**Розділ 1. Теоретичні дослідження харчової поведінки та розладів харчової поведінки**

## **1.1. Поняття харчової поведінки та її основні компоненти**

Харчова поведінка є складним біопсихосоціальним феноменом, що охоплює широкий спектр поведінкових патернів, пов'язаних із прийомом їжі. Це складний і багатогранний процес, що охоплює всі аспекти прийому їжі, включаючи фізіологічні, психологічні та соціальні чинники. Вона визначається як сукупність установок, звичок, емоцій і дій, пов’язаних з вибором, приготуванням і споживанням їжі. Харчова поведінка може бути як адекватною (гармонійною), так і девіантною (відхиляється від норм). У сучасній науковій літературі існує декілька підходів до визначення цього поняття, які відображають його багатовимірність та комплексність. [56]

Вивчення харчової поведінки та розладів харчової поведінки (РХП) проводилось і українськими дослідниками, і зарубіжними, такими як Х. Е. Долл, А. А. Марков, Дж. Терренс Уіл-сон, І. І. Федорова, Н. Ю. Крас-ноперова, В. Д. Менделевич, І. Г. Малкіна-Пих, Ю. Л. Савчикова, С. Дж. Фрайберн, В. Я. Семке; Т. Г. Вознесенська, П. Норман, Б. А. Девіс, Ц. П. Короленко, Федомендасій І. І., Н. Ю. Красномендацій, Вивченіров, Г. Ш. Ашурова, А. А. Марков, Дж. Терренс Вілсон, Кетлін М. Пайк, В. Я. Семке, А. В. Вахмістров, П. Номімінс Б. А. Девіс та інші. Вони багато років глибоко досліджували психологічні аспекти харчової поведінки та дослідили можливості психологічної допомоги. [4] Практичне застосування їх роботи підкреслює важливість цієї теми.

За визначенням Максименко С. Д., харчова поведінка представляє собою сукупність форм інстинктивної поведінки людини, що включають режим, темп прийому їжі, переваги у виборі продуктів харчування, мотивацію до прийому їжі та дії, що безпосередньо пов'язані з процесом харчування. [21]

Дослідник Католик Г. В. Розглядає харчову поведінку як ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах та в ситуації стресу, поведінку, орієнтовану на образ власного тіла, і діяльність із формування цього образу. [13]

На підставі аналізу наукової літератури можна виділити наступні основні компоненти харчової поведінки: [6]

1. Когнітивний компонент. Включають усвідомлення харчових звичок, знань про їжу та її вплив на здоров'я, знання про харчову цінність продуктів. Когнітивні фактори можуть визначати вибір продуктів і ставлення до них, а також самооцінка харчової поведінки.
2. Емоційний компонент. Харчова поведінка часто пов'язана з емоційним станом людини. Цей компонент показує: емоційне ставлення до їжі, харчові переваги та смакові відчуття, емоційні реакції на прийом їжі, харчова тривожність. Наприклад, стрес або депресія можуть призводити до переїдання або відмови від їжі
3. Поведінковий компонент. Дослідження Крістофер Г. Фейнберна вказують на те, що поведінковий компонент харчової поведінки включає в себе кілька ключових аспектів, які формують індивідуальні звички та реакції людини на їжу: харчові звички та індивідуальні ритуали, пов'язані з їжею, стереотипи прийому їжі, харчова мотивація, контроль за прийомом їжі.
4. Фізіологічний компонент. Обумовлений базовими потребами організму в енергії та поживних речовинах. Він включає нейрофізіологічні механізми, пов’язані з відчуттям голоду та ситості, а також із контролем рівня глюкози та інших енергетичних показників у крові. Цей компонент регулюється центральною нервовою системою, зокрема гіпоталамусом, який контролює апетит, і системою гормонального контролю, де важливу роль відіграють гормони грелін і лептин.
5. Соціокультурний компонент. Взаємодія з іншими людьми під час прийому їжі може суттєво вплинути на вибір продуктів та стиль харчування, культурні традиції харчування, соціальні норми прийому їжі, сімейні харчові звички, вплив соціального оточення.

Дослідження Коннера М. та Армітейджа К. показують, що всі ці компоненти перебувають у тісній взаємодії та впливають один на одного, формує індивідуальну харчову поведінку кожної людини і визначає її ставлення до їжі та процесу харчування в цілому. [6], [25]

Важливо зазначити, що харчова поведінка формується під впливом багатьох факторів. [35]

## Біологічні фактори.

Генетичні особливості: може впливати на смакові уподобання, метаболізм і навіть на схильність до певних розладів харчування. Наприклад, деякі люди можуть мати генетичну схильність до переїдання або залежності від певних видів їжі. [56]

Стан здоров’я: хронічні захворювання або фізичні обмеження можуть суттєво вплинути на вибір продуктів і режим харчування. Люди з певними медичними умовами можуть бути змушені дотримуватися специфічних дієт.

Психологічні фактори.

Емоційний стан: емоції відіграють важливу роль у формуванні харчової поведінки. Стреси, депресія або навпаки радість та щасливі моменти можуть спонукати до зміни звичок у харчуванні, що часто проявляється у вигляді емоційного переїдання або відмови від їжі. [19]

Особистісні характеристики: риси особистості, такі як рівень тривожності, самооцінка та імпульсивність, можуть визначати харчові звички. Наприклад, особи з низькою самооцінкою можуть використовувати їжу як спосіб компенсації емоційного дискомфорту.

Соціальні фактори.

Культурні норми: визначає прийнятність певних продуктів та способів їх приготування. Соціальні традиції можуть формувати уявлення про те, що є "правильним" або "нормальним" у харчуванні. [18]

Сімейне виховання: в сім'ї формує основи харчової поведінки, традиції, звички та ставлення батьків до їжі можуть суттєво вплинути на харчові звички дітей.

Економічні фактори.

Економічний статус особи або сім'ї може суттєво вплинути на вибір продуктів харчування. Доступність якісних і здорових продуктів може бути обмежена фінансовими можливостями, що призводить до збільшення споживання дешевих і калорійних продуктів. І також це може бути навпаки -   з'являється надмірна зосередженість на високоякісних або незвичних дорогих продуктах.

Екологічні фактори.

Якість продуктів: доступність свіжих і якісних продуктів харчування може впливати на вибір їжі. Низька якість продуктів може спонукати людей до вибору менш корисних варіантів.

Умови проживання: житлові умови та оточення також грають роль у формуванні харчової поведінки. Доступ до ринків, магазинів та інших джерел їжі може визначати можливості для здорового харчування.

За даними досліджень Михайлової В. В., саме взаємодія цих факторів визначає індивідуальні особливості харчової поведінки кожної людини. [5]

Сучасні наукові дослідження демонструють, що харчова поведінка не є статичною характеристикою, а може змінюватися протягом життя під впливом різних чинників, включаючи:

* вікові зміни;
* життєві обставини;
* стресові ситуації;
* зміни в соціальному оточенні;
* нові знання про харчування.

Таким чином, харчова поведінка є складним, багатокомпонентним феноменом, що формується та розвивається під впливом різноманітних факторів. Розуміння її структури та механізмів функціонування є необхідною умовою для ефективної роботи з порушеннями харчової поведінки та їх профілактики.

1.2. Теоретичні підходи до вивчення розладів харчової поведінки

Історичний розвиток досліджень розладів харчової поведінки (РХП) характеризується суттєвою трансформацією теоретичних підходів. Перші наукові згадки про порушення харчування датуються кінцем XIX століття, коли W. Gull (1874) та E. Lasègue (1873) незалежно один від одного описали синдром нервової анорексії. З того часу теорії та методи дослідження РХП зазнали значних змін, відбиваючи розуміння складності цих розладів. [65]

На початку XX століття домінував психоаналітичний підхід, представлений роботами З. Фрейда та його послідовників. У межах цього напряму РХП розглядалися як прояв неусвідомлених конфліктів та фіксації на оральній стадії психосексуального розвитку. Психоаналітична теорія стверджувала, що РХП виникають через внутрішні конфлікти, які не можуть бути вирішені на свідомому рівні. H. Bruch (1973) збагатила психоаналітичну теорію, акцентуючи увагу на порушеннях формування образу тіла та самосприйняття. Вона ввела концепцію "невідповідності тіла", стверджуючи, що люди з РХП мають спотворене сприйняття свого тіла та не можуть адекватно реагувати на внутрішні сигнали голоду та насичення. [4]

Біхевіоральний підхід, що набув поширення у 1960-х роках, пояснював РХП через призму теорії научіння. Представники цього напряму (A. Bandura, 1977; B.F. Skinner, 1953) розглядали харчові розлади як результат підкріплення дезадаптивної поведінки. Біхевіоральна теорія стверджувала, що РХП виникають через навчання та підкріплення нездорових харчових звичок. A. Bandura (1977) ввів концепцію соціального навчання, стверджуючи, що люди навчаються нездоровим харчовим звичкам через спостереження та наслідування поведінки інших. [57] B.F. Skinner (1953) розглядав РХП як результат оперантного підкріплення, коли поведінка підкріплюється наслідками, які вона викликає. [55]

Існує кілька теоретичних підходів, які допомагають пояснити причини та механізми розвитку РХП. Ці підходи включають біологічні, психологічні, соціальні та культурні теорії.

#### Біологічні теорії.

Біологічні теорії РХП зосереджені на генетичних, нейробіологічних та фізіологічних факторах, які можуть впливати на розвиток РХП. Цей підхід допомагає зрозуміти фізіологічні основи розладів і може бути корисним для розробки медикаментозної терапії.

1. **Генетичні фактори**: дослідження показують, що генетичні чинники можуть грати значну роль у розвитку РХП, певні генетичні мутації можуть збільшувати ризик розвитку РХП. Наприклад, близнюкові дослідження виявили, що генетичні фактори можуть пояснити до 50-80% варіабельності в розвитку анорексії нервози та булімії нервози.
2. **Нейробіологічні механізми**: нейробіологічні дослідження виявляють зміни в роботі мозку у людей з РХП. Порушення в роботі нейромедіаторів, таких як серотонін і дофамін, можуть впливати на апетит і настрій. Так порушення в системі винагород мозку, яка відповідає за відчуття задоволення від їжі, можуть бути пов'язані з розвитком РХП.
3. **Фізіологічні чинники**: фізіологічні чинники, такі як гормональні дисбаланси та порушення метаболізму, також можуть впливати на розвиток РХП. Наприклад, дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та статевих гормонів може бути пов’язана з розвитком РХП, регулюють апетит і насичення, можуть сприяти розвитку анорексії нервози або булімії нервози. [56]

#### Психологічні теорії.

Психологічні теорії зосереджені на внутрішніх психологічних процесах, які можуть впливати на розвиток РХП. [34]

1. **Когнітивно-поведінкова теорія**: стверджує, що РХП виникають через неправильні уявлення та переконання про їжу, вагу та форму тіла. КПТ підходить до вивчення РХП з позиції аналізу дезадаптивних думок, поведінкових моделей і патернів, які впливають на негативну самооцінку та спотворене сприйняття власного тіла. Згідно з цим підходом, люди з РХП сприймають власну цінність через зовнішні фактори, такі як вага чи форма тіла, а будь-яке відхилення від бажаного образу сприяє зростанню тривожності та незадоволеності собою.
2. **Теорія емоційної регуляції**: згідно з цією теорією, люди з РХП використовують їжу як спосіб регуляції емоцій. Наприклад, переїдання може бути способом впоратися зі стресом або негативними емоціями - в такі моменти людині здається, що тільки щось смачненьке їй принесе радість.
3. **Теорія прив'язаності**: теорія стверджує, що проблеми в ранніх взаєминах з батьками можуть впливати на розвиток РХП. Небезпечна прив'язаність може призвести до порушень у формуванні самооцінки та ставлення до власного тіла.

#### Соціальні та культурні теорії. [34]

Соціальні та культурні теорії зосереджені на зовнішніх факторах, які можуть впливати на розвиток РХП, може бути основою для соціальних кампаній з профілактики розладів.

1. **Соціокультурна теорія**: стверджує, що РХП виникають через тиск, який суспільство чинить на людей, щоб вони відповідали певним стандартам краси та фізичної привабливості. Медіа, реклама та соціальні мережі часто транслюють нереалістичні ідеали тіла. Сучасні соціальні стандарти, які ідеалізують стрункість і підсилюють негативне ставлення до зайвої ваги, можуть сприяти розвитку незадоволеності собою та до нездорових харчових звичок.
2. **Теорія соціального навчання**: люди навчаються нездоровим харчовим звичкам через спостереження та наслідування поведінки інших. Наприклад, діти можуть навчитися нездоровим харчовим звичкам, спостерігаючи за поведінкою своїх батьків або однолітків.
3. **Теорія соціального порівняння**: стверджує, що люди постійно порівнюють себе з іншими, що може призводити до невдоволення своєю зовнішністю та вагою. Соціальні мережі та медіа часто сприяють такому порівнянню, пропагуючи ідеали краси та фізичної привабливості. Такі порівняння можуть стимулювати виникнення тривожності щодо власного тіла, що, в свою чергу, веде до спроб контролювати свою вагу через суворі дієти або інші обмеження.

#### Інтегративні підходи. [35]

Інтегративні підходи об'єднують різні теоретичні моделі для більш комплексного розуміння РХП.

1. **Біопсихосоціальна модель**: враховує біологічні, психологічні та соціальні фактори, які можуть впливати на розвиток РХП. Вона стверджує, що РХП виникають через взаємодію генетичних, нейробіологічних, психологічних та соціальних чинників. [35]
2. **Модель стресу та вразливості**: стверджує, що РХП виникають через взаємодію стресових факторів та індивідуальної вразливості. Люди з високою вразливістю (наприклад, генетична схильність або психологічні проблеми) можуть розвинути РХП під впливом стресових факторів (наприклад, соціальний тиск або життєві події). [35]

РХП є складними та багатогранними розладами, які вимагають комплексного підходу до їх вивчення та розуміння. Біологічні, психологічні, соціальні та культурні теорії надають важливі пояснення причин та механізмів розвитку РХП. Інтегративні підходи, які об'єднують різні теоретичні моделі, дозволяють отримати більш комплексне розуміння РХП та розробити ефективні стратегії профілактики та лікування.

