

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Кобернюк Вікторії Вікторівни

УДК 159.019.4-057.87

Кваліфікаційна робота

Соціально-психологічні чинники порушення харчової поведінки серед
студентської молоді

053 «Психологія»

«Організаційна психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____ В. В. Кобернюк

Науковий керівник (консультант) Никиненко Олена Вікторівна
кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології

Київ –2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	8
1.1.Поняття харчової поведінки та основні види порушень харчової поведінки	8
1.2.Дослідження причин та проявів порушень харчової поведінки..	16
1.3.Характеристика психологічних особливостей осіб з порушеннями харчової поведінки	26
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	33
2.1.Методологічне обґрунтування та вибірка дослідження	33
2.2.Аналіз та інтерпретація результатів соціально-психологічних чинників порушення харчової поведінки студентської молоді.....	42
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ПОДОЛАННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	55
3.1.Проблеми регуляції харчової поведінки у студентської молоді	55
3.2.Рекомендації щодо організації психологічної допомоги при проблемах харчової поведінки у студентської молоді	63
Висновки до розділу 3	74
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	78
ДОДАТКИ	87

ВСТУП

Актуальність дослідження «Соціально-психологічні чинники порушення харчової поведінки серед студентської молоді» можна розглядати з декількох позицій:

1. Зростання поширеності порушень харчової поведінки (РХП) серед студентів. За даними досліджень, РХП, такі як анорексія, булімія та компульсивне переїдання, стають все більш поширеними серед молоді. Ці розлади можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я студентів, а також негативно впливати на їхню академічну успішність та соціальне життя.

2. Вплив соціально-психологічних факторів на РХП. Дослідження показують, що на розвиток РХП впливають різні соціально-психологічні фактори, такі як тиск однолітків, стрес, тривога, низька самооцінка та нереалістичні стандарти краси. Розуміння цих факторів може допомогти у розробці ефективних методів профілактики та лікування РХП.

3. Необхідність у вдосконаленні методів профілактики та лікування РХП. Існуючі методи профілактики та лікування РХП не завжди ефективні. Дослідження соціально-психологічних факторів РХП може допомогти у розробці нових та більш ефективних методів допомоги студентам, які борються з цими розладами.

Крім того, зростаюча кількість студентів, які дотримуються неправильного харчування, викликає серйозні суспільні та економічні проблеми. Наприклад, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ожиріння стало однією з найбільш поширених проблем у світі, а його наслідки, такі як серцево-судинні захворювання та діабет, негативно впливають на якість життя та призводять до зростання витрат на охорону здоров'я.

Також важливо враховувати, що студентство є ключовим періодом у формуванні звичок щодо харчування, які можуть вплинути на майбутнє

здоров'я. Підтримка здорового способу життя у цьому віці може мати довгострокові позитивні наслідки для здоров'я та благополуччя особистості.

Розуміння соціально-психологічних чинників порушень харчової поведінки серед студентської молоді може сприяти розробці більш ефективних програм та стратегій для попередження та корекції цих порушень. Це може включати в себе впровадження психологічних інтервенцій, спрямованих на зменшення стресу та підвищення самооцінки, а також створення сприятливого середовища для здорового харчування в університетських гуртожитках та столових.

Багато науковців присвятили свої роботи вивченню психологічних аспектів харчової поведінки, її розладів та порушень, а саме: О. М. Григоренко, Б. А. Девіс, Х. Е. Долл, В. Н. Корзун, М. Ф. Кравченко, П. Норман, К. М. Пайк, М. І. Пересічний, Дж. Терренс Уілсон, С. Дж. Фрайберн та інші.

Враховуючи сказане вище, дослідження цієї проблеми має велике значення для забезпечення здоров'я, навчального процесу та загального благополуччя студентської молоді.

Мета дослідження полягає у глибокому теоретичному та практичному аналізі соціально-психологічних чинників порушення харчової поведінки серед студентської молоді.

Мета дослідження потребує розв'язання таких **завдань**:

1. Здійснити аналіз поняття харчової поведінки та основні види порушень харчової поведінки.
2. Систематизувати причини та прояви порушень харчової поведінки, їх особливості.
3. Провести емпіричне дослідження чинників порушення харчової поведінки серед студентської молоді та висвітлити його результати.
4. Розкрити проблеми регуляції харчової поведінки у студентської молоді.
5. Розробити рекомендації щодо організації психологічної допомоги при проблемах харчової поведінки у студентської молоді.

Об'єктом дослідження є процес порушення харчової поведінки серед молоді.

Предметом дослідження є соціально-психологічні чинники порушення харчової поведінки серед студентської молоді.

Методи дослідження:

1. Теоретичні:

— Аналіз наукових джерел: Вивчення наукової літератури, що стосується соціально-психологічних чинників РХП серед студентської молоді. Виокремлення ключових концепцій, моделей та теорій, що пояснюють РХП у студентів.

— Систематизація та узагальнення: Вивчення та аналіз методів діагностики, профілактики та корекції РХП, які використовуються в практиці психологічної допомоги. Виділення ефективних методів та підходів до роботи з студентами, які мають РХП.

2. Емпіричні:

— Спостереження: Проведення спостереження з метою визначення соціально-психологічних чинників порушення харчової поведінки серед студентської молоді.

— Опитування: Проведення опитування студентів для збору даних про їхні харчові звички, вподобання, ставлення до їжі та сприйняття власного тіла. Використання валідованих та надійних методів опитування (Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ).

— Тестування: Застосування психологічних тестів для дослідження особистісних рис, рівня тривожності, самооцінки та інших психологічних характеристик студентів з РХП. Використання стандартизованих та надійних тестів (Тест вподобань харчової поведінки (EAT-26), тест «Шкала самоповаги» (М. Розенберг).

3. Математичні:

— Статистичний аналіз даних: Обробка та аналіз отриманих даних про харчову поведінку студентів за допомогою статистичних методів. Вибір

відповідних статистичних методів для аналізу даних. Інтерпретація статистичних результатів та формулювання висновків про зв'язки між соціально-психологічними факторами та РХП.

Наукова новизна

Уточнено:

Теоретичні уявлення про чинники порушення харчової поведінки студентської молоді

Удосконалено:

Рекомендації для покращення харчової поведінки студентів та тренінг щодо психологічної допомоги при проблемах харчової поведінки у студентської молоді.

Теоретичне значення одержаних результатів. Отримані результати дослідження відкривають нові можливості для розуміння соціально-психологічних чинників, які впливають на харчову поведінку студентської молоді. Аналіз причин та проявів порушень харчової поведінки сприятиме поглибленню знань про цей явища та розробці ефективних стратегій його попередження та корекції. Результати дослідження можуть бути використані для подальших наукових досліджень у галузі психології харчування та соціальної психології.

Практичне значення одержаних результатів дослідження. Отримані результати можуть бути корисні для практичної діяльності у галузі освіти, охорони здоров'я та соціального захисту. Наприклад, розробка програм психологічної підтримки студентів у випадках порушень харчової поведінки, а також вдосконалення освітніх програм для формування здорових харчових звичок серед студентів. Результати також можуть бути використані для розробки соціальних кампаній та заходів, спрямованих на підвищення свідомості про важливість здорового харчування.

Експериментальна база дослідження. Дослідження було проведено на базі студентів вищого навчального закладу у м. Київ. Участь у дослідженні взяли 50 студентів, що дозволило отримати репрезентативні дані про

соціально-психологічні чинники порушень харчової поведінки серед студентської молоді.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (81 найменування) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 101 сторінка, основний обсяг – 76 сторінок. Робота містить 3 таблиці, 10 рисунків, 5 додатків (на 14 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Поняття харчової поведінки та основні види порушень харчової поведінки

Харчова поведінка є важливою складовою нашого життя, оскільки вона визначає, що, коли і як ми їмо. Це комплексний процес, що включає в себе багато факторів, таких як соціальні, психологічні та біологічні. Порушення харчової поведінки можуть призвести до серйозних наслідків для здоров'я та благополуччя людини. Вони можуть включати в себе переїдання, анорексію, булімію та інші розлади [63].

У даному підрозділі буде розглянуто поняття харчової поведінки та основні види порушень харчової поведінки серед студентської молоді. Розуміння цих понять є важливим для розробки ефективних стратегій попередження та корекції порушень харчової поведінки серед студентів.

Харчова поведінка є об'єктом обговорення у різних наукових галузях, таких як психологія, медицина, валеологія, психогігієна, філософія, культурологія та інші. Основні підходи до оцінки харчової поведінки визначаються поняттями «норма» і «патологія», «здоров'я» і «хвороба». Оцінка харчової поведінки як нормативної (соціально прийнятної) або порушеної (дезадаптивної, дисгармонійної, хворобливої) пов'язана з концептуальними та методологічними підходами кожної з цих галузей наукового знання. Кожна з них має свій власний підхід до визначення критеріїв нормальності або відхилення в харчовій поведінці [24, с. 133].

Використання вказаних термінів у різних галузях наукового знання для розрізнення між станами здоров'я та хвороби або виявами поведінки між «нормою та патологією» щодо психічного та соматичного рівнів тілесності є відображенням загальної семантичної спрямованості зазначених дефініцій щодо одного предмета дослідження – психіки та станів, що визначають

особливості поведінки особистості. Відмінність у рівні професійної компетенції у вивченні явищ психічного (зрозуміло, що завдання, методи та формалізована мова щодо опису предмета дослідження фахівцями різних галузей є відмінними) [23; 57]

Згідно зі Статутом Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювання [40].

Відповідно визначається кілька критеріїв здоров'я:

1. Збереженість оптимального функціонування організму;
2. Здатність змінювати поведінку (адаптуватися) відповідно до змін природного та соціального середовища;
3. Емоційне та соціальне благополуччя [40].

Водночас психічне здоров'я людини визначається як стан благополуччя, за якого людина здатна реалізовувати власний потенціал, долати звичайні життєві стреси, продуктивно та плідно працювати [81].

Відповідно критеріями психічного здоров'я є:

1. Почуття ідентичності, усвідомлення єдності свого фізичного та психічного «Я»;
2. Почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
3. Критичність до себе та результатів власної психічної діяльності, поведінки;
4. Адекватність психічного реагування на різноманітні впливи середовища, соціального оточення, життєвих подій;
5. Здатність планувати власну діяльність, реалізовувати ці плани відповідно до індивідуальних потреб, здатність змінювати поведінку на основі усвідомлення свого попереднього життєвого досвіду та вимог оточення [12].

У цьому контексті психічне здоров'я є основою благополуччя та ефективного функціонування людини як для себе самої, так і для суспільства [5; 12].

Отже, здоров'я загалом та психічне здоров'я зокрема є динамічним утворенням різних показників. Натомість хвороба, навпаки, є звуженням ресурсного потенціалу та навіть зникненням певних характеристик здоров'я.

Категорія «норма» визначається як базовий критерій для порівняння актуального та звичайного стану і використовується фахівцями різних галузей, таких як Ю. А. Александровський, В. А. Ананьєв, О. І. Богучарова, Б. В. Зейгарнік, Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитрієва та інші. Визначення понять «норма» та «патологія» зазвичай залежить від контексту, в якому вони використовуються.

Існують два основних підходи до розуміння цих понять. З позиції нозоцентричного підходу, «норма» розуміється як відсутність будь-яких патологічних симптомів. З позиції нормоцентричного підходу, який є поширеним серед психологів, оцінювання психічної діяльності здійснюється відносно її відповідності нормі. Такі відхилення від середньостатистичної норми можуть розглядатися як варіант норми або як вияви індивідуальних особливостей особистості [23; 57].

Стан хвороби в цьому контексті можна розглядати як особливий випадок здоров'я, як вказують Ф. Кернберг, Н. Маквільямс, В. Д. Менделевич, І. Ф. Д'яконов, Л. В. Богданова та інші автори. Зазвичай стан здоров'я пов'язують із поняттям «норма», а хворобу – із поняттям «патологія».

Варто відзначити, що В. Д. Менделевич вказує на важливість розрізнення спектру «норма-патологія» та спектру «здоров'я-хвороба», які відображають різні за сутністю процеси. Відхід від норми може відбуватися поступово чи стрибкоподібно, що робить перехід від одного стану до іншого складним [64].

Наприклад, перехід від непсихотичного до психотичного етапу розвитку хвороби може бути майже непомітним. Стан здоров'я базується на суб'єктивних відчуттях, тому діапазон його визначення може бути ширшим, ніж об'єктивні показники норми, що ґрунтуються на середньостатистичних значеннях для певної популяції [24, с. 134].

Крім того, Н.Ф. Шевченко розглядає феноменологію здоров'я та хвороби як полюси континууму людського буття [1].

Обговорюючи поняття «нормальної» (нормалізованої) харчової поведінки, дослідники звертають увагу на відсутність аномальних стереотипно-ритуалізованих патернів, нав'язливих думок про їжу та нав'язливих дій, пов'язаних з харчуванням. Прийом їжі в нормі супроводжується відчуттям комфорту й задоволення, що вказує на врівноважене ціннісне ставлення до споживання їжі, регулярність та повноцінність харчування для забезпечення здоров'я та оптимального функціонування [24, с. 134].

Визначення поняття «анормальна (ненормальна) харчова поведінка» є складним завданням, оскільки воно залежить від концептуально-методологічних підходів та критеріїв визначення «норма-патологія». Більшість авторів відзначають, що це ускладнюється через наступні фактори:

1. Нечіткість та розмитість понять «норма» і «патологія», а також їх відсутність цілісного розуміння.

2. Різноманітність критеріїв і підходів до визначення «норма» і «патологія».

3. Міждисциплінарний характер об'єкта дослідження. Згідно з сучасною девіантологією, будь-яка поведінка, яка відхиляється від норми, вважається девіантною.

Таке розуміння призводить до поняття «девіантна харчова поведінка», яка вважається «проблемною» через своє відхилення від норми [23; 57].

З позицій нозоцентричного підходу, зміст поняття «норма» визначається статистичним критерієм. За цим підходом, норма визначається як типовий рівень або діапазон рівнів функціонування, що характерний для більшості людей і має найвищу частотність.

У повсякденному житті поняття «норма» та «нормальна поведінка» є синонімами для «звичайного», «усередненого», «представника загальної тенденції». Таке розуміння норми регулює поведінку та соціальну взаємодію.

З іншого боку, існують критерії, що визначають поняття «норма» як ідеальний взірць поведінки людини, який встановлює, яким має бути людина, орієнтуючи на узагальнені позитивні якості, оптимальні параметри тіла та поведінки. Однак, надмірна увага до «ідеальної норми» може призвести до спрощення та уніфікації форм життєдіяльності та проявів особистості, звуження кола інтересів та втрати радості [23].

Деякі автори вважають, що дані критерії, обмежують нозоцентричний підхід. Головним недоліком цього підходу є те, що він спрощує та уніфікує нормальні прояви, які відхиляються від середнього статистичного, оскільки будь-які відхилення розглядаються як патологія і хвороба. Таким чином, деякі вияви різноманітності вважаються прийнятними, тоді як інші вважаються неприйнятними, оскільки вони виходять за межі прийнятного рівня функціонування і розглядаються як аномальні чи «ненормальні».

Згідно з соціально-нормативним критерієм, будь-які відхилення в поведінці від соціальної норми вважаються проблемними, дезадаптованими або аномальними. Такі відхилені поведінкові синдроми, як анорексія та переїдання, які призводять до деформації ваги (дефіцит або надлишок маси тіла) і надмірної зосередженості на харчуванні, розглядаються як проміжні форми девіантної поведінки, зокрема адикції (або форми адиктивної поведінки).

За вищевказаними теоретичними положеннями, анорексія та переїдання, які є формами розладів харчування, можуть бути описані як непереборне бажання переживати інтенсивні емоції та штучно змінювати свій психічний стан за допомогою харчування або надмірною фіксацією уваги на певних стереотипах щодо контролю харчування та ваги. Деякі автори вважають, що кожна з клінічних форм розладів харчування може бути охарактеризована як поведінка, яка є одним з типів девіантної поведінки або поєднує кілька типів девіантної поведінки: адиктивну, патохарактерологічну та психопатологічну [24, с. 135].

В рамках патохарактерологічної мотивації порушення харчової поведінки виникають через особливості характеру людини та її реакції на ставлення оточуючих. Вчені пов'язують ці відхилення у поведінці з формуванням нових особистісних властивостей, таких як протистояння реальності, хворобливе сприйняття реальності, відмова від реальності та ігнорування реальності. Ці нові «функціональні органи» виникають на основі неусвідомлених установок і можуть призводити до дезадаптації та дезінтеграції, заважаючи нормальному функціонуванню особистості.

З психіатричної точки зору порушення харчової поведінки розглядаються як психічні розлади, що відповідають загальноприйнятим критеріям діагностики відповідних клінічних синдромів. Такий підхід розглядає патологію як хворобливий стан психіки, що суттєво відхиляється від норми та перешкоджає адаптації до навколишнього середовища. Психопатологічна мотивація порушень харчової поведінки формується на основі інших психопатологічних розладів, таких як дисморфоманічний чи гіпохондричний синдроми [23; 57].

Культурні дослідження виявили відмінності у структурі анорексії у західних та східних культурах. У східній культурі, де відсутній тиск зовнішніх стандартів, відмова від споживання їжі може пояснюватися дискомфорними відчуттями в шлунку, відчуттям голоду або іншими факторами, не пов'язаними зі страхом ожиріння. Таким чином, культурні цінності впливають на феноменологію та перебіг порушень харчової поведінки.

Проте, крім виявлення наявності страхів, не було роз'яснень щодо їх походження. Тому важливо дослідити вплив страху на формування порушень харчової поведінки та розуміння його місця в загальній системі існування індивіда [24, с. 136].

У медичному контексті порушення харчової поведінки розглядаються як психогенно зумовлені поведінкові синдроми, що виникають внаслідок порушень режиму харчування. Лікування спрямоване на відновлення нормального харчування за допомогою фармакологічних препаратів.

Паралельно, визнається важливість застосування дієтотерапії, психокорекції/психотерапії (індивідуальної, групової, сімейної) і фізичної активності.

Важливо зазначити, що в повсякденному житті першими, хто помічають зміни в харчовому патерні дитини, є її близькі та педагоги, зокрема у шкільній їдальні. Батьки, якщо вони шукають допомогу, часто звертаються до психологів-практиків або лікарів (педіатрів, терапевтів, гастроентерологів). У психіатрів, як показує практика, особа з проблемною харчовою поведінкою зазвичай потрапляє на етапах хвороби, коли психопатологічний синдром вже розвинувся.

Основна увага психологічного підходу до цього питання зосереджена на вивченні зв'язків між індивідуальними психологічними особливостями процесів сприйняття, емоціями, стереотипами, цінностями і харчовою поведінкою. З іншого боку, патопсихологія розглядає порушення поведінки в контексті внутрішньоособистісних конфліктів, патопсихологічного розвитку, формування патологічно зміненої потреби, порушень ієрархії мотивів, деструктивних та саморуйнівних потягів особистості [23; 57].

Питання визначення психічної норми та її відмінності від патологічних змін психіки вивчалися вченими як в Україні, так і за кордоном. Завдяки накопиченому досвіду були виділені «межові» психічні стани, які є перехідною формою між нормою і патологією. До таких порушень відносять аномалії розвитку, які ускладнюють пристосування до умов життя, але зберігають критичність до власної поведінки. У цих випадках підвищується ризик розвитку хвороби.

Отже, з позицій психологічного підходу порушення харчової поведінки вважаються викривленою формою реагування, яка зумовлена акцентуаціями та аномаліями характеру, формуванням патологічно зміненої потреби, порушеннями ієрархії мотивів. Адекватна психокорекція може значно зменшити ризик розвитку патології, в той час як у разі розвитку патології

вияви харчової поведінки можуть викликати серйозні проблеми у всіх сферах психіки та вести до саморуйнування [24, с. 136].

Це різноманіття термінів виникає тому, що концепція, яку дослідники вивчають, є перетином різних наукових галузей, таких як психологія, психіатрія, соціологія, акмеологія, педагогіка, філософія, психогігієна і т.д. Ці терміни мають високий ступінь синонімічності, але, безумовно, більшість з них має певні семантичні відтінки.

Важливо відзначити, що вони всі підкреслюють наявність відхилення від норми, змінений або аномальний характер проблеми. Тому варто віддати перевагу терміну «проблемна харчова поведінка». Проте не варто стверджувати, що потрібно виключати з наукового обігу терміни, які були згадані раніше, оскільки вони є частиною терміносистеми і відображають розвиток цієї системи, мають свою історію та ідею, яка підкреслює їхній сенс.

Терміносистема подібна до складеного з окремих квітів букета, цілісного мозаїчного полотна або барвистого звучання акордів симфонії. Виключення хоча б одного терміну може спричинити розпад цілісного образу.

Таким чином, термін «проблемна харчова поведінка» вважається найбільш вдалим, оскільки підкреслює дезадаптивність, ригідність та непродуктивність цієї форми поведінки, дозволяє розглядати розвиток цього явища від поганих звичок до клінічних варіантів розладу (хвороби) і охоплює всі можливі форми між цими полюсами без намагання класифікувати їх за клінічними діагнозами [24, с. 137].

