

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб**

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за спеціальністю 222 Медицина

спеціалізація 14.01.02 Внутрішні хвороби

**на тему: Оцінка харчової поведінки асоційованої з розвитком ожиріння
у осіб різних соціальних груп**

Виконала: студентка 6 курсу, 13 групи
медичного факультету, спеціальності «Медицина»
Узінська Дана Володимирівна

Керівник: професор закладу вищої освіти
кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб,
доктор мед. н., проф. Присяжнюк В.П.

Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб,
доктор мед. н., проф. Ілащук Т.О.

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри
внутрішньої медицини, фізичної реабілітації,
спортивної медицини, к. мед. н., доцент Поліщук О.Ю.

Рецензент: доцент закладу вищої освіти
кафедри інфекційних хвороб, к. мед. н., доцент Меленко С.Р.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ОЖИРІННЯ. ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ.МЕТОДИ ОЦІНКИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОЖИРІННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	9
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	23
2.1. Клінічна характеристика респондентів.....	23
2.2. Методи дослідження.....	27
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	31
3.1. Результати виявлених супутніх станів у респондентів.....	31
3.2. Результати аналізу харчової поведінки у респондентів, та визначення переважаючого типу.....	37
3.3. Результати кореляції харчової поведінки з ожирінням у осіб різних вікових груп.....	51
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	56
ВИСНОВКИ.....	58
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	62
ДОДАТКИ.....	71

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія

DEBQ – Dutch Eating Behavior Questionnaire (нідерландський опитувальник харчової поведінки)

ДНК – дезоксирибонуклеїнова кислота

ВХ – виразкова хвороба

FTO – fat mass and obesity-associated gene (ген, асоційований з масою жиру та ожирінням)

ГГНС – гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова система

ІМТ – індекс маси тіла

НП – харчова поведінка

LEP – leptin gene (ген лептину)

MC4R – melanocortin 4 receptor gene (ген меланокортинового рецептора 4 типу)

МНО – метаболічно нездорове ожиріння

МЗО – метаболічно здорове ожиріння

PPAR- γ – пероксисомний проліфератор-активований рецептор γ

SNP – single nucleotide polymorphism (однонуклеотидний поліморфізм)

TFEQ – Three-Factor Eating Questionnaire (опитувальник трьох факторів харчової поведінки)

UCP1 – uncoupling protein 1 (роз'єднувальний білок 1)

ЦД 2 – цукровий діабет 2 типу

ВСТУП

Актуальність теми.

Глобальна поширеність надмірної ваги та ожиріння постійно зростає і стала одним із основних глобальних тягарів для здоров'я. У порівнянні з людьми з нормальною вагою, пацієнти з надмірною вагою та ожирінням частіше страждають від метаболічних захворювань, таких як діабет 2 типу, дисліпідемія та гіпертонія, що призводить до підвищеного ризику ішемічної хвороби серця, легеневих захворювань, інсульту, обструктивного апное сну та різних типів раку. Розвиток ожиріння є складним процесом, опосередкованим факторами способу життя, такими як споживання їжі та недостатня фізична активність, а також генетичною схильністю. Крім того, деякі фармакотерапії, ендокринні та психічні розлади сприяють підвищеному ризику ожиріння [1].

Визнано, що жирова тканина є не тільки накопичувачем енергії, але й ендокринним органом, який виробляє сотні секреторних білків, так званих адипокінів, які беруть участь у різноманітних біологічних процесах. Адипокіни — це біологічно активні пептиди, що виділяються жировою тканиною і взаємодіють з різними органами, наприклад мозком, судинною системою, м'язами, підшлунковою залозою та печінкою. Основні дії адипокінів включають регуляцію апетиту та харчової поведінки, секреції інсуліну, запалення, метаболізму ліпідів, артеріального тиску [2].

До первинних дефектів при ожирінні належать зміни жирової тканини. Спричинена генетичними, екологічними та поведінковими факторами, такими як індивідуальна харчова поведінка, дисфункція жирової тканини може пов'язувати ожиріння з метаболічними, запальними та серцево-судинними захворюваннями. Відомо, що підвищене споживання енергії призводить до гіперплазії та гіпертрофії адипоцитів, зумовлюючи клітинний стрес і запальну реакцію в жировій тканині та інших органах. Також загальновизнано, що запальні властивості адипокінів відіграють важливу роль у індукуванні розладів, пов'язаних із ожирінням [2]. Тому важливо розуміти складні взаємозв'язки між

модифікованими факторами, такими як харчова поведінка та адипокіни, у патофізіології ожиріння людини [3,4].

Новітні результати демонструють зв'язок між адипокінами та різними станами ожиріння. Наприклад, кілька досліджень показали захисну роль васпіну щодо резистентності до інсуліну при ожирінні. Крім того, інтрацеребровентрикулярне введення васпіну призвело до зниження споживання їжі та рівня глюкози в крові у мишей. Результати іншого дослідження підтвердили гіпотезу про те, що васпін відіграє певну роль у когнітивному контролі споживання їжі, вказуючи на зв'язок між рівнями васпіну в сироватці крові та різними типами харчової поведінки. Сироваткові концентрації васпіну позитивно корелювали зі харчовою стриманістю, і почуттям голоду після коригування віку та індексу маси тіла (ІМТ). Крім того, було запропоновано потенційний зв'язок між рівнями програнуліну в сироватці крові та харчовою поведінкою. Відповідно, вищі рівні програнуліну в сироватці крові у пацієнтів з ожирінням, очевидно, призводять до резистентності до програнуліну. Отже, знижений анорексигенний ефект програнуліну додатково призводить до підвищення апетиту та споживання їжі [5].

Переїдання є характерною ознакою патогенезу ожиріння. Споживання їжі – це складно регульована поведінка, яка об'єднує різні сенсорні, метаболічні, емоційні та когнітивні впливи. Нещодавні нейроендокринні та нейробіологічні дослідження вказали на чіткі зміни в регулятивних шляхах харчової поведінки в осіб із ожирінням. Наприклад, особи з ожирінням виявляють стійкість центральної нервової системи до сигналів негативного зворотного зв'язку прийому їжі з вмістом лептину та інсуліну. Окрім цих нейроендокринних змін у гомеостатичній регуляції харчової поведінки, дослідження нейровізуалізації вказали на знижену експресію рецепторів дофаміну 2 типу в мезолімбічних областях мозку [6]. Виявлено, що характер реакцій регіональної активності мозку на харчові подразники помітно відрізняється між людьми з ожирінням і особами з нормальною вагою. Загалом, усі ці результати вказують на чітку зміну

центральної нервової регуляції гомеостатичної, а також не гомеостатичної харчової поведінки при ожирінні [7].

Мета дослідження. На основі анкетування виявити асоціацію розладів харчової поведінки з ожирінням у осіб різних соціальних груп, а також розробити ефективні профілактичні заходи.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні літературні джерела щодо типів харчової поведінки та їхнього впливу на розвиток ожиріння.
2. Визначити соціально-дермографічні характеристики осіб, які брали участь у дослідженні.
3. Оцінити індекс маси тіла (ІМТ) респондентів та класифікувати їх відповідно до ВООЗ.
4. Провести анкетування з метою виявлення типів харчової поведінки (емоційний, зовнішній, обмежувальний).
5. Встановити зв'язки між типами харчової поведінки, ІМТ та соціальними характеристиками респондентів.
6. Сформулювати рекомендації щодо профілактики ожиріння, орієнтовані на модифікацію харчової поведінки.

Об'єкт дослідження: особи віком 18-25 років, 22-44 роки, 45-60 років, 60+ років.

Предмет дослідження: вік, гендер, рівень освіти, ІМТ, супутні захворювання, тип харчової поведінки у осіб різних вікових груп.

Методи дослідження: бібліо-семантичні, опитувальники, клінічні, антропометричні, статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Грунтуючись на узагальнення сучасних уявлень та практичного анкетного дослідження виявлено особливості прояву харчової поведінки серед осіб різних соціальних груп у взаємозв'язку з індексом маси тіла. Отримано нові дані щодо переважання емоційного типу харчової поведінки у респондентів з надмірною масою тіла та ожирінням, а також встановлено значущі кореляційні зв'язки між соціально-економічними

факторами (вік, стать, рівень освіти) й типом харчової поведінки. Запропоновано підходи до вдосконалення профілактичних заходів із урахуванням психологічних і поведінкових чинників формування ожиріння.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані у практичній діяльності лікарів загальної практики, сімейних лікарів, психіатрів, дієтологів та психологів для раннього виявлення порушень харчової поведінки, пов'язаних із ризиком розвитку ожиріння. Запропонована анкета дозволяє швидко і доступно оцінити тип харчової поведінки, що дає змогу індивідуалізувати підходи до корекції способу життя та розробки профілактичних програм. Отримані дані також можуть бути застосовані в освітніх кампаніях серед населення, спрямованих на формування здорових харчових звичок з урахуванням соціальних особливостей цільових груп.

Особистий внесок здобувача. Авторкою проведено анкетування та здійснено аналіз отриманих даних щодо ризику розвитку ожиріння в осіб різних соціальних груп, та на основі аналізу наведено практичні рекомендації. Також проведено пошук і детальний аналіз наукової літератури за темою магістерської роботи. Здійснено статистичний аналіз результатів дослідження, написані всі розділи магістерської роботи. Висновки роботи сформульовані разом з науковим керівником. Здобувачем особисто підготовлені доповіді про результати дослідження, а також написано й подано до друку статті та тези в матеріалах конференцій та з'їздів.

Апробація результатів магістерської роботи. Результати магістерської роботи було представлено на наступній конференції: III Міжнародна науково-практична конференція “New Horizons in Scientific Research: Challenges and Solutions” (31 березня – 2 квітня 2025), Марсель, Франція.

Публікації. За темою магістерської роботи опубліковано 1 тези у матеріалах науково-практичної конференції.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська кваліфікаційна робота викладена українською мовою на сторінках друкованого тексту і

складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, розділу власних досліджень, аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків та списку використаних джерел та додатків. Перелік літературни містить 69 наукових джерел (14 українською мовою, та 55 англійською мовою).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ОЖИРІННЯ. ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ. МЕТОДИ ОЦІНКИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОЖИРІННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Нині ожирінням визначається ІМТ понад 30 кг/м². Згідно з цим визначенням, термін «ожиріння» включає в себе широкий спектр накопичень надлишкової енергії у формі жиру в організмі, який постійно підживлюється споживанням калорій. Розумно припустити, що ступінь порушення регуляції харчової поведінки, який створює надлишок енергії, варіюється в діапазоні від легкого до морбідного ожиріння. Однак досі рідко повідомлялося про диференціальну оцінку харчування в різних ступенях ІМТ при ожирінні [1,2,3].

Хронічний стрес може сприяти збільшенню ваги та розвитку ожиріння. В основі механізму лежить активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (ГГН) осі, що призводить до вивільнення кортизолу, гормону, який може сприяти накопиченню абдомінального жиру. Крім того, стрес може впливати на метаболізм і змінювати те, як організм переробляє поживні речовини, сприяючи позитивному енергетичному балансу [4].

Зв'язок між стресом і харчовою поведінкою також має прямі наслідки для ожиріння. Стрес може призвести до поведінки, коли люди їдять, щоб заспокоїти емоції, а не через фізіологічний голод, відомий як «емоційне харчування». Така поведінка пов'язана зі збільшенням споживання їжі з високим вмістом жиру та цукру, яку називають «комфортною їжею» [5,6].

Люди, які перебувають у стресовому стані, також схильні до жорстких дієт. Однак дієтичне обмеження може призвести до переїдання та збільшення маси. Крім того, стрес підвищує чутливість до зовнішніх харчових сигналів, таких як вигляд і запах їжі, що призводить до надмірного споживання висококалорійної їжі та збільшення маси. Така харчова поведінка, спричинена стресом, сприяє енергетичному дисбалансу та накопиченню жиру, збільшуючи ризик ожиріння [7].

Незважаючи на прогрес у дослідженнях ожиріння, залишаються прогалини в підходах, які враховують біопсихосоціальні аспекти в сприянні харчуванню. Основна увага при ожирінні зосереджена на споживанні їжі з огляду кількості та якості, у той час як мінімальний акцент робиться на розумінні харчової поведінки через такі параметри, як дієтичне обмеження, зовнішнє харчування та емоційне харчування, а також їхні взаємозв'язки при стресах і ожирінні [8].

Дослідження цих взаємозв'язків може сприяти більш ефективному та гуманізованому харчуванню, розглядаючи людину в цілому та зменшуючи залежність від підходів, які сприяють стигматизації щодо маси, невпорядкованій харчовій поведінці та зміні маси, що, у свою чергу, створює додатковий фактор стресу. Крім того, вивчення цих взаємодій може допомогти визначити групи високого ризику для конкретних харчових втручань.

Кілька досліджень оцінювали взаємозв'язок між стресом, харчовою поведінкою та ожирінням у жінок з ожирінням [9].

Barrington, Wendy E et al оцінили зв'язок між стресом, про який пацієнти повідомляють самі, і споживанням поживних речовин з їжею, досліджуючи такі фактори, як відсоток енергії з жиру, вуглеводів і доданого цукру; кількість добових прийомів їжі; споживання фруктів і овочів; а також споживання закусок з високим вмістом жиру, фастфуду та солодких напоїв. Аналізуючи дані 65 235 дорослих у Сполучених Штатах, дослідники виявили, що рівень сприйняття стресу пов'язаний із збільшенням споживання енергії з жиру, а також із більшим споживанням закусок із високим вмістом жиру та продуктів швидкого харчування [4].

В огляді про стрес і харчування Torres et al. зазначили що стрес може впливати на споживання їжі двома способами, що призводить до недоїдання або переїдання, залежно від тяжкості стресора. Хронічний стрес, зокрема, пов'язаний із перевагою енергетично насиченої та багатой поживними речовинами їжі, особливо з високим вмістом цукру та жиру. Отже, вживання їжі, спричинене стресом, може бути важливим фактором у розвитку ожиріння [5].

Wallis, D J, and M M Hetherington. досліджували зв'язок між стресом і прийомом їжі в двох окремих дослідженнях. Перший досліджував зміни споживання закусок, які повідомляли учасники, а другий досліджував переїдання, спричинене стресом, у лабораторних умовах, порівнюючи закуски з високим і низьким вмістом жиру. У дослідженні взяли участь 99 жінок, і результати показали, що споживання закусок з високим вмістом жиру зросло разом із більш високим рівнем емоційного споживання їжі [6].

Взаємодія між стресом і харчовою поведінкою є складною, включає нейробиологічні та гормональні механізми, які впливають на накопичення жиру. Під час епізодів гострого або хронічного стресу організм активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь (ГГН), що призводить до вивільнення гормонів стресу, таких як кортизол. Підвищений рівень кортизолу не тільки сприяє споживанню їжі, багатої цукром і жиром, але також пригнічує вироблення лептину, гормону, який сигналізує про насичення, підвищуючи рівень греліну, який стимулює апетит. Крім того, стрес може спровокувати «емоційне харчування», поведінка, підкріплена вивільненням дофаміну, нейромедіатора, пов'язаного із задоволенням [10]. Ця тяга до висококалорійної їжі може призвести до переїдання та накопичення вісцерального жиру, який тісно пов'язаний з метаболічними та запальними проблемами, ще більше посилюючи реакцію на стрес і створюючи вадне коло. Отже, взаємозалежність між стресом і харчовою поведінкою сприяє не лише збільшенню ваги, але й хронічному запаленню, яке може негативно вплинути як на фізичне, так і на психічне здоров'я в довгостроковій перспективі [11].

Харчова поведінка (ХП) визначається як складний багатовимірний процес, що поєднує біологічні, когнітивні, емоційні та соціальні аспекти, які впливають на прийняття їжі, її вибір і обсяг споживання. Її основою є фізіологічні механізми регуляції голоду та ситості, які інтегруються в центральній нервовій системі за участю гіпоталамуса, дофамінергічних і серотонінергічних систем [12].

На формування ХП впливають як внутрішні фактори (метаболічні сигнали, нейрогуморальна регуляція), так і зовнішні подразники (соціокультурні норми, доступність їжі). Основна модель цього процесу передбачає три рівні регуляції: Фізіологічний рівень – активація рецепторів голоду або насичення. Психологічний рівень – суб'єктивне сприйняття їжі, емоційні реакції. Соціальний рівень – культурні традиції та соціальна поведінка [13].

Основними компонентами харчової поведінки є: регуляція апетиту (гормони лептин, грелін, інсулін); ставлення до їжі (емоційний, раціональний підходи) [13,14].

У сучасній науковій літературі прийнято виділяти три основні типи ХП, які безпосередньо пов'язані з ризиком розвитку ожиріння:

Емоційна харчова поведінка - цей тип характеризується споживанням їжі внаслідок емоційних станів, таких як стрес, тривога, або навіть нудьга. Згідно з дослідженнями, емоційна ХП зумовлена підвищеною активністю гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (ГГНС) та кортизолу, що підсилює бажання вживати їжу з високим вмістом вуглеводів [15].

Екстернальна харчова поведінка - екстернальний тип залежить від впливу зовнішніх стимулів, таких як вигляд, запах або доступність їжі. В основі цього механізму лежить дисбаланс дофамінової системи, що викликає підвищену чутливість до зовнішніх подразників, навіть за відсутності фізіологічного голоду [16].

Обмежувальна харчова поведінка - цей тип пов'язаний із прагненням до надмірного контролю за прийомом їжі, часто через бажання знизити масу тіла. Проте жорсткі обмеження в раціоні призводять до зривів і циклічного переїдання, що є тригером для розвитку ожиріння [16,17].

Харчова поведінка є основним модифікованим фактором ризику розвитку ожиріння, що робить її ключовим об'єктом дослідження. Розуміння механізмів ХП дозволяє розробляти індивідуальні стратегії профілактики та корекції, які базуються на психотерапевтичних підходах, зміні соціального середовища та формуванні здорових звичок [18].

Ожиріння є глобальною медичною та соціальною проблемою, що асоціюється з підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії та інших ускладнень. Одним із ключових факторів, що впливають на розвиток ожиріння, є харчова поведінка, яка формується під впливом генетичних, психологічних, соціокультурних та економічних чинників [19].

Механізми впливу харчової поведінки на розвиток ожиріння: енергетичний дисбаланс - ожиріння виникає через хронічне перевищення енергетичного споживання над витратами. Нездорові харчові звички, зокрема споживання висококалорійних продуктів, жирної та солодкої їжі, сприяють накопиченню надлишкової маси [20,21].

Дисрегуляція апетиту - роль відіграють порушення роботи гормонів, що регулюють апетит: лептину, греліну та інсуліну. Наприклад, при ожирінні часто відзначається лептинорезистентність, що призводить до підвищеного апетиту та зниження контролю над споживанням їжі [22].

Емоційне переїдання - емоційний тип харчової поведінки асоціюється із тенденцією до споживання калорійної їжі під час стресу. Це пов'язано з активацією дофамінової системи мозку, яка формує позитивне підкріплення у відповідь на їжу [23].

Зовнішній тип харчової поведінки часто провокує переїдання через вплив зовнішніх стимулів, таких як реклама, доступність їжі, великі порції в закладах громадського харчування. Порушення режиму харчування, зокрема прийом їжі у пізній час, асоціюється з підвищенням ризику ожиріння. Це пов'язано з циркадними ритмами, які регулюють метаболічні процеси [24].

Генетична схильність також відіграє важливу роль у формуванні харчової поведінки та ризику ожиріння. Поліморфізми генів, що відповідають за регуляцію апетиту (наприклад, ген FTO *alpha-ketoglutarate dependent dioxygenase*), асоціюються з переїданням і підвищеним індексом маси тіла. У сучасному суспільстві визначається зміна харчової поведінки внаслідок глобалізації, яка призводить до збільшення споживання ультра обробленої їжі,

солодких напоїв та готових продуктів. Це створює додатковий ризик для розвитку ожиріння [25].

Алекситимія є ще одним фактором, який часто асоціюється з розвитком розладів харчової поведінки та ожирінням. Алекситимія характеризується труднощами в розпізнаванні, визначенні та вербалізації своїх емоцій, а також труднощами в розрізненні фізичних та емоційних відчуттів [26]. Алекситимія сама по собі не є психіатричним діагнозом, але повідомляється, що вона може сприяти розвитку розладів харчування, настрою та тривожних розладів через негативні наслідки, які вона спричиняє [27]. Теоретична модель, яка намагається пояснити можливу роль алекситимії в харчовій поведінці, припускає, що люди з алекситимією можуть використовувати харчову поведінку та дієту, щоб компенсувати брак когнітивних стратегій для обробки позитивних емоцій або придушення негативних [28]. Хоча кілька досліджень показали, що алекситимія є вищою у дорослих із розладами харчової поведінки, включаючи нервову булімію та нервову анорексію, ожирінням і розладами харчової поведінки у дорослих, є дуже мало досліджень, які вивчають зв'язок між алекситимією та харчовою поведінкою в педіатричній практиці [29]. Попередні дослідження у підлітків показали, що алекситимія прямо пов'язана зі ступенем ожиріння та вищими показниками переїдання, емоційним харчуванням і прийомом їжі за відсутності голоду [30,31].

Харчова поведінка є одним із ключових факторів розвитку ожиріння, і її корекція має стати основним елементом стратегій профілактики та лікування цього захворювання [32]. Інтеграція знань про біологічні, соціальні та психологічні аспекти харчової поведінки дозволяє глибше зрозуміти механізми розвитку ожиріння та розробити індивідуалізовані підходи до боротьби з цією проблемою. Поглиблене вивчення впливу харчової поведінки на метаболізм може стати основою для створення нових методів терапії та профілактики ожиріння, особливо в групах ризику [33].

Ожиріння визначається як хронічне метаболічне захворювання, яке характеризується надмірним накопиченням жирової тканини в організмі, що

негативно впливає на здоров'я та якість життя. Згідно з ВООЗ, діагностичним критерієм ожиріння є індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м², хоча для аналізу ризиків важливе врахування розподілу жирової тканини (центральне чи периферичне ожиріння) [34].

Ожиріння є поліетіологічним станом, що розвивається через взаємодію генетичних, епігенетичних, метаболічних, психологічних і соціальних факторів. Основним патофізіологічним механізмом є дисбаланс між енергоспоживанням та енерговитратами, що супроводжується порушеннями в регуляції голоду і насичення через дисфункцію лептину, греліну та інших гормонів [35].

Ожиріння є глобальною епідемією, яка охоплює всі вікові та соціальні групи. Станом на 2023-24 рік понад 650 мільйонів дорослих і 124 мільйони дітей у світі мали ожиріння, і ці показники продовжують зростати [36].

Серед осіб із надмірною вагою та ожирінням спостерігається значна гетерогенність фенотипів, яка безпосередньо пов'язана з участю молекул, генів і клітин, на додаток до екологічних, соціальних та економічних факторів. Наприклад, центральне ожиріння (також відоме як вісцеральне ожиріння) характеризується формою тіла схожою на тіло у формі яблука або андроїда, що створює більший ризик розвитку метаболічних ускладнень [37]. З іншого боку, периферичне ожиріння або накопичення периферичного жиру в сіднично-стегновій області дає грушоподібну форму тіла та має гінекоїдний фенотип, пов'язаний зі зниженим метаболічним ризиком [38].

Соціально-економічні аспекти відіграють важливу роль у поширенні ожиріння. Люди з низьким доходом частіше споживають дешеві продукти з високою енергетичною цінністю, але низькою поживною якістю. Водночас, у країнах із високим рівнем доходу ожиріння поширене серед груп із недостатнім рівнем освіти через недостатню обізнаність про здорове харчування [39].

Ожиріння значно підвищує ризик розвитку супутніх патологій, таких як: метаболічні захворювання: цукровий діабет 2 типу, дисліпідемія, метаболічний синдром; серцево-судинні захворювання: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця [40]. Ортопедичні проблеми: остеоартрит, порушення функції

суглобів через підвищене навантаження. Онкологічні ризики: розвиток колоректального, грудного та інших видів раку [41].

Ожиріння впливає не лише на фізичне, але й на психосоціальне здоров'я. Пацієнти з ожирінням часто стикаються з дискримінацією, низькою самооцінкою та депресивними розладами. Згідно з дослідженнями, якість життя пацієнтів із ожирінням знижується через обмеження рухливості, зменшення соціальної активності та тривалі проблеми зі здоров'ям [42].

Зростання поширеності ожиріння створює значний тиск на системи охорони здоров'я. Прямі витрати включають лікування супутніх захворювань, хірургічне втручання (баріатрична хірургія) та медичну реабілітацію. Непрямі витрати охоплюють втрати продуктивності через інвалідизацію та передчасну смертність. Боротьба з ожирінням потребує інтегративного підходу, що включає профілактичні програми, психосоціальну підтримку та політику, спрямовану на формування здорових харчових звичок. Типологія ожиріння є важливим інструментом для діагностики, прогнозування ускладнень і вибору оптимальної терапевтичної стратегії [38,39,40].

Класифікація ожиріння за розподілом жирової тканини:

Абдомінальне (вісцеральне, андройдне) ожиріння. Жирова тканина накопичується переважно в області живота та внутрішніх органів. Абдомінальний жир метаболічно активний і сприяє резистентності до інсуліну, дисліпідемії та хронічному запаленню. Індекс визначається за співвідношенням окружності талії до стегон (талію (см) / стегна (см) = коефіцієнт). Значення коефіцієнту $> 0,9$ у чоловіків і $> 0,85$ у жінок вказує на абдомінальне ожиріння.

Гіноїдне (стегново-сідничне) ожиріння. Жир накопичується в області стегон і сідниць. Частіше зустрічається у жінок. Гіноїдний жир менш метаболічно активний, ніж вісцеральний [41].

Змішаний тип. Рівномірне накопичення жирової тканини по всьому тілу.

Класифікація за етіологією:

1. Аліментарне ожиріння. Причини: хронічне переїдання, споживання калорійної їжі з низьким вмістом клітковини, низька фізична активність. Найпоширеніша форма ожиріння.

2. Ендокринне ожиріння. Причини: Порушення функції ендокринних залоз (гіпотиреоз, синдром Кушинга, гіперінсулінізм, полікістоз яєчників). Жирові відкладення часто мають специфічний розподіл (наприклад, при синдромі Кушинга жир накопичується на животі, обличчі та шиї).

3. Генетичне ожиріння. Причини: Генетичні мутації (наприклад, дефіцит лептину, мутації гену FTO). Зустрічається рідко, але може бути важко піддається лікуванню.

4. Медикаментозне ожиріння. Причини: Прийом деяких лікарських засобів (глюкокортикоїди, антипсихотики, антидепресанти, бета-блокатори). Пов'язане зі зниженням метаболізму або підвищенням апетиту.

5. Психогенне ожиріння. Причини: Емоційне переїдання, стрес, депресія, порушення харчової поведінки. Часто супроводжується емоційними порушеннями [43].

Класифікація за ступенем тяжкості (за індексом маси тіла, ІМТ)

Надлишкова маса тіла (передожиріння): ІМТ 25–29,9 кг/м².

Ожиріння I ступеня: ІМТ 30–34,9 кг/м².

Ожиріння II ступеня: ІМТ 35–39,9 кг/м².

Ожиріння III ступеня (морбідне): ІМТ ≥ 40 кг/м².

Класифікація за метаболічними характеристиками

1. Метаболічно здорове ожиріння (МЗО). Характеризується наявністю надлишкової маси тіла без ознак метаболічного синдрому (нормальний рівень глюкози, ліпідів, відсутність артеріальної гіпертензії).

2. Метаболічно нездорове ожиріння (МНО). Поєднання ожиріння з метаболічним синдромом (інсулінорезистентність, гіпертензія, дисліпідемія) [44].

Генетичні фактори становлять важливу основу у розвитку ожиріння. Вважається, що спадковість пояснює від 40% до 70% індивідуальних відмінностей у масі тіла. Поліморфізми, мутації та епігенетичні зміни генів, що відповідають за регуляцію метаболізму та енергетичного балансу, є основою патогенезу цього стану [45].

Ожиріння частіше спостерігається в осіб із сімейною історією надмірної маси тіла. Наприклад, діти, які мають обох батьків із ожирінням, мають ризик розвитку надмірної ваги до 80%, тоді як за наявності ожиріння лише в одного з батьків цей ризик зменшується до 40%.

Виділяють ключові гени, пов'язані з ризиком ожиріння: Ген FTO (fat mass and obesity-associated gene) [46].

Ген FTO є одним із найбільш досліджених генів, асоційованих із ожирінням. Поліморфізм rs9939609 цього гена корелює зі збільшенням маси тіла на 1,2–1,6 кг у носіїв алеля А. Ген FTO впливає на апетит і контроль харчової поведінки через регуляцію рівнів лептину та греліну. Зміни в його експресії викликають посилення відчуття голоду, що призводить до надмірного споживання калорій [47].

Ген MC4R (melanocortin-4 receptor gene). Мутації в гені MC4R, який кодує рецептор меланокортину-4, є причиною моногенного ожиріння. Втрата функції цього рецептора знижує сигнали ситості в гіпоталамусі, що призводить до гіперфагії (постійного відчуття голоду). Дослідження свідчать, що мутації MC4R можуть бути присутні у 2–3% осіб із тяжким ожирінням. Відсутність цього рецептора також асоціюється з високим ризиком розвитку інсулінорезистентності та цукрового діабету 2 типу [48].

Ген LEP (leptin gene) і його рецептор LEPR. Лептин – це гормон, який синтезується в адипоцитах і регулює енергетичний обмін через механізми насичення. Мутації в генах LEP або його рецепторі LEPR можуть призводити до резистентності до лептину, порушення передачі сигналу насичення та, як наслідок, розвитку важкого ожиріння. У клінічній практиці пацієнти з дефіцитом

лептину демонструють схильність до раннього розвитку ожиріння, яке супроводжується гіперфагією [49].

Інші гени: PPAR- γ (пероксисомний проліфератор-активований рецептор): впливає на ліпідний метаболізм і формування адипоцитів. ADR β 3 (β 3-адренорецептор): асоціюється з процесом термогенезу та витрат енергії. Мутації в цьому гені спричиняють низьку термогенну активність, що збільшує ризик набору маси. UCP1 (uncoupling protein 1): відповідає за розсіювання енергії у вигляді тепла в бурій жировій тканині. Поліморфізми цього гена знижують ефективність термогенезу, сприяючи накопиченню жирових відкладень [50].

Епігенетика пояснює зміни в експресії генів без змін у послідовності ДНК. У контексті ожиріння епігенетичні модифікації, такі як метилювання ДНК або ацетилювання гістонів, можуть бути спричинені впливом навколишнього середовища, дієти або способу життя [51]. Наприклад, у дітей, народжених від матерів із ожирінням, спостерігається гіперметилювання генів, що регулюють метаболізм глюкози та ліпідів, що зумовлює підвищену схильність до метаболічних порушень [52].

Полігенне ожиріння є найпоширенішою формою, за якої взаємодія численних генів з навколишнім середовищем спричиняє накопичення жиру. Генетична карта таких пацієнтів включає кілька десятків генів, які кодують білки, що беруть участь у регуляції апетиту, обміну речовин, термогенезу та ліпогенезу [53].

Сучасні методи генетичного тестування дозволяють визначати індивідуальну схильність до ожиріння та прогнозувати його розвиток. Наприклад, технології генотипування SNP (single nucleotide polymorphism) використовуються для аналізу поліморфізмів у генах, пов'язаних із метаболізмом. Генетичний скринінг дозволяє персоналізувати підходи до лікування та профілактики, зокрема шляхом вибору дієти, фізичних навантажень і медикаментозних втручань, орієнтованих на індивідуальні особливості пацієнта [54].

Оцінка харчової поведінки є ключовим етапом у розумінні причин ожиріння та виборі індивідуалізованого підходу до лікування. Методи оцінки охоплюють суб'єктивні (самооцінка) та об'єктивні (клінічні, лабораторні) підходи. Опитувальники дозволяють швидко оцінити тип харчової поведінки, що сприяє визначенню її особливостей [55].

DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire). Цей опитувальник розроблено для аналізу трьох основних аспектів харчової поведінки. Емоційна харчова поведінка: споживання їжі під впливом стресу, радості чи смутку. Зовнішня харчова поведінка: реакція на зовнішні подразники (наприклад, вигляд їжі). Обмежувальна харчова поведінка: свідоме обмеження калорій через прагнення схуднути [56].

TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire). Цей опитувальник дозволяє аналізувати такі фактори, як: контроль апетиту, схильність до переїдання, реакція на зовнішні подразники. Та він є одним із найбільш широко використовуваних заходів у галузі дослідження харчової поведінки, розроблений Stunkard, A. J. & Messick, S. (1985). Оригінальний TFEQ містив 51 пункт, розділений на дві різні частини/розділи та розроблений для оцінки трьох когнітивних і поведінкових областей (або «факторів») харчування: «Когнітивна стриманість», «Неконтрольоване харчування» та «Емоційна їжа». Крім того, 51 пункт TFEQ було перекладено багатьма мовами, такими як мова оригіналу, французька, німецька, нідерландська, іспанська, турецька та фінська [57].

Однак, незважаючи на його широке використання в різних країнах, контекстах і популяціях, кілька досліджень викликали занепокоєння щодо його факторної структури та стабільності факторів. Тому було створено переглянуту версію опитувальника (а саме TFEQ-R-18), враховуючи три вищезазначені ключові аспекти харчової поведінки: «Когнітивне обмеження», «Неконтрольоване вживання їжі», та «Емоційне харчування». Використовуючи найефективніші елементи для підвищення конвергентної та дискримінантної валідності нових шкал, було створено переглянуту, коротшу версію опитувальника [58]

Інші опитувальники, наприклад, Mindful Eating Questionnaire та Children's Eating Behavior Questionnaire, також використовуються для аналізу специфічних аспектів харчування, зокрема у дітей [59].

Записи харчування є поширеним інструментом у практиці дієтологів. Пацієнт документує всі прийоми їжі протягом певного періоду, зазначаючи час, розмір порцій та спожиті продукти. Цей метод дозволяє: оцінити калорійність раціону, виявити переїдання або порушення структури харчування. З'ясувати час доби, коли переважає споживання їжі [60].

Інтерв'ю з пацієнтом є ефективним для визначення патернів харчової поведінки. Лікар або дієтолог може використовувати відкриті питання, щоб отримати детальну інформацію про звички, причини переїдання та тригери голоду [61].

Спостереження, особливо в спеціалізованих умовах (наприклад, лабораторіях), дозволяє виявити несвідомі моделі поведінки, які важко оцінити за допомогою опитувальників [62].

Лабораторна діагностика включає: дослідження гормонів, пов'язаних із апетитом: лептину, греліну, інсуліну, визначення рівнів глюкози та ліпідів у крові для оцінки метаболічного стану, та генетичні тести для виявлення мутацій, що можуть впливати на апетит і метаболізм. Методи, такі як біоімпедансний аналіз або денситометрія, дозволяють оцінити співвідношення жирової та м'язової тканини, що є важливим компонентом діагностики ожиріння [63].

Профілактика ожиріння спрямована на зменшення ризиків його розвитку та мінімізацію наслідків. Вона має три рівні: первинний, вторинний і третинний.

Первинна профілактика - цей рівень включає запобігання ожирінню шляхом зміни способу життя. Освітні програми формують уявлення про здорове харчування та фізичну активність у школах, університетах та на робочих місцях [64]. Здорове харчування - рекомендації зі здорового харчування включають: обмеження простих вуглеводів та насичених жирів, збільшення споживання клітковини, фруктів і овочів. Дотримання режиму харчування (3 основних прийоми їжі + 2 перекуси) [65]. Фізична активність, тобто регулярні тренування,

зокрема аеробні вправи, допомагають підтримувати баланс між спожитою та витраченою енергією [66].

Вторинна профілактика спрямована на виявлення перших ознак ожиріння та його усунення. Скринінг пацієнтів - регулярне вимірювання ІМТ, моніторинг об'єму талії, оцінка складу тіла. Раннє втручання, а саме корекція дієти та фізичних навантажень, проведення психотерапії для зміни харчових звичок [67,68].

Метою третинної профілактики є мінімізація ускладнень у пацієнтів із наявним ожирінням. Медикаментозна терапія включає використання ліків, таких як орлістат або препарати для зменшення апетиту. Баріатрична хірургія рекомендована у випадках важкого ожиріння, коли інші методи не дали результату. Реабілітація включає програми фізичної активності, психологічну підтримку, відновлення соціальних функцій [69].

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Клінічна характеристика респондентів

В основі клінічних досліджень лежить анонімне анкетування осіб різної вікової категорії. Комплексне анкетування студентів проведено із застосуванням власної розробленої анкети на сучасній платформі Google Forms (Додаток 1).

В анкетуванні взяло участь 160 осіб: віком 18-25 років 70 осіб (43,8%); 26-44 років 30 осіб (18,8%); 45-60 років 30 осіб (18,8%); та 60+ років 30 осіб (18,8%). (Рис. 2.1.1).

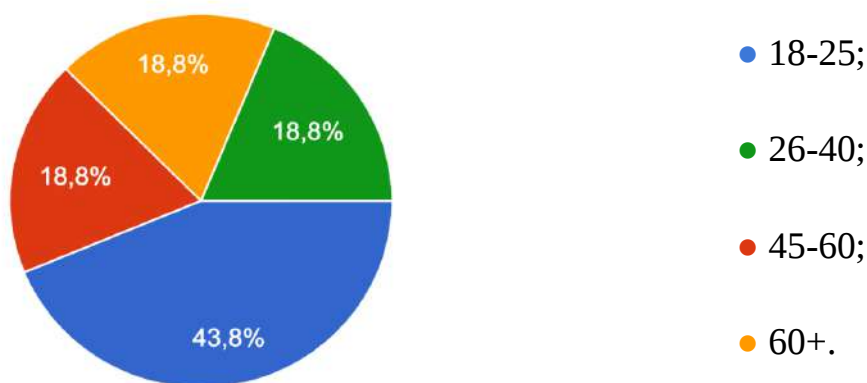


Рис. 2.1.1. Розподіл респондентів за віком

Дослідження виявило суттєві гендерні диспропорції серед учасників анкетування. У загальній кількості 160 респондентів спостерігається чітка тенденція до переважання жіночої статі у всіх вікових категоріях (Рис. 2.1.2).

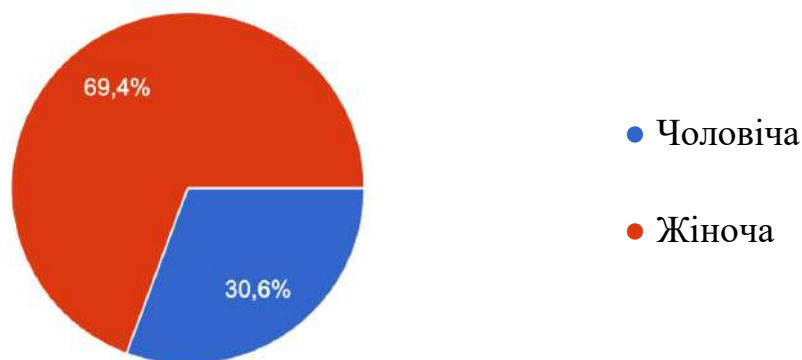


Рис. 2.1.2. Розподіл респондентів за статтю

Найбільш виражена гендерна асиметрія характерна для групи 18-25 років, де жінки становлять 74.3% (52 особи) проти 25.7% чоловіків (18 осіб). Подібна ситуація спостерігається у віковій категорії 45-60 років, де частка жінок досягає 73.3% (22 особи), тоді як чоловіки представлені лише 26.7% (8 осіб).

У групі 26-44 роки співвідношення статей дещо збалансованіше: 66.7% жінок (20 осіб) проти 33.3% чоловіків (10 осіб). Найменш виражена гендерна диспропорція зафіксована серед респондентів віком 60+ років, де жінки становлять 56.7% (17 осіб), а чоловіки - 43.3% (13 осіб), що демонструє відносну збалансованість цієї вікової групи.

Особливо варто відзначити, що чоловіки найменше представлені у двох вікових категоріях: серед молоді 18-25 років (25.7%) та осіб середнього віку 45-60 років (26.7%). Ця закономірність може свідчити про різний рівень зацікавленості проблематикою дослідження серед чоловіків і жінок у цих вікових групах. Отримані дані підтверджують необхідність врахування гендерного фактора при аналізі результатів дослідження, особливо у вікових групах з вираженою диспропорцією. Переважання жіночої статі у вибірці може впливати на загальні висновки дослідження, тому при інтерпретації результатів рекомендується проводити окремий аналіз за гендерною ознакою (Табл. 2.1.1).

Розподіл респондентів за статтю (n, %)

Стать	18-25 років	26-44 років	45-60 років	60+ років
Жіноча	52 (74.3%)	20 (66.7%)	22 (73.3%)	17 (56.7%)
Чоловіча	18 (25.7%)	10 (33.3%)	8 (26.7%)	13 (43.3%)

Дослідження антропометричних показників включало визначення маси тіла та зросту, а також визначення індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до загальноприйнятої методики. Індекс маси тіла вираховували за формулою:

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла} / \text{зріст}^2, \text{ кг/м}^2 \text{ (формула 2.1.1)}$$

Масу тіла оцінювали за рекомендаціями ВООЗ (1997): при значеннях ІМТ у межах 18,5-24,9 кг/м², масу оцінювали як нормальну, при ІМТ 25-29,9 кг/м² встановлювали підвищену масу тіла, при ІМТ 30,0-34,9 кг/м² діагностували ожиріння I ступеня, при ІМТ 35,0-39,9 кг/м² – ожиріння II ступеня, при ІМТ понад 40,0 кг/м² – ожиріння III ступеня.

При аналізі антропометричних показників у молодій групі 18-25 років спостерігаються чіткі гендерні відмінності. Чоловіки значно перевищують жінок за масою тіла (72.3±12.1 кг проти 58.4±8.2 кг) та зростом (178.2±6.4 см проти 164.7±5.8 см). Проте різниця в ІМТ відносно невелика (22.8±3.5 у чоловіків проти 21.5±2.8 у жінок), що свідчить про більший розвиток м'язової маси у чоловіків цієї вікової категорії. У порівнянні зі старшими групами, молодь демонструє найнижчі показники ІМТ, що вкладається у межі норми.

У категорії 26-44 років гендерні відмінності зберігаються, але зростає розрив у показниках ІМТ. Чоловіки (25.4±4.3) вже перетинають межу надмірної ваги, водночас у жінок (23.8±4.0) цей показник ще залишається у верхній межі норми. У порівнянні з молодшою групою, спостерігається значний приріст маси

тіла (+10.1 кг у жінок і +10.1 кг у чоловіків), що є найбільш вираженим віковим стрибком.

Вікова категорія 45-60 років демонструє критичне зростання ІМТ у обох статей. Жінки (27.8 ± 5.0) вперше перетинають межу надмірної маси тіла, а чоловіки (28.7 ± 5.3) наближаються до рубежу ожиріння. Особливо варто відзначити, що у жінок цієї групи спостерігається найбільший приріст ІМТ (+4.0 пункти) порівняно з попередньою віковою категорією, що може бути пов'язане з гормональними змінами в період менопаузи.

У найстаршій віковій групі 60+ фіксується найвищий ІМТ у обох статей (29.7 ± 5.5 у жінок і 29.2 ± 6.2 у чоловіків), що відповідає надлишковій масі тіла. Цікаво, що гендерні відмінності в ІМТ практично зникають, хоча чоловіки продовжують значно перевищувати жінок за абсолютними показниками маси тіла. У порівнянні з групою 45-60 років, приріст ІМТ уповільнюється, що може свідчити про досягнення певного плато у віковій динаміці маси тіла (Табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2.

Розподіл респондентів за масою, зростом та ІМТ у вікових групах з урахуванням статі ($X \pm m$)

Вікова група	Стать	Маса тіла (кг)	Зріст (см)	ІМТ (кг/м²)	N
18-25 років	Жінки	58.4 ± 8.2	164.7 ± 5.8	21.5 ± 2.8	52
	Чоловіки	72.3 ± 12.1	178.2 ± 6.4	22.8 ± 3.5	18

26-44 роки	Жінки	65.8 ± 11.9	166.3 ± 6.2	23.8 ± 4.0	20
	Чоловіки	82.4 ± 14.2	180.1 ± 7.3	25.4 ± 4.3	10
45-60 років	Жінки	74.6 ± 14.5	163.8 ± 6.0	27.8 ± 5.0	22
	Чоловіки	89.2 ± 18.1	176.3 ± 6.9	28.7 ± 5.3	8
60+ років	Жінки	78.3 ± 15.2	162.4 ± 6.1	29.7 ± 5.5	17
	Чоловіки	89.1 ± 20.3	174.8 ± 7.2	29.2 ± 6.2	13

Спостерігається чітка вікова динаміка зростання ІМТ від нормостенії (18-25 років, ІМТ 21.5-22.8), до надлишкової маси тіла, (60+ років, ІМТ 29.2-29.7). Найінтенсивніше зростання (+2.3-4.0 пункти) відбувається між 26-44 та 45-60 роками, що збігається з періодом зниження основного обміну. Критичні вікові точки: для чоловіків: 26-44 роки (перехід у категорію надмірної маси тіла). Для жінок: 45-60 років (різкий приріст до надмірної маси тіла). Для обох статей: 60+ років (стабілізація на рівні надмірної маси тіла яка наближається до ожиріння І ступеня). Гендерні особливості: для чоловіків раннє формування надмірної маси тіла (вже у 26-44 роки), серед жінок різке погіршення показників у перименопаузальний період. У старшому віці (60+) - нівелювання гендерних відмінностей.

2.2. Методи дослідження

Анкетування вважається збором даних у вигляді письмових відповідей респондентів на запитання анкети (опитувальника), які стосуються визначеної теми, сформульовані відповідно до мети дослідження та розміщені у відповідній послідовності. Серед переваг анкетування є можливість отримання як кількісних, так і якісних даних, відносно легка організації, респондентам легко брати участь, а також простіше вносити результати.

Опитування можна розглядати як один із найпоширеніших методів отримання інформації про суб'єктів – респондентів. Опитування полягає в задаванні людям спеціальних запитань, відповіді на які дозволяють досліднику отримати необхідні відомості залежно від завдань дослідження.

Анкета є структурно організованим набором запитань, кожне з яких логічно пов'язане з основною метою дослідження, отримання інформації відбувається шляхом опитування респондентів.

В рамках нашого дослідження була власно розроблена анкета (Додаток 1), в якій містяться питання, щодо виявлення типів харчової поведінки в осіб різних вікових груп, аналізу ІМТ та виявлення супутніх захворювань, для подальшого аналізу та кореляції отриманих результатів. Власне розроблена анкета містила декілька структурованих блоків запитань.

Блок 1. Демографічні характеристики респондентів. Цей блок включає запитання, спрямовані на збір основної соціально-демографічної інформації: вік, стать, рівень освіти та рід занять. Зібрані дані дозволяють здійснити стратифікацію вибірки та провести порівняльну оцінку особливостей харчової поведінки в залежності від соціального статусу, професійної активності та освітнього рівня. Це, своєю чергою, надає змогу виявити соціально зумовлені чинники, що можуть сприяти формуванню ризику розвитку ожиріння.

Блок 2. Антропометричні дані та анамнестичні відомості. Даний блок призначений для збору базових соматичних характеристик, зокрема зросту та маси тіла, що необхідні для розрахунку індексу маси тіла (ІМТ) як основного показника порушення енергетичного балансу. Крім того, респондентам

пропонується вказати наявність діагностованих захворювань метаболічного профілю (ожиріння, цукровий діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром тощо), що дозволяє співвіднести дані про харчову поведінку з клінічними проявами порушень обміну речовин.

Блок 3. Емоційний тип харчової поведінки. Цей блок спрямований на виявлення схильності до емоційного переїдання, тобто прийому їжі у відповідь на внутрішні емоційні стани, такі як стрес, пригнічення, тривога або, навпаки, ейфорія та радість. Емоційна харчова поведінка часто є компенсаторним механізмом у відповідь на психоемоційне навантаження та розглядається як незалежний фактор ризику формування ожиріння і розладів харчової поведінки.

Блок 4. Екстернальний тип харчової поведінки. У цьому блоці оцінюється реактивність харчової поведінки на зовнішні подразники, зокрема вигляд, запах їжі, контекст споживання (наприклад, перегляд екранів або вплив соціального оточення). Така поведінка базується не на фізіологічному відчутті голоду, а на сприйнятті зовнішніх сигналів, які активують харчову мотивацію. Екстернальний тип харчування часто асоціюється з ризиком переїдання, особливо в умовах надлишкового доступу до їжі.

Блок 5. Обмежувальний тип харчової поведінки. Цей блок містить запитання, що дозволяють оцінити наявність свідомих обмежень у харчуванні, пов'язаних із контролем ваги, вибором низькокалорійних продуктів або зменшенням об'ємів їжі. Обмежувальна поведінка може мати як профілактичний характер, так і виступати компенсаторною відповіддю на попереднє переїдання. Водночас, надмірний контроль над харчуванням потенційно може провокувати зриви у вигляді епізодів неконтрольованого споживання їжі.

Блок 6. Ознаки втрати контролю над харчуванням. У цьому блоці оцінюється частота ситуацій, у яких респонденти втрачають контроль над процесом прийому їжі: продовжують їсти після досягнення ситості, швидко споживають великі об'єми їжі, не можуть самостійно регулювати кількість спожитого. Такі прояви є характерними для розладів переїдання та можуть бути

індикатором розвитку компульсивної харчової поведінки, що часто супроводжує ожиріння та інші метаболічні порушення.

Блок 7. Загальні харчові звички та режим харчування. Заключний блок містить питання щодо кількості прийомів їжі протягом дня, режиму харчування, нічного споживання їжі, а також наявності спроб змінити масу тіла протягом останніх шести місяців. Такі дані дають змогу оцінити загальну структуру добового раціону та повсякденні харчові звички, які також мають вагоме значення у формуванні ризику розвитку ожиріння.

Отриманий в результаті досліджень цифровий матеріал систематизувався. Математичну обробку отриманих даних проводили на персональному комп'ютері на базі процесора Apple Intel Core i5 за допомогою ліцензійної програми JetBrains DataGrip 2024.3.5 з використанням кореляційної бази даних MySQL 8.0 та ліцензійної програми Visual Studio Code 1.98.2 з використанням мови програмування TypeScript 5.8.2, а також використання моделей штучного інтелекту DeepSeek-R1 та Claude 3.7 Sonnet з обчисленням середньої величини ($\bar{X}$), середньої похибки (m), параметричного критерію вірогідності різниці Стьюдента. Достовірною вважали ймовірність помилки менше 5% ($p < 0,05$).

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Результати виявлених супутніх станів у респондентів

У когорті респондентів віком 18–25 років ($n=70$), до складу якої входили 52 жінки та 18 чоловіків, було виявлено низку супутніх патологічних станів, потенційно асоційованих із ризиком розвитку порушень харчової поведінки та ожиріння. Найвищу поширеність у цій віковій групі продемонструвало ожиріння, яке було діагностовано у 8 осіб (6 жінок та 2 чоловіки), що становить 11,4% вибірки. Цей показник заслуговує на увагу, оскільки свідчить про наявність надлишкової маси тіла вже на ранніх етапах життя, що може мати суттєві довгострокові метаболічні наслідки.

Функціональна диспепсія згідно анкетування була вказана у 3 жінок (4,3%), що може вказувати на дисбаланс у режимі харчування або хронічний вплив стресогенних чинників. Метаболічний синдром, який розглядається як сукупність факторів ризику серцево-судинних захворювань та цукрового діабету 2 типу, реєструвався у 2 респондентів — по одному випадку серед жінок і чоловіків (2,9%). Артеріальна гіпертензія у цій когорті виявлена не була, що, ймовірно, відображає вікові особливості формування цієї патології.

До категорії «інші» захворювання було віднесено два випадки: один — неврологічного профілю, другий — алергічної природи, обидва зареєстровані серед жінок (2,9%). Загалом, 85,7% респондентів у віковій групі 18–25 років не мали жодного діагностованого захворювання, що свідчить про відносно сприятливий соматичний статус більшості представників молодіжної вибірки. Водночас, наявність метаболічно значущих станів навіть у молодому віці підкреслює необхідність ранньої діагностики та корекції факторів ризику, зокрема харчової поведінки, що є важливим аспектом профілактики ожиріння на популяційному рівні (Табл. 3.1.1).

Розподіл супутніх станів у когорті 18-25 років за статтю

Діагноз	Жінки (n=52)	Чоловіки (n=18)	Загалом (%)
Ожиріння	6	2	11.4%
Функціональна диспепсія	3	0	4.3%
Метаболічний синдром	1	1	2.9%
Артеріальна гіпертензія	0	0	0%
Інші	2*	0	2.9%

У когорті респондентів віком 26–44 роки (n=30), до складу якої входили 20 жінок та 10 чоловіків, було виявлено кілька супутніх патологічних станів, характерних для осіб працездатного віку та потенційно асоційованих з порушеннями метаболічного гомеостазу. Ожиріння діагностовано у 2 респондентів — по одному випадку серед жінок та чоловіків, що становить 6,7% від загальної кількості учасників. Цей показник є нижчим у порівнянні з молодшою віковою групою, однак може свідчити про приховану метаболічну дисфункцію, що потребує подальшого клінічного моніторингу.

Метаболічний синдром було виявлено у однієї жінки, що становить 3,3% від загальної кількості опитаних. Водночас, артеріальна гіпертензія, зустрічалася виключно серед чоловіків — 4 випадки (що складає 13,3% вибірки, та 40% серед

чоловіків цієї вікової групи), що може свідчити про ранні прояви серцево-судинної патології, ймовірно, обумовленої генетичними або поведінковими факторами ризику.

Загалом 76,7% респондентів цієї когорти не мали діагностованих захворювань, що вказує на відносно задовільний рівень соматичного здоров'я у представників цієї вікової категорії. Водночас виявлення порушень, характерних для метаболічного синдрому, навіть за відносно невисокої загальної захворюваності, підкреслює важливість регулярного медичного скринінгу та раннього втручання з метою зниження довгострокових ризиків розвитку ожиріння та його ускладнень (Табл. 3.1.2.)

Таблиця 3.1.2.

**Розподіл супутніх захворювань серед респондентів віком 26–44 років
за статтю**

Діагноз	Жінки (n = 20)	Чоловіки (n = 10)	Загалом (%)
Ожиріння	1	1	6,7%
Метаболічний синдром	1	0	3,3%
Артеріальна гіпертензія	0	4	13,3%

У когорті респондентів віком 45–60 років (n=30), яка включала 22 жінки та 8 чоловіків, виявлено вищу поширеність супутніх патологічних станів порівняно з молодшими віковими групами, що загалом відповідає закономірностям вікової соматичної захворюваності. Найчастішим діагнозом в цій когорті виявилась артеріальна гіпертензія (АГ), яка спостерігалася у 9 респондентів (30%), з них 7

жінок і 2 чоловіки, що вказує на значну частку серцево-судинних порушень серед осіб середнього віку, особливо у жінок (31,8% серед усіх жінок цієї групи).

Ожиріння в анкетуванні було відмічено у 5 осіб (16,7%) — 4 жінок та 1 чоловіка, що свідчить про збереження високої частоти надлишкової маси тіла яка наближається до ожиріння у старших вікових когорт. Цукровий діабет 2 типу виявлено у 3 осіб (10%) — двох жінок та одного чоловіка, що узгоджується з епідеміологічними тенденціями зростання частоти інсулінорезистентних станів у цьому віковому інтервалі. Метаболічний синдром виявлено в однієї жінки (3,3%), що, ймовірно, відображає вже реалізовану клінічно метаболічну декомпенсацію що проявлялось ожирінням, АГ чи ЦД 2 типу.

Окремо зафіксовано один випадок подагри серед чоловіків (3,3%), що є типовим проявом порушень пуринового обміну, часто асоційованих з метаболічним синдромом. У 36,7% респондентів (11 осіб) не було виявлено жодних діагностованих захворювань. Отримані результати свідчать про накопичення метаболічної та кардіоваскулярної патології з віком, що підкреслює потребу в індивідуалізованому підході до профілактики та ранньої діагностики порушень харчової поведінки у даній віковій категорії (Табл. 3.1.3).

Таблиця 3.1.3.

**Розподіл супутніх захворювань серед респондентів віком 45–60 років
за статтю**

Діагноз	Жінки (n = 22)	Чоловіки (n = 8)	Загалом (%)
Артеріальна гіпертензія	7	2	30,0%

Ожиріння	4	1	16,7%
Цукровий діабет 2 типу	2	1	10,0%
Метаболічний синдром	1	0	3,3%
Подагра	0	1	3,3%

У когорті респондентів віком 60+ років (n=30), до складу якої увійшли 17 жінок та 13 чоловіків, простежується найвища серед усіх вікових груп частота діагностованих супутніх захворювань, що є очікуваним у зв'язку з віковим накопиченням хронічних соматичних станів та загальною тенденцією до зниження метаболічної компенсації у літньому віці. Найбільш поширеним діагнозом виявилася АГ, яка була зафіксована у 13 осіб (43,3% загальної вибірки), зокрема у 8 жінок (47,1% серед жінок) та 5 чоловіків (38,5% серед чоловіків), що свідчить про домінування серцево-судинної патології у цій когорті незалежно від статі.

Ожиріння виявлено у 5 респондентів (16,7%) — 3 жінок та 2 чоловіків, що відповідає високому ризику зниження толерантності до глюкози та інсулінорезистентності у віковій популяції. ЦД2 зафіксовано у 4 осіб (13,3%) — з них 3 чоловіків і 1 жінка, що узгоджується з поширеними даними щодо зростання захворюваності на ЦД2 з віком та вказує на значний рівень ендокринної дисфункції.

Метаболічний синдром виявлено у однієї жінки (3,3%), що, ймовірно, свідчить про формалізоване діагностування вже у межах комплексного метаболічного навантаження. Додатково зафіксовано один випадок виразкової

хвороби (ВХ) у жінки (3,3%), що також є характерним для осіб старшого віку, з огляду на хронічне вживання медикаментів або супутню патологію шлунково-кишкового тракту.

Загалом 23,3% (7 респондентів) не мали жодного встановленого діагнозу, що свідчить про відносно високий рівень соматичного навантаження у когорті літніх осіб та підкреслює актуальність медико-соціального моніторингу цієї групи з акцентом на профілактику ускладнень метаболічних та серцево-судинних порушень (Табл. 3.1.4).

Таблиця 3.1.4.

Розподіл супутніх захворювань серед респондентів віком 60+ років за статтю

Діагноз	Жінки (n = 17)	Чоловіки (n = 13)	Загалом (%)
Артеріальна гіпертензія	8	5	43,3%
Ожиріння	3	2	16,7%
Цукровий діабет 2 типу	1	3	13,3%
Метаболічний синдром	1	0	3,3%

Виразкова хвороба (BX)	1	0	3,3%
-------------------------------	---	---	------

3.2. Результати аналізу харчової поведінки у респондентів, та визначення переважаючого типу

Відповідно до запитань анкети (Додаток 1) було отримано такі результати в когорті 18-25 років. Аналіз показує, що 22 жінки (42,3% від загальної кількості жінок у вибірці) та 5 чоловіків (27,8%) часто вдаються до прийому їжі під час стресу. Ще 18 жінок (34,6%) та 7 чоловіків (38,9%) роблять це іноді. Разом це становить 76,9% жінок та 66,7% чоловіків, які харчуються емоційно при стресі. Лише 4 жінки (7,7%) та 2 чоловіки (11,1%) повідомили, що ніколи не їдять через стрес.

10 жінок (19,2%) та 2 чоловіки (11,1%) часто переїдають через самотність. 20 жінок (38,5%) та 4 чоловіки (22,2%) роблять це іноді. Разом 57,7% жінок та 33,3% чоловіків демонструють таку поведінку. 7 жінок (13,5%) та 6 чоловіків (33,3%) ніколи не їдять через самотність.

12 жінок (23,1%) та 3 чоловіки (16,7%) часто відчують підвищений апетит у радісні моменти. 25 жінок (48,1%) та 5 чоловіків (27,8%) відзначають це іноді. Разом 71,2% жінок та 44,5% чоловіків пов'язують радість із підвищеним апетитом. 5 жінок (9,6%) та 3 чоловіки (16,7%) ніколи не відчують такого ефекту.

15 жінок (28,8%) та 4 чоловіки (22,2%) часто відчують бажання їсти при виді апетитної їжі. 20 жінок (38,5%) та 6 чоловіків (33,3%) піддаються цьому іноді. Разом 67,3% жінок та 55,5% чоловіків реагують на зовнішній вигляд їжі. 5 жінок (9,6%) та 3 чоловіки (16,7%) не відчують такого впливу. Аналіз виявив, що запах їжі є потужним стимулом для молодих людей. 18 жінок (34,6%) і 3 чоловіки (16,7%) часто відчують бажання їсти під впливом запахів. Ще 16 жінок (30,8%) і 6 чоловіків (33,3%) реагують на запахи іноді. Разом це

становить 65,4% жінок і 50% чоловіків, які піддаються впливу запахів їжі. Лише 6 жінок (11,5%) і 4 чоловіки (22,2%) заявили, що ніколи не відчують такого впливу.

Дослідження показало, що більшість жінок активно контролюють свої харчові звички: 18 (34,6%) роблять це часто, а 20 (38,5%) - іноді. Серед чоловіків лише 2 (11,1%) часто і 5 (27,8%) іноді обмежують кількість їжі. Разом 73,1% жінок проти 38,9% чоловіків демонструють обмежувальну поведінку. 4 жінки (7,7%) і 5 чоловіків (27,8%) взагалі не контролюють розмір порцій. 16 жінок (30,8%) і лише 1 чоловік (5,6%) свідомо уникають калорійної їжі. Ще 18 жінок (34,6%) і 4 чоловіки (22,2%) іноді дотримуються таких обмежень. Таким чином, 65,4% жінок і 27,8% чоловіків приділяють увагу калорійності раціону. 6 жінок (11,5%) і 6 чоловіків (33,3%) повністю ігнорують цей фактор.

8 жінок (15,4%) і 2 чоловіки (11,1%) часто стикаються з епізодами неконтрольованого переїдання. 22 жінки (42,3%) і 5 чоловіків (27,8%) відзначають такі випадки іноді. Разом 57,7% жінок і 38,9% чоловіків мають проблеми з контролем споживання їжі. 7 жінок (13,5%) і 5 чоловіків (27,8%) ніколи не переїдають.

6 жінок (11,5%) і 3 чоловіки (16,7%) часто відчують нестримне бажання швидко спожити велику кількість їжі. 20 жінок (38,5%) і 4 чоловіки (22,2%) стикаються з цим іноді. Разом 50% жінок і 38,9% чоловіків мають таку тенденцію. 8 жінок (15,4%) і 5 чоловіків (27,8%) ніколи не відчують подібного бажання.

10 жінок (19,2%) і 2 чоловіки (11,1%) часто відчують труднощі у контролі розміру порцій. 22 жінки (42,3%) і 5 чоловіків (27,8%) стикаються з цим іноді. Разом 61,5% жінок і 38,9% чоловіків мають проблеми з контролем кількості їжі. 6 жінок (11,5%) і 5 чоловіків (27,8%) легко контролюють свої порції.

12 жінок (23,1%) і 4 чоловіки (22,2%) часто відчують сильний голод після періодів неїдання. 20 жінок (38,5%) і 5 чоловіків (27,8%) зазначили такі

випадки іноді. Разом 61,6% жінок і 50% чоловіків стикаються з цим явищем. 6 жінок (11,5%) і 3 чоловіки (16,7%) не помічають таких ефектів.

8 жінок (15,4%) і 4 чоловіки (22,2%) їдять лише 1-2 рази на день. 30 жінок (57,7%) і 8 чоловіків (44,4%) дотримуються стандартного 3-разового харчування. 12 жінок (23,1%) і 5 чоловіків (27,8%) харчуються 4-5 разів на день. Лише 2 жінки (3,8%) і 1 чоловік (5,6%) їдять більше 5 разів на добу.

14 жінок (26,9%) і 6 чоловіків (33,3%) часто їдять "на ходу" або перед екраном. 18 жінок (34,6%) і 5 чоловіків (27,8%) роблять це іноді. Разом 61,5% жінок і 61,1% чоловіків мають таку звичку. 8 жінок (15,4%) і 3 чоловіки (16,7%) ніколи не харчуються в такий спосіб.

16 жінок (30,8%) і 3 чоловіки (16,7%) часто змінюють свої харчові звички під впливом оточення. 20 жінок (38,5%) і 5 чоловіків (27,8%) піддаються такому впливу іноді. Разом 69,3% жінок і 44,5% чоловіків залежать від соціального контексту. 6 жінок (11,5%) і 4 чоловіки (22,2%) не відчують такого впливу.

14 жінок (26,9%) і 6 чоловіків (33,3%) регулярно їдять після 22:00. 18 жінок (34,6%) і 5 чоловіків (27,8%) роблять це іноді. Разом 61,5% жінок і 61,1% чоловіків мають звичку до нічних перекусів. 8 жінок (15,4%) і 3 чоловіки (16,7%) ніколи не їдять вночі.

32 жінки (61,5%) і 5 чоловіків (27,8%) намагалися схуднути за останні півроку. 8 жінок (15,4%) і 6 чоловіків (33,3%) прагнули набрати масу тіла. 12 жінок (23,1%) і 7 чоловіків (38,9%) не робили спроб змінити масу тіла.

40 жінок (76,9%) і 10 чоловіків (55,6%) усвідомлюють вплив своїх харчових звичок на масу тіла. 6 жінок (11,5%) і 4 чоловіки (22,2%) заперечують такий вплив. 6 жінок (11,5%) і 4 чоловіки (22,2%) не впевнені у цьому зв'язку.

У результаті аналізу відповідей респондентів вікової групи 18–25 років на 17 анкетних запитань було ідентифіковано три основні типи харчової поведінки — емоційний, екстернальний та обмежувальний.

Найбільш вираженим серед досліджуваних виявився **емоційний тип харчової поведінки**, що характеризується споживанням їжі під впливом емоційних факторів — таких як стрес, почуття самотності чи позитивне

збудження (радість, ейфорія). Понад 74% опитаних респондентів відзначили, що схильні до харчування у відповідь на психоемоційне напруження, а також у моменти позитивного емоційного збудження, що вказує на значну роль емоційної регуляції в моделюванні харчової поведінки. Особливо високий рівень емоційного типу спостерігається серед жінок, що, ймовірно, пов'язано як із нейропсихологічними особливостями обробки емоцій, так і з соціокультурними факторами.

На другому місці за рівнем вираженості виявився **екстернальний тип харчової поведінки**, який передбачає активізацію харчової поведінки у відповідь на зовнішні стимули, зокрема вигляд або запах їжі, а також соціальний вплив з боку оточення. Близько 64% респондентів зазначили, що їдять навіть без наявного фізіологічного відчуття голоду, якщо бачать апетитну їжу або відчують її запах. Подібні результати можуть свідчити про зниження ефективності внутрішніх регуляторів апетиту та підвищену чутливість до зовнішніх умов, що потенційно підвищує ризик переїдання та формування надлишкової маси тіла.

