

6. Канут М. І. Використання низькочастотного ультразвуку та магнітолазерної терапії в реабілітації хворих на остеоартроз : автореф. дис. ... канд. мед. наук : [спец.] 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / М. І. Канут. – О., 2008. – 20 с.
7. Frey R. J. Osteoarthritis: Encyclopedia of Medicine [Електронний ресурс] / R. J. Frey – Access mode : http://findarticles.com/p/articles/mi_g2601/is_0009/ai_2601000993
8. Haq S. A Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world / S. A. Haq, F. Davatchi // International Journal of Rheumatic Diseases. – 2011. – № 12. – P. 122–129.
9. March L. M. Epidemiology of osteoarthritis in Australia / L. M. March, H. Bagga // Med. J. Australia. – 2004. – № 180. – P. 6–10.
10. Stinson J. An Internet-based Self-management Program with Telephone Support for Adolescents with Arthritis: A Pilot Randomized Controlled Trial / J. Stinson, P. McGrath, E. Hodnett // Rheumatol. – 2010. – № 37. – P. 1944–1952.
11. Vivienne Wu S. Effects of an osteoarthritis self-management programme / S.-F. Vivienne Wu, M.-J. Kao, M.-P. Wu // Journal of Advanced Nursing. – 2011. – № 67. – P. 1491–1501.
12. Yoshimura N. Association of Knee Osteoarthritis with the Accumulation of Metabolic Risk Factors Such as Overweight, Hypertension, Dyslipidemia, and Impaired Glucose Tolerance in Japanese Men and Women / N. YOSHIMURA, S. MURAKI // Rheumatol. – 2011. – № 38. – P. 921–930.

УДК 616-056.52-072.8:159.9.07

Аравицька М.Г.

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

ВСТАНОВЛЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ ФАКТОР РОЗРОБКИ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ОЖИРІННЯМ

Стаття присвячена встановленню особливостей харчової поведінки як визначального фактору розробки реабілітаційної програми хворих ожирінням I-III ступеня. За Голландським опитувальником харчової поведінки з'ясовано, що обмежувальний тип не є властивим для хворих ожирінням. Для них характерні екстернальний та емоціогенний типи, останній виразніше проявляється у жінок. Визначено, що першим етапом реабілітаційного втручання повинно бути визнання хворим наявності проблеми власного ожиріння та вироблення активного прагнення її подолання на основі виявленого типу харчової поведінки.

Ключові слова: ожиріння, типи харчової поведінки, реабілітація.

Аравицькая М.Г. Установление особенностей пищевого поведения как определяющий фактор разработки программы физической реабилитации больных ожирением. Статья посвящена установлению особенностей пищевого поведения как определяющего фактора разработки реабилитационной программы больных ожирением I-III степени. За результатами анкетирования при помощи Голландскому опроснику пищевого поведения определено, что ограничительный тип не является типичным для больных ожирением. Для них характерны экстернальный и эмоциогенный типы, последний особенно проявляется у женщин. Определено, что первым этапом реабилитационного вмешательства должно быть признание больными наличия проблемы собственного ожирения и выработки активного стремления ее преодоления на основе выявленного типа пищевого поведения.

Ключевые слова: ожирение, типы пищевого поведения, реабилитация.

***Aravitska M.G. Setting the features of eating behavior as a determinant of the development program of physical rehabilitation of obesity.** Obesity is one of the most common medical and social problems of modern society, plays a significant role in the formation of overall morbidity negative impact on overall health and reduces efficiency and quality of life, reproductive potential, therefore, requires new approaches to complex programs correction. The consumption of food is determined by feeding behavior, denoted value attitude to food and its reception system stereotypes, rituals and eating habits in everyday and stressful conditions, certain behavioral strategies focused on the formation and transformation of the image of his own body. The aim of the research was to determine the types of eating behavior in obese patients with varying degrees of severity depending on the sex. The work was based on interviews 114 second adulthood people with alimentary-constitutional obesity varying degrees. Obesity is classified by body mass index. Violation of eating behavior was determined by the Dutch eating behavior questionnaire. The results showed that restrictive type of obesity not a characteristic of patients with obesity. Conversely, when a high degree of obesity was characteristic decrease the number of control eating. Emotiogenic feeding behavior was observed in both gender groups more clearly, the greater was the degree of obesity, but women at all levels of obesity, it was statistically significantly higher relative rate of men ($p < 0.05$). External type of behavior was typical for both men and women, its expression also depended on the degree of obesity, but the difference between members of both sexes was not statistically significant ($p > 0.05$). Conclusions. Thus, in obese patients rehabilitation programs should be used not only various means and methods of physical rehabilitation, but also necessarily affect the etiologic agent overeating - psychological abuse eating behavior. The first stage of rehabilitation intervention must be active recognition and awareness of patients there is a problem of obesity and develop their own desire to overcome identified on the basis of the type of eating behavior.*

Key words: obesity, eating behavior types, rehabilitation.