Низька інформованість населення та фахівців сприяє поширенню міфів про РХП (РХП). Наприклад, міф, що РХП можна визначити за зовнішнім виглядом, обмежує кількість людей, які шукають допомогу, оскільки вони можуть не вважати себе "достатньо хворими". Інший поширений міф - РХП - це просто прагнення схуднути, а не серйозне психічне захворювання. Насправді ж, РХП мають складну етіологію, зумовлену поєднанням генетичних та середовищних факторів. [11] Ряд фактів, що спростовують поширені міфи:

1. Багато людей з РХП виглядають здоровими, хоч і можуть бути хворими
2. Сім'я не є причиною РХП, але може сприяти розвитку чи допомагати в лікуванні
3. РХП - серйозні розлади, що порушують приватне та соціальне функціонування
4. РХП - не є особистим вибором, а біологічно зумовлене захворювання
5. РХП можуть виникати в людей різної статі, віку, національності, ваги, соціально-економічного статусу, сексуальної орієнтації тощо
6. РХП пов'язані з ризиками для здоров'я і життя у вигляді суїцидальної поведінки та медичних ускладнень
7. В розвитку РХП важливу роль відіграє оточення, а не лише гени
8. Гени не визначають наявність РХП
9. Повне одужання при РХП можливе за умови ранньої діагностики та лікування

Розвінчання цих міфів та поширення достовірної інформації важливе для покращення виявлення та допомоги людям, які страждають на РХП. [11]

1.3. Поняття та класифікація розладів харчової поведінки

Розлад харчової поведінки (РХП) - це складний комплекс психологічних, фізіологічних та соціальних факторів, що призводить до порушення нормальних харчових звичок та відносин до їжі та власного тіла. Ці розлади суттєво впливають на фізичне здоров’я, психологічний стан та соціальну адаптацію людини. [12]

РХП – це не просто дієти або капризи, а серйозні психічні захворювання, що вимагають комплексного лікування. Вони часто супроводжуються іншими психічними розладами, такими як депресія, тривожні розлади та розлади особистості. [39]

Основними ознаками РХП є:

* **Патологічні зміни в харчових звичках**: може включати надмірне обмеження споживання їжі, періодичні епізоди переїдання, компенсаторні поведінки (наприклад, викликання блювоти, прийом проносних засобів) та інші форми нездорової харчової поведінки.
* **Спотворене сприйняття власного тіла**: люди з РХП часто мають нереалістичні уявлення про свою вагу та форму тіла, що призводить до надмірної стурбованості та невдоволення своєю зовнішністю.
* **Психологічні та соціальні наслідки**: РХП можуть призводити до значних психологічних та соціальних проблем, включаючи депресію, тривогу, соціальну ізоляцію та порушення міжособистісних відносин.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [39], яка є офіційною клініко-­діаг­ностичною класифікацією, прийнятою в нашій країні, РХП включено до розділу F 50 - F 50.9 містять:

F 50 — РХП

F 50.0 — Нервова анорексія

F 50.1 — Атипова нервова анорексія

F 50.2 — Нервова булімія

F 50.3 — Атипова нервова булімія

F 50.4 — Переїдання, пов’язане з іншими ­психогенними порушеннями

F 50.5 — Блювання, асоційоване з іншими ­психогенними розладами

F 50.8 — Інші РХП

F 50.9 — РХП не уточнені [68]

РХП поділяються на декілька основних типів, кожен з яких має специфічні характеристики та відмінності, що стосуються як клінічних проявів, так і факторів, що спричиняють їх виникнення. Відповідно до останніх класифікацій DSM-5 та МКХ-11, до основних типів РХП відносяться. [68]

1. **1. Анорексія нервова** (Anorexia nervosa) - це стан, при якому людина навмисно знижує свою вагу до небезпечного рівня, обмежуючи кількість споживаних калорій, а іноді й повністю відмовляючись від їжі. Розлад, що характеризується суворим обмеженням споживаної їжі, що призводить до критичного зниження ваги. Пацієнти часто застосовують суворі дієти, фізичні навантаження, зловживають проносними засобами або викликають блювання. [65]

Анорексія може мати кілька підтипів:

* Первинна анорексія, яка характеризується відсутністю почуття голоду через неврологічні або ендокринні порушення.
* Нервова анорексія, викликана психічними розладами, такими як тривожність або депресія.
* Лікарська анорексія - виникає як побічний ефект лікарських препаратів.

Анорексія нервова (АН) може призвести до серйозних фізичних наслідків, включаючи відмову органів, гормональні збої, втрату кісткової маси, що може закінчитися летально. [58]

Симптоми анорексії нервової можуть включати:

* Регулярне обмеження споживання їжі або пропуск прийомів їжі, відмова від певних продуктів або груп продуктів, вважаючи, що ці продукти викликають рост зайвої ваги.
* Постійний страх перед набором ваги, навіть якщо вага вже значно нижче норми.
* Люди з АН можуть сприймати себе як надмірно повних, відмовляються від підтримки ваги на рівні мінімальної норми для відповідної вікової категорії.
* Втрата ваги, слабкість, втома, головні болі, часте сечовиділення та спрага, які можуть бути ознаками недоїдання.
* Як наслідки можуть проявитися більш серйозні симптоми: аритмія, зниження артеріального тиску, серцева недостатність, зниження функції щитовидної залози, порушення менструального циклу, Судоми, запаморочення, втрата свідомості.
* Тривога, депресія, низька самооцінка та інші емоційні розлади, постійний сильний стрес через страх набрати вагу.
* Уникнення медичних візитів та контролю ваги, відмова від аналізів та медичних досліджень, соціальна ізоляція та інші зміни в поведінці, які можуть вказувати на наявність АН. [39]
1. **2. Булімія нервова (Bulimia nervosa) -** розлад, який характеризується епізодами неконтрольованого переїдання, після яких людина вдається до компенсаторних дій, щоб уникнути набору ваги (зокрема, викликає блювання, приймає проносні засоби або надмірно тренується). У пацієнтів з булімією часто спостерігаються емоційні порушення, які виражаються у надмірному самозасудженні та тривожності, самооцінка залежна від форми тіла та ваги. Булімія також має негативний вплив на фізичне здоров'я, може призводити до серйозних медичних ускладнень, зокрема до електролітного дисбалансу, проблеми з серцем, порушення травлення та проблем зі шлунково-кишковим трактом. [60], [17]
2. **3. Розлад компульсивного переїдання** (Binge Eating Disorder) - це розлад, який характеризується епізодами надмірного споживання їжі без подальших компенсаторних дій, характерних для булімії. [7] Визначальні риси:
* рекурентні епізоди неконтрольованого переїдання;
* відчуття втрати контролю під час епізодів;
* виражений дистрес щодо переїдання;
* відсутність регулярної компенсаторної поведінки.

Люди з компульсивним переїданням часто відчувають провину та сором через свою поведінку, що знижує їх самооцінку та може призводити до депресії. Як правило, цей розлад сприяє розвитку надмірної ваги та ожиріння, а також супутніх захворювань, таких як діабет та серцево-судинні захворювання. [61]

1. **4. Орторексія** (Orthorexia nervosa) - це патологічне прагнення до здорового харчування, яке стає настільки нав’язливим, що порушує нормальну життєдіяльність людини, може призводити до соціальної ізоляції і обмеження різноманітності їжі. На відміну від інших РХП, орторексія не включає пряму тривогу щодо ваги чи фігури, але супроводжується суворими правилами щодо їжі. Люди з орторексією обмежують раціон, виключаючи певні продукти, які вони вважають "шкідливими", що може призводити до дефіциту необхідних поживних речовин та соціальної ізоляції. Орторексія та інші розлади, приведені далі відносять до атипових та нових форм РХП, які виділяють сучасні дослідження. [30]
2. **5. Нічний розлад харчування** (Night Eating Syndrome) — розлад, при якому людина споживає основну частину добової калорійності у вечірній та нічний час. Цей стан може супроводжуватися порушеннями сну, тривожністю та депресивними епізодами, оскільки вживання їжі вночі часто сприймається як негативна поведінка, що підсилює почуття провини. Нічний розлад харчування часто сприяє набору зайвої ваги та підвищенню ризику метаболічних захворювань. [24]
3. 6. Розлад піка (пікацизм) — це РХП, при якому людина вживає неїстівні предмети (наприклад, землю або крейду). **Назва "піка" походить від латинського слова** pica **— сорока, що символізує птахів, які споживають різноманітну їжу, часто неїстівну. Систематичне споживання неїстівних речовин може призводити до серйозних медичних ускладнень, інтоксикацій та порушень розвитку. Ключові ознаки:**
* постійне споживання неїстівних речовин
* поведінка триває мінімум 1 місяць
* не відповідає віковому розвитку
* не є культурною практикою

#### Наслідки піки:

* Інтоксикація (наприклад, свинцем через споживання фарби).
* Пошкодження травного тракту (закупорка, перфорація, запалення).
* Дефіцит поживних речовин через недостатнє споживання нормальної їжі.
* Соціальна ізоляція через незвичну поведінку.
* Погіршення якості життя через фізичні та психологічні проблеми.

Цей стан може бути пов'язаний із дефіцитом поживних речовин або психічними розладами. [39]

1. 7. Розлад вибіркового харчування (ARFID) - розлад, який проявляється у вигляді обмеження кількості і типу споживаної їжі без явної причини (наприклад, алергій). У МКХ-11 започатковано нову діагностичну категорію - розлад уникнення /обмеження споживання їжі (ARFID), розроблено дiагностичнi ­інструменти й терапевтичні стратегії. Іноді характеризується відмовою від їжі через сенсорні характеристики (смак, запах, текстура), побоювання негативних наслідків вживання їжі (задуха, блювання) або надмірною увагою до безпеки їжі. [68] Симптоми можуть включати: різке зниження ваги, відсутність апетиту, хронічні проблеми з травленням. Основними ознаками ARFID є:
* вузький діапазон прийнятних продуктів харчування,
* уникання певних продуктів через сенсорні характеристики (текстура, смак, запах),
* недостатнє споживання їжі, що призводить до порушень харчування та росту,
* відсутність стурбованості власною фігурою або вагою. [39]
1. **8. Бігорексія -** є специфічним видом РХП, що характеризується надмірною зацикленістю на досягненні ідеальної м’язової маси. Цей стан зазвичай зустрічається серед чоловіків, але також може спостерігатися і в жінок, особливо тих, хто активно займається спортом чи бодібілдингом. У людей із бігорексією спостерігається викривлене сприйняття свого тіла, що викликає нездорове прагнення до нарощення м'язової маси. [68] Головні ознаки:
* людина проводить години у тренажерному залі, навіть коли це шкодить її фізичному здоров'ю,
* переконаний, що його тіло недостатньо "мускулисте" або виглядає "слабким", навіть якщо це не відповідає реальності,
* гіперфокус на споживанні білків для нарощування м’язів, часто на шкоду збалансованості раціону,
* використання надмірної кількості харчових добавок, протеїнових коктейлів і стероїдів,
* уникнення соціальних подій через бажання дотримуватися режиму тренувань або харчування. [26]
1. **9. Румінація – це** повторне пережовування вже проковтнутої їжі, яка відригується назад до рота. Зазвичай відбувається мимовільно і може тривати від 15 хвилин до 2 годин після прийому їжі.  Цей процес може включати як повернення їжі в ротову порожнину, так і подальше її пережовування, проковтування або випльовування. Румінація зазвичай не супроводжується відчуттям нудоти або дискомфорту, оскільки їжа не встигає змішатися зі шлунковою кислотою та перетравитися, що відрізняє цей стан від блювоти. [39]
2. **10. Дранкорексія – відноситься до нових форм порушень харчової поведінки, якому притаманні** обмеження калорій протягом дня, щоб "залишити місце" для алкогольних калорій ввечері. Найчастіше цей тип РХП спостерігається серед молоді, яка прагне зберегти стрункість тіла, уникаючи при цьому надлишкової калорійності їжі на користь калорійності алкоголю. Вживання алкоголю стає заміною повноцінного харчування. Відсутність прийому нормальної їжі протягом дня, як наслідок спричиняє дефіцит енергії, вітамінів і мінералів, регулярне голодування і надмірне вживання алкоголю впливають на функції організму, включаючи травну, серцево-судинну та нервову системи. [39]
3. **11. Прегорексія -** обмеження харчування під час вагітності. Характеризується свідомим обмеженням харчування у вагітних жінок через страх набрати вагу. Хоча вагітність є періодом, коли правильне харчування є критично важливим для здоров’я матері та дитини, у випадках прегорексії майбутні матері дотримуються суворих дієт, навмисно пропускають прийоми їжі або навіть вдаються до надмірних фізичних навантажень. Жінка може уникати медичних обстежень або приховувати свої звички від лікарів і близьких. Наслідки прегорексії можуть бути доволі негативними:
4. **Для матері**:
* виснаження організму, авітаміноз, анемія
* підвищений ризик остеопорозу через нестачу кальцію
* гормональні порушення, зокрема недостатня продукція гормонів, важливих для вагітності
1. **Для дитини**:
	* дефіцит поживних речовин може призводити до затримки розвитку плода
	* призик передчасних пологів, низької ваги при народженні, порушень розвитку органів і систем
	* збільшення ймовірності неонатальних ускладнень [26]
2. **12. Діабулімія -** навмисне пропускання або зменшення доз інсуліну. Є специфічним видом РХП, що зустрічається у людей із цукровим діабетом 1 типу. Цей термін описує свідоме пропускання або зменшення доз інсуліну з метою контролю ваги. Хоча діабулімія не є офіційним медичним діагнозом, вона визнана серйозним порушенням, яке загрожує як фізичному, так і психічному здоров’ю хворих. Досі недостатньо даних, які б свідчили про те, що РХП та діабет безпосередньо пов’язані. Однак є спостереження, що РХП у дівчат-підлітків, хворих на цукровий діабет, зустрічається удвічі частіше, ніж у інших дівчат. Це можна пояснити тим, що діагностика діабету часто призводить до змін у свідомості підлітків, викликає страх невідомих наслідків для тіла. [38]

Симптоми діабулімії можуть включати:

* **Навмисне р**егулярне пропускання або зменшення доз інсуліну з метою контролю ваги.
* Часті епізоди гіперглікемії та кетоацидозу, які можуть бути ознакою недостатнього контролю діабету.
* Втрата ваги, слабкість, втома, головні болі, часте сечовиділення та спрага, які можуть бути ознаками гіперглікемії.
* Тривога, депресія, низька самооцінка та інші емоційні розлади. Люди можуть відчувати сильний стрес через страх набрати вагу, що може негативно впливати на їх емоційне благополуччя.
* Уникнення медичних візитів та контролю рівня глюкози в крові, соціальна ізоляція та інші зміни в поведінці, які можуть вказувати на наявність діабулімії.

#### Наслідки діабулімії можуть бутти, як к**ороткострокові, так і довгострокові: [38]**

* + Гіперглікемія - високий рівень глюкози в крові.
	+ Кетоацидоз — небезпечний стан, що може призвести до коми або смерті.
	+ Зневоднення та електролітний дисбаланс.
	+ Прискорений розвиток хронічних ускладнень діабету, зокрема ретинопатії, нефропатії, нейропатії.
	+ Порушення роботи серцево-судинної системи.
	+ Зниження якості життя та підвищений ризик ранньої смертності.

РХП є серйозними психічними захворюваннями з потенційно небезпечними наслідками для фізичного та психічного здоров'я людини. Розуміння їхньої класифікації та специфіки є важливим для своєчасної діагностики та лікування цих станів, а також для розробки ефективних профілактичних заходів у суспільстві.

Етіологія РХП є багатофакторною і включає в себе біологічні, психологічні та соціальні чинники.

* **Біологічні чинники:** генетична схильність, порушення нейромедіаторних систем, гормональні дисбаланси.
* **Психологічні чинники:** низька самооцінка, невпевненість у собі, перфекціонізм, проблеми з самоконтролем, негативні емоції (тривога, депресія).
* **Соціальні чинники:** тиск суспільства на зовнішність, ідеалізація худорлявості, сімейні проблеми, проблеми з міжособистісними стосунками, культурні стереотипи. [12]

Патогенез РХП – це складний і до кінця не вивчений процес. Однак, існують кілька теорій, які пояснюють розвиток цих розладів:

* **Біологічна модель:** акцентує увагу на генетичних факторах, порушеннях нейромедіаторних систем та гормональних дисбалансах.
* **Психоаналітична модель:** пов’язує РХП з несвідомими конфліктами та захисними механізмами.
* **Когнітивно-поведінкова модель:** розглядає РХП як результат неправильних когнітивних схем та дисфункціональних поведінкових реакцій.
* **Соціокультурна модель:** підкреслює роль соціальних факторів (тиск суспільства, ідеалізація худорлявості) у розвитку РХП. [5]

РХП є серйозними психічними захворюваннями з потенційно небезпечними наслідками для фізичного та психічного здоров'я людини. Розуміння їхньої класифікації та специфіки є важливим для своєчасної діагностики та лікування цих станів.

