

Inngangur

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á sálrænu ástandi fólks í ofþyngd og hvernig andleg líðan fyrir hjáveituaðgerð á maga hefur áhrif á þunglyndi og kvíða eftir aðgerð. Margir þeirra sem fara í aðgerð eiga við sálræn vandamál að stríða. Algengastar eru kvíðaraskanir, þá þunglyndi og svo lyfjamisnotkun (Black, Gold og Mason, 1992).

Alþjóða heilbrigðisstofnunin WHO telur offitu í flokki alvarlegustu heilsufarsvandamála nú til dags. Og með óbreyttu áframhaldi er talið að offita verði stærsta heilbrigðisvandamálið í heiminum á næstu áratugum (WHO, 2008).

Offita er í öðru sæti yfir helstu orsakir dauðsfalla sem hefði mátt koma í veg fyrir í USA samkvæmt National Institutes of Health (Garza, 2003). Offita og sá kyrrsetulífstíll sem fylgir henni veldur um 300.000 ótímabærum dauðsföllum ár hvert í USA, en það setur offitu í annað sæti á eftir reykingum yfir ótímabærar dánarorsakir og tíðni hennar eykst sífellt (Chou, Grossman og Saffer, 2002).

Ofþyngd (overweight) og offita (obesity) er oftast skilgreind sem umframfita líkamans. Við skilgreiningu á offitu er oftast notaður líkamsþyngdarstuðull (Body Mass Index, BMI). Hann er reiknaður út frá hæð og þyngd samkvæmt formúlunni: þyngd í kílóum deilt með hæð í metrum í öðru veldi (kg/m^2).

Tafla 1 *Flokkun offitu eftir BMI.*

Vannæring	BMI < 18,5
Kjörþyngd	18,5 < BMI < 24,9
Ofþyngd - fyrsta stigs offita	25 < BMI < 29,9
Annars stigs offita	30 < BMI < 39,9
Þriðja stigs offita	BMI > 40

Stuðullinn gefur góða vísbendingu um ástand viðkomandi með tilliti til holdafars. Þessi viðmið eiga jafnt við um karla og konur en ekki um börn (Hjartavernd, 2004).

Alþjóða heilbrigðisstofnunin WHO (World Health Organisation) skilgreinir líkamsástand sem offitu þegar líkamsþyngdarstuðull (BMI) einstaklings er orðinn hærri en 30. Dánartíðni offitusjúklinga ($BMI > 30$) er tvöföld miðað við þá sem eru í kjörþyngd ($18,5 < BMI < 24,9$), auk þess sem hætta á bæði andlegum og líkamlegum kvillum eykst til muna (Ludvig Árne Guðmundsson, 2008). Öll þekkjum við til fólks sem á við offitu að stríða og hefur oft en ekki reynt marga megrunarkúra um ævina. Þessum einstaklingum líður oft illa, bæði líkamlega, andlega og félagslega. Offita er afleiðing misvægis í orkubúskap líkamans; líkaminn fær meira en hann hefur þörf fyrir. Vandamálið er þess vegna að við borðum of mikið og hreyfum okkur ekki nægilega í samræmi við neysluna. Auk þess skiptir miklu máli hvað við borðum, hvenær og hversu oft. Það er sem sagt samspil þessara þátta sem er orsök offitu og stjórnast aðallega af hegðun einstaklinga. Þeir sem fitna borða ekki endilega meira en þeir grönnu; þeir borða einfaldlega meira en þeir þurfa (Lýðheilsustöð, 2007).

Íslendingar þyngjast hratt eins og fram kemur í rannsókn byggðri á gögnum Hjartaverndar frá 2001. Þar voru skoðaðir aldurshóparnir 45-54 ára og 55-64 ára á árunum 1975 til 1994. Í ljós kom að hlutfall of feitra kvenna fór úr 9-11% upp í 15-25% mismunandi eftir aldurshópum. Hlutfall of feitra karla fór úr 10-11% í 19-26% eftir aldurshópum. Meðalþyngd 45-54 ára kvenna fór úr 66,7 kg í 73,4 kg. Meðalþyngd 45-54 ára karla fór úr 81,2 kg í 87,6 kg á þessum 20 árum. Meðalhæð kvenna á þessu tímabili hækkaði úr 164,6 cm í 167,0 cm og hjá körlum úr 176,9 cm í 179,2 cm (Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Laufey Steingrimsdóttir, Örn Ólafsson og Vilmundur Guðnason, 2001).

Á Íslandi er talið að um 20-22% fullorðinna séu með líkamsþyngdarstuðul yfir 30 sem þýðir að einstaklingur telst vera með annars stigs offitu, yfir 40 er þriðja stigs offita. Þá eru 40% einstaklinga á Íslandi með líkamsþyngdarstuðul 25-30 og teljast vera með fyrsta stigs offitu (heimasíða Reykjalundar, 2008).

Offita hefur einnig aukist meðal barna og samkvæmt rannsókn sem gerð var á mataræði og þyngd 9 ára barna var tæplega einn fjórði þeirra of þungur (Erlingur Jóhannsson, Þórarinn Sveinsson, Sigurbjörn Arngrímsson, Brynhildur Briem og Þórólfur Þórlindsson, 2003).

Hér á landi hefur offita farið vaxandi sem hefur leitt til aukinnar örorku fólks. Milli árána 1992 og 2004 fjölgaði öryrkjum sem höfðu offitu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu í örorkumati úr 37 í 111. Aukningin var 183% hjá konum og 263% hjá körlum. Aukningin var marktækt meiri en á örorku almennt á þessu tímabili (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Laufey Steingrímsdóttir, 2006).

