

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

_____ А.І. Яблонський

“ _____ ” _____ 2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент
ОСТОПОЛЕЦЬ Ірина Юріївна
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: доцент кафедри соціальної роботи,
педагогіки і логопедії
Чорноморського національного
університету імені Петра Могили,
кандидат педагогічних наук, доцент
ЧУБУК Руслан Валентинович
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала: студентка VI курсу групи 666Мз
ТКАЧЕНКО Катерина Вікторівна
(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Психологія»

Миколаїв – 2024 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення	Навчально-науковий інститут післядипломної освіти
Кафедра, циклова комісія	Кафедра психології
Рівень вищої освіти	Другий (магістерський)
Спеціальність	053 «Психологія»
ОПП / ОНП	«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

_____ А.І. Яблонський

“ ” 2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТА

ТКАЧЕНКО Катерини Вікторівни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психологічні детермінанти формування здорового способу життя в осіб зрілого віку

керівник роботи: ОСТОПОЛЕЦЬ Ірина Юріївна,

кандидат психологічних наук, доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від «20» вересня 2024 року
№ 249/1.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «20» листопада 2024 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок,
список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
не планується

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	ОСТОПОЛЕЦЬ Ірина Юріївна, кандидат психологічних наук, доцент		
Розділ 1			
Розділ 2			
Розділ 3			
Висновки			

7. Дата видачі завдання 02.09.2024

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2024	
2.	Розділ 1. Теоретичні особливості психологічних детермінантів формування здорового способу життя в осіб зрілого віку.	жовтень 2024	
3.	Розділ 2. Дослідження психологічних детермінантів формування здорового способу життя в осіб зрілого віку.	жовтень 2024	
4.	Розділ 3. Програма формування здорового способу життя у осіб зрілого віку.	жовтень 2024	
5.	Висновки	листопад 2024	
6.	Передкваліфікаційна практика	02.-15.09.2024	
7.	Оформлення списку використаних джерел, додатків	листопад 2024	
8.	Попередній захист	21.11.2024	
9.	Рецензія на кваліфікаційну роботу	02.12.2024	
10.	Захист кваліфікаційної роботи	19.12 2024	

Студент

(підпис)

Катерина ТКАЧЕНКО

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Ірина ОСТОПОЛЕЦЬ

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

Ткаченко К.В. Психологічні детермінанти формування здорового способу життя в осіб зрілого віку. Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Чорноморський національний університет імені Петра Могили. Миколаїв, 2024. 150 с.

Роботу присвячено психологічним особливостям формування здорового способу життя в осіб зрілого віку. Здійснено теоретичний аналіз сучасних психологічних проблем здорового способу життя в осіб зрілого віку, обґрунтовані особливості формування здорового способу життя.

Досліджуючи психологічні детермінанти формування здорового способу життя в осіб зрілого віку узагальнено основні методики. За допомогою відібраних методик здійснено аналіз результатів дослідження.

Розроблено авторську корекційну програму формування здорового способу життя в осіб зрілого віку. За результатами експерименту засвідчено ефективність вказаної програми. Після апробації програми отримали наступні результати емпіричного дослідження за допомогою опитувальника «Ставлення до здоров'я»: у переважній більшості осіб зрілого віку властиві високі рівні розвитку мотиваційного компонента, а саме корекційна програма позитивно вплинула на результати ціннісно-мотиваційного, когнітивного та поведінкового компонента ставлення до здоров'я. Також, узагальнюючи результати респондентів за основними типами здоров'я, тренінгова програма виявила позитивний вплив на духовне, психологічне та соціальне здоров'я, та потребує доопрацювання для отримання значущих результатів за шкалою фізичного здоров'я.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, спонукальний компонент, здоров'я, психологічне здоров'я, мотивація, особи зрілого віку, ставлення до здоров'я, розлади харчової поведінки.

ANNOTATION

Tkachenko K.V. Psychological Determinants of the Formation of a Healthy Lifestyle in Mature Individuals. Qualification work for the Master's Degree in speciality 053 "Psychology". Petro Mohyla Black Sea State University. Mykolaiv, 2024. 150 p.

The thesis is dedicated to the psychological aspects of forming a healthy lifestyle in mature individuals. A theoretical analysis of modern psychological problems related to the healthy lifestyle of mature individuals has been carried out, and the peculiarities of the formation of a healthy lifestyle have been substantiated.

In the course of the research on the psychological determinants of healthy lifestyle formation in mature individuals, the main methods have been summarised. Based on the selected methods, the results of the study regarding the level of influence that psychological aspects have on adherence to a healthy lifestyle have been analysed.

The author has developed an original correctional programme for the formation of a healthy lifestyle in mature individuals. The results of the experiment confirm the effectiveness of the programme. After testing the programme, the following results were obtained from the empirical study using the "Attitude to Health" questionnaire: the vast majority of mature individuals demonstrate a high level of development in the motivational component, i.e. the correction programme has had a positive impact on the results of the value-motivational, cognitive and behavioural components of the attitude to health. In addition, summarising the results from the respondents according to the main types of health, it is evident the training programme has had a positive influence on spiritual, mental and social health, and requires further improvement in order to achieve significant results in the physical health scale.

Keywords: healthy lifestyle, motivational component, health, mental health, motivation, mature individuals, attitude to health, eating disorders.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТІВ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ	6
1.1. Сучасні психологічні дослідження проблем здорового способу життя	6
1.2. Особливості формування здорового способу життя в осіб зрілого віку	18
1.3. Психологічні умови формування здорового способу життя в осіб зрілого віку.....	29
Висновки до першого розділу	42
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТІВ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ	43
2.1. Організація і методи дослідження впливу психологічних детермінантів на формування здорового способу життя.....	43
2.2. Аналіз результатів дослідження рівня впливу психологічних аспектів на дотримання здорового способу життя, та формування нових звичок.....	58
Висновки до другого розділу	75
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ	77
3.1. Методичні основи побудови корекційної програми формування здорового способу життя в осіб зрілого віку.....	77
3.2. Перевірка ефективності програми формування здорового способу життя в осіб зрілого віку	88
3.3. Подальші рекомендації щодо формування здорового способу життя в осіб зрілого віку	101
Висновки до третього розділу	113
ВИСНОВКИ	115
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	119

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗСЖ – здоровий спосіб життя.

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія.

НІЗ – неінфекційні захворювання.

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад.

РХП – розлад харчової поведінки.

ХП – харчова поведінка.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Згідно дослідження Департаменту громадської охорони здоров'я Ставангерського університету, Ставангер, Норвегія ведення здорового способу життя (ЗСЖ) являється актуальним ще й тому, що у середньому щороку 71% усіх смертей у всьому світі відбувається внаслідок неінфекційних захворювань (НІЗ), а ризик НІЗ збільшується через такий спосіб життя, як відсутність фізичної активності та нездорове харчування. У зв'язку з цим стають особливо актуальним питанням збереження здоров'я українців. Особливо це стосується осіб зрілого віку, як основної частини працездатного населення. Згідно досліджень 2288 спеціалістів із психічного здоров'я (ВООЗ) глобальний тягар хвороб харчових розладів згідно з оцінками експертів ВООЗ зріс на 65% між 1990 і 2016 роками. Згідно з оцінками спеціалістів ВООЗ, тривалість життя і стан здоров'я населення на 70% залежить від способу життя. У зв'язку з цим стають особливо актуальним питанням збереження здоров'я українців. Особливо це стосується осіб зрілого віку, як основної частини працездатного населення України. Зазначено, що зрілий вік відповідає віковій періодизації за Еріксоном (від 25 до 60 років).

Також актуальність цієї теми полягає ще й в тому, що дослідження проведене Кіблер Д. Кафедрою клінічної та шкільної психології, Nova Southeastern University у Флориді показало позитивний вплив на здоров'я відносно короткострокового ведення здорового способу життя серед жінок із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) середнього віку, а оскільки в Україні значно збільшилась кількість осіб з ПТСР, то дослідження психологічних детермінант формування здорового способу життя у осіб зрілого віку також актуальне в даній групі людей.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці психологічних детермінант формування здорового способу життя у осіб зрілого віку.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати наукову літературу та дослідження проблем здорового способу життя у осіб зрілого віку;
- 2) організувати та підібрати методи дослідження психологічних детермінант формування здорового способу життя у осіб зрілого віку;
- 3) провести аналіз результатів дослідження рівня впливу психологічних аспектів на дотримання здорового способу життя;
- 4) створити корекційну програму формування здорового способу життя у осіб зрілого віку та провести апробацію тренінгової програми;
- 5) дослідити ефективність програми формування здорового способу життя у осіб зрілого віку.

Об'єкт дослідження: процес формування здорового способу життя.

Предмет дослідження: психологічні детермінанти формування здорового способу життя у осіб зрілого віку.

Методи дослідження: Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань у роботі були застосовані теоретичні методи: класифікація та систематизація наукових джерел, теоретичний та методологічний аналіз, порівняння та узагальнення теоретичних та експериментальних досліджень. Емпіричні методи: тестування, опитування та анкетування, які містили закриті питання та одне відкрите питання. Методи обробки даних: систематизація, узагальнення якісних та кількісних даних; методи математичної статистики (оцінка міри різниці за допомогою t-критерія Стьюдента).

Психодіагностичний комплекс методик склали: опитувальник «Ставлення до здоров'я», автор якого Р.А. Березовська; анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка); римська методика дослідження орторексії (ORTO-15) ; тест ставлення до прийому їжі, Eating Attitudes Test-26; нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ).

База дослідження: дослідницька вибірка являє собою доросле населення великих та середніх міст. Особи були відібрані серед дорослих індивідів, що цікавляться здоровим способом життя та є дописувачами відповідних груп в Telegram та профілів Instagram. Залучення онлайн-спільноти дало змогу розширити географію дослідження і включити у вибірку мешканців багатьох міст України.

Вибірку дослідження склали 50 осіб, віком від 25 до 60 років, серед опитаних переважають представниці жіночої статі 21 особа в контрольній групі та в експериментальній 22 особи, та лише 3 особи чоловічої статі в контрольній групі та 2 особи чоловічої статі в експериментальній групі.

Теоретична та практична значущість дослідження: аналіз теоретичних концепцій, підходів, теорій та моделей психологічних умов формування ЗСЖ у осіб зрілого віку. Психологічні фактори, що впливають на формування ЗСЖ у осіб зрілого віку, що дозволить систематизувати наявні наукові дані та зробити узагальнений огляд літератури тематики впливу психологічних детермінант на формування здорового способу життя. Практичне значення отриманих результатів полягає у використанні результатів дослідження для формування мотивації до ЗСЖ у осіб зрілого віку. Це може включати розробку ефективних рекомендацій формування ЗСЖ у осіб зрілого віку. Також, може бути використана для подальших досліджень у галузі формування мотиваційного компонента формування здорового способу життя у різних груп населення. Тренінгова програма може бути використана у нагоді спеціалістами психологічних служб для впровадження під час психокорекційної роботи та для розробки робочих програми та лекційних матеріалів з дисципліни «Психофізіологія харчової поведінки».

Структура роботи: складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг становив 150 сторінок, основний зміст викладено на 114 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТІВ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

1.1. Сучасні психологічні дослідження проблем здорового способу життя

Дослідження, проведене Сілле Х. Севільд із Департаменту громадської охорони здоров'я Ставангерського університету (Ставангер, Норвегія), показало, що в середньому 71% усіх смертей у світі спричиняються неінфекційними захворюваннями (НІЗ). Основними чинниками, що збільшують ризик розвитку НІЗ, є недостатня фізична активність та незбалансоване харчування, що підкреслює важливість популяризації здорового способу [86].

Дослідження, проведені серед 2288 фахівців у галузі психічного здоров'я під егідою ВООЗ, свідчать, що глобальний тягар хвороб, пов'язаних із розладами харчової поведінки, збільшився на 65% у період із 1990 по 2016 рік [101]. В Україні наразі бракує точна статистика щодо розширення цих розладів. Разом із тим, за оцінками ВООЗ, тривалість життя та загальний стан здоров'я населення на 70% залежать від способу життя, зокрема харчування, на 15% – від генетичних чинників, і ще на 15% – від умов навколишнього середовища [46, с.114]. Особливу увагу варто звернути на осіб старшого віку, які складають основну частину працездатного населення України. Відповідно до вікової періодизації зрілий вік охоплює період від 25 до 60 років за Е. Еріксоном [45, с. 58]. Відповідно з дослідженнями Н. Жигайло, зрілість особистості є результатом самостійної роботи над собою і охоплює віковий інтервал від 21-22 до 65-70 років [30, с. 20]. Біологічний підхід у дослідженнях В. Нежинської, визначає зрілість особистості в межах вікової

періодизації: для чоловіків це 22–60 років, а для жінок – 21–55 років [54, с. 215].

Розлади харчової поведінки (РХП) демонструють один із найвищих ризиків передчасної смерті серед психічних розладів, що пов'язано як із фізичними ускладненнями, так і з психічними проблемами. За статистикою, щогодини у світі одна людина втрачає життя через наслідки, спричинені РХП. Стандартизований коефіцієнт смертності для нервової анорексії складає 5,86, для нервової булімії – 1,93, а для інших типів розладів – 1,92. При цьому кожен п'ятий пацієнт із нервовою анорексією, який помер, завершив життя самогубством. Зважаючи на це, РХП були включені до подальших досліджень як психологічний фактор, що перешкоджає формуванню здорового способу життя [56, с. 16].

Повномасштабне вторгнення спричинило те, що велика кількість людей зазнала травматичних подій, які матимуть тривалий вплив на їхню психіку, а також позначатимуться на фізичному здоров'ї. У сучасних умовах війни кожній людині надзвичайно важливо відповідально ставитися до власного здоров'я, впроваджуючи комплексний підхід. Такий підхід має охоплювати методи підтримки як психологічного, так і фізичного стану організму, що є важливими елементами загального благополуччя.

Оскільки в умовах війни людина перебуває у сильному стресі, а саме у стані дистресу – при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та їх наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку [52, с. 5]. Згідно дослідження І. Гресько. Така поведінка впливає на загальний психологічний особистісний стан, та відображається і на фізичному здоров'ї особистості. Варто зазначити, що рівень стресу не залежить від місця перебування людини [16, с. 50].

Дослідники І. Карпюк та Т. Обезюк наголошують, що людина є ключовою цінністю суспільства, а її здоров'я сприяє гармонійному розвитку особистості, що, у свою чергу, позитивно впливає на розвиток суспільства. Здоров'я особистості виступає невід'ємною частиною суспільства, від якої

залежить формування та вплив на загальний стан здоров'я спільноти [36, с. 4].

За даними ВООЗ, 70–80% здоров'я людини залежить від її переконань щодо здоров'я та поведінки. Тому ключову роль у підтриманні та формуванні здоров'я відіграє сама людина, її спосіб життя, цінності, установки, гармонійність взаємозв'язку між її внутрішнім світом і зовнішнім середовищем, а також її здоров'я і добробут. Здоровий спосіб життя є важливим чинником контролю над здоров'ям і стимулом для змін у поведінці щодо здоров'я. Цю думку складно заперечити, адже саме людина визначає свої життєві пріоритети та докладає зусиль для їхнього вдосконалення [62, с. 11].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, «здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад» [72, с. 7].

На сьогодні ви окремі такі взаємопов'язані складові здоров'я:

1. Соматичне здоров'я – стан розвитку органів і систем органів людини, який є основою для формування індивідуальної біологічної програми життєдіяльності.
2. Фізичне здоров'я – рівень розвитку органів і системи органів, що перевищує морфологічні та функціональні резерви.
3. Психічне здоров'я – внутрішній стан психіки людини, що залежить від душевного комфорту та гармонії.
4. Моральне здоров'я – інтегральна характеристика мотиваційної та ціннісної сфери особистості, яка відображає систему цінностей, установок та мотивів поведінки особистості [72, с. 7].

Згідно дослідження Седашевої С. здоровий спосіб – життя це стиль збереження, за якого завдяки використанню певних методів впливу на організм і навколишнє середовище досягається оптимальний рівень його життєздатності. При цьому організм постійно вдосконалюється, використовує свій потенціал без шкоди для себе. Таким чином, здоровий

спосіб життя можна застосувати як складову частину загальної культури людини, що проявляється на високому рівні спеціальних знань, а також у сформованих мотиваційно-ціннісних орієнтирах [69, с. 353].

Здоровий спосіб життя визначають як форму біосоціальної діяльності людини, спрямовану на зміцнення її здоров'я. При цьому підході вважається, що ЗСЖ невіддільний від умов, у яких він реалізується. Умови розглядаються як властивості суб'єкта, що виступають зовнішніми потенціалами життєдіяльності, здатними проявитися у рамках ЗСЖ [37, с. 175].

Згідно І. Карпюк, Т. Обезюк здоров'я є стан фізичного, психологічного і соціального благополуччя, де складові духовне благополуччя, інтелектуальне, емоційне, фізичне, соціальне благополуччя (рис. 1. 1.) [36, с. 10].



Рис. 1. 1. Складові здоров'я [36, с. 10].

За дослідженнями Ю. Денисяк, здоровий спосіб життя сприяє формуванню активної життєвої позиції та ініціативності як окремих осіб, так і спільнот чи суспільства загалом. Він спрямований на ефективне використання матеріальних і духовних ресурсів для зміцнення здоров'я та досягнення гармонії між фізичним і духовним станом [24, с. 43].

Згідно з другим підходом, здоровий спосіб життя розглядається як окрема складова загального способу життя людини, що займає визначений час. Прихильники цього підходу вважають, що здоровий спосіб життя є специфічною формою діяльності, умови якої не повинні бути частиною його структури. Спираючись на цей підхід у нашому дослідженні, ми погоджуємося з визначенням здорового способу життя як сукупності оздоровчих заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я. Здоровий спосіб життя характеризується поняттям «комплекс оздоровчих заходів», які підбираються залежно від компонентів, що складають його основу [37, с. 176].

О. Марченко та М. Бричук підкреслюють, що розуміння здоров'я як поєднання фізичного, психологічного, соціального та духовного благополуччя дозволяє розкрити його філософські, культурні, медико-біологічні та психоосвітні аспекти. І. Брефман, засновник валеології, був одним із перших, хто надав корисне психологічне трактування природи здоров'я. Він визначав здоров'я є здатність зберігати стійкість до різких змін, відповідно до вікових особливостей [51, с.63].

А. Ребрина, проаналізувавши роботи вітчизняних і зарубіжних науковців, виділив такі складові поняття здорового способу життя:

- 1) історично сформовані способи організації суспільних відносин;
- 2) соціальні механізми передачі досвіду між поколіннями та його закріплення;
- 3) система особистих уявлень, норм, цінностей, мотивацій, оцінок, а також самосприйняття і концепції власного "Я". Ці аспекти відображаються в

життєвій діяльності, поведінці та рішеннях людини, яка по-своєму переживає життєві ситуації, долає труднощі та вирішує проблеми. [65, с. 45].

В. Борисенко розглядає здатність зберігати здоров'я у контексті професійної підготовки фахівців як інтеграцію мотивацій, потреб і цінностей, що стосуються компонентів здоров'я та динамічних якостей особистості. Вона включає вміння підтримувати, покращувати та відновлювати здоров'я, враховуючи можливі негативні наслідки для власного благополуччя, здоров'я навколишнього середовища та професійної діяльності. Ця здатність відображається в умінні ефективно виконувати професійні обов'язки, зберігаючи здоров'я та здійснюючи його регуляцію [13, с. 84].

Борисенко вважає, що здатність підтримувати своє здоров'я має чітку структуру, яка включає кілька ключових компонентів:

- особистісний аспект, що охоплює мотивацію, цінності, прагнення та здатність керувати своїм здоров'ям. Він базується на потребі та стійкому інтересі до збереження власного здоров'я;
- гностичний компонент, який передбачає наявність у майбутніх фахівців знань про здоров'я та принципи ведення здорового способу життя;
- діяльнісний аспект, що проявляється у прихильності людини до здорового способу життя та ступені оволодіння навичками, які сприяють збереженню здоров'я;
- поведінковий компонент, який акцентує увагу на усвідомленому прагненні до саморозвитку, самоконтролю, турботи про своє здоров'я та відображає ставлення людини до власного способу життя [7, с. 8].

О. Балан досліджуючи роботи Антонюка вважає, що здоровий спосіб життя є необхідним і важливим елементом виховної роботи. Індивідуальна система поведінки, а також звички кожної людини здатні забезпечити необхідний рівень життєдіяльності та сприяти збільшенню середньої тривалості життя. На думку науковців, ЗСЖ базується на таких ключових принципах, як усвідомленість, активність, доступність, динамічність та індивідуальний підхід [2, с. 34].

На думку Мехеда, Рябченка та Жари, що критичний стан здоров'я сучасного населення України є серйозною проблемою, яка потребує особливої уваги. У зв'язку з цим розробляються й застосовуються нові підходи до формування здоров'я та ціннісного ставлення до нього, що є надзвичайно важливим. Мехед підкреслює, що основну роль у збереженні та зміцненні здоров'я відіграє сама людина, її стиль життя, система цінностей, ставлення до соціальної політики, гармонія внутрішнього світу та взаємодія з навколишнім середовищем [2, с. 34].

І. Шрамко вважає, що формування здорового способу життя є важливою складовою політики соціально орієнтованої держави. Це передбачає декілька ключових напрямів: розробку методів оцінки стану особистого здоров'я; сприяння формуванню обізнаності та культури здорового способу життя; створення методик навчання принципів здорового способу життя; підтримку здорового способу життя через реалізацію соціальних програм, спрямованих на збереження здоров'я; впровадження системи моніторингу та контролю звичок, пов'язаних із дотриманням здорового способу життя [75, с. 287].

С. Байда та Ю. Мельницька, аналізуючи існуючі підходи та сучасні дослідження, присвячені проблемі здорового способу життя, встановили, що її розвиток у значній мірі пов'язаний із недостатньою організацією розумової та фізичної праці, відсутністю навичок ефективної особистої роботи, а також порушенням основних норм психогігієни та психопрофілактики у більшості населення України. Автори розглядають здоровий спосіб життя як багатогранне поняття, яке охоплює різні види соціальної активності, спрямовані на збереження здоров'я та забезпечення його максимальної тривалості. Особливості структури здорового способу життя визначаються соціокультурною роллю особистості, яка тісно пов'язана з її духовним розвитком [3, с. 11].

При характеристиці здорового способу життя Даниленко та Батир відзначають, на ставлення до здоров'я впливають особистісні властивості:

- 1) система відносин, яка впливає на риси особистості, її мотиви, потреби, інтереси, емоційність та ставлення до здоров'я;
- 2) психологічна стійкість, що є показником якості особистості. Її основні аспекти — врівноваженість, стабільність та опірність;
- 3) спрямованість особистості — інтегральна характеристика, яка узагальнює її цінність та створює систему цілей, мотивів, потреб, інтересів, переконань і установок, що застосовують поведінку та діяльність людини;
- 4) ефективність — це усвідомлена здатність долати конкретні ситуації, які залежать від оцінки власної ефективності;
- 5) локус контролю — показник ставлення особистості до відповідальності [19, с. 506].

А. Проценко, Д. Гарбар при аналізі досліджень останніх років виділяють наступні компоненти здоров'язберігаючої компетентності:

- аксіологічний компонент — ключовий елемент здоров'язберігаючих компетентностей, який формує ціннісні орієнтири та ставлення до здоров'я;
- мотиваційний компонент — важливий елемент, що стимулює активний спосіб життя та регулярну рухову активність, охоплюючи соціальні, здоров'язберігаючі, естетичні та інші аспекти;
- комунікативний компонент — забезпечує ефективну та комфортну взаємодію з оточуванням і соціумом;
- інформаційно-когнітивний компонент — включає здобуття та передачу знань, розуміння основ збереження здоров'я та їх впровадження в педагогічну діяльність;
- психофізіологічний компонент — забезпечує усвідомлення взаємозв'язку між фізичною активністю та психічним станом, а також врахування індивідуальних особливостей для забезпечення гармонійного фізичного та психологічного розвитку;

- фізкультурно-оздоровчий компонент – спрямований на впровадження систематичних фізичних вправ для зміцнення організму та профілактики хвороб;
- культурологічний компонент – важлива складова, яка акцентує увагу на значущих культурних традиціях і цінностях у формуванні фізичного здоров'я та активного способу життя [64, с. 165].

Відповідно з дослідженнями Г. Коссак та М. Кравціва, знання про здоровий спосіб життя формуються під впливом найближчого соціального оточення та систематичного навчання. Рівень усвідомлення важливості цих знань для підтримання власного здоров'я та способу життя залежить від того, наскільки людина застосовує отримані знання на практиці. Спосіб життя збільшенням мотивів навчальної діяльності, індивідуальною та соціальною поведінкою, а також задоволенням матеріальних і функціональних та духовних потреб [40, с. 199].

В.Ч. Купчишина вважає, що психічне здоров'я значною мірою залежить від здорового способу життя, зокрема фізичної активності, збалансованого харчування, гармонійних побутових стосунків та дотримання правил виведення шкідливих речовин із речовин. Воно є відображенням соціального, емоційного та духовного благополуччя, а також виступає як ресурс, умови та передумова для задоволення життєвих потреб і досягнення поставлених цілей. Люди з позитивним мисленням, чіткими життєвими цілями, які не спілкуються до постійних сумнівів, тривог і песимізму, мають більше шансів зберегти як фізичне, так і психічне здоров'я [43, с. 165].

Д. Левченко зазначає, що формування здорового способу життя починається зі створення корисних звичок. Важливу роль у зміні поведінки відіграють психологічні чинники. Існує тісний зв'язок між станом здоров'я, функціональними можливостями організму та поведінкою людини. У сучасному суспільстві помітна тенденція до того, що навіть люди, які не страждають на хронічні захворювання, часто наражають своє здоров'я на ризик через деструктивну поведінку [47, с. 81].

Н. Поліщук підкреслює, що навички збереження здоров'я формуються за допомогою різних підходів. Це включає впровадження технологій здоров'язберігаючої освіти для розвитку відповідних умінь. Необхідно забезпечити засвоєння знань, формування позитивних установок і цінностей щодо збереження здоров'я та ведення здорового способу життя. Важливо також стимулювати активну діяльність, спрямовану на освоєння принципів здорового способу життя. Для цього доцільно проводити спеціалізовані курси, які підвищують рівень санітарної грамотності, поглиблюють знання про здоровий спосіб життя та допомагають набутти практичні навички вирішення проблем, пов'язаних із охороною здоров'я [63, с. 261].

О. Войчишин та А. Руденок у своїх дослідженнях відзначають, що самозбереження та підтримка здоров'я залежать від впливу таких чинників, як досвід зіткнення зі смертю та ставлення до тривалості життя. Здоровий спосіб життя формується через усвідомлені дії людей. Від відповідального ставлення до себе, свого здоров'я, здоров'я інших, рівня гігієнічної культури, а також від життєвих цілей, цінностей і конкретних дій щодо підтримки здоров'я залежить, чи буде людина регулярно дотримуватися принципів здорового способу життя. Вирішальне значення має мотивація та особистий розвиток індивідуальних здібностей [12, с. 134].

М. Осадець та А. Королянчук у своєму дослідженні визначили такі чинники, що впливають на формування здорового способу життя: збереження фізичного здоров'я; підтримка психічного благополуччя; сприяння особистісному самовдосконаленню; розвиток соціальних умінь; формування позитивного ставлення до життєвих цінностей [57, с. 179].

Оскільки збалансоване харчування є важливою складовою здорового способу життя, у дослідженні також було проаналізовано сучасні психологічні аспекти розладів харчової поведінки. Вивчення проблемної харчової поведінки з такого підходу дозволяє глибше зрозуміти суть проблеми, адже харчова поведінка значною мірою визначається суб'єктивними мотивами людини та залежить від особливостей її базової

структури. Важливим є врахування суб'єктивного досвіду, особистісного значення символічних моделей (суб'єктивного дискурсу), які впливають на поведінку та регулюють її [74, с. 229].

В. Шебанова, досліджуючи проблемну харчову поведінку, враховувала не лише взаємозв'язок між внутрішніми та зовнішніми чинниками, але й життєвий контекст конкретної людини. Іншими словами, застосування феноменологічного підходу дає змогу дослідити унікальність проявів харчової поведінки індивіда, а також зрозуміти причини певних відхилень. Це включає як свідомі, так і несвідомі аспекти, що проявляються в поведінці, які можна глибше дослідити для визначення шляхів розв'язання проблеми [74, с. 229].

1. Розлади харчової поведінки – це серйозні психологічні проблеми, які проявляються у порушеннях споживання їжі. Вони можуть включати різке обмеження їжі, переїдання, що супроводжується викликанною блювотою, або виснаження через надмірні фізичні навантаження [67, с. 82].

2. Соціальна значущість проблеми харчових розладів і їх психологічної корекції обумовлена низкою факторів. Згідно з даними ВООЗ, рівень ожиріння у світі постійно зростає, а розлади харчової поведінки демонструють найвищі показники смертності серед психічних захворювань. До того ж харчова поведінка значно впливає на якість життя людини. Тому розробка науково обґрунтованих методик збереження здоров'я є однією з ключових задач сучасної науки [67, с. 82].

3. М. Рудич визначає харчову поведінку як ціннісне ставлення до їжі та її споживання, харчові стереотипи в повсякденному житті й у стресових ситуаціях, а також дії, спрямовані на формування образу власного тіла та соціальні взаємодії, що впливають на цей процес. Іншими словами, харчова поведінка охоплює унікальні харчові установки, звички, поведінкові патерни та емоції кожної людини. Вона може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (відхиленою) залежно від ряду параметрів, таких як місце харчування в ієрархії цінностей людини, а також кількісні та

якісні характеристики харчування. Значний вплив на формування харчових стереотипів, особливо в періоди стресу, мають етнокультурні та соціальні чинники [67, с. 82].

Таким чином в поглядах науковців можна виділити два основних підходи до визначення змісту поняття «здоровий спосіб життя», де вчені (Р. Батир, Н. Волошко, Н. Даниленко, І. Карпюк, Т. Кириченко, А. Королянчук, Ч. Купчишина, Т. Обезюк, М. Осадець, С. Седашева) розглядають здоровий спосіб життя глобально, тобто як форми людської життєдіяльності (соціальні, фізичні, психічні та духовні), приведені у відповідність із гігієнічними вимогами життєдіяльності особистості. Згідно з другим підходом автори (О. Бацилєва, Р. Березовська, І. Гресько, О. Кабацька, Л. Перція, І. Пузь, А. Свергун, В. Шуба) зазначають, що ставлення особи до свого здоров'я відбувається на таких рівнях: ціннісно-мотиваційному; когнітивному; поведінковому; емоційному. Ці вчені визначають здоровий спосіб життя, як спосіб біосоціальної діяльності людини, котрий безпосередньо зміцнює її здоров'я.

Отже, можна зробити висновок, що у період воєнного стану в Україні ведення здорового способу життя є надзвичайно важливою складовою існування зрілої особистості, яка прагне підтримувати оптимальну життєдіяльність у складних умовах. Життєдіяльність людини має забезпечуватися через гармонійне функціонування різних аспектів її здоров'я. Формування фізичної, психологічної, соціальної та духовної складових здоров'я сприймається як багатовимірна система, що сприяє усвідомленню необхідності здорового способу життя. Таким чином, здоровий спосіб життя – це свідомий підхід зрілої особистості до зміцнення здоров'я, який досягається через інтеграцію всіх складових, що впливають на благополуччя людини.

1.2 Особливості формування здорового способу життя в осіб зрілого віку

Одним із ключових аспектів психології здоров'я є питання «ставлення особистості до здоров'я». Люди, які дотримуються здорового способу життя, свідомо виконують правила його впровадження, що особливо важливо для осіб зрілого віку. Перція Л. В. виділяє три основні групи факторів, що впливають на формування здорового способу життя:

1. Незалежні фактори, що поділяються на:
 - 1.1. Демографічні змінні: вік; стать; соціальні класи.
 - 1.2. Когнітивні фактори: уявлення про здоров'я; сприйняття ризику; контроль.
 - 1.3. Соціальні фактори, що поділяються на: сім'я; соціальна підтримка; професійне оточення.
 - 1.4. Сприятливі фактори, що розділяються на: емоційні патерни; підтримуючі диспозиції; поведінкові патерни.
2. Передавальні фактори, що включають:
 - 2.1. Види поведінки, які є безпечними для здоров'я.
 - 2.2. Вживання та зловживання речовинами.
 - 2.3. Подолання труднощів.
 - 2.4. Підтримки здоров'я та дотримання правил здорової поведінки.
3. Мотиватори, що поділяються на:
 - 3.1. Стресори.
 - 3.2. Існування підчас хвороби [61, с. 93].

Крім вище зазначених факторів Л. Перція зазначає, що ставлення особи до свого здоров'я відбувається на таких рівнях:

- ціннісно-мотиваційному — значимість здоров'я в ієрархії цінностей особистості, наявність мотивації стосовно зміцнення свого здоров'я.

- когнітивному – інформованість зрілої особистості у сфері здоров'я, знання основних факторів, які впливають на здоров'я;
- поведінковому – відповідальність особистості за свої дії, стосовно вимог здорового способу життя;
- емоційному – оптимальний рівень занепокоєння по відношенню до здоров'я, вміння насолоджуватися станом здоров'я [61, с. 92].