Діагностика РХП є складним процесом, який вимагає уважного спостереження за найменшими симптомами та регулярного контролю за поведінкою людини, схильної до таких розладів. Запобігання харчових розладів також потребує підвищеної уваги та комплексного підходу. Процес діагностики включає кілька ключових етапів. [39]

Медичний огляд є першим і важливим етапом діагностики РХП. Він включає оцінку фізичного стану пацієнта, зокрема:

* **Вага та індекс маси тіла (ІМТ)**: дозволяє оцінити, чи є у пацієнта недостатня або надмірна маса тіла, що може бути ознакою РХП.
* **Загальний вигляд**: оцінка загального вигляду пацієнта, включаючи стан шкіри, волосся та нігтів, може виявити фізичні ознаки, характерні для РХП, такі як сухість шкіри, випадання волосся або крихкість нігтів.
* **Лабораторні тести**: для визначення порушень у роботі організму можуть бути призначені лабораторні тести для виявлення можливих порушень в організмі, таких як зміни в електролітах, гормонах, а також функціях печінки і нирок, метаболічні чи ендокринні порушення. Аналізи крові та сечі для оцінки функціонування внутрішніх органів. Порушення в цих показниках можуть вказувати на наявність РХП. [39]

#### Медичний огляд дозволяє виявити фізіологічні наслідки РХП, які можуть бути непомітними в ранніх стадіях, але мають серйозні ускладнення в довгостроковій перспективі.

Психологічна оцінка шляхом інтерв’ю, детальної бесіди з пацієнтом, аналізу щоденника харчування для виявлення харчових звичок, патернів переїдання або голодування є невід'ємною частиною діагностики РХП. Вона включає:

* **Ставлення до тіла та їжі**: розглядається наявність обсесивних думок щодо зовнішності, калорійності продуктів чи контролю ваги. Оцінка ставлення пацієнта до свого тіла та їжі дозволяє виявити негативні установки, які можуть бути ознакою РХП.
* **Емоційні проблеми**: виявлення емоційних проблем, таких як тривога, депресія або низька самооцінка. Досліджується рівень тривожності, депресії, схильність до самозвинувачень або низька самооцінка, які часто супроводжують РХП.
* **Спеціальні тести**: Використання спеціальних тестів, таких як EAT-26 (Eating Attitudes Test) або SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food), дозволяє швидко виявити потенційний РХП.

Для точного визначення типу РХП використовуються міжнародні системи класифікації, такі як DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання) та МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб, 11-е видання). Ці системи містять чіткі діагностичні критерії для таких розладів, вимагають комплексного підходу, що включає об’єктивні симптоми (вагові зміни, фізіологічні показники) та суб’єктивні переживання пацієнта. [22]

* **Анорексія** характеризується надмірним обмеженням споживання їжі та надмірною стурбованістю вагою та формою тіла.
* **Булімія х**арактеризується епізодами переїдання, після яких відбуваються компенсаторні поведінки, такі як викликання блювоти або надмірні фізичні вправи.
* **Компульсивне переїдання х**арактеризується регулярними епізодами переїдання без компенсаторних поведінок. [45]

Спостереження за поведінкою пацієнта є важливим етапом діагностики РХП. Спостереження може проводитися лікарями, близькими або навіть педагогами, якщо йдеться про підлітків. Вони можуть спостерігати за такими поведінковими змінами:

* регулярна відмова від їжі або обмеження споживання певних продуктів,
* постійні та надмірні фізичні вправи,
* віддалення від соціальних контактів та уникнення спільних трапез,
* повторювані епізоди переїдання чи викликаної блювоти. [45]

### Раннє звернення уваги на найменші ознаки порушення допомагає запобігти розвитку серйозних форм РХП. Діагностика РХП — це не лише процес виявлення хвороби, але й можливість своєчасного втручання, що суттєво підвищує шанси на успішне лікування. [22]

1.4. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки у молоді

Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки є ключовими для розуміння того, як Молоді люди вибирають, споживають та оцінюють їжу. Вона формується під впливом соціальних та психологічних факторів на різних етапах життя Молоді людини. Ці аспекти включають вплив соціальних норм, культурних традицій, сучасних рухів в суспільстві, сімейного виховання, медійного впливу, економічних питань, кризових ситуацій місцевого та глобальних масштабів та особистісних особливостей. Розуміння цих факторів допомагає пояснити, чому молоді Молоді люди вибирають певні харчові продукти та як ці вибори впливають на їхнє фізичне та психічне здоров'я. [5]

Сьогодні розлади харчової поведінки (РХП) розглядають не лише як наслідок біологічних та генетичних факторів, але й як результат впливу соціальних норм, психологічного стану, особистісних характеристик, сімейного середовища. Врахування соціально-психологічних аспектів є важливим для розуміння механізмів розвитку харчової поведінки і її порушень, зокрема серед молоді.

#### Вплив сімейного виховання.

Сім'я – це перше соціальне середовище дитини, яке значно впливає на формування її харчових звичок та ставлення до їжі. Батьківський стиль виховання, сімейні традиції, атмосфера за столом – все це формує фундамент для майбутніх харчових поведінок. [6]

Сімейне виховання є одним з найважливіших факторів, коли підліток формує свої уявлення про їжу, правила харчування та звички, що можуть або сприяти здоровій харчовій поведінці, або провокувати її розлади. Якщо батьки мають здорові харчові звички, якщо батьки споживають багато овочів та фруктів, діти також будуть більше схильні до споживання цих продуктів і ймовірність того, що діти також будуть мати здорові харчові звички, зростає.

Емоційний клімат в сім'ї також впливає на формування харчової поведінки. Діти, які виростають в емоційно стабільних сім'ях, мають меншу ймовірність розвитку РХП. Напружені відносини в сім’ї, стресові ситуації можуть призводити до емоційного переїдання або, навпаки, до відмови від їжі. Дослідження показують, що діти, які виховуються в сім’ях, де батьки активно підтримують контроль ваги, дієти чи акцентують увагу на зовнішньому вигляді, частіше демонструють схильність до РХП. Батьківська критика стосовно ваги чи зовнішності також може сприяти розвитку негативного образу тіла і нездорових харчових практик у дітей. Авторитарний або надмірно опікунчий стиль виховання може сприяти розвитку залежності від думки інших, що може призводити до РХП. [57]

Сімейні традиції, такі як спільні трапези, можуть впливати на формування харчової поведінки. Спільні трапези є важливим елементом сімейних традицій, сприяють формуванню здорових харчових звичок у дітей. Наприклад, дослідження, проведене в США, показало, що діти, які регулярно їдять разом з сім'єю, мають меншу ймовірність розвитку ожиріння та РХП. [28]

Якщо детально розглянути відомі випадки та дослідження стосовно формування харчової поведінки у підлітків, то можна виявити ряд важливих закономірностей та факторів, які впливають на цей процес. [23]

**1. Анорексія нервова:**

1. **Батьківський контроль:** багато досліджень показують, що в сім'ях дітей з анорексією часто спостерігається підвищений рівень батьківського контролю, особливо з боку матері по відношенню до дівчат. Такий контроль може стосуватися не тільки харчування, а й інших аспектів життя дитини.
2. **Конфлікти в сім'ї:** часто в сім'ях таких дітей існують невирішені конфлікти, що призводять до емоційного напруження. У відповідь на стрес підлітки можуть використовувати контроль над вагою як спосіб отримати відчуття досягнення і самоконтролю.
3. **Перфекціонізм:** у сім'ях з високими стандартами досягнень, де цінується досконалість, діти можуть відчувати тиск бути ідеальними, що може призвести до розвитку анорексії. [6]

**2. Булімія нервова:**

1. **Емоційна нестабільність:** у сім'ях дітей з булімією часто спостерігається емоційна нестабільність, конфлікти та відсутність емоційної підтримки.
2. **Харчування як засіб заспокоєння:** діти з булімією можуть використовувати їжу як спосіб заспокоїтися та впоратися з негативними емоціями.
3. **Приклад батьків:** Якщо в сім'ї існують проблеми з харчуванням у одного з батьків (переїдання, дієти), це може служити моделлю для дитини.

**3. Розлад переїдання:**

* **Стрес і емоційні проблеми:** у сім'ях дітей з розладом переїдання часто спостерігаються стресові ситуації, конфлікти та відсутність емоційної підтримки.
* **Використання їжі як заспокоєння:** діти з розладом переїдання можуть використовувати їжу як спосіб заспокоїтися і впоратися з негативними емоціями.
* **Відсутність сімейних обідів:** відсутність регулярних сімейних обідів і розмов за столом може призводити до розвитку розладу переїдання.

#### Вплив медіа.

Соціальні мережі та засоби масової інформації відіграють важливу роль у формуванні уявлень про ідеали краси та стандарти харчування. Постійна пропаганда нереалістичних стандартів зовнішності може призводити до негативного сприйняття власного тіла і розвитку РХП. Дослідження показують, що молоді Молоді люди, які активно споживають контент з ідеалами краси, мають вищий ризик розвитку РХП. Медіа відіграють значну роль у формуванні харчової поведінки, особливо серед молоді. [23]

Реклама часто пропагує нездорові харчові продукти, такі як фаст-фуд, чипси, солодкі напої, алкогольні чи енергетичні напої та солодощі. Реклама також може впливати на уявлення про ідеальну вагу та форму тіла, що може призвести до формування негативного образу власного тіла.

Соціальні мережі часто транслюють нереалістичні ідеали тіла, що може призводити до формування негативного образу власного тіла та нездорових харчових звичок. Соціальні мережі також можуть сприяти поширенню інформації про дієти та харчові звички, які можуть бути нездоровими. Медійні образи, такі як зображення моделей та знаменитостей, можуть впливати на уявлення про ідеальну вагу та форму тіла. Постійний контакт із зображеннями, які ідеалізують худорлявість або мускулистість, часто сприяє формуванню негативного образу тіла та стимулює до вживання надмірних дієт, обмежувальної харчової поведінки, що може призвести до розладів харчування. [25]

Конкурси краси створюють і пропагують ідеалізований образ жіночої фігури, який часто є недосяжним для більшості людей. Ці нереальні стандарти можуть спричиняти у молоді почуття неповноцінності та невдоволення власним тілом, що також може призвести до розвитку РХП. Такожт самі учасниці конкурсів краси піддаються постійному тиску щодо досягнення ідеальної ваги та форми тіла. Цей тиск може бути внутрішнім (бажання відповідати ідеалу) і зовнішнім (через суддів, спонсорів, публіку). Конкурси краси часто асоціюються з екстремальними дієтами, фізичними навантаженнями та навіть втручаннями в зовнішність.

**Важливо розуміти, що розвиток РХП є складним процесом, який залежить від багатьох факторів.** Конкурси краси можуть бути лише одним з них. Однак, зменшення їхнього впливу та пропаганда здорового образу тіла можуть сприяти зниженню рівня захворюваності на РХП.[14]

#### Вплив особистісних особливостей.

Особистісні особливості також відіграють важливу роль у формуванні харчової поведінки. Особистісні риси, такі як рівень самооцінки, стресостійкість та емоційна стабільність, можуть впливати на вибір та споживання їжі.

Підлітки та молодь з низькою самооцінкою часто демонструють незадоволення власною зовнішністю, що може спонукати їх до застосування обмежувальних дієт, інтенсивних фізичних навантажень, що в окремих випадках може призводити до розвитку анорексії чи булімії. Також відомо, що надмірна увага до власного тіла, об’єктивізація свого тіла як об’єкта для оцінювання сприяє розвитку низької самооцінки та посилює харчові розлади. Молоді Молоді люди з низькою самооцінкою мають більшу ймовірність розвитку РХП. [16]

Однією з поширених причин порушень харчової поведінки є прагнення регулювати свої емоції за допомогою їжі. Наприклад, емоційне переїдання характерне для людей, які використовують їжу як спосіб впоратися зі стресом, тривогою чи депресією. Переїдання як відповідь на емоційні труднощі може призводити до розвитку таких порушень, як компульсивне переїдання або булімія. З іншого боку, для осіб, схильних до анорексії, характерним є уникнення їжі як спосіб контролю та зменшення тривожності, що забезпечує їм відчуття контролю над своїм життям. Часті дієти та обмеження в їжі можуть призвести до розвитку циклів голодування та переїдання. Неправильно організовані фізичні навантаження можуть призводити до перенапруження організму та розвитку РХП. [18]

Молоді люди з низькою стресостійкістю мають більшу ймовірність використовувати їжу як спосіб регуляції емоцій. Стрес може призвести до переїдання або обмеження споживання їжі. Емоційна стабільність також впливає на формування харчової поведінки. Молоді Молоді люди з високою емоційною стабільністю мають меншу ймовірність розвитку РХП. Перфекціонізм також може бути фактором ризику для розвитку РХП. Особи з високими вимогами до себе можуть прагнути до ідеального тіла і контролювати своє харчування в спробах досягти цих стандартів. Це може призвести до нездорових дієт і обмежень у споживанні їжі. [16]

#### Вплив соціальних взаємин.

Соціальні взаємини також відіграють важливу роль у формуванні харчової поведінки. Соціальні взаємини можуть впливати на вибір та споживання їжі через механізми соціального навчання та підкріплення. Молоді Молоді люди навчаються харчовим звичкам через спостереження та наслідування поведінки інших. Наприклад, діти можуть навчитися нездоровим харчовим звичкам, спостерігаючи за поведінкою своїх однолітків. [4]

Соціальне підкріплення може впливати на формування харчової поведінки. Наприклад, якщо підліток отримує позитивну реакцію від інших за певну харчову поведінку, вона має більшу ймовірність продовжувати цю поведінку.

Соціальна підтримка також впливає на формування харчової поведінки. Молоді люди, які мають підтримку з боку сім'ї та друзів, мають меншу ймовірність розвитку РХП.

Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки є ключовими для розуміння того, як Молоді Молоді люди вибирають, споживають та оцінюють їжу. Вплив соціальних норм, культурних традицій, сімейного виховання, медійного впливу, особистісних особливостей та соціальних взаємин відіграє важливу роль у формуванні харчової поведінки. [34]

Соціокультурні фактори відіграють значну роль у формуванні харчової поведінки. Культурні традиції, соціальні норми, медійний вплив та інші аспекти суспільства впливають на те, як Молоді Молоді люди вибирають, споживають та оцінюють їжу. У цьому розділі розглянемо відомі випадки впливу соціокультурних факторів на харчову поведінку.

Культурні традиції є одним з найважливіших факторів, які впливають на харчову поведінку. Кожна культура має свої унікальні харчові звички, які передаються з покоління в покоління.

В Японії існує традиція "Хара Хачі Бу", яка означає "їсти до 80% насичення". Ця традиція сприяє здоровій харчовій поведінці та зменшенню ризику ожиріння. Японці також споживають багато рису, риби та овочів, що сприяє здоровому харчуванню.

Середземноморська дієта, яка включає велику кількість овочів, фруктів, оливкової олії, риби та бобових, є прикладом здорової харчової поведінки, яка виникла в культурних традиціях країн Середземномор'я. Дослідження показують, що середземноморська дієта сприяє зменшенню ризику серцево-судинних захворювань та діабету.

Соціальні норми визначають, які харчові звички вважаються прийнятними в суспільстві. Ці норми можуть впливати на вибір та споживання їжі.

В західних культурах часто вважається прийнятним їсти три рази на день. Однак, в деяких культурах, таких як Іспанія, прийнято їсти пізні обіди та легкі вечері. Ці соціальні норми впливають на харчову поведінку та здоров'я людей.

В деяких культурах ожиріння може бути соціально прийнятним або навіть бажаним. Наприклад, в деяких африканських культурах ожиріння вважається ознакою достатку та благополуччя. Ці соціальні норми можуть сприяти розвитку нездорових харчових звичок. [11]

Медіа відіграють значну роль у формуванні харчової поведінки, особливо серед молоді. Медіа транслюють певні стандарти зовнішності та харчові звички, які можуть впливати на вибір та споживання їжі.

Реклама фаст-фуду часто пропагує нездорові харчові продукти, такі як гамбургери, чипси, енергетики та солодощі. Дослідження показують, що реклама фаст-фуду може впливати на вибір та споживання їжі, особливо серед дітей та підлітків. [14]

Соціальні мережі часто транслюють нереалістичні ідеали тіла, що може призводити до формування негативного образу власного тіла та нездорових харчових звичок. Наприклад, інфлюенсери без відповідної освіти в соціальних мережах можуть пропагувати дієти та харчові звички, які можуть бути нездоровими. [4]

Релігійні вірування та практики також можуть впливати на харчову поведінку. Релігійні обмеження та ритуали можуть визначати, які продукти вважаються прийнятними та бажаними. А як наслідок організм звикає до тих скачків в харчуванні, як, наприклад, в піст тотальні обмеження, а після об’їдання забороненими смаколиками, що може привести до РХП.

