

ПСИХОЛОГІЧНІ АКЦЕНТУАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ОЖИРІННЯМ

ПСИХОЛОГІЧНІ АКЦЕНТУАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ОЖИРІННЯМ – У роботі відтворено психологічний портрет пацієнтів із метаболічним синдромом та ожирінням на підставі анкетування 212 хворих за коротким опитувальником ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL – BREF) і методикою Айзенка. Виявлено, що в міру прогресування ожиріння, розвиваються психоемоційні девіації, вираження порушень фізичного стану, знижується якість життя, що особливо демонструється при тяжких ступенях ожиріння, та потребує негайного та ефективного медичного втручання.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АКЦЕНТУАЦИИ В БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ОЖИРЕНИЕМ – В работе воспроизведен психологический портрет пациентов с метаболіческим синдромом и ожирением на основании анкетирования 212 больных по коротком опроснике ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL – BREF) и методике Айзенка. Виявлено, что по мере прогрессирования ожирения, развиваются психоэмоциональные девіации, выраженность нарушений физического состояния, снижается качество жизни, особенно демонстрируется при тяжелых степенях ожирения, и требует немедленного и эффективного медицинского вмешательства.

PSYCHOLOGICAL ACCENTS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AND OBESITY – The paper reproduced psychological profile of patients with metabolic syndrome and obesity based on a survey of 212 patients on short WHO questionnaire to assess quality of life (WHOQOL - BREF) Eysenck method. It was found that as the progression of obesity progress psycho-emotional deviations severity of violations of the physical condition, reduced quality of life, which is especially demonstrated with severe obesity and requires immediate and effective medical intervention.

Ключові слова: метаболічний синдром; ожиріння; психологія.

Ключевые слова: метаболіческий синдром; ожирение; психология.

Key words: metabolic syndrome; obesity; psychology.

ВСТУП Протягом декількох останніх десятиліть у всьому світі значно зросла дослідницька активність вивчення якості життя як одного з найважливіших показників ефективності охорони здоров'я. Концепція дослідження якості життя гармонічно рефлектує з основними складовими дефініціями здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я та пропонує ефективну модель інтегральної оцінки стану людини, різностороннє і глибоке розуміння впливу на різні сфери його функціонування. Якість життя – це поняття, що тлумачить комплексну характеристику фізичного, психологічного та соціального функціонування людини, засновану на його суб'єктивному сприйнятті. Об'єктивність показника полягає у тому, що суб'єктивна оцінка базується на строгих принципах доказової медицини, що робить якість життя інформативним і достовірним критерієм [1–3].

У сучасній медицині більшість дослідників [4–6] приділяють велику увагу психоемоційним аспектам соматичних змін, оскільки саме вони є важливою складовою поняття “якість життя”, яке відбиває вплив захворювання, методи і способи його лікування не лише на тривалість життя пацієнта, але і його можливість адекватного існування в реальному соціальному полі на прийнятному або бажаному рівні. Адже метою медичної науки є не просто збільшення тривалості життя людини, а отримання ним задо-

волення від свого життя. Дослідження якості життя стало невід'ємною вимогою сучасного розвиненого суспільства.

Дуже багато авторів відмічає вплив різної соматичної патології на якість життя і психологічний стан пацієнтів [7–9]. Особливо важливо враховувати вплив хронічних, тривалоіснуючих та/або довічних захворювань.

Найменш вивченою досі залишається психоемоційна сфера. І це, не дивлячись на те, що цей “продукт” центральної нервової системи чинить і прямий, і опосередкований вплив на усі органи та системи організму (серцево-судинна, дихальна, травна, ендокринна тощо), формуючи при тривалій дисфункції психосоматичні захворювання. Як правило, мішенню стає найбільш слабка онтогенетична ланка. Існують вказівки на існування психолого-генетичних аспектів різних станів, на вплив вікового аспекту і навіть місця проживання [10,11].

Метою дослідження було вивчення психологічних акцентуацій у хворих із метаболічним синдромом та ожирінням і якість їх життя.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ У хірургічному стаціонарі на базі кафедри хірургії та проктології ГУ “ЗМАПО МОЗ України” було обстежено 331 пацієнта методом сліпого рандомізованого дослідження. Усім хворим проводили антропометричні, загальноклінічні, біохімічні дослідження, що підтверджують або виключають наявність ожиріння і метаболічного синдрому. Оцінка фізичного і психічного стану пацієнтів виконували на підставі заповнення ними ряду опитувальників.

