

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

Моїсеєва Юлія Андріївна

На правах рукопису

УДК 616-056.527:616.379-008.64]-039.71:614.253.5

Магістерська робота

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ АЛІМЕНТАРНОГО ОЖИРІННЯ У
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ ТА
ШЛЯХИ ЇЇ ВДОСКОНАЛЕННЯ

22 Охорона здоров'я
спеціальність 223 Медсестринство

Науковий керівник:

доктор медичних наук,
завідувач кафедри функціональної та
лабораторної діагностики Тернопільського
національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
проф. Марущак М.І.

Тернопіль - 2021

ЗМІСТ

Зміст	2
Перелік умовних позначень, символів, скорочень і термінів	3
Вступ	4
Розділ 1. Сучасні аспекти цукрового діабету 2 типу й аліментарного ожиріння з позиції медичної сестри (огляд літератури)	9
1.1 Сучасні аспекти цукрового діабету та передумови розвитку поліорганного ураження	9
1.2 Аліментарне ожиріння: загальна характеристика та роль медсестри у його профілактиці	14
Розділ 2. Матеріали та методи	22
2.1. Характеристика осіб, включених у дослідження.	22
2.2. Анкетування пацієнтів.	22
2.3. Статистичні методи дослідження.	23
Розділ 3. Особливості стилю харчування, відношення пацієнтів до харчування, самооцінка здоров'я хворих на аліментарне ожиріння й роль медичної сестри у формуванні навичок здорового способу життя	25
3.1. Особливості харчової поведінки хворих на аліментарне ожиріння на тлі цукрового діабету 2 типу	25
3.2. Самооцінка стану здоров'я пацієнтів з ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу	30
3.3. Якісна оцінка відношення до харчування хворих на цукровий діабет 2 типу та аліментарне ожиріння	35
3.4. Роль медичної сестри у профілактиці аліментарного ожиріння у хворих на цукровий діабет 2 типу	39
Аналіз та узагальнення результатів	45
Висновки	59
Практичні рекомендації	60
Список використаної літератури	61

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І
ТЕРМІНІВ**

ВООЗ	– всесвітня організація охорони здоров'я;
ЦД2	– цукровий діабет 2 типу;
ІМТ	– індекс маси тіла;
ЕЦ	– енергетична цінність;

ВСТУП

Зростаюча поширеність цукрового діабету 2 типу (ЦД2) викликає занепокоєння. Варто вказати, що ЦД є не лише складною медичною, але й соціальною проблемою, оскільки характеризується високим ризиком розвитку інвалідизуючих ускладнень. Згідно даних ВООЗ кожні шість секунд від цієї хвороби та її ускладнень на планеті помирає одна людина [1]. Отже, кожна одинадцята доросла людина на планеті хворіє на ЦД, більшість з пацієнтів мають ЦД2 і в наступні роки поширеність ЦД2 буде лише збільшуватись, особливо в країнах із низьким рівнем доходу [1]. Незважаючи на досягнення фармакотерапії, втручання, спрямовані на зміни способу життя, такі як лікувальна дієтотерапія та навчання самокеруванням діабетом, залишаються наріжними каменями в управлінні T2DM [3, 4].

З іншого боку, дослідження останніх років вказують на значне поширення ожиріння, яке виступає основним фактором ризику цукрового діабету 2 типу, атеросклерозу, серцево-судинних захворювань та деяких інших патологій [5-7]. Так, за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у всьому світі до 2015 року буде 2,3 млрд дорослих осіб з надмірною вагою і більше 700 мільйонів - з ожирінням [8]. Аналіз наукової літератури показав, що висока частота ожиріння спостерігається у Сполучених Штатах Америки, Європі і на Близькому Сході, а найнижча - в Африці і Східній Азії [9, 10]. У Росії в середньому 30 % працездатного населення мають ожиріння, а 25 % - надмірну масу тіла [11]. В Україні через малорухомий спосіб життя, нераціональне харчування, постійні психологічні стреси серед працездатного населення ожиріння виявляють майже у 30 % осіб, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець [12].

Значним важелем, який формує здоров'я населення, впливає на перебіг захворювань, відновлює стан здоров'я людини, пропагує здоровий спосіб життя, долучається до розробки заходів, спрямованих на фактори, що можуть

негативно позначитись на здоров'ї, забезпечивши тим самим попередження і зниження захворюваності, поліпшення спадковості, гармонійний розвиток населення України є медична сестра [13]. І це не повний перелік її діяльності. Середній медичний персонал повинен називатися центральною ланкою системи лікування хворих та забезпечення основних складових здоров'я. Негативний вплив на здоров'я людини мають різні чинники ризику. Існують об'єктивні чинники ризику, на які впливати неможливо, наприклад, вік, раса, спадковість. Є суб'єктивні чинники ризику, що залежать від кожної конкретної людини, її звичок, поведінки, способу життя. Такими найпоширенішими чинниками є гіподинамія, неправильне харчування, надлишкова маса тіла, тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв і наркотичних речовин, надмірний вплив стресових ситуацій.

Одна з проблем, яка постає перед медичним персоналом – це покращення якості діагностики та профілактики пацієнтів з аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу. Для більш повного розуміння розповсюдженості й основних факторів ризику аліментарного ожиріння при цукровому діабеті, а також оптимізації їх профілактики важливим є дослідження впливу кожного фактора на розвиток даного захворювання, що обґрунтовує актуальність даного дослідження.

Об'єкт дослідження – аліментарне ожиріння в пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Предмет дослідження – особливості стилю харчування, відношення пацієнтів до харчування, самооцінка здоров'я хворих на аліментарне ожиріння й інформаційно-освітні заходи у профілактиці аліментарного ожиріння та формуванні навичок здорового способу життя

Мета дослідження – оптимізувати профілактику аліментарного ожиріння у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та встановити роль медичної сестри у формуванні навичок здорового способу життя в таких хворих.

Завдання дослідження:

1. Встановити особливості стилю харчування хворих на аліментарне ожиріння на фоні цукрового діабету 2 типу.
2. Проаналізувати анкетні дані щодо самооцінки здоров'я хворих на аліментарне ожиріння та поєднаний перебіг ожиріння з цукровим діабетом 2 типу.
3. Провести якісну оцінку відношення до харчування хворих на цукровий діабет 2 типу та аліментарне ожиріння.
4. Визначити роль медичної сестри у формуванні навичок здорового способу життя й профілактиці аліментарного ожиріння у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Методи дослідження: анкетування осіб з патологією внутрішніх органів; математичний аналіз.

Наукова новизна одержаних результатів. На підставі проведеного дослідження, освітньо-інформаційних програм дано нове вирішення актуальної задачі сучасної ендокринології, яке спрямоване на оптимізацію профілактики аліментарного ожиріння за умови цукрового діабету 2 типу.

Серед етіологічних факторів ожиріння домінують частий прийом їжі, переважно у вечірній час, збільшення частки вуглеводів у їжі та заміна здорової їжі на фаст-фуд у поєднанні з тютюнопалінням і вживанням алкоголю.

У хворих на ожиріння, а також його коморбідний перебіг з ЦД2 важливою умовою для відчуття щастя є не тільки стан здоров'я, але й матеріальний добробут та місце проживання.

Роль медичної сестри полягає в організації і проведенні освітньої роботи по модифікації стилю харчування та по профілактиці тютюнопаління і вживання алкоголю. Спільна робота медичного персоналу з хворим на

діабет виробляє стратегії для конкретного пацієнта, що збалансує не тільки їх харчування, але й міжособистісні стосунки під час прийому їжі.

Профілактика аліментарного ожиріння включає звичайні заходи: чітку мотивацію, зміну способу життя (харчування й фізична активність) та підтримку зменшеної ваги. При цьому медична сестра повинна надавати необхідну для пацієнта допомогу на кожному з цих етапів. Регулярна підтримка пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням покращує результати щодо зменшення ваги.

Практичне значення одержаних результатів. Встановлена недостатня активність медичних сестер у формуванні навичок здорового способу життя та заходів щодо профілактики аліментарного ожиріння у пацієнтів з ЦД2. Хоча медичні сестри мають обмежений час та ресурси, проте регулярна підтримка пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням покращує результати щодо зменшення ваги. Враховуючи емоційну напруженість пацієнтів з аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу в соціумі, а також зменшення позитивних емоцій від їжі, для кращих результатів щодо профілактики ожиріння роботу медичної сестри необхідно поєднувати з консультацією дієтолога та психолога.

Особистий внесок здобувача. Автор магістерської роботи є основним розробником усіх викладених у роботі положень. За безпосередньою участю автора було проведено анкетування й опитування осіб, освітньо-інформаційні заходи, здійснено математичний аналіз і узагальнення результатів дослідження.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 3 наукові роботи у виданнях, фахових за спеціальністю 223 Медсестринство.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 73 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, розділу власних досліджень, аналізу та

узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який включає 114 джерел.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Й АЛІМЕНТАРНОГО ОЖИРІННЯ З ПОЗИЦІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ (огляд літератури)

1.1 Сучасні аспекти цукрового діабету та передумови розвитку поліорганного ураження

Цукровий діабет (ЦД) є надзвичайно важливим і глобальним питанням охорони здоров'я, виступаючи найбільшою проблемою 21 століття [14, 15]. Це зумовлено високою, постійно зростаючою розповсюдженістю захворювання та частим розвитком ускладнень [16-18]. Як зазначає Danaei та співавт., у 2008 році встановлено двократне збільшення числа дорослих осіб із діабетом порівняно з 1980 роком [19].

Згідно ВООЗ і Американської Асоціації Діабету, термін "цукровий діабет" описує складні порушення обміну речовин, що характеризуються хронічною гіперглікемією внаслідок дефектів секреції інсуліну, дії інсуліну, або ж, обома [20, 21]. Цукровий діабет (ЦД) є складним гетерогенним синдром [22]. Недостатня секреція інсуліну та / або зменшення реакції тканин на інсулін у складних шляхах дії гормонів приводять до дефіциту дії інсуліну на органи-мішені, що призводить до порушення метаболізму вуглеводів, жирів та білків. При цьому порушення секреції інсуліну та / або дії може співіснувати у того самого пацієнта [20, 21]. ЦД характеризується сукупністю генетичних або набутих дефектів у секреції інсуліну і / або інсулінорезистентності периферійних тканин. Складність цього процесу виявляється в глибокій перебудові білкового, вуглеводного, ліпідного, іонного і мінерального метаболізму [22].

Існує величезна кількість різної наукової інформації щодо епідеміології ЦД залежно від географічної локалізації, етнічної

приналежності, вікової групи та інше. Це спричинено відсутністю у всьому світі затвердженого стандартного методу дослідження даного питання. Характеризуючи літературні джерела виявилось, що найнижчі показники захворюваності на ЦД у світі мають східні популяції, наприклад, у Китаї – 0,1 випадків на 100 тис. населення на рік. У європейських країнах відсоток хворих складає 3-6 %, у Полінезії і Мікронезії – 25-30 %, що, насамперед, залежить від етнічної приналежності популяцій [23]. Поширеність ЦД у Сполучених Штатах Америки у 2000 р. складало 35 млн, до 2025 року очікується збільшення їх кількості до 64 млн [24, 25]. У Скандинавії, а саме Фінляндії найвищі показники захворювання – 36,5 випадків на 100 тис. населення на рік, на середземноморському острові – Сардинія – 36,8 випадків на 100 тис. населення на рік [26].

В Україні поширеність ЦД за останні 5 років зросла на 26 % [27]. Офіційно в 2008 році зареєстровано 1 млн 94,1 тис. хворих на ЦД, що склало 2,4 % від загального числа населення. Проте літературний аналіз показує, що ці дані не є достовірними, адже в Україні на 1 хворого з виявленим ЦД за розрахунками припадає близько 3-4 хворих з невизначеною патологією [28]. Вивчаючи зональність розміщення ЦД виявлено найвищі показники у Хмельницькій області, а саме 3584,1 випадки на 100 тис. населення, Черкаській – 3531,2 на 100 тис. населення і Чернівецькій області – 3502,7 на 100 тис. населення, а найнижчі показники зареєстровані у Волинській області – 1836,5 на 100 тис. населення, Львівській – 2051,4 на 100 тис. населення і Чернігівській – 2123,2 на 100 тис. населення областях [27].

Аналізуючи епідеміологію захворюваності ЦД по типу найвищу захворюваність відзначають у Північній Європі від 3,4 до 36,0 випадків на 100 тис. населення у рік. Науковці припускають, що низька сироваткова концентрація вітаміну D у європейців не тільки пов'язана з діабетом, але й може бути причиною розвитку захворювання. В Африці показники ЦД 1 типу коливаються від 1,9 до 7,0 випадків на 100 тис. населення у рік, в Азії –

від 0,1 до 10,0, близько 4,4 – в Австралії, від 2,6 до 20,2 – на Близькому Сході, від 7,6 до 25,7 – у Північній Америці і від 1,3 до 18,0 – в Південній Америці [29, 30]. Встановлено, що захворюваність на ЦД 1 типу змінюється з віком, зокрема, зростає від народження до 12 років, досягаючи максимуму у віці 10-14 років з наступним його зниженням [31, 32]. Епідеміологія ЦД 2 типу є не менш багатою, в Африці показники коливаються від 0,3 до 17,9 %, в Азії – від 1,2 до 14,6 %, в Європі – від 0,7 до 11,6 %, на Близькому Сході – від 4,6 до 40 %, від 6,7 до 28,2 % – у Північній Америці і від 2,0 до 17,4 % – у Південній Америці [33]. Аналізуючи захворюваність на ЦД 2 типу виявлено, що основна частина хворих, а саме 90 % – це пацієнти з ЦД 2 типу. Поширеність ЦД 2 типу перевищує у 10 разів поширеність ЦД 1 типу [34]. Потрібно проте відмітити, що в осіб після 65 років епідеміологія діабету 2 типу значно вища і складає 10-15 % [23].

Згідно ВООЗ і Американської Асоціації Діабету, термін "цукровий діабет" описує складні порушення обміну речовин, що характеризуються хронічною гіперглікемією внаслідок дефектів секреції інсуліну, дії інсуліну, або ж, у результаті їх поєднання. Недостатня секреція інсуліну та / або зменшення реакції тканин на інсулін у складних шляхах дії гормонів приводять до дефіциту дії інсуліну на органи-мішені. Складність цього процесу виявляється в глибокій перебудові білкового, вуглеводного, ліпідного, іонного і мінерального метаболізму [22].

Дуже важливим є вплив зовнішнього середовища, тобто сезонних характеристик на показники захворюваності ЦД 1 типу, що чітко простежується у дітей старшого віку і підлітків. У літні місяці відбувається зниження захворюваності. Ймовірно, це пов'язано із зростанням вірусної інфекції у холодну пору року [35]. Статевий диморфізм у хворих на ЦД має теж значний вплив, як показали дослідження, підвищення летальних випадків у чоловіків фіксується з 40-49 років, тоді як в жінок вже з 30-39 років [36].

У всьому світі дослідження поширеності ЦД показали, що різні судинні патології: ішемічна хвороба серця, захворювання периферійних судин, інсульт та ін. зустрічаються у 2-4 рази частіше у хворих на ЦД 1 і 2 типів [37]. Ризик розвитку ішемічної хвороби серця різко зростає після 40 років у пацієнтів з ЦД 1 типу, і у віці 55 років близько 35 % пацієнтів обох статей гинуть через гострий коронарний синдром. Фремінгхемським дослідженням, яке було проведено в 1948 році і залишається одним з найбільш визначальних в галузі епідеміології було показано, що у пацієнтів з ЦД обох статей частота ішемічної хвороби серця збільшується вдвічі, так як жінки з ЦД втрачають пременопаузальну здатність захисту від серцево-судинних захворювань, також при ЦД атеросклеротичні ураження характеризуються раннім початком, швидким розвитком і більшою частотою досліджуваної патології [38].

Розглядаючи ЦД 1 та 2 типів варто відзначити суттєву різницю в їх патогенезі. У генетично схильних осіб в патогенезі ЦД 1 типу фактори навколишнього середовища можуть спонукати до аутоімунного процесу, який асоційований із порушенням толерантності до аутоантигенів і призводить до вибіркової загибелі інсулінпродукуючих β -клітин острівців Лангерганса підшлункової залози. Отже, імунна рівновага спрямована на пошкодження або, навпаки, на захист β -клітин, адже вважається, що гени і чинники навколишнього середовища можуть мати шкідливий або сприятливий вплив [39].

Проведені багаторічні дослідження показали, що ЦД 1 типу є хронічним аутоімунним захворюванням, при загибелі інсулінпродукуючих β -клітин острівців Лангерганса підшлункової залози понад 80–90 %, розвивається гіпоінсулінізм. Він і провокує дисбаланс в гомеостазі глюкози та розвиток характерних для ЦД 1 типу клінічних ознак [22, 40]. Існує два підтипи ЦД 1 типу: аутоімунний ЦД (1А тип) і ідіопатичний ЦД (1В тип).

Вивчаючи механізми розвитку ЦД 1 типу важливо і необхідно дослідити вплив чинників зовнішнього середовища на розвиток хвороби [41-44]. Вчені запропонували декілька гіпотез щодо впливу факторів зовнішнього середовища на патогенетичну ланку ЦД 1 типу. Найбільш поширена є «Гіпотеза перевантаження». В основі даної гіпотези лежить наявність ожиріння, яке збільшує потребу в інсуліні чим зумовлює перевантаження острівцевих клітин і прискорення β -клітинного пошкодження [41, 45]. Друга гіпотеза, яка по частоті зустрічається в літературних джерелах – "Гігієнічна гіпотеза", яка показує, що при зниженні тренування імунної системи чинниками навколишнього середовища збільшується кількість випадків аутоімунних захворювань [43, 46]. «Гіпотеза старих друзів» є найбільш реалістичною, адже пов'язана з харчуванням. На фоні нормальної шлунково-кишкової мікрофлори під впливом їжі як прямого регулятора імунної системи й індивідуальної толерантності шляхом зміни мікрофлори кишечника і її проникності [42]. "Фертильна гіпотеза" має в основі наявність мікробної інфекції, яка створює стан, тимчасового характеру, в якому інші антигени можуть більш легко реагувати, зумовлюючи вихід аутореактивних Т-клітин [47]. Одна з найновіших гіпотез є «порогова гіпотеза». Вона забезпечує математичні моделі розрахунку ризику розвитку ЦД 1 типу [48]. Однак важливо розуміти, що роль гіпотез є незначна в патогенезі ЦД 1 типу, адже лідируючу позицію залишають за собою генетична схильність та імунний дисбаланс.

Сучасні досягнення медичної науки свідчать про те, що у патогенезі розвитку різноманітних захворювань та їх ускладнень важливе місце посідає ендогенна інтоксикація (ЕІ) [49-51]. У формуванні ендотоксикозу можуть брати участь декілька механізмів. Згідно результатів дослідження О.А. Оленович, на фоні цукрового діабету розвивається ЕІ, яка є не тільки наслідком порушення метаболічних процесів за умови захворювання, а й сама виступає причиною розвитку патологічних реакцій [52].

1.2. Аліментарне ожиріння: загальна характеристика та роль медсестри у його профілактиці.

В економічно розвинутих країнах майже 50 % населення має надмірну масу тіла, при цьому у 30 % з них спостерігається ожиріння. За останніми оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, надмірною вагою в сучасному світі страждають приблизно 1,5 мільярда дорослих людей і ще 350 млн. схильні до ожиріння. Приблизно 20 млн. дітей до 8 років мають проблеми із зайвою вагою. У США більше 60 % населення мають надлишкову масу тіла, а це приблизно кожен третій житель. Серед дорослого населення Америки число осіб з ожирінням зростає на 8 % кожні 10 років. За прогнозами дослідників, якщо ожиріння зростатиме такими ж темпами, то до 2230 р. все населення США буде мати надмірну вагу [65]. У Китаї та Японії ожирінням страждають 15 % населення. Науковці відмічають, що за останні 20 років кількість огрядних дітей і підлітків збільшилася у Китаї в чотири рази і зараз складає майже 30 млн. і за прогнозами фахівців до 2020-го р. ця цифра подвоїться. У Європі частота ожиріння є також високою, зокрема, у Швейцарії, Болгарії, Італії, Франції, Іспанії – 20 %, у Німеччині, Фінляндії, Великобританії – 30 %, у Румунії – 40 %, у Російській федерації – близько 50–54 %. У Південній Америці, зокрема у Бразилії, зайва вага серед населення зустрічається вдвічі частіше, ніж це було 15 років тому. В Аргентині, Чилі і Перу від ожиріння зареєстровано у понад 20 % дітей [66, 67].

В Україні від зайвої ваги страждає кожна четверта жінка і кожен шостий чоловік. Всього ожирінням страждає близько 15–20 % населення нашої країни. У 2011 році державна служба статистики України визначила регіони, де проживає найбільша кількість осіб з надмірною масою тіла і з низькою масою тіла. Виявилося, що найстрункіші люди з індексом маси тіла (ІМТ) менше 18,5 проживають на Західній Україні. Товсті люди з ІМТ понад 30

переважно проживають у Полтавській, Донецькій, Запорізькій, Херсонській та Миколаївській областях. Найбільше худих серед молоді у віці 18-19 років, крайнє ожиріння найчастіше зустрічається у віці 50-59 років. ІМТ розрахувати досить легко: треба розділити вагу (у кілограмах) на зведений в квадрат зріст (у метрах). ІМТ нижче 18,5 вважається еталоном краси, така вага досягається за допомогою дієт ІМТ, тоді як при ІМТ вище 30 діагностується аліментарне ожиріння [68].

Ожиріння – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності, що є наслідком неправильного способу життя. Це хворобливий стан, при якому виявляється надлишок жирової тканини у підшкірній основі та інших тканинах організму [69]. Узагальнюючи, дане захворювання виникає тоді, коли надходження енергії в організм перевищує її витрати і це призводить до нагромадження жирової тканини і збільшення маси тіла. Причини порушення цього балансу різноманітні і залежать як від характеру їжі, харчування, його якісного та кількісного складу, так і від способу життя, хоча харчуванню належить одна з основних ролей.

До факторів, які визначають розвиток ожиріння, належать: генетичні, демографічні (вік, стать, етнічна приналежність), соціально-економічні (освіта, професія, сімейний стан), психологічні (перенапруження нервової системи), поведінкові (харчування, фізична активність, алкоголь, паління, стреси.). Розрізняють два види ожиріння – первинне і вторинне. До первинного (екзогенного) відносять аліментарне ожиріння, основною причиною якого є переїдання. Вторинне (ендогенне) має наступні форми: церебральну – зумовлену ураженням центральної нервової системи, гіпофізарну, надниркову, яєчникову, та ожиріння, пов'язане з порушенням функції щитоподібної залози. Визначальними серед факторів ожиріння вважають переїдання, надмірне споживання жирної їжі у поєднанні з

низькою фізичною активністю, що в осіб зі спадковою схильністю призводить до розвитку даного захворювання [70].

Важливе значення у регуляції маси тіла має склад і набір продуктів харчового раціону. Різні маркетингові дослідження підтверджують, що борошняні вироби, жирне м'ясо, ковбаси та сосиски, їжа швидкого приготування все більше витісняють з раціону українців овочі та фрукти. Українці часто їдять шкідливу їжу – гамбургери, чіпси, шоколадні батончики тощо, які є дуже калорійними та розвивають харчову залежність. Незважаючи на те, що вже ніби наситився, але вже через годину голод мучить знову, а вага від такої їжі постійно збільшується [71].

До переїдання призводить нерегулярне харчування. Нечасте споживання їжі сприяє збільшенню ваги, тоді як більш часте – втраті. Це, насамперед, стосується людей, які у зв'язку з умовами праці основну масу їжі вживають ввечері, після роботи. Це викликає надмірний апетит і обов'язково – переїдання. Під час сну після калорійної їжі витрачається дуже мало енергії, і харчові речовини відкладаються у вигляді жиру у жировій тканині, що й призводить врешті до ожиріння з усіма його наслідками [72].

Депресія, заклопотаність, дратівливість також часто ведуть до переїдання. Ці стани багато в чому визначені низьким вмістом серотоніну в мозку. Низький вміст серотоніну істотно впливає на тягу до солодкого, борошняного і крохмаль-вмісних страв. Таким чином, пригнічений настрій веде до “переїдання солодощами”, а насичення ними - до задоволення і комфортного стану [73].

Автоматизація і механізація сучасних трудових процесів і побуту привела до значного зменшення витрат енергії на їх виконання. Огрядні люди часто не їдять більше, ніж люди з нормальною масою, але малоактивний спосіб життя, тобто гіподинамія, спонукає до розвитку аліментарного ожиріння [74].

При порівнянні способу життя звичайної людини минулого з сучасною, можна дійти висновку, що гіподинамія увійшла у всі соціальні та вікові прошарки суспільства. Особисті автомобілі, розвинений громадський транспорт, комп'ютери як робоче місце та засіб отримання інформації, навіть дистанційні пульти до телевізорів метр за метром скорочують необхідний для нашого тіла рух. Привертає увагу до себе багатогодинне сидіння біля екранів монітору більшості підростаючого покоління, тоді як у молодих осіб не вистачає часу на прогулянки на свіжому повітрі, різноманітні рухливі ігри, заняття спортом. Рідко хто згадує про рекомендації відомого прихильника здорового способу життя, академіка Миколи Амосова про те, що для профілактики ожиріння і серцево-судинних захворювань кожна людина повинна пішки проходити щоденно не менше п'яти – шести кілометрів [75, 76].

Запобіжні заходи, спрямовані проти розвитку ожиріння, поєднують у собі два основних фактори: фізичну активність і обмеження харчування. При цьому пацієнт повинен усвідомлювати, що ожиріння — це серйозна недуга, тому тільки при найактивнішій участі власне хворого можна запобігти захворюванню, особливо якщо своєчасно розпочати боротьбу. Сучасні умови життя характеризуються обмеженням фізичної активності, що детренує й ослаблює організм, посиленням нервових подразників, порушенням режиму харчування та інших правил гігієни. За цих умов фізична культура виступає як засіб боротьби за здоров'я людини на різних етапах і тривалість якісного життя, а не просто довголіття [67].

Здоров'я і довголіття нашого народу забезпечуються сукупністю соціальних заходів, передусім фізичною культурою і спортом. Фізична культура як засіб неспецифічної профілактики (громадської й особистої), зокрема і в галузі запобігання розвиткові ожиріння, зростає з кожним роком. Швидкими темпами розвивається туризм, що має велике профілактичне й

оздоровче значення. Збільшується кількість фізкультурно-оздоровчих таборів для молоді, туристичних баз, пансіонатів, зон відпочинку і фізкультури в містах, басейнів оздоровчого плавання та ін. На рівні держави пропагуються такі види спорту як танці, плавання, зимові види спорту, що створює підґрунтя для регулярних занять різними видами фізичних вправ з метою запобігання розвитку надмірної повноти [68]. Важливу роль фізична культура відіграє у профілактиці захворювань серцево-судинної і дихальної систем, розладам обміну, особливо у дітей [69]. Низкою вітчизняних та зарубіжних досліджень доведено, що відсоток дітей, які хворіли на ожиріння, ангіну, легеневі захворювання та ін., серед тих, хто займається спортом, значно менший. Запобігати ожирінню допомагають гімнастика, лижі, ковзани, біг, плавання, веслування, ігри та ін., якщо їх використовувати регулярно і протягом усього життя. Вибір фізичних вправ і ступінь навантаження повинні відповідати стану здоров'я і тренуваності людини [70].

Обов'язковою умовою досягнення позитивних результатів є поєднання занять фізичними вправами з обмеженням харчування. Треба пам'ятати, що людина звичайно споживає більше їжі, ніж потребує її організм, а апетит далеко не завжди сигналізує про справжні потреби. Основним у запобіганні ожирінню вважають дотримання помірності в харчуванні. При цьому передбачається наявність достатньої кількості білків, трохи жирів, помірно вуглеводів з обмеженою загальною калорійністю [71].

Раціональне харчування або дієтотерапія — є одним з найважливіших завдань у лікуванні та профілактиці таких захворювань, як надлишкова вага, цукровий діабет, ожиріння, захворювання щитоподібної залози, артеріальна гіпертензія та багато інших. Правильне харчування сприяє не лише зниженню ваги тіла та нормалізації біохімічних показників крові (рівні холестерину, глюкози, сечової кислоти та ін.), але й збільшенню тривалості та якості життя. Основою дієтичної програми є зміна якісних характеристик

їжі та включення до раціону «здорових» продуктів. Розробляючи її, необхідно враховувати такі фактори, як ступінь ожиріння, вік, стать, тривалість збільшення маси тіла, місця відкладання жиру, харчові звички, домінуючі харчові продукти та страви в раціоні, режим харчування й споживання алкоголю [72].

Окрім цього, на початку лікування медичний працівник повинен оцінити ІМТ, окружність талії, «історію» збільшення ваги, фактори ризику у пацієнта, а також визначити його готовність до зниження ваги (мотивація, час, перешкоди, психіатричні захворювання). Національним інститутом здоров'я США (NIH) рекомендовано пацієнтам із ІМТ 27–35 кг/м² зменшити енергетичну цінність раціону на 300–500 ккал/добу, що призводить до зниження ваги за тиждень на 0,25–0,5 кг, а при ІМТ ≥ 35 кг/м² дефіцит енергії — 500–1000 ккал/добу, зниження ваги на 0,5–1,0 кг/тиждень, протягом 6 місяців у цих пацієнтів вага повинна зменшитись на 10 % від початкової. Після досягнення потрібних результатів основною метою залишається підтримання рівня зниженої маси тіла, запобігання стрімкому її збільшенню. Доведено, що зменшення ваги хоча б на 5–15 % від початкової величини супроводжується значним покращанням перебігу супутніх захворювань. Досягнення такої втрати маси тіла є фактично і фізично реальним [73].

При аліментарному ожирінні надходження енергії відбувається за рахунок жиру, часто прихованого, білків, вуглеводів і алкоголю (1 г містить 7 ккал). Для зменшення надходження енергії у першу чергу рекомендується обмежене споживання жиру й алкоголю. Для побудови дієтичного харчування при ожирінні існують певні принципи: призначення малокалорійної (редуючої) дієти; обмеження в раціоні вуглеводів, що швидко перетворюються в організмі в жир, та жирів тваринного походження й збільшення рослинних; призначення малокалорійної, але значної за об'ємом їжі (сирі овочі, фрукти); багаторазове (до 6 разів/добу) харчування з відміною продуктів, що збуджують апетит (гострі приправи, прянощі тощо);

зменшення кількості рідини та солі в їжі; використання в харчуванні розвантажувальних днів. Обов'язковою складовою добового раціону хворих на ожиріння є сирі фрукти й ягоди (яблука, лимони, червона смородина, агрус тощо) до 200 г/день або у вигляді компотів без цукру. Добовий раціон повинен містити не менше 400–500 г білкових продуктів (м'ясо, риба, сир), страви з овочів і листяної зелені (капуста), редиска, огірки, кабачки, томати сири, варені або печені, а також страви з картоплі, буряка, моркви (не більше 200 г/день). Окрім основної дієти, що рекомендується під час лікування ожиріння, доцільно періодично, приблизно щотижня, проводити один або два розвантажувальних дні з обмеженою енергоцінністю раціону. Домінуючим принципом дієтотерапії є значне обмеження енергетичної цінності (ЕЦ) раціону. Як правило, за вираженого ожиріння ЕЦ харчового раціону знижують на 40 % від фізіологічної норми, а залежно від ефективності лікування ЕЦ зменшують до 30 % або збільшують до 50 % [74].

Для хворих з ожирінням, надлишковою вагою, цукровим діабетом і т.п. принциповим є максимальне обмеження вуглеводів, що легко засвоюються, — за рахунок відмови від цукру (глюкоза та фруктоза), цукровмісних продуктів (шоколад, цукерки, торти, солодкі напої та ін.), меду, продуктів із пшеничної муки (хліб білий та чорний, манна крупа, печиво, вермішель та ін.). Ці продукти містять велику кількість простих вуглеводів, що потребують мінімального перетравлювання та швидко всмоктуються. Рекомендується використовувати продукти, що в своєму складі містять складні вуглеводи з низьким глікемічним індексом [75].

Результати багатьох досліджень засвідчують, що втрата ваги у пацієнтів із надлишковою масою тіла або ожирінням спричиняє покращення якості життя. Дані, отримані через 2 роки після початку дослідження SOS, продемонстрували, що втрата ваги, зумовлена хірургічною корекцією ожиріння, покращувала якість життя (визначену як рівень соціальної взаємодії, рівень тривоги та депресії, настроїв, відчуття здоров'я та рівень

фізичної активності), в той час як у контрольній групі ці показники залишалися без змін. Покращення параметрів якості життя було прямо пов'язане з абсолютною величиною втрати ваги [76].

РЕЗЮМЕ

Значним важелем, який формує здоров'я населення, впливає на перебіг захворювань, відновлює стан здоров'я людини, пропагує здоровий спосіб життя, долучається до розробки заходів, спрямованих на фактори, що можуть негативно позначитись на здоров'ї, забезпечивши тим самим попередження і зниження захворюваності, поліпшення спадковості, гармонійний розвиток населення України є медична сестра.

Медичні сестри мають ідеальну можливість для сприяння зміцненню здоров'я населення, можуть знизити ризик надмірної ваги або ожиріння, в тому числі й при цукровому діабеті 2 типу, а також бути прикладом для наслідування для своїх сімей, громад і пацієнтів. Для ефективної профілактики та лікування важливо, щоб медсестри розглядали надмірну вагу / ожиріння у контексті з психологічними та культурними параметрами, які можуть вплинути на зміни у стані здоров'я, які пов'язані з ожирінням.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

2.1. Характеристика осіб, включених у дослідження

У дослідження було включено 74 особи, віком ($42,4 \pm 2,3$) років, з них аліментарне ожиріння діагностовано у 54 пацієнтів (28 – ожиріння без супутньої патології, 26 – ожиріння на тлі ЦД2) та 20 осіб з нормальною масою тіла (контрольна група). Пацієнти з ЦД2 перебували на стаціонарному лікуванні в комунальному закладі «Міська клінічна лікарня №4» Дніпровської міської ради. За віковим і статевим складом між дослідними групами хворих істотної різниці не було. Усі пацієнти були проінформовані про мету дослідження і дали письмову інформаційну згоду на свою участь у ньому. Конфіденційність інформації про особу і стан здоров'я пацієнта були збережені.

Ожиріння визначали за індексом маси тіла (Кетле) за формулою: $IMT = \text{маса тіла (кг)} / \text{ріст}^2 \text{ (м)}$. Якщо IMT становив $18,5-24,9 \text{ кг/м}^2$, то це вважали нормальною масою тіла, 30 кг/м^2 та більше – ожиріння (I ступеня при $IMT 30,0-34,9 \text{ кг/м}^2$; II ступеня при $IMT 35,0-39,9 \text{ кг/м}^2$). Всім респондентам, які були включені у дослідження, провели анкетування.

2.2. Анкетування пацієнтів.

Опитування хворих особливостей стилю харчування проводилося у весняний період за опитувальником Аравіцької М. [77], який розроблений на основі рекомендації програми профілактики неінфекційних захворювань CINDI, присвячений особливостям стилю та характеру харчування, шкідливим звичкам, виявленню причин неефективності дієтотерапії. В анкеті були запитання із великим вибором відповідей.

Для самооцінки стану здоров'я пацієнтів проводилось опитування хворих на аліментарне ожиріння на тлі ЦД2 за анкетною, розробленою Київським міжнародним інститутом соціології, яка структурно складалась з наступних категорій запитань: 1) матеріальний добробут, 2) самооцінка здоров'я та 3) відчуття щастя.

З метою якісної оцінки відношення до харчування хворих на аліментарне ожиріння на тлі ЦД2 з кожним пацієнтом проводилася бесіда тривалістю 30-60 хв, під час якої дослідник з'ясував як діагноз цукрового діабету змінив відношення до харчування, роль харчування при діабеті, зокрема, були поставлені наступні запитання: чи вважаєте ви харчування компонентом забезпечення нормального стабільного життя; як змінилося ваше харчування після виявлення цукрового діабету; чи змінилося у вас відношення до їжі після того, як ви дізналися, що у вас діабет; як оточуючі відносяться до того, що ви відмовляєтесь від певної їжі через діабет; як ви оцінюєте свій емоційний стан в компанії за столом; як ви організували своє харчування в сім'ї; чи отримуєте ви позитивні емоції від харчуванні; чи пов'язуєте ви зростання глюкози з погрішностями в харчуванні. Варто відмітити, що дослідник давав можливість вільно почуватися пацієнтові, лише скеровуючи запитаннями в необхідне русло, уточнюючи додаткову інформацію. Окремо записувалися думки дослідника у журнал рефлексії для максимальної об'єктивності дослідження. Опитування проводили з дотриманням принципів біоетики та деонтології і здійснювали у формі багатофакторного анкетування.

2.3. Статистичні методи дослідження.

Статистичну обробку цифрових даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення «Excel» («Microsoft», США) та «STATISTICA» 6.0 («Statsoft», США). Для всіх показників розраховували значення середньої арифметичної вибірки (M), її дисперсії і помилки середньої (m).

Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали при нормальному розподілі за критерієм Стюдента, в інших випадках – за допомогою U-критерію Мана-Уїтні.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ СТИЛЮ ХАРЧУВАННЯ, ВІДНОШЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО ХАРЧУВАННЯ, САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА АЛІМЕНТАРНЕ ОЖИРІННЯ Й РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ФОРМУВАННІ НАВИЧОК ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

3.1. Особливості харчової поведінки хворих на аліментарне ожиріння на тлі цукрового діабету 2 типу

При аналізі особливостей стилю харчування встановлено порушення стереотипу харчування у хворих на ожиріння на фоні ЦД2. Так, встановлено, що пацієнти з ожирінням на тлі ЦД2 харчуються 3-4 рази на добу, переважно в обід, для приготування їжі використовують будь-які жири. У харчовий раціон пацієнти з ожирінням переважно включають декілька разів на тиждень свіжі овочі та фрукти, солодощі, 4-6 разів на тиждень – фаст-фуд. Варто відмітити, що більшість таких пацієнтів надмірно не вживають сіль, не курять, в середньому 1 раз на тиждень вживають алкоголь (табл. 3.1). Якщо співставити отримані дані з результатами контрольної групи, то основна роль медичної сестри у профілактичній роботі з пацієнтами цієї категорії повинна бути спрямована на зменшення прийомів й основного об'єму їжі у вечірній час, зменшення частки вуглеводів у їжі та зменшення частоти вживання фаст-фуду.

Аналіз стилю харчування хворих на ожиріння свідчить про те, що вони харчуються 3-4 рази на добу, переважно в обід, для приготування їжі використовують будь-які жири. У харчовий раціон пацієнти з ожирінням включають декілька разів на тиждень свіжі овочі та фрукти, 4-6 разів на тиждень – солодощі і фаст-фуд. Варто відмітити, що більшість таких пацієнтів надмірно споживають сіль, курять, в середньому 2-3 рази на тиждень вживають алкоголь (табл. 3.1). Якщо співставити отримані дані з

результатами контрольної групи, то основна роль медичної сестри у профілактичній роботі з пацієнтами цієї категорії повинна бути спрямована на зменшення прийомів й основного об'єму їжі у вечірній час, зменшення частки вуглеводів у їжі та зменшення частоти вживання фаст-фуду, боротьба зі шкідливими звичками (алкоголь, тютюнопаління, надмірне споживання солі).

Таблиця 3.1 - Особливості стилю харчування хворих на ожиріння

Особливості харчування	Контроль (n=20)	Пацієнти з ожирінням	
		На фоні ЦД2 (n=26)	без супутньої патології (n=28)
Частота харчування на добу			
один раз	1 (5 %)	1 (3,6 %)	0
два рази	5 (25 %)	7 (28 %)	4 (15,4 %)
3-4 рази	11 (55 %)	14 (54 %)	14 (53,8 %)
більше ніж чотири рази	3 (15 %)	5 (17,9 %)	8 (30,8 %)
Переважає вживання їжі			
зранку	8 (40 %)	5 (17,9 %)	2 (7,7 %)
в обід	9 (45 %)	15 (53,6 %)	14 (53,8 %)
ввечері	3 (15 %)	8 (28,6 %)	10 (35,7 %)
Використання жирів для приготування їжі			
переважно тваринні	1 (5 %)	3 (10,7 %)	4 (15,4 %)
переважно рослинні	9 (45 %)	4 (14,3 %)	3 (11,5 %)
без жирів	2 (10 %)	0	0
будь-які	8 (40 %)	11 (39,3 %)	19 (73,1 %)
Надмірне вживання солі			
так	3 (15 %)	10 (35,7 %)	16 (61,5 %)
ні	17 (85 %)	18 (64,3 %)	10 (35,7 %)
Вживання свіжих овочів та фруктів			
1 раз на тиждень	2 (10 %)	5 (17,9 %)	8 (30,8 %)
декілька разів на тиждень	10 (50 %)	7 (28,0 %)	10 (35,7 %)
щодня	8 (40 %)	6 (21,4 %)	8 (30,8 %)
Частота вживання солодоців			

щодня	1 (5 %)	4 (14,3 %)	6 (23,1 %)
4-6 разів на тиждень	7 (35 %)	13 (46,4 %)	13 (50,0 %)
2-3 рази на тиждень	10 (50 %)	10 (35,7 %)	7 (26,9 %)
не вживаю	2 (10 %)	1 (3,6 %)	0
Кількість чайних ложок цукру на добу			
не вживає цукор	4 (20 %)	0	0
вживає цукрозамінни	3 (15 %)	0	0
до 4 ложок	11 (55 %)	9 (32,1 %)	5 (19,2 %)
4–8 ложок	2 (10 %)	10 (35,7 %)	10 (35,7 %)
більше 8 ложок	0	9 (32,1 %)	11 (42,3 %)
Частота вживання фаст-фуду			
щодня	0	3 (10,7 %)	5 (19,2 %)
4-6 разів на тиждень	2 (10 %)	15 (53,6 %)	13 (50,0 %)
2-3 рази на тиждень	10 (50 %)	10 (35,7 %)	6 (23,1 %)
не вживаю	8 (40 %)	0	0
Частота вживання алкогольних напоїв			
ніколи	3 (15 %)	1 (3,6 %)	0
1 раз на місяць	13 (65 %)	8 (28,6 %)	1 (3,8 %)
1 раз на тиждень	3 (15 %)	11 (39,3 %)	8 (30,8 %)
2-3 рази на тиждень	1 (5 %)	5 (17,9 %)	11 (42,3 %)
щодня	0	3 (10,7 %)	6 (23,1 %)
Куріння в даний момент			
так	3 (15 %)	11 (39,3 %)	15 (57,7 %)
ні	17 (85 %)	17 (60,7 %)	11 (42,3 %)

Аналіз отриманих даних вказує на те, що зі зростання ІМТ у пацієнтів зростає частота прийому їжі (з 15,0 % у контролі до 30,8 % у хворих на ожиріння), при цьому зростає споживання її у вечірні час (з 15,0 % до 35,7 % відповідно). Респонденти, включені у дослідження у переважній більшості не звертали увагу на жири, які використовували у приготуванні їжі. Варто також відмітити, що зростання ІМТ у пацієнтів асоціювалося з динамічним зменшенням вживання свіжих овочів та фруктів та збільшенням у раціоні вуглеводів (солодоців і кількості цукру), зростанням частоти прийому фаст-фуду.

Визначальними серед факторів ожиріння вважають переїдання, надмірне споживання жирної їжі, що підтверджено результатами також нашого дослідження, у поєднанні з низькою фізичною активністю, що в осіб зі спадковою схильністю призводить до розвитку даного захворювання [78].

Важливе значення у регуляції маси тіла має склад і набір продуктів харчового раціону. Різні маркетингові дослідження підтверджують, що борошняні вироби, жирне м'ясо, ковбаси та сосиски, їжа швидкого приготування все більше витісняють з раціону українців овочі та фрукти. Українці часто їдять шкідливу їжу – гамбургери, чіпси, шоколадні батончики тощо, які є дуже калорійними та розвивають харчову залежність. Незважаючи на те, що вже ніби наситився, але вже через годину голод мучить знову, а вага від такої їжі постійно збільшується [79].

До переїдання призводить нерегулярне харчування. Нечасте споживання їжі сприяє збільшенню ваги, тоді як більш часте – втраті. Це, насамперед, стосується людей, які у зв'язку з умовами праці основну масу їжі вживають ввечері, після роботи. Це викликає надмірний апетит і обов'язково – переїдання. Під час сну після калорійної їжі витрачається дуже мало енергії, і харчові речовини відкладаються у вигляді жиру у жировій тканині, що й призводить врешті до ожиріння з усіма його наслідками [80].

Депресія, заклопотаність, дратівливість також часто ведуть до переїдання. Ці стани багато в чому визначені низьким вмістом серотоніну в мозку. Низький вміст серотоніну істотно впливає на тягу до солодкого, борошняного і крохмаль-вмісних страв. Таким чином, пригнічений настрій веде до “переїдання солодощами”, а насичення ними - до задоволення і комфортного стану [81].

Дослідники університету Наварра в Іспанії довели, що куріння може викликати в людей ожиріння. Вчені вважають, що куріння штучно може стримувати набирання ваги, та коли людина кидає палити, вона починає стрімко набирати вагу. Відчуття голоду при палінні може бути викликано

активізацією роботи серцево-судинної системи через звуження судин, яка, в свою чергу, провокує викид енергії і її витрату. Нікотин також діє і на шлунок, викликаючи збільшення секреції шлункового соку. Це призводить до посилення роботи травлення і викликає відчуття, що весь час хочеться їсти. Можливою причиною почуття голоду є і стрес, оскільки це умовний рефлекс, і напруга, пов'язана з ним, часто знімається "заїданням" неприємностей і штучним розслабленням за допомогою нікотину. Всі ці реакції організму призводять до збільшення маси тіла та ожиріння [82].

Дослідники не встановили причинно-наслідковий зв'язок між вживанням алкоголю і збільшенням ваги тіла, зазначаючи, що вживання алкогольних напоїв в малих дозах не веде до зростання жирової маси. Разом з цим відзначається, що в разі споживання алкоголю у великих дозах, організм уповільнює метаболізм, припиняє спалювати накопичений жир, вважаючи за краще отримувати енергію з власних м'язів. У підсумку, м'язова маса знижується, а жировий прошарок зростає [83].

Тому, у програмі профілактики з ожирінням повинна бути включена освітня робота медичного персоналу по модифікації стилю харчування. Враховуючи динамічне зростання частоти вживання алкоголю й тютюнопаління, медична сестра повинна проводити бесіди з пацієнтами з ожирінням про наслідки цих шкідливих звичок на здоров'я людини.

Отже, серед етіологічних факторів ожиріння домінують частий прийом їжі, переважно у вечірній час, збільшення частки вуглеводів у їжі та заміна здорової їжі на фаст-фуд у поєднанні з тютюнопалінням і вживанням алкоголю.

Роль медичної сестри полягає в організації і проведенні освітньої роботи по модифікації стилю харчування та по профілактиці тютюнопаління і вживання алкоголю.

3.2. Самооцінка стану здоров'я пацієнтів з ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу

Оцінка стану здоров'я населення України містить суперечливі дані. За даними одних дослідників, в Україні можна вважати здоровими 20 % населення, за іншими – що лише 5 % населення здорові насправді; за даними соціологічних опитувань лише 15 % українців вважають себе здоровими [84]. За даними Держстату у 2017 р. серед населення у працездатному віці добрий стан здоров'я зазначили 61% чоловіків та 53% жінок, серед населення старше працездатного віку добре себе почували 11% чоловіків і 6% жінок [85]. Тимошевська В. звертає увагу на те, що за даними дослідження "Індекс здоров'я. Україна" за останні три роки в Україні ми спостерігаємо позитивну динаміку зростання кількості людей, які оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий: з 39% у 2016 році, до 47% у 2017 році та 48% у 2018 році [86]. Показники стану здоров'я населення України вказують на те, що хронічні неінфекційні хвороби є визначальними в структурі захворюваності і смертності населення нашої країни і залежать в першу чергу від способу життя (поширеності шкідливих звичок, зміні традицій харчування, підвищенні рівня психоемоційних навантажень, зниженні фізичної активності населення і ін.) [87, 88].

Встановлено, що серед опитаних респондентів переважали особи з досить низьким рівнем матеріального добробуту (яким вистачає на їжу, проте не вистачає грошей на задоволення іншим потреб). В обох групах пацієнтів зареєстровано найменшу кількість заможних осіб (рис. 3.1).

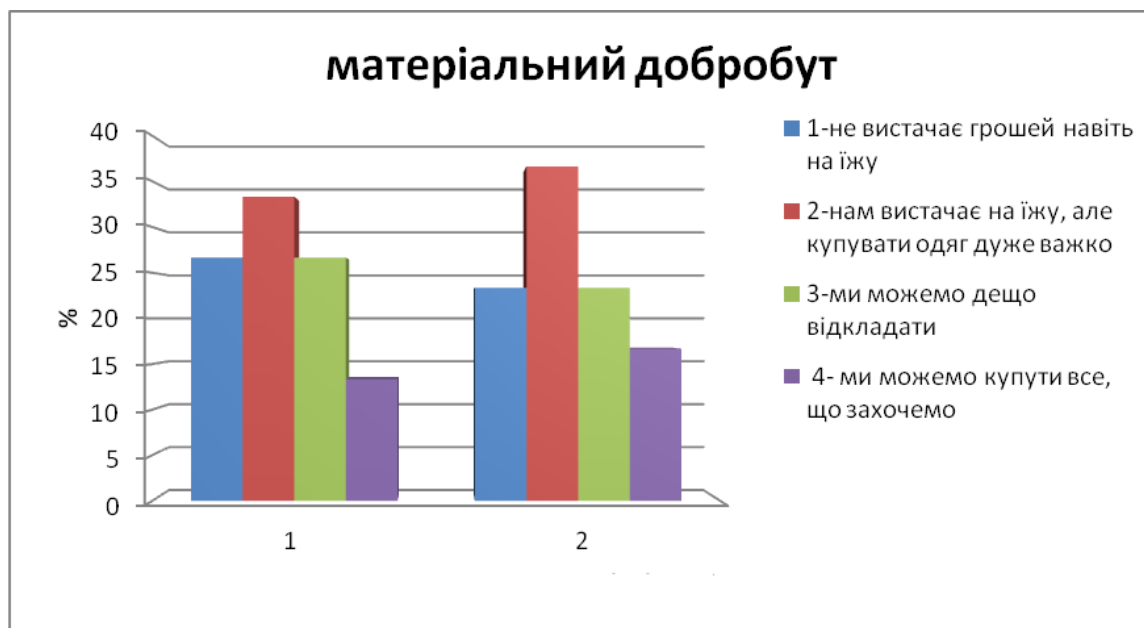


Рис. 3.1. Зіставлення матеріального добробуту пацієнтів з аліментарним ожирінням (1) та аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу (2), включених у дослідження

Аналіз самооцінки стану здоров'я пацієнтів терапевтичного профілю показав, що хворі на ожиріння у 33,3 % випадків вважають своє здоров'я посереднім, а у 23,3 % випадків – поганим, тоді як хворі на ожиріння на тлі ЦД2 в однаковій мірі оцінили своє здоров'я як хороше, посереднє, погане і дуже погане (рис. 3.2).

як би Ви оцінили своє здоров'я

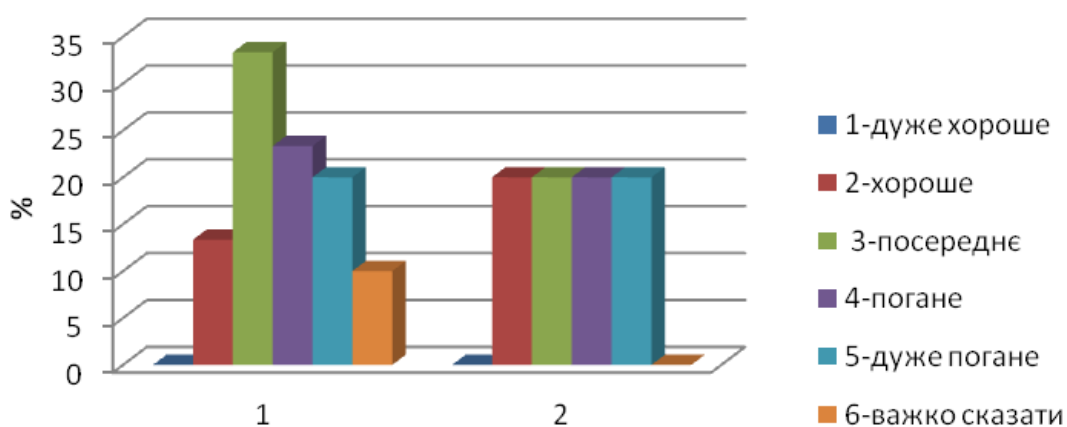


Рис. 3.2. Розподіл пацієнтів з аліментарним ожирінням (1) та аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу (2), включених у дослідження, за самооцінкою здоров'я

Стан здоров'я є важливою умовою для відчуття щастя: серед тих, хто хворіє на ожиріння та поєднаний перебіг ожиріння з ЦД2 переважна більшість почуваються недостатньо щасливими (скоріше ні, ніж так), а найменший відсоток тих, котрі є щасливими (рис. 3.3).

чи вважаєте Ви себе щасливою людиною

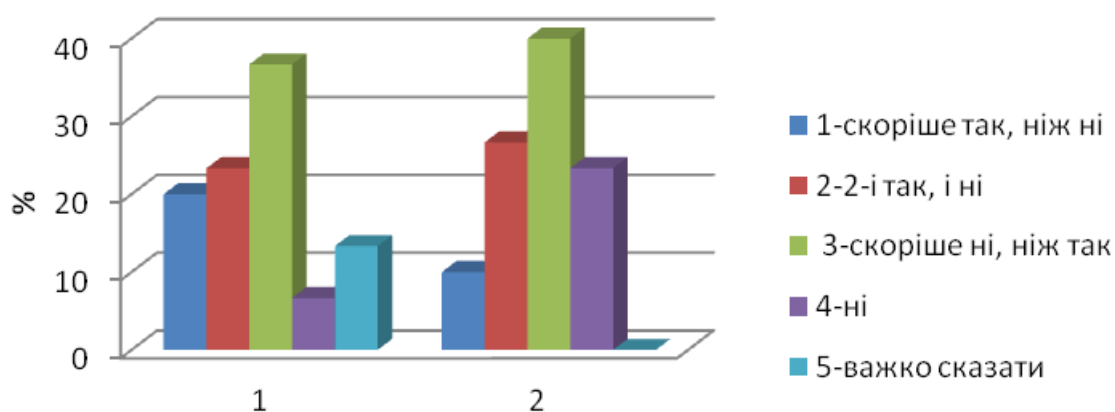


Рис. 3.3. Розподіл пацієнтів з аліментарним ожирінням (1) та аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу (2), включених у дослідження, за відчуттям щастя

Порівнюючи отримані дані у пацієнтів з ожирінням без коморбідності та ожирінням на тлі ЦД2 можна говорити про те, що за умов практично однакового матеріального добробуту, своє здоров'я як «посереднє» оцінили на 13,3 % більше хворих на ожиріння без діабету, тоді як на 16,7 % більше хворих на поєднаний перебіг ожиріння та ЦД2 вважають себе нещасливими.

Аналіз отриманих даних відносно відчуття щастя показав, що серед хворих на коморбідний перебіг ожиріння та діабету, які вважають себе недостатньо щасливими, 33,3 % міських і 66,7 % сільських жителів, при цьому 25,0 % є бідними, 25,0 % - з досить низьким рівнем матеріального добробуту, 58,3 % - з середнім рівнем матеріального добробуту і 16,7 % - заможні. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 25,0 % як хороше і 75,0 % як посереднє. Серед пацієнтів з коморбідним перебігом ожиріння та діабету, які були відносно щасливими, переважали міські жителі (75,0 %) стосовно сільських (25,0 %), при цьому 87,5 % з

досить низьким рівнем матеріального добробуту, а 12,5 % - бідні респонденти. Слід зазначити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 50,0 % як посереднє, 25,0 % як погане і 25,0 % як дуже погане. Серед хворих на коморбідний перебіг ожиріння та діабету, які вважають себе нещасливими, 28,6 % міських і 71,4 % сільських жителів, при цьому 42,9 % є бідними, 14,3 % - з досить низьким рівнем матеріального добробуту і 42,9 % – заможні. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 25,0 % як хороше і 75,0 % як посереднє.

Аналіз отриманих даних відносно відчуття щастя показав, що серед хворих на ожиріння, які вважають себе щасливими, 33,3 % міських і 66,7 % сільських жителів, при цьому 33,3 % з середнім рівнем матеріального добробуту і 66,7 % – заможні. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 50,0 % як хороше і 50,0 % як посереднє. Серед пацієнтів з ожирінням, які були відносно щасливими, переважали міські жителі (71,4 %) стосовно сільських (28,6 %), при цьому 71,4 % з досить низьким рівнем матеріального добробуту, а 28,6 % - з середнім рівнем достатку. Слід зазначити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 42,9 % як посереднє і у 42,9 % як погане. Серед хворих на ожиріння, які вважають себе недостатньо щасливими, 45,5 % міських і 54,5 % сільських жителів, при цьому 45,5 % є бідними, 36,4 % - з досить низьким рівнем матеріального добробуту і 18,2 % – з середнім рівнем достатку. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 9,1 % випадків як хороше, у 25,0 % як посереднє, у 36,4 % як погане і у 18,2 % як дуже погане.

Проведений аналіз дозволяє припустити, що на відчуття щастя впливає рівень матеріального добробуту, а також самооцінка стану здоров'я. При цьому варто зазначити, що місце проживання не впливало на досліджувані показники у хворих ожиріння, тоді як сільські мешканці з коморбідним перебігом ожиріння та ЦД2, незважаючи на практично однаковий

матеріальний стан й самооцінку стану здоров'я, відчували себе менш щасливими, стосовно міських жителів. Отримані дані вказують на те, що на відчуття щастя впливає не тільки стан здоров'я, але й місце проживання та інші чинники, які не досліджувалися.

Аналізуючи отримані результати слід враховувати дані Держстату за 2017 р., в яких зазначено, що найбільша частка населення, яке оцінило стан свого здоров'я як "добрий", спостерігалась у Львівській, Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Закарпатській, Київській, Одеській та Волинській областях (66–56%), а найнижча – у Дніпропетровській, Запорізькій, Черкаській, Чернігівській та Харківській областях (42–34%). При цьому для Дніпропетровської, Запорізької та Харківської областей характерні також високі рівні урбанізації та розвитку промисловості [85].

На нашу думку, на низьке відчуття щастя впливають, з одного боку, проблеми з доступністю послуг лікарів, висока вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я, а з іншого, спосіб життя людини. Роль медичної сестри полягає у широкому комплексі санітарно-гігієнічних та просвітницьких заходів, спрямованих на профілактику захворювань дихальних шляхів й серцево-судинної системи [89, 90].

У хворих на ожиріння, а також його коморбідний перебіг з ЦД2 важливою умовою для відчуття щастя є не тільки стан здоров'я, але й матеріальний добробут та місце проживання.

3.3. Якісна оцінка відношення до харчування хворих на цукровий діабет 2 типу та аліментарне ожиріння

При аналізі отриманих результатів встановлено, що переважна більшість пацієнтів (61,76 %) розуміють, що харчування є вагомим компонентом забезпечення нормального стабільного життя, проте решта 38,24 % пацієнтів не задумуються над якістю харчування для нормального функціонування їх організму. Варто відмітити залежність позитивного

відношення до продуктів харчування з супермаркетів у пацієнтів молодшого віку. Серед відповідей пацієнтів на запитання «чи вважаєте Ви харчування компонентом забезпечення нормального стабільного життя?» зустрічалися наступні:

Я народилася в селі, тому ми харчувалися «з грядки», що вважаю добрими продуктами для нормального харчування;

Для нормального життя харчування є важливим, всі знають, що добре їсти і довго спати є основою здоров'я;

Я харчуюся продуктами з супермаркета, це зручно і швидко, і забезпечує мені нормальне життя.

Оскільки я працюю, то часто ми напівфабрикати та готову продукцію з супермаркетів. Вважаю це достатнім для нормального життя.

Практично усі хворі на T2DM змінили харчовий раціон після виявлення захворювання, при цьому 9 пацієнтів (26,47 %) строго слідує дієті, 4 пацієнти (11,76 %) зменшили тільки об'єм порцій, решта намагаються дотримуватися дієтотерапії. Серед відповідей пацієнтів на запитання «Як змінилося Ваше харчування після виявлення цукрового діабету?» зустрічалися наступні:

Я обмежив вуглеводи (цукор, солодощі і випічку);

Я дивлюся на вміст вуглеводів і калорійність продуктів, проте можу з'їсти і щось заборонене (наприклад, цукерку чи тістечко);

Практично не змінилося, кількість добового харчування зменшилася (їм меншими порціями);

За святковим столом я не контролюю, що їм.

Після виявлення у хворих T2DM, в них також змінилося відношення до їжі, зокрема, у більшій частини пацієнтів (61,76 %) підвищилося бажання з'їсти «шкідливі» для цієї категорії хворих продукти. Серед відповідей пацієнтів на запитання «Чи змінилося у Вас відношення до їжі після того, як Ви дізналися, що у Вас діабет?» зустрічалися наступні:

Так, ще більше захотілося солодоців;

Я завжди з жалем дивлюся на ту їжу, яку не можу їсти;

Я розумію, що потрібно для мого здоров'я, тому спокійно відношуся до їжі, яку не споживаю.

Оскільки будь-яке захворювання впливає на емоційний стан пацієнта, ми також проаналізували, як відчуває себе хворий на T2DM в стресовій для нього ситуації, зокрема, під час застілля. У більшій мірі пацієнти почували себе незручно, особливо при надмірній до них увазі, що вказує на низьку інклюзію таких пацієнтів як рівних серед рівних у соціум, а також бажання оточуючих проявити зовнішнє співчуття до пацієнта. Серед відповідей пацієнтів на запитання «Як Ви оцінюєте свій емоційний стан в компанії за столом?» зустрічалися наступні:

Найбільш незручно пояснювати, чому я не вживаю алкоголь;

Найбільші незручності в компанії, де не всі знають про мою хворобу і починають нав'язувати свої страви по типу «ти тільки спробуй яка смакота»;

Мені не хочеться говорити про хвороби.

Я з жахом очікую, коли хтось нарешті запитає, чому я не їм чогось.

Також нам було важливо зрозуміти, як пацієнти сприймають оточуючих. Так, хворі у більшості зазначають про підтримку родини і друзів, а також часто про відчуття незручності та бажання допомогти власними рекомендаціями випадковими знайомими. Серед відповідей пацієнтів на запитання «Як оточуючі відносяться до того, що Ви відмовляєтесь від певної їжі через діабет?» зустрічалися наступні:

Оточуючі часто ніяковіють, коли я їм кажу про захворювання;

Мої родина і друзі заохочують мене їсти здорову їжу;

Оточуючі часто моє захворювання асоціюють з захворюванням своїх родичів чи знайомих і починають давати рекомендації.

Враховуючи, що дане захворювання впливає на організацію харчового раціону, важливим є адаптація харчування до повсякденного життя таких пацієнтів. Проаналізувавши відповіді пацієнтів вважаємо, що більшість пацієнтів адаптувалися до зміни раціону. Серед відповідей пацієнтів на запитання «Як Ви організували своє харчування в сім'ї?» зустрічалися наступні:

Я їм окремо від інших членів сім'ї.

Оскільки я готую, то ми їмо разом, а я вибираю, що можу їсти згідно рекомендацій ендокринолога.

Зміна харчового раціону впливає також на її сприйняття. Так, позитивні емоції від харчування отримують 52,94 %, з них 20,59 % часто відчують провину, коли порушують дієтотерапію. Варто відмітити, що всі пацієнти розуміють, що зростання концентрації сироваткової глюкози насамперед пов'язані з погрішностями в харчуванні.

Результати нашого дослідження вказують на особливості зміни відношення до їжі хворих на T2DM. Ряд досліджень показали вплив церкви, сім'ї та засобів масової інформації на значення їжі та перспективи здорового харчування при захворюванні [91]. Згідно дослідження Schoenberg et al. відношення до харчування залежить від добробуту населення [91]. Оскільки дієтотерапія є першою ланкою у лікуванні T2DM, вважаємо недостатньо сформованою мотивацію пацієнтів до здорового способу життя, що ймовірно обумовлено низькою просвітницькою роботою медичного персоналу. Літературний аналіз наукових джерел підтверджує необхідність навчання менеджменту діабету, що є важливою складовою догляду за умови наявності захворювання [92, 93]. Основною метою просвітницької роботи серед хворих на T2DM є сприяння здоровому харчуванню та досягнення цільових рівнів показників вуглеводного і ліпідного обмінів та артеріального тиску [94-97]. При чому, результати вказаних досліджень показали зниження на 1-2 % рівня глікованого гемоглобіну у хворих на T2DM після просвітницької роботи.

Встановлено, що різноманітні режими харчування, включаючи низьковуглеводну, середземноморські та високобілкові дієти нормалізують гіперглікемію та зменшують серцево-судинні фактори ризику [98]. Таким чином, хворі на T2DM можуть вибирати різні ефективні варіанти, враховуючи свої особисті, соціальні та культурні переваги [99]. Оскільки корекція харчування може забезпечити досягнення цільових рівнів глікемічного профілю, виникає необхідність консультації дієтолога, що співпадає з результатами інших досліджень [100].

З іншого боку, враховуючи емоційну напруженість пацієнтів з T2DM в соціумі, а також зменшення позитивних емоцій від їжі, а також для кращих результатів роботи дієтолога, важливим є робота також психолога з такими пацієнтами.

Отже, модифікація харчування є необхідним заходом для ефективного керування цукрового діабету 2 типу пацієнтами.

Спільна робота медичного персоналу з хворим на діабет дозволить виробити стратегії для конкретного пацієнта, що збалансує не тільки їх харчування, але й міжособистісні стосунки під час прийому їжі.

3.4. Роль медичної сестри у профілактиці аліментарного ожиріння у хворих на цукровий діабет 2 типу

Здорове харчування передбачає: відповідність енергетичної цінності раціону енерговитратам організму; дотримання кількісного та якісного балансу за основними харчовими та біологічно активними речовинами в добовому раціоні; дотримання режиму харчування.

Настанови щодо здорового харчування містять рекомендації щодо вживання продуктів та їх орієнтовної кількості у добовому раціоні. У практичній роботі медичний персонал керується різними рекомендаціями та настановами. У світовій практиці зазвичай посилаються на дві основні

інструкції щодо корекції надмірної ваги. Перша представлена Американською асоціацією серця (АНА), Американським коледжем кардіологів (АСС) та Товариством ожиріння [101] у поєднанні з Ендокринним товариством та Європейським товариством ендокринології [102]. Другий набір інструкцій - це більш новітні, автономні вказівки, розроблені Американською асоціацією клінічних ендокринологів (ААСЕ) та Американським коледжем ендокринології [103]. Крім того, доступний ряд рекомендацій, що стосуються конкретних захворювань, які включають розділи, що зосереджуються на ожирінні, наприклад, корекція ваги включена до керівних принципів Американської асоціації діабету [104]. Враховуючи таку кількість настанов, інколи різні рекомендації пропонують суперечливі поради, що пов'язано з ускладненнями, які розвиваються при ожирінні. Варто зазначити, що всі основні настанови, пов'язані з ожирінням підтримують ефективні способи життя (зміна дієти, фізичні навантаження та поведінкові компоненти), і виступають за необхідність консультації кваліфікованих спеціалістів (тобто дієтологів, психологів, фізичних терапевтів та ін.). Усі вказівки сприяють зміні раціону та підвищенню фізичних навантажень як перші рекомендації для людей із зайвою вагою / ожирінням. Однак немає єдиної думки щодо ролі медичного персоналу (медичної сестри та лікаря) у здійсненні цих втручань, а практичні деталі щодо специфіки найкращої практики відсутні [101, 103]. Медсестри можуть знайти користь у алгоритмах догляду, якщо вони розмежують елементи, які можуть / повинні надавати лікарі, а які медичні сестри. Крім того, важливим є вказівки щодо поведінкових методик, які можуть покращити прихильність пацієнтів до зміни способу життя.

Проведений систематичний огляд літератури щодо ролі медичних сестер у профілактиці хронічних захворювань у Великобританії, США, Фінляндії, Голандії та Новій Зеландії свідчить про ефективність заходів, спрямованих на корекцію способу життя таких пацієнтів. При цьому

медсестри проводили вимірювання ваги, контроль артеріального тиску та холестерину, заохочення здорових харчових звичок та занять фізичними навантаженнями [105]. У Великобританії, Нідерландах та скандинавських країнах медсестри проводять консультації щодо здорового способу життя з метою контролю ваги. У США діяльність медичних сестер у напрямку оптимізації маси тіла до цього часу не визначена чітко, тому вони працюють за власною ініціативою. При цьому зазначається, що медсестри є більш доступнішими для спілкування з пацієнтами, аніж лікарі [106]. В Україні проводяться дослідження щодо ролі медичних сестер в оптимізації маси тіла осіб з ожирінням, проте практично запропоновані алгоритми не впроваджуються [107, 108].

Важливо розуміти, що не існує такого поняття як "просте ожиріння". Ожиріння та надмірна вага - це хронічні стани, які виникають у результаті складних взаємодій, часто з біопсихосоціальними ознаками та впливом навколишнього середовища, внаслідок яких люди переїдають [109]. Ті заходи, які працюють для одних повних людей, не працюють для інших. Пацієнтам з ожирінням потрібен багатосторонній підхід, який вирішує проблеми харчування, фізичної активності та поведінки з довгостроковою стратегією покращення загального стану здоров'я. Жоден єдиний підхід не підійде для всіх, тому медичній сестрі потрібен "набір інструментів" з різними варіантами, які можна застосувати для конкретного пацієнта.

Усі медичні працівники несуть відповідальність за те, щоб підняти проблему важливості керування вагою, заохочуючи пацієнтів, особливо тих, які мають надмірну вагу, до переходу на більш здорові харчові та питні звички, а також на підвищення рівня їх фізичної активності. При цьому варто пам'ятати, що використання окремих клінічних термінів як, наприклад, "ожиріння", може вести до стигматизації пацієнтів [110]. Медичні сестри повинні розуміти, що якість їх стосунків з особами із зайвою вагою або ожирінням є критично важливою для успішного схуднення [111]. Тому,

медичний персонал повинен володіти сучасними знаннями та навиками в управлінні масою тіла пацієнта [112]. Щоб досягти успіху, хворий повинен бути як мотивованим, так і впевненим, що є першим завданням медичної сестри в оптимізації ваги пацієнта. Пацієнти повинні розуміти, що схуднути означає менше їсти, більше займатися фізичними вправами, а краще робити і те, й інше. Медичні сестри повинні оцінювати готовність людей до змін та прагнути спільно розробляти стратегії управління вагою у формальних рамках, таких як 5 «А» (запитати, оцінювати, радити, погоджуватися та допомагати). Медичний працівник повинен надати вичерпну інформацію про дане захворювання та пояснити пацієнту, що відповідальність за керування своєю вагою лежить на ньому. Людей слід заохочувати до встановлення цілей, які є SMART (тобто конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні та своєчасні). Для довгострокового успіху зміни способу життя повинні бути стійкими. Зміни в харчуванні не слід сприймати як «дієту», якої дотримується пацієнт лише протягом короткотривалого періоду лікування, а як зміни протягом життя [113].

Процес зниження маси тіла рекомендується розбити на етапи: стабілізація ваги (намагатись уникнути подальшого збільшення маси тіла); зменшення ваги (рекомендовані темпи зменшення маси тіла – до 10% упродовж 6 місяців або до 1 кг/місяць); підтримання досягнутого зменшення маси тіла. Для збільшення рівня фізичного навантаження рекомендується починати з ходьби, яка підходить людям різного віку і не має протипоказань. Ходьба – це доступний практично кожному вид фізичного навантаження, у ходьбі бере участь до 200 м'язів, за 1 кілометр людина робить приблизно 1205 кроків. Wing et al. зазначає, що зниження ваги на 3-5% може зменшити рівень артеріального тиску, триацилгліцеролів та глюкози в плазмі крові, що є вагомим результатом у хворих з ожирінням та коморбідною патологією, зокрема, артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом [114].

Узагальнюючи проаналізовані дані наводимо рекомендований алгоритм керування вагою тіла (рис. 3.4).

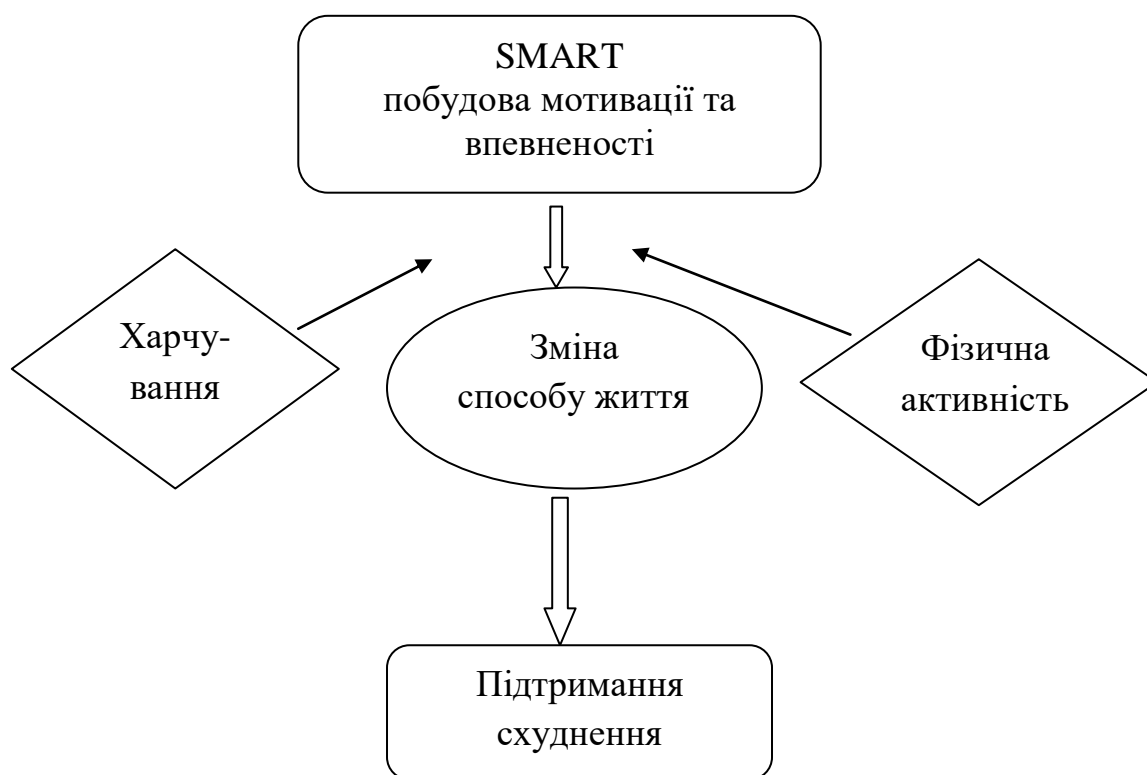


Рис. 3.4. Алгоритм керування вагою тіла

Хоча медичні сестри мають обмежений час та ресурси, проте регулярна підтримка пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням покращує результати щодо зменшення ваги.

Профілактика аліментарного ожиріння має включати звичайні заходи: чітку мотивацію, зміну способу життя (харчування й фізична активність) та підтримку зменшеної ваги. При цьому медична сестра повинна надавати необхідну для пацієнта допомогу на кожному з цих етапів.

Узагальнюючи результати, представлені в розділі 3 можна зробити наступні висновки:

1. Серед етіологічних факторів ожиріння домінують частий прийом їжі, переважно у вечірній час, збільшення частки вуглеводів у їжі та заміна

здорової їжі на фаст-фуд у поєднанні з тютюнопалінням і вживанням алкоголю.

2. У хворих на ожиріння, а також його коморбідний перебіг з ЦД2 важливою умовою для відчуття щастя є не тільки стан здоров'я, але й матеріальний добробут та місце проживання.

3. Роль медичної сестри полягає в організації і проведенні освітньої роботи по модифікації стилю харчування та по профілактиці тютюнопаління і вживання алкоголю.

4. Спільна робота медичного персоналу з хворим на діабет дозволить виробити стратегії для конкретного пацієнта, що збалансує не тільки їх харчування, але й міжособистісні стосунки під час прийому їжі.

5. Враховуючи емоційну напруженість пацієнтів з аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу в соціумі, а також зменшення позитивних емоцій від їжі, а також для кращих результатів роботи дієтолога, важливим є робота також психолога з такими пацієнтами.

6. Профілактика аліментарного ожиріння має включати звичайні заходи: чітку мотивацію, зміну способу життя (харчування й фізична активність) та підтримку зменшеної ваги. При цьому медична сестра повинна надавати необхідну для пацієнта допомогу на кожному з цих етапів.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Зростаюча поширеність цукрового діабету 2 типу (ЦД2) викликає занепокоєння. Варто вказати, що ЦД є не лише складною медичною, але й соціальною проблемою, оскільки характеризується високим ризиком розвитку інвалідизуючих ускладнень. Згідно даних ВООЗ кожні шість секунд від цієї хвороби та її ускладнень на планеті помирає одна людина [1]. Отже, кожна одинадцята доросла людина на планеті хворіє на ЦД, більшість з пацієнтів мають ЦД2 і в наступні роки поширеність ЦД2 буде лише збільшуватись, особливо в країнах із низьким рівнем доходу [1]. Незважаючи на досягнення фармакотерапії, втручання, спрямовані на зміни способу життя, такі як лікувальна дієтотерапія та навчання самокеруванням діабетом, залишаються наріжними каменями в управлінні T2DM [3, 4].

З іншого боку, дослідження останніх років вказують на значне поширення ожиріння, яке виступає основним фактором ризику цукрового діабету 2 типу, атеросклерозу, серцево-судинних захворювань та деяких інших патологій [5-7]. Так, за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у всьому світі до 2015 року буде 2,3 млрд дорослих осіб з надмірною вагою і більше 700 мільйонів - з ожирінням [8]. Аналіз наукової літератури показав, що висока частота ожиріння спостерігається у Сполучених Штатах Америки, Європі і на Близькому Сході, а найнижча - в Африці і Східній Азії [9, 10]. У Росії в середньому 30 % працездатного населення мають ожиріння, а 25 % - надмірну масу тіла [11]. В Україні через малорухомий спосіб життя, нераціональне харчування, постійні психологічні стреси серед працездатного населення ожиріння виявляють майже у 30 % осіб, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець [12].

Значним важелем, який формує здоров'я населення, впливає на перебіг захворювань, відновлює стан здоров'я людини, пропагує здоровий спосіб життя, долучається до розробки заходів, спрямованих на фактори, що можуть

негативно позначитись на здоров'ї, забезпечивши тим самим попередження і зниження захворюваності, поліпшення спадковості, гармонійний розвиток населення України є медична сестра [13]. І це не повний перелік її діяльності. Середній медичний персонал повинен називатися центральною ланкою системи лікування хворих та забезпечення основних складових здоров'я. Негативний вплив на здоров'я людини мають різні чинники ризику. Існують об'єктивні чинники ризику, на які впливати неможливо, наприклад, вік, раса, спадковість. Є суб'єктивні чинники ризику, що залежать від кожної конкретної людини, її звичок, поведінки, способу життя. Такими найпоширенішими чинниками є гіподинамія, неправильне харчування, надлишкова маса тіла, тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв і наркотичних речовин, надмірний вплив стресових ситуацій.

Одна з проблем, яка постає перед медичним персоналом – це покращення якості діагностики та профілактики пацієнтів з аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу. Для більш повного розуміння розповсюдженості й основних факторів ризику аліментарного ожиріння при цукровому діабеті, а також оптимізації їх профілактики важливим є дослідження впливу кожного фактора на розвиток даного захворювання, що обґрунтовує актуальність даного дослідження.

Медичні сестри мають ідеальну можливість для сприяння зміцненню здоров'я населення, можуть знизити ризик надмірної ваги або ожиріння, а також бути прикладом для наслідування для своїх сімей, громад і пацієнтів. Для ефективної профілактики та лікування важливо, щоб медсестри розглядали надмірну вагу у контексті з психологічними та культурними параметрами, які можуть вплинути на зміни у стані здоров'я, які пов'язані з ожирінням.

Якщо узагальнити отримані результати, можна зробити такий висновок: частота аліментарного ожиріння у пацієнтів терапевтичного профілю в середньому складає 44,0 %.

При аналізі особливостей стилю харчування встановлено порушення стереотипу харчування у хворих на ожиріння на фоні ЦД2. Так, встановлено, що пацієнти з ожирінням на тлі ЦД2 харчуються 3-4 рази на добу, переважно в обід, для приготування їжі використовують будь-які жири. У харчовий раціон пацієнти з ожирінням переважно включають декілька разів на тиждень свіжі овочі та фрукти, солодощі, 4-6 разів на тиждень – фаст-фуд. Варто відмітити, що більшість таких пацієнтів надмірно не вживають сіль, не курять, в середньому 1 раз на тиждень вживають алкоголь. Якщо співставити отримані дані з результатами контрольної групи, то основна роль медичної сестри у профілактичній роботі з пацієнтами цієї категорії повинна бути спрямована на зменшення прийомів й основного об'єму їжі у вечірній час, зменшення частки вуглеводів у їжі та зменшення частоти вживання фаст-фуду.

Аналіз стилю харчування хворих на ожиріння свідчить про те, що вони харчуються 3-4 рази на добу, переважно в обід, для приготування їжі використовують будь-які жири. У харчовий раціон пацієнти з ожирінням включають декілька разів на тиждень свіжі овочі та фрукти, 4-6 разів на тиждень – солодощі і фаст-фуд. Варто відмітити, що більшість таких пацієнтів надмірно споживають сіль, курять, в середньому 2-3 рази на тиждень вживають алкоголь. Якщо співставити отримані дані з результатами контрольної групи, то основна роль медичної сестри у профілактичній роботі з пацієнтами цієї категорії повинна бути спрямована на зменшення прийомів й основного об'єму їжі у вечірній час, зменшення частки вуглеводів у їжі та зменшення частоти вживання фаст-фуду, боротьба зі шкідливими звичками (алкоголь, тютюнопаління, надмірне споживання солі).

Аналіз отриманих даних вказує на те, що зі зростання ІМТ у пацієнтів зростає частота прийому їжі, при цьому зростає споживання її у вечірній час. Респонденти, включені у дослідження у переважній більшості не звертали увагу на жири, які використовували у приготуванні їжі. Варто також

відмітити, що зростання ІМТ у пацієнтів асоціювалося з динамічним зменшенням вживання свіжих овочів та фруктів та збільшенням у раціоні вуглеводів (солодощів і кількості цукру), зростанням частоти прийому фаст-фуду.

Визначальними серед факторів ожиріння вважають переїдання, надмірне споживання жирної їжі, що підтверджено результатами також нашого дослідження, у поєднанні з низькою фізичною активністю, що в осіб зі спадковою схильністю призводить до розвитку даного захворювання [78].

Важливе значення у регуляції маси тіла має склад і набір продуктів харчового раціону. Різні маркетингові дослідження підтверджують, що борошняні вироби, жирне м'ясо, ковбаси та сосиски, їжа швидкого приготування все більше витісняють з раціону українців овочі та фрукти. Українці часто їдять шкідливу їжу – гамбургери, чіпси, шоколадні батончики тощо, які є дуже калорійними та розвивають харчову залежність. Незважаючи на те, що вже ніби наситився, але вже через годину голод мучить знову, а вага від такої їжі постійно збільшується [79].

До переїдання призводить нерегулярне харчування. Нечасте споживання їжі сприяє збільшенню ваги, тоді як більш часте – втраті. Це, насамперед, стосується людей, які у зв'язку з умовами праці основну масу їжі вживають ввечері, після роботи. Це викликає надмірний апетит і обов'язково – переїдання. Під час сну після калорійної їжі витрачається дуже мало енергії, і харчові речовини відкладаються у вигляді жиру у жировій тканині, що й призводить врешті до ожиріння з усіма його наслідками [80].

Депресія, заклопотаність, дратівливість також часто ведуть до переїдання. Ці стани багато в чому визначені низьким вмістом серотоніну в мозку. Низький вміст серотоніну істотно впливає на тягу до солодкого, борошняного і крохмаль-вмісних страв. Таким чином, пригнічений настрій веде до “переїдання солодощами”, а насичення ними - до задоволення і комфортного стану [81].

Дослідники університету Наварра в Іспанії довели, що куріння може викликати в людей ожиріння. Вчені вважають, що куріння штучно може стримувати набирання ваги, та коли людина кидає палити, вона починає стрімко набирати вагу. Відчуття голоду при палінні може бути викликано активізацією роботи серцево-судинної системи через звуження судин, яка, в свою чергу, провокує викид енергії і її витрату. Нікотин також діє і на шлунок, викликаючи збільшення секреції шлункового соку. Це призводить до посилення роботи травлення і викликає відчуття, що весь час хочеться їсти. Можливою причиною почуття голоду є і стрес, оскільки це умовний рефлекс, і напруга, пов'язана з ним, часто знімається "заїданням" неприємностей і штучним розслабленням за допомогою нікотину. Всі ці реакції організму призводять до збільшення маси тіла та ожиріння [82].

Дослідники не встановили причинно-наслідковий зв'язок між вживанням алкоголю і збільшенням ваги тіла, зазначаючи, що вживання алкогольних напоїв в малих дозах не веде до зростання жирової маси. Разом з цим відзначається, що в разі споживання алкоголю у великих дозах, організм уповільнює метаболізм, припиняє спалювати накопичений жир, вважаючи за краще отримувати енергію з власних м'язів. У підсумку, м'язова маса знижується, а жировий прошарок зростає [83].

Тому, у програмі профілактики з ожирінням повинна бути включена освітня робота медичного персоналу по модифікації стилю харчування. Враховуючи динамічне зростання частоти вживання алкоголю й тютюнопаління, медична сестра повинна проводити бесіди з пацієнтами з ожирінням про наслідки цих шкідливих звичок на здоров'я людини.

Отже, серед етіологічних факторів ожиріння домінують частий прийом їжі, переважно у вечірній час, збільшення частки вуглеводів у їжі та заміна здорової їжі на фаст-фуд у поєднанні з тютюнопалінням і вживанням алкоголю. Роль медичної сестри полягає в організації і проведенні освітньої

роботи по модифікації стилю харчування та по профілактиці тютюнопаління і вживання алкоголю.

Оцінка стану здоров'я населення України містить суперечливі дані. За даними одних дослідників, в Україні можна вважати здоровими 20 % населення, за іншими – що лише 5 % населення здорові насправді; за даними соціологічних опитувань лише 15 % українців вважають себе здоровими [84]. За даними Держстату у 2017 р. серед населення у працездатному віці добрий стан здоров'я зазначили 61% чоловіків та 53% жінок, серед населення старше працездатного віку добре себе почували 11% чоловіків і 6% жінок [85]. Тимошевська В. звертає увагу на те, що за даними дослідження "Індекс здоров'я. Україна" за останні три роки в Україні ми спостерігаємо позитивну динаміку зростання кількості людей, які оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий: з 39% у 2016 році, до 47% у 2017 році та 48% у 2018 році [86]. Показники стану здоров'я населення України вказують на те, що хронічні неінфекційні хвороби є визначальними в структурі захворюваності і смертності населення нашої країни і залежать в першу чергу від способу життя (поширеності шкідливих звичок, зміні традицій харчування, підвищенні рівня психоемоційних навантажень, зниженні фізичної активності населення і ін.) [87, 88].

Встановлено, що серед опитаних респондентів переважали особи з досить низьким рівнем матеріального добробуту (яким вистачає на їжу, проте не вистачає грошей на задоволення іншим потреб). В обох групах пацієнтів зареєстровано найменшу кількість заможних осіб.

Порівнюючи отримані дані у пацієнтів з ожирінням без коморбідності та ожирінням на тлі ЦД2 можна говорити про те, що за умов практично однакового матеріального добробуту, своє здоров'я як «посереднє» оцінили на 13,3 % більше хворих на ожиріння без діабету, тоді як на 16,7 % більше хворих на поєднаний перебіг ожиріння та ЦД2 вважають себе нещасливими.

Аналіз отриманих даних відносно відчуття щастя показав, що серед хворих на коморбідний перебіг ожиріння та діабету, які вважають себе недостатньо щасливими, 33,3 % міських і 66,7 % сільських жителів, при цьому 25,0 % є бідними, 25,0 % - з досить низьким рівнем матеріального добробуту, 58,3 % - з середнім рівнем матеріального добробуту і 16,7 % - заможні. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 25,0 % як хороше і 75,0 % як посереднє. Серед пацієнтів з коморбідним перебігом ожиріння та діабету, які були відносно щасливими, переважали міські жителі (75,0 %) стосовно сільських (25,0 %), при цьому 87,5 % з досить низьким рівнем матеріального добробуту, а 12,5 % - бідні респонденти. Слід зазначити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 50,0 % як посереднє, 25,0 % як погане і 25,0 % як дуже погане. Серед хворих на коморбідний перебіг ожиріння та діабету, які вважають себе нещасливими, 28,6 % міських і 71,4 % сільських жителів, при цьому 42,9 % є бідними, 14,3 % - з досить низьким рівнем матеріального добробуту і 42,9 % - заможні. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 25,0 % як хороше і 75,0 % як посереднє.

Аналіз отриманих даних відносно відчуття щастя показав, що серед хворих на ожиріння, які вважають себе щасливими, 33,3 % міських і 66,7 % сільських жителів, при цьому 33,3 % з середнім рівнем матеріального добробуту і 66,7 % - заможні. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 50,0 % як хороше і 50,0 % як посереднє. Серед пацієнтів з ожирінням, які були відносно щасливими, переважали міські жителі (71,4 %) стосовно сільських (28,6 %), при цьому 71,4 % з досить низьким рівнем матеріального добробуту, а 28,6 % - з середнім рівнем достатку. Слід зазначити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 42,9 % як посереднє і у 42,9 % як погане. Серед хворих на ожиріння, які вважають себе недостатньо щасливими, 45,5 % міських і 54,5 % сільських жителів, при цьому 45,5 % є бідними, 36,4 % - з досить низьким рівнем

матеріального добробуту і 18,2 % – з середнім рівнем достатку. Варто відмітити, що ця частина респондентів оцінили своє здоров'я у 9,1 % випадків як хороше, у 25,0 % як посереднє, у 36,4 % як погане і у 18,2 % як дуже погане.

Проведений аналіз дозволяє припустити, що на відчуття щастя впливає рівень матеріального добробуту, а також самооцінка стану здоров'я. При цьому варто зазначити, що місце проживання не впливало на досліджувані показники у хворих ожиріння, тоді як сільські мешканці з комор бідним перебігом ожиріння та ЦД2, незважаючи на практично однаковий матеріальний стан й самооцінку стану здоров'я, відчували себе менш щасливими, стосовно міських жителів. Отримані дані вказують на те, що на відчуття щастя впливає не тільки стан здоров'я, але й місце проживання та інші чинники, які не досліджувалися.

Аналізуючи отримані результати слід враховувати дані Держстату за 2017 р., в яких зазначено, що найбільша частка населення, яке оцінило стан свого здоров'я як "добрий", спостерігалась у Львівській, Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Закарпатській, Київській, Одеській та Волинській областях (66–56%), а найнижча – у Дніпропетровській, Запорізькій, Черкаській, Чернігівській та Харківській областях (42–34%). При цьому для Дніпропетровської, Запорізької та Харківської областей характерні також високі рівні урбанізації та розвитку промисловості [85].

На нашу думку, на низьке відчуття щастя впливають, з одного боку, проблеми з доступністю послуг лікарів, висока вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я, а з іншого, спосіб життя людини. Роль медичної сестри полягає у широкому комплексі санітарно-гігієнічних та просвітницьких заходів, спрямованих на профілактику захворювань дихальних шляхів й серцево-судинної системи [89, 90].

У хворих на ожиріння, а також його коморбідний перебіг з ЦД2 важливою умовою для відчуття щастя є не тільки стан здоров'я, але й матеріальний добробут та місце проживання.

При аналізі отриманих результатів встановлено, що переважна більшість пацієнтів (61,76 %) розуміють, що харчування є вагомим компонентом забезпечення нормального стабільного життя, проте решта 38,24 % пацієнтів не задумуються над якістю харчування для нормального функціонування їх організму. Варто відмітити залежність позитивного відношення до продуктів харчування з супермаркетів у пацієнтів молодшого віку.

Практично усі хворі на T2DM змінили харчовий раціон після виявлення захворювання, при цьому 9 пацієнтів (26,47 %) строго слідує дієті, 4 пацієнти (11,76 %) зменшили тільки об'єм порцій, решта намагаються дотримуватися дієтотерапії.

Після виявлення у хворих T2DM, в них також змінилося відношення до їжі, зокрема, у більшій частини пацієнтів (61,76 %) підвищилося бажання з'їсти «шкідливі» для цієї категорії хворих продукти.

Оскільки будь-яке захворювання впливає на емоційний стан пацієнта, ми також проаналізували, як відчуває себе хворий на T2DM в стресовій для нього ситуації, зокрема, під час застілля. У більшій мірі пацієнти почували себе незручно, особливо при надмірній до них увазі, що вказує на низьку інклюзію таких пацієнтів як рівних серед рівних у соціум, а також бажання оточуючих проявити зовнішнє співчуття до пацієнта.

Також нам було важливо зрозуміти, як пацієнти сприймають оточуючих. Так, хворі у більшості зазначають про підтримку родини і друзів, а також часто про відчуття незручності та бажання допомогти власними рекомендаціями випадковими знайомими.

Враховуючи, що дане захворювання впливає на організацію харчового раціону, важливим є адаптація харчування до повсякденного життя таких

пацієнтів. Проаналізувавши відповіді пацієнтів вважаємо, що більшість пацієнтів адаптувалися до зміни раціону.

Зміна харчового раціону впливає також на її сприйняття. Так, позитивні емоції від харчування отримують 52,94 %, з них 20,59 % часто відчують провину, коли порушують дієтотерапію. Варто відмітити, що всі пацієнти розуміють, що зростання концентрації сироваткової глюкози насамперед пов'язані з погрішностями в харчуванні.

Результати нашого дослідження вказують на особливості зміни відношення до їжі хворих на T2DM. Ряд досліджень показали вплив церкви, сім'ї та засобів масової інформації на значення їжі та перспективи здорового харчування при захворюванні [91]. Згідно дослідження Schoenberg et al. відношення до харчування залежить від добробуту населення [91]. Оскільки дієтотерапія є першою ланкою у лікуванні T2DM, вважаємо недостатньо сформованою мотивацію пацієнтів до здорового способу життя, що ймовірно обумовлено низькою просвітницькою роботою медичного персоналу. Літературний аналіз наукових джерел підтверджує необхідність навчання менеджменту діабету, що є важливою складовою догляду за умови наявності захворювання [92, 93]. Основною метою просвітницької роботи серед хворих на T2DM є сприяння здоровому харчуванню та досягнення цільових рівнів показників вуглеводного і ліпідного обмінів та артеріального тиску [94-97]. При чому, результати вказаних досліджень показали зниження на 1-2 % рівня глікованого гемоглобіну у хворих на T2DM після просвітницької роботи. Встановлено, що різноманітні режими харчування, включаючи низьковуглеводну, середземноморські та високобілкові дієти нормалізують гіперглікемію та зменшують серцево-судинні фактори ризику [98]. Таким чином, хворі на T2DM можуть вибирати різні ефективні варіанти, враховуючи свої особисті, соціальні та культурні переваги [99]. Оскільки корекція харчування може забезпечити досягнення цільових рівнів

глікемічного профілю, виникає необхідність консультації дієтолога, що співпадає з результатами інших досліджень [100].

З іншого боку, враховуючи емоційну напруженість пацієнтів з T2DM в соціумі, а також зменшення позитивних емоцій від їжі, а також для кращих результатів роботи дієтолога, важливим є робота також психолога з такими пацієнтами.

Отже, модифікація харчування є необхідним заходом для ефективного керування цукрового діабету 2 типу пацієнтами. Спільна робота медичного персоналу з хворим на діабет дозволить виробити стратегії для конкретного пацієнта, що збалансує не тільки їх харчування, але й міжособистісні стосунки під час прийому їжі.

Здорове харчування передбачає: відповідність енергетичної цінності раціону енерговитратам організму; дотримання кількісного та якісного балансу за основними харчовими та біологічно активними речовинами в добовому раціоні; дотримання режиму харчування.

Настанови щодо здорового харчування містять рекомендації щодо вживання продуктів та їх орієнтовної кількості у добовому раціоні. У практичній роботі медичний персонал керується різними рекомендаціями та настановами. У світовій практиці зазвичай посилаються на дві основні інструкції щодо корекції надмірної ваги. Перша представлена Американською асоціацією серця (АНА), Американським коледжем кардіологів (АСС) та Товариством ожиріння [101] у поєднанні з Ендокринним товариством та Європейським товариством ендокринології [102]. Другий набір інструкцій - це більш новітні, автономні вказівки, розроблені Американською асоціацією клінічних ендокринологів (ААСЕ) та Американським коледжем ендокринології [103]. Крім того, доступний ряд рекомендацій, що стосуються конкретних захворювань, які включають розділи, що зосереджуються на ожирінні, наприклад, корекція ваги включена до керівних принципів Американської асоціації діабету [104]. Враховуючи

таку кількість настанов, інколи різні рекомендації пропонують суперечливі поради, що пов'язано з ускладненнями, які розвиваються при ожирінні. Варто зазначити, що всі основні настанови, пов'язані з ожирінням підтримують ефективні способи життя (зміна дієти, фізичні навантаження та поведінкові компоненти), і виступають за необхідність консультації кваліфікованих спеціалістів (тобто дієтологів, психологів, фізичних терапевтів та ін.). Усі вказівки сприяють зміні раціону та підвищенню фізичних навантажень як перші рекомендації для людей із зайвою вагою / ожирінням. Однак немає єдиної думки щодо ролі медичного персоналу (медичної сестри та лікаря) у здійсненні цих втручань, а практичні деталі щодо специфіки найкращої практики відсутні [101, 103]. Медсестри можуть знайти користь у алгоритмах догляду, якщо вони розмежують елементи, які можуть / повинні надавати лікарі, а які медичні сестри. Крім того, важливим є вказівки щодо поведінкових методик, які можуть покращити прихильність пацієнтів до зміни способу життя.

Проведений систематичний огляд літератури щодо ролі медичних сестер у профілактиці хронічних захворювань у Великобританії, США, Фінляндії, Голандії та Новій Зеландії свідчить про ефективність заходів, спрямованих на корекцію способу життя таких пацієнтів. При цьому медсестри проводили вимірювання ваги, контроль артеріального тиску та холестерину, заохочення здорових харчових звичок та занять фізичними навантаженнями [105]. У Великобританії, Нідерландах та скандинавських країнах медсестри проводять консультації щодо здорового способу життя з метою контролю ваги. У США діяльність медичних сестер у напрямку оптимізації маси тіла до цього часу не визначена чітко, тому вони працюють за власною ініціативою. При цьому зазначається, що медсестри є більш доступнішими для спілкування з пацієнтами, аніж лікарі [106]. В Україні проводяться дослідження щодо ролі медичних сестер в оптимізації маси тіла

осіб з ожирінням, проте практично запропоновані алгоритми не впроваджуються [107, 108].

Важливо розуміти, що не існує такого поняття як "просте ожиріння". Ожиріння та надмірна вага - це хронічні стани, які виникають у результаті складних взаємодій, часто з біопсихосоціальними ознаками та впливом навколишнього середовища, внаслідок яких люди переїдають [109]. Ті заходи, які працюють для одних повних людей, не працюють для інших. Пацієнтам з ожирінням потрібен багатосторонній підхід, який вирішує проблеми харчування, фізичної активності та поведінки з довгостроковою стратегією покращення загального стану здоров'я. Жоден єдиний підхід не підійде для всіх, тому медичній сестрі потрібен "набір інструментів" з різними варіантами, які можна застосувати для конкретного пацієнта.

Усі медичні працівники несуть відповідальність за те, щоб підняти проблему важливості керування вагою, заохочуючи пацієнтів, особливо тих, які мають надмірну вагу, до переходу на більш здорові харчові та питні звички, а також на підвищення рівня їх фізичної активності. При цьому варто пам'ятати, що використання окремих клінічних термінів як, наприклад, "ожиріння", може вести до стигматизації пацієнтів [110]. Медичні сестри повинні розуміти, що якість їх стосунків з особами із зайвою вагою або ожирінням є критично важливою для успішного схуднення [111]. Тому, медичний персонал повинен володіти сучасними знаннями та навиками в управлінні масою тіла пацієнта [112]. Щоб досягти успіху, хворий повинен бути як мотивованим, так і впевненим, що є першим завданням медичної сестри в оптимізації ваги пацієнта. Пацієнти повинні розуміти, що схуднути означає менше їсти, більше займатися фізичними вправами, а краще робити і те, й інше. Медичні сестри повинні оцінювати готовність людей до змін та прагнути спільно розробляти стратегії управління вагою у формальних рамках, таких як 5 «А» (запитати, оцінювати, радити, погоджуватися та допомагати). Медичний працівник повинен надати вичерпну інформацію про

дане захворювання та пояснити пацієнту, що відповідальність за керування своєю вагою лежить на ньому. Людей слід заохочувати до встановлення цілей, які є SMART (тобто конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні та своєчасні). Для довгострокового успіху зміни способу життя повинні бути стійкими. Зміни в харчуванні не слід сприймати як «дієту», якої дотримується пацієнт лише протягом короткотривалого періоду лікування, а як зміни протягом життя [113].

Процес зниження маси тіла рекомендується розбити на етапи: стабілізація ваги (намагатись уникнути подальшого збільшення маси тіла); зменшення ваги (рекомендовані темпи зменшення маси тіла – до 10% упродовж 6 місяців або до 1 кг/місяць); підтримання досягнутого зменшення маси тіла. Для збільшення рівня фізичного навантаження рекомендується починати з ходьби, яка підходить людям різного віку і не має протипоказань. Ходьба – це доступний практично кожному вид фізичного навантаження, у ходьбі бере участь до 200 м'язів, за 1 кілометр людина робить приблизно 1205 кроків. Wing et al. зазначає, що зниження ваги на 3-5% може зменшити рівень артеріального тиску, триацилгліцеролів та глюкози в плазмі крові, що є вагомим результатом у хворих з ожирінням та коморбідною патологією, зокрема, артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом [114].

Профілактика аліментарного ожиріння має включати звичайні заходи: чітку мотивацію, зміну способу життя (харчування й фізична активність) та підтримку зменшеної ваги. При цьому медична сестра повинна надавати необхідну для пацієнта допомогу на кожному з цих етапів.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі на підставі проведеного дослідження дано нове вирішення актуальної задачі сучасної ендокринології, яке спрямоване на оптимізацію профілактики аліментарного ожиріння у хворих на цукровий діабет 2 типу. Це дозволяє зробити ряд висновків та практичних рекомендацій.

1. Серед етіологічних факторів ожиріння домінують частий прийом їжі, переважно у вечірній час, збільшення частки вуглеводів у їжі та заміна здорової їжі на фаст-фуд у поєднанні з тютюнопалінням і вживанням алкоголю.

2. У хворих на ожиріння, а також його коморбідний перебіг з ЦД2 важливою умовою для відчуття щастя є не тільки стан здоров'я, але й матеріальний добробут та місце проживання.

3. Роль медичної сестри полягає в організації і проведенні освітньої роботи по модифікації стилю харчування та по профілактиці тютюнопаління і вживання алкоголю. Спільна робота медичного персоналу з хворим на діабет виробляє стратегії для конкретного пацієнта, що збалансує не тільки їх харчування, але й міжособистісні стосунки під час прийому їжі.

4. Профілактика аліментарного ожиріння включає звичайні заходи: чітку мотивацію, зміну способу життя (харчування й фізична активність) та підтримку зменшеної ваги. При цьому медична сестра повинна надавати необхідну для пацієнта допомогу на кожному з цих етапів. Регулярна підтримка пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням покращує результати щодо зменшення ваги.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Враховуючи високу частоту аліментарного ожиріння серед хворих на цукровий діабет 2 типу, слід приділяти підвищену увагу можливості розвитку надмірної маси тіла, особливо в осіб з основними модифікуючими факторами - нераціональним харчуванням, малорухливим способом життя, тютюнопалінням, вживанням алкоголю.

2. Медична сестра повинна надавати необхідну для пацієнта допомогу на етапі мотивації, етапі зміни способу життя та етапі підтримки зменшеної ваги.

3. Враховуючи емоційну напруженість пацієнтів з аліментарним ожирінням на тлі цукрового діабету 2 типу в соціумі, а також зменшення позитивних емоцій від їжі, для кращих результатів щодо профілактики ожиріння роботу медичної сестри необхідно поєднувати з консультацією дієтолога та психолога.

Список використаної літератури

1. Voloshin O, Glubochenko O, Pankiv I, et al. Peculiarities of phytotherapy of diabetes mellitus through the prism of comorbidity and prevention of complications (review of literature). *International Journal of Endocrinology*. 2019; 15(3): 258-267.
2. Kaiser AB, Zhang N, Van Der Pluijm W. Global prevalence of type 2 diabetes over the next ten years (2018-2028). *Diabetes*. 2018; 67(1): 202.
3. Caspersen CJ, Thomas GD, Boseman LA, et al. Aging, diabetes, and the public health system in the United States. *Am J Public Health*. 2012; 102: 1482–1497.
4. Pi-Sunyer FX, Maggio CA, McCarron DA, et al. Multicenter randomized trial of a comprehensive prepared meal program in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1999; 22: 191–197.
5. Birch, L. L., Parker, L. & Burns, A. 2011. *Early Childhood Obesity Prevention Policies. Illustrated Edition*. Washington, D.C.: The National Academies Press
6. AHRQ 2013. *Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents*. USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
7. Moreno, L. A., Pigeot, I. & Ahrens, W. 2011. *Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents: Prevalence and Etiology*. Volume 2 of *Springer Series on Epidemiology and Public Health*. New York: Springer Science and Business Media
8. Skelton, J. A., Klish, W. J., Lorin, M. I., Motil, K. J. & Hoppin, A. G. 2015. *Management of Childhood Obesity in the Primary Care Setting*. U.S.A. and Canada: Wolters Kluwer Health.
9. WHO- World Health Organization 2012. *Prioritizing Areas for Action in the Field of Populatiion Based Prevention of Childhood Obesity: A Set of Tools for Member States to Identify Priority Areas for Action*. [Referenced 9 August

2018]. Available in the WHO Intranet:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80147/1/9789241503273_eng.pdf?ua=1

10. Schwarz, F. M., Windle, L. M. & Bhatia, J. 2015. Obesity in Children. Medscape Publication. [Referenced 9 August 2018]. Available in the MedScape Database: <http://emedicine.medscape.com/article/985333-overview>

11. Paxson, C., Donahue, E., Orleans, C. T. & Grisso, J. A. 2010. The Future of Children: Childhood Obesity. Vol. 16. U.S.A.: Brookings and Institution Press.

12. SIGN- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010. Management of Obesity: A National Clinical Guide. Edinburg, Scotland: The Healthcare Improvement Scotland Model Publication Scheme.

13. Яцковська Н. М. Патофізіологічні передумови виникнення ожиріння / Н. М. Яцковська // «Внутренняя медицина». – 2009. – № 4(16). – С. 22 – 25.

14. Zimmet P., Alberti K. G., Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*. 2001. № 414. P. 782-787. 122

15. IDF Diabetes Atlas, International Diabetes Federation. 6th edn. Brussels, Belgium, 2013. URL: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html>.

16. Кирилюк М. Л., Гавловський О. Д. Сучасні клініко-патофізіологічні аспекти цукрового діабету 2 типу. Інтегративна антропологія. 2009. № 2 (14). С. 40-44.

17. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030 / Wild S., Roglic G., Green A. et al. *Diabetes Care*. 2004. Vol. 27, № 5. P. 1047-1053.

18. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000 / Roglic G., Unwin N., Bennett P. H. et al. *Diabetes Care*. 2005. Vol. 28. P. 2130-2135.

19. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2 · 7 million participants / Danaei G., Finucane M. M., Lu Y. et al. *Lancet*. 2011. № 378. P. 31-40.

20. World Health Organisation. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia: Report of a WHO/IDF Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 2006. URL: http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf

21. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014. Vol. 37 (Suppl. 1). P. 81-90.

22. Vlad I., Popa A. R. Epidemiology of diabetes mellitus: a current review. *Romanian Journal of Diabetes Nutrition & Metabolic Diseases*. 2012. Vol. 19. № 4. P. 433-440.

23. Литвинова Л. О., Тонкльвид О. Б. Сучасний стан поширеності ЦД серед населення країн європейського регіону ВООЗ (До Всесвітнього дня боротьби проти цукрового діабету 14 листопада 2008 р.). *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. № 3. С. 92-96.

24. Barceló A., Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health*. 2001. Vol. 10, № 5. С. 300-308.

25. Full accounting of diabetes and pre-diabetes in the U.S. population in 1988-1994 and 2005-2006 / Cowie C. C., Rust K. F., Ford E. S. et al. *Diabetes Care*. 2008. Vol. 32. P. 287-294.

26. Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group / Karvonen M., Viik-Kajander M., Moltchanova E. et al. *Diabetes Care*. 2000. Vol. 23, № 10. P. 1516-1526.

27. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною

патологією / Ларін О. С., Паньків В. І., Селіваненко М. І., Грачова О. О. *Международный эндокринологический журнал*. 2011. № 3 (35). URL: http://www.mifua.com/archive/article_print/17756.

28. Тимченко А. М. Стан ендокринологічної служби в східних областях України та напрямки подальшого її розвитку. *Новости медицины и фармации*. 2007. № 18. С. 20-21.

29. Etiology of type 1 diabetes. *Immunity* 32: 457–467. 12. Significant vitamin D deficiency in youth with type 1 diabetes mellitus / Svoren B. M., Volkening L. K., Wood J. R. et al. *J Pediatr*. 2009. Vol. 154. P. 132-134.

