

# Chirurgiczne leczenie otyłości – psychologiczny wymiar oceny efektów przez pacjentów w kontekście różnic międzypłciowych

Aleksandra Sarna\*

Szpital Psychiatryczny w Toszku

Katarzyna Popiołek

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

## THE BARIATRIC SURGERY – PSYCHOLOGICAL DIMENSIONS OF EVALUATING EFFECTS BY DIFFERENT SEX PATIENTS

The prevalence of morbid obesity is increasing rapidly, and it is a major medical, social and cultural problem. Bariatric surgery causes significant and permanent weight loss and improves the quality of life. Nevertheless, weight loss is perceived as unsatisfactory by some patients. The fundamental differences in assessing the effects of treatment for women and men are noticed. The main factors affecting the assessment of treatment for women are: motivation, expected BMI, slim body's function, BMI 12 month after surgical treatment, extroversion, openness to experience. The most important factors for men are: motivation, expected BMI, scrupulousness. The following tools were used: the Inventory NEO-FFI, the Body Image Assessment, the Delta Questionnaire, the Scale of the Assessment of Obesity Surgical Treatment, the Motivation Questionnaire, the Slim Body's Function Questionnaire. The variables introduced into the model explained 74% (women) to 77% (men) of variances of bariatric surgery assessment.

### WPROWADZENIE

Problem otyłości i kłopoty z nadwagą stały się w ostatnich dekadach plagą dotykającą nie tylko cywilizację dobrobytu. Kwestie z tym związane rozważają specjaliści z zakresu zdrowia, a także politycy poszukujący środków zaradczych, możliwych do zastosowania w skali społecznej. Walka z tym problemem przestała być problemem natury estetycznej, dla wielu osób jest warunkiem przeżycia, ratunku przed przedwczesną śmiercią.

W Polsce z powodu nadwagi (BMI od 25 do 30 kg/m<sup>2</sup>) cierpi ok. 50% mężczyzn, 38% kobiet, a otyłości (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) 20% mężczyzn i 30% kobiet. Co 5 lat do tego grona dołącza kolejne 5% populacji.

Dla wielu osób walka z otyłością przy pomocy diet jest już niemożliwa i jedynym ratunkiem jest interwencja chirurgiczna. Ocena efektywności tegoż zabiegu wpływa zaś na dalsze postępowanie pacjenta, niezwykle ważne w procesie dalszego zdrowienia. W zaprojektowanych badaniach poszukiwano więc czynników mogących wpływać na tę ocenę. Wzięto pod uwagę cechy osobowości, charakter oczekiwań związanych z masą ciała, rodzaj motywacji do zabiegu i jego tło społeczno-kulturowe. Poznanie przyczyn niezadowolenia jest bardzo ważne

z punktu widzenia przygotowywania pacjentów do zabiegu w sferze psychologicznej, czego nie czyniono dotychczas. Wiele nieadekwatnych oczekiwań i nastawień pacjenta można bowiem przepracować w trakcie działań terapeutycznych poprzedzających zabieg.

Okazało się także, iż w grupie kobiet i mężczyzn odmiennie czynniki mają znaczenie dla odczuwanego zadowolenia z zabiegu, co z pewnością pomoże w opracowywaniu programów przygotowywania do oddziaływań chirurgicznych.

### PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY OTYŁOŚCI

Otyłość jest poważnym problemem, którego rozwiązanie w najbliższym czasie nie jawi się jako prawdopodobne (Greenberg i in., 2003). Niemożność rozwiązania tegoż zapewne wynika z nieznamości przyczyn. Pomimo testowania wielu koncepcji, zarówno o charakterze medycznym, jak i psychologicznym żadna z nich nie okazała się w pełni słuszna. Prowadzi to do wniosku, że otyłość jest znacznie bardziej skomplikowana niż wcześniej to zakładano.

Pierwsze badania psychologiczne nad otyłością prowadzono w latach 60. XX wieku. Schachter (1971) dowiódł, że osoby otyłe są niewrażliwe na bodźce związane z odczuwaniem głodu. Obserwacja ta pozwoliła na wyciągnięcie wniosku, że kontrola jedzenia przez osoby otyłe podlega bodźcom zewnętrznym – takim jak: pora

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Aleksandra Sarna, Al. W. Korfańskiego 24/35, 40-004 Katowice.  
aleksandra.sarna@gmail.com

dnia, ilość jedzenia, bodźce społeczne (za Ogińska-Bulik, 2004). Eksperymenty prowadzone przez Nisbetta (1986) wykazały, że osoby otyłe jedzą więcej lodów o złym smaku niż dobrym od osób o prawidłowej masie ciała, kolejny eksperyment dowiódł, że otyli zjadają więcej kanapek znajdujących się w zasięgu wzroku niż osoby szczupłe. Co więcej osoby otyłe zjadały więcej pożywienia znajdującego się w zasięgu wzroku, niż wtedy kiedy trzeba było po nie pójść do lodówki. Nisbett podkreślał, że osoby otyłe silniej reagują na widok jedzenia niż na uczucie głodu.

Te rezultaty zostały potwierdzone w 1983 roku, kiedy to Hermann i inni wykazali, że osoby otyłe zamawiają desery częściej wtedy, kiedy zostały im one pokazane. Badania prowadzone w kolejnych latach prowadziły do takich samych wniosków (Rogers i Hill, 1989; Rodin za: Louge, 1991; Baumeister i in., 2000). Analiza powtarzających się wyników tego typu eksperymentów pozwoliła na konstatację, że przyczyn nadmiernego jedzenia należy upatrywać w zaburzeniach mechanizmu samoregulacji, rozumianego jako każdy wysiłek podejmowany przez człowieka celem zmiany własnych reakcji. Pod pojęciem reakcji rozumie się działania, myśli i pragnienia. Samoregulacja wymaga kontroli wolicjonalnej (Baumeister i in., 2000). Baumeister wraz z współpracownikami stwierdził, że nadmiernemu jedzeniu sprzyja zmniejszenie monitorowania bądź brak kontroli ilości przyjmowanych pokarmów. Co więcej sytuacje grupowe miałyby sprzyjać redukcji samoświadomości i pociągać za sobą odhamowanie zachowań, które w normalnych warunkach są kontrolowane. Wniosek taki wypływał z obserwacji, że niektórzy ludzie przejadają się podczas oglądania telewizji, czytania i/ lub będąc w towarzystwie. Ponadto zauważono, że spożywanie alkoholu sprzyja przyjmowaniu nadmiernej ilości pokarmu (Abraham i Beumott, 1982; Herman i Polivy, 1984).

W kontekście badań prowadzonych przez Baumeistera i jego współpracowników interesująca wydaje się inna obserwacja, że w pewnym momencie grupa społeczna przestaje sprzyjać redukcji samoświadomości, a wręcz ją wzmacnia. Osoby otyłe przestają jeść w towarzystwie, włącza się poczucie wstydu, czują się obserwowane, uważają, że ilość przyjmowanego przez nie pokarmu jest źródłem kpiny i niewybrednych komentarzy. To sprawia, że jedzenie w towarzystwie staje się sytuacją lękową, powoduje przeżywanie negatywnych emocji. Tym samym osoby otyłe mogą „wpadać” w kolejny mechanizm odpowiedzialny za nadmierne jedzenie.

Wielu badaczy zauważyło, że wskutek emocji ludzie zaczynają odczuwać głód (Jasper, 1992; Somer, 1998; Ogińska-Bulik, 1999; Baumeister i in., 2000; Zubrzycka, 2002). Wiązanie przejadania się z lękiem wywodzi się z kręgu psychoanalizy – Hamburger twierdził, że jest ono formą ucieczki przed stresem, a Kaplan i Kaplan – że wynika z czasowej zbieżności między negatywnymi emocjami i głodem. Psychoanalitycy zgodnie podkreślali, że przejadanie się jest związane z fiksacją na fazie oralnej lub z regresją do niej (za: Ogińska-Bulik, 2004). Przejadanie się z przyczyn emocjonalnych prowadzi do

powstania błędnego koła. Jedzenie ma działanie kojące – co wynika z fizjologicznego związku nastroju z apetytem (Somer, 1998; Leleu, 1999) – ale jednocześnie staje się przyczyną przeżywania negatywnych emocji – przede wszystkim poczucia winy związanego z tyciem, a także obniżonej samooceny i obniżonego samopoczucia. Te negatywne emocje poniekąd prowokują konieczność ponownego sięgnięcia po jedzenie, które daje chwilowe poczucie bezpieczeństwa i spełnienia oraz zmniejsza stany napięcia psychicznego a więc skutecznie podnosi nastrój (Rasheed, 1998).