Спосіб життя людини включає звичний розпорядок дня, який впливає на її фізичне та психічне здоров'я. Основними складовими здорового способу життя є:

- збалансоване харчування, що забезпечує організм необхідними поживними речовинами;
- достатній сон, який сприяє відновленню сил і нормальному функціонуванню організму;
- регулярна фізична активність, яка підтримує загальний тонус і профілактує захворювання;
- підтримка оптимальної ваги, що мінімізує ризик розвитку хронічних хвороб;
- відмова від паління та алкоголю, які мають руйнівний вплив на організм.

Дотримання здорового способу життя є важливим фактором для збереження і покращення здоров'я, тоді як нездорові звички збільшують ризик виникнення різноманітних захворювань [71, с. 186].

А. Л. Патрао, М. да Консейсау Алмейда, Ш. М. Алвім Матос, М. Л. Акіно та Д. Чор Institute of Collective Health, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil провели дослідження соціально-когнітивних факторів. У ході цього дослідження було встановлено, що позитивне уявлення про стан свого здоров'я (як хороше або дуже хороше) пов'язане із дотриманням здорового способу життя. Також було виявлено, що вищий рівень освіти сприяє формуванню здорової поведінки, зокрема у сфері харчування, фізичної активності та відмови від шкідливих звичок. Когнітивні здібності, які

забезпечують здатність глибше розуміти інформацію про здоров'я, відіграють важливу роль у формуванні свідомого ставлення до свого способу життя [84].

Н. Литовченко описує ключові компоненти здорового способу життя, які спрямовані на збереження здоров'я у зрілому віці, узагальнемо ці ідеї:

1. Уникати несприятливих умов життя: це може включати небезпечне
2. екологічне середовище, стресові ситуації або роботу в умовах, що загрожують здоров'ю.
3. Фізична активність: регулярні фізичні вправи чи активність (наприклад, прогулянки, ранкова зарядка або легкий спорт) зміцнюють здоров'я, покращують роботу серцево-судинної системи та знижують ризик захворювань.
4. Організовувати відпочинок: важливо виділяти час для відпочинку, який дозволяє відновити сили, уникнути перевтоми та зберегти емоційну рівновагу. Це включає не тільки сон, але й хобі, спілкування з природою тощо.
5. Уникнення деструктивних стосунків: токсичні стосунки можуть спричиняти стрес і негативно впливати на психічне здоров'я. Варто оточувати себе людьми, які підтримують і надихають.
6. Позбавлення шкідливих звичок: відмова від вживання алкоголю, наркотичних речовин та куріння суттєво знижує ризик серйозних хвороб і продовжує тривалість життя.
7. Уникнення фізичних, моральних і розумових перевантажень: баланс у роботі, відпочинку та особистому житті дозволяє уникнути вигорання й підтримувати фізичне та психологічне здоров'я.
8. Дотримання цих принципів створює фундамент для тривалого і якісного життя [6, с. 21].

М. Дворник, Б. Лазоренко, Т. Ларіна, Г. Громова, Н. Погорільська, В. Савінов, Ю. Гундертейло та Ю. Гундертайло вивчали особливості

формування здорового способу життя у людей зрілого віку в умовах воєнного часу. Це розглядалося як свідоме та відповідальне ставлення до власного здоров'я з метою його збереження та запобігання погіршенню. Дослідники обґрунтували стратегічний підхід до збереження, відновлення та формування ЗСЖ. Формування здорового способу життя у зрілої особистості, яка переживає війну, відбувається під впливом гострого або тривалого стресу, травми чи кризи [23, с. 84].

Існує сім аспектів здорового способу життя та самодопомоги особам зрілого віку, розроблених нейробіологом Деном Сігелем, який назвав їх «Тарілка психічного здоров'я», порівнюючи її з «Тарілкою здорового харчування» ВООЗ:

1. Здоровий сон – під час сну травматичні спогади переробляються в довгострокову пам'ять. Тому, якщо сон порушується, необхідно регулярно практикувати гігієну сну: дотримування режиму сну та увага до відпочинку та комфорту. У більшості випадків така гігієна сну працює. Якщо нічого не допомагає, варто звертатися за допомогою, де експерти підбирають спеціальні протоколи для подолання безсоння.

2. Фізична активність – розбудіть тіло. Деякі дослідження показують, що аеробні вправи мають приблизно такий же вплив на депресію, як і антидепресанти. Довгі прогулянки також корисні.

3. Соціальна діяльність – допоможе справитися з хворобою легше, якщо поруч буде підтримка.

4. Час усвідомленості – час для себе. Майндфулнес — це програма медитації, заснована на дослідженнях, без релігійного підґрунтя.

5. Веселощі — це ресурс, яким здебільшого зрілі особистості не користуються під час кризи.

6. Фокусування – повернення контроль над своїм життям. Рутини і зосередженість допомагають під час роботи чи навчання.

7. Прокрастинація – відпускання своїх думок. Ключовим аспектом якого є дозвіл сумувати [6, с. 47].

Дослідження, проведені польськими вченими з департаменту освіти та комунікацій Національного інституту громадського здоров'я (NIH), показали, що люди з нижчим рівнем освіти та молодь частіше стикаються з труднощами у дотриманні здорового харчування, ніж люди з вищим рівнем освіти та старшого віку. Низький рівень освіти пов'язаний із браком знань про харчування. Це включає відсутність інформації про сучасні дієтичні рекомендації, практичні кроки для впровадження принципів здорового способу життя, а також усвідомлення переваг здорового харчування. Інші дослідники також визначили недостатність знань про харчування як один із ключових факторів, що ускладнює дотримання принципів здорового харчування [79].

Згідно з дослідженням Т. Бучко та Г. Побокіна, формування здорового способу життя ґрунтується на принципі особистої відповідальності за власне здоров'я, а також гармонії з навколишнім середовищем і власним тілом. Важливою складовою є здатність людини створювати оптимальні умови для життя та адаптуватися до негативних впливів довкілля. Основні елементи здорового способу життя включають збалансоване харчування, регулярну фізичну активність, дотримання режиму праці та відпочинку, спілкування з природою та уникнення надмірного споживання [8, с. 16].

Окрім знань про основи здорового способу життя, не менш важливо розуміти принципи збалансованого харчування. У сучасному світі інформаційних технологій та соціальних мереж існує ризик дезінформації, адже часто інформація, поширена у соціальних медіа, значно відрізняється від науково обґрунтованих даних. Це підкреслює необхідність критичного підходу до отримання інформації, зокрема у питаннях здоров'я.

С. Седашева виділяє низку критеріїв, які впливають на формування мотивації до ведення здорового способу життя. Формування мотиву до фізичного здоров'я здійснюється на таких рівнях:

- 1) фізичний рівень: прагнення до фізіологічної досконалості, усвідомлення здоров'я як однієї з найвищих соціальних цінностей. Сюди

також належать правильне харчування, фізична активність, загартованість організму, дотримання правил особистої гігієни, режиму харчування та сну;

2) психічний рівень: розвиток адекватної самооцінки, формування психічних процесів, здатність до саморегуляції, а також уникнення шкідливих звичок;

3) духовний рівень: виховання працелюбності, гармонія морально-духовних цінностей, здатність сприймати й цінувати красу навколишнього світу;

4) соціальний рівень: активна комунікація, громадянська відповідальність, доброзичливість, а також уміння досягати саморегуляції, самоактуалізації та самовиховання [69, с. 355].

Таким чином, мотивація до здорового способу життя формується всебічно, охоплюючи фізичний, психічний, духовний та соціальний аспекти, що забезпечує гармонійний розвиток особистості.

Польські вчені Домославська-Жилінська К., Лопатек М., Сугай Л. та Крисінська-Пісарек М. з департаменту освіти та комунікацій Національного інституту громадського здоров'я виділили три основні фактори, які впливають на формування здорових звичок на основі дослідження бар'єрів для дотримання здорового харчування та рекомендованої фізичної активності:

– фінансовий аспект: відіграє вирішальну роль у виборі продуктів харчування, визначенні якості раціону та впливі на продовольчу безпеку. Обмежені фінансові можливості часто стають бар'єром для доступу до здорової їжі;

– дефіцит часу: є суттєвою перешкодою для здорового харчування, особливо серед людей, які працюють понад 40 годин на тиждень. Це пов'язано зі зниженим споживанням овочів та підвищеним споживанням фастфуду. Аналогічно, брак часу (реальний чи уявний) стає перешкодою для фізичної активності через пріоритетність інших обов'язків;

– відсутність мотивації: впливає як на здорове харчування, так і на фізичну активність. Дослідження також показали, що зовнішня мотивація, зокрема регулярний контакт з експертом, позитивно сприяє підтримці здорових звичок і зміцненню здоров'я [79].

Одним із важливих факторів дотримання здорового способу життя є можливість приділяти цьому достатньо часу. Рандомізоване контрольоване дослідження, проведене Фінським інститутом гігієни, показало, що позитивні зміни у способі життя переважно спостерігались у працівників, які мали менш щільний графік, меншу кількість дублюючих завдань або менш напружений характер роботи. Отримані результати свідчать про те, що для успішного впровадження та дотримання здорового способу життя працівники потребують достатнього часу та додаткових ресурсів. Це є особливо важливим у контексті програм, організованих роботодавцями, які спрямовані на покращення способу життя. Дані дослідження узгоджуються з попередніми висновками, які підкреслюють значення особистих ресурсів, таких як вільний час, для реалізації змін у способі життя [102].

Берковіц Л., Матео К., Салазар К., Саміт Б., Сара Д. дослідники Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica та Інституту старіння, Університету Вісконсіна-Медісон базуючись на двох незалежних когортах, одній із США та іншій із Чилі, результати дослідження показали, що наявність чіткої життєвої мети позитивно корелює із дотриманням загальних моделей здорового харчування, що було підтверджено за допомогою двовимірної та багатовимірної лінійної регресії. Згідно з висновками, люди з чітким відчуттям життєвої мети мають більшу схильність робити вибір на користь здорової їжі та більш послідовно дотримуватись принципів здорового харчування. Це може бути пояснено тим, що сильне відчуття мети підвищує мотивацію піклуватися про своє здоров'я.

Крім того, результати дослідження підтверджують, що позитивні психологічні втручання можуть сприяти підсиленню відчуття життєвої мети.

Це, у свою чергу, може стати ефективним інструментом для підвищення мотивації до ведення здорового способу життя, зокрема дотримання принципів раціонального харчування. Формування та підтримка усвідомленої життєвої мети допомагає людям приймати більш свідомі рішення, що позитивно впливають на їхнє фізичне та психологічне здоров'я [85].

Виявлено, що підвищена розмитість меж між робочим і особистим життям створює труднощі для працівників у підтриманні здорового способу життя (зокрема, сну, харчування, фізичної активності та відпочинку). Наші результати стосовно впливу робочих факторів на стиль життя свідчать, що для багатьох працівників це стає причиною неможливості дотримуватися здорового способу життя [90].

На формування здорового способу життя (ЗСЖ) зрілої особистості впливає також відсутність розладів харчової поведінки, оскільки харчування є одним із ключових факторів, що визначають здоров'я людини. У своїх дослідженнях С. Шеремета, вивчаючи проблеми харчової поведінки осіб зрілого віку на основі праць українських психологів, виділила три основні напрями досліджень.

1. Перший напрям: представники, такі як Л. Бурлачук, А. Нижник, О. Мойзріст, Я. Сінельник та інші, розробляли психодіагностичні інструменти для вивчення проблем харчової поведінки.

2. Другий напрям: Л. Абсалямова, О. Вальдамірова, З. Ковальчук, Г. Ілемкова та інші досліджували психологічні аспекти порушень харчової поведінки у жінок середнього віку.

3. Третій напрям: А. Ворошиліна, Н. Капталан, Д. Кононенко, В. Шебанова та інші зосереджувалися на питаннях становлення Я-образу і формування профілю харчової поведінки (ПХП) [77, с. 210].

Одним із ключових завдань сучасної науки є вивчення особливостей харчової поведінки людини, адже психологія приділяє значну увагу забезпеченню повноцінної життєдіяльності, а також психічному та

фізичному здоров'ю. На сьогодні дослідження розладів харчової поведінки ускладнене, оскільки ці порушення часто пов'язані з органічними розладами, такими як порушення травлення, функцій мозку та розумової діяльності, моторики, серцево-судинні захворювання та інші дефіцитні стани організму [27, с. 162].

Науковці аналізують харчову поведінку через два основні підходи: органіко-психічний та психолого-соціокультурний. У рамках органіко-психічного підходу харчова поведінка розглядається як особистісна ціннісна орієнтація на продукти, яка включає щоденні харчові звички, реакції на стрес і зусилля, спрямовані на формування та корекцію власного тіла. Дослідники С. Vögele та Л. Gibson, вивчаючи вплив внутрішніх факторів на харчову поведінку, акцентували увагу на тому, що ці фактори охоплюють широкий спектр фізіологічних і психологічних аспектів [14, с. 87].

Неможливо однозначно визначити причини розладів харчової поведінки, оскільки вони є результатом складного поєднання фізіологічних, психологічних та соціальних факторів. Ці фактори взаємодіють і мають унікальні характеристики, що відрізняються у кожної людини. Тому проблема розладів харчової поведінки залишається багатогранною та складною для дослідження і розуміння [27, с. 162].

Розлади харчової поведінки охоплюють низку поширених психічних і медичних захворювань, які найчастіше досліджувалися серед жінок та окремих груп чоловіків. Ризик виникнення нервової булімії та компульсивного переїдання зростає з віком. Нервова анорексія була вперше описана сером В. Галлом як «психічний стан, що руйнує апетит», а нервову булімію з епізодами переїдання задокументували у 1979 році [49, с. 114].

За даними досліджень, ризик розвитку нервової анорексії у жінок протягом життя становить 0,5–1%, тоді як нервової булімії — 1–3%. Раніше вважалося, що серед чоловіків ці показники у десять разів нижчі, ніж серед жінок. Однак національне дослідження коморбідної патології, проведене у 2007 році, показало, що частка чоловіків із нервовою булімією значно вища,

ніж очікувалося, досягаючи майже однієї п'ятої від загальної кількості випадків [49, с. 114].

Неуточнені харчові розлади є залишковою категорією станів, які не відповідають критеріям нервової анорексії чи нервової булімії. Оцінити їх поширеність досить складно, проте приблизний рівень становить від 1% до 30% серед чоловіків і жінок. Водночас 60% усіх випадків харчових розладів припадає саме на неуточнені харчові розлади. Лише близько третини людей із нервовою анорексією та 6% із нервовою булімією проходять психологічне лікування. Більшість осіб із розладами харчової поведінки звертаються за допомогою через інші психічні захворювання. Ці розлади часто залишаються недіагностованими, оскільки лікарі рідко встановлюють такий діагноз, а пацієнти неохоче визнають свої симптоми. Зважаючи на це, психіатрам необхідно продовжувати активно розпитувати пацієнтів про можливі прояви розладів харчової поведінки, навіть якщо вони самотійно про них не повідомляють [49, с. 114].

Я. Сінельник присвятила свої дослідження особливостям і розладам харчової поведінки осіб зрілого віку, запропонувавши чітке розмежування понять «розлад» і «порушення» харчової поведінки. Вона визначає розлади харчової поведінки як відхилення в прийомі їжі, які призводять до фізіологічного та психологічного дискомфорту. Дослідниця виділяє такі розлади харчової поведінки:

- нервова булімія – постійний контроль ваги, епізоди переїдання з подальшим звільненням від їжі шляхом провокування блювання, вживання діуретиків або надмірних фізичних навантажень;
- нервова анорексія – нав'язливий страх набрати зайву вагу, що супроводжується навмисним значним зниженням маси тіла;
- психогенне (компульсивне) переїдання – періодичне надмірне вживання їжі, яке викликає почуття провини;
- аллотриофагія – вживання неїстівних речовин, таких як скло чи цвяхи;

- геофагія – спотворений апетит, проявлений у вживанні специфічних нехарчових речовин, таких як глина, земля чи крейда;
- сітофобія – відмова від прийому їжі.
- орторексія – зацікленість на здоровому харчуванні [87, с. 431].

На основі аналізу можна зробити висновки, що на формування здорового способу життя у зрілих осіб впливає значна кількість чинників, які можна узагальнити в такі категорії: демографічні змінні (вік, стать, соціальний статус), когнітивні та соціальні фактори (рівень освіти, соціальні зв'язки, підтримка), духовний аспект (життєві цінності, ставлення до духовного розвитку), емоційні та поведінкові патерни (здатність управляти емоціями, звички), мотиваційні фактори (готовність до змін, прагнення до саморозвитку), часові можливості та фінансовий аспект (доступність ресурсів для підтримки ЗСЖ).

Ключові складові здорового способу життя включають: збалансоване харчування, активну рухову діяльність, оптимальний режим дня та якісний сон, дотримання правил особистої гігієни, відмову від шкідливих звичок, психологічне здоров'я.

Особливу увагу слід приділити психологічним чинникам, які визначають ставлення особи до власного здоров'я. Вони формуються на ціннісно-мотиваційному, когнітивному, поведінковому та емоційному рівнях.

Також важливим є вплив відсутності розладів харчової поведінки на формування ЗСЖ, адже харчування є одним із найважливіших чинників здоров'я. Тому профілактика розладів харчової поведінки є необхідною складовою підтримки здорового способу життя.

1.3. Психологічні умови формування здорового способу життя в осіб зрілого віку

Турбота про власне здоров'я, як в умовах війни, так і за звичних умов, значною мірою залежить від Я-концепції особистості. Згідно з дослідженням Гресько І. М., на формування здорового способу життя впливають самооцінка, когнітивні патерни та поведінкові реакції людини, які є складовими частинами Я-концепції. Гресько І. М., спираючись на роботи Р. Берна, визначає Я-концепцію як сукупність переконань і установок особистості щодо себе та навколишнього світу. У дослідженні було виявлено, що участь у тренінгових програмах, спрямованих на розвиток позитивної Я-концепції, сприяла підвищенню рівня самооцінки. Це, в свою чергу, позитивно вплинуло на ставлення учасників до себе та свого здоров'я, підвищивши їхню відповідальність не лише за психологічне благополуччя, а й за фізичне здоров'я. Таким чином, розвиток позитивної Я-концепції є важливим чинником у формуванні усвідомленого ставлення до власного здоров'я та відповідальності за нього [16, с. 51].

З психологічної точки зору, здоровий спосіб життя розуміється через внутрішнє уявлення про власний фізичний стан. Седашева С. підкреслює, що мотивація до здорового способу життя є системою цінностей і внутрішніх спонукаючих факторів, які сприяють зміцненню здоров'я. Це бажання зберегти та покращити свій фізіологічний і психологічний потенціал через дотримання правил здорового способу життя. Мотивація до здорового способу життя формується тоді, коли у людини є певний набір цінностей, що відповідають її потребам. Мотив вести здоровий спосіб життя є похідним від біологічної потреби самозбереження. Задоволення потреби бути здоровим спрямовує людину на зміцнення здоров'я, стаючи потужною силою для формування здорового способу життя [69, с. 354].

Вчені Медичного коледжу Університету штату Флорида А. Терраччано А.Сутін., М. Лучетті, Я. Стефан провели дослідження, яке досліджує відчуття

мети в житті, мотивацію та перешкоди для фізичної активності. У ході дослідження вони виявили, що високий рівень цілісності в житті був пов'язаний із більшою залученістю до фізичної активності та меншою сидячою поведінкою. Це дослідження вносить значний вклад у розвиток процесно-орієнтованих моделей цілей у житті, які пояснюють, як наявність мети сприяє корисній поведінці, що в свою чергу веде до покращення результатів для здоров'я, пов'язаних із цією поведінкою [98].

Дослідження, присвячене сенсу життя, яке проводили Раш К. Л., Хукер С. А., Росс К. М., виявило, що самоефективність виступає посередником між сенсом життя і фізичною активністю. Люди, які знаходять своє життя більш значущим, частіше вірять у свою здатність бути активними, що пояснює їхню вищу залученість до фізичної активності. Згідно з дослідженням А. Степто та Д. Фанкорт, люди з високими життєвими цілями, як правило, демонструють більшу фізичну активність через внутрішню мотивацію до такої поведінки, а також через цінування переваг активного способу життя [98].

Досліджуючи роботи Раяна і Дісі вчені Медичного коледжу Університету штату Флорида вчені А. Терраччано, А.Сутін, М. Лучетті, Я. Стефан досліджували мотиваційні складові теорії самодетермінації у контексті фізичної активності. Вони виокремили кілька типів мотивації, серед яких внутрішня мотивація, що базується на отриманні задоволення від процесу. Люди, які керуються внутрішньою мотивацією, займаються фізичною активністю, оскільки їм це приносить задоволення [83], [92]. Виявлена мотивація передбачає, що люди займаються фізичною активністю, оскільки цінують її користь і досягнення мети. Зовнішня мотивація обумовлена очікуваннями оточення або бажанням виглядати привабливо для інших. Інтроектівана мотивація заснована на почутті провини, яке спонукає до фізичної активності, щоб уникнути негативних емоцій. Загалом внутрішня і ідентифікована мотивації асоціюються з більш активною поведінкою, тоді

як зовнішня мотивація має зворотний зв'язок, спричиняючи менш активну участь у фізичних вправах [85], [38, с. 31].

Департамент громадської охорони здоров'я Ставангерського університету, Ставангер, Норвегія та Департамент психології Рочестерського університету, Рочестер, США, було проведено дослідження, яке дало змогу глибше зрозуміти процес ініціювання та підтримки змін способу життя. Результати показали, що зміни способу життя з більшою ймовірністю відбуваються та підтримуються, якщо цілі є не лише досяжними, але й базуються на автономній мотивації та мають внутрішню цінність. Також було встановлено, що когнітивні й поведінкові навички відіграють важливу роль у подоланні негативних емоцій. Важливим елементом є розвиток навичок самодетермінації, які допомагають складати реалістичні плани, встановлювати пріоритети та балансувати здоровий спосіб життя з повсякденними справами [86].

Вчені М. Марентес-Кастільо, І. Кастільо, І. Томас та О. Альварес у своєму дослідженні фізичної активності, здорової поведінки та їх мотиваційних корелятивів встановив, що автономна мотивація підвищується на стадії підтримки. Це свідчить про те, що люди, які просуваються від однієї стадії до іншої, поступово зміцнюють свої внутрішні причини для контролю ваги [93].

Зміцнення оптимізму та соціальної підтримки може сприяти розвитку більш здорової поведінки. Ці висновки мають значення для розробки втручань, оскільки такі психосоціальні фактори не є вродженими, а формуються протягом життя на основі набутого досвіду. Зокрема, втручання показали ефективність у посиленні цих факторів, що, у свою чергу, сприяє більш регулярному дотриманню здорових звичок, таких як фізична активність і раціональне харчування [91].

Н. Даниленко акцентує увагу на психологічних аспектах здорового способу життя (ЗСЖ), які охоплюють емоційне, інтелектуальне та духовне благополуччя, що відповідають елементам внутрішньої картини здоров'я.

Автор виділяє такі ключові психологічні фактори, які сприяють організації догляду за собою та дітьми:

- 1) психологічна зрілість – передбачає здатність до самостійності, прийняття відповідальності за власне здоров'я;
- 2) наявність ціннісних елементів здоров'я – включає формування складної, ієрархічно організованої системи мотивації, спрямованої на підтримку здорового способу життя;
- 3) уміння доглядати за собою – розглядається як здатність виконувати дії, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я;
- 4) доцільність сімейних стереотипів – сімейні традиції та культурні прототипи здоров'я і хвороби можуть сприяти або перешкоджати формуванню ЗСЖ;
- 5) інформаційна грамотність та психологічна автентичність – врахування наслідків нездорового способу життя вимагає фахового інформування про ризики, з урахуванням індивідуальних особливостей кожної людини;
- 6) позитивне та послідовне ставлення до особистого здоров'я – здоровий спосіб життя сприяє узгодженню суперечливих значень і переконань щодо власного здоров'я [21, с. 81].

Сілле Х. Севільд, дослідник Департаменту громадської охорони здоров'я Ставангерського університету (Норвегія), у своєму систематичному огляді підкреслив п'ять ключових факторів, які, базуючись на теорії самодетермінації, сприяють успішній зміні та підтримці нового способу життя. До них належать:

1. Автономні причини для зміни поведінки щодо здоров'я – внутрішня мотивація, яка спонукає до змін.
2. Навички моніторингу та регулювання поведінки – здатність самостійно відстежувати й адаптувати свою поведінку.
3. Формування нових моделей поведінки – створення нових звичок і підходів до життя.

4. Фізичні та психологічні ресурси – наявність необхідних ресурсів для реалізації змін.

5. Сприятливе середовище – підтримка з боку оточення, що допомагає у зміцненні нової поведінки [86].

Крім того, аналізуючи роботи Лазаруса, Севільд визначив подолання як сукупність когнітивних і поведінкових зусиль, спрямованих на управління стресовими ситуаціями. Особливу увагу приділено емоційним навичкам подолання, які є важливими для успішного досягнення поставлених цілей у контексті змін у способі життя. Ці висновки наголошують на важливості комплексного підходу до зміни поведінки, враховуючи як особистісні, так і зовнішні фактори [86].

Позитивні психологічні фактори є виробничими детермінантами, що сприяють формуванню поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Це підтверджується дослідженням, проведеним серед американських медсестер віком 30–55 років під керівництвом Клаудії Трудель-Фіцджеральд з Департаменту соціальних і поведінкових наук Гарвардської школи громадського здоров'я ім. Т. Чана, Жіночої лікарні Бригама та Гарвардської медичної школи. Результати дослідження показали, що вищий рівень щастя та оптимізму може сприяти підтриманню здорового способу життя протягом тривалого часу. також, підвищене психологічне благополуччя здатне мотивувати до вибору ЗСЖ навіть у жінок [96].

Герпіні Усубіні А., дослідниця Istituto Auxologico Italiano IRCCS та кафедри психології Міланського університету, вважає, що тривалість підтримки здорового способу життя частково залежить від наявності навичок саморегуляції. До таких навичок належать толерантність до стресу, чітке розуміння власних цінностей, метакогнітивне усвідомлення та поведінкова відданість. Дослідження показало, що ці навички забезпечують захисну функцію, зменшуючи вплив негативної чутливості до внутрішніх (наприклад, емоцій) і зовнішніх (наприклад, легка доступність смачної їжі в сучасному

світі) сигналів. Такі навички допомагають запобігти емоційному харчуванню, тобто живуть її у відповідь на негативні внутрішні стани [100].

Анна Герріні Усубіні, дослідниця Istituto Auxologico Italiano IRCCS та Лабораторії психологічних досліджень у Мілані, Італія, шукає когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) як трансдіагностичний підхід, що сприяє розвитку психологічної гнучкості. Ця гнучкість висока як здатність «повністю усвідомлювати сучасний момент і, враховуючи особливості, адаптувати або зберігати поведінку відповідно до обраних цінностей». Підвищення психологічної гнучкості базується на трьох основних компонентах: відкритість, усвідомленість та залученість. Відкритість забезпечує готовність до внутрішнього стану, включаючи думки та емоції, без їх уникнення. Усвідомленість означає здатність діяти цілеспрямовано, з розумінням своїх думок і відчуттів у теперішньому моменті. Залученість виникає у прагненні до здійснення дій, що відмовляються від власних цінностей, та активної участі в поведінці, яка відображає ці цінності. Таким чином, КПТ готові люди знайти баланс між прийнятими своїми внутрішніми станами та активним спрямуванням до особистих цілей [100].

Головна ідея когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) виникає в тому, що, змінюючи свою поведінку та спосіб мислення, людина може значно підвищити своє самопочуття. Цей підхід базується на припущенні, що думки, емоції та поведінка взаємопов'язані. Тому, впливаючи на один із цих компонентів, можна змінити інші. Пацієнтам КПТ усвідомити свої негативні або дисфункціональні думки, замінити їх більш адаптивними та навчитися ефективніше реагувати на життєве середовище, що сприяє зниженню психологічного стресу та покращенню загального стану [66].

Останні десятиліття питання мотивації залишаються одними із вибіркового напрямків у закордонних психологічних дослідженнях. Це зумовлено тим, що науковці вважають мотив одним із ключових чинників, які впливають на формування здорового способу життя та розвиток особистості. Водночас питанням мотивації приділяли увагу й вітчизняні

дослідники, зокрема І. Астремська та В. Заблоцький. За їхніми дослідженнями основна мотивація призначення є забезпечення максимально можливого задоволення потреб людини. Загальну мотивацію по виділенню на:

- зовнішню мотивацію: мотиви, зумовлені зовнішніми чинниками, як-от винагорода чи страх;
- внутрішню мотивацію: мотиви, пов'язані з досягненнями, особистісним зростанням, прагненням чи соціальними потребами [5, с. 56].

Вітчизняні дослідники Л. Перція, Р. Березовська, О. Бацилева, О. Кабацька, І. Пузь, В. Шуба, зазначають, що ставлення особи до свого здоров'я відбувається на таких рівнях:

1. Ціннісно-мотиваційний компонент – визначає значущість здоров'я в ієрархії цінностей особистості, а також специфіку мотивів і стимулів, які спонукають до підтримки здорового способу життя.

2. Когнітивний компонент – охоплює рівень обізнаності особистості у сфері здоров'я, знання основних чинників, що впливають на здоров'я, та формування адекватного розуміння індивідів особливостей свого фізичного та психологічного стану.

3. Поведінковий – відображає специфіку компонентів поведінки особистості, її здатність дотримуватися принципів здорового способу життя, а також усвідомлення відповідальності за свої дії в цьому контексті.

4. Емоційний компонент – характеризується оптимальним рівнем непокоєння щодо власного здоров'я, здатністю отримувати задоволення та радість від стану доброго здоров'я [61, с. 13].

В. Данилюк у своєму дослідженні формування здорового способу життя означає, що залучення людини до ЗСЖ має початися із формування в її мотивації до збереження та покращення здоров'я. Інтерес до власного здоров'я та його зміцнення має стати ключовим мотиваційним чинником, який стимулює людину до формування, коригування та контролю свого

способу життя. Таким чином, здоров'я має бути сприйняте як одну з найвищих цінностей, що впливає на поведінкові установки ЗСЖ [22, с. 163].

Г. Бигар та І. Пастушок виділяють наступні критерії формування позитивної мотивації здорового способу є:

1. Фізичне здоров'я:
 - загальна фізична працездатність;
 - зміцнення організму;
 - повноцінне харчування;
 - фізична активність
2. Психічне здоров'я:
 - розвиток психічних процесів;
 - саморегуляція;
 - відсутність стресів.
3. Морально-духовне здоров'я:
 - узгодження морально-духовних цінностей;
 - позитивні ідеали;
 - почуття прекрасного.
4. Соціальне здоров'я:
 - комунікативність;
 - відповідальне ставлення до інших людей;
 - усвідомлення громадянської відповідальності за наслідки нездорового способу життя;
 - саморегуляція [60, с. 146].

Однією з найбільш суттєвих причин погіршення здоров'я, яка впливає на умови формування здорового способу життя у осіб зрілого віку, є розлади харчової поведінки (РХП). Ці розлади демонструють тісний зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям людини. Як зазначає Є. Бойко, РХП належать до тяжких психічних станів, які характеризуються високим ризиком розвитку фізіологічних, біологічних, психічних і соціальних

ускладнень. Більше того, серед усіх психічних розладів саме розлади харчової поведінки мають найвищий рівень смертності. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до їх профілактики та лікування, а також важливість формування здорових харчових звичок як частини здорового способу життя [5, с. 15].

Харчова поведінка як сукупність установок, форм поведінки, звичок і емоцій, пов'язаних із прийомом їжі. Вона є індивідуальною для кожної людини і може варіюватися від гармонійної (адекватної) до девіантної (відхиленої). Тип харчової поведінки залежить від багатьох чинників, включаючи те, яке значення надається харчуванню в житті особи [15, с. 67].

Розлади харчової поведінки являють собою комплекс симптомів, що виникають через взаємодію психологічних і фізіологічних чинників, підсилені впливом соціального середовища. До причин, які можуть сприяти розвитку таких розладів, належать фізіологічні зміни під час дорослішання, проблеми у відносинах у дисфункціональних сім'ях, особливості сімейних харчових традицій, генетично обумовлені особливості будови тіла, незадоволення власною вагою і зовнішністю, низька самооцінка, підвищений рівень тривожності, перфекціонізм, прагнення відповідати суспільним ідеалам, труднощі у стосунках і критика з боку значущих людей [15, с. 67].

Харчова поведінка включає ціннісно-орієнтоване ставлення до їжі, орієнтоване на цінності, процес споживання їжі, а також закріплені харчові стереотипи, які проявляються як у звичайному житті, так і під час стресу. Вона базується на сприйнятті власного тіла та особистій активності [55, с. 204]. Харчова поведінка охоплює ставлення до їжі, процес споживання, харчові стереотипи як у звичайних умовах, так і в стресових ситуаціях. Вона включає установки, звички, поведінкові моделі та емоції, пов'язані з їжею [10, с. 198].