Ожиріння є однією з найпоширеніших медико-соціальних проблем сучасного суспільства, відіграє значну роль в формуванні загальної захворюваності, негативно впливає на загальний стан здоров'я, знижує працездатність та якість життя, репродуктивний потенціал, отже, потребує нових підходів до розробки комплексних програм корекції. Згідно статистичних даних, в Україні серед чоловіків надлишкова маса тіла у 50,5%, серед жінок - у 56%, а ожиріння становить 16% у чоловіків, і 26% - у жінок [6]. Найпоширенішим видом первинного ожиріння є аліментарне, тобто основною причиною появи надлишкової жирової тканини і розвитку ожиріння є дисбаланс між надходженням енергетичних сполук в організм та їх витратами [4, с. 583-584; 10, с. 2-18]. Споживання їжі визначається харчовою поведінкою, що позначається як ціннісне ставлення до їжі та її прийому, система стереотипів, ритуалів і звичок харчування в повсякденних і стресових умовах, певні поведінкові стратегії, орієнтовані на формування і перетворення образу власного тіла. Цей тип поведінки визначається не тільки фізіологічною потребою, але й особистісними особливостями людини, специфікою її життєвого досвіду [1, с. 98-99; 2, с. 8-15]. Харчова потреба може виконувати різноманітні функції: розрядки психоемоційного напруження; чуттєвої насолоди; спілкування (перебування у колективі); самоствердження (уявлення про престижність їжі); підтримку певних ритуалів або звичок (релігійні, сімейні традиції); компенсації незадоволених потреб (у спілкуванні, батьківській турботі, тощо); нагороди чи заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетичної потреби, тощо [5, с. 19-21].

Апетит - один з факторів регуляції харчової поведінки, являє собою загальне почуття приємних емоційних відчуттів, пов'язаних з прагненням людини до прийому певної їжі. На відміну від голоду, апетит не залежить від збереження енергетичної рівноваги, може посилюватися або слабшати під впливом різних умовних подразників, проявляється як реакція на душевний дискомфорт. Апетитність конкретної їжі у великій мірі залежить від ставлення до неї [2, с. 10-15]. Згідно міжнародних класифікацій, розлади прийому їжі відносяться до поведінкових синдромів, пов'язаних з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами і включає нервову анорексію і нервову булімію [8, с. 516-520]. Розрізняють багато варіантів субклінічних проявів порушення вживання їжі: патологічний голод, часті «перекушування», самообмеження в харчуванні, компенсуючі переїдання, вуглеводнева спрага, передменструальна гіперфагія [5, с. 19-23].

Часто використовуваним зручним для визначення порушень харчової поведінки є поділ на емоціогенну, екстернальну й обмежувальну [1, с.89-100; 9, с. 380-385]. Екстернальна харчова поведінка пов'язана з підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: вид людини, яка споживає їжу, вітрина продуктового магазину, добре накритий стіл, тощо. При емоціогенному типі харчової поведінки стимулом до прийому їжі є не голод, а емоційний дискомфорт: людина їсть не тому, що голодна, а тому, що тривожна, роздратований, їй самотньо, тощо («заїдає» стрес). Обмежувальна харчова поведінка - це надлишкове харчове самообмеження і безсистемне дотримання надмірно суворої дієти. Такої дієти неможливо дотримуватися довгий час, тому їй на зміну приходять періоди вираженого переїдання. В результаті людина перебуває в постійному стресі - в період обмежень вона страждає від сильного голоду, а під час переїдання страждає від того, що знову набирає вагу, а всі зусилля були марними. Виражений емоційний дискомфорт при цьому призводить до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву ожиріння.