Orsakir

Einstaklingar geta orðið of feitir af ýmsum ástæðum. Algengustu ástæðurnar eru erfðafræðilegir þættir, lítil hreyfing, óhollur matur, óheilbriggt átmynstur eða sambland alls þessa (Dietz, 2004). Umhverfisþættir veita einnig þungt. Í sumum tilfellum er hægt að rekja orsakirnar til sjaldgæfra sjúkdóma. Einstaklingar sem eiga foreldra eða systkini í ofþyngd eiga það á hættu að verða einnig of feitir. Offita getur verið ættgeng en arfgengi er þó ekki óhjákvæmilegt. Erfðafræðilegir þættir valda vissulega offitu en lífsmynstur fjölskyldunnar, svo sem matarvenjur, hreyfing, líkamleg og andleg líðan, skipta miklu máli (Dietz, 2004). Einstaklingar sem eiga við ofþyngd að etja á barnsaldri eru í meiri hættu en aðrir að verða í yfirþyngd á fullorðinsárum (British Medical Association, 2005). Offita er þess eðlis að einstaklingurinn sjálfur getur haft veruleg áhrif á þróun mála (Hjartavernd, 2004).

Líkamlegar afleiðingar

Líkamleg áhrif offitu eru margskonar, til dæmis á innkirtla og hormónastarfsemi, á hjarta- og æðakerfi, stoðkerfi, meltingarveg og gallblöðru, húð, krabbamein, kynlíf og svefn. Offita eykur hættu á ýmsum sjúkdómum og eru sterkust tengslin við sykursýki (Hjartavernd, 2004).

Algengustu fylgikvillar offitu eru kæfisvefn, sykursýki II, hjarta- og æðasjúkdómar, svo sem hækkaður blóðþrýstingur og hækun á blóðfitu, álagsþvagleki, ófrjósemi, vélindabakflæði, gallsteinar og stoðkerfissjúkdómar sem myndast vegna álags á líkamann vegna ofþyngdarinnar og valda því verkjum og slitgigt (Gaza, 2003; Hjörtur Gíslason og Björn Geir Leifsson, 2005).

Þeir sem eru með BMI yfir 30 lifa við meira en tvöfalda áhættu á að fá kransæðasjúkdóm og það magnar einnig upp aðra þekkta áhættuþætti svo sem háþrýsting, sykursýki og blóðfituvandamál. “Hættan á að fá hjarta-og æðasjúkdóma margfaldast þegar fleiri en einn áhættuþáttur er til staðar. Er það kallað efnaskiptavilla (metabolic syndrome) þegar saman er komin offita, hár blóðþrýstingur, fullorðinssykursýki og blóðfitubrenslun., (Hjartavernd, 2004). Offita er því mjög óæskileg hjá þeim sem hafa fjölskyldusögu um þessa fylgikvilla (Hjartavernd, 2004).

Félagslegar afleiðingar

Lífsgæði einstaklinga í ofþyngd eru oft á tíðum verulega skert, bæði varðandi heilsufar og félagslega þætti. Þegar einstaklingar hafa átt við offitu að stríða í mörg ár og jafnvel áratugi hafa þeir í mörgum tilfellum upplifað mikið af neikvæðum viðhorfum í samfélaginu varðandi útlit sitt og eiginleika (Rogge, Greenwald og Golden, 2004).

Félagsleg áhrif offitu eru gríðarleg, eins og til að mynda minni geta til þátttöku í ýmsum athöfnum daglegs lífs, sem leiðir oft til félagslegrar einangrunar og í verstu tilfellum til félagsfælni (Fanney Grétarsdóttir og Fjóla Ingimundardóttir, 2005). Of feitir einstaklingar mæta oft neikvæðum viðhorfum í samfélaginu, jafnt á vinnustöðum og hjá samferðafólki og þeir eru einnig í meiri hættu en aðrir á að verða fyrir einelti, sem getur komið fram í stríðni eða útilokun (Ludvig Árni Guðmundsson, 2008).

Farartæki, húsgögn, föt og tæki til lækningarannsóknna eru ekki sniðin að þörfum feits fólks, sérstaklega ekki þeirra sem stríða við alvarlega offitu. Þessir einstaklingar eru oft álitnir heimskir, latir, lygnir og óheiðarlegir af vinnufélögum (Rogge og fél., 2004). Á þennan hátt hefur offita verið tengd við viljaleysi, leti, heimsku, óhreinlæti, ósigur og sálræn vandamál (Reto, 2003). Þetta á einnig við um börn, of feit börn eru iðulega litin hornauga og eiga oft erfitt uppdráttar í skóla (Hjartavernd, 2004). Hugtakið fordómar vísar í ákveðin viðhorf til einstaklinga sem tilheyra ákveðnum hóp. Það leiðir síðan til neikvæðs mats á hópnum og þar með þeim einstaklingum sem tilheyra honum (Niven, 2000).

Fordómar gagnvart fólki í ofþyngd er staðreynd í okkar nútímaþjóðfélagi. Það að einstaklingur sé of þungur er álitid stafa af hans eigin leti, fávisku, viljaleysi og vanhæfni til að taka ábyrgð á mataræði sínu. Fordómana má því að einhverju leyti skýra með því að almennt þyki fólki reikningsdæmið einfalt: borða minna og hreyfa sig meira.