Варто звернути увагу на те, що фахівці виокремлюють кілька основних видів розладів харчової поведінки:

1. Нервова анорексія (очисного та обмежувального типу): включає жорстке обмеження калорійності та обсягів їжі, виснаження, домінування ідеї схуднення та відсутність критичності до свого стану. Може призвести до смерті.

2. Нервова булімія (очисного та неочисного типу): проявляється нападами сильного переїдання, що викликають відчуття провини та агресії

стосовно себе. Люди намагаються позбутися від з'їденого шляхом блювання, вживання проносних засобів, періодів голоду або активних тренувань. Вага залишається нормальною або злегка підвищеною. Критичність до свого стану зберігається [5].

3. Компульсивне (або психогенне) переїдання: характеризується нападами обжерливості, які виникають у відповідь на стресові ситуації та допомагають позбутися психоемоційного напруження. Це призводить до підвищення ваги.

4. Орторексія: це патологічне прагнення до правильного харчування, яке супроводжується суворим дотриманням раціону. Людина обмежує себе в їжі, відчуваючи невільність від нав'язливих думок та поведінки.

5. Бебірексія: характеризується нав'язуванням дитині батьківських уподобань у харчуванні. Це може призводити до проблем із харчуванням, які можуть бути виправлені лише тоді, коли дорослий змінить своє ставлення до харчування дитини.

До рідкісних типів порушень харчової поведінки належать:

1. Різні збачення апетиту;
2. Прегорексія (переважання однієї страви);
3. Дранкорексія (надмірне споживання алкоголю);
4. Пікацизм (споживання неїстівних речовин) [45].

Отже, харчова поведінка – це комплексна система звичок, уподобань, вірувань та емоцій, пов'язаних із їжею. Основні види порушень харчової поведінки включають нервову анорексію та булімію, компульсивне переїдання, орторексію та бебірексію. Ці порушення можуть призвести до серйозних наслідків для здоров'я та потребують відповідного уваги та підтримки для корекції.

1.2. Дослідження причин та проявів порушень харчової поведінки

Сучасна тенденція до зростання кількості студентів, які мають різні форми порушень харчової поведінки, піднімає актуальність даної проблеми.

Причини таких порушень можна умовно поділити на дві великі групи: внутрішні та зовнішні.

Взаємини в сім'ї є одними з найбільш важливих, оскільки сімейний контекст впливає на формування основних потреб, цінностей, встановлює емоційно-психологічний тон, що подальше впливає на поведінку та розвиток студентів та формує загальний психологічний стан особистості. Загалом, взаємини в сім'ї можуть спричиняти різні психологічні проблеми, які можуть викликати порушення харчової поведінки [27, с. 55].

Відомо, що в період студентства людина найактивніше виявляє зацікавленість у любові, пошуку роботи та формуванні світогляду порівняно з іншими віковими періодами. Ідентичність починає формуватися в підлітковому віці, але в основному встановлюється вже на студентському етапі. Це період, коли життя стає менш стандартним і заповнене постійними змінами, що охоплюють багато сфер: дім, сім'ю, роботу, навчання, соціальну роль. Процес формування особистості на сьогоднішній день є більш різноманітним і тривалішим, ніж раніше. Молоді люди потребують більше часу для досягнення економічної та психологічної самостійності, а досвід раннього дорослого життя значно відрізняється залежно від статі, раси, етнічної приналежності і соціального статусу [71].

У період студентського віку молодь адаптується та формує відчуття своєї статевої ідентичності. Це охоплює стійке усвідомлення себе як чоловіка або жінки, встановлення цінностей у сфері сексуальної поведінки та розвиток навичок у встановленні й підтримці романтичних зв'язків.

Молодь, яка цікавиться серйозними відносинами та можливою емоційною та фізичною близькістю, переживає значні зміни у своїй здатності до абстрактного мислення. Переходячи від конкретних думок до абстракцій, вони стають здатнішими розуміти та аналізувати майбутнє, розвивати стратегії планування, співпереживати та враховувати погляди інших. У них розвивається складніше розуміння моральної поведінки та основних принципів справедливості. Вони ставлять під сумнів і переосмислюють свої

дитячі переконання, перетворюючи їх на особисту ідеологію, таку як особистісно важливі цінності, релігійні погляди та системи переконань для керування рішеннями і поведінкою. Поступово вони беруть на себе очікувані від них ролі, вчаться навичкам, необхідним для цих ролей, та враховують різноманітні потреби ринку праці, а також намагаються відповідати очікуванням своєї сім'ї, близького оточення та суспільства [44].

У період студентства, дівчатам дуже важливо бути привабливими для соціального успіху, особливо це стає актуальним в університетському середовищі, де досить поширена оцінка за зовнішнім виглядом. Хоча ідеалізований стандарт краси для жінок передбачає стрункість, чоловіки також відчують тиск у відповідності до маскулінного ідеалу стрункості та м'язового тону, який почав посилюватися з 1970-х років, що призводить до незадоволення власним тілом та бажання схуднути або набрати м'язової маси [71].

Поняття «образ тіла» використовується для пояснення того, як людина сприймає і визначає межі свого тіла. Цей образ формується за допомогою спостережень за собою, реакцій оточуючих та взаємодії із власними почуттями, емоціями та досвідом. Л. С. Виготський вважав, що тіло людини є частиною культурно-детермінованої перспективи, і порушення тілесності можуть призвести до психосоматичних розладів [71].

Р. Бернс також зазначав, що юнаки особливо чутливі до оцінки свого тіла однолітками та порівнюють себе з іншими, що впливає на їхнє розуміння краси, часто завищене та нереалістичне.

Дослідження, проведене університетом Гопкінса, вивчало зв'язок між самооцінкою, уявленням про власне тіло та поведінкою студентів першого курсу. У дівчат виявлено вищий рівень негативного уявлення про власне тіло порівняно з хлопцями. Навіть у випадку, коли як хлопці, так і дівчата регулярно займалися фізичними вправами, у дівчат спостерігалася низька самооцінка власного тіла.

Було виявлено, що заняття спортом та правильне харчування значно підвищували позитивне сприйняття власного образу тіла та відчуття власної важливості. Ці результати підтверджують, що фізична самооцінка пов'язана із загальною самооцінкою. Контроль над тілом допомагав молодим жінкам справлятися з негативними думками про себе та відчуттям невідповідності ідеалу, ставлячи їх вище за інших.

На відміну від цього, самооцінка хлопців була суттєво пов'язана лише з аспектом маскулінності, зокрема з відчуттям сорому за тіло в контексті відповідності маскулінному ідеалу. Порівнюючи студентів, які займалися фізичними вправами, дівчата мали більш негативне уявлення про власне тіло та відчували невідповідність ідеалу, ніж ті, хто цього не робив. Це може пояснюватися тим, що жінки, які регулярно займаються спортом, можуть робити це, щоб почуватися фізично привабливішими та підвищувати свою значущість у групі. У той час, як для хлопців тренування спрямоване на бажання бути фізично привабливими, вони не стикаються з ідеалами стрункості, що часто покладаються на дівчат. Для жінок «спортивні тренування» можуть стати частиною списку обмежень, який може включати дієти та уникнення певних продуктів, що часто сприймається як покарання та призводить до нерівноважної психологічної поведінки [51].

Незадоволення власним тілом у сучасному світі стало нормою і часто пов'язане з бажанням схуднути. Неможливість скинути зайві кілограми може серйозно вплинути на загальний настрій і самоповагу.

Американські дослідники також досліджували стратегії саморегуляції та суб'єктивне самопочуття студентів, у яких недавно були виявлені порушення харчової поведінки, або які мали ризик їх розвитку. Студенти з розладами харчування та ті, хто був на межі між нормальною і патологічною харчовою поведінкою, повідомляли про велику кількість стратегій для контролю за вагою, при цьому вони відчували низький рівень задоволення життям. Опитані з розладами харчування також показали значну кількість стратегій

саморегуляції, таких як постійний пошук в Інтернеті інформації про схуднення, самоконтроль та ведення щоденників харчування [69].

Це можна пов'язати зі збільшеною потребою у власному контролі та прагненням до перфекціонізму, що часто призводить до розвитку анорексії та булімії. Вважається, що перфекціонізм і харчова поведінка часто взаємозв'язані. У одному з досліджень були розглянуті типи перфекціонізму та їх зв'язок з неадекватним сприйняттям власного тіла, і визначено, чому ця комбінація може бути смертельною [34].

У сучасній психології виділяють два типи перфекціонізму:

1. Адаптивний;
2. Деадаптивний.

Адаптивний перфекціонізм мотивує людей до досягнення цілей і формує прагнення до вдосконалення. Цей тип перфекціонізму може бути стимулюючим, якщо люди не перевантажують себе і відчують задоволення від своїх зусиль, знаючи, що вони зробили все можливе.

Деадаптивний перфекціонізм характеризується жорсткою, непохитною потребою досягати цілей, навіть якщо вони нереалістичні. Недосягнення бажаного результату вважається неприпустимим. Особи з деадаптивним перфекціонізмом схильні до тривалих депресій та інших психічних розладів.

Дослідники виявили, що серед майже 2000 учасників, які мали найвищий ризик розвитку харчових розладів, були показники як адаптивного, так і деадаптивного перфекціонізму. Адаптивний перфекціонізм характеризується високими стандартами досягнення ідеального образу тіла. Деадаптивний перфекціонізм проявляється як тривога перед критикою від оточуючих та страх зробити помилку [34].

Залежно від того, наскільки від учасників знаходилися від індексу здорової маси тіла, розрив між їх поточною вагою та вагою, яку вони вважали ідеальною, був більшим. Учасники з недостатньою або зайвою масою тіла мали нереалістичні уявлення про ідеальне тіло та високі вимоги до себе. Крім того, учасники, які хотіли зменшити вагу, мали великий страх помилитися і

сумніви у будь-чому більше, ніж у здорових учасників контрольної групи, у яких не було виявлено порушень харчової поведінки.

Зв'язок між перфекціонізмом та порушеннями харчування є складним. Адаптивний перфекціонізм учасників (прагнення досягти ідеальної ваги) може перетворитися на дезадаптивний перфекціонізм у майбутньому, і це ускладнюється тим, що слідування ідеалу переноситься і на інші сфери життя (навчання, робота, стосунки) [34].

Існує чимало причин, що призводять до розвитку перфекціонізму у молоді, який потім може стати фактором ризику для розвитку розладів харчування, проте однією з найбільш поширених та впливових причин є сімейні очікування. Деякі сім'ї зосереджують свою увагу на наукових досягненнях дитини та її оцінках. Такі батьки критикують все, що є менш ніж досконалим, та намагаються виправити це.

Коли студенти виростають у таких умовах, вони вбачають свій успіх і цінність у досягненні ідеалу, що змушує їх завжди прагнути до досконалості. Вони відчують, що не досягнення ідеального результату може розчарувати членів родини та не відповідати їхнім очікуванням, що може призвести до тривоги та депресії у самих студентів. Вони не просто дотримуються високих стандартів у різних сферах життя, а й відчують обов'язок доводити, що вони найкращі у всьому.

Подальше порушення харчування може стати для них способом покарання. Такі люди можуть переїдати як спосіб карати себе за помилки, очищати організм від їжі через блювання або зловживати ліками для зменшення ваги. Вони мають внутрішній голос, що змушує їх прагнути до досконалості, він критикує їх за кожну «зайву» калорію, за пропущене тренування в спортзалі, за все, що, на думку цього внутрішнього голосу, «ідеальна людина» ніколи б не допустила на їхньому місці [41].

Молоді люди мають високу тенденцію соромитися свого тіла, боятися набрати зайву вагу або стати занадто худими. Там, де є сором та тривога, зазвичай є і перфекціонізм. Вони не просто бояться, що не досягнуть ідеальної

ваги, а й страхуються перед невдачею у соціальних ситуаціях, в стосунках, університеті, на роботі. Цей страх може бути настільки сильним, що вони уникатимуть соціальних взаємодій, нових викликів, планів. Суворий контроль та перебування у зоні комфорту дає їм відчуття спокою, захищеності, правильності та досконалості.

Друга причина перфекціонізму полягає у впливі мас-медіа. Спочатку це були головними джерелами інформації журнали і телебачення, а зараз – Інтернет-медіа та соціальні медіа, які використовують методи медіа-фреймінгу.

Медіа-фреймінг відображає певні аспекти проблеми та акцентує увагу на тому, що є вигідним для авторів публікацій. Засоби масової інформації обмежують аудиторію в інтерпретації подій, обрамлюючи їх зображення. Це може відбуватися за допомогою різних текстових особливостей заголовків, аудіовізуальних компонентів, використовуваних метафор та способів розповіді, де висвітлюються лише деякі аспекти історії, а інші опускаються. Дослідник Гофман описав ці аспекти впливу як «Frame Analysis». Він вважав, що люди сприймають те, що відбувається у світі через певні рамки представлення інформації [41].

Інтернет та соціальні медіа постійно відтворюють ідеалізовані образи тіл, часто електронно модифікованих, щоб створити недосяжний стандарт фізичної досконалості. Одним з найсильніших засобів впливу Інтернету є реклама, яка створює тиск на аудиторію. Дослідження контенту рекламних оголошень на популярних веб-сайтах, спрямованих на підлітків, показало, що найбільше рекламуються косметичні засоби. Одним з головних способів використання Інтернету, про який повідомляють підлітки, є пошук інформації про дієти та фізичні вправи. Це спонукає їх прагнути до поліпшення фізичної форми. Таким чином, Інтернет є основним джерелом інформації, яке впливає на підлітків у плані їхньої зовнішності та самооцінки.

Інтернет та соціальні медіа надають безліч можливостей для соціального порівняння. Велика кількість інформації на веб-сайтах присвячена ідеалам

зовнішності. Соціальні мережі проводять акції, як, наприклад, «трансформаційний тиждень», що заохочує користувачів публікувати фотографії «до і після схуднення», часто з фокусом на втраті ваги. Це порівняння, що стимулюється в соціальних мережах, може призводити до незадоволеності власним тілом та розвитку харчових розладів.

Ідеальний образ чоловіка або жінки сприймається так, як його уявляють ЗМІ. Наприклад, у 30-х роках працівники «Lucky Strike» запустили кампанію зі зниження ваги, одночасно з рекламою сигарет. Вони стверджували, що куріння допомагає схуднути, і зображували на пачках струнких та щасливих людей. У 60-ті роки ідеалом вважалося тіло, схоже на Мерілін Монро. У 2000-х популярні були худі моделі європейських брендів. У сучасні часи стало модним любити своє тіло таким, яким воно є, і прославляти моделі великих розмірів. Проте такі суперечливі настанови можуть призвести до сприйняття реальності як нестабільної і хаотичної [41].

У проведеному дослідженні у 2019 році виявлено, що дівчата підліткового віку частіше, ніж хлопці, діляться своїми фотографіями в Instagram та Snapchat. Дівчата майже удвічі частіше, ніж хлопці, публікують зображення їжі. Це свідчить про більшу увагу дівчат до свого зовнішнього вигляду та харчових звичок у порівнянні з хлопцями. Дослідження також вказує на те, що підвищена активність у соціальних медіа, пов'язана з зовнішнім виглядом (наприклад, коментування фотографій, розміщення фотографій), пов'язана з більш високим рівнем внутрішньої усвідомленості «худой» ідеї краси, прагненням до стрункості та невдоволенням власною вагою. Дівчата, які активно користуються соціальною мережею Snapchat, проявляють такі ознаки: обмежене харчування, пропуски прийому їжі, дотримання суворої дієти, інтенсивні фізичні навантаження, перебільшення власної оцінки та порівняння свого зовнішнього вигляду з іншими. У дівчат з обліковими записами в Instagram та Facebook помітно збільшені показники фізичних вправ та пропускання прийому їжі [75].

Протягом останніх років Instagram відгукнувся на скарги психологів та активних користувачів, створивши окремий розділ у своєму довідковому центрі про розлади харчової поведінки. Там пояснено, як розпізнати ці розлади у собі або у своїх друзів, а також зазначено, що Instagram буде видаляти та блокувати будь-які зображення або публікації, які негативно впливають на психіку інших користувачів.

Розлади харчової поведінки існували задовго до настання ери соціальних медіа, проте саме соціальні мережі додають гостроти у сприйнятті цієї проблеми через націлену рекламу та нереалістичні ідеали тіла та способу життя, що пропагуються на відповідних веб-сайтах.

У 2020 році, в умовах багатомісячного карантину по всьому світу, розпочали проводити дослідження щодо впливу самоізоляції на психічне здоров'я, зокрема на виникнення розладів харчової поведінки. Розлади харчування можуть зростати, коли людина відчуває вразливість, а в умовах невизначеності вони можуть звертатися до стратегій подолання, щоб відчувати контроль над ситуацією. Такі розлади можуть надавати відчуття комфорту та легкості хоча б на мить, адже роздуми про їжу або планування їжі можуть відволікати від інших проблем і справ [47].

Одним з аспектів впливу пандемії на виникнення порушень харчування є той факт, що багато молодих людей висловлюють свої страхи набрати вагу під час карантину. На Instagram навіть з'явився тренд з хештегом «Covid-15», де обговорюють серйозні питання тілесної позитивності або жартують про те, що всі ми можемо набрати 15 фунтів за час карантину. Наприклад, одна жінка, яка бореться з анорексією та думає про самогубство, висловлює страх отримати «Covid-15», підкреслюючи важливість фізичних вправ та жорстких планів харчування під час самоізоляції. Коли люди, особливо молодь з порушеннями харчування, бачать такі хештеги або безліч історій від людей, які активно займаються фізичними вправами, або хто боїться набрати вагу під час карантину, це може підштовхнути їх до неадекватних дій.

Обмежений доступ до занять спортом та закриття спортзалів лише поглиблюють сором та страх перед набором ваги, спонукаючи думки про те, що «сьогодні я мало рухався, тому пропущу вечерю» або «спортзал закритий, нікуди не піду, тому буду робити вдома виснажливі фізичні вправи двічі на день». Запаси їжі на час карантину можуть збільшувати ризик переїдання у тих, хто має схильність до компульсивного переїдання або булімії. Перебування вдома посилює відчуття соціальної ізоляції, нікчемності та нездатності відволіктися від тривожних думок [43].

Тому варто зазначити, що порушення харчової поведінки у студентській молоді можуть мати різні причини та прояви, які часто пов'язані з фізичним, психологічним та соціальним станом особистості. Деякі з них включають:

1. Стрес та психічні проблеми: Студентське життя може бути дуже стресовим через велику навантаженість навчанням, соціальними вимогами та іншими чинниками. Стрес часто призводить до порушень харчової поведінки, таких як надмірне або недостатнє харчування.

2. Соціальний контекст: Університетське середовище може впливати на харчову поведінку. Наприклад, нездорові звички харчування можуть бути спричинені впливом оточуючих, які споживають шкідливу їжу або практикують обмеження у харчуванні.

3. Недостатнє усвідомлення: Деякі студенти можуть не мати достатньої інформації про здорове харчування та важливість збалансованого раціону [9; 66].

4. Економічні обмеження: Студенти часто мають обмежений бюджет, що може призводити до вибору менш здорової, але дешевшої їжі.

5. Культурні чинники: Культурні переконання та звичаї також можуть впливати на харчову поведінку студентів.

Проявами порушень харчової поведінки можуть бути надмірне або недостатнє споживання їжі, відмова від їжі або періодичні обмеження у харчуванні, обурення вагою та фігурою, відчуття провини або страху перед їжею, а також занепад сил та недолік поживних речовин у організмі [9; 66].

Таким чином, дослідження причин та проявів порушень харчової поведінки підкреслює важливість соціокультурного та медіа впливу на сприйняття власного тіла та ідеалів краси. Соціальні мережі та медіа відображають нереалістичні стандарти, що може викликати стрес та викликати розлади харчування. Особливо це стає актуальним, коли обмежені можливості та страхи перед захворюванням змушують багатьох звертатися до харчування як до способу контролю та втіхи. Розуміння цих механізмів допоможе розробити ефективніші стратегії попередження та лікування порушень харчування, зокрема, спрямованих на зменшення соціального тиску та підвищення тілесної позитивності.

1.3. Характеристика психологічних особливостей осіб з порушеннями харчової поведінки

Згідно з даними ВООЗ, у світі зростає кількість людей, які стикаються з розладами харчової поведінки, що призводить до високого рівня смертності серед осіб з психічними захворюваннями. Харчова поведінка значно впливає на якість життя, зокрема здоров'я населення, бо, за дослідженнями ВООЗ, 70% здоров'я залежить від способу життя, в якому важливе місце відводиться харчуванню.

Відповідно до даних Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України, приблизно 90% жінок і 50% чоловіків відчують значне незадоволення своїм зовнішнім виглядом. Також вказується, що 0,9% жінок стикаються з нервовою анорексією протягом життя, а у 33-50% пацієнтів з нервовою анорексією та булімією спостерігаються супутні депресивні та тривожні розлади [6].

Багато дослідників приділяють увагу вивченню психологічних аспектів та проявів порушень харчової поведінки. А. Вахмістров, Т. Вознесенська, І. Малкіна-Пих, В. Менделевич, Ю. Савчикова досліджують психологічні аспекти харчової поведінки. Л. Абсалямова, О. Марциняк-Дорош, М. Овдій,

Л. Святенко та інші вивчають порушення харчової поведінки з позицій надмірної ваги у жінок.

