

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра загальної та клінічної психології

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Федотова Тетяна Володимирівна

**ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЮНАКІВ З
ОРТОРЕКСИЧНОЮ ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ**

Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма Клінічна психологія

Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
**ЗАСЄКІНА ЛАРИСА
ВОЛОДИМИРІВНА**
доктор психологічних наук,
професор, професор кафедри
загальної та клінічної психології
Волинського національного
університету імені Лесі Українки

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 2025 р

Завідувач кафедри
проф. Журавльова О. В. _____

ЛУЦЬК 2025

АНОТАЦІЯ

Федотова Тетяна Володимирівна. Індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою поведінкою. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійної програми Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025 р.

Випускна кваліфікаційна робота присвячена вивченню проблеми орторексичної харчової поведінки в науковій літературі та емпіричному з'ясуванню індивідуально-психологічних особливостей юнаків з орторексичною харчовою поведінкою. Виокремлено етапи проведення емпіричного дослідження: визначення рівневих особливостей вияву орторексичної харчової поведінки; з'ясування рівня перфекціонізму та переважаючого локусу контролю; визначення індивідуально-психологічних особливостей юнаків з різним рівнем сформованості орторексичної харчової поведінки; здійснення аналізу та інтерпретації отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження.

Вибірка складалася з 75 осіб юнацького віку (18-26 років), які є здобувачами освіти ВНУ імені Лесі Українки. Застосовано емпіричні методики: Римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15, велику тривимірну шкалу перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі, методику дослідження локусу контролю Дж. Роттера, методику FPI.

Діагностовані поділені на дві групи відповідно до рівня вираженості орторексичної харчової поведінки. В кожній з груп було визначено: індивідуально-психологічні особливості; кореляцію рівня орторексії з показниками перфекціонізму, локусу контролю й індивідуально-психологічними особливостями опитуваних.

Магістерське дослідження має перспективу свого подальшого вивчення.

Ключові слова: харчова поведінка, розлад харчової поведінки, анорексія, булімія, компельсивне переїдання, орторексія, перфекціонізм, локус контролю, екстраверсія, інтроверсія, маскулінність, фемінність.

ANNOTATION

Fedotova Tetiana Vladimirovna. Individual psychological features of young men with orthorexic eating behaviour. – Manuscript.

Graduation qualification work for the degree of «Master» in the specialty 053 Psychology. Educational and professional program Clinical psychology. - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The graduate qualification work is devoted to the study of the problem of orthorexic eating behaviour in the scientific literature and empirical elucidation of individual psychological characteristics of young men with orthorexic eating behaviour.

The stages of the empirical study are highlighted: determination of the level features of orthorexic eating behaviour; clarification of the level of perfectionism and the predominant locus of control; determination of individual psychological characteristics of young men with orthorexic eating behaviour and with a low level of its severity; analysis and interpretation of the results of the empirical study.

The sample consisted of 75 people of youthful age (18-26 years old) who are students of Lesya Ukrainka National University. Empirical methods were used: The Roman Orthorexia Questionnaire ORTO-15, the large three-dimensional scale of perfectionism by M. Smith, D. Saklofsky, J. Stoeber, S. Sherry, the locus of control study by J. Rotter, and the FPI methodology.

The diagnosed were divided into two groups according to the level of severity of orthorexic eating behaviour. In each of the groups, the following were determined: individual psychological characteristics; correlation of the level of orthorexia with indicators of perfectionism, locus of control and individual psychological characteristics of the respondents.

The initiated master's research has the prospect of further study.

Key words: eating behaviour, eating disorder, anorexia, bulimia, compulsive overeating, orthorexia, perfectionism, locus of control, extraversion, introversion, masculinity, femininity.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОРТОРЕКСИЧНОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ.....	8
1.1. Харчова поведінка як медико-психологічна проблема.....	8
1.2. Особливості вияву орторексичної харчової поведінки	15
1.3. Психологічні особливості осіб з орторексією.....	21
Висновки до розділу 1.....	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЮНАКІВ З ОРТОРЕКСИЧНОЮ ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ.....	26
2.1. Опис та обґрунтування методик дослідження.....	26
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	29
Висновки до розділу 2.....	46
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. В останні роки неабіякої ваги набуває питання вивчення харчової поведінки особистості. Оскільки харчування є не лише фізіологічною потребою, але й має також соціокультурний та психологічний аспекти. Знання про харчову поведінку можуть бути корисними для розуміння зв'язку між споживанням їжі та здоров'ям людини. Дослідження в цій області дозволяють виявити фактори, що впливають на вибір продуктів харчування та харчові звички особистості. Це може бути корисно для розробки програм здорового харчування та контролю ваги. Також, вивчення харчової поведінки особистості може допомогти в розумінні проблем харчування, таких як компульсивне переїдання, булімія або анорексія.

Проте віднедавна увагу психологів привернула проблема орторексії, суть якої полягає у надмірному бажанні дотримуватися ідеального харчування або «правильного» способу харчування. Люди, що страждають від орторексії, ставлять собі надто жорсткі обмеження у їжі, перевіряють склад продуктів і пропорції, перебувають у постійному напруженні стосовно харчування. Це може призводити до фізичного та емоційного виснаження, соціальної ізоляції та інших серйозних наслідків для здоров'я.

Вивчення проблеми орторексії є важливим для розуміння її причин виникнення, наслідків та методів лікування. Дослідження можуть допомогти виявити питому вагу впливу факторів, що спричиняють розвиток цього розладу, зокрема таких як: соціокультурні впливи, стиль життя, психологічні чинники тощо. Знання про орторексію може бути корисним як для психологів, так й для медичних працівників, які надають допомогу особам з цим розладом.

Об'єктом дослідження – харчова поведінка особистості.

Предметом роботи є індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою поведінкою.

Мета дослідження полягає в теоретичному аналізі проблеми орторексичної харчової поведінки в медичній та психологічній літературі та

емпіричному з'ясуванні індивідуально-психологічних особливостей юнаків з орторексичною харчовою поведінкою.

Згідно мети визначено коло таких **завдань**:

1. Здійснити теоретичний аналіз поняття харчової поведінки особистості у сучасних наукових дослідженнях.
2. Проаналізувати наукову літературу з проблеми орторексичної харчової поведінки особистості.
3. З'ясувати специфіку вияву перфекціонізму та локусу контролю в юнаків з орторексичною харчовою поведінкою.
4. Встановити індивідуально-психологічні особливості юнаків, харчова поведінка яких може бути класифікована як орторексична.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили: підходи у вивченні проблеми харчової поведінки та орторексії в працях західних (С.Бретмен, К. Дж. Говард, Р.Макгрегор, Н. Нобель та інші) та вітчизняних психологів (Л.Абсалямова, І.Галецька, М.Фатєєва, В.Шебанова та інші).

Для досягнення мети у дослідженні було застосовано:

1. *Теоретичні методи:* аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи у вивченні харчової поведінки та орторексії;
2. *Емпіричні методи* у сукупності таких психометричних методик: Римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15 (в адаптації В.Руженкова, Л. Захарової), Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі), методика дослідження локусу контролю Дж. Роттера, методика FPI.
3. *Методи обробки та інтерпретації результатів дослідження:* порівняльний аналіз емпіричних даних, математичні методи: визначення середніх величин, відсотковий, кореляційний аналіз та ф-кутовий перетворення Фішера.

База дослідження: у дослідженні брали участь здобувачі освіти Волинського національного університеті імені Лесу Українки. Загальна кількість

опитаних – 75 осіб (віком від 18-26 років). Дослідження проводилось у 2023-2024 році. Участь у ньому була добровільною, результати кодувалися й за бажанням, в індивідуальному порядку, були представлені опитуваним.

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки для проведення дослідження: Протокол №3 від 15.12.2023 року.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження: 1) розширено уявлення про специфіку орторексичної харчової поведінки особистості; 2) визначено індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою поведінкою.

Практична значущість одержаних результатів: враховуючи результати проведеного емпіричного дослідження, практичну значущість вбачаємо: 1) у можливості розробки низки корекційних програм для осіб із нервовою орторексією, зокрема, у напрямку зниження рівня перфекціонізму та локусу контролю; 2) під час проведення консультативно-корекційної роботи клінічного психолога з діагностованими особами; 3) плануванні та реалізації клінічними психологами просвітницьких заходів з метою формування адекватної харчової поведінки в осіб юнацького віку.

Апробація результатів. Результати магістерського дослідження апробовано під час роботи 12-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Перспективи сучасної науки: теорія і практика» (13-15 січня 2025 р., м. Львів, Україна) та представлено у публікації: Федотова Т. В. До питання вивчення орторексичної харчової поведінки особистості. *Збірник матеріалів 12-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Перспективи сучасна наука: теорія і практика» (13-15 січня 2025 р.).* НППЦ «Sci-conf.com.ua», Львів, Україна. 2025. С.893-896.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 12 рисунків та 5 таблиць. Список використаних джерел налічує 55 найменувань. Повний обсяг роботи – 63 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОРТОРЕКСИЧНОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Харчова поведінка як медико-психологічна проблема

Від моменту, коли на планеті Земля з'явилося життя – виник процес вживання їжі. Тобто, харчування є незамінним процесом, що забезпечує метаболізм організму. В процесі розвитку цивілізації були часи, коли люди були змушені боротися із навколишнім світом, щоб вижити, та шукати продукти харчування у довколишньому середовищі. Все ж таки із спробами та помилками, але люди змогли відрізнити їстівне від отруйного, навчитися готувати. Згодом стали з'являтися власні вподобання в їжі, смаки, традиції, що сприяло формуванню харчової поведінки.

Отже, харчова поведінка характеризується сукупністю звичок конкретного індивіда у вживанні їжі, його харчовими вподобаннями, смаками, графіком харчування тощо. На формування харчової поведінки впливають безліч чинників, що представлені: соціальними нормами, етнічними традиціями, релігійними поглядами, сімейними звичаями, естетичними цінностями, вихованням, біологічними особливостями організму, еталонами краси, суспільними стереотипами [3, 6].

Одним із найбільших факторів впливу на виникнення стереотипів щодо харчової поведінки – є соціум. Оскільки саме, інші люди формують ідеали краси, на основі яких у подальшому з'являються особисті естетичні вподобання. У подальшому завдяки схожості ідеалів відповідну суб'єктивну думку в соціумі поширюють далі. Прикладом впливу соціуму можуть виступати фільми, мультики, книжки, з яких індивід одержує щоденно інформацію та формує власні ідеали харчової поведінки.

Так, якщо подивитися діснеївські мультфільми можна зауважити непропорційність та несумісність із реальністю фігур та зовнішностей персонажів. Відповідно, діти, які вирости на цих мультиках ототожнюють зовнішній вид цих персонажів та відчуття до них оточуючими прихильності, щастя, симпатії та любові. Так, при створенні розробниками та авторами казок та мультфільмів із персонажами, що мають різні форми та комплекції, діти могли б усвідомити власну «досконалість». Так, при не усвідомленні своє індивідуальності та досконалості, діти вдаються до нездорових методів покращити себе, що часто сприяє розладам харчової поведінки, формуванню низької самооцінки та неприйняття себе таким, яким є.

Харчові звички є повторюваною моделлю поведінки, що пов'язана зі споживанням їжі і є закріпленою в ході становлення та розвитку особистості. Харчові звички зумовлені фізіологічними та індивідуальними потребами, сімейними та релігійними традиціями, життєвим досвідом, порадами лікарів, національністю, модою, типом життя та матеріальними можливостями. Прикладами харчових звичок, що прививаються згідно сімейних чи релігійних традицій можуть виступати фрази по типу: «доки не доїш – з-за столу не встанеш», «хліб усьому голова, тому усе треба їсти з хлібом». В подальшому через такого роду фрази можуть формуватися шкідливі харчові звички, що можуть перерости у розлади харчової поведінки [1, 3].

Часто виникає питання: «Чи ми їмо, щоб жити, чи живемо, щоб їсти?». Відповіді на нього можуть бути різні. Беззаперечно, харчування виступає фізіологічною потребою, яка притаманна всьому живому і що бере участь у метаболізмі; це те, що дозволяє нам жити і підтримувати енергію. Однак, одним із факторів впливу на становлення харчової поведінки є психологічна мотивація. Так, згідно А. Маслоу, їжа виступає базовою потребою, що визначатиме біологічне виживання людей. Отже, перш ніж відбудеться актуалізація потреб вищого рівня існує необхідність реалізації потреби у їжі на відповідному рівні [30].

Харчова поведінка забезпечує реалізацію багатьох психологічних та соціальних потреб, що представлені: спілкуванням між людьми при вживанні їжі, вирішенню важливих справ, знаходженням компромісів, обміном емоціями між людьми, демонстрацією підтримки та емоційного ставлення щодо інших [3].

Харчові звички індивіда віддзеркалюють його відношення до їжі та процесу її прийому, а також є віддзеркаленням образу власного тіла, на формування якого мають вплив міжособистісні та внутрішньоособистісні конфлікти, зовнішні обставини, життєві цінності та моральні установки. Згідно В. Менделевича харчова поведінка є ціннісним ставленням індивіда до їжі, стереотипом вживання їжі у звичному житті та в стресових ситуаціях; є орієнтованою на образ свого тіла та його формування [30].

Також, варто зауважити, що певною мірою через стиль харчування будуть відображатися емоційні потреби та настрій людей. Саме харчування в найбільшій мірі, в порівнянні із іншими видами діяльностей, впливає на емоції людей. До прикладу, немовлята асоціюють відчуття насиченості з почуттям безпеки, захищеності, батьківської любові. Також, їжа та власне відчуття голоду дитиною сприятиме формуванню почуття власності. Отож, при зіткненні бажань до володіння та поглинання із перешкодами буде формуватися бажання силоміць отримати те, що не дають. Так, у малих дітей буде проявлятися оральна агресія – перший вияв ворожості [28, 29, 30].

А. Лепехою було виділено гармонійну харчову поведінку та девіантну харчову поведінку (адекватна та неадекватна відповідно), що була оцінена за параметрами місці в ієрархічному устрої особистості його цінностей, культури та естетики харчування [17].

Моделі мотивації харчової поведінки частково нагадує модель мотивації вживання алкогольних напоїв, згідно якої виділяються компоненти підпорядкування власних негативних емоцій, соціалізації, відповідно до очікувань від інших та почуття задоволення.

Таким чином, згідно поглядів науковців, основою потреби в їжі може виступати не лише бажання «нагодувати» себе, а й позитивні емоції

(представлені радістю, щастям, задоволенням) або ж негативні емоції (до прикладу: злість, агресія, сум). Так, виділяють здорову чи патологічну мотивації харчової поведінки індивіда [17].

Отже, щодо харчової поведінки особистості важливо зазначити наступне:

- особистісний сенс та зміст, яким люди наділяють процес вживання їжі;
- настрої, що буде переважати при прийомі їжі;
- функції, що реалізуються під час вживання їжі (представлені відчуттям безпеки, послабленням болю тощо).

Так, завдяки харчовій поведінці індивіда можна відзначити неусвідомлене перенесення досвіду певних психосоматичних реакцій у дорослому віці. Прикладом є фіксація індивідом у дитинстві, що при поганому самопочутті/хворобі/слухняності батьки заохочують його їсти [11].

Говорячи про харчову поведінку варто відзначити її розлади (РХП). Так, розладами харчової поведінки називають групу психогенно-обумовлених синдромів, які характеризуються вживанням їжі не з метою насичення, а задля того, щоб підняти настрої та усунути емоційний дефіцит (нервова анорексія, булімія, орторексія інші). За МКХ-10 розлади харчової поведінки шифруються як «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушення та фізичними факторами». Із них найбільш поширеними є ті, що зв'язані із страхами набору маси тіла та думками щодо схуднення [16].

Л. Абсалямовою було розмежовано такі поняття як «розлад» та «порушення» харчової поведінки. Так, порушенням вважається відхилення у харчуванні, що стоять на заваді повноцінного функціонування людини, однак не є хворобою [Абсалямова Л.М. Розлади та]. Виділяють наступні порушення харчової поведінки: емоціогенну, обмежувальну та екстернальну харчову поведінку.

Щодо емоціогенного типу харчової поведінки, він виявляється при психологічній мотивації харчової поведінки у момент надмірного виявлення різних емоцій. Наприклад, при переживанні смутку, розчарування, гніву людиною задля «легшого» переживання цих емоцій чи коли людина відчуває

радість, щастя, задоволення, у неї виникає бажання щось з'їсти для «святкування» [6, 7].

У переважній більшості люди із даним типом харчової поведінки вживають продукти багаті на швидкі вуглеводи (цукерки, морозиво, тортики), що можуть швидко підняти настрій та покращити емоційний стан. Іншими назвами емоціогенного типу харчової поведінки є гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання, «харчове пияцтво».

Так, при частих «заїданнях» в особи розвивається ожиріння. А також, вартим уваги є часта відсутність диференціації власних емоцій та фізіологічних сигналів від шлунку про відчуття голоду. Так, відчуваючи тривогу, людина оцінює це як відчуття голоду та починає їсти [16].

Було виділено два підвиди емоціогенної харчової поведінки: компульсивна та синдром нічного переїдання. Отже, компульсивна поведінка виявляється через напади переїдання, що тривають до двох годин, під час яких особа вживає значну кількість їжі. Доволі частим є повідомлення хворих щодо втрати контролю та неможливості зупинитися при нападах. Також, при переїданні можуть спостерігатися такі симптоми як: швидке вживання їжі, виникнення відчуття переповнення шлунку, вживання їжі у самотності через переживання сорому перед оточенням.

Часто компульсивна харчова поведінка є пов'язана із дотриманням суворих дієт. Після того, як індивід тривало голодує чи обмежує харчування, виникає зрив, при якому він вживає велику кількість їжі, що в свою чергу, сприяє виникненню почуття вини, розкаяння і людина знову суворо обмежує себе в їжі.

Інший підвид емоціогенної харчової поведінки – це синдром нічної їжі, якому властиві три симптоми: відсутність апетиту зранку, після прокидання (ранкова анорексія), значне посилення апетиту ввечері та вночі, порушення сну. Так, характерним для синдрому нічної їжі є наростання апетиту ближче до ночі, коли впродовж дня спостерігається його зниження. При виникненні сильного відчуття голоду ввечері чи вночі спостерігається переїдання. До того ж від вираженості емоцій, буде залежати вираженість нападу. Також, на підсилення

нападу будуть впливати порушення сну, адже людина не зможе заснути, поки не відчує насиченість. Отже, впродовж ночі, маючи поверхневий сон, індивід буде часто прокидатися, їсти та знову засинати.

Синдром нічної їжі трапляється близько у 9% осіб із ожирінням, а емоціогенна харчова поведінка приблизно у 60 % осіб. Також, говорять про сезонність емоціогенної харчової поведінки, що характеризується виникненням синдрому переїдання зі зменшенням тривалості світлового дня (кінець жовтня-початок березня), а також, зникає в світлу пору року без сторонніх втручань [22].

Обмежувальна харчова поведінка характеризується періодичним дотриманням суворих дієт, що змінюється її порушенням та впаданням хворого у депресивні стани через свою слабку силу волі. Так, через гостре обмеження у прийомах їжі буде виникати емоційна нестабільність, що сприятиме зривам та переїданням. Даний тип харчової поведінки характеризується безсистемністю та «хаотичністю» у дієтах. Так, спочатку хворий різко обмежує себе в їжі, за декілька днів дозволяє обмеження в суворій дієті, може відмовитися від неї, а потім знову дотримується суворої дієти.

Відповідно, такий тип поведінки сприяє не зменшенню ваги, а розвитку стресових станів (як наслідок суворого обмеження їжі та неможливості схуднути). Навпаки, при такому типі поведінки індивід додатково набирає вагу, яка може бути навіть більшою за ту, що була до дієти. У таких осіб часто виникає дієтична депресія, що представлена зниженням настрою, емоційною нестабільністю, відчав, що виникають як наслідок суворої дієти.

Останній тип харчової поведінки – екстернальна – виявляється у підвищенні чутливості до зовнішніх та внутрішніх стимулів щодо прийому їжі (накритий стіл, реклама, інші люди, які вживають їжу, а також відчуття голоду, моторика шлунку, рівень глюкози в крові). Так, для даної харчової поведінки значення відіграє доступність продуктів, що сприяє переїданню «за компанію», перекусам на вулицях, вживанню їжі в гостях, покупках надмірних кількостей продуктів. Для людей із екстернальним типом харчової поведінки є характерні вживання їжі незалежно від останнього прийому їжі, неусвідомлено [29, 30].

Було виявлено, що більшість пацієнтів із екстернальним типом харчової поведінки, вираженою у більшій чи меншій мірі, наявне ожиріння, що виникає через гостру реакцію на зовнішні подразники до прийому їжі, а також через неповноцінність почуття насичення.

Чинниками порушення харчової поведінки можуть виступати: депресії, конфліктні відносини в родині, почуття самотності та відсутності контролю над власним життям, булінг із приводу ваги, низька самооцінка, несприйняття власної зовнішності, труднощі з вираженням емоцій та почуттів.

Окремо в медичній та психологічній літературі розглядають проблему розладів харчової поведінки. Розлади харчової поведінки (або РХП) – ряд психічних розладів з питання порушення здорового приймання їжі. Характеризуються наявністю дивних звичок та ритуалів в харчуванні, пов'язаних зі сприйняттям себе та свого тіла.

За даними DSM-5 розлади харчової поведінки класифікують за такими основними видами [28, 35, 44]:

- ✓ нервова анорексія – характеризується наднизькою вагою тіла, несприйняттям своєї фігури та постійним бажанням худнути; такий тип розладу формується під впливом суспільства через нав'язані стандарти краси. Особистість не визнає краси свого тіла, намагається його вдосконалити, шляхом худнення. Найрозповсюдженіший спосіб – це вживання критично низькокалорійних продуктів, дотримання жорстких дієт, надмірно виснажливі фізичні навантаження; часом така людина може повністю відмовитися від їжі, що неодмінно призводить до смерті;
- ✓ нервова булімія – відповідний розлад харчової поведінки супроводжується періодичними переїданнями, після чого особистість вдається до навмисного викликання блювання, приймає надмірну кількість проносних чи сечогінних препаратів, виснажує себе фізичними навантаженнями; відповідний тип РХП може виникнути в ситуації жорсткого голодування, адже заборона на продукти призводить до зриву переїдання, а отже, переїдання та голод

постійно чергуються, негативно позначаючись на метаболізмі та діяльності шлунково-кишкової системи;

- ✓ психогенні переїдання – також є поширеним видом РХП; він вирізняється тим, що у людини спостерігаємо постійні переїдання принаймні раз на тиждень впродовж трьох місяців, що, відповідно, не може не позначитися на психічному стані особистості, спонукаючи переживати почуття провини та сорому; відповідні переживання можуть призводити до «покарання» себе через самопошкодження з метою психологічного самозаспокоєння (порізи, опіки, видирання волосся, вживання різних психактивних речовин тощо).

1.2. Особливості вияву орторексичної харчової поведінки

Поняття орторексія перекладається з грецької мови як «правильний» та «апетит». Загалом першопочатково орторексія розглядалась як захопленість здоровим харчуванням, коли людина переймається не лише якістю, але й кількістю та раціоном їжі. Це, відповідно, може призвести до обмеження нездорової їжі або відмови від деяких продуктів. В позитивному розумінні вона може бути пояснена з позиції необхідності збереження балансу в харчуванні, збереження здоров'я та уникнення негативних наслідків переїдання або дефіциту певних поживних речовин.

У 1997 році американський лікар Стівен Бретмен, який вводить поняття «орторексія» в науковий обіг та починає вивчати її, наголошує на позиції одержимості здоровим харчуванням, тобто розглядає її як розлад, що впливає на здоров'я особистості та її психіку [36, 37].

У своїх роботах науковець детально описує прояви орторексії, підкреслюючи, що відповідний розлад харчової поведінки має певні характерні ознаки. Він зауважує, що орторексія часто починається із позитивного бажання вживати лише здорову їжу, але з часом цей підхід до їжі перетворюється на одержимість та негативно впливає на життя людини.

Дослідник вважає, що хоча прагнення до здорового харчування є нормальним, воно може перерости в патологічний стан, коли людина стає одержимою правильністю кожного прийому здорової їжі, уникаючи продуктів, які вважаються шкідливими, навіть якщо це шкодить її фізичному та психічному здоров'ю. Відповідна поведінка може призвести до того, що особистість починає жити лише за правилами свого «здорового» харчування, втрачаючи інтерес до інших важливих аспектів життя. І хоча на перший погляд здорове харчування здається нешкідливим, воно може призвести до психічного стресу, соціальної ізоляції й навіть фізичних проблем (наприклад, дефіцит необхідних нутрієнтів) [37].

С.Бретмен зазначає, що орторексія може супроводжуватися переконанням особистості, що правильне/здорове харчування є морально правильним і, порушення відповідних правил, в свою чергу, може призвести до переживання почуттів провини або сорому. Орторексія, на його думку, поєднує в собі аспекти психології, культури та фізіології, саме тому важливо її вивчати у контексті дослідження розладів харчової поведінки особистості [36].

Орторексія може мати серйозні наслідки для здоров'я особистості, тому при виявленні у особистості відповідної харчової поведінки, важливо звертатися за допомогою до відповідних спеціалістів (психологів, дієтологів, психіатрів) для правильного лікування.

В ході вивчення орторексії, С.Бретмен виокремлює такі її вияви [36, 37]:

1. Одержимість здоровим харчуванням, яка полягає у тому, що особистість постійно шукає ідеальні та здорові продукти харчування, зацікленні на ідеях цього стилю харчування; вона намагається дотримуватися суворих стандартів, часто зосереджуючись на найдрібніших деталях (вибір органічних продуктів, уникання будь-яких оброблених продуктів чи таких, що містять трансжири або продуктів з певними інгредієнтами тощо).

2. Уникання шкідливої їжі та продуктів – відмова від продуктів, які вважаються «шкідливими», навіть якщо вони не завдають реальної шкоди здоров'ю особистості (людина може уникати не лише жирної чи солодкої їжі, але

й продуктів, що містять певні хімічні добавки чи ГМО, навіть якщо вони насправді абсолютно безпечні та це доведено клінічними дослідженнями).

3. Сувора дієта та жорстка організація харчування, які представлені потребою планування кожного прийому їжі, що призводить до значних витрат часу з метою дослідження якості продуктів, підрахунку калорій, пошуку оптимальної рецептури та створення меню, що абсолютно відповідає вимогам здорового харчування.

4. Переживання провини через порушення правил харчування – відбувається у випадку споживання неправильного чи нездорового продукту, що приводить до переживання психічного стресу й, відповідно, може привести до ще більшого обмеження раціону харчування.

5. Ізоляція від соціуму, що виникає внаслідок надмірної вимогливості особистості до їжі, а отже, й уникнення соціальних ситуацій, де їжа не відповідає її власним суворим стандартам; особистість може відмовлятися від суспільних заходів, де їжа є частиною спільного проведення часу (спільні обіди, вечери, неформальні заходи тощо).

6. Фізичне та психологічне виснаження, адже недоїдання, дефіцит важливих поживних речовин та вітамінів, призводить до порушення балансу в організмі (а, отже й позначається на фізичному стані особи); психологічними наслідками цього може бути переживання тривоги, депресії або хронічного стресу через постійне нав'язливе фокусування на харчуванні.

7. Ідеалізація харчування – полягає у переконанні, що здорове харчування – це не тільки правильний спосіб життя, а й морально вищий або навіть духовно «правильний» шлях; така особистість формує переконання про себе, як про більш свідому, зрілу людину, ґрунтуючи своє уявлення лише на основі свого захоплення здоровим харчуванням.

Загалом науковець підкреслює, що орторексія може починатися з позитивних намірів стосовно покращення власного здоров'я, проте вже невдовзі вона може перерости в хворобливу одержимість, що негативно позначається на якості життя, фізичному та психічному здоров'ї особистості. Тому визнання

цього розладу важливе для його подальшого лікування та підтримки людей, які страждають від проблеми одержимості здоровим харчуванням.

У дослідженнях Н.Нобель, К.Дж. Говард та К.Д.Оберле розкрито конкретні зв'язки між соціальними медіа та нервовою орторексією. Науковці вивчали зв'язок кількості переглядів соціальних медіа із вмістом інформації про дієти й фітнес та наявну симптоматику нервової орторексії діагностованих [50].

Результати засвідчили, що соціальна мережа ТікТок залучає більше глядачів до перегляду відповідних роликів та, після контролю виявів відповідних ознак розладу харчової поведінки, встановлено, що більшість глядачів демонструють вищий рівень вияву симптоматики нервової орторексії [50].

Загалом науковці, вивчаючи орторексію та її вплив на здоров'я особистості, зосереджують фокус своєї уваги на таких її аспектах, як [41, 46, 49]:

1. Психологічні наслідки орторексії, адже вона може бути пов'язана з іншими психічними станами (тривожні розлади, депресія) та іншими розладами харчової поведінки; тобто орторексія може бути не тільки як окремий розлад, але й як симптом чи доповнення до відомих захворювань.

2. Вплив культури та медіа на харчову поведінку особистості – соціальні медіа, реклама та попкультура можуть посилювати стандарти здорового харчування, що за певних умов може призводити до розвитку орторексії (культ навколо здорового способу життя може бути насправді токсичним та сприяти розвитку надмірної уваги до кожного аспекту харчування).

3. Роль суспільних норм у формуванні ідеалів здоров'я особистості – сучасне суспільство, акцентує увагу на здоровому способі життя, культивуючи соціальні норми та ідеали, пов'язані з правильним харчуванням, а це, в свою чергу, може сприяти розвитку орторексії, адже таким чином особистість вважає себе морально кращою, правильнішою, підкреслюючи це через вживання їжі.

4. Зв'язок з іншими розладами харчової поведінки – орторексія може бути пов'язана з такими порушеннями харчування, як анорексія та булімія, компульсивне переїдання; часом орторексія може посилювати вже існуючі проблеми з харчовою поведінкою.

Тобто можна говорити про певні важливі аспекти у розумінні орторексії, які розкривають її сутність нам з психологічної та соціальної точок зору, демонструючи як відповідний розлад може впливати на конкретну особистість та її соціальне оточення.

Результати інших досліджень щодо формування орторексії в контексті сучасного суспільства (з акцентом уваги на здоровому способі життя, правильному харчуванні та ідеалах фізичної форми) стосуються розгляду таких аспектів [41, 42]:

- ✓ формуванні культурних норм здоров'я та харчування – зазвичай культурні та соціальні норми впливають на початок розвитку орторексії (через формування ідеалів здоров'я, краси, стилю життя тощо); в результаті чого люди можуть уникати певних продуктів, щоб досягти фізично правильного образу здоров'я та життя; в сучасному суспільстві часто існує тиск у досягненні ідеалу правильного харчування та фізичного стану, що в свою чергу може перерости в патологічне ставлення до їжі;

- ✓ наявності моральної прив'язаності до стилю харчування – особистість починає сприймати здорове харчування як морально правильне, а порушення його норм – як неетичне чи гріховне; відповідне уявлення формує викривлене сприймання норм моралі й поведінки та призводить до утвердження власних (викривлених) стандартів харчування;

- ✓ психологічних факторів виникнення орторексії, що може бути пов'язана з психологічними характеристиками, зокрема з перфекціонізмом, тривожністю та депресією; зосередженість на здоровому харчуванні може бути не стільки способом покращити фізичне здоров'я, як способом контролювати власні емоції, почуття або ситуації, які викликають стрес чи занепокоєння;

- ✓ надмірному зануренню у віртуальний світ та захоплення соціальними мережами, що сприяють поширенню культури здорового харчування, шляхом перегляду реклами із зображенням ідеального тіла, раціону харчування та способу життя, що спонукає відчувати, а у подальшому підсилює, потребу надмірного контролю харчування та прагнення наблизитися чи

досягнути ідеалу здоров'я та тіла; проте соціальні медіа часто створюють нереалістичні стандарти, які можуть сприяти розвитку харчових розладів, а не формування адекватної харчової поведінки особистості;

✓ негативних наслідках орторексії (насамперед психоемоційних та фізіологічних наслідках), які зумовлюють порушення соціальних зв'язків, підвищення рівня стресування та переживання тривоги (що виникають через постійну необхідність відповідати вимогам здорового харчування), застосування неефективних поведінкових копінг-стратегій, наслідком чого може бути й соціальна ізоляція через добровільну відмову від спілкування з іншими людьми чи значне його обмеження.

Динаміка розвитку орторексії має певні стадії [13, 54]:

- зростання інтересу до здорового харчування, пошук інформації про специфіку його реалізації, що поступово починає потребувати значно більше часу;
- спостереження за харчовою поведінкою відомих осіб, які ведуть здоровий спосіб життя, поява потреби в їх наслідуванні;
- зростання бажання контролювати своє харчування та застосування додаткових обмежень;
- зростання ізольованості від інших осіб; відмова від спільного споживання їжі, через боязнь порушити контроль за своїм харчуванням;
- залежність від правильного способу харчування (переживання за втрату контролю над харчуванням спонукає до постійного бажання його покращити);
- спотворення реальності – переконання, що лише певні продукти чи стиль харчування є допустимими та здоровими, усі інші повинні бути виключені з раціону.