Andlegar afleiðingar

Allir þeir þættir sem nefndir hafa verið hafa áhrif á andlega líðan einstaklingsins. Andleg vanlíðan sem tengist offitu getur birst sem kvíði, þunglyndi og vanmetakennd en getur einnig komið fram í formi verkja. Þjáningar tengdar andlegri líðan koma þannig stundum fram í gegn um líkamlegar kvartanir. Möguleg ástæða gæti falist í því að fólk í kring um okkur sýnir líkamlegum einkennum frekar samúð og skilning heldur en andlegum þáttum (Barrow, 2002). Líkami einstaklinga er sá hluti sem umhverfið skynjar fyrst þegar kemur að félagslegum samskiptum. Þannig endurspeglast sjálfsmynd eða sjálfsálit einstaklingsins á sjálfum sér og líkama sínum, sem og á hvern hátt hann telur að aðrir sjái hann (Fontain og Barofsky, 2001). Sjálfsmynd er hugtak sem lýsir því hvernig við sjáum og skynjum okkur sjálf. Góð sjálfsmynd getur hjálpað einstaklingnum til að taka sjálfstæðar ákvarðanir, hann er oftast sáttari við sjálfan sig, býr yfir meiri vellíðan og lífsgleði og nær frekar markmiðum sínum í lífinu. Þessir einstaklingar njóta einnig meiri virðingar hjá öðrum.

Léleg sjálfsmýnd og lítil sjálfsvirðing eru algengustu vandamál of feits fólks (Melkus, 1994). Vítahringur myndast oft hjá sjúklega feitum einstaklingum þar sem hreyfing og allar athafnir eru erfiðar og því verður líkamsbrennslan hægari. Því fylgir að erfitt er að stunda vinnu, þeir einangra sig og þess vegna eru félagsleg og geðræn vandamál algeng meðal þeirra (Greenberg, 2003). Rannsókn Black og félagá (2003) sýndi fram á að þótt tengsl væru á milli sálrænna vandamála og offitu sýndu þeir sem urðu fyrir litlum takmörkunum í virkni ekki þessi tengsl (Karlsson, Taft, Sjöström, Torgeirson og Sullivan, 2003).

Meðferðarúræði

Leiðin að því að létta sig reynist mörgum erfið. Fljótt á litið ætti þetta þó að vera augljóst, borða minna og hreyfa sig meira, neyta færri hitaeininga en líkaminn hefur þörf fyrir. En þetta er alls ekki einfalt og mjög margir eiga við ofþyngd að stríða alla sína ævi. Þegar fólk er komið í verulega og/eða sjúklega offitu hefur það oftast leitað margra leiða til að léttast. Lífstílsbreyting er ekki auðveldur kostur þegar svo er komið og hafa þessir sjúklingar oft að lokum leitað í þær skurðaðgerðir sem í boði hafa verið. Meðferðir við offitu eru aðallega þrenns konar: Lyfjameðferð, atferlismeðferð og skurðaðgerð (Helma Rut Einarsdóttir, 2003).

Lyfjameðferð: Ýmisskonar lyf hafa verið þróuð við offitu. Að ákveðnum skilyrðum uppfylltum tekur Tryggingastofnun þátt í greiðslu þessara lyfja hér á landi. Lyfin eru ætluð offitusjúklingum sem hafa BMI yfir 30 eða ofþyngdarsjúklingum með BMI yfir 27 sem hafa alvarlega fylgikvilla eins og fullorðinssykursýki eða blóðfituvandamál. Lyfin sem eru á markaði hér á landi heita Xenical og Reductil og er verkun þeirra mjög ólík, Xenical virkar í meltingarveginum en Reductil í miðtaugakerfinu. Virka efnið í Xenical er Orlistat og það hindrar niðurbrot fitunnar í meltingarveginum, sem þá nýtist ekki og skilst út með hægðum. Áhrifin eru þannig bundin við meltingarveginn og lyfið dreifist nær ekkert um líkamann.

Virka efnið í Reductil er Sibútramín sem hefur sérhæfð áhrif á taugaboðefnin noradrenalín og serótónín í miðtaugakerfinu. Það leiðir til mettunartilfinningar og viðheldur brennslu. Notkun Sibútramín fylgja jákvæðar breytingar varðandi blóðfituvandamál og stjórnun blóðsykurs hjá þeim sem þjást af insúlínháðri sykursýki (Lyfjastofnun, 2008)

Í rannsókn sem stóð yfir í fjögur ár á 3305 sænskum offitusjúklingum þar sem 1421 þátttakandi lauk rannsókninni, kom fram að Orlistat lækkaði þyngd að meðaltali um 2,7 kg. Auk þess dró úr tilvikum sykursýki II um 2,8%. Í þremur handahófskenndum tvíblindni-placebó rannsóknum sem stóðu í eitt ár voru 929 offitusjúklingar skoðaðir. Sibutramine dró úr þyngd í 4,6% tilfella. Áhrif sibutramine aukast til muna þegar það er notað með verulegum lífstílsbreytingum og reglulegu eftirliti og léttast þeir einstaklingar um helmingi meira en þeir sem eingöngu taka Sibutramine (Padwal og Majumdar, 2007).

Nýjasta offitulyfið á markaðnum er Acomplia sem er ætlað sem viðbót við breytt mataræði og líkamsþjálfun, annars vegar hjá offitusjúklingum með BMI>30 og hins vegar hjá sjúklingum í yfirþyngd með BMI>27 sem eru með offitutengda áhættuþætti eins og sykursýki og blóðfituhækkun. Virka efnið í Acomplia er Rimonabant sem hamlar kannabínóíð-1 viðtökum í heila og fituvefjum. Lyfið dregur úr matarlyst og ávana fólks í mat (Lyfjastofnun, 2008).

Fáar langtímarannsóknir hafa verið gerðar til að sýna hver árangur þessara lyfja er og langtímaöryggi (Cooper og Fairburn, 2001).