Темперамент та властивості, що лежать в його основі, – екстраверсію (спрямованість особистості на зовнішній світ) та нейротизм (результат неврайнованого процесів збудження і гальмування) визначали за допомогою методики Айзенка. У ньому було 57 питань, на які необхідно відповісти “так” або “ні”. Отримані результати оцінювали за трьома шкалами: екстраверсія – інтроверсія; нейротизм, шкала брехні.

Якість життя пацієнтів оцінювали за коротким опитувальником ВООЗ (WHOQOL – BREF), що оцінює чотири галузі, пов'язані з якістю життя: фізичне здоров'я, психологічний стан, соціальні відносини і навколишнє середовище [12]. Кожна галузь має ряд інших складових: фізичне здоров'я – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний стан – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальні відносини – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо, завдяки чому можна визначити загальну якість життя і стан здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Усього опитали 331 пацієнта. Чоловіків – 65, жінок – 266, яких поділили на групи залежно від індексу маси тіла. Першу групу утворили 60 пацієнтів з індексом маси 20,0–24,9, тобто з нормальною масою тіла. Другу групу склали 59 хворих із надлишковою масою (ІМТ – 25,0–29,9). Третя група – 117 пацієнтів з ожирінням I ступеня (ІМТ – 30,0–34,9), четверта група – 51 пацієнт з ожирінням II ступеня (ІМТ – 35,0–39,9), п'ята група – 44 людини з ожирінням III ступеня, тобто із морбідним ожирінням, при якому ІМТ перевищує 40,0.

Тест Айзенка є класичною методикою визначення темпераменту в сучасній психології [13]. Після відповідей на питання та інтерпретації результатів визначають характерологічні особливості пацієнта (інтраверт – екстраверт), емоційний стан, схильність до демонстративності

поведінки і нещирості у відповідях. За спеціальним “колом Айзенка” визначають темперамент людини (сангвінік, холерик, флегматик, меланхолік або пограничні стани).

Результати дослідження відповідей на тест Айзенка представлено в таблиці 1.

Результати первинного аналізу відповідей довели, що серед характерологічних особливостей пацієнтів із нормальною масою тіла домінували такі риси, як помірна екстраверсія та помірна інтроверсія (відповідно 41,9 та 35,5 %). З надмірних станів було задекларовано лише вкрай виражену екстраверсію (6,5 %).

У пацієнтів із надмірною масою вірогідних відмінностей у характерологічних рисах не відзначено. Привертає увагу лише схильність до вираженої інтроверсії, кількість якої збільшилась у 1,9 раза.

При ожирінні закономірність простежено лише відносно вираженої інтроверсії, кількість якої збільшилась у 3,8 раза. Характерно, що кількість випадків вираженої інтроверсії збільшувалась відповідно до прогресування ожиріння. На відміну від того, кількість випадків вираженої екстраверсії у міру збільшення маси зменшувалась, і при ожирінні III ступеня відсоток вираженої екстраверсії був у 2,9 раза меншим.

У стані помірних екстраверсії та інтроверсії вірогідних коливань між групами не простежувалось.

У структурі самих характерологічних станів вірогідні зміни були серед такої риси, як виражена інтроверсія, де порівняно з нормальною масою тіла, частка випадків збільшується при надмірній масі у 2,0 рази, при ожирінні I, II та III ступенів відповідно у 5,0; 5,0 та 6,0 разів.

Виражена екстраверсія зменшується при прогресуванні ожиріння (при порівнянні O1 з O2 та O3) у 3,0 та 6,0 разів. Вкрай виражена екстраверсія зменшується відповідно у 2,5 та 5,0 разів. Частка помірної екстраверсії знижується відповідно у 1,7 та 1,9 раза, а помірної інтроверсії – у 2,5 та 3,2 раза (рис. 1).

Таким чином, результати первинного дослідження, які не враховують ступінь відвертості респондентів, демонструють вірогідне збільшення такої характерологічної риси, як виражена інтроверсія серед пацієнтів у міру прогресування ожиріння, що свідчить на користь емоційного ожиріння.

Наступним етапом дослідження була оцінка ступеня відвертості респондентів при опитуванні. Дані надані у таблиці 2.

Дані вторинного аналізу після врахування відвертості відповідей виявили, що пацієнтам із нормальною масою тіла притаманні помірні екстраверсія та інтроверсія. У хворих із надмірною масою вже з'являється така риса, як виражена екстраверсія, що зумовить надмірне споживання їжі при зовнішніх подразниках (вітрина з їжею, споживання їжі іншими людьми, реклама тощо). Такі характерологічні риси, як вкрай виражені екстраверсія, екстраверсія та інтроверсія спостерігаються у хворих на ожиріння та з метаболічним синдромом, що зумовлює розвиток як екстернальної харчової поведінки, так і емоційного ожиріння.

При аналізі безпосередньо рис характеру після диференціювання відвертості відповідей (табл. 3) також виявлені відмінності.

Таблиця 1. Загальні характерологічні особливості пацієнтів із різною масою тіла (у %)

Показник	Нормальна маса тіла (n=31)	Надмірна маса тіла (n=36)	Ожиріння (n=154)	Ожиріння I ступеня (n=81)	Ожиріння II ступеня (n=40)	Ожиріння III ступеня (n=33)
Виражена екстраверсія	12,9	16,7	10,3	14,8	10,0	6,1
Виражена інтроверсія	3,2	5,6	12,3	6,2	12,5	18,2
Вкрай виражена екстраверсія	6,5	2,8	4,7	6,2	5,0	3,0
Помірна екстраверсія	41,9	41,7	38,6	33,3	40,0	42,4
Помірна інтроверсія	35,5	33,3	34,1	39,5	32,5	30,3

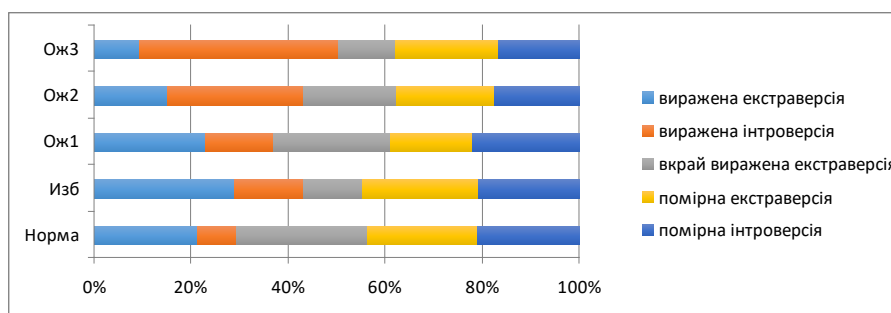


Рис. 1. Частка пацієнтів із різною масою тіла у структурі характерологічних рис.

Таблиця 2. Характерологічні особливості пацієнтів із різною масою після диференціювання відвертості відповідей (у %)

Показник	Нормальна маса (n=31)	Надмірна маса (n=36)	Ожиріння I ступеня (n=81)	Ожиріння II ступеня (n=40)	Ожиріння III ступеня (n=33)
Виражена екстраверсія	0,0	25,0	6,3	33,3	0,0
Виражена інтроверсія	0,0	0,0	6,3	16,7	0,0
Вкрай виражена екстраверсія	0,0	0,0	18,8	16,7	16,7
Помірна екстраверсія	25,0	25,0	25,0	16,7	50,0
Помірна інтроверсія	75,0	50,0	43,8	16,6	33,3

Таблиця 3. Частка респондентів із різною масою тіла серед специфічних рис характеру після диференціювання відвертості відповідей (%)

Показник	Нормальна маса	Надмірна маса	Ожиріння I ступеня	Ожиріння II ступеня	Ожиріння III ступеня	Загальний підсумок, %
Виражена екстраверсія	0,0	25,0	25,0	50,0	0,0	100
Виражена інтроверсія	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	100
Вкрай виражена екстраверсія	0,0	0,0	60,0	20,0	20,0	100
Помірна екстраверсія	10,0	10,0	40,0	10,0	30,0	100
Помірна інтроверсія	20,0	13,3	46,7	6,7	13,3	100

У структурі виражених та вкрай виражених характерологічних рис (як екстра-, так і інтроверсії) переважають пацієнти із зайвою масою. Причому вірогідного переважання яких-небудь рис не спостерігається, що свідчить про наявність обох варіантів харчової поведінки при О та МС як екстернального, так і емоціогенного.

Далі досліджували стан емоціональної стабільності (нейротизм). Виявлено, що серед пацієнтів із нормальною масою переважають індивідууми з емоційною стабільністю. При надмірній масі спостерігається у більшості виражена та досить виражена емоційна стабільність. Виявити будь-які вірогідні особливості при ожирінні не вдалось. Спостерігають усі ступені нейротизму без закономірностей.

У структурі різних емоційних станів також не виявлено ані закономірностей, ані кореляційних зв'язків. Після проведення аналізу на відвертість відповідей привертає увагу лише відсутність маловираженого нейротизму при ожирінні та зростання кількості вкрай вираженого нейротизму, який не спостерігався при нормальній масі тіла (відповідно при ожирінні I, II та III ступенів він зустрічався у 31,25, 50,0 та 50,0 %). В цілому отримані дані не дозволяють стверджувати про вірогідні відмінності характерологічних рис або наявність темпераменту, притаманного для пацієнтів з ожирінням та метаболічним синдромом. Тобто в них простежуються передумови для обох типів харчової поведінки, що може поєднувати емоціогенний та екстернальний типи, посилювати їх наслідки

та погіршувати результати, особливо довгострокові, консервативної терапії.

Але ані темперамент людини, ані його фізичний стан ізольовано не можуть відображувати задоволення життям. Тому додатково проводили оцінку якості життя пацієнтів.

Якість життя пацієнтів оцінювали за коротким опитувальником ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL – BREF). Дані аналізу представлені у таблиці 4.

Результати дослідження показали, що пацієнти з нормальною масою тіла в більшості випадків (58,62 %) оцінили якість свого життя як високу. У міру збільшення маси тіла, кількість задоволених якістю свого життя зменшується. При надмірній масі тіла відсоток пацієнтів із високим рівнем якості життя зменшився на 28,9 %, при ожирінні I ступеня – на 36,81 %, при ожирінні II і III ступенів відповідно на 37,58 і 68,01 %. Разом з тим, кількість пацієнтів, що оцінили якість свого життя як низьку, збільшилося при ожирінні III ступеня на 58,67 %. Таким чином, дані досліджень свідчать про безумовний вплив зайвої маси на якість життя індивідуума. А пацієнти з низьким рівнем якості життя складають групу, якій потрібна термінова корекція маси, у зв'язку з тим, що їх буття і фізичне, і соціальне, і ментальне, переходжуватиме на стадію існування. Характерно, що, якщо при надмірній масі тіла графічний “хрест” ліній, що відображають якість життя, ставиться на високому задоволенні ним (рис. 2), і надалі життя відповідає середнім параметрам, то при ожирінні

Таблиця 4. Рівень задоволеності якістю життя пацієнтів із різною масою тіла (у %)

Показник	Нормальна маса тіла (n=29)	Надмірна маса тіла (n=36)	Ожиріння I ступеня (n=81)	Ожиріння II ступеня (n=41)	Ожиріння III ступеня (n=32)	Ожиріння (у середньому) (n=154)
Високий рівень	58,62	41,67	37,04	36,59	18,75	30,79
Середній рівень	27,59	44,44	49,38	56,10	59,38	54,95
Низький рівень	13,79	13,89	13,58	7,32	21,88	14,26

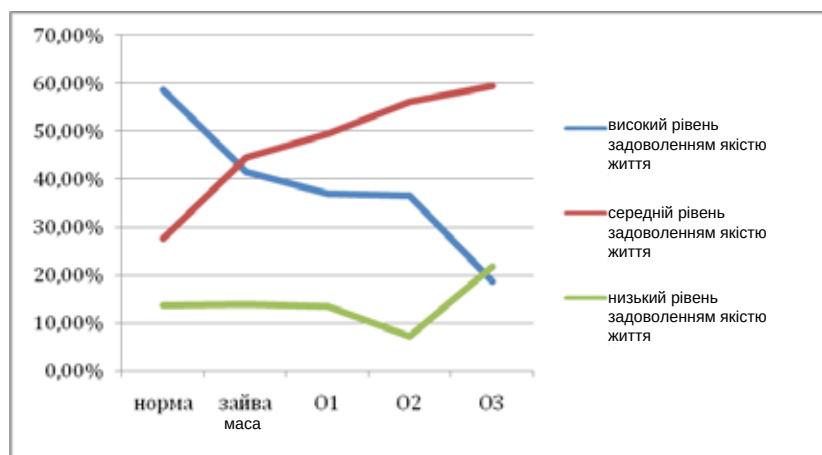


Рис. 2. Рівень задоволення якістю життя пацієнтів із різною масою за даними опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL – BREF).

тяжкого ступеня (III ступінь, морбідне ожиріння) “хрест” ставиться на середньому рівні задоволення якістю життя, яке в наступному відповідає низькому рівню.

ВИСНОВКИ 1. У міру збільшення маси тіла прогресують і психоемоційні девіації, що досягають свого апогею при морбідному ожирінні. Сукупність психоемоційних особливостей, вираження порушень фізичного стану і низької якості життя при тяжкому ожирінні зумовлюють необхідність його термінової корекції. Вибір методу корекції повинен базуватися саме на тому тимчасовому проміжку, що забезпечує досить швидке відновлення, або хоч би поліпшення якості життя цих пацієнтів.

2. У цілому результати досліджень, характерологічні риси, притаманні індивідуумам з ожирінням і МС (за Айзенком), не виявлені, проте відзначається наявність вираження проявів. На відміну від діапазону помірності проявів, властивого для осіб з нормальною масою тіла, при ожирінні спостерігаються виражені й сильно виражені характерологічні прояви, схильність до об'єднання і крайнього прояву обох типів харчової поведінки (екстернального й емоціогенного), що зменшує можливість самостійної корекції цього стану.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Нева ; М. : ОЛМА – ПРЕСС, 2002. – 321 с.
- Moonseong H. Obesity and Quality of Life: Mediating Effects of Pain and Comorbidities / H. Moonseong / Obesity Research. – 2003. – Vol. 11. – P. 209–216.
- Orley J. Quality of life and mental illness / J. Orley, S. Saxena, H. Herrman // British J. of Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 291–293.
- The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review M. E. Fallagas, E. A. Zarkaidoulia, E. N. Ioannidou [et al.] // Breast Cancer Research. – 2007. – Vol. 4, No. 9. – P. 44.
- Bottomley A. The cancer patient and quality of life / A. Bottomley // The Oncologist. – 2011. – Vol. 16, No. 6. – P. 120–126.
- Астахов М. В. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / В. М. Астахов, И. В. Быцыева, И. В. Пузь; под ред. В. М. Астахова. – Донецк : Норд-Пресс, 2010. – 199 с.
- Сандакова Е. А. Тревожно – депрессивные акцентуации в оценке качества жизни больных гениатальным эндометриозом / Е. А. Сандакова, И. В. Чернышова // Лечение и профилактика. – 2013. – № 2 (6). – С. 54–58.
- Тывончук А. С. Сравнительная оценка качества жизни больных по Moorehead – Ardelit 11 после операций бандажирования желудка и шунтирования желудка / А. С. Тывончук, А. С. Лаврик, О. А. Лаврик // Хирургическое лечение ожирения и метаболических нарушений : материалы 5 Российского симпозиума с международным участием. – Самара, 25–27 июня 2009 г. – С. 61–63.
- Казак А. В. Клиническая оценка психологических особенностей женщин репродуктивного возраста с хроническими аномальными маточными кровотечениями / А. В. Казак // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2015. – № 3 (39). – С. 52–56.
- Бройтигам В. Психосоматическая медицина: краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Брунека [предисл. В. Г. Остроглазова]. – М. : ГЭОТАР – МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
- Психоемоційний стан жінок фертильного віку з розладами репродуктивного здоров'я, які мешкають у сільській місцевості / В. В. Подольский, Вл. В. Подольский, А. Л. Караманян, А. В. Новиченко // Здоровье женщины. – 2014. – № 3 (89). – С. 139–142.
- Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // Psychol Med. – 1998. – No. 28 (3). – P. 551–558.
- <http://psycabi.net/testy/369-lichnostnyj-oprosnik-g-ajzenka-test-na-temperament-epi-dagnostika-samootsenki-po-ajzenku-metodika-opredeleniya-temperamenta>

Отримано 05.07.16