

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ

DOI: 10.26693/jmbs04.06.362

УДК 615.825:613.25

Аравіцька М. Г.

АНАЛІЗ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПОКРАЩЕННЯ КОМПЛАЄНСУ ХВОРИХ ОЖИРІННЯМ ЯК АСПЕКТ ВИЗНАЧЕННЯ ЦІЛЕЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

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

aravmed@i.ua

Незважаючи на доведену численними дослідження ефективність дієтотерапії та збільшення фізичної активності для зменшення маси тіла, відкритим залишається питання мотивації та рівня дотримання рекомендацій по виконанню розроблених реабілітаційних програм. Тому актуальною є проблема підвищення реабілітаційного комплаєнсу у пацієнтів з ожирінням.

Мета – аналіз причин низького реабілітаційного комплаєнсу та пошук шляхів його покращення у хворих з аліментарно-конституційним ожирінням в рамках визначення коротко- та довготермінових цілей реабілітації.

Проведено розпитування 288 осіб другого зрілого віку з аліментарно-екзогенним ожирінням I–III ступеня, діагностованого за індексом маси тіла. Учасники відповідали за запитання розробленої анкети для визначення причин низького комплаєнсу та можливих шляхів його корекції. Після річного періоду реабілітації проводилось ретроспективне визначення найефективніших методів підвищення рівня реабілітаційного комплаєнсу.

Найпоширенішими причинами низького комплаєнсу були: складність, важність запам'ятовування програм; відсутність різкого болю; відчуття голоду та втоми; важкість адаптації попередніх спроб схуднення до звичного стилю життя; неефективність попередніх спроб схуднення. Менш поширеними виявились відсутність підтримки з боку родини та оточуючих; витрачання великої кількості часу на програми; додаткове фінансове навантаження; недовіра до немедикаментозних методів лікування.

При з'ясуванні можливих методів покращення рівня реабілітаційного комплаєнсу пацієнти вказували на потребу додаткової інформації щодо перебігу, ускладнень та ризиків ожиріння та принципів і механізмів впливу реабілітаційних заходів; індивідуального підходу до конкретних умов життя, роботи, фінансових можливостей. Хворі потребували психологічної підтримки з боку реабілітолога та від членів родини та оточуючих осіб, могли би виконувати рекомендації заради покращення власного стану та, таким чином, вирішення своїх проблем (естетичних, особистих, кар'єрних, пов'язаних із станом здоров'я). При з'ясуванні можливої тривалості корекції маси тіла більшість пацієнтів оптимістично вважають річний період або час до досягнення цільової або бажаної ваги. Розуміння позитивного контролю стилю життя є у представників всіх груп, найбільше – при морбідній формі ожиріння.

При ретроспективному аналізі заходів для підвищення рівня комплаєнсу найефективнішими виявились частий особистий та постійний мобільний контроль з боку фізичного терапевта; естетичне покращення; покращення самопочуття; індивідуальний підхід до складання реабілітаційної програми з врахуванням особистих та фінансових факторів. Менш ефективними виявились ведення щоденників самоконтролю; психоемоційна підтримка; покращення особистих та сімейних стосунків.

Детальне розпитування з метою з'ясування причин низького комплаєнсу та методів його покращення дозволяє виявити індивідуальну мотивацію

пацієнта, визначити коротко- та довготермінові цілі реабілітації.

Ключові слова: ожиріння, комплаєнс, фізична терапія, реабілітація.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» і є фрагментом дослідження на тему: «Використання немедикаментозних засобів і природних факторів для покращення фізичного розвитку, функціональної і фізичної підготовленості організму», № державної реєстрації 0110U001671.

Вступ. Якість взаємин між фахівцем і пацієнтом в даний час визнано наріжним каменем сучасної галузі охорони здоров'я. Терапевтичний альянс, як показують численні дослідження, має прямий вплив на ефективність лікування і реабілітації, перш за все, за рахунок досягнення комплаєнсу [1, 2]. Термін «комплаєнс» (від англ. compliance – поступливість, піддатливість, поділ поглядів, прагнення відповідати) – це міра, що характеризує правильність виконання хворим рекомендацій лікаря (медикаментозних та немедикаментозних заходів) [3].

Ще з часів Авіценни відома формула досягнення ефективності лікувального процесу: «Нас трое: я, ти і хвороба. Якщо ти будеш на моєму боці, нам двом буде легше здолати її одну. Але якщо ти перейдеш на її бік, я один буду не в змозі здолати вас обох!». Незважаючи на досить високий рівень лікувально-реабілітаційних послуг сучасності, дана фраза залишається актуальною і нині.