Розглядаючи психологічні фактори, що впливають на харчові звички та формування смакових переваг особистості, слід зазначити, що одним із важливих чинників погіршення самопочуття є порушення режиму

харчування та зниження його якості. Дефіцит або надлишок мінералів і вітамінів часто стають причиною різних захворювань і патологічних станів, що негативно впливають як на фізичний, так і на психічний розвиток людини. Зважаючи на це, профілактика та корекція порушень харчування у дошкільному віці відіграють ключову роль у соціальній гігієні. Важливо враховувати, що харчування є не лише фізіологічним процесом, але й має соціальний і культурний вимір, тому раціональна організація харчування має велике значення [55, с. 204]. Хронічний стрес виступає важливим фактором ризику розвитку різноманітних психологічних порушень, зокрема тих, що пов'язані з харчовими розладами [88, с. 118].

Серед психологічних детермінант, які сприяють виникненню розладів харчової поведінки, важливе місце займає поняття «образ тіла». Воно використовується для опису суб'єктивного сприйняття людиною свого тіла як частини власного "Я" та здатності усвідомлювати його межі [48, с. 73]. Питання стандартів краси та ідеальних параметрів тіла завжди викликало суперечки, оскільки вимоги до зовнішності постійно змінюються. Часто, прагнучи відповідати модним тенденціям, наприклад, виглядати привабливо чи нагадувати відомих «зірок», люди стикаються з труднощами у подоланні власних комплексів і зміні способу життя без шкоди для здоров'я. Наукові дослідження свідчать, що однією з основних причин розвитку харчових розладів є незадоволеність своїм тілом, що включає значний психологічний компонент [55, с. 204].

В. Грицюк досліджує проблеми харчової адикції, акцентуючи увагу на тому, що думки харчового адикта переважно спрямовані на задоволення адиктивних бажань, що викликає у них почуття емоційного збудження, піднесення або розслаблення. Така харчова поведінка створює ілюзію вирішення проблем і подолання стресу шляхом уникнення реальної дійсності. В рамках харчової поведінки виділяють три основні типи розладів: екстернальна (залежність від зовнішніх стимулів), емоціогенна (викликана

емоційними станами) та обмежувальна (пов'язана з контролем над споживанням їжі) [18, с. 117].

Нервова анорексія характеризується свідомим і наполегливим прагненням до зниження маси тіла, що часто супроводжується переконанням у надмірній вазі, навіть за її відсутності. Це призводить до значного обмеження харчування, серйозного виснаження організму (кахексії) і може мати потенційно летальні наслідки [76, с. 28].

Нервова булімія — це розлад харчової поведінки, що проявляється регулярними епізодами неконтрольованого переїдання, які супроводжуються спробами позбутися з'їденого через "очищення" організму. Це може включати індукцію блювоти, використання проносних чи сечогінних засобів або надмірні фізичні вправи. Найчастіше цей розлад зустрічається серед жінок, які надмірно занепокоєні своєю вагою та зовнішнім виглядом [76, с. 29].

Л. Крат і Я. Гошовський досліджували нервову булімію та виявили, що її формуванню сприяють певні психологічні чинники. До них належать низька самооцінка, тривога щодо зовнішнього вигляду й ваги, а також травматичний досвід чи насильство в минулому. У дорослих осіб, які страждають на розлади харчової поведінки, часто спостерігаються труднощі в управлінні емоціями, через що прийом їжі стає способом емоційної розрядки [41, с. 142].

Компульсивне переїдання є одним із найпоширеніших розладів харчової поведінки, що характеризується епізодами неконтрольованого або частково неконтрольованого споживання їжі, які часто призводять до надмірної ваги. Серед основних психологічних чинників цього розладу виділяють емоціогенну харчову поведінку, яка спрямована на зниження емоційного дискомфорту. Такий дискомфорт може проявлятися у вигляді неспокою, тривожності чи дратівливості. Загалом, психологічні причини порушення харчової поведінки у зрілих людей включають високий рівень

стресової чутливості, тривожність, невпевненість у собі та проблеми із формуванням і сприйняттям власної "Я-концепції" [39, с. 93].

Нервовою орторексія – це розлад харчової поведінки, що характеризується розділенням продуктів на «екологічно чисті продукти» і «брудні». Це дихотомічна когнітивна помилка магічного мислення, яка є основою для розвитку патології. Такі думки проявляються у вигляді бажання «очистити» організм за допомогою «чистої їжі», виключення з раціону цілих груп продуктів (м'яса, молочних продуктів, продуктів термічної обробки тощо), дієта, розрахунок добової потреби в калоріях і поживних речовинах, ритуальне початкове складання меню [44, с. 262]. Основна ідея нервової орторексії полягає в одержимості якістю споживаної їжі, а не її кількістю, як це спостерігається при анорексії. Проте останні дослідження вказують, що головною метою цього розладу залишається втрата ваги. «Чисте харчування» у таких випадках виступає лише інструментом для досягнення цієї мети, а не самодостатньою цінністю [81].

Термін «орторексія» походить від двох грецьких слів: *ortho* – «правильний» і *orexi* – «апетит». Його запропонував Стівен Бреттман у 1977 році для позначення деструктивної харчової поведінки, яка характеризується патологічною одержимістю здоровим харчуванням [44, с. 263].

Серед психологічних чинників, що сприяють формуванню нервової орторексії, можна виділити: схильність до obsесивно-компульсивного розладу, що проявляється нав'язливими думками про здоров'я та їжу, надмірну тривожність, незадоволення власним тілом, жорстку інтерналізацію соціокультурних норм щодо зовнішнього вигляду, ненадійний тип прив'язаності та схильність до надмірного перфекціонізму [25, с. 21]. Окрім цього, деякі дослідження припускають, що орторексія може бути одним із проявів стресу. У зв'язку з цим вчені намагаються вивчити роль культурних факторів у виникненні цього розладу. Зокрема, у дослідженні А. Cheshire, М. Berry, А. Fixsen (2020) аналізується вплив соціокультурного контексту на формування харчової поведінки та розвиток орторексії [80].

До груп ризику щодо розвитку нервової орторексії належать спортсмени, дієтологи, йоги, медичні працівники, особи з високим рівнем доходів, які побоюються хронічних або невиліковних хвороб, а також активні користувачі соціальних мереж, зокрема Instagram. Питання етіології нервової орторексії залишається одним із найгостріших у сучасних наукових дискусіях, зокрема щодо меж між здоровим прагненням до правильного харчування та розвитком патологічної форми цього стану. Водночас дослідники прагнуть з'ясувати, чи слід розглядати орторексію як окреме захворювання або як культурний феномен, пов'язаний із індивідуальним стресом [44, с. 263]. Для формування здорового способу життя було вирішено застосувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), оскільки підходи самодопомоги є менш інтенсивними втручаннями. Останні дослідження підтвердили ефективність самодопомоги під керівництвом КПТ у лікуванні окремих форм і конкретних розладів харчової поведінки [89]. А також тому, що за результатами багатьох досліджень когнітивно-поведінкова терапія являється дуже ефективною при РХП [78], [82], [83], [58]. Харчова поведінка (ХП) відіграє важливу роль у регуляції процесу харчування. У людей із розладами харчової поведінки часто спостерігаються фізичні ускладнення, супутні психічні та поведінкові порушення, психологічні труднощі, а також низький рівень психосоціального функціонування [58, с. 187].

Отже, можна зробити висновок, що мотивація до здорового способу життя є системою цінностей та внутрішніх спонукальних чинників, спрямованих на зміцнення здоров'я. Згідно з дослідженнями вітчизняних науковців, ставлення особистості до власного здоров'я формується на ціннісно-мотиваційному, когнітивному, поведінковому та емоційному рівнях. У результаті аналізу психічних умов формування здорового способу життя до основних детермінант було вирішено включити відсутність розладів харчової поведінки та їх профілактику.

Висновки до першого розділу

Таким чином, можна стверджувати, що дослідження мотивації до здорового способу життя набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану в Україні. Ведення здорового способу життя є надзвичайно важливою складовою життя як окремої зрілої особистості, так і суспільства загалом. Життєдіяльність людини має забезпечуватися в єдності біологічних, психологічних і соціальних аспектів, які розглядаються як комплексна система, що спрямована на усвідомлення важливості ведення здорового способу життя.

Збереження та покращення здоров'я особистості, а також формування мотивації до здорового способу життя є цілісним та комплексним процесом, який поєднує наукові підходи та практичні аспекти. Це гармонійне поєднання різних чинників: фізичних, духовно-моральних, соціальних і психологічних, сприяє розвитку особистості та формуванню здорового способу життя.

Формування мотивації до здорового способу життя можна розглядати як систему цінностей і внутрішніх спонукальних чинників, спрямованих на зміцнення здоров'я. Основою для цього можуть слугувати теорія самодетермінації, яка охоплює внутрішню, ідентифіковану, зовнішню та інтроектовану мотивації, а також структурні компоненти ціннісного ставлення до здоров'я: ціннісно-мотиваційний, когнітивний, поведінковий і емоційний рівні.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні особливостей формування мотиваційного компоненту здорового способу життя у зрілих осіб, що дозволить розробляти ефективні програми підтримки їхнього здоров'я та соціального благополуччя.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТІВ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

2.1. Організація і методи дослідження впливу психологічних детермінантів на формування здорового способу життя

Завданням цього етапу було організувати та провести комплексне дослідження, спрямоване на вивчення рівня мотивації до здорового способу життя серед осіб старшого віку. Метою дослідження було з'ясувати чинники, що впливають на мотивацію до ведення здорового способу життя, а також визначити рівень обізнаності учасників щодо позитивного впливу здорових звичок на загальний стан здоров'я. На основі отриманих даних планувалося розробити та впровадити тренінг, спрямований на підвищення мотивації до здорового способу життя серед представників зрілої вікової категорії. Тренінг мав включати практичні методики, які допоможуть учасникам зміцнити свою мотивацію, змінити ставлення до здоров'я та активніше впроваджувати здорові звички у повсякденне життя.

На підготовчому етапі було проведено низку важливих дій для забезпечення ефективності дослідження. Зокрема, було ретельно обрано психодіагностичні методики, які дозволяють оцінити ключові аспекти, такі як ставлення до здорового способу життя, харчова поведінка, рівень самосвідомості та здатність до саморегуляції серед учасників. Далі була сформована вибірка для дослідження, що включала учасників середнього віку, які дали свою згоду на участь у дослідженні через підписання інформованої згоди на збір даних.

Оцінка ставлення людини до власного здоров'я може здійснюватися через аналіз структурних компонентів, які формують ціннісне ставлення до здоров'я. Згідно з сучасними дослідженнями вітчизняних та зарубіжних авторів у галузі психологічних чинників, що впливають на здоровий спосіб життя, для подальшого дослідження були обрані такі ключові компоненти: когнітивний, емоційний та мотиваційно-поведінковий. Таким чином, комплексне вивчення цих трьох компонентів дозволяє отримати більш повну картину ставлення людини до власного здоров'я, а також розробити стратегії для підтримки та покращення здорового способу життя [9, с. 11].

Когнітивний компонент включає здобуття людиною систематичних знань про психологічне здоров'я, а також пізнання власних особистісних характеристик та формування позитивного ставлення до себе. Він забезпечує розвиток у явленнях якості особистості, які сприяють здоровому способу життя, а також елементів конструктивної міжособистісної взаємодії. На когнітивному рівні оцінені такі критерії, як рівень обізнаності та компетентності особистості в питаннях здоров'я, наявність знань про ключові фактори ризику для здоров'я, розуміння ролі здоров'я для якості життя, його ефективність. Важливо також оцінити, наскільки добра особистість усвідомлює здатність підтримувати своє фізичне та психологічне благополуччя та наскільки вона здатна розвивати ці знання на практиці у повному обсязі [9, с. 11].

Когнітивний компонент ставлення до здоров'я охоплює процес отримання особистістю систематичних знань про психологічне здоров'я, а також пізнання своїх особистісних характеристик і розвиток позитивного ставлення до себе. Він включає формування уявлень і понять, які вказують на важливі якості особистості та здатність до ефективної міжособистісної взаємодії в контексті здорового способу життя. На когнітивному рівні важливими критеріями є:

1. Рівень обізнаності та компетентності у сфері здоров'я — знання та усвідомлення основних аспектів фізичного та психологічного здоров'я, таких

як правильне харчування, регулярна фізична активність, емоційне благополуччя.

2. Наявність знань про основні ризики для здоров'я — усвідомлення факторів, що можуть негативно впливати на здоров'я, зокрема стрес, шкідливі звички, неправильне харчування, сидячий спосіб життя, хронічні захворювання.

3. Розуміння ролі здоров'я у житті людини — оцінка важливості фізичного і психологічного благополуччя для загальної якості життя, ефективності в повсякденних справах та довголіття.

4. Ефективність життя та довголіття — усвідомлення того, що здоров'я є основою для досягнення повноцінного, активного життя [9, с. 12].

Емоційний компонент ставлення до здоров'я базується на розумінні важливої ролі емоцій у житті людини, оскільки вони регулюють її адаптацію до зовнішніх умов і впливають на поведінкові реакції. Усвідомлення та здатність керувати своїми емоціями сприяє самопізнанню, саморозвитку і самореалізації, що є ключовими аспектами для підтримки здорового способу життя. Основні риси емоційного компонента:

1. Розуміння та аналіз власних емоцій — здатність розпізнавати свої емоційні стани, розуміти їх причини та вплив на поведінку і прийняття рішень. Це дозволяє особистості краще розуміти свої реакції на стресові ситуації та інші виклики.

2. Емпатія та сприйняття емоцій інших — здатність розуміти і переживати емоції інших людей, що сприяє гармонійним міжособистісним стосункам та полегшує взаємодію у соціальному контексті.

3. Керування емоціями — уміння контролювати свої емоційні стани, зберігати емоційну рівновагу та відновлювати стабільність у стресових ситуаціях. Це дозволяє зберігати позитивний настрій, уникати імпульсивних або негативних реакцій і підтримувати психологічне здоров'я.

4. Емоційна стабільність та регуляція — розвиток здатності підтримувати емоційну стабільність навіть у важких умовах. Цей аспект є

важливим для уникнення впливу негативних емоцій на фізичне і психічне здоров'я, зменшення стресу та профілактики психічних розладів [9, с. 11].

У тексті йдеться про мотиваційно-поведінковий рівень як важливий компонент системи здоров'язбережувальних цінностей особистості. Головні ідеї можна виділити наступним чином:

1. Висока цінність здоров'я: здоров'я розглядається як ключова складова особистісних цінностей. Це не лише фізичний стан, а й активне прагнення до його підтримання та покращення.

2. Сформованість мотивів: людина мотивована зберігати і зміцнювати здоров'я, а її поведінка відповідає принципам здорового способу життя.

3. Особиста відповідальність: індивід бере на себе відповідальність за власний вибір і дії, які впливають на здоров'я.

4. Позитивне ставлення до здоров'я: акцент на установці «бути здоровим» — це більше, ніж уникнення хвороб. Людина усвідомлює цінність життя і спрямовує зусилля на збереження як фізичного, так і психічного стану.

5. Життєві орієнтири: такий підхід допомагає глибше усвідомити цінність життя, формує навички постановки цілей [31, с.260].

У дослідженні Березовської Р.А. виділено чотири ключові компоненти ставлення до здоров'я:

- когнітивний компонент: це рівень обізнаності людини щодо здоров'я, знань про здоровий спосіб життя, а також усвідомлення впливу власної поведінки на стан здоров'я;
- афективний компонент: відображає емоційне ставлення до здоров'я, наприклад, наскільки людина відчуває позитив або задоволення від того, що підтримує здоровий спосіб життя;
- поведінковий компонент: зосереджений на діях, спрямованих на підтримку здоров'я;
- ціннісно-мотиваційний компонент: відображає місце здоров'я в системі цінностей особистості. Людина розглядає здоров'я як пріоритетну

цінність і має внутрішню мотивацію для його збереження та зміцнення. Це включає усвідомлення відповідальності за власний стан здоров'я [34, с. 17].

Для участі у дослідженні було залучено дорослих, які цікавляться здоровим способом життя та підписані на тематичні спільноти у Telegram і профілі в Instagram. Використання цих онлайн-спільнот дало можливість включивши учасників з різних міст України. Такий підхід забезпечив отримання більш рандомізоване дослідження здорового способу життя в осіб зрілого віку.

Отже, дослідницька вибірка являє собою доросле населення великих та середніх міст, причетне до культури здорового способу життя. Серед опитаних переважають представниці жіночої статі (21 особа в контрольній групі, 85 % вибірки та в експериментальній 22 особи, 88 % вибірки), що відповідає особливостям та контингенту осіб. Жінки частіше і завзятіше впроваджують здоровий спосіб життя, зокрема, активно беруть участь у діагностиці особливостей власної харчової поведінки. Методи обробки та інтерпретації даних: отримані результати психологічної діагностики узагальнено, розраховано середні тенденції та міри розподілу даних. Для порівняльного аналізу груп використано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок (при порівнянні різниці середніх оцінок).

В якості основних діагностичних методик нашого дослідження було відібрано:

- Опитувальник «Ставлення до здоров'я», автор якого Р. А. Березовська (Додаток А).
- Анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка) (Додаток Б).
- Тест ставлення до прийому їжі або Тест харчових установок, Eating Attitudes Test-26 (Додаток В).
- Нідерландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) T. Van Strien, C.P. Herman (Додаток Г).

– Римська методика дослідження орторексії (ORTO-15), спрямована виявлення пролонгованого психічного розладу, яке автори визначають як «маніакальну одержимість здоровою їжею» (Додаток Д).

Для дослідження психологічних чинників, що впливають на ставлення до здоров'я у зрілих людей, було використано опитувальник «Ставлення до здоров'я». Цей інструмент дозволив всебічно проаналізувати когнітивний, ціннісно-мотиваційний, емоційний і поведінковий компоненти ставлення до здоров'я. Завдяки опитувальнику вдалося оцінити рівень обізнаності учасників, їхні ціннісні пріоритети щодо здоров'я, емоційне ставлення до власного фізичного стану, а також практичні кроки, спрямовані на його підтримку та збереження [26, с. 266].

Ставлення особистості до здоров'я та її сприйняття навколишнього середовища, яке може як сприяти збереженню, так і загрожувати здоров'ю, формується під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, характерних для молоді. Воно ґрунтується на знаннях із гуманітарних наук, біології, а також на усвідомленні важливості збереження та зміцнення здоров'я. Це ставлення проявляється у відповідних оцінках поведінки, емоцій та самого стану здоров'я. «Система особистісних і вибіркового взаємозв'язків між індивідом і навколишнім середовищем» є чинником, який сприяє чи ускладнює прагнення до здоров'я, але й впливає на фізичний і психічний стан людини [26, с. 266].

Аналіз наукових даних показує, що ставлення до здоров'я формується в процесі онтогенетичного розвитку особистості, а трансформація цінностей відбувається на рівні їх змісту та мотиваційної складової. Р.А. Березовська зазначає, що із одним із ключових завдань сучасної психології здоров'я є розробка психологічної основи для формування у здорових людей позитивної мотивації до збереження здоров'я. Особливо сприятливим для формування правильного ставлення до здоров'я є молодий вік, коли відбувається активний розвиток ціннісно-мотиваційної сфери особистості [28, с. 177].

Водночас у зрілому неможливо лише часткове коригування цього ставлення, яке значною мірою залежить від попереднього життєвого досвіду, сформованого звичок і актуального стану здоров'я. Однак психологічні інтервенції, спрямовані на підвищення рівня усвідомлення цінності здоров'я, розвиток відповідальності за власне життя та навчання адаптивним способам подолання стресу, можуть сприяти більш позитивному переосмисленню ставлення до здоров'я.

Таким чином, комплексний підхід до формування здорового способу життя, що враховує вікові особливості та індивідуальні детермінанти особистості, є ключовим фактором у досягненні сталого позитивного результату

Ставлення людини до здоров'я протягом життя зазнає змін і трансформацій у міру набуття нового досвіду. Формування цього ставлення – це складний і багатогранний процес, що залежить від взаємодії двох груп факторів:

- зовнішніх факторів, які охоплюють соціальне середовище, в якому проживає людина, та вплив її оточення;
- внутрішніх факторів, що включають індивідуальні психофізіологічні та психологічні характеристики людини, а також стан її здоров'я. Ці фактори у комплексі визначають рівень усвідомленості та ціннісні орієнтири особи щодо збереження та підтримки свого здоров'я, впливаючи на її мотивацію до здорового способу життя [50, с. 53].

Опитувальник «Ставлення до здоров'я» складається з 10 питань. Респонденти мають можливість висловити свою думку щодо кожного твердження, обираючи один із варіантів відповіді: погоджуюся, не погоджуюся або частково погоджуюся [32, с. 75].

Відповіді учасників оцінювалися за 7-бальною шкалою, яка охоплює чотири основні системи шкал для комплексного аналізу ставлення до здоров'я:

- 1) когнітивна шкала: оцінює уявлення людини про стан її здоров'я, його роль у щоденному житті та діяльності, а також знання про фактори, які можуть впливати на здоров'я як позитивно, так і негативно;
- 2) емоційна шкала: відображає емоційні реакції та почуття, пов'язані зі здоров'ям, включно з емоційним благополуччям, яке залежить від фізичного та психічного стану особи;
- 3) поведінкова шкала: характеризує аспекти поведінки, спрямовані на підтримку здоров'я, такі як прихильність до здорового способу життя та способи реагування на зміни у самопочутті;
- 4) ціннісно-мотиваційна шкала: визначає значення здоров'я в системі цінностей особистості, мотиви для дотримання здорового способу життя та можливі фактори, які перешкоджають приділенню належної уваги власному здоров'ю [50, с. 53].

Аналіз отриманих результатів базується на ретельній обробці зібраних анкетних даних і може здійснюватися на різних рівнях:

- кожне окреме твердження аналізується індивідуально, що дозволяє глибоко вивчити специфічні аспекти відповідей респондентів на кожне поставлене запитання;
- відповіді на кожне конкретне запитання можна досліджувати в контексті всіх пов'язаних із ним тверджень, що сприяє кращому розумінню ситуації;
- групи запитань або окремі шкали можуть бути об'єктом аналізу, забезпечуючи цілісне сприйняття кожного аспекту, охопленого анкетною даного опитувальника.

Такий методичний підхід дає змогу варіювати глибину та широту аналізу залежно від цілей дослідження [50, с. 53].

Ключовим елементом в нашому дослідженні є анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» розробленої Н. І. Волошко та В. В. Рибалко. Цей метод спрямований на виявлення вашого рівня бажання, прагнення, потреби та мотивації до здорового способу життя та включає

чотири компоненти: фізичний, розумовий, соціальний та психологічний. Кожний компонент пов'язаний з мотивацією [3, с. 2], [53, с. 14], [11].

Для дослідження мотиваційних (стимулюючих) складових культури здорового способу життя зрілих людей було розроблено психодіагностичний методичний комплекс «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка). Він спрямований на вивчення переконань (бажання, прагнення, мотивація), пізнання (інформація, ідеї), програмування (наявність планів, програм для здоров'я), результатів діяльності (фактичні дії щодо збереження та зміцнення здоров'я) та оцінних емоцій (ставлення, оздоровчі програми) [11, с. 1].

Психодіагностичний методичний комплекс «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» охоплює аспекти охорони здоров'я, що спрямовані на підтримання та зміцнення різних видів здоров'я (психічного, соціального, духовного, фізичного). Зокрема, ця авторська методика дозволяє оцінити рівень культури здорового способу життя, базуючись на основних компонентах діяльнісного підходу та різних видах здоров'я, що сприяють ЗСЖ. Кожне запитання має ряд тверджень та відповідей, з якими респонденти можуть погоджуватися, не погоджуватися або частково погоджуватися. Оцінка відбувається за шкалою згоди, де учасникам пропонується визначити інтенсивність своїх потреб, бажань та прагнень у діапазоні: -5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5 (де -5 — мінімальний бал (ні, абсолютно не згоден), 5 — максимальний бал (так, абсолютно згоден)) (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка) [11, с. 2].

Метою цього анкетування на початковому етапі є вивчення результатів психодіагностичного дослідження рівня сформованості мотиваційних компонентів культури здорового способу життя. У ході роботи узагальнюються та аналізуються показники розвитку мотиваційних факторів за ключовими аспектами здорового способу життя, які сприяють підтриманню та зміцненню фізичного, психологічного, соціального й духовного здоров'я:

1. Дотримання духовних цінностей, релігійних принципів і подолання шкідливих звичок; життя, засноване на ідеалах Добра, Краси та Істини. Це передбачає прагнення до морального розвитку, самовдосконалення і гармонії як із собою, так і з навколишнім світом.

2. Раціональна організація режиму дня, яка включає належний сон, планування часу для роботи, навчання і відпочинку; забезпечення збалансованого харчування з акцентом на якісні та корисні продукти; підтримання достатнього рівня фізичної активності для збереження здоров'я, а також дотримання норм особистої гігієни. Усі ці аспекти сприяють зміцненню фізичного і психічного здоров'я, покращують працездатність і забезпечують енергійність протягом дня.

3. Підтримка психологічного благополуччя через розумну організацію праці та відпочинку, створення балансу між навчанням чи роботою і дозвіллям. Включає розробку індивідуальних підходів до роботи й навчання з урахуванням особистісних та фізіологічних особливостей. Розвиток умінь саморегуляції, інтелектуальне та творчо-освітнє зростання, а також постійне здобуття нових знань сприяють зміцненню психічного здоров'я, підвищенню стійкості до стресів і ефективності у професійній та навчальній діяльності.

4. Формування здорового соціально-психологічного клімату в колективі, яке передбачає доброзичливі взаємини та конструктивну комунікацію. Це також включає сприяння позитивній соціальній реалізації в різних сферах життя, таких як навчання, особисті досягнення і захоплення. Дотримання принципів здорових соціальних стосунків допомагає успішно адаптуватися в суспільстві, уникати небезпечних звичок і поведінки, що можуть негативно впливати на добробут як особистості [11, с. 2].

Основні емпіричні завдання нашого дослідження також включали:

- виявлення ключових компонентів феномену порушень харчової поведінки, а також аналіз їхньої специфіки та особливостей прояву як у загальному, так і в індивідуальному контексті;

- дослідження особистісних характеристик, які можуть слугувати факторами ризику розвитку психологічної залежності від їжі;
- встановлення взаємозв'язків між різними складовими харчової поведінки;
- класифікацію респондентів за рівнями вираженості порушень харчової поведінки для подальшого аналізу [33, с. 68].

Діагностика розладів харчової поведінки (РХП) є ключовим етапом у психологічній роботі, оскільки вона дає змогу своєчасно виявити деструктивні моделі, що негативно впливають як на фізичне, так і на психічне здоров'я людини. РХП часто супроводжуються спотвореним самосприйняттям, низькою самооцінкою, підвищеним рівнем тривожності, депресивними станами та іншими психологічними труднощами. Своєчасна діагностика дає можливість виявити ці проблеми та забезпечити психологічну допомогу, спрямовану на зміну негативних переконань і ставлень до тіла, харчування та власного самовідчуття.

З точки зору формування здорового способу життя, виявлення та подолання розладів харчової поведінки є важливим етапом, оскільки такі порушення можуть заважати встановленню гармонійних відносин із їжею та власним тілом. Робота з РХП сприяє формуванню позитивного ставлення до свого здоров'я, розвитку навичок усвідомленого харчування, підвищенню емоційної стійкості та вдосконаленню механізмів саморегуляції. Ці елементи складають основу здорового способу життя, який об'єднує не лише фізичну активність і збалансоване харчування, але й уміння ефективно управляти своїм психічним та емоційним станом.

Для дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки нами був створений методичний комплекс, розроблений відповідно до поставлених завдань. Крім того, були використані спеціальні методики для діагностики розладів харчової поведінки, що надавали респондентам можливість самостійно обрати одну з них. Це дозволяло пройти опитувальник, спрямований на ідентифікацію одного з таких розладів

харчової поведінки, як компульсивне переїдання, булімія, анорексія або нервова орторексія.

Тест харчових установок (Eating Attitudes Test, EAT) є одним із найпоширеніших інструментів для самостійної оцінки симптомів порушень харчової поведінки. Цей стандартизований метод широко застосовується у різних культурних середовищах і перекладений багатьма мовами. Основними перевагами тесту є його компактність, економічність, легкість у заповненні й обробці, а також висока об'єктивність результатів. Інструмент не залежить від суб'єктивних чинників, які можуть виникати під час взаємодії між інтерв'юером і респондентом, і добре підходить для анонімного використання. Проте основним недоліком тесту є нижча точність у порівнянні з інтерв'ю, особливо при діагностиці складних форм порушень харчової поведінки, таких як компульсивне переїдання. У таких випадках необхідно додатково підтверджувати симптоми за допомогою інтерв'ю [1, с. 203].

Нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) був розроблений голландськими психологами Т. ван Стріеном та К.П. Германом на базі факультетів харчування людини та соціальної психології Нідерландського університету. Інструмент призначений для аналізу трьох основних типів харчової поведінки: обмежувальної, емоціогенної та екстернальної. Опитувальник містить 33 запитання, кожне з яких має 5 варіантів відповіді (від «ніколи» до «дуже часто»), що дозволяє виявити схильність до різних моделей харчування. DEBQ активно застосовується у психологічних дослідженнях для оцінки впливу емоцій, зовнішніх стимулів та свідомих обмежень на харчову поведінку. Цей підхід допомагає виявити потенційні ризики розвитку порушень у харчуванні [1, с. 263].

Кожна відповідь оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 1 до 5), за винятком питання 31, де використовується зворотнє кодування. Для розрахунку балів за кожною шкалою потрібно скласти значення відповідей на всі питання, що належать до цієї шкали, а потім розділити отриману суму

на кількість відповідних запитань. Такий підхід забезпечує стандартизоване оцінювання, яке дозволяє зручно порівнювати результати між респондентами та аналізувати відмінності в харчовій поведінці [33, с. 83].

Перші 10 запитань належать до шкали обмежувальної харчової поведінки, яка відображає свідомі зусилля, спрямовані на досягнення чи підтримання бажаної ваги шляхом обмеження споживання їжі. Наступні 13 запитань стосуються шкали емоційної харчової поведінки, що характеризується бажанням їсти у відповідь на негативні емоційні стани. Дев'ять із цих запитань зосереджені на реакціях на конкретні емоції, такі як роздратування, пригніченість, гнів, очікування неприємностей, підвищена тривожність, відчуття, що справи йдуть погано, переляк, розчарування та емоційні потрясіння. Чотири інші запитання стосуються емоційних станів, пов'язаних зі змішаними почуттями, як-от самотність, фрустрація, нудьга, надмір вільного часу або сильне збудження. Такий підхід дозволяє глибше аналізувати взаємозв'язок між емоційними переживаннями та харчовою поведінкою [33, с. 84].

Останні 10 запитань стосуються екстернального типу харчової поведінки, коли бажання їсти викликане зовнішніми стимулами, а не реальним відчуттям голоду. Такими стимулами можуть бути вигляд їжі, її запах або спостереження за тим, як інші насолоджуються їжею. Середні показники для різних типів харчової поведінки є такими: обмежувальна — 2,4 бала; емоціогенна — 1,8 бала; екстернальна — 2,7 бала. Якщо респондент набирає бали, що перевищують середні значення за будь-якою зі шкал, це може свідчити про наявність проблем із харчовою поведінкою. Така поведінка не лише збільшує ризик розвитку надмірної ваги, а й може свідчити про схильність використовувати їжу як спосіб розв'язання психологічних труднощів [33, с. 84].

Римська методика ORTO-15 створена для діагностики орторексії — стійкого психічного розладу, який автори описують як «нав'язливу одержимість здоровим харчуванням». Орторексія розглядається як тривалий

розлад, подібний до obsесивно-компульсивного, що формується під впливом особистісних особливостей та зовнішніх факторів, таких як міжособистісні стосунки та популярні тенденції в області здорового харчування. Попри те, що орторексія не завжди призводить до серйозних фізичних, психічних чи соціальних наслідків, її прояви можуть погіршувати якість життя. Це пов'язано з обмеженням свободи вибору та ризиком соціальної ізоляції, що виникають через надмірну фіксацію на харчуванні [73, с. 80].

Методика ORTO-15 була створена у 2005 році фахівцями Інституту харчових наук Римського університету «La Sapienza» (Л. М. Доніні, Д. Марсілі, М. П. Граціані, М. Імбріале, К. Каннелла). Її розробка базувалася на опитувальнику С. Бретмена, який був розширений та вдосконалений. Інструмент складається з 15 запитань, що охоплюють харчові звички, переконання та емоційні реакції, пов'язані з їжею. Низький результат у тесті свідчить про схильність до нервової орторексії — хронічного розладу харчової поведінки, що проявляється «маніакальною одержимістю здоровим харчуванням» і суттєво впливає на якість життя. Автори методики наголошують, що ORTO-15 є надійним інструментом для виявлення схильності до надмірного фокусування на здоровому харчуванні, однак її ефективність у діагностиці інших аспектів орторексії є обмеженою, що може потребувати додаткових методів оцінки [73, с. 80].

На основі обґрунтованого теоретичного аналізу кожної методики, за результатами українських досліджень та зарубіжних науковців, була розроблена таблиця, яка систематизує психологічні детермінанти та компоненти формування здорового способу життя у людей старшого віку.

Особливу увагу приділено таким аспектам, як мотиваційна сфера, рівень усвідомлення власної відповідальності за здоров'я, стресостійкість, особистісні ресурси та емоційне благополуччя. Таблиця дозволяє лише узагальнити наявні дані, але й слугувати інструментом для практичного застосування у розробці програми психологічної підтримки та формування здорового звичок у людей зрілого віку. Таким чином, цей підхід сприяє

комплексному розумінню впливу психологічних факторів на формування здорового способу життя, а також визначає найбільш ефективні методи впливу на окремі аспекти поведінки та мислення, пов'язані зі здоров'ям.

У таблиці наведено основні психологічні фактори, що впливають на ключові компоненти здорового способу життя, а також методики, які можуть використовуватися для емпіричного дослідження психологічних детермінантів здорового способу життя (табл.2.1).

Таблиця 2.1.

Детермінанти, компоненти та методики емпіричного дослідження психологічних детермінантів формування ЗСЖ в осіб зрілого віку

Детермінанти та компоненти формування ЗСЖ в осіб зрілого віку	Методики дослідження
Ціннісно-мотиваційний	Опитувальник «Ставлення до здоров'я», автор якого Р. А. Березовська
Когнітивний	
Емоційний	
Поведінковий	
Психологічне здоров'я	Анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка)
Фізичне здоров'я	
Соціальне здоров'я	
Духовне здоров'я	
Відсутність РХП психогенного переїдання	Нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)
Обмежувальний тип	
Емоціогенний тип	
Екстернальний тип	
Відсутність РХП нервової булімії та нервової анорексії	Тест ставлення до прийому їжі (Eating Attitudes Test-26)
Відсутність РХП нервової булімії та нервової орторексії	Римська методика дослідження орторексії (ORTO-15)

Для аналізу впливу психологічних аспектів на дотримання здорового способу життя та формування нових звичок було обрано дослідження структурних компонентів ставлення до здоров'я, зокрема когнітивного, ціннісно-мотиваційного, емоційного та поведінкового компонентів. Для вивчення рівня розвитку мотиваційних та спонукальних аспектів дотримання здорового способу життя було обрано дослідження таких компонентів, як психологічне, соціальне, духовне та фізичне здоров'я. Оскільки розлади харчової поведінки мають значний вплив на формування здорового способу життя в осіб зрілого віку та потребують пріоритетного терапевтичного лікування, було обрано опитувальники для виявлення таких розладів, як компульсивне переїдання, булімія, анорексія та нервова орторексія, для аналізу результатів дослідження рівня впливу психологічних аспектів на здоровий спосіб життя.

2.2. Аналіз результатів дослідження рівня впливу психологічних аспектів на дотримання здорового способу життя, та формування нових звичок

Для інтерпретації даних використовується як кількісний, так і якісний аналіз. Кількісна обробка даних передбачає обчислення середнього значення для кожного твердження окремо та визначення моди розподілу, коефіцієнта варіації та стандартного відхилення. Якісна обробка передбачає змістовний аналіз отриманих результатів і порівняння з даними літератури.

Етап вимірювання: збір даних відбувався дистанційно – за допомогою онлайн-анкетування; в анкетуванні прийняло участь 50 респондентів, вікова категорія яких від 25 до 60 років, 44 – жінок та 6 – чоловіків. З яких було сформовано 2 вибірки контрольна 25 осіб та експериментальна 25 осіб. На першому зрізі брало участь всього 50 осіб.

Етап аналізу включав обробку діагностичних бланків, інтерпретацію отриманих даних із використанням методів математичної статистики,

оформлення таблиць з кількісними показниками та відповідних графічних матеріалів, а також формулювання висновків. Для аналізу результатів використовувалися Microsoft Excel, для оцінки ступеня різниці за допомогою t-критерія Стюдента.

При аналізі опитувальника «Ставлення до здоров'я» слід враховувати встановлені критерії, які визначають ступінь відповідності або невідповідності ставлення людини до свого здоров'я:

1. Когнітивний рівень — рівень обізнаності або компетентності в медичних питаннях, знання основних ризиків та профілактичних заходів. Це розуміння факторів ризику та ролі здоров'я у забезпеченні життя і довголіття.
2. Поведінковий рівень — ступінь відповідності поведінки людини вимогам здорового способу життя.
3. Емоційний рівень — оптимальний рівень тривожності щодо здоров'я, здатність насолоджуватися своїм фізичним станом і відчувати себе щасливим.
4. Рівень ціннісної мотивації — висока значимість здоров'я у ціннісній ієрархії особистості (особливо серед кінцевих цінностей), ступінь сформованості мотивації збереження та зміцнення здоров'я [20, с. 266].

Проаналізувавши відповіді респондентів експериментальної групи на анкету Р. А. Березовської «Ставлення до здоров'я», дійшли наступних висновків. Результати оцінки ціннісно-мотиваційного компоненту наступні: 80% респондентів мають високий рівень значущості здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, та високий ступінь сформованості мотивації на збереження і зміцнення здоров'я. Середні показники мають 16% опитуваних та 4% досліджуваних показали нерозуміння впливу різних факторів на здоров'я. При оцінці цінності різних сфер життя серед наведених найбільші показники мають: щасливе сімейне життя, здоров'я та матеріальне благополуччя за даними 100% респондентів. Причинами недотримання принципів здорового способу життя найбільша кількість досліджуваних: 68%

респондентів вважають, що немає на це часу та 53% респондентів вважають, що не вистачає сили волі (середніми значеннями ціннісно-мотиваційної шкали).

На когнітивному рівні: 88% респондентів мають високий рівень знань або компетентності у сфері здоров'я, обізнаність щодо основних факторів ризику, а також усвідомлення значущості здоров'я для підтримки активного тривалого життя. Середні показники мають 8% респондентів та 4% досліджуваних показали нерозуміння впливу різних факторів на здоров'я.

Оцінюючи емоційну складову ставлення до здоров'я, 84% респондентів демонструють оптимальний рівень тривожності щодо свого здоров'я, а також вміння цінувати і радіти своєму здоров'ю. Середні показники емоційного рівня мають 8% респондентів та 8% досліджуваних показали низький рівень емоційної складової здоров'я. Найнижчі показники має поведінковий компонент ставлення до здоров'я. Високий рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя мають лише 32% досліджуваних (за середніми значеннями поведінкової шкали).

Підсумуємо результати (середнє і % респондентів) за кожною шкалою окремо: ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного, поведінкового аспектів ЗСЖ (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Результати анкетування в експериментальній групі

Розподіл питань опитувальника «Ставлення до здоров'я» по шкалах	М	Відсоток респондентів, %						
		1	2	3	4	5	6	7
Ціннісно-мотиваційна	5,1	0	4	0	16	40	40	0
Когнітивна	5,3	0	4	0	8	44	40	4
Емоційна	5,2	0	0	8	8	40	44	0
Поведінкова	3,7	0	12	28	28	28	4	0

М – середній результат кожної шкали.

Значення від 1 до 7 відповідають оцінці респондентів, де: 1 – абсолютно не важливо; 2 – не погоджуюсь; 3 – швидше не погоджуюсь; 4 – не знаю; 5 – вірогідно погоджуюсь; 6 – погоджуюсь; 7 – цілковито погоджуюсь.

Отже, підсумовуючи, переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному рівні. Респонденти розуміють важливість здоров'я в їх життєвих цінностях. Невелика кількість респондентів, які не мають належного уявлення про здоров'я та його цінність, пояснюється відсутністю необхідних знань. Саме психолого-просвітницька діяльність дозволить вирішити цю проблему та допомогти особам зрілого віку сформувати правильні життєві цінності, в яких збереження здоров'я займає основне місце, тому важливо розробити та реалізувати заходи щодо формування у осіб зрілого віку відповідальні способи реагування. Проте найнижчі показники має поведінковий компонент ставлення до здоров'я, що говорить про низький рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя. Враховуючи це, подальша тренінгова корекція має бути спрямована на підвищення поведінкового компоненту ставлення до здоров'я в осіб зрілого віку для досягнення значимих результатів корекційної програми.

Також в анкетуванні крім закритих питань було одне відкрите питання для оцінки когнітивного рівня ставлення до здоров'я: «Як би ви кількома словами визначили, що таке здоров'я?». На яке респонденти надали наступні відповіді: «Фізична здатність жити.», «Здоров'я - це коли нічого не болить, ти не замислюєшся, де які органи знаходяться, бо тебе нічого не турбує. Ти веселий, щасливий, сповнений сил та енергії, щоб займатися улюбленими справами.», «Гармонія психічного та фізичного самопочуття.», «Стан повного фізичного і психологічного благополуччя.», «Коли ти активний і ефективний», «Фізичний, психічний, духовний та енергетичний стан, який дозволяє комфортно функціонувати та радіти життю», «Це коли ти не

замислюєшся о здоров'ї, бо відчуваєш себе дуже добре і фізично і морально, тебе нічого не турбує і не болить.», «Гарне самопочуття всередині та зовні»), «Перебувати в гармонії з собою», «Задовільний стан на фізичному, психічному та соціальному рівнях», «Стан тіла та енергетичної системи», «Це гарне самопочуття та злагоджена робота всіх систем організму», «без хвороб», «Стан відчуття щастя, відсутність хвороб та вад, гармонія з собою та навколишнім світом.», «Свобода.», «Стан.», «Гнучкість тіла, здорова сила, спокій.», «Баланс у житті.», «Здоров'я — це коли людина добре себе відчуває фізично, емоційно і може нормально жити та працювати.», «Я вважаю коли є здоров'я є щастя», «Це стан повного фізичного, психологічного та соціального стану», «Здоров'я це впевненість в тому, що сьогодні, завтра і найближчий час я точно на ногах і можу займатися справами.», «Здоров'я - це цілісність духовного і фізичного стану людини (коли тіло перебуває в нормі)», «Це коли людина фізично та морально відчуває себе добре.». Таким чином можемо зробити висновки, що більшість не в повній мірі розвинута когнітивна складова що таке поняття здоров'я та які його складові.

Проаналізувавши відповіді респондентів контрольної групи на анкету Р. А. Березовської «Ставлення до здоров'я», дійшли наступних висновків:

1. Результати оцінки ціннісно-мотиваційного компоненту в контрольній групі наступні: 84% респондентів мають високий рівень значущості здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, та високий ступінь сформованості мотивації на збереження і зміцнення здоров'я. Середні показники мають 16% досліджуваних показали нерозуміння впливу різних факторів на здоров'я. Дані показники суттєво не відрізняються від експериментальної групи.

2. На когнітивному рівні: 100% респондентів мають високий рівень знань або компетентності у сфері здоров'я, обізнаність щодо основних факторів ризику, а також усвідомлення значущості здоров'я для підтримки активного тривалого життя. Дані показники дещо вищі від експериментальної групи.

3. Оцінюючи емоційну складову ставлення до здоров'я, 72% респондентів демонструють оптимальний рівень тривожності щодо свого здоров'я, а також вміння цінувати і радіти своєму здоров'ю. Середні показники емоційного рівня мають 28% досліджуваних показали низький рівень емоційної складової здоров'я. Дані показники дещо нищий рівень ніж в експериментальній групі.

4. Поведінковий компонент ставлення до здоров'я має середні показники. Середньо-високий рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя, де 40% мають середні показники, а 60% мають високі показники.

Підсумуємо результати (середнє і % респондентів) за шкалою ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного, поведінкового аспектів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Результати анкетування в контрольній групі

Розподіл питань опитувальника «Ставлення до здоров'я» по шкалах	М	Відсоток респондентів, %						
		1	2	3	4	5	6	7
Ціннісно-мотиваційна	5,04	0	0	0	16	68	12	4
Когнітивна	5,8	0	0	0	0	32	56	12
Емоційна	5,08	0	0	0	28	40	28	4
Поведінкова	4,28	0	0	12	28	56	4	0

М – середній результат кожної шкали.

Значення від 1 до 7 відповідають оцінці респондентів кожного твердження відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою, де: 1 – абсолютно не важливо; 2 – не погоджуюсь; 3 – швидше не погоджуюсь; 4 – не можу відповісти; 5 – вірогідніше погоджуюсь; 6 – погоджуюсь; 7 – цілковито погоджуюсь.

Отже, підсумовуючи, переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному рівні. Проте найнижчі показники має поведінковий компонент ставлення до здоров'я, що говорить про низький рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя.

Також в анкетуванні крім закритих питань було відкрите питання: «Як би ви кількома словами визначили, що таке здоров'я?». На яке респонденти надали наступні відповіді: «Гарний фізичний стан», «Класне самопочуття. Відчуття енергії та мотивації», «Здоров'я це повний стан психічного, фізичного духовного, соціального благополуччя. Це гармонія із собою і навколишнім світом», «коли всі чотири складові здоров'я в гармонії», «Коли ніщо не болить, є енергія робити бажане», «гармонія у всіх сферах життя», «Стан, в якому тобі комфортно і є бажання жити», «На 80% залежить від любові до себе та пізнанні себе», «Здоров'я - це відсутність хвороб, фізичних вад. Стан повного фізичного і духовного благополуччя», «Фізичний та психологічний стан людини», «Це коли ти можеш багато чого зробити», «благополучний стан тіла, душі та морального стану», «Це те як ти відчуваєш себе фізично, психічно», «Здорові звички», «Коли нічого не болить в тілі, маєш енергію та сили, а також, врівноважену психіку», «щастя», «ЗОШ», «Добре самопочуття на постійній основі», «Спорт, любов до життя», «Здоров'я це стан повного фізичного, психічного, духовного та соціального складових, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад». Таким чином можемо зробити висновки, що в контрольній групі респонденти краще ознайомлені з ключовими компонентами, які впливають на здоров'я.

Отже, підсумовуючи, переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному рівні так само як у експериментальній групі, так і контрольній групі. Проте найнижчі показники має поведінковий компонент ставлення до здоров'я в обох групах, що говорить про низький рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя як у експериментальній групі, так

і контрольній групі. Таким чином під час створення корекційної програми особливо треба звернути увагу на корекцію поведінкового компонента ставлення до здорового способу життя у осіб зрілого віку. Також поведінковий компонент ставлення до здоров'я у осіб зрілого віку може бути предметом подальших наукових досліджень.

Для того, щоб провести порівняльний зріз та підтвердити ідентичність двох груп для подальших розрахунків даної методики вирішено брати метод статистичної перевірки гіпотез міру різниці, а саме t-критерій Стюдента для двох незалежних вибірок (контрольна та експериментальна групи), щоб довести чи увійшов результат в зону значущості різниці чи не увійшов. Достовірність різниці вважається значущою, якщо $t_{\text{емпіричне}} > t_{\text{теоретичне}}$. Для дослідження ідентичності контрольної та експериментальної методики було обрано методику «Ставлення до здоров'я» та розраховано $t_{\text{емпіричне}}$ для кожної шкали окремо (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

**Результати порівняння контрольної та експериментальної групи
на першому зрізі**

Розподіл питань опитувальника «Ставлення до здоров'я» по шкалах (від 1 до 7)	Експериментальна	контрольна	t-критерій Стюдента для незалежних вибірок
	М	М	
Ціннісно-мотиваційна	5,1	5,04	0,42
Когнітивна	5,3	5,8	0,05
Емоційна	5,2	5,08	0,34
Поведінкова	3,7	4,28	0,07

Можемо зробити висновок, що при оцінці розбіжностей експериментальних даних між контрольною та експериментальною групою під час констатувального експерименту за допомогою t-критерій Стюдента

для незалежних вибірок, отримано наступні результати, які зображено в таблиці 2.3. Згідно табличних значень даної кількості вибірок критичний t -критерій Стюдента дорівнює 2,07 на рівні значущості $p = 0,95$. Отже можемо зробити висновок, що отримані результати не мають достовірної різниці.

В результаті аналізу за t -критерієм Стюдента для двох незалежних вибірок показує, різниця експериментальної та контрольної групи за методикою «Ставлення до здоров'я» за кожною окремою шкалою не являється значущою, оскільки $t_{\text{емпіричне}} < t_{\text{теоретичне}}$.

Для аналізу анкети «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» слід розрахувати середнє емпіричне за кожною окремою шкалою – фізичного, психологічного, соціального і духовного аспекту ЗСЖ та загальне середнє емпіричне за анкетною, де виявлено наступні результати експериментальної групи. Підсумуємо результати (середнє і % респондентів) за шкалою фізичного, психологічного, соціального, духовного аспектів ЗСЖ та загальне за анкетною. (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Результати анкетування в експериментальній групі

Шкали мотиваційного компонента культури ЗСЖ	середнє значення (бал від -5 до 5)	Відсоток респондентів, %				
		Рівні спонукального компонента ЗСЖ				
		Низь- кий	середньо- низький	середній	середньо- високий	високий
Духовне здоров'я	2	8	16	20	24	32
Соціальне здоров'я	3	4	0	16	20	60
Психологічне здоров'я	4	4	0	0	12	84
Фізичне здоров'я	4	4	0	0	16	80
Загальне	3	5	4	9	18	64

Враховуючи ключ до підрахунку результатів (а саме – якщо середнє емпіричне знаходиться в діапазоні -5, -4 – низький рівень спонукального компоненту ЗСЖ; -3, -2 – середньо-низький рівень; -1, 0, 1 – середній рівень; 2, 3 – середньо-високий; а діапазон 4, 5 – високий рівень) [41].

При розрахунку загального середнього емпіричного експериментальної групи за анкетною «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» можемо зробити висновки, що спонукальний компонент загалом має середньо-високий рівень прагнення до здорового способу життя.

А узагальнюючи результати респондентів за кожною шкалою за анкетною «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» окремо (духовного, соціального, психологічного, фізичного) дійшли наступних висновків:

1. Найменше середнє емпіричне значення має шкала духовного здоров'я, рівень прагнення якої є середньо-високий, де лише 32% респондентів за цією шкалою мотиваційного компонента культури ЗСЖ мають високий рівень спонукального компоненту здорового способу життя. Якщо порівнювати кількість респондентів, які мають високий рівень духовного здоров'я з іншими шкалами, то можемо зробити висновок, що спонукальний компонент цієї шкали має найнижчі показники кількості респондентів з високим рівнем духовного здоров'я. А 24% респондентів середньо-високі показники, що суттєво не відрізняється від інших шкал; 20% респондентів мають середні показники. А порівнюючи кількість респондентів, які мають середньо-низький та низький рівень духовного здоров'я з іншими шкалами, то можемо зробити висновок, що спонукальний компонент цієї шкали має найвищі показники кількості респондентів з низьким рівнем духовного здоров'я.

2. За ним йде шкала соціального здоров'я середнє емпіричне значення якої вже більше, але також має середньо-високий рівень прагнення. Та відсоток респондентів, які мають середньо-високі та високі показники вищий й становить 80% порівняно духовним здоров'ям.

3. Найвище середнє емпіричне мають значення мають шкали психологічного та фізичного здоров'я, які мають високий рівень прагнення (спонукання) до збереження психологічного та фізично здоров'я, де найбільша кількість респондентів 96% мають середньо-високі та високі показники.

Отже можемо зробити висновки, що шкала духовного здоров'я має найбільшу кількість респондентів з низьким рівнем спонукального компонента здорового способу життя. А шкали психологічного та фізичного здоров'я навпаки мають найбільшу кількість респондентів з високим рівнем спонукального компоненту ЗСЖ.

Для отримання результатів аналізу анкети «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» слід розрахувати середнє емпіричне за кожною окремою шкалою – фізичного, психологічного, соціального і духовного аспекту ЗСЖ та загальне середнє емпіричне за анкетною. Підчас аналізу виявлено наступні результати експериментальної групи. Підсумуємо результати (середнє і % респондентів) за шкалою фізичного, психологічного, соціального, духовного аспектів ЗСЖ та загальне за анкетною (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Результати анкетування в контрольній групі

Шкали мотиваційного компонента культури ЗСЖ	середнє значення (бал від -5 до 5)	Відсоток респондентів, %				
		Рівні спонукального компонента ЗСЖ				
		Низь- кий	середньо- низький	Серед- ній	середньо- високий	Висо- кий
Духовне здоров'я	2	8	8	12	24	48
Соціальне здоров'я	3	4	4	4	32	56
Психологічне здоров'я	4	4	0	0	16	80

Фізичне здоров'я	4	4	0	0	4	92
Загальне за анкетой	3	5	3	4	19	69

При розрахунку загального середнього емпіричного контрольної групи за анкетой «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» можемо зробити висновки, що спонукальний компонент загалом має середньо-високий рівень прагнення до здорового способу життя, так само як й експериментальна група. А при узагальненні результатів респондентів за кожною шкалою окремо (духовного, соціального, психологічного, фізичного) дійшли наступних висновків:

1. Найменше середнє емпіричне значення має шкала духовного здоров'я, рівень прагнення якої є середньо-високий, де лише 48% респондентів (але варто зазначити, що даний відсоток вищий порівняно з експериментальною групою) за цією шкалою мотиваційного компонента культури ЗСЖ мають високий рівень спонукального компонента здорового способу життя.

Якщо порівнювати кількість респондентів, які мають високий рівень духовного здоров'я з іншими шкалами, то можемо зробити висновок, що спонукальний компонент цієї шкали має найнижчі показники кількості респондентів з високим рівнем духовного здоров'я. Також 24% респондентів середньо-високі показники так само як й експериментальна група, що суттєво не відрізняється від інших шкал; 12% респондентів мають середні показники, кількість респондентів нижча ніж в експериментальній групі. А порівнюючи кількість респондентів, які мають середньо-низький та низький рівень духовного здоров'я з іншими шкалами, то можемо зробити висновок, що спонукальний компонент цієї шкали має найвищі показники кількості респондентів з низьким рівнем духовного здоров'я так само як і в експериментальній групі.

2. За ним йде шкала соціального здоров'я середнє емпіричне значення якої вже більше, але також має середньо-високий рівень прагнення. Та відсоток респондентів, які мають середньо-високі та високі показники вищий й становить 88% порівняно духовним здоров'ям, та на 8% вищий ніж в експериментальній групі.

3. Найвище середнє емпіричне мають значення мають шкали психологічного та фізичного здоров'я, які мають високий рівень прагнення (спонукання) до збереження психологічного та фізично здоров'я, де найбільша кількість респондентів 96% мають середньо-високі та високі показники так само як й експериментальній групі, але в контрольній групі відсоток респондентів за високим рівнем фізичного здоров'я вищий.

Отже можемо зробити висновки, що шкала духовного здоров'я в контрольній групі має найбільшу кількість респондентів з низьким рівнем спонукального компонента здорового способу життя так само, як експериментальна група. А шкали психологічного та фізичного здоров'я в контрольній групі навпаки мають найбільшу кількість респондентів з високим рівнем спонукального компоненту ЗСЖ, як й в експериментальній групі. Можемо зробити висновки, що спонукальний компонент контрольної групи, має середньо-високий рівень прагнення до здорового способу життя.

Для того, щоб провести порівняльний зріз та підтвердити ідентичність двох груп для подальших розрахунків методики анкети «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)», вирішено брати метод статистичної перевірки гіпотез міру різниці (табл. 2.7.).

Таблиця 2.7

**Результати порівняння контрольної та експериментальної групи
на першому зрізі**

Шкали мотиваційного компонента культури ЗСЖ	Експериментальна	контрольна	t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок
	М	М	

Духовне здоров'я	2	2	0,42
Соціальне здоров'я	3	3	0,05
Психологічне здоров'я	4	4	0,34
Фізичне здоров'я	4	4	0,07

Відповідно до табличних значень для даної вибірки критичне значення t-критерію Стюдента становить 2,07 на рівні значущості $p = 0,95$. Виходячи з цього можна зробити висновок, що отримані результати не мають статистично значущої різниці між контрольною та експериментальною групами. Аналіз за допомогою t-критерію Стюдента для двох незалежних виборів показує, що різниця між експериментальною та контрольною групами за методикою «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» для кожної окремої шкали не є статистично значущою, оскільки в'ялено, що емпіричне значення $t <$ теоретичного значення t .

Таким чином, вибірки контрольної та експериментальної груп є статистично ідентичними, що вказує про початкову схожість групи і демонструють значущі відмінності у спонукальних аспектах здорового способу життя. Це дозволяє припустити, що будь-які зміни, які можуть бути виявлені в експериментальній групі після проведення інтервенції, будуть результатом корекційних заходів тренінгової програми, а не початкових відмінностей між контрольною та експериментальною групами після апробації тренінгової програми.

Для діагностики розладів харчової поведінки респонденти мали звернути одну із запропонованих методик, що дозволило провести більш детальний аналіз особливостей їхньої поведінки. Оскільки можна було використати більшу кількість методик різноманітних розладів харчової поведінки. Респонденти мали змогу не витрачали багато часу, проходячи опитування кожної запропонованої методики, оскільки велика кількість

методик демонізує респондентів брати участь в опитуванні, а це й в свою чергу брати активну участь в самій тренінгової програми.

Отримані дані можуть бути основою для подальшого аналізу ефективності втручання, зокрема її впливу на спонукальний компонент здорового способу життя, а також змін у поведінці, пов'язаних із харчуванням, унаслідок корекційних заходів. Результати проведеної діагностики розладів харчової поведінки за кожною методикою в експериментальній групі наведені в таблиці (табл. 2.8).

Таблиця 2.8.

Результати діагностики проявів розладів харчової поведінки в експериментальній групі за методиками DEBQ, EAT-26, ORTO-15

Методик а	Результати						Вибірка	
							п	%
DEBQ	Вибірка окремо за кожною шкалою						14	56
	Наявне переїдання за шкалою обмежувальної ХП (> 2.4 балів)		Наявне переїдання емоційної ХП (>1.8 балів)		Наявне переїдання екстернальної ХП (> 2.7 балів)			
	п	%	п	%	п	%		
	9	36	13	52	14	56		
	Відсутнє психогенне переїдання						1	4
	ORTO-15	Наявна орторексія (≤ 40 балів)						6
Відсутня орторексія (> 40 балів)						1	4	
EAT-26	Наявна анорексія або булімія (> 20 балів)						—	—
	Відсутня анорексія і булімія (< 20 балів)						3	12
Всього							25	100

п – кількість респондентів;

% – кількість респондентів у відсотковому значенні.

Серед учасників експериментальної групи, які обрали для діагностики методику DEBQ, було виявлено 14 осіб з показниками, що вказують на наявність психогенного переїдання. Зокрема, у 9 осіб спостерігається психогенне переїдання за шкалою обмежувальної харчової поведінки, у 13 респондентів — за шкалою емоційної харчової поведінки, а у 14 осіб — за шкалою екстернальної харчової поведінки. Лише одна особа з цієї групи не має розладів харчової поведінки за результатами опитувальника DEBQ.

Серед учасників, які обрали методику ORTO-15 для діагностики, було виявлено 6 осіб із показниками, що свідчать про наявність орторексії, тоді як у однієї особи цей розлад не зафіксовано. Це свідчить про поширеність орієнтації на "здорове" харчування серед даної групи, що може вказувати на ризик розвитку obsесивної прихильності до здорової їжі.

За результатами опитувальника EAT-26, серед респондентів, які обрали його для оцінки харчової поведінки, троє учасників не мають ознак, які вказують на наявність анорексії чи булімії. Це свідчить про відсутність у них типових симптомів цих порушень харчової поведінки, таких як надмірна фіксація на вазі та обмежувальна поведінка, що впливає на якість життя.

Отримані дані підтверджують наявність різноманітних типів розладів харчової поведінки в експериментальній групі, що вказує на важливість подальшої роботи над корекцією харчових звичок та необхідність комплексного підходу до профілактики таких розладів.

Отже, згідно з методиками DEBQ, EAT-26, ORTO-15, у 80% опитаних було діагностовано розлади харчової поведінки, тоді як лише у 20% показники свідчать про їх відсутність. Така висока поширеність розладів харчової поведінки вказує на необхідність подальшого дослідження цього питання, особливо серед осіб зрілого віку, адже проблеми з харчовою поведінкою можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я, знижуючи якість життя.

Для діагностики розладів харчової поведінки та порівняння результатів експериментальної та контрольної групи. Респонденти контрольної групи так

Результати діагностики проявів розладів харчової поведінки в контрольній групі за методиками DEBQ, EAT-26, ORTO-15

Методика	Результати						Вибірка загалом	
							п	%
DEBQ	Вибірка окремо за кожною шкалою						12	48
	Наявне психогенне переїдання за шкалою обмежувальн ої харчової поведінки (> 2.4 балів)		Наявне психогенне переїдання емоційної харчової поведінки (>1.8 балів)		Наявне психогенне переїдання екстернальної харчової поведінки (> 2.7 балів)			
	п	%	п	%	п	%		
	8	32	8	32	9	36		
	Відсутнє психогенне переїдання							
ORTO-15	Наявна орторексія (≤ 40 балів)						6	24
	Відсутня орторексія (> 40 балів)						1	4
EAT-26	Наявна анорексія або булімія (> 20 балів)						—	—
	Відсутня анорексія і булімія (< 20 балів)						3	12
Всього							25	100

В контрольній групі 12 респондентів обрали для діагностування методики DEBQ. В результаті дослідження у 8 опитуваних наявне психогенне переїдання за шкалою обмежувальної харчової поведінки; також у 8 респондентів наявне психогенне переїдання емоційної харчової поведінки; у 9 респондентів наявне психогенне переїдання екстернальної харчової поведінки; за опитувальником DEBQ лише у трьох осіб відсутні розлади харчової поведінки.

Серед респондентів контрольної групи, які обрали для діагностування методики ORTO-15 у вибірці виявилось 6 опитуваних, які мають показники, що свідчать про наявність орторексії та одна особа не має даного розладу харчової поведінки так само як і в експериментальній групі.

За опитувальником серед осіб, які обрали для діагностування методики ЕАТ-26, виявилось 3 опитуваних, які мають показники, що свідчать про відсутність анорексії та булімії так само як і в експериментальній групі.

Результати методик на виявлення РХП підтверджують поширеність розладів харчової поведінки серед осіб зрілого віку, та актуальність подальшого дослідження теми розладів харчової поведінки, та актуальність формування здорового способу життя у даної вікової категорії.

Висновки до другого розділу

В ході дослідження було проведено констатувальний експеримент особливостей психологічних детермінантів формування здорового способу життя у осіб зрілого віку. Дане дослідження проводилось серед 50 осіб, віком від 25 до 60 років.

Для діагностики впливу психологічних детермінантів на формування здорового способу життя у осіб зрілого віку було відібрано наступні методики:

1. Опитувальник «Ставлення до здоров'я», автор якого Р. А. Березовська.
2. Анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя»

3. (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка).
4. Римська методика дослідження орторексії (ORTO-15)
5. Тест ставлення до прийому їжі, Eating Attitudes Test-26
6. Нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ).

Підсумовуючи результати аналізу методики «Ставлення до здоров'я», переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному рівні так само як у експериментальній групі, так і контрольній групі. Проте найнижчі показники має поведінковий компонент ставлення до здоров'я в обох групах, що говорить про низький рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя як у експериментальній групі, так і контрольній групі.

В результаті аналізу результатів методики «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» дійшли висновків, що шкала духовного здоров'я в контрольній групі має найбільшу кількість респондентів з низьким рівнем спонукального компонента так само, як експериментальна група. А шкали психологічного та фізичного здоров'я в контрольній та експериментальній групі навпаки мають найбільшу кількість респондентів з високим рівнем спонукального компоненту. Можемо зробити висновки, що спонукальний компонент контрольної та експериментальної групі має середньо-високий рівень прагнення до здорового способу життя.

В результаті аналізу за t-критерієм Ст'юдента для двох незалежних вибірок показує, різниця експериментальної та контрольної групи за методиками «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» та «Ставлення до здоров'я» за кожною окремою шкалою не є значущою, оскільки $t_{\text{емпіричне}} < t_{\text{теоретичне}}$. Отже вибірки контрольної та експериментальної групи є ідентичними.

Результати методик на виявлення РХП підтверджують поширеність розладів харчової поведінки серед осіб зрілого віку, та актуальність подальшого дослідження теми розладів харчової поведінки, та актуальність формування здорового способу життя у даної вікової категорії.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

3.1. Методичні основи побудови корекційної програми формування здорового способу життя в осіб зрілого віку

Основна мета корекційної програми полягає в підтримці здорового способу життя, що включає не лише фізичний аспект, але й психологічний та емоційний. Програма фокусується на створенні гармонійних відносин із власним тілом, їжею, а також на відновленні позитивного ставлення до себе та оточення.

1. Відновлення контакту з тілом: це перший етап програми, спрямований на розуміння і прийняття свого тіла, усвідомлення його потреб та можливостей. Цей етап допомагає людям знову налаштуватися на фізичний контакт з власним тілом, зменшити стрес та тривогу щодо його стану.

2. Нормалізація харчової поведінки: на цьому етапі учасники навчаються усвідомлювати свої харчові звички, розпізнавати патерни переїдання або обмеження їжі та працювати над їх корекцією. Важливо сформувати здорові підходи до їжі, які не обмежують, а сприяють гармонійному розвитку організму.