Обмежувальний тип харчової поведінки виявлено менш вираженим, але все ж достатньо поширеним у цій когорті. Близько 55–64% респондентів свідомо намагаються обмежити споживання їжі, уникають калорійних продуктів та повідомляють про спроби контролювати масу тіла, зокрема через зменшення кількості їжі або спеціальні дієти. Така поведінка, з одного боку, може бути елементом превентивного підходу до контролю маси тіла, однак з іншого — вказує на потенційний ризик розвитку харчових розладів, особливо в умовах психологічного тиску чи високих соціальних стандартів зовнішності.

При аналізі результатів анкетування в когорті 26-44 років, стало відомо, що 5 жінок (25% від загальної кількості жінок у вибірці) та 1 чоловік (10%) завжди вдаються до прийому їжі ід час стресу. Часто таке явище спостерігається у 9 жінок (45%) та 4 чоловіків (40%). Разом це становить 70% жінок та 50% чоловіків, які регулярно харчуються емоційно при стресі. Ще 4 жінки (20%) та 3

чоловіки (30%) роблять це іноді. Лише 2 жінки (10%) та 2 чоловіки (20%) повідомили, що рідко або ніколи не їдять через стрес.

Дослідження виявило, що 3 жінки (15%) завжди та 7 жінок (35%) часто переїдають через самотність, тоді як серед чоловіків таких лише 2 особи (20%). Іноді до такого способу впоратися з емоціями вдаються 6 жінок (30%) та 4 чоловіки (40%). Разом 50% жінок та 20% чоловіків регулярно використовують їжу як спосіб боротьби з самотністю. При цьому 4 жінки (20%) та 4 чоловіки (40%) рідко або ніколи не пов'язують харчування з цим станом.

Результати демонструють, що 2 жінки (10%) та 1 чоловік (10%) завжди, а 6 жінок (30%) та 3 чоловіки (30%) часто відчують підвищений апетит у радісні моменти. Іноді таке трапляється у 6 жінок (30%) та 3 чоловіків (30%). Разом 40% жінок та 40% чоловіків схильні до "радісного" переїдання. При цьому 6 жінок (30%) та 3 чоловіки (30%) рідко або ніколи не пов'язують харчування з позитивними емоціями.

Дані свідчать, що 6 жінок (30%) та 2 чоловіки (20%) завжди, а 9 жінок (45%) та 4 чоловіки (40%) часто відчують бажання їсти при виді смачної їжі. Разом це становить 75% жінок та 60% чоловіків, які піддаються впливу візуальних стимулів. Ще 3 жінки (15%) та 3 чоловіки (30%) реагують на це іноді. Лише 2 жінки (10%) та 1 чоловік (10%) рідко відчують такий вплив.

Дослідження показало, що 4 жінки (20%) та 1 чоловік (10%) завжди, а 8 жінок (40%) та 4 чоловіки (40%) часто відчують бажання їсти під впливом запахів. Разом 60% жінок та 50% чоловіків активно реагують на сенсорні подразники. Ще 5 жінок (25%) та 3 чоловіки (30%) відзначають таку реакцію іноді. Лише 3 жінки (15%) та 2 чоловіки (20%) рідко піддаються цьому впливу.

Аналіз виявив, що 5 жінок (25%) завжди та 9 жінок (45%) часто намагаються обмежувати кількість їжі, тоді як серед чоловіків лише 4 особи роблять це часто (40%). Разом 70% жінок та 40% чоловіків свідомо контролюють своє харчування. Ще 4 жінки (20%) та 4 чоловіки (40%) роблять це іноді. При цьому 2 жінки (10%) та 2 чоловіки (20%) рідко вдаються до таких обмежень.

Результати показують, що 4 жінки (20%) завжди та 6 жінок (30%) часто уникають калорійної їжі, тоді як серед чоловіків лише 2 особи роблять це часто (20%). Разом 50% жінок та 20% чоловіків дотримуються таких обмежень. Ще 6 жінок (30%) та 3 чоловіки (30%) роблять це іноді. При цьому 4 жінки (20%) та 5 чоловіків (50%) рідко або ніколи не обмежують себе у калорійній їжі.

Дані свідчать, що 3 жінки (15%) завжди та 7 жінок (35%) часто не можуть зупинитися їсти, навіть коли ситі. Серед чоловіків 3 особи часто переїдають (30%). Разом 50% жінок та 30% чоловіків стикаються з цією проблемою. Ще 6 жінок (30%) та 4 чоловіки (40%) відзначають таке іноді. Лише 4 жінки (20%) та 3 чоловіки (30%) рідко або ніколи не відчувають таких труднощів.

Дослідження показало, що 2 жінки (10%) завжди та 5 жінок (25%) часто відчувають неконтрольоване бажання швидко з'їсти багато їжі. Серед чоловіків 2 особи (20%) відмічають це завжди. Разом 35% жінок та 20% чоловіків схильні до таких епізодів. Ще 7 жінок (35%) та 4 чоловіки (40%) стикаються з цим іноді. При цьому 6 жінок (30%) та 4 чоловіки (40%) рідко або ніколи не відчувають таких бажань.

Аналіз виявив, що 2 жінки (10%) завжди та 6 жінок (30%) часто відчувають труднощі у контролі кількості їжі. Серед чоловіків 3 особи (30%) часто відчувають це. Разом 40% жінок та 30% чоловіків мають проблеми з контролем порцій. Ще 7 жінок (35%) та 4 чоловіки (40%) стикаються з цим іноді. Лише 5 жінок (25%) та 3 чоловіки (30%) рідко або ніколи не мають таких труднощів.

Результати показують, що 3 жінки (15%) завжди та 5 жінок (25%) часто відчувають сильний голод після тривалого неїдання. Серед чоловіків 3 особи (30%) часто. Разом 40% жінок та 30% чоловіків стикаються з цим явищем. Ще 6 жінок (30%) та 4 чоловіки (40%) відзначають це іноді. Лише 6 жінок (30%) та 3 чоловіки (30%) рідко або ніколи не відчувають такого голоду.

Дослідження виявило, що 6 жінок (30%) та 3 чоловіки (30%) їдять 1-2 рази на день. 7 жінок (35%) та 4 чоловіки (40%) харчуються 3 рази на день. 5 жінок (25%) та 2 чоловіки (20%) їдять 4-5 разів на день. Лише 2 жінки (10%) та 1 чоловік (10%) вживають їжу понад 5 разів на день.

Аналіз показує, що 4 жінки (20%) завжди та 8 жінок (40%) часто їдять "на ходу" або перед екраном. Серед чоловіків 3 особи відмітили часто та 2 завжди осіб (50%). Разом 60% жінок та 50% чоловіків схильні до такого харчування. Ще 5 жінок (25%) та 3 чоловіки (30%) роблять це іноді. Лише 3 жінки (15%) та 2 чоловіки (20%) рідко або ніколи не їдять у таких умовах.

Дані свідчать, що 3 жінки (15%) завжди та 7 жінок (35%) часто змінюють харчові звички під впливом оточення. Серед чоловіків 3 особи (30%) відмічають це завжди. Разом 50% жінок та 30% чоловіків піддаються соціальному впливу. Ще 6 жінок (30%) та 4 чоловіки (40%) відзначають це іноді. Лише 4 жінки (20%) та 3 чоловіки (30%) рідко або ніколи не відчують такого впливу.

Результати показують, що 2 жінки (10%) завжди та 6 жінок (30%) часто їдять пізно увечері. Серед чоловіків 3 особи (30%) часто їдять після 22:00. Разом 40% жінок та 30% чоловіків мають звичку до "нічних" перекусів. Ще 7 жінок (35%) та 4 чоловіки (40%) роблять це іноді. Лише 5 жінок (25%) та 3 чоловіки (30%) рідко або ніколи не їдять після 22:00.

Дослідження виявило, що 12 жінок (60%) та 4 чоловіки (40%) намагалися схуднути протягом останніх 6 місяців. 1 жінка (5%) та 2 чоловіки (20%) намагалися набрати масу тіла. 7 жінок (35%) та 4 чоловіки (40%) не робили спроб змінити масу тіла.

Аналіз показує, що 15 жінок (75%) та 6 чоловіків (60%) вважають, що їхні харчові звички впливають на масу тіла. 3 жінки (15%) та 2 чоловіки (20%) заперечують цей вплив. 2 жінки (10%) та 2 чоловіки (20%) не впевнені у цьому.

Найвищий рівень поширеності в цій когорті має **екстернальний тип харчової поведінки**, який зафіксовано у 67% респондентів. Цей тип поведінки характеризується реактивністю на зовнішні стимули, зокрема вигляд, запах або присутність їжі в полі зору. Подібна модель харчування є типовою для середнього віку, коли високий рівень зайнятості, стрес та нестача часу призводять до автоматизованих реакцій на доступну їжу, незалежно від наявності фізіологічного голоду. Такий патерн може бути наслідком загальної

перенасиченості харчового середовища, надмірної маркетингової стимуляції та відсутності усвідомленого контролю над харчовими звичками.

Другим за поширеністю виявився **емоційний тип харчової поведінки**, який відзначили 60% респондентів. У даному віковому інтервалі особливо гостро проявляється схильність до емоційного харчування у відповідь на психоемоційне напруження, пов'язане з професійною діяльністю, сімейними обов'язками, фінансовими труднощами чи іншими соціальними чинниками. Емоційна регуляція за допомогою їжі є адаптивним механізмом короточасного зниження стресу, однак у довготривалій перспективі це може сприяти формуванню дезадаптивних харчових патернів і збільшенню ризику розвитку метаболічних порушень, включно з ожирінням та інсулінорезистентністю.

Обмежувальний тип харчової поведінки виявлено у 55% респондентів, що свідчить про помірний, але клінічно значущий рівень свідомого контролю харчування з метою зниження або стабілізації маси тіла. Незважаючи на позитивні аспекти такої поведінки з точки зору профілактики надлишкової маси тіла, варто зазначити, що у значної частини осіб обмеження супроводжуються епізодами втрати контролю або компульсивного переїдання. Це формує патерн «обмеження – зрив – почуття провини», який є типовим для циклічної моделі харчових розладів, зокрема компульсивного переїдання або нічної харчової поведінки.

Таким чином, результати дослідження вказують на те, що для осіб віком 26–44 роки характерна висока залежність харчової поведінки від зовнішніх чинників та емоційного стану, у поєднанні з тенденцією до свідомого обмеження харчування. Це створює потенційні ризики як для психоемоційного благополуччя, так і для розвитку метаболічної дисфункції, що потребує подальшої уваги з боку медичних фахівців, зокрема в межах профілактичної медицини та психодієтетології.

При аналізі результатів анкетування в когорті 45-60 років, досліджено, що 11 осіб (36.7% від загальної вибірки) - 8 жінок (36.4%) та 3 чоловіки (37.5%) - "часто" або "завжди" вдаються до їжі під час стресу. Ще 9 осіб (30%) - 6 жінок

(27.3%) та 3 чоловіки (37.5%) - роблять це "іноді". Разом це становить 66.7% респондентів (14 жінок та 6 чоловіків), які харчуються емоційно при стресі. Лише 5 осіб (16.7%) - 3 жінки (13.6%) та 2 чоловіки (25%) - повідомили, що "ніколи" не їдять через стрес.

7 респондентів (23.3%) - 5 жінок (22.7%) та 2 чоловіки (25%) - "часто" або "завжди" переїдають через самотність. 10 осіб (33.3%) - 7 жінок (31.8%) та 3 чоловіки (37.5%) - роблять це "іноді". Таким чином, 56.6% опитаних (12 жінок та 5 чоловіків) демонструють таку модель поведінки. 9 осіб (30%) - 6 жінок (27.3%) та 3 чоловіки (37.5%) - рідко або ніколи не пов'язують харчування з цим станом.

8 осіб (26.7%) - 6 жінок (27.3%) та 2 чоловіки (25%) - "часто" або "завжди" відчують підвищений апетит у радісні моменти. Ще 10 респондентів (33.3%) - 7 жінок (31.8%) та 3 чоловіки (37.5%) - відзначають це "іноді". Разом 60% (13 жінок та 5 чоловіків) схильні до "радісного" переїдання. 10 осіб (33.3%) - 5 жінок (22.7%) та 5 чоловіків (62.5%) - рідко або ніколи не мають такої реакції.

13 респондентів (43.3%) - 9 жінок (40.9%) та 4 чоловіки (50%) - "часто" або "завжди" хочуть їсти при виді смачної їжі. 8 осіб (26.7%) - 5 жінок (22.7%) та 3 чоловіки (37.5%) - відзначають таку реакцію "іноді". Разом 70% (14 жінок та 7 чоловіків) піддаються впливу візуальних стимулів. Лише 4 особи (13.3%) - 3 жінки (13.6%) та 1 чоловік (12.5%) - рідко або ніколи не реагують на вигляд їжі.

11 осіб (36.7%) - 8 жінок (36.4%) та 3 чоловіки (37.5%) - "часто" або "завжди" відчують бажання їсти при запаху їжі. 9 респондентів (30%) - 6 жінок (27.3%) та 3 чоловіки (37.5%) - мають таку реакцію "іноді". Разом 66.7% (14 жінок та 6 чоловіків) чутливі до сенсорних стимулів. 6 осіб (20%) - 4 жінки (18.2%) та 2 чоловіки (25%) - рідко або ніколи не реагують на запахи.

12 респондентів (40%) - 9 жінок (40.9%) та 3 чоловіки (37.5%) - "часто" або "завжди" намагаються зменшувати кількість їжі. 8 осіб (26.7%) - 5 жінок (22.7%) та 3 чоловіки (37.5%) - роблять це "іноді". Таким чином, 66.7% (14 жінок та 6 чоловіків) обмежують харчування. 5 осіб (16.7%) - 2 жінки (9.1%) та 3 чоловіки (37.5%) - рідко або ніколи не вдаються до таких обмежень.

11 осіб (36.7%) - 7 жінок (31.8%) та 4 чоловіки (50%) - "часто" або "завжди" уникають калорійної їжі. 10 респондентів (33.3%) - 6 жінок (27.3%) та 4 чоловіки (50%) - роблять це "іноді". Разом 70% (13 жінок та 8 чоловіків) дотримуються таких обмежень. 5 осіб (16.7%) - 4 жінки (18.2%) та 1 чоловік (12.5%) - рідко або ніколи не враховують калорійність.

7 респондентів (23.3%) - 6 жінок (27.3%) та 1 чоловік (12.5%) - "часто" або "завжди" не можуть зупинитися їсти, навіть коли ситі. 10 осіб (33.3%) - 7 жінок (31.8%) та 3 чоловіки (37.5%) - відзначають це "іноді". Разом 56.6% (13 жінок та 4 чоловіків) стикаються з проблемою контролю. 9 осіб (30%) - 5 жінок (22.7%) та 4 чоловіки (50%) - рідко або ніколи не мають таких труднощів.

6 осіб (20%) - 5 жінок (22.7%) та 1 чоловік (12.5%) - "часто" або "завжди" відчувають таку потребу. 11 респондентів (36.7%) - 8 жінок (36.4%) та 3 чоловіки (37.5%) - мають це "іноді". Разом 56.7% (13 жінок та 4 чоловіків) схильні до таких епізодів. 9 осіб (30%) - 6 жінок (27.3%) та 3 чоловіки (37.5%) - рідко або ніколи не відчувають подібного бажання.

6 осіб (20%) - 5 жінок (22.7%) та 1 чоловік (12.5%) - "часто" або "завжди" мають проблеми з контролем. 11 респондентів (36.7%) - 8 жінок (36.4%) та 3 чоловіки (37.5%) - відзначають це "іноді". Разом 56.7% (13 жінок та 4 чоловіків) натрапляють на такі труднощі. 9 осіб (30%) - 6 жінок (27.3%) та 3 чоловіки (37.5%) - рідко або ніколи не мають проблем з контролем.

8 осіб (26.7%) - 6 жінок (27.3%) та 2 чоловіки (25%) - "часто" або "завжди" відчувають такий голод. 10 респондентів (33.3%) - 7 жінок (31.8%) та 3 чоловіки (37.5%) - мають це "іноді". Разом 60% (13 жінок та 5 чоловіків) постають перед цим явищем. 8 осіб (26.7%) - 5 жінок (22.7%) та 3 чоловіки (37.5%) - рідко або ніколи не відчувають такого голоду.

7 осіб (23.3%) - 5 жінок (22.7%) та 2 чоловіки (25%) - їдять 1-2 рази на день. 13 респондентів (43.3%) - 10 жінок (45.5%) та 3 чоловіки (37.5%) - харчуються 3 рази на день. 8 осіб (26.7%) - 6 жінок (27.3%) та 2 чоловіки (25%) - їдять 4-5 разів. 2 особи (6.7%) - 1 жінка (4.5%) та 1 чоловік (12.5%) - вживають їжу понад 5 разів на день.

9 осіб (30%) - 7 жінок (31.8%) та 2 чоловіки (25%) - "часто" або "завжди" їдять у таких умовах. 11 респондентів (36.7%) - 8 жінок (36.4%) та 3 чоловіки (37.5%) - роблять це "іноді". Разом 66.7% (15 жінок та 5 чоловіків) мають таку звичку. 6 осіб (20%) - 4 жінки (18.2%) та 2 чоловіки (25%) - рідко або ніколи не їдять "на ходу".

7 осіб (23.3%) - 6 жінок (27.3%) та 1 чоловік (12.5%) - "часто" або "завжди" піддаються впливу. 11 респондентів (36.7%) - 8 жінок (36.4%) та 3 чоловіки (37.5%) - відзначають це "іноді". Разом 60% (14 жінок та 4 чоловіків) зазнають соціального впливу. 8 осіб (26.7%) - 5 жінок (22.7%) та 3 чоловіки (37.5%) - рідко або ніколи не помічають такого впливу.

6 осіб (20%) - 5 жінок (22.7%) та 1 чоловік (12.5%) - "часто" або "завжди" їдять вночі. 11 респондентів (36.7%) - 8 жінок (36.4%) та 3 чоловіки (37.5%) - роблять це "іноді". Разом 56.7% (13 жінок та 4 чоловіків) мають таку звичку. 9 осіб (30%) - 6 жінок (27.3%) та 3 чоловіки (37.5%) - рідко або ніколи не їдять вночі.

16 осіб (53.3%) - 12 жінок (54.5%) та 4 чоловіки (50%) - намагалися схуднути. 2 особи (6.7%) - 1 жінка (4.5%) та 1 чоловік (12.5%) - намагалися набрати вагу. 12 респондентів (40%) - 9 жінок (40.9%) та 3 чоловіки (37.5%) - не робили спроб змінити масу тіла.

20 осіб (66.7%) - 15 жінок (68.2%) та 5 чоловіків (62.5%) - вважають, що їхні звички впливають на масу тіла. 5 респондентів (16.7%) - 4 жінки (18.2%) та 1 чоловік (12.5%) - заперечують цей вплив. 5 осіб (16.7%) - 3 жінки (13.6%) та 2 чоловіки (25%) - не впевнені у цьому.

Аналіз даних анкетування (n=30) виявив, що в когорті осіб віком 45–60 років переважає **екстернальний тип** харчової поведінки. Це підтверджується високою частотою реакцій на зовнішні стимули, такі як вигляд або запах їжі, а також вплив соціального оточення на харчові звички. Зокрема, 70% респондентів відзначають бажання вживати їжу при її візуальній присутності, навіть за відсутності фізіологічного голоду, а 66,7% демонструють підвищений апетит у відповідь на сенсорні сигнали (наприклад, запах їжі в громадських місцях). Крім

того, 60% опитаних зазнають впливу оточення (колег, родини) на свої харчові рішення, що також є характерною рисою екстернального типу.

Хоча **емоційний тип** (харчування під впливом стресу, самотності чи радості) також є помітним (66,7% респондентів їдять через стрес, 56,6% — через самотність), його прояви менш домінуючі порівняно з екстернальними факторами. **Обмежувальний тип**, пов'язаний із свідомими спробами контролю ваги (66,7% обмежують кількість їжі, 70% уникають калорійних продуктів), частково компенсується тенденцією до переїдання, що може свідчити про циклічність "дієтних зривів", але не є основним паттерном у цій групі.

Гендерний аналіз показує, що чоловіки більш схильні до екстернального типу (87,5% реагують на вигляд їжі проти 63,6% у жінок), тоді як жінки частіше демонструють емоційні та обмежувальні моделі. Такі відмінності можуть бути пов'язані з соціокультурними факторами або різним рівнем усвідомлення впливу харчування на здоров'я.

Детальний аналіз харчової поведінки в когорті 60+ років показав, що 6 жінок (35,3% від загальної кількості жінок у вибірці) та 3 чоловіки (23,1%) часто або завжди вдаються до їжі під час стресу. Ще 5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) роблять це іноді. Разом це становить 64,7% жінок та 53,9% чоловіків, які харчуються емоційно при стресі. Лише 6 жінок (35,3%) та 6 чоловіків (46,1%) повідомили, що рідко або ніколи не їдять через стрес.

5 жінок (29,4%) та 2 чоловіки (15,4%) часто або завжди переїдають через самотність. 4 жінки (23,5%) та 4 чоловіки (30,8%) роблять це іноді. Таким чином, 52,9% жінок та 46,2% чоловіків демонструють таку модель поведінки. 8 жінок (47,1%) та 7 чоловіків (53,8%) рідко або ніколи не пов'язують харчування з цим станом.

4 жінки (23,5%) та 3 чоловіки (23,1%) часто або завжди відчують підвищений апетит у радісні моменти. Ще 5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) відзначають це іноді. Разом 52,9% жінок та 53,9% чоловіків схильні до "радісного" переїдання. 8 жінок (47,1%) та 6 чоловіків (46,1%) рідко або ніколи не мають такої реакції.

5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) часто або завжди хочуть їсти при виді смачної їжі. 6 жінок (35,3%) та 3 чоловіки (23,1%) відзначають таку реакцію іноді. Разом 64,7% жінок та 53,9% чоловіків піддаються впливу візуальних стимулів. 6 жінок (35,3%) та 6 чоловіків (46,1%) рідко або ніколи не реагують на вигляд їжі.

5 жінок (29,4%) та 3 чоловіки (23,1%) часто або завжди відчують бажання їсти при запаху їжі. 6 жінок (35,3%) та 4 чоловіки (30,8%) мають таку реакцію іноді. Разом 64,7% жінок та 53,9% чоловіків чутливі до сенсорних стимулів. 6 жінок (35,3%) та 6 чоловіків (46,1%) рідко або ніколи не реагують на запахи.

7 жінок (41,2%) та 5 чоловіків (38,5%) часто або завжди намагаються зменшувати кількість їжі. 4 жінки (23,5%) та 3 чоловіки (23,1%) роблять це іноді. Таким чином, 64,7% жінок та 61,6% чоловіків обмежують харчування. 6 жінок (35,3%) та 5 чоловіків (38,5%) рідко або ніколи не вдаються до таких обмежень.

6 жінок (35,3%) та 4 чоловіки (30,8%) часто або завжди уникають калорійної їжі. 5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) роблять це іноді. Разом 64,7% жінок та 61,6% чоловіків дотримуються таких обмежень. 6 жінок (35,3%) та 5 чоловіків (38,5%) рідко або ніколи не враховують калорійність.

3 жінки (17,6%) та 1 чоловік (7,7%) часто або завжди не можуть зупинитися їсти, навіть коли ситі. 5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) відзначають це іноді. Разом 47% жінок та 38,5% чоловіків стикаються з проблемою контролю. 9 жінок (52,9%) та 8 чоловіків (61,5%) рідко або ніколи не мають таких труднощів.

2 жінки (11,8%) та 1 чоловік (7,7%) часто або завжди відчують таку потребу. 6 жінок (35,3%) та 4 чоловіки (30,8%) мають це іноді. Разом 47% жінок та 38,5% чоловіків схильні до таких епізодів. 9 жінок (52,9%) та 8 чоловіків (61,5%) рідко або ніколи не відчують подібного бажання.

3 жінки (17,6%) та 1 чоловік (7,7%) часто або завжди мають проблеми з контролем. 6 жінок (35,3%) та 4 чоловіки (30,8%) відзначають це іноді. Разом 52,9% жінок та 38,5% чоловіків стикаються з такими труднощами. 8 жінок (47,1%) та 8 чоловіків (61,5%) рідко або ніколи не мають проблем з контролем.

4 жінки (23,5%) та 2 чоловіки (15,4%) часто або завжди відчують такий голод. 5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) мають це іноді. Разом 52,9% жінок та 46,2% чоловіків стикаються з цим явищем. 8 жінок (47,1%) та 7 чоловіків (53,8%) рідко або ніколи не відчують такого голоду.

3 жінки (17,6%) та 2 чоловіки (15,4%) їдять 1-2 рази на день. 7 жінок (41,2%) та 6 чоловіків (46,1%) харчуються 3 рази на день. 6 жінок (35,3%) та 4 чоловіки (30,8%) їдять 4-5 разів. 1 жінка (5,9%) та 1 чоловік (7,7%) вживають їжу понад 5 разів на день.

4 жінки (23,5%) та 3 чоловіки (23,1%) часто або завжди їдять у таких умовах. 6 жінок (35,3%) та 4 чоловіки (30,8%) роблять це іноді. Разом 58,8% жінок та 53,9% чоловіків мають таку звичку. 7 жінок (41,2%) та 6 чоловіків (46,1%) рідко або ніколи не їдять "на ходу".

4 жінки (23,5%) та 2 чоловіки (15,4%) часто або завжди піддаються впливу. 5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) відзначають це іноді. Разом 52,9% жінок та 46,2% чоловіків зазнають соціального впливу. 8 жінок (47,1%) та 7 чоловіків (53,8%) рідко або ніколи не помічають такого впливу.

3 жінки (17,6%) та 1 чоловік (7,7%) часто або завжди їдять вночі. 5 жінок (29,4%) та 4 чоловіки (30,8%) роблять це іноді. Разом 47% жінок та 38,5% чоловіків мають таку звичку. 9 жінок (52,9%) та 8 чоловіків (61,5%) рідко або ніколи не їдять вночі.

9 жінок (52,9%) та 6 чоловіків (46,1%) намагалися схуднути. 1 жінка (5,9%) та 0 чоловіків (0%) намагалися набрати вагу. 7 жінок (41,2%) та 7 чоловіків (53,8%) не робили спроб змінити вагу.

12 жінок (70,6%) та 8 чоловіків (61,5%) вважають, що їхні звички впливають на вагу. 2 жінки (11,8%) та 2 чоловіки (15,4%) заперечують цей вплив. 3 жінки (17,6%) та 3 чоловіки (23,1%) не впевнені у цьому.

Аналіз даних анкетування (n=30) виявив, що в когорті осіб віком 60+ років переважає **екстернальний** тип харчової поведінки. Це підтверджується високою чутливістю до зовнішніх стимулів — зокрема, 64,7% жінок і 53,9% чоловіків відзначають бажання їсти при вигляді апетитної їжі, а 64,7% жінок і 53,9%

чоловіків демонструють аналогічну реакцію на запах їжі. Крім того, 58,8% жінок і 53,9% чоловіків іноді або часто їдять “на ходу” або перед екранами, що також вказує на екстернальну поведінку. Вплив соціального оточення підтверджує ще один маркер цього типу — 52,9% жінок і 46,2% чоловіків зазнають впливу з боку інших людей під час прийому їжі.

Водночас **емоційний** тип харчування також має суттєве поширення у цій когорті. 64,7% жінок і 53,9% чоловіків вдаються до їжі під час стресу, а 52,9% жінок і 46,2% чоловіків їдять через самотність або пригніченість. Підвищений апетит у моменти радості проявляється у понад половини респондентів обох статей, що свідчить про значну роль емоцій у харчовій поведінці людей старшого віку.

Щодо **обмежувального** типу, більшість респондентів декларують свідоме зменшення кількості їжі (64,7% жінок і 61,6% чоловіків) та уникання калорійних продуктів (64,7% жінок і 61,6% чоловіків). Проте ці зусилля частково нівелюються епізодами втрати контролю: 47% жінок і 38,5% чоловіків хоча б іноді переїдають або не можуть зупинитися, навіть коли ситі. Це може свідчити про циклічність обмеження і зривів, а не про стабільно обмежувальну модель.

Гендерний аналіз показує, що жінки більш схильні до емоційного харчування (наприклад, 35,3% жінок часто їдять через стрес, проти 23,1% чоловіків), а також частіше повідомляють про втрату контролю над їжею. Чоловіки, у свою чергу, виявляють дещо нижчий рівень емоційної реактивності, але все одно залишаються в зоні ризику щодо екстернальних стимулів.

Таким чином, у когорті 60+ років переважає **екстернальний** тип харчової поведінки, з помітними елементами емоційної реакції. Обмежувальні стратегії присутні, але не є домінантними, оскільки супроводжуються ризиком втрати контролю. Це вказує на необхідність розробки програм підтримки для літніх людей, що враховують емоційні та сенсорні тригери, а також необхідність сталих навичок усвідомленого харчування.

3.3. Результати кореляції харчової поведінки з ожирінням у осіб різних соціальних груп

Результати проведеного дослідження демонструють статистично значимі кореляції між специфічними типами харчової поведінки та розвитком ожиріння у молодій когорті 18-25 років. Аналіз виявив чітку патернізацію взаємозв'язків, що потребує поглибленого розгляду з точки зору сучасних нейробіологічних та психосоціальних концепцій.

Емоційний тип харчової поведінки, що характеризується гіперфагічною реакцією на негативні емоційні стани, продемонстрував найвищу предиктивну силу, щодо розвитку ожиріння ($OR = 2.9, p < 0.05$). Ці дані узгоджуються з сучасними уявленнями про роль гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі у формуванні стресиндукованих харчових розладів [60]. Підвищений рівень кортизолу, як відомо, сприяє накопиченню вісцерального жиру та порушенням механізмів ситості [57,58].

Екстернальний тип харчової поведінки, що проявляється гіперчутливістю до зовнішніх харчових стимулів, виявився другим за значимістю фактором ризику ($OR = 1.8, p < 0.05$). Це можна пояснити через призму дисфункції мезолімбічної дофамінової системи, яка регулює механізми заохочення та харчової мотивації [49]. Особливо варто відзначити вплив сучасного харчового середовища з його надлишком висококалорійних, надмірно апетитних продуктів [58].

Парадоксальним результатом виявився зв'язок обмежувальної харчової поведінки з ожирінням. Незважаючи на те, що даний тип формально спрямований на контроль маси тіла, його неефективність може пояснюватися феноменом "метаболічної пам'яті" та компенсаторними механізмами організму у відповідь на енергетичні обмеження. Це підтверджує сучасні уявлення про необхідність індивідуалізованих, а не жорстко рестриктивних підходів до корекції харчової поведінки. Гендерні відмінності у виявлених кореляціях (з переважанням емоційного компонента у жінок) можуть відображати як біологічні особливості нейроендокринної регуляції, так і соціокультурні фактори

формування харчової поведінки. Це підкреслює важливість гендерно-чутливих підходів у профілактичних програмах.

Результати дослідження виявили суттєві кореляції між типами харчової поведінки та розвитком ожиріння у віковій групі 26-44 років. Найбільш вираженою є залежність між емоційним типом харчової поведінки та ожирінням - усі особи з діагностованим ожирінням (100% випадків) демонстрували регулярне харчування під впливом емоційних станів, зокрема стресу та самотності. Це підтверджує дані сучасних досліджень про роль кортизолу у підвищенні апетиту та формуванні абдомінального типу ожиріння [65,66].

Екстернальний тип харчової поведінки, що характеризується реакцією на зовнішні стимули (вигляд, запах їжі), був виявлений у 67% осіб з ожирінням. Цей факт узгоджується з нейробіологічними дослідженнями, які доводять, що підвищена чутливість до харчових стимулів пов'язана з дисфункцією дофамінової системи мозку, що призводить до порушень у механізмах насичення [55]. Цікавим є той факт, що обмежувальний тип харчової поведінки, який теоретично мав би запобігати ожирінню, виявився неефективним у 33% випадків. Це може пояснюватися феноменом "дієтного йо-йо", коли жорсткі обмеження призводять до компенсаторного переїдання. Такі результати підтверджують сучасні уявлення про необхідність комплексного підходу до корекції маси тіла, що враховує не лише кількісні, а й якісні аспекти харчування.

Статистичний аналіз показав, що комбінація емоційного та екстернального типів харчової поведінки створює найбільш сприятливі умови для розвитку ожиріння. Особливо варто відзначити, що у групі з ожирінням частота нічних перекусів була вдвічі вищою, ніж у загальній популяції дослідження, що може свідчити про порушення циркадних ритмів харчування як додатковий фактор ризику.

Результати проведеного дослідження виявляють статистично значимі взаємозв'язки між типами харчової поведінки та розвитком ожиріння у когорті осіб віком 45-60 років. Отримані дані демонструють чітку патернізацію, яка

потребує комплексного розгляду з урахуванням фізіологічних, метаболічних та соціальних чинників, характерних для даної вікової групи.

Екстернальний тип харчової поведінки, що характеризується підвищеною реакцією на зовнішні харчові стимули (візуальні, ароматичні та соціальні), виявився домінуючим предиктором розвитку ожиріння в досліджуваній когорті. У 80% випадків ожиріння (4 з 5) було зафіксовано виражені прояви екстернальної поведінки ($OR = 2.4, p < 0.05$). Особливо варто відзначити роль сучасного харчового середовища з його надлишком високопаліабельних продуктів, що посилює прояви даного типу поведінки.

Емоційний тип харчової поведінки, асоційований із прийомом їжі у відповідь на емоційні стани (стрес, самотність, тривога), продемонстрував значну кореляцію з ожирінням, особливо серед жіночої підгрупи (60% випадків ожиріння).

Обмежувальний тип харчової поведінки, що проявляється у циклічних спробах жорсткого контролю харчування з подальшими епізодами переїдання, виявився супутнім, але не провідним фактором у розвитку ожиріння. У 80% випадків ожиріння були зафіксовані спроби свідомого обмеження харчування, що свідчить про характерну для цієї вікової групи неефективність рестриктивних дієт.

Гендерний аналіз виявив значні відмінності у патернах харчової поведінки: у чоловіків переважає екстернальний тип (87,5% реакцій на зовнішні стимули), тоді як у жінок спостерігалось поєднання емоційного та обмежувального типів. Ці відмінності можуть відображати як біологічні особливості нейроендокринної регуляції, так і соціокультурні фактори формування харчових звичок.

У когорті респондентів віком понад 60 років виявлено ожиріння у 16,7% опитаних (5 осіб), що включає 3 жінок та 2 чоловіків. Незважаючи на відносно невисоку поширеність, результати демонструють статистично релевантні зв'язки між типами харчової поведінки та наявністю надлишкової маси тіла, що має важливе значення в контексті вікових змін метаболізму, зниження толерантності до глюкози.

Екстернальний тип (реакція на зовнішні харчові стимули) є провідним чинником ризику ожиріння у цій віковій групі: 80% респондентів з ожирінням мають чітко виражений екстернальний тип. Переїдання ініціюється виглядом, запахом їжі або наявністю інших людей, які споживають їжу. Це може бути пов'язано з віковим зниженням внутрішніх сигналів ситості та компенсаторним посиленням реакції на зовнішні тригери, а також із зростанням сенсорної залежності в умовах зниження активного соціального життя.

Емоційний тип (харчування в емоційних станах) виявлено у 60% осіб з ожирінням. Основні тригери — відчуття самотності, тривожність, нудьга, що характерні для осіб похилого віку через соціальну ізоляцію або втрату близьких. Механізм, ймовірно, опосередкований змінами у серотонінергічній та дофаміновій системах, які регулюють настрій та імпульсивність харчової поведінки [50]. У жінок емоційне переїдання фіксується частіше, ніж у чоловіків, що відображає гендерну чутливість до афективних коливань.

Обмежувальний тип (контроль харчування) парадоксально, але 66,7% респондентів з ожирінням повідомляють про спроби обмеження кількості їжі або уникання калорійної їжі. Це свідчить про неефективність рестриктивних стратегій у похилому віці, можливо через повільний метаболізм, періодичне переїдання після обмежень або не відповідну оцінку порцій. У частини респондентів простежується цикл "дієтичне стримування — зрив — переїдання", характерний для дисгармонійного харчового патерну.

Чоловіки демонструють вищу чутливість до екстернальних подразників — 87,5% із них реагують на вигляд їжі, навіть без відчуття голоду. Жінки частіше повідомляють про емоційне харчування, зокрема через самотність або тривожність (до 66,7%). Такі відмінності можуть бути зумовлені як біологічними змінами, так і психо соціальними чинниками, включно з різною структурою соціальної підтримки в похилому віці.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Проведене комплексне дослідження харчової поведінки у чотирьох вікових когортах (18-25, 26-44, 45-60 та 60+ років) виявило значну гетерогенність у проявах та впливі різних типів харчової поведінки на розвиток ожиріння. Отримані результати дозволяють простежити чітку еволюцію харчових патернів упродовж життєвого циклу, що має важливе значення для розробки віково-специфічних профілактичних стратегій.

У молодій когорті (18-25 років) найбільш вираженою виявилася кореляція між емоційним типом харчової поведінки та розвитком ожиріння ($OR = 2.9$, $p < 0.05$). Цей феномен може бути пояснений особливостями нейроендокринної регуляції в молодому віці, коли гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь демонструє підвищену реактивність на стресові стимули [46]. Підвищений рівень кортизолу, з одного боку, сприяє накопиченню вісцерального жиру, а з іншого - порушує нормальне функціонування механізмів ситості, створюючи порочне коло емоційного переїдання [44]. Важливо відзначити, що саме в цій віковій групі емоційний тип харчової поведінки проявляється найбільш яскраво, що, ймовірно, пов'язано з процесами нейропластичності та формуванням стійких нейронних зв'язків у системі винагороди.

Екстернальний тип харчової поведінки в молодій групі посідає друге місце за значимістю ($OR = 1.8$, $p < 0.05$), що може свідчити про вплив сучасного харчового середовища з його надлишком високопаліабельних продуктів. Цей ефект опосередковується через дисфункцію мезолімбічної дофамінової системи, яка регулює механізми заохочення та мотивації. Особливу увагу привертає парадоксальний зв'язок обмежувальної харчової поведінки з ожирінням у молодій групі, що може пояснюватися феноменом "метаболічної пам'яті" та компенсаторними механізмами організму у відповідь на енергетичні обмеження.

У віковій групі 26-44 років спостерігається зміна патернів харчової поведінки. Якщо в молодшій групі емоційний тип був абсолютно домінуючим, то в цій когорті вже чітко простежується комбінація емоційного та екстернального типів. Особливо показовим є той факт, що всі особи з

діагностованим ожирінням (100% випадків) демонстрували регулярне харчування під впливом емоційних станів. Це підтверджує гіпотезу про кумулятивний вплив хронічного стресу на розвиток метаболічних порушень. Екстернальний тип харчової поведінки виявляється у 67% осіб з ожирінням, що свідчить про зростання його ролі з віком.

У когорті 45-60 років відбувається принципова зміна в структурі харчової поведінки. Екстернальний тип стає домінуючим фактором ризику ($OR = 2.4$, $p < 0.05$), що може бути пов'язане з віковими змінами у функціонуванні механізмів ситості, зокрема зниженням чутливості до лептину та інсуліну. Ці фізіологічні зміни призводять до посилення впливу зовнішніх стимулів на харчову мотивацію. Емоційний тип харчової поведінки зберігає свою значимість, особливо серед жінок (60% випадків), що може відображати гендерні особливості реагування на стресові фактори в цьому віці.

У літній групі (60+ років) екстернальний тип залишається провідним (80% випадків), що пояснюється посиленням сенсорної залежності в умовах зниження активного соціального життя та вікових змін у системі харчової мотивації. Емоційний тип зберігає свій вплив (60%), причому основним тригером виступає відчуття самотності, що є характерним для цієї вікової групи. Особливістю літнього віку є парадоксальна неефективність обмежувальних стратегій (66.7% випадків), що проявляється циклом "дієтичне стримування - зрив - переїдання".

Гендерні відмінності проявляються на всіх вікових етапах. Чоловіки демонструють більш виражену реакцію на екстернальні подразники, тоді як у жінок переважає емоційний компонент харчової поведінки. Ці відмінності можуть бути зумовлені як біологічними факторами (різниця в нейроендокринній регуляції), так і соціокультурними детермінантами.

З точки зору клінічних імплікацій, отримані результати свідчать про необхідність розробки диференційованих підходів до профілактики та корекції ожиріння для різних вікових груп. Для молоді акцент має бути зроблений на навчанні стратегіям стресового менеджменту, для осіб середнього віку - на

оптимізації харчових патернів із урахуванням змін метаболізму, для літніх - на подоланні сенсорної залежності та соціальної ізоляції.

Важливим напрямком подальших досліджень має стати вивчення молекулярних механізмів вікових змін у харчовій поведінці, зокрема ролі мікробіому кишківника та епігенетичних модифікацій у формуванні різних типів харчової поведінки. Перспективним є розробка інтегрованих програм корекції харчової поведінки, що враховують як біологічні, так і психосоціальні аспекти харчування в різних вікових групах.

Антропометричний аналіз показав закономірне зростання маси тіла та ІМТ зі збільшенням віку. Хоча середні значення ІМТ залишались у межах норми для більшості респондентів.

ВИСНОВКИ

1. Дослідження підтвердило, що розлади харчової поведінки (емоційний, екстернальний, обмежувальний типи) статистично значимо пов'язані з розвитком ожиріння у різних соціальних групах. Найсильніший зв'язок виявлено для емоційного типу, особливо серед жінок молодого віку ($OR = 2.9, p < 0.05$), що підкреслює роль стресу та емоційних станів у формуванні надмірної маси тіла.

2. У групі 18-25 років преважає емоційний тип харчування, що пояснюється високою реактивністю на стрес. Серед осіб 26-44 років комбінація емоційного та екстернального типів, з підвищеним ризиком ожиріння через реакцію на зовнішні стимули (наприклад, рекламу їжі). У когорті 45–60 років домінує екстернальний тип, пов'язаний із віковим зниженням чутливості до гормонів ситості (лептин, інсулін). З-поміж людей 60+ років зберігається вплив екстернальних факторів, але додається емоційне харчування через самотність. Чоловіча стать більш схильна до екстернального типу, жінки — до емоційного, що вимагає гендерно-орієнтованих підходів до профілактики.

3. Ефективність профілактичних заходів: для молоді - навчання управлінню стресом та усвідомленому харчуванню; для осіб середнього віку -

оптимізація режиму харчування з урахуванням метаболічних змін; для літніх - подолання сенсорної залежності та соціальної ізоляції. Усі програми мають включати психологічну підтримку для подолання циклів "обмеження—переїдання".

4. Запропонована анкета дозволяє швидко ідентифікувати тип харчової поведінки, що сприяє ранній діагностиці ризику ожиріння. Результати можуть бути інтегровані в роботу сімейних лікарів, дієтологів, психіатрів та психологів для розробки індивідуальних стратегій корекції маси тіла.

5. Дослідження встановило специфічні вікові патерни харчової поведінки та їх зв'язок із ожирінням, що є основою для подальших досліджень молекулярних механізмів (наприклад, ролі мікробіому) та розробки персоналізованих методів профілактики.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження підтверджують, що ожиріння є складним мультифакторним явищем, зумовленим поєднанням соціальних, психологічних, поведінкових та фізіологічних чинників. Особливої уваги заслуговують особливості харчової поведінки різних соціальних груп, що обумовлює необхідність розробки цілісної стратегії профілактики та інтервенції, яка враховує індивідуальні та групові особливості.

Для своєчасної діагностики ризику розвитку ожиріння доцільно інтегрувати стандартизовані методики оцінки харчової поведінки у клінічну практику. Зокрема, доцільним є використання валідованих опитувальників, зокрема Трифакторного опитувальника харчової поведінки (TFEQ) або Нідерландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ), адаптованих до національного контексту.

Періодичне проведення скринінгу серед населення з акцентом на виявлення емоційного, екстернального та обмежувального типів харчової поведінки дозволить виявити осіб групи ризику на ранніх етапах. Особливої

уваги потребують пацієнти з надмірною масою тіла ($IMT \geq 25$) та супутніми метаболічними порушеннями (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, дисліпідемія).

Зважаючи на вікові особливості та соціальний контекст, рекомендовано впровадження цільових програм корекції харчової поведінки:

⇒ Для молоді (18–25 років): основна увага має приділятися формуванню навичок усвідомленого харчування (mindful eating), а також психологічній підтримці в управлінні стресом, що є провідним тригером емоційного переїдання.

⇒ Для осіб середнього віку (26–44 роки): профілактика метаболічного синдрому через поєднання збалансованої дієти, фізичної активності та роботи з поведінковими стереотипами (нічне харчування, споживання фастфуду).

⇒ Для літніх осіб (60+ років): акцент на підтримці сенсорного та емоційного благополуччя, враховуючи ризики самотності та ізоляції як факторів емоційного переїдання. Рекомендована робота з психологом та участь у соціальних ініціативах.

Для ефективної реалізації міждисциплінарного підходу до лікування та профілактики ожиріння необхідно забезпечити системне навчання медичних кадрів. Тренінги для лікарів загальної практики, дієтологів і психологів мають включати сучасні методики діагностики розладів харчової поведінки, психоедукації та мотиваційного консультування.

Доцільним є впровадження моделей спільного ведення пацієнта, зокрема створення мультидисциплінарних команд (ендокринолог, психолог, дієтолог, сімейний лікар).

У школах і вищих навчальних закладах варто інтегрувати обов'язкові навчальні модулі, присвячені основам раціонального харчування, впливу стресу на харчову поведінку та формуванню здорових харчових звичок. Для студентів-медиків доцільним є розширення програми навчання за рахунок дисциплін з

клінічної нутриціології, психосоматики та психодієтології.

Для зменшення поширеності ожиріння серед різних соціальних груп важливо впроваджувати загальнодержавні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності щодо ризиків ожиріння. Доцільно створити національні онлайн-курси з основ здорового способу життя, доступні широкому загалу, а також використовувати потенціал соціальних мереж для трансляції доказових знань про здорове харчування.

Необхідно активізувати наукові дослідження з вивчення нових механізмів формування порушень харчової поведінки, зокрема:

- ⇒ ролі мікробіому кишківника у розвитку емоційного переїдання та ожиріння;
- ⇒ ефективності цифрових інструментів (мобільних застосунків штучного інтелекту з аналітикою) для моніторингу харчової поведінки;
- ⇒ впливу соціальних медіа на формування харчових звичок серед молоді;
- ⇒ довготривалої ефективності інтервенцій із зміни поведінки серед осіб різного віку та соціального статусу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Würfel M., Biedermann S.V., Biedermann D.G., et al. Interplay between adipose tissue secreted proteins, eating behavior and obesity // *European Journal of Nutrition*. – 2022. – Vol. 61, No. 2. – P. 885–899. – DOI: 10.1007/s00394-021-02687-w.
2. Ernst B., Thurnheer M., Wilms B., Schultes B. Eating behaviour in treatment-seeking obese subjects – Influence of sex and BMI classes // *Appetite*. – 2015. – Vol. 95. – P. 96–100. – DOI: 10.1016/j.appet.2015.06.019.
3. Gonçalves I.S.A., de Oliveira L.C., de Almeida R.N., et al. Interrelation of Stress, Eating Behavior, and Body Adiposity in Women with Obesity: Do Emotions Matter? // *Nutrients*. – 2024. – Vol. 16, No. 23. – Article 4133. – DOI: 10.3390/nu16234133.
4. Barrington W.E., Beresford S.A., McGregor B.A., White E. Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: findings from the vitamins and lifestyle (VITAL) study // *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. – 2014. – Vol. 114, No. 11. – P. 1791–1799. – DOI: 10.1016/j.jand.2014.03.015.
5. Torres S.J., Nowson C.A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity // *Nutrition*. – 2007. – Vol. 23, No. 11–12. – P. 887–894. – DOI: 10.1016/j.nut.2007.08.008.
6. Wallis D.J., Hetherington M.M. Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress // *Appetite*. – 2009. – Vol. 52, No. 2. – P. 355–362. – DOI: 10.1016/j.appet.2008.11.007.
7. Wallis D.J., Hetherington M.M. Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters // *Appetite*. – 2004. – Vol. 43, No. 1. – P. 39–46. – DOI: 10.1016/j.appet.2004.02.001.
8. Bellisle F. Deux questionnaires validés pour mesurer des aspects de la motivation à manger qui peuvent affecter le contrôle pondéral // *L'Encéphale*. – 2009. – Vol. 35, No. 2. – P. 182–185. – DOI: 10.1016/j.encep.2008.03.009.

9. Zare H., Esmailzadeh A., Azadbakht L. Relationship between emotional eating and nutritional intake in adult women with overweight and obesity: a cross-sectional study // *Nutrition Journal*. – 2024. – Vol. 23, No. 1. – Article 129. – DOI: 10.1186/s12937-024-01030-3.
10. van Strien T., Konttinen H., Homberg J.R., Engels R.C.M.E., Winkens L.H.H. Mediation of emotional and external eating between dieting and food intake or BMI gain in women // *Appetite*. – 2020. – Vol. 145. – Article 104493. – DOI: 10.1016/j.appet.2019.104493.
11. Wang Y., Wang Z., Wang J., et al. Emotional Eating as a Mediator in the Relationship between Dietary Restraint and Body Weight // *Nutrients*. – 2023. – Vol. 15, No. 8. – Article 1983. – DOI: 10.3390/nu15081983.
12. Wang Z., Wang H., Zhang Y., et al. Relationships among weight stigma, eating behaviors and stress in adolescents in Wuhan, China // *Global Health Research and Policy*. – 2020. – Vol. 5. – Article 8. – DOI: 10.1186/s41256-020-00138-3.
13. Zerón-Rugério M.F., Izquierdo-Pulido M., Cambras T. Emotional eating and cognitive restraint mediate the association between sleep quality and BMI in young adults // *Appetite*. – 2022. – Vol. 170. – Article 105899. – DOI: 10.1016/j.appet.2021.105899.
14. Yurtdaş Depboylu G., Fındık B.E. Relationships among alexithymia, psychological distress, and disordered eating behaviors in adolescents // *Appetite*. – 2024. – Vol. 200. – Article 107536. – DOI: 10.1016/j.appet.2024.107536.
15. Shank L.M., Tanofsky-Kraff M., Nelson E.E., et al. The association between alexithymia and eating behavior in children and adolescents // *Appetite*. – 2019. – Vol. 142. – Article 104381. – DOI: 10.1016/j.appet.2019.104381.
16. Rubin A.G., Goldschmidt A.B., Swanson S.A., et al. Associations between weight-based teasing and disordered eating behaviors among youth // *Eating Behaviors*. – 2021. – Vol. 41. – Article 101504. – DOI: 10.1016/j.eatbeh.2021.101504.

17. Rice A., Shank L.M., Tanofsky-Kraff M., et al. Associations among alexithymia, disordered eating, and depressive symptoms in treatment-seeking adolescent military dependents at risk for adult binge-eating disorder and obesity // *Eating and Weight Disorders*. – 2022. – Vol. 27, No. 8. – P. 3083–3093. – DOI: 10.1007/s40519-022-01429-z.
18. Westwood H., Kerr-Gaffney J., Stahl D., Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2017. – Vol. 99. – P. 66–81. – DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007.
19. Mayoral L.P.-C., Andrade G.M., Mayoral E.P.-C., et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity // *The Indian Journal of Medical Research*. – 2020. – Vol. 151, No. 1. – P. 11–21. – DOI: 10.4103/ijmr.IJMR_1768_17.
20. De Lorenzo A., Soldati L., Sarlo F., et al. New obesity classification criteria as a tool for bariatric surgery indication // *World Journal of Gastroenterology*. – 2016. – Vol. 22, No. 2. – P. 681–703. – DOI: 10.3748/wjg.v22.i2.681.
21. Antonopoulos A.S., Tousoulis D. The molecular mechanisms of obesity paradox // *Cardiovascular Research*. – 2017. – Vol. 113, No. 9. – P. 1074–1086. – DOI: 10.1093/cvr/cvx106.
22. Elagizi A., Lavie C.J., Carbone S., et al. An Overview and Update on Obesity and the Obesity Paradox in Cardiovascular Diseases // *Progress in Cardiovascular Diseases*. – 2018. – Vol. 61, No. 2. – P. 142–150. – DOI: 10.1016/j.pcad.2018.07.003.
23. Lavie C.J., De Schutter A., Milani R.V. Obesity and Prevalence of Cardiovascular Diseases and Prognosis—The Obesity Paradox Updated // *Progress in Cardiovascular Diseases*. – 2016. – Vol. 58, No. 5. – P. 537–547. – DOI: 10.1016/j.pcad.2016.01.008.
24. Lavie C.J., Arena R., Swift D.L., et al. Obesity and prognosis in chronic diseases—impact of cardiorespiratory fitness in the obesity paradox //

Current Sports Medicine Reports. – 2014. – Vol. 13, No. 4. – P. 240–245. – DOI: 10.1249/JSR.0000000000000067.

25. Caballero B. Humans against obesity: Who will win? // *Advances in Nutrition*. 2019. Vol. 10, suppl. 1. P. S4–S9. DOI: 10.1093/advances/nmy055.

26. Purdy J. C., Shatzel J. J. The hematologic consequences of obesity // *European Journal of Haematology*. 2021. Vol. 106, № 3. P. 306–319. DOI: 10.1111/ejh.13560.

27. Кіро, Л. С., Зак, М. Ю., Чернишов, О. В., Сverdlova, М. В. Харчова поведінка та ожиріння: гендерно-вікові особливості // *Ендокринологія*. – 2021. – Т. 26, № 2. – С. 119–124.

28. Faccioli N., et al. Current treatments for patients with genetic obesity // *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. 2023. Vol. 15, № 2. P. 108–119. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2023.2023-3-2.

29. Mainieri F., et al. Rare genetic forms of obesity in childhood and adolescence: A narrative review of the main treatment options with a focus on innovative pharmacological therapies // *European Journal of Pediatrics*. 2024. Vol. 183, № 4. P. 1499–1508. DOI: 10.1007/s00431-024-05427-4.

30. Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія : навч.-метод. посіб. / [О. Є. Абатуров, Л. М. Юр'єва, В. І. Величко та ін.] ; за ред. О. Є. Абагурова, Л. М. Юр'євої. – Львів: Видавець Марченко Т. В., 2023. – 268 с. – ISBN 978-617-7937-10-3.

31. Hinney A., et al. The promise of new anti-obesity therapies arising from knowledge of genetic obesity traits // *Nature Reviews. Endocrinology*. 2022. Vol. 18, № 10. P. 623–637. DOI: 10.1038/s41574-022-00716-0.

32. Харчові втручання при надмірній масі тіла та ожирінні // Український медичний часопис [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-236646-harchovi-vtruchannya-pri-nadmirnij-masi-tila-ta-ozhirinni?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 04.06.2025).

33. Šket R., et al. Heterozygous genetic variants in autosomal recessive genes of the leptin-melanocortin signalling pathway are associated with the

development of childhood obesity // *Frontiers in Endocrinology*. 2022. Vol. 13. Article 832911. DOI: 10.3389/fendo.2022.832911.

34. Шеремета С. Проблема порушень харчової поведінки в дослідженнях українських психологів / С. Шеремета // *Габітус*. – 2023. – Вип. 47. – С. 214–219.

35. Courbage S., Implication of heterozygous variants in genes of the leptin-melanocortin pathway in severe obesity // *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2021. Vol. 106, № 10. P. 2991–3006. DOI: 10.1210/clinem/dgab404.

36. Nordang G. B. N., Next-generation sequencing of the monogenic obesity genes LEP, LEPR, MC4R, PCSK1 and POMC in a Norwegian cohort of patients with morbid obesity and normal weight controls // *Molecular Genetics and Metabolism*. 2017. Vol. 121, № 1. P. 51–56. DOI: 10.1016/j.ymgme.2017.03.007.

37. Nalbantoğlu Ö., Screening of non-syndromic early-onset child and adolescent obese patients in terms of LEP, LEPR, MC4R and POMC gene variants by next-generation sequencing // *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*. 2022. Vol. 35, № 8. P. 1041–1050. DOI: 10.1515/jpem-2022-0027

38. Mazen I. H., Congenital leptin and leptin receptor deficiencies in nine new families: Identification of six novel variants and review of literature // *Molecular Genetics and Genomics*. 2023. Vol. 298, № 4. P. 919–929. DOI: 10.1007/s00438-023-02025-1.

39. Wasim M., et al. Role of leptin deficiency, inefficiency, and leptin receptors in obesity // *Biochemical Genetics*. 2016. Vol. 54, № 5. P. 565–572. DOI: 10.1007/s10528-016-9751-z.

40. Fairbrother U., et al. Genetics of severe obesity // *Current Diabetes Reports*. 2018. Vol. 18, № 10. Article 85. DOI: 10.1007/s11892-018-1053-x.

41. Clément K., et al. Rare genetic forms of obesity: From gene to therapy // *Physiology & Behavior*. 2020. Vol. 227. Article 113134. DOI: 10.1016/j.physbeh.2020.113134.

42. Arnouk L., et al. Hyperphagia and impulsivity: Use of self-administered Dykens' and in-house impulsivity questionnaires to characterize eating behaviors in children with severe and early-onset obesity//*Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2024. Vol.19, № 1. Article 84. DOI: 10.1186/s13023-024-030851.
43. House E. T., et al. Identifying eating disorders in adolescents and adults with overweight or obesity: A systematic review of screening questionnaires // *The International Journal of Eating Disorders*. 2022. Vol. 55, № 9. P. 1171–1193. DOI: 10.1002/eat.23769.
44. Сімпсон, С., Сміт, Е. *Схема-терапія у лікуванні розладів харчової поведінки: теорія та практика в індивідуальному та груповому форматі*. – Київ: Балка, 2023. – 264 с.
45. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity // *Current Diabetes Reports*. 2018. Vol. 18, № 6. Article 35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.
46. Абсаямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. – Харків: Стильна типографія, 2019. – 393 с.
47. Barnhart W. R., The relation between questionnaire-measured self-reported emotional eating and disordered eating behaviors: A meta-analysis of nearly three decades of research // *Appetite*. 2024. Vol. 198. Article 107343. DOI: 10.1016/j.appet.2024.107343.
48. Arhire L.I., Niță O., Popa A.D. та ін. Validation of the Dutch eating behavior questionnaire in a Romanian adult population // *Nutrients*. – 2021. – Vol. 13, No. 11. – P. 3890. – DOI: 10.3390/nu13113890.
49. Kim N.Y., Suh S., Kim J. та ін. Validating the Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-C) among Korean children and adolescents with high weight // *Journal of Eating Disorders*. – 2023. – Vol. 11, No. 1. – P. 177. – DOI: 10.1186/s40337-023-00842-z.
50. Malesza M., Kaczmarek M.C. One year reliability of the Dutch eating behavior questionnaire: an extension into clinical population // *Journal of*

Public Health. – 2021. – Vol. 29. – P. 463–469. – DOI: 10.1007/s10389-020-01283-8.

51. de Carvalho M.V., Cardoso A.G.D.A., Feuerstein S.C. та ін. Reliability and validity of the Dutch eating behavior questionnaire in an online format for university students from low-income regions in a pandemic context: A 24 hour MESYN study // *Frontiers in Epidemiology*. – 2023. – Vol. 2. – Article 1036631. – DOI: 10.3389/fepid.2022.1036631.

52. Okabe S., Ito S., Goto A., Konno N. Comparative study of eating behavior between patients with mental illness and healthy controls using the Japanese version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire // *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. – 2024. – Vol. 33, No. 2. – P. 228. – DOI: 10.6133/apjcn.202403_33(2).0009.

53. Molitor S.J., Fox C.K., Bensignor M.O., Gross A.C. Validity of the Adult Eating Behavior Questionnaire for adolescents treated in a weight control clinic // *International Journal of Obesity*. – 2021. – Vol. 45, No. 5. – P. 1086–1094. – DOI: 10.1038/s41366-021-00791-3.

54. Тимошина Т.О., Базилюк І.М., Кульчицький В.Й., Даньчак С.В. Оцінка ризику розвитку розладів харчової поведінки серед здобувачів медичної освіти // *Академічні візії*. – 2025. – Вип. 40.

55. Braden A., eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? // *Appetite*. 2018. Vol. 125. P. 410–417. DOI: 10.1016/j.appet.2018.02.022.

56. Bryant E. J., Obesity and eating disturbance: The role of TFEQ restraint and disinhibition // *Current Obesity Reports*. 2019. Vol. 8, № 4. P. 363–372. DOI: 10.1007/s13679-019-00365-x.

57. Rossi A. A., Cognitive restraint, uncontrolled eating, and emotional eating. The Italian version of the Three Factor Eating Questionnaire-Revised 18 (TFEQ-R-18): A three-step validation study // *Eating and Weight Disorders: EWD*. 2024. Vol. 29, № 1. Article 16. DOI: 10.1007/s40519-024-01642-y.

58. Bryant E. J., Interaction between disinhibition and restraint: Implications for body weight and eating disturbance // *Eating and Weight Disorders: EWD*. 2010. Vol. 15, № 1–2. P. e43–e51. DOI: 10.1007/BF03325279.
59. Boschi V., The Three-Factor Eating Questionnaire in the evaluation of eating behaviour in subjects seeking participation in a dietotherapy programme // *Annals of Nutrition & Metabolism*. 2001. Vol. 45, № 2. P. 72–77. DOI: 10.1159/000046709.
60. Розлади харчової поведінки та ожиріння у підлітків / Я. І. Корнєва. – Київ : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2023. – 18 с.
61. Sutton K., L'Insalata A.M., Fazzino T.L. Reward sensitivity, eating behavior, and obesity-related consequences: a systematic review // *Physiology and Behavior*. – 2022. – Vol. 252. – P. 113843. – DOI: 10.1016/j.physbeh.2022.113843.
62. Esher Durmaz S., Keser A., Tuncer E. The impact of emotional eating and social media on eating behavior and obesity in university students who studied remotely due to the COVID-19 pandemic // *Journal of Public Health*. – 2023. – Vol. 31, No. 10. – P. 1645–1654. – DOI: 10.1007/s10389-023-01894-6.
63. Stover P.J. Neurobiology of eating behavior, nutrition and health // *Journal of Internal Medicine*. – 2023. – Vol. 294, No. 5. – P. 582–604. – DOI: 10.1111/joim.13677
64. Агустіна Р. та ін. Психосоціальні, харчові та поведінкові фактори, що впливають на надмірну вагу та ожиріння у підлітків // *Бюлетень з харчування*. – 2021. – Т. 42, додаток 1. – С. S72–S91. – DOI: 10.1177/0379572121991087.
65. Roy S.K. Stress perception, eating behavior, overweight and obesity among urban adolescents // *Journal of Health, Population and Nutrition*. – 2021. – Vol. 40, No. 1. – P. 54. – DOI: 10.1186/s41043-021-00249-3.
66. Wang J. Global trends in research on eating behavior among overweight/obese children and adolescents: a bibliometric study from 2003 to 2023 // *Frontiers in Nutrition*. – 2025. – Vol. 12. – P. 1494920. – DOI: 10.3389/fnut.2025.1494920.

67. Wang Z. Dietary intake, eating behavior, physical activity, and quality of life in infertile women with PCOS and obesity compared with obese controls without PCOS // *Nutrients*. – 2021. – Vol. 13, No. 10. – P. 3526. – DOI: 10.3390/nu13103526.

68. Lin Y.W. Psychological correlates of eating behavior in overweight/obese adolescents in Taiwan: a psychometric analysis of the TFEQ-R21 // *Pediatrics & Neonatology*. – 2021. – Vol. 62, No. 1. – P. 41–48. – DOI: 10.1016/j.pedneo.2020.08.005.

69. Güllü M. Study of obesity, eating behavior and physical activity levels among rural and urban populations during the COVID-19 pandemic: a study of Turkish adolescents // *BMC Pediatrics*. – 2022. – Vol. 22, No. 1. – P. 405. – DOI: 10.1186/s12887-022-03461-9.

Ваш вік:

- ☐ 18-25
- ☐ 26-44
- ☐ 45-60
- ☐ 60+

Стать:

- ☐ Чоловіча
- ☐ Жіноча
- ☐ Інше

Рівень освіти:

- ☐ Середня
- ☐ Неповна вища
- ☐ Вища
- ☐ Науковий ступінь

Рід занять:

- ☐ Студент
- ☐ Працівник офісу
- ☐ Фізична праця
- ☐ Не працюю

Ваш зріст (см):_____

Ваша вага (кг):_____

Чи був у вас діагностований хоча б один із наступних станів? (можна обрати декілька варіантів)

- ☐ Ожиріння
- ☐ Цукровий діабет 2 типу
- ☐ Метаболічний синдром
- ☐ Артеріальна гіпертензія
- ☐ Ні

Інше: _____

	Завжди	Часто	Інколи	Рідко	Ніколи
Чи відчуваєте ви підвищене бажання їсти, коли засмучені, розчаровані або відчуваєте стрес?					
Чи переїдаєте ви, коли відчуваєте себе самотнім/ою або пригніченим/ою?					
Чи відчуваєте ви підвищений апетит у моменти радості чи ейфорії?					
Чи хочеться вам їсти, коли ви бачите апетитні страви, навіть якщо не відчуваєте голоду?					
Чи відчуваєте ви підвищене бажання з'їсти щось смачне, коли відчуваєте запах їжі (на вулиці, в ресторані тощо)?					
Чи намагаєтесь ви зменшувати кількість спожитої їжі, щоб контролювати вагу?					

Чи часто ви уникаєте певних продуктів через їхню калорійність (навіть якщо вам хочеться їх з'їсти)?					
Чи буває у вас так, що ви не можете зупинитися їсти, навіть якщо відчуваєте ситість?					
Чи буває у вас неконтрольоване бажання швидко з'їсти велику кількість їжі?					
Чи часто вам важко контролювати, скільки саме ви з'їдаєте?					
Чи відчуваєте ви сильний голод після тривалих періодів утримання від їжі?					
Як часто ви їсте "на ходу" або за переглядом екрану (телевізор, телефон, комп'ютер)?					
Чи впливає оточення (колеги, друзі, родина) на ваші харчові звички?					
Як часто ви їсте вночі після 22:00?					

Скільки разів на день ви зазвичай їсте?

- ☐ 1-2 рази
- ☐ 3 рази
- ☐ 4-5 разів
- ☐ більше 5-ти разів

Чи намагалися ви змінити свою вагу протягом останніх 6 місяців?

- ☐ Так, я намагався(-лася) схуднути
- ☐ Так, я намагався(-лася) набрати вагу
- ☐ Ні, не намагався(-лася) змінювати вагу

Чи вважаєте ви, що ваші харчові звички впливають на вашу вагу?

- ☐ Так
- ☐ Ні
- ☐ Не знаю