Деякі автори використовують поняття та трактування результатів спілкування лікаря та пацієнта ширше – як «терапевтичне співробітництво» і «терапевтичний альянс», які описують не тільки правильність дотримання хворими призначень фахівця та їх згоду дотримуватися наданих рекомендацій, але й якість взаємини пацієнтів з системою медичної допомоги (наприклад, бажання відвідувати медичний заклад, ступінь довіри до лікаря, тощо) [3, 4].

Більшість авторів вважають комплаєнс поведінкою пацієнта зі знаком плюс (у випадку дотримання рекомендацій). Якщо пацієнт не виконує або не належним чином виконує призначення, говорять про нон-комплаєнс. Але є й інше бачення: наприклад, Urquhart et al. (2005) вважають, що комплаєнс – це процес від початку лікування до його завершення, який включає три фази: 1) згода пацієнта з планом лікування, 2) виконання плану призначень і 3) припинення лікування (неважливо, повністю виконаний план чи ні). На їхню думку, тоді легше оцінювати якість комплаєнсу, просто порівнявши реальний процес із рекомендованим лікарем [5].

Низька прихильність загрожує хворим підвищеним ризиком розвитку ускладнень і високою смертністю, а для суспільства – економічними втратами і поглибленням негативних демографічних тенденцій. Є відомості, що витрати на лікування хворих з високим рівнем прихильності в 2 рази менше, ніж для пацієнтів з низьким рівнем [3, 4]. При цьому, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно половина всіх пацієнтів з хронічними захворюваннями не виконують медичні рекомендації: щодо нових призначень – приблизно в 20% випадків, щодо повторних – в 85% [1].

Ожиріння на даний час розглядається як хронічне поліетіологічне захворювання, яке проявляється надлишковою кількістю жирової тканини; що розвивається під впливом фізіологічних та генетичних факторів та факторів зовнішнього середовища [6, 7]. У сучасному світі ожиріння визнано «глобальною неінфекційною епідемією» внаслідок високої розповсюженості (до 30% дорослого населення), стрімкого збільшення захворюваності та омолодження контингенту [8].

Незважаючи на доведену численними дослідженнями ефективність дієтотерапії та збільшення фізичної активності, відкритим залишається питання мотивації та рівня дотримання рекомендацій по виконанню розроблених реабілітаційних програм для зменшення маси тіла. Тому актуальною є проблема дослідження реабілітаційного комплаєнсу у пацієнтів з ожирінням та пошук шляхів його підвищення.

Мета дослідження – аналіз причин низького реабілітаційного комплаєнсу та пошук індивідуальних шляхів його покращення у чоловіків та жінок з аліментарно-конституційним ожирінням.

Матеріал та методи дослідження. В процесі дослідження проведено розпитування 288 осіб другого зрілого віку ($39,6 \pm 1,4$ років) з аліментарно-екзогенним ожирінням I–III ступеня, діагностовано за індексом маси тіла (ІМТ):

- з ожирінням I ступеня (ІМТ 30,0–34,9 кг/м²): 65 жінок, 51 чоловік;
- з ожирінням II ступеня (35,0–39,9 кг/м²): 64 жінки, 43 чоловіка;
- з ожирінням III ступеня (40 кг/м² і більше): 43 жінки, 31 чоловік.

У процесі дослідження учасники відповідали за запитання розробленої нами анкети для визначення особливостей реабілітаційного комплаєнсу (у даному дослідженні терміни «комплаєнс» та «прихильність до реабілітації» використовували як синоніми).

Перший розділ анкети був присвячений самоаналізу пацієнтами причин низького комплаєнсу, другий – окреслював можливі шляхи його корекції. Після проведення розпитування на основі отриманих

результатів здійснювали індивідуальні роз'яснювально-ознайомчі лекції щодо підвищення рівня комплаєнсу та заохочення до проходження програми фізичної терапії. За його результатами пацієнтів було поділено на дві групи: групу порівняння (з низьким рівнем комплаєнсу, представники якої не проходили програму реабілітації для зменшення маси тіла) та основну групу (з високим рівнем комплаєнсу, проходили річну розроблену програму корекції маси тіла із застосуванням модифікації харчування, збільшення побутової та тренувальної фізичної активності, лімфодренажних процедур, елементів поведінкової психокорекції, заходів для утримання досягнутого рівня комплаєнсу та його підвищення).

Після річного періоду приводилось ретроспективне визначення найефективніших методів підвищення рівня реабілітаційного комплаєнсу.

Комісія з біоетики ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» схвалила застосування методу розпитування. Дослідження проводились у відповідності до принципів «Належної клінічної практики» (Good Clinical Practice). Всі учасники були інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали ін-

формовану згоду щодо участі у ньому.

Отримані дані обробляли статистично за допомогою програм «Microsoft Excel» 5.0 та «Statistica» 6.0 for Windows. Результати підраховували в окремо для чоловіків та жінок, виражали у вигляді відсотків однотипних відповідей від загальної кількості осіб гендерної групи з однаковою стадією ожиріння. Результати підраховували в окремо для чоловіків та жінок, виражали у вигляді відсотків однотипних відповідей від загальної кількості осіб гендерної групи з однаковою стадією ожиріння; розраховували середнє арифметичне значення (\bar{X}) та середнє квадратичне відхилення (S) показників. Для оцінки достовірності отриманих показників застосовувались критерії Стюдента. Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні приймали рівним 0,05.

Результати дослідження.

При визначенні причин, які знижують рівень реабілітаційного комплаєнсу у пацієнтів з ожирінням, отримані наступні дані (табл. 1).

На нижчих стадіях ожиріння чоловіки частіше ($p < 0,05$), ніж жінки, зазначали причиною невиконання рекомендацій складність, важність запам'ятовування програм; при ожирінні III ступеня ця

Таблиця 1 – Самоаналіз причин низького рівня комплаєнсу при ожирінні, % ($\bar{X} \pm S$)

Запитання анкети щодо причин низького комплаєнсу (невиконання рекомендації для зменшення маси тіла)	Ожиріння, ступінь					
	I		II		III	
	чоловіки n=51	жінки n=65	чоловіки n=34	жінки n=64	чоловіки n=31	жінки n=43
Тривалі складні програми	78,43±5,76	55,38±8,28*	73,53±7,57	64,06±6,00	90,32±5,31	95,35±3,21
Дискомфортні відчуття (голоду, втоми)	96,08±2,72	92,31±3,31	100	98,44±1,55	100	100
Відсутність больових відчуттів	98,04±1,94	92,31±3,31	88,24±5,53	90,63±3,64	87,10±6,02	93,02±3,88
Витрачання багато часу на виконання програм	82,35±5,34	52,31±6,20*	88,24±5,53	75,00±5,41*	83,87±6,61	81,40±5,93
Відсутність підтримки з боку родини та оточуючих	54,90±6,97	53,85±6,18	70,59±7,81	59,38±6,14	70,97±8,15	79,07±6,20
Важко адаптувати по звичного стилю життя	92,16±3,76	87,69±4,07	88,24±5,53	85,94±4,35	80,65±7,10	86,05±5,28
Недоступна висока вартість (харчування, тренування)	52,94±6,99	78,46±5,10*	85,29±6,07	78,13±5,17	90,32±5,31	93,02±3,88
Малоінформований щодо наслідків ожиріння	84,31±5,09	83,08±4,62	44,12±8,25	17,19±4,72*	0	0
Відсутність ефекту від попередніх спроб схуднення	19,61±5,56	92,31±3,31*	52,94±8,56	89,06±3,90*	93,55±4,41	93,02±3,88
Невіра в немедикаментозне та нехірургічне схуднення	5,88±3,29	7,69±3,31	17,65±6,54	12,50±4,13	22,58±7,51	18,60±5,93
Вважаю свій стан незадовільним, але не бажаю виходити з зони комфорту	19,61±5,56	38,46±6,03*	35,29±8,20	32,81±5,87	12,90±6,02	11,63±6,44
Вважаю свій стан задовільним, таким, що не потребує корекції	72,55±6,25	15,38±4,48*	29,41±7,81	4,69±2,64*	0	0

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

ознака виявилась маже у всіх пацієнтів. Фактично всі пацієнти відзначали відсутність різкого болю, який би змушував негайно діяти, проте скаржилися на неприємні відчуття голоду та втоми на початкових етапах попередніх спроб схуднення, що заважало утриматись в рамках програм тривалий час.

При I ступені ожиріння жінки вважають, що менше витрачають часу на виконання програм; в усіх решта обстежених групах цю причину називають приблизно 80 % осіб. Зі збільшенням ступеня ожиріння все частіше причиною зриву оздоровчих програм є непорозуміння та відсутність підтримки з боку родини та оточуючих осіб. Важкість адаптації попередніх спроб схуднення до звичного стилю життя вказують 80–90% всіх осіб з ожирінням.

Також дуже поширеною причиною недотримання корекційних програм є фінансова складова: через високу вартість спеціального харчування та тренувань переривають курс зменшення маси тіла більше половини пацієнтів, причому поширеність цього зростає зі ступенем збільшення ожиріння. Тільки чоловіки з I ступенем ожиріння не вважають це проблемою.

При I ступені ожиріння більше 80% осіб малоінформовані щодо можливих наслідків ожиріння. При II ступені чоловіки є менш інформованими, ніж жінки ($p < 0,05$); а при III всі особи знають про ризики надмірної маси тіла.

Зниження мотивації внаслідок попередніх невдалих спроб схуднення вказують більше 90 % всіх жінок, відрізняючись цим від чоловіків при I та II ступенях ожиріння. В усіх групах присутні пацієнти, які не довіряють немедикаментозним методам схуднення, особливо при II–III ступенях.

Досить чисельною групою бути пацієнти, які усвідомлюють наслідки ожиріння для здоров'я, але не бажають нічого робити. Найбільше це проявлялось у жінок з I ступенем та чоловіків та жінок з II ступенем ожиріння. Активно не бажають корегувати масу тіла при первинному розпитуванні більше 70 % чоловіків з I ступенем ожиріння та майже 30 % – II ступеня, а також відповідно 15 % та 30 % жінок відповідного ступеня ожиріння. Усвідомлюють всій незадовільний стан всі пацієнти з III ступенем ожиріння.

При з'ясуванні можливих методів покращення рівня реабілітаційного комплаєнсу та збільшення кількості виконаних рекомендацій виявлено наступні дані (табл. 2).

Приблизно половина розпитаних потребують інформації щодо перебігу, ускладнень та ризиків ожиріння та принципів і механізмів впливу реабілітаційних заходів (табл. 2). Майже 70% потребують індивідуального підходу до конкретних умов життя, роботи, фінансових можливостей. Хворі потребують психологічної підтримки як з боку реабілітолога

Таблиця 2 – Самоаналіз можливих шляхів покращення комплаєнсу, % ($\bar{x} \pm S$)

Запитання анкети (які заходи можуть допомогти виконати програму реабілітації)	Ожиріння, ступінь					
	I		II		III	
	чоловіки n=51	жінки n=65	чоловіки n=34	жінки n=64	чоловіки n=31	жінки n=43
Надання інформації щодо наслідків ожиріння	49,02±7,00	49,23±6,20	52,94±8,56	65,63±5,94	54,84±8,94	46,51±7,61
Індивідуальна програма з адаптацією до конкретних умов життя, роботи	68,63±6,50	76,92±5,23	61,67±8,34	78,13±5,17*	64,52±8,59	60,47±7,46
Підтримка і консультування впродовж програми	58,82±6,89	78,46±5,10*	52,94±8,56	79,69±5,03*	58,06±8,86	62,79±7,37
Отримання підтримки від родини	35,29±6,69	73,85±5,45*	55,88±8,52	75,00±5,41*	54,84±8,94	58,14±7,52
Покращення стану, вирішення індивідуальних проблем	50,98±7,00	72,31±5,55*	44,12±8,52	65,63±5,94*	48,39±8,98	51,16±7,62
Немає бажання змінювати стиль життя зараз	27,45±6,25	16,92±4,65	35,29±8,20	20,31±5,03*	32,26±8,40	34,88±7,27
Оптимальна тривалість курсу корекції маси тіла						
1 –6 міс	27,03±7,30	27,78±6,10	22,73±8,93	13,73±4,82*	4,76±4,65	0
12 міс	27,03±7,30	22,22±5,66	31,82±9,93	35,29±6,69	38,10±10,6	46,43±9,06
до досягнення бажаного результату	37,84±7,97	37,04±6,57	36,36±10,3	31,37±6,50	33,33±10,3	35,71±9,06
пожиттєво	8,11±4,49	12,96±4,57	9,09±6,13	19,61±5,56*	23,81±9,29	17,86±7,24

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

(60–80 %), так і з боку членів родини та оточуючих осіб. При цьому на I–II стадіях ожиріння жінки потребують цього більше, ніж чоловіки ($p < 0,05$).

Могли би виконувати рекомендації заради покращення власного стану та, таким чином, вирішити свої проблеми (естетичні, особисті, кар'єрні, пов'язані із станом здоров'я) більшість пацієнтів, різницю у зацікавленості із чоловіками склали жінки із I–II ступенем ожиріння.

Майже третина всіх розпитаних на даний момент взагалі не бажають змінювати своє життя в напрямку зменшення маси тіла.

При з'ясуванні можливої тривалості корекції маси тіла (серед тих, хто потенційно визнав таку можливість), більшість пацієнтів оптимальним вважають річний період або час до досягнення цільової ваги або бажаного результату (табл. 2). Тривалість 6 місяців є бажаною для майже третини пацієнтів із I ступенем ожиріння, частини чоловіків із II та III ступенем ожиріння. Розуміння позитивного контролю стилю життя є у ряду представників всіх груп, найбільше – при морбідній формі ожиріння.

Впродовж впровадження реабілітаційної програми, яка тривала 12 місяців, здійснювалися наступні методи утримання комплаєнсу на досягнутому рівні, та, по можливості, його підвищення:

- Визначення коротко- та довготривалих цілей у SMART-форматі, постійне їх нагадування та їх динамічна корекція;
- Створення раціону харчування згідно цільової калорійності, але з індивідуальним конкретним вибором продуктів згідно фінансових можливостей пацієнта;
- Адаптація принципів режимів харчування та фізичної активності згідно режиму праці та відпочинку пацієнта;
- Навчання методам самоконтролю стану здоров'я (маса тіла, артеріальний тиск, частота дихання, рівні втоми за шкалою Борга, суб'єктивні показники погіршення стану; застосування мобільних додатків для контролю визначення калорійності раціону та трекерів фізичної активності) та самозвіту (електронний або письмовий щоденник харчування та фізичної активності) з регулярною передачею інформації реабілітологу;
- Навчання методам самозвіту (електронний або письмовий щоденник харчування та фізичної активності) з регулярною передачею інформації реабілітологу;
- Створення системи індивідуальних нагадувань та їх налаштування у смартфоні під контролем реабілітолога;
- Створення програми індивідуальних тренувань у форматі відео, яке можна виконувати у зручний час;
- Формування графіку особистих відвідувань реабілітаційного закладу для проміжного контролю та корекції реабілітаційної програми мінімум 1 раз на місяць;

- Використання засобів телемедицини (консультування, корекція реабілітаційної програми, передача показників самоконтролю, відповіді на запитання, листування за допомогою мобільних додатків та соціальних мереж, онлайн-відеозв'язку та відеоконференцій);
- Виявлення та усунення неприємних відчуттів, які можуть спричинити передчасний вихід з програми ожиріння (голоду, втоми, пригнічення, відсутності психологічної підтримки з боку реабілітолога та родини);
- Проведення ознайомчих бесід та, по можливості, залучення родин пацієнта до участі та підтримки в процесі виконання програми реабілітації;
- Акцентування уваги на позитивних змінах, досягнутих в процесі реабілітації, покращенні самопочуття, зовнішнього вигляду, настрою, стану здоров'я, розширенні функціональних резервів організму.

При ретроспективному з'ясуванні ефективності застосованих заходів для підвищення рівня комплаєнсу та утримання його на високому рівні серед тих хворих, які проходили програму реабілітації, виявлені наступні особливості (табл. 3).

Майже всі пацієнти зазначають частий особистий та постійний мобільний контроль з боку фізичного терапевта запорукою ефективності виконуваних заходів. В той же час ефективність ведення щоденників самоконтролю зазначала менша кількість хворих, переважно з ожирінням III ступеня.

Дуже важливими досягнутими позитивними ефектами були естетичне покращення (для 100 % жінок та більшості чоловіків) та покращення самопочуття (особливо для 100 % хворих з морбідним ожирінням), що може бути рекомендованим до внесення у цілі реабілітації. Ще одним високоефективним заходом виявився індивідуальний підхід до складання реабілітаційної програми з врахуванням особистих та фінансових факторів.

Також більше половини пацієнтів відзначають ефективність психоемоційної підтримки та майже половина – покращення особистих та сімейних стосунків (також індивідуальна реабілітаційна ціль).

При розпитуванні пацієнтів з низьким вихідним рівнем комплаєнсу визначено, що після року спостереження найчастіше відмовились би від програми зменшення маси тіла чоловіки з I ступенем ожиріння. Пацієнти з морбідним ожирінням виявили найбільшу зацікавленість у можливості виконання реабілітаційних заходів внаслідок поміченого впродовж року погіршення стану здоров'я та сімейних проблем.

Обговорення отриманих результатів. Теоретичний аналіз спеціальних літературних даних про досліджувані проблеми реабілітаційного комплаєнсу та корекції маси тіла у пацієнтів з ожирінням

Таблиця 3 – Ретроспективний аналіз факторів комплаєнсу, % ($\bar{x} \pm S$)

Запитання анкети	Ожиріння, ступінь					
	I		II		III	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
<i>Що найбільше сприяло дотриманню реабілітаційного комплаєнсу впродовж річної програми схуднення (для осіб, які проходили програму реабілітації) (допускалось кілька варіантів відповідей)</i>						
	n=19	n=37	n=12	n=29	n=10	n=17
Часте особисте спілкування та контроль з реабілітолога	94,74±5,12	86,49±5,62	100	93,10±4,71	100	88,24±7,81
Ведення самоконтролю	26,32±10,10	35,14±7,85	41,67±14,2	62,07±9,01	60,00±15,5	58,82±11,94
Естетичний позитивний ефект	84,21±8,37	100	66,67±13,6	100	80,00±12,60	100
Покращення самопочуття	63,16±11,10	75,68±7,05	83,33±10,80	86,21±6,40	100	100
Індивідуальний підхід до реабілітації	100	100	91,67±7,98	96,55±3,39	100	94,12±5,71
Психоемоційна підтримка	63,16±11,1	54,05±8,19	58,33±14,20	79,31±7,52	80,00±12,60	82,35±9,25
Покращення особистих стосунків	47,37±11,5	51,35±8,22	50,00±14,4	58,62±9,15	60,00±15,5	58,82±11,94
<i>Чи погодились би ви на проходження реабілітаційної програми (для осіб, які не проходили програму реабілітації) (допускалось кілька варіантів позитивних відповідей)</i>						
	n=32	n=28	n=22	n=35	n=21	n=26
Так, через погіршення стану здоров'я	12,50±5,85	25,00±8,18*	45,45±10,60	48,57±8,45	76,19±9,29	69,23±9,05
Так, через погіршення соціального статусу	0	10,71±5,85*	13,64±7,32	17,14±6,37	28,57±9,86	26,92±8,70
Так, через погіршення особистих/сімейних стосунків	25,00±7,65	42,86±9,35*	27,27±9,50	31,43±7,85	47,62±10,9	46,15±9,78
Ні	65,63±8,40	25,00±8,18*	36,36±10,30	25,71±7,39	19,05±8,57	19,23±7,73

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

показав, що ці питання є актуальними в світовому масштабі та потребують пошуку нових комплексних шляхів вирішення із залученням фахівців різних спеціальностей [1, 7, 8].

Методи корекції комплаєнсу є важливими на всіх етапах корекції маси тіла. Він сприяє підвищенню виконання рекомендацій фахівців і, таким чином, збільшує ефективність програми реабілітації, що проявляється покращенням якості життя та клінічних показників [9, 10]. Виявлення чинників, що визначають нон-комплаєнс, дозволяє включити в реабілітаційну програму спеціальні методи, спрямовані на його корекцію. Враховуючи виявлені при первинному обстеженні результати, ці заходи умовно можна розділити на такі групи:

- Освітні проекти – навчання, інформування та консультування пацієнтів;
- Вплив на поведінку пацієнта – різні методи, що допомагають пацієнтам вчасно дотримуватись певного режиму харчування та фізичної активності, сигнали мобільних додатків, що нагадують про таку необхідність;
- Моніторинг комплаєнсу – щоденники пацієнтів, регулярний контроль основних показників стану з постійним особистим контролем з боку реабілітолога;

- Адаптація реабілітації – визначення коротк – та довготермінових цілей реабілітації (наприклад, жінки з ожирінням виявили більшу стурбованість щодо свого зовнішнього вигляду, тому його покращення збільшило рівень комплаєнсу; при акцентуванні пацієнта на проблеми зі здоров'ям доцільно провести поглиблену діагностику відповідної системи і додати в цілі реабілітації її покращення), адаптація програми до потреб конкретного пацієнта.

Слід зазначити, що пацієнти з низьким рівнем комплаєнсу щодо виконання немедикаментозних заходів корекції в майбутньому стають контингентом для проведення оперативних баріатричних втручань.

Висновки. Таким чином, визначення рівня реабілітаційного комплаєнсу, його покращення та підтримання на високому рівні однією з умов успішного проведення тривалих програм з фізичної терапії для хворих ожирінням. Детальне розпитування з метою з'ясування причин низького комплаєнсу та методів його покращення дозволяє виявити індивідуальну мотивацію пацієнта, виставити коротко– та довготермінові цілі реабілітації. Високому реабілітаційному комплаєнсу у пацієнтів з ожирінням сприяють

постійний контроль з боку фахівця, досягнення поставлених цілей (косметичного вигляду, особистого ставлення, стану здоров'я), індивідуальний підхід до створення програми корекції з врахуванням не тільки клінічних та фізіологічних параметрів, але й особистих, соціальних, фінансових позицій. При складанні програм реабілітації слід враховувати, що

чоловіки з I ступенем ожиріння є найменш комплаєнтними щодо виконання рекомендацій, оскільки вважають свій стан задовільним.

Подальші напрямки досліджень полягають у дослідженні динаміки параметрів клінічних показників пацієнтів з ожирінням під впливом програми реабілітації з врахуванням рівня комплаєнсу.

References

1. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. New-York, WHO, 2003. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
2. Jin J, Sklar GE, Oh MNS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008; 4(1): 269–86. PMID: 18728716. doi: 10.2147/TCRM.S1458
3. Danylov DS. Terapevtycheskoe sotrudnychestvo (komplaens): sodержanye, ponjatyja, mekhanyzmy formirovaniya i metody optymyzacyu. *Nevrologhyja, nejropsykhjatryja, psykhosomatyka.* 2014; 2: 4–12. [Russian] DOI: 10.14412/2074–2711–2014–2–4–12
4. Hughes DA, Bagust A, Haycox A, Walley T. The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Econ.* 2001; 10 (7): 601–615. PMID: 11747044. doi: 10.1002/hec.609
5. Urquhart J, Vrijens B. New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimens: an introduction to pharmionics. *Eur J Hospital Pharm Sci.* 2005; 11(5): 103–6. PMID: 15772145. doi: 10.1093/jac/dki066
6. Cefalu WT, Bray GA, Home PD, Garvey WT, Klein S, Pi-Sunyer FX, et al. Advances in the Science, Treatment, and Prevention of the Disease of Obesity: Reflections From a Diabetes Care Editors' Expert Forum. *Diabetes Care.* 2015; 38(8): 1567–82. PMID: 26421334. PMID: PMC4831905. doi: 10.2337/dc15–1081
7. Sturgiss EA, Sargent GM, Haesler E, Rieger E, Douglas K. Therapeutic alliance and obesity management in primary care – a cross-sectional pilot using the Working Alliance Inventory. *Clinical Obesity.* 2016; 6(6): 376–9. PMID: 27863074. doi: 10.1111/cob.12167
8. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en
9. Aravitska MG, Lazarjeva OB. Dynamika jakosti zhyttja khvorykh z ozhyrinnjam pid vplyvom prohramy fizychnoi rehabilitaciji. *Sportyvna medycyna i fizychna rehabilitacija.* 2017; 1: 72–78. [Ukrainian]
10. Lazareva O, Aravitska M, Andrieieva O, Galan Ya, Dotsyuk L. Dynamics of physical activity status in patients with grade I–III obesity in response to a physical rehabilitation program. *Journal of Physical Education and Sport.* 2017; 17 (3): 1960–5. DOI: 10.7752/jpes.2017.03193

УДК 615.825:613.25

АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПУТЕЙ УЛУЧШЕНИЯ КОМПЛАЕНСА БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ КАК АСПЕКТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Аравицкая М. Г.

Несмотря на доказанную многочисленными исследованиями эффективность диетотерапии и увеличения физической активности для уменьшения массы тела, открытым остается вопрос мотивации и уровня соблюдения рекомендаций по выполнению разработанных реабилитационных программ. Поэтому актуальной является проблема повышения реабилитационного комплаенса у пациентов с ожирением.

Цель – анализ причин низкого реабилитационного комплаенса и поиск путей его улучшения у больных с алиментарно–конституционным ожирением в рамках определения кратко– и долгосрочных целей реабилитации. Проведено расспросы 288 человек второго зрелого возраста с алиментарно–экзогенным ожирением I–III степени, диагностированного по индексу массы тела. Участники отвечали за вопросы разработанной анкеты для определения причин низкого комплаенса и возможных путей его коррекции. После годичного периода реабилитации проводилось ретроспективное определение эффективных методов повышения уровня реабилитационного комплаенса. Наиболее распространенными причинами низкого комплаенса были: сложность запоминания программ; отсутствие резкой боли; чувство голода и усталости; трудность адаптации предыдущих попыток похудения к привычному образу жизни; неэффективность предыдущих попыток похудения. Менее распространенными оказались отсутствие поддержки со стороны семьи и окружающих; расходования большого количества времени на программы; дополнительная финансовая нагрузка; недоверие к немедикаментозным методам лечения. При выяснении возможных методов улучшения уровня реабилитационного комплаенса пациенты указывали на необходимость дополнительной информации о ходе, осложнениях и рисках ожирения, принципах и механизмах влияния реабилитационных мероприятий; индивидуального подхода к конкретным условиям жизни, работы, фи-

нансовых возможностей. Больные нуждались в психологической поддержке со стороны реабилитолога и от членов семьи и окружающих лиц, могли бы выполнять рекомендации ради улучшения собственного состояния и, таким образом, решения своих проблем (эстетических, личных, карьерных, связанных с состоянием здоровья). При выяснении возможной продолжительности коррекции массы тела большинством пациентов оптимальным считают годичный период или время до достижения целевого или желаемого веса. Понимание пожизненного контроля образа жизни есть у представителей всех групп, чаще всего – при морбидной форме ожирения. При ретроспективном анализе мер по повышению уровня комплаенса наиболее эффективными оказались частый личный и постоянный мобильный контроль со стороны физического терапевта; эстетическое улучшение; улучшение самочувствия; индивидуальный подход к составлению реабилитационной программы с учетом личных и финансовых факторов. Менее эффективными оказались ведение дневников самоконтроля; психоземotionalная поддержка; улучшение личных и семейных отношений. Детальное расспросы с целью выяснения причин низкого комплаенса и методов его улучшения позволяет выявить индивидуальную мотивацию пациента, определить кратко- и долгосрочные цели реабилитации.

Ключевые слова: ожирение, комплаенс, физическая терапия, реабилитация.

UDC 615.825:613.25

Analysis of Individual Ways of Compliance Improvement in Obese Patients as an Aspect of Determining Rehabilitation Goals

Aravitska M. G.

Abstract. Despite the effectiveness of diet therapy and increased physical activity to reduce body weight, proven by numerous studies, the question of motivation and the level of compliance with recommendations for the implementation of the developed rehabilitation programs remains open. Therefore, the problem of increasing rehabilitation compliance in obese patients is urgent.

The purpose of the study was the analysis of the causes of low rehabilitation compliance and the search for ways to improve it in patients with alimentary–constitutional obesity in the context of defining short and long-term rehabilitation goals.

Material and methods. Interviews were conducted with 288 people of the second mature age with nutritional–exogenous obesity of the I–III degree, diagnosed by body mass index. Participants were responsible for asking a questionnaire to determine the causes of low compliance and possible ways to correct it. After one–year rehabilitation period, a retrospective determination of effective methods to increase the level of rehabilitation compliance was carried out.

Results and discussion. The most common causes of low compliance were: the difficulty of remembering programs; lack of sharp pain; hunger and fatigue; the difficulty of adapting previous attempts to lose weight to their usual lifestyle; inefficiency of previous attempts to lose weight. Less common were the lack of support from the family and the others; spending a lot of time on programs; additional financial burden; distrust of non–drug methods of treatment. When identifying possible methods for improving the level of rehabilitation compliance, patients indicated the need for additional information on the course, complications and risks of obesity, principles and mechanisms of the impact of rehabilitation measures; individual approach to specific conditions of life, work, financial status. Patients needed psychological support from a therapist and from family members and those around them, they could implement recommendations to improve their own condition and, thus, solve their problems (aesthetic, personal, career, related to health). When determining the possible duration of body weight correction, most patients considered the annual period of time to achieve the target or desired weight to be optimal. Representatives of all groups had an understanding of lifelong lifestyle control, most often with the morbid form of obesity. In a retrospective analysis of measures to increase compliance, the most effective were frequent personal and constant mobile monitoring by a physical therapist; aesthetic improvement; improvement of well–being; an individual approach to drawing up a rehabilitation program, taking into account personal and financial factors. Self–monitoring diaries, psycho–emotional support, improving personal and family relationships turned out to be less effective.

Conclusion. We conducted detailed inquiries in order to find out the reasons for low compliance and methods for improving that allowed us to identify the individual motivation of patients, to determine the short and long–term rehabilitation goals.

Keywords: obesity, compliance, physical therapy, rehabilitation.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 01.08.2019 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування