

## Гендерні особливості реабілітаційного комплаєнсу в пацієнтів з ожирінням

Державний вищий навчальний заклад «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» (м. Івано-Франківськ)

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Ожиріння є самостійною нозологічною одиницею в рамках медичного та реабілітаційного діагнозу, а також обтяжливим супутнім фактором стану хворого при численних захворюваннях внутрішніх органів. Поширеність цього захворювання досягла розмірів пандемії, прямо чи опосередковано завдаючи величезних збитків суспільству в усьому світі [9].

Незважаючи на те, що на сьогодні вже відомі високоефективні засоби корекції маси тіла та профілактики ожиріння – тривала модифікація стилю життя (у вигляді корекції харчування й збільшення фізичної активності), в усьому світі збільшується кількість людей із цим патологічним станом. Крім того, здебільшого навіть при успішному зменшенні маси тіла нехірургічними методами впродовж короткого терміну пацієнти відновлюють і перевищують її вихідний показник [5, 9].

Отже, ефективність лікування та реабілітації пацієнтів з ожирінням залежить не лише від професійності реабілітолога, якості наданих послуг, клінічного перебігу та функціонального стану, але й від особистісних якостей хворого, наполегливості, правильності й повноцінності виконання рекомендацій щодо покращення стану свого здоров'я – прийому лікарських препаратів, відвідування призначених процедур, дотримання способу життя, тобто тих заходів, які не контролюються особисто фахівцем у галузі охорони здоров'я в рамках лікування або реабілітації в спеціалізованому закладі, тобто від рівня комплаєнсу.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) пропонує визначати комплаєнс (англ. *compliance* – піддатливість, поділ поглядів, прагнення відповідати) як «ступінь відповідності поведінки пацієнта щодо застосування ліків, виконання рекомендацій із харчування або зміни способу життя призначень і вказівок лікаря» [4]. Частим у використанні подібними термінами є «прихильність до лікування» (англ. *adherence to medication*) та «згода з лікуванням» (англ. *concordance with medication*). Ці терміни (комплаєнс, прихильність до лікування, згода з лікуванням) є не зовсім рівнозначними, адже поняття «комплаєнс» наділене відтінком патерналізму, оскільки оцінює правильність дотримання хворим медичних рекомендацій без урахування його особистих якостей та власного ставлення до лікування або реабілітації. Принцип партнерства передбачає використання терміна «згода з лікуванням», оскільки саме він ураховує думку пацієнта щодо проведеної корекції [2, 7].

Проблема виконання медичних рекомендацій стосовно стану свого здоров'я існувала здавна. Відома фраза Гіппократа: «Перш ніж Ви візьмітесь лікувати кого-небудь, спитайте, чи він готовий залишити все те, що робить його хворим».

Прямими наслідками недотримання рекомендацій і вказівок фахівця в галузі охорони здоров'я є відсутність або недостатня ефективність засобів корекції, погіршення стану пацієнта, хронізація захворювання, частіше рецидивів, розвиток ускладнень та резистентності до медикаментозного лікування [7]. Значними є соціальні (зниження якості життя, утрата працездатності й пов'язане з цим зменшення доходів) та економічні (додаткові витрати системи охорони здоров'я: повторні візити до фахівців і призначення нових ліків, додаткові обстеження, збільшення числа госпіталізацій) наслідки недотримання медичних призначень [6].

Низький комплаєнс – поширене явище не лише в Україні, але й у цілому світі. За оцінкою ВООЗ, в індустріально розвинених країнах близько 50 % пацієнтів, які страждають на хронічні захворювання, тривалий час точно дотримуються лікарських рекомендацій, а в країнах, що розвиваються, – ще менше [8, 9]. Водночас висока прихильність до лікування достовірно позитивно впливає на виживання пацієнтів, котрі мають хронічні захворювання [7].

Проблемі реабілітаційного комплаєнсу приділяється недостатньо уваги [3]. Вона є складнішою, ніж у галузі класичної медицини, де корекція стану здоров'я пацієнта відбувається переважно відносно малоактивними або пасивними методами (прийом ліків, оперативне втручання, медичні маніпуляції тощо). Водночас функціональні реабілітаційні втручання

передбачають тривале активне виконання кінезітерапії у вигляді самостійних занять або занять із фізичним терапевтом, дотримання певного режиму, дієтотерапії тощо.

Отже, визначення особливостей стану реабілітаційного комплаєнсу в пацієнтів з ожирінням і шляхів його підвищення для збільшення ефективності реабілітаційних програм є актуальною проблемою сучасної фізичної терапії.

**Мета дослідження** – визначення гендерних особливостей стану комплаєнсу щодо виконання комплексу заходів для зменшення маси тіла в чоловіків та жінок з ожирінням для визначення шляхів для його вдосконалення.

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

- з ожирінням I ступеня (ІМТ  $30,0$ – $34,9$   $\text{кг}/\text{м}^2$ ) – 65 жінок, 51 чоловік;
- з ожирінням II ступеня ( $35,0$ – $39,9$   $\text{кг}/\text{м}^2$ ) – 64 жінки, 43 чоловіки;
- з ожирінням III ступеня ( $40$   $\text{кг}/\text{м}^2$  і більше) – 43 жінки, 31 чоловік.

Усі учасники інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали інформовану згоду щодо участі в ньому.

У процесі дослідження учасники відповідали за запитання розробленої нами анкети для визначення величини реабілітаційного комплаєнсу й можливих шляхів його покращення (у цьому дослідженні терміни «комплаєнс» та «прихильність до реабілітації» використовували як синоніми).

Перший розділ анкети стосується оцінки загального рівня комплаєнсу. Учасникам пропонували оцінити за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) відповіді на запитання: «Оцінка можливості виконання рекомендацій і методик щодо зменшення маси тіла на цей момент (участь у реабілітаційній програмі зі зменшення маси тіла)» (основне запитання, відповідь на яке найповніше характеризує рівень комплаєнсу); «Важливість контролю ваги»; «Впевненість у самоконтролі ваги тіла» (0 – мінімально можливий параметр, 10 – максимально можливий). Рівень комплаєнсу оцінювали як низький (менше 6 балів), середній (6–8 балів), високий (9–10 балів). Пацієнта вважали достатньо комплаєнтним (готовим до модифікації стилю життя та корекції ожиріння), починаючи з показника 6,5 бала [10].

Другий розділ анкети окреслював ненаслідкове коло проблем ожиріння, яке може бути використане для визначення коротко- й довготривалих цілей реабілітації. Пацієнти визначали, якою саме проблемою для них є ожиріння: косметичною, медичною (пов'язаною з погіршенням здоров'я), соціальною (кар'єра, виконання професійних обов'язків); особистою (сімейною), погіршення статевої функції (еректильної/неможливість завагітніти) або не є проблемою взагалі.

Третій розділ визначав ступінь інформованості щодо перебігу ожиріння як фактора покращення комплаєнсу. Пацієнти ствердно або негативно відповідали на запитання щодо усвідомлення високого ризику виникнення захворювань внутрішніх органів, збільшення ризику передчасної смерті внаслідок ожиріння; високого ризику прогресування ступеня ожиріння за відсутності самоконтролю; проводили самооцінку стану здоров'я відповідно до своїх однолітків унаслідок ожиріння.

Після проведення розпитування на основі отриманих результатів здійснювали індивідуальні роз'яснювально-ознайомчі лекції щодо підвищення рівня комплаєнсу та заохочення до проходження програми фізичної терапії. Вони включали чотири блоки:

- інформацію щодо причин виникнення ожиріння, особливостей його перебігу, шкідливого впливу на організм (високого ризику захворювань внутрішніх органів, імовірності передчасної смерті, негативні соціальні та особисті наслідки);
- інформацію щодо шляхів корекції зазначених вище змін у рамках запропонованої програми фізичної терапії (модифікація стилю життя (корекція харчування, збільшення фізичної активності), лімфодренажні програми, психологічна підтримка, корпоральна та аурикулярна рефлексотерапія, масаж), особливості проведення й механізми впливу запропонованих заходів;
- імовірні шляхи адаптації використовуваних засобів фізичної терапії згідно з індивідуальними особливостями, які б могли допомогти збільшити рівень комплаєнсу та максимально можливо виконати програму реабілітації;
- постановка індивідуальних коротко- та довготермінових цілей реабілітації з урахуванням виявлених проблем, пов'язаних з ожирінням, що збільшує мотивацію до виконання реабілітаційних заходів.

Після проведеної бесіди здійснювали повторне тестування з метою визначення рівня комплаєнсу перед проведенням програми фізичної терапії.

Отримані дані обробляли статистично за допомогою програм «Microsoft Excel» 5.0 та «Statistica» 6.0 for Windows із застосуванням пара- та непараметричних критеріїв. Результати підраховували 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 ( $\bar{X}$ ) і середнє квадратичне відхилення ( $S$ ) показників, отриманих за ВАШ. Для оцінки достовірності отриманих показників застосовували критерій Стюдента. Критичний рівень значимості під час перевірки статистичних гіпотез у цьому дослідженні приймали рівним 0,05.

**Результати дослідження.** Під час визначення вихідного рівня комплаєнсу при самооцінці можливості виконання рекомендації щодо зменшення маси тіла особи всіх ступенів ожиріння виявили недостатній його рівень (менше 6,5 бала) (табл. 1), що свідчить про обов'язкову необхідність проведення відповідних заходів для підвищення ефективності тривалих реабілітаційних програм. Величина можливості виконання рекомендацій була найменшою в пацієнтів із високим ступенем ожиріння. Водночас у пацієнтів з ожирінням I ступеня чоловіки виявили достовірно нижчий рівень можливості виконання рекомендацій.

Важливість самоконтролю ваги на досить високому рівні відзначали чоловіки та жінки всіх груп. Водночас упевненості в самоконтролі не простежено в жодній із груп; особливо критичним був показник пацієнтів з ожирінням III ступеня (табл. 1).

Таблиця 1

**Динаміка рівня реабілітаційного комплаєнсу пацієнтів з ожирінням під впливом заходів для його підвищення ( $\bar{X} \pm S$ )**

Запитання анкети	Рівень комплаєнсу на момент опитування за ВАШ, балів					
	ожиріння I ступеня		Ожиріння II ступеня		ожиріння III ступеня	
	вихідний	після лекції	вихідний	після лекції	вихідний	після лекції
1	2	3	4	5	6	7
Самооцінка можливості виконання рекомендацій щодо зменшення маси тіла						
Чоловіки	5,46±0,25	8,08±0,18°	4,17±0,23	7,11±0,14°	3,88±0,34	6,90±0,21°
Жінки	6,29±0,11*	9,05±0,25*°	4,58±0,34	8,05±0,09*°	3,75±0,28	7,11±0,19°
Середній показник групи	5,88±0,15	8,57±0,17°	4,38±0,28	7,65±0,12°	3,82±0,31	7,01±0,21°

Закінчення таблиці 1

1	2	3	4	5	6	7
Важливість самоконтролю ваги						
Чоловіки	7,59±0,34	9,35±0,13°	6,35±0,33	7,88±0,17°	5,98±0,21	7,41±0,29°
Жінки	7,49±0,22	9,51±0,28°	6,07±0,26	8,81±0,09°	6,17±0,12	7,05±0,25°
Середній показник групи	7,54±0,27	9,43±0,17°	6,21±0,29	8,35±0,14°	6,08±0,16	7,23±0,28°
Упевненість у самоконтролі ваги						
Чоловіки	6,09±0,08	8,11±0,25°	4,19±0,21°	7,45±0,33°	1,41±0,08°	6,64±0,17°
Жінки	5,97±0,11	9,13±0,34°	4,05±0,18°	8,16±0,28°	1,31±0,03°	7,13±0,22°
Середній показник групи	6,03±0,10	8,62±0,31°	4,12±0,20°	7,81±0,31°	1,36±0,06°	6,89±0,20°

**Примітка.** \* – статистично значуща різниця, порівняно зі значенням відповідного показника в чоловіків ( $p < 0,05$ );

° – статистично значуща різниця, порівняно з відповідним показником до індивідуальної лекції для підвищення реабілітаційного комплаєнсу ( $p < 0,05$ ).

При детальному визначенні гендерних особливостей ступеня реабілітаційного комплаєнсу встановлено, що в цілому чоловіки є менш комплаєнтними, особливо при ожирінні I ступеня (більшість – особи із низьким рівнем, менше – із високим). За зростання ступеня ожиріння в обох гендерних групах зменшується кількість пацієнтів із високим рівнем комплаєнсу, а при ожирінні III ступеня такі особи взагалі відсутні (табл. 2).

Таблиця 2

**Динаміка рівня гендерного розподілу рівнів реабілітаційного комплаєнсу пацієнтів з ожирінням під впливом заходів для його підвищення (%)**

Рівень комплаєнсу	Вихідний			Після проведеної лекції		
	чоловіки	жінки	середній показник групи	жінки	чоловіки	середній показник групи
<b>Ожиріння I ступеня</b>						
	n=51	n=65	n=111	n=51	n=65	n=111
Низький	70,59 (36)	52,31 (34)	60,34 (70)	62,75 (32)	43,08 (28)	51,72 (60)
Середній	19,61 (10)	35,38 (23)	28,45 (33)	21,57 (11)	38,46 (25)	31,03 (36)
Високий	9,80 (5)	12,31 (8)	11,21 (13)	15,69 (8)	18,46 (12)	17,24 (20)
<b>Ожиріння II ступеня</b>						
	n=43	n=64	n=107	n=43	n=64	n=107
Низький	70,59 (24)	64,06 (41)	66,33 (65)	64,71 (22)	54,69 (35)	58,16 (57)
Середній	23,53 (8)	26,56 (17)	25,51 (25)	23,53 (8)	31,25 (20)	28,57 (28)
Високий	5,88 (2)	9,38 (6)	8,16 (8)	11,76 (4)	14,06 (9)	13,27 (13)
<b>Ожиріння III ступеня</b>						
	n=31	n=43	n=74	n=31	n=43	n=74
Низький	77,42 (24)	76,74 (33)	77,03 (57)	67,74 (21)	60,47 (26)	63,51 (47)
Середній	22,58 (7)	23,26 (10)	22,97 (17)	29,03 (9)	27,91 (12)	28,38 (21)
Високий	0	0	0	3,23 (1)	11,63 (5)	8,11 (6)

При пошуку мотивації для встановлення коротко- та довготермінових цілей реабілітації визначено, що 40 % чоловіків із I ступенем ожиріння та майже 15 % – із II ступенем не вважають свій стан проблемою проти поодиноких відсотків в аналогічних групах жінок. Натомість жінки в цілому критичніше ставляться до свого стану; майже для 100 % із них ожиріння – косметична проблема, жінки усіх груп частіше заявляють його як сімейну та медичну проблему (табл. 3).

При визначенні інформованості щодо наслідків ожиріння встановлено, що 12–25 % чоловіків з ожирінням I–II ступеня не мають повного уявлення щодо виникнення захворювань внутрішніх органів та ризику передчасної смерті внаслідок ускладнень ожиріння. Водночас жінки є інформованішими щодо можливих ускладнень. Ступінь інформованості зростає в обох групах пропорційно до ступеня ожиріння (табл. 3).

Чоловіки також частіше вважають стан ожиріння непрогресуючим або повільно прогресуючим станом, таким, що не потребує додаткового самоконтролю. Крім того, близько половини хворих з ожирінням I–II ступенів своє самопочуття відносно задовільним, хоча жінки критичніше ставляться до свого здоров'я, особливо при II ступені ожиріння (табл. 3).

**Гендерні особливості шляхів визначення покращення реабілітаційного комплаєнсу пацієнтів з ожирінням (%)**

Запитання анкети	Ступінь ожиріння					
	I		II		III	
	чоловіки, % (абс. к-сть)	жінки, % (абс. к-сть)	чоловіки, % (абс. к-сть)	жінки, % (абс. к-сть)	чоловіки, % (абс. к-сть)	жінки, % (абс. к-сть)
Наявність ожиріння як проблема						
косметична	19,61 (10)	95,38 (62)	91,18 (31)	100 (64)	93,55 (29)	100 (43)
медична	9,80 (5)	20,00 (13)	50,00 (17)	76,56 (49)	64,52 (20)	97,67 (42)
соціальна	0	33,85 (22)	29,41 (10)	31,25 (20)	48,39 (15)	51,16 (22)
особиста (сімейна)	21,57 (11)	81,54 (53)	52,94 (18)	93,75 (60)	80,65 (25)	93,02 (40)
погіршення статевої функції	11,76 (6)	9,23 (6)	58,82 (20)	48,44 (31)	77,42 (24)	58,14 (25)
відсутня	78,43 (40)	7,69 (5)	14,71 (5)	1,56 (1)	0	0
Інформованість про наслідки ожиріння						
щодо високого ризику виникнення захворювань внутрішніх органів						
Так	52,94 (27)	70,77 (46)	88,24 (30)	100 (64)	100 (31)	100 (43)
Ні	47,06 (24)	29,23 (19)	11,76 (4)			
Щодо ризику передчасної смерті						
Так	72,55 (37)	80,00 (52)	85,29 (29)	96,88 (62)	100 (31)	100 (43)
Ні	27,45 (14)	20,00 (13)	14,71 (5)	3,13 (2)		
Щодо високого ризику прогресування ступеня ожиріння за відсутності самоконтролю						
Так	21,57 (11)	66,15 (43)	88,24 (30)	96,88 (62)	100 (31)	100 (43)
Ні	78,43 (40)	33,85 (22)	11,76 (4)	3,13 (2)		
Задовільність самопочуття внаслідок ожиріння						
Так	66,67 (34)	61,54 (40)	41,18 (14)	26,56 (17)	0	0
Ні	33,33 (17)	38,46 (25)	58,82 (20)	73,44 (47)	100 (31)	100 (43)

Отже, при вихідному розпитуванні виявлено недостатній рівень комплаєнсу, який у майбутньому може знизити ефективність реабілітаційних утручань. Тому наступним кроком роботи з пацієнтами було проведення індивідуальних мотиваційно-ознайомчих співбесід з урахуванням виявлених особливостей цілей і поглядів на власний стан.

Аналіз динаміки параметрів реабілітаційного комплаєнсу після проведеної лекції засвідчив, що статистично значущого збільшення рівня комплаєнсу вдалося досягнути в усіх групах. Проте жінки виявилися більш комплаєнтними та показали більше бажання до виконання рекомендацій, ніж чоловіки (табл. 1). В обох гендерних групах удалося досягнути статистично значущого покращення понять важливості та впевненості самоконтролю ваги.

Під час аналізу відсоткового розподілу ступеня комплаєнсу за статтю й ступенем ожиріння в динаміці виявлено, що жінки всіх груп показали більшу комплаєнтність за рахунок більшої кількості осіб із високим і середнім її рівнями. Крім того, ступінь комплаєнтності зменшувався зі збільшенням ступеня ожиріння (табл. 3).

**Дискусія.** Реабілітація хворих на ожиріння різного ступеня важкості має бути спрямована на досягнення певних цілей, які включають не лише конкретні клінічні показники, але й

психосоціальні параметри, у т. ч. гендерні особливості стилю та бачення життя. Однак великою проблемою залишається недосягнення поставлених цілей зменшення маси тіла в значній частині пацієнтів [5, 9]. Методи реабілітації, доцільність яких показана в клінічних дослідженнях, не впроваджуються або знижують свою ефективність у повсякденній практиці. Причини цього, а також психологічні та соціальні фактори, що впливають на ефективність фізичної терапії, залишаються недостатньо вивченими в зарубіжній літературі та практично не досліджені вітчизняними авторами.

Основою успіху тривалого позитивного контролю маси тіла є активне й свідоме виконання пацієнтом рекомендацій і повсякденна адаптація заходів фізичної терапії до свого способу життя, що можливо лише за умови реабілітаційного навчання пацієнтів [9]. Ступінь сприйняття та виконання рекомендацій може залежати від того, яке місце серед ціннісних орієнтацій пацієнта займає його власне здоров'я, від психоемоційного стану, особливостей успішності взаємодії з реабілітологом, статі тощо. Комплаєнтність хворих на ожиріння щодо дієтотерапії або фізичної активності пов'язана також зі ступенем задоволеності пацієнта конкретним методом корекції, ефективності його попереднього застосування, можливості досягнення певної якості життя [1].

Вважаємо, що з пацієнтами з низьким рівнем комплаєнсу недоцільно проводити реабілітаційні втручання. Вони мають бути поінформовані (власне, що й здійснено впродовж лекції) про ускладнення ожиріння, але пасивне ставлення до стану свого здоров'я або відсутність мотивації до схуднення є значною перешкодою до виконання активної реабілітаційної програми. У майбутньому такі пацієнти є потенційним контингентом для медикаментозного лікування або баріатричних операційних втручань.

Але навіть із тими пацієнтами, які після мотиваційно-ознайомчої лекції виявили достатній рівень комплаєнсу, потрібно постійно проводити заходи для його утримання на досягнутому рівні, оскільки програма фізичної терапії при ожирінні є тривалою. Особливо це стосується чоловіків, які виявили нижчий рівень мотивації у виконанні програм.

**Висновки.** Отже, визначення рівня реабілітаційного комплаєнсу, його покращення та підтримання на високому рівні є умовами успішного проведення тривалих програм із фізичної терапії для хворих на ожиріння. При цьому треба враховувати такі встановлені в дослідженні фактори:

- гендерні особливості мотивації для визначення коротко- та довготривалих цілей реабілітації;

- чоловіки в цілому є менш комплаєнтними, ніж жінки;
- зі зростанням ступеня важкості ожиріння комплаєнтність зменшується.

**Подальші напрями досліджень** полягають у детальній розробці методів збереження та підтримки реабілітаційного комплаєнсу на високому рівні впродовж тривалого виконання програми фізичної терапії.

#### *Джерела та література*

1. Аравіцька М. Г., Лазарева О. Б. Динаміка якості життя хворих з ожирінням під впливом програми фізичної реабілітації. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2017. № 1. С. 72–78. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/smed\\_2017\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/smed_2017_1_12).
2. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание, понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014. № 2. С. 4–12. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12>.
3. Чеховська Мар'яна. Комплаєнс як запорука позитивного ефекту у процесі фізичної реабілітації. *Сучасні тенденції у практиці й освіті з фізичної терапії*: тези доп. міжнар. наук. семінару. Львів: ЛДУФК, 2016. С. 71–73. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/6592/1/M.%20Чеховська.pdf>
4. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. New-York: WHO, 2003. URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
5. Cefalu W. T., Bray G. A., Home P. D., Garvey W. T., Klein S., Pi-Sunyer F. X., 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). P. 1567–1582.
6. Hughes D. A., 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. Oct.10. (7). P. 601–615.
7. Simpson S. H., Eurich D. T., Majumdar S. R. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006; 333:15–20.
8. Stewart K., George J., Mc Namara K. P. et al. A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPY trial). *J Clin Pharm Ther*. 2014. 39 (5). P. 527–34.

9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). URL: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en)
10. Zimmerman G. L., Olsen C. G., Bosworth M. F. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am. Fam. Physician*. 2000. 61(5). P. 1409–1416.

### *References*

1. Aravicjka, M. Gh., Lazarjeva, O. B. (2017). Dynamika jakosti zhyttja khvorykh z ozhyrinnjam pid vplyvom prohramy fizychnoji reabilitaciji [Dynamics of the quality of life of obese patients under the influence of physical rehabilitation program]. *Sportyvna medycyna i fizychna reabilitacija*: No. 1, 72–78. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/smed\\_2017\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/smed_2017_1_12).
2. Danylov, D. S. (2014) Terapevtycheskoe sotrudnychestvo (komplaens): sodержanye, ponjatyja, mekhanyzmy formirovaniya y metody optymyzacyy [*Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation*]. *Nevrologhyja, nejropsykhjatyryja, psykhosomatyka*, No. 2, 4–12. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12> [in Russian].
3. Chekhovsjka, Mar'jana (2016). Komplajens jak zaporuka pozytyvnogho efektu u procesi fizychnoji reabilitaciji [Compliance as a pledge of a positive effect in the process of physical rehabilitation]. Suchasni tendenciji u praktyci j osviti z fizychnoji terapiji: tezy dop. mizhnar. nauk. seminaru. Ljviv, LDUFK, 71–73. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/6592/1/M.%20Чеховська.pdf>.
4. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. New-York, WHO, 2003. URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
5. Cefalu, W. T., Bray, G. A., Home, P. D., Garvey, W. T., Klein, S., Pi-Sunyer, F. X., et al. (2015) Advances in the Science, Treatment, and Prevention of the Disease of Obesity: Reflections From a Diabetes Care Editors' Expert Forum. *Diabetes Care*, 38(8), 1567–1582.
6. Hughes, D. A., Bagust, A., Haycox, A., Walley, T. (2001). The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Econ*, Oct.10. (7), 601–615.
7. Simpson, S. H., Eurich, D. T, Majumdar, S. R. et al. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*, 333, 15–20.
8. Stewart, K., George, J., Mc Namara, K.P. et al. (2014). A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPy trial). *J Clin Pharm Ther*, 39 (5), 527–34.
9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). URL: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en)
10. Zimmerman, G. L., Olsen, C. G., Bosworth, M. F. (2000). A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am. Fam. Physician*, 61(5), 1409–1416.

### *Анотації*

**Актуальність теми.** *Комплаєнс як умова ефективної реабілітації, особливо при тривалих захворюваннях, зокрема при ожирінні, є малодослідженою проблемою сучасної фізичної терапії, що призводить до зниження ефективності застосовуваних методів корекції маси тіла. Мета – визначити рівень комплаєнсу в чоловіків та жінок з ожирінням I–III ступенів для визначення шляхів збільшення ефективності програми фізичної терапії та постановки цілей реабілітації. Методи дослідження.* Для визначення величини реабілітаційного комплаєнсу й можливих шляхів його покращення за розробленою анкетною проведено розпитування 288 осіб другого зрілого віку з аліментарно-екзогенним ожирінням I–III ступенів. Після цього проводили індивідуальні мотиваційно-ознайомчі лекції щодо підвищення рівня комплаєнсу та заохочення до проходження програми фізичної терапії й проводили повторне тестування. **Результати роботи.** При вихідному розпитуванні виявлено недостатній рівень комплаєнсу в більшості хворих, що в майбутньому може знизити ефективність реабілітаційних утручань. Аналіз динаміки параметрів після проведеної лекції засвідчив, що статистично значущого збільшення рівня комплаєнсу вдалося досягнути в усіх групах. Під час аналізу відсоткового розподілу ступеня комплаєнсу за статтю та ступенем ожиріння в динаміці виявлено, що жінки всіх груп показали більшу комплаєнтність за рахунок більшої кількості осіб із високим і середнім її рівнями, виявляли більшу інформованість про наслідки та ускладнення ожиріння, частіше вважали його проблемою, яку потрібно розв'язати. Ступінь комплаєнтності зменшувався зі збільшенням ступеня ожиріння в обох гендерних групах. **Висновки.** Визначення рівня реабілітаційного комплаєнсу, його покращення та підтримання на високому рівні з урахуванням гендерних особливостей є умовами успішного проведення тривалих програм із фізичної терапії для хворих на ожиріння та становлення коротко- й довготермінових цілей реабілітації.

**Ключові слова:** *фізична терапія, зменшення маси тіла, прихильність до лікування та реабілітації.*

**Марія Аравицкая. Гендерные особенности реабилитационного комплаенса у пациентов с ожирением.** *Актуальность темы.* *Комплаєнс як умово ефективної реабілітації, особливо при тривалих захворюваннях, зокрема при ожирінні, є малодослідженою проблемою сучасної фізичної терапії, що призводить до зниження ефективності застосовуваних методів корекції маси тіла. Мета – визначити рівень комплаєнсу в чоловіків та жінок з ожирінням I–III ступенів для визначення шляхів збільшення ефективності програми фізичної терапії та постановки цілей реабілітації. Методи дослідження.* Для визначення величини реабілітаційного комплаєнсу й можливих шляхів його покращення за розробленою анкетною проведено розпитування 288 осіб другого зрілого віку з аліментарно-екзогенним ожирінням I–III ступенів. Після цього проводили індивідуальні мотиваційно-ознайомчі лекції щодо підвищення рівня комплаєнсу та заохочення до проходження програми фізичної терапії й проводили повторне тестування. **Результати роботи.** При вихідному розпитуванні виявлено недостатній рівень комплаєнсу в більшості хворих, що в майбутньому може знизити ефективність реабілітаційних утручань. Аналіз динаміки параметрів після проведеної лекції засвідчив, що статистично значущого збільшення рівня комплаєнсу вдалося досягнути в усіх групах. Під час аналізу відсоткового розподілу ступеня комплаєнсу за статтю та ступенем ожиріння в динаміці виявлено, що жінки всіх груп показали більшу комплаєнтність за рахунок більшої кількості осіб із високим і середнім її рівнями, виявляли більшу інформованість про наслідки та ускладнення ожиріння, частіше вважали його проблемою, яку потрібно розв'язати. Ступінь комплаєнтності зменшувався зі збільшенням ступеня ожиріння в обох гендерних групах. **Висновки.** Визначення рівня реабілітаційного комплаєнсу, його покращення та підтримання на високому рівні з урахуванням гендерних особливостей є умовами успішного проведення тривалих програм із фізичної терапії для хворих на ожиріння та становлення коротко- й довготермінових цілей реабілітації.

терапии, что приводит к снижению эффективности применяемых методов коррекции массы тела. **Цель** – определить уровень комплаенса у мужчин и женщин с ожирением I–III степеней для определения путей повышения эффективности программы физической терапии и постановки целей реабилитации. **Методы исследования.** Для определения величины реабилитационного комплаенса и возможных путей его улучшения по разработанной анкете проведены расспросы 288 человек второго зрелого возраста с алиментарно-экзогенным ожирением I–III степеней. После этого проводили индивидуальные мотивационно-ознакомительные лекции по повышению уровня комплаенса и поощрения к прохождению программы физической терапии и проводили повторное тестирование. **Результаты работы.** При исходном расспросе обнаружено недостаточный уровень комплаенса у подавляющего большинства больных, в будущем может снизить эффективность реабилитационных вмешательств. Анализ параметров после проведенной лекции показал, что статистически значимого увеличения уровня комплаенса удалось достичь во всех группах. При анализе процентного распределения степени комплаенса по полу и степени ожирения в динамике выявлено, что женщины всех групп показали большую комплаентность за счет большего количества лиц с высоким и средним ее уровнями, проявляли большую информированность о последствиях и осложнениях ожирения, чаще считали его проблемой, которую нужно решить. Степень комплаентности уменьшался с увеличением степени ожирения в обеих гендерных группах. **Выводы.** Определение уровня реабилитационного комплаенса, его улучшение и поддержание на высоком уровне с учетом гендерных особенностей является одним из условий успешной реализации длительных программ физической терапии для больных ожирением и становления кратко- и долгосрочных целей реабилитации.

**Ключевые слова:** физическая терапия, уменьшение массы тела, приверженность к лечению и реабилитации.

**Mariya Aravitska. Gender Features of the Rehabilitation Compliance in Patients with Obesity. Topicality.**

*Compliance as a condition of effective rehabilitation, especially for long-term illnesses, in particular obesity, is a poorly researched problem of modern physical therapy, which leads to a decrease in the effectiveness of the applied methods of body weight correction.*

**Objective of the study** is to determine the level of compliance in men and women with obesity of I–III degree for finding out the ways of increasing the effectiveness of the physical therapy program and setting rehabilitation goals.

**Methods of the Research.** To determine the value of rehabilitation compliance and possible ways of improving it according to the developed questionnaire, 288 people of the second mature age with alimentary-exogenous obesity of the I–III degree were questioned. After that, individual motivational orientation lectures were held in order to increase the level of compliance and encourage physical therapy programs and were retested.

**Results of the Research.** At the initial questioning, an insufficient level of compliance was found in the vast majority of patients; it may reduce the effectiveness of rehabilitation interventions in the future. An analysis of the parameters after the lecture showed that a statistically significant increase in the level of compliance was achieved in all groups. When analyzing the percentage distribution of the degree of compliance by sex and the degree of obesity in the dynamics, it was found that women of all groups showed greater compliance due to the greater number of individuals with a high and medium levels, showed greater awareness of the consequences and complications of obesity, more often considered it to be a problem that needs to be decide. The degree of compliance decreased with an increasing degree of obesity in both gender groups.

**Conclusions.** Determining the level of rehabilitation compliance, improving it and maintaining it at a high level taking into account gender characteristics is one of the conditions for successful long-term physical therapy programs for obese patients and the establishment of short and long-term rehabilitation goals.

**Key words:** physical therapy, weight loss, adherence to treatment and rehabilitation.