

Streszczenie

Wstęp: W ostatnich latach obserwowany jest stały wzrost liczby osób otyłych w populacji. Światowa Organizacja Zdrowia określiła otyłość jako jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie, a jej następstwa stają się jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów [1]. W przypadku chorych ze wskaźnikiem masy ciała BMI przekraczającym 40 kg/m^2 możliwości uzyskania i utrzymania spadku masy ciała przy wykorzystaniu jedynie metod zachowawczych jest nieskuteczna. W związku z tym w ostatnich latach bardzo dynamicznie rozwijającą się gałęzią chirurgii stała się chirurgia bariatryczna. Skuteczność wykonywanych zabiegów jest niezaprzeczalna, a w połączeniu z zachowawczymi metodami leczenia przynoszą one wymierne korzyści. W licznych pracach wykazano, że redukcja masy ciała w tej grupie pacjentów nie tylko pozytywnie wpływa na jakość ich życia, ale też powoduje ustępowanie chorób towarzyszących otyłości, stąd określa się ją mianem „chirurgii metabolicznej” [2, 3]. W Polsce chirurgia bariatryczna i metaboliczna stale uznawane są za dyscyplinę niszową i nieustannie rozwijającą się [3]. W przeciwieństwie do naszego kraju, na świecie rola pielęgniarki w procesie chirurgicznego leczenia otyłości sprowadza się nie tylko do czynności pielęgnacyjnych, ale niejednokrotnie dotyczy ona koordynowania opieki zarówno na etapie przedoperacyjnym jak i podczas kontroli po zabiegu [4, 5, 6]. Bardzo ważne zatem wydają się wszelkie aktywności mające na celu poprawę efektów leczenia i pielęgnowania. Skoordynowane działania całego zespołu sprawującego opiekę nad grupą chorych otyłych jest niezbędna do uzyskania i przede wszystkim utrzymania długoterminowego ubytku masy ciała oraz ustępowania chorób towarzyszących [2]. W związku ze wzrastającą liczbą wykonywanych zabiegów bariatrycznych otwiera się nowe pole do badań i działań dla pielęgniarstwa. Biorąc pod uwagę dynamikę rozwoju chirurgii bariatrycznej oraz stosunkowo krótki czas od kiedy zabiegi te zaczęto wykonywać w Polsce, widać potrzebę pogłębiania i rozszerzania badań nad wieloma aspektami opieki nad grupą pacjentów operowanych z powodu otyłości olbrzymiej. Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości wydają się być znaczące. Cały zakres działań informacyjnych, koordynacja przygotowania jak i kontroli wczesnych i odległych po zabiegach operacyjnych nierzadko spada na pielęgniarki [7, 8]. Mimo stałego wzrostu liczby operowanych osób otyłych w Polsce, wiedza wśród pacjentów bariatrycznych, jak i wśród personelu medycznego na temat możliwości leczenia operacyjnego, wydaje się być niewystarczająca. Kontakt z pacjentem otyłym patologicznie ma personel obejmujący opieką pacjentów różnorodnych poradni i oddziałów szpitalnych, często leczących powikłania otyłości. Świadomość i wiedza na temat chirurgicznych metod leczenia