Корекція харчування є обов'язковим компонентом кожної програми реабілітації хворих ожирінням, адже тільки збільшенням фізичної активності неможливо скомпенсувати надмірний енергетичний калораж вживаної їжі. Крім того, гіпокалорійна дієта як короточасний метод зниження маси тіла також є неефективною, а в деяких випадках й може призвести до збільшення ваги після її завершення. Тому для таких людей потрібним є дотримання тривалого (найчастіше пожиттєвого) індивідуально адаптованого стилю харчування. Отже, для розробки індивідуальної комплексної програми реабілітації хворих ожирінням потрібно чітко визначити етіологію переїдання та його тип для відповідної зміни стилю харчування. Реабілітологи, які практично працюють з хворими, що звертаються з приводу ожиріння, часто не звертають увагу на психологічні передумови його виникнення. Проте знання цих змін і їх врахування, навіть фахівцями без спеціальної психологічної освіти, значно підвищують ефективність реабілітаційних втручань.

Метою роботи було визначення типів харчової поведінки у хворих ожирінням різного ступеня важкості в залежності від статі.

Організація дослідження. Робота базувалась на опитуванні 114 осіб другого зрілого віку з аліментарно-конституційним ожирінням (53 – I ступеня (28 жінок, 25 чоловіків), 36 – II ступеня (20 жінок, 16 чоловіків), 25 – III ступеня (14 жінок, 11 чоловіків)) – відповідно основні групи I, II, III (ОГІ, ОГІІ, ОГІІІ). Контрольну групу (КГ) склали 60 осіб без ознак ожиріння (14 жінок, 11 чоловіків). Середній вік обстежених з ожирінням складав $39,7 \pm 1,6$ років, контрольної групи – $41,1 \pm 2,3$ років. Ожиріння визначали за індексом маси тіла (Кетле). Якщо ІМТ становив $18,5-24,9$ кг/м², то це вважали нормальною масою тіла. Ожиріння I ступеня констатували при ІМТ $30,0-34,9$ кг/м²; II ступеня при ІМТ $35,0-39,9$ кг/м²; III ступеня – при ІМТ 40 кг/м² і більше. Початковим етапом розпитування була самооцінка хворими власної ваги з метою визначення наявності проблеми зайвої ваги у житті. Порушення харчової поведінки визначали за Голландським опитувальником харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ), який був створений для виявлення обмежувального, емоціогенного і екстернального типів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням. DEBQ складається з 33 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною системою. 10 питань характеризують шкалу емоціогенної харчової поведінки, 13 - шкалу екстернальної, 10 – шкалу обмежувального харчової поведінки. Кожне запитання оцінюється за п'ятибальною шкалою. Нормальними значеннями обмежувального, емоціогенного і екстернального харчової поведінки для людей з нормальною вагою складають 2,4, 1,8 і 2,7 бала відповідно [7].

Виклад основного матеріалу дослідження. Для пацієнтів, як звертаються до фахівців з метою корекції маси тіла, характерним є недооцінювання власної ваги та проблем, асоційованих із надлишковою масою тіла (таблиця 1). Особливо вираженою ця тенденція була виражена у чоловіків. В усіх досліджуваних групах чоловіків давали вищу, ніж жінки,

невизначену відповідь «Не знаю» як характеристику власної маси – в ОГІ – 17,24%, в ОГІІ – 20%, в ОГІІІ – 31,25%. Це можна розглядати як ознаку внутрішньої пасивності і небажання активно втручатися у проблемну ситуацію. В контрольній групі чоловіки також частіше, ніж жінки, оцінювали свою масу як недостатню (відповідно 13,79% та 6,43%), а при ожирінні I ступеня вважали свою вагу нормальною (40% проти 25%). При появі надлишкової жирової маси при всіх ступенях ожиріння чоловіки не визнавали його як патологію, а характеризували як надлишкову масу. Натомість жінки навіть з нормальною масу оцінювали її як збільшену, а при виникненні ожиріння об'єктивніше її оцінювали. Тому стратегія щодо корекції маси тіла у чоловіків з ожирінням повинна бути більш наполегливою, з використанням потужних індивідуальних факторів мотивації та методів стимуляції.

Таблиця 1

Самооцінка власної ваги хворими з ожирінням I-III ступеня за результатами анкетування

Самооцінка ваги (у % від кількості осіб відповідної статі у групі)	Контрольна група		Хворі з ожирінням					
			I ступеня		II ступеня		III ступеня	
	ч (n=29)	ж (n=31)	ч (n=25)	ж (n=28)	ч (n=16)	ж (n=20)	ч (n=11)	ж (n=14)
Недостатня	13,79	6,45	0	0	0	0	0	0
Нормальна	58,62	54,84	40,00	25,00	0	0	0	0
Надлишкова	10,34	22,58	28,00	35,71	18,75	5,00	27,27	0
Ожиріння	0	6,45	12,00	25,00	50,00	95,00	72,73	100
Не знаю	17,24	9,68	20,00	14,29	31,25	0	0	0

В цілому, найменша критичність у відношенні власної ваги була у хворих ожирінням I та II ступеня важкості, що говорить про недооцінювання власної ваги, відповідно, про відсутність проблеми, і, як наслідок, не здійснення реабілітаційного втручання. При визначенні типів харчової поведінки встановлено різницю типів у чоловіків і жінок (таблиця 2).

Результати дослідження показали, що обмежувальний тип ожиріння, який характеризує надмірне обмеження їжі та, як наслідок, надлишкове її споживання у майбутньому, не був характерним для хворих з ожирінням. Навпаки, при високому ступені ожирінням характерним було зниження контролю над кількістю споживання їжі. Виразнішими були результати виявлення емоційної та екстернальної поведінки (табл. 2). Емоційна харчова поведінка (слабко виражена здатність диференціювати відчуття голоду, насичення та емоцій - «заїдання неприємностей») спостерігалась в обох гендерних групах тим виразніше, чим більше був ступінь ожиріння, проте у жінок при всіх ступенях ожиріння вона була статистично достовірно більшою відносно показника чоловіків ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Характеристика типів харчової поведінки хворих ожирінням I-III ступеня за DEBQ

Типи харчової поведінки, бали	Контрольна група		Хворі з ожирінням					
			I ступеня		II ступеня		III ступеня	
	ч (n=29)	ж (n=31)	ч (n=25)	ж (n=28)	ч (n=16)	ж (n=20)	ч (n=11)	ж (n=14)
Обмежувальний	2,25± 0,07	2,31± 0,11	2,14± 0,12	2,82± 0,18	2,22± 0,11	2,68± 0,08	1,87± 0,07*	2,04± 0,15*
Емоційний	1,69± 0,12	1,72± 0,14	1,77± 0,10*	2,36± 0,27**	2,04± 0,42*	3,17± 0,23**	2,28± 0,37*	3,92± 0,46**
Екстернальний	2,59± 0,08	2,63± 0,10	2,98± 0,31*	3,08± 0,25*	3,21± 0,18*	3,34± 0,11*	3,42± 0,27*	3,53± 0,27*
Примітки:	* - статистично достовірно відносно відповідної КГ ($p < 0,05$); ** - статистично достовірно відносно відповідної групи чоловіків ($p < 0,05$)							

Екстернальний тип поведінки (гіперчутливість до харчових сигналів і, як наслідок, переїдання) був характерним як для чоловіків, так і для жінок, його вираженість також залежала від ступеня ожиріння, проте різниця між представниками обох статей була статистично недостовірною ($p > 0,05$). Враховуючи поширеність екстернального типу харчової поведінки у жінок, потрібно підвищувати ними самооцінку, наприклад, за допомогою аутотренінгу [3, с.305-309]. Крім того, думка про себе буде покращуватись в процесі покращення зовнішнього вигляду під впливом засобів фізичної реабілітації.

ВИСНОВКИ. Отже, у програмах реабілітації хворих ожирінням потрібно використовувати не тільки різноманітні засоби і методи фізичної реабілітації (масаж, кінезітерапію, дієтотерапію), але й обов'язково впливати на етіологічний фактор переїдання – психологічне порушення харчової поведінки. Наявність психологічних проблем у хворого реабілітолог, в першу чергу, повинен розуміти сам, проводити роз'яснюючі бесіди щодо причин і наслідків ожиріння, тобто першим етапом реабілітаційного втручання повинно бути активне визнання та усвідомлення хворим наявності проблеми власного ожиріння та вироблення прагнення її подолання на основі виявленого типу харчової поведінки.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ полягають у розробці програми комплексної реабілітації із використанням результатів виявлених порушень харчової поведінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т.Г. Вознесенская / Международный эндокринологический журнал. – 2007. – № 3 (9). – С. 98-101.
2. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2007. – 1030 с.
3. Шибанова В.І. Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування / В.І. Шибанова // Теоретичні і прикладні проблеми психології. - 2013. – № 3(32). – С. 303-310.

4. Amudson D.E. The obesity paradox / D.E. Amudson, S. Djirkovik, G.N. Matviyff // *Critical Care Clinics*. - 2010. - Vol. 26. - P. 583-586.
5. Braet C. Psychological profile to become and to stay obese / C. Braet // *International Journal of Obesity*. - 2005. - № 29. - P. 19-23.
6. Thompson-Brenner H. Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a Naturalistic sample / H. Thompson-Brenner // *The British Journal of Psychiatry*. - 2005. - № 186. - P. 516-524.
7. Van Strien T. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? / T. van Strien, C. P. Herman, M.W. Verheijden // *Appetite*. - 2008. - 52 (2). - P. 380-387.
8. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical report series / № 894. Geneva, 2000. 23 p.

Ареф'єва Л.П.

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

ФОРМУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТА В УМОВАХ ВИЩОГО ПЕДАГОГІЧНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

У статті зазначено, що перебудова системи вищої педагогічної освіти поставила перед вищими педагогічними навчальними закладами завдання підвищення ефективності професійної підготовки і формування фізичної культури особистості майбутнього вчителя, в основі якої лежить органічна єдність знань, переконань у їхньому практичному використанні й безпосередній фізкультурно-оздоровчій діяльності щодо їх реалізації. Фізична культура особистості студента відображає ту частину культури молодого людини, яка визначає міру розвитку фізичних сил, рухових навичок, а також стан її здоров'я.

Ключові слова: фізична культура особистості, студент, вищий педагогічний навчальний заклад.

Ареф'єва Л. П. Формирование физической культуры личности студента в условиях высшего педагогического учебного заведения. В статье отмечено, что реструктуризация системы высшего педагогического образования поставила перед высшими педагогическими учебными заведениями задачу повышения эффективности профессиональной подготовки и формирования физической культуры личности будущего учителя, в основе которой лежит органическое единство знаний, убеждений в их практическом использовании и непосредственной физкультурно-оздоровительной деятельности относительно их реализации. Физическая культура личности студента отображает ту часть культуры молодого человека, которая определяет меру развития физических сил, двигательных навыков, а также состояние его здоровья.

Ключевые слова: физическая культура личности, студент, высшее педагогическое учебное заведение.

Aref'eva L.P. The formation of physical training of the person of students in the higher educational establishments. The article pointed out that the restructuring of the system of higher pedagogical education has set higher educational establishments the task of increasing the effectiveness of training and formation of physical training of the person of the future teacher, which is based on the organic unity of knowledge, belief in their practical application and direct sports and recreational activities for their implementation. Physical education student's personality reflects the culture of the young man who determines the degree of physical strength, motor skills, as well as his state of health. Young people during this period, you must have certain physical training opportunities for hard work and active social and political activities. That is why physical education for them is the most important means of promoting health, natural, biological basis for the formation of personality, effective learning and work skills development. Physical education student's personality is a complex system of higher pedagogical education. All the elements in it are closely related, complementary and cause each other. Knowledge and intellectual abilities determine the outlook of the student's personality, the hierarchy of its assessments, values and results of operations; motifs characterize the orientation of the personality, stimulate and mobilize it to the manifestation of activity in physical education; value orientation express the totality of the individual attitude to physical culture in life, professional and creative activity. Needs are the main driving force behind actualizing individual student behavior in physical education. Physical perfection implies a level of health, physical development, psycho-physical and physical abilities of the individual student that form the foundation of its active, transformative, socially significant, sports and recreational activities and life in general. Social and spiritual values determine the general cultural development and the specific culture of the individual student. A physical well-being activity reflects the value orientation and needs, physical culture characterize the activity of the individual students of higher educational institutions.

Key words: physical culture of a person, a student of higher educational establishments.

Вступ. Фізична культура і спорт у навчально-виховному процесі вищого педагогічного навчального закладу виступають як засіб соціального становлення майбутніх учителів, активного розвитку їх індивідуальних і професійно значущих якостей. Наукові погляди на фізичну культуру особистості дозволяють конкретизувати дефініцію й структуру фізичної культури особистості як провідної в системі фізичного виховання студентів вищих педагогічних навчальних закладів. Питанням, пов'язаним з формуванням фізичної культури студентів, присвятили свої докторські дисертації вітчизняні науковці В.Л. Волков, Н.Н. Завидівська, Г.П. Грибан, С.І. Присяжнюк, С.О. Сичов та ін. Фізичне виховання