Samfara lyfjameðferð er nauðsynlegt að neyta hitaeiningasnauðrar fæðu, auka hreyfingu og nýta sér eftirlit og stuðning (Hjartavernd, 2004). Án atferlisbreytinga hafa lyfin lítil sem engin áhrif og er þyngdartap vegna viðurkenndra megrunarlyfja tiltölulega lítið (Ludvig Árne Guðmundsson, 2008).

Atferlismeðferð: Þessi aðferð á rætur sínar að rekja til sviðs innan sálfræðinnar sem heitir atferlisfræði og miðar að því að hafa áhrif á hegðun fólks með því að breyta umhverfinu og styrkingarlögmálum hegðunarinnar. Atferlismeðferð fyrir fólk sem vildi grenna sig kom fram á sjöunda áratugnum og hefur verið að þróast stöðugt síðan (Cooper og Fairburn, 2001). Á næringar- og offitusviði Reykjalundar fer fram atferlismótandi meðferð sem er hugsuð sem varanleg lífsstílsbreyting. Markmiðið er að aðstoða fólk sem er með alvarlegan offituvanda við að breyta hugsunum sínum og hegðun til að hafa áhrif á líðan sína (Helma Rut Einarsdóttir, 2003). Rannsóknir hafa sýnt að hugræn atferlismeðferð er árangursrík við kvíða, sem er algengur á meðal of feits fólks (Hawton, Salkovskis, Kirk og Clark, 1989).

Skurðaðgerð: Einstaklingum sem eru í verulegri ofþyngd gefst kostur á að fara í skurðaðgerð. Í þeim tilfellum er miðað við að líkamspyngdarstuðull sé >40 . Undantekning frá því er ef um aðra alvarlega fylgikvilla offitu er að ræða. Slíkar aðgerðir hafa verið gerðar hér á landi frá árinu 2001 á Landspítala - háskólasjúkrahúsi. Í aðgerðinni er maginn minnkaður og verður aðeins eftir um 10-15% af fyrra magamáli. Smáþarmarnir eru einnig styttrir um það bil um helming. Slík aðgerð er mikið inngríp og langt frá því að vera hættulaus, áætluð dánartíðni var um 2% (Cooper og Fairburn, 2001). Dánartíðnin hefur lækkað undanfarin ár og er í dag komin niður fyrir 1% (Adams og fél, 2007). Enginn sjúklingur hefur enn sem komið er látist hér á landi í þeim aðgerðum sem gerðar hafa verið síðastliðin sjö ár (Björn Geir Leifsson, 2008).

Reykjalundur

Endurhæfing á Reykjalundi skiptist í níu megin svið: lungnasvið, hjartasvið, geðsvið, verkjasvið, hæfingarsvið, gigtarsvið, taugasvið, svið atvinnutengdrar endurhæfingar og næringar- og offitusvið. Innan hvers sviðs starfar teymi og þar starfa fulltrúar margra faghópa á Reykjalundi. Meðferðarteymin ákveða meðferð í samráði við sjúkling og fylgja eftir markvissri endurhæfingu (Björn Geir Leifsson og Hjörtur Gíslason, 2005).

Skilyrði fyrir offitumeðferð á Reykjalundi:

Tilvísun frá lækni
Aldur 18-65 ára
Veruleg offituvandamál, líkamsþyngdarstuðull BMI >35
Reykleysi
Áfengis- og fíknisjúklingar séu óvirkir
Að viðkomandi geti nýtt sér meðferðina

Síðastliðin 20 ár hefur farið fram á Reykjalundi meðferð fyrir offitusjúklinga að einhverju leyti. Fyrst um sinn var meðferð og ráðgjöf bundin við fólk sem dvaldi á stofnuninni af öðrum ástæðum en þurftu einnig að létta sig. Á síðari árum hefur á Reykjalundi einnig verið þróuð sérstök meðferð innan næringar- og offitusviðs fyrir fólk í yfirþyngd. Frá árinu 2001 hefur verið starfrækt næringarteymi og er sú þjónusta bæði einstaklings- og hópmiðuð.

Offitumeðferðin er ætluð öllum óháð því hvort fólk fer í hjáveituaðgerð á maga eða ekki. Æskilegt er að fólk fari í gegn um offitumeðferð á Reykjalundi/Kristnesi áður en farið er í aðgerð. Meðferðin tekur á ýmsum þáttum sem tengjast offituvandamálum, svo sem hreyfingu, næringu, sjálfsmynd, andlegri og líkamlegri líðan, félagslegum þáttum og fleiru. Frá árinu 2002 hefur Reykjalundur verið í samstarfi við skurðeild Landspítala - háskólasjúkrahúss um að Reykjalundur undirbúi offitusjúklinga fyrir hjáveituaðgerðir á maga á LSH (heimasíða Reykjalundar, 2008).

Meðferðartími í offitumeðferð:

Forskoðun
Göngudeildarmeðferð, 3-6 mánuðir
Hlé í 4 mánuði
Dagdeildarmeðferð, seinni hluti, í 3 vikur
Eftirfylgd, 6 skipti, 24 mánuðir

Heildarmeðferðartíminn frá forskoðun er um það bil 33-36 mánuðir.

Við komu í offitumeðferð fer fram forskoðun sem felst í mælingu á holdafari, þolprófi, blóðrannsókn, svörun á lífsgæðakvarða og einnig fylla einstaklingar út lista sem meta þunglyndi og kvíða. Sjúklingur hittir lækni og þar eru meðferðarkostir ræddir.