Кожна стадія може мати свою тривалість, залежно від особливостей особистості та сили соціокультурного впливу. Отже, можна говорити про дещо розширене розуміння орторексії, оскільки вона розглядається в контексті психології, соціальних медіа та існуючих культурних стандартів здоров'я та краси особистості, що нав'язуються з боку суспільства, як соціальні норми. Тому

можна говорити, що орторексія – це не лише харчовий розлад, а й складне психосоціальне явище, яке виникає через взаємодію особистих переконань індивіда з соціальними нормами та культурними впливами.

Проте орторексика не завжди бачать в дзеркалі викривлений образ власного тіла та намагаються привести його в норму завдяки жорсткому контролю власної харчової поведінки. Частіше вони вбачають в ідеальному/правильному харчуванні інструмент досягнення гармонії з собою, яка передбачає фізичну чистоту.

1.3. Психологічні особливості осіб з орторексією

Аналізуючи усе викладене вище, можна дійти висновки, що особистість, яка страждає на орторексію, не здатна насамперед об'єктивно оцінювати, що означає «вести здоровий спосіб життя». Для такої особи прийоми їжі та фізичні навантаження – це не легке та приємне проведення часу, а швидше суворо регламентована дія.

Якщо аналізувати дослідження науковців, що стосуються вивчення психологічних характеристик осіб з орторексією, передусім варто говорити про їх психологічні проблеми та емоційний стан. З-поміж ключових психологічних характеристик осіб, харчова поведінка яких може бути класифікована як орторексична, варто відмітити наступні [50, 51, 54, 55]:

- ✓ надмірна потреба в контролі – такі особи часто відчують сильну потребу в контролі над своїм харчуванням, що є способом регулювати інші аспекти життя, які можуть бути важко контрольованими або суб'єктивно можуть відчуватися як непередбачувані; відповідний контроль їжі може слугувати захисним механізмом для боротьби з тривожністю, стресом або іншими емоційними труднощами (є припущення, що цей контроль є своєрідним способом подолати внутрішні страхи чи невпевненість); особистість не в змозі контролювати зовнішній вигляд та почуття інших людей, тому невдоволення життям та певними його сферами, можуть спонукати вразливу особистість

розглядати харчування як сферу, яку вона в повній мірі може контролювати, завдяки чому їй здається вона може привести в порядок й інші складові свого життя;

✓ психологічна ізоляція (самотність) – це особистісна характеристика може формуватися також як наслідок орторексії; відмова від участі в соціальних заходах або їсти лише в тих умовах, які відповідають їхнім суворим стандартам харчування, призводять до збільшення рівня тривожності та стресу під час перебування в компанії, адже відчуття «неконтрольованості» в соціальних ситуаціях сприяє надмірному переживанню напруги і, як наслідок, уникненню соціальних контактів;

✓ низька самооцінка – відчуття власної недосконалості має глибокі корені, а її чинниками можуть бути багаторічні невдачі й перенесені травми, тривоги й стрес, проте жорстке дотримання правил споживання їжі породжує відчуття успішності та ефективності особистості, повноти її буття;

✓ перфекціонізм, який виявляється в прагненні до досконалості у всіх аспектах життя, включаючи харчування; часто маючи високі стандарти щодо того, що є «правильним» та «здоровим», будь-яка невдача у дотриманні цих стандартів може призвести до емоційного стресу, розчарування або навіть депресії; для осіб з орторексичною харчовою поведінкою харчування стає чітким та передбачуваним способом, що дозволяє відчувати себе в безпеці та керувати хаосом у сучасному житті;

✓ занепокоєння щодо тіла та зовнішнього вигляду (неадекватно сформований образ тіла) – особи з орторексією часто зосереджені на тому, як їх тіло виглядає в результаті щоденного харчування, тому можуть прагнути до фізичної ідеалізації, що теж може призвести до психічного виснаження і тривоги; постійне невдоволення через відсутність відповідності свого тіла певним соціальним стандартам, неприйняття його особливостей чи фізіологічних змін можуть бути причиною чи наслідком надмірного захоплення здоровим харчуванням;

✓ навіюваність/віра в ідеали (а, отже, й ідеалізація здорового харчування) – особистість з орторексією часто сприймає правильне харчування як єдино правильний вибір (часто сформований під впливом оточуючих людей чи медіа), а його порушення супроводжується надмірною самокритикою та занепокоєнням, що можуть виникнути через вживання «неправильних» продуктів; таке ідеалізоване сприйняття їжі часто служить способом знову ж таки створити/посилити відчуття контролю в житті, особливо якщо людина відчуває стрес чи інші емоційні труднощі; людина постійно турбується про те, що вона їсть, уникає продуктів, які вважаються шкідливими (жирні, солодкі, оброблені продукти, тощо);

✓ почуття провини або тривоги – через споживання «нездорової» чи «неправильної» їжі, особистість може відчувати провину, тривогу або інші негативні емоції, що призводить до самокритики, самозвинувачення в результаті порушення власних харчових правил;

✓ відсутність співчуття до себе – здорова особистість часто пробачає собі свої недосконалості, огріхи та невдачі; проте орторексична особистість прагне бути досконалою, а оскільки досконалості не вдається досягнути, вона починає себе виснажувати самозвинуваченнями, докорами, сумліннями, вона вважає, що доброти до себе не заслуговує, тому дієти жорсткішають, а обмеження збільшуються, таким чином особистість орторексичною харчовою поведінкою прагне компенсувати втрачену рівновагу;

✓ ціннісні орієнтації – харчування для орторексичних осіб знаходиться на рівні цінностей середнього та нижчого статусу, які є сталими (за Л.Пробст), харчування в їх системі цінностей не обмежене певними діями та ситуаціями, воно для них є трансцендентним, виступає стандартом, що керує вибором та оцінкою інших людей, взаємин, що склалися, подій та способу життя загалом; вони вважають своє харчування морально чи духовно правильним, намагаючись вивести певну надцінну ідею здорового способу життя [13];

✓ опірність стресам – орторексія часто супроводжується високим рівнем стресу та переживання тривоги, а також втратою інтересу до інших

аспектів життя (наприклад, відносин чи хобі); життя в хронічному стресі зменшує опірність особистості, робить її вразливою та знижує рівень життєстійкості.

Отже, орторексія, як складний розлад, який включає не тільки поведінкові, але й глибокі психологічні аспекти, зокрема перфекціонізм, потребу в контролі та емоційну реакцію на порушення харчових норм і т.д, потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. Психотерапія орторексії має включати роботу з емоціями, самовизначенням та соціальними взаємодіями, щоб допомогти людям розвинути здоровіші взаємини з їжею та своїм тілом.

Висновки до розділу 1

Харчова поведінка характеризується сукупністю звичок конкретного індивіда у вживанні їжі, його харчовими вподобаннями, смаками, графіком харчування тощо. На формування харчової поведінки впливає безліч чинників, зокрема: соціальні норми, етнічні традиції, релігійні погляди, сімейні звичаї, естетичні цінності, виховання, біологічні особливості організму, еталони краси, суспільні стереотипи.

Розмежовують поняття «розлад» та «порушення» харчової поведінки. Порушенням вважається відхилення у харчуванні, що стоять на заваді повноцінного функціонування людини, однак не є хворобою. Виокремлюють наступні порушення харчової поведінки: емоціогенну, обмежувальну та екстернальну харчову поведінку.

Чинниками порушення харчової поведінки можуть виступати: депресії, конфліктні відносини в родині, почуття самотності та відсутності контролю над власним життям, булінг із приводу ваги, низька самооцінка, несприйняття власної зовнішності, труднощі з вираженням емоцій та почуттів.

Окремо в медичній та психологічній літературі розглядають проблему розладів харчової поведінки. Розлади харчової поведінки (або РХП) – ряд

психічних розладів, що стосуються порушення здорового споживання їжі. Вони характеризуються наявністю дивних звичок та ритуалів вживання їжі, пов'язаних зі сприйняттям себе та свого тіла. До розладів харчової поведінки належать: анорексія, булімія та компульсивне переїдання.

У 1997 році американський лікар Стівен Бретмен вперше започатковує термін «орторексія», що характеризується з позиції одержимості індивіда здоровим харчуванням, тобто як розлад, що впливає на здоров'я особистості та її психіку. Дослідник вважав, що хоча прагнення до здорового харчування є нормальним, воно може перерости в патологічний стан, коли людина стає одержимою правильністю кожного прийому здорової їжі, уникаючи продуктів, які вважаються шкідливими, навіть якщо це шкодить її фізичному та психічному здоров'ю.

Орторексія характеризується: одержимістю здоровим харчуванням; униканням шкідливої їжі та продуктів; суворими дієтами та жорсткою організацією харчування; переживанням провини через порушення правил харчування; ізоляцією від соціуму; фізичним і психологічним виснаженням; ідеалізацією харчування.

Виокремлюють наступні психологічні особливості орторексичної особистості: надмірну потребу в контролі; психологічну ізоляцію (самотність); низьку самооцінку; перфекціонізм; неадекватний образ тіла та зовнішнього вигляду; навіюваність; почуття провини або тривоги; відсутність співчуття до себе; ціннісні орієнтації.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЮНАКІВ З ОРТОРЕКСИЧНОЮ ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ

3.1. Опис та обґрунтування методик дослідження

З метою вивчення індивідуально-психологічних особливостей юнаків з орторексичною харчовою поведінкою було реалізовано психодіагностичну програму, що складалася з таких етапів:

- на I етапі – було визначено рівневі особливості вияву орторексичної харчової поведінки за Римським опитувальником нервової орторексії ОРТО-15 (в адаптації В.Руженкова, Л. Захарової);
- на II етапі – встановлення рівня перфекціонізму за великою тривимірною шкалою перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі) та переважаючого локусу контролю за методикою дослідження локусу контролю Дж. Роттера;
- III етап передбачав з'ясування індивідуально-психологічних особливостей юнаків з орторексичною харчовою поведінкою за методикою FPI;
- IV етап полягав у аналізі та інтерпретації отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження.

Рекрутація досліджуваних здійснювалася за допомогою оголошень, розміщених у соціальних мережах (інстаграм, фейсбук, телеграм), а також завдяки зверненню до студентського активу (студентських деканів) ЗВО Волинської області (Волинський медичний інститут, Волинський національний університету імені Лесі Українки, Луцький національний технічний університет) з проханням розповсюдити інформацію про дослідження та надати необхідну інформацію потенційним учасникам для його проходження.

Учасники були поінформовані про дослідження за допомогою повідомлення на початку опитувальника і підтвердили свою добровільну згоду шляхом натискання галочок «погоджуюся» на початку опитувальника.

Учасників також було поінформовано про можливі ризики дослідження, та надано інформацію про місця, де можна отримати безкоштовну психологічну допомогу в разі потреби. Також їм повідомили про дотримання принципів конфіденційності і про можливість припинити дослідження в будь-який момент, без негативних наслідків для учасників.

Загалом у дослідженні взяло участь 75 осіб юнацького віку (18-26 років), які є здобувачами освіти Волинського національного університету імені Лесі Українки. Дослідження проводилось впродовж 2023-2024 року. Участь у дослідженні була добровільною, результати кодувалися й за бажанням в індивідуальному порядку були представлені опитуваним.

Демографічні дані засвідчують, що усі учасники дослідження були здобувачами освіти факультету психології, педагогічного факультету та факультету іноземної філології, факультету інформаційних технологій і математики. Кількісний розподіл за статтю, місцем проживання та віковим параметром представлено на рисунку 2.1.

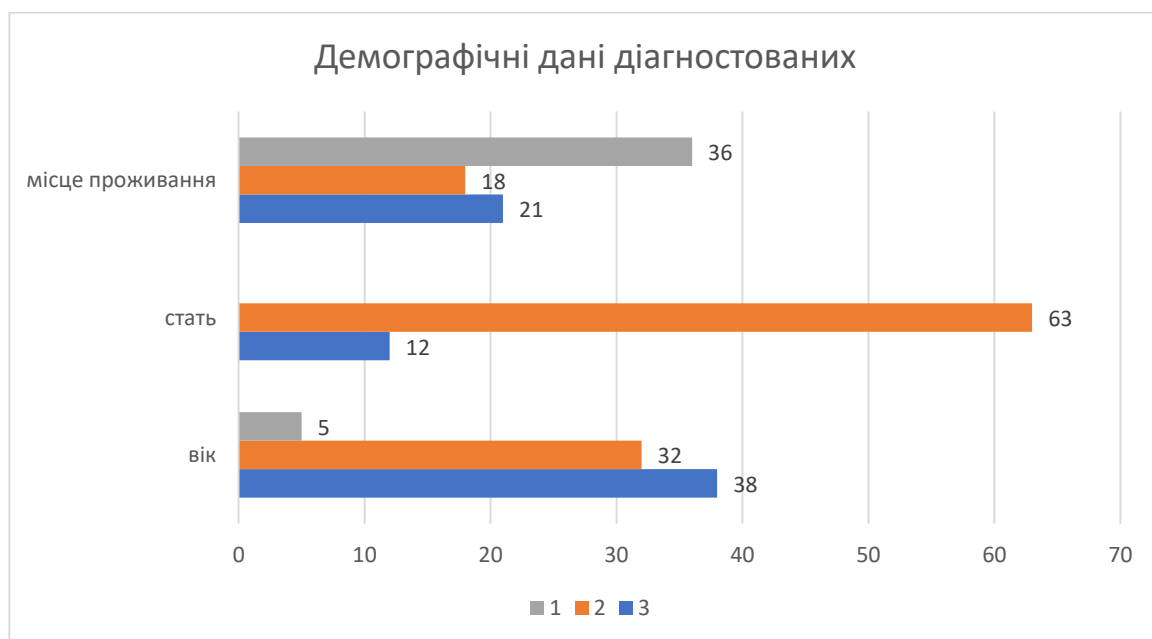


Рис.2.1. Кількісний розподіл діагностованих за статтю, місцем проживання та віковим параметром

Отже, як бачимо з рис.2.1. демографічні дані респондентів є наступними:

- за віковим параметром: 38 осіб мають 18-20 років, 32 респондента – 21-23 роки та 5 опитуваних виявилися в діапазоні 24-26 років;
- за характеристокою статі: 12 осіб – представники чоловічої статі, тоді як 63 опитуваних – жіночої статі;
- місце проживання: 21 особа проживають в сільській місцевості, 18 опитуваних – в селищі, а інші 36 осіб є мешканцями міст.

У дослідженні було застосовано наступні методики:

- Римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15 (в адаптації В.Руженкова, Л. Захарової), що складається із 15 тверджень, на які опитуваним пропонується дати відповідь згідно їх погодженням з питаннями: 4 – завжди, 3 – часто, 2 – інколи, 1 – ніколи – в прямих запитаннях; 4 – ніколи, 3 – інколи, 2 – часто, 1 – завжди – в зворотніх питаннях; 2 – завжди, 4 – часто, 3 – інколи, 1 – ніколи – в питаннях 1 та 13. Обчислюється загальний показник за методикою, максимальна кількість балів може скласти 60; показник нервової орторексії констатується у випадку, коли респондент набрав менше 40 балів;
- велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі), яка налічує 44 твердження. Опитуваним пропонується їх оцінити, виходячи зі ступеня згоди: 1 бал – повністю не згоден, 2 – не згоден, 3 – важко визначитися, 4 – згоден, 5 – повністю згоден. За кожною зі шкал визначаємо сумарний бал, який співставляється з рівнем вираженості: високий рівень, середній рівень та низький рівень. Методика дозволяє визначити наступні шкали: перфекціонізм орієнтований на себе, проблеми з самооцінкою, стурбованість помилками, сумніви у власних діях, самокритика, соціально-приписаний перфекціонізм, перфекціонізм орієнтований на інших, гіперкритика, упевненість у тому, що мені усі щось винні, претензійність. За результатами обчислень суми певних шкал можна виявити певний тип перфекціонізму, притаманний діагностованим: жорсткий перфекціонізм, самокритичний перфекціонізм, нарцисичний перфекціонізм та

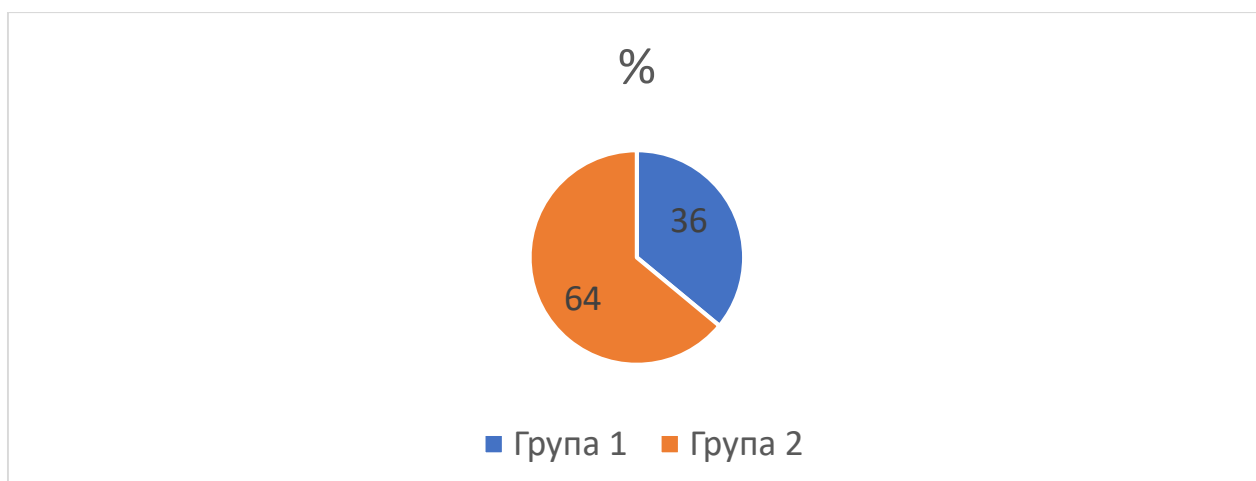
загальний рівень перфекціонізму, які у свою чергу теж представлені рівнями: високим, середнім та низьким рівнями;

- методика дослідження локусу контролю Дж. Роттера, складається із 44 тверджень, на які опитувані відповідають згідно їх погодженням з питаннями: від «-3» – повне заперечення до «+3» – повна згода з твердженням. За результатами обчислень сирих балів та переведення їх у стандартизовані оцінки, виявляємо результати за такими шкалами: шкала загальної інтернальності, шкала інтернальності в області досягнень, шкала інтернальності в області невдач, шкала інтернальності в сімейних взаєминах, шкала інтернальності у виробничих відносинах, шкала інтернальності в області міжособистісних відносин, шкала інтернальності стосовно здоров'я та хвороби;

- методика FPI містить 114 тверджень, на які опитувані відповідають: «+» – у випадку згоди та «-» – в разі незгоди. Обчислюються показники за шкалами: невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, товариськість, врівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсія-інтроверсія, емоційна лабільність, маскуліність-фемінність.

3.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Оскільки в фокусі нашої уваги знаходились індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою поведінкою, відповідно, після проведення Римського опитувальника нервової орторексії ОРТО-15 (в адаптації В.Руженкова, Л. Захарової) опитувані були поділені на групи: діагностовані з наявною орторексією – 27 осіб (група 1) та опитувані, в яких відповідної харчової поведінки виявлено не було – 48 осіб (група 2). Відповідний відсотковий розподіл можемо побачити на рисунку 2.2.



2.2. Відсотковий розподіл діагностованих на групи згідно наявності/відсутності патернів орторексичної поведінки

Отже, як бачимо, 64 % опитуваних не демонструють орторексичної харчової поведінки, тоді як результати у 36% осіб за Римським опитувальником нервової орторексії демонструють наявність відповідного типу харчової поведінки.

Середні показники специфіки вияву перфекціонізму в кожній з двох груп за великою тривимірною шкалою перфекціонізму подано на рис.2.3-2.4.

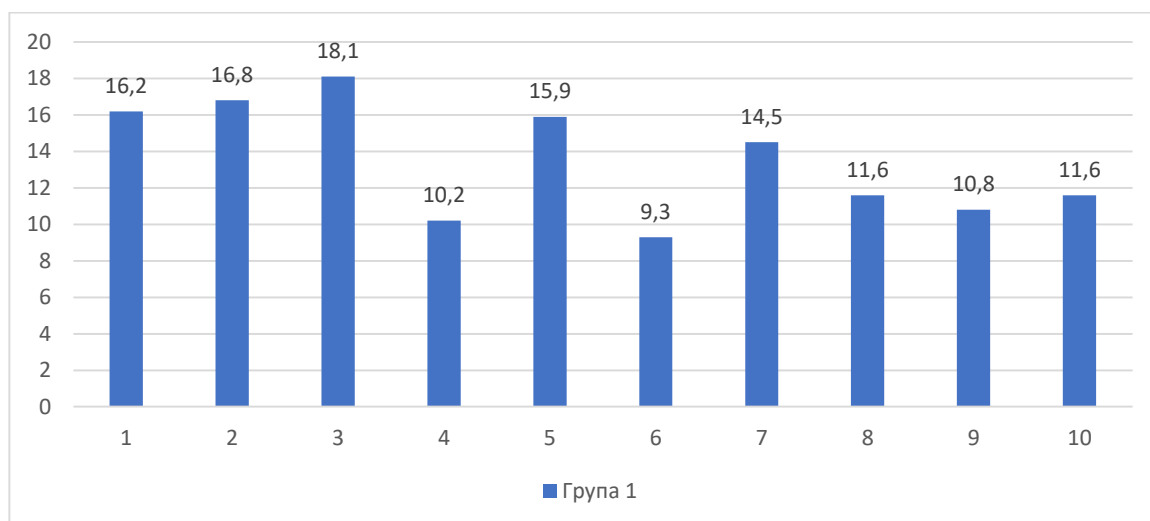


Рис.2.3. Середні результати діагностованих першої групи за великою тривимірною шкалою перфекціонізму

Примітка: 1 – перфекціонізм орієнтований на себе, 2 – проблеми з самооцінкою, 3 – стурбованість помилками, 4 – сумніви у власних діях, 5 – самокритика, 6 – соціально-приписаний перфекціонізм, 7 – перфекціонізм орієнтований на інших, 8 – гіперкритика, 9 – упевненість у тому, що мені усі щось винні, 10 – претензійність

Отже, на рис.2.3 можемо побачити, що в респондентів із орторексичною харчовою поведінкою встановлено високі значення за шкалами: перфекціонізму орієнтованому на себе ($X_{\text{сер}}=16,2$), проблеми з самооцінкою ($X_{\text{сер}}=16,8$), стурбованість помилками ($X_{\text{сер}}=18,1$) та самокритики ($X_{\text{сер}}=15,9$).

В діапазоні середніх значень методики знаходяться показники за шкалами: сумніви у власних діях ($X_{\text{сер}}=10,2$), соціально-приписаний перфекціонізм ($X_{\text{сер}}=9,3$), перфекціонізм орієнтований на інших ($X_{\text{сер}}=14,5$), гіперкритика ($X_{\text{сер}}=11,6$), упевненість у тому, що мені усі щось винні ($X_{\text{сер}}=10,8$), претензійність ($X_{\text{сер}}=11,6$).

Тобто юнаки з орторексичною поведінкою демонструють надмірне прагнення до досконалості в усіх сферах життя, надмірно емоційно реагують на власні невдачі та помилки й в ситуації, коли щось роблять недосконало та надмірно критикують себе. Також в них можна констатувати проблеми з самооцінкою.

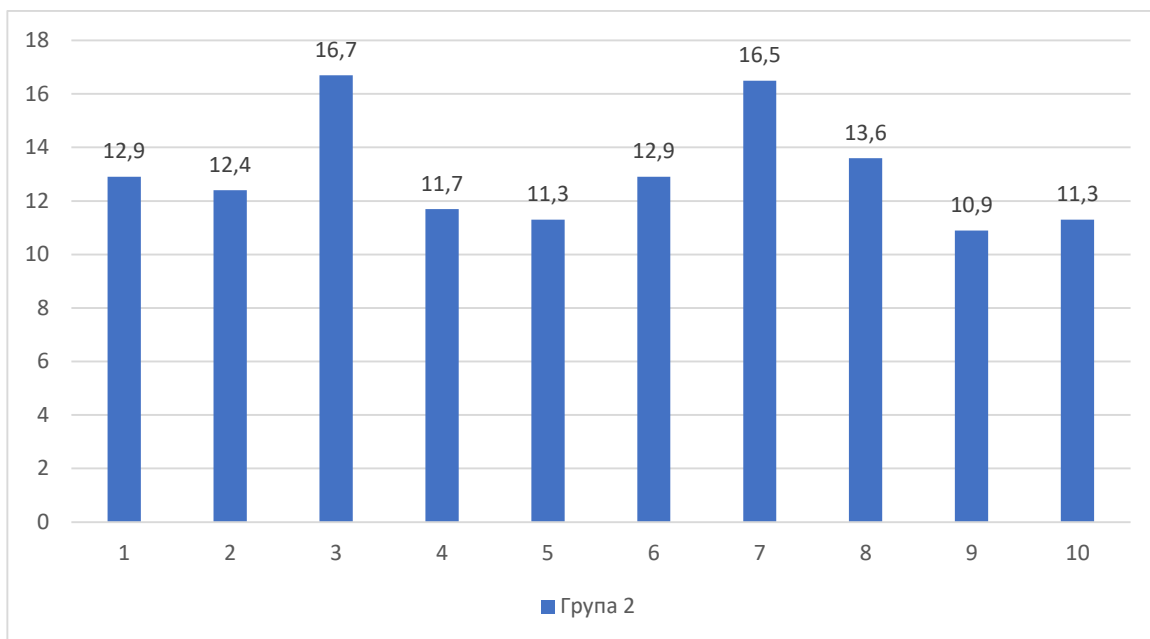


Рис.2.4. Середні результати діагностованих другої групи за великою тривимірною шкалою перфекціонізму

Примітка: 1 – перфекціонізм орієнтований на себе, 2 – проблеми з самооцінкою, 3 – стурбованість помилками, 4 – сумніви у власних діях, 5 – самокритика, 6 – соціально-приписаний перфекціонізм, 7 – перфекціонізм орієнтований на інших, 8 – гіперкритика, 9 – упевненість у тому, що мені усі щось винні, 10 – претензійність

У діагностованих, в яких не визначено орторексичної харчової поведінки можна констатувати наступні результати:

- високі значення за шкалами перфекціонізму орієнтованого на інших (Хсер=16,5) та гіперкритику (Хсер=13,6);
- низькі результати за шкалами перфекціонізму орієнтованого на себе (Хсер=12,9), проблеми з самооцінкою (Хсер=12,4) та самокритики (Хсер=11,3);
- в діапазоні середніх значень методики знаходяться показники за шкалами: стурбованість помилками (Хсер=16,7), сумніви у власних діях (Хсер=11,7) , упевненість у тому, що їм усі щось винні (Хсер=10,9) та претензійність (Хсер=11,3) й соціально-приписаний перфекціонізм (Хсер=12,9).

Тобто відповідні респонденти часто різко знецінюють дії та вчинки оточуючих, прискіливі до їх особистісних характеристик та поглядів, і загалом мають щодо інших нереалістичні очікування. Проте не надто прагнуть щодо власної досконалості, як стосовно наявних особистісних рис, так й своїх дій та вчинків.

Результати описової статистики діагностованих двох груп за великою тривимірною шкалою перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі) наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Дані описової статистики за великою тривимірною шкалою перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі) (n=75)

Шкали	Група 1				Група 2			
	Min	Max	Хсер	SD	Min	Max	Хсер	SD
перфекціонізм орієнтований на себе	12	19	16,2	2,6	7	16	12,9	3,6
проблеми з самооцінкою	11	19	16,8	3,4	8	15	12,4	2,5
стурбованість помилками	14	24	18,1	3,1	9	21	16,7	2,6
сумніви у власних діях	7	15	10,2	2,7	8	16	11,7	2,5

<i>Продовження таблиці 2.1</i>								
самокритика	11	18	15,9	2,6	6	18	11,3	3,1
соціально-приписаний перфекціонізм	6	15	9,3	2,5	8	19	12,9	2,7
перфекціонізм орієнтований на інших	9	21	14,5	3,1	11	23	16,5	2,8
гіперкритика	6	15	11,6	3,7	8	19	13,6	3,6
упевненість у тому, що мені усі щось винні	6	18	10,8	3,1	9	19	10,9	3,1
претензійність	8	17	11,6	2,8	8	18	11,3	3,2

Примітка: Min – мінімальний показник, Max – мінімальний показник, Xсер-середній показник, SD – стандартне відхилення

Отже, констатуємо наступні відмінності у середніх результатах діагностованих двох груп (таблиця 2.1):

- в респондентів із орторексичною харчовою поведінкою, на відміну від опитуваних другої групи вищі значення за шкалами: перфекціонізму орієнтованому на себе – Xсер=16,2 (в другій – Xсер=12,9), самооцінки – Xсер=16,8 (в другій – Xсер=12,4), стурбованості помилками – Xсер=18,1 (в другій – Xсер=16,7) та самокритики – Xсер=15,9 (в другій – Xсер=11,3); претензійності – Xсер=11,6 (в другій – Xсер=11,3),
- в опитуваних, у яких не визначено орторексичної харчової поведінки дещо вищими є показники за шкалами: перфекціонізму орієнтованого на інших – Xсер=16,5 (в першій – Xсер=14,5), гіперкритики – Xсер=13,6 (в першій – Xсер=11,6), упевненість у тому, що їм усі щось винні – Xсер=10,9 (в першій – Xсер=10,8), сумніви у власних діях – Xсер=11,7 (Xсер=10,2 – в першій групі) та соціально-приписаний перфекціонізм – Xсер=12,9 (Xсер=9,3 – в першій групі).

Тобто, діагностовані з орторексичною харчовою поведінкою вирізняються прагненням до досконалості в усіх сферах життя та надмірним емоційним

реагуванням на свої невдачі та помилки, вони також мають проблему з самооцінкою.

Тоді як респонденти другої групи часто вдаються до знецінення дій та вчинків оточуючих, присілівіше ставляться до особистісних характеристик інших, критикують їх погляди та мають щодо інших нереалістичні очікування. Вони поблажливо ставляться до своїх особистісних рис, своїх дій та вчинків й не у всіх ситуаціях прагнуть все робити досконало.

Проте в респондентів двох груп було визначено наявність сумнівів у власних діях та соціально-приписаний перфекціонізм, тобто представники обох груп вважають, що оточуючі мають певні високі очікування щодо їх поведінки та особистісних характеристик.

Унаочнення середніх результатів двох груп за великою тривимірною шкалою перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі) представлено на рисунку 2.5.

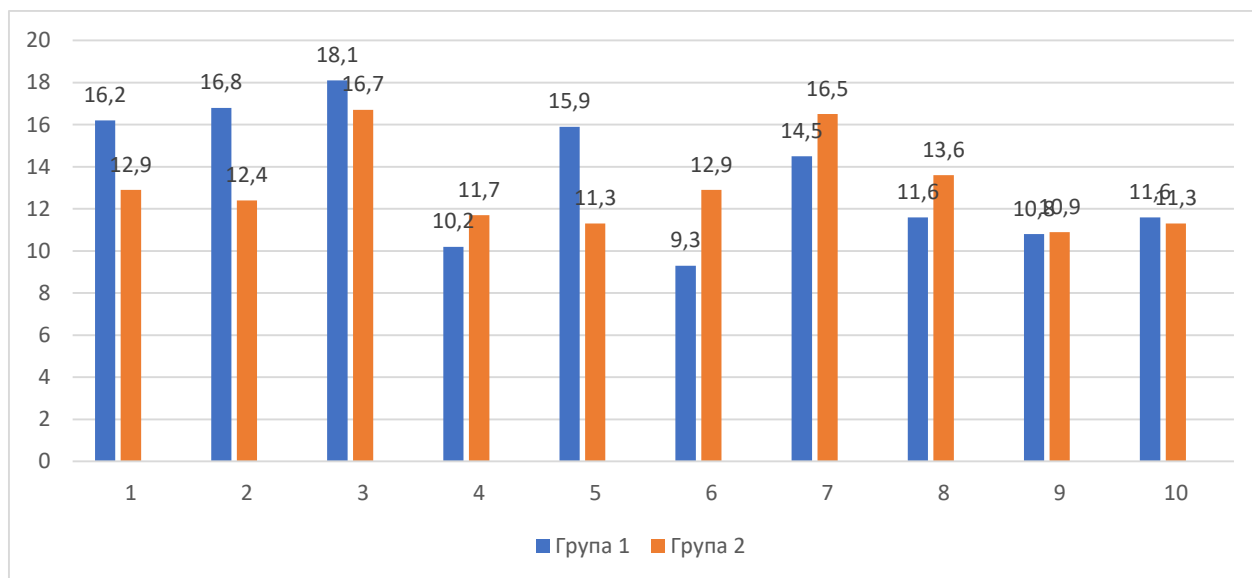


Рис.2.5. Порівняння середніх результатів опитуваних двох груп за великою тривимірною шкалою перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі)

Примітка: 1 – перфекціонізм орієнтований на себе, 2 – проблеми з самооцінкою, 3 – стурбованість помилками, 4 – сумніви у власних діях, 5 – самокритика, 6 – соціально-приписаний перфекціонізм, 7 – перфекціонізм орієнтований на інших, 8 – гіперкритика, 9 – упевненість у тому, що мені усі щось винні, 10 – претензійність

Результати обчислень за F -кутовим перетворення Фішера дозволив виявити наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп за шкалами: перфекціонізм орієнтований на себе ($F=3,5$, при $\alpha \leq 0,05$), проблеми з самооцінкою ($F=3,6$, при $\alpha \leq 0,05$), самокритика ($F=3,6$, при $\alpha \leq 0,05$) та соціально-приписаний перфекціонізм ($F=3,2$, при $\alpha \leq 0,05$).

Завдяки обчисленню суми показників певних шкал великої тривимірної шкали перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі) можна виявити певний тип перфекціонізму, притаманний діагностованим: жорсткий перфекціонізм, самокритичний перфекціонізм, нарцисичний перфекціонізм та загальний рівень перфекціонізму (рис.2.6.).

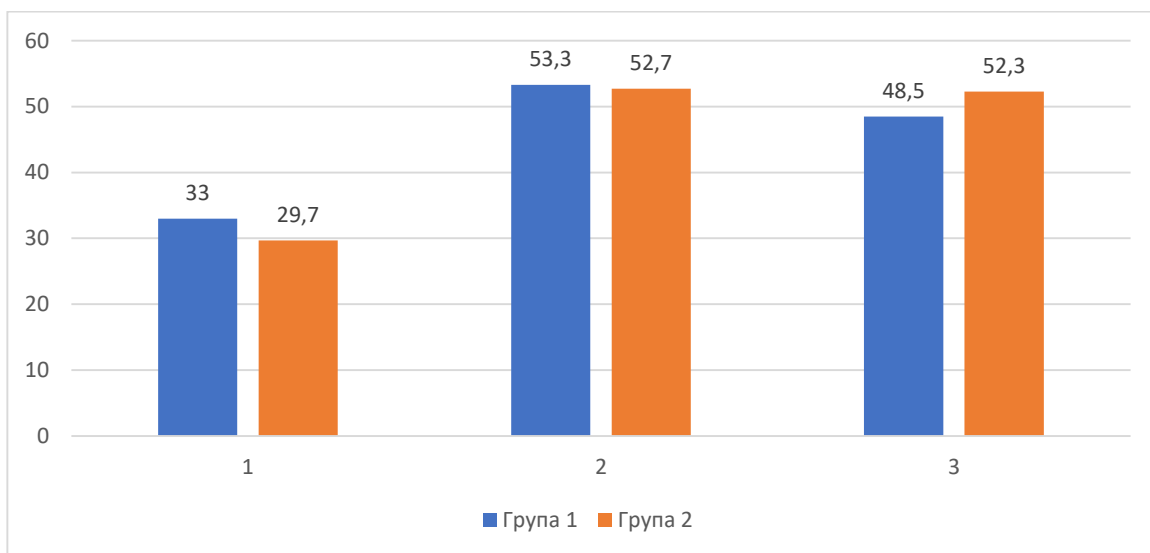


Рис.2.6. Порівняння середніх результатів за типами перфекціонізму респондентів двох груп за великою тривимірною шкалою перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі)

Примітка: 1 – жорсткий перфекціонізм, 2 – самокритичний перфекціонізм, 3 – нарцисичний перфекціонізм

Отже, як бачимо в респондентів першої групи дещо вищі показники за такими типами перфекціонізму як: жорсткий перфекціонізм – $X_{сер}=33$ ($X_{сер}=29,7$ – в другій групі) та самокритичний перфекціонізм – $X_{сер}=53,3$ ($X_{сер}=52,7$ – в другій групі); в опитуваних другої групи вищими виявилися значення за нарцисичним типом перфекціонізму – $X_{сер}=52,3$ ($X_{сер}=48,5$ в першій групі). Загальний рівень перфекціонізму в двох групах діагностованих

виявився практично однаковим: в першій групі – $X_{сер}=134,8$ та $X_{сер}=134,7$ – в другій і відповідає середньому рівню.

Результати обчислення за ϕ -кутовим перетворення Фішера засвідчили наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп за типами перфекціонізму: жорстким перфекціонізмом ($F=3,2$, при $\alpha \leq 0,05$) та нарцисичним перфекціонізмом ($F=3,3$, при $\alpha \leq 0,05$).

Отже, хоча показники за жорстким та самокритичним типами перфекціонізму в першій групі є трохи вищими, результати обчислених значень в обох групах знаходяться в діапазоні середнього рівня методики. Проте нарцисичний тип перфекціонізму в двох групах відповідає значенню високого рівня. Тобто усі діагностовані впевнені у тому, що інші люди їм щось винні, часто висувають претензії оточуючим та вирізняються тенденцією знецінення дій оточуючих.

Наступним кроком нашого дослідження було проведення методики дослідження локусу контролю Дж. Роттера. Середні результати діагностованих двох груп представлено на рис.2.7-2.8.

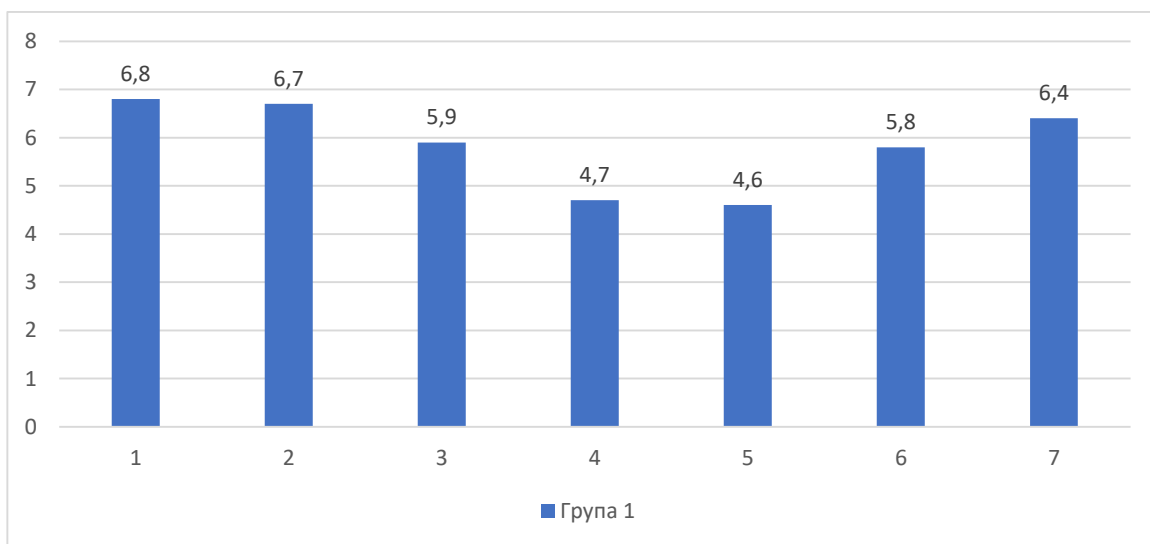


Рис.2.7. Середні результати діагностованих першої групи за методикою дослідження локусу контролю Дж. Роттера

Примітка: 1 – шкала загальної інтернальності, 2 – шкала інтернальності в області досягнень, 3 – шкала інтернальності в області невдач, 4 – шкала інтернальності в сімейних взаєминах, 5 – шкала інтернальності у виробничих відносинах, 6 – шкала інтернальності в області міжособистісних відносин, 7 – шкала інтернальності стосовно здоров'я та хвороби

Якщо аналізувати отримані результати респондентів з орторексичною харчовою поведінкою, то варто зауважити наступне:

- інтернальність спрямування в них визначено за шкалами: загальної інтернальності ($X_{\text{сер}}=6,8$), інтернальності в області досягнень ($X_{\text{сер}}=6,7$), інтернальності стосовно здоров'я та хвороби ($X_{\text{сер}}=6,4$), інтернальності в області невдач ($X_{\text{сер}}=5,9$) та інтернальності в області міжособистісних відносин ($X_{\text{сер}}=5,8$);
- тенденцію екстернальності в них можна спостерігати за такими шкалами методики як: інтернальності в сімейних взаєминах ($X_{\text{сер}}=4,7$) та інтернальність у виробничих відносинах ($X_{\text{сер}}=4,6$).

Тобто в області досягнень, у поглядах щодо власного здоров'я та хвороби, невдач, які трапляються в них в житті та у міжособистісних відносинах вони швидше вважають, що все більшою мірою залежить від них самих, а не оточуючих їх людей.

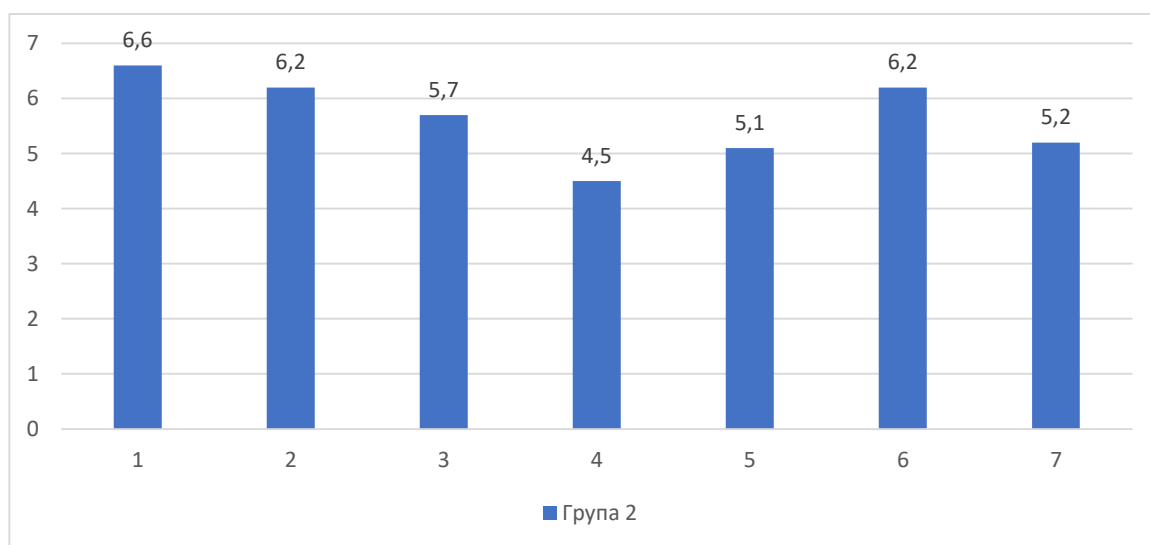


Рис.2.8. Середні результати діагностованих другої групи за методикою дослідження локусу контролю Дж. Роттера

Примітка: 1 – шкала загальної інтернальності, 2 – шкала інтернальності в області досягнень, 3 – шкала інтернальності в області невдач, 4 – шкала інтернальності в сімейних взаєминах, 5 – шкала інтернальності у виробничих відносинах, 6 – шкала інтернальності в області міжособистісних відносин, 7 – шкала інтернальності стосовно здоров'я та хвороби

Як бачимо з рисунку 2.8, в діагностованих, в яких не констатовано орторексичної харчової поведінки, інтернальність визначено за такими шкалами: шкалою загальної інтернальності ($X_{\text{сер}}=6,6$), інтернальності в області досягнень та інтернальності в області міжособистісних відносин ($X_{\text{сер}}=6,2$) й інтернальності в області невдач ($X_{\text{сер}}=5,7$).

Проте за шкалами: інтернальності стосовно здоров'я та хвороби ($X_{\text{сер}}=5,2$), інтернальності у виробничих відносинах ($X_{\text{сер}}=5,1$) та інтернальності в сімейних взаєминах ($X_{\text{сер}}=4,5$) можна констатувати екстернальну тенденцію. Тобто вони вважають, що саме на ці сфери свого життя вони найменше можуть впливати.

Співставлення середніх результатів за двох груп за методикою дослідження локусу контролю Дж. Роттера зображено на рисунку 2.9.

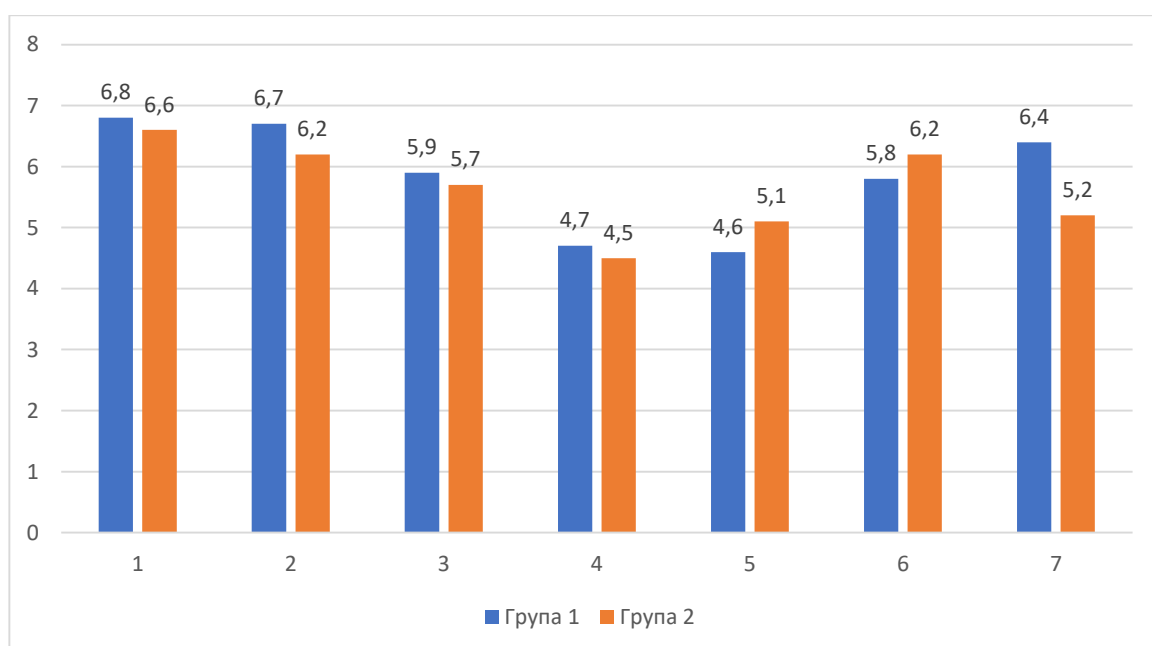


Рис.2.9. Порівняння середніх результатів за типами перфекціонізму респондентів двох груп за методикою дослідження локусу контролю Дж.Роттера

Примітка: 1 – шкала загальної інтернальності, 2 – шкала інтернальності в області досягнень, 3 – шкала інтернальності в області невдач, 4 – шкала інтернальності в сімейних взаєминах, 5 – шкала інтернальності у виробничих відносинах, 6 – шкала інтернальності в області міжособистісних відносин, 7 – шкала інтернальності стосовно здоров'я та хвороби

Отже, порівнюючи результати діагностованих варто зазначити наступне:

- в респондентів з орторексичною харчовою поведінкою визначено вищі результати за шкалами: інтернальності в області досягнень – $X_{сер}=6,7$ (в другій групі – $X_{сер}=6,2$) та інтернальності стосовно здоров'я та хвороби – $X_{сер}=6,4$ (в другій групі – $X_{сер}=5,2$);
- в опитуваних з невстановленою орторексичною поведінкою вищими є результати за інтернальністю в області міжособистісних відносин – $X_{сер}=6,2$ (в першій групі – $X_{сер}=5,8$);
- практично незначні відмінності у сформованості інтернальності в двох групах бачимо за шкалами: загальної інтернальності (в першій групі – $X_{сер}=6,8$, тоді як в другій групі – $X_{сер}=6,6$), інтернальності в області невдач ($X_{сер}=5,9$ – в першій та $X_{сер}=5,7$ – в другій групах);
- в двох групах діагностованих констатовано екстернальність у виробничих відносинах ($X_{сер}=4,6$ – першій групі та $X_{сер}=5,1$ – в другій) та сфері сімейних взаємин ($X_{сер}=4,7$ – в першій та $X_{сер}=4,5$ – в другій групі).

Обчислення ϕ -кутового перетворення Фішера засвідчили наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп лише за шкалою інтернальності стосовно здоров'я та хвороби ($F=3,1$, при $\alpha \leq 0,05$).

Тобто можна зазначити, що усі діагностовані впевнені, що вони можуть впливати на багато сфер свого життя, зокрема, на можливість долати невдачі, які з ними трапляються.

Проте юнаки з орторексичною харчовою поведінкою насамперед вважають, що саме від них залежить те, чого вони досягнуть в житті, а найбільше – стан власного здоров'я та можливість запобігти хворобам.

Респонденти з невстановленою орторексичною поведінкою переконані, що саме їх налаштування впливає на якість побудови міжособистісних відносин з іншими людьми. Але у сферах виробничих відносин та сімейних взаємин ситуація залежить не стільки від них самих, скільки вони перекладають

відповідальність за ці сфери свого життя на партнерів та осіб, з якими вони співпрацюють та підтримують близькі контакти.

Середні показники специфіки вияву індивідуально-психологічних особливостей діагностованих кожної з двох груп за Фрайбурзьким персональним опитувальником (FPI) зображено на рис.2.10-2.11.

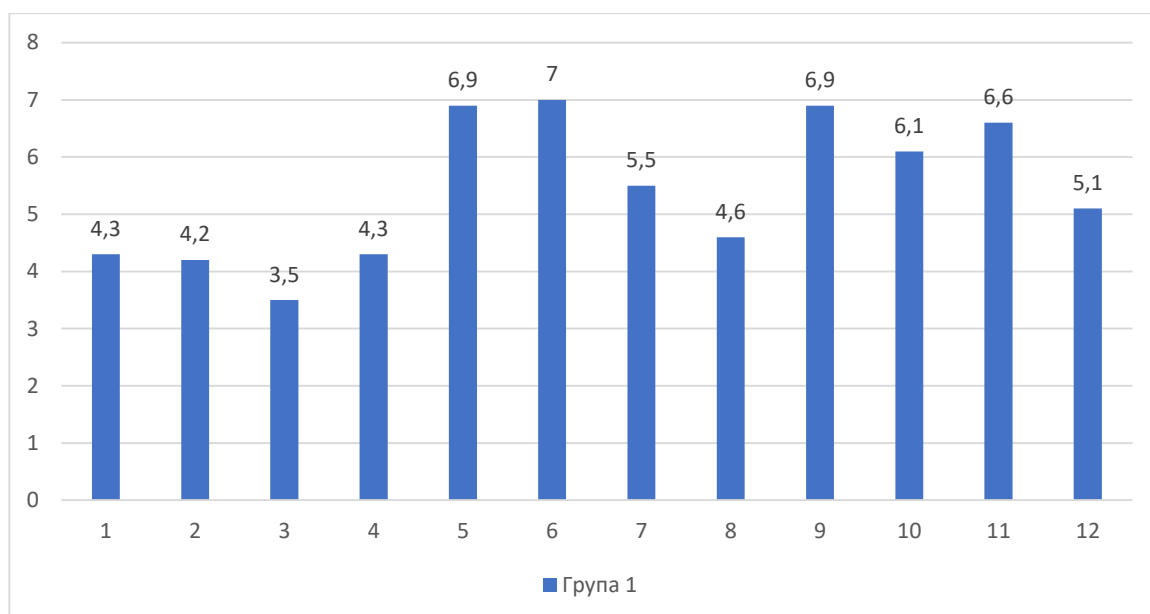


Рис.2.10. Середні показники специфіки вияву індивідуально-психологічних особливостей діагностованих з орторексичною харчовою поведінкою за методикою FPI

Примітка: 1 – невротичність, 2 – спонтанна агресивність, 3 – депресивність, 4 – дратівливість, 5 – товариськість, 6 – врівноваженість, 7 – реактивна агресивність, 8 – сором'язливість, 9 – відкритість, 10 – екстраверсія-інтроверсія, 11 – емоційна лабільність, 12 – маскуліність-фемінність

Як бачимо з рис.2.10 в респондентів з орторексичною харчовою поведінкою результати діагностики за методикою FPI виявилися наступними:

- низькі значення визначено за шкалами: депресивність ($X_{\text{сер}}=3,5$), спонтанна агресивність ($X_{\text{сер}}=4,2$) невротичність та дратівливість ($X_{\text{сер}}=4,3$), сором'язливість ($X_{\text{сер}}=4,6$) та маскуліність-фемінність ($X_{\text{сер}}=5,1$);
- високі показники у відповідній групі отримано за такими шкалами методики: екстраверсія-інтроверсія ($X_{\text{сер}}=6,1$), емоційна лабільність ($X_{\text{сер}}=6,6$),

товариськість та відкритість ($X_{\text{сер}}=6,9$), врівноваженість ($X_{\text{сер}}=7$), реактивна агресивність ($X_{\text{сер}}=5,5$).

Тобто у відповідних опитуваних можна визначити наступні особистісні характеристики: протікання психічних функцій переважно за андрогінним типом (андрогінність), схильність до перепадів настрою, виражене прагнення до домінування, відкритість у спілкуванні та прагнення до встановлення довірливих взаємин, впевненість та відсутність труднощів у налагодженні соціальних контактів.

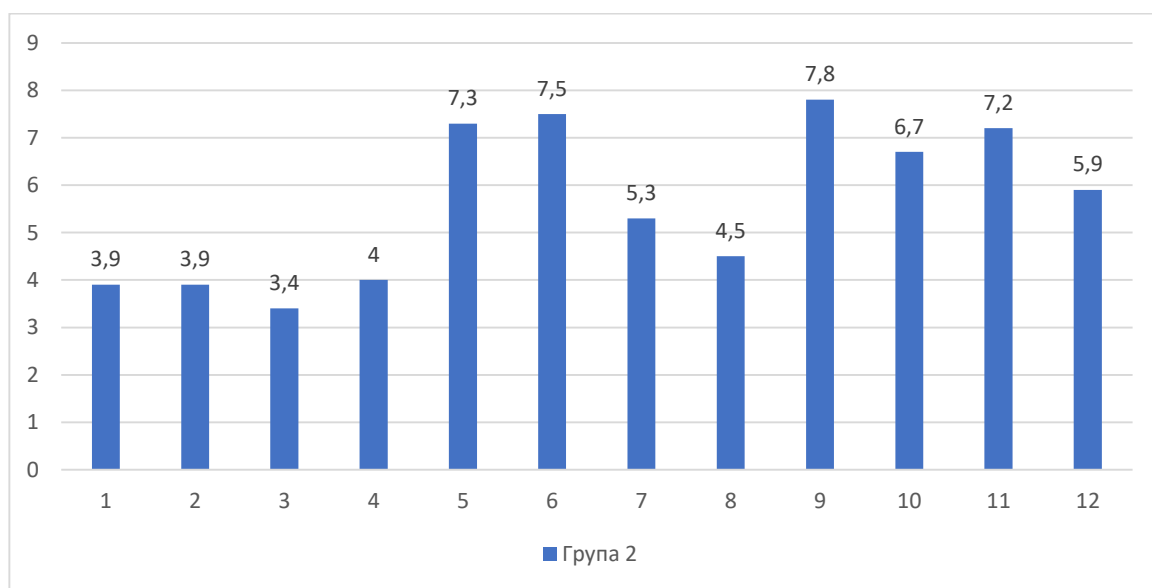


Рис.2.11. Середні показники специфіки вияву індивідуально-психологічних особливостей діагностованих з невстановленою орторексичною харчовою поведінкою за методикою FPI

Примітка: 1 – невротичність, 2 – спонтанна агресивність, 3 – депресивність, 4 – дратівливість, 5 – товариськість, 6 – врівноваженість, 7 – реактивна агресивність, 8 – сором’язливість, 9 – відкритість, 10 – екстраверсія-інтроверсія, 11 – емоційна лабільність, 12 – маскуліність-фемінність

Як бачимо з рис.2.11 діагностовані з невстановленою орторексичною харчовою поведінкою демонструють низькі значення за такими шкалами методики як: депресивність ($X_{\text{сер}}=3,4$), невротичність та спонтанна агресивність ($X_{\text{сер}}=3,9$), дратівливість ($X_{\text{сер}}=4$), сором’язливість ($X_{\text{сер}}=4,5$), реактивна агресивність ($X_{\text{сер}}=5,3$).

Значно вищі результати в них визначено за шкалами: маскулінність-фемінність ($X_{сер}=5,9$), екстраверсія-інтроверсія ($X_{сер}=6,7$), емоційна лабільність ($X_{сер}=7,2$), товариськість ($X_{сер}=7,3$), врівноваженість ($X_{сер}=7,5$), відкритість ($X_{сер}=7,8$).

Тобто, якщо говорити про наявні їх індивідуально-психологічні характеристики, то варто зауважити, що вони не демонструють ознак психопатизації та депресивності у поведінці, вони не вирізняються сором'язливістю у взаєминах з оточуючими та не схильні до афективного реагування. Проте мають певні коливання у настрої, можуть виявляти запальність при відстоюванні власної точки зору, є комунікабельними, відкритими та контактними, констатуємо також в них протікання психічних функцій переважно за чоловічим типом (маскулінність).

Результати описової статистики діагностованих двох груп за Фрайбурзьким персональним опитувальником (FPI) представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Дані описової статистики діагностованих груп за Фрайбурзьким персональним опитувальником (FPI) (n=75)

Шкали	Група 1				Група 2			
	Min	Max	Xсер	SD	Min	Max	Xсер	SD
невротичність	2	6	4,3	1,6	2	6	3,9	1,6
спонтанна агресивність	2	7	4,2	1,4	2	7	3,9	2,5
депресивність	1	6	3,5	2,1	1	5	3,4	2,6
дратівливість	2	6	4,3	1,7	1	5	4	1,5
товариськість	4	7	6,9	1,5	4	8	7,3	2,1
врівноваженість	3	8	7	2,1	3	8	7,5	1,7
реактивна агресивність	3	7	5,5	1,7	2	7	5,3	1,8
сором'язливість	2	7	4,6	1,8	1	6	4,5	1,6
відкритість	3	9	6,9	2,1	4	9	7,8	1,1
екстраверсія-інтроверсія	3	7	6,1	1,8	3	9	6,7	1,9

Продовження таблиці 2.2								
емоційна лабільність	3	8	6,6	1,6	3	9	7,2	2,1
маскуліність-фемінність	2	7	5,1	1,8	2	8	5,9	1,2

Примітка: Мін – мінімальний показник, Мах – мінімальний показник, Хсер-середній показник, SD – стандартне відхилення

Отже, можемо констатувати такі відмінності у середніх результатах діагностованих двох груп (таблиця 2.2):

- в респондентів із орторексичною харчовою поведінкою, на відміну від опитуваних другої групи, вищими є значення за шкалами: невротичність – Хсер=4,3 (в другій – Хсер=3,9), спонтанна агресивність – Хсер=4,2 (в другій – Хсер=3,9), дратівливість – Хсер=4,3 (в другій – Хсер=4);
- в опитуваних, у яких не визначено орторексичну харчову поведінку дещо вищими є показники за шкалами: маскуліність-фемінність – Хсер=5,9 (Хсер=5,1 – в першій групі), екстраверсія-інтроверсія – Хсер=6,7), (Хсер=6,1 – в першій групі), емоційна лабільність – Хсер=7,2 (Хсер=6,6 – в першій групі), товариськість – Хсер=7,3 (Хсер=6,9 – в першій групі), врівноваженість – Хсер=7,5 (Хсер=7 – в першій групі), відкритість – Хсер=7,8 (Хсер=6,9 – в першій групі);
- практично однаковими виявилися показники за такими шкалами методики як: депресивність (Хсер=3,5 – в першій групі та Хсер=3,4 – в другій), сором'язливість (Хсер=4,6 – в першій групі та Хсер=4,5 – в другій), реактивна агресивність (Хсер=5,5 – в першій групі та Хсер=5, – в другій).

Отже, юнаки з орторексичною харчовою поведінкою демонструють певну нервозність, мають підвищену ідентифікацію з соціальними вимогами та стійкіші моральні принципи, вони стримані та обережні в поведінкових виявах, сумлінні, відповідальні та виважені, вони вибіркові в своєму оточення та не вирізняються надто широким колом спілкування; протікання психічних функцій

в них відбувається переважно за андрогінним типом (з тенденцією до фемінного).

В діагностованих, у яких не визначено орторексичної харчової поведінки, констатуємо такі індивідуально-психологічні особливості: схильність до лідерства, активність, швидкість, легкість у встановленні контактів та відкритість, балакучість та товариськість, часом коливання настрою, недостатній рівень саморегуляції, напруженість, протікання психічних функцій в них відбувається переважно за чоловічим типом (маскулінність).

Усі опитувані є життєрадісними, енергійними та підприємливими, часом можуть демонструвати поступливість й схильні до ризику, прагнуть опановувати себе у складних життєвих обставинах.

Унаочнення середніх результатів за двох груп за методикою FPI зображено на рисунку 2.12.

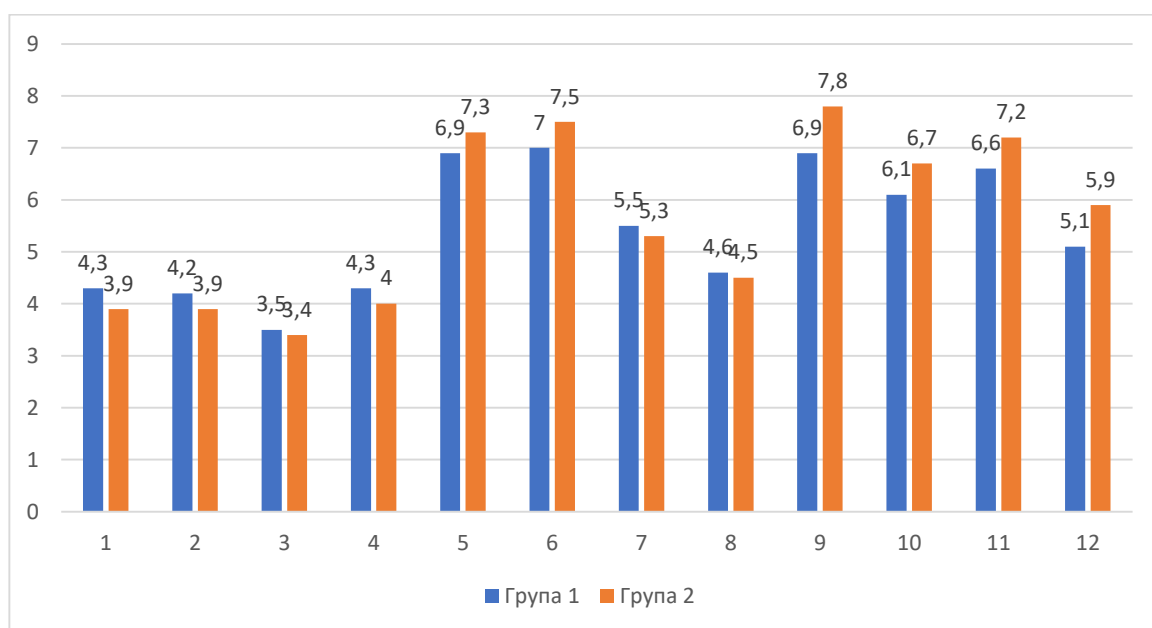


Рис.2.12. Порівняння середніх результатів за методикою FPI респондентів двох груп за методикою дослідження локусу контролю Дж.Роттера

Примітка: 1 – невротичність, 2 – спонтанна агресивність, 3 – депресивність, 4 – дратівливість, 5 – товариськість, 6 – врівноваженість, 7 – реактивна агресивність, 8 – сором’язливість, 9 – відкритість, 10 – екстраверсія-інтроверсія, 11 – емоційна лабільність, 12 – маскулінність-фемінність

Результати обчислення за ф-кутовим перетворення Фішера засвідчують наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп лише за шкалою відкритості ($F=2,5$, при $\alpha \leq 0,05$).

Для кожної з груп діагностованих було окремо обчислено коефіцієнт кореляції Пірсона, який встановив наявність зв'язку показника орторексії з іншими показниками (таблиці 2.3-2.4).

Таблиця 2.3

Зв'язок показників перфекціонізму, локусу контролю та індивідуально-психологічних особливостей осіб з орторексичною харчовою поведінкою (n=27)

Змінні	перфекціонізм орієнтований на себе	проблеми з самооцінкою	самокритика	інтернальність у виробничих відносинах	інтернальність стосовно здоров'я та хвороби	товариськість	врівноваженість
показник орторексії	,39*	,41 *	-,41 *	-,45	,47*	-,44*	-,46*

Примітка: * кореляція є значущою на рівні 0,05.

Як можемо бачити з таблиці 2.3, результати обчислення коефіцієнта кореляції Пірсона в осіб з орторексичною харчовою поведінкою є наступні:

- ✓ прямий зв'язок високого рівня орторексії з показниками: перфекціонізму орієнтованого на себе ($r=0,39$ при $p<0,05$), проблеми з самооцінкою ($r=0,41$ при $p<0,05$); самокритики ($r=0,41$ при $p<0,05$) та інтернальності стосовно здоров'я та хвороби ($r=0,47$ при $p<0,05$);
- ✓ оберненого зв'язку орторексії з показниками: інтернальності у виробничих відносинах ($r=-0,45$ при $p<0,05$), товариськості ($r=-0,44$ при $p<0,05$) та врівноваженості ($r=-0,46$ при $p<0,05$).

Таблиця 2.4

**Зв'язок показників перфекціонізму, локусу контролю й
індивідуально-психологічних особливостей в осіб з невстановленою
орторексичною харчовою поведінкою (n=48)**

Змінні	сумніви у власних діях	соціально-приписаний	інтернальність стосовно здоров'я та хвороби	інтернальності в сімейних взаєминах	товариськість	відкритість	екстраверсія	емоційна лабільність
показник орторексії	,28*	,29*	-,28*	-,29*	,30*	,31*	,29*	-,31*

Примітка: * кореляція є значущою на рівні 0,05.

Коефіцієнт кореляції Пірсона в осіб з невизначеною орторексичною харчовою поведінкою засвідчує таке:

✓ позитивний зв'язок значення орторексії з показниками: сумніви у власних діях ($r=0,28$ при $p<0,05$); соціально-приписаний перфекціонізм ($r=0,29$ при $p<0,05$), товариськість ($r=0,30$ при $p<0,05$), відкритість ($r=0,31$ при $p<0,05$) та екстраверсія ($r=0,29$ при $p<0,05$);

✓ негативну кореляцію показника орторексії зі шкалами: інтернальності стосовно здоров'я та хвороби ($r=-0,28$ при $p<0,05$), інтернальності в сімейних взаєминах ($r=-0,29$ при $p<0,05$) та емоційної лабільності ($r=-0,31$ при $p<0,05$).

Висновки до розділу 2

З метою вивчення індивідуально-психологічних особливостей юнаків з орторексичною харчовою поведінкою було реалізовано такі етапи дослідження: визначення рівневих особливості вияву орторексичної харчової поведінки; з'ясування рівня перфекціонізму та переважаючого локусу контролю; вивчення

індивідуально-психологічних особливостей юнаків з орторексичною харчовою поведінкою та з низьким її рівнем вираженості; проведено аналіз та інтерпретація отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження.

Рекрутація досліджуваних здійснювалася за допомогою оголошень, розміщених у соціальних мережах (інстаграм, фейсбук, телеграм), а також завдяки зверненню до студентського активу (студентських деканів) ЗВО Волинської області (Волинський медичний інститут, Волинський національний університету імені Лесі Українки, Луцький національний технічний університет) з проханням розповсюдити інформацію про дослідження та надати необхідну інформацію потенційним учасникам для його проходження.

Учасників було проінформовано про можливі ризики дослідження, та надано інформацію про місця, де можна отримати безкоштовну психологічну допомогу в разі потреби.

Загалом у дослідженні взяло участь 75 осіб юнацького віку (18-26 років), які є здобувачами освіти Волинського національного університету імені Лесі Українки. Було застосовано такі емпіричні методики: Римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15 (в адаптації В.Руженкова, Л. Захарової), велику тривимірну шкалу перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі), методику дослідження локусу контролю Дж. Роттера, методику Фрайбурзький персональний опитувальник (FPI).

Діагностовані були поділені на дві групи відповідно до рівня вираженості орторексичної харчової поведінки. В кожній з груп діагностованих обчислено кореляцію Пірсона.

ВИСНОВКИ

Харчова поведінка – це сукупність звичок певної особистості щодо вживання їжі, її смакові переваги, режим прийому тощо. Вона може формуватися завдяки чинникам: соціальним нормам, етнічним традиціям, релігійним поглядам, сімейним звичаям, естетичним цінностям, вихованню, біологічним особливостям організму, еталонам краси та стереотипам, що склалися в певному суспільстві. Харчова поведінка демонструє нам не лише певні усталені способи вживання їжі в звичайних умовах та в ситуації стресу; вона засвідчує актуальний образ тіла особистості, рівень її задоволеності собою, загальне позитивне/негативне ставлення до свого тілесного «Я», активні дії чи бездіяльність у роботі над собою та власними недоліками.

Харчова поведінка забезпечує не лише біологічні (базові) потреби особистості, а й задовільняє психологічні (вподобання, цінності, певні емоційні переживання) та соціальні потреби (соціальний статус, культурну та релігійну приналежність тощо). Вона може презентувати своєрідний психологічний портрет особистості, свідчити про переживання внутрішніх проблем та конфліктів, демонструвати індивідуально-психологічні особливості особистості.

Орторексія – це харчова поведінка, при якій людина стає одержимою ідеєю правильного та здорового харчування, намагаючись уникати продуктів, які вона вважає шкідливими, навіть якщо це призводить до фізичного або психологічного дискомфорту. Вона характеризується: одержимістю здоровим харчуванням; униканням шкідливої їжі та продуктів; суворими дієтами та жорсткою організацією харчування; переживанням провини через порушення правил харчування; ізоляцією від соціуму; фізичним і психологічним виснаженням; ідеалізацією харчування. Орторексія включає не тільки поведінкові, але й глибокі психологічні аспекти, зокрема, прагнення до досконалості, потребу в контролі та емоційну реакцію на порушення харчових норм і т.д., а отже й потребує комплексного підходу у діагностиці та корекції.

Результати проведеного емпіричного дослідження дозволяють констатувати наступне:

✓ діагностовані з орторексичною харчовою поведінкою вирізняються прагненням до досконалості в усіх сферах життя та надмірним емоційним реагуванням на свої невдачі та помилки, мають неадекватну самооцінку; вони вважають, що саме від них залежить те, чого вони досягнуть в житті, а найбільше – стан власного здоров'я та можливість запобігти хворобам; з-поміж індивідуально-психологічних особливостей в них було виділено: нервозність, підвищену ідентифікацію з соціальними вимогами та стійкі моральні принципи, стриманість та обережність у поведінці, сумлінність, відповідальність та виваженість, вибірковість в спілкуванні та переважання андрогінного типу гендерної ідентичності;

✓ респонденти з низькою орторексичною поведінкою часто вдаються до знецінення дій та вчинків оточуючих, прискіливіше ставляться до особистісних характеристик інших, критикують їх погляди та мають щодо них нереалістичні очікування; проте поблажливо ставляться до власних недоліків, дій та вчинків; вони переконані, що саме від них залежить ефективність у побудові міжособистісних відносин з іншими людьми, проте в сферах виробничих відносин та сімейних взаємин перекладають відповідальність на інших осіб; в них констатуємо такі індивідуально-психологічні особливості: схильність до лідерства, активність, швидкість, легкість у встановленні контактів та відкритість, балакучість та товариськість, коливання настрою, недостатній рівень саморегуляції, напруженість, переважання маскулінної гендерної ідентичності.

✓ загалом усі опитувані є життєрадісними, енергійними та підприємливими, часом можуть демонструвати поступливість й схильні до ризику, прагнуть опановувати собою у складних життєвих обставинах.

Магістерське дослідження має перспективу подальшого наукового вивчення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Вплив оптимістичних упереджень на харчову поведінку людини. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 3. С. 6–10
2. Абсалямова Л. М. Образ тіла як психологічний чинник порушень харчової поведінки. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2017. Вип. 56. С 9-17.
3. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості [Електронний ресурс] // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. / Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. Івана Огієнка, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський, 2014. Вип. 25. С. 19-33. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_25_4 [Назва з екрана].
4. Абсалямова Л. М. Роль «тілесного Я» в формуванні патернів харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології*. 2017. Вип. 38. С. 23-38.
5. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки»*. 2017. № 4. С. 8-13.
6. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2017. Вип. 55. С. 5-12.
7. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2017. № 3 (44). С. 35-43.
8. Абсалямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. *Вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки»*. 2017. Вип.1. Т. 1. С.7-12.
9. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок у площині емпірико-психологічного аналізу. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Серія «Психологічні науки»*. 2018. Вип. 3. Т. 2. С.204–210
10. Абсалямова Л. М. Якість життя та харчова поведінка невротично хворих людей. *Психологія: реальність і перспективи*. 2017. Вип. 9. С. 12-18.

11. Даниленко Н. В. Теорія інстинктів В. І. Гарбузова як ресурс особистості // Харківський осінній марафон психотехнологій : матеріали III міжрегіон. наук.-практ. конф. (каталог психотехнологій; тези доп.), Харків, 26 жовт. 2019 р. / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди [та ін.] ; [редкол.: Т. Б. Хомуленко (голова) та ін.]. Харків: Діса плюс, 2019. С. 99-102.

12. Дідковська Лариса; Балагурак Ольга. Особливості нового розладу харчової поведінки: нервова орторексія у 21-столітті. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 2023, 15: 17-26.

13. Галецька Інна, Юрочко Іванна Особливості психічного здоров'я жінок, схильних до орторексії. Український науковий журнал «Освіта регіону». Політологія. Психологія. Комунікація. Режим доступу: <https://social-science.uu.edu.ua/article/455>

14. Ганзуля Анна; Абсалямова Лариса. Психологія харчової поведінки жінок в умовах сучасного світу. *Collection of scientific papers «SCIENTIA»*, 2022, May 6, 2022; Vilnius, Lithuania: 18-20.

15. Єганян, Аліна Едгарівна. Психологічні особливості жіночої орторексії в ранній юності. 2019.

16. Кіро Л.С., Зак М.Ю., Чернишов О.В., Свердлов М.В. Харчова поведінка та ожиріння: гендерно-вікові особливості. *Ендокринологія*. 2021, Том 26, № 2. С.119-127.

17. Лепеха А.А. Психологічні особливості ціннісно-сміслової сфери в юнацькомі віці. зб. нак. Праць за матеріалами V Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів. Херсон, 2020. С.209-212.

18. Лотоцька, Л.; Лотоцька-Дудик, У.; Брейдак, Ю. Тенденції розвитку орторексії. *Актуальні питання гуманітарних наук*, 2020, 155-159.

19. Маліновська, Ірина Володимирівна. Причини виникнення розладів харчової поведінки у підлітків. *Редакційна колегія: Головний редактор*, 2022, 148.

20. Лозова О. М., Дробот О. В., Фатєєва М. С. Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. Лікарська справа. 2017 № 7. С. 104- 110.
21. Нижник, А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. *Наукові записки [Національного університету Острозька академія]. Психологія і педагогіка*, 2013, 22: 136-140.
22. Огоренко, Вікторія Вікторівна; Кокашинський, Віктор Олександрович. Вікові особливості образу власного тіла та направленості харчової поведінки пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. In: *The 5th International scientific and practical conference "Current challenges of science and education" (January 15-17, 2024) MDPC Publishing, Berlin, Germany. 2024. MDPC Publishing, 2024. p. 99-102.*
23. Федотова Т.В., Кульчицька А.В. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. Випуск 33. Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2019. С. 178-204.
24. Фатєєва М. С. Інтуїтивне харчування у світлі наукових вітчизняних та зарубіжних розшукувань. Теорія і практика сучасної психології. 2019. Вип. 3 Том 1. С. 153-157.
25. Фатєєва М. С. Перспективи використання програм корекції процесів самоусвідомлення у осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки. *Габітус*. 2020. №16. С. 243–250.
26. Фатєєва М.С. Перспективи дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень: тези III міжнар. наук.-практ. конф.* 198-202 К.: Талком. 2019. 207 с.
27. Фатєєва М. С. Дослідження порушень харчової поведінки (орторексія) у форматі вивчення сучасних субкультур. *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі : тези Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5-6 квіт. 2019 р.). Київ. 2019. С.131-133.*

28. Шебанова, В. І. Діагностичні критерії та систематика основних форм порушень харчової поведінки. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету/гол. ред. МО Носко. Чернігів: ЧДПУ, 2011, 2: 251-255.*
29. Шебанова, В. І. Корекція порушень харчової поведінки по екстернальному типу. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія, 2012, 17, Вип. 8: 729-734.*
30. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. дис. доктора психол. наук. 19.00.01, Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.
31. Шебанова, В. І. Психотерапевтична корекція емоціогенної харчової поведінки. *Вісник післядипломної освіти, 2013, 9 (2): 363-371.*
32. Шепетовська, О. Орторексія неврозу–особистісні риси та сімейні характеристики. *Psychological Prospects Journal, 2012, 20: 280-285.*
33. Шопша, Олена Леонідівна; Нагорна, Дана. Психологічні особливості порушень харчової поведінки. In: *The 9th International scientific and practical conference “Actual trends of modern scientific research” (April 11-13, 2021) MDPC Publishing, Munich, Germany. 2021. 623 p. 2021. p. 433.*
34. Adamiec, Camille. When healthful eating becomes an obsession. *Personal Dietary Requirements, 2015, 151-161.*
35. Atchison, A.E., & Zickgraf, H.F. Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite, 2022, 177, Article e106-134. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>*
36. Bratman S., Knight D.: *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa—Overcoming the Obsession With Healthful Eating.* New York, NY: Broadway, 2000.
37. Bratman S.: *Health Food Junkie: Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there.* *Yoga Journal 1997;136:42-44.*

38. Becker DF. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder : associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Weight Disord.* 2011. № 16. P. 113-120.
39. Brytek-Matera, A. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and psychotherapy.* 2012. № 1 (1). P. 55–60.
40. Cardi V. Premorbid and Illness-related Social Difficulties in Eating Disorders : An Overview of the Literature and Treatment Developments. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2018. № 16. P. 1122-1130.
41. Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B., & Donini, L. M. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: A narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders*, 2019, 24(2), 209–246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
42. Da Silva, Wanderson Roberto, et al. Conceptualizing and evaluating the healthy orthorexia dimension. In: *Eating Disorders*. Cham: Springer International Publishing, 2022. p. 1-24.
43. Danyliuk, Ivan; Kuchyna, Valeria. Ethnocultural studies of orthorexia nervosa. *Scientific Journal of Polonia University*, 2024, 63.2: 129-136.
44. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM – V, Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
45. Friberg O. Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder : a meta-analysis of comorbidity studies. *J. Nerv Ment Dis.* 2014. № 202. P. 125-199.
46. Gortat, Mateusz; Samardakiewicz, Marzena; Perzyński, Adam. Orthorexia nervosa-a distorted approach to healthy eating. *Psychiatria polska*, 2021, 55.2: 421-433.
47. Larsen, Kristine Instefjord. *Similarities and differences between eating disorders and orthorexia nervosa*. 2013. Master's Thesis.
48. ŁUCKA, Izabela, et al. Orthorexia as an Eating Disorder Spectrum – A Review of the Literature. *Nutrients*, 2024, 16.19: 3304.

49. Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M. C., Bergman, S. Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*. 2017. № 109. P. 137–143.
50. Natalie A. Noebel¹, Krista J. Howard, and Crystal D. Oberle Social Media, Diet and Fitness Content, and Orthorexia Nervosa: A Pilot Investigation of Viewership and Orthorexic Behaviors. *The Journal of Social Media in Society*. 2024, Vol.13, No.2, Page 90-108. Режим доступа: <https://thejsms.org/index.php/JSMS/article/view/1357/711>
51. Neliubina, Anna Sergeevna, et al. Orthorexia nervosa as a cultural phenomenon. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 2020, 94.
52. Ramacciotti, Carla E., et al. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2011, 16: e127-e130.
53. Treasure J. Eating disorders. *Lancet*. 2020. № 395. P. 899-911.
54. Zickgraf, Hana Flynn; Barrada, Juan Ramón. Orthorexia nervosa vs. healthy orthorexia: relationships with disordered eating, eating behavior, and healthy lifestyle choices. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2021, 1-13.
55. Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R., Visioli, F. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2014. № 19 (4). P. 469-472.

ДОДАТКИ

Інформація для досліджуваного

Запрошуємо Вас взяти участь у нашому дослідженні. Перш ніж Ви приймете рішення щодо участі у дослідженні, можливо Ви хотіли б розуміти, з якою метою проводиться дослідження. Будь ласка, уважно перечитайте інформацію. Ви можете задавати будь-які питання щодо дослідження, якщо Вам щось не зрозуміло.

Хто може брати участь у дослідженні

Наше дослідження проводиться на добровільній основі. У дослідженні можуть взяти участь юнаки, віком від 18 до 26 років, які проживають у межах Волинської області.

Хто проводить дослідження і яка мета дослідження

Дослідження проводить *Федотова Тетяна*, магістрантка кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки (ВНУ), під керівництвом *Лариси Засекіної*, доктора психологічних наук, професора, професора кафедри загальної та клінічної психології ВНУ.

Основна мета цього дослідження – теоретично вивчити стан розробленості проблеми орторексії в медико-психологічній літературі та емпірично визначити індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою поведінкою.

Що Ви маєте робити в цьому дослідженні?

Дослідження передбачає проходження опитування в онлайн-форматі на платформі Google Forms у зручний для Вас час і у зручному для Вас місці. Опитування містить 4 методики та займає близько 35-40 хвилин. Якщо Ви погодитеся взяти участь у цьому дослідженні, ми попросимо Вас зазначити Ваш вік, стать, вид зайнятості (навчання чи трудова діяльність), місце проживання (місто/селище/село), а також наявність чи відсутність проблем з харчовою поведінкою (дотримання дієт, систематичні голодування, наявність діагнозу порушення (розладу) харчової поведінки, звичайне щоденне харчування, проблеми з харчування в минулому (вказати які?)).

Чи можете Ви відмовитися від дослідження?

Наше дослідження проводиться на добровільній основі. Ви можете покинути дослідження у будь-який момент без жодних негативних наслідків для Вас. Якщо Ви побажаєте, Ви можете попросити видалити Ваші дані.

Які можливі ризики та вигоди участі в дослідженні?

Є ймовірність виникнення негативної емоційної реакції при заповненні відповідей на запитання методик є досить низька. Проте, у випадку виникнення відповідної реакції, ми запропонуємо Вам перелік центрів, де Ви можете отримати безкоштовну психологічну допомогу в місті Луцьку. Ви також можете звернутися за допомогою до дослідників, оскільки *Тетяна Федотова* проходила стажування на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (11.10.2021-11.04.2022), а її супервізор – *Лариса Засєкіна* має ступінь клінічного психолога Оксфордського університету та досвід у травмо-фокусованій психотерапії та здійснює лікування симптомів посттравматичного стресового розладу за науково-доведеними протоколами методу реконсолідації травматичної пам'яті (RTM). Отримані у дослідженні дані є важливими для розуміння орторексичної харчової поведінки і будуть використані для розробки психологічної допомоги особам з орторексією. Ви отримаєте доступ до власних результатів чи їх узагальненого вигляду відразу ж після завершення емпіричного дослідження та аналізу й інтерпретації даних усіх залучених у опитуванні діагностованих.

Чи участь у дослідженні буде конфіденційною?

Так. Ми гарантуємо конфіденційність наших учасників. Вам не потрібно буде вказувати особистих даних, за якими Вас можна буде ідентифікувати. Доступ до анонімних даних буде мати виключно дослідник та його науковий керівник.

Як будуть розповсюджені результати дослідження?

Результати дослідження, які будуть представлені у вигляді узагальнених даних, і не містять особистої інформації, планується опублікувати у вигляді наукових статей та тез конференцій.

З ким я можу скontaktувати з приводу додаткової інформації або для отримання допомоги?

Контактні особи:

Федотова Тетяна

Fedotova.Tetiana2023@vnu.edu.ua

Лариса Засєкіна

zasyekina.larisa@vnu.edu.ua

Якщо під час дослідження, на Вашу думку, буде порушена етика наукових досліджень, Ви можете звернутися до голови Комітету з етики наукових досліджень ВНУ імені Лесі Українки (prorectorscience@vnu.edu.ua)

Перелік центрів безоплатної психологічної допомоги у м. Луцьк

1. Психологічний штаб при управлінні соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Луцької міської ради, проспект Соборності, 18
Консультації психологів проводяться безкоштовно в режимі онлайн та офлайн. Записатись на консультацію можна зателефонувавши на інформаційну лінію за телефоном: 0 800 400 332
2. Онлайн-платформа «Розкажи мені». Надає українцям безкоштовну психологічну допомогу. Потрібно залишити заявку та сайті, тоді спеціаліст зв'яжеться з вами якомога швидше.<https://tellme.com.ua/>
3. Проект «Поруч». Запущений спільно з ЮНІСЕФ та Міністерством освіти та науки України. Психологи проводять як групові, так і індивідуальні консультації в онлайн форматі або очно. Допомогу можуть отримати діти, підлітки, батьки, а також вчителі. Групові заняття проводяться серед 8-10 учасників разом з одним або двома психологами. Програма складається з шести зустрічей по 90 хв. Що стосується індивідуальних зустрічей, то зазвичай психологи проводять одну-дві консультації, але за потреби — до 5 консультацій раз на тиждень. Такі зустрічі проходять онлайн у Zoom двічі на тиждень впродовж місяця.
4. Український центр психотравми, діяльність якого спрямована на розуміння природи психічної травми, ефективних методів лікування пост-травматичного стресового розладу, а також інформування громадськості для покращення якості життя після травматичного досвіду, проспект Волі, 13.

Інформація про дослідження

В останні роки неабиякої ваги набуває питання вивчення харчової поведінки особистості. Оскільки харчування є не лише фізіологічною потребою, але й має також соціокультурний та психологічний аспекти. Знання про харчову поведінку можуть бути корисними для розуміння зв'язку між споживанням їжі та здоров'ям людини. Дослідження в цій області дозволяють виявити фактори, що впливають на вибір продуктів харчування та харчові звички особистості. Це може бути корисно для розробки програм здорового харчування та контролю ваги. Також, вивчення харчової поведінки особистості може допомогти в розумінні проблем харчування, таких як компульсивне переїдання або анорексія. Проте віднедавна увагу психологів привернула проблема орторексії, суть якої полягає у надмірному бажанні дотримуватися ідеального харчування або «правильного» способу харчування. Люди, що страждають від орторексії, ставлять собі дуже жорсткі обмеження у їжі, перевіряють склад продуктів і пропорції, перебувають у постійному напруженні стосовно харчування. Це може призводити до фізичного та емоційного виснаження, соціальної ізоляції та інших серйозних наслідків для здоров'я.

Вивчення проблеми орторексії є важливим для розуміння його причин, наслідків та методів лікування. Дослідження можуть допомогти виявити фактори, що спричиняють розвиток цього розладу, такі як соціокультурні впливи, стиль життя, психологічні чинники тощо. Знання про орторексію може бути корисним як для психологів, так й для медичних працівників, які надають допомогу особам з цим розладом.

Мета дослідження – теоретично вивчити стан розробленості проблеми орторексії в медико-психологічній літературі та емпірично визначити індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою поведінкою.

Відповідно було сформульовано такі **дослідницькі запитання**:

1. Який стан розробленості проблеми орторексії в медико-психологічній літературі?
2. Як пов'язана орторексія з демографічними показниками, такими як вік, стать, вид зайнятості (навчання чи трудова діяльність), місце проживання (місто/селище/село)?
3. Як виявляється перфекціонізм та локус контролю в юнаків з орторексією?
4. Якими є індивідуальні характеристики юнаків з орторексичною харчовою поведінкою?

Для досягнення мети у дослідженні було використано *теоретичні методи*: аналіз, синтез, моделювання, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення втоми від співчуття; *емпіричні методи* у сукупності таких психометричних методик: Римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15 (в адаптації В.Руженкова, Л.

Захарової), велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі (в адаптації Т. Грубі), методика дослідження локусу контролю Дж. Роттера, методика FPI; *методи математичної статистики*, зокрема процедури описової статистики, кореляційного аналізу, кутове перетворення Фішера ϕ , факторний аналіз програмного забезпечення SPSS v.24.0 (IBM Corp. Released 2016).

З метою дослідження індивідуально-психологічних особливостей юнаків з орторексичною харчовою поведінкою буде проведено онлайн-опитування на платформі Google Forms, яке складається з 4 методик. Рекрутація досліджуваних буде здійснюватися за допомогою оголошень, розміщених у соціальних мережах (інстаграм, фейсбук, телеграм), а також завдяки зверненню до студентського активу (студентських деканів) ЗВО Волинської області (Волинський медичний інститут, Волинський національний університету імені Лесі Українки, Луцький національний технічний університет) з проханням розповсюдити інформацію про дослідження та надати необхідну інформацію потенційним учасникам для його проходження. Учасники будуть проінформовані про дослідження за допомогою повідомлення на початку опитувальника і підтвердять свою добровільну згоду шляхом натискання галочок «погоджуюся» на початку опитувальника.

Учасників буде проінформовано про можливі ризики дослідження, та надано інформацію про місця, де можна отримати безкоштовну психологічну допомогу в разі потреби. Також їх повідомлять про дотримання принципів конфіденційності і про можливість припинити дослідження в будь-який момент, без негативних наслідків для учасників.

Доступ до даних матимуть лише члени дослідницької команди. Оскільки дослідник, магістрантка кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки (ВНУ), *Тетяна Федотова* має попередній досвід проведення клінічних досліджень, супервізувати процес буде *Лариса Засєкіна*, доктор психологічних наук, професор, професор кафедри загальної та клінічної психології ВНУ.

Планується опитати 75-90 осіб юнацького віку від 18 до 26 років.

Потенційна цінність дослідження полягає у тому, що отримані результати можуть бути застосовані не лише у консультативно-корекційній роботі психолога з діагностованими особами, а також у розробці програм тренінгових занять з метою формування адекватної харчової поведінки особистості.

Оцінка рівня ризиків дослідження

1. Включає вивчення людини? – **Так.**
2. Створює ризики для продуктивності праці людей та/чи організацій? – **Так.**
3. Включає учасників, залучення яких торкається конфліктів інтересів (наприклад, досліджуваний студент боїться, що його відповідь може змінити ставлення викладача до нього)? – **Ні.**
4. Залучає посередників, щоб залучити досліджуваних? – **Ні.**

5. Передбачає фінансові та інші винагороди для учасників? – **Ні.**
6. Може торкатися висвітлення стану здоров'я учасників? **Ні.**
7. Включає обговорення тем, які підвищують тривожність, занепокоєння учасників? – **Так.**
8. Передбачає дослідницьку роботу закордоном? – **Ні.**
9. Передбачає негативний вплив на довкілля? – **Ні.**
10. Включає збір та обробку неживих біологічних матеріалів, за виключенням тих, які вже зберігаються в музеях чи інших установах? – **Ні.**
11. Використовує генетично модифіковану тканину людини? – **Ні.**

Які є потенційні ризики для досліджуваних та способи їх уникнення.

Ризики 1, 7. У дослідженні будуть поставлені запитання, які стосуються ситуацій, що можуть спричинити негативні переживання і травматичні спогади.

У дослідженні використовуються стандартизовані та апробовані у попередніх дослідженнях діагностичні методики, які мають високі психометричні властивості, і застосовуються для вивчення цієї групи осіб. Наприкінці дослідження учасникам буде запропоновано перелік безкоштовних психологічних послуг міста Луцька, які можуть надати допомогу в разі необхідності.

Ризик 2. Проходження опитувальника може відволікати опитуваних від виконання навчальних чи професійних обов'язків та створює ризики для продуктивності навчання та праці.

У дослідженні використовується онлайн-опитування, яке відповідні діагностовані зможуть пройти у вільний час та у зручному для них місці, без відволікання від виконання своїх навчальних чи професійних обов'язків.

**Підсумковий інструктаж для учасника #_____ дослідження:
Індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою
поведінкою**

1. Яка основна мета цього дослідження? Основна мета цього дослідження – теоретично вивчити стан розробленості проблеми орторексії в медико-психологічній літературі та емпірично визначити індивідуально-психологічні особливості юнаків з орторексичною харчовою поведінкою.

2. Що саме досліджується? Нами вивчаються індивідуальні та особистісні характеристики, особливості локусу контролю та вияву перфекціонізму в осіб юнацького віку з орторексичною харчовою поведінкою.

Абсаямова Л.М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Харків: «Стильна типографія», 2019. 393 с.

Федотова Т.В., Кульчицька А.В. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. Випуск 33. Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2019. С. 178-204.

Федотова Т.В., Кихтюк О.В., Кульчицька А.В. Психологічна підтримка у формування харчової поведінки підлітків в роботі клінічного психолога. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія». Серія «Медицина»). Випуск 4(4). Київ, 2021. С. 410-422.

Фатеева М.С. Orthorexia Nervosa: история возникновения термина, диагностические критерии и место среди известных расстройств пищевого поведения. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2021, V IX (96), Iss. 245, p. 64-71.

3. З якою додатковою інформацією за цією темою я можу ознайомитись? Ви можете розширити свої знання щодо харчової поведінки особистості та такого її виду як орторексія в науковій літературі:

4. Хто проводить це дослідження і як я можу із ними сконтактувати? *Федотова Тетяна Володимирівна*, магістрантка кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, Fedotova.Tetiana2023@vnu.edu.ua

Засєкіна Лариса Володимирівна, доктор психологічних наук, професор, професор кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, zasyekina.larisa@vnu.edu.ua

5. Як довго дослідник вивчає це питання? Дослідник Федотова Тетяна має попередній досвід проведення клінічних досліджень, зокрема, брала участь у реалізації госптеми «Дослідження психічного здоров'я держслужбовців та проведення корекційної роботи», проходила стажування на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (11.10.2021-11.04.2022, сертифікат № 02/1002 від 14.04.2022), проте супервізувати процес буде Засєкіна Лариса, яка має ступінь клінічного психолога Оксфордського університету та досвід у травмо-фокусованій психотерапії та здійснює лікування симптомів посттравматичного стресового розладу за науково-доведеними протоколами методу реконсолідації травматичної пам'яті (RTM).

Ще раз дякуємо за участь у дослідженні!

Інформована згода

Дослідження здійснюється магістранткою *Тетяна Федотова*

(Fedotova.Tetiana2023@vnu.edu.ua)

та координується професором *Ларисою Засекіною*

(zasyekina.larisa@vnu.edu.ua),

Дослідження пройшло експертизу в Комітеті з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки

Для участі в дослідженні необхідно підтвердити всі наведені нижче твердження, поставивши відмітку у відповідному квадратику. Якщо Ви не поставите позначку біля будь-якого з пунктів, це означатиме, що Ви не можете взяти участь у дослідженні.

		Поставт е галочку
1.	Я підтверджую, що прочитала/в і зрозуміла/в інформаційний лист про дослідження. Я мав/ла можливість розглянути інформацію про те, що від мене очікують.	
2.	Я даю згоду на обробку моїх персональних даних (наприклад, вік, стать, сімейний статус, наявність дітей, стаж роботи, досвід роботи з військовослужбовцями) для цілей, які мені роз'яснили. Я розумію, що відповідно до законодавства про захист даних, «суспільне завдання» буде законною підставою для обробки даних особливої категорії для дослідницьких цілей.	
3.	Я розумію, що вся особиста інформація залишиться конфіденційною . Я розумію, що мої дані, зібрані в цьому дослідженні, не будуть ідентифікувати мене і будуть зберігатися анонімно і безпечно. Ідентифікувати мене в будь-яких публікаціях буде неможливо.	
4.	Я розумію, що моя участь є добровільною і що я можу відмовитися від неї в будь-який час без пояснення причин . Я розумію, що якщо я вирішу відмовитися від участі, будь-які персональні дані, надані мною до цього моменту, будуть видалені, якщо я попрошу про їх видалення.	
5.	Я розумію потенційні ризики, пов'язані з участю у дослідженні, та підтримку, яка буде мені доступна, якщо у мене виникне дистрес під час дослідження (перелік відповідних місць, де можна отримати психологічну підтримку).	
6.	Я розумію прямі/непрямі вигоди від участі.	
7.	Я розумію, що дані не будуть доступні жодним комерційним організаціям , а є виключно у відповідальності та доступі дослідників, які проводять це дослідження.	
8.	Я розумію, що узагальнені дані цього дослідження можуть бути опубліковані у вигляді наукових статей та тез конференцій	
9.	Цим я підтверджую, що розумію критерії включення у дослідження, викладені в інформаційному листі.	
10.	Мені відомо, до кого мені слідз вертатися, якщо я хочу подати скаргу.	
11.	Я добровільно погоджуюсь взяти участь у цьому дослідженні.	
12.	Дані, надані в цьому дослідженні, будуть зберігатися відповідно до Закону про обробку персональних даних.	
13.	Я погоджуюсь, що мої повністю анонімні (ніхто не зможе ідентифікувати мене при передачі цих даних) дані можуть бути використані виключно дослідницькою групою для майбутніх досліджень .	