До класифікації порушень харчової поведінки відносяться: екстернальна, емоціогенна (компульсивне переїдання та «синдром нічної їжі»), обмежувальна поведінка (харчове самообмеження, строгі дієти).

Л. Абсалямова наголошує, що серед всіх розладів харчової поведінки найбільш вивченими є нервова анорексія та нервова булімія. Різке підвищення апетиту називають булімією, яка спостерігається у осіб з різними захворюваннями. Поширеність нервової булімії становить 1–3%, а нервової анорексії – від 0,5 до 1% [68].

Харчова поведінка та її порушення є предметом комплексних дослідження, а розлади харчової поведінки розглядаються як серйозна проблема багатофакторної етіології, що загрожує здоров'ю індивіда. Як вже було зазначено, серед найвідоміших розладів харчової поведінки є нервова булімія та нервова анорексія [37].

Нервова булімія характеризується повторюваними епізодами переїдання та надмірною контролем за масою тіла, що часто призводить до вживання екстремальних заходів, таких як викликання блювання. Важливо відзначити, що при збалансованих циклах переїдання та очищення від їжі маса тіла у хворих на булімію може залишатися близькою до нормальної. Характерні ознаки для нервової булімії включають:

1. Переїдання;
2. Регулярне очищення шлунково-кишкового тракту;
3. Суворі дієти;
4. Інтенсивні фізичні вправи;
5. Значна увага до фігури та маси тіла [29].

Зниження апетиту до повної втрати називається анорексією, яка може бути спричинена різними факторами, включаючи дію харчового центру, ендокринні та психогенні розлади. Нервова анорексія характеризується

наміреним зниженням маси тіла і може спостерігатися у дуже молодому віці [31].

Орторексія – це ще один вид розладу харчової поведінки, що полягає в патологічній зайнятості правильним харчуванням, що може призводити до обмеження раціону до необхідних поживних речовин. Такі люди можуть обирати їжу залежно від її якості та постійно корегувати свою дієту відповідно до своїх уявлень про здорове харчування. Кілька розладів апетиту, таких як ситофобія (страх вживання їжі) та геофагія (споживання неїстівних речовин), також є серйозними проблемами з харчовою поведінкою, що вказують на фізичне та психічне нездоров'я [33].

Дослідження показують, що причини харчових порушень можуть бути різноманітними. Деякі вчені вважають, що ці порушення можуть бути пов'язані з фізіологічними факторами, такими як проблеми з неправильним харчуванням, порушенням обміну речовин, підвищеним навантаженням, виснаженням організму та іншими. Інші вчені вважають, що ключову роль у цих розладах відіграє психологічний аспект. Вони зауважують, що споживання їжі не завжди є реакцією на відчуття голоду, а часто воно використовується для задоволення різноманітних психологічних потреб.

Деякі дослідники також вказують на соціальну гіпотезу, яка пояснює поширення харчових порушень за останні 40–50 років прийнятими в суспільстві ролями і стереотипами. Деякі автори вважають, що однією зі значних причин, які призводять до порушень харчової поведінки, є неадекватність і нестійкість самооцінки [28, с. 115].

Дедалі більше дослідників нахиляються до теорії, що саме психологічний фактор є ключовим у виникненні харчових порушень у молоді. Споживання їжі не завжди пов'язане з задоволенням голоду; часто їжу використовують для задоволення широкого спектра інших потреб, таких як:

1. Зняття психоемоційного напруження;
2. Насолода;
3. Спілкування;

4. Самоствердження;
5. Підтримка ритуалів або звичок;
6. Компенсація незадоволених потреб у турботі і любові;
7. Для естетичного задоволення.

Є гіпотези, що розглядають розлади прийому їжі як наслідки емоційних розладів, таких як хронічний стрес, тривожність, депресія [32].

Стиль харчування віддзеркалює емоційні потреби і психічний стан людини. Задоволення голоду в умовах емоційного стресу пов'язане з відчуттям комфорту і захищеності. Коли тривожні та агресивні емоції пригнічуються і не можуть виразитися через поведінку, вони залишаються в організмі і можуть негативно позначитися на роботі травного тракту. Люди з порушеннями харчової поведінки часто пов'язують свої відносини з батьками з низьким рівнем батьківського піклування у дитинстві, надмірним контролем, гіперопікою, або суперечливим стилем виховання, який одночасно підтримує і підриває їхню впевненість у собі.

Найбільш поширеними харчовими порушеннями є нервова анорексія, булімія та компульсивне переїдання. Нервова анорексія часто відома як «хвороба відмінниць», характерна для дівчаток-підлітків та жінок, які прагнуть до ідеального образу у всьому: у вчинках, зовнішності, схваленні від оточуючих тощо. Вони часто проявляють такі риси, як перфекціонізм, жорсткість у стереотипах поведінки, бажання до самовдосконалення [28, с. 115].

У дівчат спостерігаються особливості, такі як «занепокоєність помилками» і «сумніви у своїх діях», а також «чутливість до високих очікувань інших людей», вони «наполегливо домагаються високої мети», проявляючи високу «чутливість до зворотного зв'язку». Також для них неприйнятно «бути не кращими за інших».

У багатьох сім'ях хворих на нервову анорексію створювалися умови для розвитку хвороби, формуючи уявлення про необхідність обмеження себе у їжі,

«щоб не стати товстими»; повнота асоціюється з «грубістю», «неестетичністю», «вульгарністю».

З іншого боку, голодування може бути способом боротьби з батьками: викликаючи занепокоєння про своє здоров'я, дівчина, не досягнувши уваги як зразкова дитина, може змусити батьків турбуватися і благодіти їй, тим самим контролюючи і підпорядковуючи сім'ю своїм проблемам.

У людей з анорексією розвивається спотворене сприйняття свого тіла – дисморфофобія. Вони не помічають своєї реальної худорлявості і постійно переконані у своїй надмірній повноті та необхідності схуднути. Нервова булімія відрізняється появою непереборного відчуття голоду з вживанням великих обсягів їжі без відчуття насичення. Після приступу булімії зазвичай виникає боротьба з переїданням (спровоковане блювання, прийом проносних тощо).

У людей, які страждають на булімію, може виникнути депресія, почуття провини та ненависті до себе, відчуття втрати самоконтролю, непричинна самокритика, постійна потреба у схваленні власних вчинків і спотворені уявлення про норму власної ваги. Сімейна структура у таких сім'ях характеризується високою конфліктністю та імпульсивністю, слабкими зв'язками між членами, високим рівнем стресу та малоуспішними стратегіями вирішення проблем. Під час булімії також часто спостерігається підвищена захопленість фізичними вправами для зниження ваги [28, с. 116].

У відсутність позитивних емоцій людина може використовувати їжу як спосіб компенсування для нормалізації свого емоційного стану. Дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів показали наявність алекситимії у жінок з ожирінням, що виявляється у складнощах у розумінні та розрізненні власних станів, відчуттів і переживань, а також у виникненні потреби у «розрядці» за допомогою їжі при тривозі. Цей механізм може формуватися в ранньому дитинстві через сплутання внутрішніх активаційних станів, що виникають, коли мати реагує неадекватно і пропонує їжу не лише у відповідь на сигнали голоду, але й на інші дискомфортні стани дитини [28, с. 116].

Варто зазначити, що харчова поведінка може бути адекватною (гармонійною) або девіантною (відхиленою від норми). Фахівці вважають, що порушення харчової поведінки представляють широкий спектр станів, що охоплюють діапазон від обмежувальних дій до переїдання. До них відносять нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання, а також ряд інших розладів [30].

Таким чином, харчова поведінка може бути порушеною з різних причин, і це може відображати широкий спектр психологічних особливостей та проблем. Далі наведено основні характеристики, які можуть бути пов'язані з порушеннями харчової поведінки:

1. Низька самооцінка та перфекціонізм: Люди з низькою самооцінкою та високими вимогами до себе можуть відчувати потребу контролювати свою харчову поведінку, що може призвести до розвитку анорексії або булімії.

2. Психічні розлади: Деякі порушення харчування можуть бути пов'язані з психічними розладами, такими як депресія, тривожність або розлад обмеження психічного розвитку.

3. Стрес та емоційні проблеми: Люди можуть використовувати їжу як засіб заспокоєння або втечі від стресу або емоційних проблем, що може призвести до надмірного або недостатнього харчування.

4. Контроль або засудження з боку оточення: Тиск з боку суспільства, родини або оточення може призвести до нездорових харчових звичок або порушень харчування.

5. Неспроможність адаптуватися до змін: Деякі люди можуть реагувати на стрес чи зміни у житті недоїданням або надмірним харчуванням.

Ці характеристики можуть бути ключем до розуміння та лікування порушень харчової поведінки, але важливо пам'ятати, що кожна людина унікальна, і порушення харчової поведінки можуть мати багато різних причин і специфічних характеристик [49; 53].

Отже, психологічні особливості порушень харчової поведінки включають в себе такі аспекти як перфекціонізм, ригідність поведінкових

стереотипів, прагнення до самовдосконалення, низька самооцінка та нездатність приймати своє тіло. Ці особливості можуть бути спричинені різними факторами, включаючи психологічний стрес, тривогу, депресію та нестабільні відносини в сім'ї. Важливо розуміти ці аспекти для ефективної діагностики та лікування порушень харчової поведінки.

Висновки до розділу 1

У даному розділі було проведено аналіз поняття харчової поведінки та виділено основні типи порушень, такі як нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання. Підкреслено, що харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (відхиленою від норми), і варто розглядати її в контексті психологічних, соціальних та біологічних факторів.

Досліджено причини та прояви порушень харчової поведінки, зокрема, виявлено, що ці стани можуть бути спричинені емоційними чинниками, соціальним середовищем або біологічними особливостями людини. Розглянуто, як психологічні аспекти впливають на відношення до їжі та споживацькі звички.

Також надано характеристику психологічних особливостей порушень харчової поведінки, зокрема, розглянуто вплив емоційного стану людини на її споживацькі пристрасті та харчові звички. Висвітлено, що особи з порушеннями харчової поведінки можуть мати специфічне сприйняття свого тіла та відношення до їжі, що відрізняється від звичайного.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

2.1. Методологічне обґрунтування та вибірка дослідження

Насамперед, важливо зазначити, що дослідження чинників порушення харчової поведінки серед студентської молоді має велике значення з наступних причин:

1. Здоров'я та благополуччя: Здорове харчування є важливою складовою здорового способу життя. Дослідження може допомогти з'ясувати, які фактори впливають на вибір їжі серед студентів і як це може впливати на їхнє здоров'я [67].

2. Профілактика харчових розладів: Дослідження може допомогти виявити фактори, що сприяють розвитку харчових розладів серед студентів, таких як анорексія чи булімія. Це може допомогти вчасно вжити заходів для їхньої профілактики та лікування [65].

3. Покращення раціонального харчування: Розуміння чинників, що впливають на харчову поведінку студентів, може допомогти в удосконаленні програм з підвищення свідомості про здорове харчування та популяризації раціонального харчування [11].

4. Соціальний аспект: Дослідження може розкрити соціальні аспекти харчування студентів, такі як вплив підліткового середовища, групова динаміка чи вплив реклами на їхні вибори щодо їжі [36].

5. Розробка ефективних програм інтервенції: Результати дослідження можуть бути використані для розробки та впровадження програм інтервенції з метою покращення харчової поведінки студентів [50].

Тому, емпіричне дослідження чинників порушення харчової поведінки серед студентської молоді є важливим для здоров'я і благополуччя молодого покоління, а також для розробки ефективних стратегій попередження та лікування харчових розладів.

Етапи дослідження є наступними [25; 38; 54; 55]:

1. Теоретичний аналіз проблеми (який викладено у першому розділі).
2. Підготовчий етап. Підбір методик дослідження, визначення вибірки, підготовка інструментів для збору даних.
3. Збір даних. Проведення дослідження серед студентів, яке включає проведення обраних методик.
4. Аналіз даних. Обробка отриманих даних за допомогою статистичних методів аналізу для виявлення закономірностей щодо харчової поведінки студентів.
5. Інтерпретація результатів. Оцінка отриманих результатів і формулювання висновків щодо впливу різних факторів на харчову поведінку студентів.
6. Формулювання рекомендацій. На основі отриманих результатів розробка рекомендацій для покращення харчової поведінки студентів.

Дотримання етичних норм дослідження є ще одним важливим елементом, оскільки забезпечує захист прав і добробуту учасників дослідження та відповідність проведення дослідження вимогам наукової спільноти. Далі наведено головні аспекти етичних норм дослідження [19; 48; 58]:

1. Згода учасників: Участь у дослідженні повинна бути добровільною, і учасники повинні надати свою згоду після отримання необхідної інформації про дослідження.
2. Конфіденційність: Інформація, отримана в ході дослідження, повинна бути конфіденційною і не повинна бути розголошена без згоди учасників.
3. Добробут учасників: Дослідження не повинно завдати шкоди психічному чи фізичному здоров'ю учасників. Дослідження, що може бути шкідливим, повинно бути припинене або змінене.
4. Об'єктивність: Дослідження повинно бути об'єктивним і не має бути спрямованим на досягнення певного результату.

5. Публікація результатів: Результати дослідження повинні бути опубліковані з метою підвищення наукового знання та сприяння подальшим дослідженням у цій області.

6. Дотримання законодавства: Дослідження повинно дотримуватися всіх відповідних законодавчих норм та правил, що регулюють проведення досліджень у даній області.

Дотримання перерахованих вище етичних норм є важливим для забезпечення наукової добросовісності та відповідальності у проведенні дослідження.

Важливим елементом є вибірка, яка є процесом відбору підмножини осіб з більшої сукупності для подальшого дослідження. Це важлива складова більшості наукових досліджень, оскільки дозволяє зробити висновки про всю сукупність на основі аналізу невеликої групи. Головною метою вибірки є отримання репрезентативної підмножини, що відображає характеристики всієї групи, яку досліджують. Метод вибору залежить від конкретного дослідницького завдання, властивостей вивченої групи та доступних ресурсів [42].

Існують два основних типи вибірки: ймовірнісна та неімовірнісна.

Ймовірнісна вибірка ґрунтується на випадковому відборі, де кожен елемент має рівні або відомі ймовірності бути вибраним. Це забезпечує об'єктивність і репрезентативність вибірки.

Імовірнісна вибірка включає такі види:

1. Проста випадкова вибірка, де кожен елемент має однаковий шанс бути вибраним.

2. Систематичний відбір, де елементи вибираються за регулярним шаблоном.

3. Стратифікована вибірка, де групи елементів діляться за певною характеристикою, і з кожної групи вибираються елементи відповідно до їхнього відношення в загальній сукупності.

4. Кластерна вибірка, де групи елементів вибираються, а не окремі елементи.

Неімовірнісна вибірка, навпаки, ґрунтується на факторах, що не пов'язані з ймовірністю. Це може включати зручність відбору, квотний відбір або вибірку на основі суджень. Хоча ці методи можуть бути менш об'єктивними, вони можуть бути корисними у випадках, коли ймовірнісний відбір неможливий або неефективний [42].

Дане дослідження було проведено на базі студентів вищого навчального закладу у м. Київ. Участь у дослідженні взяли 50 студентів, що дозволило отримати репрезентативні дані про соціально-психологічні чинники порушень харчової поведінки серед студентської молоді. Вибірку було сформовано випадковим методом.

Варто зазначити, що для емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у можливе використання наступних методик:

1. Методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона, яка має на меті визначення впливу рівня відчуття самотності на вибір харчової поведінки;

2. Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф, теоретично обґрунтований інструмент, призначений для виміру виразності основних складових психологічного благополуччя;

3. «Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха, спрямований на діагностику невдоволення власним тілом в осіб, які страждають на розлади харчової поведінки;

4. Тест вказування на незадоволення власним тілом (САРТ), призначений для оцінки рівня задоволеності (незадоволеності) своїм тілом [62, с. 206].

Щодо нашого дослідження, то воно здійснювалось за наступними методиками:

- Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ).
- Тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26).

- Тест «Шкала самоповаги» (М. Розенберг).
- Шкала депресії А.Т. Бека.
- Опитувальник «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності».

У даному контексті доцільно наголосити, що результати даного дослідження можуть допомогти у розробці програм психологічного забезпечення здоров'я [73] та попередження кризових станів [80] студентської молоді, формування у них позитивної «Я-концепції» [52], зміцнення психологічного благополуччя [73].

Далі варто розглянути детальніше сутність кожної з обраних нами методик.

Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ) (Додаток А) [72].

DEBQ – це опитувальник з 33 запитань, який використовується для виявлення трьох типів харчової поведінки:

- Обмежувальна: навмисні зусилля, спрямовані на контроль ваги за допомогою самообмеження в їжі.
- Емоційна: їжа як спосіб реагування на негативні емоції.
- Екстернальна: їжа як стимул, що не пов'язаний з реальним голодом (зовнішній вигляд їжі, запах, текстура, приклад інших людей).

Оцінка:

- 5 варіантів відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто», «дуже часто».
- 1-5 балів (за винятком 31-го питання, де значення зворотні).
- Середні показники для людей з нормальною вагою: 2,4; 1,8; 2,7 бали (відповідно).
- Більше за середнє – можливе порушення харчової поведінки.

Шкали:

- Обмежувальна (1-10 питань):
 - Намагання їсти менше, відмова від їжі, контроль за вагою.

- Емоційна (11-23 питання):
 - Бажання їсти у відповідь на негативні емоції.
- Екстернальна (24-33 питання):
 - Стимулювання їжі зовнішніми факторами, а не голодом.

DEBQ – це простий та валідований інструмент для оцінки харчової поведінки.

Обмеження: DEBQ не є діагностичним інструментом.

Інтерпретація: Результати DEBQ можуть допомогти у виявленні можливих порушень харчової поведінки.

Далі варто розглянути тест вподобань харчової поведінки (EAT-26) (Додаток Б) [39].

EAT-26 – це скринінговий тест, який використовується для виявлення підозри на розлад харчової поведінки (РХП).

Мета:

- Оцінити ступінь виразності проблем, типових для РХП:
 - Прагнення до схуднення.
 - Побоювання набору ваги.
 - Обмежувальні тенденції у харчуванні.
- Визначити, чи потрібна професійна допомога.

Інструкція.

Потрібно оцінити кожне твердження, вибравши один з варіантів відповіді:

- «Завжди» – 3 бали.
- «Зазвичай» – 2 бали.
- «Досить часто» – 1 бал.
- «Іноді» – 0 балів.
- «Рідко» – 0 балів.
- «Ніколи» – 0 балів.

26-те питання оцінюється в зворотному порядку. Далі потрібно підсумувати бали за всі питання.

Інтерпретація:

- Бал більше 20: висока ймовірність РХП.
- Бал менше 20: РХП мало ймовірний.

Важливо:

- Тест використовується для скринінгу та попередньої оцінки.
- При високому балі рекомендується звернутися до фахівця для більш детального обстеження.

Обмеження:

- ЕАТ-26 не може замінити професійну консультацію.
- Тест не дає остаточної відповіді про наявність РХП.

Рекомендації:

- Якщо особистість отримала високий бал за ЕАТ-26, рекомендується звернутися до фахівця.
- Фахівець може провести додаткове обстеження та поставити діагноз.
- При РХП важливо отримати кваліфіковану допомогу.

Далі розглянемо Тест «Шкала самоповаги» (М. Розенберг) (Додаток В) [4].

Шкала Розенберга – це опитувальник з 10 тверджень, який використовується для вимірювання рівня самоповаги.

Суть:

- Самоповага – це суб'єктивна оцінка людиною себе.
- Опитувальник оцінює два фактори: самоприниження і самоповагу.
- Рівень самоповаги залежить від ставлення до людини в дитинстві.

Інструкція. Потрібно оцінити свою згоду/незгоду з твердженнями за шкалою:

- 4 – повністю згоден
- 3 – згоден
- 2 – не згоден
- 1 – абсолютно не згоден

Обробка результатів:

- Прямі питання (1, 3, 4, 6): сумуйте бали.
- Зворотні питання (2, 5, 7, 8, 9, 10): $4 = 1$, $3 = 2$, $2 = 3$, $1 = 4$, потім сумуйте бали.

– Рівень самоповаги = сума балів за всі питання.

Інтерпретація:

- 10-18 балів: низька самоповага.
- 18-22 бали: нестійка самоповага.
- 23-34 бали: адекватна самоповага.
- 35-40 балів: висока самоповага.

Важливо:

– Шкала Розенберга – це лише один з інструментів для оцінки самоповаги.

– Для більш точного результату рекомендується використовувати комплексний підхід.

– Якщо особистість отримала низький бал, це не означає, що з нею щось не так.

– Це може бути сигналом до того, що потрібно попрацювати над своєю самоповагою.

Наступною варто розглянути шкалу депресії А.Т. Бека (Додаток Г) [3, с. 121].

Шкала депресії А.Т. Бека – це опитувальник з 21 пункту, який використовується для вимірювання рівня депресії.

Опитувальник оцінює такі симптоми депресії, як:

1. Настрій.
2. Песимізм.
3. Почуття провини.
4. Невдоволення собою.
5. Втрата інтересів.
6. Зміни апетиту та сну.
7. Втрата енергії.