В ісламі існують певні харчові обмеження, такі як заборона на споживання свинини та алкоголю. Мусульмани також дотримуються посту під час Рамадану, що може впливати на їхню харчову поведінку.

В юдаїзмі існують певні харчові обмеження, такі як заборона на споживання свинини та морепродуктів без луски. Юдеї також дотримуються посту під час Йом-Кіпуру, що може впливати на їхню харчову поведінку.

Соціально-економічні умови також відіграють важливу роль у формуванні харчової поведінки. Доступність та вартість продуктів можуть впливати на вибір та споживання їжі.

Молоді люди з низьким соціально-економічним статусом часто мають обмежений доступ до здорових продуктів. Вони можуть споживати більше нездорових продуктів, таких як фаст-фуд, через їхню низьку вартість та доступність. В противагу Молоді люди з високим соціально-економічним статусом можуть мати більший доступ до здорових продуктів та можливість вибирати здорові харчові звички. Вони також можуть мати більше можливостей для фізичної активності, що сприяє загальному здоров'ю та благополуччю. [4]

Соціокультурні фактори відіграють значну роль у формуванні харчової поведінки. Культурні традиції, соціальні норми, медійний вплив, релігійні вірування та соціально-економічні умови впливають на те, як Молоді люди вибирають, споживають та оцінюють їжу. Розуміння цих факторів допомагає розробити ефективні стратегії профілактики та лікування РХП. Відомі випадки впливу соціокультурних факторів на харчову поведінку демонструють складність та багатогранність цих факторів. [14]

РХП у підлітків в умовах війни.

Формування харчової поведінки є складним процесом, що залежить від багатьох соціально-психологічних факторів. У сучасному суспільстві харчова поведінка не лише задовольняє фізіологічні потреби, але й виконує важливу соціальну та психологічну функцію. Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну у 2022 році створило безпрецедентну ситуацію, яка суттєво вплинула на психічне здоров'я населення, особливо підлітків. В умовах війни, яка триває в Україні з 2014 року, соціально-психологічні проблеми, зокрема РХП, стали особливо актуальними. Підлітки, які переживають стрес і травми, пов'язані з військовими подіями, є вразливою групою, що може зазнати негативного впливу на своє харчування та загальний стан здоров'я. [36]

На даний момент я не знайшла саме досліджень щодо РХП у підлітків в Україні під час війни 2022-2024 років. Це може бути пов'язано з тим, що такі дослідження ще не були проведені досконало або їх результати ще не були широко оприлюднені. Проте реалізовано низку досліджень із метою аналізу стану психічного здоров’я підлітків.

Науковці КНУ імені Тараса Шевченка вивчатимуть психічне здоров'я студентів під час війни: проєкт **«Інноваційна модель захисту ментального здоров’я студентської молоді у воєнний та повоєнний періоди»,** розрахований на 2023-2024 роки та фінансується коштом гранту [Національного фонду досліджень України](https://knu.ua/news/12814) в рамках конкурсу «Наука для відновлення України у воєнний та післявоєнний періоди». [42]

Підлітки, які є найбільш чутливою групою до соціально-економічних змін, зазнають сильного впливу стресу, невизначеності та травматичних подій. Це зумовлює зростання ризику розвитку психічних розладів, включаючи РХП (РХП). Під час війни до традиційних чинників додалися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривога, депресія, втрата звичного соціального середовища та обмежений доступ до харчових ресурсів. [9]

Загалом 82% молодих людей зазначили втрати через війну. Можна припустити, що 18% респондентів, які не зазначили втрат від війни, їх не усвідомлюють або вважають свої втрати незначними порівняно з втратами інших людей, адже стресові та економічні фактори, ймовірно, торкнулися всіх. [36]

Звісно це тільки початок шляху вивчення впливу військових дій в Україні на РХП у молоді, Проте, можна припустити, що війна та пов'язані з нею стресові фактори значно вплинули на психічне здоров'я підлітків в Україні, у тому числі на їхні харчові звички та ставлення до їжі. [10] Деякі потенційні наслідки:

* Підлітки можуть переживати стрес, тривогу та депресію, страх за своє життя та життя близьких під час оголошення тривог та обстрілів, що може призвести до змін у харчовій поведінці.
* Втрата друзів або родичів, втрата рідної домівки, вимушена зміна місця проживання можуть сприяти розвитку РХП. У таких умовах підлітки можуть шукати втіху в їжі або, навпаки, відмовлятися від їжі через емоційний дискомфорт.
* Обмеження соціальних контактів та зміна звичного способу життя можуть посилювати відчуття самотності та безпорадності, що, в свою чергу, може призводити до розвитку РХП.
* Пошкодження інфраструктури та логістичні проблеми, в окремих регіонах України виникали перебої з постачанням продовольства, що призводило до дефіциту певних продуктів, могло змушувати підлітків обмежувати або змінювати своє харчування. Нестача необхідних продуктів, особливо свіжих фруктів, овочів, м'яса, могла негативно впливати на якість харчування та задоволення потреб у поживних речовинах.
* Масштабні економічні проблеми в Україні, включаючи зростання безробіття, зниження доходів, інфляцію для частини сімей означали зменшення фінансових можливостей для забезпечення повноцінного харчування. Погіршення матеріального становища могло викликати стрес, тривогу та занепокоєння у підлітків щодо можливості отримати достатню кількість і якість їжі.
* Часті повітряні тривоги, проведення часу в укриттях порушували звичний розпорядок дня, в т. ч. прийом їжі . Підлітки могли пропускати прийоми їжі або харчуватися нерегулярно під час тривог.
* Довготривалі відключення електроенергії ускладнювали збереження і приготування їжі вдома, змушуючи підлітків харчуватися нерегулярно, стрес, викликаний невизначеністю з електропостачанням, міг негативно позначатись на апетиті та харчових звичках підлітків. [64], [9]

Війна в Україні стала серйозним випробуванням для психічного здоров’я підлітків. РХП є однією з актуальних проблем, що потребує уваги дослідників, медиків та суспільства в цілому. Ці чинники воєнного часу створюють додатковий стрес та невизначеність для підлітків, що підвищує ризики виникнення або загострення РХП. Такі дослідження є критично важливими для створення ефективної політики підтримки психічного здоров’я українців в умовах війни. [10]

## Бодипозитив: плюси та мінуси, його вплив на РХП у молоді.

Бодипозитив - соціокультурний феномен трансформації ставлення до тіла в сучасному суспільстві. Офіційно рух бодипозитив ("Body Positiivity") виник у 1996 році. Його засновники психотерапевтка Елізабет Скотт та мама трирічного сина, яка пережила втрату своєї сестри через булімію, Конні Собчак. Їхня головна ідея була спонукати людей приймати своє тіло таким, яким воно є, незалежно від тих соціальних стереотипів, які панують у конкретному суспільстві. В подальшому їхня ініціатива виросла у великий всесвітній громадський рух "The Body Positive". Вплив бодипозитиву на РХП у молоді є важливим питанням для дослідження, оскільки він може як позитивно, так і негативно впливати на психічне та фізичне здоров'я. [50]

Сутність бодипозитиву як соціального руху полягає в переосмисленні традиційних стандартів краси та формуванні позитивного сприйняття власного тіла незалежно від його форм, розмірів та особливостей. Цей напрямок виник як альтернатива жорстким естетичним поглядам, що нав'язують спрощені та часто недосяжні критерії зовнішності. [8]

Позитивні аспекти бодипозитиву:

1. Психологічне звільнення особистості від стереотипних обмежень щодо зовнішності, заохочує молодь приймати своє тіло таким, яким воно є, впливає на формування здорової самооцінки, зменшенню невдоволення собою та прийняття індивідуальності.
2. Розширення меж соціальної інклюзії через демонстрацію різноманітності тілесних форм у медійному просторі.
3. Рух бодипозитиву спрямований проти ідеалізованих стандартів краси, що можуть бути недосяжними для більшості людей. Це допомагає зменшити тиск на молодь і знизити ризик розвитку РХП.
4. Рух створює підтримуюче середовище для людей, які можуть відчувати ізоляцію через свою зовнішність. Бодипозитивні спільноти надають молоді можливість знайти однодумців, поділитися своїми досвідом і отримати підтримку, що собливо важливо для підлітків.
5. Допомагає дестигматизувати різноманітність тілесних форм і розмірів, що може сприяти більш толерантному суспільству.
6. Акцентує увагу на здоров'ї і благополуччі, а не лише на зовнішньому вигляді. Це може мотивувати молодь займатися спортом і дотримуватися збалансованого харчування без надмірного контролю за вагою.
7. Бодипозитив спрямований на переосмислення цінності особистості, акцентуючи увагу на її досягненнях, здібностях і характері, а не на зовнішньому вигляді. [8]

Негативні прояви та ризики:

1. Потенційне виправдання нездорового способу життя під приводом толерантності через те, що деякі молоді Молоді люди можуть неправильно інтерпретувати ідеї бодіпозитиву
2. Надмірний акцент на прийнятті будь-якого тіла може призводити до ігнорування реальних проблем із здоров’ям, таких як ожиріння або інші захворювання, пов’язані з нездоровими харчовими звичками.
3. Бодипозитив іноді використовується для виправдання поведінки, яка може бути шкідливою для фізичного чи психічного здоров’я. Наприклад, деякі молоді Молоді люди можуть уникати необхідного медичного втручання, мотивуючи це «прийняттям себе».
4. Занадто сильне зосередження на тілесності може відволікати від інших важливих аспектів життя, таких як здоров'я, стосунки та кар'єра.
5. Ризик формування викривленого сприйняття власного тіла, особливо в молодіжному середовищі.
6. Хоча бодипозитив активно підтримується в соціальних мережах, платформи часто продовжують пропагувати ідеали краси, що викликають у молоді внутрішній конфлікт між реальними можливостями та нав'язаними очікуваннями.
7. **Недостатність наукової бази:** ефективність у боротьбі з РХП потребує додаткових наукових досліджень, хоча бодипозитив вже має ряд позитивних аспектів.
8. Бодипозитив може бути використаний комерційними компаніями для продажу продуктів, що може зменшити його справжню цінність та вплив. [8]

Вплив на харчову поведінку молоді має складну та неоднозначну природу. З одного боку, бодипозитив сприяє зниженню тривожності щодо ваги та зовнішності, що може зменшити ризики розвитку харчових розладів, пов'язаних з надмірним контролем. З іншого боку, надмірна толерантність може призводити до нехтування принципами здорового харчування.

Особливо гостро ця проблема постає в молодіжному середовищі, де процеси формування особистості та самоідентифікації перебувають у активній динаміці. Соціальні мережі та медіа-контент значною мірою впливають на сприйняття молоддю власного тіла, пропонуючи альтернативні наративи щодо краси та здоров'я. [28]

Соціальні чинники можна умовно поділяти на дві основні групи: мікросоціальні та макросоціальні.

До мікросоціальних чинників належать такі аспекти:

1. **сім’я**, де спостерігається надмірна опіка або її недостатність, а також негативний приклад поведінки від членів родини;
2. **школа**, що може сприяти формуванню девіантної поведінки через соціально-педагогічну занедбаність чи невдачі у навчанні;
3. **сточення**, яке включає наявність у соціальному колі негативних зразків поведінки або приналежність до груп із деструктивними цінностями.

До макросоціальних чинників відносяться такі явища:

* **пропаганда у ЗМІ та кіноіндустрії**, що проявляється у формі реклами шкідливої їжі, тютюнових виробів, слабоалкогольних і алкогольних напоїв, популяризації кіноперсонажів із проявами девіантної поведінки, створенням трендів на певні девіації у молодіжному середовищі.
* **державна політика**, яка через соціально-економічну кризу сприяє зростанню проявів девіантної поведінки. Сюди ж належить доступність алкоголю, тютюну, наркотичних речовин, зменшення кількості доступних місць для розвитку та дозвілля, а також недосконалість законодавчої бази, яка не завжди ефективно протидіє поширенню девіацій серед дітей і підлітків. [23]

Важливим аспектом є розуміння межі між прийняттям себе та усвідомленням необхідності дбати про власне здоров'я. бодипозитив не повинен перетворюватися на апологію нездорового способу життя, а мати на меті формування конструктивного, поважливого ставлення до тіла. Важливо включати теми про здорове ставлення до тіла в освітні курси, де наголошується як на важливості прийняття себе, так і на підтримці фізичного здоров’я. [50]

Психологи та дослідники наголошують на необхідності індивідуального підходу, який би враховував особливості психоемоційного стану конкретної особистості, її фізіологічні характеристики та потенційні ризики розвитку харчових розладів. [26]

Не варто забувати, що однією з ключових причин розвитку РХП є індивідуально-психологічні особливості особистості, які можуть виступати предикторами цих розладів у молоді особливо.  Серед основних таких особливостей можна назвати наступні:

1. Низька самооцінка. Негативне ставлення до власного тіла і прагнення до схуднення в надії підвищити свою цінність. Низька самооцінка може призводити до надмірної самокритичності.
2. **Перфекціонізм. Прагнення до досконалості, високі вимоги до себе, страх невдачі, може стати тригером для розвитку РХП.** Молоді люди з високим рівнем перфекціонізму схильні до постійного прагнення до ідеалу, зокрема у зовнішньому вигляді. Вони часто надають надмірного значення масі тіла та формі.
3. Емоційна нестабільність. Схильність до переживання сильних негативних емоцій, труднощі з їх регуляцією. Підлатки, які мають труднощі з регуляцією своїх емоцій, можуть використовувати їжу як спосіб впоратися зі стресом або негативними емоціями, для покращення настрою, що може призвести до розвитку РХП.
4. Особистісні риси. Так, наприклад, нейротизм, інтроверсія, закритість до досвіду, сумлінність та доброзичливість, можуть впливати на розвиток РХП. Екстраверсія може слугувати захисним фактором, оскільки Молоді люди з високим рівнем екстраверсії часто мають більше соціальної підтримки та краще впораються зі стресом.
5. Тривожність та депресивний стан. Психічні розлади, такі як тривожність і депресія, тісно пов'язані з розвитком РХП. Підлітки, які страждають на ці розлади, можуть використовувати їжу як спосіб справитися з негативними емоціями або уникнути їх.

Емоції та почуття є особливим відображенням реальної дійсності у вигляді внутрішніх переживань. [26]

Емоційний компонент тривожності відображає складну сукупність переживань. Представник теорії диференційованих емоцій К. Ізард стверджує, що тривожність базується на домінуючій емоції страху, яка взаємодіє з іншими фундаментальними емоціями, такими як страждання, гнів, провина, сором та інтерес. [31]

За адекватного рівня тривожності Молоді людина зберігає впевненість у своїх силах, спокій і здатність об’єктивно ставитися до власних помилок, прагнучи їх виправити. Натомість підвищений рівень тривожності може проявлятися дратівливістю, нетерплячістю, а також тенденцією пояснювати свої помилки зовнішніми чинниками. [26]

Індивідуально-психологічні особливості можуть взаємодіяти один з одним і посилювати ризик розвитку РХП. Як приклад, низька самооцінка може сприяти перфекціонізму, а також емоційній нестабільності. Це створює порочне коло, в якому психологічні проблеми ведуть до нездорових звичок у харчуванні, що ще більше погіршує психоемоційний стан особи.

Розділ 2. Емпіричне дослідження соціально-психологічних аспектів розладів харчової поведінки

2.1. Методологія та організація емпіричного дослідження

Емпіричні дослідження - це фундамент, на якому будується сучасна психологія. Вони дозволяють перевіряти теорії, висувати нові гіпотези та отримувати об'єктивні дані про людську поведінку та психічні процеси, що базуються на безпосередньому спостереженні, експерименті та практичній перевірці психологічних гіпотез.

