

© Милица К.Н.

УДК: 616.89

Милица К.Н.

ГУ "Запорожская медицинская академия последипломного образования" (бульв. Винтера, 20, г. Запорожье, 69096, Украина)

УКРАИНСКАЯ ВЕРСИЯ АНКЕТЫ ПО САМООЦЕНКЕ ВЕСА И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ

Резюме. В работе сосредоточено внимание на необходимость адекватной самооценки соматоморфотипа пациентами с избыточной массой, поскольку это обосновывает выбор метода лечения ожирения. Однако, прежде чем тратить время врача и пациента на детальные опросники с большим количеством вопросов, необходимо оценить адекватность самооценки пациента. Для этого существует специальный английский опросник по самооценке веса (WSSQ), состоящий всего из 12 пунктов. Поскольку любой опросник не может быть автоматически использован среди жителей другой страны, а требует изучения его валидности, и, при необходимости, проведения адаптации, в работе была проведена оценка возможности его использования как скрининг анкеты для потенциальных бариатрических пациентов. Сделано заключение о возможности использования его украинской версии.

Ключевые слова: ожирение, самооценка, депрессия.

Введение

Доля тучных людей в обществе неуклонно возрастает. Ожирение становится личной, медицинской, социальной и государственной проблемой, поскольку нарушает качество жизни индивидуума, увеличивает количество заболеваний, в том числе и инвалидизирующих, сокращает продолжительность жизни, увеличивает государственные расходы на здравоохранение и нарушает демографию государства [4, 5, 8, 9, 11].

Существует множество способов борьбы с ожирением: повышение и спецификация физических нагрузок, диетические ограничения, физио- и бальнеотерапия, фармакотерапия и бариатрическая хирургия [1, 6, 10]. Однако, использование любых методов коррекции веса и лечения ожирения возможно только при индивидуальном согласии пациента, а успех лечения во многом зависит от личностной мотивации. Именно поэтому существует большое количество опросников, позволяющих обосновать выбор определенного метода терапии или оперативного лечения и прогнозировать его успех.

В оценке массы тела существуют как личные ментальные различия, так и национальные, связанные с традициями, историей, географическим расположением государства. Поэтому любой опросник не может быть автоматически использован среди жителей другой страны, а требует изучения его валидности, и, при необходимости, проведения адаптации.

Особенное значение опросники имеют для выбора оперативного метода лечения ожирения, поскольку неадекватное бариатрическое вмешательство, не учитывающее психологические особенности, ментальность, пищевые пристрастия, способность к самоограничению, личностную оценку тела и здоровья влечет за собой недостаточный результат лечения или результат, несоответствующий ожиданиям пациента и, как следствие, повторное оперативное вмешательство или глубокое разочарование и депрессию.

Поскольку у бариатрических пациентов очень часто наблюдается низкая самооценка и высокий уровень депрессии, а у пациентов с ожирением, отказывающихся от операции, чаще превалируют необоснованно оптими-

стическое отношение к состоянию своего здоровья и соматическим пропорциям [9], очень важно выявить объективное психосоматическое состояние, позволяющее рекомендовать оптимально эффективный метод лечения. Для этого существует большое количество различных анкет (Larocque Obesity Questionnaire, the Obesity Related Well-Being (ORWELL 97), Obesity and Weight-Loss Quality of Life [OWLQOL] questionnaire, Moorehead-Ardelt II, Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite), SF-36, Quality of Life, Obesity and Dietetic strating scale), с достаточно большим количеством вопросов. Однако занимать время пациента (и врача, оценивающего эти ответы) имеет смысл, только при определении адекватности оценки пациентом своего состояния. В связи с этим была создана английская версия опросника по самооценке веса пациентами (WSSQ) и определено его значение для проведения дальнейшего анкетирования и обследования. Английский вариант анкеты по самооценке веса включает всего 12 пунктов (а не 31 как в опроснике IWQOL), каждый из которых оценивается по 5 бальной шкале (а не от 0 до 100 как в FDS - 20), что и обусловило его успех как скринингового опросника [10].

В связи с этим немецкие исследователи [11] перевели и опеределели валидность немецкой версии WSSQ. Их анализ как непосредственно опросника, так и сравнение его с 6 общепринятыми анкетами, индексом массы тела, возрастом и гендерной принадлежностью пациентов позволил прийти к заключению о его высокой точности отражения действительного состояния пациента и прогностической значимости для отбора больных для проведения бариатрических операций.

Это послужило основанием для создания украинской версии WSSQ, а целью работы стало: определить психометрические возможности украинской версии опросника WSSQ как скрининговой анкеты для потенциальных бариатрических пациентов.

Материалы и методы

После перевода английской версии опросника WSSQ на украинский и русский языки, сравнения его с

немецкой версией, внесения адаптационных поправок, с учетом ментальных понятийных особенностей, свойственных украинскому населению, проведения пробного анкетирования у пациентов с нормальной массой тела, утверждена финальная версия украинского варианта опросника по самооценке веса (WSSQ).

На базе клиники хирургии и проктологии ГУ ЗМА-ПО МЗ Украины проведено анкетирование 90 пациентов с различным индексом массы тела. Критериями включения были: возраст от 18 до 70 лет, индекс массы тела от 20 и более, хорошее знание украинского или русского языка (предлагалась версия анкеты на соответствующем языке по желанию пациента), добровольное желание участвовать в анкетировании. Критериями исключения были: возраст менее 18 лет и возраст старше 70 лет, тяжелая соматическая патология, отражающаяся на когнитивных способностях и настроении, послеоперационный период, деменция и тяжелые ментальные расстройства.

Пункты украинской версии опросника по самооценке массы тела (WSSQ) представлены ниже.

- Я всегда буду возвращаться к избыточному весу;
- Я сам (а) являюсь причиной своих проблем с весом;
- Я ощущаю чувство вины из-за моих проблем веса;
- У меня избыточный вес, поскольку я слабовольный человек;
- У меня никогда не было бы никаких проблем с весом, если бы я имел (а) сильную волю;
- Я не могу себя достаточно контролировать, чтобы поддерживать "здоровый" вес;
- Я плохо себя чувствую из-за мнения других обо мне;
- Люди относятся ко мне по-другому, поскольку я имею проблемы с весом;
- Людям, которые не имеют проблем с весом, трудно общаться со мной;
- Окружающие думают что у меня отсутствует самоконтроль, поскольку у меня проблемы с весом;
- Люди считают меня виновным (ой) в моих проблемах с весом;
- Окружающие стесняются общаться со мной из-за моих проблем с весом.

Каждый пункт оценивался пациентом по 5-балльной шкале от одного (полностью несогласен с утверждением) до пяти (полностью согласен с утверждением). Чем больше количество баллов, тем выше уровень осознанности ожирения, как конкретной проблемы, угрожающей и нарушающей качество жизни, психосоциальный и соматический статус индивидуума, мотивирующей пациента к необходимости предпринимать действия по выбору метода лечения.

Всех пациентов разделили на 3 группы. Первую группу (контрольную) составили 40 пациентов с индексом массы тела от 20 до 29 (пациенты без ожирения). Вторую группу сформировали 30 пациентов с

индексом массы тела от 30 до 40. И в третью группу вошли 20 пациентов с ИМТ 40 и более, то есть с выраженным ожирением

Результаты. Обсуждение

Среди пациентов 1 группы было 26 женщин и 14 мужчин. Их возраст колебался в пределах от 24 до 66 лет. Среди соматической патологии преобладали: кариес у пациентов в возрасте до 45 лет, климактерический синдром и синдром андрогенного дефицита у пациентов в возрасте после 45 лет.

Во второй группе женщин было 19, мужчин - 11. Возраст колебался в пределах 21 - 67 лет. Среди соматической патологии у пациентов репродуктивного возраста наблюдались кариес, артериальная гипертензия, патология опорно - двигательного аппарата, холецисто - панкреатиты.

В третьей группе было 12 женщин и 8 мужчин. Возраст находился в пределах от 34 до 65 лет. У 30% пациентов наблюдалась инвалидность, среди соматической патологии отмечались: артериальная гипертензия, патология опорно - двигательного аппарата, сахарный диабет.

Анализ опросников показал, что в первой группе средняя самооценка массы тела составила 12,6 баллов, во второй - 24,2 балла, а в третьей - 40 баллов. Интересно отметить, что среди пациентов 1 группы были довольны своей массой 72,5%, выражали желание снизить массу тела - 27,5%, а предпринимали какие-либо меры по реальному снижению массы - 20% (контролировали объем и качество пищи, физическую нагрузку). Психологически были готовы к приему фармакологических препаратов 7,5%, ни один из пациентов не считал необходимым подвергаться оперативному вмешательству для улучшения весовых и объемных характеристик тела.

Во второй группе были довольны своей массой 23,3%, выражали желание снизить массу тела - 76,6%, предпринимали какие - либо меры по реальному снижению массы - 73,3% (контролировали объем и качество пищи, физическую нагрузку). Психологически были готовы к приему фармакологических препаратов 63,3%, принимали препараты - 43,3%, практически все без эффекта или с крайне неудовлетворительным или неустойчивым, коротким эффектом. Считали возможным для себя оперативное вмешательство - 36,6%, однако только 16,6% реально были готовы его осуществить.

В третьей группе довольных своими антропометрическими параметрами вообще не было, все пациенты очень хотели снизить массу тела, все неоднократно пытались это осуществить (контролировали объем и качество пищи, физическую нагрузку, принимали фармакологические препараты, БАДы, проходили кодирование). Ни у одного пациента не наблюдалось стойкого (хотя бы в течение 3 лет) эффекта от

консервативної терапії і змінення пищевих при-
вичек. Теоретически були готові к бариатрической
хірургії 60%, практически тільки 27,5%.

Результати аналізу української версії опросника
по самооцінці маси тіла WSSQ показали, що уве-
личення індекса маси тіла у пацієнтів с ожирени-
ем прямо корреліруєт с тяжесью депресії, чув-
ством вина і позора за свої антропо-соматический
образ. Резко візрастаєт і кількість диссоціатив-
них симптомів ($P < 0,001$). Так в першій групі, не-
смотря на желаніє багатьох пацієнтів еше снизить
масу тіла, практически нікто із них не считал себя
виновним в своїх проблемах, не испытывал диск-
риминационных проблем, не считал себя слабоволь-
ным и не испытывал стыд из - за этого. А желаніє
снизить масу тіла соотносилось с готовностью исп-
пытать диетологические ограничения, повышать
физические нагрузки и, у 7,5% пацієнтів - прини-
мать БАДы. Во второй групі у части пацієнтів уже
наблюдаются диссоціативные симптомы, однако вы-
раженность их не велика, что подтверждается жела-
нием, кроме использования диет и упражнений в
сочетании с БАДами, только у 43,3% использовать
фармакологические препараты, а вопросы бариат-
рической коррекции рассматривали только 36,6%. В
третьей групі (пациенты с тяжелым ожирением)
отмечаются выраженные диссоціативные симптомы,
что подтверждается увеличением балльной оценки по
сравнению с контрольной группой на 23,3%, а по срав-
нению со второй группой (избыточная масса тела и
умеренное ожирением) на 66%.

Список литературы

- Brody F. Minimally invasive surgery for morbid obesity /F. Brody //Cleveland Clinic J. of Medicine.- 2004.- Vol.71, №4.- P.289-298.
- Buchwald H. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011 /H.Buchwald, D.M. Oien //Obes. Surg.- 2013.- Vol.23.- P.427-436.
- Chen N. Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma / N.Chen, L.E. Bocchieri-Ricciardi, D. Munoz [et al.] //Obes. Surg.- 2007.- Vol.17.- P.669-71.
- Hain B. Translation and Validation of the German Version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) / B.Hain, L.Langer, K.Hinnemeyer [et al.] //Obesity Surgery.- 2015.- Vol.25, Issue 4.- P.750-753.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Kolotkin R.L. Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-lite) in a community sample /R.L.Kolotkin, R.D.Crosby //Qual Life Res.- 2002.- Vol.11(2).- P.157-171.
- Prentice A.M. The emerging epidemic of obesity in developing countries /A.M. Prentice //Int. J. Epidemiol.- 2006.- Vol.35(1).- P.93-99.
- Rucker D. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis /D.Rucker, R.Padwal, S.K.Li [et al.] //B.M.J.- 2007.- Vol.335, №7631.- P.1194-1199.
- Tsigos C. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines /C.Tsigos, V.Hainer, A.Basdevant [et al.] //Obesity Facts.- 2008.- Vol.1, №2.- P.106-116.
- Tsigosa C. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. /C.Tsigosa, V.Hainer, A.Basdevant [et al.] //Obesity Facts.- 2008.- Vol.2.- P.106-116.
- Wing R. Science-based solutions to obesity: what are the roles of academia, government, industry, and health care? /R.Wing, S.Phelan //Proceedings of a Symposium, Boston, Massachusetts, USA, 10-11 March 2004 and Anaheim, California, USA, 2 October 2004.

Милиця К.М.

УКРАЇНСЬКА ВЕРСІЯ АНКЕТИ З САМООЦІНКИ ВАГИ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ

Резюме. У роботі звернено увагу на необхідність адекватної самооцінки соматоморфотипа пацієнтами з надлишковою масою, оскільки це обґрунтовує вибір методу лікування ожиріння. Однак, перш ніж витратити час лікаря і пацієнта на детальні опитувальники з великою кількістю питань, необхідно оцінити адекватність самооцінки пацієнта. Для цього існує спеціальний англійський опитувальник по самооцінці ваги (WSSQ), що складається всього з 12 пунктів. Оскільки будь-який опитувальник не може бути автоматично використаний серед жителів іншої країни, а вимагає вивчення його валідності, і, при необхідності, проведення адаптації, в роботі була проведена оцінка можливості його використання як скринінг анкети для потенційних бариатричних пацієнтів. Зроблено висновки про можливість використання його української версії.

Ключові слова: ожиріння, самооцінка, депресія

Mylytsya K.M.

UKRAINIAN VERSION OF THE SELF-ASSESSMENT WEIGHT QUESTIONNAIRE AND ITS SIGNIFICANCE

Summary. *The paper drew attention to the need for self-esteem somatic morphotype patients with excess weight, because it justifies the choice of the method of treating obesity. However, before you spend time doctor and patient on detailed questionnaires with a lot of issues need to assess the adequacy of the patient's self-esteem. For this purpose there is a special English questionnaire for self-assessment of weight (WSSQ), consisting of only 12 points. Since any questionnaire cannot be automatically used among the inhabitants of another country, and requires an examination of its validity, and if necessary, carrying out adaptation work was carried out to assess the possibility of its use as a screening questionnaire for potential bariatric patients. The conclusion about the possibility of using its Ukrainian version.*

Key words: *obesity, self-esteem, depression.*

Рецензент - д.мед.н. проф. Луценко Н.С.

Стаття надійшла до редакції 1.06.2016 р.

Милица Константин Николаевич - к.мед.н., докторант кафедри хірургії і проктології ГУ "Запорозька медичинська академія послєдипломного образования"; +38(067)6128502; kmsurgeon@yahoo.com
