

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ  
УКРАЇНИ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

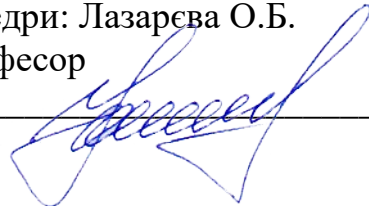
на здобуття освітнього ступеня магістра  
за спеціальністю 227 – Фізична терапія, ерготерапія  
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«ЕРГОТЕРАПІЯ ПРИ ОЖИРІННІ»**

Здобувач вищої освіти  
другого (магістерського) рівня  
Закоморна Ярослава Юріївна  
Науковий керівник: Шевчук Ю.В.

Рецензент: Гавінська С.В.,  
ерготерапевт, КНП «Олександрівська  
клінічна лікарня м. Києва»

Рекомендовано до захисту на засіданні  
кафедри (протокол № 12 від 19.04.2023р.)  
Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.  
д.фіз.вих., професор



---

Київ - 2023

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХОДІВ ЕРГОТЕРАПІЇ В ОСІБ ІЗ ОЖИРІННЯМ	7
1.1. Ожиріння: етіопатогенез, епідеміологія, клінічні прояви	7
1.2. Сучасні підходи до реабілітації осіб із ожирінням.	14
1.3. Бар'єри в терапії ожиріння. Можливості застосування заходів ерготерапії при ожирінні	16
1.4. Роль ерготерапії в лікуванні ожиріння	18
1.5. Наукове обґрунтування застосування ерготерапії в профілактиці та лікуванні осіб із ожирінням	21
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	29
2.1. Методи дослідження	29
2.1.1. Аналіз науково-методичної літератури	29
2.1.2. Клініко-інструментальні методи	30
2.1.3. Соціологічні методи	31
2.1.4. Методи математичної статистики	32
2.2. Організація дослідження	33
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	35
3.1. Оцінка впливу ожиріння на заняттєву активність	35
3.2. Процес ерготерапії осіб із ожирінням: теоретико-методичне обґрунтування	41
3.3. Програма ерготерапевтичних втручань для груп учасників дослідження	55
3.4. Оцінка ефективності ерготерапевтичних заходів у лікуванні ожиріння та обговорення отриманих результатів	59

ВИСНОВКИ

65

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

66

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ІМТ – індекс маси тіла

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень  
життєдіяльності та здоров'я

МКФ-ДП - Міжнародна класифікація функціонування, обмежень  
життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків

РП – реабілітаційний потенціал

ФР – фактор ризику

ЦД – цукровий діабет

ЦД2 – цукровий діабет другого типу

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Ожиріння – метаболічне захворювання, що набуло масштабів епідемії. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила ожиріння найбільшою глобальною хронічною проблемою здоров'я дорослих. Ожиріння є однією з основних причин інвалідності та смерті, що вражає не лише доросле населення, але й дітей та підлітків в усьому світі. Згідно з даними ВООЗ, в європейському регіоні загальна розповсюдженість ожиріння серед дорослих становить 21,5% у чоловіків і 24,5% у жінок. [66]

Поширеність ожиріння в США становила 41,9% у 2017 – березні 2020. (NHANES, 2021). [24]

Ожиріння спричинює негативний вплив на здоров'я та якість життя, пов'язану зі здоров'ям. З ожирінням пов'язаний вищий ризик розвитку діабету 2 типу, серцево-судинних захворювань, синдрому обструктивного апное та гіповентиляційного синдрому, декілької поширених форм раку, остеоартриту та інших проблем зі здоров'ям, включаючи больові синдроми опорно-рухового апарату.

Негативні наслідки ожиріння пов'язані не лише зі смертністю та фінансовими витратами на лікування супутніх захворювань, але також зі значною втратою працездатності з обмеженнями у функціонуванні, що добре задокументовано в основних наборах Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) для ожиріння. [63]

Збільшення розповсюдженості ожиріння пов'язано зі зміною способу життя сучасної людини (збільшилась частка професій, пов'язаних із малорухливим способом життя, збільшилось використання транспорту, змінились харчові звички людей, збільшився рівень психологічного стресу тощо). У зв'язку з цим, існує проблема не лише з профілактикою та лікуванням ожиріння, але й з утриманням досягнутих результатів терапії протягом тривалого періоду часу. Тому на сьогодні обов'язковою основою терапії ожиріння

вважають поведінкові зміни, яких можна досягти, зокрема, за допомогою ерготерапевтичних втручань. Однак, застосування ерготерапії в комплексній реабілітації осіб із ожирінням досліджено не достатньо, що обумовлює актуальність теми роботи.

**Об'єкт дослідження** – процес застосування заходів ерготерапії осіб із ожирінням I ступеню.

**Предмет дослідження** – процес застосування заходів ерготерапії в осіб із ожирінням I ступеню.

**Мета дослідження** – розробити алгоритм застосування заходів ерготерапії осіб із ожирінням та дослідити його ефективність.

**Завдання дослідження:**

1. Провести аналіз та узагальнення даних наукової літератури з питання застосування заходів ерготерапії в осіб із ожирінням.

2. Дослідити вплив ожиріння на заняттєву активність.

3. Надати теоретико-методичне обґрунтування принципам застосування заходів ерготерапії в осіб із ожирінням та розробити програми ерготерапевтичних втручань

4. Оцінити ефективність заходів ерготерапії в комплексній терапії ожиріння.

**Теоретична значимість:** проведено оцінку впливу ожиріння на заняттєву активність осіб із ожирінням I ступеню; теоретично обґрунтовано принципи застосування заходів ерготерапії в осіб із ожирінням.

**Практична значимість** результатів дослідження полягає в розробці програми ерготерапії для осіб із ожирінням та оцінці її ефективності.

## РОЗДІЛ 1

# СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХОДІВ ЕРГОТЕРАПІЇ В ОСІБ ІЗ ОЖИРІННЯМ

### 1.1. Ожиріння: етіопатогенез, епідеміологія, клінічні прояви

Ожиріння – це хронічне захворювання, що характеризується надмірним накопиченням жирової тканини в організмі, що становить загрозу здоров'ю, і є основним фактором ризику ряду інших хронічних захворювань, включаючи цукровий діабет 2-го типу (ЦД 2) та серцево-судинні захворювання. [1]

Класифікація МКХ-10.

Е66.0. Ожиріння, обумовлене надлишковим надходженням енергетичних ресурсів.

Е66.1. Ожиріння, спричинене прийомом лікарських засобів.

Е66.2. Крайній ступінь ожиріння, що супроводжується альвеолярною гіповентиляцією.

Е66.8. Інші форми ожиріння.

Е66.9. Ожиріння неуточнене

#### **Епідеміологія.**

Ожиріння є однією з провідних причин інвалідності та смертності у всьому світі і зачіпає не тільки дорослих, а й дітей та підлітків.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2016 р. понад 1,9 млрд. дорослих (від 18 років і більше) мали надмірну масу тіла. З них понад 650 млн страждали на ожиріння.

Поширеність ожиріння серед чоловіків становить 11%, серед жінок - 15%.

За прогнозами, до 2030 р. 60% населення світу будуть мати надлишкову масу тіла або ожиріння, якщо тенденції захворюваності збережуться.

Наявність ожиріння має важливі наслідки для захворюваності, якості життя, інвалідизації та смертності і спричиняє більш високий ризик розвитку ЦД 2, ССЗ, деяких форм раку, остеоартриту та інших патологій. [18]

Ожиріння є багатофакторним захворюванням, у формуванні якого, окрім дисбалансу між споживанням та витратою енергії, беруть участь різні нейрогуморальні механізми та фактори зовнішнього середовища. Висококалорійне харчування та малорухливий спосіб життя займають найважливіше місце серед причин розвитку ожиріння

Доведено, що ІМТ залежить від спадкових факторів на 40-70%, ідентифіковано безліч генів, що кодують роботу тих чи інших ланок регуляції маси тіла та обміну речовин.

У той же час високі темпи поширення ожиріння за останні 30 років здебільшого пов'язані з культурними та екологічними змінами. Висококалорійна дієта, збільшення розміру порцій, порушений добовий ритм прийому їжі, малорухливий спосіб життя, хронічний стрес, а також все частіше діагностовані розлади харчової поведінки є основними факторами, що сприяють розвитку ожиріння, тобто спадкова схильність до розвитку ожиріння реалізується під впливом зазначених факторів.

Доведено, що у патогенезі ожиріння важливу роль відіграють як гормональні та нейротрансмітерні порушення в роботі осі «кишечник – головний мозок», так і кишкова мікробіота, кількісні та якісні зміни складу якої можуть призводити до розвитку бактеріальної ендотоксемії. Перелічені фактори сприяють структурним змінам жирової тканини (гіпертрофії та гіперплазії адипоцитів, розвитку хронічного запалення) та зміні її секреторної функції (наприклад, у продукції адипокінів). У свою чергу, хронічне запалення жирової тканини лежить в основі патогенезу інсулінорезистентності.

Роль термогенезу бурої жирової тканини та її внесок у витрачання енергії досліджуються головним чином з позиції розробки стратегій зі стимуляції росту та активації бурих адипоцитів як профілактичний та лікувальний захід для контролю маси тіла при ожирінні. [24]



Ожиріння може бути самостійним захворюванням або синдромом, що розвивається при інших захворюваннях.

Ожиріння та асоційовані з ним метаболічні порушення є актуальною проблемою сучасної медицини, оскільки призводять до розвитку цілого ряду тяжких захворювань. Найбільш значущими з них є ЦД 2, ССЗ, онкологічні захворювання, остеоартрози та ін.

ССЗ займають лідируюче місце серед причин смертності в розвинених і багатьох країнах, що розвиваються.

Показано, що ключову роль у розвитку факторів ризику ССЗ (дисліпідемії, артеріальної гіпертензії - АГ, порушень вуглеводного обміну) відіграє абдомінальне ожиріння, яке є самостійним фактором ризику розвитку ЦД 2 та ССЗ.

Відповідно до етіологічного принципу ожиріння класифікується на:

- первинне (екзогенно-конституційне, або аліментарне) ожиріння;
- вторинне (симптоматичне) ожиріння, у структурі якого виділяють:
  - ожиріння зі встановленим генетичним дефектом (у тому числі у складі відомих генетичних синдромів з поліорганичним ураженням);
  - церебральне ожиріння (адипозогенне ожиріння, синдром Пехкранца-Бабінського-Фреліха) внаслідок пухлин головного мозку, дисемінації системних уражень та інфекційних захворювань, психічних захворювань;
  - ожиріння внаслідок ендокринопатій: захворювань гіпоталамо-гіпофізарної системи, надниркових залоз, гіпотиреоїдне, гіпооваріальне;
  - ятрогенне ожиріння на фоні прийому лікарських препаратів, що сприяють збільшенню маси тіла.

Критерії встановлення діагнозу: на підставі даних фізикального обстеження – значення ІМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>

- Для діагностики надлишкової маси тіла, діагностики ожиріння та оцінки його ступеня рекомендуються вимірювання маси тіла, довжини тіла та визначення ІМТ. [1].

- Для діагностики абдомінального (вісцерального) ожиріння рекомендується вимірювання окружності талії (ОТ):

ОТ $\geq$ 94 см у чоловіків та  $\geq$ 80 см у жінок є діагностичним критерієм абдомінального ожиріння.

У певної групи осіб (пацієнти з набряками, пацієнти похилого віку, спортсмени, пацієнти з саркопенічним ожирінням) необхідним є поглиблене антропометричне обстеження та/або двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія з визначенням ОТ, ОС та співвідношення ОТ/ОС, оскільки у них ІМТ не завжди точно відображає реальну клінічну картину і не застосовується для встановлення діагнозу ожиріння.

Накопичення інтраабдомінального жиру пов'язане з більш високим ризиком метаболічних захворювань та ССЗ.

Непрямим маркером центрального ожиріння (також відомого як вісцеральне, андройдне) є ОТ у європейської раси  $\geq$ 94 см у чоловіків і  $\geq$ 80 см у невагітних жінок.

ОТ вимірюється по середньо-пахвовій лінії на середині відстані між вершиною гребеня клубової кістки та нижнім краєм останнього ребра. [40]

#### Скарги та анамнез

- Рекомендується при зборі анамнезу уточнити тривалість захворювання, особливості харчування та образу життя пацієнта, виконати розрахунок добової енергетичної цінності з урахуванням фізіологічної маси тіла та фізичних навантажень, з'ясувати, чи робив пацієнт раніше спроби зниження маси тіла, чи приймав пацієнт лікарські засоби для лікування ожиріння.

- Рекомендується з'ясувати, чи зазначалося раніше підвищення артеріального тиску, чи пацієнт приймає гіпотензивні препарати; чи були в анамнезі інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу.

- Рекомендується уточнити наявність клінічних проявів СОАС: хрипіння та зупинок дихання уві сні, ранкових головних болів, частих нічних пробуджень, сухості у роті після пробудження, денної сонливості.

- При зборі анамнезу рекомендується звернути увагу на наявність жовчнокам'яної хвороби, панкреатиту, перенесеного вірусного гепатиту.
- При зборі анамнезу рекомендується уточнити регулярність менструального циклу у жінок та наявність еректильної дисфункції у чоловіків [24, 40].

#### Фізикальне обстеження

- При огляді шкірних покривів рекомендується звернути увагу на наявність стрій, ділянок гіперпігментації шкіри, характер оволосіння.
- Рекомендується вимірювання АТ з використанням манжети, розмір якої повинен відповідати окружності плеча пацієнта, та частоти серцевих скорочень.

З метою виключення ендокринних причин ожиріння рекомендується всім пацієнтам проводити дослідження рівня тиреотропного гормону в крові, виключити гіперкортицизм та гіперпролактинемію відповідно до загальноприйнятих рекомендацій щодо їх діагностики.

З метою діагностики порушень вуглеводного обміну всім пацієнтам рекомендується обстеження для виявлення порушеної глікемії натще, порушеної толерантності до глюкози та ЦД 2 відповідно до загальноприйнятих рекомендацій щодо їх діагностики, включаючи, за потреби, оральний глюкозотолерантний тест.

Всім пацієнтам рекомендується проведення аналізу крові біохімічного загальнотерапевтичного з дослідженням рівнів загального холестерину (ЗХС), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів, креатиніну, сечової кислоти, аланінамінотрансферази, аспаргатамінотрансферази,  $\gamma$ -глутамілтрансферази, вільного та пов'язаного білірубину з метою діагностики метаболічних порушень.

Усім пацієнтам рекомендується проведення ультразвукового дослідження органів черевної порожнини з метою діагностики жовчнокам'яної хвороби та неалкогольної жирової хвороби печінки.

- За наявності клінічних проявів СОАС рекомендується проведення нічної пульсоксиметрії, за показами - полісомнографії.

- Для обстеження пацієнтів з АГ, ішемічною хворобою серця (ІХС), хронічною серцевою недостатністю (ХСН) рекомендується реєстрація електрокардіограми та/або ехокардіографії.

Зниження маси тіла показано всім пацієнтам, які мають ожиріння, а також пацієнтам з надмірною масою тіла та наявністю одного і більше факторів ризику ССЗ або з наявністю супутніх захворювань, перебіг яких асоційований із ожирінням. [1]

### **Лікування**

Пацієнтам з надлишковою масою тіла, які не мають супутніх захворювань, перебіг яких асоційований із ожирінням, або факторів ризику ССЗ, рекомендується не допускати подальшого збільшення маси тіла.

Цілями лікування ожиріння є зниження маси тіла до такого рівня, при якому досягаються максимально можливе зменшення ризику для здоров'я та покращення перебігу захворювань, асоційованих із ожирінням; підтримка досягнутого результату; покращення якості життя хворих.

Рекомендується зниження маси тіла на 5-10% за 3-6 місяців терапії та утримання результату протягом року, що дозволяє зменшити ризики для здоров'я, а також покращити перебіг захворювань, асоційованих з ожирінням. Велику (15–20% і більше) втрату маси тіла можна рекомендувати для пацієнтів з  $IMT \geq 35$  кг/м<sup>2</sup> за наявності коморбідних захворювань.

З урахуванням того, що ожиріння є хронічним захворюванням, контроль за ним необхідно здійснювати протягом усього життя під постійним наглядом для запобігання відновленню втраченої маси тіла, а також для моніторингу ризиків коморбідних захворювань або їх лікування (наприклад, ЦД 2, ССЗ).