Емпіричні дослідження в психології важливим інструментом для розуміння людської поведінки, емоцій та когнітивних процесів. Вони дозволяють вченим тестувати гіпотези, виявляти закономірності та розробляти теоретичні моделі, які можуть бути застосовані в практиці.

Емпіричні дослідження в психології мають довгу історію, яка сягає корінням у філософію та природничі науки. Вільгельм Вундт, засновник першої психологічної лабораторії в Лейпцигу в 1879 році, вважається одним з піонерів емпіричної психології. Вундт та його послідовники використовували інтроспекцію та експериментальні методи для вивчення психічних процесів. [59]

З розвитком біхевіоризму на початку 20 століття, Джон Вотсон та Б.Ф. Скіннер зосередилися на спостережуваній поведінці та експериментальних методах, що призвело до значного прогресу в емпіричній психології. Пізніше, з появою когнітивної психології та нейронаук, методи дослідження стали більш різноманітними та складними, включаючи використання комп'ютерного моделювання, нейровізуалізації та генетичних досліджень. [55]

### Чому емпіричні дослідження такі важливі при написанні дипломної роботи:

1. дозволяють уникнути суб'єктивних оцінок та упереджень,
2. за допомогою емпіричних досліджень можна перевірити, чи відповідають теоретичні моделі реальним даним,
3. емпіричні дані можуть стимулювати розвиток нових теоретичних концепцій,
4. результати емпіричних досліджень можуть бути використані для розробки ефективних програм формування практичних навичок здорової харчової поведінки у моллоді з РХП

Емпіричні дослідження в психології включають різноманітні методи, які можна класифікувати на кілька основних категорій:

1. **Експериментальні методи (найбільш строгі методи дослідження, який дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки між змінними)**:
2. **лабораторні експерименти - п**роводяться в контрольованих умовах для тестування конкретних гіпотез. Учасники виконують завдання, а дослідники збирають дані про їхню поведінку та реакції;
3. **польові експерименти - п**роводяться в природних умовах, що дозволяє дослідникам вивчати поведінку в реальному світі.
4. **Кореляційні методи (дозволяють виявити взаємозв'язки між різними змінними, наприклад, вплив рівня тривожності на академічну успішність, але не встановлюють причинно-наслідкові зв'язки)**:
* **опитування та анкети - збір** даних про думки, почуття та поведінку великої кількості людей. Можуть бути як відкритими (з можливістю вільного висловлення думок), так і закритими (з вибором відповідей). Цей метод дозволяє отримати великі обсяги даних за короткий час;
* **спостереження - д**ослідники спостерігають за учасниками для вивчення поведінки в природних умовах або в лабораторії. Наприклад, дослідження реакцій дітей на стресові або яскраві радісні ситуації. [59]
1. **Квазі-експериментальні методи**:
2. **експерименти з нееквівалентними групами в**икористовуються, коли рандомізація неможлива, наприклад, при дослідженні впливу освітніх програм на успішність учнів.
3. **Методи нейровізуалізації**:
4. **функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ)**: Використовується для вивчення активності мозку під час виконання різних завдань.
5. **електроенцефалографія (ЕЕГ)**: Вимірює електричну активність мозку через електроди, розміщені на шкірі голови.
6. **Методи аналізу даних**:
* **статистичний аналіз -** виявлення закономірностей та зв'язків у даних;
* **машинне навчання - в**икористовується для аналізу великих обсягів вибірок даних та виявлення складних закономірностей;
* аналіз данних - вивчення вже існуючих документів, таких як медичні записи, щоденники або публікації, для отримання інформації про поведінку та психічний стан людей;
* аналіз продуктів діяльності - вивчення результатів діяльності (наприклад, твори мистецтва або письмові роботи) для виявлення психологічних характеристик. [59]

Емпіричні дослідження в психології є невід'ємною частиною наукового процесу. Вони дозволяють вченим тестувати гіпотези, розвивати теорії та розробляти ефективні інтервенції.

Емпіричне дослідження в дипломній роботі проводилось в кілька етапів.

Першим етапом було вивчення літератури теорії в питаннях харчової поведінки, основних її складових, понятті РХП, класифікацій РХП. В теоретичній частині були розглянуті всі можливі різновиди РХП, були розглянуті теоретичні підходи до вивчення до відстеження дослідження РХП у молоді у всьому світі і в Україні в тому числі. Ссоціально-психологічні фактори включають в себе дуже велику кількість факторів, які можуть впливати на харчову поведінку. Доволі чітко у всіх причинах виникнення РХП можна побачити, на мою думку, ключові ланки, що можуть бути як причиною самостійно, так і наслідками паралельних причин, які важко не помітити:

1. стресовий стан,
2. депресивний стан,
3. стани тривожності або
4. занепокоєння за здоров'я, за фізичний стан свій або близьких тощо.

Тривожність може виникати під впливом різних факторів: неприємних обставин, несподіваних подій, змін у звичній діяльності чи затримки очікуваного результату. Вона проявляється через специфічні переживання, такі як страх, занепокоєння, порушення внутрішнього спокою та хвилювання. Особливістю тривожності є її непропорційна інтенсивність, коли емоційна реакція на ситуацію значно перевищує реальну небезпеку.

Тривожність визначається як почуття невизначеної загрози чи нечітке відчуття небезпеки. У психологічній літературі вона розглядається як системна характеристика особистості, що проявляється на різних рівнях людської активності, про що свідчать праці Б. Г. Ананьєва. Її прояви виділяють на фізіологічному та психологічному рівнях.

Фізіологічні прояви тривожності є надзвичайно різноманітними. Люди з високим рівнем тривожності зазвичай проявляють схильність до замкненості, уникають соціальних контактів і тримають дистанцію від оточуючих. Вони часто почуваються менш щасливими та позбавленими життєрадісності. У той же час, особи з низьким рівнем тривожності демонструють оптимістичний погляд на життя, активність, упевненість у собі та вищий рівень соціальної реалізації. Такі люди зазвичай відчувають більше задоволення від життя, зберігають спокій у складних ситуаціях і підходять до вирішення проблем раціонально та виважено. [20]

Це остаточно переконало мене провести аналіз взаємозв'язку рівня самооцінки, тривожного стану та РХП у молоді. Якщо пам’ятати про особливості нинішнього військового стану в Україні, то можна сказати, що дана дипломна робота несе в собі помітну унікальність - це один із кроків виявлення взаємозв’язку внутрішнього стану та харчової поведінки у молоді на третій рік повномасштабного вторгнення. Вибір теми дипломної магістерської роботи був мною зроблений по суб’єктивним причинам. Через те, що я особисто зіштовхнулася з темою РХП у дівчат віком 17 і 21 рік в моєму оточені. Я почула і побачила історії боротьби з РХП. Йдучи на навчання на дану спеціалізацію я ставила собі мету бути досвідченою і бути корисною в цій сфері. Перша освіта, що була мною здобута: прикладна статистика. Саме тоді я зрозуміла важливість цифр вміння їх аналізувати; полюбила цифри і статистичний аналіз данних.

Другим етапом стає вибір із всього різномаїття психологічних тестів саме тих, що допоможуть зрозуміти взаємозв’язок тих чи інших факторів на розвиток РХП у молоді. Для того щоб прослідити зв'язок між внутрішнім станом, самоповагою та розладом харчової поведінки були взяти за основу тести:

# шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES);

1. методика Тривожність і Депресія (ТіД). Автор Чарльз Спілбергер;
2. шкала оцінки харчової поведінки (ШОХП). Діагностика анорексії та булімії. Тести з харчування та самооцінки;
3. тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26);

## індекс маси тіла (ІМТ).

Вибірка (молоді люди віком 14 — 25 років, які відповідали на питання анкети) була випадковою серед учнів шкіл та студентів (до яких був доступ через викладачів), а також дітей друзів і друзів їхніх друзів. Таким чином було дотримано умов анонімності та виключення суб’єктивного оцінювання. Спочатку бажання заповнювати анкети було не у всіх. Хтось соромився, хтось боявся результатів. Проте були додані та роз’яснені додатково моменти, що анкети анонімні, тому їхні особисті дані нікуди не будуть передаватися, не будуть пов'язані особисто з цією людиною (тільки за винятком, якщо він/вона побажає отримати результати цього опитування, може залишити контакт для надсилання результатів). Загальна кількість анкет склала 51 штуку ( приклад анкети Додаток A).

На третьому етапі проведено опитування за допомогою анкет для отримання необхідної інформації, а також подальша обробка та статистичний аналіз отриманих результатів під час дослідження та узагальнення підсумків.

2.2. Процедура дослідження

Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES) – це один з найвідоміших і широко використовуваних інструментів у психології для вимірювання рівня самоповаги. Шкала була розроблена американським соціологом Моррісом Розенбергом у 1965 році. Основною метою її створення було вивчення самооцінки у підлітків. Однак згодом шкала знайшла широке застосування в різних дослідженнях, оскільки виявилася ефективною для оцінки самоповаги у людей різних вікових груп та культур. Шкала була розроблена на основі теоретичних концепцій та емпіричних досліджень. Розенберг визначив самооцінку як "сукупність позитивних або негативних почуттів, які людина має до себе". Цей психометричний інструмент дозволяє оцінити загальне задоволення людини собою, її відчуття власної цінності та впевненості в своїх силах. [43]

Шкала Розенберга складається з **10 тверджень**, які оцінюють загальне ставлення людини до самої себе. Вона поділена на дві підгрупи, які включають **5 позитивних тверджень та 5 негативних тверджень:**

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 не 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.

Формат відповідей 4-бальна шкала Лайкерта:

* Повністю погоджуюсь
* Не погоджуюсь
* Погоджуюсь
* Абсолютно не погоджуюсь

Часові витрати: 5-7 хвилин.

Вікові обмеження: від 12 років.

За кожну відповідь нараховуються бали: прямі питання: 1,3,4,6 зворотні питання – 2,5,7,8,9,10 - бали у яких нараховуються навпаки: 4=1, 3=2, 2=3, 1=4.
Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація.
10 – 18 балів – вам не вистачає самоповаги, його дуже мало, ви схильні у всьому поганому звинувачувати себе, бачите лише свої недоліки та акцентуєте увагу лише на своїх слабких сторонах, ви потрапили у замкнене коло самоприниження, яке не дозволяє вам ставити цілі та досягати успіху. У кожній події ви шукаєте підтвердження своєї нікчемності.

18 – 22 балів – ви балансуєте між самоповагою та самознищенням, успіхи піднімають вас до небувалих вершин і самоповагу зашкалює, невдачі підживлюють низьку самооцінку та скидають вас у прірву, ваша думка про себе вагається то в один, то в інший бік.

23 - 34 бали - самоповага у вас переважає, і ви можете адекватно оцінювати свої переваги і недоліки, можете погодитися з тим, що буваєте неправі, зберігаєте повагу до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим «самобічуванням», що не передбачили, помітили, «соломку не підстелили», що не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо та швидко зреагувати та 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 надалі: розвиваєтесь, удосконалюєтеся у професії, духовному та інтелектуальному плані, у сфері відносин, вмієте викладати уроки з помилок та важких ситуацій. [43]

Шкала Розенберга вважається високонадійним інструментом для оцінки самооцінки. Багато досліджень підтверджують її внутрішню узгодженість (коефіцієнт α становить близько 0,80–0,90). Валідність шкали також підтверджена через її кореляцію з іншими психологічними методиками, що вимірюють подібні конструкти, наприклад, тривожність, депресивність або емоційний стан. Шкала вимірює загальний рівень самооцінки, не враховуючи її контекстуальних особливостей; відповіді можуть бути упередженими через бажання респондента представити себе в кращому світлі – це незначні недоліки шкали Розенберга. [37]

Методика Тривожність і Депресія (ТіД) є одним з найпоширеніших інструментів для вимірювання рівня тривожності та депресії. Розроблена Чарльзом Спілбергером, ця методика дозволяє оцінити емоційний стан особистості та виявити потенційні психологічні проблеми. [46]

Чарльз Спілбергер, американський психолог, розробив методику Тривожність і Депресія (ТіД) з метою створення надійного та валідного інструменту для вимірювання рівня тривожності та депресії. Методика була розроблена на основі теоретичних концепцій та емпіричних досліджень. Спілбергер визначив тривожність як стан, який характеризується почуттям страху, неспокою та напруги, а депресію — як стан, який характеризується почуттям суму, безнадійності та втрати інтересу до життя. [48]

Методика Тривожність і Депресія (ТіД) складається з 20 тверджень, які оцінюються за 5-бальною шкалою (від "зовсім не згоден" до "повністю згоден").

Запитання до тесту ТіД:

* Чи помічаєте Ви, що стали повільніші і мляві, що немає колишньої енергійності?
* Вам важко заснути, якщо Вас щось турбує?
* Чи відчуваєте себе пригніченим і пригніченим? І так далі. Повний список питань в додатку А.

Алгебраїчна сума коефіцієнтів, більша за +1,28, свідчить про хороший психічний стан.

Сума, менша -1,28, говорить про виражену психічну напруженість, тривожність, депресію. Проміжні значення (від -1,28 до + 1,28) свідчать про невизначеність даних. Вони можуть бути результатом неоднозначних відповідей або впливу зовнішніх факторів. У таких випадках рекомендується провести додаткові дослідження або використати інші методи оцінки для отримання більш точних результатів.

Зазвичай прикордонні значення характеризуються коефіцієнтами не більше від -5,6 до -1,28. Прикордонний стан тривожності проявляється у зниженні порога збудження стосовно різних стимулів, у нерішучості, нетерплячості, непослідовності дій. Невротична реакція тривожності як занепокоєння за власне здоров'я, за здоров'я своїх близьких у спілкуванні проявляється в тому, що людина веде себе невпевнено. Депресія проявляється в невротичних реакціях – в ослабленні тонусу життя та енергії, у зниженні фону настрою, звуження та обмеження контактів з оточуючими, наявності почуття безрадісності та самотності. [46]

Шкала оцінки харчової поведінки (ШОХП). Діагностика анорексії та булімії. Тести з харчування та самооцінки. ШОХП є важливим інструментом для РХП, таких як нервова анорексія та нервова булімія. Ця шкала дозволяє оцінити різні аспекти харчової поведінки та ставлення до їжі, що допомагає виявити потенційні проблеми на ранніх стадіях. складається з 51 тверджень, які оцінюються за 6-бальною шкалою (від "ніколи" до "завжди"). [47]

Твердження розділені на сім підшкал:

* **Прагнення худоби**: надмірне занепокоєння вагою та систематичні спроби знизити вагу.
* **Булімія**: спонукання до виникнення епізодів переїдання та очищення.
* **Незадоволеність тілом**: певні частини тіла (стегна, груди та сідниці) сприймаються як надмірно товсті.
* **Неефективність**: відчуття загальної неадекватності, що включає почуття самотності та відсутність відчуття безпеки, а також нездатність контролювати власне життя.
* **Перфекціонізм**: неадекватно завищені очікування щодо високих досягнень; нездатність пробачити собі недоліки.
* **Недовіра у міжособистісних відносинах**: відчуття відстороненості від контактів з оточуючими.
* **Інтероцептивна некомпетентність**: дефіцит впевненості у розпізнаванні почуттів голоду та насичення. [47]

Опитувальник:

* Я їм цукерки та вуглеводи, не відчуваючи напруги.
* Я вважаю, що мій живіт надто товстий.
* Я їм, коли схвильований (розгублений).
* Я об'їдаюся...

І так далі. Повний список питань в додатку А.

