

Психологічні чинники розладів адаптації та поведінкові харчові реакції у молодих жінок із надмірною масою тіла та порушенням репродуктивної функції

Ю. М. Павлушинський, О. М. Макаrchук

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Метаболічні порушення, які формують клінічний стан ожиріння, мають багатогранну природу зі складним патогенезом коморбідним розладів. Особливої уваги заслуговує вивчення причини та механізмів психологічного статусу жінок молодого віку з надмірною масою тіла та порушенням репродуктивної функції.

Мета дослідження: клініко-психологічне та експериментально-психологічне вивчення ролі психосоціальних факторів та особливостей харчової поведінки у молодих жінок з надмірною масою тіла та ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено дві основні групи пацієнток: 50 осіб з надмірною масою тіла ($IMT = 25,00\text{--}29,99 \text{ кг/м}^2$) та 40 пацієнток з ожирінням I ступеня ($IMT = 30,00\text{--}34,99 \text{ кг/м}^2$), контрольну групу становили 30 жінок з нормальною масою тіла ($IMT = 18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$). Експериментально психологічна методологічна програма представлена комплексом методик: оцінка харчової поведінки за Голландським опитувальником DEBQ (Dutch Eating behavior Questionnaire) та трьохфакторний опитувальник Стункарда TFEQ-R18 (Three-factor Eating questionnaire).

Результати. У третини пацієнток обох основних груп встановлено особливості, пов'язані із зміною способу життя чи окремими життєвими епізодами і станами: пологи (37,8%), стресова життєва ситуація (26,7%), припинення тютюнопаління (43,3%). Основними скаргами пацієнток обох групи стали: лабільність настрою, тривожність (28,0%), дратівливість, підвищена втомлюваність, погіршення якості сну, зниження настрою, емоційність, плаксивість (38,0%), у пацієнток з ожирінням поряд з тривожністю (47,5%) та нестабільним настроєм (40,0%) відзначено прояви депресії (15,0%) та агресії (5,0%), при цьому посилений емоційний дискомфорт супроводжувався підвищенням апетиту та зміною інтенсивності харчової тяги.

У пацієнток першої групи обмежувальний тип харчової поведінки діагностували практично у двох третинах спостережень (74,0%), емоціогенний (68,0%), екстернальний тип (12,0%) спостережень. У другій групі у половини досліджуваних осіб відзначено високі показники за шкалами обмежувального типу (52,5%), емоціогенного типу (32,5%), екстернального (15,0%).

Висновки. Прояви емоціогенного та обмежувального типів харчової поведінки з високими показниками шкал навіть на початковому етапі у пацієнток з надмірною масою тіла здатні ініціювати метаболічні порушення та призводити до розвитку і прогресування ожиріння.

Ключові слова: ожиріння, надмірна вага, психоемоційні прояви, психосоціальні фактори ризику, харчова поведінка.

Не можна заперечити факт, що в останні десятиріччя фіксують прогресуюче зростання надмірної маси тіла та ожиріння [2, 6, 10, 16]. Водночас у розвинутих країнах кожна третя особа має масу тіла, яка перевищує максимально допустиму [5, 6, 10]. Слід наголосити, що метаболічні порушення, які формують клінічний стан ожиріння, мають багатогранну природу зі складним патогенезом коморбідних розладів [5, 6, 14].

На особливу увагу заслуговує вивчення причини та механізмів психологічного статусу молодих жінок з надмірною масою тіла та порушенням репродуктивної функції, уточнення механізмів стресостійкості особистості та можливостей її компенсаторних та захисних механізмів [10, 11]. При цьому немає єдиного погляду щодо ролі стресових чинників та факторів ризику психічної дисадаптації, які посилюються при поєднанні з комплексом метаболічних порушень та інших асоційованих з ожирінням розладів, у патогенезі процесів жирового обміну як ініціюючого механізму порушення репродуктивної функції [2, 5, 9, 11, 14].

Ускладнення ожиріння варіюються від негативного впливу на серцево-судинну, ендокринну, гепатобіліарну та кістково-м'язову системи до вищих рівнів психічних захворювань, таких, як депресія та розлади харчової поведінки (ХП) [4, 6, 15]. Низка авторів вказують на погіршення якості життя та порушення настрою, включаючи симптоми депресії, зниження сексуального задоволення та проблеми з жіночою ідентичністю [4, 8, 10], насамперед зміни зовнішнього вигляду, гормональні та метаболічні порушення, розлади менструального циклу, безпліддя та віддалені ускладнення, що модулюють психологічні зміни.

Харчова потреба має біологічну природу, і без сумніву регулюється ХП людини, але інколи ХП може визначатись сімейними особливостями вживання харчових продуктів, вихованням, розумовим та фізичним навантаженням та способом реагування особистості на стрес та зовнішні подразники [1, 3, 4, 15]. Стани, які виникають дуже часто у повсякденному житті – емоційний дискомфорт, почуття тривоги, поганий настрій, образи, розчарування, генерують так званий механізм «вуглеводної спраги», що прирівнюють до наркотичної залежності, і який зазвичай полегшується вживанням висококалорійної їжі [1, 3, 4, 15]. Хоча наукові дані щодо ролі емоційного типу порушень ХП як посередника між депресією та ожирінням є суперечливі.

Проблемі етіології та патогенезу ожиріння присвячено численні публікації у зарубіжних та вітчизняних виданнях [2, 5, 6, 9, 14], але питання оцінки результатів психологічної діагностики та індивідуально-особистісних характеристик молодих пацієнток із надмірною масою та порушенням репродуктивної функції відображені

фрагментарно. Недостатньо вивчено особливості захисної поведінки та адаптації до надмірної маси тіла, різні сторони самооцінки життєвих перспектив, психологічні фактори резистентності до запропонованої терапії тощо.

Мета дослідження: клініко-психологічне та експериментально-психологічне вивчення ролі психосоціальних факторів та особливостей ХП у молодих жінок з надмірною масою тіла та ожирінням.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Жінки були розподілені на три досліджувані групи. У першу групу включили 50 пацієнток з надмірною масою тіла – так звана вага ризику ($IMT = 25,00–29,99 \text{ кг/м}^2$), у другу групу увійшли 40 пацієнток з ожирінням I ступеня ($IMT = 30,00–34,99 \text{ кг/м}^2$), у третю групу (контрольну) – 30 жінок з нормальною масою тіла ($IMT = 18,5–24,9 \text{ кг/м}^2$).

Обстеження проведено у Центрі планування сім'ї КНП «Івано-Франківський обласний перинатальний центр Івано-Франківської обласної ради» (Україна). Дослідження проведено з урахуванням основних принципів Гельсінської декларації з біометричних досліджень та повноважень GCH ICH (1996 р.) згідно з біометричними нормами, з дотриманням принципів конфіденційності та етики (витяг з протоколу № 128/23 засідання комісії з питань біоетики від 29.11.2023 р. Івано-Франківського національного медичного університету МОЗ України).

Антропометричні заміри включали визначення зросту, маси тіла, обхвату талії (ОТ), обхвату стегон (ОС), розрахунок співвідношення ОТ/ОС. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою $IMT = W/H^2$, де W – маса тіла (кг), H – зріст (м).

Експериментально-психологічна методологічна програма представлена комплексом наступних методик: для оцінки ХП використано Голландський опитувальник DEBQ (Dutch Eating behavior Questionnaire) (Діагностика і корекція порушень ХП у загальносоматичній практиці) та трьохфакторний опитувальник Стункарда TFEQ-R18 (Three-factor Eating questionnaire) [3, 4, 13].