wśród personelu medycznego pracującego w różnych placówkach opieki medycznej są kluczowe dla poprawy jakości leczenia chorych z otyłością olbrzymią. Istotne wydają się być więc identyfikacja obszarów wiedzy wymagających uzupełnienia i poprawy poprzez edukację profesjonalistów i rozpowszechnianie informacji na temat chirurgicznych metod leczenia. Istotne wydają się również wszystkie badania prowadzące do optymalizacji opieki nad pacjentem bariatrycznym w okresie okołoperacyjnym. Na pierwszy plan wysuwa się cały zakres działań edukacyjnych w stosunku do pacjentów kwalifikowanych do zabiegu operacyjnego. Niejednokrotnie za edukację pacjenta na oddziałach szpitalnych odpowiada personel pielęgniarski. Często to właśnie pielęgniarka odpowiada za koordynowanie bezpośredniej opieki nad pacjentem bariatrycznym. Bierze udział w tworzeniu programów edukacyjnych, uczestniczy w spotkaniach grup wsparcia, umożliwia dostęp do lekarzy specjalistów oraz ekspertów z zakresu dietetyki, psychologii i sportu, a wszystko po to by przebieg okresu pooperacyjnego był dla tych pacjentów łatwiejszy i bardziej efektywny [9, 10, 11]. W sytuacjach, gdy to właśnie pielęgniarka odpowiada za koordynowanie opieki nad chorymi leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej i pełni funkcję głównego edukatora pacjentów, ważnym zagadnieniem wydaje się być to w jakim stopniu chorzy stosują się do wydanych przez nią zaleceń (*ang. compliance*). Ma to istotne znaczenie zarówno w okresie poprzedzającym zabieg operacyjny jak i podczas dalszej opieki. Przeprowadzenie rzetelnych badań dotyczących tego w jakim stopniu zalecenia wydawane pacjentom cierpiącym z powodu otyłości olbrzymiej są przez nich realizowane i przestrzegane, oraz jak stopień ich realizacji wpływa na osiągnięte efekty odległe w zakresie redukcji masy ciała po chirurgicznym leczeniu otyłości wydają się być kluczowe.

Cele pracy: Ocena wiedzy personelu pielęgniarskiego pracującego w różnych placówkach opieki medycznej na temat chirurgicznego leczenia otyłości oraz ocena możliwości udziału i roli pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentem bariatrycznym. Ocena wpływu przedoperacyjnej edukacji pacjentów na przebieg wczesnego okresu pooperacyjnego oraz długoterminowe efekty leczenia. Ocena jak stopień współpracy pacjenta (*ang. compliance*) wpływa na efekty chirurgicznego leczenia z powodu otyłości olbrzymiej, wraz z próbą identyfikacji czynników wpływających na stopień realizacji przez pacjentów otrzymanych zaleceń.

Material i metody: Do realizacji pierwszego celu dotyczącego oceny wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat możliwości chirurgicznego leczenia chorych z otyłością olbrzymią

oraz możliwości udziału i roli pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej opracowany został autorski kwestionariusz ankiety. Respondentami ankiety był personel pielęgniarski wybranych ośrodków medycznych w Polsce, obejmujący zarówno pracowników oddziałów szpitalnych jak również lecznictwa otwartego (poradni specjalistycznych i poradni podstawowej opieki zdrowotnej). Część druga i trzecia pracy doktorskiej obejmowały prospektywną analizę danych zebranych podczas leczenia zakwalifikowanej do badania grupy chorych leczonych chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Do badania włączona została grupa 153 chorych leczonych metodą laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka oraz metodą laparoskopowego wyłączenia żołądkowego na pętli Roux-Y.

Wyniki: w pierwszej części badania rutynowe wykonywanie zabiegów bariatrycznych w ośrodku zadeklarowało 77 (38%) badanych. Ankietowani deklarowali znajomość zasad rozpoznawania i kwalifikacji otyłości (7,3/10) oraz płynących z niej zagrożeń zdrowotnych (8,4/10). Znane były zasady kwalifikacji do leczenia chirurgicznego (7/10), metody leczenia (7,4/10), zasady opieki pooperacyjnej (8/10). Ankietowani ocenili możliwy udział pielęgniarki w edukacji pacjenta (8,5/10) oraz koordynacji przygotowań do zabiegu (7,5/10) jako bardziej znaczący niż udział w sprawowaniu kontroli odległych (7,4/10).

Druga i trzecia części badania była realizowana prospektywnie w grupie chorych leczonych z powodu otyłości olbrzymiej. Grupę stanowiło 153 chorych.

