

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:DOI: 10.21802/artm.2020.1.13.7.
УДК 616-056.52-072.8:159.9.07**ЗМІНИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

М.Г. Аравіцька

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, кафедра фізичної терапії, ерготерапії, м. Івано-Франківськ, Україна,
ORCID ID: 0000-0002-3988-1859, e-mail: aravmed@i.ua*

Резюме. Цілі: визначення змін харчової поведінки у осіб з ожирінням під впливом розробленої програми фізичної терапії.

Методи. Проведено розпитування 288 осіб другого зрілого віку з ожирінням за Голландським опитувальником харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire). За результатами визначення реабілітаційного комплаєнсу їх було поділено на дві частини. Групу порівняння склали особи з його низьким рівнем. Основну групу склали особи з високим рівнем комплаєнсу, які проходили річну програму корекції маси тіла із застосуванням заходів для підтримки комплаєнсу, модифікації харчування, збільшення фізичної активності, лімфодренажу, психокорекції. Контрольну групу склали 60 осіб з нормальною масою тіла.

Результати. Ступінь порушень ХП залежав від ступеня ожиріння і був найвищим при III ступені. Обмежувальний тип ХП не був найхарактернішим для хворих з ожирінням. Емоціогенна ХП у жінок виявлялась статистично значуще частішою відносно показника чоловіків ($p < 0,05$), екстернальна була характернішою для чоловіків.

Група пацієнтів з ожирінням I ступеня на фоні нормалізації маси тіла досягла рівнів ХП осіб контрольної групи. При ожирінні II-III ступеня відмічена значна позитивна динаміка зміни ставлення до вживання їжі, хоча менше, ніж при ожирінні I ступеня. У осіб групи порівняння позитивних змін після річного періоду спостереження не виявлено.

Висновки. У пацієнтів із ожирінням виявляються порушення всіх типів ХП, ступінь вираженості яких пропорційний до ступеня ожиріння. Для жінок характернішим є емоціогенний тип порушення ХП, для чоловіків – екстернальний. Застосування немедикаментозних заходів з метою нормалізації маси тіла призвело до зменшення кількості осіб з порушенням ХП.

Ключові слова: ожиріння, харчова поведінка, фізична терапія.

Вступ. Ожиріння характеризується як надлишкове відкладання підшкірного та вісцерального жиру в результаті дисбалансу витрат та споживання енергії. Воно може бути самостійним багатofакторним захворюванням – як первинне ожиріння (екзогенне, аліментарно-конституціональне (АКО); 95% клінічних випадків), або синдромом, що супроводжує інші захворювання – вторинне ожиріння (симптоматичне; 5% випадків) [4, 10].

В цей час АКО визнано Всесвітньою організацією охорони здоров'я епідемією XXI століття. За її даними, у світі близько двох мільярдів дорослих людей у віці 18 років і старші мають надлишкову вагу, з них понад 600 мільйонів страждають ожирінням [10].

Харчова залежність вважається однією з найпоширеніших причин АКО і постійного зростання кількості огрядних людей. Вона супроводжується неконтрольованою тягою до прийому їжі, болючим сприйняттям зовнішнього вигляду, переживаннями страху і сорому через зловживання їжею та її прийомом. Виробленню харчової залежності сприяє те, що споживання їжі не тільки компенсує енергозатрати, але й покращує психологічний стан людини за раху-

нок вироблення біологічно активних речовин, що мають морфіноподібний ефект [2, 5].

Харчова поведінка (ХП) визначається як ціннісне ставлення до їжі та її прийому; система стереотипів, ритуалів і звичок харчування в повсякденних і стресових умовах; певні поведінкові стратегії, орієнтовані на формування і перетворення образу власного тіла. ХП визначається не тільки потребами, а й особистісними особливостями людини, специфікою її життєвого досвіду. Вона може виконувати різноманітні функції: розрядки психоемоційного напруження; чуттєвої насолоди (що може бути самоціллю); спілкування (їжа пов'язана з перебуванням в колективі); самоствердження (уявлення про престижність їжі і про відповідну «солідну» зовнішність, що особливо поширилося через розвиток соціальних мереж); підтримки певних ритуалів або звичок (релігійні, національні, сімейні традиції); компенсації незадоволених потреб (у спілкуванні, батьківській турботі); нагороди або заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетичної потреби тощо. Важливу роль у розвитку порушень ХП відіграють особливості особистості: висока схильність до стресів, тривожних

реакцій, невпевненість в собі [2, 7]. Адекватною формою ХП вважається прийом їжі з метою задоволення потреби в поживних речовинах, коли їжа є виключно засобом підтримки енергетичної та пластичної рівноваги організму.

АКО розвивається переважно в результаті різних порушень ХП на тлі стресу, будучи маркером психічної дезадаптації і неконструктивних стратегій подолання важких життєвих ситуацій [2, 6, 8]. Населення розвинених країн в цей час є своєрідним заручником легкодоступної їжі, особливо вуглеводневої та жирної, при цьому їжа переходить з категорії життєво необхідної в категорію задоволень, які людина намагається отримувати з кожним разом ще у більших кількостях. Таким чином, поступово формується порушення ХП, що є предиктором розвитку АКО.

Отже, фізична терапія АКО, поряд із застосуванням збалансованої дієти, адекватних фізичних навантажень та інших немедикаментозних заходів, повинна включати базові заходи для корекції психологічного статусу при порушенні ХП, зокрема такі, які може виконувати фізичний терапевт.

Обґрунтування дослідження. ХП, що визначається як стереотип харчування і включає в себе індивідуальні установки, звички і емоції, що стосуються їжі, оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна (патологічна) залежно від безлічі параметрів, зокрема, від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, а також від кількісних і якісних показників харчування [6, 8].

У здорової людини з нормальною масою тіла посилення реакції на зовнішні стимули проявляється тільки в стані голоду. При цьому ступінь вираженості реакції прямо пропорційна інтервалу між прийомами їжі. У хворих АКО ця закономірність відсутня.

Виділяють три основні типи порушень ХП: обмежувальна, емоційна і екстернальна [2, 8].

Екстернальна ХП проявляється підвищеною реакцією людини не на внутрішні стимули до прийому їжі (зменшення рівня глюкози в крові, наповненість шлунка та його спорожнення), а на зовнішні – вигляд їжі, реклама харчових продуктів, перебування хворого в місцях, де готують або продають їжу. Основним фактором появи цього типу ХП є доступність їжі, що обґрунтовує його превалювання в економічно розвинених країнах. Хворі їдять до тих пір, поки не закінчиться їжа, навіть коли вже виникло відчуття насичення.

Емоційна ХП (емоційне переїдання, гіперфагічна реакція на стрес) визначається у випадках, коли стимулом до прийому їжі є не голод, а емоційний дискомфорт: людина їсть не тому, що голодна, а тому, що тривожна, роздратована, їй самотньо тощо («заїдає» стрес).

Обмежувальна ХП характеризується надлишковим харчовим самообмеженням і безсистемним дотриманням надмірно суворої дієти, на зміну якій приходять періоди вираженого переїдання. Емоційний дискомфорт внаслідок постійного стресу (в період обмежень людина страждає від сильного голоду, а під час переїдання – від того, що знову набирає вагу, а всі зусилля були марними) призводить до відмови

від подальшого дотримання режиму харчування і до рецидиву АКО.

Визначення типу ХП може бути основою для пошуку нових напрямків корекції маси тіла в рамках модифікації стилю життя хворих з АКО. Визначення ставлення до їжі дозволяє визначити фактори фізичної терапії (ФТ), що зможуть компенсувати порушення режиму харчування, незадовільні психоемоційні відчуття, неприємні відчуття між прийомами їжі тощо. Корекцію ставлення до прийому їжі можна вважати довготерміною ціллю програми ФТ в рамках повільного зниження маси тіла та її тривалого підтримання на досягнутому рівні.

Отже, створення та апробація ефективності програми корекції маси тіла засобами ФТ з врахуванням динаміки ХП є актуальною проблемою галузі охорони здоров'я.

Мета роботи: визначення змін ХП у жінок та чоловіків з АКО під впливом розробленої програми фізичної терапії з врахуванням рівня реабілітаційного комплаєнсу.

Матеріали і методи. Проведено розпитування 288 осіб другого зрілого віку (39,6±1,4 років) з АКО. За результатами попереднього визначення реабілітаційного комплаєнсу (згоди на виконання реабілітаційних рекомендацій) [1], їх було поділено на дві частини. Групу порівняння (ГП, відповідно до ступеня АКО – ГП1, ГП2, ГП3) склали особи з низьким рівнем комплаєнсу; вони не проходили програму ФТ для зменшення маси тіла, але були проінформовані про ускладнення ожиріння; ознайомлені з основними принципами гіпокалорійного харчування та фізичної активності при ожирінні. Основну групу (ОГ, відповідно до ступеня АКО – ОГ1, ОГ2, ОГ3) склали особи з високим рівнем комплаєнсу. Вони проходили річну розроблену програму корекції маси тіла із застосуванням заходів для підтримки досягнутого рівня комплаєнсу, модифікації харчування, збільшення побутової та тренувальної фізичної активності, лімфодренажних процедур, елементів поведінкової психокорекції [1]. Контрольну групу (КГ) склали 60 осіб із нормальною масою тіла (41,1±2,3 років).

Критерії включення в групу дослідження: другий зрілий вік на момент початку дослідження; індекс маси тіла ІМТ для осіб КГ – від 18,5-24,9 кг/м², для осіб з ожирінням – більше 30 кг/м², але не більше 50 кг/м²; відсутність загострення хронічної соматичної патології або декомпенсованого стану на момент початку дослідження; інформована згода щодо участі у проведеному дослідженні та обробки конфіденційної інформації.

Критерії виключення: симптоматичний характер ожиріння; наявність діагностованого цукрового діабету I типу, артеріальної гіпертензії; декомпенсований стан на момент початку дослідження; прийом препаратів для зниження ваги, корекції інсулінорезистентності, гіпотензивних на момент запланованого обстеження.

Порушення ХП визначали за Голландським опитувальником харчової поведінки – Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Мета опитування – визначення обмежувального, емоціогенного і екстернального типів ХП, пов'язаних з переїданням. DEBQ

складався з 33 тверджень, що оцінювали за п'ятибальною системою (оцінювання від 1 до 5 за категоріями ніколи/ рідко/ іноді/ часто/ дуже часто). 10 питань DEBQ характеризували шкалу емоціогенної ХП, 13 – шкалу екстернальної, 10 – шкалу обмежувальної [8].

Отримані дані обробляли статистично за допомогою програми «Microsoft Excel» 5.0. Для оцінки достовірності отриманих показників застосовувались критерії Стьюдента. Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у цьому дослідженні приймали рівним 0,05.

Результати дослідження. При розпитуванні у всіх групах хворих АКО виявлено порушення ХП (рис. 1, 2, 3).

У групі осіб із нормальною масою тіла теж виявлялись поодинокі випадки порушення ХП як у чоловіків, так і у жінок (табл. 1).

Ступінь порушень ХП (вираженість у балах) напряму залежав від ступеня АКО і, відповідно, був найвищим при III ступені ожиріння (рис. 1, 2, 3).

Обмежувальний тип ПХ не був найхарактернішим для хворих з ожирінням. Виразнішими були результати виявлення емоціогенної та екстернальної ХП.

Емоціогенна ХП («заїдання» неприємних емоцій) у жінок при всіх ступенях ожиріння виявлялась статистично значуще частіше відносно показника чоловіків ($p < 0,05$), що, очевидно, пов'язано із гендерним психотипом. Водночас екстернальний тип ХП (реакція на сенсорні подразники від їжі) був характернішим для чоловіків у всіх групах.

В усіх групах хворих визначались численні випадки змішаного типу порушення ХП (табл. 1), що свідчить про виражені порушення психоемоційної сфери, наявність певних харчових звичок, закріплених відповідним тривалим нездоровим способом життя.

При первинному обстеженні осіб з АКО основної та груп порівняння статистично значущої різниці між відповідними параметрами не виявлено ($p > 0,05$).

Величина реабілітаційного комплаєнсу, тобто згода пацієнта на виконання рекомендацій фізичного терапевта та активна участь у формуванні стану власного здоров'я, при повторному обстеженні виявились фактором, який визначав успіх корекції маси тіла.

Пацієнти основних груп стали свідоміше ставитися до споживання їжі, контролювати свої емоції та суб'єктивні відчуття, пов'язані із голодом та втомою, що проявилось у змінах ХП. На запитання анкети щодо окремих ознак порушень харчування пацієнти частіше давали відповіді «рідко», «іноді», тоді як при первинному обстеженні основними були відповіді «часто», «дуже часто». Група пацієнтів з АКО I ступеня на фоні нормалізації маси тіла досягли рівнів ХП осіб КГ (рис. 1, табл. 1).

При ожирінні II ступеня в обох гендерних групах також відмічена значна позитивна динаміка зміни ставлення до вживання їжі, хоча і не така значна, як при ожирінні I ступеня (рис. 2, табл. 1).

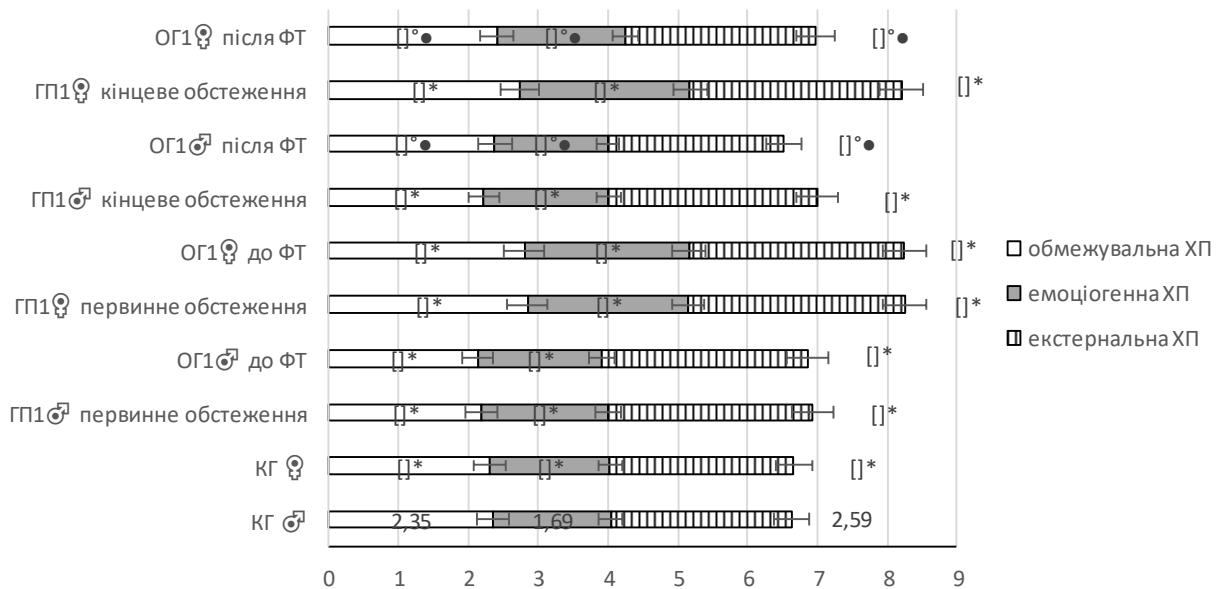


Рис. 1. Зміни ХП за DEBQ у хворих з АО I ступеня під впливом ФТ, бали (*– статистично значуща різниця порівняно із значенням відповідного показника КГ ($p < 0,05$);

° - статистично значуща різниця порівняно з відповідним показником до ФТ ($p < 0,05$);

● - статистично значуща різниця порівняно з відповідним показником ГП ($p < 0,05$))

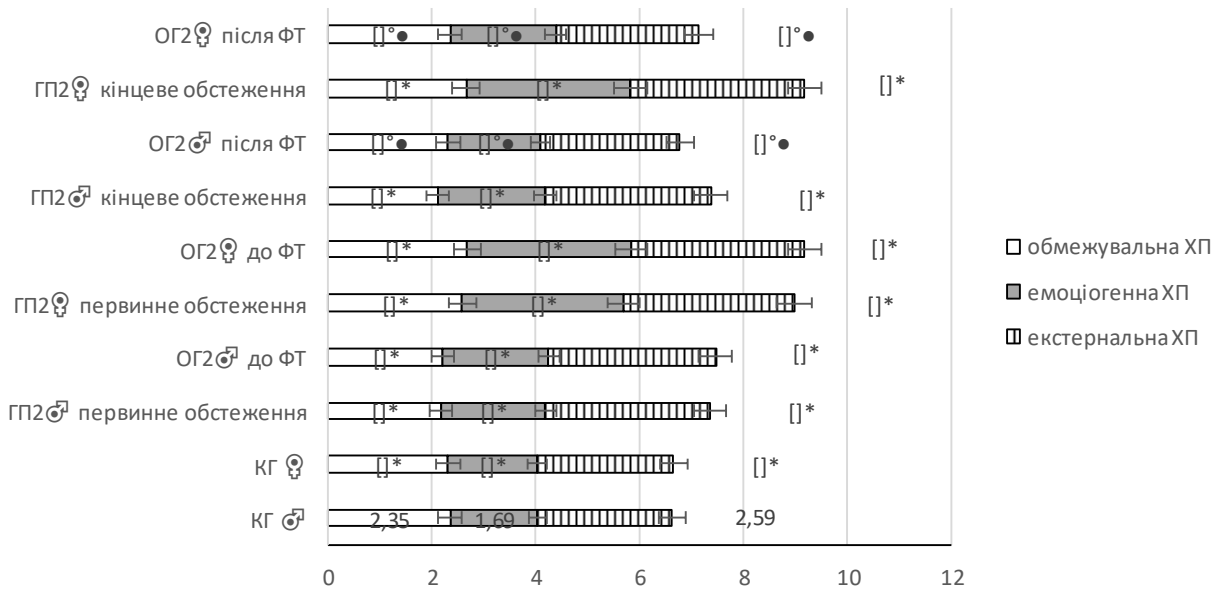


Рис. 2. Зміни ХП за DEBQ у хворих з АО 2 ступеня під впливом ФТ, бали (*– статистично значуща різниця порівняно з значенням відповідного показника КГ ($p < 0,05$); ° – статистично значуща різниця порівняно з відповідним показником до ФТ ($p < 0,05$); • – статистично значуща різниця порівняно з відповідним показником ГП ($p < 0,05$))

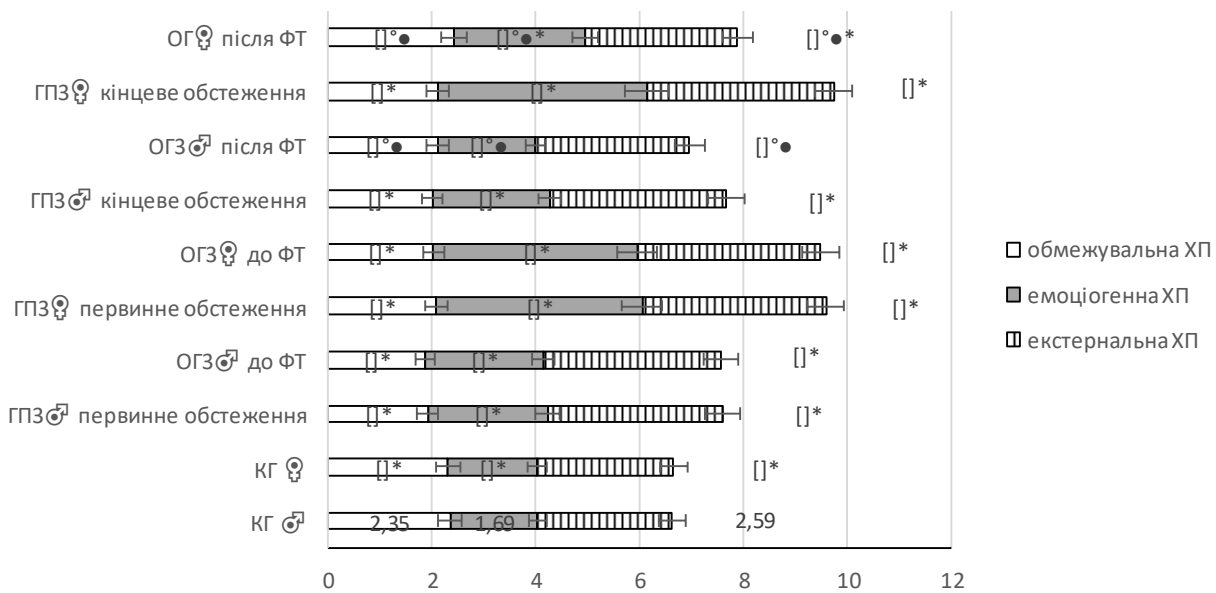


Рис. 3. Зміни ХП за DEBQ у хворих з АО 3 ступеня під впливом ФТ, бали (*– статистично значуща різниця порівняно зі значенням відповідного показника КГ ($p < 0,05$); ° – статистично значуща різниця порівняно з відповідним показником до ФТ ($p < 0,05$); • – статистично значуща різниця порівняно з відповідним показником ГП ($p < 0,05$))

Зміни в групі пацієнтів з АКО III ступеня також були значимими, але переважно не досягали показників норми (рис. 3, табл. 1).

У осіб групи порівняння, незважаючи на інформованість щодо шляхів корекції маси тіла, позитивних змін після річного періоду спостереження не виявлено.

Таблиця 1

Динаміка кількості хворих із порушенням ХП під впливом програми ФТ

Група дослідження	Тип порушення ХП, % (кількість осіб)					
	Перше обстеження			Повторне обстеження		
	Обмежувальний	Емоціо-генний	Екстер-нальний	Обмежувальний	Емоціо-генний	Екстер-нальний
КГ						
♂ (n=31)	3,23 (1)	6,45 (2)	12,90 (4)			
♀ (n=32)	6,25 (2)	18,75 (6)	9,38 (3)			
ГП1						
♂ (n=32)	6,25 (2)	12,50 (4)	21,88 (7)	6,25 (2)	15,63 (5)	21,88 (7)
♀ (n=28)	14,29 (4)	35,71 (10)	17,86 (5)	17,86 (5)	39,29 (11)	21,43 (6)
ОГ1						
♂ (n=19)	10,53 (2)	15,79 (3)	21,05 (4)	0	5,26 (1)	10,53 (2)
♀ (n=37)	13,51 (5)	32,43 (12)	18,92 (7)	0	5,41 (2)	2,70 (1)
ГП2						
♂ (n=22)	13,62 (3)	31,82 (7)	68,18 (15)	9,09 (1)	27,27 (6)	63,64 (14)
♀ (n=35)	17,14 (6)	62,86 (22)	34,29 (12)	20,00 (7)	65,71 (23)	31,43 (11)
ОГ2						
♂ (n=12)	8,33 (1)	33,33 (4)	66,67 (8)	0	8,33 (1)	16,67 (2)
♀ (n=29)	17,24 (5)	65,52 (19)	34,48 (10)	0	13,79 (4)	6,90 (2)
ГП3						
♂ (n=21)	14,29 (3)	80,95 (17)	95,24 (20)	19,05 (4)	85,71 (18)	100 (21)
♀ (n=26)	15,38 (4)	100 (26)	92,31 (24)	15,38 (4)	96,15 (25)	96,15 (25)
ОГ3						
♂ (n=10)	20,00 (2)	80,00 (8)	100 (10)	0	20,00 (2)	30,00 (3)
♀ (n=17)	11,76 (2)	94,12 (16)	88,24 (15)	0	29,41 (5)	17,65 (3)

Обговорення результатів. В основі сучасного лікування АКО лежить визнання хронічного характеру цього захворювання і, отже, необхідності довгострокової корекції, метою якої є відновлення порушеного обміну речовин [5, 10]. Прагнення за короткий термін позбутися великої кількості кілограмів призводить до компенсаторного збільшення прийому їжі та повторного набирання ваги («синдром рикошету»).

Основою лікування надлишкової маси тіла та будь-якої форми ожиріння в цей час є корекція харчування [2, 9, 10]. Однак, як дієтотерапія, так і інші існуючі методи лікування ожиріння (дієтотерапія, фізіопроцедури, фізичне навантаження), без урахування психологічних аспектів є недостатньо ефективними, оскільки не передбачають як основну цільову установку – формування раціонального, адекватного реальним потребам психологічного типу ХП. Лише 5-10% хворих утримують досягнуту в результаті терапії масу тіла триваліше 1 року. У багатьох людей, які страждають АКО, виникає «дієтична депресія»; тому в цих випадках порушення ХП є провідним фактором зростання маси тіла. Тому одночасно з дієтотерапією повинна проводитися корекція ХП [2, 7].

Отже, корекцію АКО неможливо проводити тільки зусиллями фізичного терапевта. Основну роль у корекції маси тіла відіграє харчування, яке контролюється пацієнтом самостійно і тип якого визначається ХП. Відповідно, при небажанні пацієнта виконувати надані рекомендації, навіть при наявності інформації про шкідливість надлишкової маси та шляхи її корекції, позитивних змін не відбудеться.

Визначення типу ХП дозволяє фізичному терапевтові частково самостійно, без залучення вузьких фахівців, проводити базову корекцію харчування та обирати потрібні засоби ФТ. При обмежувальній ХП акцент потрібно зробити на режимі харчування; емоціогенних порушеннях – покращити психоемоційний стан, компенсувати неприємні психосоматичні відчуття релаксаційними вправами, масажем, аутогенним тренуванням тощо. При екстернальній ХП позитивну роль відіграють самоконтроль та режим харчування.

Вважаємо, що вплив на ХП в рамках програми ФТ здійснюється за рахунок наступних заходів (які виконуються в рамках досягнення коротко- та довготривалих цілей ФТ):

- чітке дотримання рекомендацій фізичного терапевта щодо режиму дня та часу вживання їжі;
- вироблення рефлексів до вживання їжі, прикріплених до часу та певної обстановки, бажано домашньої;
- самоконтроль вживання їжі, ведення щоденника харчування;
- самоаналіз та свідомо селективна самокорекція неприємних відчуттів голоду, втоми, стресу;
- зменшення відчуття загальної психоемоційної напруги, стресу за рахунок фізичних тренувань, масажу, сприйняття покращення зовнішнього вигляду;
- акцент на мотивацію до схуднення, виявлену під час визначення реабілітаційного комплаєнсу, та визначення як довготермінова ціль ФТ (наприклад, занепокоєння про зовнішній вигляд або про стан здоров'я);

- навчання самодисципліни, збільшення внутрішньої стійкості за рахунок виконання вправ з опором, обтяженням;
- підвищення вироблення ендорфінів в процесі регулярних тренувань, що закріплює позитивний антидепресивний ефект та полегшує вироблення режиму дня;
- покращення комплаєнтності пацієнта за рахунок співпраці з фізичним терапевтом,
- досягнення поставлених цілей ФТ.

Динаміка змін ХП свідчить про зміну ставлення пацієнтів до процесу прийому та до їжі взагалі, що проявлялось зменшенням кількості епізодів «нездорового» харчування. Тобто пацієнти здійснювали активне втручання в стан свого здоров'я. Водночас наявність у всіх групах, навіть після річного періоду корекції маси, осіб з порушеннями ХП свідчить про високий ризик повторного набору маси тіла, що, відповідно, потребує тривалого (пожиттєвого) спостереження.

Висновки. У пацієнтів із ожирінням I-III ступеня виявляються порушення всіх типів ХП, ступінь вираженості яких пропорційний до ступеня ожиріння. Для жінок характернішим є емоціогенний тип порушення ХП, для чоловіків – екстернальний. Застосування немедикаментозних заходів з метою нормалізації маси тіла призводить до зменшення кількості жінок та чоловіків з порушеннями ХП. Отже, у програмах реабілітації хворих ожирінням потрібно використовувати не тільки різноманітні засоби і методи ФТ (масаж, кінезітерапію, модифікацію харчування), але й спрямовувати їх на етіологічний фактор переїдання – психологічне порушення харчової поведінки.

Наявність психологічних проблем у хворого АКО фізичний терапевт повинен розуміти сам, проводити роз'яснюючі бесіди щодо причин і наслідків ожиріння, постійно контролювати правильність виконання наданих рекомендацій, утримуючи реабілітаційний комплаєнс на високому рівні. Запорукою успішного зменшення маси тіла та її утримання повинно бути активне визнання та усвідомлення хворим наявності проблеми власного ожиріння та вироблення прагнення її подолання на основі виявленого типу ХП.

Діагностика типу порушення ХП як етіологічного аспекту АКО за простими скринінговими опитувальниками є доцільним аспектом обстеження в рамках програми ФТ.

References:

1. Aravitska M, Lazaryeva O. Pryntsyry stvorenniya ta vyznachennya efektyvnosti systemy zakhodiv dlya podolannya rehabilitatsiynoho non-komplayensu ratsiyentiv z ozhyrinnyam. Sportyvna medytsyna i fizychna rehabilitatsiya. 2019;2:51-58. DOI: <https://doi.org/10.32652/spmed.2019.2.51-58>
2. Malkina-Pykh IG. Terapiya pishchevogo povedeniya. Spravochnik prakticheskogo psikhologa. Moskva: Eksmo, 2007.
3. Cefalu WT, Bray GA, Home PD, Garvey WT, Klein S, Pi-Sunyer FX, et al. Advances in the Science, Treatment, and Prevention of the Disease of Obesity:

Reflections From a Diabetes Care Editors' Expert Forum. *Diabetes Care*. 2015;38(8):1567-82.

4. Cesa GL, Manzoni GM, Bacchetta M, Castelnovo G, Conti S, Gaggioli A, et al. Virtual reality for enhancing the cognitive behavioral treatment of obesity with binge eating disorder: randomized controlled study with one-year follow-up. *Journal of medical Internet research*. 2013;15(6):113. DOI: 10.2196/jmir.2441.
5. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract*. 2016;22(3):1-203. DOI: 10.4158/EP161365.GL
6. Logue J, Thompson L, Romanes F, Wilson DC, Thompson J, Sattar N; Guideline Development Group. Management of obesity: summary of SIGN guideline. *BMJ*. 2010;340:154. DOI: 10.1136/bmj.c154.
7. Van Dorsten B, Lindley EM. Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*. 2011;95(5):971-988. DOI: 10.1016/j.mcna.2011.06.008.
8. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986;5(2):295-315. DOI [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295)
9. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Bailer BA. Life-style modification for obesity new developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation*. 2012;125(9): 1157-1170. DOI: 10.1161/ CIRCULATIONAHA.111.039453
10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894) – Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

УДК 616-056.52-072.8:159.9.07

ИЗМЕНЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

М.Г. Аравицкая

Прикарпатский национальный университет имени Василия Стефаника, кафедра физической терапии, эрготерапии, г. Ивано-Франковск, Украина, ORCID ID: 0000-0002-3988-1859, e-mail: aravmed@i.ua

Резюме. Цели: определение изменений пищевого поведения (ПП) у лиц с ожирением под влиянием разработанной программы физической терапии.

Методы. Проведено расспросы 288 человек второго зрелого возраста с ожирением по Голландским опроснику пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire). По результатам определения реабилитационного комплаенса они были разделены

на две части. Группу сравнения составили лица с низким уровнем комплаенса. Основную группу составили лица с высоким уровнем комплаенса, которые проходили годичную программу коррекции с применением мер для поддержки комплаенса, модификации питания, увеличением физической активности, лимфодренажа, психокоррекции. Контрольную группу составили 60 человек с нормальной массой тела.

Результаты. Степень нарушений ПП зависела от степени ожирения и была самой высокой при III степени ожирения. Ограничительный тип ПП не был самым характерным для больных с ожирением. Эмоциогенный тип ПП у женщин выявлялся статистически значимо чаще по сравнению с показателем мужчин ($p < 0,05$). Экстернальный тип ПП был характерным для мужчин.

Группа пациентов с ожирением I степени на фоне нормализации массы тела достигла уровней ПП лиц контрольной группы. При ожирении II-III степени в обеих гендерных группах также отмечена значительная положительная динамика изменения отношения к употреблению пищи, хотя меньше, чем при ожирении I степени. У лиц группы сравнения положительных изменений не выявлено.

Выводы. У пациентов с ожирением выявляются нарушения всех типов ПП, степень выраженности которых пропорциональна степени ожирения. Для женщин более характерным является эмоциогенный тип нарушения ПП, для мужчин – экстернальный. Применение немедикаментозных мероприятий с целью нормализации массы тела приводит к уменьшению числа лиц с нарушением ПП.

Ключевые слова: ожирение, пищевое поведение, физическая терапия.

UDC 616-056.52-072.8: 159.9.07

CHANGES IN EATING BEHAVIOR IN PERSONS WITH OBESITY UNDER THE INFLUENCE OF PHYSICAL THERAPY PROGRAM

M.H. Aravitska

*Vasyl Stefanyk Precarpathian National University,
Department of Physical Therapy, Ergotherapy,
Ivano-Frankivsk, Ukraine,
ORCID ID: 0000-0002-3988-1859,
e-mail: aravmed@i.ua*

Abstract. Objectives: to determine changes in eating behavior in women and men with obesity under the influence of the developed physical therapy program, taking into account the level of rehabilitation compliance.

Methods. Interviews were conducted with 288 people of the second adulthood with obesity. According to the results of a preliminary determination of rehabilitation compliance, they were divided into two groups. The comparison group consisted of individuals with a low level of compliance; they did not undergo a rehabilitation program to reduce body weight, but were informed about

the complications of obesity; acquainted with the basic principles of hypocaloric nutrition and physical activity. The main group consisted of individuals with a high level of compliance. They underwent a one-year developed program for correcting body weight using measures to maintain the achieved level of compliance, nutrition modification, increased physical activity, lymphatic drainage procedures, and elements of behavioral psychocorrection. The control group consisted of 60 people with normal body weight.

The Dutch Eating Behavior Questionnaire determined eating disorder.

Results. The degree of eating disorder (severity in points) depended on the degree of obesity and was the highest in stage III obesity.

The restrictive type of eating behavior was not characteristic of patients with obesity in general. Emotogenic eating behavior in women with all degrees of obesity turned out to be statistically significant more often compared to men ($p < 0.05$). At the same time, the external type of eating behavior was characteristic of men.

In all groups of patients, numerous cases of a mixed type of eating disorder were determined, which indicates severe violations of the psycho-emotional sphere, the presence of certain eating habits, fixed by an appropriate long unhealthy lifestyle.

During the initial examination of the obese main and comparison groups, there was no statistically significant difference between the corresponding parameters ($p > 0.05$).

A group of patients with obesity of the first degree against the background of normalization of body weight after the rehabilitation program reached levels of eating behavior in the control group.

In case of obesity of the II degree, both gender groups also showed significant positive dynamics in the change in attitude to eating food, although not as significantly as in obesity of the I degree. Changes in the group of patients with grade III obesity were also significant, but also did not reach normal values.

In persons of the comparison group, despite the awareness of the ways of correcting body weight, positive changes after the summer observation period were not detected.

Conclusions. The use of non-drug measures to normalize body weight leads to a decrease in the number of women and men with eating disorders. Therefore, in rehabilitation programs for obese patients, it is necessary to use not only a variety of means and methods of physical therapy (massage, kinesiotherapy, nutrition modification), but also direct them to the etiological factor of overeating - a psychological violation of eating behavior.

The key to successful weight loss and its maintenance should be the active recognition and awareness of the patient the presence of problems of their own obesity and the development of the desire to overcome it based on the identified type of eating behavior.

Keywords: obesity, eating behavior, physical therapy.

Стаття надійшла в редакцію 04.03.2020 р.