Аналіз опитувальника DEBQ полягав в оцінюванні відповідей на 33 запитання у балів від 1 до 5, що дозволяє визначити обмежувальний (використання різних навісних обмежень у харчуванні з метою зниження або підтримки бажаної маси тіла), емоційгенний (при споживанні їжі стає реакцією на емоційний дискомфорт) та екстернальний (обумовлені переважною реакцією на зовнішні подразники при прийнятті рішення про споживання їжі, без урахування потреби організму в їжі) типи порушень ХП, середні значення яких для осіб з нормальною масою тіла становлять 2,4; 1,8 і 2,7 бала відповідно [3, 4, 13].

Трьохфакторний опитувальник Стункарда TFEQ-R18 дозволяє провести оцінку когнітивних та поведінкових аспектів харчування, а також визначити типи порушень ХП, такі, як когнітивно обмежувальний (коли контроль маси тіла забезпечується свідомим обмеженням кількості споживання та прийомів їжі), неконтрольований (періодична втрата контролю над споживанням їжі) та емоційний (внутрішнє відчуття сили голоду та потягу до їжі) [3, 4, 13, 15]. Психологічні дослідження проведені за інформованою згодою пацієнток. Для проведення статистичного оброблення було використано програмний пакет STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік учасниць дослідження становив $29,8 \pm 3,9$ року, що дозволило охопити діагностикою пацієнток віком від 22 до 35 років. Більшість опитаних становили жінки, які представляють найбільш соціально активну частину населення, для яких

робота є пріоритетним фактором у цьому віці з точки зору психологічної та соціальної значущості.

За даними опрацювання опитувальників встановлено, що порушені харчові поведінкові реакції найбільш характерні для молодих жінок, які неодружені або розлучені, вказують на відсутність психологічної підтримки з боку соціального оточення – 37 (30,8%), також вагомою є частка жінок, незадоволених своїм фінансовим станом – 59 (49,2%), у яких відсутня стабільна професійна зайнятість (домогосподарки – 42 (35,0%), або професія вимагає значимого стресового навантаження – 61 (50,8%), що свідчить про більш виражений соматичний та емоційний дискомфорт, соціальне та комунікативне загострення на своєму зовнішньому вигляді [4, 10] (рис. 1).

Причому найбільша кількість у всіх досліджуваних групах самотніх жінок (незаміжніх, розлучених або овдовілих) представлена у групі з ожирінням – 19 (47,5%), частка пацієнток у повторному шлюбі – у групі з так званою «вагою ризику» – 29 (58,0%). У групі з ожирінням більшою є частка бездітних пацієнток – 52,5%, а в групі з надмірною масою тіла – у двох третинах є діти, тобто «функція материнства» є реалізованою – 37 (74,0%) проти 19 (47,5%) у другій групі відповідно. Проте у третини відзначено субфертильність, ранні репродуктивні втрати, невиношування, замирання вагітності, у 34 (37,8%) – первинне чи вторинне безпліддя.

Якщо вказувати на тривалість розвитку надмірної маси тіла та аліментарного ожиріння I ступеня, то більше 10 років надмірну масу тіла фіксувала кожна друга пацієнтка першої групи, і тільки 8 (16,0%) жінок акцентували на підвищенні маси тіла протягом року. У пацієнток другої групи тривалість 10 років ожиріння I ступеня констатовано у 27 (67,5%) осіб.

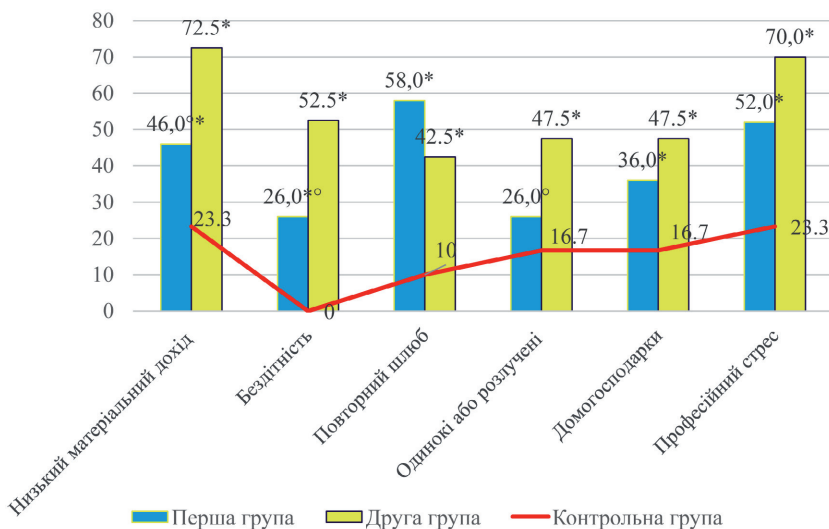


Рис. 1. Соціальний склад жінок, n=120

Примітки: * – статистично вірогідна проти даних контрольної групи, $p < 0,05$; ° – статистично вірогідна проти даних другої групи, $p < 0,05$.

За даними літератури, на процес збільшення маси тіла можуть впливати різноманітні чинники: спадковість, певні особливості способу життя (такі, як ХП, гіподинамія, часті стресові ситуації), пологи або аборти, ендокринопатії, вік, вживання медикаментів [2, 4, 6, 7, 12].

Більше половини опрацьованих анкет свідчать про спадковий чинник щодо надмірної маси тіла та ожиріння у сім'ї, а також значущу частку такі соматичних захворювань, як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет та традиційні для родини режими харчування і висококалорійний раціон. Доцільно зазначити високу частку пацієнток із коморбідністю соматичної (артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність, захворювання гепатобіліарної системи та ендокринопатії) і гінекологічної патології (кісти яєчників, міома та аномальні маткові кровотечі) – практично у кожному третьому опитувальнику.

Слід відзначити, що у третини пацієнток обох основних груп наявні певні особливості, пов'язані із зміною способу життя чи окремими життєвими епізодами і станами (пологи – 34 (37,8%), стресова життєва ситуація – 24 (26,7%), припинення куріння – 39 (43,3%), які призвели до збільшення індексу маси тіла. Водночас слід підкреслити, що більшість пацієнток не належним чином контролювали масу тіла, що відтермінувало превентивні заходи та її корекцію. Частка жінок, які тривало (більше 6 років) курять та вживають до 20 цигарок на день, становила 11 (22,0%) осіб.

При опрацьованні анкет пацієнток з надмірною масою тіла оцінка особливостей ХП продемонструвала такі моменти, як:

- надмірне вживання висококалорійної їжі – 18 (36,0%),
- рідкі прийоми їжі (1–2 рази на добу) великими порціями – 22 (44,0%),
- пізня вечеря – 27 (54,0%),
- часті прийоми їжі (6–7 разів) – 5 (10,0%).

Водночас наявна висока частка жінок у групі надмірного вживання солодощів – 14 (28,0%) та алкоголю – 11 (22,0%), заміни прийому їжі палінням цигарок – 21 (42,0%). Страви, багаті на білок, зокрема свіжі овочі та фрукти, вживала невелика частка пацієнток – 6 (12,0%).

Слід відзначити, що опрацьовані нами літературні джерела демонструють, що частота психічних розладів в осіб з ожирінням значно перевищує поширеність порушень психіки серед осіб з нормальною масою тіла [3, 4, 9, 15]. Основними скаргами пацієнток обох групи стали:

- дратівливість,
- підвищена втомлюваність,
- погіршення якості сну,
- зниження настрою,
- емоційність,
- плаксивість.

Пацієнтки першої групи пов'язують зміни настрою з відчуттям незадоволеності власним тілом і неефективністю методів корекції надмірної маси тіла. Водночас жінки другої групи більшою мірою іпохондричні розлади настрою та неспокій пов'язують із тривогою щодо свого здоров'я та репродуктивної функції.

Саме для першої групи притаманним було порушення емоційного фону, знижена самооцінка, що особливо загострені у молодих жінок та пацієнток із субфертильністю. Ці особи у 19 (38,0%) спостереженнях скаржилися на лабільність настрою, тривожність – 14 (28,0%), тоді як у пацієнток з ожирінням поряд з тривожністю – 19 (47,5%) та нестабільним настроєм – 16 (40,0%) відзначено

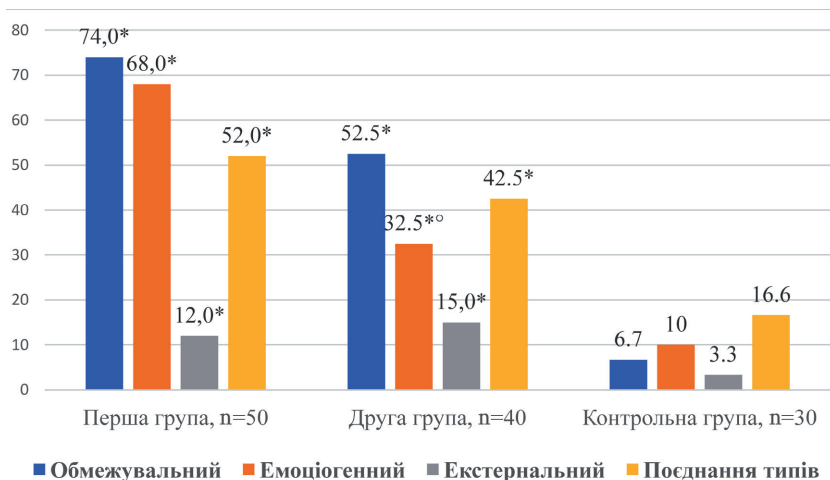


Рис. 2. Типи харчової поведінки в обстеженого контингенту жінок, n=120 (%)

Примітки: * – статистично вірогідно проти даних контрольної групи, $p < 0,05$; ° – статистично вірогідно проти даних першої групи, $p < 0,05$.

прояви депресії – 6 (15,0%) та агресії – 2 (5,0%). При цьому посилений емоційний дискомфорт супроводжувався підвищенням апетиту та зміною інтенсивності харчової тяги.

За результатами наших досліджень виявлено певні поведінкові і психологічні особливості молодих осіб з порушеним репродуктивним здоров'ям, які можуть справляти певний вплив на результати корегуючих програм. Характеризуючи типи ХП, слід зазначити домінування високих показників за шкалами емоціогенного та екстернального типів у пацієток другої групи (таблиця), тоді як у жінок з надмірною масою тіла переважали обмежувальний та емоціогенний типи ХП (рис. 2).

У пацієток першої групи обмежувальний тип порушень ХП діагностувався практично у двох третинах спостережень – 37 (74,0%), емоціогенний – у 34 (68,0%), екстернальний тип порушень ХП відзначено у невеликій частині досліджуваних – у 6 (12,0%), поєднання кількох типів спостерігалось у 26 (52,0%) спостереженнях. Ці пацієнтки зазначали нерегулярний характер харчування і синдром нічної їжі, вони частіше заперечували свій стан як проблему, характерним була недовіра до лікаря, бажання зберегти самостійність у виборі засобів корекції.

Наявність обмеженого типу ХП генерує механізми хронічного стресу р почуттям голоду на період утримання від харчування, що компенсується під час періодів переїдання прогресуючим збільшенням маси тіла та призводить до ще більш вираженого стресу. Переїдання учасниці дослідження характеризували як відповідь на стрес, коли прийоми їжі нормалізували емоційний дискомфорт.

Емоціогенний тип ХП формується як відповідь на переважно негативні емоції та стресорні фактори, що дає можливість відволіктись від їхнього впливу надмірним харчуванням [4, 13]. Таким пацієнткам важко керувати емоціями без допомоги їжі,

Рівні вираженості типів харчової поведінки у пацієнток досліджуваних груп, n=120, M±m

Тип харчової поведінки	Перша група, n=50	Друга група, n=40	Контрольна група, n=30
Обмежувальний тип, ум.од	3,85±0,06*	3,36±0,08*	2,75±0,09
Емоціогенний тип, ум.од	3,12±0,11*	3,26±0,04*	1,9±0,08
Екстернальний тип, ум.од.	2,59±0,12	2,98±0,09*	2,32±0,12

Примітка. * – Статистично вірогідно проти даних контрольної групи, $p < 0,05$.

вони «заїдають свої емоції», і смаколики виступають своєрідним «другом» у подоланні стресової ситуації. Водночас ХП у пацієнток з надмірною масою тіла демонструє описаний в літературі феномен «дієтичної депресії», коли несистематичне переїдання та постійний харчовий стрес призводять до формування відчуття провини та зниження їх самооцінки [4, 13].

Зазначимо, що обмежувальний тип ХП має певну залежність від віку та найбільш виражений у молодих жінок віком від 22 до 25 років, що становить третину спостережень. Високі показники по шкалі емоційної ХП також простежуються у жінок віком 22–25 років та 26–30 років, тоді як жінки віком старше 30 років демонструють екстернальний тип ХП. Це особи, яким важко втриматись, коли вони бачать смачну їжу, важко контролювати себе у випадку застілля, характерним є несвідомий, нерегулярний і неконтрольований прийом їжі.

Слід зазначити, що у більш дорослому віці (після 30 років) суттєво знижується кількість осіб з емоційним та обмежувальним типом – до 12,0% спостережень, що демонструє більш прискіпливе ставлення до якості їжі та відчуттів, які вона дарує. Також доцільно вказати, що чим більшою була тривалість метаболічних відхилень та ожиріння, тим частіше у пацієнток діагностували емоціогенний тип, і тим меншою була частка обмежувального стилю харчування.

У другій групі у половини досліджуваних осіб відзначено високі показники за шкалами обмежувального типу порушення ХП – у 21 (52,5%) випадку, емоціогенного типу – у 13 (32,5%), екстернального – у 6 (15,0%), поєднання кількох типів порушення ХП – у 4 (10,0%) спостереженнях. Показники, отримані під час обстеження жінок з нормальним індексом маси тіла, були у референтних низьких межах по всім трьом шкалам, що свідчить про відсутність проблем з харчуванням, де вживання їжі є збалансованим, достатньо розумним, без схильності реагувати зміною ХП на критичні соціальні ситуації.

Оцінювання ступеня вираженості шкал різних типів ХП продемонстрували достовірні відмінності від даних контролю в обох основних групах, більш яскраво у випадку тривалого ожиріння (див. таблицю).

За даними опитувальника TFEQ-R18, в осіб з нормальною масою тіла порушення ХП відзначено у 6 (20,0%) осіб. У пацієнток з надмірною масою тіла порушення ХП виявлені у 39 (78,0%) опитаних, у другій групі – у 36 (90,0%). Когнітивно-обмежувальний тип визначений у 66 (81,5%) осіб, неконтрольований – у 10 (12,3%), емоційний – у 45 (55,5%) учасниць, при цьому високі показники обмежувального типу були в однакових частках у двох основних групах, більш вагомі у жінок з «вагою ризику».

ВИСНОВКИ

Необхідно зазначити зростання не тільки частоти, а й тривалості надмірної маси тіла та ожиріння у пацієнток терміном більше року, значущий відсоток професійно зайнятих жінок, та осіб, незадоволених своїм матеріальним достатком, сімейним станом та умовами життя, коморбідність соматичної (артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність, захворювання гепатобіліарної системи та ендокринопатії) і гінекологічної патології (кісти яєчників, міома та аномальні маткові кровотечі).

Значущою є частка пацієнтів двох основних груп, які є бездітними – 34 (37,8%), з достовірною відмінністю у групі з ожирінням ($p < 0,05$), що може бути причиною зміни міжособистісних і сімейних контактів та певних труднощів у виконанні жіночих рольових функцій.

Прояви емоційного та обмежувального типів ХП з високими показниками шкал навіть на початковому етапі у пацієнток з надмірною масою тіла здатні ініціювати метаболічні порушення та призводити до розвитку і прогресування ожиріння.

Переважає обмежувального типу над іншими типами ХП за анкетами DEBQ та TFEQR18 в осіб з надмірною масою тіла свідчать про потребу та бажання контролювати свою власну масу тіла, але такий стан потребує індивідуального підходу зі зміною стереотипу харчування, обов'язковою психологічною корекцією у комбінації з іншими стратегіями корекції надмірної маси тіла.

Psychological factors of adaptation disorders and eating behavioral reactions in young overweight women with reproductive disorders

Yu. M. Pavlushynski, O. M. Makarchuk

Metabolic disorders forming the clinical state of obesity have a multifaceted nature with a complex pathogenesis of comorbid disorders. Particular attention should be paid to the study of the causes and mechanisms of the psychological status of young overweight women with impaired reproductive function.

The objective: of this study was to conduct a clinical-psychological and experimental-psychological study of the role of psychosocial factors and eating behaviour in young overweight and obese women.

Materials and methods. Two main groups of patients were examined: 50 overweight patients ($BMI = 25.00\text{--}29.99 \text{ kg/m}^2$) and 40 patients with obesity of the first degree ($BMI = 30.00\text{--}34.99 \text{ kg/m}^2$), the control group consisted of 30 women with normal body weight ($BMI = 18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$). Experimentally, the psychological methodological program is represented by a set of methods: assessment of eating behaviour according to the Dutch Eating behaviour Questionnaire (DEBQ) and the Stunkard Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18).

Results. One third of patients in both main groups had features related to lifestyle changes or specific life episodes and conditions: childbirth (37.8%), stressful life situation (26.7%), smoking cessation (43.3%). The main complaints of patients in both groups were mood lability, anxiety (28.0%), irritability, increased fatigue, poor sleep quality, low mood, emotionality, tearfulness (38.0%). In obese patients, along with anxiety (47.5 %) and unstable mood (40.0%), manifestations of depression (15.0%) and aggression (5.0%) were noted, with increased emotional discomfort accompanied by high appetite and changes in the intensity of food cravings.

In patients of the first group, the restrictive type of eating behaviour was diagnosed in almost two-thirds of the observations (74.0%), the emotionogenic type – in 68.0%, and the external type was noticed in 12.0% of the observations. In the second group, half of the patients showed high scores on the scales of the restrictive type (52.5%), emotionogenic type (32.5%), and external type (15.0%).

Conclusions. The manifestations of emotionogenic and restrictive types of eating behaviour with high scores even at the initial stage in overweight patients can initiate metabolic disorders and lead to the development and progression of obesity.

Keywords: *obesity, overweight, psychoemotional manifestations, psychosocial risk factors, eating behaviour.*

Відомості про авторів

Павлушинський Юрій Миколайович – аспірант, кафедра акушерства і гінекології післядипломної освіти, Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України; тел.: (067) 255-83-21. *E-mail: ifperinatal@gmail.com*

ORCID: 0009-0004-2474-2858

Макарчук Оксана Михайлівна – д-р мед. наук, проф., кафедра акушерства і гінекології післядипломної освіти, Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України; тел.: (050) 521-01-92. *E-mail: o_makarchuk@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-5423-4377

Information about the authors

Pavlushynskiy Yurii M. – graduate student, Department of Obstetrics and Gynecology Postgraduate Education, Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; tel.: (067) 255-83-21. *E-mail: ifperinatal@gmail.com*

ORCID: 0009-0004-2474-2858

Makarchuk Oksana M. – Doctor of Medicine, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology Postgraduate Education, Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; tel.: (050) 521-01-92. *E-mail: o_makarchuk@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-5423-4377

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Колінко Л. Зміни харчової поведінки у молодих осіб із різною масою тіла. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії, 2020; 20(2), 138-144. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.20.2.138>
2. Конвіссер А, Коритко О. Вплив ожиріння на репродуктивне здоров'я до та під час вагітності. Міжнародний журнал ендокринології. 2022; 18 (8):446–450. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.18.8.2022.1224>
3. Латіна Г.О. Гігієнічна оцінка харчового статусу учнів середнього шкільного віку. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020;5(1) (23): 348- 353.
4. Матейко Н.М. Особливості психологічної реабілітації осіб з надлишковою масою тіла. Теорія і практика сучасної психології. 2018; 4: 70-74.
5. Паєнок О.С. Вплив надмірної маси тіла та ожиріння на розвиток порушень репродуктивної функції в жінок. Міжнародний журнал ендокринології. 2021;17(7):575-580. doi: 10.22141/2224-0721.17.7.2021.244974
6. Рокутова МК, Тищенко ІВ, Бондарева ОО, Дольник МЮ. Ожиріння у пацієнтів з коморбідними станами: ставлення до факторів ризику. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії, 2017; 17 (4 ч.2): 218-223.
7. Aarestrup J, Pedersen DC, Thomas PE, Glintborg D, Holm JC, Bjerregaard LG, Baker JL. Birthweight, Childhood Body Mass Index, Height and Growth, and Risk of Polycystic Ovary Syndrome. *Obes Facts.* 2021;14(3):283-290. doi: 10.1159/000515294.
8. Anglé S, Engblom J, Eriksson T, Kautiainen S, Saha MT, Lindfors P, Lehtinen M, Rimpelä A. Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009;6:41. doi: 10.1186/1479-5868-6-41
9. Korytko O. Influence of Overweight and Obesity on Reproductive Health and Carrying of a Pregnancy. *International Journal of Endocrinology (Ukraine).* 2021; (7.79):22–26. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.7.79.2016.86415>
10. Lee KX, Quek KF, Ramadas A. Dietary and Lifestyle Risk Factors of Obesity Among Young Adults: A Scoping Review of Observational Studies. *Curr Nutr Rep.* 2023; 12(4):733-743. doi: 10.1007/s13668-023-00513-9.

11. Itriyeva K. The effects of obesity on the menstrual cycle. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2022;52(8):101241. doi: 10.1016/j.cppeds.2022.101241
12. Nordman H, Jääskeläinen J, Voutilainen R. Birth Size as a Determinant of Cardiometabolic Risk Factors in Children. *Horm Res Paediatr*. 2020; 93(3):144-153. doi: 10.1159/000509932.
13. Seyed-Ali Mostafavi, Shahin Akhondzadeh, Mohammad Reza Mohammadi, Mohammad Reza Eshraghian, Saeed Hosseini, Maryam Chamari, Seyed Ali Keshavarz. The Reliability and Validity of the Persian Version of ThreeFactor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18) in Overweight and Obese Females. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2017;12(2):100-108.
14. Silvestris E, de Pergola G, Rosania R, Loverro G. Obesity as disruptor of the female fertility. *Reprod Biol Endocrinol*. 2018; 16(1):22. doi: 10.1186/s12958-018-0336-z.
15. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Curr Diab Rep*. 2018; 18(6):35. doi: 10.1007/s11892-018-1000-x.
16. Zhilka NYa, Mironyuk IS, Slabkiy GO. Characteristics of the reproductive health of female population in Ukraine. *Wiad. Lek*. 2018; 71(9): 1803-1808