Тест вподобань харчової поведінки (Eating Attitudes Test, EAT-26) є одним з найпоширеніших інструментів для вимірювання ризику РХП , таких як анорексія, булімія та компульсивне переїдання. Розроблений Девід Гарнер та Пол Гарфінкель у 1979 році, EAT-26 дозволяє оцінити ставлення до їжі, тіла та харчову поведінку, що допомагає виявити потенційні проблеми на ранніх стадіях. Тест простий у виконанні і не вимагає спеціальної підготовки від респондента. З недоліків зазначено: результати тесту залежать від чесності та самосвідомості респондента, а також оцінює лише схильність до розвитку РХП, не встановлюючи точний діагноз. [62]

Респонденти відповідають на твердження за шестибальною шкалою, де:

* **ніколи, рідко, іноді** — оцінюються як 0 балів.
* **часто, дуже часто, завжди** — оцінюються від 1 до 3 балів залежно від питання.

Тест EAT-26 складається з **26 тверджень:**

* Мене дуже лякає думка, що я розтовстію.
* Я утримуюся від їжі, коли голодний.
* Я постійно думаю про їжу, майже всі мої думки про це.
* У мене трапляються напади безконтрольного поглинання їжі, зупинити себе, під час яких, я просто не можу... І так далі. Повний список питань в додатку А.

**Порогове значення — 20 балів**. Якщо респондент набирає 20 або більше балів, це вказує на можливу схильність до РХП та потребу в консультації спеціаліста. Низький рівень балів зазвичай свідчить про відсутність значних проблем із харчовою поведінкою, але, чим вище бал і ближче до 20, тим вирогілніше схильність до РХП. [41]

## Індекс маси тіла (ІМТ) – простий показник співвідношення маси тіла до зросту людини.

**ІМТ = маса тіла (кг) / зріст² (м²)**

ІМТ дозволяє відстежувати зміни маси тіла з часом і оцінювати ефективність дієт та фізичних навантажень.

За значенням ІМТ можна визначити, до якої категорії відноситься маса тіла людини:

* + **Дефіцит маси тіла:** ІМТ < 18,5
	+ **Норма:** 18,5 ≤ ІМТ < 25
	+ **Надмірна маса тіла:** 25 ≤ ІМТ < 30
	+ **Ожиріння:** ІМТ ≥ 30

ІМТ є важливим інструментом для оцінки ризику розвитку захворювань, пов'язаних з надмірною вагою або недостатньою масою тіла. Він допомагає відстежувати зміни маси тіла з часом та оцінювати ефективність дієт та фізичних навантажень. ІМТ є лише одним з показників, і для повної оцінки стану здоров'я необхідно враховувати інші фактори, такі як склад тіла, рівень фізичної активності та загальний стан здоров'я. [40]

Подальший аналіз всіх показників згідно данних опитування допоможе виявити та прослідити всі можливі зв’язки між отриманими результатами.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження

Аналіз отриманих даних показав, що рівень самооцінки не завжди є прямим показником психічного здоров'я. Незважаючи на високу самооцінку, деякі респонденти демонстрували підвищений рівень стресу. самооцінка не завжди є однозначним показником психічного благополуччя. Висока самооцінка може бути результатом як здорової самоповаги, так і захисного механізму, що дозволяє справлятися з високим рівнем стресу. Аналіз результатів може бути доволі суб'єктивним процесом. Суб'єктивізм у дослідженнях може призводити до різних трактувань даних. Саме тому далі буде проведено кореляційний аналіз отриманих результатів.

 Коефіцієнт кореляції дає кількісну оцінку сили та напрямку лінійного взаємозв'язку між змінними, які будуть розглянуті по данним таблиць 2.1 і 2.2. Розрахунки коефіцієнтів кореляцій зібрані в таблицях 2.3 - 2.5.

Таблиця 2.1

Зведені результати з анкет. Показники: Шкала Розенберга та Шкала ДіТ Спілбергера

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| рост | вага | ІМТ | вік | Шкала Розенберга, бал |  |  | Шкала ДіТ Спілбергера, бал |
|  |  |  |  | 0-18 низький рівень самоповаги | 19-22 середній рівень самоповаги | 23-34 досить високий рівень самоповаги | 35-40 високий рівень самоповаги | >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| 163 | 47 | 17,7 | 16 |  |  | 30 |  |  |  | 1,14 |
| 176 | 62 | 20 | 23 |  |  | 24 |  |  | -7,93 |  |
| 164 | 51 | 19 | 16 |  |  | 25 |  |  | -5,92 |  |
| 172 | 58 | 19,6 | 23 |  |  | 29 |  |  | -9,81 |  |
| 165 | 48,5 | 18 | 16 | 17 |  |  |  |  | -5,27 |  |
| 165 | 80 | 29,4 | 21 |  |  | 33 |  |  |  | -1,22 |
| 172 | 52 | 17,6 | 16 |  |  | 23 |  |  | -5,88 |  |
| 161 | 47,5 | 18,5 | 16 |  |  | 31 |  |  | -12,5 |  |
| 163 | 52 | 19,6 | 22 |  |  | 33 |  |  |  | 0,87 |
| 182 | 80 | 24,2 | 25 |  | 21 |  |  |  | -10,22 |  |
| 175 | 60 | 19,6 | 23 |  |  | 30 |  | 7,62 |  |  |

Продовження таб. 2.1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 164 | 58 | 21,6 | 25 |  |  | 26 |  | 6,39 |  |  |
| 182 | 65 | 19,6 | 18 |  |  | 29 |  |  |  | -0,44 |
| 164 | 63 | 23,4 | 21 |  | 22 |  |  |  | -6,49 |  |
| 163 | 55 | 20,7 | 25 |  |  | 26 |  |  | -8,77 |  |
| 170 | 55 | 19 | 20 |  |  | 31 |  |  | -11,73 |  |
| 175 | 74 | 24,2 | 17 |  |  | 24 |  |  | -8,94 |  |
| 165 | 54 | 19,8 | 16 |  |  | 31 |  | 6,86 |  |  |
| 169 | 53 | 18,6 | 23 |  |  |  | 35 | 2,04 |  |  |
| 184 | 70 | 20,7 | 20 |  |  | 25 |  | 5,22 |  |  |
| 167 | 49 | 17,6 | 20 | 18 |  |  |  |  | -3,32 |  |
| 170 | 60 | 20,8 | 16 |  | 20 |  |  |  |  | 0,25 |
| 163 | 53 | 19,9 | 22 |  |  | 25 |  |  | -5,89 |  |
| 171 | 60 | 20,5 | 16 |  |  | 31 |  |  | -6,21 |  |
| 161 | 53 | 20,4 | 17 |  | 19 |  |  |  | -7,93 |  |
| 168 | 63 | 22,3 | 18 |  | 22 |  |  | 3,25 |  |  |
| 180 | 83 | 25,6 | 18 | 17 |  |  |  | 2,98 |  |  |
| 176 | 69 | 22,3 | 19 |  |  | 30 |  |  | -1,39 |  |
| 164 | 52 | 19,3 | 22 |  |  | 24 |  |  | -2,78 |  |
| 179 | 65 | 20,3 | 17 |  |  | 26 |  |  | -10,24 |  |
| 164 | 50 | 18,6 | 25 |  |  | 29 |  | 4,39 |  |  |
| 165 | 59 | 21,7 | 22 |  |  |  | 36 |  | -2,49 |  |
| 170 | 61 | 21,1 | 13 |  |  | 31 |  | 5,28 |  |  |
| 175 | 61 | 19,9 | 20 |  | 20 |  |  |  | -6,78 |  |
| 163 | 71 | 26,7 | 19 |  | 19 |  |  | 2,69 |  |  |
| 168 | 70 | 24,8 | 20 |  |  | 30 |  |  | -7,94 |  |
| 182 | 79 | 26,7 | 19 |  |  | 32 |  |  | -3,65 |  |
| 181 | 75 | 22,9 | 23 |  |  | 28 |  | 4,38 |  |  |
| 172 | 60 | 20,3 | 24 |  |  | 28 |  |  | -3,79 |  |
| 170 | 55 | 19 | 21 |  |  | 33 |  |  | -3,93 |  |
| 186 | 68 | 19,7 | 20 |  |  |  | 35 |  |  | 1,09 |
| 165 | 60 | 22 | 25 |  |  | 30 |  |  |  | -0,39 |
| 167 | 60 | 21,5 | 22 |  |  | 32 |  | 5,93 |  |  |
| 166 | 52 | 23,6 | 16 | 17 |  |  |  |  | -11,21 |  |
| 170 | 58 | 20,1 | 17 |  | 21 |  |  |  | -9,67 |  |
| 170 | 65 | 22,5 | 20 |  |  | 31 |  |  | -5,92 |  |
| 163 | 57 | 21,5 | 21 |  | 20 |  |  |  | -2,49 |  |
| 180 | 70 | 21,6 | 15 |  |  | 23 |  |  | -6,34 |  |
| 176 | 63 | 20,3 | 23 |  |  | 31 |  | 7,12 |  |  |
| 163 | 52 | 19,9 | 20 |  |  |  | 35 |  | -3,21 |  |
| 164 | 55 | 20,5 | 17 |  |  |  | 35 |  |  | -1,02 |

Існує незначний зв'язок між депресивним станом та РХП, які наштовхують на висновки:

* При більш виражених депресивних станах (негативні значення за шкалою ДіТ) спостерігаються вищі показники РХП і ШОХП
* Особи з нормальними показниками (позитивні значення ДіТ) мають нижчі показники РХП
* Більшість досліджуваних з депресивними проявами мають підвищені показники РХП
* У групі з нормальними показниками депресії РХП знаходяться в межах норми
* Найвищі показники РХП зафіксовані при значеннях ДіТ від -9 до -6
* При значеннях ДіТ >0 показники РХП рідко перевищують середні значення

Таблиця 2.2*.*

Зведені результати з анкет. Показники: Шкала оцінювання харчової поведінки та Шкала EAT-26

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| рост | вага | ІМТ | вік | Шкала оцінювання харчової поведінки, бал |  |  | EAT-26, бал |
|  |  |  |  | Худоба/анорексія | Булімія | Незадоволення тілом | Неефективність (незмога контролювати власне життя) | Перфек ціонизм | Недовіра до оточуючих | Нерозпізнання голоду | 0-20, нормальна харчова поведінка | більше 20, розлади харчової поведінки |
| 163 | 47 | 18 | 16 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4 | 6 | 5 | 8 |  |
| 176 | 62 | 20 | 23 | 5 | 7 | 5 | 7 | 4 | 5 | 8 | 10 |  |
| 164 | 51 | 19 | 16 | 9 | 7 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 14 |  |
| 172 | 58 | 20 | 23 | 1 | 7 | 5 | 6 | 6 | 8 | 8 | 5 |  |
| 165 | 49 | 18 | 16 | 1 | 1 | 6 | 9 | 3 | 8 | 8 | 4 |  |
| 165 | 80 | 29 | 21 | 5 | 8 | 7 | 2 | 8 | 6 | 7 | 8 |  |
| 172 | 52 | 18 | 16 | 1 | 1 | 6 | 8 | 6 | 8 | 7 | 5 |  |
| 161 | 48 | 19 | 16 | 1 | 1 | 4 | 6 | 5 | 7 | 5 | 3 |  |
| 163 | 52 | 20 | 22 | 8 | 7 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 11 |  |
| 182 | 80 | 24 | 25 | 1 | 6 | 5 | 9 | 5 | 7 | 7 | 8 |  |
| 175 | 60 | 20 | 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |  |
| 164 | 58 | 22 | 25 | 5 | 6 | 5 | 1 | 1 | 5 | 1 | 3 |  |
| 182 | 65 | 20 | 18 | 5 | 6 | 5 | 6 | 8 | 5 | 7 | 6 |  |
| 164 | 63 | 23 | 21 | 8 | 9 | 8 | 6 | 7 | 6 | 8 | 20 |  |
| 163 | 55 | 21 | 25 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 5 | 8 | 9 |  |
| 170 | 55 | 19 | 20 | 1 | 1 | 1 | 5 | 7 | 6 | 5 | 3 |  |
| 175 | 74 | 24 | 17 | 9 | 6 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 17 |  |
| 165 | 54 | 20 | 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | 6 | 4 |  |
| 169 | 53 | 19 | 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 5 | 5 | 3 |  |

Продовження таб. 2.2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 184 | 70 | 21 | 20 | 6 | 1 | 6 | 6 | 3 | 6 | 6 | 8 |  |
| 167 | 49 | 18 | 20 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 1 | 6 | 9 |  |
| 170 | 60 | 21 | 16 | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 6 | 6 | 10 |  |
| 163 | 53 | 20 | 22 | 6 | 7 | 6 | 7 | 5 | 7 | 6 | 5 |  |
| 171 | 60 | 21 | 16 | 6 | 6 | 6 | 6 | 3 | 5 | 6 | 8 |  |
| 161 | 53 | 20 | 17 | 5 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 4 |  |
| 168 | 63 | 22 | 18 | 5 | 6 | 6 | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 |  |
| 180 | 83 | 26 | 18 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 5 | 9 |  |
| 176 | 69 | 22 | 19 | 6 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 6 | 6 |  |
| 164 | 52 | 19 | 22 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 8 |  |
| 179 | 65 | 20 | 17 | 6 | 6 | 5 | 5 | 6 | 7 | 6 | 8 |  |
| 164 | 50 | 19 | 25 | 6 | 6 | 5 | 5 | 3 | 1 | 1 | 4 |  |
| 165 | 59 | 22 | 22 | 7 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 15 |  |
| 170 | 61 | 21 | 13 | 5 | 6 | 4 | 1 | 6 | 4 | 5 | 4 |  |
| 175 | 61 | 20 | 20 | 6 | 6 | 5 | 5 | 6 | 1 | 1 | 13 |  |
| 163 | 71 | 27 | 19 | 6 | 6 | 5 | 7 | 3 | 5 | 5 | 17 |  |
| 168 | 70 | 25 | 20 | 7 | 8 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 19 |  |
| 182 | 79 | 27 | 19 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |  | 21 |
| 181 | 75 | 23 | 23 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 4 | 1 | 3 |  |
| 172 | 60 | 20 | 24 | 6 | 6 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 19 |  |
| 170 | 55 | 19 | 21 | 5 | 6 | 4 | 6 | 5 | 1 | 1 | 14 |  |
| 186 | 68 | 20 | 20 | 8 | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 |  | 25 |
| 165 | 60 | 22 | 25 | 6 | 7 | 5 | 7 | 5 | 6 | 5 | 9 |  |
| 167 | 60 | 22 | 22 | 1 | 1 | 5 | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 |  |
| 166 | 52 | 24 | 16 | 6 | 7 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 18 |  |
| 170 | 58 | 20 | 17 | 5 | 6 | 5 | 1 | 5 | 1 | 1 | 7 |  |
| 170 | 65 | 23 | 20 | 6 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 6 | 9 |  |
| 163 | 57 | 22 | 21 | 5 | 7 | 6 | 5 | 4 | 4 | 6 | 19 |  |
| 180 | 70 | 22 | 15 | 8 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 6 | 15 |  |
| 176 | 63 | 20 | 23 | 5 | 1 | 5 | 1 | 6 | 1 | 1 | 13 |  |
| 163 | 52 | 20 | 20 | 8 | 8 | 7 | 8 | 8 | 6 | 6 | 20 |  |
| 164 | 55 | 21 | 17 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 7 | 7 | 14 |  |

Коефіцієнт кореляції - це статистичний показник, який вимірює силу та напрямок лінійного зв'язку між двома змінними.

Коефіцієнт кореляції Пірсона розраховується за допомогою **Excel** функції КОРЕЛ:

* **Виберіть пусту комірку**, де ви хочете побачити результат коефіцієнта кореляції.
* **Введіть формулу КОРЕЛ**. Наприклад, якщо дані для X знаходяться в діапазоні A2, а для Y — в діапазоні B2, формула буде виглядати так:

=КОРЕЛ(A2:A5, B2:B5)

* **Натисніть Enter**. Excel розрахує і відобразить коефіцієнт кореляції між змінними X та Y.

Коефіцієнт кореляції може приймати значення від -1 до +1.

* + Значення, близькі до +1 або -1, вказують на сильний лінійний зв'язок. Чим ближче значення до 1, тим сильніший зв'язок.
	+ Значення, близькі до 0, вказують на слабкий або відсутність лінійного зв'язку.

Напрямок зв'язку:

* + Позитивне значення (від 0 до +1) означає, що дві змінні змінюються в одному напрямку - коли одна збільшується, друга також збільшується.
	+ Негативне значення (від 0 до -1) означає, що змінні змінюються в протилежних напрямках - коли одна збільшується, інша зменшується.

Наприклад, коефіцієнт 0,002354 - дуже близький до 0, що вказує на майже повну відсутність лінійного зв'язку між двома змінними.

Результати дослідження вказують на необхідність більш детального вивчення взаємозв'язку між самооцінкою, перфекціонізмом та іншими особистісними характеристиками. Деякі респонденти з високою самооцінкою демонстрували підвищений рівень стресу та інші симптоми дистресу.

За допомогою інструментів Excel були розраховані кореляційні зв'язки між такими показниками, як рівень самооцінки та рівень стресу, рівень стресу та показники анорексії, булімії, незадоволення власним тілом, перфекціонізм, нерозпізнання відчуття голоду, неефективність та недовіра до оточуючих, а також показник IT-26. Напрямок кореляції (прямий чи зворотний) видно з результатів таблиці, на що вказують знаки плюсові або мінусові. Проте чітко видно, що рівень кореляції не наближається до одиниці, тільки у кількох показників; інші показники не мають настільки сильного зв'язку.

У нашому випадку спостерігається позитивна кореляція - зі зростанням значення однієї змінної збільшується значення іншої (пряма залежність), тобто рівень кореляції **0,69118** вказує на **сильний позитивний зв'язок** між низьким рівнем самооцінки (згідно з балами шкали Розенберга) та високим рівнем тривоги і депресії ( що видно по балах шкали ТіД Спілбергера). Це означає, що чим нижча самооцінка людини, тим вищий, як правило, рівень її тривоги та депресії. І навпаки, люди з високою самооцінкою, як правило, менше схильні до тривожних та депресивних станів. Що підтверджує к**оефіцієнт кореляції -0,2162** між середньою самооцінкою та високим рівнем тривоги та депресії. Це означає, що чим вища самооцінка людини, тим нижчим, як правило, є рівень її тривоги та депресії.

Таблиця 2.3

Зведені таблиця розрахованих коефіцієнтів кореляції між різними показниками

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0-18, низький рівень самоповаги | 19-22, середній рівень самоповаги | 23-34, досить високий рівень самоповаги | 35-40, високий рівень самоповаги |
| виражений тривожний стан |  |  |
| 0,691183732 | -0,216204728 | 0,002353534 | 1 |
| 0-18, низький рівень самоповаги | 19-22, середній рівень самоповаги | 23-34, досить високий рівень самоповаги | 35-40, високий рівень самоповаги |
| нормальний стан |  |  |  |
|  | 1 | 0,335090413 |  |
| 0-18, низький рівень самоповаги | 19-22, середній рівень самоповаги | 23-34, досить високий рівень самоповаги | 35-40, високий рівень самоповаги |
| невизначено |  |  |  |
|  |  | -0,077236113 |  |
| 0-18, низький рівень самоповаги | 19-22, середній рівень самоповаги | 23-34, досить високий рівень самоповаги | 35-40, високий рівень самоповаги |
| Перфекціонізм |  |  |  |
| 0,333333333 | 0,300081198 | -0,171237975 | -0,353553391 |

**Так далі можна побачити: коефіцієнт кореляції між високим рівнем самооцінки та високим рівнем тривоги та депресії дорівнює 0,00235, між дуже високим рівнем самооцінки та високим рівнем тривоги та депресії = 1, тобто ідеальна позитивна кореляція, показники змінюються в одному напрямку. Результати кореляційного аналізу показали, що між високою самооцінкою та нормальним рівнем тривоги та депресії існує слабка позитивна кореляція з коефіцієнтом 0,33509. Це означає, що з підвищенням високої самооцінки трохи зростає ймовірність нормального рівня тривоги та депресії, і навпаки. Такий зв'язок вказує на те, що висока самооцінка може бути одним з факторів, які сприяють підтриманню нормального рівня тривоги та депресії, але його вплив є незначним.**

 Крім того дослідження приводять до необхідності додаткових розрахунків — індекс маси тіла. Результати кореляційного аналізу показали, що між індексом маси тіла та високим рівнем самооцінки існує слабка позитивна кореляція з коефіцієнтом 0,22301. Проте це незначна кореляція і вплив мінімальний: що з підвищенням індексу маси тіла трохи зростає ймовірність високого рівня самооцінки, і навпаки. Такий зв'язок вказує на те, що індекс маси тіла може бути одним з факторів, які впливають на самооцінку, але його вплив є незначним. Слабка позитивна кореляція свідчить про те, що ці дві змінні можуть бути взаємопов'язаними, але цей зв'язок є незначним, не є основним фактором. Інші психологічні та соціальні фактори, такі як особисті досягнення, соціальна підтримка та внутрішні переконання, можуть мати більший вплив на рівень самооцінки.

 Хоча більшість учасників опитування мали досить високу самооцінку, спостерігалася тенденція до високого рівня перфекціонізму. Коефіцієнт кореляції -0,35355 вказує на слабку негативну кореляцію між дуже високим рівнем самоповаги та показником перфекціонізму. Це означає, що між цими двома змінними існує невеликий негативний зв'язок: з підвищенням рівня перфекціонізму трохи знижується рівень самоповаги, і навпаки, зв'язок між змінними не дуже виражений, тобто інші фактори можуть мати більший вплив на рівень самоповаги та перфекціонізму. Також спостерігається слабка пряма взаємодія між низьким рівнем самоповаги та показником перфекціонізму — 0,3333.

**Коефіцієнт кореляції -0,14459** вказує на **слабкий негативний зв’язок** між показником перфекціонізму та високим рівнем тривоги і депресії. Це означає, що чим вищий рівень перфекціонізму, тим нижчим, як правило, є рівень тривоги і депресії. Однак, цей зв’язок є дуже слабким і не дозволяє зробити однозначні висновки. Існують різні типи перфекціонізму, які можуть по-різному впливати на емоційний стан.

Таблиця 2.4

Зведені таблиця розрахованих коефіцієнтів кореляції між різними показниками

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| худоба/анорексія |  |  |
| -0,259044487 | 0,395863093 | 0,351688368 |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| Недовіра |  |  |
| -0,169925932 | -0,301319058 | -0,335916699 |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| незадоволення тілом |  |  |
| -0,199873152 | 0,251419384 | -0,644447367 |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| нерозпізнання голоду |  |  |
| -0,243515851 | -0,146458829 | -0,706621599 |

 Отриманий коефіцієнт кореляції вказує на цікавий взаємозв'язок між перфекціонізмом та емоційним станом: -0,56382. Тобто вказує на помірну негативну кореляцію між показником перфекціонізму та невизначеним рівнем тривоги та депресії. З підвищенням рівня перфекціонізму знижується ймовірність невизначеного рівня тривоги та депресії, і навпаки. Зв'язок між змінними є досить вираженим, але не ідеальним. Інші фактори також можуть впливати на рівень тривоги та депресії. Наприклад, адаптивний перфекціонізм може бути пов’язаний з більш високою продуктивністю і задоволеністю життям, тоді як дезадаптивний перфекціонізм може призводити до підвищеної тривоги і депресії. Такий низький коефіцієнт кореляції не підтверджує гіпотезу про сильний зв’язок між перфекціонізмом та тривогою і депресією. **Коефіцієнт кореляції -0,64445** вказує на **помітний зворотній зв'язок** між незадоволенням власним тілом та невизначеним рівнем тривоги та депресії. Існує прямий взаємозв'язок між цими двома поняттями.

Результати кореляційного аналізу показали, що між високим рівнем тривоги та депресії та показником харчової поведінки по тесту EAT-26 існує слабка позитивна кореляція з коефіцієнтом 0,30395. Це означає, що з підвищенням рівня тривоги та депресії трохи зростає ймовірність росту показника рівня харчової поведінки, і навпаки. Такий зв'язок вказує на те, що високий рівень тривоги та депресії може бути одним з факторів, які сприяють підтриманню нормального рівня харчової поведінки, але його вплив є незначним.

Таблиця 2.5

Зведені таблиця розрахованих коефіцієнтів кореляції між різними показниками

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| булімія |  |  |
| -0,408700624 | -0,022002359 | -0,535304686 |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| неефективність |  |  |
| -0,568271856 | 0,076625113 | -0,123909872 |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| Перфекціонізм |  |  |
| -0,137373778 | -0,144589416 | -0,56381778 |
| >+1,28 відсутній тривожний стан | <-1,28 тривожний стан | між +1,28 -1,28, невизначено |
| тест на наявність РХП, EAT-26, бал |  |
| -0,292964904 | 0,30394648 | -0,097698759 |

**Коефіцієнт кореляції -0,56827** вказує на **помірно сильний негативний зв'язок** між відчуттям неефективності (неспроможністю контролювати власне життя) та нормальним рівнем тривоги і депресії. Чим сильніше людина відчуває, що вона не може контролювати своє життя, тим менше вона схильна до тривожних і депресивних станів. Можливо, це пов'язано з тим, що люди, які відчувають себе неефективними, можуть бути більш схильними приймати ситуацію такою, якою вона є, і не витрачати багато енергії на боротьбу з нею. Незважаючи на цей негативний зв’язок, існують й інші фактори, які можуть впливати на рівень тривоги і депресії, такі як генетична схильність, життєві події, соціальна підтримка тощо. Тому, відчуття неефективності є лише одним з багатьох факторів, які можуть впливати на емоційний стан людини. **При цьому коефіцієнт кореляції -0,0766** вказує на **дуже слабкий негативний зв’язок** між відчуттям неефективності (неспроможністю контролювати власне життя) та високим рівнем тривоги і депресії. Це означає, що практично немає статистично значущого зв’язку між цими двома змінними.

Глибокий аналіз взаємозв’язків між усіма отриманими в ході опитування показниками не виявив значних кореляцій між рівнями тривожності, депресії та проявами РХП. Незважаючи на відсутність явних причинно-наслідкових зв’язків між цими явищами, цей факт не дозволяє нам недооцінювати їхню складність та багатогранність.

Одним із позитивних результатів дослідження є відносно низький відсоток респондентів (4% з 51 анекети), які демонструють ознаки РХП. (див. мал. 2.1) Це свідчить про те, що серед досліджуваної молодіжної групи такі розлади не є масовим явищем.



Мал. 2.1. Тест на наявність РХП, EAT-26, співвідношення показників у %

Графічне зображення даних вказує на приблизно рівномірний розподіл показників анорексії, булімії, незадоволення власним тілом, перфекціонізму та нездатності розпізнавати відчуття голоду. Це свідчить про те, що кожен із цих факторів може відігравати певну роль у формуванні харчової поведінки, проте їхній вплив є досить індивідуальним і залежить від багатьох інших чинників. (див. мал. 2.2)



Мал. 2.2. Співвідношення показників ШОХП у %

Люди, які не задоволені своїм тілом, часто встановлюють для себе завищені стандарти краси та досконалості, що й проявляється у високому рівні перфекціонізму. Незадоволення тілом може підсилювати перфекціонізм, і навпаки. Наприклад, прагнення до ідеального тіла може призводити до постійного порівняння себе з іншими та відчуття невдоволення власним зовнішнім виглядом. Але ще один з позитивних результатів дослідження є високий відсоток респондентів показників самооцінки у молоді, що заповнила опроснік — 65% (див. мал. 2.3) Це свідчить про те, що серед досліджуваної молодіжної групи такі розлади не є масовим явищем.



Мал. 2.3. Шкала Розенберга, співвідношення показників самооцінки у %

При цьому показники повишеного стану тривожності та депресії високі — 59% із виборкі 51 анкета. Показані результати підтверджують важливість комплексного підходу до роботи з молодими людьми, які мають проблеми з тілесною самосвідомістю. Ці результати свідчать про складну взаємодію між самооцінкою, стресом та іншими психологічними факторами.



Мал. 2.4. Шкала ДіТ Спілбергера, співвідношення показників тривоги і депресії у %

Можливо, це пов'язано з високими очікуваннями суспільства та вихованням в суворих рамках, що може призводити до почуття недостатності навіть у людей з високою самооцінкою. Однак, люди відрізняються один від одного, і те, що характерно для однієї групи людей, може не бути характерним для іншої. Кожна людина є унікальною, і не всі люди з високим рівнем перфекціонізму будуть мати високий рівень тривоги та депресії.

Незважаючи на спостережуваний високий рівень стресу на фоні різних зовнішніх або внутрішніх факторів, у опитуваних, окрім двох випадків, не спостерігаються РХП. Звісно, важливо, щоб вони дійсно чесно відповідали на питання. Тому дальші рекомендації для вивчення цієї теми включають проведення опитування в межах України серед учнів або студентів.

Отримані коефіцієнти кореляції між досліджуваними показниками свідчить про наявність слабкого позитивного чи негативного зв'язку між цими змінними. Це означає, що існує тенденція до спільних змін цих показників, але цей зв'язок є несильним і може бути обумовлений впливом інших факторів. Для більш детального розуміння взаємозв'язку між цими змінними, на мою думку, необхідні подальші дослідження (бажано дослідити ці питання на більшій виборці в масштабах всієї країни).

Розділ 3. Розробка програми профілактики розладів харчової поведінки

#### 3.1. Теоретичне обґрунтування програми профілактики розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки (РХП) є серйозними психічними розладами, складними мультифакторіальними феноменами, які виникають під впливом біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. До них належать анорексія нервова, булімія нервова, компульсивне переїдання та інші менш відомі форми. Профілактика РХП є важливим аспектом охорони здоров'я, оскільки вона дозволяє запобігти розвитку цих розладів або зменшити їх вираженість.

РХП характеризуються порушенням харчових звичок, які супроводжуються надмірною стурбованістю щодо ваги та форми тіла. Ці розлади можуть призвести до серйозних медичних ускладнень, таких як порушення роботи серця, ниркової недостатності, остеопорозу та інших.

В основі профілактичних програм лежить необхідність зменшення ризиків розвитку РХП через раннє виявлення факторів ризику, підвищення обізнаності цільової групи та формування адаптивних копінг-стратегій. [32]

Розвиток РХП може бути обумовлений різноманітними факторами, які можна розділити на біологічні, психологічні та соціальні.

Теоретичні основи програм мають базуватися на кількох ключових аспектах:

1. **Біопсихосоціальна модель -** розглядає людину як систему, де взаємодіють біологічні, психологічні та соціальні фактори. Для профілактики РХП важливо враховувати всі три компоненти:
* **біологічний аспект:** вплив генетичної схильності, метаболічних порушень, стану фізичного здоров’я на харчову поведінку.
* **психологічний аспект:** рівень тривожності, самооцінка, незадоволеність власним тілом, дезадаптивні копінг-стратегії.
* **соціальний аспект:** вплив культурних стандартів краси, соціального середовища та сімейних моделей харчової поведінки.
1. **Когнітивно-поведінкова теорія -** пояснює, як дезадаптивні переконання щодо їжі та власного тіла можуть сприяти розвитку РХП. Профілактична програма має бути спрямована на виявлення та зміну негативних переконань, формування адекватного ставлення до харчування та роботи з самооцінкою.
2. **Теорія соціального навчання -** підкреслює важливість навчання через спостереження за поведінкою інших. У програмі профілактики слід приділяти увагу позитивним моделям харчової поведінки, які можуть демонструвати педагоги, психологи або інші члени соціального оточення.
3. **Підхід до розвитку емоційного інтелекту -** розвиток навичок управління емоціями, оскільки емоційна регуляція знижує ризик виникнення компульсивного переїдання або обмежувальної поведінки.
4. **Мотиваційний підхід - ф**ормування внутрішньої мотивації до здорового способу життя є ключовим завданням профілактики. Це досягається через позитивне підкріплення, підвищення рівня обізнаності щодо наслідків РХП та створення підтримуючого середовища.