3. Формування бажаного образу тіла: завершальний етап програми спрямований на підтримку сформованого образу тіла, розвиток здорових звичок і позитивного ставлення до власного тіла, що дозволяє учасникам почуватися комфортно та впевнено у своєму тілі.

Програма не тільки допомагає вирішити фізичні проблеми з вагою, але й впливає на психологічні аспекти здорового способу життя, сприяючи

підвищенню самоповаги, зниженню стресу та покращенню загального психоемоційного стану.

Уся корекційна програма займає 8 тижнів. Тривалість одного заняття 1 година. Тривалість занять визначається змістом теми, інтересом з боку учасників, стадією групового процесу та станом групи. Рекомендована частота занять: два рази на тиждень. Один день лекції з нутриціології, інший – лекції з психології та психологічні практики.

В першому розділі було визначення зорового способу життя, але в процесі формування тренінгу було розглянуто інше визначення, яке спрямоване на роботу з певними видами здоров'я, де здоровий спосіб життя – це вид, спосіб діяльності, спрямований на збереження і зміцнення здоров'я (духовного, соціального, психологічного і фізичного здоров'я [68, с. 70]. Оскільки за дослідженнями останніх років Н. Волошко, А. Ребрина, В. Шебанової та інших розуміння здоров'я являє собою цілісне бачення здоров'я, що утворює систему з наступних сфер (фізична, психічна, соціальна, духовна); почуття відповідальності особистості за власне здоров'я [65, с. 44].

Ключова важливість вивчення особистісних уявлень про здоров'я полягає в тому, що здоров'я людини та суспільства не може бути забезпечене лише через медицину. Потрібно формувати уявлення про здорову поведінку, яка сприятиме не тільки збереженню, а й примноженню ресурсів здоров'я на різних рівнях: фізіологічному, психологічному, соціальному та духовному. Такий підхід охоплює всі аспекти людського добробуту, допомагаючи створювати умови для повноцінного та гармонійного життя [20, с. 11]. У зв'язку з цим специфіка психологічної роботи, спрямованої на формування здоров'язбережувальної поведінки, полягає в реалізації таких основних завдань: зміцнення фізіологічного, психологічного, соціального та духовного здоров'я. Ці завдання орієнтовані на створення комплексного підходу, який сприяє гармонійному розвитку особистості та забезпеченню стабільного добробуту на всіх рівнях життя.

Зміцнення психологічного здоров'я можна деталізувати за основними аспектами психічної сфери. Психолого-корекційна робота спрямована на надання учасникам групи психоемоційної підтримки, формування позитивного ставлення до себе, усвідомлення і переосмислення попередніх емоційних переживань, а також на допомогу в прийнятті та вираженні нових емоцій у груповому середовищі. Одним з важливих завдань є розвиток здатності точно і відкрито виражати власні емоції, розпізнавати та коригувати когнітивні викривлення. Порушення регуляторних функцій психіки часто призводять до соціально-психологічної дезадаптації, а в складніших випадках — до психологічних розладів. Тому розвиток навичок саморегуляції та інших механізмів підтримки психологічного здоров'я має бути розглянуто як один із ключових напрямків у забезпеченні психічного благополуччя [61, с. 55].

Завдання психокорекції направлені:

1. Когнітивна складова спрямована на уточнення уявлень учасника тренінгу про його здоров'я, розуміння значущості здоров'я в його житті та професійній діяльності. Вона також передбачає виявлення когнітивних фільтрів — шаблонів мислення, що можуть обмежувати або спотворювати сприйняття інформації про здоров'я. Ця складова допомагає учасникам усвідомити власні переконання щодо здорового способу життя, що сприяє формуванню більш свідомого та позитивного ставлення до збереження і зміцнення здоров'я [70, с. 33], [95], [99].

2. Емоційна складова стосується почуттів і переживань учасників тренінгу, які безпосередньо пов'язані з їхнім емоційним благополуччям. Вона враховує емоційні реакції на погіршення фізичного чи психічного здоров'я, а також на процес формування здорового способу життя (ЗСЖ). Ця складова допомагає учасникам усвідомити і подолати емоційні труднощі, що можуть виникати на шляху до поліпшення здоров'я, а також сприяє розвитку позитивного ставлення до здорових звичок [50, с. 53].

3. Поведінкова складова описує особливості поведінки учасників тренінгу, пов'язані з їхнім здоров'ям та прихильністю до здорового способу життя. Вона охоплює дії і звички, що проявляються в догляді за собою, реакціях на погіршення самопочуття, а також у зусиллях, спрямованих на підтримку і зміцнення здоров'я. Ця складова допомагає виявити поведінкові патерни, які можуть як сприяти, так і зашкодити здоров'ю, стимулюючи формування нових, більш адаптивних звичок та підвищення мотивації до активного збереження здоров'я [50, с. 53].

4. Ціннісно-мотиваційна складова враховує місце здоров'я в ієрархії кінцевих та інструментальних цінностей учасників тренінгу, особливості їхніх спонукань до здорового способу життя, а також можливі причини недостатнього зміцнення власного здоров'я [50, с. 53].

Покращення духовного здоров'я – духовний розвиток людини визначає сенс і мету її існування, а також її ідеали та життєві цінності. Духовне здоров'я враховує як внутрішні духовні аспекти поведінки людини, так і соціокультурний контекст її життя, являючи собою постійно змінювану, багатовимірну реальність [35, с. 52]. Піраміда ієрархії потреб Абрахама Маслоу визначає потреби, які необхідно задовольнити для досягнення саморозвитку. Ці потреби включають: фізіологічні потреби, потреби в безпеці, потреби в захисті, потреби в любові, потребу в повазі, потребу в знаннях, потребу в естетичних переживаннях та потребу в самореалізації. [42 с. 73]. Духовність розглядається як багатогранний аспект людського існування, що охоплює віру, цінності, життєвий зміст і зв'язок із внутрішнім «я» [29, с. 4].

Покращення соціального здоров'я – психокорекція спрямована на формування відповідальності за наслідки нездорового способу життя, соціально орієнтовану комунікативність, доброзичливість у ставленні до людей, а також здатність до самоактуалізації, саморегуляції та самовиховання. Інтегрований вплив цих сфер суттєво впливає на загальний стан здоров'я людини [62, с. 355].

Зміцнення фізичного здоров'я – формування прагнення до фізичної досконалості включає ставлення до власного здоров'я як до найвищої соціальної цінності, що проявляється в фізичній розвиненості, загальній фізичній працездатності, загартованості організму та дотриманні раціонального режиму дня. Це також включає виконання вимог особистої гігієни, правильне харчування та інші звички, спрямовані на підтримку та зміцнення здоров'я, що є важливим компонентом загального благополуччя та життєвого добробуту [62, с. 355].

Процес формування правильних звичок, таких як правильне харчування, фізична розвиненість, загартованість організму, виконання норм особистої гігієни та дотримання режиму харчування та сну, значною мірою сприяє освіта через лекції з нутриціології. Ці лекції дають особам знання про те, як харчова поведінка і спосіб життя впливають на фізичний стан, допомагаючи формувати виявлену мотивацію до здорового способу життя (ЗСЖ).

Активна мотивація, яка виникає в результаті усвідомлення важливості здоров'я, стимулює людей до активності: вони займаються фізичною активністю, дотримуються режиму сну, харчування та відпочинку, обирають нутритивноцінні продукти. Програма тренінгу, що включає 8 лекцій з нутриціології, допомагає укріпити ці звички і мотивацію, роблячи здоровий спосіб життя частиною їхнього життя [98], [83], [93], [85], [86].

Модель також надає учасникам можливість побачити, на якому етапі вони знаходяться в кожній з компетенцій і який аспект потребує додаткової уваги чи корекції. Така візуалізація допомагає створити індивідуальний план дій для впровадження здорового способу життя, де кожен учасник зможе обрати підходи та вправи, які найбільше відповідають їхнім потребам і цілям.

Графічна модель сприяє не лише формуванню здорових звичок, а й розвитку комплексного підходу до покращення фізичного, психічного, соціального та духовного благополуччя. При цьому, з'єднавши точки на вісях кожного з векторів у цілісній системі відносин, можна отримати так

звану модель «Колеса балансу ЗСЖ» (рис. 3. 1.). Порівняння форми «реального» та «бажаного» колеса дозволяє кожному учаснику побачити, в якому напрямку йому необхідно рухатися для досягнення бажаних поставлених цілей.

Воно дозволяє встановити реалістичні цілі та виміряти прогрес учасників тренінгу, створюючи можливість для саморефлексії та порівняння змін до і після тренінгу. Порівняння результатів "на початку" і "наприкінці" тренінгу дає змогу кожному учаснику чітко побачити зміни в їхньому ставленні до здоров'я та розвитку здорових звичок. Таке порівняння сприяє більшій усвідомленості та мотивації, оскільки людина може оцінити конкретні покращення в фізичному, психологічному, соціальному та духовному аспектах свого здоров'я.

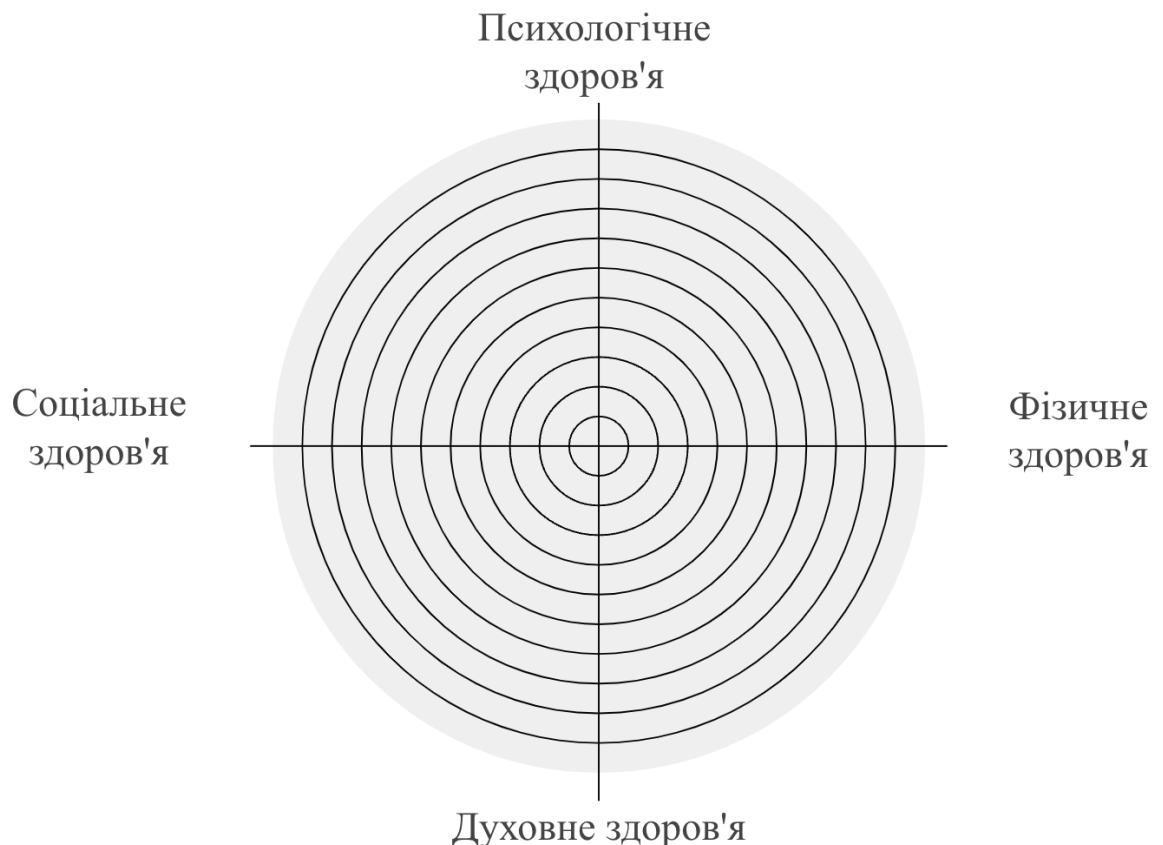


Рис. 3.1. Модель «Колеса балансу ЗСЖ»

Поданий малюнок дозволяє побачити, що респондент бажає перебудувати свою систему фізичного, та соціального здоров'я (зокрема, прагне посилити контакт з тілом, та зменшити бажання догодити іншим). "Бажане колесо балансу ЗСЖ" є наочним інструментом для оцінки рівня розвитку чотирьох ключових компетенцій, що впливають на здоровий спосіб життя.

Отже, модель «Колеса балансу ЗСЖ» тренінгу формування здорового способу життя відповідає всім вимогам, які пред'являються до графічних концепцій тренінгу:

- 1) є чіткою і зрозумілою;
- 2) вимірюваною;
- 3) слугує «компасом» – задає спрямування психологічної роботи.

Форми роботи: лекції, виконання вправ, шерінг (початковий та завершальний), надання інформації, обговорення та групові дискусії, паралельне ведення «харчового» та «емоційного» щоденників, домашні завдання у воркбуках.

Необхідні матеріали. Кожному учаснику пропонується виявити турботу про себе та принести для участі наступне:

1. Блокнот (зошит) для ведення «харчового» щоденника або роздрукувати воркбуки. Зручно, коли блокнот буде невеликого розміру, оскільки важливо, щоб він завжди знаходився «під рукою». Або можна вести воркбукі в телефоні. Дизайн блокнота повинен бути привабливим для учасника, щоб йому приємно було брати його в руки. Це важливий психологічний момент, свого роду «психологічна установка» на Красу, і на визнання того факту, що він гідний оточувати себе красивими речами.

2. Листи або зошит формату А4 для виконання вправ, ручки, олівці.

Корекційна програма для осіб зрілого віку, спрямована на формування здорового способу життя, має на меті не тільки зміцнення фізичного здоров'я, але й підтримку психологічного благополуччя. В основі програми лежить інтегрований підхід, який поєднує психопрофілактичні та

психокорекційні методи. Така програма покликана забезпечити стійкі зміни в поведінці, установках і звичках учасників, зокрема щодо здорового харчування, фізичної активності, емоційного саморегулювання та соціальної взаємодії.

Програма тренінгу розрахована на 8 тижнів. Кожного тижня проходили 2 сесії, з яких була на психологічну тематику (для покращення психологічного, духовного та соціального здоров'я), а інша лекція з харчової поведінки (для покращення фізичного здоров'я). Кожна сесія складалася з таких послідовних етапів: міні-лекція, практичне завдання, домашнього завдання. Загалом було проведено 16 вебінарів: 8 сесій з для покращення психологічного, духовного та соціального здоров'я [97] та 8 лекцій для покращення харчової поведінки та фізичного здоров'я, що також є складовою формування мотивації до здорового способу життя.

Також було розроблено робочі зошити з практичними завданнями на психологічну тематику, та кожен робочий зошит обов'язково містив колесо емоцій, «харчовий» та «емоційний» щоденник, трежер звичок. Посилання на всі матеріали тренінгу розміщені в додатках: записи лекцій (Додаток Е), презентації на лекції з психології (Додаток Ж), презентації на лекції з нутриціології (Додаток И), робочі зошити (Додаток К), гайди з конспектами лекцій з нутриціології (Додаток Л).

Структура корекційного модулю.

Перший семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Розлади харчової поведінки як складова, що перешкоджає формуванню здорового способу життя у осіб зрілого віку».

Мета: Формування в учасників тренінгу системи наукових знань щодо важливості формування харчової поведінки та особливостей здорового харчування, проведення міні-лекції на тему розладів харчової поведінки, заради попередження та профілактики розладів харчової поведінки.

Хід: Проведення міні-лекції на тему складових здорового способу життя. Також була проведена міні-лекція на тему розладів харчової

поведінки та цінності ведення «Харчового щоденника» – одного з найважливіших інструментів терапії харчових порушень. Мета ведення харчового щоденника: пошук проблемних ситуацій, розуміння структури поведінки, психоедукація емоцій, виявлення автоматичних думок, правил і переконань, вихід на роботу з автоматичними думками. Коментар: ведення щоденника допомагає ввести до зони усвідомлення непомітні процеси, відслідкувати харчові звички й емоційний стан тощо. У ньому зазначається час, місце прийому їжі, оцінка до та після їжі за шкалою голоду-насичення, емоції та ситуація. Для учасників тренінгу було розроблено харчові щоденники, які були розміщені у робочих зошитах, які в електронному форматі надсилалися учасникам тренінгу.

Домашнє завдання: Вести «харчовий щоденник». Та пройти 2 опитувальника: в якості основних діагностичних методик нашого дослідження було відібрано:

1. Опитувальник «Ставлення до здоров'я», автор якого Р. А. Березовська (Додаток А).

2. Анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка) (Додаток Б).

А також пройти ще один з трьох опитувальників на вибір для визначення розладів харчової поведінки.

3. Тест ставлення до прийому їжі або Тест харчових установок, Eating Attitudes Test-26 (Додаток В).

4. Нідерландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) T. Van Strien, C.P. Herman (Додаток Г).

5. Римська методика дослідження орторексії (ORTO-15), спрямована виявлення пролонгованого психічного розладу, яке автори визначають як «маніакальну одержимість здоровою їжею» (Додаток Д).

Другий семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Мотиваційна складова формування здорового способу життя у осіб зрілого віку».

Мета: формування мотивації до здорового способу життя

Хід: міні-лекція та техніка підвищення мотивації «Моє майбутнє».

Домашнє завдання: вести робочий зошит протягом наступного тижня.

Третій семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Емоційна складова формування здорового способу життя у осіб зрілого віку. Стратегії задоволення потреб».

Мета: навчитися розпізнавати свої емоції та почуття, а також задовольняти власні потреби.

Хід: міні-лекція та психологічні практики з МАК – це насамперед, проєктивна методика, яка заснована на феномені проєкції та дозволяє виявити в даному випадку емоційні реакції на певну харчову поведінку.

Домашнє завдання: вести робочий зошит протягом наступного тижня.

Четвертий семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Турбота про себе, як складова психологічних детермінантів формування здорового способу життя у осіб зрілого віку».

Мета: навчитися піклуватися про себе, розпізнавати і задовольняти свої власні почуття й потреби.

Хід: міні-лекція та практики на підвищення самооцінки та самоцінності.

Домашнє завдання: вести робочий зошит протягом наступного тижня та практикувати афірмації.

П'ятий семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Когнітивні переконання та їх роль у формуванні здорового способу життя у осіб зрілого віку».

Мета: розпізнавати когнітивні переконання та трансформувати їх.

Хід: міні-лекція та практики на трансформацію когнітивних переконань.

Домашнє завдання: вести робочий зошит протягом наступного тижня та провести поведінковий експеримент для трансформації когнітивного переконання.

Шостий семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Образ тіла, як складова психологічних детермінатів формування здорового способу життя у осіб зрілого віку».

Мета: навчитися фокусувати увагу, вступати в контакт зі своїм тілом, з безпосереднім досвідом власних фізичних почуттів; навчитися використовувати інтуїтивний, невербальний метод пізнання.

Хід: міні-лекція та практики на дослідження тілесних почуттів та емоційних аспектів індивідуального розвитку образу тіла.

Домашнє завдання: практика уважності, вправа «Сканування тіла», щоденник самопостережень.

Сьомий семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Духовне здоров'я, як складова психологічних детермінатів формування здорового способу життя у осіб зрілого віку».

Мета: дослідити три різних значення сенсу життя значущість, узгодженість і цілеспрямованість.

Хід: міні-лекція та практики на дослідження трьох складових сенсу життя значущість, узгодженість і цілеспрямованість.

Домашнє завдання: вести робочий зошит протягом наступного тижня.

Восьмий семінар має тему лекції та групової корекційної сесії «Соціальне здоров'я, як складова психологічних детермінатів формування здорового способу життя у осіб зрілого віку».

Мета: навчитися формувати власні межі та формувати здорові та комфортні стосунки з соціальним оточенням.

Хід: міні-лекція та два практичні завдання: техніка «Так, ні, так», техніка «Заїжджена платівка».

Домашнє завдання: вести робочий зошит протягом наступного тижня.

Також проходили лекції на формування здорової харчової поведінки, які також проводилися щотижня. Були проведені лекції на наступні теми: «Нутритивна цінність», «Жири», «Білки», «Вуглеводи», «Мінерали», «Вітаміни та їх класифікація», «Водний баланс», «Фізична активність»,

«Здоровий сон», а також практичне заняття розрахунку КЖБВ за формулою Харріса-Бенедикта.

Можемо зробити наступні висновки щодо методичні основи побудови корекційної програми формування здорового способу життя в осіб зрілого віку. Ключовим аспектом програми була розробка графічної концепції тренінгу нормалізації харчової поведінки, яка базується на інтеграції чотирьох ключових компетенцій (психологічної, духовної, соціальної та фізичної), є потужним інструментом для візуалізації процесу формування здорового способу життя. Ця модель допомагає учасникам не лише зрозуміти взаємозв'язки між різними аспектами здоров'я, а й дає змогу оцінити власний розвиток у кожному з цих напрямків. Завдяки графічній структурі учасники можуть побачити, як ці фактори взаємодіють.

Програма тренінгу тривала 8 тижнів і включала 16 сесій, з яких кожен тиждень мав 2 зустрічі. Одна з сесій була з психологічної тематики, спрямованої на покращення психологічного, духовного та соціального здоров'я, а інша — з харчової поведінки для покращення фізичного здоров'я. Програма мала структурований підхід, де кожна сесія проходила за наступною схемою: міні-лекція, практичне завдання, домашнє завдання. Завдяки такій структурі програма забезпечувала комплексний підхід до формування здорового способу життя, поєднуючи психологічну та фізичну складові, що допомагало учасникам не лише змінити свої звички, але й розвивати позитивне ставлення до здоров'я та мотивацію до змін у житті.

3.2. Перевірка ефективності програми формування здорового способу життя в осіб зрілого віку

В експерименті брали участь особи з різним рівнем проявів: спонукального компоненту та ставлення до здорового способу життя, з різним рівнем розладів харчової поведінки. У повторній діагностиці отримано результати тестувань 23 осіб, що свідчить про те, що кількість

респондентів яка виявила бажання пройти повторне тестування багато менше від першого зрізу. У складі експериментальної групи було представлено 13 осіб, із них 11 жінок (85 %) та 2 (15 %) чоловіків). Контрольна група також складалася з 10 осіб, із них 8 жінок (80 %) та 2 (20 %) чоловіків).

Для оцінки ефективності психотерапевтичного впливу було порівняно діагностичні показники на вході в терапію та після проходження шести тижнів терапевтичних сесій. Оскільки учасники проходили перший зріз в різний період протягом 5 тижнів, а другий зріз був проведений через тиждень після завершення першого зрізу. У зв'язку з цим можемо не отримати статистично значимих результатів, по причині коротко періоду між першим та другим зрізом. А також у зв'язку з тим, що вибірка другого зрізу значно менша від першого, використання порівняльного аналізу t-критерія Стьюдента є не можливим для проведення. Вирішення питання мотивації респондентів до проходження другого діагностичного виміру буде предметом для подальших наукових досліджень.

Тому для подальшого дослідження використовувалися емпіричні методи: тестування, опитування та анкетування, які містили закриті питання та одне відкрите питання. Методи обробки даних було обрано: систематизація, узагальнення якісних даних.

Групова тренінгова програма проводилася протягом п'яти тижнів, 2 рази на тиждень за авторською програмою. На етапі формувального експерименту з метою отримання початкових та кінцевих замірів було використано низку психодіагностичних методик, які дозволили проаналізувати ефективність розробленої корекційно тренінгової програми для психологічної корекції та формування здорового способу життя в осіб зрілого віку та корекції порушень харчової поведінки:

— опитувальник «Ставлення до здоров'я», автор розробленої методики Р.А. Березовська;

- анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка);
- римська методика дослідження орторексії (ORTO-15) для виявлення нервової орторексії;
- тест ставлення до прийому їжі, Eating Attitudes Test-26, для виявлення нервової анорексії та булімії;
- нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) призначений для аналізу трьох основних типів харчової поведінки: обмежувальної, емоціогенної та екстернальної.

Під час дослідження формувального експерименту згідно методики «Ставлення до здоров'я» в експериментальній групі, підсумовуючи (середнє і % респондентів) результати поведінкового аспектів здорового способу життя в осіб зрілого віку представленні в таблиці за кожною відповідно за кожною шкалою (ціннісно-мотиваційна, когнітивна, емоційна, поведінкова) першого та другого діагностичного вимірів представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

**Результати анкетування експериментальної групи вкінці
формуального експерименту методики «Ставлення до здоров'я»**

Розподіл питань опитувальника по шкалах	Перший діагностичний вимір, М	Другий діагностичний вимір, М
Ціннісно-мотиваційна	5,1	5,3
Когнітивна	5,3	5,7
Емоційна	5,2	4,9
Поведінкова	3,7	4,4

М – середній результат кожної шкали.

Значення від 1 до 7 відповідають оцінці респондентів кожного твердження відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою, де: 1 – абсолютно не важливо; 2 – не погоджуюсь; 3 – швидше не погоджуюсь; 4 – не можу

відповісти; 5 – вірогідніше погоджуюсь; 6 – погоджуюсь; 7 – цілковито погоджуюсь.

Отже, підсумовуючи, результати анкетування експериментальної групи вкінці формувального експерименту методики «Ставлення до здоров'я» переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному рівні.

Також тренінгова програма показала позитивні результати за ціннісно-мотиваційною, когнітивною, та поведінковою шкалами, середнє яких збільшилось в середньому на 0,4 відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою після тренінгової корекційної програми. Найбільше тренінгова програма вплинула на поведінковий компонент ставлення до здоров'я. Проте середнє значення емоційної шкали ставлення до здоров'я знизилось на 0,7 відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою.

Також важливо зазначити, що дані результати не було підтверджено статистично. Оскільки кількість вибірки не є достатньою для застосування математичних методів для оцінки статистично значимих результатів формувального експерименту як окремо в контрольній та експериментальній групі, так й загальній сукупності.

Порівняємо результати експериментальної групи вкінці формувального експерименту опитувальника «Ставлення до здоров'я» по кожній шкалі окремо. Розглянемо результати ціннісно-мотиваційної шкали у вигляді графіку (рис. 3.2).

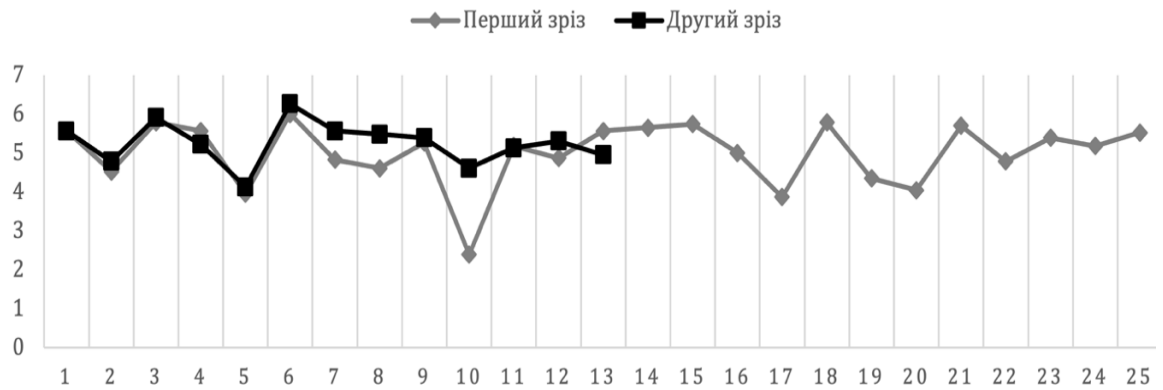


Рис. 3.2. Результати контрольної та експериментальної групи за ціннісно-мотиваційною шкалою опитувальника «Ставлення до здоров'я»

За результатами ціннісно-мотиваційної шкали опитувальника «Ставлення до здоров'я» на графіку спостерігаємо підвищення цінності та мотивації в експериментальній групі вкінці формульованого експерименту до ведення здорового способу життя в осіб зрілого віку через тиждень після першого зрізу:

- результати покращилися у 46% (6 осіб);
- результати не змінилися у 38% (5 осіб);
- результати погіршилися у 15% (2 осіб).

Порівняємо результати експериментальної групи вкінці формульованого експерименту опитувальника «Ставлення до здоров'я» окремо за емоційною шкалою (рис. 3.3).

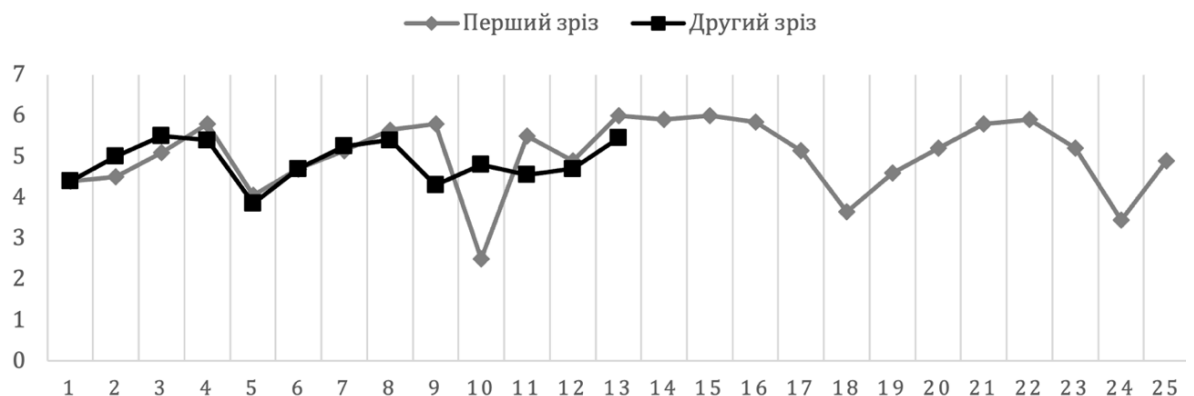


Рис. 3.3. Результати контрольної та експериментальної групи за емоційною шкалою опитувальника «Ставлення до здоров'я»

За результатами емоційної шкали опитувальника «Ставлення до здоров'я» на графіку спостерігаємо зниження середніх значень емоційної шкали в експериментальній групі на другому зрізі ставлення до здоров'я через тиждень після першого зрізу в 23% (3 осіб), результати не змінилися у 46% (6 осіб), результати погіршилися у 30% (4 осіб).

Порівняємо результати експериментальної групи на першому та другому зрізі згідно опитувальника «Ставлення до здоров'я» окремо окремо за когнітивною шкалою (рис. 3.4).

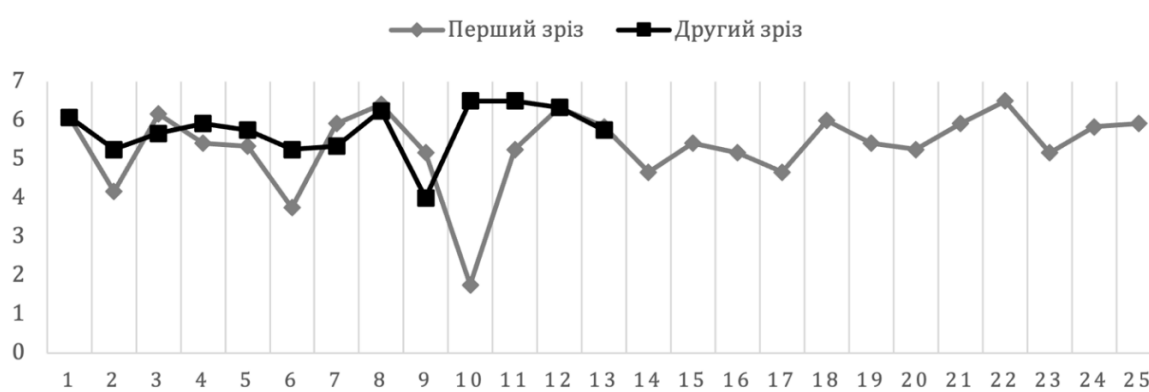


Рис. 3.4. Результати контрольної та експериментальної групи за когнітивною шкалою опитувальника «Ставлення до здоров'я»

За результатами когнітивної шкали отримали наступні результати опитувальника «Ставлення до здоров'я» на графіку спостерігаємо підвищення рівня ставлення до здоров'я за когнітивною шкалою в експериментальній групі на другому зрізі:

- через тиждень після першого зрізу результати покращилися в 46% (6 осіб);
- результати не змінилися у 30% (4 осіб);
- результати погіршилися у 23% (3 осіб).

Таким чином можемо зробити висновки, що загалом результати покращилися за когнітивною шкалою в експериментальній групі на другому зрізі.

Порівняємо результати експериментальної групи підчас формувального та констатувального експериментів згідно опитувальника «Ставлення до здоров'я» окремо за поведінковою шкалою (рис. 3.5).

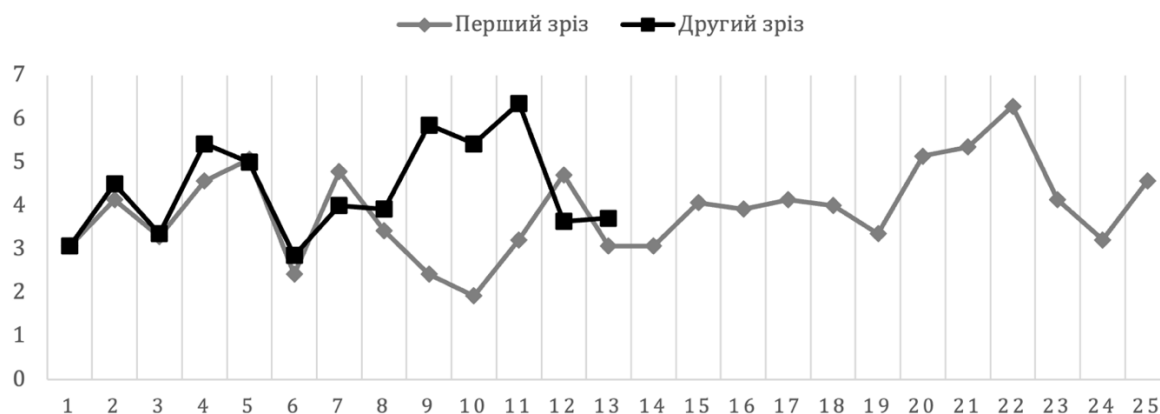


Рис. 3.5. Результати контрольної та експериментальної групи за поведінковою шкалою опитувальника «Ставлення до здоров'я»

За Результати, отримані за поведінковою шкалою опитувальника «Ставлення до здоров'я», свідчать про позитивну динаміку у ставленні до здоров'я серед учасників експериментальної групи:

61% учасників (8 осіб) показали підвищення рівня ставлення до здоров'я через тиждень після першого зрізу, що є значним покращенням.

23% учасників (3 особи) не зазнали змін у своєму ставленні до здоров'я.

15% учасників (2 особи) продемонстрували погіршення результатів, що може свідчити про необхідність більш детального аналізу причин таких змін.

На основі цих результатів можна зробити висновок, що корекційна програма має позитивний вплив на поведінкові зміни та формування здорового способу життя, оскільки більшість учасників демонструють позитивні зміни у ставленні до здоров'я. Програма позитивно впливає на ціннісно-мотиваційний, когнітивний та поведінковий компоненти ставлення до здоров'я, що підтверджується підвищенням рівня ставлення до здоров'я в експериментальній групі. Однак, результати емоційного компоненту

формування ЗСЖ потребують доопрацювання, оскільки не всі учасники відчули значне поліпшення в емоційному ставленні до свого здоров'я.

Для більш глибокого аналізу варто підсумувати середнє значення та процентний розподіл респондентів за шкалами ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів ЗСЖ, що було виявлено в контрольній групі в кінці формувального експерименту (див. таблицю 3.2).

Таблиця 3.2

Результати анкетування контрольної групи вкінці формувального експерименту методики «Ставлення до здоров'я»

Розподіл питань опитувальника по шкалах	Перший діагностичний вимір, М	Другий діагностичний вимір, М
Ціннісно-мотиваційна	5,0	4,8
Когнітивна	5,8	5,7
Емоційна	5,1	4,8
Поведінкова	4,3	4,3

Отже, підсумовуючи результати контрольної групи констатувального експерименту на першому та другому зрізі переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному та поведінковому рівні так само як у експериментальній групі на початку та вкінці формувального експерименту. Проте найнижчі показники має поведінковий компонент ставлення до здоров'я в контрольній та експериментальній групах першого та другого зрізу, що говорить про низький рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя.

Порівнюючи середні значення рівнів ставлення до здоров'я контрольної групи на початку та в кінці констатувального експерименту окремо за кожною шкалою можемо зробити наступні висновки:

- середнє значення ціннісно-мотиваційної шкали збільшилось на 0,2 відповідно до ступеня згоди респондентів;
- середнє значення когнітивної шкали зменшились на 0,1 відповідно до ступеня згоди респондентів; середнє значення емоційної шкали зменшились на 0,1 відповідно до ступеня згоди респондентів;
- середнє значення поведінкової шкали залишились не змінними відповідно до ступеня згоди респондентів.

Якщо порівнювати контрольну групу з експериментальною на другому зрізі:

- експериментальній групі середнє ціннісно-мотиваційної шкали збільшилось на 0,4;
- середнє значення когнітивної шкали ідентичні;
- середнє значення емоційної та поведінкової шкали в експериментальній групі більші на 0,1.

Таким чином бачимо, значимої різниці між групами першого та другого зрізу контрольної та експериментальної групи не має.

Аналізуючи відповіді опитувальника «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» виявлено наступні результати експериментальної групи на першому та другому діагностичному вимірі. Підсумуємо результати (середнє респондентів) (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Результати анкетування в експериментальній групі

Шкали мотиваційного компонента культури ЗСЖ	Перший діагностичний вимір, середнє значення (бал від-5 до 5)	Другий діагностичний вимір, середнє значення (бал від-5 до 5)
Духовне здоров'я	2	3
Соціальне здоров'я	3	4

Психологічне здоров'я	4	5
Фізичне здоров'я	4	4
Загальне	3	4

Отже, узагальнюючи результати експериментальної групи опитувальника «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» зазначимо, що при розрахунку загального середнього емпіричне за анкетною можемо зробити висновки, що компонент після тренінгової програми зріс до високого рівня спонукального компоненту здорового способу життя. Узагальнюючи результати за основними типами здоров'я: найменше середнє емпіричне значення має шкала духовного здоров'я, але рівень прагнення виріс, проте залишається на середньо-високому рівні; шкала соціального здоров'я зросла до високого рівня спонукального компоненту ЗСЖ; шкала психологічного здоров'я стала мати найвищий рівень спонукального компоненту порівняно з іншими шкалами; шкала фізичного здоров'я залишилась не змінною.

Аналізуючи відповіді першого та другого діагностичного виміру контрольної групи за опитувальником «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» виявлено наступні результати контрольної групи. Підсумуємо результати (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Результати анкетування в контрольній групі

Шкали мотиваційного компонента культури ЗСЖ	Перший діагностичний вимір, середнє значення (бал від-5 до 5)	Другий діагностичний вимір, середнє значення (бал від-5 до 5)
Духовне здоров'я	2	2
Соціальне здоров'я	3	3
Психологічне здоров'я	4	4

Фізичне здоров'я	4	4
Загальне	3	3

Узагальнюючи результати опитувальника «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» зазначимо, що результати за кожною шкалою залишилися абсолютно не змінними, що дає нам можливість в результаті порівняння з експериментальною групою підтверджувати вплив тренінгової програми на респондентів.

Отже порівнюючи їх з результати експериментальної групі першого та другого діагностичного виміру спостерігаємо зміни лише в експериментальній групі, середнє значення якої збільшилось за шкалами духовного, соціального, психологічного здоров'я, що говорить про збільшення спонукального компоненту здорового способу життя за кожною з цих шкал. Однак варто зазначити, що середнє значення шкали фізичного здоров'я залишилося не змінними у в експериментальній та контрольній групі як за першим, так і за другим діагностичним виміром. Таким чином можемо зробити висновки, що тренінгова програма мала вплив на духовне, психологічне та соціальне здоров'я, однак особливо потребує доопрацювання отримання значимих результатів за шкалою фізичного здоров'я. Вирішення проблеми отримання значимих результатів за даною методикою буде предметом наступних досліджень.

Результати діагностики розладів харчової поведінки експериментальної групи представленні в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати діагностики проявів розладів харчової поведінки в експериментальній групі за методиками DEBQ, EAT-26, ORTO-15

Методик а	Результати	N ₂		N ₁	
		п	%	п	%
	Вибірка окремо за кожною шкалою	7	53	14	56

DEBQ	Шкала наявної обмежувальної харчової поведінки (> 2.4 балів)		Шкала наявної емоційної харчової поведінки (>1.8 балів)		Шкала наявної екстернальної харчової поведінки (> 2.7 балів)					
	п	%	п	%	п	%				
	4	36	4	52	5	56				
	Відсутнє психогенне переїдання						1	8	1	4
ORTO-15	Наявна орторексія (≤ 40 балів)						1	8	6	24
	Відсутня орторексія (> 40 балів)						3	23	1	4
EAT-26	Наявна анорексія або булімія (> 20 балів)						—	—	—	—
	Відсутня анорексія і булімія (< 20 балів)						1	8	3	12
Всього							13	100	25	100

N_1 – вибірка першої діагностичної групи,

N_2 – вибірка другої діагностичної групи.

Підчас діагностики РХП контрольної групи отримали наступні результати (табл. 3.6).

Таблиця 3.6.

Результати діагностики проявів розладів харчової поведінки в контрольній групі за методиками DEBQ, EAT-26, ORTO-15

Методика	Результати	N_2		N_1	
		п	%	п	%
	Вибірка окремо за кожною шкалою	7	70	12	48

DEBQ	Шкала наявної обмежувальної харчової поведінки (> 2.4 балів)		Шкала наявної емоційної харчової поведінки (>1.8 балів)		Шкала наявної екстернальної харчової поведінки (> 2.7 балів)					
	п	%	п	%	п	%				
	6	32	6	32	7	36				
	Відсутнє психогенне переїдання						—	—	3	12
ORTO-15	Наявна орторексія (≤ 40 балів)						3	30	6	24
	Відсутня орторексія (> 40 балів)						—	—	1	4
EAT-26	Наявна анорексія або булімія (> 20 балів)						—	—	—	—
	Відсутня анорексія і булімія (< 20 балів)						—	—	3	12
Всього							10	100	25	100

N_1 – вибірка першої діагностичної групи,

N_2 – вибірка другої діагностичної групи.

1) Результати за методикою DEBQ: порівнюючи експериментальну групу першої діагностичної групи з другою, то у відсотковому значенні – відсоток опитуваних майже не змінився; порівнюючи контрольну групу першої діагностичної групи з другою, то у відсотковому значенні – відсоток опитуваних збільшився та становить 100% на другому зрізі. Таким чином можемо зробити висновок, що заданою методикою діагностується високий відсоток респондентів з наявним РХП психогенним переїданням.

2) Результати за методикою ORTO-15: порівнюючи експериментальну групу першої діагностичної групи з другою, то у відсотковому значенні спостерігається зменшення кількості респондентів з нервовою орторексією; а

в контрольній групі навпаки спостерігається збільшення відсотку з наявним РХП, що становить 100% на другому зрізі.

3) Результати за методикою ЕАТ-26: експериментальній групі жоден респондент не має РХП за даною методикою; в контрольній групі також при діагностуванні у всіх опитуваних за цією методикою мають показники, що свідчать про відсутність анорексії та булімії так само як і в експериментальній групі.

Отже згідно методик римська методика дослідження орторексії (ORTO-15); тест ставлення до прийому їжі, Eating Attitudes Test-26; нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) для вивчення основних типів харчової поведінки: обмежувального, емоціогенного та екстернального загально діагностовано розлади харчової поведінки у кожній групі на першому зрізі: у 80% опитуваних експериментальної групи, та в контрольній у 72%. Згідно даних методик на другому зрізі маємо наступні результати: в експериментальній групі розлади харчової поведінки діагностовано у 61% респондентів; а в контрольній групі у 100% діагностовано РХП.

Таким чином можемо зробити висновки, що спостерігається висока поширеність розладів харчової поведінки серед осіб зрілого віку, що підтверджує актуальність даного та подальшого дослідження теми розладів харчової поведінки, та формування здорового способу життя у даній віковій категорії, але дані не є статистично значимими, це буде темою для подальших наукових досліджень.

3.3. Подальші рекомендації щодо формування здорового способу життя в осіб зрілого віку

Після апробації корекційно тренінгової програми були враховані наступні ключові аспекти, які було розділено на наступну групу:

1) Результати констатувального та формувального експериментів – аналіз змін, зафіксованих під час реалізації програми, дозволив ідентифікувати сильні та слабкі сторони корекційної тренінгової програми.

2) Досвід проведення експериментальної та тренінгової програми – практичні аспекти організації, методики, техніки взаємодії з учасниками стали основою для вдосконалення структури програми.

3) Зворотній зв'язок респондентів – відгуки учасників допомогли зрозуміти, які елементи програми потребують адаптації, доповнення чи зміни для підвищення її ефективності.

На основі зібраних даних буде створена оновлена тренінгова програма, яка врахує попередні недоліки та буде орієнтована на більш ефективне формування здорового способу життя. Особливості розробки оновленої корекційної тренінгової програми:

- Раціональне використання ресурсів – при створенні програм для студентів спеціальності 053 «Психологія», психологів або інших фахівців важливо забезпечити ефективну організацію роботи, використовуючи сучасні технічні засоби, інтерактивні формати та релевантні наукові підходи.

- Організація науково-дослідницького процесу – програми мають базуватися на доказових даних та враховувати актуальні тенденції у формуванні здорового способу життя. Важливо залучати учасників до участі у дослідженнях, щоб оцінювати їх прогрес та вдосконалювати програму.

- Концептуальні характеристики програм – програма повинна мати чітко визначену структуру, мету, завдання та очікувані результати. Необхідно враховувати чотири основні аспекти здоров'я (психологічний, фізичний, соціальний, духовний) та інтегрувати їх у взаємопов'язану систему.

- Адаптація під цільову аудиторію – програми мають враховувати специфіку цільової групи (вікові особливості, професійні потреби, соціокультурний контекст) і бути гнучкими для індивідуальних потреб.

Таким чином, оновлена програма повинна стати більш ефективним інструментом для формування здорового способу життя, орієнтованим на досягнення максимальної результативності у навчальному та практичному процесі. Під час проведення тренінгової програми та аналізу результатів після її проходження дійшли наступних висновків, що ефективна тренінгова психокорекційна програма для формування здорового способу життя повина включати певні важливі компоненти для досягнення статистично значимих результатів учасників тренінгу:

1) Систематична та комплексна початкова діагностика. Під час дослідження було виявлено проблему діагностики спонукального компоненту та ставлення до здорового способу життя, з різним рівнем розладів харчової поведінки на першому зрізі. Проблема полягала в тому, що респонденти проходили анкетування на першому зрізі протягом чотирьох тижнів паралельно з проходженням тренінгової програми. Щоб вирішити цю проблему в подальших тренінгових програмах анкетування, тестування та опитування необхідно впровадити систему прийому учасників, яка забезпечить повноцінний збір первинної інформації, також необхідно проводити анкетування до формування групи тренінгу та до початку тренінгу.

2) Економічна доцільність та раціональне використання ресурсів. Програма має забезпечувати оптимальне використання ресурсів, наприклад, проводити менш інтенсивні та економічні терапевтичні заходи для більшої кількості учасників тренінгової програми. Також за відгукami попередньо проведеної тренінгової програми, час проведення лекційних занять варто скоротити до 40 хвилин, а той лекційний матеріал, що не увійшов у лекцію по часу викласти в конспектах до лекції або розширити тривалість тренінгової програми до 10 тижнів.

3) Тренінгова програма повинна мати мультидисциплінарний підхід, оскільки формування здорового способу життя комплексну природу, програма повинна передбачати участь спеціалістів або психолог має

розбиратися в принципах формування здорової харчової поведінки. Команда має складатися з досвідчених фахівців: психолога або психотерапевта, нутриціолога або дієтолога. Основними завданнями програми є формування здорового способу життя, та нормалізація харчової поведінки. Учасники також позитивно відмітили, що тренінгова програма дослідження має лекції по формуванню здорової харчової поведінки.

4) Тренінгова програма повинна базуватися на науково доведених методах психотерапії, ефективних для формування здорового способу життя. Важливо мати систему оцінювання, яка включає базу даних для аналізу діагностичних даних пацієнтів до та після лікування. Це дозволяє оцінювати ефективність програми та корегувати її за потреби.

Також вирішено сформувати іншу структуру кожного заняття, в яку вирішено додати початковий та завершальний тренінг, також додати більше практичних вправ. Нова структура корекційної програми кожного заняття, тепер має наступний вигляд, розглянемо на прикладі сценарію психологічного групового заняття.

Структура заняття:

1. Початковий шеринг.
2. Проведення міні-лекції на вправи.
3. Звички тижня.
4. Домашнє завдання.
5. Завершальний шеринг.

Розглянемо детальний сценарій одного з сесійних занять оновленої тренінгової програми, який представлений далі.

Тема: Зміна харчової поведінки. Формування корисних харчових звичок, для прикладу було обрано харчову звичку їсти свою індивідуальну норму КЖБВ (калорій, жирів, білків та вуглеводів).

Мета: Формування в учасників тренінгу системи знань щодо формування нових харчових звичок.

Час проведення: 40 хвилин

Матеріали: листи паперу, ручки або олівці.

1. Початковий шеринг. (10 хвилин)

1.1. Привітання, та початковий шеринг (8 хвилин) призначений для збирання очікувань, емоцій, думок, ідей, висновків, запитів, побоювань чи питань, що виникають у процесі виконання домашнього завдання. Під час шерингу обговорюються правила: учасники говорять лише про свої особисті почуття та думки; висловлюють тільки власні емоції й переживання, уникаючи оцінок, аналізу реакцій інших або інтерпретацій.

Психолог: «Доброго дня, учасники! Рада бачити вас усіх сьогодні тут. Як себе відчуваєте, які емоції та почуття відчуваєте, чи виникли якісь питання під час виконання домашніх завдань? Можете підняти руку або поділитися в чатику».

1.2. Представлення мети заняття (2 хвилини)

Психолог: «Сьогодні ми з вами будемо вчитися системи наукових знань щодо важливості формування харчової поведінки та особливостей здорового харчування, та психологічні детермінанти формування харчових звичок, щоб навчитися змінювати харчову поведінку. Навчитися формувати корисні харчові звички. Для прикладу пропоную розглянути психологічні детермінанти формування звички їсти свою індивідуальну норму КЖБВ».

2. Основна частина (35 хвилин)

2.1. Пояснення завдання (5 хвилин)

Психолог: «Дуже важливо під час зміни харчової поведінки навчитися правильно ставити мету. Під час досліджень виявлено, що на шляху до глобальної мети, наприклад, схуднення, особа, яка не отримує результат швидко, може після цього кинути роботу над собою, та повернутися до попереднього способу життя. Саме тому дуже важливо навчитися ставити перед собою правильні довгострокові та короткострокові цілі. Наочною в цьому плані є стратегія формування харчової поведінки шлях формування корисних харчових звичок поступово одна за одною.

Головною задачею, яка полягає під час формування харчової звички – це перейти від неусвідомленої некомпетентності в здоровому стилі життя до неусвідомленої компетентності. Дуже часто ми навіть не знаємо, що чогось не усвідомлюємо та не знаємо. В цьому і полягає неусвідомлена некомпетентність. Усвідомлена некомпетентність – це коли особа вже знає, що робить щось не так, але ще не знає, як варто робити правильно. Усвідомлена компетентність – це коли особа знає як вчинити правильно та таким чином і робить. Коли особа повторює це щоразу, знову і знову, то в неї з'являється можливість перейти до останньої фази – неусвідомленої компетентності особи зрілого віку [59, с. 17].

Шкідливі звички можуть з'явитися за короткий час і закріпитися майже непомітно. У той же час формування здорових звичок є більш тривалим процесом, який потребує свідомих зусиль та не менше 66 днів регулярної практики. Саме тому програма експерименту передбачає тривалість у 10 тижнів, що дозволяє учасникам розвивати корисні моделі поведінки, зміцнювати їх та інтегрувати в повне життя» [59, с. 17].

2.2. Проведення дослідів (5 хвилини)

Психолог: «З корисних харчових звичок слід обрати одну. Пропоную вам обрати звичку їсти свою норму КЖБВ та далі я розповім вам як саме рахувати свою норму КЖБВ. Варто пам'ятати, що мета цього дослідів полягає не в тому, щоб ви повністю змінили за 10 тижнів харчову поведінку, а в тому, що сформувати ОДНУ корисну харчову звичку.

Ви знаєте, яка кількість жирів, білків та вуглеводів тепер має бути у вашій раціоні. Виходячи з цього, ви можете поступово впроваджувати звичку щодня споживати продукти відповідно до ваших норм ЖБВ. протягом наступних 10 тижнів буде сформовано цю корисну звичку, яка допоможе вам не лише покращити ваше самопочуття, але й підтримувати баланс у харчуванні (табл. 3.7) [59, с. 18]».

План дій на наступні 2 місяці

Довгострокова ціль	Харчуватися згідно своєї норми ЖБВ
Конкретизуйте вашу мету	Щодня вживати продукти, які містять достатньо для мого організму ЖБВ.
Вивітрюваність	Ведення харчового щоденника
Виконуйте дії направлені на досягнення цілі	Пошук простих рецептів овочевих страв. Планування свого раціону
Сформулюйте реалістичну мету та перешкоди на шляху її досягнення	Відсутність планування раціону. Відсутність «під рукою» готової овочевої страви. Відсутність плану дій, коли «я їм не вдома».
Встановіть час перевірки результатів	Місяць
Форма звітності	Щонедільні публікації у соцмережах, телеграмі.
Нагорода	Гарне самопочуття, покращення стану здоров'я, зменшення об'єму талії

Психолог: «Далі наведено форму у вигляді таблиці для складання плану дій для досягнення короткострокової мети відповідно звичку їсти свою норму КЖБВ. Пропоную вам заповнити дану таблицю в якості домашнього завдання. Для досягнення цієї мети необхідно заповнити спеціальну таблицю, яка стане вашим планом дій на найближчі два місяці. У таблиці слід врахувати лише кількість продуктів, що відповідають вашим нормам ЖБВ, а й час прийому їжі, варіанти страв і способи їх приготування кожної страви, детальний рецепт з кількістю продуктів, список продуктів (див. табл. 3.8) [59, с. 19]».

План дій на наступні 2 місяці

Заплановані дії (кроки)	Дата виконання	Хто допоможе це зробити?	Зроблено або ні
1. Підібрати рецепти на тиждень.			
2. Сформувати меню на тиждень.			
3. Сформувати розмір порцій.			
4. Скласти список продуктів			
5. Купити всі необхідні продукти			

2.4. Робота в групі, загальне обговорення (10 хвилин)

Психолог: «Пропоную вам надати відповіді на наступні запитання:

1) Розгляньте ризики, які виникли під час формування корисних харчових звичок, спираючись як на власний досвід, так і на досвід усіх учасників експерименту.

2) Оцініть, наскільки ефективними ви отримаєте форму звітності щодо процесу створення корисних звичок.

3) Введіть аналіз раціонів, розроблених для досягнення формування певних здорових звичок у межах експерименту. На вихід кожен учасник виділяється приблизно 2 хвилини. Почнімо! Хто готовий почати?» [59, с. 20].

(Після виступу кожного учасника психолог може висловити короткий коментар або підтримати його, наприклад: «Дякую за вашу думку, це цікаво», «Чудовий приклад!»).

Психолог: «Дякую всім за активну участь у нашому обговоренні. Тепер пропоную поділитися своїми враженнями від цієї справи. Що нового ви відкрили для себе чи про інших учасників? Чи був якийсь момент, який вас надихнув або особливо запам'ятався? Як ви думаєте, чи стане цей досвід корисним у ваших подальших взаємодіях один з одним? Хто бажає висловитися першим?»

Надати можливість кільком учасникам поділитися своїми думками. Психолог уважно слухає, підтримує кожного та підсумовує їхні відповіді.

Психолог: «Приємно це чути! Я рада, що ця справа допомогла вам краще зрозуміти процес формування звичок і створення збалансованих раціонів».

3. Звички тижня

Психолог: «Цього тижня у вас з'явиться нова звичка». Їсти свою індивідуальну норму КЖБВ (калорій, жирів, білків та вуглеводів), також вам варто продовжувати вести харчовий щоденник, для отримання ефективних результатів тренінгу. В робочих зошитах буде трекер звичок, яким ви можете скористатися».

4. Домашнє завдання.

Психолог: «Цього тижня у вас з'явиться нова звичка». Їсти свою індивідуальну норму КЖБВ (калорій, жирів, білків та вуглеводів), також вам варто продовжувати вести харчовий щоденник, для отримання ефективних результатів тренінгу. В робочих зошитах буде трекер звичок, яким ви можете скористатися».

5. Завершальний шеринг (5 хвилин)

5.1. Підбиття підсумків (3 хвилини)

Психолог: «Сьогодні ми побачили, яким чином можемо формувати нові звички та впроваджувати їх у своє життя на прикладі збалансованого харчування».

5.2. Заключне слово та прощання (2 хвилини)

Психолог: «Дякую вам усім за активну та щиру участь у сьогоднішньому занятті. Сподіваюся, що ви навчилися формувати нові харчові звички. Якщо у вас виникатимуть питання або ви захочете поділитися своїми думками, я завжди готова вислухати. Дякую ще раз і до нових зустрічей!»

Також вирішено доповнити та розширити тренінгову програму. Нова тренінгова програма буде розрахована на 10 тижнів. Кожного тижня мають

проходили 2 сесії, одна з яких була на психологічну тематику, а інша лекція з харчової поведінки. Кожна сесія складалася з таких послідовних етапів: початкового шерингу, міні-лекція, декілька практичних завдань, домашнього завдання, звичок тижня, завершальний шерингу. Розглянемо детально нову програму на кожен тиждень, а теми лекцій, назви практичних завдань, та назви звичок:

1) Перший семінар

Тема лекції : «Розлади харчової поведінки як фактор, що перешкоджає формуванню здорового способу життя у зрілому віці».

Практичне завдання : Вправа «Колесо Балансу».

Звички тижня : ведення харчового щоденника.

2) Другий семінар

Тема лекції : «Зміна харчової поведінки. Формування корисних харчових звичок».

Для прикладу було обрано звичку з урахуванням індивідуальної норми КЖБВ (калорій, жирів, білків, вуглеводів).

Практичне завдання : постановка довгострокової цілі та розробка плану дій.

Звички тижня : дотримання своєї норми КЖБВ і продовження практики попереднього тижня.

3) Третій семінар

Тема лекції : «Мотиваційна складова формування здорового способу життя у зрілому віці».

Практичне завдання : техніка підвищення мотивації «Моє майбутнє».

Звички тижня : медитація та продовження практики попередніх звичок.

4) Четвертий семінар

Тема лекції : «Емоційна складова формування здорового способу життя у зрілому віці. Стратегії задоволення потреб».

Практичні завдання :

Вправа «Мій базовий набір почуттів» із МАК.

Дослідження найнеприємнішого почуття зі списку.

Медитація «Мої почуття».

Звички тижня : практики «гедоністичне щастя», «вдячність», «привіт момент» і продовження практики попередніх звичок.

5) П'ятий семінар

Тема лекції : «Турбота про себе як психологічний аспект формування здорового способу життя у зрілому віці».

Практичні завдання :

Практики для підвищення самооцінки й усвідомлення цінності себе.

Вправа «Для себе, коханої/коханого, найсмачніше».

Вправа «Мій прийом їжі в розрізі».

Звички тижня : практика афірмацій та продовження попередніх звичок.

6) Шостий семінар

Тема лекції : «Когнітивні переконання та їх роль у формуванні здорового способу життя у зрілому віці».

Практичні завдання :

Вправа «Підсумки» (виконується наприкінці дня).

Вправа «Настроювання» (виконується перед їжею).

Звички тижня: проведення поведінкового експерименту для трансформації когнітивного переконання та продовження попереднього звичок.

7) Сьомий семінар

Тема лекції : «Образ тіла як психологічний аспект формування здорового способу життя у зрілому віці».

Практичні завдання :

Вправа «Моє тіло – моя справа».

Вправа «Сканування тіла».

Права «Дзеркало».

Звички тижня : практика вправи «Дзеркало» та продовження попереднього звичка.

8) Восьмий семінар

Тема лекції : «Духовне здоров'я як психологічний аспект формування здорового способу життя у зрілому віці».

Практичні завдання : дослідження трьох складових сенсу життя: значущості, узгодженості та цілеспрямованості.

Звички тижня : опрацювання трьох складових сенсу життя та продовження практики попередніх звичок.

9) Дев'ятий семінар

Тема лекції : «Соціальне здоров'я як психологічний аспект формування здорового способу життя у зрілому віці. Здорові кордони».

Практичні завдання :

Техніка «Так, ні, так».

Техніка «Заїжджена платівка».

Звички тижня : спостереження за порушеннями власних кордонів, практика технік семінару, продовження попереднього звичок.

10) Десятий семінар

Тема лекції : «Здорові стосунки та нетворкінг».

Практичне завдання : вправа «Бутерброд».

Звички тижня : встановлення контакту з людиною з вашим оточенням та продовження попереднього звичка.

Після апробації програми були внесені значні корективи, які покращили її зміст та ефективність. Проте програма залишається відкритою до подальших змін для ще більшої адаптації до потреб учасників. Нова версія тренінгової програми потребує повторної апробації, яка стане предметом наступних досліджень.

Висновки до третього розділу

Оскільки потрібно формувати уявлення про належну поведінку, яка не лише зберігає, а й примножує здоров'я на фізіологічному, психологічному, соціальному та духовному рівнях, було розроблено корекційну програму для підтримки здорового способу життя у осіб зрілого віку. Її методичні основи передбачають зміцнення різних аспектів здоров'я. Завдання психокорекції спрямовані на покращення когнітивного, ціннісно-мотиваційного, емоційного та поведінкового компонентів ставлення до здоров'я.

Отже, підсумовуючи, результати анкетування експериментальної групи вкінці формувального експерименту методики «Ставлення до здоров'я» переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному рівні. Також тренінгова програма показала позитивні результати за ціннісно-мотиваційною, когнітивною, та поведінковою шкалами відповідно до ступеня згоди респондентів за кожною шкалою. Найбільше тренінгова програма вплинула на поведінковий компонент ставлення до здоров'я. Проте програма потребує доопрацювання у частині емоційного компоненту.

Результати, отримані за поведінковою шкалою опитувальника «Ставлення до здоров'я», свідчать про позитивну динаміку у ставленні до здоров'я серед учасників експериментальної групи:

- 61% учасників (8 осіб) показали підвищення рівня ставлення до здоров'я через тиждень після першого зрізу, що є значним покращенням.
- 23% учасників (3 особи) не зазнали змін у своєму ставленні до здоров'я.
- 15% учасників (2 особи) продемонстрували погіршення результатів, що може свідчити про необхідність більш детального аналізу причин таких змін.

Підсумовуючи результати експериментальної групи згідно опитувальника «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)», можна відзначити, що загальний середній показник демонструє зростання до високого рівня спонукального компоненту після завершення тренінгової програми. Аналізуючи результати за основними складовими здоров'я, варто відзначити наступне: шкала духовного здоров'я має найнижчий середній емпіричний показник, хоча рівень прагнення в цій сфері зріс, залишаючись на середньо-високому рівні; шкала соціального здоров'я піднялася до високого рівня спонукального компоненту; шкала психологічного здоров'я показала найвищий рівень спонукального компоненту порівняно з іншими шкалами; показник фізичного здоров'я залишився без змін. Водночас програма потребує подальшого вдосконалення, щоб досягти значущих результатів за шкалою фізичного здоров'я.

Також підсумовуючи результати впливу тренінгової програми на розлади харчової поведінки, то спостерігається зниження відсотку респондентів у яких діагностовано психогенне переїдання та орторексію. Однак спостерігається високий відсоток респондентів, у яких діагностовано психогенне переїдання.

Аналіз результатів програми показав, що для досягнення статистично значимих результатів програма має включати: комплексну діагностику на початковому етапі, раціональне використання ресурсів, мультидисциплінарний підхід та опору на науково обґрунтовані методи психотерапії для формування здорового способу життя.

ВИСНОВКИ

Розглядаючи сучасні дослідження психологічні проблем здорового способу життя дійшли наступних висновків здоровий спосіб життя – це спосіб життєдіяльної активності зрілої особистості, що спрямований на усвідомлення зміцнення здоров'я за допомогою єдності складових, що впливають на здоров'я людини. Також формування таких складових здоров'я як: фізична, психологічна, соціальна та духовна – розглядаються як одновимірна складна система, котра повинна призвести до усвідомлення зрілими особистостями, ведення здорового способу життя.

Можна зробили висновки про те, що на особливості формування здорового способу життя в осіб зрілого віку впливає дуже багато чинників, які узагальнено можна розділити на: психологічні, демографічні змінні, когнітивні та соціальні фактори, духовний аспект, емоційні та поведінкові патерни, мотиваційні фактори, можливість приділяти час, фінансовий аспект і т. д. Також важливо зазначити, що складові здорового способу життя – це збалансоване харчування; активна рухова діяльність; оптимальний режим дня; якісний сон; дотримання правил особистої гігієни; відсутність шкідливих звичок; психологічне здоров'я.

1. В результаті емпіричного дослідження психологічних умови формування здорового способу життя в осіб зрілого віку вітчизняні дослідники виділяють наступні основні детермінанти ставлення особи до свого здоров'я: ціннісно-мотиваційні, когнітивні, поведінкові та емоційні. Можна зробили висновки, що мотивація до здорового способу життя – це система цінностей, внутрішніх спонукальних факторів до зміцнення здоров'я.

Підчас організації наукового дослідження, було підібрано наступні методи дослідження впливу психологічних детермінантів на формування здорового способу життя у осіб зрілого віку: опитувальник «Ставлення до здоров'я», автор якого Р. А. Березовська; анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» (методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка);

римська методика дослідження орторексії (ORTO-15) ; тест ставлення до прийому їжі, Eating Attitudes Test-26; нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) для вивчення основних типів харчової поведінки: обмежувального, емоціогенного та екстернального.

2. Проаналізувавши результати за кожною методикою визначено особливості, які є найбільш істотними у контексті мотиваційного компоненту формування ЗСЖ. Підсумовуючи результати аналізу методики «Ставлення до здоров'я», переважна більшість осіб зрілого віку позитивно ставляться до здоров'я на ціннісно-мотиваційному, емоційному та когнітивному рівні так само як у експериментальній групі, так і контрольній групі. Проте найнижчі показники має поведінковий компонент ставлення до здоров'я в обох групах, що говорить про низький рівень відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя як у експериментальній групі, так і контрольній групі.

В результаті аналізу результатів методики «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» дійшли висновків, що шкала духовного здоров'я в контрольній групі має найбільшу кількість респондентів з низьким рівнем спонукального компонента так само, як експериментальна група. А шкали психологічного та фізичного здоров'я в контрольній та експериментальній групі навпаки мають найбільшу кількість респондентів з високим рівнем спонукального компоненту. Можемо зробити висновки, що спонукальний компонент контрольної та експериментальної групі має середньо-високий рівень прагнення до здорового способу життя.

3. В результаті аналізу за t-критерієм Стюдента для двох незалежних вибірок показує, різниця експериментальної та контрольної групи за методиками «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» та «Ставлення до здоров'я» за кожною окремою шкалою не є значущою, оскільки $t_{\text{емпіричне}} < t_{\text{теоретичне}}$. Отже вибірки контрольної та експериментальної груп є ідентичними.

Результати методик на виявлення РХП підтверджують поширеність розладів харчової поведінки серед осіб зрілого віку, та актуальність подальшого дослідження теми розладів харчової поведінки, та актуальність формування здорового способу життя у даної вікової категорії.

Оскільки потрібно розвивати уявлення про адекватну поведінку, яка буде не тільки зберігати, а й примножувати ресурси здоров'я на всіх рівнях (фізіологічному, психологічному, соціальному, духовному) було створено корекційну програму формування здорового способу життя в осіб зрілого віку. Методичні основи, якої полягали у зміцненні фізіологічного, психологічного, соціального, духовного здоров'я. А завдання психокорекції направлені на покращення структурних компонентів ставлення до здоров'я: когнітивного, ціннісно-мотиваційного, емоційного, та поведінкового компонентів.

4. Після апробації програми отримали наступні результати поведінкової шкали опитувальника «Ставлення до здоров'я» на графіку спостерігаємо підвищення рівня ставлення до здоров'я за поведінковою шкалою в експериментальній групі до ведення здорового способу життя в 61% (8 осіб), результати не змінилися у 23% (3 осіб), результати погіршилися у 15% (2 осіб). Таким чином можемо зробити висновки, що корекційна програма позитивно вплинула на результати ціннісно-мотиваційного, когнітивного та поведінкового компоненту ставлення до здоров'я. Також корекційна програма потребує доопрацювання лекційних та практичних занять емоційного компоненту формування здорового способу життя.

Результати за методикою «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)» демонструють зростання загального середнього показника до високого рівня спонукального компоненту після завершення тренінгової програми. Окремий аналіз складових здоров'я показав наступне:

- шкала духовного здоров'я має найнижчий середній емпіричний показник, однак рівень прагнення в цій сфері зріс і залишається на середньо-високому рівні спонукального компоненту;
- шкала соціального здоров'я зросла до високого рівня спонукального компоненту;
- шкала психологічного здоров'я продемонструвала найвищий рівень спонукального компоненту порівняно з іншими складовими;
- шкала фізичного здоров'я залишилася без змін, що вимагає додаткової роботи для досягнення значущих результатів за цією шкалою.

5. Вплив тренінгової програми на розлади харчової поведінки також показав позитивні зрушення: знизився відсоток респондентів діагностичним психогенним переїданням та орторексією; однак зберігається високий відсоток респондентів із психогенними переїданнями, що потребує додаткового втручання.

Аналіз результатів програми показує, що для досягнення статистично значущих результатів необхідно:

- включити комплексну діагностику на початковому етапі;
- раціональне використання доступних ресурсів;
- мультидисциплінарний підхід;
- науково обґрунтовані методи лікування ефективного формування здорового способу життя.

Таким чином, тренінгова програма показала позитивні результати, однак потребує подальшого вдосконалення для забезпечення статистично значимих результатів та охоплення всіх компонентів здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 398 с.
2. Астремська І.В., Заблоцький В.В., Дослідження взаємозв'язку мотивації та рівня домагань серед студентів-психологів. Габітус. 2023. №54. С. 55-59.
3. Байда С., Мельницька Ю. Здоровий спосіб життя студентства як вияв його позитивної соціалізації. Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: еко-тренінг [збірник тез доповідей VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (25-26 квітня 2023 року)]. Відп. ред. Н.А. Харченко, С.О. Лукомська. Умань-Київ: Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини; Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. С. 10-12.
4. Балан О. Формування здорового способу життя молоді. Режим доступу: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.2\(18\).5](https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.2(18).5) (дата звернення: 20.10.2024).
5. Бойко Є. В. Міждисциплінарна взаємодія соціального працівника та фахівців інших галузей в роботі з розладами харчової поведінки. Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології : матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції (11-12 березня 2022 року, Київ). Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2022. С. 15-18.
6. Бондар Ж. Ю. Самодопомога у кризовій ситуації. Що і як робити? Психологія і війна: збірник матеріалів XIV Міжнародної науково-практичної конференції (23–24 квітня 2024 р., м. Ніжин) / за ред. М. В. Папучі. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2024. С. 46-48.

7. Борисенко В. Формування здоров'язбережувальної компетентності студентів технічних спеціальностей в умовах неформальної освіти засобами фізичного виховання. Режим доступу: <https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol8i1-001> (дата звернення: 20.10.2024).

8. Бучко Т.М., Побокіна Г.М. Шляхи профілактики девіантної поведінки у дітей групи ризику. Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі: Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції 28 квітня 2021 р., м. Запоріжжя. В.Л. Погребна, В.М. Попович, Н.В. Островська, О.О. Турба та ін. Електрон. дані. Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2021. С. 13-17.

9. Власенко І.А., Фурман В.В., Рева О.М., Канюка І.О. Психологічне здоров'я студентської молоді. Вінниця : ТВОРИ. 2022. 224 с.

10. Волонтир Ж.Л., Котляр Л.І. Проблема розладів харчової поведінки у спеціалістів морегосподарської галузі. *Актуальні питання психології у сучасному інноваційному просторі*: збірник матеріалів міжнародної наук.-практ. конф., м. Одеса, ОНМУ, 13-14 травня 2022 р. Видавництво «Друк Південь», 2022. С. 197-200.

11. Волошко Н.І. Побудова психодіагностичних анкет «Психологія становлення здорового способу життя в навчально-виховному процесі». Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/3003/1/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F13.pdf> (дата звернення: 02.04.2024).

12. Войчишин О.О., Руденок А.І. Психологічні чинники та умови формування здоров'язбережувальної поведінки сучасної молоді. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-18> (дата звернення: 20.10.2024).

13. Ворона В., Ткаченко В. Формування здоров'язбережувальної компетентності як важливий складник професійної підготовки майбутніх фахівців у ЗВО. Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Серія_«Педагогічні науки», 1, С. 81-89. Дата

оновлення: 2024. URL: <https://doi.org/10.31651/2524-2660-2024-1-81-89> (дата звернення: 20.10.2024)

14. Глевенко А. В. Психологічні особливості харчової поведінки підлітків. Практична психологія у сучасному вимірі: XV Міжнародна науково-практична конференція науковців та студентів: тези доповідей, Дніпро, 26 березня 2024 р. Університет імені Альфреда Нобеля, 2024. С. 87-89.

15. Горецька В., Куций О. Психологічні особливості схильності до розладів харчової поведінки. Психологічні умови благополуччя персоналу організацій: збірник тез IV Міжнародної науково-практичної конференції. Національний університет «Львівська політехніка», 2023. С. 67-69.

16. Гресько І.М. Відповідальне ставлення особистості до здоров'я в умовах війни. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*: матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції: матеріали і тези доповідей. Київ. 2022. 163 с.

17. Грибан, Г.П., Ковальчук, Я.О. Формування культури здорового способу життя студентів закладів вищої освіти в процесі фізкультурно-оздоровчої діяльності. Спортивна наука – 2022. Режим доступу: <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/34781> (дата звернення: 02.04.2024).

18. Грицюк В. Розлади харчової поведінки сучасної молоді в умовах війни. *Актуальні проблеми психічного здоров'я*: збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської студентської інтернет-конференції (25 травня 2023 р.). Житомирський державний університет імені Івана Франка. м. Житомир, Видавництво ЖДУ імені Івана Франка, 2023. С. 116-119.

19. Даниленко Н.В., Батир Р.Ю. Здоровий спосіб життя та засоби його формування. International scientific journal «Grail of Science». 2021. Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/351677016_ZDOROVII_SPOSIB_ZITTA_TA_ZASOBI_JOGO_FORMUVANNA (дата звернення: 02.04.2024).

20. Даниленко Н. В. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., м. Суми. Суми : Вид-во Сум ДПУ імені А.С.Макаренка, 2019. С. 269 -271.

21. Даниленко Н. М. Структура та зміст програми розвитку суб'єктності у дівчат юнацького віку. Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей): збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С.Сковороди. Харків: Діса плюс, 2020. С. 81-83.

22. Данилюк В. Формування культури здоров'я студентів ВНЗ. Матеріали XXVII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Європи та Азії» // Збірник наукових праць. – Переяслав, 2020 р. С. 163-165.

23. Дворник М., Лазоренко Б., Ларіна Т., Громова Г., Погорільська Н., Савінов В., Гундертейло Ю., Гундертайло, Ю. Здоровий спосіб життя українців під час війни: первинний аналіз даних опитування. *Psychological Prospects Journal*, 43, 80-102 с. Режим доступу: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-43-dvo> (дата звернення: 20.10.2024).

24. Денисяк Ю.В. Формування здоров'язбережувальної компетентності дітей в умовах закладу дошкільної освіти (кінець XX – початок XXI століття). Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії зі спеціальності 011 Освітні, педагогічні науки. Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, Дрогобич, 2023. 235 с.

25. Дідковська Л., Балагурак О. Особливості нового розладу харчової поведінки: нервова орторексія у 21-столітті Режим доступу: <https://doi.org/10.30970/PS.2023.15.3> (дата звернення: 20.10.2024).

26. Докійчук І.О. Дослідження ставлення до здоров'я здобувачів Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Харківський природничий форум: VI Міжнар. конф. молодих учених, Харків, 18–19 трав. 2023 р. С. 266–268.

27. Донцова І. Розлади харчової поведінки як результат впливу травматичних подій. Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика» (24 лютого 2023 року): збірник тез. Кропивницький: ІЦДУ, 2023. С. 162-166.

28. Жданова І. В. Психосоматичні аспекти розвитку тілесного потенціалу здоров'я. Особистість, суспільство, закон: тези доп. Учасників міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С. П. Бочарової (25 квіт. 2019 р., м. Харків, Україна). МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2019. С. 177-179.

29. Жигайло Н.І. Важливість духовності для реабілітацій демобілізованих з лав ЗСУ та інших військових формувань. Режим доступу: <https://doi.org/10.30970/PS.2023.17.1> (дата звернення: 22.10.2024).

30. Жигайло Н.І. Психологія особистісного та духовного зростання лідера. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2019_1_6 (дата звернення: 20.10.2024).

31. Жук Н.А. Роль ціннісно-мотиваційного компоненту в структурі ставлення до здоров'я. Режим доступу: <https://elar.naiau.kiev.ua/server/api/core/bitstreams/0fbd907b-d3df-458c-bc44-d7a5d6a7d375/content> (дата звернення: 02.04.2024).

32. Кабацька О.В., Шуба, Л.В., Шуба, В.В., Свергун, А.Р. Аналіз ставлення студентів факультету комп'ютерних наук до здорового способу життя. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. 2021. С. 73-77.

33. Капталан Н.М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія. Одеський національний університет імені І.І.Мечникова МОН України. Одеса, 2022. 186 с.

34. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В. Методики для дослідження «mental health» персоналу організацій. *Актуальні проблеми психології*: збірник наук. праць Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2019. Том І: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 54. С. 15-20.
35. Карленко, Н.В. Духовне здоров'я як складова самоактуалізації особистості. *Проблеми сучасних трансформацій*. Серія: педагогіка та психологія, (1). С. 50–58
36. Карпюк І.Ю., Обезюк Т.К. Основи здорового способу життя. Практичні заняття: навч. посіб. для самостійної роботи студентів. Київ: КПП ім. Ігоря Сікорського, 2022.
37. Кириченко Т.Г. Мотиваційні аспекти формування здорового способу життя студентів нефізкультурних спеціальностей педагогічного вузу. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень* – 2019: Тези III міжнародної науково-практичної конференції (21 листопада 2019 року, м. Київ). Національний авіаційний університет, Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій – м. Київ, 2019. С. 174-179.
38. Киричук О.О. Фасилітаційні чинники психологічного благополуччя особистості. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук (доктора філософії) за спеціальністю (053 – Психологія). Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, 2020. 219 с.
39. Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Режим доступу: <http://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/3107> (дата звернення: 20.10.2024).
40. Коссак Г., Кравців М. Спрямованість учнів до ведення здорового способу життя. Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини: збірник наукових праць. – Харків, 2024. – Випуск 5. С. 198-201.

41. Крат Л. Сутність і зміст нервової булімії як різновиду харчової адикції. Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології: матеріали VI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (13 трав. 2019 р.). Луцьк: ПП Іванюк В. П, 2019. С. 140-143.

42. Кузьменко О.О. Види здоров'я людини. Безпека людини у сучасних умовах: зб. доп. 13-ї Міжнар. наук.-метод. конф. та 147-ї Міжнар. наук. конф. Європ. Асоц. наук з безпеки (EAS), 2-3 грудня 2021 р.

43. Купчишина В. Ч. Вплив психічного здоров'я на професійну діяльність офіцерів-прикордонників. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науковопрактичної конференції (18 жовтня 2019 року). Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. С. 162-165.

44. Кучина В.В. Психодіагностика культурного, сімейного та індивідуального компонентів нервової орторексії. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.49> (дата звернення: 20.10.2024).

45. Кушнір Ю.В., Оверчук В.А., Шпортун О.М. Вікова та спеціальна психологія: навчальний посібник. Вінниця: Центр оперативного друку «Документ Принт»., 2020. 384 с.

46. Левицька Т., Миколюк В. Психологічні особливості молоді, схильної до порушення харчової поведінки. Режим доступу: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.5-1.19> (дата звернення: 20.02.2024).

47. Левченко Д.О. Проблема розладів харчової поведінки в сучасному світі. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції: матеріали і тези доповідей. Київ. 2020. 137 с.

48. Лєсніченко Н.П., Міхтюк Н.А. Причини виникнення розладів харчової поведінки в юнацькому віці. Збірник наукових праць: сучасні тенденції психології та психотерапії: досвід та перспективи. Наука: психологія. – Вінниця, 2021. С. 72-76.

49. Манос Г. Х., Карлтон Д., Кім А. Розлади харчової поведінки. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2 т. Наш Формат, 2022. 2 том. С. 111-138.
50. Марценюк М.О. Дослідження психологічних компонентів ставлення до здоров'я сучасних студентів. Режим доступу: http://dspace.s.msu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/8052/1/Research_%20of_%20psychological_%20components_of_%20attitude_%20to%20_health%20_of%20_modern%20_students.pdf (дата звернення: 02.04.2024).
51. Марченко О.Ю., Бричук М.С. Характерні особливості ставлення до власного здоров'я та вибору факторів здорового способу життя школярів різного віку. Режим доступу: <https://doi.org/10.32652/spmed.2023.1.62-69> (дата звернення: 20.10.2024).
52. Моргунов О.А. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях. Навчально-практичний посібник. Харків. 2022.
53. Назаренко Н.В., Гетьман А.А. Вплив інтерактивних технологій навчання на здоров'я учнів. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2023/64.2.2> (дата звернення: 02.04.2024).
54. Нежинська О., Хілько С. Емпіричне дослідження психологічних особливостей самоактуалізації особистості зрілого віку. Вчені записки Університету «КРОК» No1. 2023. Режим доступу: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetukrok/article/view/579> (дата звернення: 02.04.2024).
55. Никоненко О., Иском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. Режим доступу: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2023-72-202-211> (дата звернення: 20.10.2024).
56. Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія: посібник [О. Є. Абатуров, Л. М. Юр'єва, В. І. Величко та ін.]. Львів. Видавець Марченко Т. В., 2021. 268 с.
57. Осадець, М., Королянчук, А. Вплив фізичної культури на процес адаптації студентів першокурсників. Молодий вчений, 12 (100), С. 115-118.

58. Охорона психічного здоров'я: підручник для лікарів; за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. Харків Видавець Строков Д. В. 2022. 194 с.

59. Павлоцька Л.Ф. Нутриціологія та харчова безпека: навч. Посібник. ХДУХТ, 2020. 132 с.

60. Пастушок І., Бигар Г. П. Хореографія як засіб формування мотивації у молодших школярів до здорового способу життя. Тези доповідей студентської наукової конференції Чернівецького національного університету (16–17 квітня 2024 року). Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи. – Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2024. С. 146-147.

61. Перція Л.В. Психологічні механізми формування психічного і фізичного здоров'я особистості. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції: матеріали і тези доповідей. Київ. 2021. 150 с.

62. Плачинда Т. С., Рибалко Л. М., & Гулько Т. Ю. Дотримання здорового способу життя майбутніми фахівцями фізичної культури та спорту як необхідна умова якості життя. Педагогічний альманах, (55), 10-16 с.

63. Поліщук, Н. М. Педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності студентської молоді у процесі волонтерської діяльності. Наукові записки. Серія: Педагогічні науки, (207), С. 260-266.

64. Проценко А.А, Гарбар Д.О. Здоров'язберігаюча компетентність як складова професійної діяльності майбутнього вчителя фізичної культури. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2023/67.2.33> (дата звернення: 20.10.2024)

65. Ребрина А. А. Підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання і спорту до формування сприятливих для здорового способу життя особистісних якостей дітей підліткового віку. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за

спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки. Хмельницький національний університет, Хмельницький, 2023. 343 с.

66. Рего С., Фейдер С. Когнітивно-поведінкова терапія для психічного здоров'я. Робочий зошит. Науково обґрунтовані вправи для перетворення негативних думок та управління своїм благополуччям. Вид-во Науковий світ. 2023. 172 с.

67. Рудич М.В. Проблема психологічної допомоги особистості з розладами харчової поведінки. Інновації в науці: нові підходи та актуальні дослідження. Матеріали науково-практичної конференції (м. Ужгород, 23-24 вересня 2022 р.). Одеса: Видавництво «Молодий вчений», 2022. – 116 с.

68. Савчин М.В. Психічний і психологічний виміри здоров'я особистості. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості : монографія. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 68-84.

69. Седашева С. Гуманізація навчально-виховного процесу. Режим доступу: <http://gnvp.ddpu.edu.ua/article/view/198173> (дата звернення: 02.04.2024).

70. Стефурак С., Кальянов А. Холістична модель впливу когнітивних фільтрів на прийняття рішень. Сучасні дослідження когнітивної психології (ICRACP 2020): матеріали наук.-практ. конф., м. Острог, 15 травня 2020 р. Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2020. С. 33-36.

71. Тимошенко, В., Сингаївський, А., Мороховець, Г., & Пушко, О. Показники здорового способу життя студентів-медиків у полтавському державному медичному університеті. *Актуальні проблеми сучасної медицини*: Вісник Української медичної стоматологічної академії, 24(2), 186-194 с.

72. Формування здорового способу життя. Навчально-методичні рекомендації. Авт. колект. Т. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков, Н. Дзюба, В. Коляда, Н. Комарова, І. Пеша, Н. Тілікіна (кер. авт. колект. О.

Вакуленко): ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики», 2018. 100 с. Режим доступу: https://mms.gov.ua/storage/app/sites/16/Mizhnarodna_dijalnist/zdorovy_i_sposib_zhyttia/metodichka-zoj-a4.pdf (дата звернення: 20.02.2024).

73. Фатєєва М.С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (05 – Соціальні та поведінкові науки). – Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, 2021. 230 с.

74. Шебанова В. Біографічний метод у дослідженні проблемної харчової поведінки. Режим доступу: <https://doi.org/10.15330/ps.10.1.215-227> (дата звернення: 20.10.2024)

75. Шрамко І.А. Психологічна спадщина соціальної підтримки життєдіяльності фахівців. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2020/19-2020/51.pdf> (дата звернення: 20.10.2024) с

76. Шатирко Л.О., Мойзріст О.М. Психологічні засоби запобігання явищам залякування та цькування (булінгу) в шкільному середовищі: практикум. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 46 с.

77. Шеремета С.Р. Проблема порушень харчової поведінки в дослідженнях українських психологів. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2023/47-2023/37.pdf> (дата звернення: 20.10.2024)

78. A pilot multiple-baseline study of a mobile cognitive behavioral therapy for the treatment of eating disorders in university students. Brittany K. Bohrer. Published online 2023 May 22. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10765960/> (дата звернення: 02.04.2024).

79. Barriers to Adherence to Healthy Diet and Recommended Physical Activity Perceived by the Polish Population. Katarzyna Domosławska-Żylińska. Published online 2023 Dec 19. URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10779332/> (дата звернення: 20.02.2024).

80. Cheshire A., Berry M., Fixsen A. What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation. Published online 2020. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666320303421?via%3Dihub> (дата звернення: 20.10.2024)].

81. Depa J., Barrada J.R., Roncero M. Are the motives for food choices different in orthorexia nervosa and healthy orthorexia? *Nutrients*. Published online 2019. URL: https://www.researchgate.net/publication/331980234_Are_the_Motives_for_Food_Choices_Different_in_Orthorexia_Nervosa_and_Healthy_Orthorexia (дата звернення: 20.10.2024)].

82. Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. Martie de Jong. Published online 2020 Feb 10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10765960/> (дата звернення: 02.04.2024).

83. Efficacy of Web-Based, Guided Self-help Cognitive Behavioral Therapy–Enhanced for Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Trial. Published online 2023 May 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10765960/> (дата звернення: 02.04.2024).

84. Gender and psychosocial factors associated with healthy lifestyle in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort: a cross-sectional study. Ana Luísa Patrão. Published online 2019 Aug 28. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724152/> (дата звернення: 20.02.2024).

85. Healthy Eating as Potential Mediator of Inverse Association between Purpose in Life and Waist Circumference: Emerging Evidence from US and Chilean Cohorts. Loni Berkowitz. Published online 2023 Nov 23. URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10705882/> (дата звернення: 20.02.2024).

86. Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study. Cille H. Sevidl. Published online 2020 Jun 26.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318496/> (дата звернення: 20.02.2024).

87. Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Scientific research in the modern world. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Toronto, Canada. Дата оновлення: 2022. URL: <https://sci-conf.com.ua/ii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-scientific-research-in-the-modern-world-7-9-12-2022-toronto-kanada-arhiv/> (дата звернення: 20.10.2024)

88. Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Science and innovation of modern world. Proceedings of the 9th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom. 2023. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/ix-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-andinnovation-of-modern-world-18-20-05-2023-london-velikobritaniya-arhiv/>. (дата звернення: 20.10.2024).

89. New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED). Sandra Mulkens and Glenn Waller. Published online 2021 Aug 26. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8500363/> (дата звернення: 02.04.2024).

90. Not Able to Lead a Healthy Life When You Need It the Most: Dual Role of Lifestyle Behaviors in the Association of Blurred Work-Life Boundaries With Well-Being. Helen Pluut. Published online 2020 Dec 23. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7786197/> (дата звернення: 20.02.2024).

91. Optimism and Social Support Predict Healthier Adult Behaviors Despite Socially Disadvantaged Childhoods. Amy L. Non. Published in final edited form as: Int J Behav Med. 2020 Apr; 27(2): 200–212. URL:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8796210/> (дата звернення: 20.02.2024).

92. Pathways to Student Motivation: A Meta-Analysis of Antecedents of Autonomous and Controlled Motivations. Published online 2021 Sep 11 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8935530/> (дата звернення: 20.02.2024).

93. Physical Activity, Healthy Behavior and Its Motivational Correlates: Exploring the Spillover Effect through Stages of Change. María Marentes-Castillo. Published online 2022 May 19. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9140983/> (дата звернення: 20.02.2024).

94. Pilot Findings Indicate a Cognitive Behavioral Healthy Lifestyle Intervention for PTSD Improves Sleep and Physical Activity. Jeffrey Kibler. Published online 2023 Nov 8. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10669697/> (дата звернення: 20.02.2024).

95. Pittard, C.M., Pössel, P. (2020). Cognitive Distortions. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Springer, Cham. Published online 2020 May URL: https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_965 (дата звернення: 22.10.2024).

96. Prospective associations of happiness and optimism with lifestyle over up to two decades. Published online 2019 Jun 18. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6697576/> (дата звернення: 20.02.2024).

97. Sabine Wilhelm, Susan E. Sprich, Timothy Petersen. The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy. Springer International Publishing. 2023.

98. Sense of purpose in life and motivation, barriers, and engagement in physical activity and sedentary behavior: Test of a mediational model. Angelina R. Sutin. Published in final edited form as: J Health Psychol. 2022 Aug. URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8626539/> (дата звернення: 20.02.2024).

99. Suma P. Chand; Daniel P. Kuckel; Martin R. Huecker. Cognitive Behavior Therapy Published online 2023 May URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/> (дата звернення: 22.10.2024).

100. The ACTyourCHANGE study protocol: promoting a healthy lifestyle in patients with obesity with Acceptance and Commitment Therapy—a randomized controlled trial. Published online 2021 Apr 20. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8056547/> (дата звернення: 20.02.2024).

101. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. Published online 2019 May 14. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6515596/> дата звернення: 20.02.2024).

102. The Effect of Healthy Lifestyle Changes on Work Ability and Mental Health Symptoms: A Randomized Controlled Trial. Rahman Shiri. Published online 2022 Oct 13. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9603567/> (дата звернення: 20.02.2024).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник «Ставлення до здоров'я»

Інструкція. Вам буде запропонований ряд питань-тверджень, з якими ви можете або погодитися, або не погодитися, або погодитися частково. Оцініть, будь ласка, кожне твердження відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою, де:

- 1 — абсолютно не згоден, або абсолютно не важливо;
- 2 — не згоден, це не важливо;
- 3 — швидше не згоден;
- 4 — не знаю (не можу відповісти);
- 5 — швидше згоден, ніж ні;
- 6 — згоден, дуже важливо;
- 7 — абсолютно згоден, безумовно, це важливо.

Обраний вами варіант обведіть кружком або відзначте якимось іншим способом. Будьте уважні, для кожного твердження має бути вибрана і помічена тільки одна відповідь. Відповідайте на всі питання підряд, не пропускаючи жодного. Не витрачайте багато часу на обдумування відповідей. У разі утруднення намагайтеся уявити ситуацію, яка найбільше зустрічається і відповідає сенсу питання. Виходячи з цього, вибирайте відповідь.

Зверніть увагу, що в третьому питанні варіантів відповіді не передбачено. Для відповіді на нього виділено кілька порожніх рядків. Порожні рядки залишені також для можливих додаткових варіантів відповідей на питання 5, 8, 9 і 10.

Обробка й інтерпретація результатів. Опитувальник «Ставлення до здоров'я» складається з 10-ти питань, які можуть бути розподілені по чотирьох шкалах:

- когнітивна;
- емоційна;
- поведінкова;
- ціннісно-мотиваційна (табл. 5).

Аналіз результатів проводиться на підставі якісного аналізу отриманих за допомогою опитувальника даних, який може бути здійснений на кількох рівнях:

- кожне твердження може бути проаналізоване окремо;
- аналіз даних може проводитися по кожному питанню (інтерпретуються всі твердження, що входять у це питання);
- кожен блок питань, або шкала, також можуть бути розглянуті окремо (аналізуються всі питання і твердження, що входять у цю шкалу).

1. Люди по-різному оцінюють різні сфери життя. Оцініть, наскільки наведені цінності важливі для вас на цей момент								
1.1	Щасливе сімейне життя	1	2	3	4	5	6	7
1.2	Матеріальне благополуччя	1	2	3	4	5	6	7
1.3	Вірні друзі	1	2	3	4	5	6	7
1.4	Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
1.5	Цікава робота (кар'єра)	1	2	3	4	5	6	7
1.6	Визнання і пошана тих, хто оточує	1	2	3	4	5	6	7
1.7	Незалежність (свобода)	1	2	3	4	5	6	7
2. Як ви вважаєте, що необхідне для того, щоб досягти успіху в житті?								
2.1	Гарна освіта	1	2	3	4	5	6	7
2.2	Матеріальний достаток	1	2	3	4	5	6	7
2.3	Здібності	1	2	3	4	5	6	7
2.4	Везіння (успіх)	1	2	3	4	5	6	7
2.5	Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
2.6	Завзятість, працьовитість	1	2	3	4	5	6	7
2.7	'Потрібні зв'язки' (підтримка друзів, знайомих)	1	2	3	4	5	6	7
3. Як би ви кількома словами визначили, що таке здоров'я								
4. Оцініть, який вплив на вашу обізнаність у сфері здоров'я надає інформація, отримана з таких джерел:								
4.1	Засоби масової інформації (радіо, телебачення)	1	2	3	4	5	6	7
4.2	Лікарі (фахівці)	1	2	3	4	5	6	7
4.3	Газети і журнали	1	2	3	4	5	6	7
4.4	Друзі, знайомі	1	2	3	4	5	6	7
4.5	Науково-популярні книги про здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
5. Як ви гадаєте, які із зазначених нижче чинників найістотніше впливають на стан вашого здоров'я?								
5.1	Якість медичного обслуговування	1	2	3	4	5	6	7
5.2	Екологічна обстановка	1	2	3	4	5	6	7
5.3	Професійна діяльність	1	2	3	4	5	6	7
5.4	Особливості харчування	1	2	3	4	5	6	7
5.5	Шкідливі звички	1	2	3	4	5	6	7
5.6	Спосіб життя	1	2	3	4	5	6	7
5.7	Недостатня турбота про своє здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
5.8	Інше	1	2	3	4	5	6	7
6. Що ви відчуваєте найчастіше, коли із здоров'ям у вас все благополучно?								