8. Суїцидальні думки.

У даному опитувальнику потрібно оцінити згоду/незгоду з твердженнями за шкалою:

- 0 - зовсім не відповідає дійсності.
- 1 - відповідає дійсності в деякій мірі.
- 2 - відповідає дійсності в значній мірі.
- 3 - відповідає дійсності цілком.

Інтерпретація:

- 0-9 балів: відсутність депресії.
- 10-15 балів: легка депресія.
- 16-19 балів: поміркована депресія.
- 20-29 балів: важка депресія.
- 30 і більше балів: дуже важка депресія.

Якщо особистість отримала високий бал, це не означає, що вона має депресію. Це може бути сигналом до того, що потрібно звернутися за допомогою до фахівця.

Останнім проаналізуємо опитувальник «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності» (Додаток Д) [2].

Цей опитувальник використовується для оцінки рівня суб'єктивного відчуття самотності. Він допомагає визначити, наскільки людина відчуває себе самотньою та ізольованою від інших. Досліджуваному пропонується 20 тверджень. Далі потрібно оцінити, наскільки часто ситуації зустрічаються у житті та обрати з чотирьох варіантів відповідей: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи».

Далі потрібно підрахувати кількість кожного з варіантів відповідей. Кількість відповідей «часто» помножити на 3, «інколи» – на 2, «рідко» – на 1. «Ніколи» – це 0, отримані результати додати.

Інтерпретація результатів:

- 40-60 балів: високий рівень самотності
- 20-40 балів: середній рівень самотності

– 0-20 балів: низький рівень самотності

Самотність може мати негативний вплив на психічне та фізичне здоров'я. Люди, які відчують себе самотніми, більш схильні до депресії, тривоги, суїцидальних думок, а також до проблем з серцем, імунною системою та сном.

Отже, представлене дослідження має ґрунтовне методологічне обґрунтування та використовує валідовані методики. Вибірка дослідження, хоча й не є репрезентативною для всієї популяції студентів, але все ж таки дає можливість отримати цінну інформацію про соціально-психологічні чинники порушень харчової поведінки серед студентської молоді. Результати дослідження можуть бути корисними для розробки та впровадження програм з покращення харчової поведінки та самоповаги студентів.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів соціально-психологічних чинників порушення харчової поведінки студентської молоді

Етап аналізу та інтерпретації даних є ключовим для розуміння глибинних причин, що обумовлюють порушення харчової поведінки (ПХП) у студентів. Це дозволяє вийти за рамки поверхневих спостережень та розкрити складні взаємозв'язки між соціально-психологічними факторами та ПХП.

Завдяки ґрунтовному аналізу даних можна сформулювати чітке уявлення про те, які фактори найбільше впливають на ризик розвитку ПХП серед студентів. Це знання стане фундаментом для розробки ефективних стратегій з профілактики ПХП, враховуючи специфічні потреби студентської молоді.

Результати аналізу дають можливість оптимізувати вже існуючі програми допомоги людям з ПХП, роблячи їх більш цілеспрямованими та результативними. Це веде до кращого використання ресурсів та підвищення рівня підтримки студентів, які борються з ПХП.

Інтерпретація результатів дослідження може підвищити обізнаність про проблему ПХП серед студентської молоді, а також у суспільстві загалом. Це сприятиме дестигматизації ПХП, зростанню рівня емпатії та створенню більш сприятливої атмосфери для людей, які потребують допомоги.

Варто зазначити, що дослідження соціально-психологічних чинників ПХП серед студентської молоді збагачує наукове знання про цю проблему. Це сприяє розвитку нових теорій та методологій, а також покращує розуміння ПХП у цілому.

Також етап аналізу та інтерпретації даних може дати неочікувані результати та відкрити нові напрямки для дослідження ПХП. Це може стимулювати співпрацю між дослідниками, практиками та представниками різних галузей, об'єднавши зусилля для боротьби з ПХП.

Варто розпочати з аналізу методики «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ).

За шкалою обмежувальної харчової поведінки було отримано наступні результати:

- Показник норми: 27 осіб.
- Показник порушень: 23 особи.

Дані результати відображено на рис. 2.1.

Отже, за шкалою обмежувальної харчової поведінки було отримано наступні результати:

— Норма: у 27 осіб спостерігається нормальна харчова поведінка, що характеризується відсутністю намагань обмежити себе в їжі для досягнення або підтримання бажаної ваги.

— Порушення: у 23 осіб спостерігаються порушення в обмеженні харчування, що виявляються у навмисних зусиллях обмежити себе в їжі для досягнення або підтримання бажаної ваги.

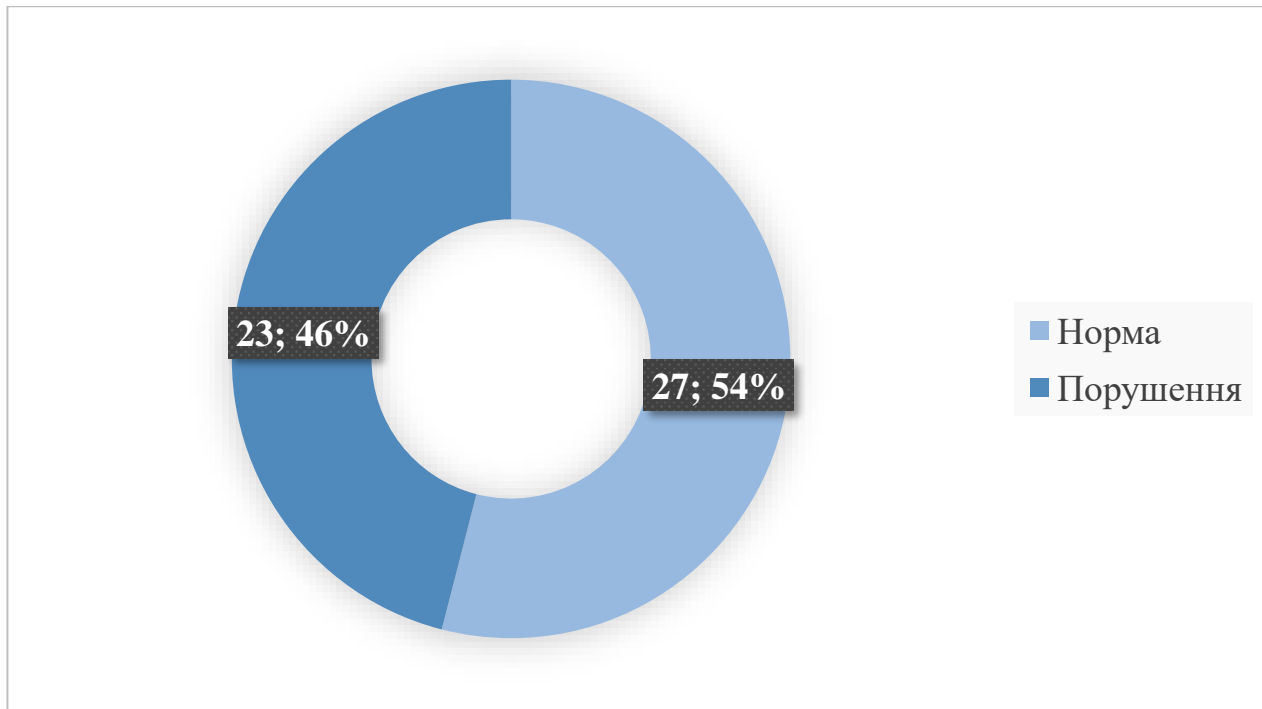


Рис. 2.1. Результати за шкалою обмежувальної харчової поведінки

За шкалою емоційної харчової поведінки було отримано наступні результати:

- Показник норми: 31 студент.
- Показник порушень: 19 студентів.

Дані результати відображено на рис. 2.2.

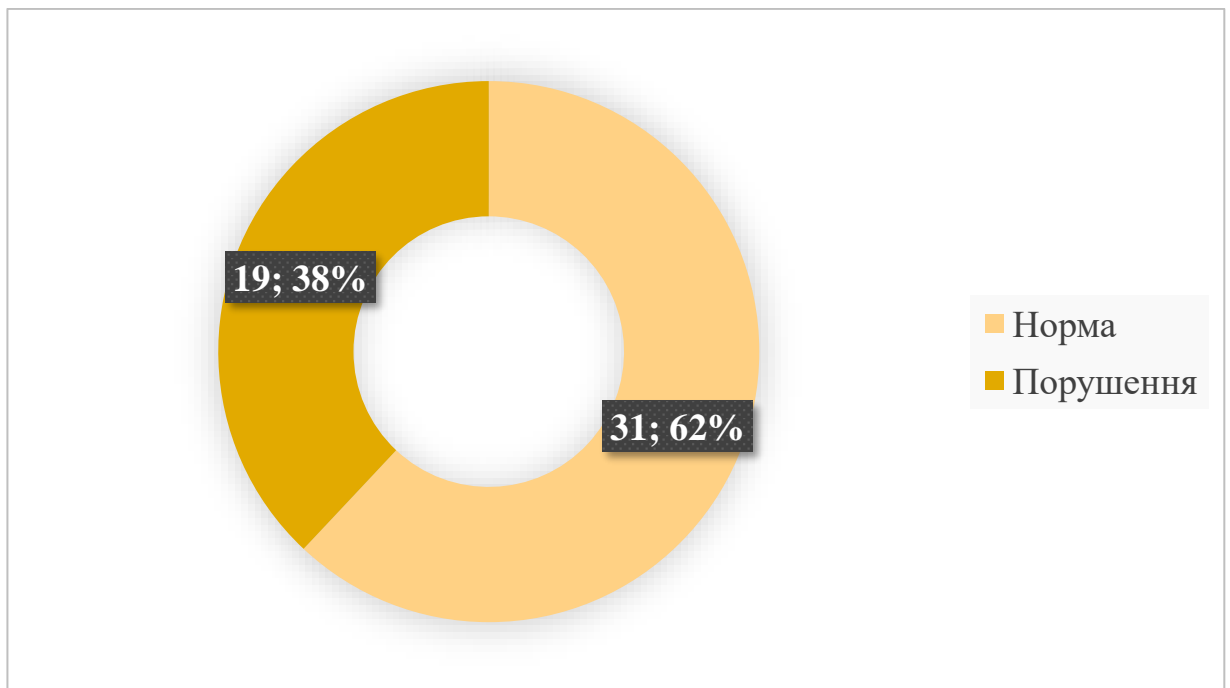


Рис. 2.2. Результати за шкалою емоційної харчової поведінки

Отже, за шкалою емоційної харчової поведінки у 31 студента спостерігається нормальна харчова поведінка, що характеризується відсутністю значного зв'язку між негативними емоціями та їжею. У той же час у 19 студентів спостерігаються порушення, які виявляються у залежності від почуттів голоду або перевтоми, коли вони їдять відчуття розслаблення чи піднесення настрою.

За шкалою екстернальної харчової поведінки було отримано наступні результати:

- Показник норми: 36 студентів.
- Показник порушень: 14 студентів.

Дані результати відображено на рис. 2.3.

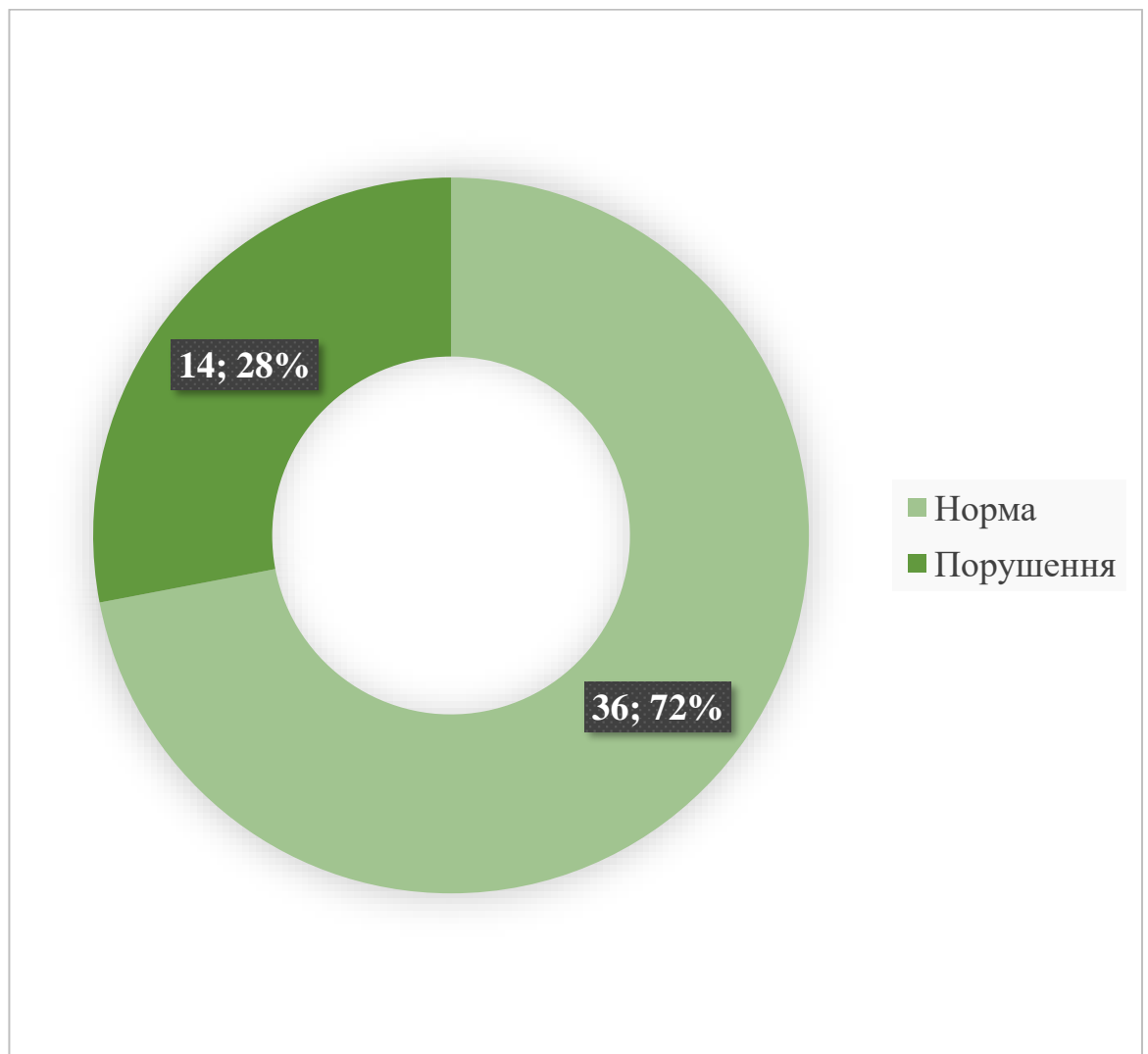


Рис. 2.3. Результати за шкалою екстернальної харчової поведінки

Таким чином, за шкалою екстернальної харчової поведінки 36 студентів мають нормальну харчову поведінку, що характеризується тим, що їх бажання їсти спонукаються факторами зовнішнього середовища, такими як вид їжі, її запах або присутність інших людей, які приймають їжу. У той же час у 14 студентів спостерігаються порушення, коли бажання поїсти стимулюється не реальним відчуттям голоду, а зовнішніми факторами.

Наступними проаналізуємо результати тесту вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26).

За результатами шкали ЕАТ-26 було отримано наступні результати:

1. Низька ймовірність розладу харчової поведінки – 29 студентів
2. Висока ймовірність розладу харчової поведінки – 21 студент.

Дані результати відображено на рис. 2.4.

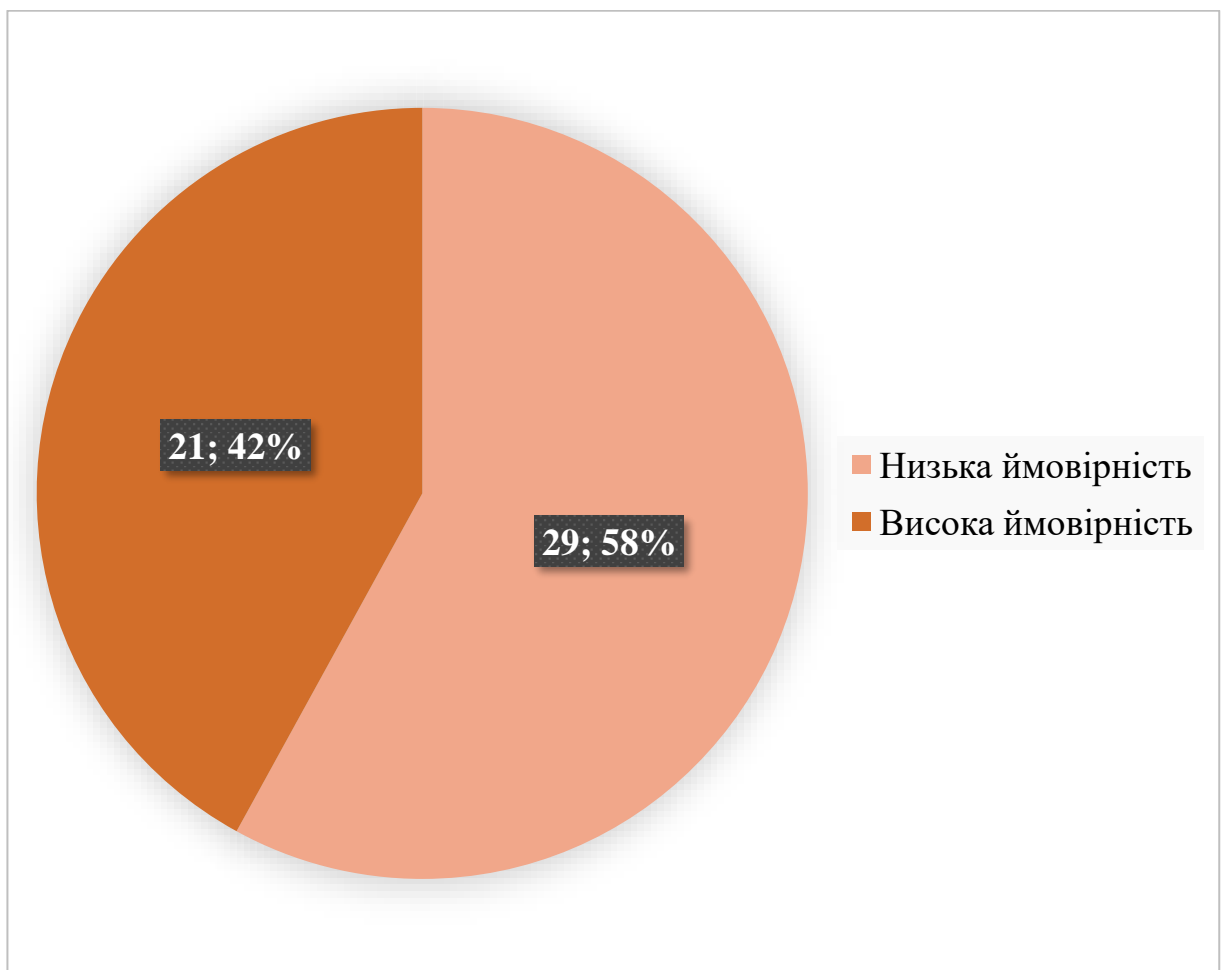


Рис. 2.4. Результати тесту вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26)

Таким чином, за результатами шкали ЕАТ-26 у 29 студентів виявлено низьку ймовірність розладу харчової поведінки, що свідчить про відсутність серйозних проблем у їхньому ставленні до їжі. У той же час у 21 студента виявлена висока ймовірність розладу харчової поведінки, що може вказувати на наявність проблем зі ставленням до харчування, які потребують уваги та можливої корекції.

Наступними варто проаналізувати результати тесту «Шкала самоповаги» (М. Розенберг).

Низька самоповага (10-18 балів): 12 студентів.

Нестійка самоповага (18-22 балів): 26 студентів.

Переважає самоповага (23-34 балів): 9 студентів.

Висока самоповага (35-40 балів): 3 студентів.

Дані результати відображено на рис. 2.5.

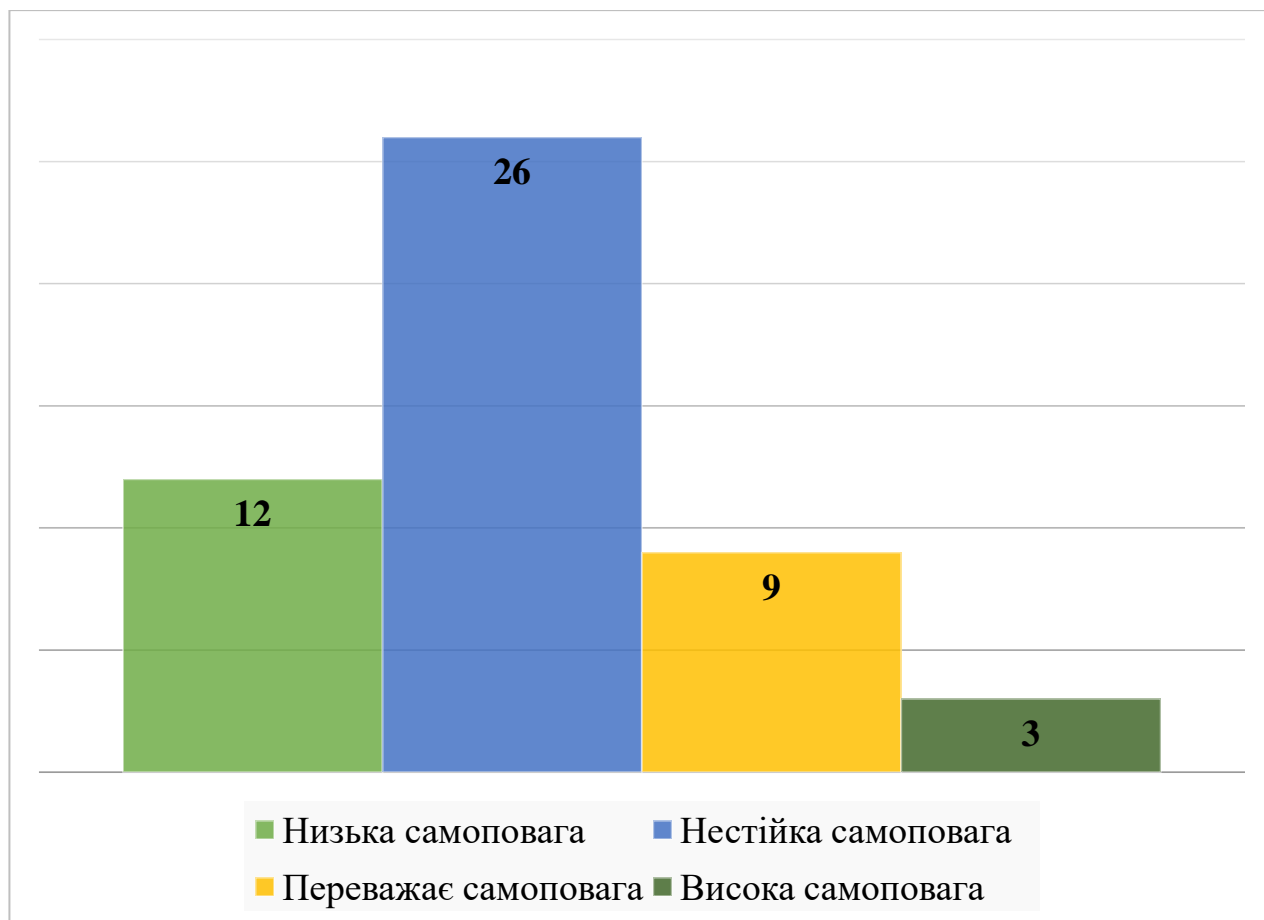


Рис. 2.5. Результати тесту «Шкала самоповаги» (М. Розенберг)

Таким чином, результати тесту «Шкала самоповаги» вказують на рівень самоповаги у студентів за різними категоріями.

Перша категорія – низька самоповага (10-18 балів): 12 студентів. Ці результати свідчать про те, що у цієї групи студентів може бути високий рівень неуспішності, невпевненості в собі, або вони можуть відчувати себе менш цінними або значущими порівняно з іншими.

Друга категорія – нестійка самоповага (18-22 балів): 26 студентів. Ці результати вказують на те, що у цієї групи студентів самоповага може коливатися, іноді вони можуть відчувати себе впевнено, а іноді - ні. Це може бути пов'язано з різними життєвими ситуаціями та подіями.

Третя категорія – переважає самоповага (23-34 балів): 9 студентів. У цій групі студентів переважають відчуття власної цінності та упевненості в собі. Вони можуть бути більш стійкими у відношенні до негативних ситуацій та відчувати себе достатньо впевнено.

Четверта категорія – висока самоповага (35-40 балів): 3 студентів. Ці результати свідчать про дуже високий рівень впевненості в собі та своїх здібностях у цієї групи студентів. Вони можуть бути дуже самостійними та впевненими у своїх можливостях.

Таким чином, загальний рівень низької та нестійкої поваги відповідає показнику – 38, а самоповага та висока самоповага – 12.

В результаті спостереження за студентами можна зазначити, що більшість студентів мають збалансований раціон харчування, також переважна більшість їдять достатню кількість фруктів та овочів, більшість студентів п'ють багато води. Але було помічено наступні слабкі сторони: велика кількість студентів їдять багато солодоців та фаст-фуду, деякі студенти пропускають прийоми їжі, ряд студентів мають проблеми з переїданням.

Далі варто проаналізувати взаємозв'язок між шкалою обмежувальної харчової поведінки (DEBQ) та рівнем самоповаги за допомогою коефіцієнту

кореляції Пірсона. Даний розрахунок було проведено за допомогою онлайн програми, та виявлено наступні результати (рис. 2.6).

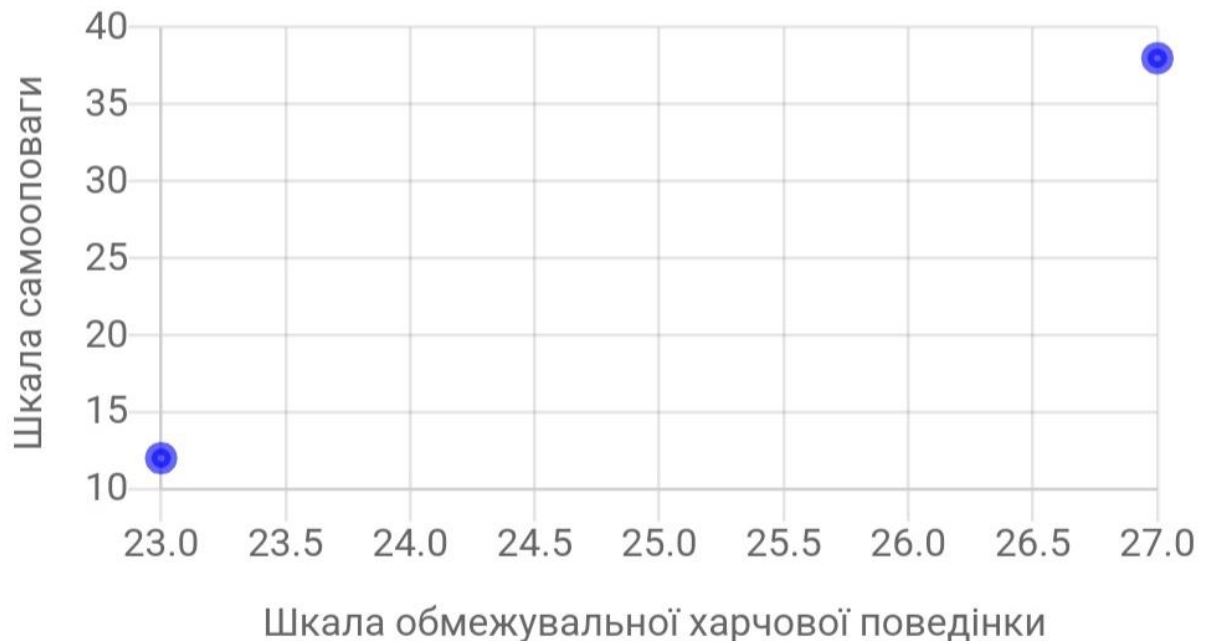


Рис. 2.6. Взаємозв'язок між шкалою обмежувальної харчової поведінки та рівнем самоповаги

Коефіцієнт кореляції у даному випадку дорівнює 1, це свідчить про те, що у даному контексті спостерігається дуже сильний позитивний зв'язок між шкалою обмежувальної харчової поведінки за DEBQ та рівнем самоповаги. Це означає, що особи, які схильні до обмежувальної харчової поведінки, мають вищий рівень самоповаги. Такий результат може вказувати на те, що для деяких людей обмеження в споживанні їжі може стати способом виявлення та підтримання власної самоповаги

Наступними доцільно висвітлили результати шкали депресії А.Т. Бека.

Відсутність депресії виявлено у 23 студентів.

Легкий ступінь депресії виявлено у 15 студентів.

Середній ступінь депресії виявлено у 12 студентів.

Високий рівень депресії не виявлено.

Дані результати відображено на рис. 2.7.

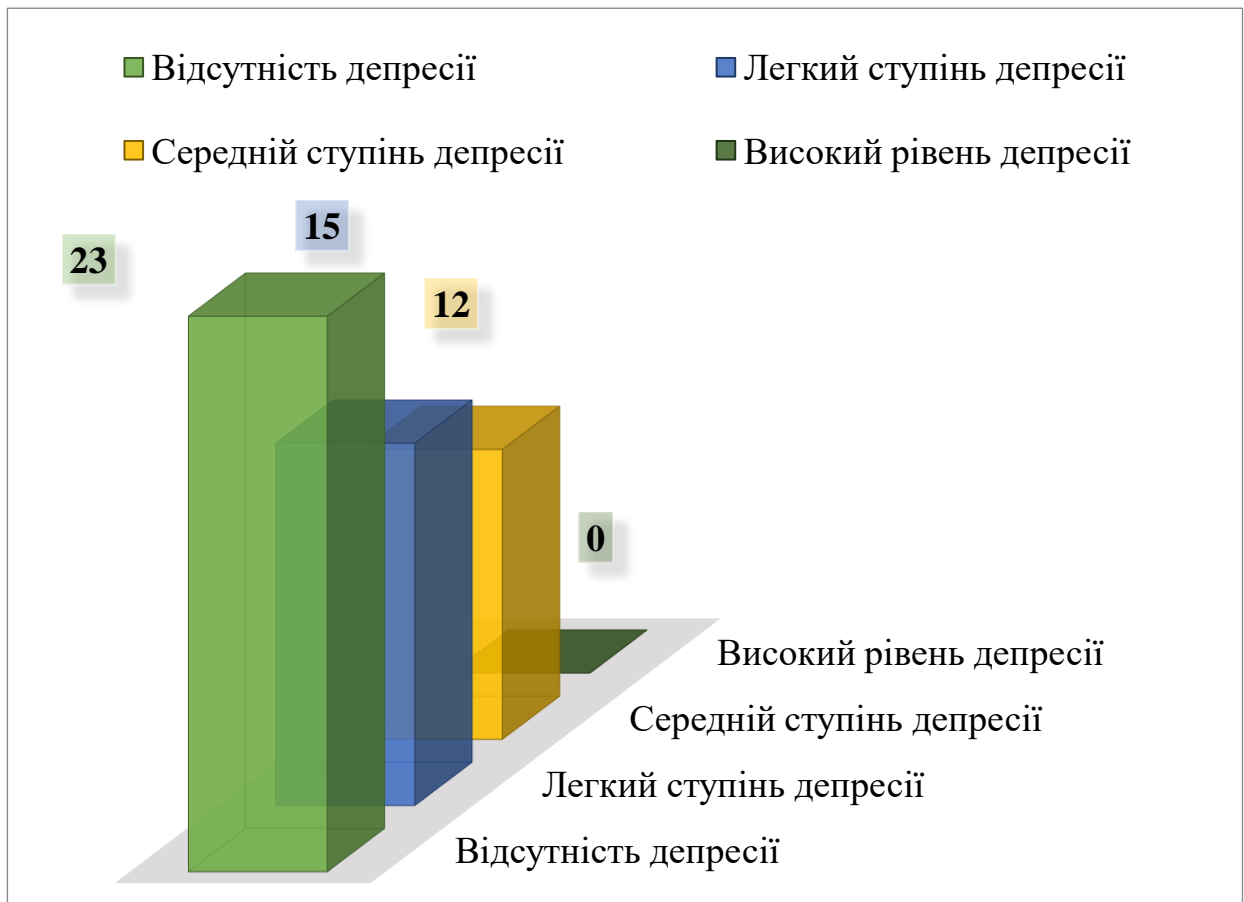


Рис. 2.7. Результати шкали депресії А.Т. Бека

Отже, 23 студентам з показниками відсутності депресії притаманні такі характеристики: позитивний настрій, відчуття щастя та задоволення життям, впевненість у собі, відсутність почуття провини, здоровий сон та апетит, інтерес до життя та оточуючих.

Щодо легкого ступеню депресії (15 студентів), то ці студенти відчувають деякі симптоми депресії, але вони не є вираженими. Їм притаманні такі характеристики: почуття смутку та пригніченості, втрата інтересу до раніше приємних занять, зміна апетиту та сну, втома та зниження енергії, труднощі з концентрацією уваги, легке почуття провини.

Щодо середнього ступеню депресії (12 студентів), то ці студенти відчувають виражені симптоми депресії, які негативно впливають на їхнє життя. Їм притаманні такі характеристики, як: стійкий почуття смутку та безнадії, втрата інтересу до життя, зміна апетиту та сну, відчуття безпорадності та провини, суїцидальні думки, труднощі з концентрацією

уваги, втрата енергії. Також варто відмітити те, що жоден зі студентів не має високого рівня депресії.

Таким чином, загальний рівень відсутньої та легкої депресії відповідає показнику – 38, а показник високої та середньої депресії – 12.

У даному контексті важливо розглянути взаємозв'язок за шкалою емоційної харчової поведінки (DEBQ) та шкалою депресії за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона. Даний розрахунок було проведено аналогічно за допомогою онлайн програми, та виявлено наступні результати (рис. 2.8).



Рис. 2.8. Взаємозв'язок між шкалою емоційної харчової поведінки та шкалою депресії (діаграма розсіювання)

Коефіцієнт кореляції у даному випадку також дорівнює 1, це свідчить про те, що у даному контексті спостерігається дуже сильний позитивний зв'язок між шкалою емоційної харчової поведінки та шкалою депресії. Тобто, чим вище рівень емоційного переїдання за шкалою DEBQ, тим вище рівень депресії. Такі результати вказують на те, що емоційне переїдання може бути одним із способів управління депресивними станами у досліджуваних осіб.

Останніми проаналізуємо результати опитувальника «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності».

Низький рівень самотності виявлено у 18 студентів.

Середній рівень самотності виявлено у 27 студентів.

Високий рівень самотності виявлено у 5 студентів.

Дані результати відображено на рис. 2.9.

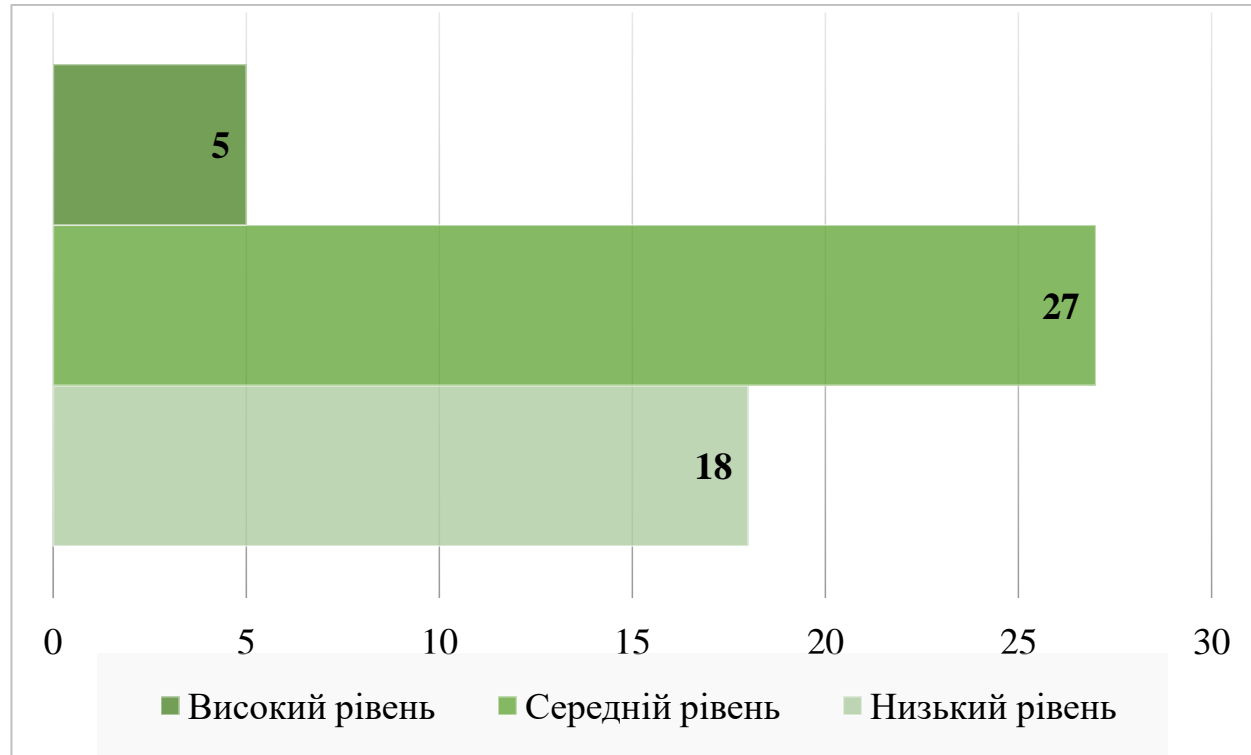


Рис. 2.9. Результати опитувальника «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності»

Варто зазначити, що студенти з низьким рівнем самотності не відчувають жодних або відчувають незначні симптоми самотності. Середній рівень самотності: ці студенти відчувають деякі симптоми самотності, які не є вираженими, але можуть негативно впливати на їхнє життя. Високий рівень самотності: ці студенти відчувають виражені симптоми самотності, які негативно впливають на їхнє життя.

Таким чином, загальний рівень низького та середнього суб'єктивного відчуття самотності відповідає показнику – 45, а показник високого відчуття самотності – 5.

У даному контексті теж важливо розглянути взаємозв'язок між вподобаннями харчової поведінки (ЕАТ-26) та рівнем суб'єктивного відчуття самотності за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона. Даний розрахунок

було проведено аналогічно за допомогою онлайн програми, та виявлено наступні результати (рис. 2.10).

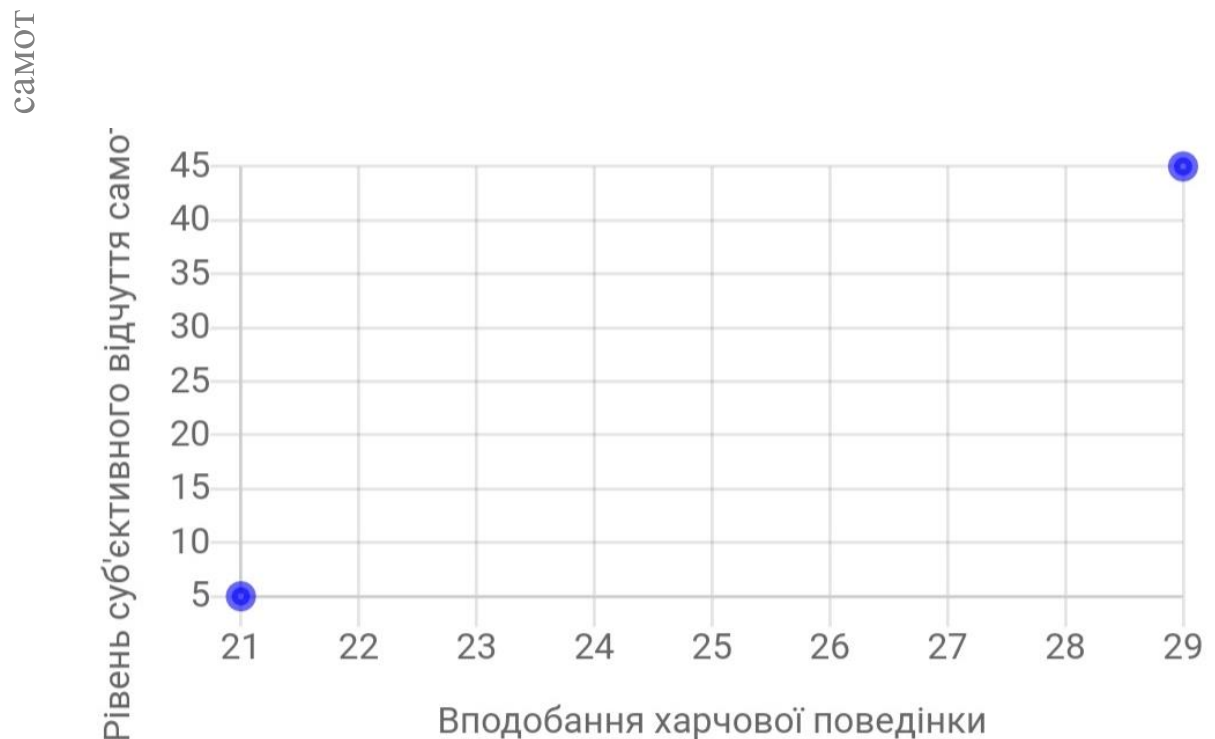


Рис. 2.10. Взаємозв'язок між вподобаннями харчової поведінки та рівнем суб'єктивного відчуття самотності

Коефіцієнт кореляції у даному випадку також дорівнює 1, це свідчить про те, що у даному контексті спостерігається сильний позитивний зв'язок між вподобаннями харчової поведінки за шкалою ЕАТ-26 та рівнем суб'єктивного відчуття самотності. Тобто, особи з певними вподобаннями в харчуванні, які вказують на можливість розвитку або наявності розладів харчування, мають вищий рівень відчуття самотності. Це може свідчити про те, що для деяких людей споживання їжі може бути способом компенсування відчуття самотності або способом виявлення внутрішніх емоційних станів.

Таким чином, етап аналізу та інтерпретації результатів дослідження соціально-психологічних чинників ПХП студентської молоді має високу цінність та відкриває широкі можливості для покращення життя студентів, розвитку науки та створення більш здорового суспільства.

Висновки до розділу 2

У даному розділі було описано та інтерпретовано результати емпіричного дослідження чинників порушення харчової поведінки серед студентської молоді.

Аналіз та інтерпретація даних дослідження дозволили зробити наступні висновки. Відповідно до методики «Голландський опитувальник харчової поведінки» за шкалою обмежувальної харчової поведінки порушення виявлені у 23 (46%) студентів. За шкалою емоційної харчової поведінки порушення виявлені у 19 (38%) студентів. За шкалою екстернальної харчової поведінки порушення виявлені у 14 (28%) студентів.

За тестом ЕАТ-26 висока ймовірність РХП виявлена у 21 (42%) студентів.

Щодо рівня самоповаги, то низька або нестійка самоповага виявлена у 38 (76%) студентів. Переважає або висока самоповага виявлена у 12 (24%) студентів.

Відповідно до результатів методики «Шкала депресії А.Т. Бека» визначено, що значна частина студентів має симптоми депресії, що потребує уваги з боку психологів та інших фахівців.

Результати опитувальника «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності» показали, що більшість студентів відчувають певний рівень самотності, що також може потребувати психологічної допомоги.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ ПОДОЛАННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

3.1. Проблеми регуляції харчової поведінки у студентській молоді

Проблема регуляції харчової поведінки у студентській молоді є актуальною та важливою, оскільки студентські роки часто визначають подальше ставлення до їжі та здорового способу життя. Цей період характеризується великою свободою вибору їжі, незалежністю від батьківського контролю та значними змінами у соціальному середовищі. Все це може призводити до недостатньої уваги до здорового харчування, нерегулярного режиму харчування, переїдання або вживання несвідомо великої кількості шкідливих продуктів. Такі звичаї можуть впливати на здоров'я та навчальні досягнення студентів.

Насамперед, варто зазначити, що центр регуляції харчової поведінки, що знаходиться в аркуатних ядрах гіпоталамуса, піддається впливу двома конкуруючими шляхами: через проопіомеланокортин та через нейропептид Y [10; 26; 35].

Один з гормонів, що може впливати на активність харчової поведінки, – лептин. Він виробляється адипоцитами білої жирової тканини і, взаємодіючи з рецепторами в центрі насичення в гіпоталамусі, спричиняє зменшення апетиту та втрату маси тіла [8].

Абсалямова Л. М. зазначає, що важливою характеристикою харчової поведінки є рівень регулювання. Харчова поведінка може бути регульована особистісно і розвиватися за гармонійним, обмежувальним або компульсивно-споживацьким типом.

Інший спосіб регулювання харчової поведінки – це під впливом емоцій або зовнішньої ситуації разом з різноманітними стимулами. При цьому психологічна готовність особистості до змін у харчовій поведінці виступає

одним із головних факторів, який дозволяє гармонізувати систему харчових виборів людини.

Особливості регуляції харчової поведінки включають:

1. Усвідомлену харчову поведінку;
2. Плановану харчову поведінку;
3. Відрефлексовану харчову поведінку;
4. Особистісну харчову поведінку;
5. Незалежну харчову поведінку;
6. Неусвідомлену харчову поведінку;
7. Неплановану харчову поведінку;
8. Невідрефлексовану харчову поведінку;
9. Ситуаційн харчову поведінку;
10. Залежну харчову поведінку [70, с. 5].

Варто зазначити, що психологічні аспекти регуляції харчової поведінки можуть включати такі види:

1. Планована харчова поведінка, коли споживання їжі відбувається за задалегідь визначеним планом, дієтою або системою харчування;
2. Спонтанна харчова поведінка, коли їжа споживається без попереднього планування або системи;
3. Особистісна харчова поведінка, яка визначається самою особистістю, її цінностями, мотивами, установками та цілями;
4. Ситуативна харчова поведінка, коли споживання їжі залежить від конкретної ситуації, що виникла в даний момент; особистість діє не за власними інтенціями, а під впливом стимулів ситуації, що оточує її [70, с. 150].

Щодо проблем регуляції харчової поведінки у студентської молоді, то вони є складними і мають численні аспекти. Однією з основних проблем є недостатня обізнаність студентів з правильним харчуванням. Багато студентів живуть віддалено від дому вперше і самостійно вирішують, що і коли їсти. Це може призвести до неправильних харчових звичок, таких як переїдання або недоїдання.

Студентське життя часто пов'язане зі стресом, особливо в період іспитів та завантаженими графіками. Стрес може призводити до збільшення споживання їжі як способу зняття напруги, що може призвести до переїдання та набору зайвої ваги.

Нестабільний режим дня також може бути фактором, що впливає на харчову поведінку студентів. Неправильне харчування через незручний графік занять може сприяти неправильному харчуванню та вибору швидких, але несвідомо шкідливих продуктів.

Зміни у соціальному середовищі також можуть впливати на харчову поведінку студентів. Віддаленість від сім'ї та зміна соціального оточення можуть призвести до нових звичок у харчуванні, які можуть бути не найкращими для здоров'я [77].

У даному контексті варто розглянути детальніше проблему раціонального харчування студентської молоді [13].

Харчування є ключовим елементом формування здорового способу життя кожної людини, особливо студентської молоді. Навчальне навантаження, байдуже ставлення до здоров'я, відсутність комфортних умов проживання та якісних продуктів, порушення здорового способу життя і режиму харчування, а також фінансові обмеження та інші фактори можуть значно регуляції здоров'я студентів [78, с. 102].

Багато студентів не розуміють, що важливими складовими здорового способу життя є правильне харчування та фізична активність. Ці елементи допомагають досягти пожаданої форми та підтримувати здоров'я. Тому, для збереження здоров'я та регуляції харчової поведінки студентам необхідно мати достатні знання про раціональне харчування, склад продуктів та їх вплив на організм. Задоволення від свого тіла, гармонія з ним, уміння слухати свій організм та його потреби, а також загальне самопочуття є важливими аспектами для молодого організму [13, с. 121].

Харчування молоді людини має важливе значення для її розвитку, працездатності та загального здоров'я. Правильне харчування сприяє

профілактиці багатьох захворювань та зміцненню організму. Тому питання регуляції харчової поведінки є важливим для студентської молоді.

Одним з ключових аспектів регуляції раціонального харчування є його збалансованість, тобто правильне співвідношення компонентів їжі.

Повноцінне харчування студентів вищих навчальних закладів є однією з головних проблем нашого часу, що впливає на здоров'я і добробут суспільства в цілому. Значна розумова напруга та активність студентів під час навчання супроводжуються високим рівнем енерговитрат, які повинні відновлюватися за рахунок збалансованого харчування.

Для нормального розвитку та функціонування організму молода людина повинна щодня отримувати близько 70 різноманітних інгредієнтів з їжею та водою, багато з яких не синтезуються в організмі і є життєво важливими. Їжа повинна містити шість основних складових компонентів: білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мінеральні речовини та воду.

Статистика свідчить, що 50% захворювань людини безпосередньо пов'язані з харчуванням. Медичні дослідження показують, що в звичайному раціоні є надлишок шкідливих речовин, а водночас бракує поживних речовин, необхідних для здоров'я, їх відображено таблиці 3.1 [13, с. 121].

Таблиця 3.1

Перелік дефіцитних та надлишкових елементів харчування молодих людей

Надлишок	Нестача
Білки тваринного походження (м'ясо)	Вітаміни
Жири	Мінерали
Вуглеводи	Білки, незамінні амінокислоти
Сіль	Рослинна клітковина
Цукор	Вода
Канцерогени (речовини, які утворюються при приготуванні їжі — смаженні, копченні — консерванти, добрива, пестициди тощо)	Поліненасичені жирні кислоти

Недостатність необхідних поживних речовин у організмі людини, особливо молоді, негативно впливає на їх здоров'я і може спричинити так

званий «прихований голод». Це може призвести до захворювань органів травлення, нервового стресу та неврозів, втоми та поганого засвоєння матеріалу, що, в свою чергу, може призвести до неякісної підготовки майбутнього спеціаліста.

Згідно з Нормами фізіологічних потреб у енергії та харчових речовинах для студентів України, це 2000-2450 ккал на добу [79].

Оскільки до 25 років процеси росту та формування організму ще не завершені, а студентська молодь зазнає значних розумових та нервово-психічних навантажень, включно зі значним напруженням зорового апарату, для них особливо важливе збалансоване та раціональне харчування. Це є ключовим фізіологічним чинником зміцнення здоров'я молодої людини [7].

Серед студентської молоді все більш поширене споживання продуктів та напоїв, які є висококалорійними, але малопоживними, і вони отримали назву «їжа-сміття» або «джанк-фуд». Ці «модні» продукти швидкого приготування з хімічними добавками, консервантами, барвниками, цукором та його штучними замінниками, рафінованими продуктами, чіпсами, алкоголем, кофеїном, тютюном є шкідливими стимуляторами. Вони призводять до високого підйому рівня інсуліну, що спричиняє значний викид серотоніну – гормону настрою. Однак поліпшення самопочуття від цих продуктів триває недовго, і незабаром мозок починає вимагати наступної порції стимуляторів, що може призвести до залежності від них. Ці продукти мають кумулятивний ефект на порушення обміну речовин і наносять велику шкоду організму, спричиняючи серйозні захворювання. Молодь є основним споживачем цих продуктів.

Також важливо відзначити шкідливий вплив на здоров'я студентів широкого споживання рафінованого цукру, який є складником безлічі продуктів, таких як цукерки, тістечка, печиво, торти, солодкі напої тощо. Для засвоєння цього цукру витрачається велика кількість кальцію, що може призвести до його вимивання з кісткової тканини і сприяти розвитку остеопорозу. Крім того, для засвоєння білого цукру вітамін групи В

витаються з різних органів, що може спричинити їх дефіцит. Люди, зокрема студенти, можуть страждати від нервової збудливості, розладів травлення, втоми, погіршення зору, анемії, серцевих нападів, м'язових і шкірних захворювань [13, с. 123].

На основі дослідження Олійник Н. А. та Швець О. І. можна визначити такі основні аспекти проблем регуляції харчової поведінки у студентської молоді [65].

1. Недоліки харчування.

— Низький рівень вживання:

- Риби та морепродуктів (84% рідко вживають).
- Свіжих фруктів (менше половини щодня).
- Овочів (окрім картоплі).
- М'ясних та молочних продуктів.

— Переважання:

○ Вуглеводів, солодоців, макаронних виробів (більше половини щодня).

○ Хлібобулочних виробів (84%).

○ Кондитерських виробів (більше половини щодня).

— Незбалансований раціон:

- Недостатність білків, вітамінів, мікроелементів.
- Надлишок вуглеводів, що може призвести до надлишкової маси тіла.

2. Недотримання режиму харчування:

— Неправильна кратність:

- 34% вживають їжу 2 рази на день.
- 42% харчуються тричі на день.
- Лише 24% харчуються 4-5 разів на день.

— Великі інтервали між прийомами їжі (понад 4-5 годин).

— Пізня вечеря (менш ніж за 2-2,5 години до сну).

3. Недостатня мотивація до знань про раціональне харчування:

— Лише 49% респондентів визнали своє харчування нераціональним.

— 72% мають відхилення в раціонах.

— Більшість звертають увагу на здорове харчування лише на 3-4 курсі, коли вже є проблеми зі здоров'ям.

4. Необхідні дії:

— Впровадження програм щодо здорового харчування в навчальний процес.

— Теоретичний матеріал:

○ Організація збалансованого харчування для молоді.

○ Безпека харчування.

○ Профілактика захворювань.

— Практичні роботи:

○ Оцінка власного раціону.

○ Корекція раціону з використанням продуктів підвищеної біологічної цінності.

— Оцінка стану здоров'я за паспортом здоров'я.

— Складання програми оздоровлення, включаючи зміну харчових звичок [13].

Молода людина, яка дотримується правил здорового харчування, має численні переваги:

1. Вона уникне зайвої ваги,

2. Може позбутися хронічних захворювань або зменшити їх прояви,

3. Буде мати гарне самопочуття, високу витривалість і стійкість до стресів,

4. Відчуватиме контроль над власним тілом [61].

Сучасна концепція регуляції харчування передбачає, що продукти повинні забезпечувати енергетичні потреби людини та сприяти регенерації клітин організму. Калорійність раціону харчування повинна відповідати витратам енергії організму. Доросла здорова людина повинна отримувати від 12 до 17% енергії від білків, від 25 до 35% – від жирів і від 50 до 55% – від

вуглеводів. Вуглеводи мають становити від 56 до 58% від загальної калорійності раціону харчування.

Існують деякі теорії, що стверджують, що дорослій людині не потрібні білки, проте застосовуючи такі обмеження на практиці, люди стикаються з недугами та хворобами. Тому важливо враховувати, що білки вкрай необхідні для життєдіяльності організму та комфортного самопочуття, оскільки вони є будівельним матеріалом для клітин організму. Найбільшу цінність для людини представляють тваринні білки [22, с. 76].

Гриньова М. В. у роботі «Організація впливу збалансованого харчування на розумову діяльність студентської молоді» зазначає, що для забезпечення 13% загальної добової енергоцінності їжі студентам необхідно споживати достатньо велику кількість білків, у середньому 110-115 г на добу, причому не менше 50% з них мають бути тваринного походження [76].

Жири та вуглеводи виступають постачальниками енергії. Принципи правильного харчування передбачають використання повільних вуглеводів (полісахаридів), оскільки швидкі вуглеводи можуть призвести до зайвої ваги. Крім того, важливо враховувати калорійність раціону харчування, яка повинна відповідати витратам енергії організму. Підрахунок калорій – це класичний принцип теорії правильного харчування.

Збалансованість в їжі є важливим правилом здорового харчування, оскільки одноманітний раціон може створити дисбаланс в організмі людини. Вчені визнали оптимальне співвідношення між основними компонентами харчування в такій пропорції – 50% вуглеводів, 30% жирів, 20% білків. Крім того, важливо дотримуватися режиму харчування, приймати їжу регулярно та враховувати наявність вітамінів, клітковини та мікроелементів у продуктах [61; 76].

Тому важливо, щоб студентська молодь активно засвоювала основи здорового способу життя та навички раціонального харчування. Регуляція збалансованого харчування при оптимальному режимі прийому їжі включає такі основні принципи:

1. Збереження рівноваги між енергією, що надходить з їжею (калорійність їжі) та енергетичними затратами організму під час його життєдіяльності.

2. Задоволення потреб організму в певній кількості, якісному складі та співвідношенні харчових речовин, включаючи білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мінеральні речовини та баластні речовини.

3. Дотримання режиму харчування – регулярного і оптимального розподілу їжі протягом дня.

4. Балансування енергії враховуючи вікові потреби та рівень рухової активності [22, с. 78].

Отже, студентська молодь стикається з проблемами у регуляції харчової поведінки, що може призводити до негативних наслідків для здоров'я. Недостатня увага до збалансованого харчування, велика кількість «їжі-сміття» у раціоні, незбалансоване співвідношення харчових компонентів та нерегулярне харчування можуть спричиняти хронічні захворювання, втомленість та інші проблеми зі здоров'ям. Для покращення стану справ можна рекомендувати впровадження освітніх та практичних заходів з підвищення обізнаності студентів щодо здорового харчування, сприяння доступу до здорової їжі та створення сприятливого середовища для прийому їжі.

3.2. Рекомендації щодо організації психологічної допомоги при проблемах харчової поведінки у студентській молоді

Враховуючи результати даного дослідження, доцільною є розробка рекомендацій для покращення харчової поведінки студентів [56; 59]:

1. Свідоме харчування: Навчіть студентів свідомо вибирати та споживати збалансовану дієту, враховуючи їхні харчові потреби.

2. Регулярні прийоми їжі: Заохочуйте студентів вживати їжу через регулярні і рівномірні інтервали для підтримання енергії та концентрації.

3. Сніданок як обов'язковий прийом їжі: Важливо включати сніданок у свій розклад дня, оскільки він забезпечує необхідну енергію на початок дня.

4. Зменшення вживання шкідливих продуктів: Заохочуйте заміну шкідливих продуктів, таких як швидка їжа та напої з високим вмістом цукру, на більш корисні альтернативи.

5. Пиття достатньої кількості води: Поясніть важливість води для гарного самопочуття та функціонування організму.

6. Вживання більше фруктів і овочів: Заохочуйте студентів вживати різноманітні фрукти і овочі як джерело вітамінів та мінералів.

7. Розумні перекуси: Рекомендуйте заміну не зовсім корисних перекусів на здорові альтернативи, такі як горіхи, насіння, фрукти або йогурт.

8. Уникання переїдання: Навчіть студентів слухати свої внутрішні сигнали голоду та насичення.

9. Кулінарні навички: Заохочуйте студентів вивчати прості рецепти та готувати їжу самостійно для забезпечення здорового харчування.

10. Уважне жування: Поясніть, що уважне жування допомагає краще перетравлювати їжу та насолоджуватися нею.

11. Свідоме вживання напоїв: Рекомендуйте вживати напої з помірністю, уникаючи напоїв з великою кількістю цукру та кави пізно ввечері.

12. Унікальні властивості харчових продуктів: Поясніть користь різних харчових продуктів для організму та їх вплив на здоров'я.

13. Планування їжі: Рекомендуйте студентам планувати свої їжі, щоб уникнути спонтанного переїдання або вибіркового харчування.

14. Відмова від шкідливих звичок: Підкресліть важливість уникнення шкідливих звичок, таких як куріння або зловживання алкоголем, для збереження здоров'я.

15. Сон і харчування: Поясніть вплив правильного харчування на якість сну та загальний стан здоров'я.

Також у даному контексті важливими є поради щодо самоповаги студентів:

1. Позитивне спілкування з собою: Спробуйте уникати самокритики і негативних думок про себе. Замість цього, звертайте увагу на свої позитивні якості та досягнення.

2. Ставте цілі та досягайте їх: Поставлення й досягнення мети може підвищити вашу самооцінку та впевненість у собі.

3. Дбайте про своє тіло: Здорове харчування, фізична активність та догляд за собою сприяють підвищенню самоповаги.

4. Вивчайте свої вміння і навички: Розкажіть собі про свої сильні сторони та досягнення. Це допоможе вам більше цінувати себе.

5. Встановіть здорові межі: Навчіться говорити «ні» у випадках, коли це не вигідно для вас або порушує ваші особисті межі.

6. Допомагайте іншим: Волонтерство та допомога іншим може підвищити вашу самооцінку.

7. Займайтеся саморозвитком: Продовжуйте вчитися та розвиватися, щоб відчувати себе більш компетентними та впевненими у собі.

8. Створіть позитивне оточення: Отримання підтримки від позитивних та відданих людей може допомогти вам відчувати себе краще.

9. Дотримуйтесь регулярного режиму: Створення стабільного розкладу та дотримання його може покращити ваше самопочуття.

10. Дозвольте собі помилки: Ніхто не досконалий. Навчіться вибачати собі та відпускати помилки, це допоможе зберегти вашу самоповагу [16].

Отже, програма організації психологічної допомоги при проблемах харчової поведінки у студентської молоді є важливим інструментом для підтримки студентів у збалансованому харчуванні та створенні здорового способу життя. Вона включає в себе проведення тренінгів з психологічної гармонізації та медіаграмотності, спрямованих на підвищення свідомості студентів щодо їхнього харчування та впливу соціальних мереж на них. Програма передбачає регулярність та систематичність у проведенні заходів з урахуванням психологічних особливостей розвитку особистості у юнацькому віці.

Для вирішення зазначених вище проблем важливо впроваджувати ефективні програми підвищення свідомості про здорове харчування та створювати сприятливе середовище для здорового способу життя серед студентської молоді.

У даному контексті варто розглянути приклад тренінгової програми запобігання порушень харчової поведінки розробленої Чубаровою Н. Р. та Копець Л. В. [17].

Даний тренінг ґрунтується на принципах:

1. Активізації,
2. Ресоціалізації
3. Особистісної центрованості, з урахуванням психологічних особливостей розвитку особистості у юнацькому віці [17, с. 61].

Тренінг передбачає проведення протягом двох днів по дві години. Перший день присвячений експрес-діагностиці та темі «Перфекціонізм – шлях до неідеального психічного стану», де теоретично пояснюється різниця між здоровим та невротичним прагненням до досконалості та пояснення на практиці механізмів прагнення робити все на найвищому рівні.

Другий день даного тренінгу присвячений медіаграмотності. Учасники повинні роздумувати над впливом соціальних мереж на їхнє самопочуття під час теми «Чи всі такі щасливі і гарні?». Мета полягає в тому, щоб зрозуміти, чи відображають користувачі соціальних мереж реальну інформацію про себе, чому вони викладають свої фотографії у найпривабливішому світлі та як це може вплинути на їхнє сприйняття себе та свого тіла.

На нашу думку, доповнення до тренінгової програми запобігання порушенням харчової поведінки може бути: розширення тематики, залучення додаткових ресурсів, інтерактивні методи навчання, дослідницька складова, створення сприятливого середовища,

Далі варто розглянути план даної тренінгової програми (Таблиця 3.2, Таблиця 3.3) [17, с. 62–67].

План тренінгової програми (1 день)

Діяльність	Ціль	Опис вправ, інструкція	Матеріали
Вступна частина «Перфекціонізм - ідеальний шлях до неідеального психічного стану»			
Знайомство; очікування учасників; експрес- психодіагностика	Знайомство, вияснити очікування, вияснити індекс життєвої задоволеності учасників	Проведення психодіагностики. Учасник виходить, називає своє ім'я і прикріплює стікер зі своїми очікуваннями від тренінгу на фліпчарт.	Матеріали для проходження методики. Фліпчарт, ручки, стікери.
Основна частина			
Теорія Що таке перфекціонізм (типи та прояви)	Вступ до основної частини		
Звідки з'являється прагнення до ідеалу	Вправа на з'ясування особистих причин перфекціонізму	Вправа «Як сформувався мій перфекціонізм». Дозволяє учасникам усвідомити звідки сформувався перфекціонізм, відокремити своє уявлення про світ від того, що їм нав'язало оточення, зустрітися зі своїми проєкціями, де уявлення про світ може виявитись не власним, а сформованим іншими людьми. Хід вправи: Написати на аркуші фразу «Ідеальний я повинен...», дописати це речення 15 раз. А далі поруч написати, хто сказав, що він\вона повинен таким бути. Далі обговорення, чи дійсно зі всіма	Аркуші, ручки.

Продовження таблиці 3.2

		пунктами кожен згодний змиритися і виконувати їх заради досягнення ідеалу.	
Теорія Причини перфекціонізму. + Вправа	Пояснити причини виникнення та здійснити вправу на прийняття помилок як засіб отримання нового життєвого досвіду.	<p>1. Об'єднати групи по 4 або 5 учасників.</p> <p>2. Доручити скласти аркуші паперу навпіл вертикально, створивши два стовпчики. У верхній частині лівої колонки написати «невдачі». Нижче написати список своїх невдач в університеті або в житті.</p> <p>3. У верхній частині правої колонки написати слово «мудрість». У цьому стовпчику написати будь-яку цінну мудрість, яку вони засвоїли у кожному випадку зі своїх невдач. Далі прочитування один-одному своєї «мудрості».</p> <p>4. Доручити розірвати папери навпіл уздовж складки. В одній руці залишаються невдачі, в іншій – мудрість. Нехай група обере, що вони залишають, а що викидають у смітник (1. І те, і інше зберігають</p>	Аркуші та ручка. Смітник.

Продовження таблиці 3.2

		<p>2. Викинути тільки невдачі</p> <p>3. Викинути тільки мудрість</p> <p>4. Викинути і те, і інше).</p> <p>Обговорити, який вибір був зроблений і чому.</p>	
Теорія Пефекціоністи та Оптималісти	Навчити розрізняти позитивний (адаптивний) і негативний (дезадаптивний невротичний) перфекціонізм		
Кофі-брейк			
Теорія Вплив перфекціонізму на психічне здоров'я + Вправа	Пояснити негативний вплив на психічний стан та здійснити вправу на прийняття свого тіла.	Вправа «Написати лист своєму тілу і написати лист-відповідь від імені тіла» Писати все, що заманеться. Проаналізувати написане з точки зору перфекціонізму, бажання досягти нереальних цілей і який вплив цього на психічний стан.	Аркуші, ручка
Теорія Корисні посилання. Вправа на рефлексію	Підвести підсумки дня	Вправа з картками МАК – кожен вибирає з розкладених карток ту, яка відповідає його отриманому досвіду за цей день.	Картки МАК

Таблиця 3.3

План тренінгової програми (2 день)

Діяльність	Ціль	Опис вправ, інструкція	Матеріали
Вступна частина			
Вправа на розігрів	Налаштувати учасників на тренінг	Вправа з картками МАК – витягнути картку наосліп і відповісти на питання «Що для мене соцмережі?»	Картки МАК
Основна частина «Що зі мною не так? Невже дійсно всі такі щасливі і гарні?»			
Теорія Медіа – фейковий конструктор реальності	Пояснити: хто створює медіа-продукт. Яке його призначення. Які проблемні ідеї про тіло можуть бути сформовані в соцмережах.		
Теорія Ідеологія зовнішності в медіа + Вправа	Обговорити, які форми тіла оцінюються більш позитивно чи негативно, ніж інші і в'яснити основні стереотипи зовнішнього вигляду в соціальних мережах.	Вправа «Намалювати типову жінку і типового чоловіка за версією Інстаграм або Фейсбук».	Аркуші, олівці.
Кофі-брейк			
Теорія	Обговорити зміст соціальної	Вправа. Наосліп учасник витягує	Підготовлені листочки.

Продовження таблиці 3.3

Техніки впливу в Інстаграмі (позування, об'єктивізація жіночності, фільтрація зовнішності, виставляння тільки позитивних постів) + Вправа	мережі Інстаграм та за допомогою вправи відчутти психологічний вплив такого контенту.	листок, де написано, яке селфі треба зробити. Дається час, далі презентація і обговорення.	
Аналіз власного контенту в Інстаграмі.		Вправа Знаходження «власної» публікації в соціальній мережі, яка може негативно вплинути на аудиторію (за бажанням і власною готовністю: знайти таку публікацію і тут же виправити її самотужки або разом з іншими учасниками)	
Закриття тренінгової програми. Підсумки. Рефлексія. Проведення повторної психодіагностики.			

Окрім цього, варто висвітлити розроблений нами план тренінгу на основі науково-методичної літератури [21; 14; 15; 18; 20; 21; 60] щодо психологічної допомоги при проблемах харчової поведінки у студентської молоді.

Цільова аудиторія: Студенти віком від 18 до 24 років.

Тривалість: 3 дні (по 2 години на день).

Мета: Надати студентам знання та навички з метою вирішення проблем харчової поведінки, використовуючи теорію, тести та практичні вправи.

Методи: лекції, обговорення, рольові ігри, вправи, перегляд відео, тести.

Оцінювання:

1. Учасники заповнюватимуть анкети до та після тренінгу, так можна оцінити їх знання та ставлення до проблем харчової поведінки.

2. Також варто провести усне опитування, щоб оцінити розуміння учасниками матеріалу тренінгу.

3. Провести тестування для оцінки знань та навичок учасників.

День 1.

1. Вступ (30 хвилин).

- Що таке проблеми харчової поведінки?
- Які поширені проблеми харчової поведінки?
- Які фактори ризику та захисні фактори для проблем харчової поведінки?

2. Лекція: «Вплив проблем харчової поведінки» (45 хвилин).

- Фізичні наслідки.
- Психологічні наслідки.
- Соціальні наслідки.

3. Тест: «Чи маю я проблеми з харчовою поведінкою?» (15 хвилин).

○ Учасники відповідають на ряд запитань, щоб оцінити ризик розвитку проблем з харчовою поведінкою.

4. Обговорення: «Міфи та факти про проблеми харчової поведінки» (30 хвилин).

- Розвінчання поширених помилок про проблеми харчової поведінки.
- Надання точної інформації про ці проблеми.

День 2.

1. Лекція: «Розпізнавання проблем харчової поведінки» (45 хвилин).

- Ознаки та симптоми РХП.
- Ознаки та симптоми нездорового харчування.

- Ознаки та симптоми негативного образу тіла та низької самооцінки.
- 2. Вправа: «Як допомогти людям з проблемами харчової поведінки» (30 хвилин).
 - Учасники практикують підхід, орієнтований на людину, активне слухання та надання підтримки.
- 3. Тест: «Чи можу я допомогти людині з проблемами харчової поведінки?» (15 хвилин).
 - Учасники відповідають на ряд запитань, щоб оцінити свою готовність допомогти людям з проблемами харчової поведінки.
- 4. Обговорення: «Ресурси для допомоги людям з проблемами харчової поведінки» (30 хвилин).
 - Місцеві та національні гарячі лінії.
 - Веб-сайти та онлайн-ресурси.
 - Професійні послуги.

День 3.

- 1. Лекція: «Самодопомога при проблемах харчової поведінки» (45 хвилин).
 - Стратегії подолання стресу.
 - Позитивне мислення та самоповага.
 - Здорове харчування та фізична активність.
- 2. Вправа: «Планування майбутнього» (30 хвилин).
 - Учасники встановлюють цілі, шукають підтримку та планують, як зберегти мотивацію.
- 3. Тест: «Чи готовий я допомогти собі або іншим?» (15 хвилин).
 - Учасники відповідають на ряд запитань, щоб оцінити свою готовність до дій.
- 4. Завершення (30 хвилин).
 - Підведення підсумків ключових моментів тренінгу.
 - Надання ресурсів для подальшого вивчення.
 - Відповіді на запитання.

Висновки до розділу 3

У даному розділі було розглянуто питання напрямків подолання порушення харчової поведінки серед студентської молоді.

Було констатовано, що проблеми регуляції харчової поведінки серед студентської молоді є актуальними та вимагають уваги. Для подолання цих проблем необхідно впроваджувати комплексні програми, спрямовані на підвищення свідомості студентів про здорове харчування та створення сприятливого середовища для здорового способу життя.

Такі програми повинні базуватися на принципах активізації, ресоціалізації та особистісної центрованості, враховуючи психологічні особливості розвитку особистості у юнацькому віці.

Організація програм психологічної допомоги має сприяти не лише покращенню харчової поведінки студентів, але й підтримці їхнього фізичного та психічного здоров'я. Важливо враховувати індивідуальні особливості кожного студента та забезпечити підтримку і позитивний вплив на їхній життєвий шлях. Дієві програми можуть стати важливим кроком у формуванні здорового способу життя серед студентської молоді та сприяти їхньому успішному навчанню та розвитку.

ВИСНОВКИ

На підставі викладених міркувань можна зробити наступні висновки відповідно до завдань.

1. Харчова поведінка – це комплекс психологічних, фізіологічних, соціокультурних та інших факторів, що впливають на харчування людини. Вона включає в себе вибір продуктів харчування, їх приготування, споживання та сприйняття їжі. Харчова поведінка формується під впливом багатьох чинників, таких як культурні традиції, соціальний статус, емоційний стан, ставлення до здоров'я та інші.

Основні види порушень харчової поведінки включають в себе такі розлади, як анорексія, булімія, компульсивне переїдання та інші. Анорексія характеризується відмовою від прийому їжі через спотворене уявлення про свою вагу та фігуру. Булімія проявляється у періодичних приступах об'їдання, після яких виникає потреба у самолікуванні, що може включати в себе спровоковане блювання або вживання послаблювальних засобів. Компульсивне переїдання характеризується споживанням великої кількості їжі в короткий період часу без відчуття контролю над процесом.

2. Дослідження причин та проявів порушень харчової поведінки показують, що ці розлади мають складну природу, яка включає фізіологічні, психологічні та соціокультурні аспекти. Серед фізіологічних причин можуть бути порушення гормонального фону, генетичні фактори та хронічні захворювання. Психологічні причини включають стрес, тривожність, низьку самооцінку та неспроможність вирішувати конфлікти. Соціокультурні чинники включають нав'язливі стандарти краси, негативні впливи засобів масової інформації та негативний досвід у дитинстві з їжею.

Прояви порушень харчової поведінки можуть бути різноманітні і залежать від конкретного розладу. Наприклад, у випадку анорексії проявляються намагання контролювати вагу через обмеження кількості споживаної їжі та інтенсивні фізичні навантаження. Булімія часто

супроводжується періодичними приступами об'їдання, які зазвичай закінчуються спровокованим блюванням або вживанням послаблювальних засобів. Компульсивне переїдання характеризується споживанням великої кількості їжі без відчуття контролю та наслідків.

Особи з порушеннями харчової поведінки часто мають певні психологічні особливості, які можуть впливати на їх ставлення до їжі та спосіб сприйняття власного тіла. Наприклад, низька самооцінка і негативне ставлення до себе часто спостерігаються у людей з анорексією та булімією. Ці особи можуть перебільшувати свої недоліки та недоліки, що спонукає їх до неприйнятних для здоров'я способів контролю за вагою та зовнішнім виглядом.

Також психологічні особливості можуть включати страх перед набором ваги або втратою контролю над їжею, що може призводити до періодичних стримувань у споживанні їжі або, навпаки, до переїдання у стресових ситуаціях. Особи з порушеннями харчової поведінки можуть також відчувати низьку власну ефективність у багатьох сферах життя, що поглиблює їхні страхи та тривогу.

3. Варто зазначити, що у даній роботі було проведене емпіричне дослідження щодо чинників порушення харчової поведінки серед студентської молоді. Дослідження включало в себе застосування таких методик, як «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ), тест вподобань харчової поведінки (EAT-26), тест «Шкала самоповаги» (М. Розенберг), шкала депресії А.Т. Бека та опитувальник «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності».

Аналіз та інтерпретація отриманих даних дозволили зробити наступні висновки. За допомогою методики DEBQ виявлено, що порушення обмежувальної харчової поведінки мають 23 (46%) студентів, емоційної – 19 (38%) та екстернальної – 14 (28%). Тест EAT-26 показав високу ймовірність ризику харчових порушень у 21 (42%) студента. Щодо самоповаги, низький або нестійкий її рівень виявлено у 38 (76%) студентів, в той час як високий або

переважаючий – у 12 (24%). Щодо симптомів депресії, значну частину студентів (точну цифру не вказано) можна віднести до групи з ознаками депресії. На основі результатів опитування щодо самотності було встановлено, що більшість студентів відчуває певний рівень самотності, що може потребувати психологічної підтримки.

4. Підсумовуючи, варто зазначити, що проблеми регуляції харчової поведінки серед студентської молоді вимагають комплексного підходу для їх вирішення. Один з напрямків подолання цих проблем полягає у впровадженні програм психологічної допомоги. Ці програми мають на меті надання студентам необхідної підтримки та інструментів для управління їхнім харчуванням та зміною негативних звичок.

5. Серед ключових елементів таких програм можуть бути індивідуальні консультації з психологом для виявлення особистих факторів, що впливають на харчову поведінку, та розробки індивідуального плану дій для поліпшення ставлення до їжі. Також важливо проводити групові сесії зі студентами для обміну досвідом та підтримки один одного у процесі зміни харчових звичок.

Крім того, в рамках програм можна розглянути проведення тренінгів та майстер-класів з питань здорового харчування, психологічних аспектів харчування та способів подолання стресу, що може сприяти негативним змінам у харчовій поведінці.

Програма організації психологічної допомоги при проблемах харчової поведінки серед студентської молоді може бути ефективним інструментом у подоланні цих проблем. Вона передбачає комплексний підхід до кожного студента, орієнтований на виявлення та розв'язання індивідуальних причин порушень харчової поведінки.

Загалом, програми організації психологічної допомоги можуть стати ефективним інструментом у розв'язанні проблем харчової поведінки серед студентської молоді, сприяючи покращенню їхнього фізичного та психологічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: дис. на здоб. наук. ступ. докт. псих. наук. Спеціальність 053 «Психологія». Київ, 2019. 398 с.
2. Абсолямова Л. М., Кіндякова Т. В. Психологічні засади та механізми порушень харчової поведінки в юнацькому віці. *The 10 th International scientific and practical conference «Eurasian scientific discussions»*. Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2022. С. 240–246.
3. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
4. Баєва Н. Р. Порушення харчової поведінки: особливості особистості та психотерапевтичні підходи до лікування: кваліфікаційна робота. Спеціальність 053 «Психологія». ВВПЗ ДГУ, Дніпро, 2023. 64 с.
5. Вайтгед Л. Подолати розлад харчової поведінки /пер. з англ Грицюк І., наук ред. Явна К. Серія: Сам собі психотерапевт. Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 112 с.
6. Веклич К. Ф., Гоголь О. В. Причини порушень харчової поведінки у сучасних підлітків. *Освіта і наука-2023: збірник наукових праць учасників звітнонаукової конференції студентів та аспірантів Факультету психології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. Київ, 2023. С. 55–58.
7. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who>.
8. Гелунець А. А. Особливості прояву харчової поведінки у молоді з різним локус-контролем: кваліфікаційна робота. Спеціальність 053 «Психологія». Вінниця, 2020. 131 с.

11. Голубка Т. Психологічні особливості харчової поведінки у сучасної молоді: кваліфікаційна робота. Спеціальність 053 «Психологія». Львів, 2022. 48 с.
12. Горбунова В. В. Етичні та правові аспекти психологічних досліджень. *Практична психологія соціальна робота*, 2015. № 3. С. 18–23.
13. Гринько Н., Сумарюк Б. М. Психологічні особливості осіб із порушеннями харчової поведінки: тези. *Конгреси, конференції*, 2018. Т. 14. № 4. С. 413.
14. Гриньова М. В., Коновал Н. О. Організація впливу збалансованого харчування на розумову діяльність студентської молоді. Полтава, 2013. 38 с.
15. Емпіричні методи наукового дослідження: лекційний матеріал. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u97/lekcija_3.pdf.
16. Етичний кодекс психолога. URL: https://pdpu.edu.ua/doc/norm_doc/psy_slujba/%D0%A2%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%98%D0%99%20%D0%9A%D0%9E%D0%94%D0%95%D0%9A%D0%A1%20%D1%82%D0%B0%20%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D1%8C.pdf.
17. Живоглядюв Ю. О., Носаль Л. Г. Екзистенційна психологія кризових станів особистості: тривога та вина в переживанні вибору майбутнього. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2022. № 2 (66). С. 1651–72.
18. Загородній В. В., Ярославська Л. П. Продукти та технологія функціонального харчування. *Матеріали першої міжнародної науковопрактичної конференції «Інтеграційні та інноваційні напрямки розвитку харчової індустрії»*, 2018. № 2(1). С. 130–134.
19. Капталан Н. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки: дис. д-ра філос. Спеціальність 053 Психологія. Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. Одеса, 2022. 186 с.

20. Карагезова С. Етапи наукового дослідження. URL: <https://www.scribd.com/document/617288292/%D0%95%D1%82%D0%B0%D0%BF%D0%B8-%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F>.
21. Ковпак Л. В. Самоповага. Рекомендації психолога щодо підвищення самооцінки та впевненості в собі. URL: <https://ps-sluzhba.khmnu.edu.ua/samooczinka-rekomendacziyi-psyhologa-shhodo-pidvyshhennya-samooczinky-ta-vpevnenosti-v-sobi/>.
22. Коpecь Л. Класичні експерименти в психології: навчальний посібник. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2010. 283 с.
23. Котух О. В. Організація та структура проведення емпіричного етапу дослідження становлення автентичності майбутніх психологів. *Актуальні проблеми психології*, 2019. № 2(14). С. 179–189.
24. Котюк Н. І. Зміни стереотипів харчування у сучасних школярів. *Актуальні проблеми транспортної медицини*, 2014. № 1(35). С. 33–36.
25. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ Вежа. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
26. Кропивницька міська рада. Що таке ментальне здоров'я і навіщо воно нам? URL: <https://kr-rada.gov.ua/rekomendatsiyi-dlya-naselennya-pid-chas-vonnogo-stanu/sho-take-mentalne-zdorovya-i-navisho-vono-nam/>.
27. Кулінка Ю. С. Технологія м'ясних січених справ для студентського харчування. *Молодий вчений*, 2016. № 12(39). С. 46–50.
28. Куштим С. І., Бородай А. Б. Формування культури харчування студентів. *Актуальні питання розвитку науки та забезпечення якості освіти у XXI столітті: тези доповідей XLVI Міжнародної наукової студентської конференції за підсумками науково-дослідних робіт студентів за 2022 рік*. Полтава: ПУЕТ, 2023. С. 656–659.

29. Лебідь Г. О. Психологічні чинники розладу харчової поведінки у жінок: кваліфікаційна робота. Спеціальність 053 «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2022. 70 с.
30. Левицька Т. Л., Миколюк В. П. Психологічні особливості молоді, схильної до порушення харчової поведінки. *Теорія і практика сучасної психології*, 2019. С. 114–117.
31. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. № 5. С. 160–165.
32. Ліха В. М., Донцова Є. В. Клінічна картина нервової булімії у жінок молодого віку в сучасних умовах. Матеріали XV Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Перший крок в науку—2018», 2018. С. 349–350.
33. Логацька Т. О. Психологічні відмінності харчової поведінки серед сучасної молоді. *Оздоровчі харчові продукти та дієтичні добавки: технології, якість та безпека: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*. К. : НУХТ, 2015. С. 174–175.
34. Лук'янчук І. В. Вид харчового розладу: орторексія. URL: <https://doc.ua/ua/news/articles/novyj-vid-pishevogo-rasstrojstva-ortoreksiya>.
35. Никоненко О., Іском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. № 4(72). С. 202–211.
36. Никоненко О., Шевченко А. Практичні аспекти зміцнення психологічного благополуччя підприємців в умовах війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. № 3(71). С. 159–168.
37. Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії: МОЗ України від 03.09.2017. № 1073.