Програма повинна включати три рівні профілактики:

* + **Первинна профілактика:** підвищення обізнаності, популяризація здорового способу життя, робота з групами ризику (молодь, підлітки, спортсмени).
	+ **Вторинна профілактика:** раннє виявлення симптомів РХП, надання психологічної підтримки.
	+ **Третинна профілактика:** робота з особами, які вже мають діагностовані РХП, з метою запобігання ускладнень та рецидивів.

Основна цільова аудиторія програм профілактики — молодь та підлітки, оскільки саме в цьому віці закладаються основні моделі поведінки. Профілактичні заходи повинні враховувати:

* + високу чутливість до соціальних стандартів,
	+ роль однолітків у формуванні поведінкових звичок,
	+ потребу в підтримці самооцінки.

Таким чином, теоретичне обґрунтування програми профілактики РХП базується на інтеграції міждисциплінарних підходів, що дозволяє комплексно вирішувати проблему. Така програма спрямована не лише на попередження РХП, але й на загальне зміцнення психічного та фізичного здоров’я молоді. [67]

Основною метою програми профілактики РХП є запобігання розвитку цих розладів та покращення психічного та фізичного здоров'я молоді. Для досягнення цієї мети необхідно вирішити наступні завдання:

1. **Інформування та освіта**: підвищення обізнаності молоді щодо РХП, їх причин, симптомів та наслідків.
2. **Раннє виявлення**: розробка та впровадження методів раннього виявлення ознак РХП у груп ризику.
3. **Психологічна підтримка**: надання психологічної допомоги особам, які перебувають у групі ризику або вже мають ознаки РХП.
4. **Формування позитивного ставлення до власного тіла**: розвиток позитивного ставлення до власного тіла та здорових харчових звичок.
5. **Соціальна підтримка**: створення підтримуючого середовища, яке сприятиме покращенню психічного здоров'я та запобіганню розвитку РХП.

Для досягнення цілей програми профілактики РХП можуть бути використані наступні методи та інструменти:

1. **Інформаційно-освітні заходи**: лекції, семінари, тренінги, інформаційні кампанії, які спрямовані на підвищення обізнаності молоді щодо РХП.
2. **Психологічна допомога**: індивідуальні та групові консультації, тренінги з розвитку навичок саморегуляції та стресостійкості.
3. **Формування здорових харчових звичок**: розробка та впровадження програм здорового харчування, консультації з дієтологами.
4. **Фізична активність**: розробка програм фізичної активності, які сприятимуть покращенню фізичного та психічного здоров'я.
5. **Соціальна підтримка**: створення груп підтримки, клубів за інтересами, програм соціальної адаптації.

Розробка та впровадження програми профілактики РХП є важливим кроком у запобіганні розвитку цих розладів та покращенні психічного та фізичного здоров'я молоді. [66]

### 3.2. Зміст та рекомендації щодо впровадження програми профілактики розладів харчової поведінки у молоді України

Програма профілактики РХП в Україні спрямована на запобігання розвитку цих розладів та покращення психічного та фізичного здоров'я молоді. Програма має включає комплекс заходів, спрямованих на інформування, освіту, раннє виявлення та психологічну підтримку. [66]

**Цільова аудиторія:**

* школярі середньої та старшої школи, студенти (основна група, яка найбільш вразлива до РХП)
* вчителі, викладачі (як посередники для раннього виявлення ризиків та підтримки молоді ) та батьки (для формування здорових сімейних харчових звичок)
* фахівці у сфері охорони здоров’я, психології та соціальної роботи з молоддю (для навчання ранньому виявленню та скеруванню до спеціалістів)

Основні цілі програми профілактики РХП включають:

1. Підвищення обізнаності молоді щодо РХП, їх причин, симптомів та наслідків.
2. Розробка та впровадження методів раннього виявлення ознак РХП у груп ризику.
3. Надання психологічної допомоги особам, які перебувають у групі ризику або вже мають ознаки РХП.
4. Розвиток позитивного ставлення до власного тіла та здорових харчових звичок.
5. Створення підтримуючого середовища, яке сприятиме покращенню психічного здоров'я та запобіганню розвитку РХП. [32]

Формат проведення:

* групові заняття (8-14 осіб) 1-2 рази на місяць
* індивідуальні консультації за потребою
* залучення фахівців (психологів, дієтологів) для проведення тренінгів і семінарів

#### Етапи реалізації програми:

1. **Підготовчий етап:**
* аналіз потреб цільової аудиторії
* розробка та адаптація інформаційних матеріалів
* залучення спеціалістів: психологів, дієтологів, педагогів
1. **Реалізаційний етап:**
* проведення інформаційних кампаній і тренінгів
* запуск регулярних скринінгів у школах і навчальних закладах
* налагодження роботи центрів психологічної допомоги
1. **Оцінка ефективності:**
* моніторинг змін у рівні обізнаності молоді про РХП
* аналіз результатів скринінгу: зменшення кількості осіб із ризиками РХП
* проведення зворотного зв’язку з учасниками програми

Ефективна реалізація програми профілактики РХП дозволить досягти наступних результатів:

1. молодь буде краще інформована щодо РХП, їх причин, симптомів та наслідків,
2. зменшення кількості випадків РХП серед молоді завдяки ранньому виявленню та втручанню,
3. збільшення кількості людей, які звертаються за психологічною допомогою при перших ознаках РХП,
4. зменшення рівня тривожності, депресії та інших психічних розладів, які можуть сприяти розвитку РХП.
5. розвиток позитивного ставлення до власного тіла та здорових харчових звичок,
6. створення середовища, яке сприятиме покращенню психічного здоров'я та запобіганню розвитку РХП. [67]

Комплексний підхід, що поєднує інформування, профілактику, медичну допомогу та моніторинг, дасть змогу значно знизити поширеність РХП в Україні. Запропонована структура програми забезпечить системну та цілеспрямовану роботу в цьому напрямку.

Розробка та впровадження програми профілактики РХП в Україні є важливим кроком у запобіганні розвитку цих розладів та покращенні психічного та фізичного здоров'я молоді.

Програма психологічних тренінгів для формування практичних навичок здорової харчової поведінки молоді РХП
спрямована на формування здорових харчових звичок у підлітків з РХП, є надзвичайно важливою. Вправи, які можна включити до програми, розширюючи та поглиблюючи роботу над різними аспектами проблеми, які займають кілька хвилин і навіть підліткам не важко буде приділяти час на них.

1. Вправа "Дзеркало доброти": людина стоїть перед дзеркалом та вимовляють позитивні афірмації про своє тіло та здоров'я, робить компліменти, що сприяти прийняттю та позитивному ставленню до власного тіла.
2. Вправа "Емоційний щоденник": підлітки ведуть щоденник, в якому записують свої емоції та думки протягом дня. Обов’язково фіксувати ті емоції, які виклткали бажання щось з’їсти, або навпаки — заборону до їжі. Це допоможе підліткам краще розуміти та керувати своїми емоціями та харчовою поведінкою.
3. "Емоційна палітра": створити таблицю, в якій підлітки будуть записувати ситуації, що викликають у них різні емоції, та способи, якими вони зазвичай справляються з ними. Це допоможе їм ідентифікувати тригери, які можуть провокувати нездорову харчову поведінку.
4. "Кулінарний експеримент": проводити кулінарні майстер-класи, на яких підлітки зможуть готувати здорові та смачні страви самостійно. Плюс спільні обіди, під час яких підлітки обговорюють свої успіхи та складнощі, в приготуванні здорової їжі. Паралельно складають план здорового харчування на тиждень, включаючи різноманітні продукти та рецепти.
5. «Вибір у стресовій ситуації»: навчання стратегій подолання стресу без звернення до їжі. Учасникам пропонуються ситуації, які викликають стрес (наприклад, екзамен, конфлікт із друзями). Завдання — знайти три альтернативні способи зняття напруги (медитація, фізична активність, малювання тощо), обговорення, як можна інтегрувати ці способи в повсякденне життя.

 Ця програма може значно покращити фізичне та психічне здоров'я підлітків та сприяти їхньому загальному благополуччю. [32]

Важливо пам'ятати:

* Індивідуальний підхід: кожен підліток унікальний, тому програма має бути адаптована до його потреб та особливостей.
* Позитивна атмосфера: створити безпечний простір, де підлітки почуватимуться комфортно і зможуть відкрито говорити про свої почуття.
* Співпраця з батьками: залучати батьків до процесу відновлення, щоб забезпечити підліткам домашню підтримку.
* Комплексний підхід: поєднувати психологічні вправи з фізичною активністю та здоровим харчуванням
* Професійна допомога: залучати до проведення тренінгу кваліфікованих фахівців (психологів, дієтологів).
* Згода учасників: всі вправи та заходи мають носити добровільний характер задля безпечного почуття і бажання приймати участь.

Ця програма є лише прикладом, і її можна адаптувати до конкретних потреб групи підлітків.

Програма психологічного тренінгу спрямована на всебічний розвиток підлітків, які мають РХП. Вправи та заняття, включені до програми, допоможуть підліткам розвинути усвідомленість, сформувати позитивне ставлення до власного тіла, навчитися регулювати емоції та зміцнити впевненість у здорових харчових звичках.

Висновки

Дана дипломна робота присвячена актуальній проблемі сучасності – розладам харчової поведінки (РХП) серед молоді та дослідженню соціально-психологічних чинників, які впливають на розвиток РХП у молоді. Тема була обрана не випадково: на особистому досвіді мені довелося зіткнутися з двома підлітками-дівчатами, які переживають ці розлади. Спілкування з ними, а також консультації з психологами, дозволили мені зрозуміти, наскільки актуальною є ця проблема в сучасному суспільстві.

Сучасне суспільство диктує багато правил і норм, які можуть викликати психологічні захворювання, такі як РХП. У цій роботі розглянуто такі питання, як поняття харчової поведінки, класифікація та види РХП, теоретичні аспекти дослідження, а також аналіз научних публікацій. Вивчення цих матеріалів дозволило зробити висновок про те, що в наш час сильно зростають проблеми, такі як анорексія, булімія та інші розлади, які можуть призводити до серйозних наслідків, включаючи смертність або спроби суїциду.

Робота охоплює такі аспекти:

 • Теоретичні основи: визначення понять, класифікація РХП, аналіз сучасних наукових досліджень.

 • Емпіричне дослідження: проведено опитування серед молоді з метою виявлення поширеності та факторів, що впливають на розвиток РХП.

 • Аналіз результатів: проведено статистичний аналіз отриманих даних, виявлено кореляційні зв’язки між різними показниками (рівень стресу та депресії, самооцінка, харчова поведінка тощо).

Важливо зазначити, що РХП — це не просто капризи при виборі продуктів харчування або режимах харчування. Це серйозні психологічні розлади та відхилення від норми, які можуть включати жорсткі дієти, неконтрольовану втрату ваги або стрес від думок про надмірну вагу, навіть якщо вага вже нижче норми відповідно до віку та зросту пацієнта.

Перегляд наукових конференцій на тему видів і факторів, що впливають на РХП у дорослих та молоді, наштовхнув мене на думку про одні з головних факторів, які можуть впливати на ці розлади.

У роботі були розглянуті та описані такі РХП, які представлені в міжнародній класифікації хвороб 11-го випуску, як анорексія, булімія, компульсивне переїдання, орторексія, розлад Піка та інші менш відомі розлади.

Для емпіричних досліджень були взяті такі показники, як шкала стресу та депресії Спілбергера, шкала самооцінки Розенберга, тести на оцінку харчової поведінки, шкала оцінки харчової поведінки та тест ЕАТ-26. Додатковим показником став індекс маси тіла (ІМТ) опитуваних осіб. Вибіркова група склала 51 особу, стать яких не розглядалася як важливий фактор. Основними питаннями в анкеті були вік, зріст, вага. Група опитуваних була абсолютно випадковою, оскільки обиралася серед добровольців учнів школи, до якої в мене був доступ, студентів або дітей друзів та їхніх друзів в місті Київ .

За результатами досліджень були зібрані дані та сформовані великі сводні таблиці (таб. 2.1, 2.2). Первинний аналіз показав доволі високі показники рівня тривожності серед опитуваної молоді. Проте, гарним результатом став високий показник рівня самооцінки за шкалою Розенберга. Цікаво, що висока самооцінка та депресія мають невелику кореляційну залежність. Було виявлено, що рівень самооцінки все ж таки впливає на зниження рівня депресії, хоч і незначно, оскільки у опитуваних спостерігався високий рівень самооцінки, але при цьому і доволі високий рівень стресу. Важливо пам'ятати, що опитування проводилося в Україні, де вже третій рік триває повномасштабне вторгнення, що додатково викликає стрес. До таких факторів можна віднести недосип, страх за своє життя чи життя близьких, постійні сирени.

За допомогою інструментів Excel були розраховані кореляційні зв'язки між такими показниками, як рівень самооцінки та рівень стресу, рівень стресу та показники анорексії, булімії, незадоволення власним тілом, перфекціонізм, нерозпізнавання відчуття голоду, неефективність та недовіра до оточуючих, а також показник ЕАТ-26. Напрямок кореляції (прямий чи зворотний) видно з результатів таблиць (таб. 2.3 — 2.5), на що вказують знаки плюсові або мінусові. Проте чітко видно, що рівень кореляції не наближається до одиниці, тільки в кількох показниках; інші показники не мають настільки сильного зв'язку. Незважаючи на спостережуваний високий рівень стресу на фоні різних зовнішніх або внутрішніх факторів, у опитуваних. Звісно, важливо, щоб вони дійсно чесно відповідали на питання. Тому дальші рекомендації для вивчення цієї теми включають проведення опитування в межах України серед учнів або студентів.

Глибокий аналіз взаємозв’язків між усіма отриманими в ході опитування показниками не виявив значних кореляцій між рівнями тривожності, депресії та проявами РХП. Незважаючи на відсутність явних причинно-наслідкових зв’язків між цими явищами, цей факт не дозволяє нам недооцінювати їхню складність та багатогранність.

Одним із позитивних висновків дослідження є відносно низький відсоток респондентів (4% зі 100%), які демонструють ознаки РХП. Це свідчить про те, що серед досліджуваної молодіжної групи такі розлади не є масовим явищем. Також високий рівень самоповаги спостерігається у 65% опитаних.

Графічне зображення на мал. 2.2 вказує на приблизно рівномірний розподіл показників анорексії, булімії, незадоволення власним тілом, перфекціонізму та нездатності розпізнавати відчуття голоду. Це свідчить про те, що кожен із цих факторів може відігравати певну роль у формуванні харчової поведінки, проте їхній вплив є досить індивідуальним і залежить від багатьох інших чинників.

Ключові висновки:

* сучасне суспільство, зокрема соціальні мережі та ЗМІ, створює значний тиск на молодь щодо досягнення ідеальної зовнішності, що може призводити до розвитку РХП;
* сім’я, оточення, культура, суспільство — все це впливає на становлення харчових звичок у молоді;
* РХП – це не просто капризи, а серйозні психічні розлади, які потребують професійної допомоги;
* рівень стресу, низька самооцінка та невдоволення власним тілом є значущими факторами ризику розвитку РХП;
* у Києві, у випадковій групі молоді, не спостерігається високого показника РХП.

Хоча в дослідженні було виявлено високий рівень стресу серед опитаних, загалом показники РХП не було виявлено, окрім двох осіб. Це може свідчити про певний рівень стійкості молоді до зовнішнього тиску, також може свідчити про доволі гарну роботу сучасних викладачів, психологів і батьків з молоддю України.

Тому дальші рекомендації для вивчення цієї теми включають:

* проведення опитування в межах України серед учнів або студентів для отримання більш репрезентативних даних,
* розробка та впровадження програм профілактики РХП в освітніх закладах,
* підвищення обізнаності суспільства щодо проблем, пов’язаних з РХП,
* надання доступної психологічної допомоги молоді.

Висновки цього дослідження можуть бути корисні для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування РХП в Україні.