



Зміни якості життя хворих ожирінням як критерій ефективності реабілітаційної програми

Аравіцька М. Г.

ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», Івано-Франківськ, Україна

Анотація. Метою роботи було визначення динаміки якості життя хворих ожирінням I-III ступеня за опитувальником IWQOL-Lite під впливом розробленої реабілітаційної програми.

Ключові слова: ожиріння, фізична реабілітація, опитувальник, якість життя.

Вступ. Проблема якості життя пацієнтів, які страждають надмірною вагою і ожирінням, в сучасному суспільстві є досить актуальною, масово та соціально значимою внаслідок охоплення значної частини населення і специфіки соціального становища цих осіб [1]. Більшість з них страждають не тільки від хвороб і обмеження рухливості; вони мають низьку самооцінку, депресію, емоційний дистрес і інші психологічні проблеми, обумовлені упередженням, дискримінацією та ізоляцією, існуючими по відношенню до них у суспільстві [2, 3]. Тому визначення ефективності реабілітаційних програм за результатами якості життя є актуальним питанням.

Мета та завдання дослідження: визначення динаміки якості життя хворих ожирінням I-III ступеня під впливом розробленої реабілітаційної програми.

Матеріал і методи дослідження. Проведено розпитування 124 осіб другого зрілого віку з аліментарно-конституційним ожирінням, встановленим за розрахунком індексу маси тіла (Кетле) (31 жінка та 25 чоловіків – I ступеня (основна група 1 (ОГ1)), 24 жінки та 17 чоловіків – II ступеня (основна група 2 (ОГ2)), 15 жінок та 12 чоловіків – III ступеня (основна група 3 (ОГ3)), середній вік - $39,6 \pm 1,4$ років) та 32 жінки та 31 чоловік без ознак ожиріння віком $41,3 \pm 2,6$ років (контрольна група - КГ).

Визначення якості життя проводилось за стандартизованим опитувальником



«Вплив ваги на якість життя» (скорочена версія) (The Impact of Weight on Quality of Life questionnaire (IWQOL-Lite)). Опитувальник складається з 31 пункту, згрупованого в п'ять категорій: фізичне здоров'я (11 пунктів), самооцінка (7 пунктів), сексуальне життя (4 пункти), громадське життя (5 пунктів), робота (4 пункти). Все елементи оцінюються по предмету дослідження, як «завжди вірно», «зазвичай вірно», «іноді вірно», «рідко вірно» або «ніколи не вірно», відповідно присвоюються оцінки від 5 балів до 1 балів, Результати оцінювались по сумі балів від 0 до 100, більш високі показники свідчать про більш низьку якість життя [4, 5]. Отримані дані обробляли статистично за допомогою програм «Microsoft Excel» 5.0 та «Statistica» 6.0 for Windows.

Розроблена програма реабілітації впроваджувалась впродовж одного року і включала наступні елементи: зміна стилю харчування; збільшення побутової та тренувальної фізичної активності; корпоральна та аурикулярна голкорексфлексотерапія; покращення психоемоційного стану; вироблення свідомого активного ставлення до процесу схуднення; масаж (лімфодренажний, загальний, черевної порожнини); кінезіологічне тейпування.

Результати дослідження та їх обговорення. За показниками фізичного здоров'я всі пацієнти з ожирінням поступалися особам з нормальною масою тіла ($p < 0,05$), що свідчить про важкість у здійсненні побутової активності та суб'єктивне відчуття погіршення самопочуття. При повторному обстеженні встановлено, по особи всіх груп виявили покращення відносно первинного показника ($p < 0,05$), а представники ОГ1 досягнули рівня КГ ($p > 0,05$) (табл.).

Визначення стану самооцінки показало, що особи ОГ1 та ОГ2 за її рівнем фактично не відрізняються від представників КГ ($p > 0,05$). Хворі ОГ3, які виявили глибокі порушення самооцінки, при повторному обстеженні характеризувались її покращенням ($p < 0,05$) (табл.).

Аналіз параметрів сексуального життя як одного з параметрів якості життя виявив його погіршення відносно КГ в групах ОГ1 та ОГ2 ($p < 0,05$). Після впровадження реабілітаційної програми особи ОГ2 досягли її нормалізації, ОГ3 – статистично значущого покращення відносно вихідного показника (табл.).

Наявність ожиріння I ступеня не впливала на громадське життя осіб ОГ1. В той же час виявлено її значне погіршення у представників ОГ2 та ОГ3 (прямо пропорційно ступеню ожиріння) ($p < 0,05$) та статистично значуще покращення відносно вихідного показника під впливом реабілітаційної програми (табл.).

Ожиріння несприятливо впливало виконання роботи хворими всіх груп. Через рік реабілітаційного втручання вдалося досягти значущого покращення цього показника у всіх обстежених хворих ($p < 0,05$) (табл. 1).



Таблиця

Динаміка якості життя хворих ожирінням за опитувальником IWQOL-Lite під впливом реабілітаційної програми (M±m)

Шкала опитувальника	КГ n=63	ОГ1 n=56	ОГ2 n=41	ОГ2 n=27
Фізичне здоров'я				
до ФР	12,56±1,65	17,67±1,72*	22,31±2,13*	31,82±3,58*
після ФР	12,56±1,65	14,35±1,23**	18,49±1,65**	24,38±2,40**
Самооцінка				
до ФР	9,84±2,03	12,32±2,87	13,87±2,55	20,9±1,15*
після ФР	9,84±2,03	11,35±1,34	12,63±3,29	16,05±1,37**
Сексуальне життя				
до ФР	4,5±0,49	4,86±0,64	6,08±0,26*	6,77±0,38*
після ФР	4,5±0,49	4,71±0,44	5,18±0,34**	5,96±0,17**
Громадське життя				
до ФР	4,71±0,61	5,59±0,23	7,82±0,89*	12,54±1,29*
після ФР	4,71±0,61	5,31±0,44	6,36±0,28**	9,84±0,87**
Робота				
до ФР	4,09±0,41	4,89±0,39	6,21±0,39*	9,38±1,01*
після ФР	4,09±0,41	4,12±0,46	5,14±0,40**	7,6±0,54**
Загальний бал				
до ФР	35,69±5,18	45,34±6,15	56,29±6,21*	81,41±6,91*
після ФР	35,69±5,18	39,77±4,89	47,81±3,95**	63,82±5,34**

Примітка: * – статистично значуща різниця у порівнянні із значенням відповідного показника КГ ($p < 0,05$);

** – статистично значуща різниця у порівнянні із відповідним показником до реабілітації.

Аналізуючи загальний середній бал за всіма шкалами можна зробити висновок, що якість життя хворих ожирінням I ступеня не відрізняється від якості життя осіб з нормальною масою тіла, на відміну осіб з II та III ступенями ожиріння, якість життя яких погіршується прямо пропорційно ступеню ожиріння.

Тривале застосування засобів фізичної реабілітації в рамках твореної програми дозволило досягнути статистично значущого покращення в групах ОГ2 та ОГ2, що свідчить про її ефективність.

Висновки. Якість життя пацієнтів з ожирінням I ступеня не відрізняється від осіб з нормальною вагою. При ожирінні II-III ступеня вона статистично значуще гіршою,



прямо пропорційно ступеню ожиріння. Річне впровадження реабілітаційної програми дозволило досягнути статистично значущого покращення відносно вихідних показників досліджуваних параметрів осіб з ожирінням II-III ступеня, проте різниця із аналогічними показниками здорових осіб не була досягнута. Це свідчить про те, що високі ступені ожиріння потребують триваліших реабілітаційних втручань.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні впливу розробленої програми реабілітації на функціонування кардіореспіраторної системи хворих ожирінням I-III ступеня.

Список використаної літератури.

1. Новик А. А., Ионова Т.И. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. М, 2007. 320 с.
2. Романова М. М., Бабкин А.П. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного баланса у больных с метаболическим синдромом в сочетании с синдромом. *Российский кардиологический журнал*. 2012. № 4 (96). С.30-36.
3. González N., Moreno-Villegas Z., González-Bris A., Egido J., Lorenzo Ó. Regulation of visceral and epicardial adipose tissue for preventing cardiovascular injuries associated to obesity and diabetes. *Cardiovasc. Diabetol*. 2017. Apr 4; 16 (1). P. 44-50.
4. Kolotkin R.L., Crosby R.D., Kosloski K.D., Williams G.A. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res*. 2001. Feb; № 9(2). P. 102-111.
5. Kolotkin R.L., Crosby R.D. Psychometric evaluation of the impact on weight on quality of life-lite questionnaire (IWQL-Lite) in a community sample. *Qual. Life Res*. 2002. Mar; №11(2). P. 157-171.