Meðferðin er einstaklingsmiðuð þar sem fólk fær fræðslu um næringu, hreyfingu og annað sem tengist offitu (heimasíða Reykjalundar, 2008). Þegar dagdeildarmeðferð hefst er gert ráð fyrir að einstaklingar hafi náð að létta sig um að minnsta kosti 5-7%, æskilegt er að þeim skilyrðum sé náð innan sex mánaða frá fyrstu komu á göngudeild. Dagdeildarmeðferðin er hópmeðferð með sex til átta manns í hverjum hóp og tekur hálfan dag þrisvar í viku. Henni er skipt upp í tvö tímabil, 5 vikur, 4 mánaða hlé og síðan 3 vikur. Mikil áhersla er lögð á líkamlega þjálfun í meðferðinni. Unnið er með sjálfsstyrkingu, slökun og skipulag á daglegum lífsvenjum og miðað er við getu hvers og eins. Þeir sem þurfa aukameðferð, svo sem sjúkráþjálfun, sálfræðimeðferð eða annað sem hægt er að veita, stendur hún til boða samhliða hópmeðferðinni (heimasíða Reykjalundar, 2008).

Eftirfylgnin fer þannig fram að sjúklingar koma í sex endurkomur á tveimur árum. Þá eru gerðar ýmsar mælingar, próf og fylgst með gangi mála hjá viðkomandi. Hópumræður eru í boði og einnig geta sjúklingar hitt starfsmenn teymisins í einrúmi. Síðan er fræðslufundur og deginum lýkur með gönguferð. Tilgangurinn með eftirfylgninni er að veita stuðning og leiðbeiningar við jákvæðu lífsstílsbreytingarnar og að fylgjast með árangri meðferðarinnar (heimasíða Reykjalundar, 2008).

Saga skurðaðgerða

Hin eiginlega hjáveituaðgerð á maga sem notuð er hér á landi hefur þróast út frá uppgötvunum Dr. Edward E. Masons árið 1966 og hönnuð til að meðhöndla alvarlega offitu. Hugmynd þessarar tækni fékk Mason þegar fjöldi kvenna gekkst á þessum tíma undir aðgerð vegna magasárs, þar sem hluti magans var fjarlægður. Hann tók eftir því að konurnar létust í kjölfar aðgerðarinnar og áttu jafnframt erfitt með að þyngjast aftur. Hann yfirfærði síðan þessa tækni yfir á konur í yfirþyngd og uppgötvaði að þær grenntust eftir aðgerðina.

Aðferð Masons nefnist Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) og er eins og áður hefur verið getið eina meðferðarhlutunin sem dugir til frambúðar fyrir þá sem þjást af alvarlegri offitu (Association of Operating Room Nurses, 2004).

Hjáveituaðgerðirnar sem nú eru gerðar eru afrakstur eldri aðgerða, en þær eiga sér um 40 ára sögu á Íslandi. Á árunum 1965-1980 voru svokallaðar „garnastyttingar“ vinsælar en það voru hjáveituaðgerðir sem gerðar voru á þörmum og þeir styttir. Þar á eftir kom „sultarólastímabilið“ frá 1980-2000 þar sem maginn var dreginn saman og lítill magasekkur búinn til sem leiddi af sér að einstaklingurinn gat innbyrt minna fæðumagn í einu. Árangur þessara aðgerða var ekki viðunandi þegar til lengri tíma var litið, þar sem stór hluti einstaklinganna náði aftur sinni upprunalegu þyngd og ýmis óþægindi komu fram eftir þær, til dæmis magasár og vélindabakflæði (Björn G. Leifsson og Hjörtur Gíslason, 2005).

Hjáveituaðgerða á maga sem gerð er á Íslandi

Hjáveituaðgerðin á maga sem notast er við hér á landi gengur jafnan undir fræðiheitinu

Labaroscopic Roux-en-Y Gastric Bypass (LRYGB) eða kviðsjáraðgerð á maga.

Hjáveituaðgerð á maga er yfirleitt kviðsjáraðgerð en stundum þarf að gera opna aðgerð (oftast notað á einstaklinga í sjúklegri offitu og þegar lifrin hefur stækkað gífurlega). Þegar kviðsjáraðgerð er notuð eru gerð fimm lítil göt á magann og hann loftfylltur svo að auðveldara sé að athafna sig við aðgerðina. Tengt er framhjá efsta 1/3 hluta mjóginis þannig að meltingin fer aðeins fram í neðri 2/3 hlutum þess (Björn G. Leifsson og Hjörtur Gíslason, 2005). Þessi aðferð leiðir til styttri sjúkrahúslegu og minni fjarvista frá vinnu (Luján, Hernández, Liron, Cuenca, Valero og Parilla, P., 2004).

Í aðgerðinni er maginn minnkaður með því að klippa fyrir og tengja framhjá meirihluta magans þannig að efsti hluti magans, eða um það bil 10% af honum nýtist bara til að vinna fæðuna. Sá hluti magans sem tengt er framhjá framleiðir magasýru og fer magasýran áfram niður í skeifugörnina.

Gallið sem nýtist til niðurbrots á fitum og brissafinn sem nýtist til niðurbrots á kolvetnum eru tæmd í skeifugörnina og áfram niður í efri hluta garna og komast ekki í snertingu við matinn til að melta hann fyrir en um mitt mjógirni. Fitann sem er orkuríkasti hluti fæðunnar frásogast því ekki að fullu (Hjörtur Gíslason og Björn G. Leifsson, 2005).

Þegar 90% magans eru gerð óvirk til meltingar fæðunnar minnkar framleiðsla sultarhormónsins Ghrelínsins sem fer fram í maganum. Það veldur því að hungurtilfinningar verður ekki vart sem leiðir til þess að fólk borðar miklu minna. Þegar tengt er framhjá tæplega efri helmingi mjógirnisins koma meltingarsafarnir miklu neðar í görnina. Ef fólk borðar mjög orkuríkan mat, fitu- og kolvetnaríkan, þá nær það ekki að nýta fæðuna að fullu sem leiðir til fituskitu og mikilla óþæginda í maga (Woodward, 2003). Sjúklingar fara oftast heim á þriðja eða fjórða degi eftir aðgerð og þurfa að neyta fljótandi fæðis fyrstu þrjár vikurnar en maukfæðis næstu tvær þar á eftir. Það er til þess að meltingin nái að jafna sig eftir aðgerðina (Björn G. Leifsson og Hjörtur Gíslason, 2005).

Hjáveituaðgerðir á maga eru fyrst og fremst gerðar til að fyrirbyggja og/eða meðhöndla fylgisjúkdóma alvarlegrar offitu. Helsti mælikvarði á árangur aðgerðarinnar er lækkun líkamþyngdarstuðulsins (Gallager, 2004).

Frá nóvember 2001 til nóvember 2003 fóru 150 sjúklingar í hjáveituaðgerð á maga á Landsspítala - háskólasjúkrahúsi. Björn G. Leifsson og Hjörtur Gíslason (2005) tóku saman upplýsingar um þessa fyrstu og verður hér á eftir vitnað til þeirra með „Leifsson og Gíslason, 2005“. Rannsóknin beindist að forvinnu, framkvæmd, öryggi og nauðsyn góðrar eftirfylgni eftir aðgerð. Af þessum 150 einstaklingum voru 117 konur og 33 karlar. Meðaltal BMI-stuðulsins hjá þessum sjúklingum var 50, lægsti mældist með 39 og hæsti með 71. Meðalþyngd var 144 kg sem dreifðist frá 100-208 kg (Leifsson og Gíslason, 2005).

Fylgikvillum sem komu upp í kjölfar aðgerðar var annarsvegar skipt upp í snemmbúna (<30 dagar) og hinsvegar síðbúna (>30 dagar) (Leifsson og Gíslason, 2005).

Vandkvæði komu fram hjá 75% einstaklinga sem voru í fyrstu 50 aðgerðunum. Snemmbúin vandkvæði komu fram hjá 11% sjúklinga eða í 16 tilvikum. Helst var um að ræða innvortis blæðingar, öndunarerfiðleika, blóðtappa í lungum, sýkingar í sári, æðaprengsli og leka frá samtengingum. Síðbúin vandkvæði komu fram hjá 19% af sjúklingunum. Þeir kvillar voru magasár í 25 tilvikum og gallsteinar í þremur tilvikum. (Leifsson og Gíslason, 2005).

Tafla 2 Helstu vandamál eftir aðgerð.

Skammtíamvandamál	Langtíamvandamál
Blæðing ~ 1%	Magasár ~ 7%
Leki ~ 1%	Þrengsli magaops <1%
Sýking ~ 1%	Garnaflækja ~ 1,5%
Blóðtappi <0,1%	Næringarvandamál tengd járni, kalki, B ₁₂ og próteinum
Lungnabólga <0,1%	

(Björn Geir Leifsson, 2008).

Eftir því sem gerðar voru fleiri aðgerðir fækkaði vandamálum í tengslum við aðgerðina og hjá síðustu 50 sjúklingunum voru þau komin niður í tvö tilvik. Einnig styttist aðgerðartími úr 116 mínútum hjá fyrstu sjúklingunum niður í 82 mínútur í síðustu aðgerðunum. Aðgerðartíminn í dag er kominn niður í 40-50 mínútur. Einstaklingar voru almennt útskrifaðir af sjúkrahúsi á fjórða degi eftir aðgerð. Ef sjúklingur lenti í stórvægilegum fylgikvillum í kjölfar aðgerðar þurfti hann hinsvegar að vera lengur á sjúkrahúsinu, eða frá fimm og upp í 83 daga (Leifsson og Gíslason, 2005).

Eftirmeðferð og eftirfylgni á Reykjalundi / Kristnesi eða öðrum viðurkenndum fagaðilum samhliða eftirliti á Landsspítala - háskólasjúkrahúsi er nauðsynleg. Jafnframt er um að ræða eftirlit hjá heimilislækni eða sérfræðingi viðkomandi einstaklings (Leifsson og Gíslason, 2005).

Áhrif hjáveituaðgerðar á maga á offitutengda fylgikvilla

Árangur aðgerða á offitutengda fylgikvilla er verulegur. Aðgerðir sem gerðar hafa verið hér á landi sýna að dregið hefur úr algengum og alvarlegum fylgikvillum offitu sem geta minnkað lífslíkur einstaklinga. Sykursýki II lagast verulega í 86% tilfella, þar af læknað um 76,8%. Blóðþrýstingur lagast í 78,5% tilfella og læknað hjá 61,7% sjúklinga og kæfisvefn hverfur hjá 85,7% sjúklinga. Lífslíkur þessara einstaklinga aukast því verulega (Björn G. Leifsson, 2008).

