

DOI: 10.26693/jmbs04.01.155

УДК 616.1/4 – 036.12:612.39

*Шалімова А. С., Ісаєва Г. С., Вовченко М. М.,
Резнік Л. А., Буряковська О. О., Ємельянова Н. Ю.*

ВПЛИВ ГРУПОВОЇ ТА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА КОРЕКЦІЮ ХАРЧОВИХ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків, Україна

anna.shalimova83@gmail.com

Мета роботи полягала в оцінці ефективності групової та індивідуальної терапії у корекції харчових поведінкових реакцій пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. Складові харчової поведінки оцінювалися на початку дослідження, а також аналізувалися їх зміни під впливом групової та індивідуальної терапії. Встановлено, що при наявності тенденції до позитивних змін харчової поведінки проведення як групової, так і індивідуальної терапії протягом 1 року, достовірно не змінило такі її показники, як добове споживання кухонної солі, овочів і фруктів, паління і вживання алкоголю, що підтверджує складність впливу на зазначений фактор ризику розвитку і прогресування хронічних неінфекційних захворювань.

Ключові слова: харчова поведінка, хронічні неінфекційні захворювання, групова терапія, індивідуальна терапія.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є фрагментом науково-дослідної роботи відділу комплексного зниження ризику хронічних неінфекційних захворювань ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» «Розробити комплексні програми профілактики серцево-судинних захворювань у пацієнтів з неінфекційними захворюваннями», № державної реєстрації 0116U003039.

Актуальність. Харчова поведінка – це сукупність поведінкових дій людини, які є невід'ємною складовою його способу життя, спрямованих на вибір харчування, умови і режим прийому їжі для задоволення фізіологічних, психологічних і соціально-економічних потреб [1, 7, 8, 14, 15].

Харчова поведінка формується під впливом сімейних, національних, психофізіологічних особливостей, соціально-культурного та етичних цінностей, особливостей метаболізму в організмі і стану здоров'я. Вона залежить від взаємодії почуття голоду і ситості, апетиту, співвідношення мотиваційних і емоційних компонентів [2, 3, 6, 10].

В даний час харчова поведінка розглядається не лише як компонент способу життя, направлений на задоволення фізіологічних та психологічних потреб, до складу якого входять: вибір, способи приготування та прийому їжі, умови та режим харчування, а і як вагомий додатковий фактор ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань [4, 5, 9, 12, 19].

У Європейських і Національних рекомендаціях з діагностики і лікування різних хронічних неінфекційних захворювань окрема роль приділяється впливу на харчову поведінку, як одному з компонентів комплексної терапії пацієнтів та профілактики низки захворювань. Вважається, що вивчення особливостей харчової поведінки і розробка програм її модифікації дозволить удосконалити первинну і вторинну профілактику хронічних неінфекційних захворювань [2, 19].

Враховуючи вагому роль харчової поведінки у розвитку і прогресуванні хронічних неінфекційних захворювань, **метою** даного дослідження була оцінка ефективності групової та індивідуальної терапії у корекції харчових поведінкових реакцій пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження проводилося на базі відділу комплексного зниження ризику хронічних неінфекційних захворювань ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків протягом 2016–2018 рр. Навчання пацієнтів проводили або у «Школах здоров'я», або в ході індивідуального навчання. До дослідження було задіяні 5 лікарів (2 кардіологи, 1 ендокринолог, 1 стоматолог та 1 дієтолог), 1 інструктор з лікувальної фізкультури та 1 медична сестра.

Обсяг групового консультування склав 9 занять з частотою 1 раз на місяць. Тривалість заняття – 1 час. Кожне заняття складалося з 4 лекцій (по 15 хвилин кожна) та було присвячено одному з найбільш поширених хронічних неінфекційних

захворювань: ішемічній хворобі серця, гіпертонічній хворобі, цукровому діабету, захворюванням опорно-рухового апарату, щитовидної залози, вік-асоційовані ураженням центральної нервової системи. Особлива увага приділялася основним факторам ризику даного захворювання і методам їх корекції. Заняття проводили кардіолог, дієтолог і інструктор з лікувальної фізкультури. На початку циклу пацієнтам видавалися методичні матеріали та індивідуальний щоденник.