W drugiej części badania analizowano wpływ programu edukacyjnego na wyniki leczenia. Grupę podzielono na dwie podgrupy w zależności od tego czy uczestniczyli w spotkaniach edukacyjnych bądź nie. Zdecydowana większość uczestników spotkań edukacyjnych uznała, że przekazywane podczas spotkań informacje były przydatne, a zakres przedstawianej wiedzy był wystarczający. Większość osób w badanej grupie uczestniczyło w spotkaniach edukacyjnych prowadzonych przez zespół pielęgniarski, a zakres treści edukacyjnych i zakres wsparcia ze strony personelu pielęgniarskiego przez większość chorych został oceniony na w pełni wystarczający. Większość badanych brało czynny udział w spotkaniach edukacyjnych z dietetykiem, a stopień realizacji zaleceń dietetyka w okresie przedoperacyjnym był zadowalający. Zdecydowanie mniej badanych uczestniczyło w spotkaniach edukacyjnych z psychologiem lub lekarzem psychiatrą. Większość pacjentów podejmowała regularną aktywność fizyczną w okresie przedoperacyjnym. Ponad połowa pacjentów w chwili kwalifikacji do badania paliła papierosy, przy czym zdecydowana większość chorych

deklarowała wysoki stopień realizacji zaleceń związanych z ograniczeniem palenia w okresie leczenia bariatrycznego. Pacjenci w okresie przygotowania do zabiegu chętnie uczestniczyli w spotkaniach grupy wsparcia (CHLO) jak również częściowo realizowali zalecenia wydawane podczas tego typu spotkań. Prawie 90% chorych deklarowało uzyskanie redukcji masy ciała w okresie przygotowania do zabiegu, jednak nie wszyscy chorzy oceniają realizację zalecenia dotyczącego redukcji masy ciała jako wystarczającą. Średnia masa ciała rok po operacji bariatrycznej wyniosła 90,9 kg (zakres 62-158 kg). Średnie BMI rok po leczeniu wyniosło 30,7 (zakres 23,6 – 49,9). Średnia utracona liczba kilogramów rok po leczeniu wyniosła 45,1 kg (zakres 20-103 kg) Rok po leczeniu chirurgicznym częstość występowania cukrzycy typu 2 zmniejszyła się, a żaden z chorych nie wymagał insulinoterapii. Prawie jedna czwarta pacjentów deklarowała brak udziału w regularnych wizytach kontrolnych realizowanych pooperacyjnie. Wśród tych, którzy uczestniczyli w kontrolach uzaledwie jednej dziesiątej poziom realizacji zaleceń był niezadowolający. Jedna trzecia pacjentów nie uczestniczyła w spotkaniach z dietetykiem w okresie pooperacyjnym i prawie tyle samo chorych nie realizowało zaleceń związanych z żywieniem w okresie pooperacyjnym. Prawie połowa chorych w pierwszym roku po zabiegu bariatrycznym nie brała udziału w spotkaniach z psychologiem lub lekarzem psychiatrą, a w grupie deklarujących korzystanie ze wsparcia psychologicznego znaczna część nie realizowała wydanych zaleceń. Większość badanych deklarowała podejmowanie regularnej aktywności fizycznej w trakcie pierwszego roku po zabiegu. Duża część chorych operowanych kontynuowała udział w spotkaniach grup wsparcia CHLO w okresie roku po zabiegu, jednak prawie jedna czwarta badanych deklaruje, że nie realizowało zaleceń, które były tam proponowane. Większość badanych potwierdziło udział w wizytach kontrolnych realizowanych przez personel pielęgniarski, a zakres realizacji wydawanych zaleceń wydaje się zadowolający. Zdecydowana większość pacjentów pozytywnie oceniło udział personelu pielęgniarskiego w zakresie wsparcia udzielonego w okresie 12 miesięcy po zabiegu bariatrycznym. Większość ankietowanych uznała również, że pielęgniarka z powodzeniem może pełnić funkcję osoby koordynującej opiekę nad pacjentami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości. Analizując charakterystykę pacjentów nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupą nie uczestniczącą i uczestniczącą w programie edukacyjnym w zakresie płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, BMI czy występowania i formy leczenia chorób towarzyszących. Dokonując porównania przebiegu leczenia bariatrycznego oraz stopnia realizacji kluczowych zaleceń wydawanych na różnych etapach leczenia zaobserwowano istotnie korzystniejsze wyniki w grupie chorych uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych. Stopień realizacji wszystkich zaleceń był istotnie wyższy w grupie

pacjentów edukowanych w trakcie leczenia bariatrycznego. W grupie chorych poddanych edukacji bariatrycznej zaobserwowano istotnie lepsze wyniki leczenia w zakresie redukcji masy ciała, zarówno w etapie przygotowania do zabiegu operacyjnego jak również 12 miesięcy po leczeniu chirurgicznym. Nie zaobserwowano istotnych różnic w zakresie poprawy leczenia chorób towarzyszących otyłości (cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze). Chorzy uczestniczący w spotkaniach edukacyjnych w okresie przed i pooperacyjnym uzyskiwali istotnie wyższą procentową utratę masy ciała (%WL), wyższą procentową utratę nadmiaru masy ciała (%EWL) oraz wyższą procentową utratę nadmiaru BMI (%EBMIL) w porównaniu do chorych nie uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych.

W trzeciej części badania poddano ocenie jak stopień realizacji zaleceń wpływa na wyniki leczenia. Wyniki leczenia chorych o wyższym stopniu realizacji zaleceń bariatrycznych (wyższym compliance) są lepsze, zarówno w zakresie stopnia redukcji masy ciała jak również stopnia poprawy w zakresie leczenia chorób towarzyszących. Pacjenci z tej grupy przed zabiegiem osiągnęli większą redukcję masy ciała w porównaniu do grupy o niższym compliance. Wyniki po 12 miesiącach od zabiegu bariatrycznego jednoznacznie pokazują większy spadek masy ciała u pacjentów realizujących większy odsetek zaleceń. Nie wykazano wpływu stopnia realizacji zaleceń na ustępowanie cukrzycy. Liczba chorujących na nadciśnienie rok po zabiegu bariatrycznym była najniższa w grupie z najwyższym stopniem compliance.

Wnioski: Wiedza personelu pielęgniarskiego w zakresie opieki nad pacjentami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości jest zadowalająca, zwłaszcza w ośrodkach rutynowo wykonujących operacje bariatryczne i metaboliczne. Udział pielęgniarki w edukacji pacjentów i koordynowaniu opieki bariatrycznej określono jako znaczący. Edukacja pacjentów bariatrycznych prowadzi do poprawy wyników w zakresie redukcji masy ciała zarówno w okresie przedoperacyjnym jak również 12 miesięcy po zabiegu operacyjnym. Poziom współpracy pacjenta z zespołem bariatrycznym wpływa na efekty chirurgicznego leczenia z powodu otyłości. Pacjenci o wysokim stopniu realizacji zaleceń odnoszą większe korzyści w zakresie redukcji masy ciała i poprawy leczenia chorób towarzyszących otyłości. Udział personelu pielęgniarskiego w sprawowaniu opieki nad pacjentami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości jest bardzo istotnym elementem współczesnej opieki bariatrycznej. Pielęgniarka może z powodzeniem prowadzić edukację pacjentów bariatrycznych, pełnić funkcję koordynatora opieki lub nadzorować kontrole odległe po leczeniu chirurgicznym.

Zaangażowanie zespołu pielęgniarskiego do opieki nad pacjentami bariatrycznymi może przynieść realną poprawę wyników leczenia.

Słowa kluczowe: chirurgia bariatryczna, opieka pielęgniarska, edukacja pacjenta, poziom współpracy pacjenta, wiedza personelu