38. Олійник Н. А., Швець О. І. Вплив харчування на здоров'я студентської молоді. *Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Серія: Педагогічні науки*, 2018. № 81(1). С. 194–197.
39. Патонич В. О. Як лікувати розлад харчової поведінки? URL: <https://csm.ua/kak-lechit-rasstrojstvo-pishchevogo-povedeniya/>.
40. Перепелиця В. В., Бровенко Т. В. Тренди здорового харчування в Європі. *Підприємництво у сфері послуг: реалії сьогодення і перспективи: матер. II Всеукр. Інтернет-конф.* Черкаси: Ю.А. Чабаненко, 2019. С. 26–29.
41. Перція Л. Обґрунтування програми психологічного забезпечення професійного здоров'я працівників ІТ-компанії. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2024. № 1(73). С. 284–294.
42. Пивоваренко О. А. Харчова поведінка, як проекція локус контролю (на матеріалах опитування студентів). *Актуальні проблеми психології розвитку особистості: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції.* Київ: Український державний університет імені Михайла Драгоманова, 2023. С. 120–122.
43. Пінчук І. Розлади харчової поведінки – це серйозна медична проблема, а не свідомий вибір чи стиль життя. URL: <https://www.unn.com.ua/uk/blog/190-rozladi-kharchovoyipovedinkitse-seryozna-medichna-problema-a-ne-svidomiy-vibir-chi-stil-zhittya>.
44. Психологічні методики та тести. Голландський опитувальник харчової поведінки. URL: https://www.eztests.xyz/tests/eating_debq/.
45. Психологічні методики та тести. Тест вподобань харчової поведінки (EAT-26). URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_eat26/.
46. Романовська Д. Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: навчальний посібник. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
47. Саломео А. Як вибрати правильні типи вибірки для вашого дослідження. URL: <https://mindthegraph.com/blog/uk/%D1%82%D0%B8%D0>

[%BF%D0%B8-%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%B1%D0%BE%D1%80%D1%83-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1/](#) .

48. Ступкевич О. А. Психологічні чинники прокрастинації студентської молоді в умовах війни: кваліфікаційна робота. Спеціальність 053 «Психологія». Ізмаїл, 2023. 87 с.
49. Таврійський державний агротехнологічний університет. Емпіричні методи дослідження. URL: <https://studfile.net/preview/9845685/page:17/>.
50. Урбанович А. М. Роль лептину у патогенезі захворювань, які супроводжуються інсулінорезистентністю. *Експерим. та клін. фізіологія і біохімія*, 2010. № 1. С. 57–62.
51. Фатєєва М. С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією: дис. на здоб. ступ. докт. філос. Спеціальність 053 «Психологія». Київ, 2021. 230 с.
52. Хавелко Г. С. Тренінг. Методика проведення тренінгу: лекція з навчальної дисципліни «Методика навчання основ здоров'я» для студентів спеціальності 014.14 Середня освіта (здоров'я людини). Львів, 2019. 20 с.
53. Харченко Н., Дудник О. Особливості Я-концепції майбутніх психологів. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. № 4(72). С. 228–234.
54. Харченко Ю. О. Харчова поведінка особистості в умовах воєнного стану: кваліфікаційна робота. Спеціальність 053 «Психологія». Миколаїв, 2021. 93 с.
55. Чубарова Н. Психологічні чинники харчової поведінки у юнацькому віці: кваліфікаційна робота. Спеціальність 053 «Психологія». Київ, 2020. 88 с.
56. Шавель, Х. Є. Деякі аспекти харчування студентів. *International scientific conference*. Czestochowa, Republic of Poland, 2022. № 5(6). С. 116–119.
57. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки: дис. доктора психол. наук. Спеціальність 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2017. 560 с.
58. Шебанова В. І. Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма патологія»: монографія. Херсон: ПП Вишемирський В. С, 2016. 612 с.

- 59.Шебанова В. І. Харчова поведінка в континуумі «норма – патологія». *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 2017. № 6(1). С. 133–138.
- 60.Шевченко Н. Ф. Здоров'я – хвороба: полюси континууму людського буття. *Психологічні перспективи*. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк: РВВ «Вежа», 2009. № 14. С. 225–232.
- 61.Шопша О. Л., Нагорна Д-І. О. Психологічні особливості порушень харчової поведінки. *The 9th International scientific and practical conference «Actual trends of modern scientific research»*. MDPC Publishing, Munich, Germany, 2021. С. 433–439.
- 62.Щербак Т. І. Психологічні особливості образу фізичного Я у осіб із розладами харчової поведінки. *Інсайт: Науковий журнал*. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2019. № 2. С. 104–111.
- 63.Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень / За ред. О. Квіташвілі. К.: Медін-форм, 2015. 460 с.
- 64.Ярославська Л. П., Загородній В. В. Проблеми здорового харчування молоді. *Інновації та технології в сфері послуг і харчування*, 2020. № 1. С. 73–81.
- 65.Abraham S., Noriega B. R., Shin J. Y. College students eating habits and knowledge of nutritional requirements. *Journal of Nutrition and Human Health*, 2018. № 2(1). P. 13–17.
- 66.AMCHP. Developmental Tasks and Attributes of Late Adolescence. Young Adulthood. State Adolescent Health Resource Center, 2019. URL: <https://amchp.org/adolescent-health/>.
- 67.Bardone-Cone A. M., Hunt R. A., Watson H. J. An overview of conceptualizations of eating disorder recovery, recent findings, and future directions. *Current psychiatry reports*, 2018. № 20. P. 1–18.
- 68.Baudinet J., Simic M., Eisler I. From treatment models to manuals: Maudsley single-and multi-family therapy for adolescent eating disorders. In *Handbook of*

- Systemic Approaches to Psychotherapy Manuals: Integrating Research, Practice, and Training*. Cham: Springer International Publishing, 2022. P. 349–372.
69. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. Mental Health Promotion in Young People an Investment for the Future. URL: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealthpromotionyoungpeople.pdf>.
70. Eggels L. Kool T., Unmehopa U., Lamuadni K. Neuropeptide Y signaling in the lateral hypothalamus modulates diet component selection and is dysregulated in a model of diet-induced obesity. *Neuroscience*, 2020. № 447. P. 28–40.
71. InStyle. For Many People with Eating Disorders. Quarantine Is an Unexpected Trigger. 2020. URL: <https://www.instyle.com/beauty/health-fitness/coronavirus-eating-disorders>.
72. Itzkovitch A., Or M. B., Schonberg T. Cue-approach training for food behavior. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2022. № 47. P. 101–202.
73. Kitsantas A., Gilligan T. D., Kamata A. College Women With Eating Disorders: Self-Regulation, Life Satisfaction, and Positive. *Negative Affect. The Journal of Psychology*, 2003. № 137(4). P. 381–395.
74. Life&Psychology. Тест «Шкала самоповаги» (М. Розенберг). URL: <https://life-psy.blog/2019/02/02/%d1%82%d0%b5%d1%81%d1%82-%d0%bd%d0%b0-%d1%81%d0%b0%d0%bc%d0%be%d0%bf%d0%be%d0%b2%d0%b0%d0%b3%d1%83/>.
75. Millington G. W. The role of proopiomelanocortin (POMC) neurones in feeding behaviour. *Nutrition & metabolism*, 2007. № 4(1). P. 1–16.
76. Oksman O. Orthorexia: when healthy eating turns against you. *The Guardian*, 2015. № 26. P. 107–118.
77. Qian M., Wu Q., Wu P., Hou Z., Liang Y., Cowling B. J., Yu, H. Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. *MedRxiv*, 2020. URL: <https://doi.org/10.1101/2020.02.18.20024448>.

78. The Guardian. Orthorexia: when healthy eating turns against you. 2018. URL: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2015/sep/26/orthorexia-eating-disorder-clean-eating-dsm-miracle-foods>.
79. Wade T.D., Tiggemann M. The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 2013. № 1(2). P. 1–6.
80. Wilksch S. M., O’Shea A., Byrne S., Wade T. D. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 2019. № 53(1). P. 96–106.
81. Wu Y., He H., Cheng Z., Bai Y., Ma X. The role of neuropeptide Y and peptide YY in the development of obesity via gut-brain axis. *Current Protein and Peptide Science*, 2019. № 20(7). P. 750–758.
82. Yahaya R., Apaak D., Hormenu T. Body image, self-esteem and health behaviour among senior high school students in Offinso Municipality of Ashanti Region, Ghana. *Journal of Physical Education and Sport Management*, 2021. № 12(1). P. 11–18.

Всього джерел – 82.

Джерел за останні десять років – 56.

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 13 (13; 14; 15; 16; 20; 21; 22; 60; 61; 76; 77; 78; 79).

Джерел українських авторів за останні десять років – 43 (1; 2; 3; 4; 8; 12; 19; 23; 24; 26; 27; 28; 29; 31; 32; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 43; 45; 49; 50; 51; 52; 53; 57; 58; 63; 64; 65; 66; 67; 68; 69; 70; 72; 73; 80; 81).

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ)

Голландський опитувальник розроблений для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки. У опитувальник входять 33 питання, кожен з яких має 5 варіантів відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» і «дуже часто», які згодом оцінюються за шкалою від 1 до 5, за винятком 31-го пункту, що має зворотні значення.

Для підрахунку балів в голландському опитувальнику по кожній шкалі потрібно скласти значення відповідей по кожному пункту і розділити отриману суму на кількість питань по даній шкалі.

У голландському опитувальнику питання 1-10 представляють шкалу обмежувальної харчової поведінки, яка характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення або підтримання бажаної ваги за допомогою самообмеження в харчуванні.

У голландському опитувальнику питання 11- 23- шкала емоційної харчової поведінки, при якій бажання поїсти виникає у відповідь на негативні емоційні стани.

У голландському опитувальнику питання 24-33 - шкала екстернальної харчової поведінки, при якій бажання поїсти стимулює не реальна почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура або вид інших людей, які приймають їжу.

Середні показники обмежувальної, емоціогенної і екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою складають 2,4; 1,8; 2,7 балів відповідно. Якщо з якої-небудь шкали набрано балів більше середнього значення, то можна діагностувати порушення харчової поведінки.

Питання тесту

Оцініть свої відчуття за останній час, використовуючи шкалу від 1 до 5, де 1 - «ніколи», 2 - «рідко», 3 - «іноді», 4 - «часто», 5 - «дуже часто».

1. Якщо ви набрали вагу, ви їсте менше, ніж зазвичай?
2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?
3. Чи часто ви відмовляєтесь від запропонованої їжі чи напоїв через те, що турбуєтесь про свою вагу?
4. Чи стежите ви за тим, що саме їсте?
5. Ви навмисне вживаєте продукти, які сприяють схудненню?
6. Якщо ви з'їли занадто багато, чи їсте ви менше, ніж зазвичай, наступні дні?»
7. Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не погладшати?
8. Як часто ви намагаєтесь не їсти між прийомами їжі, тому що стежите за своєю вагою?
9. Як часто ввечері ви намагаєтесь не їсти, тому що стежите за своєю вагою?
10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?
11. Чи є у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?
12. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?
13. Чи є у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?
14. Чи є у вас бажання поїсти, коли вам самотньо?
15. Чи є у вас бажання їсти, коли вас хтось підводить?
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху?
17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли наближається щось неприємне?
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені?
19. Чи є у вас бажання їсти, коли справи йдуть проти вас?
20. Чи є у вас бажання їсти, коли ви налякані?
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані?
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані чи засмучені?

23. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нудно?
24. Якщо їжа вам смакує, ви їсте більше, ніж зазвичай?
25. Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше, ніж зазвичай?
26. Якщо ви бачите або відчуваєте запах смачої їжі, чи є у вас бажання це
27. Якщо у вас є щось смачне, ви їсте це відразу?
28. Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне?
29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, у вас є бажання купити щось смачне?
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи виникає у вас бажання їсти?
31. Чи можете ви встояти перед смачною їжею?
32. Ви їсте більше, ніж зазвичай, коли бачите, як інші їдять?
33. Готуючи їжу, ви схильні щось з'їсти?

Тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26)

Тест вподобань харчової поведінки є скринінговим інструментом, який допоможе вам визначити, чи є у вас підозра на розлад харчової поведінки, яка потребує професійної уваги. Він не призначений для встановлення діагнозу розладу харчової поведінки і не замінює професійну консультацію.

ЕАТ-26 розроблений для оцінки ступеня виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки: прагнення схуднення, побоювання набору ваги та обмежувальних тенденцій у харчування.

Усі питання тесту, крім 26-го, оцінюються наступним чином:

«завжди» — 3;

«зазвичай» — 2;

«досить часто» — 1;

«іноді» — 0;

«рідко» — 0;

«ніколи» — 0.

26-те питання оцінюється наступним чином:

«завжди» — 0;

«зазвичай» — 0;

«досить часто» — 0;

«іноді» — 1;

«рідко» — 2;

«ніколи» — 3.

Якщо сумарний бал шкали перевищує значення 20, існує висока ймовірність розладу харчової поведінки. Тим не менш, тест ЕАТ-26 не є самостійним діагностичним інструментом, а використовується для скринінгу та попередньої оцінки.

Питання тесту

1. Я відчуваю жах при думці про надмірну вагу.
2. Я уникаю прийому їжі, коли голодний.
3. Я відчуваю занепокоєння з приводу їжі.
4. У мене були епізоди переїдання, коли я відчував, що не можу зупинитися.
5. Я розрізаю свою їжу на маленькі шматочки.
6. Я знаю кількість калорій у їжі, яку я їм.
7. Я особливо уникаю їжі з великим вмістом вуглеводів (наприклад: хліб, рис, картопля).
8. Відчуваю, що інші хотіли б, щоб я їв більше.
9. У мене буває блювота після того, як я поїв.
10. Я відчуваю надзвичайну провину після їжі.
11. Мене переслідують думки щодо схуднення.
12. Я думаю про спалювання калорій під час тренувань.
13. Інші люди думають, що я занадто худий.
14. Я стурбований думками про жирові відкладення на моєму тілі.
15. Прийом їжі у мене займає більше часу, ніж в інших.
16. Я уникаю їжу, яка містить цукор.
17. Я вживаю дієтичні продукти.
18. Я відчуваю, що їжа керує моїм життям.
19. Я виявляю самоконтроль стосовно їжі.
20. У мене є відчуття, що інші змушують мене їсти.
21. Я приділяю занадто багато часу їжі та думкам про неї.
22. Я відчуваю дискомфорт після вживання солодощів.
23. Я дотримуюся дієти.
24. Я волію, щоб мій шлунок був порожній.
25. Я відчуваю потребу викликати у себе блювоту після їжі.
26. Я відчуваю задоволення від того, що куштую нові дорогі продукти.

Тест «Шкала самоповаги» (М. Розенберг)

Шкала самоповаги Розенберга (Rosenberg's Self-Esteem Scale) – це особистісний опитувальник для вимірювання рівня самоповаги.

Самоповага – це суб'єктивна оцінка людиною себе як внутрішньо позитивної або негативної до певної міри. Сюди також входить впевненість у своїй цінності; дозвіл собі жити і бути щасливим; комфорт у вираженні своїх думок, бажань і потреб; почуття, що радість – це невід'ємне право.

Опитувальник створювався і використовувався як одновимірний, хоча, проведений пізніше, факторний аналіз виявив два незалежні фактори: самоприниження і самоповагу: чим вище одна, тим нижче інша.

Самоприниження може бути наслідком депресивного стану, тривожності і психосоматичних симптомів; самоповага є причиною і наслідком активності в спілкуванні, лідерства, почуття міжособистісної безпеки.

Обидва чинники безпосередньо залежать від ставлення до тестованого його батьків в дитинстві. Опитувальник Розенберга складається з 10 суджень, на кожне з яких пропонується чотири градації відповідей, кодованих в балах за запропонованою схемою.

Інструкція

Визначте, наскільки ви згодні або не згодні з наведеними нижче твердженнями. Поставте навпроти відповідну цифру.

4 – повністю згоден

3 – згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Тестовий матеріал

1. Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні, не менше ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.

3. Мені здається, у мене є ряд хороших якостей.
4. Я здатний дещо робити не гірше, ніж більшість.
5. Мені здається, що мені особливо нічим пишатися.
6. Я до себе добре ставлюся.
7. В цілому я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Іноді я ясно відчуваю свою неефективність.
10. Іноді я думаю, що я в усьому нехороший.

Ключ і обробка результатів тесту

За кожную відповідь нарахуєте собі бали відповідно до ключа.

Прямі запитання: 1,3,4,6. Зворотні питання – 2,5,7,8,9,10 – бали в них нараховуються навпаки: 4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4. Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація

10 – 18 балів – вам не вистачає самоповаги, її дуже мало, ви схильні в усьому поганому звинувачувати себе, бачите тільки свої недоліки і акцентуєте увагу тільки на своїх слабких сторонах, ви потрапили в замкнене коло самознищення, яке не дозволяє вам ставити цілі і досягати успіху. У кожній події ви шукайте підтвердження своєї нікчемності.

18 – 22 балів – ви балансуєте між самоповагою і самознищенням, успіхи піднімають вас до небувалих вершин і самоповага зашкалює, проте невдачі підживлюють низьку самооцінку і скидають вас в прірву, ваша думка про себе коливається то в одну, то в іншу сторону.

23 – 34 бали – самоповага у вас переважає, і ви можете адекватно оцінювати свої достоїнства і недоліки, можете погодитися з тим, що буваєте неправі, зберігаєте повагу до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим «самобичуванням», що чогось не передбачили, не помітили, «соломку НЕ підстелили», в результаті, така поведінка не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і відкоригувати там, де є можливість.

35 – 40 балів – ви поважаєте себе як людину, особистість, професіонала і робите все для того, щоб продовжувати поважати себе і далі: розвиваєтеся, вдосконалюєтеся в професії, духовному та інтелектуальному плані, в сфері відносин, вмієте робити уроки з помилок і важких ситуацій . Це норма, до якої варто прагнути.

Шкала депресії А.Т. Бека

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Інструкція: Прочитайте кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас.

№ з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	Г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.
б) Мені погано.
в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.
г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.
б) Я боюся майбутнього.
в) Мене ніщо не радує.
г) Моє майбутнє безпросвітно.
3. а) В житті мені переважно щастило.
б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.
в) Я нічого не добився в житті.
г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.
б) Як правило, я скучаю.
в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.
г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.
б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.
в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.
г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.
б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.
в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.
г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:
б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.
в) Я знаю, що заслуговую покарання.
г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.
б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.
в) Я не люблю себе.
г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший за інших.
б) Деколи я припускаюся помилки.
в) Просто жахливо, як мені не щастить.
г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.
б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.
в) Було краще б зовсім не жити.
г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати.
б) Буває, що я і поплачу.
в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати.
г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний.
б) Я легко дратуюсь.
в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.
г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.
б) Іноді я відкладаю рішення на потім.
в) Приймати рішення для мене проблематично.
г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.
г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
15. а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.
б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.
в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.
г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.
б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.
г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.

- 17.а) У мене збереглася колишня працездатність.
 б) Я швидко втомлююся.
 в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
 г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
- 18.а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
 б) У мене пропав апетит.
 в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.
 г) У мене взагалі немає апетиту.
- 19.а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
 б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
 в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.
 г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.
- 20.а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.
 б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.
 в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.
 г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.
- 21.а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.
 б) У мене постійно щось болить.
 в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.
 г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується:

“а”	– 0 балів,
“б”	– 1 бал,
“в”	– 3 бали,
“г”	– 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії:

0-4 бали – депресія відсутня;

5-7 бали – легкий ступінь депресії;

8-15 бали – середній ступінь депресії;

16 і більше балів – високий рівень депресії.

**Опитувальник «Методика діагностики рівня суб'єктивного
відчуття самотності»**

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень. Розгляньте послідовно кожне з них та оцініть, наскільки часто їх прояви зустрічаються у Вашому житті. Можна вибирати з чотирьох варіантів відповідей: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи». Варіант, який Ви обрали, відмітьте знаком «+».

Твердження	Часто	Інколи	Рідко	Ніколи
Я нещасливий, що займаюсь такою кількістю речей на самоті				
Мені нема з ким поговорити				
Для мене нестерпно бути таким самотнім				
Мені не вистачає спілкування				
Я відчуваю, ніби ніхто справді не розуміє мене				
Я ловлю себе на тому, що перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені				
Немає нікого, до кого я міг би звернутися				
Я зараз ні з ким не близький				
Ті, хто мене оточує, не поділяють мої ідеї та погляди				
Я відчуваю себе повністю самотнім				
Я не здатний розкуто спілкуватися з тими, хто мене оточує				
Я відчуваю себе повністю самотнім				

Мої соціальні стосунки та зв'язки поверхневі				
Я постійно прагну бути в компанії				
Насправді ніхто не знає мене, як годиться				
Я відчуваю себе ізольованим від інших				
Я нещасливий, будучи таким відторгненим				
Мені важко заводити друзів				
Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими				
Люди навколо мене, але не зі мною				

Обробка результатів.

Підрахуйте кількість кожного з варіантів відповідей.

Кількість відповідей «часто» помножте на 3, «інколи» – на 2, «рідко» – на 1. «Ніколи» – це 0.

Отримані результати складіть.

Найбільший показник самотності – 60 балів:

- Від 40 до 60 балів – високий рівень самотності.
- Від 20 до 40 балів середній рівень самотності.
- Від 0 до 20 балів – низький рівень самотності.