30. Lower levels of plasma 25-hydroxyvitamin D among young adults at diagnosis of autoimmune type 1 diabetes compared with control subjects: Results from the nationwide Diabetes Incidence Study in Sweden (DISS) / Littorin B., Blom P., Schoölin A. et al. *Diabetologia*. 2006. Vol. 49. P. 2847-2852.

31. The incidence of type I diabetes has not increased but shifted to a younger age at diagnosis in the 0-34 years group in Sweden 1983-1998 / Pundziute-Lycke A., Dahlquist G., Nyström L. et al. *Diabetologia*. 2002. Vol. 45, № 6. P. 783-791.

32. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study / Patterson C. C., Dahlquist G. G., Gyürüs E. et al. *EURODIAB Study Group*. 2009. Vol. 373. P. 2027-2033.

33. Prevalence of Diabetes Mellitus and its Associated Risk Indicators in a Rural Bangladeshi Population / Akhter A., Fatema K., Afroz A. et al. *The Open Diabetes Journal*. 2011. Vol. 4. P. 6-13.

34. Diabetes in Europe: an update / Tamayo T., Rosenbauer J., Wild S. H. et al. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2014. Vol. 103. P. 206-217.

35. Seasonal variation of diagnosis of Type 1 diabetes mellitus in children worldwide / Moltchanova E. V., Schreier N., Lammi N., Karvonen M. *Diabet. Med.* 2009. Vol. 26, № 7. P. 673-678.

36. Дорогой А. П. Тривалість життя, потенційні втрати трудового потенціалу й повікова смертність при цукровому діабеті: Динаміка показників. *Эндокринологическая служба Украины/Ukrainian Endocrinology Institution*. 2007. № 3 (9). С. 17-22.

37. Voulgari C., Papadogiannis D., Tentolouris N. Diabetic cardiomyopathy: from the pathophysiology of the cardiac myocytes to current diagnosis and management strategies. *Vascular Health and Risk Management*. 2010. Vol. 6. P. 883-903.

38. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults / Berenson G. S., Srinivasan S. R., Bao W. et al. *The Bogalusa Heart Study. N. Engl. J. Med.* 1998. №338. P. 1650-1656.

39. Залесский В. Н., Гавриленко Т. И., Дынник О. Б. Аутоиммунно-патологические механизмы ювенильного сахарного диабета 1-го типа и биотерапевтические подходы к стратификации повышенного риска его возникновения и развития. *Укр. мед. часопис*. 2007. № 6 (62). С. 52-58.

40. Eisenbarth G. S. Update in Type 1 Diabetes. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2007. Vol. 92. P. 2403-2407.

41. Furlanos S., Harrison L. C., Colman P. G. The accelerator hypothesis and increasing incidence of type 1 diabetes. *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.* 2008. Vol. 15. P. 321-325.

42. Araneta M. R., Wingard D. L. Type 2 diabetes and metabolic syndrome in Filipina- American women. *Diabetes Care*. 2002. Vol. 25, № 3. P. 494-499.

43. Cooke A. Review series on helminths, immune modulation and the hygiene hypothesis: How might infection modulate the onset of type 1 diabetes? *Immunology*. 2009. Vol. 126. P. 12-17.

44. The Threshold Hypothesis. Solving the equation of nurture versus nature in type 1 diabetes / Wasserfall C., Nead K., Mathews C., Atkinson M. A. *Diabetologia*. 2011. Vol. 54. P. 2232-2236.
45. Dahlquist G. G., Patterson C., Soltesz G. Perinatal risk factors for childhood type 1 diabetes in Europe. The EURODIAB Substudy 2 Study Group. *Diabetes Care*. 1999. Vol. 22. P. 1698-1702.
46. Bach J. F. Six questions about the hygiene hypothesis. *Cell Immunol*. 2005. Vol. 233. P. 158-161.
47. von Herrath M. G., Fujinami R. S., Whitton J. L. Microorganisms and autoimmunity: Making the barren field fertile? *Nat. Rev. Microbiol*. 2003. Vol. 1. P. 151-157.
48. Железнякова Н. М. Пути формирования синдрома эндогенной интоксикации у больных с коморбидным течением ХОЗЛ и хронического панкреатита. *Вісник проблем біології і медицини*. 2011. № 4. С. 89-91.
49. Шано В. П., Кучер Е. А. Синдром эндогенной интоксикации. *Острые и неотложные состояния в практике врача*. 2011. № 1 (25). С. 35-41.
50. Multiply organ dysfunction. Baseline and components scores / Cook R., Cook D. G., Tilley J. et al. *Crit. Care Med*. 2007. Vol. 29, № 12. P. 2046-2050.
51. Лабораторная диагностика синдрома эндогенной интоксикации: Метод. рекомендации / под ред. И. П. Корюкиной. Пермь, 2012. 35 с.
52. Alam K., Moinudubin, Jabeen S. Immunogenicity of mitochondrial DNA modified by hydroxyl radical. *Cell. Immunol*. 2007. Vol. 247, № 1. P. 12-17.
53. Childhood obesity – a sign of commercial success, but a market failure / R. Moodie, B. Swinburn, J. Richardson, B. Somaini // *Int. J. Pediatric Obesity*. – 2006. – Vol. 1. – P. 133-138.
54. Мітченко О. І. Ожиріння як фактор ризику серцево – судинних захворювань / О. І. Мітченко // *Нова медицина*. – 2006. – № 3. – С. 24 – 29.

55. Пасієшвілі Л. М. Ожиріння як соціальна проблема. Етапи формування в осіб із захворюваннями біліарного каналу. / Л. М. Пасієшвілі, Н. М. Железнякова, Т. М. Пасієшвілі – Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 6 (44). – С. 6 – 9.
56. Яцковська Н. М. Патофізіологічні передумови виникнення ожиріння / Н. М. Яцковська // «Внутренняя медицина». – 2009. – № 4(16). – С. 22 – 25.
57. Єпишин А. В. Внутрішні хвороби / А. В. Єпишин. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2005. – 719 с.
58. Бондар П. М. Метаболічний синдром / П. М. Бондар // Лікування та діагностика. – 2001. – № 4. – С. 24-29.
59. Каминский А. В. Методы коррекции избыточной массы тела и ожирения/ А. В. Каминский // Здоровье Украины.— 2005.— № 3.— С.17—18.
60. Абдоминальное ожирение: клинико-социальные аспекты проблемы / В. Б. Гриневич, Е. И. Сас, Ю. А. Кравчук, О. И. Ефимов // Фарматека. — 2012. — № 16. — С. 29-34.
61. Dixon J. V. Assessment of obesity and its associated comorbidities / J. V. Dixon // Obesity reviews. – 2006. – Vol. 7, Suppl. 2. – P. 2.
62. Тронько М. Д. Ендокринні аспекти метаболічного синдрому. / М. Д. Тронько, Є. В. Лучицький, В. І. Паньків. – Київ – Чернівці, 2005. – 184 с.
63. Таранчук В. В. Ожиріння — епідемія ХХІ століття: сучасний погляд на проблему / В. В. Таранчук // «Внутренняя медицина». – 2009. – № 4(16).
64. Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy / T. A.Wadden, V. L.Webb, C. H. Moran, B. A. Bailer // Circulation. — 2012. — Vol. 125. — P. 1157-1170.
65. Таранчук В. В. Ожиріння — епідемія ХХІ століття: сучасний погляд на проблему / В. В. Таранчук // «Внутренняя медицина». – 2009. – № 4(16).

66. Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy / T. A. Wadden, V. L. Webb, C. H. Moran, B. A. Bailer // *Circulation*. — 2012. — Vol. 125. — P. 1157-1170.

67. Москаленко В. Ф. Формування глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики – інноваційний підхід до вирішення сучасних проблем громадського здоров'я (огляд літератури та власних досліджень) / В. Ф. Москаленко // *Журн. АМН України*. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 516–542.

68. Устинов А. В. Ожирение как глобальная проблема человечества [Электронный ресурс] / А. В. Устинов // *Український медичний часопис*. – 2011. – Режим доступу до журн. : <http://www.umj.com.ua/article/11031/ozhirenie-kak-globalnaya-problema-chelovechestva> (05.04.2011). – Назва з екрана.

69. Драпкина О. М. Роль ожирения в развитии артериальной гипертензии и неалкогольной жировой болезни печени / О. М. Драпкина, И. Р. Попова // *Український медичний часопис*. – 2013. – № 2. – С. 125–128.

70. Бутрова С. А. Современные аспекты терапии ожирения / С. А. Бутрова, М. А. Берковская // *Поликлиника*. – 2012. – № 5. – С. 24–26.

71. Лифтиев Р. Б. Роль пищевого поведения в формировании избыточной массы тела и ожирения взрослого населения г. Баку / Р. Б. Лифтиев, А. А. Агаев // *Международный медицинский журнал*. – 2011. – № 2. – С. 65–68.

72. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // *Фарматека*. 2009. N 12. С. 91–94.

73. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты) // *Вестник психиатрии Чувашии*. 2009. N 5. С. 19–29.

74. Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика.

Ожирение. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. — М.:Медицинское информационное агентство, 2004. — С. 16–42.

75. Lichtenstein A., Appel L., Brands M. et al. Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. A Scientific Statement from the American Heart Association Nutrition Committee // *Circulation*. — 2006. — Vol. 114 — P. 82–96.

76. Wilding J.P.H. Treatment strategies for obesity // *Obesity Reviews*. — 2007. — Vol. 8 (s1). — P. 137–144.

77. Аравіцька М. Особливості стилю життя хворих на ожиріння I–III ступеня / М. Аравіцька // *Молода спортивна наука України*. – 2015. – Т.3. – С. 6-10.

78.Бондар П. М. Метаболічний синдром / П. М. Бондар // *Лікування та діагностика*. – 2001. – № 4. – С. 24-29.

79.Каминский А. В. Методы коррекции избыточной массы тела и ожирения/ А. В. Каминский // *Здоровье Украины*.— 2005.— № 3.— С.17—18.

80.Абдоминальное ожирение: клиничко-социальные аспекты проблемы / В. Б. Гриневич, Е. И. Сас, Ю. А. Кравчук, О. И. Ефимов // *Фарматека*. — 2012. — № 16. — С. 29-34.

81.Dixon J. В. Assessment of obesity and its associated comorbidities / J. В. Dixon // *Obesity reviews*. – 2006. – Vol. 7, Suppl. 2. – P. 2.

82.Вчені з'ясували, чому курці багато їдять, 2018.
<https://ukr.segodnya.ua/lifestyle/wellness/uchenye-vyyasnili-pochemu-kurilshchiki-mnogo-edyat-1128719.html>

83.Експерти розповіли, чи призводить вживання алкоголю до ожиріння, 2018. <https://www.unn.com.ua/uk/news/1743575-eksperti-rozpovili-chi-prizvodit-vzhivannya-alkogolyu-do-ozhirinnya>

84. Волошко Н. І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя / Н. І. Волошко // *Проблеми сучасної психології*. - 2011. - № 11. – С.115-124.

85. www.ukrstat.gov.ua
86. <https://www.bbc.com/ukrainian/news-48025728>
87. Особливості харчової поведінки хворих на аліментарне ожиріння та роль медичної сестри у її корекції / М. С. Люблінська, І. В. Пірус, В. А. Мусієнко [та ін.] // Медсестринство. - 2019. - № 1. – С. 15-18.
88. Роль медичної сестри у попередженні впливу метеорологічних факторів на стан пацієнтів з гіпертонічною хворобою / О. П. Мялюк, М. І. Марущак, І. Я. Криницька [та ін.] // Медсестринство. – 2017. - № 1. – С. 9-14.
89. Заюков І. В. Територіальні особливості самооцінки здоров'я населенням України / І. В. Заюков // Стратегічні пріоритети. Серія: Політика. – 2016. - №. 1. - С. 55-62.
90. Krzepota J. Jakość życia oraz zachowania zdrowotne kobiet zamieszkałych na terenach wiejskich i uczestniczących w zorganizowanych formach aktywności fizycznej / J. Krzepota , D. Sadowska // Marketing i Rynek. - 2015. - № 11 (CD). – S. 253-260.
91. Schoenberg NE, Howell BM, Swanson M, et al. Perspectives on healthy eating among Appalachian residents. J Rural Health. 2013; 29(Suppl. 1): S25–S34.
92. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. Lancet. 2004; 363: 1589–1597.
93. Beverly EA, Fitzgerald SM, Brooks KM, et al. Impact of reinforcement of diabetes self-care on poorly controlled diabetes: a randomized controlled trial. Diabetes Educ. 2013; 39: 504–514.
94. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. Diabetes Care. 2013; 36: 3821–3842.

95. Franz MJ, Boucher JL, Evert AB. Evidence-based diabetes nutrition therapy recommendations are effective: the key is individualization. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2014; 7: 65–72.
96. Franz MJ, Boucher JL, Green-Pastors J, Powers MA. Evidence-based nutrition practice guidelines for diabetes and scope and standards of practice. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108(Suppl. 1): S52–S58.
97. Franz MJ, Powers MA, Leontos C, et al. The evidence for medical nutrition therapy for type 1 and type 2 diabetes in adults. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110: 1852–1889.
98. Ajala O, English P, Pinkney J. Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2013; 97: 505–516.
99. Ley SH, Hamdy O, Mohan V, Hu FB. Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *Lancet.* 2014; 383: 1999–2007.
100. Ali MK, Bullard KM, Gregg EW. Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999–2010. *N Engl J Med.* 2013; 369: 287–288.
101. Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., ... Obesity Society, et al. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the Obesity Society. *Circulation*, 129(25 Suppl 2), S102–S138.
102. Apovian, C. M., Aronne, L. J., Bessesen, D. H., McDonnell, M. E., Murad, M. H., Pagotto, U., ... Endocrine Society, et al. (2015). Pharmacological management of obesity: An endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), 342–362.

103. Garvey, W. T., Mechanick, J. I., Brett, E. M., Garber, A. J., Hurley, D. L., Jastreboff, A. M., ... Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines, et al. (2016b). American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrine Practice*, 3(22 Suppl), 1–203.
104. American Diabetes Association (ADA). (2016). Standards of medical care in diabetes-2016 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 34(1), 3–21.
105. Sargent GM, Forrest LE, Parker RM. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obes Rev* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 15];13(12):1148-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533768/>
106. van Dillen SM, Hiddink GJ. To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 15];15:197. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0197-2>
107. Lublinska, M. S., Pirus, I. V., Musienko, V. A., Tsipkalo, A. I., & Marushchak, M. I. (2019). Особливості харчової поведінки хворих на аліментарне ожиріння та роль медичної сестри у її корекції. *Медсестринство*, (1), 15-18. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.1.9978>,
108. Kozak, K. I., Marushchak, M. I., & Denefil, O. V. (2015). Основні причини надлишкової маси тіла серед населення Тернопільської області. *Медсестринство*, (1). <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2014.1.5077>

109. Marushchak M, Krynytska I, Milevska L, Miz A, Mialiuk O. The changes of activity of effector caspase cascade components in case of alimentary obesity in rats. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2017 Mar 23;16(2):252-8.
110. Dietz, W. H., Baur, L. A., Hall, K., Puhl, R. M., Taveras, E. M., Uauy, R., & Kopelman, P. (2015). Management of obesity: Improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet*, 385(9986), 2521– 2533.
111. Fruh, S. M., Nadglowski, J., Hall, H. R., Davis, S. L., Crook, E. D., & Zlomke, K. (2016). Obesity Stigma and Bias. *Journal for Nurse Practitioners*, 12(7), 425– 432.
112. Apovian, C. M., Garvey, W. T., & Ryan, D. H. (2015). Challenging obesity: Patient, provider, and expert perspectives on the roles of available and emerging nonsurgical therapies. *Obesity (Silver Spring)*, 23(Suppl 2), S1– S26.
113. Dansinger, M.L., Gleason, J.A., Griffith, J.L. et al. (2005) Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomised trial. *Journal of the American Medical Association* 293: 1, 43-53.
114. Wing, R. R., Lang, W., Wadden, T. A., Safford, M., Knowler, W. C., Bertoni, A. G., Look AHEAD Research Group, et al. (2011). Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 34(7), 1481– 1486.