Пацієнти індивідуальної групи також відвідували клініку 1 раз на місяць. Всього було 9 візитів. Пацієнта по черзі оглядали кардіолог, дієтолог та інструктор з лікувальної фізкультури (кожен фахівець оглядав пацієнта 1 раз на 3 місяці). Тривалість консультації складала 30 хвилин.

Пацієнти були проінформовані, щодо необхідності вести харчовий щоденник як частину індивідуального щоденника. Дієтолог відповідав детально на всі запитання після лекції або в ході індивідуального навчання.

У дослідження було включено 150 хворих високого і дуже високого кардіоваскулярного ризику. До першої групи увійшли 75 пацієнтів, які дали згоду на навчання у Школах здоров'я «Основи здорового способу життя». Другу групу склали 75 пацієнтів, яким було запропоновано індивідуальне консультування. Розподіл пацієнтів по групам проводився за допомогою рандомізації конвертами. Середній вік хворих з когорти групового консультування склав (63,68±8,44) роки, індивідуального – (61,63±10,74) роки (p=0,20). Кількість чоловіків у першій групі склали 21 (28%), жінок – 54 (72%); у другій – 25 (33%) та 50 (67%) відповідно. Характеристика пацієнтів залежно від нозологічних форм представлена в табл. 1.

Загальна тривалість участі в дослідженні – 1 рік.

У даній роботі представлено фрагмент дослідження, в якому оцінювалася саме харчова поведінка (за допомогою опитувальника, розробленого співробітниками відділу). Визначали добове споживання кухонної солі (менше або більше 5 г на добу), овочів і фруктів (менше або більше 500 г на добу), фактор паління (у минулому і в даний час), а також вживання алкоголю. Опитувальник заповнював лікар.

Зазначені складові харчової поведінки оцінювалися на початку дослідження, а також аналізувалися їх зміни під впливом групової та індивідуальної терапії.

Протокол дослідження був схвалений локальною етичною комісією ГУ «Національного інституту терапії імені Л.Т. Малої НАМН України». Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації. Всі пацієнти підписали згоду на участь у дослідженні.

Статистична обробка результатів проведена за допомогою пакета статистичних програм «SPSS 21» (IBM), Microsoft Office Excel-2003.

Результати дослідження та їх обговорення.

Оцінка ставлення до паління показала, що абсолютна більшість учасників на початку групової терапії (92% респондентів) на питання в анкеті: «Чи Ви палите?», – відповіла «ні». 2,7% опитаних зазначили, що палять, і ще 5,3% палили в минулому, але кинули. При цьому поширеність паління серед жінок і чоловіків не мала достовірних відмінностей. Середня кількість цигарок, які респонденти вкурювали протягом дня, також не мала достовірних гендерних відмінностей. Проте середній стаж паління у чоловіків був достовірно вищим, ніж у жінок (21 рік проти 7 років, відповідно, p<0,05).

Серед учасників індивідуальної терапії переважна більшість респондентів заперечувала факт паління (90,7%), 4% відзначало, що палить, і ще 5,3% палили в минулому, але кинули. Як і серед учасників групової терапії, в даній групі не було достовірних гендерних відмінностей у поширеності паління і кількості цигарок, що респонденти вкурювали протягом дня. При цьому середній стаж паління у чоловіків був також достовірно вищим, ніж у жінок (24 рік проти 9 років, відповідно, p<0,05).