Kirk (1996) zauważa również, że jedzenie może być formą karania siebie, usprawiedliwiania życiowej porażki, testowania miłości. Badania potwierdzają, że osoby otyłe uważają się za gorsze, mniej atrakcyjne, mniej zadowolone oraz bardziej depresyjne od ludzi o prawidłowej masie ciała (McCreary i Sadava, 2001; Głębocka i Wiśniewska, 2004).

Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że otyłość jest traktowana jako przyczyna wszelkich niepowodzeń, a co więcej jest powodem zaniechania starań o poprawę funkcjonowania psychospołecznego.

Nadmierne jedzenie związane jest z nieumiejętnością radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i odczuwanym stresem. Jakkolwiek istnieją obserwacje, że stres może hamować łaknienie, badania (Oliver, Wardle i Gibson, 1999) wykazały, że aż 73% badanych jadło więcej w sytuacji stresowej. Ponadto Meisel (1990) wykazał, że pod wpływem stresu ludzie jedzą szybciej. Wpływ stresu na jedzenie ma charakter fizjologiczny – sam stres upośledza wchłanianie, co prowadzi do powstania niedoboru składników odżywczych (Somer, 1998). W efekcie miałyby to prowadzić do sytuacji, w której osoba postrzegająca zagrożenie myli je z głodem i redukuje napięcie jedząc (Robbins i Fray, 1980).

Kolejna grupa badaczy upatrywała przyczyn nadmiernego jedzenia w osobowości. Przegląd badań dotyczących cech osobowości, które miałyby niejako predysponować do otyłości jest niezwykle ubogi. Niewątpliwie największy projekt badawczy zrealizowali Japończycy – wzięło w nim udział ponad 30 tys. mieszkańców prefektury Miyagi w wieku 40–64 lat. Japończycy dowiedli, że poziomy ekstrawersji oraz psychotyzmu korelują wprost proporcjonalnie z nadwagą, natomiast poziom neurotyzmu koreluje z nią odwrotnie proporcjonalnie bez względu na płeć osób badanych. Ponadto zauważono, że wyniki w Skali Kłamstwa u mężczyzn korelują z nadwagą, przy czym zależność ta jest odwrotnie proporcjonalna (Kakizaki i in., 2008). Oczywiście osobowość jest konstruktem kształtowanym w ciągu życia, również pod wpływem doświadczeń kulturowych i społecznych – stąd nie można generalizować wyników uzyskanych w japońskich badaniach i bezpośrednio przenosić ich w inny obszar kulturowy. Badania te jednak pozwalają przypuszczać, że cechy osobowości mogą korelować z masą ciała. Wyniki tych badań nie odpowiadają na pytanie, czy określone natężenie cech osobowości jest przyczyną, czy wynikiem nadmiernej masy ciała. Amerykanie podjęli próbę ba-

dania osobowości osób otyłych 32 lata przed projektem japońskim. W grupie badawczej znalazły się 142 osoby, które zostały zdiagnozowane testem MMPI, a wyniki porównano z profilami osób leczonych (charakteryzującymi się masą ciała w granicach normy medycznej) w Department of Internal Medicine przy Mayo Clinic (50 tys. pacjentów). W wyniku badań ujawniono niewielkie różnice pomiędzy osobami otyłymi a populacją – żadna z nich nie była jednak istotna statystycznie (Johnson, Swenson i Gastineau, 1976).

Również Szwedzi prowadzili badania nad osobowością osób otyłych – wychodząc z założenia, że związki osobowości z otyłością można rozpatrywać na trzech płaszczyznach:

1. Osobowości, predysponującej do określonego stylu życia, którego efektem jest otyłość.
2. Otyłości traktowanej jako rezultat interakcji predyspozycji osobowościowych i czynników sytuacyjnych.
3. Otyłości związanej wyłącznie z czynnikami osobowościowymi.

Analiza wyników badań dowiodła, że nie sposób jednoznacznie określić związków osobowości z otyłością – wyniki kształtowały się różnie – w uzależnieniu od wielkości grupy badawczej, a ponadto w każdym wypadku nie różniły się znacząco od wyników uzyskanych w grupie kontrolnej (za: Rydén i in., 2003).

Warto zaznaczyć, że we wszystkich przytoczonych badaniach wyniki kobiet i mężczyzn różniły się, przy czym jedynie w przypadku badań japońskich różnice te okazały się istotne statystycznie.

## KLASYFIKACJE OTYŁOŚCI

Otyłość wchodzi w skład grupy zaburzeń odżywiania – klasyfikowana jest jako zaburzenie o podłożu nerwicowym w podgrupie zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

Sama nazwa grupy budzi wątpliwości – zdaje się być nieadekwatna, gdyż w otyłości proces jedzenia, przyjmowania pokarmów, nie jest zaburzony. Otyłość, rozumiana jako wynik schorzenia oznaczonego sygnaturą F50.4 jest traktowana jako skutek przejadania się związanego z innymi czynnikami psychologicznymi, które to ma być sposobem na obniżenie napięcia i zmniejszenia przykrości poprzez dostarczanie sobie przyjemności jedzeniem. Ponadto zaznacza się, że otyłość bez względu na to, jakimi zaburzeniami przeżywania jest powodowana, sama staje się powodem kolejnych zaburzeń – głównie ze względu na próby odchudzania się i stosowania diet powoduje lęk, drażliwość, osłabienie, a nawet ciężkie zespoły depresyjne. Ustalenia takie – jakkolwiek powszechne wśród psychologów mają charakter umowny – w grupie zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi nazwa otyłość nie została odnotowana (na podstawie ICD 10). Sygnatura F50.4 dotyczy „przejadania się związanego z innymi czynnikami psychologicznymi”, którego konsekwencją

może być (ale nie musi) nadmierna masa ciała, klasyfikowana w grupie zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej.

Kliniczna definicja otyłości głosi, że jest ona: „... przewlekłą chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzenia homeostazy energii. Jej pierwotną przyczyną są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie; w miarę nasilania się tego procesu oraz w miarę upływu czasu pojawiają się patologie i dysfunkcje dotyczące wszystkich w istotie układów i narządów. Otyłość występuje epidemicznie i jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności, szczególnie w krajach bardziej cywilizacyjnie rozwiniętych, a także olbrzymich obciążen społeczno-ekonomicznych” (za: Tatoń, Czech i Bernas, 2007).

W Tabeli 1 została przedstawiona obecnie obowiązująca klasyfikacja otyłości według BMI – jest to najpowszechniej stosowany wskaźnik określający stosunek masy ciała do wzrostu.

**Tabela 1**  
Klasyfikacja otyłości według BMI dla osób dorosłych  
Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia, 2000

Klasyfikacja	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Ryzyko chorób towarzyszących
Niedowaga	< 18.50	niskie (ale zwiększone ryzyko wystąpienia innych problemów zdrowotnych)
Norma	18.50 – 24.99	średnie
Nadwaga	≥ 25.00	
Otyłość wstępna	25.00 – 29.99	podwyższone
Otyłość klasy I	30.00 – 34.99	średnie
Otyłość klasy II	35.00 – 99.99	wysokie
Otyłość klasy III	≥ 40.00	bardzo wysokie

Istotne wydaje się zaznaczenie, że istnieje wiele metod, których celem jest określenie stopnia nadwagi – są to między innymi: pomiar ilości tłuszczu w organizmie, pomiar bioimpedancji, podwójna absorpcjometria energii rtg, metoda rezonansu magnetycznego z tomografią (MRI), pomiar grubości fałdu tkanki podskórnej, pomiar obwodu brzucha, ustalenie wartości wskaźnika WHR (stosunek obwodu talii do obwodu bioder) – BMI służy wyłącznie do wstępnej oceny stopnia otyłości (za: Tatoń, Czech i Bernas, 2007).

Definicja otyłości kładzie nacisk na fakt, że nadmierna masa ciała jest przyczyną wielu innych chorób – zwiększone ryzyko zachorowalności przedstawia Tabela 2.

Rozpatrywanie otyłości jako zaburzeń o podłożu psychicznym jest uprawnioną tendencją – przede wszystkim dlatego, że obserwacje pacjentów leczonych z powodu nadmiernej masy ciała nie pozwalają wykluczyć istnienia czynnika psychicznego – więcej – są dowodem na jego istnienie.

**Tabela 2**  
*Relatywne ryzyko problemów zdrowotnych towarzyszących otyłości*  
 Źródło: WHO, 2000

Wysokie (relatywne ryzyko znacznie przewyższa 3)	Umiarkowanie podwyższone (relatywne ryzyko 2–3)	Nieznacznie podwyższone (relatywne ryzyko 1–2)
Cukrzyca typu II. Choroba pęcherzyka żółciowego. Dyslipidemia. Oporność na insulinę. Duszność. Zaburzenia oddychania w czasie snu.	Choroba wieńcowa. Nadciśnienie tętnicze. Zapalenie kostnowastowe (kolana). Zwiększony poziom kwasu moczowego we krwi i dna moczanowa.	Choroba nowotworowa (rak sutka u kobiet w okresie pomenopauzalnym, rak macicy, jelita grubego). Zaburzenia w wydzielaniu hormonów płciowych. Wielotorbielowy system jajnikowy. Osłabienie płodności. Ból krzyża. Zwiększone ryzyko komplikacji po narkozie. Wady płodu związane z otyłością matki.

Medyczne podłoże otyłości, pomimo wielu hipotez i prowadzonych badań nadal pozostaje tajemnicą – w związku z tym obecnie dostępne metody leczenia mają charakter wyłącznie objawowy. Zaobserwowano, że w przypadku skrajnej postaci otyłości, to jest BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>, metody leczenia zachowawczego w 98% przypadków kończą się niepowodzeniem (Pardela, 2004).

#### CHIRURGICZNE LECZENIE OTYŁOŚCI W POLSCE

Dokładniejsze poznanie mechanizmów wchłaniania i trawienia przyczyniło się do wprowadzenia różnych sposobów operacyjnych mających na celu trwałe obniżenie nadmiaru ciężaru ciała (Pardela, 2004) – warto przy tym zauważyć, że metody te nie leczą nieznaną przyczyną otyłości, likwidują jedynie jej objaw, czyli nadmierną masę ciała. Historia chirurgii bariatrycznej jest stosunkowo krótka. Rozpoczęła się w 1952 roku, kiedy to szwedzki chirurg Henriksson usunął u pacjenta ze znaczną nadwagą pewien odcinek jelita cienkiego. Kolejne próby zabiegów tego typu podjął Kremen w 1956 roku – po serii badań na zwierzętach doświadczalnych. Jego metoda polegała na wyłączeniu z pasaży odcinków jelita cienkiego. Następnie eksperymentowano z resekcją znacznej części jelita cienkiego i różnymi zespoleniami omijającymi, jednakże zaniechano stosowania tych metod ze względu na liczne objawy uboczne. Podobnie do historii odeszły próby drutowania szczęki i wagotomii pionowej jako procedury bariatrycznej (Szyroki-Gniazdowska, 2002).

W Polsce pierwszy zabieg bariatryczny został wykonany w 1972 roku. Zabiegi te miały charakter eksperymentalny – jako metoda leczenia zaczęły być stosowane

w latach 90. XX wieku – obecnie wykonuje się 4 typy zabiegów, co znalazło odzwierciedlenie w grupie badawczej.

#### VBG – MASON – PIONOWA PLASTYKA ŻOŁĄDKA (VERTICAL BANDED GASTROPLASTY)

Pionowa plastyka żołądka jest zabiegiem o charakterze restrykcyjnym – skutkuje znaczącym zmniejszeniem ilości pokarmu, którą pacjent może jednorazowo przyjąć, i polega na podzieleniu żołądka na dwie części za pomocą szwów mechanicznych (tzw. staplerów). Tak wyodrębniona część nie powinna przekroczyć pojemności 30 ml. Metoda została wprowadzona w latach 80. XX wieku przez doktora Edwarda E. Masona (MacGregor, 2002) i do dzisiaj uznawana jest za „złoty środek” chirurgii bariatrycznej.

#### AGB – OPASKA REGULOWANA (ADJUSTABLE GASTRIC BAND)

AGB – opaska regulowana to również zabieg o charakterze restrykcyjnym. Jego wykonanie – podobnie jak w przypadku pionowej plastyki żołądka – polega na wydzieleniu „małego żołądka”. Efekt ten osiąga się poprzez umieszczenie opaski na żołądku – zabieg wykonuje się najczęściej laparoskopowo, ale można wykonać go również metodą tradycyjną, która wiąże się z otwarciem jamy brzusznej. Opaska składa się z części opasującej żołądek, wyposażonej w balonik, który zaciska się po napełnieniu specjalnym płynem i przypomina małą dętkę, portu umieszczonego pod skórą, oraz przewodu, który łączy obydwie części. Konstrukcja taka umożliwia regulowanie części opasującej żołądek – poprzez odciążenie lub dostrzyknięcie odpowiedniej ilości płynu. Mechanizm ten może wiązać się ze zwiększonymi oczekiwaniami pacjentów – w związku z tym, że istnieje możliwość regulowania prześwietu, zdarzają się osoby (szczególnie młode kobiety), które próbują wymóc na chirurgach zwiększenie ilości płynu – ma to zapewnić szybsze i bardziej spektakularne efekty.

Metody o charakterze restrykcyjnym wymuszają na pacjentach kompletną zmianę nawyków żywieniowych. Pozostawanie przy starych nawykach skutkuje bardzo przykrymi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego – przede wszystkim częstymi wymiotami. W praktyce oznacza to, że pacjent musi się nauczyć jeść inaczej niż robił to o tej porze – przede wszystkim dokładnie przeżuwać pokarm. Ograniczenie pojemności żołądka skutkuje możliwością przyjęcia nikłej ilości jedzenia – to oznacza, że pacjent jest zmuszany do wybierania tego, co je. Do czasu rozpoznania możliwości jedzenia poszczególnych produktów jedzenie w miejscach publicznych jest traktowane przez pacjentów jako problematyczne – zbyt duża ilość pokarmu albo niedostateczne przeżucie jest związane z koniecznością natychmiastowego zwrócenia go. W efekcie zabieg operacyjny nie uwalnia pacjenta od obsesyjnego myślenia o jedzeniu (Herman, Olmsted i Polivy, 1983; Wegner, 1994) – być może zmienia się jakość owego myślenia, ale nie ilość.

Co więcej szybkość „przepływu” pokarmu jest ściśle uzależniona od jego struktury – na przykład można zjeść dużą ilość czekolady, która bardzo szybko się rozpuszcza. To oznacza, że pacjent nie jest „zwolniony” ze stosowania diety niskoenergetycznej – niemniej jej stosowanie jest ułatwione. Wśród pacjentów, u których zastosowano metody o charakterze restrykcyjnym spotyka się osoby, które zaczynają wymuszać wymioty po spożyciu pokarmów wysokoenergetycznych. Niestety nie prowadzono badań, których celem byłoby określenie odsetka takich osób.

#### BPD – SCOPINARO – WYŁĄCZENIE ŻÓŁCIOWO-TRZUSTKOWE (*BILIOPANCREATIC DIVERSION*)

W odróżnieniu od dwóch metod, które omówiono powyżej, wyłączenie żołądkowo-trzustkowe nie ma charakteru wyłącznie restrykcyjnego. Jego celem jest również zaburzenie wchłaniania pokarmu. Metoda polega na tym, że usuwa się znaczną część żołądka (ok. 2/3 jego wielkości), następnie jelito cienkie dzieli się na trzy odcinki – całość ma kształt litery Y. Pierwsza część jelita jest drogą dla treści pokarmowej (to ta zespolona z żołądkiem), druga – dla soków trawiennych (to ta połączona z przewodami żółciowymi i trzustką), w trzeciej odbywa się trawienie. Dwie pierwsze części łączą się z trzecią ok. 100–150 centymetrów przed ujściem jelita cienkiego do jelita grubego – odległość ta jest ustalana przez chirurga indywidualnie.

#### RNY – ROUX – EN – Y GASTRIC BYPASS

To również zabieg, który łączy element restrykcyjny z upośledzeniem wchłaniania pokarmu. W tym wypadku nie usuwa się części żołądka, a dzieli się go na dwie części za pomocą staplerów. Część jelita cienkiego zespała się z tak wyodrębnionym małym żołądkiem – jest to droga dla treści pokarmowej, którą przyjął pacjent. Podobnie jak w przypadku BPD – Scopinaro jelito tworzy literę Y – drugą jego częścią spływają soki żołądkowe – trawienie odbywa się w trzeciej. Długość poszczególnych części jelita oraz wielkość wyodrębnionej części żołądka jest ustalana indywidualnie. Ta metoda łączy obostrzenia typowe dla zabiegów wyłącznie restrykcyjnych, jak i wyłącznie ograniczających wchłanianie.

Niezależnie od zastosowanej metody zdecydowana większość pacjentów stanie przed wyzwaniem jakim okaże się zmieniające się ciało. Osoby decydujące się na chirurgiczne leczenie otyłości są silnie zdeterminowane, ich celem jest schudnięcie. Rzadko jednak chcą zdać sobie sprawę z fizycznych konsekwencji szybkiej utraty zbędnych kilogramów. Dopiero po zabiegu konfrontują się z rozmiarem blizny pooperacyjnej (w przypadku konieczności otwarcia jamy brzusznej blizna sięga od pępka do piersi), utratą jędrności skóry, w wielu przypadkach koniecznością wycięcia zbędnego fałdu skórniego. Pacjenci, którzy oczekiwali, że zlikwidowanie otyłości da efekt w postaci subiektywnie spostrzeganej wysokiej atrakcyjności fizycznej są rozczarowani. Okazuje się bowiem,

że to, co postrzegali w kategoriach „brzydkie” co prawda zniknęło, ale zostało zastąpione przez „inne brzydkie”. To co miało być końcem pogoni za pięknem, okazuje się być tylko innym początkiem. Początek ten wydaje się być znacznie trudniejszy niż walka z nadmierną masą ciała. Pacjenci stają przed obrazem szkód, które są wynikiem wieloletniej otyłości i które są nieodwracalne. Traktowanie otyłości w kategoriach źródła wszelkich problemów dawało nadzieję na ich automatyczne rozwiązanie w wyniku zastosowania procedur chirurgicznych. Schudnięcie zamiast rozwiązać problemy okazało się być źródłem kolejnych, takich jak nadmiar skóry, czy rozstępy wóbec których medycyna jest ciągle bezsilna. Pacjenci, którzy spostrzegali siebie jako brzydkich, bo otyłych, mieli nadzieję na schudnięcie i bycie ładnym. Wieloletnie doświadczenia z odchudzaniem ugruntowały przekonanie, że schudnięcie jest możliwe. Po zabiegu, który miał być pewnego rodzaju gwarantem odzyskania piękna muszą skonfrontować się z sytuacją percypowaną jako: „moje ciało nadal nie jest doskonałe, ale tym razem nic się nie da z tym zrobić”.

#### OCENA PRZEZ PACJENTA EFEKTÓW CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI.

Efekty chirurgicznego leczenia otyłości można rozpatrywać na wielu płaszczyznach: bardzo szeroko rozumianego funkcjonowania psychicznego, stanu zdrowia, funkcjonowania społecznego, funkcjonowania w kulturze, czy w końcu estetyki. Ocena efektów chirurgicznego leczenia otyłości składa się zatem z wielu ocen cząstkowych i jest konstruktem złożonym.

Na efekty zabiegu chirurgicznego leczenia otyłości składają się zarówno komponenty o charakterze medycznym, psychologicznym jak i te, które można traktować w kategoriach kulturowo-społecznych. Komponenty te mogą mieć charakter bezpośredni, ale również pośredni, jedne są oczekiwane, inne nieoczekiwane, a jeszcze inne – pomimo oczekiwań nie występują – wszystkie jednakże podlegają ocenie pacjenta. Tyszka zauważa, że „... ocenianie polega na przypisywaniu odpowiednich liczb ocenianym przedmiotom (osobom czy ich wytworom) lub zdarzeniom (zachowaniom osób lub funkcjonowaniem ich wytworów. Wyrażamy w ten sposób na odpowiedniej skali natężenia ocenianych jakości” (Tyszka, 2004). Narzędzie badawcze służące do oceny efektów chirurgicznego leczenia otyłości wykorzystane w prezentowanych badaniach zostało zbudowane zgodnie z tą definicją – pacjenci odpowiednio do przyjętej skali oceniają różne aspekty składające się na efekty zabiegu bariatrycznego.

Z rozmów z pacjentami wynika, że w pierwszym okresie po zabiegu, mają oni do niego stosunek euforyczny – przede wszystkim dlatego, że masa ciała szybko się zmniejsza, bez wysiłku ze strony pacjenta. Spełnienie zatem wszystkich oczekiwań związanych z powodami, dla których pacjent zdecydował się na chirurgiczne leczenie otyłości, wyobrażeniami o swojej masie ciała i o sobie szczupłym, wydaje się na wyciągnięcie ręki. Pro-

ces chudnięcia ulega jednak drastycznemu zahamowaniu, w dodatku pacjent musi zmierzyć się ze skutkami zabiegów, których wcześniej nie brał pod uwagę – skóra traci jędrność i jest „za duża”, dają o sobie znać różne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Co więcej, nie znikają niepowodzenia, których źródła pacjenci upatrywali w otyłości. Początkowo wysoka ocena zaczyna maleć, postawa pozytywna zostaje zastąpiona mniej lub bardziej negatywną, aby następnie w tej postaci się utrwalić.

Należy zaznaczyć, że ocena efektów chirurgicznego leczenia otyłości przez lekarza prowadzącego niemal zawsze jest pozytywna, co wiąże się z wysoką skutecznością metod operacyjnych (Tabela 3).

Oceny negatywne związane są wyłącznie z możliwymi powikłaniami, a ich wystąpienie wiąże się z koniecznością reoperacji.

## CEL I METODA

Celem prowadzonych badań było wyłonienie czynników istotnych dla oceny efektów zabiegu bariatrycznego. Poznanie mechanizmów i czynników istotnych dla tej oceny pozwoli na zaprojektowanie oddziaływań psychologicznych prowadzonych już na etapie przygotowania pacjentów do zabiegu, co z kolei powinno przełożyć się na ich lepsze funkcjonowanie psychospołeczne.

W wyniku dokonania przeglądu literaturowego, założono hipotetycznie, że wpływ na ostateczną ocenę efektów chirurgicznego leczenia otyłości będą miały następujące zmienne:

- Oczekiwania związane z masą ciała.
- Oczekiwania związane z funkcją szczupłego ciała (rozumianą jako zespół korzyści psychologicznych, społecznych i materialnych odnoszonych przez osoby szczupłe).
- Motywacja do poddania się zabiegowi chirurgicznego leczenia otyłości – wyodrębniono motywację zdrowotną i kulturowo społeczną.
- Locus of Control.

Cechy osobowości:

- Poziom neurotyczności
- Poziom ekstrawersji
- Poziom otwartości na doświadczenie
- Poziom ugodowości
- Poziom sumienności

Ponadto kontrolowano: wiek, płeć i rodzaj zabiegu

Projektując badania zadano pytania o zależność pomiędzy wyżej wymienionymi czynnikami a oceną efektów leczenia bariatrycznego.

Posłużono się następującymi metodami:

- a) Skala oceny efektów chirurgicznego leczenia otyłości (metoda własna): 10 itemów, współczynnik *Alfa Cronbacha* .759: Składa się z 10 stwierdzeń, z których 5 dotyczy zmian fizycznych, a 5 – funkcjonowania psychologiczno-kulturowo-społecznego. Odpowiedzi udzielane są odpowiednio do przyjętej skali dziesięciostopniowej. Wynik ogólny skali świadczy o stopniu zadowolenia pacjenta z efektów zabiegu. W metryczce do tej skali znajduje się ponadto rubryka BMI – wynik wpisany przez pacjenta został porównany z wartością, którą deklarował wcześniej jako idealną dla siebie.
- b) Kwestionariusz do badania motywacji do poddania się chirurgicznemu leczeniu otyłości (metoda własna): służy do badania rodzaju motywacji do poddania chirurgicznemu leczeniu otyłości. Składa się z 30 stwierdzeń, z których 15 dotyczy motywacji kulturowo-społecznej, a 15 zdrowotnej. Odpowiedzi udzielane są odpowiednio do przyjętej skali czterostopniowej.
  - 30 itemów, 2 podskale:
    - Motywacja kulturowo-społeczna: współczynnik *Alfa Cronbacha* =.835
    - Motywacja zdrowotna: współczynnik *Alfa Cronbacha* =.706
- c) Kwestionariusz do badania oczekiwań związanych z funkcją szczupłego ciała (metoda własna): 40 itemów, współczynnik *Alfa Cronbacha* =.919. Służy

Tabela 3

Przeciętny spadek wagi ciała po 5 latach od operacji

Skrót	Angielska nazwa operacji	Polska nazwa operacji	Średni ubytek nadmiernej wagi 5 lat po operacji*
VBG	Vertical banded gastroplasty	Pionowa plastyka żołądka z taśmą ograniczającą	65%
AGB	Adjustable gastric banding	Regulowana opaska żołądkowa	69%
IGS	Intragastric stimulation	Stymulacja ściany żołądka	32%
GBP	Gastric bypass Roux-en-Y	Ominięcie żołądkowe sposobem Roux-en-Y	77%
BPD-DS	Biliopancreatic diversion, duodenal switch	Wyłączenie żółciowo-trzustkowe	80%

\* nadmiar wagi = waga faktyczna minus waga należna np. chory waży 140 kg a przy swoim wzroście powinien ważyć 80 kg, nadmiar wagi wynosi 140–80=60 kg; ubytek 65% nadmiaru wagi wynosi 60 × 65% = 39 kg.

Źródło: Miller, K. (2004). Obesity: surgical options, *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18, 6, 1147–1165.

do badania adekwatności oczekiwań związanych z funkcją szczupłego ciała. Składa się z 40 stwierdzeń, z których 20 dotyczy oczekiwań adekwatnych, a 20 – nieadekwatnych. Odpowiedzi udzielane są odpowiednio do przyjętej skali czterostopniowej. Wynik ogólny kwestionariusza świadczy o stopniu adekwatności oczekiwań związanych z funkcją szczupłego ciała.

- d) Skala oceny efektów chirurgicznego leczenia otyłości (metoda własna): 10 itemów, współczynnik *Alfa Cronbacha* =.759.
- e) Kwestionariusz do pomiaru poczucia kontroli (Delta) (*Internal-External Scale*, J.B. Rotter, oprac. R.Ł. Drwal).
- f) *The Body Image Assessment* (BIA) (Fallon, Rosin).
- g) Inwentarz Osobowości NEO – FFI (Paul, T. Costa, Jr. i Robert R. McCrae. Adaptacja: P. Szczepaniak, M. Śliwińska, J. Strelau, B. Zawadzki).

Badania kwestionariuszowe uzupełniono danymi z wywiadów swobodnych.

#### GRUPA BADANA

Badania przeprowadzono na grupie osoby, które zdecydowały się na poddanie się chirurgicznemu leczeniu otyłości. Pierwsze badanie zostało przeprowadzone na etapie kwalifikacji do zabiegu – podczas pierwszej wizyty pacjenta w poradni leczenia otyłości, utworzonej przy oddziale chirurgicznego leczenia otyłości w Zabrze. Drugie badanie, w którym pacjenci zostali poproszeni o ocenienie efektów zabiegu, przeprowadzono z rocznym odroczeniem – poddane mu zostały wyłącznie te osoby, które wzięły udział w turze I. Liczebność grupy to 115 osób, analizie zostały poddane wyniki 109 pacjentów, 72 kobiety i 37 mężczyzn:

- średnia wieku wynosi 31.95 lat
- wartość BMI przed zabiegiem średnio wyniosła 44.46
- wartość BMI 12 miesięcy po zabiegu średnio wyniosła 33.67

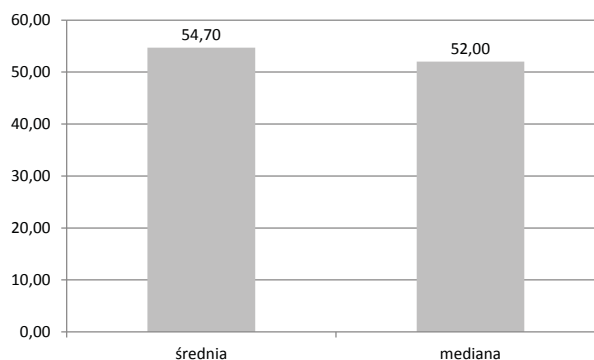
U wszystkich badanych chirurgiczne leczenie otyłości zakończyło się sukcesem medycznym, co oznacza, że zabiegi były niepowikłane, a w ich wyniku nastąpił spadek wyjściowej masy ciała.

#### PROCEDURA BADAWCZA

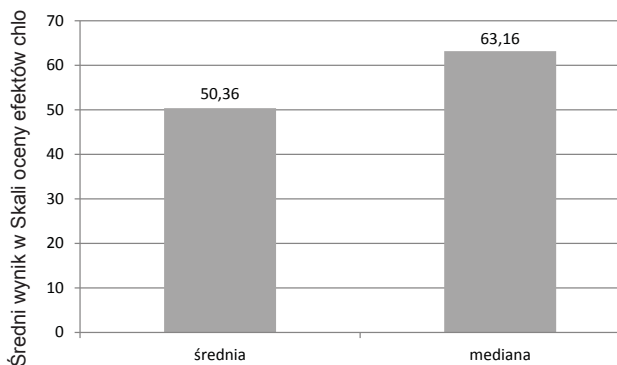
Badania miały charakter dwuetapowy. W pierwszej turze poproszono pacjentów o wypełnienie: Kwestionariusza Delta, Inwentarza Osobowości NEO-FFI, Skali oceny wyglądu ciała – *The Body Image Assessment*, Kwestionariusza do badania motywacji do poddania się chirurgicznemu leczeniu otyłości oraz Kwestionariusza do badania oczekiwań związanych z funkcją szczupłego ciała. Po 12 miesiącach od wykonania zabiegu pacjenci byli proszeni (przy okazji wizyty kontrolnej a także za pomocą Internetu) o wypełnienie Skali oceny efektów chirurgicznego leczenia otyłości.

#### WYNIKI BADAŃ

Średnim rezultatem uzyskanym przez osoby badane w Skali oceny efektów chirurgicznego leczenia otyłości jest blisko 55 punktów na 100 możliwych (*średnia*=54.7, *mediana*=52, *SD*=16.1) (Rycina 1.).



Ryc. 1. Ocena efektów chirurgicznego leczenia otyłości  
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 2. Ocena efektów chirurgicznego leczenia otyłości – kobiety vs mężczyźni  
Źródło: opracowanie własne

Tabela 4

Ocena efektów chirurgicznego leczenia otyłości a płeć – istotność różnic  
Źródło: opracowanie własne

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
Między grupami	4004.967	1		17.848	.000
Wewnątrz grup	24009.638	107			
Ogółem	28014.606	108			

Płeć jest ważnym czynnikiem różnicującym ocenę efektów chirurgicznego leczenia otyłości – mężczyźni okazali się bardziej zadowoleni od kobiet.

Analiza regresji ujawniła istnienie istotnych różnic pomiędzy czynnikami wpływającymi na ocenę efektów chirurgicznego leczenia otyłości u kobiet i u mężczyzn. W poniższych tabelach przedstawiono finalne wyniki analizy regresji, po wykluczeniu z modelu zmiennych nieistotnych statystycznie. W przypadku mężczyzn zmiennymi podwyższającymi ocenę efektów chirurgicznego leczenia otyłości są: zdrowotna motywacja do poddania się procedurze bariatrycznej, wysoki poziom sumienności, oraz spełnienie oczekiwań dotyczących BMI pozabiegowego.

#### PREDYKTORY MAJĄCE ZNACZENIE DLA OCENY EFEKTÓW CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI WŚRÓD MĘŻCZYŹN

**Tabela 5**

Wyniki badań własnych – mężczyźni (Źródło: opracowanie własne)

Model	Beta	B	Istotność
(Stała)		-1.002	.324
Motywacja	.711	7.890	.001
BMI oczekiwane	.306	3.144	.004
Sumienność	.285	2.917	.006

$F= 35.549^{***}$ , skorygowany  $R^2=.742$

W przypadku kobiet natomiast znaczenie mają: kulturowo-społeczna (czyli związana z funkcjonowaniem pacjenta na płaszczyźnie społeczno-kulturowej) motywacja do poddania się zabiegowi, adekwatne oczekiwania związane z funkcją szczupłego ciała, spełnienie oczekiwań związanych z masą ciała, wysoki poziom ekstrawersji, wysoki poziom otwartości na doświadczenie, metoda, którą wykonano zabieg (najwyżej zostały ocenione efekty zabiegów typu RNY).

#### PREDYKTORY MAJĄCE ZNACZENIE DLA OCENY EFEKTÓW CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI WŚRÓD KOBIEC

**Tabela 6**

Wyniki badań własnych – kobiety (Źródło: opracowanie własne)

Model	Beta	B	Istotność
(Stała)		1.265	.210
Metoda wykonania zabiegu	1.797	34.052	.001
Motywacja	-.683	-22.064	.001
Adekwatność oczekiwań związanych z funkcją szczupłego ciała	.747	25.367	.001
BMI oczekiwane	.594	11.710	.001
BMI 12 miesięcy po zabiegu	-.066	-34.881	.001
Ekstrawersja	2.135	35.539	.001
Otwartość na doświadczenia	-.455	-10.737	.001

$F= 415.863^{***}$ , skorygowany  $R^2=.77$

#### DYSKUSJA WYNIKÓW

Efekty zabiegu zostały ocenione przez pacjentów na średnim poziomie –ocena 5.5 na skali 10 – stopniowej mogłaby wydawać się niemal satysfakcjonująca, gdyby nie rozdzźwięk pomiędzy opinią pacjentów i lekarzy. Najniższy wynik został uzyskany przez kobietę (24 punkty), natomiast najwyższy przez mężczyznę (97 punktów). 42 osoby uzyskały rezultat  $\leq 50$  punktów a 66 > 51 punktów.

Żadna z osób badanych nie oceniła efektów zabiegu zdecydowanie negatywnie, 3 osoby (wyłącznie mężczyźni) okazały się niemal całkowicie usatysfakcjonowane. Warto w tym miejscu kolejny raz zaznaczyć, że z medycznego punktu widzenia zabiegi operacyjne zostały zakończone sukcesem w całej grupie badawczej, nie przekłada się to jednak bezpośrednio na ocenę efektów przez pacjenta.

W badaniach udział wzięły wyłącznie osoby, w przypadku których zaobserwowano pełny sukces medyczny: zabiegi były niepowikłane, a ich efektem było przynajmniej zahamowanie procesu tycia (w rzeczywistości wszystkie osoby badane znacznie schudły). Te dwa czynniki powodują, że zabieg jest oceniany z punktu widzenia chirurga jako w pełni udany. Poniżej przedstawiono dyskusję najciekawszych uzyskanych wyników:

#### MOTYWACJA

Ważnym czynnikiem mającym związek z finalną, korzystną oceną efektów zabiegu bariatrycznego okazała się motywacja. W grupie kobiet istotne znaczenie ma motywacja kulturowo-społeczna. Fakt ten może być związany z tym, że schudnięcie poprawia funkcjonowanie społeczne kobiet. Z wywiadów wynika, że wzrost akceptacji własnego ciała związany z pozbyciem się nadmiernej masy ciała, sprawia, że aktywizują się one towarzysko, nabierają odwagi w kontaktach międzyludzkich. Być może są to korzyści bardziej zauważalne niż poprawa stanu zdrowia, która przebiega powoli i niespektakularnie.

Warto zaznaczyć, że kultura ma wyższe wymagania wobec cielesności kobiet, więcej – można odnieść wrażenie, że ciało determinuje jestestwo kobiety, jest usprawiedliwieniem i powodem ich funkcjonowania wśród mężczyzn (Kowalczyk, 2002a, 2002; Kozyra, 1999). Stąd też odbieganie od standardu piękna zapewne jest dla przedstawicieli płci pięknej daleko bardziej bolesne niż w przypadku mężczyzn. Chudnięcie byłoby zatem nie tylko pozbywaniem się zbędnych kilogramów, ale również zbliżaniem się do obowiązującego ideału piękna. Więcej – zbliżaniem się do ideału nieosiągalnego (Kowalczyk, 2002a). Warto wziąć pod uwagę fakt, że nawet zdjęcia kobiet uważanych za najpiękniejsze poddawane są edycji w programach komputerowych, zanim zostaną opublikowane. Oznacza to, że żadna z obecnie żyjących kobiet nie spełnia wymagań kulturowych w zakresie urody (*ibidem*). Podstawowym komunikatem płynącym z treści artykułów zamieszczanych w prasie kobiecej jest to, że



wartość kobiety jest bezpośrednio związana z przymiota-  
mi jej ciała. Naomi Wolf określa ten mechanizm mianem  
„terroru piękna”: „Autorka w swej głośnej książce *The  
Beauty Myth* stawia tezę, że współczesne kobiety są ofia-  
rami piękna. Mity piękna stają się integralną częścią co-  
dzienności. Kobiety, które nie ucieleśniają wzorca piękna  
zostają skazane na niewidzialność, a często wręcz wykre-  
ślone z obszaru rozważań” (Wolf, 1991, s. 9–19). Izabela  
Kowalczyk w artykule *Uwięziona w ciele – ideały ciała  
w pismach kobiecych* dochodzi do wniosku, że główne  
przesłanie luksusowych miesięczników dla kobiet brzmi:  
„Jesteś jaka wyglądasz”, czy „Jesteś, bo wyglądasz” (za:  
Kowalczyk, 2002). Przywołuje ona tezę Ellyn Kaschack,  
która mówi: „Kobieta identyfikuje się ze swoim ciałem w  
sposób o wiele bardziej materialny niż mężczyzna – ona  
staje się swoim ciałem(...) Wynikają z tego zaburzenia  
tożsamości kobiety takie m.in. jak: anoreksja, bulimia,  
agorafobia. (...) kobieta od dzieciństwa uczona jest kon-  
trolowania własnego wyglądu, stawiany jest przed nią  
wymóg podobania się innym” (*ibidem*). Sama Kaschack  
pisze: „Wygląd nie jest po prostu jej cechą (jej tj. kobiety),  
jak w przypadku mężczyzny; ona jest swoim wyglądem.  
Praktycznie każdy aspekt powierzchowności kobiety  
mówi o tym, kim ona jest i jak należy ją traktować” (*ibi-  
dem*).

Prawdopodobnie dynamika pozbywania się nadwagi  
w pierwszym roku po chirurgicznym leczeniu otyłości  
daje pewnego rodzaju złudzenie, że ideał ów jest osią-  
galny – chudnie się szybko i bez specjalnego starania,  
samo ograniczenie pojemności żołądka lub drogi wchła-  
niania pożywienia daje spektakularny efekt. Z wywiadów  
z pacjentami wynika, że procesowi temu towarzyszy eu-  
foria, poczucie przezwyciężenia największego problemu,  
z którym walczyli całe życie i który codziennie ich po-  
konywał. Chirurgiczne leczenie otyłości poskutkowało  
nagłym odwróceniem tendencji – człowiek, który dotych-  
czas budził się coraz cięższy, nagle zaczyna obserwować  
szybki spadek masy ciała – waga pokazuje codziennie  
niższą wartość. Należy pamiętać, że nadwaga u osób  
badanych przybierała wartości od kilkudziesięciu do kil-  
kuset kilogramów i najczęściej uniemożliwiała normalne  
funkcjonowanie: począwszy od samoobsługi, na relacjach  
interpersonalnych kończąc. Odzyskiwanie sprawności  
w wyniku pozbywania się nadmiernej masy ciała dawa-  
ło nadzieję, że również pozyskanie pewnych funkcji jest  
możliwe, jest kwestią czasu i kolejnych utraconych kilo-  
gramów. Kobiety zwracały uwagę przede wszystkim na  
poczucie własnej kobiecości, którą miały nie tyle odzy-  
skać ile pozyskać (szczególnie te, które z dodatkowymi  
kilogramami zmagaly się „od zawsze”).

#### OCZEKIWANIA ZWIĄZANE Z MASĄ CIAŁA

Na ocenę efektów wśród badanych kobiet istotnie wpły-  
wa wartość BMI 12 miesięcy po zabiegu – im pacjentki  
bardziej schudły tym wyżej oceniały zabieg, któremu się  
poddaly. Warto zaznaczyć przy tym, że kobiety w trak-  
cie rozmów na temat oczekiwań związanych z masą ciała

nie deklarowały, że chciałyby mieć lekką nadwagę czy  
masę ciała, która pozwoliłaby im na sprawne funkcyjno-  
wanie. Większość z nich nie marzyła tylko o tym, aby  
być szczupłą – one chciały być po prostu chude. W wielu  
przypadkach drażnienie tematu skutkowało uruchomie-  
niem mechanizmów obronnych – kobiety wycofywały  
się z wcześniejszych deklaracji i zaczynały mówić, że  
każdy możliwy efekt zabiegu będzie satysfakcjonujący.  
Warunkiem kwalifikacji pacjenta do chirurgicznego le-  
czenia otyłości jest, między innymi, to, że były podejmo-  
wane próby leczenia i skończyły się one niepowodzeniem.  
Co więcej – próby te powinny być udokumentowane. To  
oznacza, że pacjenci zgłaszali się do lekarzy i przestrze-  
gali ich zaleceń, a pomimo to nie uzyskiwali oczekiwa-  
nego rezultatu. Procedury chirurgiczne bez wątpienia  
są ostatnim możliwym działaniem – być może pacjentki,  
nauczone wcześniejszymi porażkami, bały się marzyć  
o spektakularnych wynikach, aby się po raz kolejny nie  
rozczarować. Szczególnie, że rozczarowanie to musiało  
by się wiązać również ze stwierdzeniem, iż w ich wypadku,  
w obecnym stanie nauki, medycyna jest bezradna i nie  
ma dla nich ratunku. Nie dziwi zatem, że istotne staty-  
stycznie są oczekiwania związane z masą ciała – im wyż-  
sza wymarzona masa ciała, tym wyższa ocena efektów  
chirurgicznego leczenia otyłości.

W grupie mężczyzn także istotne okazały się oczeki-  
wania związane z masą ciała – im mniejsze oczekiwa-  
nia dotyczące docelowej masy ciała, tym wyższa ocena  
efektów chirurgicznego leczenia otyłości – natomiast nie-  
istotna okazała się wartość BMI w chwili badania.

Warto przypomnieć, że żadna z kobiet badanych nie  
osiągnęła wymarzonej masy ciała (co może wynikać z nie-  
adekwatnych oczekiwań) – nie zmienia to faktu, że ilość  
zrzucenych kilogramów jest istotna dla oceny efektów.  
To, że osoby, które marzyły o wyższej masie ciała, wyżej  
oceniają efekty zabiegu, nie wydaje się zaskakujące. Za-  
leżność tę można wyjaśniać na dwóch płaszczyznach: po  
pierwsze osoby, które wybierały cięższe sylwetki w BIA,  
z założenia nie miały dużych oczekiwań wobec operacji  
bariatrycznej. Po drugie – im cięższa sylwetka jest tą wy-  
marzoną, tym realniejsze wydaje się zrealizowanie pra-  
gnień w tym zakresie.

#### OCZEKIWANIA ZWIĄZANE Z FUNKCJĄ SZCZUPEGO CIAŁA

Nieadekwatność oczekiwań związanych z funkcją szczu-  
płego ciała musi skutkować rozczarowaniem. Osoby, któ-  
re przypisywały szczupłości cechy niezwiązane z samą  
masą ciała, oceniają niżej efekty chirurgicznego leczenia  
otyłości – być może „na fali” tego właśnie rozczarowa-  
nia. Szczupłość miała im zagwarantować powodzenie  
w życiu, a tak się nie stało – może to skutkować swo-  
istym poczuciem „bycia oszukanym”. Warto zaznaczyć,  
że mężczyźni oceniali funkcję szczupłości racjonalnie,  
natomiast kobiety wykazały skłonność do tworzenia  
nierealnych powiązań. Być może jest to związane z kul-  
turą – szczupłość w gazetach dla kobiet kojarzona jest  
z sukcesem, poczuciem szczęścia i atrakcyjnością, a czę-

sto również z dobrami materialnymi. Może to sprawiać, że kobiety dążą do takiego wzorca wierząc, że przymioty te występują „w pakiecie” – są ze sobą nierozdzielnie związane. Tymczasem szczupła sylwetka oznacza jedynie szczupłą sylwetkę – nic więcej, ale też nic mniej.

Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że dla pacjentek efekt chirurgicznego leczenia otyłości jest rozpatrywany wielopłaszczyznowo i jest nacechowany wieloma znaczeniami: funkcjonowaniem psychospołecznym, poczuciem szczęścia, stanem zdrowia, poczuciem własnej atrakcyjności itp. Skuteczność zabiegu jest przez pacjentów oceniana przez pryzmat tych czynników. Tymczasem chirurgiczne leczenie otyłości jest procedurą medyczną, której skuteczność mierzy się za pomocą wskaźnika BMI i niczego więcej. Ponadto nadrzędnym celem lekarzy jest nie tyle zniwelowanie nadmiernej masy ciała, ile zahamowanie procesu tycia (Pardela, 2004). Oznacza to, że w przypadku każdej z osób badanych zabieg zakończył się sukcesem i przez lekarzy jest oceniany pozytywnie<sup>1</sup>. Gdyby zabieg był oceniany przez pacjentów przez pryzmat jego skuteczności *sensu stricto*, oceny te musiałyby przybrać bardzo zbliżone wartości w grupie badawczej. Ich zróżnicowanie jest efektem wystawiania ocen przez pryzmat czynników naddanych, nie składających się na pierwotne znaczenie procedury chirurgicznej. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że pacjenci zdecydowali się na zabieg z określonych względów – „po coś”. Ich ocena zatem jest związana z uzyskaniem bądź nie uzyskaniem określonych gratyfikacji, pomimo iż często nie są one pochodną masy ciała, nie są z nią w żaden sposób związane.

#### EKSTRAWERSJA

Znaczącym czynnikiem osobowościowym był poziom ekstrawersji – okazał się być ważny w grupie kobiet, w ten sposób, że jej wysoki poziom podnosił ocenę efektów zabiegu bariatrycznego. Wysoki poziom ekstrawersji jest związany z optymistycznym nastawieniem do rzeczywistości (za: Zawadzki, Strelau, Szczepaniak i Śliwińska, 1998) – być może dla optymistek każdy efekt zabiegu jest mniej lub bardziej satysfakcjonujący. Można pokusić się o stwierdzenie, że ekstrawertyczki nie wycofały się z życia społecznego, tylko uczestniczyły w nim mimo otyłości. W trakcie badań spotkano się z niewielką grupą kobiet, które funkcjonowały stosunkowo dobrze – starały się wychodzić z domu, miały przyjaciół – chęć wyjścia „do ludzi” była dla nich silniejsza od dylematów związanych z masą ciała. Kobiety te nie narzekały, że otyłość uniemożliwia funkcjonowanie społeczne, twierdziły natomiast, że je ogranicza, nie pozwala im na takie funkcjonowanie wśród ludzi, jakiego by sobie życzyły. Te kobiety nie musiały przełamywać bariery wyjścia z domu, ponieważ nigdy jej sobie nie postawiły. Więcej – po schudnięciu mogły brać udział w aktywnościach, z których wcześniej musiały (ale nie chciały) rezygnować.

---

<sup>1</sup> W badaniach wzięły udział wyłącznie osoby, w przypadku których zabieg zakończył się powodzeniem.

Interesujące wydaje się, że kobiety te nie wspominały, że chciałyby coś zrobić z czystej ciekawości poznania, ich motywacją – szczególnie w przypadku zajęć o charakterze sportowym – była obserwacja, że przyjaciele to robią i one chciałyby to robić razem z nimi. Kobiety te nie oczekiwały, że schudnięcie poskutkuje pozyskaniem przyjaciół – bo i tak ich miały. Spodziewały się natomiast, że w przypadku pozbycia się nadwagi zyskają nowe możliwości spędzania wolnego czasu, dołączenia do aktywnych bliskich. Oczekiwanie takie rzeczywiście się spełniało w momencie, w którym zniknęła przyczyna odmawiania sobie np. wycieczek rowerowych – czyli otyłość.

#### SUMIENNOŚĆ

W przypadku mężczyzn natomiast ważnym czynnikiem okazał się być poziom sumienności – im był on wyższy tym wyższa była ocena efektów zabiegu. Przede wszystkim z wywiadów wynika, że mężczyźni mają znacznie mniej doświadczeń z odchudzaniem się na własną rękę. Być może jest to warunkowane tym, że w aspekcie kulturowym bycie mężczyzną nie jest obarczone wymogiem niskiej masy ciała – jak to się ma w przypadku kobiet (Kowalczyk, 2002a; Kozyra, 1999). Na podstawie rozmów z mężczyznami można odnieść wrażenie, że przez długie lata nie dostrzegali oni problemu otyłości – o ile kobiety walczą o zabieg, o tyle mężczyźni trafiają do kliniki „doprowadzani” przez żony. Często do końca nie rozumieją, dlaczego zabieg jest w ich wypadku konieczny, w kontekście nadmiernej masy ciała bardziej martwią się o otyłe potomstwo niż o siebie. Oczywiście ostateczna decyzja o zabiegu należy do nich samych – i można odnieść wrażenie, że podejmują ją z pełną odpowiedzialnością – decydują się nie tylko na wyrażenie zgody na procedury chirurgiczne, ale również na przestrzeganie zaleceń. I rzeczywiście ich przestrzegają, co skutkuje bardziej spektakularnymi efektami niż ma to miejsce wśród kobiet. Z wywiadów z mężczyznami wynika również, że przestrzegają oni zaleceń lekarskich w sposób dosłowny. Kartka, na której wyliczone są zasady żywienia się po zabiegu, staje się pewnego rodzaju wyrocznią, od której nie można odstąpić. Kobiety tymczasem są bardziej skłonne do stosowania różnego rodzaju zamienników produktów zalecanych – przy czym zmian nie konsultują ze specjalistami. Sama sugestia, że może warto byłoby dopytać lekarza bądź dietetyka o zasadność zmian w jadłospisie powoduje zdumienie. Kobieta, która całe życie jest odpowiedzialna za robienie zakupów spożywczych i gotowanie, nie potrafi przyjąć do wiadomości, że być może nie jest do końca kompetentna w zakresie żywienia siebie – skoro jej praktyki doprowadziły do powstania otyłości olbrzymiej.

#### OTWARTOŚĆ NA DOŚWIADCZENIE

Zmienna ta okazała się istotna wyłącznie w grupie kobiet. Wysoki poziom otwartości na doświadczenie podwyższa ocenę efektów; być może wynika to z pewnego

rodzaju gotowości na kolejne doświadczenia związane z odchudzaniem. Być może w grupie mężczyzn zabiegi bariatryczne nie są traktowane w kategoriach doświadczenia, ale ostateczności. Z wywiadów z pacjentami wynika, że dla większości z nich decyzja o zabiegu jest związana z poddaniem się, ostatecznym przyznaniem do braku kontroli nad własnym ciałem. Sam zabieg najczęściej związany jest z silnym lękiem oraz z determinacją. Pacjenci, którzy trafiają na stół operacyjny zazwyczaj chcą ratować życie, a nie zyskiwać nowe doświadczenia w walce o szczupłą sylwetkę.

#### WIEK

Wiek osób badanych okazał się nieistotny statystycznie dla całej grupy badawczej w analizie regresji. Analiza związku oceny efektów chirurgicznego leczenia otyłości z wiekiem okazała się jednak interesująca – pomimo że zmienna ta nie znalazła się w ostatecznym modelu empirycznym, można jednak zauważyć ciekawe tendencje. Okazało się, że młodsze kobiety wyżej oceniają efekty zabiegu niż starsze. Można wnioskować, że zależność ta jest dyktowana względami kulturowymi. Kultura niejako terroryzuje kobiety przymusem piękna – ignorując ciała niespełniające standardów (Kowalczyk, 2002a; Kaschak, 2001). Ciała niestandardowe to nie tylko otyłe, ale również stare. To sprawia, że starsze kobiety badane były niejako podwójnie wykluczone – ze względu na wiek i otyłość. Kobiety młodsze natomiast nie spełniały standardu szczupłości – czyli tego, który podlega zmianom, na który miały wpływ. Ich zadowolenie może zatem wynikać z faktu, że zaczęły się do standardu zbliżać. U mężczyzn zaobserwowano tendencję odwrotną – starsi mężczyźni ocenili wyżej efekty zabiegu niż młodszy. Z wywiadów wynika, że dla starszych mężczyzn utrata nadmiernej masy ciała wiąże się przede wszystkim z poprawianiem lub przywróceniem zdolności seksualnych, co prawdopodobnie jest istotne u panów wkraczających w andropauzę. Otyłość u mężczyzn młodszych natomiast niekoniecznie musi wiązać się z utratą funkcji seksualnej.

Różnice międzypłciowe w ocenie efektów zabiegów bariatrycznych są zatem w dużej mierze dyktowane kulturowymi wymogami stawianymi kobietom i mężczyznom.

#### WNIOSKI

Uzyskane wyniki badań pozwalają na wyłonienie predyktorów mających znaczenie dla procesu oceniania efektów chirurgicznego leczenia otyłości, ważnego dla przebiegu dalszego zdrowienia.

Przedstawiany model badawczy wyjaśnia od 74 (u mężczyzn) do 77% (u kobiet) wariacji dokonywanej przez pacjentów oceny efektów zastosowanego zabiegu. Istnieją różnice w ocenie efektów leczenia dokonywanej przez mężczyzn i kobiety.

Proces oceniania efektów zabiegu chirurgicznego leczenia otyłości przez mężczyzn jest wypadkową trzech czynników:

- oczekiwań związanych z masą ciała,
- motywacji do zabiegu,
- poziomowi sumienia.

W przypadku kobiet natomiast ocena ta zależy od:

- metody, za pomocą której wykonano zabieg,
- motywacji do poddania się leczeniu chirurgicznemu,
- uzyskanego BMI,
- oczekiwań związanych z funkcją szczupłego ciała,
- poziomu ekstrawersji,
- poziomu otwartości na doświadczenie.

Kwalifikacja do zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości powinna obejmować również postępowanie psychologiczne z uwzględnieniem badań kwestionariuszowych:

- NEO-FFI
- BIA
- Kwestionariusz do badania motywacji do poddania się chirurgicznemu leczeniu otyłości
- Kwestionariusz do badania oczekiwań związanych z funkcją szczupłego ciała

Uwzględnienie oddziaływań psychologicznych, już na etapie kwalifikacji oraz w procesie przygotowania pacjenta do zabiegu, jest koniecznością.

Oddziaływania psychologiczne w procesie przygotowania do zabiegu powinny być zaprojektowane z uwzględnieniem płci pacjenta. Oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na wyłonione predyktory mogą przyczynić się do ściślejszego stosowania się do zaleceń lekarskich, obniżenia ryzyka powikłań oraz lepszego funkcjonowania emocjonalnego.

#### LITERATURA

- Abraham, S.F., Beumont, P.J. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625–635.
- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., Tice, D.M. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*. Warszawa: PARPA.
- Głębocka, A., Wiśniewska, A. (2004). Psychologiczny portret kobiet otyłych. W: A. Głębocka, J. Kulbata (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Opole: Uniwersytet Opolski.
- Greenberg, B.S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachnan, K., Brownell, K.D. (2003). Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television. *American Journal Pub. Health*, 93, 1342–1348.
- Herman, C.P., Olmsted, M.P., Polivy, J. (1983). Obesity, externality and susceptibility to social influence: An integrated analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 926–934.
- Herman, C.P., Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. W: A.J. Stunard, E. Stellar (red.), *Eating and its disorders* (s. 141–156). New York: Raven Press.
- Jasper, J. (1992). The challenge of weight control: A personal view. W: T.A. Wadden, T.B. Vanitallie (red.), *Treatment of the seriously obese patient* (s. 411–434). New York: Gilford.

- Johnson, S.F., Swenson, W.M., Gastineau, C.F. (1976). Personality characteristics in obesity: Relation of MMPI profile and age of onset of obesity to success in weight reduction. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 29, 626–632.
- Kakizaki, M., Kuriyama, S., Sato, Y., Shimazu, T., Matsuda-Ohmori, K., Nakaya, N., Fukao, A., Fukudo, S., Tsuji, I. (2008). Personality and body mass index: A cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 1.
- Kaschak, E. (2001). *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Gdańsk: GWP.
- Kirk, C. (1996). *Poskramianie smoka diety*. Łódź: Ravi.
- Kowalczyk, I. (2002). Uwięziona w ciele – ideały ciała w piśmiach kobiecych. W: E. Kowalczyk, I. Ziarkiewicz, (red.), *Kobiety w kulturze popularnej* (s. 17–30). Poznań: Konsola.
- Kowalczyk, I. (2002a). Problematyka ciała w polskiej sztuce krytycznej lat dziewięćdziesiątych. W: M. Radkiewicz (red.), *Gender – kultura – społeczeństwo*. Kraków: Wyd. Rabid.
- Kozyra, K. (red.). (1999). *Katarzyna Kozyra. Łaźnia męska*. Warszawa, Zachęta Galeria Sztuki Współczesnej: Wyd. CSW Zamek Ujazdowski.
- Leleu, G. (1999). *Miłość i kalorie*. Warszawa: Sic!
- Louge, A.W. (1991). *The psychology of eating and drinking*. New York: W.H. Freeman and Company.
- MacGregor, A. (2002). The story of surgery for obesity. *American Society for Bariatric Surgery*, <http://www.asbs.org/html/story/chapter4.html> (pobranie 1.10.2010).
- McCreary, D.R., Sadava, S.W. (2001). Gender differences in relationships among perceived attractiveness, life satisfaction, and health in adults as a function of Body Mass Index and perceived weight. *Psychology of Men and Masculinity*, 2, 108–116.
- Meisel, R.L. in. (1990). Induction of obesity by group housing in female Syrian hamsters. *Psychology and Behavior*, 47, 815–817.
- Miller, K. (2004). Obesity: surgical options. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18, 6, 1147–1165.
- Nisbett, R.E. (1986). Taste, deprivation, and weight determinants of eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 107–116.
- Ogińska-Bulik, N. (1999). Nadwaga i otyłość zagrożeniem dla zdrowia. *Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi*, 2, 4, 17–25.
- Ogińska-Bulik, N. (2004). *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Olivier, G., Wardle, J., Gibson, L. (2000). Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 853–865.
- Pardela M. (2004). Postępy w chirurgii bariatrycznej. W: *Materiały konferencyjne*, II ogólnopolska konferencja, Chirurgiczne Leczenie Otyłości, aspekty podstawowe i kliniczne, Zabrze – Wisła, 15 – 17. 10. 2004.
- Rasheed, P. (1998). Perception of body weight and self-reported eating and exercise behaviour among obese and non-obese women in Saudi Arabia. *Public Health*, 112, 409–441.
- Robbins, T.W., Fray, P.J. (1980). Stress induced eating: Facts, fiction or misunderstanding. *Appetite*, 1, 103–133.
- Rogers, P.J., Hill, A.J. (1989). Breakdown of dietary restraint following mere exposure to food stimuli: Inter-relationship between restraint, hunger and food intake. *Addictive Behaviors*, 14, 387–397.
- Ryden, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A.K., Taft, C. (2003). Severe obesity and personality: A comparative controlled study of personality traits. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 27, 1534–1540.
- Somer, E. (1998). *Wpływ jedzenia na nastrój*. Warszawa: Amber.
- Schachter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese human and rats. *American Psychologist*, 26, 129–144.
- Szyroki-Gniazdowska, O. (2002). *Chirurgiczne leczenie otyłości*. Artykuł nie opublikowany. Szczecin: Szpital Zespolony, Szczecin.
- Tatoń, J., Czech, A., Bernas, M. (2007). *Otyłość. Zespół metaboliczny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tyszka, T. (2004). *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wegner, D.N. (1994). Ironic process of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Wolf, N. (1991). *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. Anchor: William Morrow and Company.
- Zawadzki, B, Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz osobowości NEO – FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Zubrzycka, E. (2002). *Schudnąć bez diety. Mity na temat nadwagi*. Gdańsk: GWP.