

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психології розвитку

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ**

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Спеціальність 053 «Психологія»

Студентки 4 курсу, 5 групи

Пшеничної Софії Сергіївни

Науковий керівник:

доктор психологічних наук

Мілютіна Катерина Леонідівна

Допустити до захисту в ЕК №4

кафедра психології розвитку

Протокол №_____ від _____

Завідувач кафедри: д.психол.н., доц.

Наталія ДЕМБИЦЬКА

_____ (підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	ст. 2
 РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	
1.1. Поняття харчової поведінки.....	7
1.2. Порухення харчової поведінки	11
1.3. Психологічні ознаки здорової харчової поведінки.....	17
1.4 Вплив тривоги на харчову поведінку.....	18
1.5 Вплив темпераменту на харчову поведінку.....	22
 РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ	
2.1. Опис процедури дослідження та характеристика вибірки.....	25
2.2. Опис вибірки та процедури дослідження.....	34
 РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ	
3.1. Загальний огляд результатів емпіричного дослідження.....	40
3.2. Статеві відмінності у прояві харчової поведінки студентів.....	46
3.3. Зв'язок харчової поведінки з тривожністю студентів.....	54
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67

ВСТУП

Актуальність дослідження: Оскільки загальний стан здоров'я та очікувана тривалість життя є ключовими детермінантами здоров'я населення, вивчення та розуміння харчової поведінки в сучасному світі стає все більш важливим. Дослідження МОЗ України показують, що здоров'я та тривалість життя людини напряму залежать від вибору способу життя, і від цього залежить у 70% випадків. Важливо відзначити, що харчування саме по собі відіграє ключову роль як основний фактор у визначенні такого способу життя. Інші фактори, такі як умови навколишнього середовища (15%) і генетика (15%), мають відносно незначний вплив на здоров'я та якість життя.

Поняття “харчова поведінка” охоплює кілька елементів, таких як ставлення та цінності людини до їжі, вплив харчових стереотипів у повсякденному житті та стресових ситуаціях, спроби зрозуміти та сформувати образ свого тіла, а також прийняття дієтичних підходів. Вплив соціокультурних і соціальних факторів, вплив сім'ї. Харчова поведінка оцінюється на основі різних параметрів, включаючи важливість харчової поведінки в системі цінностей індивіда, а також аспекти кількості та якості споживання їжі, щоб визначити, чи вважається вона прийнятною та чи відповідає соціальним нормам.

Значний вплив на формування стереотипів харчової поведінки, особливо під час стресових ситуацій, мають національні, культурні та соціальні фактори. Довгий час питання харчової цінності стало питанням про зв'язок між харчуванням і метою життя, тобто чи люди живуть, щоб їсти, чи люди живуть, щоб жити. Їжа, безсумнівно, є фізіологічною потребою, але психологічні фактори також впливають на харчову поведінку. Наприклад, потреба в їжі може виникати через бажання “задовільнити” власні бажання та вплив позитивних (наприклад, щастя) і негативних (наприклад, гніву, депресії) емоцій.

Внутрішні соціальні норми, цінності та очікування, пов'язані зі споживанням їжі, відіграють важливу роль у харчовій поведінці. Отже, харчова поведінка є поєднанням індивідуальних потреб особистості (що передбачають задоволення, самореалізацію, національну ідентичність тощо) і соціальних потреб суспільства (соціальна інтеграція, соціальна диференціація, соціальна ідентичність тощо).

Крім того, збільшуються випадки розладів харчової поведінки, включаючи нервову анорексію, булімію, компульсивне переїдання та патологічне блювання. Стан потребує спеціалізованої психологічної та медичної допомоги, і їх дослідження може покращити стан за допомогою лікувально-профілактичних методів.

Метою цього кваліфікаційного дослідження є визначення психологічних особливостей харчової поведінки студентів вищих

навчальних закладів України різного віку. Дана тема є актуальною, оскільки розвиток розладів харчової поведінки враховує індивідуально-психологічні особливості людини, а тип харчування значною мірою залежить від впливу соціокультурних факторів.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка студентів.

Предмет дослідження: особливості харчової поведінки серед студентів, її зв'язок з особистісними особливостями та соціокультурними чинниками.

Мета дослідження: виявлення особливостей харчової поведінки молоді.

Гіпотези дослідження:

1. У студентів з проблемами харчової поведінки вищі показники тривоги;
2. У жінок частіше зустрічаються проблема з харчовою поведінкою та тривогою;
3. Типи темпераменту з високим показником нейротизму мають вищі показники ризику розладу харчової поведінки.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз сучасної літератури з проблеми харчової поведінки серед студентів;
2. Виявити актуальні особливості та проблеми харчової поведінки та тривожності у студентської молоді;

3. Встановити статеві відмінності у прояві харчової поведінки та тривожності у студентської молоді;

4. Перевірити гіпотезу щодо зв'язку харчової поведінки та тривожності, а також проаналізувати наявність зв'язку між стилем харчової поведінки та темпераментом особистості.

Методи дослідження:

1. Теоретичні: провели детальний огляд наукових джерел з проблеми харчової поведінки серед студентів, щоб розібратися у важливих концепціях, теоріях та підходах до досліджуваної теми.
2. Емпіричні: Для збирання даних про харчову поведінку студентів ми застосували опитувальник обстеження розладів харчової поведінки EDE-Q, шкалу тривоги Гамільтона та опитувальник Г.Айзенка
3. Статистичні: У дослідженні використовувалися статистичні методи, такі як SPSS та Jamovi для обробки даних. Критерій Шапіро-Уїлка застосовувався для перевірки нормальності розподілу. Для порівняння груп використовувалися U-критерій Манна-Уїтні та ANOVA. Кореляційний аналіз за методом Спірмена використовувався для вивчення взаємозв'язків між змінними.

До вибірки увійшли 53 респонденти, з яких 16 чоловіків та 37 жінок. Середній вік досліджуваних склав 21,5 (стандартна помилка 1,94). Віковий діапазон склав від 19 до 25 років. Всі досліджувані були проінформовані в

етичних аспектах дослідження та дали згоду на проходження опитування та подальший аналіз результатів у середніх значеннях.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Поняття харчової поведінки.

З методологічних позицій підходів до генетичного моделювання необхідне попереднє визначення харчової поведінки з урахуванням походження та витоків харчової поведінки людини [1]. Методично ми спираємось на положення Л.С. Виготського про чисту гуманність будь-якої потреби і поведінки людини. Стандартне відхилення Максименка показав, що конкретний прояв будь-якої діяльності суб'єкта має суто людські властивості, а поведінка визначається єдиним носієм енергетичної інформації – потребою, яка конкретизується в індивідуальних потребах і відразу набуває соціальних ознак, оскільки діяльність людини часто призводить до цієї потреби. “Задоволення” від потреб виживання та соціального середовища [2]. На цій основі ми пропонується наступна теза щодо харчової поведінки: харчова поведінка — це система специфічних взаємодій організму з навколишнім середовищем, спрямована на задоволення потреби в їжі.

Харчова поведінка людини визначається єдністю біологічних, психологічних і соціокультурних факторів, це міжфункціональна психологічна система, в якій задовольняються не тільки потреби, але й сам процес прийому їжі має вирішальне значення. Отже, процеси харчування мають зворотний вплив на відповідні життєві потреби. У цьому сенсі розкривається процес

виникнення харчової поведінки, її загальна характеристика та індивідуальні особливості, в тому числі статеві. Остання має очевидні гендерні особливості, оскільки жіночі культурні потреби (зокрема, харчові) у різних великих і малих культурних середовищах мають різні статеві та соціально-психологічні характеристики [2].

Під харчовою поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її споживання, стереотипи харчування в повсякденних умовах і стресових ситуаціях, поведінку, орієнтовану на образ свого тіла, діяльність, що формує цей образ [49]. Іншими словами, харчова поведінка включає ставлення, поведінку, звички та емоції, пов'язані з їжею, унікальні для кожної людини. Харчова поведінка може бути гармонійною або девіантною залежно від багатьох параметрів, зокрема від місця, яке процес харчування займає в системі цінностей індивіда, а також від кількісних і якісних показників харчування.

Національно-культурні чинники мають величезний вплив на стереотипи харчової поведінки, особливо під час стресу [35]. Потреба в їжі є однією з основних біологічних потреб і її метою є підтримка гомеостазу. Люди харчуються, щоб отримати необхідну енергію, побудувати нові клітини та виробити складні сполуки, необхідні для життя. Відповідно до теорії Маслоу, людські потреби, пов'язані з біологічним виживанням, повинні бути задоволені на певному, достатньому рівні, перш ніж будь-які потреби вищого рівня стануть актуальними [6]. Харчова поведінка залежить не тільки від потреб, але й від минулих знань і стратегій мислення. Таким чином, потреби можуть

виступати як тенденції, що викликають певні форми поведінки або забезпечують їх напрямок, але самі по собі не можуть служити чинниками, що пояснюють ту чи іншу форму поведінки. Хоча потреба в енергії створює такі біологічні потяги, як голод, на конкретну поведінку (те, що людина буде їсти) впливають сформовані звички та стратегії мислення [8]. Біологічні потреби з урахуванням особистого досвіду і конкретних умов відносять до фізіологічних. З цим тісно пов'язані звички - високоінтенсивні і автоматичні стереотипні форми поведінки, вироблені в онтогенезі. Дієтичні звички визначаються сімейними та суспільними традиціями, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, медичними порадами, модою, економічними та особистими причинами [4, с.11]. 14-16].

Харчування людини стосується взаємодії людей від народження. Згодом їжа стала невід'ємною частиною спілкування та соціальних процесів: святкування різноманітних подій, встановлення та формування ділових та дружніх стосунків. Традиції та харчові звички, у свою чергу, відображають рівень культурного розвитку, національних, територіальних і релігійних уявлень у сфері харчової поведінки, сімейного виховання [5]. Таким чином, харчова поведінка людини полягає не тільки в задоволенні біологічних і фізіологічних потреб, а й у задоволенні психологічних і соціальних потреб. Кількість, якість і частота споживання їжі залежать від таких явищ, як голод, апетит і насичення. Фізіологічним регулятором споживання їжі є голод — сукупність неприємних переживань, які включають відчуття порожнечі та

спазмів у шлунку та інстинктивне відчуття потреби в їжі [10]. Голод виникає, коли запасів поживних речовин в організмі недостатньо для підтримки енергетичного балансу.

Одним із факторів голоду є скорочення під час голодування, які передаються в мозок через механорецептори в стінці шлунка. Де розвивається голод. Іноді сильні скорочення м'язів живота пов'язані зі зниженням концентрації глюкози в крові. Згідно з багатьма дослідженнями, почуття голоду також залежить від температури навколишнього середовища [16]. Однак необхідно відрізнити голод як фізіологічний стан від психологічного акту сприйняття та усвідомлення голоду, який відчувається, коли людина позбавлена їжі і призводить до пошуку їжі для полегшення дискомфорту. У більш активній формі це бажання називається апетитом [14]. Апетит — один із психологічних факторів, що регулюють харчову поведінку, і являє собою “загальне відчуття приємного емоційного відчуття, пов'язане з бажанням людини з'їсти певну їжу”. Апетит може бути складовою почуття голоду, але може існувати і самостійно, незалежно від запасів поживних речовин в організмі. На відміну від голоду, апетит не залежить від підтримки енергетичного балансу і може підвищуватися або знижуватися під впливом різних умовних подразників [55].

Протилежністю апетиту і голоду є стани насичення і насичення, які характеризуються відсутністю бажання їсти. Відчуття ситості змушує вас закінчити їжу, і після того, як ви насититесь, бажання їсти на деякий час

пригнічується. Ці стани супроводжуються відчуттям задоволення та повноти шлунка. Існує чотири стадії насичення: сенсорна, когнітивна, стан після їжі та стан після поглинання. З точки зору фізіології харчування, ідеально припинити їсти до того, як їжа поглинається і засвоюється. Якщо регулярно припинити прийом їжі лише після того, як їжа засвоїлася, переїдання та надмірна вага неминучі, оскільки рівень поживних речовин у крові підвищується [7].

Таким чином, проблема вивчення споживання їжі набула самостійного значення, яке відокремилося від проблеми вивчення процесів травлення. Найпростішою формою харчової поведінки є прийом їжі для задоволення харчових потреб, при цьому їжа є засобом підтримки енергетичного і пластичного балансу. Однак потреба в їжі у тварин суто біологічна, у людини вона проявляється в більш складній формі як засіб: - зняття психоемоційної напруги; - Сенсорне задоволення як самоціль; - Коли їжа пов'язана з колективом спілкування, коли основну роль відіграє уявлення про престижність їжі та відповідну "солідність" зовнішнього вигляду (релігійних, етнічних, сімейних традицій); Компенсація потреб (потреби у спілкуванні, батьківська турбота тощо); - Задоволення естетичних потреб [56].

1.2. Порушення харчової поведінки

Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-V) розрізняє три типи розладів харчової поведінки: нервову анорексію, нервову булімію та

неуточнені розлади харчової поведінки, включаючи нервову булімію, також звану нервовою булімією або розладом переїдання [47]. Міжнародна класифікація психічних розладів десятого перегляду (МКБ10) обговорює “розлади харчової поведінки” (F50), включаючи нервову анорексію та нервову булімію, у розділі F5 (“Поведінкові синдроми, пов’язані з фізіологічними розладами та соматичними факторами”) Розлад харчування. У сучасних концептуальних класифікаціях психічних і поведінкових розладів нервова анорексія (НА) і нервова булімія (НБ) класифікуються як розлади афективного та obsесивно-компульсивного спектру або розглядаються як специфічні варіанти психосоматичної патології [9].

Залежність є однією з найактуальніших проблем здоров’я людини, яка може мати соціальні, біологічні та психологічні причини. Невирішені внутрішні проблеми можуть призвести до використання “агентів” для задоволення незадоволених потреб. Тому всі форми залежності: переїдання, алкоголізм, тютюнопаління, наркоманія, ігроманія, зловживання шоколадом і кавою, співзалежність і залежність від роботи чи сект мають однаковий механізм виникнення. Тому залежність також можна назвати формою компенсаторної поведінки або недостатнього захисту особистості [20].

Вітчизняні та зарубіжні дослідження показують, що в основі різноманітних залежностей лежить один і той же механізм. Усі залежності

мають шість спільних компонентів: “залишкова вартість”, ейфорія, підвищена толерантність, симптоми абстиненції, конфлікт із оточенням і самим собою та рецидив. Місце харчової залежності серед різних форм адиктивної поведінки до кінця не вивчено. Деякі автори відносять переїдання і голодування до помірної залежності. Інші вважають, що нервова анорексія та нервова булімія є окремими психопатологічними явищами, окремими від залежності. Взагалі кажучи, нервова анорексія спричинена фобічними переживаннями, пов’язаними з незадоволенням своєю зовнішністю, особливо надмірною вагою. З точки зору пацієнта, “недоліки” характеру настільки очевидні для оточуючих, що останні докладають чимало зусиль, щоб “показати”, наскільки пацієнт потворний і непривабливий. Нервова анорексія включає форми булімії. Крім того, булімія є психопатологічним симптомом серед багатьох інших психічних розладів: органічних захворювань головного мозку, розумової відсталості, шизофренії тощо [36].

Розрізняють два види наркоманії від голодування: медичну і немедикаментозну. Говорячи медичною мовою, залежність виникає через відмову від дієтичного лікування. Голод характеризується періодом відсутності інтересу до придушення апетиту. Потім ситуація змінюється - з'являються нові сили, знижується апетит, поліпшується настрій, підвищується рухова активність, зменшуються невротичні прояви. Деякі

пацієнти будуть відчувати голод, тому що апетит пацієнта був знижений, і вони хочуть продовжувати знижувати свій апетит [11].

Повторіть чергування періодів голодування. Коли голодування досягає стану ейфорії, втрачається контроль і людина продовжує голодувати, незважаючи на ризик наслідків для здоров'я. Ця втрата зв'язку шкідлива для людини. За допомогою немедичних альтернатив вони почали голодувати, щоб схуднути. Іноді вони віддають данину моді незвичайними дієтами. Одним із психологічних процесів, що призводять до голоду, є бажання змінити свою зовнішність і зробити себе більш привабливим, відповідно до сучасних популярних образів. Інший підхід полягає в тому, щоб виконати завдання самостійно і відчути себе досягнутим і задоволеним результатом. З продовженням періоду голодування стають очевидними фізичні ознаки втоми. Втрата контролю і тому спроби оточення вплинути на ситуацію можуть мати негативні наслідки [22].

Харчова залежність виникає через те, що їжа служить інструментом для тих, хто відключений від своєї особистої реальності. У момент розчарування виникає бажання спожити розчарування. Він викликає задоволення, тому що увага зосереджена на смаку та зміні хворобливих переживань. Крім того, можливо бажання збільшити тривалість їжі: їсти більше, довше [26]. Одна з теорій полягає в тому, що їжа з високим вмістом вуглеводів може викликати звикання, викликаючи підвищення

серотоніну в мозку, що покращує настрій. У цьому випадку схильність до надмірного захоплення зводиться до “самолікування” поганого настрою дієтичними вуглеводами. Однак нестача в раціоні триптофану (амінокислоти, яка метаболізується в мозку для виробництва серотоніну) може призвести до депресивного настрою, але наслідки не є миттєвими. Тому прямі емоційні реакції на вуглеводи дуже сумнівні. Харчова залежність є як психологічною, так і фізичною: це також форма придушення голоду. Оскільки їжа стає все більш і більш залежною від неї, голод, спричинений людиною, стає все більш частішим. Для тих, хто переїдає, курс змінюється [12].

Голод виникає відразу, коли концентрація глюкози в крові падає після чергового прийому їжі. Механічний пристрій несправний. Хтось починає їсти занадто багато, занадто часто. У якийсь момент вона вибачилася за надмірний ентузіазм і спробу приховати правду про свою залежність. Вона почала харчуватися сама в перервах між іншими активними зусиллями. Усе це може призвести до негативних наслідків для здоров'я: збільшення ваги, метаболічних проблем і втрати контролю, що призводить до того, що люди споживають смертельну кількість їжі. При вивченні харчової поведінки адиктів можна виділити кілька типів адиктивної мотивації: - реакційність (зменшення напруги, тривоги), - гедонізм (прагнення досягти насолоди, отримувати задоволення від процесу споживання), - субмісивність (некомпетентність). Опір

запропонованій їжі, що вказує на схильність до завоювання, яка залежить від думки оточуючих), - псевдокультурний (прагнення продемонструвати вишуканий смак або багатство), - псевдосоціальний (пацієнт демонструє надмірне споживання, що вказує на схильність) завоювання, залежно від думки інших), ні, як не дивно, алкоголіки складають унікальну групу людей з булімією. Дослідження еволюції розвитку алкоголізму та булімії показує, що механізми, що лежать в основі обох розладів, однакові: імпульсивність, інтенсивність, миттєва тяга та відсутність контролю. Деякі дослідження вказують на високу поширеність алкогольної залежності серед жінок з булімією (14-36%) [23].

І алкоголіки, і люди з булімією мають симптоми високого рівня депресії, відсутність контролю імпульсів і тривоги. Важливо відзначити, що пацієнти з булімією, у яких вперше діагностували анорексію перед початком лікування зловживання алкоголем, мали більшу ймовірність рецидиву, ніж ті, у кого анорексію діагностували останнього після лікування [27]. Сучасні вчені розглядають розлади харчової поведінки як неефективний спосіб вирішення конфліктів: люди з розладами харчової поведінки використовують їжу, щоб висловити свої почуття нестачі їжі для задоволення життєвих потреб. Почуття невдачі може виникнути, коли не вистачає важливих життєвих навичок і не вдаються стосунки з іншими. Булімія — це механізм подолання розладу харчової поведінки, при якому їжа, вага та образ тіла є основними цінностями життя. Найбільш

комплексним підходом до розуміння розвитку розладів харчової поведінки є концепція розладів психологічної адаптації [22].

1.3. Психологічні ознаки здорової харчової поведінки.

Здорова харчова поведінка є важливим аспектом забезпечення фізичного та психічного здоров'я людини. Він характеризується рядом основних параметрів, які визначають здорову взаємодію з їжею та відображають стан фізичного та психічного здоров'я людини [15].

1. Безумовний дозвіл їсти: однією з ключових ознак здорової харчової поведінки є безумовний дозвіл їсти. Людина, яка має здорові харчові звички, їсть те, що хоче і коли хоче, а не обмежує їжу, коли відчуває голод. Така поведінка не підлягає жодним обмеженням щодо конкретних продуктів або часових рамок [13].

2. Їжте з фізичних причин, а не з емоційних причин. Іншою важливою характеристикою поведінки здорового харчування є споживання їжі з фізичних причин, а не як засіб регулювання емоційних переживань. У здоровому харчуванні їжа використовується для задоволення фізіологічних потреб в енергії та поживних речовинах, а емоції регулюються за допомогою інших методів регулювання емоцій [29].

3. Довіряйте внутрішнім сигналам свого тіла: здорова харчова поведінка передбачає повну довіру до внутрішніх сигналів вашого тіла,

особливо сигналів голоду та насичення. Людина здатна відчувати голод і ситість і реагувати на ці сигнали, не ігноруючи та не спотворюючи їх. Поведінка здорового харчування базується на реакції на ці фізіологічні сигнали, а не нав'язуванні зовнішніх правил чи режимів [18].

4. Вибирайте їжу відповідно до потреб свого організму. Здорова харчова поведінка також передбачає ретельний вибір їжі з урахуванням потреб вашого організму. Для цього потрібно спробувати зрозуміти, чого найбільше потребує ваше тіло зараз, і включити це у свій раціон. Розуміння потреб базується на відчуттях і фізіологічних сигналах власного тіла, а не на диктаті зовнішніх правил [3].

1.4. Вплив тривоги на харчову поведінку

Хоча на перший погляд розлади харчової поведінки та тривожні розлади можуть здатися далекими одне від одного, насправді, як підтверджують численні дослідження, вони часто виникають одночасно та пов'язані між собою. Анорексію та булімію часто називають розладами харчової поведінки, булімія, або компульсивне переїдання, є набагато більш поширеним і недостатньо визнаним. Опитування англомовних жителів Сполучених Штатів показало, що надмірне “переїдання під час стресу” зустрічається втричі частіше, ніж інші розлади харчової поведінки, і навіть частіше, ніж шизофренія, рак молочної залози або СНІД [12].

Реакції на стрес або тривогу, що проявляються у вигляді переїдання, часто розглядаються як риса особистості або звичка, що знижує усвідомлення серйозності таких розладів та їх наслідків. Однак розлади харчування мають найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань. Наприклад, майже кожна людина з розладом харчової поведінки страждає від депресії, а кожна друга – від тривожного розладу [37].

Такі дослідники, як Сассаролі та їхні колеги, вивчають зв'язок між розладами харчової поведінки та тривогою як окремим емоційним феноменом. Вони виявили, що пацієнти з розладами харчової поведінки повідомляли про значно вищий рівень тривоги, і що тривога сильно корелювала з симптомами всіх цих розладів, крім булімії. Ці висновки є очевидними: “Тривога є важливим фактором у розумінні психопатології розладів харчування”. у багатьох випадках допомагає запобігти розвитку захворювання або спрогнозувати його перебіг [17].

Біологічні аспекти харчової поведінки привернули увагу через їх вплив на розвиток розладів харчової поведінки. Вживання їжі має важливе значення для виживання та часто супроводжується задоволенням, але зв'язок із їжею може бути змінений через порушення режиму харчування, такі як недоїдання або переїдання. Біологічні фактори, які впливають на харчову поведінку, є складними і включають генетичні особливості, гомеостатичні системи організму та системи винагороди. У контексті

таких розладів харчової поведінки, як анорексія та булімія, важливу роль відіграють нейрофізіологічні механізми [28].

На молекулярному рівні такі нейромедіатори, як серотонін, відіграють важливу роль у регуляції апетиту та харчової поведінки. Зміни рівня серотоніну можуть впливати на настрій і споживання їжі. Наприклад, підвищення рівня серотоніну в синапсах може пригнічувати апетит, тоді як зниження рівня серотоніну може сприяти переїданню. Однак механізми, що впливають на ці процеси, складні і включають взаємодію різних рецепторів і структур головного мозку [42].

Зв'язок між біологічними та психологічними аспектами харчової поведінки слід розглядати в контексті ризику розвитку розладів харчової поведінки. Наприклад, дослідження показують, що грелін впливає не тільки на апетит, але також на рівень стресу та депресії, тим самим впливаючи на харчування та загальний стан здоров'я [19].

На сьогоднішній день вивчається роль серотоніну в регулюванні насичення, зокрема в гіпоталамусі та інших частинах мозку. Серотонін впливає на споживання їжі через різні рецептори, такі як 5-HT_{1B}, 5-HT_{2C}, 5-HT₆. Периферичне насичення також залежить від вироблення серотоніну через рецептори 5-HT₃ і 5HT_{2C}. Інші нейромедіатори порушуються в людей з розладами харчування, що може пояснити вплив антидепресантів на апетит і вагу [28].

Жодна теорія не може повністю пояснити складний феномен розладів харчової поведінки. Останні дослідження зосереджені на гедонічній теорії, яка розглядає емоційні та стресові наслідки споживання їжі. Також було виявлено зв'язок між тривожними розладами та розладами харчування, включаючи анорексію та булімію [41].

Аналогія між переїданням і наркоманією свідчить про те, що обидва стани можуть бути пов'язані зі зміною системи цінностей від «приємної роботи» до “гонитві за насолодою”. При анорексії обмежене споживання їжі може бути пов'язане з надмірно активним гальмівним контролем і неефективною системою винагороди. Зміни в контролі винагороди можуть вплинути на різні розлади харчової поведінки, такі як нервова булімія. Компульсивне або спричинене стресом переїдання може бути пов'язане зі змінами чутливості системи винагороди та зниженням активності гальмівної та контрольної систем. Нейробіологічні ознаки цієї зміни тісно пов'язані з характеристиками особистості та темпераменту, які можуть лежати в основі розвитку розладів харчової поведінки [26].

У контексті тривоги існує кілька нейробіологічних моделей, які пояснюють стан як результат дисфункції нейромедіаторних систем і нейроанатомічних змін. Симптоми розладів настрою та тривоги частково спричинені порушеннями у вищих когнітивних та емоційних центрах мозку, таких як префронтальна кора головного мозку, яка відповідає за виконавчий контроль та регуляцію емоцій. Інші структури, такі як

лімбічна система та гіпокамп, також відіграють важливу роль у регуляції емоцій і реакції організму на стрес [30]. Зв'язок між тривогою та розладами харчової поведінки зумовлений складними нейробіологічними механізмами, що є результатом дисбалансу між різними ділянками мозку, відповідальними за регуляцію настрою та харчову поведінку. Дослідження показують, що дисфункція збуджувальних сигналів у префронтальній корі та лімбічній системі є основним фактором у розвитку тривожних розладів. Цей дисбаланс також пов'язаний з розладами харчування, зокрема булімією.

1.5 Вплив темпераменту на харчову поведінку

Індивідуальні відмінності в особистості сильно впливають на фізичне, психологічне та соціальне благополуччя [32], [48], [53]. Особистість демонструє помірні асоціації з різними аспектами благополуччя та є сильним і надійним предиктором різних звичок здоров'я [39], [33]. Вивчення їжі та харчової поведінки є одним із найбільш інтенсивно досліджуваних аспектів впливу особистості на здоров'я та благополуччя. Такі розлади харчової поведінки, як нервова анорексія та булімія, тісно пов'язані зі специфічними характеристиками особистості [60], [57], [43]. Пацієнти з різними харчовими проблемами описують схильність до тривоги та демонструють ознаки незрілості, такі як низька самооцінка та погана емоційна саморегуляція, але відрізняються певними

рисами особистості. Наприклад, пацієнти з клінічною формою нервової анорексії, яка характеризується перевагою недостатньої ваги, спотвореним сприйняттям свого тіла та сильним страхом набрати вагу, описують себе як жорстких, старанних і перфекціоністів. Навпаки, люди з нервовою булімією (які підтримують нормальну вагу через цикли переїдання та очищення) описують себе як імпульсивних, легко розчаровуються, легко нудьгують і дратівливі.

Опис темпераменту та характеру (ТСІ) часто використовується для вивчення зв'язку між особистістю та харчовою поведінкою [38], [40], [34]. Ця шкала призначена для вимірювання психобіологічних основ і зрілості особистості різних груп людей. Він розглядає чотири аспекти темпераменту (пошук новизни, уникнення шкоди, залежність від винагороди та наполегливість) і три аспекти особистості (самоспрямування, співпраця та самоперевищення) [50].

Попередні дослідження показали, що пацієнти з розладами харчування мають вищий рівень тривожності та нижчу самооцінку, ніж інші [52], [44]. Водночас вони характеризуються низькою самодисципліною та поганим контролем імпульсів [45], [51]. Ці результати свідчать про те, що різні типи розладів харчової поведінки можна розрізнити за характеристиками особистості. наприклад,

Дослідження зв'язку між рисами особистості та спробами суїциду у пацієнтів із розладами харчової поведінки показало, що ті, хто спробував

суїцид, були менш комунікабельними та доброзичливими, більш ворожими та менш емпатичними, ніж інші пацієнти [59]. Дослідження також показали, що жінки з розладами харчової поведінки відрізняються від чоловіків з таким же розладом особистісними рисами, такими як тривожність, залежність від винагороди та готовність до співпраці [54]. Ця різниця стосується загальної популяції без специфічних розладів харчової поведінки [45], тому важливо перевірити, чи можна відтворити ці висновки щодо пацієнтів із клінічними розладами харчової поведінки у пацієнтів із загальними проблемами харчової поведінки.

Хоча більшість попередніх досліджень були зосереджені на характеристиках особистості пацієнтів із клінічними розладами харчової поведінки, існує обмежена література про взаємозв'язок між розладами харчової поведінки та особистістю в загальній популяції. Маріанна Ван ден Брі, Томас Пшибек і Роберт Клонінгер [46] вивчали зв'язок між стилем особистості, ставленням до їжі та звичною харчовою поведінкою. Вони виявили, що ворожість (низький CO) і схильність до тривоги (високий HA) були пов'язані з переїданням, тоді як люди, які були більш схильні до співпраці та менш імпульсивні (низький NS), краще контролювали своє харчування та вагу. Незрілість (низький SD), відмова (низький RD) і самосвідомість (низький ST) були пов'язані з більшою сприйнятливістю до голоду, тоді як наполегливість (низький PS) та

імпульсивність (високий NS) були пов'язані з перекусами та рясним питтям.

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ

2.1. Опис процедури дослідження та характеристика вибірки

На етапі розробки основних завдань дослідження, важливо зосередитись на оцінці змін у харчовій поведінці та тривожності серед студентів, зокрема, вивчаючи зв'язок цих параметрів із особистісними характеристиками та соціокультурними чинниками. Завдання дослідження структуровано з метою не лише ідентифікації існуючих взаємозв'язків, а й розробки прогностичної моделі, яка б допомогла прогнозувати ризики розвитку проблем з харчовою поведінкою.

Перше завдання полягає у теоретичному аналізі наявної літератури для виявлення ключових теорій та підходів, що досліджують зв'язок між харчовою поведінкою, тривожністю та особистісними особливостями студентів. Це дозволить забезпечити наукову базу для подальшого емпіричного аналізу.

Друге завдання включає проведення емпіричного дослідження з використанням опитувальників, таких як EDE-Q для оцінки харчової

поведінки та Шкали тривоги Гамільтона для визначення рівня тривожності. Опитувальник Г. Айзенка допоможе аналізувати темперамент та його вплив на зазначені параметри.

Третє завдання спрямоване на виявлення статевих відмінностей у харчовій поведінці та тривожності, що дасть можливість зрозуміти специфіку цих взаємодій у чоловіків та жінок.

Четверте завдання полягає у перевірці гіпотез, що зв'язують харчову поведінку з тривожністю та особистісними темпераментами. За результатами аналізу планується розробка стратегій для превентивних заходів та втручань.

Завершальний етап передбачає аналіз зібраних даних та формулювання науково обґрунтованих висновків, які можуть бути використані для оптимізації підходів до моніторингу та корекції харчової поведінки серед молоді в освітніх установах.

Гіпотеза:

1. У студентів з проблемами харчової поведінки вищі показники тривоги;
2. У жінок частіше зустрічаються проблема з харчовою поведінкою та тривогою;
3. Типи темпераменту з високим показником нейротизму мають вищі показники ризику розладу харчової поведінки.

Розробка опитувальника для дослідження харчової поведінки студентів, їхньої тривожності та темпераменту вимагала детального аналізу та підходу, що відображає комплексність цих феноменів. Опитувальник був сконструйований з використанням валідизованих інструментів, які забезпечують якісне та кількісне вимірювання важливих параметрів. Зокрема, було включено Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q), Шкалу тривоги Гамільтона (HAM-A), та Особистісний опитувальник Айзенка (EPI), кожен з яких оцінює різні виміри та має власні шкали, що дозволяє аналізувати стриманість у харчовій поведінці, різні аспекти занепокоєння, а також темперамент учасників.

Формат питань в опитувальнику був розроблений так, щоб відповіді могли бути легко квантифіковані та аналізовані. Було використано змішаний формат відповідей, що включав закриті питання з фіксованими варіантами відповідей для забезпечення стандартизації та легкості порівняння даних, а також декілька відкритих питань для збору квалітативних даних, які могли б дати глибше розуміння особистісних особливостей.

Розповсюдження опитувальника було організовано через різні онлайн платформи, які використовуються студентською аудиторією, зокрема через університетські електронні системи та соціальні мережі, що дозволило досягти широкої аудиторії учасників і забезпечити високий

рівень залучення. Електронний формат опитування сприяв зручності заповнення та високій швидкості збору відповідей. Всі зібрані дані були автоматично кодовані та збережені в базі даних, що забезпечило їхню конфіденційність та безпеку.

Такий підхід не тільки спростив процес збору даних, але й забезпечив високу точність вимірювань та надійність результатів, сприяючи розробці ефективних стратегій для подальших досліджень і втручань в області харчової поведінки, тривожності та темпераменту серед студентів.

На етапі аналізу даних, зібраних з опитувань, застосовано комплексний методологічний підхід для виведення науково обґрунтованих висновків, що відображає зв'язки між харчовою поведінкою, тривожністю та темпераментом студентів. Використання програмного забезпечення SPSS та Jamovi значно сприяло ефективності обробки даних, забезпечуючи широкий спектр статистичних інструментів для аналізу.

Початково було проведено описовий аналіз, який включав розрахунок середніх значень, стандартних відхилень, медіани, мінімальних і максимальних значень. Такий підхід дозволив отримати загальне уявлення про розподіл даних. Крім того, використання описової статистики, такої як фактичне та відсоткове співвідношення, надало можливість детально оцінити розподіл відповідей у різних категоріях.

З огляду на те, що тест Шапіро-Уїлка показав відсутність нормального розподілу даних, було вирішено застосувати непараметричні методи для аналізу. Так, для порівняння двох незалежних вибірок використовувався u -критерій Мана-Уїтні, що дозволило ефективно оцінити статистичні відмінності між групами. Для порівняння трьох або більше незалежних груп було застосовано однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), який підтвердив або спростував гіпотези про взаємозв'язки між різними групами учасників.

Для дослідження взаємозв'язків між змінними було проведено кореляційний аналіз за методом Спірмена, що дозволило виявити ступінь зв'язку між харчовою поведінкою, тривожністю та особистісними характеристиками без припущення про нормальний розподіл змінних.

Інтегрований підхід до аналізу даних не лише сприяв глибокому розумінню динаміки харчової поведінки та її зв'язків із психологічними аспектами, але й забезпечив наукову точність результатів, що є основою для формулювання ефективних стратегій втручання та профілактики харчових розладів у студентському середовищі.

Таблиця 2.1

Розподіл вибірки за статтю

Група	Кількість	Чоловіки		Жінки	
		Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Вся	53				

вибірка		16	30,2%	37	69,8%
---------	--	----	-------	----	-------

У процесі аналізу характеристики вибірки, було встановлено, що загальна кількість учасників дослідження складає 53 особи. Розподіл за статевою ознакою показав, що з цього числа 16 учасників, або 30,2% від загальної кількості, становили чоловіки, тоді як 37 учасників, або 69,8%, були жінками. Такий розподіл вказує на значну перевагу жіночої частини учасників у вибірці, що може свідчити про вищу зацікавленість або готовність жінок брати участь у дослідженнях, пов'язаних з харчовою поведінкою.

Така нерівномірність у статевому складі вибірки має важливі методологічні наслідки для інтерпретації результатів дослідження, оскільки вона може вплинути на загальну репрезентативність даних. Зокрема, вищий відсоток жінок у дослідженні може бути пов'язаний з особливостями сприйняття та відношення до харчової поведінки в цієї групи, а також з соціокультурними факторами, які можуть впливати на харчові звички та поведінку.

Для аналізу даних, зібраних з такої вибірки, важливо враховувати можливий вплив статевих відмінностей на результати дослідження. Наприклад, порівняння результатів між чоловіками та жінками може допомогти виявити специфічні аспекти харчової поведінки, що є характерними лише для однієї з груп. Також, з огляду на нерівномірний

розподіл, результати, отримані в рамках цього дослідження, потрібно інтерпретувати з обережністю, враховуючи потенційну зміщеність вибірки.

Отже, попри значну участь жінок у вибірці, дослідження надає цінні дані для аналізу харчової поведінки студентів, але вимагає додаткових заходів для забезпечення гендерної збалансованості у майбутніх дослідженнях для отримання більш репрезентативних результатів.

Таблиця 2.2

Вікова характеристика вибірки

Група	Медіана	Середнє	Стандартна помилка	Розмах
Вся вибірка	21	21,5	1,94	19-25
Чоловіки	23	22,4	2,06	19-25
Жінки	21	21,2	1,79	19-25

В рамках дослідження особливостей харчової поведінки студентів було проведено детальний аналіз вікової характеристики учасників. Виявлено, що медіанний вік усієї вибірки складає 21 рік, що свідчить про молодіжний склад учасників. Середній вік вибірки становить 21,5 року зі стандартною помилкою 1,94, що вказує на невелику розкиданість віку серед учасників. Розмах віку від 19 до 25 років також підтверджує, що дослідження охопило студентів на різних етапах вищої освіти.

Детальний аналіз вибірки за статтю показав, що чоловіки мають більш високий медіанний вік — 23 роки, що може свідчити про пізніше залучення до вищої освіти або більшу зацікавленість у дослідженні серед старших студентів. Середній вік чоловіків у дослідженні становить 22,4 року зі стандартною помилкою 2,06, що вказує на більшу варіативність віку порівняно з жіночою групою.

Для жіночої групи медіанний вік виявився 21 рік, а середній вік склав 21,2 року зі стандартною помилкою 1,79, що свідчить про меншу вікову варіабельність порівняно з чоловіками. Це може вплинути на аналіз залежності харчової поведінки від віку, оскільки більш однорідна вікова група може демонструвати більшу схожість у харчових звичках та вплив соціокультурних факторів.

Таблиця 2.3

Характеристика за показником ваги вибірки (EDE-Q)

Група	Медіана	Середнє	Стандартна помилка	Розмах
Вся вибірка	64	67,2	16,05	42-115
Чоловіки	78	74,5	11,98	52-93
Жінки	60	64	16,67	42-115

У рамках дослідження харчової поведінки серед студентів було проведено аналіз характеристик ваги вибірки за допомогою Опитувальника обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q). Було

встановлено, що медіана ваги для всієї вибірки складає 64 кг, а середнє значення — 67,2 кг зі стандартною помилкою 16,05 кг, що вказує на значну варіабельність ваги серед учасників. Розмах ваги в загальній вибірці коливається від 42 до 115 кг, що свідчить про широкий спектр вагових категорій серед учасників.

Аналіз ваги серед чоловічої групи показав, що медіанна вага становить 78 кг, а середня вага — 74,5 кг, зі стандартною помилкою 11,98 кг. Мінімальна вага серед чоловіків була 52 кг, а максимальна — 93 кг. Це вказує на меншу варіабельність ваги серед чоловіків порівняно з загальною вибіркою, а також на більш високі середні показники ваги в цій групі.

Для жіночої групи медіанна вага була 60 кг, а середнє значення — 64 кг зі стандартною помилкою 16,67 кг. Розмах ваги серед жінок відповідає загальному розмаху всієї вибірки, від 42 до 115 кг, що демонструє велику варіативність ваги серед жінок і можливе існування крайніх значень, які впливають на середні показники.

Таблиця 2.4

Характеристика за показником зросту вибірки (EDE-Q)

Група	Медіана	Середнє	Стандартна помилка	Розмах
Вся вибірка	170	170,9	8,1	156-192
Чоловіки	177	179,1	6,53	170-192

Жінки	168	167,3	5,85	156-179
-------	-----	-------	------	---------

В аналізі характеристик за показником зросту вибірки, зібраної за допомогою Опитувальника обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q), було виявлено, що медіанний зріст усієї вибірки складає 170 см, а середній зріст становить 170,9 см із стандартною помилкою 8,1 см. Діапазон зросту серед учасників коливається від 156 до 192 см, що вказує на широкий розподіл фізичних характеристик у досліджуваній групі.

Зокрема, серед чоловічих учасників медіанний зріст становить 177 см, середній зріст — 179,1 см, з меншою стандартною помилкою 6,53 см порівняно з усією вибіркою. Зріст чоловіків варіюється від 170 до 192 см, що свідчить про відносну однорідність у цій підгрупі та вказує на більшу зосередженість характеристик зросту у вищому діапазоні.

Для жіночої групи було встановлено, що медіанний зріст складає 168 см, середній зріст — 167,3 см зі стандартною помилкою 5,85 см. Розподіл зросту серед жінок знаходиться в межах від 156 до 179 см, що підкреслює більш низькі показники зросту порівняно з чоловіками та більшу різноманітність у розподілі зросту.

2.2. Вибір та обґрунтування методик дослідження

У процесі розробки даного дослідження значну увагу було приділено вибору методик, які здатні адекватно оцінити різні аспекти

харчової поведінки, тривожності та темпераменту. Ці аспекти є критично важливими для зрозуміння взаємозв'язків між особистісними характеристиками студентів та їхніми харчовими звичками. Вибір інструментів для дослідження базувався на наявності валідизованих та надійних методів, які можуть забезпечити якісне та кількісне вимірювання зазначених сфер.

Операційна модель дослідження була ретельно сконструйована для включення таких інструментів, як Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q), Шкала тривоги Гамільтона, та Особистісний опитувальник Айзенка (EPI). Кожен із цих інструментів забезпечує оцінку окремих дімінсій, що відображає їх специфіку та значення для розуміння глибшої динаміки харчової поведінки серед студентської аудиторії.

Таблиця 2.5

Операційна модель дослідження

№	Назва інструменту	Сфера виміру	Шкали методики
1	Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)	Харчова поведінка	Стриманість Занепокоєння харчовою поведінкою Занепокоєння формою

			Занепокоєння вагою Шкала розладу харчової поведінки
2	Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)	Тривога	Шкала тривоги
3	Особистісний опитувальник Айзенка (EPI)	Темперамент	Шкала екстраверсія – інтроверсія Нейротизм

Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки EDE-Q

Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки є одним з найбільш валідизованих інструментів для оцінки характеристик та симптомів, пов'язаних із харчовою поведінкою, особливо у контексті харчових розладів [21]. Цей опитувальник розроблено для детального вивчення чотирьох основних аспектів харчової поведінки: стриманість у їжі, занепокоєння харчовою поведінкою, занепокоєння формою тіла, та занепокоєння вагою. Кожна з цих шкал дозволяє глибше аналізувати як загальні, так і специфічні елементи, що можуть впливати на розвиток чи підтримку харчових розладів серед студентів.

Вибір EDE-Q для цього дослідження обґрунтовано його здатністю точно вимірювати згадані компоненти харчової поведінки, що є важливими для зрозуміння не тільки поведінки, але й психологічного стану учасників. Стриманість у їжі часто пов'язана з контролем над власною вагою і може бути індикатором потенційного розвитку розладів

харчової поведінки. Занепокоєння харчовою поведінкою, формою та вагою надає важливу інформацію про ступінь преокупації учасників цими аспектами, що може вказувати на нездорові харчові звички або на підвищений ризик розвитку харчових розладів.

Особлива увага у використанні EDE-Q приділяється шкалі розладу харчової поведінки, яка допомагає визначити наявність та тяжкість симптомів харчових розладів, таких як анорексія чи булімія. Ця шкала ефективно використовується для оцінювання того, як студенти реагують на внутрішні та зовнішні стимули, що впливають на їхнє харчування, і надає важливу інформацію для розробки інтервенційних стратегій. Використання EDE-Q у цьому контексті забезпечує важливу основу для зрозуміння механізмів, які можуть впливати на харчову поведінку та здоров'я студентів, дозволяючи вчасно ідентифікувати та адресувати потенційні проблеми.

Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А)

Шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, НАМ-А) визнана одним із найефективніших інструментів для виміру рівнів тривожності, що має широке застосування в психологічних та медичних дослідженнях [31]. Її включення в дослідження харчової поведінки є ключовим через визнане вплив тривожності на харчові звички та поведінку. Шкала оцінює загальний рівень тривоги, включаючи фізіологічні та психологічні аспекти, які можуть безпосередньо або

опосередковано впливати на харчування та сприйняття свого тіла серед студентів.

Включення Шкали тривоги Гамільтона в це дослідження обґрунтовано потенціалом тривоги як значущого фактора, що впливає на харчові розлади та стратегії харчування. Тривожність може спонукати до надмірного або недостатнього споживання їжі, використання їжі як способу справляння із стресом, а також може посилювати obsесивні думки про вагу та форму тіла. Тому, детальний аналіз тривожності за допомогою цієї шкали дозволяє ідентифікувати зв'язки між емоційним станом і харчовою поведінкою, зокрема в аспектах, що стосуються контролю ваги та сприйняття себе.

Використання шкали тривоги у дослідженні також може допомогти ідентифікувати вплив тривожності на харчові звички, забезпечуючи детальне розуміння механізмів, які можуть сприяти розвитку або підтримці харчових розладів. Особливо це актуально у студентському середовищі, де стрес та тривожність часто виникають у відповідь на академічний та соціальний тиск. Таким чином, Шкала тривоги Гамільтона забезпечує не тільки засіб для оцінювання рівня тривожності, але й ключ для розуміння ширших контекстуальних факторів, що впливають на харчову поведінку.

Особистісний опитувальник Айзенка (EPI)

Особистісний опитувальник Ганса Айзенка (Eysenck Personality Inventory, EPI) є одним із відомих інструментів для визначення темпераменту особи, зокрема через аналіз таких шкал, як екстраверсія-інтроверсія та нейротизм [25]. Опитувальник дозволяє отримати глибокий вигляд на особистісні характеристики, які можуть впливати на поведінку людини, включаючи її харчову поведінку. Застосування EPI в дослідженні харчової поведінки виправдане, оскільки особистісні риси можуть мати значний вплив на вибір харчування, звички та можливі розлади.

Шкала екстраверсія-інтроверсія в EPI допомагає оцінити, наскільки особа відкрита до зовнішнього світу та соціальних взаємодій, що може вплинути на її харчові звички та вибір у соціальних ситуаціях. З іншого боку, нейротизм відображає емоційну стабільність особи та її схильність до тривожності, що може впливати на харчову поведінку як механізм справляння із стресом або емоційним дискомфортом.

Вивчення взаємозв'язку між результатами за шкалами EPI та харчовою поведінкою дає можливість зрозуміти, як темперамент впливає на звички пов'язані з харчуванням, включаючи переїдання або обмеження у їжі в реакції на стресові стани. Також, ці знання можуть бути використані для розробки більш цілеспрямованих втручань, що враховують особистісні риси студентів при лікуванні та профілактиці харчових розладів.

Результати вимірювань, отримані за допомогою цих інструментів, дозволять детально аналізувати як окремі, так і взаємопов'язані аспекти харчової поведінки, тривожності та темпераменту. Такий підхід забезпечить не лише точність наукових висновків, але й сприятиме розробці більш ефективних підходів до корекції та покращення харчової поведінки серед молоді. Вивчення цих зв'язків відіграє ключову роль у підготовці пропозицій для покращення загального стану здоров'я та благополуччя студентів, розробки спеціалізованих програм та інтервенцій, орієнтованих на мінімізацію ризиків розвитку харчових розладів.

РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ

3.1. Загальний огляд результатів емпіричного дослідження

Таблиця 3.1

Результати методики «Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)»

Змінна	Медіана	Середнє	Стандартна помилка	Розмах
Стриманість	2	2,26	2,60	0-10
Занепокоєння харчовою поведінкою	1	1,25	1,82	0-7

Занепокоєння формою	4	4,51	3,62	0-12
Занепокоєння вагою	3	2,98	2,14	0-9
Шкала розладу харчової поведінки	14	14,62	11,78	0-40

У рамках аналізу результатів емпіричного дослідження особливостей харчової поведінки студентів було використано методику «Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)». Дослідження включає аналіз таких змінних як стриманість, занепокоєння харчовою поведінкою, занепокоєння формою тіла, занепокоєння вагою та загальну шкалу розладу харчової поведінки.

Було встановлено, що медіана стриманості становила 2 з середнім значенням 2,26 і стандартною помилкою 2,60, що вказує на розподіл значень від 0 до 10. Ці дані свідчать про те, що серед студентів спостерігається помірний рівень стриманості в харчовій поведінці. Занепокоєння харчовою поведінкою мало медіану 1, середнє значення 1,25 та стандартну помилку 1,82, з розмахом значень від 0 до 7, що свідчить про низький рівень занепокоєння харчовою поведінкою серед опитаних.

Найбільш вираженою була змінна занепокоєння формою тіла, з медіаною 4, середнім значенням 4,51 і стандартною помилкою 3,62, а розмах значень склав від 0 до 12. Ці результати підкреслюють, що студенти відчують значну тривогу щодо форми свого тіла. Занепокоєння вагою мало медіану 3 і середнє значення 2,98 із стандартною помилкою 2,14, що ілюструє розмах від 0 до 9. Це демонструє, що тривога пов'язана з вагою також присутня серед студентської молоді, але менш виражена порівняно з тривогою по формі тіла.

Загальна шкала розладу харчової поведінки показала медіану 14, середнє значення 14,62 та стандартну помилку 11,78, з можливими значеннями від 0 до 40. Ці результати вказують на те, що розлад харчової поведінки є значущою проблемою серед досліджуваної групи студентів. Важливо зазначити, що значення стандартної помилки в деяких випадках є досить високим, що може вказувати на значну варіабельність у відповідях учасників.

Таким чином, результати цього дослідження підкреслюють наявність певних проблем з харчовою поведінкою серед студентів, особливо щодо їхніх переживань стосовно форми тіла та ваги. Ці дані можуть бути важливими для подальшого вивчення зв'язків між харчовою поведінкою, тривожністю та особистісними особливостями студентів.

Таблиця 3.2

Результати методики «Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)»

Змінна	Медіана	Середнє	Стандартна помилка	Розмах
Шкала тривоги	16	17,8	11,5	0-52

У ході емпіричного дослідження особливостей харчової поведінки серед студентів було проведено аналіз за допомогою «Шкали тривоги Гамільтона (HAM-A)» для вимірювання рівня тривожності. В результаті було встановлено, що медіана по шкалі тривоги становить 16, при середньому значенні 17,8, що вказує на високий рівень тривожності серед учасників дослідження. Стандартна помилка цієї оцінки досить велика і складає 11,5, що може свідчити про значну неоднорідність рівня тривоги серед респондентів.

Дослідження також виявило великий розмах значень шкали тривоги, який коливається від 0 до 52. Це вказує на те, що деякі студенти майже не відчують тривожних симптомів, в той час як інші відчують їх у високому ступені. Така різноманітність може бути обумовлена різницею в особистісних характеристиках, рівні стресу та індивідуальному досвіді студентів.

Ці результати є важливими для розуміння зв'язку між тривожністю та харчовою поведінкою, як було зазначено у гіпотезах дослідження. Вони також підкреслюють потребу в подальшому аналізі впливу тривожності на розлади харчової поведінки серед студентської молоді, що може сприяти

розробці цільових втручань для зниження тривожності та покращення харчових звичок.

Таблиця 3.3

Результати методики «Особистісний опитувальник Айзенка (ЕРІ)»

Змінна	Медіана	Середнє	Стандартна помилка	Розмах
Шкала екстраверсія – інтроверсія	11	11,6	3,82	4-22
Нейротизм	15	13,8	5,46	2-21

У межах емпіричного дослідження особливостей харчової поведінки студентів було застосовано «Особистісний опитувальник Айзенка (ЕРІ)», який дозволяє оцінювати рівні екстраверсії та нейротизму. Використання цієї методики допомогло виявити важливі особистісні характеристики, які можуть впливати на харчову поведінку студентів.

Було встановлено, що медіана шкали екстраверсії – інтроверсії становить 11 з середнім значенням 11,6, що показує невелику перевагу нейтральних показників серед учасників. Стандартна помилка цієї шкали складає 3,82, а розмах значень варіюється від 4 до 22, що свідчить про досить широкий спектр особистісних типів від інтровертованих до екстравертованих серед опитаних студентів.

Значно вищий інтерес представляє шкала нейротизму, де медіана становить 15, а середнє значення трохи нижче — 13,8. Це може вказувати на вищий рівень емоційної нестабільності серед студентів, що були включені в дослідження. Стандартна помилка на цій шкалі становить 5,46, а розмах значень знаходиться між 2 та 21, відображаючи значну різноманітність рівнів нейротизму серед респондентів.

Ці дані мають важливе значення для розуміння зв'язку між особистісними особливостями студентів і їхньою харчовою поведінкою. Особливо важливо відзначити, що вищі показники нейротизму можуть бути пов'язані з більш ризикованою харчовою поведінкою, що було підтверджено результатами інших сегментів дослідження. Також, зважаючи на різницю у шкалах екстраверсії та нейротизму, можна робити припущення про потенційний вплив цих особистісних вимірювань на поведінку стосовно харчування та схильність до розладів харчової поведінки

Таблиця 3.4

Розподіл вибірки за типом темпераменту (методика ЕРІ)

Група	Кількість	Сангвіник	Холерик	Флегматик	Меланхолік
Чоловіки	16	3 (5,7%)	3 (5,7%)	5 (9,4%)	5 (9,4%)
Жінки	37	6 (11,3%)	8 (15,1%)	5 (9,4%)	18 (34%)
Вся	53	9 (17%)	11	10 (18,9%)	23 (43,4%)

вибірка			(20,8%)		
----------------	--	--	---------	--	--

У рамках аналізу результатів емпіричного дослідження особливостей харчової поведінки серед студентів було використано методику ЕРІ для вивчення розподілу темпераментів серед учасників. Дослідження охопило весь спектр темпераментів, включаючи сангвініків, холериків, флегматиків і меланхоліків.

Загалом, вибірка налічувала 53 учасника, з яких 37 були жінками, а 16 чоловіками. За результатами аналізу, серед чоловіків найбільш рівномірний розподіл було зафіксовано між чотирма типами темпераменту, де по три чоловіки (5,7% кожен) виявилися сангвініками та холериками, а по п'ять (9,4% кожен) були флегматиками та меланхоліками.

Серед жінок, найбільше було меланхоліків, що складає 34% від загальної кількості вибірки жінок, а 15,1% були холериками. Сангвініки та флегматики склали по 11,3% та 9,4% відповідно.

В загальному розподілі вибірки меланхоліки склали найбільшу групу — 43,4%. Холерики становили 20,8%, що також є значною часткою. Сангвініки та флегматики були представлені у вибірці в розмірі 17% та 18,9% відповідно.

Такі результати можуть вказувати на певні зв'язки між темпераментом особистості та харчовою поведінкою. Наприклад, вищий відсоток меланхоліків серед жінок може бути пов'язаний із більш високим рівнем тривожності, що може впливати на харчові звички та поведінку. Також можливо, що особистісні характеристики, такі як емоційна нестабільність, яка частіше асоціюється з меланхолічним темпераментом, можуть сприяти різним аспектам харчової поведінки, включаючи порушення харчової поведінки. Ці дані мають значення для подальшого дослідження потенційного впливу темпераменту на різні аспекти життя студентів, включаючи їх харчову поведінку і здоров'я.

3.2. Статеві відмінності у прояві харчової поведінки студентів

Таблиця 3.5

Результати порівняння за статтю показників «Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)» (u-критерій Мана-Уїтні)

Змінна	Критерій Мана- Уїтні	p	Середнє серед чоловіків	Середнє серед жінок
Стриманість	290	0,913	2,1	2,3

Занепокоєння харчовою поведінкою	242	0,262	0,8	1,4
Занепокоєння формою	197	0,054*	2,9	5,1
Занепокоєння вагою	189	0,037*	2,1	3,3
Шкала розладу харчової поведінки	220	0,140	10,9	16,2

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

У рамках аналізу результатів емпіричного дослідження, що зосереджується на особливостях харчової поведінки серед студентів, було проведено порівняльний аналіз за статтю за допомогою «Опитувальника обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)». Використання критерію Мана-Уїтні дозволило визначити наявність статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками у різних аспектах харчової поведінки.

Було виявлено, що значення p для стриманості складає 0,913, що свідчить про відсутність статистично значущої різниці між чоловіками та жінками у цьому показнику. Середні значення серед чоловіків та жінок становили відповідно 2,1 та 2,3, що демонструє незначні відмінності у стриманості в їжі між статями.

На відміну від стриманості, значення p для занепокоєння харчовою поведінкою виявилось значущим і становило 0,262, з середніми

значеннями 0,8 для чоловіків та 1,4 для жінок, вказуючи на більш високу ступінь занепокоєння серед жінок.

Щодо занепокоєння формою тіла та вагою, було виявлено статистично значущі відмінності. Зокрема, для занепокоєння формою тіла р-значення склало 0,054, із середніми значеннями 2,9 для чоловіків і 5,1 для жінок. Занепокоєння вагою також продемонструвало статистичну значущість ($p=0,037$) із середніми значеннями 2,1 для чоловіків та 3,3 для жінок. Ці результати вказують на те, що жінки більш схильні до занепокоєнь щодо своєї форми та ваги.

Нарешті, шкала розладу харчової поведінки показала середні значення 10,9 для чоловіків і 16,2 для жінок, із р-значенням 0,140, що не досягло рівня статистичної значущості, але вказує на тенденцію до більш високих значень серед жінок.

Ці дані підкреслюють наявність статевих відмінностей у харчовій поведінці серед студентів, з особливо вираженою тривогою серед жінок стосовно їхньої форми та ваги, що може впливати на їх загальне благополуччя та поведінку у сфері харчування.

Таблиця 3.6

Результати порівняння за статтю показників «Шкала тривоги

Гамільтона (НАМ-А)» (u-критерій Мана-Уїтні)

Змінна	Критерій	p	Середнє	Середнє
--------	----------	---	---------	---------

	Мана- Уїтні		серед чоловіків	серед жінок
Шкала тривоги	185	0,031*	13,5	19,5

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

У ході дослідження харчової поведінки серед студентів було проведено аналіз тривожності, використовуючи «Шкалу тривоги Гамільтона (НАМ-А)». Застосування u-критерію Мана-Уїтні дозволило виявити статистично значущі статеві відмінності у рівнях тривожності серед студентів. Результати показали, що середній показник тривожності серед чоловіків складав 13,5, тоді як серед жінок цей показник був значно вищий і становив 19,5. Значення p , що складало 0,031, підтверджує статистичну значущість виявлених відмінностей.

Це відкриття свідчить про те, що жінки в цьому дослідженні демонструють вищий рівень тривожності порівняно з чоловіками, що може мати наслідки для їхньої харчової поведінки та загального добробуту. Вища тривожність серед жінок може бути пов'язана з більшою схильністю до занепокоєнь щодо ваги та форми тіла, як це було показано в інших сегментах цього дослідження. Також ці результати можуть сприяти кращому розумінню механізмів, що впливають на розлади харчової поведінки, і вказують на потребу в розробці спеціалізованих стратегій підтримки студенток, спрямованих на зниження тривожності та покращення харчових звичок.

Таблиця 3.7

**Результати порівняння за статтю показників «Особистісний
опитувальник Айзенка (ЕРІ)» (u-критерій Мана-Уїтні)**

Змінна	Критерій Мана- Уїтні	р	Середнє серед чоловіків	Середнє серед жінок
Шкала екстраверсія – інтроверсія	294	0,969	11,8	11,5
Нейротизм	196	0,053*	11,4	14,8

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

У рамках дослідження особливостей харчової поведінки серед студентів було здійснено аналіз за допомогою «Особистісного опитувальника Айзенка (ЕРІ)», щоб оцінити можливі статеві відмінності у показниках екстраверсії-інтроверсії та нейротизму. Використання u-критерію Мана-Уїтні дозволило детально проаналізувати ці аспекти.

За результатами, різниця між чоловіками та жінками у показниках шкали екстраверсії-інтроверсії не виявила статистичної значущості, з р-значенням 0,969. Середні значення для чоловіків та жінок були відповідно 11,8 та 11,5, що свідчить про майже ідентичну розподіленість цих темпераментних рис серед студентської молоді обох статей.

Водночас, аналіз показників нейротизму виявив тенденцію до статистичної значущості ($p=0,053$), де середнє значення серед жінок

становило 14,8, у порівнянні з 11,4 у чоловіків. Це може вказувати на те, що жінки, які брали участь у дослідженні, мали тенденцію бути більш емоційно нестабільними порівняно з чоловіками. Така емоційна нестабільність асоційована з вищим рівнем нейротизму, що може впливати на харчову поведінку, спричиняючи більш виражені розлади або проблеми з харчуванням.

Ці результати підкреслюють важливість врахування особистісних відмінностей при аналізі харчових звичок та поведінки, особливо в контексті статевих розбіжностей. Вони також вказують на необхідність подальшого вивчення впливу нейротизму на харчову поведінку, що може допомогти в розробці більш ефективних стратегій для втручань, спрямованих на покращення харчових звичок серед студентської молоді.

Таблиця 3.8

Результати порівняння за всіма показниками залежно від типу темпераменту (ANOVA)

Змінна	F	p	Са нгв іни к	Хо ле ри к	Фл ег ма ти к	Ме ла нх олі к
Стриманість	0,781	0,510	1,8	1,5	2	2,8

Занепокоєння харчовою поведінкою	0,533	0,662	1	1	0,9	1,6
Занепокоєння формою	0,742	0,532	3,4	4,8	3,6	5,1
Занепокоєння вагою	1,989	0,128	2,5	3	1,8	3,6
Шкала розладу харчової поведінки	0,398	0,755	11,6	13,3	17,2	15,2
Шкала тривоги	2,919	0,043*	13,1	19,6	11	21,6

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

У ході дослідження було здійснено аналіз впливу типу темпераменту на харчову поведінку студентів за допомогою методу ANOVA. Розглядалися такі змінні, як стриманість, занепокоєння харчовою поведінкою, занепокоєння формою та вагою, а також загальна шкала розладу харчової поведінки та шкала тривоги. Результати демонструють різні рівні вираженості цих характеристик залежно від темпераменту сангвініків, холериків, флегматиків та меланхоліків.

За результатами аналізу значення F та p для більшості змінних не показали статистичної значущості. Зокрема, стриманість мала F-значення 0,781 і p-значення 0,510, що свідчить про відсутність значних різниць між темпераментами. Схожі результати спостерігалися і у випадку занепокоєння харчовою поведінкою та формою з p-значеннями 0,662 і 0,532 відповідно. Це вказує на те, що рівень стриманості та ставлення до

харчової поведінки і форми тіла є досить стабільними через різні темпераменти.

Проте, значення p для занепокоєння вагою і шкали тривоги були більш варіативними. Занепокоєння вагою мало F -значення 1,989 з p -значенням 0,128, що наближається до рівня статистичної значущості. Це може вказувати на те, що певні темпераменти, можливо, сприймають свою вагу більш критично, але не на достатньому рівні, щоб вважати це загальною тенденцією.

Найважливішим відкриттям стала шкала тривоги, де F -значення склало 2,919 з p -значенням 0,043, що вказує на статистичну значущість. Особливо високі показники тривожності були зафіксовані у меланхоліків (21,6) та холериків (19,6), на відміну від сангвініків (13,1) та флегматиків (11), що підтверджує гіпотезу про вплив темпераменту на емоційний стан особи.

Ці результати підкреслюють значення врахування типу темпераменту при аналізі емоційних та поведінкових аспектів харчування, а також можливість використання цієї інформації для кращого розуміння психологічних механізмів, що впливають на розлади харчової поведінки.

3.3. Зв'язок харчової поведінки з тривожністю студентів

Таблиця 3.9

Кореляційний аналіз показників «Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)» та «Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)» (rho Спірмен)

Змінна	Шкала тривоги
Стриманість	-0,038
Занепокоєння харчовою поведінкою	0,289*
Занепокоєння формою	0,175
Занепокоєння вагою	0,276*
Шкала розладу харчової поведінки	0,089

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

В рамках дослідження харчової поведінки серед студентів було проведено кореляційний аналіз між показниками «Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)» та «Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)», використовуючи кореляцію Спірмена. Аналіз показав різні ступені зв'язку між тривожністю та аспектами харчової поведінки.

Зокрема, занепокоєння харчовою поведінкою та занепокоєння вагою продемонстрували статистично значущі кореляції з шкалою тривоги, із коефіцієнтами 0,289 та 0,276 відповідно, що вказує на позитивний зв'язок. Це свідчить про те, що вищі рівні тривожності асоційовані з більш високим рівнем занепокоєння щодо харчової поведінки та ваги. Такий зв'язок може вказувати на те, що тривожність потенційно може впливати

на нездорові підходи до харчування або переживання з приводу власної ваги.

З іншого боку, кореляція стриманості з тривожністю була дуже слабкою і незначущою, з коефіцієнтом $-0,038$, що показує відсутність зв'язку між цими двома аспектами. Занепокоєння формою також показало слабкий позитивний зв'язок з тривожністю, із коефіцієнтом $0,175$, що не досягає статистичної значущості.

Що стосується загальної шкали розладу харчової поведінки, то зв'язок з тривожністю був дуже слабким, з коефіцієнтом $0,089$, що також не свідчить про статистичну значущість. Це може вказувати на те, що загальні розлади харчової поведінки можуть бути зумовлені іншими факторами, не пов'язаними безпосередньо з тривожністю.

Отже, дані свідчать про те, що в той час як деякі аспекти харчової поведінки, як-от занепокоєння харчовою поведінкою та вагою, мають значущий зв'язок з тривожністю, інші аспекти, як стриманість та загальний розлад харчової поведінки, можуть бути менш впливовими.

Таблиця 3.10

Кореляційний аналіз показників «Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)» та «Особистісний опитувальник Айзенка» (rho Спірмен)

Змінна	Шкала	Нейротизм
--------	-------	-----------

	екстраверсія –	
	інтроверсія	
Стриманість	-0,093	0,168
Занепокоєння харчовою поведінкою	-0,089	0,205
Занепокоєння формою	-0,040	0,146
Занепокоєння вагою	-0,057	0,294*
Шкала розладу харчової поведінки	-0,057	0,081

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

У ході дослідження харчової поведінки серед студентів було проведено кореляційний аналіз між показниками з "Опитувальника обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q)" та "Особистісним опитувальником Айзенка", використовуючи кореляцію Спірмена для визначення взаємозв'язків між різними аспектами харчової поведінки та особистісними рисами, зокрема екстраверсією та нейротизмом.

Аналіз показав, що зв'язок між екстраверсією і всіма аспектами харчової поведінки був слабким та незначущим, що свідчить про те, що екстравертність чи інтровертність не мають суттєвого впливу на харчові розлади чи пов'язане з ними занепокоєння. Ці кореляційні значення коливалися від -0,093 для стриманості до -0,057 для загальної шкали розладів харчової поведінки, що підкреслює відсутність сильних зв'язків.

В той же час, нейротизм проявив себе як більш значущий фактор, особливо у відношенні до занепокоєння вагою, де кореляція досягла

статистичної значущості з коефіцієнтом 0,294. Це вказує на те, що вищі рівні нейротизму асоційовані з більшим занепокоєнням щодо ваги. Інші аспекти харчової поведінки, такі як стриманість, занепокоєння харчовою поведінкою та занепокоєння формою, також показали позитивні кореляції з нейротизмом, але ці значення були нижчими і не досягали рівня статистичної значущості.

Таблиця 3.11

Кореляційний аналіз показників «Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А)» та «Особистісний опитувальник Айзенка» (rho Спірмен)

Змінна	Шкала екстраверсія – інтроверсія	Нейротизм
Шкала тривоги	-0,157	0,520*

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

У рамках дослідження, що зосереджене на зв'язках між тривожністю та особистісними характеристиками студентів, було проведено кореляційний аналіз за допомогою кореляції Спірмена між показниками з "Шкали тривоги Гамільтона (НАМ-А)" та "Особистісного опитувальника Айзенка". Основна увага приділялася зв'язку тривожності з рисами екстраверсії та нейротизму.

Було встановлено, що зв'язок між екстраверсією та тривожністю є негативним, з кореляційним коефіцієнтом -0,157, що свідчить про те, що

більш інтровертні особи можуть відчувати більшу тривожність, але цей зв'язок не досяг статистичної значущості. Це може вказувати на те, що рівень екстраверсії, хоча й пов'язаний з тривожністю, не є домінуючим фактором у її визначенні.

Водночас, значно сильнішим був зв'язок між нейротизмом та тривожністю, з кореляційним коефіцієнтом 0,520, що є статистично значущим ($p < 0,05$). Це вказує на те, що вищі рівні нейротизму сильно корелюють з вищими рівнями тривожності. Такий результат підтверджує теорію, що емоційна нестабільність, яка є характерною для осіб з високими показниками нейротизму, може суттєво впливати на зростання тривожних станів.

Ці відомості важливі для розуміння психологічних механізмів, які можуть впливати на поведінку студентів, зокрема їх емоційне благополуччя. Розуміння зв'язку між нейротизмом та тривожністю може допомогти у розробці більш ефективних підходів до психологічної підтримки та інтервенцій, зорієнтованих на студентів з високими рівнями нейротизму, щоб зменшити їх тривожність та покращити загальне самопочуття.

Таблиця 3.12

Кореляційний аналіз показників «Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)» та типу темпераменту (Тау В Кендал)

Змінна	Тип темпераменту
Шкала екстраверсія – інтроверсія	-0,602*
Нейротизм	0,305*
Шкала тривоги	0,201

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

У ході дослідження було проведено кореляційний аналіз за допомогою Тау В Кендала для вивчення зв'язків між шкалою тривоги Гамільтона та типами темпераменту, зокрема, екстраверсією, інтроверсією та нейротизмом. Результати аналізу виявили важливі статистичні взаємозв'язки.

Зокрема, зв'язок між екстраверсією-інтроверсією та тривожністю показав високий негативний кореляційний коефіцієнт -0,602, що є статистично значущим. Це свідчить про те, що більш інтровертні індивіди мають тенденцію виявляти вищі рівні тривожності порівняно з екстравертами. Такий результат може бути важливим для розуміння впливу особистісних рис на емоційний стан студентів та може вказувати на необхідність різних підходів до психологічної підтримки залежно від типу темпераменту.

Також було виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між нейротизмом та тривожністю, з коефіцієнтом 0,305. Це підтверджує гіпотезу про те, що вищі рівні нейротизму асоціюються з вищими рівнями тривожності. Цей зв'язок підкреслює потенційну роль нейротизму як

предиктора тривожних розладів серед студентської молоді, що може сприяти більш цільовому підходу до лікування та підтримки студентів з високим рівнем емоційної нестабільності.

Щодо загальної шкали тривоги, кореляція з типом темпераменту була позитивною (0,201), але не досягла рівня статистичної значущості, що може свідчити про складність і багатофакторність тривожності, яка не може бути пояснена лише через одну особистісну виміру.

Таблиця 3.13

Регресійна модель ризику розвитку розладу харчової поведінки

Назва модель	R	R ²	Скорегований R ²	Значущість p
Ризик розвитку розладу харчової поведінки	0,832	0,692	0,644	0,001*

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

Результат регресійного аналізу представлено у табл. 3.13, розробленої для оцінки ризику розвитку розладів харчової поведінки. Модель демонструє значущу кореляцію між підвищеним рівнем тривожності та ризиком розвитку порушень харчової поведінки серед студентів, що підтверджується високим значенням коефіцієнта кореляції R, який дорівнює 0,832.

При цьому визначено, що коефіцієнт детермінації R² становить 0,692, що свідчить про те, що близько 69,2% варіацій ризику розладу

харчової поведінки можна пояснити впливом змінної, пов'язаної з тривожністю. Скоригований R^2 , що дорівнює 0,644, вказує на певне зниження після коригування, але все ще залишає показник достатньо високим для підтвердження значущості моделі.

Значення рівня статистичної значущості (p) становить 0,001, що свідчить про високу статистичну значущість результатів на рівні $p < 0,05$, що дає змогу зробити висновок про наявність статистично значущого зв'язку між рівнем тривожності та ризиком розвитку розладів харчової поведінки серед студентів.

Таблиця 3.14

Коефіцієнт регресійної моделі ризику розвитку розладу харчової поведінки

Назва модель	Коефіцієнт впливу
Константа моделі: Ризик розвитку розладу харчової поведінки	6,5116*
Фактор впливу 1: Занепокоєння харчовою поведінкою	2,1355*
Фактор впливу 2: Занепокоєння формою	1,2211*
Фактор впливу 3: Занепокоєння вагою	0,1204*
Фактор впливу 4: Стриманість	1,5227*
Фактор впливу 5: Шкала тривоги	0,1868*

Фактор впливу 6: Шкала нейротизму	0,2753*
Фактор впливу 7: Шкала екстраверсії - інтроверсії	-0,2432*

Примітка «»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

Табл. 3.14 детально представляє коефіцієнти регресійної моделі, яка оцінює значущі фактори впливу на ймовірність розвитку цих порушень. Згідно з отриманими результатами, регресійне рівняння для ризику розвитку розладу харчової поведінки можна записати наступним чином:

$$Y = 6.5116 + 2.1355 * X1 + 1.2211 * X2 + 0.1204 * X3 + 1.5227 * X4 + 0.1868 * X5 + 0.2753 * X6 - 0.2432 * X7$$

де:

Y – ризик розвитку розладу харчової поведінки (залежна змінна); X1 – занепокоєння харчовою поведінкою; X2 – занепокоєння формою; X3 – занепокоєння вагою; X4 – стриманість; X5 – шкала тривоги; X6 – шкала нейротизму; X7 – шкала екстраверсії-інтроверсії.

Коефіцієнти при кожному факторі вказують на величину впливу цього чинника на ризик розвитку розладу харчової поведінки.

Константа моделі, яка становить 6,5116, відображає базовий рівень ризику розвитку розладу харчової поведінки незалежно від впливу інших чинників. Було встановлено, що занепокоєння харчовою поведінкою, зі своїм коефіцієнтом впливу 2,1355, має найвищий прямий вплив на підвищення ризику. Далі за значущістю слідують такі фактори:

занепокоєння формою (1,2211) і занепокоєння вагою (0,1204), які також мають позитивний вплив на ризик розвитку порушень харчової поведінки. Окрім цього, фактор стриманості (1,5227) також посилює цей ризик.

Шкала тривоги, зі своїм коефіцієнтом 0,1868, демонструє вплив тривожності на ризик розвитку розладу харчової поведінки, підтверджуючи значущість цього психологічного стану як одного з ключових факторів. Шкала нейротизму (0,2753) також вказує на позитивний зв'язок із розвитком порушень харчової поведінки, свідчачи про те, що підвищений рівень емоційної нестабільності корелює з підвищеним ризиком.

Шкала екстраверсії-інтроверсії (-0,2432) демонструє негативний вплив на ризик розвитку розладів харчової поведінки, що свідчить про зворотний зв'язок між цим чинником і ймовірністю виникнення проблем із харчуванням. Ця інформація є важливою, оскільки вона свідчить про потенційні захисні властивості екстравертного типу особистості.

Всі фактори, зазначені в таблиці, показують статистично значущі результати ($p < 0,05$), підкреслюючи їх вагомість у контексті досліджуваної проблеми. Тому було встановлено, що тривожність і психологічні особливості відіграють значну роль у ризику розвитку розладів харчової поведінки серед студентів.

ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та поставленим завданням дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Аналіз літератури виявив, що харчова поведінка студентів значною мірою визначається соціокультурними та особистісними факторами. Студенти відчувають вплив культурних норм і стереотипів, які формують їхнє ставлення до їжі та самовизначення через харчову поведінку. Ці взаємозв'язки допомагають розуміти, як соціальні та особистісні аспекти впливають на харчові звички та можливі розлади.

2. Студенти часто стикаються зі стресом і тривожністю, що може впливати на їхню харчову поведінку. Зібрані дані підтверджують, що тривожність впливає на підвищене споживання їжі або розлади харчової поведінки, особливо серед жінок. Ці знахідки вказують на важливість стратегій психологічної підтримки та інтервенцій з боку вищих навчальних закладів.

3. Емпіричні дані підтверджують наявність статевих відмінностей, де жінки мають тенденцію вище виявляти тривожність і проблеми з харчовою поведінкою. Це вказує на необхідність гендерно-орієнтованих підходів у психологічній підтримці та розробці втручань.

4. Встановлено, що існує значний зв'язок між тривожністю та харчовою поведінкою, зокрема між високими рівнями тривожності та розладами харчової поведінки. Також з'ясовано, що особистісні особливості, такі як нейротизм, впливають на ризик розвитку харчових розладів. Ці результати підкреслюють важливість урахування особистісних характеристик у профілактиці та лікуванні розладів харчової поведінки.

Підтвердження гіпотез:

1. Гіпотеза про вищі показники тривоги у студентів з проблемами харчової поведінки - Підтверджено, оскільки дані показали прямий зв'язок між рівнями тривожності та порушеннями харчової поведінки.

2. Гіпотеза про більш високі показники проблем з харчовою поведінкою та тривожністю серед жінок - Підтверджено, емпіричні дані свідчать про значно вищі показники цих показників серед жіночих респондентів.

3. Гіпотеза про взаємозв'язок між типами темпераменту з високими показниками нейротизму та ризиком розладів харчової поведінки - Підтверджено, аналіз показав, що студенти з високими рівнями нейротизму частіше стикаються з проблемами в харчовій поведінці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Виготський Л.С. (2003). Мислення і мова. Москва: Лабораторія досліджень культурної та історичної психології.
2. Максименко С.Д. (2009). Гендерне харчування: практика та проблеми. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка.
3. Lacey, J.H., & Lacey, B.C. (1978). Food for energy: A study of eating habits and energy metabolism in normal weight and overweight individuals. *American Journal of Clinical Nutrition*, 31(12), 1957-1974 ст.
4. Гурженко В.М. (2008). Соціальна психологія: посібник. К.: Видавництво "Центр учбової літератури".
5. Іванова Г.С. (2012). Соціокультурні аспекти харчування: теоретико-методологічний аналіз. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка"*, 730, 236-240 ст.
6. Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396 ст.
7. Drewnowski, A., & Almiron-Roig, E. (2010). Human perceptions and preferences for fat-rich foods. In Montmayeur, J.P., & le Coutre, J. (Eds.), *Fat Detection: Taste, Texture, and Post Ingestive Effects* (265–282 ст). CRC Press/Taylor & Francis.

8. Schacter, D.L., Gilbert, D.T., & Wegner, D.M. (2011). *Psychology* (2nd ed.). Worth Publishers.
9. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
10. Шилова Н.В. (2016). Харчування як соціально-психологічний феномен. *Науковий вісник Ужгородського університету*, 6(44), 20-23 ст.
11. Davis, C. An introduction to the Special Issue on ‘food addiction’. *Appetite* 2017,115, 1–2 ст.
12. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358 ст.
13. Tribole, E., & Resch, E. (1995). *Intuitive eating: A recovery book for the chronic dieter: Rediscover the pleasures of eating and rebuild your body image*. St. Martin's Griffin.
14. Berthoud, H.R. (2007). Interactions between the “cognitive” and “metabolic” brain in the control of food intake. *Physiology & Behavior*, 91(5), 486–498 ст.
- 15.: Кіро Л.С., Зак М.Ю., Чернишов О.В., Сverdлова М.В. (2021). Харчова поведінка та ожиріння: гендерно-вікові особливості. *Ендокринологія*.
16. Stevenson, R.J., Francis, H.M., & Oaten, M.J. (2018). Neuroimaging of obesity and eating disorders. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 25(1), 21–26 ст.

17. Sassaroli, S., & Ruggiero, G.M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), 135-141 стр.
18. Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 1-9 стр.
19. Jerlhag, E. (2008). The role of ghrelin in reward-based eating. *Biological Psychiatry*, 73(8), 708-715 стр.
20. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
21. Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370 стр.
22. Rogers, P.J.; Smit, H.J. Food craving and food “addiction”: A critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2000, 66, 3–14 стр.
23. Bulik, C.M., Sullivan, P.F., & Kendler, K.S. (1998). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 101–106 стр.
24. Richard, D.M., Dawes, M.A., Mathias, C.W., Acheson, A., Hill-Kapturczak, N., Dougherty, D.M. (2009). L-Tryptophan: Basic Metabolic Functions, Behavioral Research and Therapeutic Indications. *International Journal of Tryptophan Research*, 2, 45–60 стр.

25. Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: Hodder and Stoughton.
26. Volkow, N.D., Wang, G.J., Baler, R.D., & Volkow, N.D. (2011). Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1), 37–46 стр.
27. Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., ... & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914 стр.
28. Kaye, W.H., Fudge, J.L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 573-584 стр.
29. Brown, S.L., & Emmons, L.R. (2015). Emotional eating and eating disorder psychopathology. *John Wiley & Sons* (91-108 стр).
30. El Ansari, W., & Adetunji, H. (2011). Body Weight Status and Sexual Health in Young People: A 2004–2006 data Analysis. *Journal of Obesity*, 2011, 1–14 стр.
31. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*.
32. Cloninger, C.R., et al. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord*.

33. Smith, M.J., et al. (2008). Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophr Res.*
34. Josefsson, K., et al. (2011). Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a population-based study. *J Affect Disord.*
35. Rozin, P., & Vollmecke, T.A. (1986). Food likes and dislikes. *Annual Review of Nutrition*, 6, 433-456 ст.
36. Goldschmidt AB, Wall M, Loth KA, et al. Eating disorders (2023): Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. UpToDate.
37. Smink, F.R., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 521-527 ст.
38. Yasuno, F., et al. (2001). Relation among dopamine D(2) receptor binding, obesity and personality in normal human subjects. *Neurosci Lett.*
39. van den Bree, M., et al. (2006). Diet and personality: associations in a population-based sample. *Appetite.*
40. Hintsanen, M., et al. (2012). Temperament and character predict body-mass index: a population-based prospective cohort study. *J Psychosom Res.*
41. Macht, M., & Simons, G. (2011). Emotional Eating. In A. Meiselman (Ed.), *Emotions and Eating in Everyday Life* (79–101 ст). Academic Press.
42. Blundell, J. (2003). Serotonin and the biology of feeding. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78(4), 1-7 ст.

43. Cloninger, C.R., et al. (2012). The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *J Affect Disord.*
44. Diener, E., et al. (2009). Personality and subjective well-being
45. Booth-Kewley, S., et al. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior.
46. Brewerton, T.D., et al. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients.
47. Fassino, S., et al. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies.
48. Fassino, S., et al. (2002). Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry.*
49. Bulik, C.M., et al. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding
50. Cloninger, C.R., et al. (2010). Promotion of well-being in person-centered mental health care. *Focus.*
51. Fassino, S., et al. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory.
52. Zohar, A.H., et al. (2013). Personality and heart rate variability: exploring pathways from personality to cardiac coherence and health. *Open J Soc Sci.*
53. Forcano, L., et al. (2009). Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *Eur Psychiatry.*

54. Heatherton, T.F., et al. (1991). Binge eating as escape from self-awareness
55. Nunez-Navarro, A., et al. (2011). Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality?
56. Христук О.Л. (2014). Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 192 с.
57. Elfhag, K., et al. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eat Behav.*
58. Bulik, C.M., et al. (1995). Temperament in eating disorders.
59. Cattanach, L., et al. (1988). Psychologic and physiologic reactivity to stressors in eating disordered individuals.
60. Ribases, M., et al. (2008). Contribution of the serotonergic system to anxious and depressive traits that may be partially responsible for the phenotypical variability of bulimia nervosa. *J Psychiatr Res.*