Аналіз іншої складової харчових поведінкових реакцій, а саме вживання міцного алкоголю у помірній кількості, показав, що абсолютна більшість

Таблиця 1 – Характеристика пацієнтів залежно від нозологічних форм

Нозологічні форми		Групове навчання, (n =75)	Індивідуальне навчання, (n =75)	χ^2 , p	
Гіпертонічна хвороба	1 ступінь	0	3 (4,0 %)	1,36 p=0,244	
	2 ступінь	45 (60,0%)	46 (61,3 %)	0,03, p=0,867	
	3 ступінь	24 (32,0 %)	16 (21,3 %)	2,18 p=0,14	
ІХС	Стабільна стенокардія напруження	I ФК	4 (5,3 %)	7 (9,3 %)	0,39 p=0,531
		II ФК	52 (69,3 %)	47 (62,7 %)	0,74 p=0,389
		III ФК	8 (10,7 %)	3 (4,0 %)	1,57 p=0,210
	Інфаркт міокарда в анамнезі	22 (29,3 %)	18 (24,0%)	0,55 p=0,46	
Реваскуляризація	11 (14,7%)	10 (4,0 %)	0,06 p=0,81		
Серцева недостатність (NYHA)	I ФК	6 (8,0 %)	6 (8,0 %)	0,09 p=0,763	
	II ФК	45 (60,0 %)	50 (66,7 %)	0,72 p=0,397	
	III ФК	8 (10,7 %)	3 (4,0 %)	1,57 p=0,210	
Цукровий діабет 2 типу	21 (28,0 %)	23 (30,7 %)	0,13 p=0,720		

респондентів як групової, так і індивідуальної терапії (94,7% і 92% відповідно) заперечувала вживання алкоголю як в даний час, так і в минулому. Проте об'єктивність таких відповідей є дещо сумнівною, та може бути пояснена тим, що для нашого сучасного суспільства не типове зізнання у вживанні алкоголю. При цьому 82% респондентів групової терапії і 78% учасників індивідуальної терапії підтвердило періодичне вживання слабоалкогольних спиртних напоїв (пива і сухого вина).

Одним з компонентів оцінки харчової поведінки був аналіз добового споживання овочів. Слід зазначити, що за даними анкетування лише 24% респондентів групової терапії (до початку проведення терапії) відповіли, що щоденно вживають більше 500 г овочів на добу, тоді як у більшості пацієнтів у добовому харчуванні овочі були присутні в меншій кількості. Подібний розподіл респондентів щодо кількості овочів у харчуванні був характерним і для групи індивідуальної терапії (лише 20% опитаних відзначило, що щоденно вживають більше 500 г овочів на добу). Гендерний аналіз присутності овочів у добовому раціоні показав, що серед респондентів, які отримували достатню (кількість овочів більше 500 г овочів на добу) відсоток жінок був достовірно більшим, ніж чоловіків (74% і 26%, $p < 0,05$ у пацієнтів групової терапії та 78% і 22%, $p < 0,05$ – у групі індивідуальної терапії).

Іншою складовою аналізу харчової поведінки була оцінка обізнаності пацієнтів про кількість споживаної солі. Серед учасників групової терапії на початку її проведення лише 29,3% респондентів відзначило, що обізнані про кількість споживаної солі і намагаються обмежувати її вміст до менш ніж 5 г (неповна чайна ложка) у добовому раціоні. Подібні дані відзначені і на початку індивідуальної терапії: 33,3% респондентів, за даними анкетування, обмежували вміст солі у добовому раціоні. При проведенні групової та індивідуальної терапії з пацієнтами були проведені бесіди (відповідно у «Школах здоров'я» та індивідуально), в яких, в тому числі, аналізувалися результати анкетування відносно харчової поведінки, були роз'яснені помилки у поведінкових реакціях і зазначені можливі наслідки виявлених порушень харчової поведінки. Проте необхідно зазначити, що дотримання наданих пацієнтам рекомендацій у групах індивідуальної і групової терапії відрізнялася.

Аналіз обох варіантів терапії показав, що кількість пацієнтів, які палять, не змінилася ні серед учасників групової терапії, ні серед учасників індивідуальної терапії.

Щодо впливу обох варіантів терапії на корекцію іншої складової поведінкових харчових реакцій – вживання алкоголю, слід зазначити, що кіль-

кість пацієнтів, які заперечували вживання міцного алкоголю, після проведеної групової терапії недостовірно зросла з 94,7 до 96% ($p > 0,05$), а в групі індивідуальної терапії – недостовірно збільшилася з 92 до 94,7% ($p > 0,05$). При цьому в групі пацієнтів, з якими була проведена індивідуальна терапія, знизилася кількість осіб, які підтвердили періодичне вживання слабоалкогольних спиртних напоїв (з 78% до 64%, $p > 0,05$). Серед респондентів групової терапії відсоток пацієнтів, які періодично вживали слабоалкогольні спиртні напої, не змінився.

Аналіз добового споживання овочів після проведеної терапії показав, що у пацієнтів групової терапії кількість осіб, які щоденно вживають більше 500 г овочів на добу, недостовірно збільшилася з 24% до 29,3% ($p > 0,05$). При проведенні індивідуальної терапії кількість осіб, які щоденно вживають більше 500 г овочів на добу, збільшилася з 20% до 28%, проте недостовірно ($p > 0,05$), як і при першому варіанті терапії. Слід зазначити, що в обох групах пацієнтів, серед осіб, які збільшили вміст овочів у раціоні харчування, переважали жінки (72% серед учасників групової терапії та 78% серед учасників індивідуальної терапії) (рис. 1).

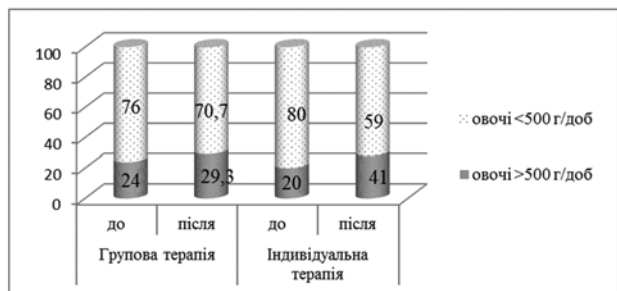


Рис. 1. Вплив проведеної терапії на кількість овочів у добовому раціоні

Оцінка впливу двох варіантів терапії на обізнаність пацієнтів про кількість споживаної солі показала, що кількість пацієнтів як групової, так і індивідуальної терапії, які обмежували вміст солі у добовому раціоні, мала тенденцію до збільшення, проте різниця показників до і після проведеної терапії не була достовірною: у пацієнтів групової терапії кількість осіб, які обмежували вміст солі до 5 г/доб, зросла з 29,3% і 34,7%, а у групі індивідуальної терапії – з 33,3% до 40%, $p > 0,05$ (рис. 2). Слід відзначити наявність гендерних відмінностей у поліпшенні обізнаності пацієнтів про кількість споживаної солі: при обох варіантах терапії серед осіб, які обмежували вміст солі у добовому раціоні, переважали жінки (76% серед учасників групової терапії та 84% серед учасників індивідуальної терапії).

Таким чином, незважаючи на те, що проведення як групової, так і індивідуальної терапії, істотно

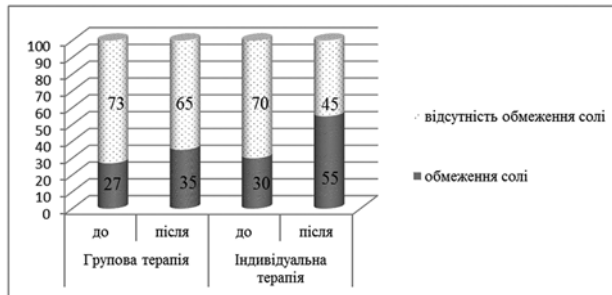


Рис. 2. Вплив проведеної терапії на обмеження солі у добовому раціоні

не вплинуло на зміну харчової поведінки пацієнтів, проте відзначалася тенденція до її позитивних змін.

Недостовірність змін компонентів харчової поведінки можна пояснити тим, що розлади харчової поведінки відносяться до одних з найбільш складних у діагностичному і лікувальному аспектах. Проведення групової терапії, та навіть індивідуальної терапії протягом 1 року, виявилось недостатнім для корекції розладів харчової поведінки, так як вплив на психологічний компонент формування зазначених розладів потребує тривалої програми. Харчова поведінка формується в ранньому дитинстві, в родині, частково обумовлена генетично, але в більший мірі залежить від соціо-культурного середовища та матеріального стану людини [11, 15, 17]. Тому зміни не можуть бути раптовими, а медикаментозні методи корекції метаболічних розладів є все більш актуальними, навіть для осіб з низьким та помірним розвитком серцево-судинних ускладнень. В сучасній дієтології все більша увага приділяється не обмеженню вживання тих чи інших макронутрієнтів, а ефективній заміні на "корисні аналоги". Наприклад, ефективною може бути заміна солодоців у перекушуваннях на мигдальні горіхи [11]. Наші дані погоджуються з результатами, що отримали Mimi S.J. et. al. [13]. Дослідники оцінювали прихильність до рекомендацій щодо здорового способу життя у хворих на цукровий діабет. Більш 80% пацієнтів не дотримувались правил харчування при цукровому діабеті, незважаючи на те, що знали про них. Прихильність до інших компонентів здорового способу життя також була

вкрай низькою, незважаючи на знання. Так, більше 70% пацієнтів не виконували рекомендації щодо гігієни ніг, більше 30% не мали рекомендованої фізичної активності [13].

Отримані результати можна пояснити також обмеженнями, пов'язаними з дизайном дослідження. В опитувальнику оцінювалися такі компоненти харчової поведінки, як споживання кухонної солі, овочів і фруктів, фактор паління і вживання алкоголю, при відсутності інформації про всі нутрієнти добового раціону, кількість і кратність прийомів їжі, спосіб приготування їжі, харчові звички та фактор стресу.

Серед особливостей харчової поведінки типових представників XXI століття слід відзначити наступне: вживання фаст-фудів, легких вуглеводів, напівфабрикатів, генно-модифікованих продуктів харчування, транс жирів, консервантів, звичка «заїдати» стрес. На формування харчової поведінки значно впливають соціально-економічні, культурно-обумовлені, генетичні і психологічні фактори, а також харчові звички в конкретній родині [4, 14, 16-19].

Висновок. При наявності тенденції до позитивних змін харчової поведінки проведення як групової, так і індивідуальної терапії протягом 1 року, достовірно не змінило такі її показники, як добове споживання кухонної солі, овочів і фруктів, паління і вживання алкоголю, що підтверджує складність впливу на зазначений фактор ризику розвитку і прогресування хронічних неінфекційних захворювань. Саме тому вплив на формування правильного харчового стереотипу є складною і мультидисциплінарною проблемою, яка потребує комплексного і довготривалого вирішення з урахування низки факторів, на які важко впливати.

Перспективи подальших досліджень. Оскільки харчова поведінка формується під впливом низки факторів, для профілактики і підвищення ефективності лікування пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями команді лікарів-спеціалістів слід призначати індивідуально-розроблені рекомендації з урахуванням типу порушення харчової поведінки, особливостей оточуючого середовища, генетики і способу життя конкретної людини.

References

1. Dudar LV, Ovdij MO. Rol' harchovoi' povedinky ta rezhymu harchuvannja v rozvytku nadlyshkvoi' masy tila v osib molodogo viku. *Suchasna gastroenterologija*. 2013; 4 (72): 31–35. [Ukrainian]
2. Fadjejenko GD, Nikiforova JaV, Vovchenko MM, Burjakovs'ka OO. Nutrigenetychni osoblyvosti ta harchova povedinka – vagoni skladovi suchasnoi' personalizovanoi' medycyny. *Ukrain's'kyj terapevtychnyj zhurnal*. 2017; 2: 26–33. [Ukrainian]
3. Manskaja EG. Osobennosti pishheвого povedenija u molodyh zhenshhin s pervichnym ozhireniem. *Problemy jendokrinnoj patologii*. 2014; 3: 54–60. [Russian]

