanie a iné). Je vhodný pre široké spektrum pacientov vrátane tých s chronickými ochoreniami alebo obezitou. Často používaný v ekonomických analýzach a zdravotníckom výskume je krátky dotazník EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions), obsahuje 5 dimenzií: mobilita, sebaobsluha, bežné aktivity, bolesť/ťažkosti a úzkosť/depresia. Obsahuje aj vizuálnu analógovú škálu (VAS) pre celkové hodnotenie zdravia. Špecificky zameraný na pacientov s nadváhou a obezitou sa využíva dotazník IWQOL-Lite (Impact of Weight on Quality of Life – Lite),

hodnotiaci oblasti ako fyzická funkcia, sebahodnotenie, sexuálny život, verejné správanie a pracovné fungovanie.

Metódy hodnotenia kvality života možno deliť z rôznych pohľadov. Jedným zo spôsobov delenia je meranie kvality života podľa toho, kto kvalitu života hodnotí. Môže ísť o metódy, kedy hodnotiteľom je druhá osoba; metódy, kedy hodnotiteľom je sama skúmaná osoba a metódy zmiešané (Křivohlavý, 2002). Z hľadiska podoby možno metódy deliť na metódy kvantitatívne, kvalitatívne a zmiešané. Pri hodnotení HRQoL sú metódy kombinované: obsahujú generickú aj špeciálnu časť. Pričom pri generických metódach hodnotíme celkový stav klienta bez ohľadu na konkrétne ochorenie a zdôrazňujú somatickú, psychickú, sociálnu a existencionálnu dimenziu zdravia. V databáze Proqolid je uvedených 100 generických nástrojov hodnotenia kvality života. Príkladom týchto nástrojov môžu byť napr. The Short Form Health Survey - SF-36, World Health Organisation Quality of Life Assessment Instrument - WHOQOL, Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - SEIQoL (Proqolid, 2011; Gurková, 2011).

Najčastejšie používaným spôsobom hodnotenia kvality druhou osobou je dotazník podľa W.A. Spitzera. Dotazník zahŕňa oblasti pracovnej schopnosti, spôsob trávenia voľného času, fyzickú nezávislosť na druhej osobe, bolesť, náladu, finančnú situáciu, komunikáciu, vzťahy s okolím a informácie pacienta o ochorení (Payne et al., 2005). V praxi sa často na meranie kvality života pacienta pred operačným zákrokom používa aj dotazník SF-36, ako aj WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), taktiež skrátená verzia WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life Assessment - Old), SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life).

V prípade, ak je hodnotiacou osobou kvality života sám pacient, využíva sa najčastejšie dotazník SEIQoL. Ten sa zameriava na vlastný systém hodnôt, ktoré respondent považuje za dôležité. Pri zmiešaných metódach môžeme použiť napríklad dotazník MANSA (Manchester Short Assessment of Quality). Ten hodnotí pomocou skrátenej verzie celkový vlastný obraz kvality života aj s pohľadom do budúcnosti (Slováček et al., 2005). Z uvedených nástrojov sa najčastejšie využíva v praxi skrátená verzia WHOQOL-BREF, ktorý obsahuje 26 položiek hodnotiacich psychické a fyzické zdravie, sociálne vzťahy, prostredie.

Dotazník European Quality of Life Questionnaire-Version EQ-5D, hodnotí 2 ukazovatele, objektívny a subjektívny. Objektívny ukazovateľ zahŕňa 5 položiek: pohyblivosť, sebaobsluhu, vykonávanie obvyklých denných činností, výskyt bolesti, hodnotenie psychického stavu v oblasti výskytu úzkosti alebo depresie. Ku každej otázke sú ponúknuté tri odpovede vyjadrujúce stupeň problému (bez problému, mierne problémy, ťažké problémy). Výstupom je EQ-5D index (dimenzie kvality života) ponúkajúci hodnoty 0-1 (0 je najhorší zdravotný stav, 1 najlepší zdravotný stav). Subjektívny ukazovateľ zahŕňa vizuálnu analógovú škálu (hodnota 100 – najlepší zdravotný stav, hodnota 0 – najhorší zdravotný stav na stupnici tzv. termometru (Slováček et al., 2005). Pre potreby hodnotenia kvality života pacientov s ochorením gastrointestinálneho traktu boli vytvorené špecifické dotazníky HRQoL. Špecifickým nástrojom merania kvality života pre pacientov s nadváhou je dotazník Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL), je to prvý dotazník vytvorený ku konkrétnemu posudzovaniu vplyvu obezity na kvalitu života súvisiacim so zdravím. Psychometrické vlastnosti IWQOL sú vynikajúce, ale vzhľadom k rozsahu položiek bola vyvinutá kratšia a stručnejšia verzia hodnotiaca dopady hmotnosti na kvalitu života Impact of Weight on Quality of Life-lite questionnaire (IWQOL-Lite). Dotazník obsahuje 31 položiek, hodnotiacich päť domén HRQoL, alebo identifikovaných položiek (fyzická funkcia, sebavedomie, sexuálny život, verejná tieseň a práca). Z IWQoL-Lite možno odvodiť päť skóre v doménach a celkové skóre. Skóre sa vyznačuje na škále 0 až 100 (0 označuje najnižšiu HRQoL). Na základe vykonaných výskumov

je IWQoL spoľahlivým a platným nástrojom, ktorý možno použiť v rôznych skupinách obéznych jedincov a môže byť obzvlášť užitočný ako meradlo výsledku liečby (Kolotkin et al., 2019).

Dotazník IWQOL-Lite (Impact of Weight on Quality of Life – Lite), špecificky zameraný na pacientov s nadváhou a obezitou, hodnotí oblasti ako fyzická funkcia, sebahodnotenie, sexuálny život, verejné správanie a pracovné fungovanie. Často používaný v klinických štúdiách bariatrickej chirurgie.

Štúdie hodnotiace kvalitu života pacientov po chirurgickej liečbe obezity

Morbidná obezita spolu s ochoreniami súvisiacimi s obezitou má negatívny vplyv na kvalitu života (Major et al., 2015). Uvedené tvrdenia potvrdzujú aj výskumy v danej oblasti. Napríklad výsledky výskumu Bužgovej, Holéczyho a Bužga (2011) zameraného na hodnotenie kvality života žien po laparoskopической tubulizácii žalúdka. Výskum potvrdil, že pred operáciou vykazovali ženy s morbidnou obezitou (hlavne vo veku do 45 rokov) štatisticky významne nižšiu kvalitu života v oblasti psychického zdravia ($p=0,0001$), fyzického zdravia ($p=0,0001$) ako aj v jednotlivých položkách celkového hodnotenia kvality života ($p=0,0017$) a spokojnosti so svojim zdravím ($p=0,0010$). Už po troch mesiacoch po operácii došlo k výraznému zlepšeniu kvality života v hodnotených doménach ($p=0,0010$). Po 6 mesiacoch po operácii vykazovali respondentky podobné priemerné hodnoty kvality života ako bežná populácia, súčasne došlo k štatisticky významnému zníženiu BMI ($p<0,001$). Z uvedených výsledkov autori konštatovali, že chirurgická liečba obezity (laparoskopická tubulizácia žalúdka) znižuje BMI a zvyšuje kvalitu života žien v oblasti fyzického i psychického zdravia.

Dragomírecká a Bartoňová (2006) vo svojom výskume zistili, že kvalita života respondentov sa po operačnej liečbe obezity po trojmesačnom meraní výrazne zvýšila a celkové dosiahnuté skóre preukazovalo zvýšené hodnoty. Autori zistili výrazné zvýšenie subjektívneho hodnotenia psychického a fyzického zdravia s časovým odstupom po chirurgickej liečbe obezity.

Aj vo výskume Changa et al. (2010) zistili v prvom meraní u 102 pacientov pred operačným zákrokom výrazne nízke celkové skóre kvality života, hlavne v oblasti fyzického a psychického zdravia (najmä v položkách sebaúcta, spokojnosť so sebou, ako aj prijatie vlastného tela). V dvoch meraniach po operačnom výkone výskumníci zaznamenali zvýšenie celkového skóre v jednotlivých položkách. Fezzi et al. (2011) výskumom dokázali pri hodnotení 77 pacientov s morbidnou obezitou výrazné zvýšenie kvality života vo všetkých oblastiach generického dotazníka kvality života SF-36, a to jeden rok po laparoskopической tubulizácii žalúdka. K významnému zvýšeniu kvality života došlo hlavne v oblastiach fyzického a psychického zdravia.

Major et al. (2015) hodnotili 60 pacientov liečených pre chorobnú obezitu. Skupina respondentov pozostávala z 34 pacientov liečených laparoskopickou gastrektómiou (LSG) a 31 osôb s indikáciou na laparoskopický gastrický bypass Roux-en-Y (LRYGB). Priemerná telesná hmotnosť pred postupom bola 146,2 kg. Vo vzorkovej skupine bolo 89 % osôb indikovaných na chirurgickú liečbu diagnostikovaných s hypertenziou a 52 % osôb, ktoré boli operované, bolo diagnostikovaných s diabetom typu 2 pred chirurgickým zákrokom. Pred začiatkom chirurgického zákroku bola hodnotená kvalita života, ktorá bola v oboch skupinách kvalifikovaná pre dané typy bariatrických procedúr značne nízka. Výskumníci zistili percentuálny nadmerný úbytok hmotnosti (% EWL) 58,8 %. Žiadne významné rozdiely v úbytku telesnej hmotnosti neboli zaznamenané medzi dvomi typmi procedúr. Zlepšenie sa pozorovalo pri liečbe ochorení súvisiacich s obezitou. Zvýšila sa tiež kvalita života. Neboli zaznamenané žiadne rozdiely v zmysle zlepšenia kvality života medzi jednotlivými typmi chirurgických výkonov. Počas analýzy straty telesnej hmotnosti na zlepšenie kvality života neboli pozorované žiadne významné rozdiely.

Zwaan et al. (2002) pomocou štandardizovaného dotazníka SF-36 zistili, že respondenti preukazovali kvalitu života vo svojich fyzických a psychických aspektoch hodnotu 30,6 a 48,9 bodov. Štúdia však nezahŕňala index kvality života. Autori konštatovali, že vo väčšine prípadov ich hodnoty pre sledovanú populáciu po chirurgickom zákroku prekročili štandard.

Výskumníci Mohos et al. (2010) sa vo svojom výskume zamerali na posúdenie kvality života pacientov po laparoskopickom gastrickom bypasse Roux Y a laparoskopickej resekcii žalúdka. Bola vykonaná analýza párov prospektovo zhromaždenej databázy 47 žalúdočného bypassu a 47 pacientov s rukávovou resekciou žalúdka. Dospeli k záveru, že po oboch typoch chirurgických zákrokov došlo k významnému úbytku hmotnosti a QoL, ale výsledky sa zdajú byť lepšie po RYGB. Parametre kvality života sa merali dvoma štandardnými dotazníkmi (SF 36 a Moorehead-Ardelt II). Priemerný predoperačný a pooperačný BMI bol v skupine 46,1 a 28,1 kg / m² žalúdočnej obštrukcie (priemerné sledovanie: 15,7 mesiacov) a v skupine žalúdočných rukávov 50,3 a 33,5 kg / m² (priemerné sledovanie: 38,3 mesiacov). V dotazníku SF 36 sa získalo priemerné celkové skóre 671 pre úbytok a 611 pre pacientov s rukávovou resekciou žalúdka (p = 0,06). Obe skupiny pacientov dosiahli súhrnné skóre SF-36 podobné normálnej populácii a preukazovali zlepšenie celkového skóre.

Obezita môže negatívne ovplyvniť aj psychický stav pacienta. Jumbe (2017) sledoval pacientov po bariatrickej operácii a zistil, že u pacientov pretrvávajú psychické poruchy ako sú napr. depresia z vnímania obrazu vlastného tela. Uvádzajú, že vedci venujú malú pozornosť psychickému dopadu na pacienta po bariatrickej operácii. Nie je popisovaný a hodnotený základný psychický stav, ktorý môže viesť k morbidne obezite, taktiež nie je sledovaný vplyv zmeny stravovacích návykov po operácii.

Verstreegden et al. (2017) uvádzajú, že kvalita života sa výrazne zlepšuje rok po bariatrickej operácii, kedy dochádza k vyššiemu nárastu fyzickej aktivity. V sledovanom súbore sledovali pacientov po RYGB metódou Roux-en-X.

Adami et al. (2005) sledovali pacientov pred a po operácii a použili dotazník IWQoL. Uvádzajú, že chudnutie je v úvode ovplyvnené počiatočným BMI a prepojené s fyzickou a duševnou pohodou. Po operácii dochádza k výraznému zlepšeniu kvality života v oblasti fyzickej a duševnej domény. Zlepšenie v mentálnej oblasti je spôsobené normalizáciou tvaru tela, zotavením z komplikácií, jedinci sú schopní čeliť životným udalostiam. Ženy majú zvýšené sebavedomie a skóre sexuálnej škály, pooperačná kvalita života je horšia. V rozvinutej spoločnosti je kladený dôraz na fyzický vzhľad. Pre ženu získať optimálnu postavu je ťažšie a časovo náročné. Sledovaní respondenti boli po biliopankreatickej diverzii, ich zlepšenie kvality života je dlhodobo stabilné (Adami et al., 2005).

Kolak et al. (2012) uvádzajú úbytok telesnej hmotnosti a zvýšenú kvalitu života (pozitívna korelácia - 0,8521). Významnejšie úbytok telesnej hmotnosti vedie k lepšej kvalite života po operácii. Taktiež zaznamenali pokles hladiny glykémie, cholesterolu a LDL pred a po operácii.

Faria et al. (2017) uvádzajú, že obezita je spojená so zníženou kvalitou života, ktorá sa zlepšuje po bariatrickej operácii. Autori porovnávali, ktorý typ operácie, či sleeve gastrectomy (SG) alebo Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) vedie k zlepšeniu kvality života. Vo výsledkoch výskumu uvádzajú, že nie je možné jednoznačne povedať, ktorý typ operácie je pre pacientov vhodnejší.

Khalifa et al. (2018) zaznamenali zlepšenie kvality života po operačnom zákroku vo všetkých oblastiach, okrem duševného zdravia.

Fontana et al. (2019) sledovali dodržiavanie fyzickej aktivity, úroveň aktivít každodenného života, kvalitu života a dýchavičnosti v pooperačnom období, po 6 mesiacoch a po 3 rokoch. Pacienti, ktorí mali fyzickú aktivitu, vykazovali vyšší úbytok hmotnosti a lepšiu kvalitu života ako tí, čo nedodržiavali fyzickú aktivitu. Dýchavičnosť znížením hmotnosti nebola ovplyvnená.

Cibulková (2019) uvádza, že po bariatrických výkonoch u pacientov dochádza k zlepšeniu metabolického stavu, k veľkému hmotnostnému poklesu a k zlepšeniu životnej prognózy. Pokles hmotnosti je sprevádzaný deficitom vitamínov, stratou aktívnej telesnej hmoty, závisí na nutričnom režime. Strata tukovej a telesnej hmoty môže viesť k poruchám stability, zvýšenie bolestivosti pohybového aparátu a tým k zhoršeniu kvality života. Zachovanie funkčnej schopnosti je dôležité pre vykonávanie každodenných činností napr. domáce práce, starostlivosť o deti, zdvíhanie a manipulácia s ťažkými predmetmi, chôdza do kopca, do schodov a i. Zdôrazňuje riadenú pohybovú aktivitu pre zachovanie aktívnej telesnej hmoty aj po operácii a tým aj maximálne zlepšenie prognózy a kvality života.

DISKUSIA

Ako už bolo uvedené, obezita je nielen zdravotným, ale aj sociálnym problémom v mnohých krajinách. Liečba obéznych pacientov je spojená s veľkými výdavkami pre spoločnosť, nákladmi na zdravotnú starostlivosť a znížením pracovnej schopnosti (Nilsel, 2001). Cieľom výskumu bolo zistiť najčastejšie používané nástroje hodnotiace kvalitu života pacientov s obezitou a zistiť zmeny v hodnotení kvality života u pacientov s morbidnou obezitou po operačnej liečbe.

Obezita je komplexná choroba s multifaktorálnou etiológiou, ktorá dosahuje rozmery celosvetovej epidémie. Pre adekvátne zachytenie zmien v živote obéznych pacientov je potrebné vykonať pravidelné hodnotenie. V súlade s tým si vedci uvedomujú dôležitosť hodnotenia kvality života ako miery zdravotného stavu a výsledku liečby úbytku hmotnosti u obéznych jedincov. Úbytok hmotnosti býva väčšinou primárnym výsledkom záujmu väčšiny liečebných postupov obezity. Životne dôležitou súčasťou výsledkov liečby býva aj hodnotenie zmien v oblastiach hodnotiacich kvalitu života.

Kolak et al. (2012) uvádza, že sledovaním kvality života je možné lepšie porozumieť pacientom a ich potrebám. Na základe týchto zistení možno vhodne zvoliť špecifický lekársky zásah vychádzajúci z potrieb jedinca. Komplexná liečba pacienta, porozumenie jeho problémom, edukácia pacienta a jeho rodiny zvyšuje spokojnosť pacienta a vedie k zlepšeniu kvality života.

Redukcia stravy a úprava správania vedie u obéznych jedincov k zníženiu hmotnosti, málokedy je pozorovaný stabilný návrat telesnej hmotnosti k normálnej. Primeraným chudnutím možno dosiahnuť uspokojivé klinické výsledky, zlepšenie zdravotného stavu, fyzickej a psychickej pohody. Adami et al. (2005) uvádzajú, že v pooperačnom období by sa mal hodnotiť nielen výsledok liečby, ale aj biologické parametre napr. glykémia, cholesterol a i., zároveň by sa mala skúmať aj kvalita života súvisiaca so zdravím.

Súčasný bariatrický postupy ovplyvňujú fyziologický stav alebo správanie jedincov, čo môže mať vplyv na kvalitu života. Ženy vykazovali vyššiu hodnotu v podskupinách skúmajúcich duševnú doménu, sebaúctu a sexuálne skóre, aj keď neboli zistené žiadne rozdiely v kvalite života v oblasti fyzickej (Adami et al., 2005). Výskumné práce poukazujú na bariaterapiu ako na jednu z možností zníženia hmotnosti. Výber pacientov je ovplyvnený rôznymi faktormi, ku ktorým okrem obezity patria ďalšie komorbidity, pohlavie, vek, pocit bezpečia pre pacienta, finančná úhrada poisťovňou a i. (Dreyer et al., 2013).

K zníženiu hmotnosti je odporúčaná hypokalorická strava, lieky, pravidelná fyzická aktivita a wellnes pobyty, ktoré v 90% prípadov nevedú k očakávaným výsledkom (Kolak et al., 2012).

Úbytok hmotnosti po bariaterapii sa vo výskumných prácach líšia. Niektoré štúdie uvádzajú významný úbytok hmotnosti prvý rok po operácii, iné uvádzajú druhý až tretí rok a potom stagnáciu hmotnosti (Kolak et al., 2012).

Významnú úlohu v hodnotení majú v pooperačnom období psychologické a behaviorálne aspekty. Sarwer, Dilks (2011) uvádzajú, že 20-60 % pacientov trpí poruchou nálady a úzkosťou. V USA je povinná konzultácia v oblasti duševného zdravia ako súčasť predoperačného vyšetrenia. Je zamerané na mentálne zdravie, biologické a environmentálne faktory. Ďalej sa hodnotia stravovacie návyky, skúsenosti s komerčnými programami chudnutia, diétne poradenstvo a lieky zamerané na zníženie hmotnosti. Zisťujú sa stravovacie návyky, veľkosť porcií, občerstvenie a nápoje. Tieto informácie sú dôležité pre analýzu konkrétneho problematického správania, ktoré je potrebné pred operáciou zmeniť. Významnú úlohu zohráva fyzická aktivita, ktorá je u obéznych minimálna. Posudzuje sa prejedanie - spotreba veľkého množstva jedla v krátkom období (2 hodiny), nočné stravovanie, veľkosť nočnej porcie a čas za ako dlho sa prebudí po zaspání k jedlu.

Dôležitým faktorom je taktiež posúdenie psychického stavu. Zameriavame sa na posúdenie prítomnosti porúch ako sú časté zmeny nálad, prítomnosť prejavov úzkosti, príznaky depresie a podobne. Sarwer, Dilks et al. (2011) sledovali sexuálne potreby a vnímanie obrazu tela, ktoré sú v dôsledku obezity znížené.

Obezita a jej komorbidity sú významnou psychosociálnou záťažou, ktorá ovplyvňuje rad psychosociálneho fungovania. Hodnotenie psychosociálneho fungovania je dôležitou súčasťou plánovania a hodnotenie liečby u pacienta s obezitou. Úbytok hmotnosti 3 až 5% sa považuje za klinicky významný, ak je spojený so zlepšením komorbidít súvisiacich s hmotnosťou. Väčší úbytok hmotnosti vedie k zlepšeniu zdravotného a psychosociálneho stavu u pacientov po bariatrickej operácii.

Obezita je fenomén modernej doby, sú s ňou spojené početné komorbidity. Liečba obezity, konzervatívna aj chirurgická sú zamerané na redukciu hmotnosti. Štúdia zahraničných autorov uvádzajú významné zníženie príjmu potravy po bariatrickej chirurgii (Sarver, Polonsky, 2016).

ZÁVER

Obezita v súčasnosti predstavuje vážny problém v rozvinutých i rozvojových krajinách. Jej prevalencia v ostatných rokoch stále stúpa, nielen u dospelých, ale aj u detí, dokonca niektorí autori hovoria o pandémii. Príspevok popisuje obezitu, jej vplyv na kvalitu života, vybrané nástroje hodnotenia kvality života pacientov s extrémnou obezitou, u ktorých sa pristúpi k chirurgickej liečbe.

Z dostupných databáz hodnotiacich výsledky výskumov sme dospeli k záveru, že bariatická chirurgia ako súčasť komplexnej liečby extrémnej obezity vedie k výrazným zlepšeniam kvality života pacientov v rôznych oblastiach. Dostupné informácie a zistenia sú návodom na výskum vplyvu bariatrickej liečby extrémnej obezity na život pacienta po zákroku.

LITERATÚRA

Adami GF., Ramberti G., Weiss A. et al. (2005). Quality of life in obese subjects following biliopancreatic diversion. *Behavioral Medicine*. 2005; 31: 53-60.

Adámková V. Obezita – príčiny, typy, rizika, prevence a léčba. Brno: Facta Medica; 2009.

Bužga M. Vliv bariatrické léčby na složení těla a metabolismus morbidně obézních pacientů, Doktorská disertační práce, archiv LF University Palackého v Olomouci, 2012, 117 s.

Bužgová R., Holéczy P., Bužga M. Hodnocení kvality života žen 6 měsíců po laparoskopické tubulizaci žaludku. *Endoskopie*. 2011; 20 (3-4): 121-124.

Dragomírecká E., Bartoňová J. *Subjektive quality of life anlysis: příručka pro uživatele české verze dotazníků subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum Praha; 2006.

Dreyer N., Dixon J B M., Okerson, T. et al. Prevalence of Comorbidities and baseline characteristics of LAP-BAND APH subjects in the helping evaluate reduction in obesity (HERO) study. *Plos one*. 2013; 8(11): e78971.

Fábryová L. Obezita v číslech. [online]. [cit. 2018-08-11]. Dostupné na: <https://www.protiobezite.sk/obezita-v-cislach>

Faria GFR, Santos JMN, Simonson DC. Quality of life after gastric sleeve and gastric bypass for morbid obesity. *Porto Biomed.J*. 2017;2(2):40-46.

Fezzi M., Kolotkin RL, Nedelcu M. et al. Improvement in Quality of Life After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg*. 2011; 21(8): 1161–1167.

Fontana AD., Lopes AD., Lunardi AC. Bariatric surgery associated with practice of moderate to intense physical activity related to weight loss, activity level in daily life, dyspnea, and quality of life of sedentary individuals with morbid obesity: a prospective longitudinal study. *Obes. Surg*. 2019;29:2442-2448.

Fried M. et al. *Bariatrická a metabolická chirurgie*. Praha: Mladá Fronta; 2011.

Fried M. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. Praha: Grada; 2005.

Gurková E. *Hodnocení kvality života – pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada; 2011.

Hainer V. et al. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada; 2011.

Hainerov I. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf; 2009.

Hnilicová, H. 2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Payne J. et al. *Kvalita života a zdraví*. s. 205–216. Praha: Triton, 2005.

<https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>.

CHang CY., Hung CK., CHang YY. et al. Health-related Quality of Life in Adult Patients with Morbid Obesity Coming for Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2010; 20(8): 1121–1127.

Křivohlavý J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada; 2002.

Jumbe S., Hamlet C., Meyrick J. Psychological aspects of bariatric surgery as a treatment for obesity. *Current obesity reports*. 2017; 6:71-78.

Khalifa KA., Ansari AA. Quality of life, food tolerance, and eating disorder behavior after laparoscopic gastric banding and sleeve gastrectomy—results from a middle eastern center of excellence. *BMC obesity*. 2018;5(44). Doi.org/10.1186/s40608-018-0220-6.

Kolak T., Knežević M., Planinc M. et al. Quality of life after the Swedish adjustable gastric band procedure. *Coll. Antropol*. 2012; 36(3): 767-772.

Kolotkin RL., Williams VSL., Ervins CM. Validation of a new measure of quality of life in obesity trials: Impact if weight on quality of life-lite clinical trials version. *Clinical Obes*. 2019; 9(3):e12310. Doi:10.1111/cob.12310

Major P. et al. Quality of Life After Bariatric Surgery. In *National Library of Medicine*. Obesity surgery. 2015;25(9):1703-10.

- Slováček L., Slováčková B., Jebavý L. Kvalita života onkologických nemocných. Koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy*. 2005; 74 (5-6): 80-182.
- Mohos E., Schmaldienst E., Prager M. Quality of Life Parameters, Weight Change and Improvement of Co-morbidities After Laparoscopic Roux Y Gastric Bypass and Laparoscopic Gastric Sleeve Resection—Comparative Study. *Obes Surg*. 2011; 21(3):288-94.
- Nilsel K., ThoÈrne A., SjoÈstedt S. et al. Prospective randomised comparison of adjustable gastric banding and vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *Eur J Surg*. 2001; 167: 504-509.
- Pastucha D. et al. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada; 2011.
- Payne J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton; 2005.
- PROGOLID: Patient Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database. [online]. Lyon: MAPI Research Institute. 2001–2011. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.proqolid.org/>
- Sarver, DB., Polonsky HM. The psychosocial burden of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2016;45 (3):677-688. Doi: 10.1016/j.ecl.2016.04.016
- Sarwer BD., Dilks RJ. Overview of the psychological and behavioral aspects of bariatric surgery. *Bariatric Times*. 2011;8(2): 18-24.
- Serthaya M., Emre A., Yazar FM. et al. Diagnosis and management of early gastric band slip after laparoscopic adjustable gastric banding. *Videosurgery Mininv*. 2016; 11(2): 121-125.
- Svačina Š. *Obezita a psychofarmaka*. Praha: Triton; 2002.
- Svačina Š., Bretšnajdrová A. *Cukrovka a obezita*. Praha: Maxdorf; 2003.
- Svačina Š., Bretšnajdrová A. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada; 2008.
- Veenhoven, R. The four qualities of life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*. 1 (1), 1–39. [online]. [cit. 2018-12-04]. Dostupné na
- Versteegden DPA., Van himbeeck MJV., Nienhuijs, SW. Improvement in Quality of life after bariatric surgery:sleeve versus bypass. *Surgery for obesity and related disease*. 2018;14(2):170-174.
- World Health Organization, 2018. *10 facts on obesity*. Updated October 2017 [online] [cit. 2018-12-04]. Dostupné na <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>.
- Zwaan M. et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg*. 2002;12(6):773–80.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF OBESITY

Abstract: Assessing the quality of life in patients with morbid obesity represents an important part of a comprehensive treatment approach. Over the past decades, obesity has become a serious health, psychological, social, and economic issue. It negatively affects nearly every system of the human body and significantly lowers the quality of life, particularly in the domains of physical health, mental well-being, and social functioning. In certain cases, bariatric surgery is considered for patients with morbid obesity, as it may offer long-term improvements in both health status and quality of life. Surgical treatment of obesity is primarily used in patients with a BMI over 40, or with a BMI above 35, accompanied by serious comorbidities (such as hypertension or type 2

diabetes mellitus). In their theoretical and review-based article, the authors focus on the analysis of available standardized assessment tools aimed at evaluating the quality of life of patients with extreme obesity. In the second part, they analyze the findings of studies examining quality of life in adult patients after surgical treatment of obesity. Findings indicate that physical and mental health domains show the most consistent improvement following bariatric surgery. The summarized findings provide a foundation for further research into the impact of surgical intervention on the quality of life of patients diagnosed with morbid obesity.

Keywords: Obesity. Patient. Quality of life. Surgical intervention. Research.