Наявність або відсутність супутніх захворювань, перебіг яких безпосередньо асоційований з ожирінням (наприклад, ЦД 2, неалкогольна жирова хвороба печінки, синдром обструктивного апное сну – СОАС тощо), та їх тяжкість визначають стадію ожиріння і, відповідно, вибір терапії.

Метою лікування надлишкової маси тіла та ожиріння I стадії є запобігання подальшому збільшенню маси тіла та розвитку ускладнень.

Тому при надмірній масі тіла акцент ставиться на модифікацію способу життя (здорове харчування з обмеженням калорійності добового раціону та розширення фізичної активності).

При ожирінні стадії 0 до вищеперелічених стратегій можливе додавання інтенсивної поведінкової терапії.

При ожирінні I стадії з метою зниження маси тіла та поліпшення перебігу пов'язаних з ним захворювань окрім перерахованих рекомендацій можливе використання фармакотерапії (при  $IMT \geq 27$  кг/м<sup>2</sup>).

При ожирінні II стадії з метою більш інтенсивної втрати маси тіла та лікування наявних ускладнень у тому числі пропонується розглянути можливість проведення бариатричних операцій. [18, 24, 40].

## **1.2. Сучасні підходи до реабілітації осіб із ожирінням**

Немедикаментозна терапія (зміна способу життя за допомогою корекції харчування та розширення обсягу фізичних навантажень) є основою лікування ожиріння і рекомендується як перший, обов'язковий і постійний етап лікування ожиріння.

Менеджмент та терапія ожиріння мають ширші цілі, ніж лише втрата ваги, і включають зменшення ризику та покращення стану здоров'я.

Значні клінічні переваги можуть бути досягнуті навіть помірною втратою ваги (тобто 5–10% від початкової маси тіла) і модифікацією способу життя (покращення вмісту поживних речовин у раціоні та помірне збільшення фізичної активності та покращення фізичної форми). Лікування ожиріння не може зосереджуватися лише на зниженні ваги (та ІМТ). Більше уваги слід приділяти покращенню складу тіла, яке зосереджується на покращенні або підтримці кардіореспіраторної витривалості та зменшенні жирової маси.

Лікування супутніх захворювань та покращення якості життя пацієнтів із ожирінням також входять до цілей терапії. Належне лікування ускладнень ожиріння на додаток до контролю ваги повинно включати лікування

дисліпідемії, оптимізацію глікемічного контролю у пацієнтів з діабетом 2 типу, нормалізацію артеріального тиску при гіпертензії, лікування легеневих розладів, таких як синдром апное сну (SAS), увагу до контролю болю та рухової функції при остеоартриті, лікування психосоціальних розладів, включаючи афективні розлади, розлади харчування, низьку самооцінку та порушення образу тіла. Лікування ожиріння може зменшити потребу в фармакологічних препаратах для лікування супутніх захворювань. [24]

### **Найкращі практики у боротьбі з ожирінням**

Для всіх людей, незалежно від розміру чи складу тіла, є корисним дотримання здорового, добре збалансованого режиму харчування та регулярної фізичної активності.

Втрата ваги та її підтримка вимагають тривалого зниження споживання калорій. Тривале дотримання моделі здорового харчування, яка персоналізована відповідно до індивідуальних цінностей і вподобань, одночасно задовольняючи харчові потреби та цілі лікування, є важливим елементом управління здоров'ям і вагою.

Дієтотерапія є основою для лікування ожиріння. Однак дієтотерапію не слід використовувати ізольовано для лікування ожиріння, оскільки підтримувати втрату ваги в довгостроковій перспективі може бути важко через компенсаторні механізми в мозку, які сприяють позитивному споживанню калорій шляхом посилення почуття голоду та, зрештою, спричиняють збільшення ваги.

Фізичні вправи вважаються важливим компонентом програми зниження ваги в поєднанні зі зниженням калорійності.

Наукове обґрунтування. Декілька досліджень повідомляють про додаткові переваги поєднання фізичних вправ із обмеженням калорій щодо зменшення маси тіла та жирової компоненти в організмі та збереження кардіореспіраторної витривалості порівняно з лише дієтою.

Підвищення фізичної активності зменшує внутрішньочеревний жир і збільшує м'язову (м'язову та кісткову) масу, водночас пом'якшує спричинене втратою ваги зниження витрат енергії в стані спокою, сприяє зниженню

артеріального тиску, покращенню толерантності до глюкози, чутливості до інсуліну, ліпідного профілю і фізичної форми, покращує дотримання дієтичного режиму, позитивно впливає на тривалу підтримку ваги, покращує самопочуття та самооцінку, а також зменшує тривожність і депресію. [51]

Також цілями має бути зменшення сидячого способу життя (наприклад, перегляд телевізора та використання комп'ютера) та збільшення повсякденної діяльності (наприклад, ходьба або їзда на велосипеді замість використання автомобіля, підйом по сходах замість використання ліфта). Пацієнтів слід консультувати та допомагати щодо виконання (або збільшення) фізичної активності.

Рекомендації щодо фізичних вправ мають бути адаптовані до можливостей і рівня доров'я пацієнта та зосереджені на поступовому збільшенні до безпечних рівнів.

Фахівці повинні розпізнавати, де психологічні або психіатричні проблеми заважають успішному лікуванню ожиріння, наприклад, депресія.

Психологічна підтримка та/або лікування є невід'ємною частиною менеджменту ожиріння; в особливих випадках (тривога, депресія та стрес) може бути показано направлення до спеціаліста. Корисними можуть бути групи самодопомоги непрофесіоналів і групи підтримки з лікування ожиріння.

Великою проблемою є підтримка втрати ваги.

Додаткові стратегії для підтримки втрати ваги включають більш високий рівень фізичної активності (наприклад, від 225 до 300 хв/тиждень), дотримання низькокалорійної дієти з низьким вмістом жиру, а також часте зважування (раз на тиждень або частіше).

На збереження тривалої втрати ваги сильно впливає здатність дотримуватися дієтичної програми. Поведінкова підтримка може значно покращити результати. Персоналізовані дієтичні схеми можуть підвищити ефективність довгострокових схем втрати ваги. [18, 51]

### **1.3. Бар'єри в терапії ожиріння. Можливості застосування заходів ерготерапії при ожирінні**

Бар'єри в терапії ожиріння. По-перше, ожиріння є стигматизованим станом. Громадськість і медичні працівники часто негативно реагують на людей із зайвою вагою, що може негативно вплинути на лікування. Стигматизація – це упереджене ставлення до людини, пов'язане з її статусом або якоюсь ознакою; процес знецінення особистості, що певною мірою дискредитує людину в суспільній колективній свідомості

По-друге, прагнення до косметичного ефекту втрати ваги часто набагато перевищує бажання отримати переваги для здоров'я, пов'язані зі зниженням ваги. Цим можна пояснити той факт, що жінки, порівняно з чоловіками, частіше шукають допомоги в боротьбі з ожирінням, незважаючи на те, що розповсюдженість ожиріння та асоційованих з ним проблем, однакові для обх статей.

Упереджені переконання щодо ожиріння впливають на рівень і якість медичної допомоги, яку отримують пацієнти з ожирінням.

Домінуючий культурний наратив щодо ожиріння підживлює припущення про особисту безвідповідальність і відсутність сили волі, звинувачує і присоромлює людей, які живуть із ожирінням.

Важливо відзначити, що стигма щодо ожиріння негативно впливає на рівень і якість догляду за людьми, які живуть з ожирінням.

Хоча помірна втрата маси тіла – від 5% до 10% - має доведену користь для здоров'я, вона часто не забезпечує косметичної користі, якої прагнуть пацієнти.

Це призводить до невідповідності між цілями пацієнта щодо втрати ваги та реальними можливостями дієти та фізичних вправ. Те саме стосується хірургічних підходів до втрати ваги; пацієнти часто цінують ефект для зовнішнього вигляду від втрати ваги набагато більше, ніж користь для здоров'я.

Упередження ставлення до ожиріння як до косметичної проблеми також впливає на сертифікацію препаратів для лікування ожиріння (більший акцент на



відсутність ризиків, порівняно з препаратами інших класів). З іншого боку, відсутність відшкодування з боку медичних страхових компаній призвела до поганих продажів медикаментів для терапії ожиріння, що ще більше пригнічує інтерес фармацевтичної промисловості до розробки лікарських засобів для лікування ожиріння. [40]

Усі втручання у здоров'я, такі як стратегії здорового харчування та фізичної активності, підвищення прихильності до лікування або підготовка до операції та підходи до адаптації, ґрунтуються на зміні поведінки.

Психологічні та поведінкові втручання – це «рекомендації як змінитися». Вони дають фахівцю можливість скеровувати пацієнта до рекомендованої поведінки, яку можна підтримувати з часом.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є сумішшю когнітивної терапії та поведінкової терапії та має на меті допомогти пацієнту змінити його/її розуміння думок і переконань щодо регулювання ваги, ожиріння та його наслідків; метод також безпосередньо стосується поведінки, яка потребує змін для успішного схуднення та підтримки втрати ваги.

КПТ включає декілька компонентів, таких як самоконтроль (наприклад, облік дотримання дієти), методи контролю процесу прийому їжі, контроль стимулів і підкріплення, а також когнітивні техніки та техніки релаксації.

Елементи когнітивної терапії мають становити частину звичайного дієтичного менеджменту або, в якості структурованої програми, становити основу втручання спеціаліста.

Цей метод може бути частково реалізований в груповій роботі або за допомогою посібників із селф-менеджменту.

КПТ можуть надавати не лише психологи та психіатри, але й інші кваліфіковані медичні працівники, такі як лікарі, дієтологи, фізичні терапевти, ерготерапевти.

Дані мета-аналізів, а також великих рандомізованих контрольованих досліджень підтверджують ефективність КПТ при ожирінні, а саме:

використання КПТ сприяло додатковому зниженню маси тіла та кращому втриманню досягнутою ваги у пацієнтів із ожирінням.

Канадською асоціацією виділено 5 кроків для успішного лікування ожиріння, які підкреслюють необхідність впровадження біопсихосоціального підходу:

1. Визнання ожиріння хронічним захворюванням фахівцями з реабілітації, які повинні запитувати у пацієнта дозволу надавати консультації та допомагати лікувати цю хворобу неупереджено.

2. Оцінка стану людини, що має ожиріння, за допомогою відповідних методів та визначення основних причин, ускладнень і перешкод для лікування ожиріння.

3. Обговорення основних варіантів лікування (лікувальне харчування та фізична активність) і додаткових методів лікування, які можуть знадобитися, включаючи психологічні, фармакологічні та хірургічні втручання.

4. Узгодження з людиною, яка має ожиріння, цілей терапії, зосереджуючись головним чином на цінності втручань для здоров'я людини.

5. Подальша взаємодія фахівців з реабілітації з особами, що мають ожиріння, для тривалого спостереження та повторної оцінки, а також заохочення просвітницької роботи для покращення лікування цього хронічного захворювання. [40]

#### **1.4. Роль ерготерапії в лікуванні ожиріння**

Завдяки знанням психосоціальних, фізичних, екологічних, духовних, культурних факторів, а також традицій та перспектив, які впливають на виконання заняття, ерготерапевти мають унікальну кваліфікацію для надання допомоги клієнтам в розробці і впровадженні індивідуальних структурованих програм зміни способу життя. Рандомізоване дослідження, опубліковане в JAMA, показало, що зменшення маси тіла при ожирінні досягається ефективніше, якщо споживачу реабілітаційних послуг надається допомога через

структурований план змін, аніж коли клієнт покладається на методи самопомоги. Використання аналізу виконання занять та розуміння виконавчих моделей клієнта, допомагає практикуючим ерготерапевтам реалізувати значущі та ефективні втручання, які сприяють активній участі клієнта у зміні повсякденних життєвих звичок, ролей і моделей, які потенціюють розвиток хронічних захворювань, включаючи ожиріння. [20-21]

Наприклад, ерготерапевтичне втручання є ефективним у сприянні використанню технологій віртуальної реальності з метою збільшення фізичної активності пацієнтів, які живуть у психіатричних стаціонарах [7], у залученні підлітків до збільшення фізичної активності, в адаптації фізичної активності для дітей, які страждають на ожиріння, і навчанні дітей оптимальному вибору харчування. [22, 27, 37]

Оцінюючи потреби, встановлюючи цілі, розробляючи та впроваджуючи заходи для надання допомоги клієнтам, які мають надлишкову вагу або ожиріння, практикуючий ерготерапевт тісно співпрацює з клієнтом, щоб розробити конкретні плани чи програми для досягнення індивідуальних цілей і бажань у будь-якій сфері діяльності, на яку впливає захворювання.

Ерготерапевтичне втручання може бути зосереджене на профілактиці, виправленні/відновленні, адаптації/компенсації та програмі підтримки в довгострокових або короткострокових умовах.[6]

Програми ерготерапії враховують особисті уподобання клієнта, обставини, контекст і потреби в індивідуальному режимі здорового життя, який враховує будь-які наявні захворювання.[6] Завдяки освіті, стратегіям і плануванню втручання фахівці з ерготерапії можуть допомогти клієнтам виробити звички, включно з залученням до занять, що сприяють покращенню здоров'я. Ці звички у перспективі дозволять клієнтам дотримуватися цілеспрямованих змін, що впливають на підтримку нормальної маси тіла в складній динаміці їхнього повсякденного життя. Ерготерапевти здійснюють втручання для людей різних соціальних груп та будь-якого віку у різноманітних умовах – від клінічного до громадського середовища.

Напрямки застосування ерготерапії в менеджменті ожиріння включають: громадські програми покращення здоров'я населення шляхом зміни способу життя; освітні програми; програми сприяння розвитку нових звичок і розпорядку дня; програми Lifestyle Redesign®; рекомендації з модифікації будинку; використання різноманітного обладнання; використання допоміжних та/або віртуальних технологій; компенсаційне навчання діяльності в побуті та інструментальну діяльність повсякденного життя; оздоровчі програми для дітей, підлітків і дорослих; ігри та фізкультурні заняття в школах; програми безпечного поводження з пацієнтами в лікарнях; а також бариатричні та післяхірургічні заходи невідкладної допомоги. Інші послуги, які можуть надаватися ерготерапевтами в цій сфері, включають оцінку домашнього середовища та адаптивного обладнання, планування модифікації житла, компенсаційні стратегії, навчання опікунів, адвокацію.[6]

У США ці та інші послуги ерготерапії, спрямовані на надання допомоги при ожирінні та пов'язаним з ним захворюваннями, можуть покриватися основними програмами медичного страхування, включаючи Medicare, Medicaid та приватним медичним страхуванням.

Запобігання хворобі незмінно є більш економічно ефективним, ніж її лікування та професійна діяльність, і в нещодавніх дослідженнях було продемонстровано як економічну ефективність ерготерапії в лікуванні ожиріння, так і ефективність ерготерапевтичних втручань щодо профілактики порушень у стані здоров'я населення.

Дослідження Trogdon et al. виявило, що зниження маси тіла на 5% серед усіх працівників із надмірною вагою та ожирінням призведе до щорічної економії на медичних витратах лікарняних у сумі 90 доларів на людину. Недорогі втручання, такі як організація груп підтримки під керівництвом ерготерапевта, можуть зменшувати витрати для бізнесу, із ще більшою економією, якщо досягнуто суттєвого зниження маси тіла серед працівників компаній. [51]

Таким чином, ерготерапія розглядається як все більш цінний компонент комплексних програм боротьби із ожирінням.

## 1.5. Наукове обґрунтування застосування ерготерапії в профілактиці та лікуванні осіб із ожирінням

Люди, які живуть з ожирінням, повинні мати доступ до науково обґрунтованих втручань.

У таблиці 1.1. представлені ключові науково доведені позиції, які стосуються біопсихосоціального підходу до терапії ожиріння та обґрунтовують доцільність застосування ерготерапії.

Таблиця 1.1 – Ключові рекомендації із застосування ФТ в осіб із ожирінням згідно з Канадською клінічною настановою [40]

Доведені позиції або позиції, з яких досягнуто згоди	Клас (рівень) рекомендацій*
<p>Первинна медична допомога при лікуванні ожиріння</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Фахівцям рекомендовано виявляти людей із надмірною масою тіла та ожирінням і розпочинати бесіди з ними на тему здоров'я, дотримуючись принципів пацієнт-орієнтованої практики.</li> <li>• Фахівцям рекомендовано переконатися, що вони запитують у людей їхнього дозволу, перш ніж обговорювати їхню вагу або проведення антропометричних вимірювань.</li> <li>• Слід проводити втручання для підвищення медичної грамотності пацієнтів з менеджменту ожиріння та контролю маси тіла</li> <li>• Фахівці ланки первинної медичної допомоги повинні спрямовувати осіб із надмірною масою тіла або ожирінням до мультидисциплінарних</li> </ul>	<p>Рівень 3, клас</p> <p>Рівень 3, клас С</p> <p>Рівень 1а, клас А</p> <p>Рівень 1b, клас В</p>

<p>програм з персоналізованими стратегіями боротьби з ожирінням</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Фахівці ланки первинної медичної допомоги можуть використовувати мотиваційне інтерв'ю з пацієнтом, щоб адаптувати план дій до життя людини, щоб покращити процес управління реабілітаційною програмою</li> <li>• Втручання, спрямовані на конкретну етнічну групу, повинні враховувати різноманіття психологічних і соціальних практик щодо надмірної маси тіла, їжі та фізичної активності, а також соціально-економічних обставин, оскільки вони можуть відрізнятися між різними етнічними групами та всередині них.</li> <li>• Довготривалі заходи первинної медичної допомоги повинні зосереджуватися на поступових, персоналізованих, невеликих змінах поведінки («підхід невеликих змін»), що допомагають людям більш ефективно контролювати свою вагу.</li> </ul>	<p>Рівень 2b, клас С</p> <p>Рівень 1b, клас В</p> <p>Рівень 1b, клас В</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мультидисциплінарні програми первинної медичної допомоги повинні розглядати персоналізовані стратегії лікування ожиріння як ефективний спосіб підтримки людей, які живуть з ожирінням.</li> <li>• Слід використовувати втручання, які базуються на поведінкових змінах (харчування, фізичні вправи, спосіб життя), окремо або в поєднанні з фармакотерапією</li> </ul>	<p>Рівень 1b, клас В</p> <p>Рівень 1a, клас А</p> <p>Рівень 1b, клас В</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втручання, які використовують асинхронні технології для збільшення участі людей із ожирінням у реабілітаційних програмах, можуть бути більш життєздатними та дешевшими порівняно з втручаннями в умовах громади.</li> <li>• Викладачі програм бакалаврату, магістратури та безперервної освіти для спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги повинні забезпечити курси та клінічний досвід для усунення прогалин у навичках, знаннях доказів та ставленні, необхідних для впевненої та ефективно підтримки людей, які живуть із ожирінням</li> </ul>	Рівень 1a, клас А
<p>Ефективні психологічні та поведінкові заходи в лікуванні ожиріння</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Багатокомпонентні психологічні інтервенції (поєднання модифікації поведінки [постановка цілей, самоконтроль, вирішення проблем], когнітивна терапія [переформатування] та стратегії, засновані на цінностях для зміни дієти та активності) повинні бути включені в плани терапії з метою зниження ваги, покращення стану здоров'я та якості життя таким чином щоб сприяти розвитку прихильності, впевненості та внутрішньої мотивації</li> <li>• Постачальники реабілітаційних послуг повинні надавати довготривалу послідовну допомогу людям, які живуть із ожирінням, щоб сприяти розвитку впевненості в подоланні бар'єрів (самоєфективність) і внутрішньої мотивації</li> </ul>	<p>рівень 1a, ступінь А</p> <p>рівень 1b, клас А</p>

<p>(особистої, значущої причини для змін), заохочувати пацієнта встановлювати цілі, які є реалістичними та досяжними, здійснювати самоконтроль поведінки та аналіз невдач за допомогою вирішення проблем та адаптивного мислення (когнітивне переформатування).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Постачальники реабілітаційних послуг повинні забезпечувати повторні сеанси терапії для підтримки розвитку самоефективності та внутрішньої мотивації.</li> </ul>	Рівень 1a, клас А
<p>Нові технології та віртуальна медицина в лікуванні ожиріння</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реалізація стратегій менеджменту ожиріння може здійснюватися через веб-платформи (наприклад, онлайн-навчання з лікувального харчування та фізичної активності) або мобільні пристрої (наприклад, щоденна звітність про масу тіла через додаток у смартфоні).</li> <li>• Постачальникам реабілітаційних послуг рекомендовано здійснювати індивідуальний зворотний зв'язок і подальше спостереження (наприклад, персоналізований коучинг або зворотній зв'язок по телефону чи електронною поштою) з метою покращення результатів терапії.</li> <li>• Використання технології відстеження активності за допомогою переносних пристроїв має бути частиною комплексної стратегії щодо менеджменту ваги.</li> </ul>	<p>Рівень 2a, клас В</p> <p>Рівень 4, клас D</p> <p>Рівень 1a, клас А</p>

**\*Категорії доказів**



Рівень 1a: докази мета-аналізу рандомізованих контрольованих досліджень (РКД)

Рівень 1b: докази принаймні 1 РКД

Рівень 2a: докази принаймні 1 контрольованого дослідження без рандомізації

Рівень 3: докази неекспериментальних описових досліджень, такі як порівняльні дослідження, кореляційні дослідження та тематичні контрольовані дослідження дослідження

Рівень 4: докази зі звітів та/або висновків комітетів експертів та/або клінічний досвід авторитетних організацій

### **Сила рекомендації**

Рівень А: Безпосередньо на основі доказів рівня 1

Рівень В: Безпосередньо на основі доказів рівня 2 або екстрапольовано рекомендацію з 1 категорії доказів

Рівень С: Безпосередньо на основі доказів рівня 3 або екстрапольовано рекомендацію з рівня доказовості 1 або 2

Рівень D: Безпосередньо на основі доказів рівня 4 або екстрапольовано рекомендацію з рівня доказовості 1, 2 або 3

**Стратегії ерготерапевтичного втручання.** Модифікація середовища. У більшості досліджень метою модифікації середовища було збільшення участі осіб із ожирінням у фізичній активності. Ряд досліджень відстоюють роль ерготерапевтів в діяльності на рівні популяції та зміні середовища, завдяки впливу на політичні процеси та органи, відповідальні за містобудування, планування транспортної інфраструктури для підвищення доступності об'єктів, призначених для фізичної активності у вільний час, а також для активних подорожей [44]

У деяких дослідженнях автори були зосереджені на зміні соціального середовища, а саме: на покращенні доступу осіб із ожирінням до закладів та громадських організацій, що відповідають за організацію активного дозвілля для населення, шляхом зміни соціального середовища в цих організаціях. [33]

Було описано роль ерготерапії у зменшенні стигматизації та сприянні соціальній інтеграції людей із ожирінням шляхом використання стратегій, спрямованих на «мотиваційний клімат» організацій. Для дитячого ожиріння метою втручань була також зміна соціального середовища в школах та сім'ях. [64-67]

Навчання. Однією з основних стратегій профілактики ожиріння є навчання населення. Навчання передбачає надання інформації батькам і громадським організаціям про важливість участі дітей у фізичній активності та сприяння цьому. [13] Навчання також є ефективною стратегією терапії для осіб із ожирінням, коли метою є поведінкові зміни Munguba, M.C. [37] випробували освітні програми з питань харчування для дітей, які страждають на ожиріння.

Інші автори також наголошували на необхідності навчання фахівців сфери фітнесу та охорони здоров'я, які працюють із людьми, які мають ожиріння, щодо подолаання стереотипних переконань та упередженого ставлення до пацієнтів/клієнтів, що має забезпечити якісне надання послуг.

**Фокус ерготерапевтичних втручань.** Покращення загального стану здоров'я. В наукових статтях описаний вплив ерготерапевтичних втручань у всьому спектрі профілактичних заходів.

У низці робіт було досліджено роль ерготерапії у первинній профілактиці порушень здоров'я у дітей та молоді. Цілі втручання в цих дослідженнях полягали у збільшенні щоденного рівня рухової активності. У деяких роботах було описано втручання на рівні населення, а саме впровадження профілактичних програм в політику сфери охорони здоров'я, а також у планування міського дизайну і транспортної інфраструктури. Інші статті описують ерготерапевтичні втручання на рівні громади або в школах. Також є повідомлення про проведення заходів вторинної профілактики для дітей та молоді, та людей з ожирінням, які мають важкі психічні захворювання. [13, 37, 67]

Також було досліджено вплив ерготерапії для підтримки заняттєвого балансу у третинній профілактиці ускладнень серед дорослого населення з

важкими ступенями ожиріння, та оптимізації рухової активності у дітей з ожирінням.[22]

Збільшення участі у фізичній активності. Низка досліджень були зосереджені на покращенні участі у діяльності, пов'язаної із фізичною активністю, для запобігання розвитку ожиріння або для зменшення маси тіла в осіб із ожирінням. Роль ерготерапії було окреслено термінами відносин між заняттєвою активністю та здоров'ям, а також використання занять для покращення стану здоров'я та загального благополуччя. [27] Деякі автори також зверталися до Міжнародної Класифікація функціонування (МКФ) і розглядали фізичну активність як компонент участі, відповідно до структури МКФ. [34] Інші автори розглядали фізичну активність як частину відпочинку та дозвілля, відповідно до класифікації заняттєвої активності. [33] У дослідженнях підкреслюється важливість впровадження ерготерапії серед населення, або на рівні громади, з метою збільшення рівня фізичної активності дітей та молоді. [27, 63] Також було описано ерготерапевтичні втручання для груп підвищеного ризику розвитку ожиріння, наприклад для дітей з низьким соціально-економічним статусом, які можуть мати обмежений доступ до участі [13, 65], для студентів університету, які схильні до розвитку надлишкової маси тіла, та людей, які живуть з важкими психічними захворюваннями, і в результаті мають підвищений ризик розвитку ожиріння, через низку факторів, включаючи зниження фізичної активності, побічні ефекти ліків і обмежений доступ до рекреаційної чи спортивної активності. [33]

Зміна режиму харчування. Менш поширений фокус втручання – зміна режиму харчування. Тим не менш, є дослідження, які описують роль ерготерапевтичних втручань для навчання осіб із ожирінням або надлишковою вагою основам раціонального харчування. Дослідження включали дітей та дорослих із психічними захворюваннями. [13, 33]

Зменшення впливу ожиріння на заняттєву активність. Остаточний фокус ерготерапевтичного втручання полягає у зменшенні впливу захворювання на заняттєву активність людини. У дослідженні. Forhan, M [19] було встановлено,

що у дорослих осіб із екстремальними ступенем ожиріння спостерігається дисбаланс заняттєвої активності.

Forhan та ін. [20] запропонували використовувати заходи ерготерапії з метою підвищення ефективності використання часу на самообслуговування та покращення участі у роботі та відпочинку. У дослідженні Gill [22], було втзначено конкретну роль ерготерапії у покращенні рухової адаптації в контексті заняттєвої активності для зменшення травматизму у дітей з ожирінням.

### **Висновки до розділу 1**

Статистика ВООЗ вказує на широку розповсюдженість ожиріння в Європі та США.

Ожиріння має важкий негативний вплив на стан здоров'я, якість та тривалість життя.

Мультифакторіальна природа ожиріння обумовлює необхідність мультидисциплінарного підходу до його лікування.

В останні роки все більше обговорюється важлива роль ерготерапії як у профілактиці так і лікуванні осіб із надлишковою вагою та ожирінням.

Проте кількість та якість досліджень вказують на необхідність проведення подальших наукових розвідок в даному напрямку.

## **РОЗДІЛ 2**

### **МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

#### **2.1. Методи дослідження**

При написанні кваліфікаційної роботи використовували наступні методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- клініко-інструментальні методи;
- соціологічні методи;
- методи математичної статистики.

##### **2.1.1. Аналіз науково-методичної літератури**

В процесі дослідження були вивчені сучасні вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, присвячені дослідженню проблем надлишкової маси тіла та ожиріння, факторів ризику та особливостей перебігу даних метаболічних розладів, принципів використання заходів ерготерапії в комплексній реабілітації осіб із ожирінням.

Результати вивчення спеціальних науково-методичних матеріалів дозволили отримати уявлення про стан досліджуваної проблеми, узагальнити дані практичного досвіду вітчизняних і зарубіжних вчених з питання застосування заходів ерготерапії при надлишковій масі тіла та ожирінні. В процесі роботи над кваліфікаційною роботою був проведений аналіз 67 джерел наукової та спеціальної літератури, з них 66 - іноземних.

## 2.1.2. Клініко-інструментальні методи

*Антропометричні методи.* Оцінювалися такі показники: зріст та маса тіла з обрахуванням індексу маси тіла (ІМТ).

Зріст (довжину тіла) вимірювали з точністю до 0,1 см під час початкового візиту за допомогою настінного ростоміра. Для вимірювання учасники знімали взуття.

Масу тіла вимірювали за допомогою підлогової ваги, з точністю до 0,25 кг. Під час вимірювання учасники знімали взуття та роздягались до білизни. Вимірювання проводили зранку, в один і той самий час при первинному та повторному обстеженні.

На основі даних про зріст та масу тіла обраховували індекс маси тіла за формулою:

$$\text{ІМТ} = \text{Маса тіла (кг)} / \text{Довжина тіла (м}^2\text{)}.$$

Відповідно до показника ІМТ визначали ступінь ожиріння (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Класифікація ожиріння за ІМТ, ВООЗ (1997)

Маса тіла	Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup>	Ризик супутніх захворювань
Дефіцит маси тіла	<18,5	Низький (підвищений ризик інших захворювань)
Нормальна маса тіла	18,5-24,9	Звичайний
Надлишкова маса тіла	25,0 – 29,9	Підвищений
Ожиріння 1 ступеню	30,0 – 34,9	Високий
Ожиріння 2 ступеню	35,0-39,9	Дуже високий
Ожиріння 3 ступеню	≥40	Надзвичайно високий

*Оцінка енерговитрат та енергоспоживання.* З метою стандартизації вимірювань, оцінку енерговитрат та енергоспоживання проводили за допомогою

застосунок для смартфона «Таблиці калорійності». На основі щоденного самозвіту пацієнта про раціон харчування та види фізичної активності застосунок розраховує щоденні енерговитрати та енергетичну цінність спожитої їжі та напоїв. Застосунок зручний у застосуванні, безкоштовний, дозволяє зберігати дані та формувати звіти за весь період використання, доступний українською мовою.

### 2.1.3. Соціологічні методи

*Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ.* Для оцінки харчової поведінки використовували Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ), який був створений у 1986 р. голландськими психологами для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки.

Анкета опитувальника містить 33 питання, що оцінюють три параметри харчової поведінки: емоціогенне харчування (пункти 1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23, 25, 28, 30 і 32), рестриктивне харчування (пункти 4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29 і 31) і екстернальний тип харчування (пункти 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27 і 33). Відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта (0 - ніколи, 1 - рідко, 2 - іноді, 3 - часто і 4 - дуже часто). Опитувальник рекомендується для самостійного заповнення пацієнтом. Як варіант текст опитувальника може бути основою для структурного інтерв'ю, при якому пацієнт і терапевт спільно обговорюють кожне з 33 питань, одночасно заповнюючи його. Для оцінки харчової поведінки використовували онлайн-калькулятор опитувальника.

*Оцінка симптомів депресії та тривожності.* Для оцінки симптомів депресії використовували опитувальник SCL-20 (20-item depression severity scale), який є валідним та надійним методом оцінки тяжкості депресії, що містить 20 пунктів з оцінкою за 5-бальною шкалою Лайкерта. Вищий бал за шкалою SCL-20 вказує на більшу тяжкість симптомів депресії.

Для оцінки тривожності використовували шкалу оцінки генералізованого тривожного розладу (7-item Generalized Anxiety Disorder). Шкала є валідною та надійною для скринінгу генералізованого тривожного розладу. Максимально можливий бал за шкалою – 21, що відповідає найгіршому прояву тривожності.

Використовували онлайн-калькулятор для оцінки симптомів тривожності.

Інтерпретація результатів:

0-4 бали: Мінімальний рівень тривоги

5-9 балів: Легка тривога

10-14 балів: Помірна тривожність

Оцінка більше 15 балів: Сильна тривожність.

*Оцінку якості життя* проводили за опитувальником World Health Organization Quality of Life (WHOQOL).

Опитувальник якості життя ВООЗ (ВООЗЯЖ) (англійською WHOQOL – World Health Organization's Quality of Life) був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я з метою отримання якісного та незалежного інструменту оцінки якості життя людей незалежно від соціального, культурного, демографічного та політичного контексту.

Опитувальник ЯЖ включає 26 пунктів та дозволяє оцінити якість життя в доменах: стан здоров'я, фізичне благополуччя, фізіологічне благополуччя, рівень незалежності, соціальні відносини, відношення до оточення, особистісні фактори. Опитування та обробку результатів проводили за допомогою online-калькулятора WHOQOL.

#### **2.1.4. Методи математичної статистики**

Числові дані кваліфікаційної роботи обробляли за допомогою методів математичної статистики. Для розрахунків використовували прикладну програму Statistica 10.0.

Використовували методи описової та варіаційної статистики. Розраховували значення центральної тенденції у вигляді середнього



арифметичного (M) та значення дисперсії у вигляді стандартного відхилення. Для оцінки значущості різниці в незалежних групах даних використовували непараметричний U-критерій Мана-Уїтні, а для оцінки різниці між даними залежних груп – непараметричний критерій Вілкоксона. Статистично значущими вважалися відмінності, що не перевищували рівня вірогідності  $p < 0,05$ .

## 2.2. Організація дослідження

Дослідження проводили на базі реабілітаційного центру E-motion. В дослідженні взяли участь 14 пацієнтів із ожирінням I ступеня відповідно до класифікації ВООЗ (табл.2.1).

Критерії включення у дослідження:

- вік від 18 до 55 років,
- індекс маси тіла 30-35 кг/м<sup>2</sup>
- відсутність серйозних супутніх захворювань,
- згода на участь у дослідженні.

Учасників розділили на 2 групи, по 7 осіб в кожній:

- Групу контролю, в якій застосовували стандартну програму поведінкового втручання зі зниження маси тіла
- Групу втручання, в якій в додаток до стандартної програми поведінкового втручання використовували заходи ерготерапії.

Групи були порівнюваними за основними клініко-демографічними показниками (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Клініко-демографічна характеристика груп дослідження

Показник	Група втручання	Контрольна група
Вік, років (M (SD))	44,8 (9,1)	45,8(7,2)
Стать: кількість жінок/чоловіків	1/6	1/6

Маса тіла, кг (M (SD))	90,7 (13,9)	93,2 (11,9)
ІМТ, кг/м <sup>2</sup> (M (SD))	32,1(3,8)	33,0 (3,5)
Рівень освіти, кількість учасників:		
Професійно-технічна	1	-
Вища, спеціаліст	5	5
Вища, магістр	1	2

Повторне обстеження учасників дослідження проводили через 3 місяці від початку втручання.

Дослідження проводили в 4 етапи з жовтня 2021 до квітня 2023 року.

На *I етапі (жовтень – листопад 2021 р.)* дослідження була обрана і затверджена тема кваліфікаційної роботи, визначено об'єкт, предмет і мету роботи, сформульовані завдання. Розроблено структуру кваліфікаційної роботи, складено план проведення досліджень. Проведено аналіз сучасних джерел наукової літератури з теми роботи, написано 1 розділ, сформовано список літератури.

На *II етапі (грудень 2021 – лютий 2022 рр.)* був проведений відбір учасників для досліджень, підібрані методи дослідження. Написаний 2 розділ кваліфікаційної роботи. Проведене квантитативне дослідження щодо впливу ожиріння на заняттєву активність пацієнтів із ожирінням.

На *III етапі (лютий – вересень 2022 р.)* було обґрунтовано принципи застосування ерготерапії для осіб із ожирінням, розроблено та реалізовано на практиці програми ерготерапевтичних втручань для учасників групи втручання. Проведено повторне обстеження пацієнтів. Здійснено математичну обробку отриманих числових даних.

На *IV етапі (жовтень 2022- квітень 2023 р.)* було проведено оцінку та інтерпретацію отриманих даних, завершено написання 3 розділу кваліфікаційної роботи. Сформульовані висновки, оформлений та відредагований текст роботи. За матеріалами роботи написані та опубліковані тези. [1]

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

#### 3.1. Оцінка впливу ожиріння на заняттєву активність

На першому етапі емпіричної частини кваліфікаційної роботи було проведено оцінку впливу ожиріння на заняттєву активність учасників дослідження. Постановка цього завдання у дослідженні була обумовлена тим, питання впливу ожиріння на заняттєву активність ще не досліджено достатньо повно. Проблема розглядалась раніше в декількох публікаціях, проте вони стосувались пацієнтів із екстремальними ступенями ожиріння ( $IMT > 35$ ), або дітей та підлітків із ожирінням. В даному дослідженні взяли участь дорослі із I ступенем ожиріння, тому представляло інтерес провести дослідження в даному напрямку.

З усіма учасниками дослідження (14 осіб) проводили напівструктуроване інтерв'ю, стосовно того, як ожиріння впливає на різні аспекти повсякденної діяльності, з якими проблемами та труднощами, пов'язаними із надлишковою вагою, учасники стикаються у своєму житті тощо, потім здійснювали якісний аналіз та узагальнення отриманої інформації.

Під час інтерв'ю застосовували запитання відкритого типу, наприклад: «Чи можете ви поділитися зі мною, як ожиріння впливає на ваші щоденні заняття?», «У яких видах активності ви берете участь вдома за межами дому?», «Чи є такі види діяльності, які ви хотіли б робити, але не робите?», «Що заважає вам виконувати ці дії?» тощо. Тривалість інтерв'ю варіювалися від 30 до 45 хвилин.

Аналіз результатів опитування проводили згідно з моделлю РЕО (рис.3.1, таблиця 3.1). Також були проаналізували бар'єри, з якими стикаються учасники дослідження у своєму повсякденному житті.

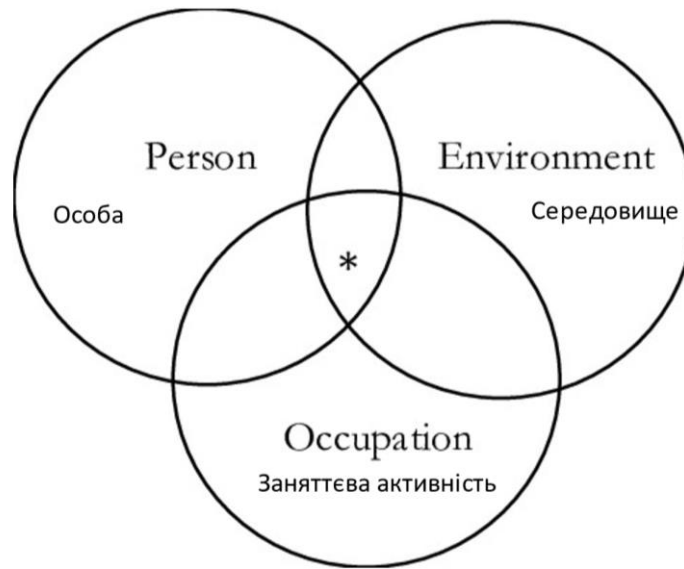


Рисунок 3.1 – Модель PEO (Person-Environment-Occupation) – Особа-Середовище-Заняттєва активність

Таблиця 3.1 – Вплив ожиріння на заняттєву активність згідно з моделлю PEO

Особа	Середовище	Заняттєва участь
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Біль</li> <li>- Зниження толерантності до перенесення фізичних навантажень</li> <li>- Втома</li> <li>- Знижена самооцінка</li> <li>- Незадоволення образом власного тіла</li> <li>- Порушення харчової поведінки</li> <li>- Відчуття втрати контролю над власним життям</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Недостатній рівень підтримки з боку друзів та рідних</li> <li>- Осуд та упереджене ставлення від оточуючих</li> <li>- Упереджене ставлення з боку працівників фітнес-індустрії та сфери охорони здоров'я</li> <li>- Негативні коментарі у соцмережах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Обмежена участь у бажаних видах дозвілля (рекреаційні види відпочинку, подорожі тощо)</li> <li>- Уникання соціальних взаємодій (активність у соціальних мережах, шопінг, відвідування закладів харчування, громадських пляжів, клубів, заходів, де ведеться фото- та відеозйомка, інших публічних заходів)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Страх не виправдати очікування інших щодо себе</li> <li>- Зниження мотивації</li> <li>- Відчуття соціальної ізоляції</li> <li>- Симптоми тривожності та депресії</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Незручні сидіння в транспорті</li> <li>- Відсутність ліфтів/ незручні сходи у житлових та адміністративних будівлях</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Негативний вплив на романтичні стосунки та сексуальне життя</li> <li>- Обмежена турбота про власне здоров'я (страх та небажання відвідувати лікарів/фахівців сфери здоров'я) через негативний попередній досвід)</li> </ul>
--	---	--

В цілому результати інтерв'ю учасників дослідження показали, що вони відчували зниження фізичної функції, зниження здатності виконувати повсякденні дії, підвищену втомлюваність, соціальну ізоляцію і психічний стрес. Характерним було уникання певних видів діяльності, в очікуванні схуднення.

Усі учасники описали невідповідність між тим, що вони хочуть робити і тим, що вони можуть (дозволяють собі) робити. Цю невідповідність пояснювали невідповідністю між вимогами діяльності та власними можливостями, а також бар'єрами середовища, в першу чергу соціального.

Так, більшість учасників повідомили, що мають проблеми із шопінгом для купівлі одягу (відсутність необхідного розміру бажаної моделі одягу, упереджене ставлення з боку продавців-консультантів тощо).

Більшість учасників мали проблеми із плануванням відпустки та дозвілля на вихідні через різні причини, пов'язані із зайвою вагою, як от: незручні сидіння в літаках та автобусах для тривалих подорожей, небажання відпочивати біля водойм через страх оголення на публіці; відмова від популярних активних видів дозвілля (відвідування парків розваг, пейнтбол, прогулянки, хайкінг, велоподорожі, танці тощо) через побоювання не справитись із рівнем навантаження, підвести партнерів тощо).

Якщо дозвілля передбачало прийом їжі, деякі учасники відчували сильний дискомфорт через коментарі оточуючих щодо вибору меню або порцій їжі.

Почуття низької самооцінки та незадоволення образом власного тіла були визначені більшістю учасників як причини для уникнення статевого життя зі своїми партнерами, незважаючи на зацікавленість партнерів. Учасники, які не мали постійних партнерів, вказували на небажання або страх знайомитись, ходити на побачення чи приймати знаки уваги від інших, через низьку самооцінку та страх розчарувати потенційного партнера.

Всі учасники говорили про відчуття певної міри соціальної ізоляції (обмеження спілкування з друзями, які надають перевагу певним видам відпочинку), а також мали відчуття, що погано справляються зі своїми ролями в родині (неможливість тривалий час проводити активне дозвілля з дітьми або більш активним партнером, уникнення особистого спілкування з родичами, які приділяють надмірну увагу зовнішності та наявності зайвої ваги).

8 учасниць розповіли про те, що не можуть контролювати свою харчову поведінку і мріють подолати цю проблему.

7 учасників повідомили про симптоми тривожності та депресії.

Жоден з учасників не вважав, що зайва вага має безпосередній негативний вплив на професійну діяльність, тим не менш, вказували, що симптоми депресії та тривожності в цілому знижували загальну продуктивність, в тому числі в професійному середовищі.

Всі учасники повідомляли, що стикалися зі стигматизацією з боку фахівців сфери здоров'я (образливі коментарі з боку фітнес-тренерів, недоречні зауваження з боку лікарів). Через це учасники відчували сильний дискомфорт при відвідуванні фітнес залів, а також описували небажання та уникання візитів до лікарів.

Більшість учасників зазначили, що не хочуть зайвий раз слухати стандартні рекомендації щодо схуднення (їсти менше, рухатися більше), які їм і так відомі та не бажають відчувати осуд з боку лікарів щодо «недостатньо докладених зусиль для схуднення».

Серед бар'єрів в архітектурному середовищі учасники дослідження виділили незручні місця в кінотеатрах, ресторанах, літаках, автомобілях або громадському транспорті, відсутність ліфтів та незручні (занадто високі) сходи.

Ці бар'єри зменшували участь у діяльності поза домом. Одна учасниця описала відчуття, ніби вона займає більше фізичного місця в громадських місцях, ніж вона повинна була займати, що причиняло їй великий дискомфорт та небажання виходити з дому (рис. 3.2-3.4).

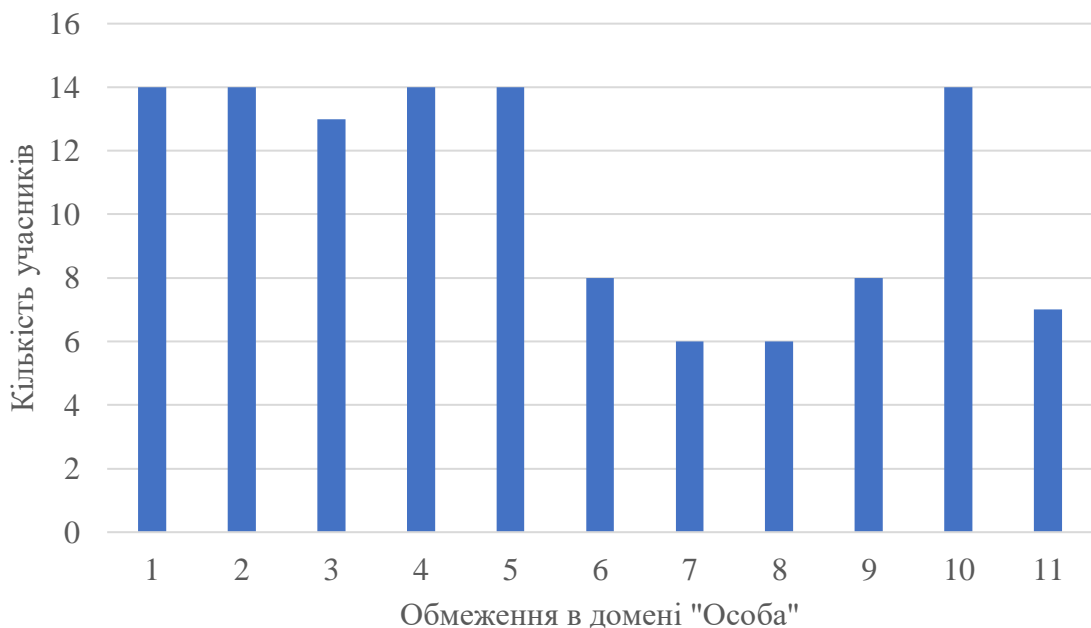


Рисунок 3.2 – Вплив ожиріння на учасників дослідження (домен «особа» моделі РЕО): 1 – біль, 2 - зниження толерантності до перенесення фізичних навантажень, 3 - втома, 4 - знижена самооцінка, 5 - незадоволення образом власного тіла, 6 - порушення харчової поведінки, 7 - відчуття втрати контролю над власним життям, 8 - страх не виправдати очікування інших щодо себе, 9 - зниження мотивації, 10 - відчуття соціальної ізоляції, 11 - симптоми тривожності та депресії.

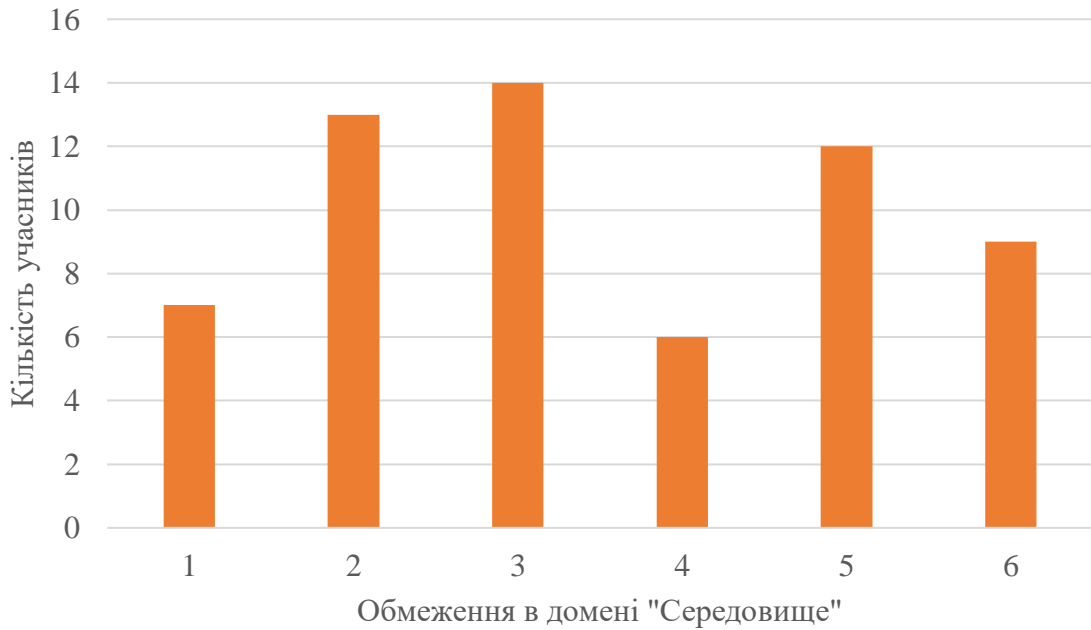


Рисунок 3.3 – Вплив ожиріння на учасників дослідження (домен «середовище» моделі РЕО): 1 - недостатній рівень підтримки з боку друзів та рідних, 2-осуд та упереджене ставлення від оточуючих, 3 -упереджене ставлення з боку працівників сфери здоров'я, 4 - негативні коментарі у соцмережах, 5 - незручні сидіння в транспорті, - відсутність ліфтів/ незручні сходи у житлових та адміністративних будівлях.

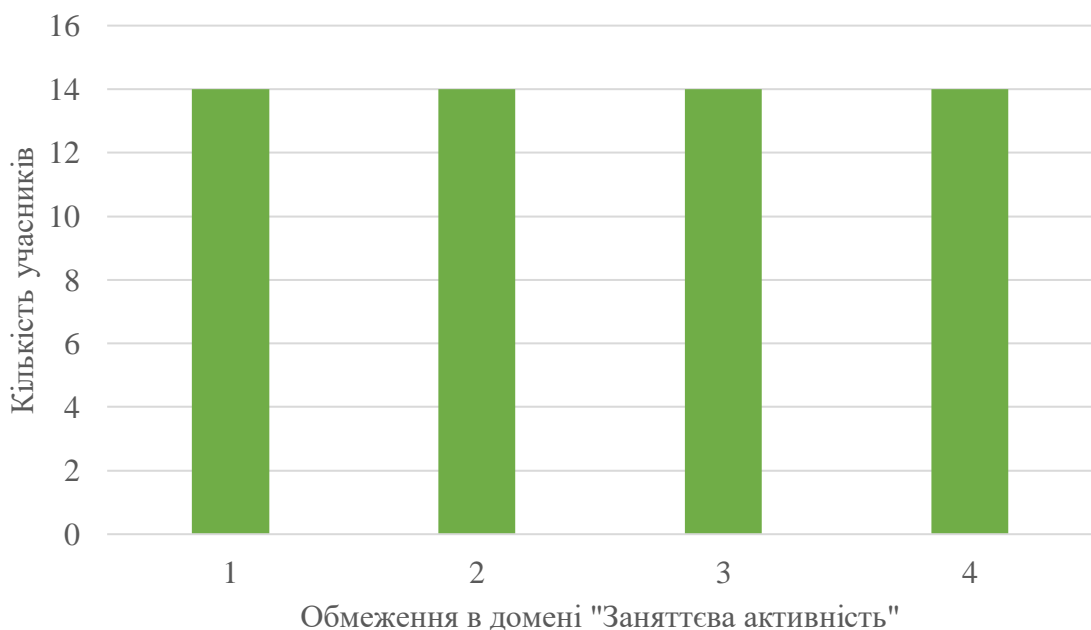


Рисунок 3.4 – Вплив ожиріння на учасників дослідження (домен «заняттєва активність» моделі РЕО): 1 - обмежена участь у бажаних видах дозвілля, 2 - уникання соціальних взаємодій, 3 - негативний вплив на романтичні стосунки та сексуальне життя, 4 - обмежена турбота про власне здоров'я.



### 3.2. Процес ерготерапії осіб із ожирінням: теоретико-методичне обґрунтування

**Загальні принципи.** Реабілітаційна допомога при ожирінні має ґрунтуватися на принципах лікування хронічних захворювань, заснованих на фактичних даних, повинна враховувати життєвий досвід пацієнтів, виходити за межі спрощених підходів на кшталт «їсти менше, рухатися більше» та усувати основні причини ожиріння.

Дуже важливою є поведінка ерготерапевта, який працює з людьми, що мають ожиріння. Як показують дані наукових досліджень, а також результати інтерв'ю пацієнтів на етапі попереднього квантитативного дослідження, люди з ожирінням часто стикаються зі стигматизуючою поведінкою з боку фахівців сфери охорони здоров'я, що знижує мотивацію до терапії. Для організації ефективної взаємодії між пацієнтом та ерготерапевтом керувались принципами, що викладені у Канадській клінічній настанові у вигляді «5 кроків успішного лікування ожиріння» (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2 – Принципи успішної взаємодії ерготерапевта та пацієнта з ожирінням

Крок	Зміст
Крок 1: Визнання ожиріння хронічним захворюванням	Ерготерапевт повинен визнавати ожиріння як хронічне захворювання, спричинене аномальним або надлишковим накопиченням жиру в організмі, що погіршує здоров'я та підвищує ризик передчасної захворюваності та смертності.  Ожиріння є складним і гетерогенним хронічним захворюванням, яке не проявляється однаково в усіх пацієнтів і потребує індивідуальної програми терапії та тривалої підтримки, як і будь-яке інше складне хронічне захворювання.

	<p>Ключем до зменшення упередженості щодо ваги, стигми та дискримінації в закладах охорони здоров'я є усвідомлення ерготерапевтом свого власного ставлення та поведінки щодо людей, які страждають на ожиріння.</p> <p>Ерготерапевти не повинні припускати, що всі пацієнти, які живуть з ожирінням, готові розпочати заходи зі зниження ваги. Потрібно запитати у пацієнта дозволу на обговорення проблеми ожиріння, і якщо пацієнт дозволить, можна почати обговорення терапії.</p>
Крок 2. Оцінка	<p>Ерготерапевт повинен сприяти цілісному підходу до здоров'я з акцентом на здорову поведінку пацієнтів і обережно вирішувати основні причини збільшення маси тіла, щоб уникнути стигматизації та надто спрощених рекомендацій.</p> <p>Основні причини ожиріння включають такі біологічні фактори, як: генетика, епігенетика, нейрогормональні механізми, супутні хронічні захворювання та прийом ліків, що викликають ожиріння, соціокультурні практики та вірування, соціальні детермінанти здоров'я, антропогенне середовище, особистий життєвий досвід, наприклад несприятливий досвід дитинства, та психологічні фактори, такі як настрій, тривожний розлад переїдання, синдром дефіциту уваги/гіперактивності, розлади самооцінки та ідентичності.</p> <p>Намагання зрозуміти контекст і культуру пацієнта, а також інтегрувати першопричини захворювання, дозволяє розробляти персоналізовані плани реабілітації.</p> <p>Рекомендується зібрати повний анамнез, щоб визначити основні причини збільшення ваги, а також фізичні, психічні та психосоціальні бар'єри. Фізичне обстеження, лабораторні</p>

	дослідження, діагностична візуалізація та інші дослідження повинні проводитися на основі клінічного мислення.
Крок 3: Обговорення варіантів терапії	<p>Дорослі пацієнти з ожирінням повинні отримувати індивідуальні плани терапії, які спрямовані на вирішення їхніх першопричин ожиріння та забезпечують підтримку зміни поведінки (наприклад, харчування, фізичної активності) та додаткову терапію за необхідності.</p> <p>Помірна втрата ваги, досягнута завдяки змінам у поведінці здоров'я, зазвичай становить 3–5% маси тіла, що може сприяти значному покращенню перебігу супутніх захворювань, пов'язаних із ожирінням.</p> <p>Слід пам'ятати, що рівень втрати ваги суттєво різниться в залежності від біологічних і психосоціальних факторів, а не просто від докладених індивідуальних зусиль з боку пацієнта. Досягти «ідеального» ІМТ може бути дуже важко. Вагу, на якій тіло стабілізується під час здорової поведінки, можна назвати «найкращою вагою»; це може бути не «ідеальна» вага за шкалою ІМТ.</p>
Крок 4: Узгодження цілей терапії	<p>Оскільки ожиріння є хронічним захворюванням, боротьба з ним у довгостроковій перспективі передбачає співпрацю між пацієнтом і ерготерапевтом.</p> <p>Ерготерапевти повинні говорити зі своїми пацієнтами та узгоджувати реалістичні очікування, план терапії, орієнтований на людину, і стійкі цілі щодо зміни поведінки та результатів для здоров'я.</p> <p>Для пом'якшення стигматизації ожиріння слід дотримуватись чіткого визнання багатьох детермінант розвитку ожиріння, зосереджуватись на поведінкових втручаннях для покращення загального стану здоров'я та</p>

	переосмислити успіх терапії як зміну поведінки на здорову, незалежно від розміру чи маси тіла
Крок 5: Подальші дії та адвокація	Необхідно виступати за більш ефективну допомогу людям, які живуть з ожирінням. Це включає навчання, освіту та самоосвіту постачальників медичних послуг, щоб вони могли надавати ефективну, засновану на фактичних даних допомогу при ожирінні. Співпрацюючи із іншими фахівцями сфери охорони здоров'я, ерготерапевтам слід проводити просвітницьку роботу щодо сучасних принципів терапії ожиріння та належної поведінки із пацієнтом.

Надаючи пацієнту рекомендації щодо зміни способу життя, ерготерапевту важливо усвідомлювати можливі складнощі щодо дотримання цих рекомендацій:

1. Вибір здорового способу життя – це не завжди легкий вибір
2. Соціально-економічний статус, культурні фактори та навколишнє середовище можуть стимулювати зміни поведінкових реакцій
3. Допомога пацієнту змінити спосіб життя вимагає від фахівця певного часу та зусиль для забезпечення підтримки та подальшого спостереження
4. Необхідно вивчати суперечливі почуття, які можуть відчувати пацієнти при зміні поведінкових реакцій, застосовувати рефлексії.

*Практичні поради з метою покращення дотримання рекомендацій щодо модифікації способу життя*

- Дослідити мотивацію пацієнта та визначити можливі складнощі. Зважити плюси та мінуси зміни способу життя, оцінити та розвивати ефективність та впевненість, уникати повернення до шкідливих звичок
- Запропонувати підтримку та співпрацю з пацієнтом та його/її сім'єю.
- Залучати партнера (друзів, родичів), іншого члена сім'ї або піклувальника які можуть вплинути на спосіб життя пацієнта

- Надавати індивідуальні поради кожному пацієнтові, враховуючи рівень культури, звички та ситуацію.
- Використовуйте SMART-формат для узгодження цілей терапії.
- Фіксувати будь-який прогрес та успіхи пацієнта.
- Забезпечити хорошу комунікацію, встановити візуальний контакт, демонструвати тепле відношення, чуйне та неупереджене ставлення.
- Надавати чіткі та прості інструкції в письмовій формі, яка б легко читалась пацієнтом.
- Розмовляти повільно, простою мовою та уникати медичних термінів при наданні рекомендації.
- Обмежити кількість інструкцій до трьох ключових положень за один раз.
- Використовувати зворотній зв'язок для підтвердження порозуміння, наприклад : «я хочу переконатись, що пояснив зрозуміло. Давайте розглянемо що ми обговорили. Які три важливих стратегії допоможуть знизити вашу масу тіла?»
- Використовувати додаткові матеріали: зображення, відео, аудіо джерела для покращення ефективності.
- Розвивати самоефективність та впевненість, спираючись на теорію соціального навчання

**Процес ерготерапії**, відповідно до загальноприйнятих рекомендацій, розпочинали з ерготерапевтичної оцінки.

В якості відправної системи використовували модель РЕО. Використовуючи стандартизовані та нестандартизовані методи, проводили оцінку інтересів, цінностей та потреб пацієнта, його мотивацію та готовність до змін, переконання пацієнта щодо ожиріння та методів його лікування, наявність симптомів депресії та тривожності, розладів харчової поведінки. Оцінювали фактори середовища (соціального, фізичного, економічного); а також звички, ритуали, виконавчі моделі та вимоги заняття (рис. 3.5).



Рисунок 3.5 – Оцінювання пацієнта із ожиріння згідно з моделлю PEO

На основі проведеної оцінки спільно із пацієнтом встановлювали індивідуальні цілі втручання. Ерготерапія була частиною загальної програми схуднення, метою якої було зниження маси тіла на 5-10% від початкової протягом 3 місяців. Проте зниження маси тіла не було основною ціллю ерготерапевтичного втручання.

Цілі ерготерапії були зосереджені на:

- 1) можливості виконання бажаних занять, які цікавили та мотивували пацієнтів, наприклад, можливість вдягнути бажаний одяг, взяти участь у фотосесії, відвідати клуб сальси чи парк розваг тощо;
- 2) зниженні рівня стресу, симптомів тривожності, депресії;
- 3) наданні пацієнтові ефективного інструменту для протидії стресу у майбутньому;
- 4) досягненні контролю харчової поведінки;

5) підвищенні самооцінки та впевненості пацієнта у власних силах долати труднощі та вирішувати проблеми;

б) загальному зміщенню акцентів у цілях програми схуднення – відхід від бажання досягти певної цифри на вагах до бажання бути більш здоровим, активним, впевненим у собі.

**Стратегії та техніки ерготерапії.** Добір ерготерапевтичних втручань здійснювали, ґрунтуючись на принципах практики, заснованої на доказах. Враховуючи результати попередніх досліджень, було обрано стратегію навчання пацієнтів та методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), включаючи техніки самоусвідомлення («mindfulness»).

Навчання проводили протягом ерготерапевтичних сесій. Пацієнтів навчали, як можна змінити звички та розпорядок дня, щоб досягти цілей, пов'язаних зі здоров'ям та зниженням маси тіла. Пацієнти часто були дезінформовані великою кількістю суперечливої інформації про дієти та способи зниження маси тіла, що циркулює в соціальних мережах, рекламі, ЗМІ тощо. Навчання включало основну науково обґрунтовану інформацію про харчування і технології приготування їжі, адаптовані до рівня знань пацієнта, культурних особливостей, та уподобань, про режим здорового харчування, фізичної активності, тайм-менджмент, управління стресом, гігієну сну та можливі очікування щодо процесу зниження маси тіла. Через високу поширеність модних дієт та дезінформації про можливу швидку втрату маси тіла, яка може бути шкідливою, приділяли окрему увагу роз'ясненню пацієнтам, якими насправді є здорові очікування щодо зниження маси тіла (приблизно 300-600 г на тиждень).

Навчання поведінковим змінами проводили у прив'язці до значущих занять пацієнта. Наприклад: збільшення щоденної рухової активності за рахунок модифікації повсякденних занять (ходити за покупками не до найближчого маркету, а того, що розташований трохи далі від дому; змінити маршрут виходу собаки та збільшити час виходу домашнього улюбленця; змінити маршрут додому, заходячи по дорозі в парк; при роботі з дому – запланувати паузи для приємної фізичної активності, наприклад, танці під улюблену музику,

прогулянка на вулиці, щоб «подихати повітрям», «випити кави» тощо). Проводили майстер-класи з приготування збалансованого сніданку, обіду, вечері із роз'ясненням користі використаних харчових продуктів, різниці в калорійності, залежно від способу термічної обробки, соусів для заправки тощо.

Використовували наступні методи КПТ:

1. Самоконтроль. Самоконтроль передбачає запис типу та кількості споживаних продуктів і напоїв, їхньої калорійності, а також фіксацію збільшення ваги. Самоконтроль допомагає пацієнтам визначити свої схеми харчування (включаючи час і місце, пов'язані зі споживанням), а також допомагає пацієнтам вибрати цілі для зменшення споживання калорій. Учасники дослідження використовували застосунок для смартфона «Таблиці калорійності». Також, за можливості та бажання пацієнта, заохочували використання фітнес-браслетів.

2. Постановка цілей. Постановка цілей допомагає пацієнтам досягати об'єктивних, вимірюваних змін в харчуванні, активності та пов'язаній поведінці. Керувалися встановленням конкретних цілей щодо споживання калорій, хвилин фізичної активності та частоти самоконтролю.

3. Вирішення проблем. Метод вирішення проблем вчить пацієнтів аналізувати труднощі, з якими вони стикаються, дотримуючись приписів щодо дієти та активності. Пацієнтів вчили визначати ряд можливих рішень проблеми, вибрати найбільш перспективне з них і втілювати його в життя. Вони вчили визначати когнітивні викривлення (наприклад: «Я ніколи не зможу схуднути, тому що я з'їв той десерт») і замінювати їх раціональними твердженнями (наприклад: «сто п'ятдесят кілокалорій тістечка не зниженню моєї ваги, особливо якщо я погуляю після обіду»).

*Техніки «самоусвідомлення»* були включені до програми втручання, оскільки більшість пацієнтів переживали підвищений рівень психічного стресу, мали симптоми тривожності та депресії, а також повідомляли про розлади харчової поведінки.



Для зниження рівню стресу та тривожності використовували техніки «заземлення» та «усвідомленого дихання». Для боротьби із розладами харчової поведінки – техніку «усвідомленого харчування».

*Усвідомлене дихання.* Стрес, гнів і тривожність можуть погіршувати не тільки стан здоров'я, але й здатність до мислення і уваги. Один із способів, що допомагає впоратися з цими складними емоціями — це практика «усвідомленості» («mindfulness»), здатність зосередити всю увагу на думках, відчуттях та почуттях в даний момент, не оцінюючи ці думки та почуття як хороші чи погані. Численні дослідження показують зв'язок між практикою усвідомленості та покращенням здоров'я, зниженням тривожності, підвищенням стійкості до стресу.

Основний метод розвитку так званою самоусвідомленості полягає в тому, щоб зосередити увагу на власному диханні – практика, що називається «усвідомленим диханням». Практикуючи усвідомлене дихання, можна навчитися зосереджувати увагу на диханні під час повсякденної діяльності — важлива навичка, яка допомагає справлятися зі стресом, тривогою та негативними емоціями, заспокоювати спалахи емоцій та покращити навички концентрації.

Усвідомлене дихання – це одна з практик, включена до програми зменшення стресу на основі усвідомленості (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR). Дослідження показують, що MBSR має позитивний вплив на психічне здоров'я різних груп населення.

Рекомендована частота занять – 5 хвилин щодня протягом принаймні тижня (хоча існують докази на користь того, що навички усвідомленості покращуються тим більше, чим більше їх практикувати).

Найпростіший спосіб усвідомленого дихання — зосередити свою увагу на диханні, вдиху та видиху. Це можна робити стоячи, але в ідеалі потрібно сидіти або навіть лежати в зручному положенні. Очі можуть бути відкритими чи закритими. Може бути корисним виконувати цю вправу у спеціально відведений для цього час, але так само може бути корисним виконувати її тоді, коли

відчувається особливий стрес або тривога. Фахівці вважають, що регулярна практика усвідомленого дихання сприяє легшому її застосуванню в складних ситуаціях.

Іноді, особливо коли людина намагається заспокоїтися в стресовий момент, може допомогти поглиблене дихання: глибокий вдих через ніс (3 секунди), затримка дихання (2 секунди) і довгий видих через рот (4 секунди). Інший спосіб: спостерігати за кожним вдихом, не намагаючись його коригувати – в цьому може допомогти зосередження на підйомі та опусканні грудної клітки або на відчуттях в ніздрях. Під час цієї практики можна помітити, що розум ніби блукає, відволікаючись на думки чи тілесні відчуття. Це нормально. Потрібно лише спробувати обережно повернути свою увагу до дихання.

*Техніка «заземлення»* – це набір простих стратегій, які можуть допомогти позбутися емоційного болю (наприклад, тривоги, гніву, смутку, самопошкодження). По суті, це спосіб відволіктися, зосередившись на чомусь іншому, змістивши фокус зі складних емоцій. Також можна сприймати техніку заземлення як центрування, відволікання, створення «безпечного місця» або здорового відсторонення.

Хоча заземлення не вирішує проблему, яка є причиною неприємних емоцій, ця техніка надає тимчасовий спосіб отримати контроль над своїми почуттями та запобігти їхньому погіршенню. Заземлення дає можливість зосередитись, заспокоїтися та дозволяє врешті-решт повернутися до проблеми, яка викликає неприємні емоції, та вирішити її. Заземлення можна робити будь-коли, будь-де і так, що цього ніхто не помітить.

Способи заземлення. Існує три види заземлення. Пацієнт може виявити, що один із цих способів підходить йому краще, ніж інші, або що кожен із них є помічним.

1. Психічне заземлення (зосередження розуму)
2. Фізичне заземлення (зосередження почуттів)
3. Заспокійливе заземлення (дуже доброзичлива та утішна розмова із самим собою)

### Психічне заземлення:

1. Детально описати навколишнє середовище, використовуючи всі органи чуття – наприклад: «Стіни білі, поруч стоїть п'ять синіх стільців, біля стіни знаходиться дерев'яна книжкова полиця...». Описувати предмети, звуки, текстури, кольори, запахи, форми, числа та температуру.

2. Пограти з собою в гру «категорії». Спробувати пригадати на кожну літеру алфавіту породи собак, прізвища відомих людей, музикантів, письменників, марки машин, назви телепередач, пісень, міст, видів спорту тощо.

3. Докладно описати повсякденну діяльність. Наприклад, описати страву, яку зазвичай готуєте (наприклад: «Спочатку я чищу картоплю та ріжу її на четвертинки; потім кип'ячу воду, потім роблю трав'яний маринад з орегано, базиліка, часнику та оливкової олії...»)

4. Підключити уяву. Подумки створити приємний або втішний образ. Використовувати всі органи чуття, щоб зробити уявний образ максимально реалістичним, - ніби при перегляді відео.

5. Прочитати щось, промовляючи кожне слово про себе. Або прочитати кожне слово «задом наперед», щоб зосередитися на літерах, а не на значенні слів.

6. Використовувати гумор. Подумати про щось смішне, щоб підняти собі настрій.

7. Дуже повільно порахувати до 10 або проговорити алфавіт.

### Фізичне заземлення:

1. Потримати руки під прохолодною або теплою проточною водою.

2. Вхопитися за стілець якомога сильніше; зауважити власні відчуття.

3. Доторкнутися до різних предметів, які знаходяться навколо: ручки, одягу, столу, стін. Звернути увагу на текстури, кольори, вагу, температуру. Порівняти ці предмети на дотик.

4. Носити у кишені «заземлюючий предмет» – невеликий предмет (камінчик, кільце, шматочок тканини), до якого можна доторкатися щоразу, коли виникають неприємні емоції.

5. Звернути увагу на своє тіло: відчути вагу тіла в кріслі; поворушити пальцями ніг; відчути, як спина спирається на спинку стільця.

6. Потягнутися. Витягнути пальці, руки, ноги якомога далі; повільно й обережно зробити оберти головою.

7. Стиснути і розслабити кулаки.

8. Пострибати на місці.

9. З'їсти що-небудь смачненьке; зосередитись на тому, щоб повністю відчути їжу; описати її вигляд, аромат, текстуру, смак та деталізувати власні відчуття.

10. Зосередитися на власному диханні, звертаючи увагу на кожен вдих і видих. На кожному видиху проговорювати приємні для себе слова.

Заспокійливе заземлення:

1. Сказати собі щось приємне, так ніби розмова йде з другом чи маленькою дитиною – наприклад: «Ти хороша людина, яка переживає важкі часи. Ти зможеш пройти через це».

2. Подумати про улюблені речі. Згадати свій улюблений колір, тварину, пору року, їжу, час доби, телевізійне шоу.

3. Уявити близьких людей і подивитися на їхні фотографії.

4. Пригадати слова з надихаючої пісні, цитати чи вірша, які допомагають почуватися краще (наприклад, молитва про спокій).

5. Сказати собі, що зможете з цим впоратись: «Я можу це подолати», «Це відчуття пройде».

6. Запланувати якесь безпечне задоволення для себе, наприклад: теплу ванну при свічках, чашку ароматного чаю.

7. Подумати про подію, якої з нетерпінням чекаєте наступного тижня – можливо, зустріч із другом/подругою, відвідування кінотеатру чи в похід в гори.

*Усвідомлене харчування* — це техніка усвідомлення їжі та напоїв, які споживає людина. Техніка передбачає спостереження за тим, які відчуття викликає їжа, аналіз сигналів, які надсилає тіло про смак, задоволення та ситість. Усвідомлене харчування вимагає просто визнавати та приймати власні думки та

тілесні відчуття, без їхнього засудження. Процес усвідомлення може поширюватися на процес купівлі, приготування та подачі їжі, а також її споживання.

В умовах сучасного ритму життя для багатьох людей прийоми їжі проходять поспіхом: в транспорті, по дорозі на роботу чи навчання, за столом перед екраном комп'ютера або на дивані перед телевізором. Під час такого споживання їжі людина не усвідомлює відчуття насиченості. Дуже часто причиною споживання їжі є не фізичний голод, а задоволення емоційних потреб, бажання зняти стрес або впоратися з такими неприємними емоціями, як смуток, тривога, самотність або нудьга. Усвідомлене харчування є протилежністю такого нездорового «бездумного» харчування.

Усвідомлене харчування не означає слідування принципам ідеального раціону харчування, стовідсоткове дотримання всіх принципів здорового харчування чи встановлення суворих правил щодо споживання кількості калорій. Техніка полягає в тому, щоб навчитися зосереджувати всі відчуття та тренувати самоусвідомлення під час купівлі, приготування та споживання їжі.

Техніка може допомогти уникнути переїдання, полегшити зміну харчових звичок на краще та покращити самопочуття.

Техніка полягає в тому, щоб звертати якомога пильну увагу на своє самопочуття під час їжі — відчувати текстуру та смак кожного ковтка, аналізувати сигнали тіла про голод і ситість, те, як різні продукти впливають на енергію та настрій. Уважність до їжі може сприяти кращому травленню, залишати насичення при меншій кількості спожитої їжі та сприяти кращому вибору продуктів харчування. Техніка також може допомогти позбутися шкідливих звичок, пов'язаних із їжею.

Уважне харчування може допомогти:

- Уповільнити темп і відпочити від суєти дня, знімаючи стрес і тривогу;
- Переглянути та змінити своє ставлення до їжі, допомагаючи помітити, випадки, коли прийом їжі пов'язаний з іншими причинами, ніж голод.
- Отримувати більше задоволення від їжі, повніше оцінювати страви.

- Робити більш здоровий вибір страв та продуктів, зосереджуючись на тому, які відчуття викликає кожен тип їжі після його вживання.
- Покращити травлення.
- Швидше відчувати ситість і споживати менше їжі.

Щоб практикувати усвідомлене харчування слід брати участь у діяльності з повною усвідомленістю. У випадку усвідомленого харчування важливо їсти з усією увагою, а не під час читання, перегляду телефону, перегляду телевізора, мрій або складання планів на майбутнє. Якщо увага відволікається, слід обережно повернути її до їжі та її споживання.

Таблиця 3.3 – Порівняння бездумного та усвідомленого харчування

Бездумне харчування	Усвідомлене харчування:
Харчування «на автопілоті» або під час виконання декількох завдань (водіння, робота, читання, перегляд телевізора тощо)	Вся увага зосереджена на споживанні їжі та відчуттях, що виникають в процесі
Харчування, щоб заповнити емоційну порожнечу (наприклад, через стрес, самотність, сум або нудьгу)	Харчування тільки для того, щоб втамувати фізичний голод
Вживання шкідливої їжі	Споживання здорової їжі та закусок
Вживання їжі якомога швидше	Їсти повільно, смакуючи кожен шматочок
Вживання їжі, поки вся їжа не закінчиться, ігноруючи сигнали тіла про ситість	Прислухатися до сигналів тіла та їсти лише до тих пір, поки не настане насичення

Учасників групи втручання навчали технікам майндфулнес на сесіях, також вони отримали роздаткові матеріали для практики технік самоусвідомлення самостійно.

### **3.3. Програма ерготерапевтичних втручань для груп учасників дослідження**

#### **Стандартна програма модифікації поведінки (для обох груп)**

Усі учасники дослідження, незалежно від приналежності до групи, брали участь у поведінковому втручанні щодо зниження ваги, яке включало модифікацію раціону харчування та модифікацію рівня фізичної активності. Учасники відвідували заняття програми 1 раз на тиждень протягом 3 місяців. В період загострення епідемії COVID-19 заняття проводили online за допомогою відеоконференцій.

Програма модифікації поведінки включала розгляд тем, пов'язаних зі схудненням, згідно з двома основними навчальними блоками: фізична активність та харчова поведінка.

Рекомендації щодо фізичної активності для учасників дослідження полягали в тому, щоб займатися вправами помірної інтенсивності (60-75% від максимальної ЧСС) протягом 5 днів на тиждень. Учасники розпочинали програму тренувань зі 100 хвилин на тиждень, і поступово збільшували до 300 хв/тиждень, намагаючись мінімізувати ризик травми. Стандартною рекомендацією щодо виду вправ були заняття з ходьби або інші аеробні вправи з відповідними параметрами (за бажанням учасника), які учасники виконували самостійно, дотримуючись рекомендацій навчальної програми.

Учасники були проінструктовані заносити звіти щодо виконання вправ у застосунок «Таблиці калорійності» (включаючи тип вправ та тривалість заняття) та щотижня надавати звіти фахівцю.

Дієтичні рекомендації для учасників включали збалансований раціон харчування з редукованою калорійністю, з макроелементним складом приблизно 55 % вуглеводів, 20–25 % жирів і 10–25 % білків. Учасникам дослідження були надані консультації щодо того, як зменшити загальне споживання енергії приблизно до 1200–1800 калорій на день залежно від початкової маси тіла. Поради щодо дієти наголошували на необхідності збільшення споживання

овочів, квасолі, бобових, сочевиці, зерна, несолодких злаків і клітковини, підкреслювали користь від споживання морепродуктів, рекомендували уникати продуктів, що містять доданий цукор і тверді жири, а також споживання солодких і алкогольвмісних напоїв. Учасникам були надані зразкові плани харчування, меню та рецепти.

Учасників дослідження просили заносити звіти щодо щоденного раціону харчування в застосунку «Таблиці калорійності», який щотижня переглядав фахівець та надавав зворотний зв'язок.

### **Програма ерготерапевтичних втручань (для групи втручання)**

Програма для учасників групи втручання, окрім стандартних рекомендацій включала сесії з ерготерапевтом, які проводили 1 раз на тиждень. Ерготерапевтичні втручання інтегрували дві основні стратегії – освітню програму та стратегію зменшення стресу й емоціогенної харчової поведінки на основі технік самоусвідомлення (майндфулнес).

На основі проведеної ерготерапевтичної оцінки учасникам надавали індивідуалізовані рекомендації щодо методів подолання бар'єрів для схуднення, спільно з ерготерапевтом розробляли план змін поведінки, що будуть сприяти зниженню маси тіла.

Таблиця 3.4 - Приблизний план втручань з ерготерапії для учасників групи втручання

Тиждень	Сесія	Зміст
1	1	Первинна оцінка відповідно до моделі РЕО, обговорення цілей терапії
2	2	Встановлення застосунку «Таблиці калорійності». Навчання роботі із застосунком Правила самоконтролю та безпеки фізичної активності Техніка вимірювання та контролю маси тіла Майндфулнес: техніка заземлення
3	3	Майндфулнес: техніка усвідомленого дихання Аналіз звіту щодо раціону харчування та фізичної активності. Аналіз проблем та бар'єрів, поради щодо зміни поведінки



4	4	Майндфулнес: техніка усвідомленого харчування Аналіз звіту щодо раціону харчування та фізичної активності. Поради щодо зміни поведінки за необхідності
5	5	Майндфулнес: техніка усвідомленого харчування Розгляд сучасних технологій для обліку та контролю фізичної активності та енерговитрат: різні застосунки для смартфонів, фітнес-браслети, смарт-годинники тощо важливість самоконтролю
6	6	Майндфулнес: техніка усвідомленого харчування Міфи про програми схуднення та дієти Відповіді на питання
7	7	-Оцінка прогресу у досягненні цілей щодо ваги та фізичної активності шляхом перегляду даних самоконтролю Стратегії для покращення моніторингу, якщо це необхідно Визначення бар'єрів і проблем на шляху досягнення цілей, якщо це необхідно Вирішення проблем із втратою ваги та фізичною активністю, якщо це необхідно Уточнення цілей щодо: маси тіла, фізичного навантаження
8	8	Надання додаткових інструментів для зменшення споживання калорій: плани харчування, упаковані Навчання щодо визначення компонентного складу їжі та дотримання рекомендацій щодо пропорцій основних харчових речовин в раціоні Визначення індивідуальних стратегій для зменшення споживання жирів або калорій Майстер-клас з приготування збалансованого сніданку
9	9	Перевірка прогресу в досягненні цілей Перегляд плану фізичної активності Модель здорового харчування Техніка усвідомленого харчування
10	10	Перевірка прогресу в досягненні цілей Проблема харчування поза домом. Добір стратегій для вирішення проблеми Майстер-клас з приготування збалансованого обіду, який можна взяти з собою на роботу/навчання Поради щодо фізичної активності Причини порушень режиму активності та харчування
11	11	Перевірка прогресу в досягненні цілей Способи підтримувати мотивацію до змін Проблемні та позитивні сигнали Техніка усвідомленого дихання

12	12	Перевірка прогресу в досягненні цілей Огляд успіхів за попередні тижні Стратегія довготривалого успіху Обговорення наступних цілей терапії
----	----	---

### 3.4. Оцінка ефективності ерготерапевтичних заходів у лікуванні ожиріння та обговорення отриманих результатів

Було проведено аналіз антропометричних показників учасників дослідження (табл. 3.5). Як видно, учасники обох груп протягом 4 місяців досягли статистично значущого зниження маси тіла та ІМТ (різниця між групами не статистично значуща).

Таблиця 3.5 – Динаміка антропометричних показників в учасників дослідження

Показник	Група втручання		Група контролю	
	До втручання	Після втручання	До втручання	Після втручання
Маса тіла, кг	90,7 (2,9)	86,7 (2,9) *	93,2 (2,8)	89,5 (2,8) *
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	32,0 (0,8)	30,5 (0,8)*	33,0 (0,8)	31,6 (0,8)*

Примітка. \* - Різниця між показниками «до втручання» та «після втручання» статистично значуща при  $p < 0,05$ .

Різниця між початковою та досягнутою вагою становила в середньому 9%, тобто ціль загальної програми терапії була досягнута.

Однак, зниження маси тіла та ІМТ не було основним критерієм ефективності ерготерапевтичних втручань. Основні критерії включали зниження симптомів тривожності та депресії, зміни харчової поведінки та зміни поведінки, пов'язаної із фізичною активністю. На рисунку 3.6 представлені дані щодо динаміки симптомів тривожності в учасників дослідження, які оцінювали за допомогою опитувальника 7-item Generalized Anxiety Disorder. Нижчий результат оцінки вказує на менші симптоми тривожності. В групі втручання

спостерігали більш виразну позитивну динаміку щодо зменшення симптоматики тривожності у пацієнтів із ожирінням.

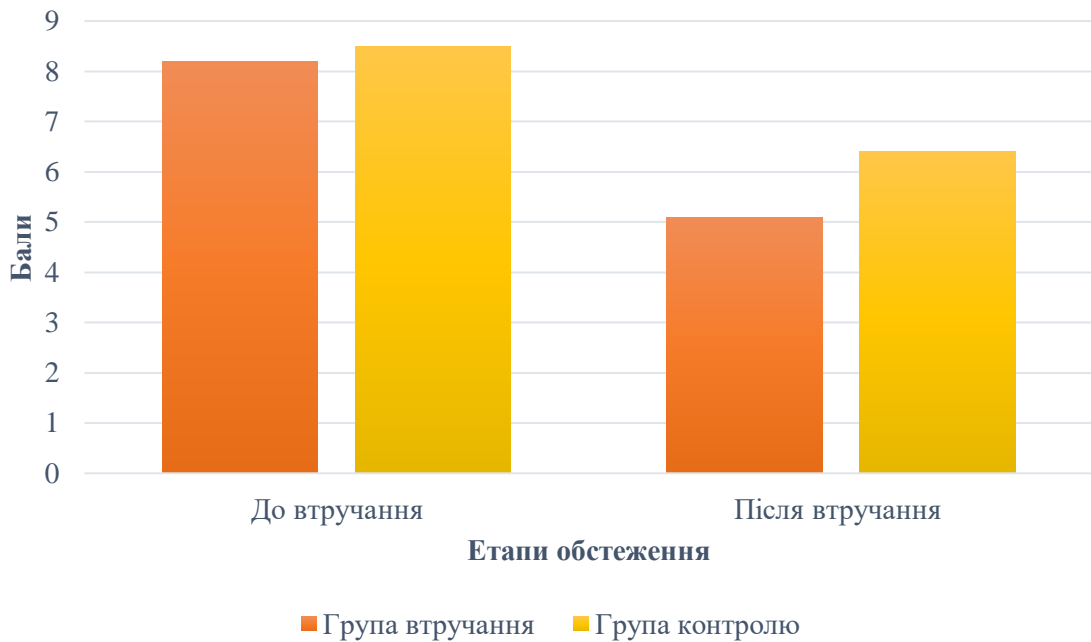


Рисунок 3.6. - Динаміка симптомів тривожності в учасників дослідження

Так само, повторна оцінка симптомів депресії показала суттєво кращу динаміку у групі втручання, порівняно з групою контролю (рис. 3.7).

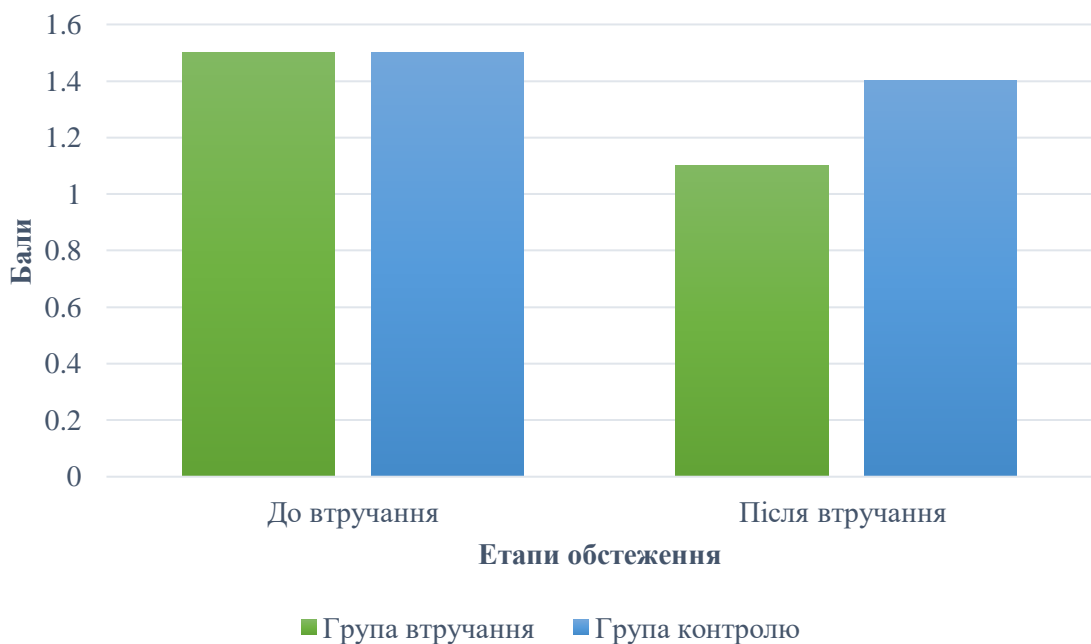


Рисунок 3.7 -Динаміка симптомів депресії в учасників дослідження

Це свідчить, що використані стратегії ерготерапії, зокрема практики майндфулнес, мали позитивний вплив на психоемоційний стан пацієнтів із ожирінням, що є дуже важливим в перспективі для утримання досягнутих результатів у зниженні маси тіла та профілактиці рецидивів.

За допомогою аналізу самозвітів пацієнтів про споживання витрати енергії із використанням застосунку «Таблиці калорійності», було встановлено, що в обох групах дослідження були збільшенні енерговитрати та зменшено споживання енергії (рис. 3.8 - 3.9), що свідчить про ефективність програми поведінкових втручань для корекції рухової активності та раціону харчування.

Щодо оцінки харчової поведінки, згідно з результатами динамічного спостереження, у пацієнтів групи втручання зменшились прояви емоціогенного та екстернального типу харчової поведінки, натомість збільшились прояви обмежувального типу. Тоді як в групі контролю статистично значущих змін у типі харчової поведінки не відбулося (табл. 3.6).

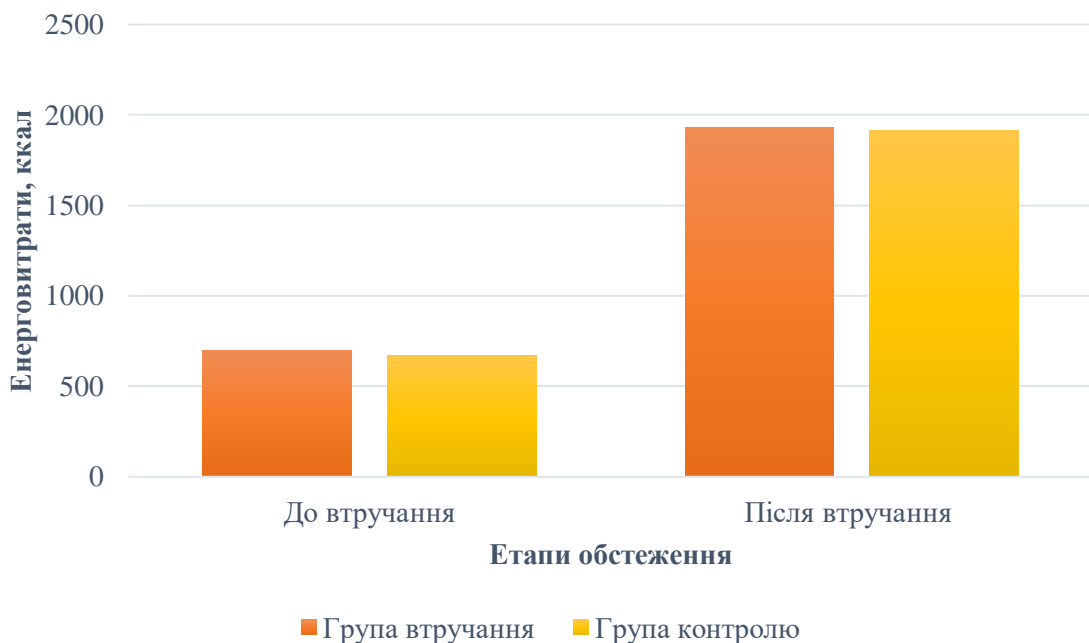


Рисунок 3.8 - Динаміка енерговитрат в учасників дослідження

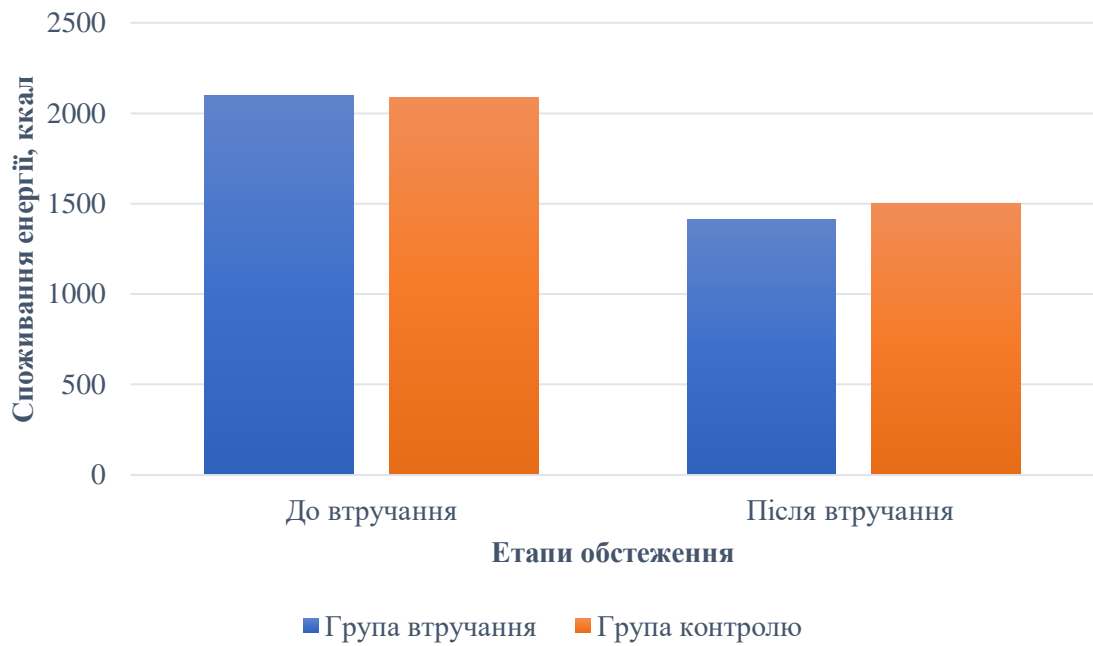


Рисунок 3.9 - Динаміка споживання енергії в учасників дослідження

Таблиця 3.6 – Зміни харчової поведінки пацієнтів згідно з результатами оцінки за допомогою опитувальника DEBQ

Показник	Група втручання		Група контролю	
	До втручання	Після втручання	До втручання	Після втручання
Емоціогенний тип харчової поведінки	27,9 ± 9,4	24,4 ± 5,1*	20,0 ± 7,1	18,2 ± 4,6
Екстернальний тип харчової поведінки	29,1 ± 4,9	26,2 ± 6,1*	25,5 ± 5,6	23,3 ± 3,9
Обмежувальний тип харчової поведінки	28,7 ± 6,5	31,7 ± 5,4*	28,9 ± 7,6	27,7 ± 2,5

Примітка. \* - Різниця між показником «до втручання» та «після втручання» статистично значуща при  $p < 0,05$ .

Це може свідчити про ефективність технік КПТ, зокрема усвідомленого споживання їжі для корекції емоціогенного та екстернального типів харчової

поведінки, що може сприяти профілактиці епізодів компульсивного переїдання, на які скаржилися учасники дослідження.

Оцінка якості життя пацієнтів показала покращення якості життя в обох групах з деяким переважанням позитивної динаміки в групі втручання, особливо в доменах соціальних відносин, відношення до оточення, та особистісних факторів (рис. 3.10-3.11).

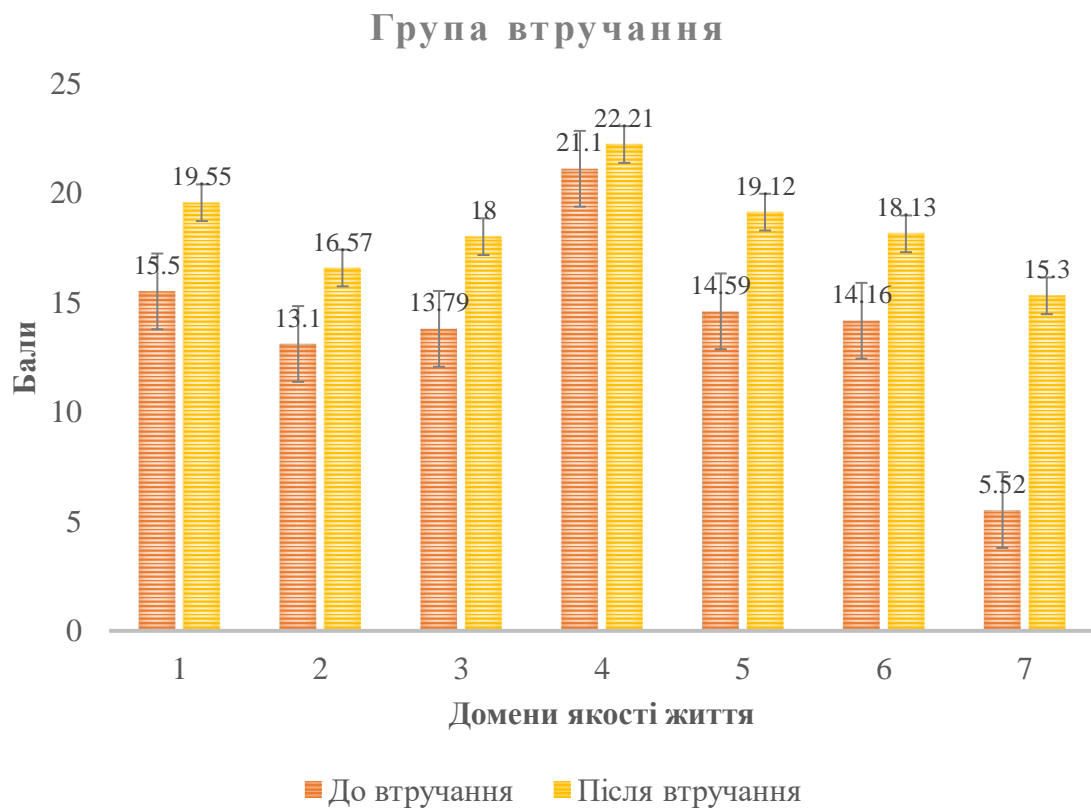


Рис. 3.10 – Динаміка якості життя у пацієнтів групи втручання:

1 – стан здоров'я, 2 – фізичне благополуччя, 3 – фізіологічне благополуччя, 4 – рівень незалежності, 5 – соціальні відносини, 6 – відношення до оточення, 7 – особистісні фактори.

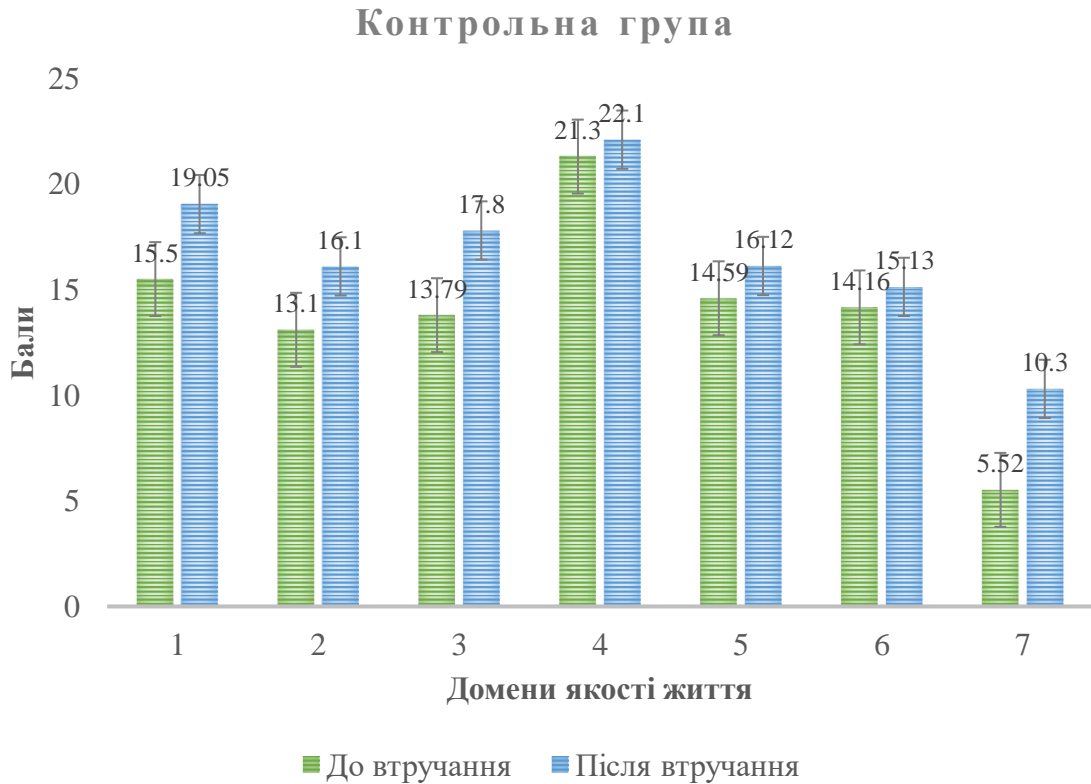


Рис. 3.11– Динаміка якості життя у пацієнтів контрольної групи:

1 – стан здоров'я, 2 – фізичне благополуччя, 3 – фізіологічне благополуччя, 4 – рівень незалежності, 5 – соціальні відносини, 6 – відношення до оточення, 7 – особистісні фактори.

Таким чином, ерготерапевтичні втручання у комплексній програмі терапії ожиріння сприяли здебільшого позитивним змінам у психоемоційній сфері пацієнтів, що відобразилось на покращенні якості життя пацієнтів та може відігравати позитивну роль в подальшому для профілактики рецидивів набору ваги.

## ВИСНОВКИ

1. В останні роки особливої актуальності набуває проблема надлишкової маси тіла та ожиріння у зв'язку зі збільшеністю розповсюдженості даних порушень, їхніми небезпечними потенційними наслідками для здоров'я, підвищеною ймовірністю передчасної смерті та інвалідності. Ерготерапія ідеально підходить для проведення заходів зі зміни способу життя для терапії ожиріння у дорослих, включаючи заходи первинної, вторинної та третинної профілактики. Клієнт-центрований підхід ерготерапії є особливо цінним для лікування хронічної рецидивуючої патології, якою є ожиріння.

2. Було проведено якісне дослідження з оцінки впливу ожиріння на заняттєву активність учасників дослідження. Було встановлено, що пацієнтів із ожирінням I ступеня відчували зниження фізичної функції, зниження здатності виконувати повсякденні дії, підвищену втомлюваність, соціальну ізоляцію і психічний стрес.

3. На основі даних аналізу літератури та попереднього якісного дослідження було обґрунтовано принципи застосування ерготерапії в осіб із ожирінням. Відповідно до цих принципів було розроблено та реалізовано на практиці програми ерготерапевтичних втручань для учасників дослідження. Програми включали стратегії навчання та когнітивно-поведінкової терапії із використанням технік самоусвідомлення.

4. Результати повторної оцінки учасників дослідження показали, що ерготерапевтичні втручання у комплексній програмі терапії ожиріння сприяли здебільшого позитивним змінам у психоемоційній сфері пацієнтів, зокрема, зниженню симптомів тривожності та депресії, покращенню харчової поведінки, що відобразилось на покращенні якості життя пацієнтів та може відігравати позитивну роль в подальшому для профілактики рецидивів набору ваги.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закоморна ЯЮ. Застосування заходів ерготерапії при ожирінні. Міжгалузеві диспути: динаміка та розвиток сучасних наукових досліджень: матеріали III Міжнародної наукової конференції, м. Хмельницький, 27 січня, 2023 р. Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023.С. 318-9.
2. Abdelmegeed M. The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): Are We Using the Correct language? *Journal of Neurology & Neurophysiology*. 2020; 10 (484):1–2.
3. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effect of Lifestyle Modification on Metabolic Control in Overweight Children. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2017: 1-12.
4. Prospective Studies Collaboration; Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009;373:1083-96
5. ABS. 4364.0 – National health survey: Summary of results, 2007–2008 (Reissue). Canberra:Commonwealth of Australia.2010.
6. AOTA. Obesity and occupational therapy (position paper). *American Journal of Occupational Therapy* NovemberDecember.2007; 61 (6): 701–3.
7. Bacon N, Farnworth L, Boyd R. The use of the WiiFit in forensic mental health: Exercise for people at risk of obesity. *The British Journal of Occupational Therapy*.2012. 75 (2), 61–68.
8. Bannerman E, Miller MD, Daniels LA, Cobiac L, Giles LC, Whitehead C. et al. Anthropometric indices predict physical function and mobility in older Australians: The Australian longitudinal study of aging. *Public Health Nutrition*.2002, 5 (5), 655–662.

9. Barras S. A systematic and critical review of the literature: The effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2005; 52: 326–336.
10. Biddle S, García Bengoechea E, Pedisic Z, et al. Screen Time, Other Sedentary Behaviours, and Obesity Risk in Adults: A Review of Reviews. *Curr Obes Rep*. 2017;6(2):134-47
11. Blanchard S. Variables associated with obesity among African-American women in Omaha. *American Journal of Occupational Therapy*. 2005. 63 (1), 58–68.
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3, 77–101.
13. Cahill SM, Suarez-Balcazar Y. Promoting children's nutrition and fitness in the urban context. *American Journal of Occupational Therapy* January/February. 2009; 63 (1), 113–116.
14. Cameron AJ, Dunstan DW, Owen N, Zimmet PZ, Barr ELM, Tonkin AM. et al. Health and mortality consequences of abdominal obesity: Evidence from the AusDiab study. *Medical Journal of Australia*. 2009; 191, 202–208.
15. Cameron AJ, Magliano DJ, Dunstan DW, Zimmet PZ, Hesketh K, Peeters A. et al. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: Evidence from the longitudinal AusDiab study. *International Journal of Obesity*. 2012; 36 (2), 295–303.
16. Chen H, Guo X. Obesity and functional disability in elderly Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008; 56 (4), 689–694.
17. Dwyer G, Baur L, Higgs J, Hardy L. Promoting children's health and well-being: Broadening the therapy perspective. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. 2009; 29 (1), 27–43.
18. European Guidelines for Obesity. Management in Adults. *Obes Facts* 2015;8:402–424
19. Forhan M, Law M. An evaluation of a workshop about obesity designed for occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2009. 76 (5), 351–358.

20. Forhan MA, Law MC, Vrkljan BH, Taylor V. The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2010. 77 (4), 210–218.
21. Forhan M, Law M, Vrkljan BH, Taylor VH. Participation profile of adults with class III obesity. *Occupation, Participation and Health*. 2011. 31 (3), 135–142.
22. Gill SV. Optimising motor adaptation in childhood obesity. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2011. 58 (5), 386–389.
23. Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2010. 5 (4), 282–304.
24. Heymsfield SB, Wadden TA. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med*. 2017;376(3):254-66
25. Jacobs , Zhu L, Dawes M, Franco J, Huggins A, Igari C. et al. Wii health: A preliminary study of the health and wellness benefits of Wii Fit on university students. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2011. 74 (6), 262–268.
26. Keating CL, Moodie ML, Swinburn BA. The health-related quality of life of overweight and obese adolescents - a study measuring body mass index and adolescent-reported perceptions. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2011. 6 (5–6), 434–441.
27. Ketteridge A, Boshoff K. Exploring the reasons why adolescents participate in physical activity and identifying strategies that facilitate their involvement in such activity. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2008. 55 (4), 273–282.
28. Knis-Matthews L, Richard L, Marquez L, Mevawala N. Implementation of occupational therapy services for an adolescent residence program. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2005; 21 (1), 57–72.
29. Law M, Stewart D, Letts I, Pollock N, Bosch J, Westmorland M. Critical review form: Qualitative Studies. Hamilton, Canada: McMaster University. 1998
30. Law M, Stewart D, Letts I, Pollock N, Bosch J, Westmorland M. Critical review form: Quantitative studies. Hamilton, Canada: McMaster University. 1998

31. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesarof PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*.2011; 73 (9), 1349–1356.
32. Lillis J, Levin ME, Hayes SC. Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology*.2011; 16 (5), 722–727.
33. Lloyd C, Sullivan D, Lucas N, King R. A fitness and lifestyle programme for people with psychotic disorders. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*.2003. 50(1), 18–22.
34. McMullan S, Chin R, Froude E, Imms C. Prospective study of the participation patterns of Grade 6 and Year 8 students in Victoria, Australia in activities outside of school. *Australian Occupational Therapy Journal*.2012; 59 (3), 197–208.
35. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009; 6 (6),e1000097.
36. Morris J, Koehn S, Happell B, Dwyer T, Moxham L. Implications of excess weight on mental wellbeing. *Australian Health Review*.2010; 34 (3), 368–374.
37. Munguba MC, Valdes MTM, Da Silva CAB. The application of an occupational therapy nutrition education programme for children who are obese. *Occupational Therapy International*.2008; 15 (1), 56–70.
38. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity. Canberra: Department of Health and Aging.2003.
39. NHMRC. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in children and adolescents. Canberra: Department of Health and Ageing. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2003. 75 (2), 100–105.
40. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 2020 August 4;192:E875-91. doi: 10.1503/cmaj.191707

41. Oude Luttikhuis H, Baur , Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP. et al. Interventions for treating obesity in children. 2009; Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD001872.
42. Parnell T, Wilding C. Where can an occupation-focussed philosophy take occupational therapy? *Australian Occupational Therapy Journal*.2010; 57 (5), 345–348.
43. Pettersson I, Pettersson V, Frisk M. ICF from an occupational therapy perspective in adult care: An integrative literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.2010; 19, 260–273.
44. Pont K, Ziviani J, Wadley D, Abbott R. The Model of Children's Active Travel (M-CAT): A conceptual framework for examining factors influencing children's active travel. *Australian Occupational Therapy Journal*.2011; 58 (3), 138–144.
45. Poulsen AA, Ziviani JM. Health enhancing physical activity: Factors influencing engagement patterns in children. *Australian Occupational Therapy Journal*.2004; 51 (2), 69–79.
46. Quick L, Harman S, Morgan S, Stagnitti K. Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings. *Australian Occupational Therapy Journal*.2010; 57, 95–101.
47. Sanderson K, Patton GC, McKercher C, Dwyer T, Venn AJ. Overweight and obesity in childhood and risk of mental disorder: A 20-year cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.2011. 45 (5), 384–392.
48. Scriven A, Atwal A. Occupational therapists as primary health promoters: Opportunities and barriers. *British Journal of Occupational Therapy*.2004; 67 (10), 424–429.
49. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.2004. 4. CD003817.
50. Stanley R, Boshoff K, Dollman J. The concurrent validity of the 3-day Physical Activity Recall questionnaire administered to female adolescents aged 12–14 years. *Australian Occupational Therapy Journal*.2007. 54 (4), 294–302.

51. Tchang BG, Saunders KH, Igel LI. Best Practices in the Management of Overweight and Obesity. *Med Clin North Am.* 2021 Jan;105(1):149-174. doi: 10.1016/j.mcna.2020.08.018. Epub 2020 Nov 7. PMID: 33246516.
52. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations.* 2008. 11 (4), 321–330.
53. Thomas Y, Gray M, McGinty S. A systematic review of occupational therapy interventions with homeless people. *Occupational Therapy in Health Care.* 2011. 25 (1), 38–53.
54. Torraco RJ. Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human Resource Development Review.* 2005; 4 (3), 356–367.
55. Vroman K, Cote S. Prejudicial attitudes toward clients who are obese: Measuring implicit attitudes of occupational therapy students. *Occupational Therapy in Health Care.* 2011; 25 (1), 77–90.
56. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y. et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011, 12, CD001871.
57. Wee CC, Huskey KW, Long HN, Fowler-Brown A, Leveille SG, Mittleman MA. et al. Obesity, race and risk for death or functional decline among Medicare beneficiaries. *Annals of Internal Medicine.* 2011. 154 (10), 645–655.
58. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing.* 2011. 52(5), 546–553.
59. WHO. Obesity and overweight. Retrieved 31. 2011. from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
60. Wilcock AA. Occupation for health. *British Journal of Occupational Therapy.* 1998. 61 (8), 340–345.
61. Wilcock AA. An occupational perspective of health (2nd ed.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
62. World Health Organisation. Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO.

63. World Health Organisation. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: Author. 2001.
64. Ziviani J, Kopeshe R, Wadley D. Children walking to school: Parent perceptions of environmental and psychosocial influences. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006. 53 (1), 27–34.
65. Ziviani J, Wadley D, Ward H, Macdonald D, Jenkins D, Rodger S. A place to play: Socioeconomic and spatial factors in children's physical activity. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2008. 55 (1), 2–11.
66. Ziviani J, Poulsen A, Hansen C. Movement skills proficiency and physical activity: A case for Engaging and Coaching for Health (EACH)–Child. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2009; 56 (4), 259–265.
67. Ziviani J, Desha LN, Poulsen AA, Whiteford G. Positioning occupational engagement in the prevention science agenda for childhood obesity. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2010. 57 (6), 439–441.