4. Nikiforova JaV, Vovchenko MM, Burjakovs'ka OO. Sposib korekcii' harchovoi' povedinky u hvoryh z kardiometabolichnym ryzykom. *Suchasna gastroenterologija*. 2016; 6 (92): 45–53. [Ukrainian]
5. Permjakova LO, Vardugina NG, Ponomareva SJu, Kuzin AI. Pishhevoe povedenie i lipidnyj obmen u bol'nyh gipertonicheskj bolezni'ju. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. 2014; 2: 1–8. [Russian]
6. Sapozhnikova IE, Tarlovskaja EI, Vedenskaja TP. Osobennosti pishhevogo povedenija pacientov s saharnym diabetom. *Terapevticheskij arhiv*. 2012; 12: 71–75. [Russian]
7. Voznesenskaja TG. Rasstrojstva pishhevogo povedenija pri ozhirenii i ih korekcija. *Farmateka*. 2014; 12: 91–94. [Russian]
8. Azagba S, Sharaf MF. Eating behavior and obesity in Canada. *J Prim Care Comm Health*. 2012; 3 (1): 57–64. PMID: 23804856. DOI: 10.1177/2150131911417445
9. Berner LA, Arigo D, Mayer LE, Sarwer DB, Lowe MR. Examination of central body fat deposition as a risk factor for loss-of-control eating. *The American journal of clinical nutrition*. 2015; 102 (4): 736. PMID: 26354534. PMCID: PMC4588740. DOI: 10.3945/ajcn.115.107128
10. Lee HA, Lee WK, Kong KA, Chang N, Ha EH, Hong YS, Park H. The effect of eating behavior on being overweight or obese during preadolescence. *J Prev Med Public Health*. 2011; 44 (5): 226–33. PMID: 22020188. PMCID: PMC3249260. DOI: 10.3961/jpmph.2011.44.5.226
11. Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *Int J Epidemiol*. 2012; 41: 377–85. PMID: 21172932. DOI: 10.1093/ije/dyq250
12. Mottillo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Pilote L, Poirier P, Rinfret S, Schiffrin EL, Eisenberg MJ. The metabolic syndrome and cardiovascular risk a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2010; 56(14): 1113–32. PMID: 20863953. DOI: 10.1016/j.jacc.2010.05.034
13. Mumu SJ, Saleh F, Ara F, Afnan F, Ali L. Non-adherence to life-style modification and its factors among type 2 diabetic patients. *Indian J Public Health*. 2014; 58(1): 40–4. PMID: 24748356. DOI: 10.4103/0019-557X.128165
14. Oliveira A, Maia B, Lopes C. Determinants of inadequate fruit and vegetable consumption amongst Portuguese adults. *J Hum Nutr Diet*. 2014; 27 (12): 194–203. PMID: 23889074. DOI: 10.1111/jhn.12143
15. Phillips CM. Nutrigenetics and metabolic disease: current status and implications for personalized nutrition. *Nutrients*. 2013; 5 (1): 32–57. PMID: 23306188. PMCID: PMC3571637. DOI: 10.3390/nu5010032
16. Schaumberg K, Anderson D. Dietary restraint and weight loss as risk factors for eating pathology. *Eating Behaviors*. 2016; 23: 97–103. PMID: 27611582. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.08.009
17. Sung J, Lee K, Song YM, Lee MK, Lee DH. Heritability of eating behavior assessed using the DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) and weight-related traits: the Healthy Twin Study. *Obesity (Silver Spring)*. 2010; 18 (5): 1000–5. PMID: 19876000. DOI: 10.1038/oby.2009.389
18. Tackett BP, Petrie TA, Anderson CM. The frequency of weigh-ins, weight intentionality and management, and eating among female collegiate athletes. Elsevier. *Eating Behaviors*. 2016; 23: 82–5. PMID: 27579968. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.08.007
19. Yumuk V. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *European J Obesity. Obesity Facts*. 2015; 8: 407–12. PMID: 26641646. PMCID: PMC5644856. DOI: 10.1159/000442721

УДК 616.1/4 – 036.12:612.39

**ВЛИЯНИЕ ГРУППОВОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
НА КОРРЕКЦИЮ ПИЩЕВЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Шалимова А. С., Исаева А. С., Вовченко М. Н., Резник Л. А.,
Буряковская А. А., Емельянова Н. Ю.**