6.1	Я спокійний	1	2	3	4	5	6	7
6.2	Я задоволений	1	2	3	4	5	6	7
6.3	Я щасливий	1	2	3	4	5	6	7
6.4	Мені радісно	1	2	3	4	5	6	7
6.5	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4	5	6	7
6.6	Мені не байдуже	1	2	3	4	5	6	7
6.7	Ніщо особливо не турбує мене	1	2	3	4	5	6	7
6.8	Я відчуваю впевненість у собі	1	2	3	4	5	6	7
6.9	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4	5	6	7
6.10	Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4	5	6	7
7. Що ви відчуваєте найчастіше, коли дізнаєтеся про погіршення свого здоров'я								
7.1	Я спокійний	1	2	3	4	5	6	7
7.2	Я відчуваю жаль	1	2	3	4	5	6	7
7.3	Я стурбований	1	2	3	4	5	6	7
7.4	Я відчуваю почуття провини	1	2	3	4	5	6	7
7.5	Я засмучений	1	2	3	4	5	6	7
7.6	Мені страшно	1	2	3	4	5	6	7
7.7	Я роздратований	1	2	3	4	5	6	7
7.8	Я відчуваю себе пригнічено	1	2	3	4	5	6	7
7.9	Я стривожений і сильно нервую	1	2	3	4	5	6	7
7.10	Мені соромно	1	2	3	4	5	6	7
8. Чи робите ви що-небудь для підтримки вашого здоров'я? Визначіть, будь ласка, наскільки регулярно?								
8.1	Займаюся фізичними вправами (зарядка, біг і т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.2	Дотримуюся дієти	1	2	3	4	5	6	7
8.3	Піклуюся про режим сну і відпочинку	1	2	3	4	5	6	7
8.4	Загартовуюся	1	2	3	4	5	6	7
8.5	Відвідую лікаря з профілактичною метою	1	2	3	4	5	6	7
8.6	Стежу за своєю вагою	1	2	3	4	5	6	7
8.7	Відвідую лазню (сауну)	1	2	3	4	5	6	7
8.8	Уникаю шкідливих звичок	1	2	3	4	5	6	7
8.9	Відвідую спортивні секції (шейпінг, трен. Зал, басейн і т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.10	Практикую спеціальні оздоровчі системи (йога, китайська гімнастика та ін.)	1	2	3	4	5	6	7
8.11	Інше.	1	2	3	4	5	6	7
9. Якщо ви піклуєтеся про своє здоров'я недостатньо або нерегулярно, то чому?								
9.1	У цьому немає необхідності, оскільки я здоровий(а)	1	2	3	4	5	6	7

9.2	Не Вистачає сили волі	1	2	3	4	5	6	7
9.3	У мене немає на це часу	1	2	3	4	5	6	7
9.4	Немає компанії (одному нудно)	1	2	3	4	5	6	7
9.5	Не хочу себе ні в чому обмежувати	1	2	3	4	5	6	7
9.6	Не знаю, що потрібно для цього робити	1	2	3	4	5	6	7
9.7	Немає відповідних умов	1	2	3	4	5	6	7
9.8	Необхідні великі матеріальні витрати	1	2	3	4	5	6	7
9.9	Є важливі справи	1	2	3	4	5	6	7
10. Якщо ви відчуваєте нездужання, то:								
10.1	Звертаєтесь до лікаря	1	2	3	4	5	6	7
10.2	Прагнете не звертати уваги	1	2	3	4	5	6	7
10.3	Самі вживаєте заходи, виходячи зі свого минулого досвіду	1	2	3	4	5	6	7
10.4	Звертаєтесь за порадою до друзів, родичів, знайомих	1	2	3	4	5	6	7
10.5	Інше	1	2	3	4	5	6	7

ДОДАТОК Б

Анкета «Спонукальний компонент здорового способу життя (ЗСЖ)»
(методика Н.І. Волошко, В.В. Рибалка)

Анкета на визначення рівня Ваших потреб, бажань, прагнень здорового способу життя

Шановний респондент! Перед Вами анкета на визначення рівня Ваших потреб, бажань, прагнень здорового способу життя

Вам запропоновано оцінити кожний аспект(пункт) за шкалою: - 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5 , де -5 – мінімальний бал (ні, абсолютно не згоден), 5 – максимальний бал (так, абсолютно згоден). Вам необхідно обрати одну відповідь (певний бал), що найбільш повно характеризує Ваш стан. Довго не міркуйте, в анкеті немає правильних чи неправильних відповідей. Отже, оцініть рівень інтенсивності Ваших потреб, бажань, прагнень:

1. прагнення будувати ЗСЖ на основі духовних чеснот (Віри в Бога, Надії на краще майбутнє, Любові до всього сущого, Смиренності, Терпіння, Милосердя, Лагідності)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

2. прагнення будувати ЗСЖ на основі дотримання релігійних заповідей (1. Шануй Бога свого; 2. Не роби собі кумирів крім Бога; 3. Не промовляй імені Бога даремно; 4. Шість днів працєю, а сьомий – Богу присвячуй; 5. Шануй батька і матір своїх; 6. Не вбивай; 7. Не чини перелюбу; 8. Не кради; 9. Не бреш; 10. Не бажай майна, що належить ближньому)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

3. прагнення будувати ЗСЖ і взаємовідносини на основі викорінення (подолання) смертних пристрастей 1. Розпуста (розбещеність, перелюб); 2. Переїдання; 3. Користолюбство; 4. Гнів; 5. Сум (журба); 6. Зневіра (відчай); 7. Пихатість (марнославство); 8. Заздрість; 9. Ледарство (духовне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

4. прагнення будувати ЗСЖ на основі духовних цінностей – Добра, Краси,

Істини (духовне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

5. потреби в спілкуванні і схваленні (коханні) (соціальне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

6. потреби в суспільному визнанні, повазі (соціальне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

7. прагнення до участі в суспільно корисній діяльності, праці, заходах (соціальне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

8. потреби в творчому «саногенному» (гармонійному, конгруентному), розвитку свого потенціалу, самореалізації в усіх соціальних сферах життя (сфера праці (навчання), родини, друзів і ін.) (соціальне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

10. потреби в позитивних саногенних емоціях, почуттях (психологічне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

12. потреби в інтелектуальному творчому розвитку, в пізнанні (психологічне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

13. потреби у відпочинку (здоров'я зберігальний сон, відпочинок) (фізичне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

14. потреби в харчуванні (нормальної кількості та якості) (фізичне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

15. потреби в руховій активності (фізична активність, фіззарядка, спорт) (фізичне здоров'я)

- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

16. прагнення (бажання) в дотриманні норм особистої гігієни (миття рук перед їжею, чищення зубів, чистота одягу, взуття, предметів особистої гігієни) (фізичне здоров'я)

-- 5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

ДОДАТОК В

Тест ставлення до прийому їжі, Eating Attitudes Test-26

Тест ЕАТ-26 широко застосовуватися при скринінгу як нервової анорексії, і нервової булімії.

Тест ЕАТ-26 складається із 26 питань. Кожне питання має такі варіанти відповіді: "ніколи", "рідко", "іноді", "досить часто", "як правило" або "завжди". При відповіді на 5 додаткових питань обстежуваний вибирає одне з двох варіантів відповіді – «так» чи «ні». Іноді до тесту включається ще 5 додаткових. питань, що мають варіанти відповіді «так» та «ні». Додаткову інформацію може дати аналіз відповідей на кожне питання. ЕАТ-26 включає 3 критерії, що виявляють порушення харчової поведінки:

1. Кількість балів на 26 основних тестів – питань на анорексію та булімію (частина перша)

2. Втрата ваги чи поведінкові симптоми останні півроку (частина друга) Поведінкові симптоми, властиві харчовим розладом. 4-5 відповідей "так" дають право вважати, що є серйозні психологічні проблеми з ставленням до їди.

3. Низька вага в порівнянні з нормою для віку та статі. Якщо в результаті сумарний бал тесту перевищує значення 20 балів, є дуже висока ймовірність відхилень.

1. Укажіть свій нік
2. Скільки вам років
3. Стать

Порахуйте ваш ІМТ = вага (кг) / зріст у квадраті (м).

Менше 18.5 свідчить про недостатню вагу 18,5-24,9 еквівалент нормальної маси тіла 25,0-29,9 вказує на наявність зайвої ваги Понад 30 є ознакою ожиріння

Будь ласка, прочитайте твердження, наведені нижче, і позначте в кожному рядку відповідь, що найбільше відповідає Вашій думці.

1. Мене лякає думка про те, що я погладшаю
0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

2. Я утримуюсь від їжі, будучи голодним(ой)
0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

3. Я знаходжу, що я поглинений думками про їжу
0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

4. У мене бувають напади безконтрольного поглинання їжі, під час яких я не можу себе зупинити

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

6. Я знаю, скільки калорій у їжі, яку я їм

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

7. Я особливо утримуюся від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля)

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

9. Мене рве після їжі *

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

10. Я відчуваю загострене почуття провини після їжі

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

12. Коли я займаюся спортом, то думаю, що я спалюю калорії *

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

13. Навколишні вважають мене занадто худим(ою)

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

15. На те, щоб з'їсти їжу, у мене йде більше часу, ніж в інших людей *

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

16. Я утримуюсь від їжі, що містить цукор

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

18. Я відчуваю, що питання, пов'язані з їжею, контролюють моє життя

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

19. У мене є самоконтроль у питаннях, пов'язаних із їжею

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

21. Я витрачаю надто багато часу на питання, пов'язані з їжею

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

22. Я відчуваю дискомфорт після того, як вживаю солодощі

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

24. Мені подобається відчуття порожнього шлунка

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

25. Після їди у мене буває імпульсивне бажання її вирвати

0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

26. Я отримую задоволення, коли пробую нові та смачні страви
0 — ніколи; 0 — рідко; 0 — іноді; 1 — часто; 2 — як правило; 3 — постійно.

Друга частина – контрольна, призначена для конкретизації та оцінки глибини існуючого порушення харчової поведінки у часовому періоді, а саме, за останні 6 місяців. Потрібно відповісти на 5 питань лише «так» чи «ні». Без названня

1. За останні півроку траплялося у Вас нестримне об'їдання їжею, супроводі почуття, що зупинитись Ви не можете? Так Ні
2. Чи провокували Ви за останні півроку блювання, з метою контролю своєї ваги чи покращення фігури? Так Ні
3. За останні півроку Ви використовували сечогінні, проносні засоби або спеціальні дієтичні препарати, щоб контролювати вагу або вдосконалювати фігуру? Так Ні
4. Чи займалися Ви протягом останніх 6 місяців спортом або фізичними вправами довше 60 хвилин за один день з метою вдосконалення фігури чи контролю ваги? Так Ні
5. За останнє півріччя Ви скинули 9 чи більше кілограмів? Так Ні

ДОДАТОК Г

Опитувальник харчової поведінки DEBQ

Метою створення даного опитувальника було отримання простого і валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням і супроводжуваним ожирінням, і диференційованого вироблення стратегії клінічної роботи з пацієнтами.

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

Для підрахунку балів за кожною шкалою потрібно скласти значення відповідей щодо кожного пункту і розділити суму, що вийшла, на кількість питань за даною шкалою.

Питання 1–10 представляють шкалу обмежувальної харчової поведінки, яка характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення чи підтримку бажаної ваги за допомогою самообмеження у харчуванні.

Питання 11–23 – шкала емоційної харчової поведінки, за якої бажання поїсти виникає у відповідь різні емоційні стану.

Питання 24–33 – шкала екстернальної харчової поведінки, за якою бажання поїсти стимулює не реальне почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура чи вид інших людей приймаючих їжу.

Середні показники обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою становлять 2.4 та 1.8 та 2.7 бала відповідно.

Якщо за якоюсь із шкал набрано балів більше за середнє значення, то можна діагностувати порушення у харчовій поведінці.

1. Укажіть свій нік
2. Скільки вам років
3. Стать
4. Порахуйте ваш ІМТ = вага (кг) / зріст у квадраті (м).

Менше 18.5 свідчить про недостатню вагу 18,5-24,9 еквівалент нормальної маси тіла 25,0-29,9 вказує на наявність зайвої ваги Понад 30 є ознакою ожиріння.

Перед Вами низка питань щодо Вашої поведінки, пов'язаної з прийомом їжі. Дайте відповідь на них однією з п'яти можливих відповідей:

1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.

1. Якщо ваша вага почне рости, ви почнете їсти менше звичайного?

1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.

2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
3. Чи часто ви відмовляєтесь від їжі та рідини, через те, що непокоїтес через вагу?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
5. Чи обираєте ви їжу навмисно, щоб схуднути?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
6. Якщо ви переїли, чи будете ви їсти менше на наступний день?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
8. Чи часто ви намагаєтесь не їсти між прийомами їжі через те, що слідкуєте за вагою?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
9. Чи часто ви намагаєтесь не їсти вечорами, тому що слідкуєте за вагою?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
11. Чи виникає в вас бажання їсти коли ви роздратовані?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
12. Чи виникає в вас бажання їсти коли вам нічого робити?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
14. Чи виникає в вас бажання їсти коли вам самотньо?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
15. Чи виникає в вас бажання їсти коли вас хтось підвів?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
16. вашому шляху або порушає ваші плани чи щось не вдається?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
17. Чи виникає в вас бажання їсти коли ви передчуваєте яку-небудь неприємність?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
18. Чи виникає в вас бажання їсти коли стурбовані чи напружені?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
19. Чи виникає в вас бажання їсть коли «все йде не так» або «все валиться з рук»?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
20. Чи виникає в вас бажання їсти коли ви налякані?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, коли всі ваші надії зруйновані?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані чи засмучені?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
23. Чи виникає в вас бажання їсти коли ви сумуєте, втомлені чи неспокійні?
1— ніколи; 2— рідко; 3— іноді; 4— часто; 5— дуже часто.
24. Чи їсте ви більше ніж зазвичай коли їжа смачна?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

25. Якщо їжа гарно виглядає та добре пахне, чи їсте ви більше ніж зазвичай?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

26. Якщо ви бачите смачну їжу та відчуваєте її запах чи з'являється в вас бажання поїсти?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

27. Якщо в вас є щось смачненьке, чи з'їсте ви це негайно?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

28. Купити щось смачне?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

29. Якщо ви проходите повз закусочної або кафе чи хочеться вам купити щось смачне?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

30. Коли ви бачите як їдять інші ви виникає в вас бажання поїсти?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

31. Чи можете ви зупинитися коли їсте щось смачне?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

32. Чи їсте ви більше ніж зазвичай в компанії (коли їдять інші)?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

33. Коли ви готуєте їжу часто її пробуєте?

1— ніколи; 2— рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5— дуже часто.

ДОДАТОК Д

Опитувальник харчової поведінки ORTO-15

Опитувальник, спрямований виявлення нервової орторексії - пролонгованого (не транзиторного) психічного розладу, яке автори визначають як

«маніакальну одержимість здоровою їжею».

Автори опитувальника виходили з уявлення, що АЛЕ є тривало існуючим психічним розладом, спорідненим з obsесивно-компульсивним розладом, зі значним вкладом особистісних та середовищних факторів, таких як система відносин особистості та віяння моди. Автори визнають, що може не завдавати істотної шкоди організму людини, його психіці чи соціальному оточенню, але у будь-якому разі знижує якість життя.

Опитувальник складається з 15 пунктів, на кожен з яких респондент може дати один із чотирьох варіантів відповіді: «Завжди», «Часто», «Іноді» та «Ніколи». Бали по всіх пунктах підсумовуються, підраховується одне значення за всією шкалою. Максимальна кількість балів – 60. Діагноз нервової орторексії виставляється, якщо респондент набрав менше 40 балів.

1. Укажіть свій нік
2. Скільки вам років
3. Стать

Жінка Чоловік

4. Порахуйте ваш ІМТ = вага (кг) / зріст у квадраті (м).

Менше 18.5 свідчить про недостатню вагу 18,5-24,9 еквівалент нормальної маси тіла 25,0-29,9 вказує на наявність зайвої ваги Понад 30 є ознакою ожиріння

1. Чи думаєте ви про калорійність їжі під час їжі?
2 — завжди; 4 — часто; 3 — іноді; 1 — ніколи.
2. Чи відчуваєте ви замішання, коли йдете у продуктовий магазин?
4 — завжди; 3 — часто; 2 — іноді; 1 — ніколи
3. Чи турбують вас думки про їжу останні три місяця?
1 — завжди; 2 — часто; 3 — іноді; 4 — ніколи.
4. Чи обумовлений вибір їжі занепокоєнням про стан вашого здоров'я?
1 — завжди; 2 — часто; 3 — іноді; 4 — ніколи.
5. Чи є смак їжі важливішим, ніж її якість, коли ви оцінюєте їжу?
4 — завжди; 3 — часто; 2 — іноді; 1 — ніколи.
6. Ви готові витратити більше грошей, щоб їсти здорову їжу?
1 — завжди; 2 — часто; 3 — іноді; 4 — ніколи
8. Чи дозволяєте ви собі якісь порушення в режимі харчування (харчові гріхи)?
4 — завжди; 3 — часто; 2 — іноді; 1 — ніколи.
9. Як ви вважаєте, ваш настрій впливає на харчову поведінку?

4 — завжди; 3 — часто; 2 — іноді; 1 — ніколи.

11. Як ви думаєте, вживання здорової їжі вплинуло на ваш спосіб життя (частота харчування, друзі, ...)?

1 — завжди; 2 — часто; 3 — іноді; 4 — ніколи.

12. Ви вважаєте, що вживання здорової їжі може покращити ваш зовнішній вигляд?

1 — завжди; 2 — часто; 3 — іноді; 4 — ніколи.

13. Чи ви відчуваєте провину, при порушеннях в режимі харчування (харчові гріхи)?

2 — завжди; 4 — часто; 3 — іноді; 1 — ніколи.

14. Чи думаєте ви, що у продажу є ще й нездорова їжа?

1 — завжди; 2 — часто; 3 — іноді; 4 — ніколи.

15. В даний час, ви вживаєте їжу в на самоті?

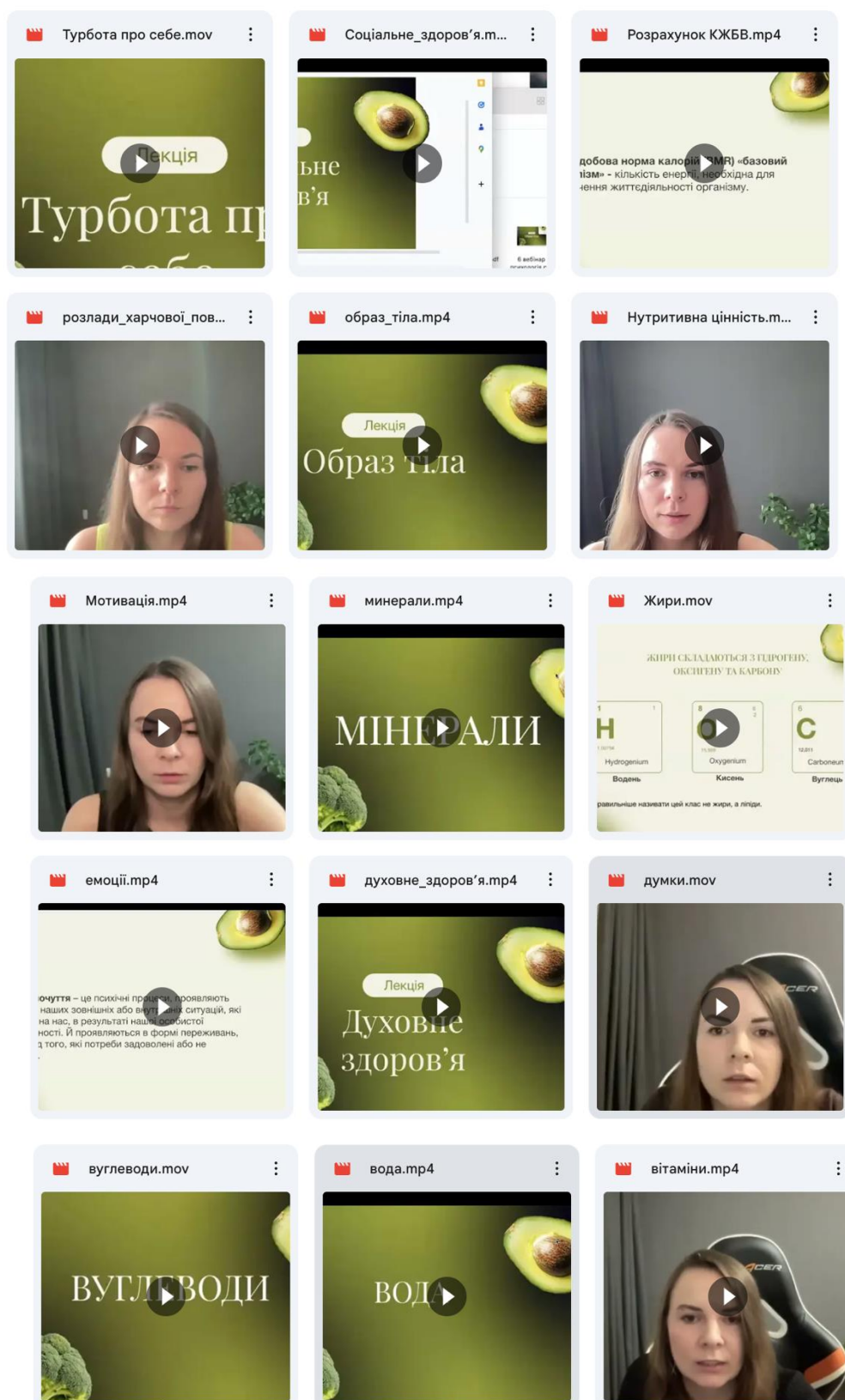
1 — завжди; 2 — часто; 3 — іноді; 4 — ніколи.

ДОДАТОК Е

Записи лекцій

Посилання на записи лекцій за посиланням:

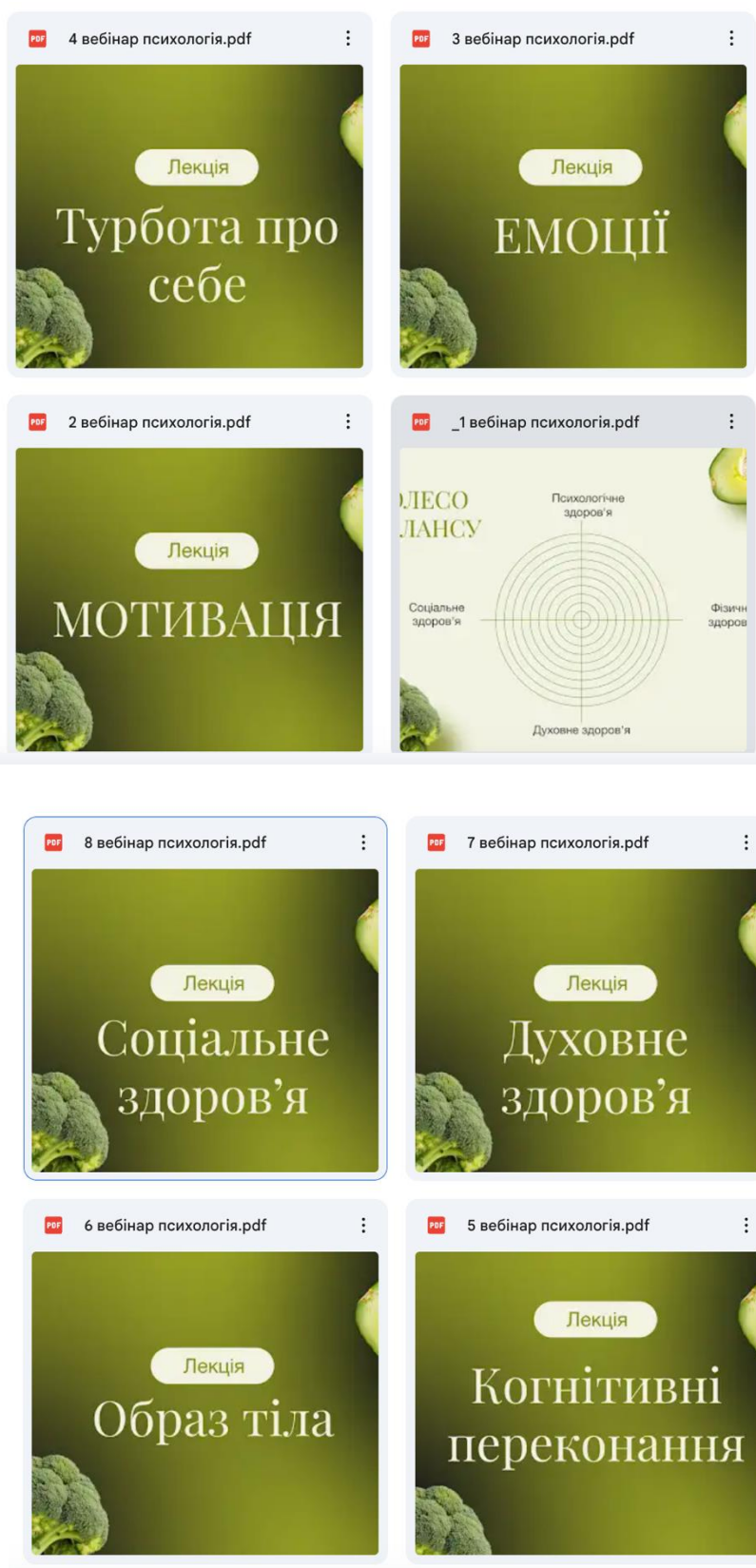
https://drive.google.com/drive/folders/1dZNChStfNbhhpHpseFWXc9y3NENsR5UA?usp=drive_link



ДОДАТОК Ж

Презентації на лекції з психології

Посилання на презентації на лекції з психології за посиланням:
https://drive.google.com/drive/folders/1dZNChStfNbhhpHpseFWXc9y3NENsR5UA?usp=drive_link

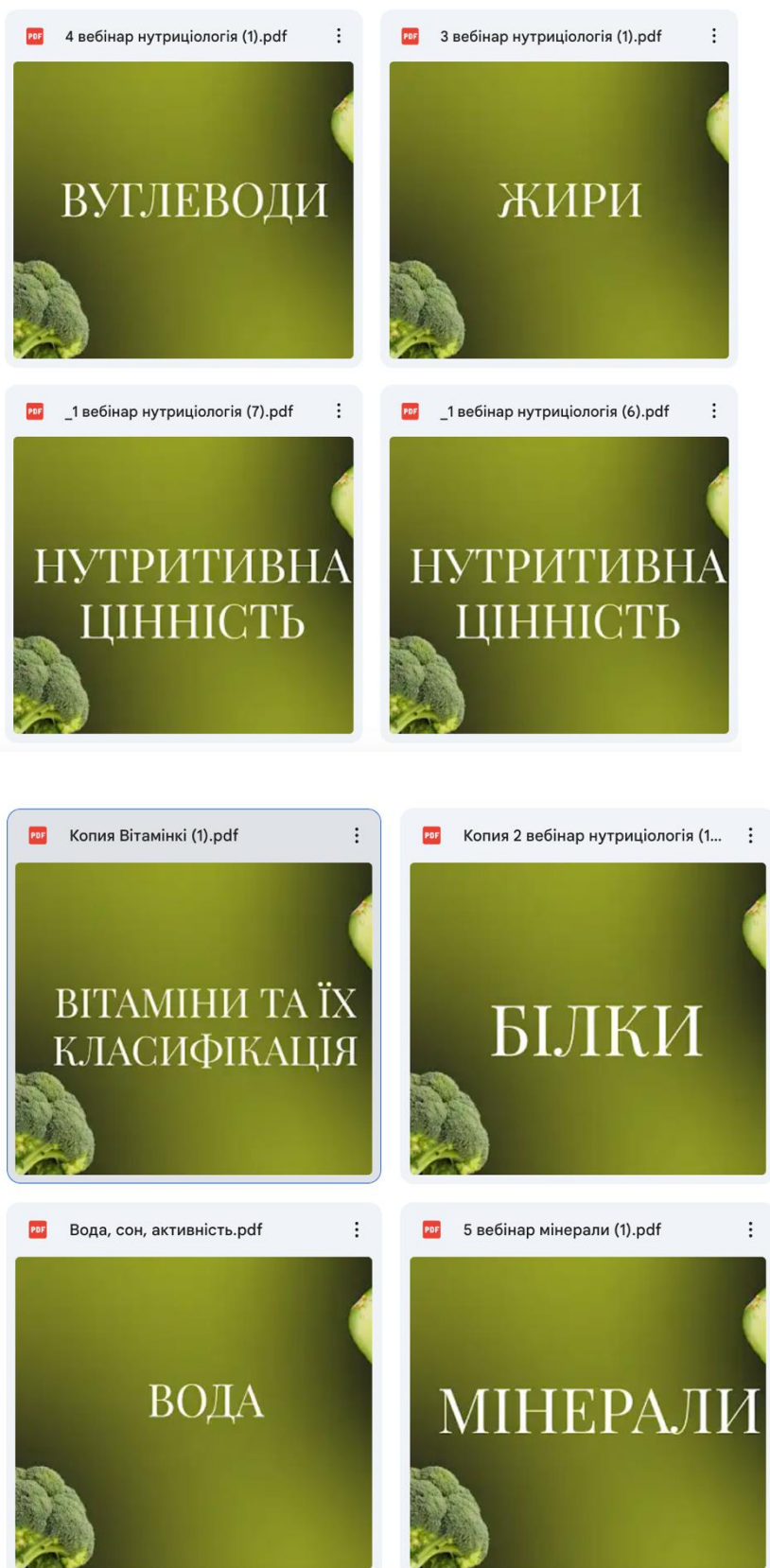


ДОДАТОК И**Презентації на лекції з нутриціології**

Посилання на презентації на лекції з нутриціології за посиланням:

<https://drive.google.com/drive/folders/1dZNChStfNbhhpHpseFWXc9y3NENsR5U>

/



Посилання на робочі зошити з психології за посиланням:

[illegible]

ДОДАТОК Л

Гайди з конспектами лекцій з нутриціології

Посилання на гайди з конспектами лекцій з нутриціології за посиланням:

Відсоток засвоєння

ЗАСВОЮВАНІСТЬ БІЛКОВИХ ПРОДУКТІВ

104% БІЛОК МОЛОЧНОЇ СИРОВАТКИ
Це вся рідка молочна продукція. А ось казеїн, який знаходиться в сири, засвоюється трохи довше, тому коли ми їмо сир, особливо жирний, жир уповільнює засвоєння і дає більшу ситість.

100% БІЛОК ЯЙЦЯ
Білок яйця, він містить усі 20 амінокислот, які нам потрібні. Він добре засвоюється, але максимальне засвоєння передбачає швидкий голод.

90–95% БІЛОК ТВАРИННОГО ПОХОДЖЕННЯ
М'ясо, риба, птиця містять всі амінокислоти в достатній кількості, які за один прийом їжі покривають 60-70% норми амінокислот.

60–65% БІЛОК РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ
Бобові, горіхи та крупи, то засвоєння найнижче, оскільки мають у складі величезну кількість захисних механізмів, також не повний амінокислотний профіль.

Джерело білка

СПІВВІДНОШЕННЯ ТВАРИННОГО ТА РОСЛИННОГО БІЛКА:

Тваринні → 60–65% **Рослинні** → 30–35%

М'ясо, птиця, риба, морепродукти, суб-продукти, яйця, сир, витриманий сир (більше кальцію та мікроелементів).
Бобові, крупи, горіхи, деякі овочі. Також містять клітковину, і флавоноїди, і вітаміни, і мінерали.

Кількість білка на 100г

Пармезан 34г	Курятина 25г	Індичка 23г	Соя 36г	Кавкази 25г	Сочевиця 25г
Ковбаси 24г	Тунець 24г	Яловичина 23г	Арахіс 25г	Горіхи суші 21г	Нут 21г

tkachenko.health

ЖИРИ

7 ПРИЧИН ЇСТИ ЖИРИ

- Жири - с важливим джерелом енергії.** При окисленні 1 г жиру виділяється 9 ккал (39 кДж), більше, ніж при окисненні 1 г білка або 1 г вуглеводів. Близько 40% всіх жирів йде на виконання цієї функції. Жирова тканина є резервом на випадок, якщо людина голодує, не їсть. Через певний час жири починають вивільнятися з жирової тканини та виробляти таким чином енергію.
- Виконують пластичну та мембрано-утворюючу функцію. **Беруть участь в побудові клітин**, великий їх вміст в оболонці клітини.
- Беруть участь в синтезі гормонів**, було лідо, регулярний менструальний цикл, працював головний мозок. Максимально жири у головному мозку.
- Підшкірний жировий шар захищає тіло і внутрішні органи людини від механічних пошкоджень та охолодження. Липіди виконують захисну функцію, особливо у нервових волокнах. М'якшова оболонка, яка покриває нервові волокна, складається з ліпідів.
- Жири є носіями та розчинниками жиророзчинних вітамінів (А, Д, Е, К), поліпшують їх всмоктування в кишківнику.
- Покращують смак їжі (порівняйте вершковий та знежирений йогурт), викликають почуття тривалого насичення, виконують роль емульгаторів.
- Виконують транспортну функцію ліпопротеїдів високої та низької щільності (транспортні форми холестерину) з печінки до судин, і навпаки. Також виділяють ліпопротеїди дуже низької щільності, ліпопротеїди проміжної щільності, окремо тригліцериди та загальний холестерин. Ці показники ми дивимось у біохімічному аналізі крові. Комплекс цих показників називається ліпідограма.

Харчові властивості жирів визначаються вмістом у них жирних кислот, фосфоліпідів, стероїдів, та жиророзчинних вітамінів. Розрізняють рослинні та тваринні жири. Тваринні жири – це тверді речовини. Липіди складаються з жирних кислот, класифікованих за наявністю або відсутністю подвійних зв'язків на насичені, мононенасичені і поліненасичені жирні кислоти.

ДО ТВАРИННИХ ЖИРІВ ВІДНОСЯТЬСЯ:

М'ясо, птиця, субпродукти, жовтків яєць, молочні продукти: сир, жирний йогурт, кефір і т. д.

Вияток

Насичені жири рослинного походження: кокосове масло, масло какао

Згідно з результатами багатьох наукових досліджень і рекомендаціями Товариства харчування та кардіології, кількість насичених жирних кислот повинна бути обмежена до 10% від добового споживання калорій.

Відсоткове співвідношення жирних кислот від загального споживання жирів можна розділити в такому співвідношенні:

20% насичені жирні кислоти
80% ненасичені жирні кислоти

НАСИЩЕНІ

Коли переважає Омега-3, вони виконують функцію та захист організму.

у рослинних продуктах, так і в тваринного походження.

ОМЕГА-9

представлені класом Омега-9 – загальних та протизапальних ефектів. Їх можна їсти такі продукти, як авокадо, як базові продукти.

у переїдати рідких жирів, а жирних кислот класу Омега-6, які їми.

добавок, то організм активує запалення в організмі.

02 ЩОБ ВИЯВИТИ ЧИ ДОСТАТНЄ СПОЖИВАННЯ ОМЕГА-3 У РАЦІОНІ, МОЖНА ЗДІТИ АНАЛІЗ ОМЕГА-3 ІНДЕКС.

Омега-3 індекс у межах норми дорівнює 8-12%.

Втому разі коли показник нижче норми, слід додати до раціону продукти, які містять Омега-3 або приймати Омега-3 у вигляді добавки. Всім підхід приймати цю добавку не варто.

03 ОПТИМАЛЬНЕ СПІВВІДНОШЕННЯ ОМЕГА-3 ТА ОМЕГА-6

Омега-3	1
Омега-6	4

У багатьох людей, в реальних життях, це співвідношення буває 1 до 20.

Тому не беріть добавки, які містять Омега-6, Омега-9