Í rannsókn Sugerman og félagar (2003) á 1025 manns, þar sem skoðuð voru tengsl milli háþrýstings og sykursýki og hvaða áhrif hjáveituaðgerð á maga hafði á þessa þætti, kom í ljós að 51% einstaklinganna höfðu háþrýsting og voru 15% þeirra með áunna sykursýki. 75% þeirra sem áttu við sykursýki að stríða höfðu einnig þróað með sér háþrýsting. Þyngdartap var að meðaltali 66% af umframþyngd ári eftir aðgerð. Einnig varð marktæk minnkun á tíðni háþrýstings eða í 69% tilvika. Sykursýki lækkaði hjá 83% einstaklinganna. Næstu fimm til sjö ár eftir aðgerð hélst árangurinn nær óbreyttur. Í þeim tilfellum sem háþrýstingur og sykursýki læknaðist, var um meira þyngdartap að ræða heldur en hjá hinum einstaklingunum (Sugerman, Wolfe, Sica og Clore, 2003).

Í rannsókn Balsinger og félagar (2000) þar sem rannsökuð var notkun lyfja 191 einstaklings við fylgikvillum offitu eftir hjáveituaðgerð á maga kom í ljós að eftir aðgerðina minnkaði notkun lyfja töluvert. Háþrýstingslyf sem notuð voru af 36% sjúklinga fyrir aðgerð voru einungis notuð af 16% þeirra eftir aðgerð. Notkun insúlíns fór úr 12% í 1% og notkun bólgueyðandi lyfja fór úr 33% niður í 9%.

Þetta sýnir að heilsufarsástand sjúklinganna batnaði mjög mikið auk þess sem stórt hlutfall missti meira en 50% af umframþyngd sinni. Þannig er hægt að segja að hjáveituaðgerð á maga sýni mjög jákvæðan árangur (Balsinger o.fl., 2000).

Í rannsókn Guardiano og féлага (2003) þar sem skoðuð voru tengsl á milli kæfisvefns og hjáveituaðgerðar kom í ljós að aðgerðin hefur jákvæð áhrif á kæfisvefn, sem þýðir að einstaklingar sem fara í aðgerðina þurfa síður að nota kæfisvefnsvél (Guardiano, Scott, Ware og Schechner, 2003).

Wittgrove og Clarke (2000) báru saman offitutengda fylgikvilla fyrir og eftir aðgerð. Niðurstaðan var sú að yfir 95% fylgikvilla minnkuðu verulega eða hurfu alveg þegar einstaklingar léttust verulega í kjölfar aðgerðar.

Hingað til hefur árangur hjáveituaðgerðar á maga verið skoðaður út frá þyngdartapinu einu og sér en rannsóknir gefa þó til kynna að skoða verði betur víðtækari áhrif, eins og áhrif á sálræna þætti, fækkun fylgnisjúkdóma og bætt lífsgæði í heild (Weiner, Sauerland, Weiner og Pomhoff, 2005; Oria og Moorehead, 1998).

Aðgerðin hefur oftast jákvæð áhrif á sjálfsmynd, félagslega viðurkenningu og bætt lífsgæði. Að velja það að fara í aðgerð hefur í för með sér ævilanga bindingu einstaklingsins og er fræðsla lykillinn að því að hjálpa honum til að ná ákjósanlegri heilsu og betri heildarlífsgæðum (Garza, 2003).

Nokkrar rannsóknir hafa sýnt jákvæð tengsl á milli ofþyngdar og aukinnar dánartíðni, með mikla aukningu á meðal fólks með BMI yfir 35. En sannanir fyrir því hvort þyngdartap dragi úr dánartíðni eru enn óljósar.

Dánartíðni til lengri tíma litið eftir aðgerð var skoðuð í rannsókn Adams og féлага (2007). Rannsóknin stóð yfir í 7 ár og náði til 9949 manns sem höfðu farið í aðgerð og 9628 manns í alvarlegri offitu sem ekki höfðu farið í aðgerð. Gögn voru notuð frá 7925 aðgerðarsjúklingum og 7925 einstaklingum sem ekki höfðu farið í aðgerð en þjáðust af alvarlegri offitu.

Dánarhlutfall aðgerðarhópsins vegna allra orsaka minnkaði um 40% miðað við hinn hópinn. Dánartíðni í aðgerðarhóp minnkaði um 56% vegna kransæðasjúkdóma, um 92% vegna sykursýki og um 60% vegna krabbameins. En dánartíðni af öðrum orsökum en sjúkdómum, svo sem slysum eða sjálfsvígum, var 58% hærri í aðgerðarhópnum. Höfundar þessarar rannsóknar segja að 136 lífum hafi verið bjargað (með aðgerð) af hverjum 10.000 sjúklingum í aðgerðarhópnum. Á sjúkrahúsinu í Utah í Bandaríkjunum þar sem rannsóknin var gerð hafa verið gerðar 12.000 hjáveituaðgerðir frá árinu 1979-2007. Dánartíðni í Utah er með því lægsta sem gerist í Bandaríkjunum. Telja má að einstaklingar sem ekki sækjast eftir aðgerð séu ólíklegri til að breyta lífsstíl sínum með hliðsjón af því að dánartíðni þeirra sem fara ekki í aðgerð er hærri (Adams, Gress, Smith, Halverson, Samper og féll., 2007).

Bætt líðan eftir hjáveituaðgerð á maga

Þyngdartap eftir aðgerð verður hraðast fyrstu mánuðina eftir aðgerð og er að mestu lokið einu og hálfu ári eftir aðgerð. Á þessum tíma missa einstaklingar að jafnaði um og yfir 80% af umframþyngd sinni. Eftir 6 mánuði voru sjúklingar búnir að missa 66%, eftir eitt ár höfðu tapast 79% og eftir 18 mánuði 93%. Sú mikla og ítarlega forvinna sem unnin er með sjúklingum áður en þeir gangast undir aðgerðina skilar sér greinilega (Leifsson og Gíslason, 2005).

Eftir offituaðgerð ganga einstaklingar oft í gegnum miklar tilfinningaflækjur og upplifa margvíslegar geðsveiflur samtímis og líkaminn fer í gegnum hraðar breytingar en þá er sjálfsmýnd þeirra oft á tíðum mjög brotin. Hvernig heilbrigðisstarfsfólk kemur fram við einstaklinga í ofþyngd getur skipt mjög miklu máli. Það að upplifa fordóma hjá fólki sem á að vera að hjálpa viðkomandi getur leitt til niðurbrots sem síðan getur valdið andlegum og líkamlegum einkennum. Þetta er þó erfitt að eiga við ef fordómarnir eru ómeðvitaðir (Teachman og Brownell, 2001).

Megindleg rannsókn sem gerð var við hjúkrunardeild Háskólans á Akureyri (2004) kom fram að munur var á heilsu og líðan kvennanna fyrir og eftir offituaðgerð. Þær sem búnar voru að fara í aðgerð töldu sig vera heilbrigðari og voru sáttari við sjálfa sig. Aftur á móti áttu konur sem enn voru á biðlista oftast við andlega erfiðleika að stríða, fannst þær hafa minni stjórn á lífi sínu og áttu erfiðara með að taka á streituþáttum heldur en konur sem farið höfðu í aðgerð. Þegar líkamleg líðan var skoðuð voru niðurstöðurnar þær að konur á biðlista áttu oftast við líkamlegar takmarkanir að stríða en þær sem farið höfðu í aðgerð. Þær fundu oftast fyrir verkjum og voru síður úthvíldar. Enginn munur var á félagslegri líðan kvennanna fyrir og eftir aðgerð, en það stangast á við þær heimildir sem höfundar höfðu lesið um í erlendum rannsóknum. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að heilsa og líðan kvenna batni eftir offituaðgerð og árangur aðgerðarinnar komi fram í bættri heilsu og líðan þeirra sem höfðu farið í hana (Anna María Einarsdóttir, Margrét Blöndal og Sólveig Guðmundsdóttir, 2004).

Í rannsókn Delin og fél., (1995), þar sem tekin voru viðtöl við einstaklinga tveimur árum eftir hjáveituaðgerð á maga, var skoðað hvað það væri sem kæmi fram endurtekið og endurspeglaði árangur aðgerðar. Rannsakendur fundu jákvæða fylgni milli sjálfsálits fólks og þyngdartaps. Það er að segja, eftir því sem sjálfsálitið var hærra, þeim mun meira varð þyngdartapið. Þar sem of feitir einstaklingar einangrast oft félagslega og þjást af fylgikvillum því tengdu telja þeir sig oft veiklundaða og bera litla virðingu fyrir sjálfum sér (Delin, Watts og Bassett, 1995). Því skiptir miklu máli fyrir fólk með lítið sjálfsálit að fá stuðning og eftirfylgni fyrir og eftir aðgerð. Þarfir einstaklinga sem fara í hjáveituaðgerð á maga einskorðast því ekki við lausn líkamlegra vandamála. Andlegur stuðningur er einnig stór hluti af þessu ferli (Gallagher, 2004). Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á sálrænu ástandi fólks í ofþyngd og því hvernig andleg líðan fyrir aðgerð hefur áhrif á þyngdartap eftir aðgerð.

Margir þeirra einstaklinga sem fara í hjáveituaðgerð eiga við sálræn vandamál að stríða.

Átröskun og brengluð líkamsímynd eru einnig mjög algengar afleiðingar (Barrow, 2002; Greenberg, 2003).

Í rannsókn Hawkins og féлага (2007) kom fram að fleiri einstaklingar lögðu stund á vinnu eftir að þeir fóru í aðgerð heldur en þeir gerðu áður og tímafjöldinn sem þeir skiluðu jókst til muna (Hawkins, Osborne, Finlay, Alagaradnam, Edmond og Welbourn, 2007).

Hægt er að draga þá ályktun að offita hafi umtalsverð áhrif á líkamlega heilsu en hún er eitt af aðaláhyggjuefnum tengdum heilsufarsmálum í þjóðfélaginu nú á tímum. Einnig má segja að hún hindri möguleg lífsgæði hjá þeim sem kljást við hana (Fontaine og Barofsky, 2001). Kröfur nútímasamfélagsins ganga út á það að allir eigi að vera grannir og fallegir. Þessar kröfur sem fáir standast hafa neikvæð áhrif á sjálfsmynd einstaklingsins. Jákvæð sjálfsmynd hefur þau áhrif að einstaklingurinn er sáttari við sjálfan sig, býr yfir meiri lífsgleði og nýtur einnig meiri virðingar frá öðrum. Vandamál tengd sjálfsmynd og sjálfsvirðingu eru þau algengustu sem feitt fólk glímir við. Þess vegna má ætla að leiðir eins og hjáveituaðgerð á maga hafi jákvæð áhrif á einstaklinginn þegar til lengri tíma er litið, þar sem hún leiðir yfirleitt til langvarandi þyngdartaps og samfara því til jákvæðari sjálfsmyndar og betri líðanar yfirleitt. Þarfir einstaklinga fyrir og eftir offituaðgerðir einskorðast því ekki við lausn á líkamlegum vandamálum, þær liggja að miklu leyti í andlegum stuðningi og hjálp (Gallager, 2004).

Rannsóknarspurningar

- Er munur á andlegri líðan við forskoðun og eftir aðgerð?
- Er munur milli kynja, hvort farið er í aðgerð?
- Bætir hjáveituaðgerð á maga andlega líðan fólks?