Резюме. Цель работы заключалась в оценке эффективности групповой и индивидуальной терапии в коррекции пищевых поведенческих реакций пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Составляющие пищевого поведения оценивались в начале исследования, а также анализировались их изменения под влиянием групповой и индивидуальной терапии. Установлено, что при наличии тенденции к позитивным изменениям пищевого поведения проведение как групповой, так и индивидуальной терапии в течение 1 года, достоверно не изменило такие показатели, как суточное потребление поваренной соли, овощей и фруктов, курение и употребление алкоголя, что подтверждает сложность влияния на указанный фактор риска развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова: пищевое поведение, хронические неинфекционные заболевания, групповая терапия, индивидуальная терапия.

UDC 616.1/4 – 036.12:612.39

The Impact of Group and Individual Therapy on the Correction of Food Behavioral Reactions of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases

Shalimova A., Isayeva A., Vovchenko M., Rieznik L., Buriakovska O., Emelyanova N.

Abstract. Currently, eating behavior is considered not only as a component of lifestyle aimed at satisfying physiological and psychological needs (food choices, methods of cooking and eating food choices, methods of cooking and eating, conditions and diet), but also as a significant additional risk factor for the development of chronic non-communicable diseases.

The purpose of the study was to assess the effectiveness of group and individual therapy in the correction of food behavioral reactions in patients with chronic non-communicable diseases.

Material and methods. The research was conducted at the Department of Complex Risk Reduction of Chronic non-Communicable Diseases of the Government Institution "L.T. Malaya Therapy National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, during 2016-2018. The study included 150 patients with high and very high cardiovascular risk. The first group included 75 patients who agreed to study at the School of Health "Fundamentals of Healthy Lifestyle". The second group consisted of 75 patients who were offered individual counseling. The average age of patients from the cohort of group counseling was (63.68 ± 8.44) years, and the individual - (61.63 ± 10.74) years ($p = 0.20$). The number of men in the first group was 21 (28%), women - 54 (72%); in the second - 25 (33%) and 50 (67%) respectively.

The statistical processing of the results was carried out using the package of statistical software "SPSS 21" (IBM), Microsoft Office Excel-2003.

Results and discussion. We assessed the feeding behavior food behavioral reactions using a questionnaire developed by the department staff. We determined the daily consumption of salt (less than or equal to 5 g per day), vegetables and fruits (less than or equal to 500 g per day), the smoking factor (in the past and now), as well as the use of alcohol.

The assessment of the attitude towards smoking showed that the absolute majority of participants at the beginning of group therapy (92% of respondents) answered no. However, the average length of smoking in men was significantly higher than in women (21 years vs. 7 years, respectively, $p < 0.05$).

Among the participants in individual therapy, the vast majority of respondents denied the fact of smoking (90.7%), 4% said that they smoke, and 5.3% smoked in the past, but got rid of it. The average length of smoking in men was also significantly higher than in women (24 years vs. 9 years, respectively, $p < 0.05$).

The analysis of another component of food behavioral reactions, namely the use of strong alcohol in moderate quantities, showed that the absolute majority of respondents in both group and individual therapy (94.7% and 92% respectively) denied the use of alcohol at present and in the past. However, the objectivity of such responses is somewhat dubious, and may be explained by the fact that for our modern society, there is no typical admission to the use of alcohol. At the same time, 82% of respondents in group therapy and 78% of participants in individual therapy confirmed the periodic use of low-alcohol beverage (beer and dry wine).

Conclusion. We found out that there was a tendency towards positive changes in eating behavior. Both group and individual therapy did not significantly change their indicators such as the daily consumption of salt, vegetables and fruits, smoking and alcohol consumption. This confirms the complexity of the effect on noted risk factor for the development and progression of chronic non-communicable diseases. For this reason, the effect on the formation of a correct dietary stereotype is a complex and multidisciplinary problem, which requires a comprehensive and long-term solution, taking into account a number of factors that are difficult to influence.

Keywords: eating behavior, chronic non-communicable diseases, group therapy, individual therapy.

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

Стаття надійшла 28.10.2018 р.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування