

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА



Талипова Нозима Шоолимовна, Магзумова Шахноза Шахзадэевна

Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

### ТАНА ВАЗНИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА АЁЛЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИ, ЎЗ САЛОМАТЛИГИНИ БАҲОЛАШ ВА КАСАЛЛИККА МУНОСАБАТ ТИПЛАРИ

Талипова Нозима Шоолимовна, Магзумова Шахноза Шахзадэевна

Тошкент Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

### QUALITY OF LIFE, SELF-RATED HEALTH AND TYPES OF ATTITUDES TOWARD DISEASE IN WOMEN DEPENDING ON BODY WEIGHT

Talipova Nozima Shoolimovna, Magzumova Shakhnoza Shakhzadayevna

Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [tolipovanozima742@gmail.com](mailto:tolipovanozima742@gmail.com)

**Резюме.** Долзарблиги. Ортиқча тана вазни ва семизлик аёлларда ҳаёт сифати, ўз саломатлигини баҳолаш ва ижтимоий мослашувга салбий таъсир кўрсатади. Мақсад. Репродуктив ёшидаги аёлларда тана вазнига боғлиқ ҳолда ҳаёт сифати, ўз саломатлигини баҳолаш ва касалликка муносабат типларини ўрганиш. Материал ва усуллар. Тадқиқотга 208 нафар аёл киритилиб, улар ТМИга кўра нормал вазн ( $n=100$ ), ортиқча вазн ( $n=36$ ) ва семизлик ( $n=72$ ) гуруҳларига ажратилди. WHQ ва ТОБОЛ методикалари қўлланилди. Натижалар. Тана вазни ортиши билан ўз саломатлигини яхши баҳолаш 31,0% дан 13,9% гача камайди, қониқарсиз баҳолаш эса 9,0% дан 18,1% гача ошди. Ортиқча вазн ва семизликда WHQ бўйича ноқулай кўрсаткичлар ва дезадаптив муносабат типлари кўпроқ учради. Хулоса. Тана вазнининг ортиши ўз саломатлигини баҳолашнинг ёмонлашиши, ҳаёт сифати пасайиши ва касалликка дезадаптив муносабат билан боғлиқ.

**Калит сўзлар:** семизлик, ортиқча вазн, ҳаёт сифати, ўз саломатлигини баҳолаш, ТОБОЛ, WHQ.

**Abstract.** Background. Overweight and obesity negatively affect women's quality of life, self-rated health, and social adaptation. Objective. To assess quality of life, self-rated health, and attitudes toward disease in women of reproductive age depending on body weight. Materials and methods. A cross-sectional study included 208 women divided by BMI into normal weight ( $n=100$ ), overweight ( $n=36$ ), and obesity ( $n=72$ ) groups. WHQ and TOBOL methods were used. Results. With increasing body weight, good self-rated health decreased from 31.0% to 13.9%, while unsatisfactory self-assessment increased from 9.0% to 18.1%. Overweight and obese women more often showed unfavorable WHQ indicators and maladaptive disease attitudes. Conclusion. Increased body weight is associated with poorer self-rated health, reduced quality of life, and maladaptive attitudes toward disease.

**Keywords:** obesity, overweight, quality of life, self-rated health, TOBOL, WHQ.

**Актуальность.** По данным современных исследований, избыточная масса тела и ожирение сохраняют высокую распространённость среди женского населения. ВОЗ указывает, что в 2022 г. 2,5 млрд взрослых имели избыточную массу тела, из них более 890 млн жили с ожирением [15]; по данным В.А. Дадаевой и соавт., избыточная масса тела или ожирение выявлялись у 67,6% обследованных женщин, при этом ожирение диагностировалось у 34,7% респонденток [3]. Медико-социальная значимость данной проблемы определяется не только её высокой частотой, но и широ-

ким спектром соматических осложнений. Показано, что при ожирении риск развития метаболического синдрома возрастает с 1,6 до 20,9 [9]. Кроме того, ожирение ассоциировано с мультисистемным поражением организма, включая сердечно-сосудистую, дыхательную, желудочно-кишечную и другие системы [1,3].

В последние годы всё больше внимания уделяется не только соматическим, но и психологическим и социальным последствиям ожирения. Исследования показывают, что социальная стигматизация лиц с избыточной массой тела оказыва-

ет неблагоприятное влияние на психическое и физическое здоровье, усиливает эмоциональное напряжение и может снижать обращаемость за медицинской помощью [7]. В работах Н.В. Мазуриной и соавт. отмечается, что хронический стресс, особенности образа жизни и социальные факторы могут способствовать ухудшению качества жизни у пациентов с ожирением [8].

Психологические проявления ожирения включают тревожно-депрессивные симптомы, нарушения пищевого поведения, неудовлетворённость образом тела и снижение самооценки. Н.Г. Ермакова и соавт. описывают психологические предпосылки нарушений пищевого поведения у женщин с избыточной массой тела [5], а А.В. Сидоров подчёркивает роль поведенческих и личностных факторов в поддержании алиментарного ожирения [11].

Особое место в формировании адаптации пациента занимает внутренняя картина болезни, то есть субъективное восприятие заболевания, его причин, последствий, тяжести и перспектив лечения. Ряд исследований показывает, что отношение к болезни влияет на приверженность лечению, выбор копинг-стратегий, качество жизни и клинический прогноз [13,14]. В.И. Долгова и соавт. отмечают, что личностные реакции и внутреннее восприятие болезни играют существенную роль в поведении пациентов и могут влиять на течение заболевания [4]. Ю.В. Богушевская и Ю.А. Бакина указывают, что негармоничные типы отношения к болезни, особенно сенситивный вариант, связаны с нарушением социальной адаптации и повышенной тревожностью [2]. В ряде исследований подчёркивается, что приверженность лечению и соблюдение медицинских рекомендаций во многом зависят от отношения пациента к своему заболеванию. При неадекватном восприятии болезни возможно формирование патологических форм реагирования и дезадаптивного поведения [6,10]. А.А. Алёхин и соавт. также выявили взаимосвязь между восприятием заболевания, уровнем тревожности и приверженностью лечению у пациентов с сердечно-сосудистой патологией [1].

В связи с этим комплексное изучение качества жизни, самооценки здоровья и типов отношения к болезни у женщин с различной массой тела представляет значительный научный и практический интерес. Такой подход позволяет рассматривать ожирение не только как соматическое заболевание, но и как состояние, тесно связанное с психологическим благополучием, социальным функционированием и адаптационными возможностями пациенток.

Поэтому целью исследования явилось изучение качества жизни, самооценку собственного здоровья и типы отношения к болезни у женщин

репродуктивного возраста в зависимости от массы тела.

**Материалы и метод.** Проведено одномоментное сравнительное исследование, включившее 208 женщин репродуктивного возраста. Индекс массы тела рассчитывали по формуле: масса тела, кг / рост, м<sup>2</sup>. По показателю ИМТ обследованные были распределены на три группы: женщины с нормальной массой тела (n=100), женщины с избыточной массой тела (n=36) и женщины с ожирением (n=72).

Для оценки качества жизни и самооценки собственного здоровья использовался стандартизованный вопросник Women's Health Questionnaire (WHQ, M. Hunter), предназначенный для оценки субъективного восприятия женщинами физического и эмоционального состояния [12]. В рамках настоящей статьи анализировались частотные показатели неблагоприятных субъективных проявлений по доменам WHQ: соматические жалобы, тревожно-депрессивные проявления, нарушения сна, общее самочувствие, эмоциональное состояние, самооценка здоровья и сниженное качество жизни.

Для изучения отношения к болезни применялась методика ТОБОЛ, направленная на оценку системы отношений личности к заболеванию, лечению, медицинскому персоналу, родным и близким, окружающим, работе или учёбе, одиночеству и будущему, а также самооценки самочувствия, настроения, сна и аппетита [2].

Для анализа типов отношения к болезни участницы были дополнительно объединены в две группы: основная группа – женщины с избыточной массой тела и ожирением (n=108), группа сравнения – женщины с нормальной массой тела (n=100). Такая схема позволила сопоставить особенности отношения к болезни и состоянию здоровья у женщин с наличием и отсутствием избыточной массы тела.

Статистическая обработка включала расчёт абсолютных и относительных показателей. Для сравнения частот использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. Для оценки силы связи при сравнении укрупнённых групп рассчитывали отношение шансов (OR). Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Учитывая поперечный характер исследования, выявленные различия интерпретировались как ассоциации, а не как доказательство причинно-следственных связей.

**Результаты исследования.** Распределение обследованных женщин по категориям массы тела представлено в таблице 1. Нормальная масса тела была выявлена у 100 (48,1%) женщин, избыточная масса тела – у 36 (17,3%), ожирение – у 72 (34,6%). Таким образом, избыточная масса тела и ожирение в совокупности были установлены у 108 (51,9%) обследованных.

**Таблица 1.** Распределение обследованных женщин по категориям массы тела

| Категория массы тела  | n   | %     |
|-----------------------|-----|-------|
| Нормальная масса тела | 100 | 48,1  |
| Избыточная масса тела | 36  | 17,3  |
| Ожирение              | 72  | 34,6  |
| Всего                 | 208 | 100,0 |

**Таблица 2.** Показатели WHQ у женщин в зависимости от массы тела

| Показатель WHQ                          | Нормальная масса тела (n=100) | Избыточная масса тела (n=36) | Ожирение (n=72) | $\chi^2$ | p      |
|-----------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------|----------|--------|
| Выраженные соматические жалобы          | 22 (22,0%)                    | 13 (36,1%)                   | 36 (50,0%)      | 14,67    | <0,001 |
| Тревожно–депрессивные проявления        | 18 (18,0%)                    | 12 (33,3%)                   | 33 (45,8%)      | 15,55    | <0,001 |
| Нарушения сна                           | 16 (16,0%)                    | 10 (27,8%)                   | 30 (41,7%)      | 14,03    | <0,001 |
| Снижение общего самочувствия            | 20 (20,0%)                    | 14 (38,9%)                   | 35 (48,6%)      | 16,10    | <0,001 |
| Неблагоприятное эмоциональное состояние | 17 (17,0%)                    | 11 (30,6%)                   | 32 (44,4%)      | 15,42    | <0,001 |
| Низкая самооценка собственного здоровья | 23 (23,0%)                    | 13 (36,1%)                   | 30 (41,7%)      | 7,12     | 0,028  |
| Сниженное качество жизни                | 19 (19,0%)                    | 12 (33,3%)                   | 34 (47,2%)      | 15,61    | <0,001 |

**Таблица 3.** Сопряжённость неблагоприятных показателей WHQ с избыточной массой тела и ожирением

| Показатель WHQ                          | Избыточная масса тела и ожирение (n=108) | Нормальная масса тела (n=100) | $\chi^2$ | p      | OR   |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------|--------|------|
| Выраженные соматические жалобы          | 49 (45,4%)                               | 22 (22,0%)                    | 12,61    | <0,001 | 2,94 |
| Тревожно–депрессивные проявления        | 45 (41,7%)                               | 18 (18,0%)                    | 13,77    | <0,001 | 3,25 |
| Нарушения сна                           | 40 (37,0%)                               | 16 (16,0%)                    | 11,68    | <0,001 | 3,09 |
| Снижение общего самочувствия            | 49 (45,4%)                               | 20 (20,0%)                    | 15,08    | <0,001 | 3,32 |
| Неблагоприятное эмоциональное состояние | 43 (39,8%)                               | 17 (17,0%)                    | 13,17    | <0,001 | 3,23 |
| Низкая самооценка собственного здоровья | 43 (39,8%)                               | 23 (23,0%)                    | 6,78     | 0,009  | 2,21 |
| Сниженное качество жизни                | 46 (42,6%)                               | 19 (19,0%)                    | 13,45    | <0,001 | 3,16 |

*Примечание: OR показывает, во сколько раз чаще неблагоприятный показатель встречался у женщин с избыточной массой тела и ожирением по сравнению с женщинами с нормальной массой тела.*

Анализ показателей WHQ показал нарастание частоты неблагоприятных субъективных проявлений по мере увеличения массы тела. У женщин с ожирением чаще отмечались выраженные соматические жалобы, тревожно–депрессивные проявления, нарушения сна, снижение общего самочувствия, неблагоприятное эмоциональное состояние и сниженное качество жизни. Доля женщин с низкой самооценкой собственного здоровья возрастала с 23,0% при нормальной массе тела до 41,7% при ожирении.

При укрупнении групп установлено, что у женщин с избыточной массой тела и ожирением неблагоприятные показатели WHQ встречались в

2,21–3,32 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела (табл. 3). Наиболее высокие значения OR были получены для снижения общего самочувствия, тревожно–депрессивных проявлений, неблагоприятного эмоционального состояния и сниженного качества жизни.

При изучении отношения к болезни у женщин с избыточной массой тела и ожирением преобладали дезадаптивные варианты реагирования. Наиболее часто выявлялись сенситивный тип – у 29 (26,9%) пациенток, тревожный – у 24 (22,2%), неврастенический – у 18 (16,7%) и ипохондрический – у 13 (12,0%).

**Таблица 4.** Типы отношения к болезни у женщин в зависимости от массы тела

| Тип отношения к болезни | Избыточная масса тела и ожирение (n=108) | Нормальная масса тела (n=100) | $\chi^2$ | p      |
|-------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------|--------|
| Гармоничный             | 7 (6,5%)                                 | 38 (38,0%)                    | 30,42    | <0,001 |
| Эргопатический          | 11 (10,2%)                               | 17 (17,0%)                    | 2,07     | 0,150  |
| Анозогнозический        | 0 (0,0%)                                 | 29 (29,0%)                    | 36,39    | <0,001 |
| Тревожный               | 24 (22,2%)                               | 0 (0%)                        | 25,12    | <0,001 |
| Ипохондрический         | 13 (12,0%)                               | 0 (0%)                        | 12,84    | <0,001 |
| Неврастенический        | 18 (16,7%)                               | 0 (0%)                        | 18,25    | <0,001 |
| Сенситивный             | 29 (26,9%)                               | 0 (0%)                        | 31,20    | <0,001 |
| Эгоцентрический         | 6 (5,6%)                                 | 0 (0%)                        | 5,72     | 0,017  |
| Апатический             | 0 (0%)                                   | 16 (16,0%)                    | 18,72    | <0,001 |
| Всего                   | 108 (100%)                               | 100 (100%)                    |          |        |

**Таблица 5.** Распределение типов отношения к болезни по адаптационным блокам

| Блок отношения к болезни      | Избыточная масса тела и ожирение (n=108) | Нормальная масса тела (n=100) | $\chi^2$ | p      |
|-------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------|--------|
| Условно-адаптивный            | 18 (16,7%)                               | 84 (84,0%)                    | 94,20    | <0,001 |
| Интрапсихически-дезадаптивный | 55 (50,9%)                               | 16 (16,0%)                    | 28,17    | <0,001 |
| Интерпсихически-дезадаптивный | 35 (32,4%)                               | 0 (0,0%)                      | 38,96    | <0,001 |
| Всего                         | 108 (100,0%)                             | 100 (100,0%)                  |          |        |

В группе женщин с нормальной массой тела чаще регистрировались условно-адаптивные варианты: гармоничный – у 38 (38,0%), анозогнозический – у 29 (29,0%) и эргопатический – у 17 (17,0%).

При сравнении общей структуры типов отношения к болезни различия между группами были статистически значимыми:  $\chi^2=157,57$ ;  $df=8$ ;  $p<0,001$ .

Для обобщённой интерпретации типы отношения к болезни были объединены в три адаптационных блока: условно – адаптивный, интрапсихически – дезадаптивный и интерпсихически – дезадаптивный. Условно – адаптивный блок включал гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы; интрапсихически – дезадаптивный: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы; интерпсихически – дезадаптивный: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы.

При сравнении общей структуры адаптационных блоков различия между группами были статистически значимыми:  $\chi^2=98,97$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ . При объединении интрапсихически – и интерпсихически – дезадаптивных блоков дезадаптивное отношение к болезни выявлялось у 90 (83,3%) женщин с избыточной массой тела и ожирением и у 16 (16,0%) женщин с нормальной массой тела ( $\chi^2=94,20$ ;  $p<0,001$ ;  $OR=26,25$ ).

Сопоставление данных WHQ и результатов методики ТОБОЛ показало, что у женщин с избыточной массой тела и ожирением неблагоприят-

ные показатели качества жизни и самооценки здоровья сочетались с преобладанием дезадаптивных типов отношения к болезни. В этой группе достоверно чаще отмечались соматические жалобы, тревожно – депрессивные проявления, нарушения сна, снижение общего самочувствия, неблагоприятное эмоциональное состояние и сниженное качество жизни. Одновременно у них значительно чаще выявлялись интрапсихически – и интерпсихически – дезадаптивные типы реагирования на болезнь. Следовательно, ухудшение субъективного состояния и дезадаптивное отношение к болезни можно рассматривать как взаимосвязанные компоненты психосоциальной дезадаптации у женщин с избыточной массой тела и ожирением.

**Обсуждение.** Полученные результаты показывают, что увеличение массы тела сопровождается неблагоприятной динамикой субъективной оценки здоровья и качества жизни. По данным WHQ у женщин с ожирением чаще регистрировались соматические жалобы, тревожно – депрессивные проявления, нарушения сна, снижение общего самочувствия и неблагоприятное эмоциональное состояние. Это согласуется с представлениями о том, что ожирение является не только соматическим, но и психосоциальным состоянием, влияющим на эмоциональное благополучие и повседневное функционирование женщин [14].

Более выраженные различия были установлены при анализе отношения к болезни. У женщин с избыточной массой тела и ожирением чаще встречались сенситивный, тревожный, неврастенический и ипохондрический типы реагирования.



Эти варианты отражают повышенную эмоциональную напряжённость, тревогу за состояние здоровья, фиксацию на телесных ощущениях, чувствительность к мнению окружающих и снижение адаптационных возможностей. Данные результаты согласуются с работами, указывающими на связь негармоничных типов отношения к болезни с нарушением адаптации и тревожностью [1,2,10].

В группе женщин с нормальной массой тела чаще выявлялись гармоничный, анозогнозический и эргопатический типы отношения к болезни и состоянию здоровья. Гармоничный тип характеризуется более реалистичным восприятием состояния и большей готовностью к выполнению рекомендаций. Эргопатический тип отражает сохранение трудовой и социальной активности. Анозогнозический тип может указывать на недооценку значимости состояния, однако в данной группе он не сопровождался выраженной дезадаптивной направленностью.

Содержательная связь между показателями WHQ и ТОБОЛ заключается в том, что WHQ отражает субъективное ухудшение физического и эмоционального состояния, тогда как методика ТОБОЛ показывает способ психологического реагирования пациентки на это состояние. У женщин с избыточной массой тела и ожирением более частые соматические жалобы, тревожно – депрессивные проявления, нарушения сна и снижение качества жизни сопровождалось преобладанием тревожного, сенситивного, неврастенического и ипохондрического типов отношения к болезни. Это позволяет предполагать, что ухудшение качества жизни связано не только с увеличением массы тела, но и с особенностями психологического реагирования на заболевание.

Следует отметить ограничение исследования: представленные данные имеют поперечный характер, поэтому позволяют говорить об ассоциациях, но не доказывают причинно – следственные связи между увеличением массы тела, самооценкой здоровья и типом отношения к болезни.

**Заключение.** У женщин репродуктивного возраста увеличение массы тела ассоциируется с ухудшением самооценки здоровья, снижением показателей качества жизни и изменением отношения к болезни. У женщин с избыточной массой тела и ожирением достоверно чаще выявляются соматические жалобы, тревожно – депрессивные проявления, нарушения сна, снижение общего самочувствия и неблагоприятное эмоциональное состояние.

Наиболее выраженные различия выявлены по типам отношения к заболеванию: у женщин с избыточной массой тела и ожирением преобладают дезадаптивные варианты реагирования, прежде всего сенситивный, тревожный, неврастенический

и ипохондрический типы. У женщин с нормальной массой тела чаще отмечаются условно – адаптивные типы отношения к болезни.

Оценка качества жизни, самооценки здоровья и отношения к болезни должна рассматриваться как важная часть комплексного обследования женщин с избыточной массой тела и ожирением. Это позволяет своевременно выявлять риск психосоциальной дезадаптации и разрабатывать индивидуальные профилактические и психокоррекционные мероприятия.

### Литература:

1. Алёхин А. Н., Трифонова Е. А., Чернорай А. В. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния // Артериальная гипертензия. 2012. Т. 18, № 4. С. 317–324.
2. Богушевская Ю. В., Бакина Ю. А. Особенности типов отношения к болезни у женщин с разной продолжительностью течения соматизированных расстройств // Российский психологический журнал. 2019. Т. 16, № 4. С. 22–33. DOI: 10.21702/rpj.2019.4.2.
3. Дадаева В. А., Еганян Р. А., Розанов В. Б. и др. Особенности компонентного состава тела, физического и психического здоровья женщин с избыточным весом // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 9. С. 60–69. DOI: 10.17116/profmed2022509160.
4. Долгова В. И., Бельтюкова О. В., Новгородцева И. В. Психологические факторы реализации биологической программы восстановления здоровья человека // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2024. № 3 (181). С. 282–308. DOI: 10.25588/CSPU.2024.181.3.013.
5. Ермакова Н. Г., Кораблина Е. П., Туктарова А. А. Психологические предпосылки формирования нарушений пищевого поведения у женщин с избыточной массой тела // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2024. № 211. С. 190–202.
6. Захарьян Е. А., Черный Е. В. Отношение пациента к болезни как предиктор ее течения и исхода // Клиническая медицина. 2023. Т. 101, № 11. С. 538–548. DOI: 10.30629/0023-2149-2023-101-11-538-548.
7. Ким О. Т., Дадаева В. А. и др. Социальная стигматизация ожирения // Профилактическая медицина. 2022. № 7.
8. Мазурина Н. В., Лескова И. В. и др. Ожирение и стресс: эндокринные и социальные аспекты проблемы в современном российском обществе // Ожирение и метаболизм. 2019.
9. Панова Е. И., Мартышина О. В., Данилов В. А. Ассоциированная с ожирением патология: частота, характер и некоторые механизмы формирова-

ния // Современные технологии в медицине. 2013. Т. 5, № 2. С. 108.

10.Разживина М. И., Уланова Н. Н. Особенности приверженности лечению и типа отношения к болезни пациентов терапевтического и хирургического профиля // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. Т. 9, № 1 (32). С. 76–82. DOI: 10.23888/humJ2021176-82.

11.Сидоров А. В. Стили пищевого поведения и психологические характеристики клиентов программ снижения веса с алиментарным ожирением: дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2011. 190 с.

12.Hunter M. S. The Women's Health Questionnaire: A measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health // Psychology & Health. 1992. Vol. 7. P. 45–54.

13.Puhl R. M. Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care // Gastroenterology Clinics of North America. 2023. Vol. 52. P. 417–428.

14.Segal Y. et al. Psychological Issues Associated With Obesity // StatPearls / NCBI Bookshelf. 2024.

15.World Health Organization. Obesity and overweight: Fact sheet. Updated 8 December 2025.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА**

Талипова Н.Ш., Магзумова Ш.Ш.

**Резюме.** Актуальность. Избыточная масса тела и ожирение отрицательно влияют на качество жизни женщин, самооценку здоровья и социальную адаптацию. Цель. Изучить качество жизни, самооценку здоровья и типы отношения к болезни у женщин репродуктивного возраста в зависимости от массы тела. Материалы и методы. В исследование включены 208 женщин, распределённых по ИМТ на группы с нормальной массой тела ( $n=100$ ), избыточной массой тела ( $n=36$ ) и ожирением ( $n=72$ ). Использованы методики WHQ и ТОБОЛ. Результаты. По мере увеличения массы тела доля женщин с хорошей самооценкой здоровья снизилась с 31,0% до 13,9%, тогда как неудовлетворительная самооценка увеличилась с 9,0% до 18,1%. У женщин с избыточной массой тела и ожирением чаще отмечались неблагоприятные показатели WHQ и дезадаптивные типы отношения к болезни. Заключение. Увеличение массы тела ассоциировано с ухудшением самооценки здоровья, снижением качества жизни и формированием дезадаптивного отношения к болезни.

**Ключевые слова:** ожирение, избыточная масса тела, качество жизни, самооценка здоровья, ТОБОЛ, WHQ.