

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Особистісні чинники задоволеності образом власного тіла у фахівчинь з
естетичної медицини**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-225 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Снігур А.О.
(прізвище та ініціали)
Керівник
к.психол.н,
Крайлюк А.І.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ОБРАЗОМ ВЛАСНОГО ТІЛА	
1.1. Теоретичні підходи до вивчення особистості	8
1.2. Феномен образу власного тіла в психологічній літературі.....	15
1.3. Проблема дослідження особистісних чинників задоволеності образом власного тіла у фахівчинь естетичної медицини.....	27
Висновки до I розділу.....	37
РОЗДІЛ II. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА У ФАХІВЧИНЬ З ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	
2.1. Підходи до дослідження особистісних чинників на задоволеність образом власного тіла.....	39
2.2. Обґрунтування методичного інструментарію.....	43
2.3 Організація та проведення емпіричного дослідження.(вибірка).....	55
Висновки до II розділу.....	59
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА У ФАХІВЧИНЬ ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	
3.1 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	61
3.2 Підходи до психологічного консультування клієнтів у сфері естетичної медицини.....	96
3.3 Навчально-методичні рекомендації спрямовані на попередження та подолання порушень у сфері тілесності	98
Висновки до розділу III	105
ВИСНОВКИ.....	107
СПИСОК ВИКОРИСТАННИХ ДЖЕРЕЛ.....	110
ДОДАТКИ.....	117

ВСТУП

Актуальність теми. Особистість формується через взаємодію зі своїм тілом, що стає основою для сприйняття себе та взаємодії з іншими людьми. Фізичні атрибути, такі як зовнішність, структура тіла, його частини та якість шкіри, впливають на самоповагу, соціальні взаємини та загальне самопочуття особистості.

Здатність приймати своє тіло та відчувати задоволення від його вигляду є важливою складовою психічного здоров'я. Негативний образ тіла або низька самооцінка в цьому аспекті можуть призвести до різних психологічних проблем, включаючи депресію, тривогу та розлади їжі.

Отже, дослідження образу власного тіла не лише сприяє кращому розумінню психічних механізмів людини, але і має практичне значення для розробки психологічних стратегій підтримки позитивного самопочуття та психічного здоров'я на основі прийняття свого тіла.

У сучасній психології переважна кількість досліджень, які стосуються образу власного тіла, вивчають, в якості основної, сферу незадоволення елементами зовнішності. Проблема ставлення людини до власного тіла, її задоволеності чи незадоволеності своєю зовнішністю набуває все більшої актуальності в сучасному суспільстві. Численні соціокультурні впливи, нав'язування нереалістичних стандартів краси, акцент на фізичній привабливості створюють значний тиск та провокують виникнення порушень образу тіла. Особливо гостро ця проблема постає в певних професійних групах, де існують високі вимоги до зовнішності працівників.

Розвиток таких індустрій як косметологія та пластична хірургія, а зокрема їх доступність і поширеність, збільшує кількість людей, що звертаються до радикальних засобів з метою змінити своє тіло, або вплинути на зовнішність, але як показують результати багатьох досліджень після втручання все одно мають незадоволення образом власного тіла.

Естетична медицина, що охоплює широкий спектр процедур і технік для поліпшення зовнішності та самопочуття пацієнтів, відіграє значну роль у сучасному світі. Фахівці з естетичної медицини не лише надають медичні послуги, але й впливають на психологічний стан та сприйняття себе своїми клієнтами. Одним з ключових аспектів в цьому контексті є задоволеність образом власного тіла. Ця дипломна робота спрямована на вивчення особистісних чинників, які впливають на задоволеність образом власного тіла серед фахівчинь з естетичної медицини.

Фахівчині з естетичної медицини, які безпосередньо задіяні в індустрії краси, перебувають у зоні підвищеного ризику формування нереалістичних очікувань та культу ідеального тіла. Незадоволеність власною зовнішністю, наслідування екстремальних стандартів фізичної привабливості для них можуть стати передумовою порушень в емоційній, мотиваційній та поведінковій сферах.

Особистісні чинники є одними з провідних детермінант ставлення людини до свого тіла. Риси характеру, особливості самосприйняття, самооцінки, емоційні та мотиваційні аспекти Я-концепції визначають як позитивне чи негативне бачення власної зовнішності, так і загальну задоволеність собою і своїм життям. Тож вивчення особистісних передумов образу тіла у фахівчинь даної професії є надзвичайно важливим і актуальним завданням.

Результати такого дослідження дозволять глибше зрозуміти закономірності формування задоволеності образом власного тіла в контексті індивідуально-психологічних характеристик особистості представниць згаданої професійної групи. Окрім суто наукового значення, вони матимуть практичну цінність для розробки психокорекційних і психопрофілактичних програм, спрямованих на попередження та подолання порушень у сфері тілесності.

Жінки особливо вразливі до розвитку негативних образів тіла бо більше зосереджені на тому, як вони виглядають. Почуття необхідності відповідати соціальному ідеальному стандарту краси може змусити жінок змінювати свою зовнішність нездоровими і небезпечними способами. Окрім того Цікавість до

власної зовнішності з віком не зменшується, що робить дослідження в даній сфері ще більш актуальними.

Розробка проблеми ставлення особистості до власної зовнішності включає в себе значний внесок таких визначних дослідників, як І. С. Кон, Р. Бернс, К. Роджерс, та М. О. Мдівані, які розробляли концепції формування образу «Я» та свідомості індивіда. Їхні дослідження допомагають розуміти, як самоідентифікація та усвідомлення власної особистості впливають на сприйняття та ставлення до власної зовнішності.

Також важливими дослідниками на цьому полі є Д. Бас, Б. Пеннінгтон, С. Джулард, М. Тіггеман, П. Секод та інші, які зосереджувались на вивченні гендерних стереотипів у сприйнятті зовнішності. Їхні дослідження розкривають важливі аспекти та відмінності у сприйнятті власної зовнішності залежно від гендерної приналежності, що розширює наше розуміння впливу соціокультурних чинників на формування ставлення до власного зовнішнього вигляду.

Зважаючи на цей багатогранний внесок в науку, дослідження проведені цими ученими становлять важливу базу для розуміння психологічних процесів, які визначають ставлення особистості до її власної зовнішності.

Отже, актуальність обраної теми дипломної роботи обумовлена як значущістю наукової проблеми, так і її важливим прикладним аспектом для збереження психологічного благополуччя фахівців даної галузі.

Об'єкт: задоволеність образом власного тіла

Предмет: особистісні чинники образу власного тіла у фахівчинь з естетичної медицини

Мета: дослідити особистісні чинники образу власного тіла у фахівчинь естетичної медицини

Гіпотеза: Фахівчині з естетичної медицини, які демонструють вищий рівень задоволеності своїм тілом, характеризуються позитивними особистісними рисами, мають високу здатність до розпізнавання та вираження емоцій, інтернальний тілесний локус контролю, а також сприятливі анамнестичні

фактори. Очікується, що ці чинники позитивно корелюють з професійною діяльністю в сфері естетичної медицини, де увага до зовнішності є важливим аспектом.

Для досягнення поставленої мети нами були сформовані наступні завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу статті, монографії та дослідження, що стосуються основних чинників, які впливають на задоволеність образом власного тіла, та їх зв'язок з професійною діяльністю. А також розглянути теоретичні моделі та концепції, пов'язані з самооцінкою, самосприйняттям, тілесним локусом контролю, алекситимією та особистісними рисами.
2. Організувати та провести емпіричне дослідження. Зібрати та систематизувати отримані дані для подальшого аналізу. Виконати статистичний аналіз зібраних даних для виявлення взаємозв'язків між особистісними чинниками і задоволеністю образом власного тіла.
3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати. Виявити ключові особистісні чинники, які впливають на задоволеність образом власного тіла серед фахівчинь з естетичної медицини.
4. На основі отриманих результатів розробити практичні рекомендації для підвищення задоволеності образом власного тіла серед фахівчинь з естетичної медицини.

З метою реалізації висунутих завдань нами були застосовані такі методи:

1. Анамнестична анкета: Збір даних про сімейний стан, наявність дітей, стаж роботи, рівень освіти, професійна спеціалізація.

1.2 Авторська анкета задоволеності окремими частинами тіла. Оцінка рівня задоволеності окремими частинами тіла.

1.3 Шкала задоволеності тілом (BAS-2): Оцінка рівня задоволеності власним тілом.

1.4 Методика діагностики тілесного локусу контролю (Т. Хомуленко, В. Крамченкова): Визначення рівня контролю над тілесними відчуттями та реакціями.

1.5 Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS): Оцінка здатності розпізнавати і виражати емоції.

1.6 Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2): Оцінка особистісних рис, таких як екстраверсія, сумлінність, емоційна стабільність, дружелюбність та відкритість досвіду.

2. Математико-статистична обробка даних

Теоретична значимість та наукова новизна полягають у розширенні наукового розуміння феномену образу тіла та чинників, що його детермінують. Незважаючи на чималу кількість досліджень, ця проблематика потребує подальшого теоретичного опрацювання, особливо в специфічних професійних групах. Дане дослідження допоможе поглибити знання, щодо взаємозв'язку між особистісними характеристиками та сприйняттям власної зовнішності. Виявлення особистісних чинників, що обумовлюють як позитивне, так і негативне ставлення до свого тіла, дозволить збагатити теорію.

Розкриття специфіки образу тіла та його детермінант у контексті професійної діяльності фахівчинь естетичної медицини. Ця група потребує особливої уваги з огляду на високі вимоги до зовнішності та внутрішні установки щодо ідеалів краси й тілесності.

Можливість зіставлення отриманих результатів з існуючими теоретичними моделями та концепціями феномену образу тіла, що сприятиме їх верифікації та уточненню.

Таким чином, дане дослідження може стати суттєвим внеском у теоретичне осмислення зв'язку між особистісними рисами й ставленням до власного тіла у фахівців естетичної медицини, збагативши наукові знання про різні грані цього феномену.

Практична значущість дослідження. Результати роботи можуть бути використані в практиці психологічного консультування щодо питань, пов'язаних з незадоволенням власним тілом, порушеннями образу тіла та іншими проблемами, дотичними до сфери тілесності. Виявлені особистісні чинники задоволеності зовнішністю дозволять розробляти більш ефективні стратегії психокорекції.

Одержані дані стануть у нагоді під час розробки психологічних програм та тренінгів, спрямованих на формування позитивного ставлення до власного тіла, підвищення самооцінки та особистісного зростання.

Матеріали дослідження можуть використовуватись в процесі професійної підготовки фахівців естетичної медицини з метою попередження формування у них нереалістичних уявлень про ідеальну зовнішність та профілактики порушень образу тіла.

Результати дипломної роботи можуть стати основою для подальших наукових розвідок у галузі психології тілесності та особистості, зокрема для розробки нових методик для психодіагностики та технологій психокорекції.

Висновки дослідження можуть бути використані в просвітницькій діяльності - для інформування широких верств населення про психологічні аспекти феномену образу тіла та його зв'язку з особистісними характеристиками людини.

Отже, результати проведеної роботи мають безпосереднє практичне значення як для фахівців-психологів у їхній консультативній та корекційній практиці, так і для представників інших професій, чия діяльність дотична до проблематики тілесності та самосприйняття.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ В ДОСЛІДЖЕННЯХ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА

1.1. Теоретичні підходи до вивчення поняття особистості

Поняття особистості є одним з найбільш широко застосовуваних в психології. Незважаючи на це, воно залишається досить неоднозначним і різні теоретичні напрямки трактують його по-різному. У цьому розділі ми розглянемо основні теоретичні підходи до розуміння особистості.

Психодинамічний підхід є одним з найвпливовіших напрямків у психології особистості. Його засновником вважається Зигмунд Фройд (1856-1939), який у своїх працях висунув ідею про визначальну роль несвідомих мотивів, потягів та конфліктів у розвитку та функціонуванні особистості [33].

Відповідно до його теорії, особистість формується внаслідок взаємодії трьох складових: Ід (несвідомі інстинктивні потяги), Его (свідома частина, регулятор) і Супер-Его (інтерналізовані заборони і моральні цінності). Внутрішні конфлікти між цими компонентами визначають розвиток особистості.

Ід являє собою несвідому біологічну складову, сферу примітивних інстинктів та потягів, що прагнуть негайного задоволення. Его - усвідомлена частина особистості, яка регулює поведінку відповідно до принципу реальності та стримує Ід. Супер-Его формується в процесі інтерналізації батьківських вимог та культурних норм, виконуючи каральну та моральну функції.

Центральне місце у теорії З.Фрейда займає концепція психосексуального розвитку особистості через низку послідовних стадій (оральна, анальна, фалічна, латентна, генітальна)[33]. Невирішені конфлікти на певному етапі можуть призвести до формування відповідних фіксацій у дорослому віці.

З. Фройд вказує на значущість дитячого періоду у подальшому розвитку особистості. Він поділяє особистісні чинники на внутрішній, пов'язаний із біологічним дозріванням і зовнішній, що визначає вплив соціуму і виховання батьками [33].

Подальші представники психодинамічного напрямку значно розвинули й модифікували оригінальну теорію З.Фрейда.

Зокрема, Карл Густав Юнг (1875–1961) ввів поняття колективного несвідомого, що визначає поведінку людини від народження та архетипів (первинних образів) до яких відніс Самість, Его, Тінь, Персону, Аніму і Анімус [45].

Типологія особистості, розроблена К. Юнгом, визначається спрямованістю людини на себе або на зовнішнє оточення. Ця типологія включає два основні напрямки: інтроверсію та екстраверсію.

Інтроверти характеризуються тим, що вони спрямовані на внутрішній світ. Вони більше зосереджуються на власних думках, ідеях та переживаннях, прагнуть до внутрішньої гармонії і віддають перевагу усамітненню або близьким, невеликим групам.

Екстраверти, навпаки, більше спрямовані на зовнішній світ. Вони активно взаємодіють з навколишнім середовищем, шукають зовнішні стимули та соціальні взаємодії, насолоджуються груповими активностями та шукають нові враження [45].

Альфред Адлер (Alfred Adler 1870–1937) розробив теорію індивідуальної психології, яка підкреслює, що основою розвитку особистості є відчуття соціальної приналежності до соціуму та збереження індивідуальності. Він розглядав структуру як таку, що включає почуття неповноцінності, прагнення до переваги, компенсації та розвитку, а також суб'єктивні ідеали, які стимулюють певну поведінку [39].

Адлер також наголошував на тому, що психічний розвиток особистості не пов'язаний з органічними інстинктами, але керується логікою суспільного життя.

Его-психологія А. Фрейд (Anna Freud 1895-1982), Х. Хартманн (Heinz Hartmann 1894-1970) зосередилась на вивченні функцій та захисних механізмів Его, розширюючи класичну теорію психоаналізу, засновану З. Фрейдом. Основні положення цієї теорії стосуються функцій Его таких як контроль імпульсів, адаптація до реальності, збереження психічної рівноваги. Хайнц

Хартманн підкреслював важливість адаптаційних функцій Его, які допомагають індивіду розвиватися і адаптуватися до навколишнього середовища [75].

У своїй роботі "Его та механізми захисту" (1936) Анна Фрейд детально описала різні захисні механізми та їхню роль у підтриманні психічної рівноваги.

Теорія об'єктних відносин М. Кляйн (Melanie Klein 1882-1960) та Д. Віннікотта (Donald Winnicott 1896-1971) досліджувала значення ранніх дитячо-батьківських відносин для формування особистісних структур (1932).

Карен Хорні (Karen Horney 1885-1952) розкрила важливі аспекти структури особистості та взаємозв'язок між реальним ідеалізованим образом "Я" та взаємовідносинами з іншими [75].

В концепції Хорні образ Я складається з двох основних компонентів: знання про себе і ставлення до себе. У нормі, "образ Я" є адекватним, коли він відображає реальні здібності і прагнення особистості, а ставлення до себе є позитивним. Проте, вона вказує на те, що може існувати дисгармонія між цими компонентами, що може призвести до появи невротичних реакцій та невпевненості у собі. Вона акцентує увагу на значущості позитивного ставлення до себе та гармонійного розвитку образу Я для психічного здоров'я та стійкості до стресів [75].

Теорія К. Хорні підкреслює, що невротичні особистості формуються під впливом несприятливих дитячих переживань і відносин з батьками. Дефіцит теплоти та безпеки призводить до розвитку корінної тривоги, яку людина намагається подолати через різні захисні стратегії. Ці стратегії перетворюються в стійкі невротичні потреби, які визначають поведінку та світосприйняття особистості впродовж усього життя [75].

Таким чином, концепція образу Я за Хорні допомагає краще зрозуміти психологічні механізми, що визначають ставлення особистості до себе та до інших.

Ерік Фромм (Erich Fromm 1900-1980) в гуманістичній теорії підкреслював, що людина може втратити зв'язки зі світом і з іншими людьми, що веде до відчуження. Він описував це явище як негативну свободу, коли людина стає

вільною від усього, включаючи і відчуття приналежності. Е. Фромм наголошував на дуальній природі людини: з одного боку, вона прагне до незалежності, а з іншого - тягнеться до звільнення від цієї незалежності [24].

У своїй теорії він виділяв чотири екзистенціальні потреби такі, як потреба у встановленні зв'язків, у самопізнанні, у почутті приналежності і в самоідентифікації. Фромм вважав, що незадоволення хоча б однією з цих потреб може призвести до психічних захворювань.

Е. Еріксон (Erik Erikson 1902-1994) розробив новий підхід до індивідуальних відносин з батьками і культурним контекстом, в якому зростає дитина. Він підкреслював важливість історичних умов, які впливають на формування еґо у дитини. Кожна з шести стадій визначає ключові психосоціальні завдання, які необхідно вирішити для досягнення гармонії та психологічного благополуччя. Від першої стадії, де виникає довіра до світу, до останньої, де людина узгоджує свої інтереси з вимогами суспільства, кожен етап пройти успішно важливо для подальшого розвитку особистості. Він акцентував увагу на важливості розвитку взаємовідносин з близькими людьми, самовизначенні та адаптації до соціального середовища[24].

Теорія Еріксона про стадії психосоціального розвитку надає розуміння процесу формування особистості протягом життя людини. А також підкреслює важливість взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників у формуванні особистості[24].

Неофрейдисти висунули фундаментальні проблеми - внутрішньої структури особистості, механізмів формування та функціонування особистості, ролі свідомого й несвідомого, регуляції поведінки та діяльності, механізмів психологічного захисту особистості тощо.

Диспозиційний підхід фокусується на структурі, а не на динаміці особистості. Сучасні дослідники прагнуть інтегрувати ідеї теорії з іншими концепціями, враховуючи когнітивні, мотиваційні та ситуативні чинники. Диспозиційні моделі особистості продовжують активно використовуватись у психологічній практиці та наукових дослідженнях. Такий підхід акцентує на

індивідуальній унікальності і внутрішньому світі кожної людини, вивчаючи як внутрішні фактори (мислення, почуття, переживання) впливають на зовнішні прояви особистості і її взаємодію зі світом. Такий підхід сприяє глибшому розумінню процесів самовираження та самореалізації, що є ключовими для психологічного благополуччя і розвитку кожної особистості [21].

Гордон Оллпорт (Gordon Allport 1897-1967), Ганс Айзенк (Hans Eysenck 1916-1997) і Раймонд Кеттел (Raymond Cattell 1905-1998) є визначними постатями в області диспозиційного напрямку у вивченні особистості. Їх дослідження спрямовані на встановлення та опис основних характеристик особистості, які вважаються стабільними і тривалими через час, незалежно від змін у зовнішніх обставинах, подіях та життєвому досвіді особи.

Однією з основних ідей є те, що особистість демонструє стабільність у своїх вчинках, думках і почуттях. Це означає, що певні риси особистості залишаються відносно незмінними протягом усього життя. На думку представників цього напрямку, найсуттєвіші властивості особистості можна пояснити через риси. Риси є стабільними схильностями до певних типів поведінки, думок і емоцій. Цей підхід підкреслює унікальність кожної людини, оскільки кожна особистість має унікальне поєднання рис, яке робить її відмінною від інших [15].

Г. Оллпорт (1887-1967) визначив риси як основні елементи особистості і наголошував на унікальності кожної особистості та важливості вивчення індивідуальних відмінностей. Він поділяв риси на три категорії: кардинальні (головні, які визначають все життя особистості), центральні (ключові, але не визначальні) та вторинні (менш значущі)[15].

Г. Оллпорт описував риси, як ті що є вродженими і стимулюють особистість до дій і ті, що є набутими в процесі життєдіяльності і суспільних відносин. У своїй теорії він акцентує увагу на стадіях розвитку особистості, які включають у себе поступове формування усвідомлення себе, відчуття власного тіла, самоідентичності, самоповаги та раціонального управління собою. Кожна

стадія сприяє еволюції індивідуальності та усвідомленню взаємодії зі світом, що є ключовим для формування унікальності життя людини[15].

Оллпорт розглядає невротичну особистість яка наділена пасивністю щодо світу, застосуванням психологічних захистів та обмеженим мисленням.

Ганс Айзенк (Hans Eysenck 1887-1967) виділяв три ключові виміри: екстраверсію-інтроверсію, нейротизм і психотизм. Його теорія підкріплюється ідеєю про біологічні корені цих особистісних характеристик, які формуються під впливом генетичних і нейрофізіологічних факторів. Екстраверсія інтроверсія описує взаємодію особистості з зовнішнім світом через рівень збудливості нервової системи. Нейротизм і психотизм зосереджуються на реактивності нервової системи та її зв'язку з емоційними та психічними станами людини. Він підкреслював унікальність кожної особистості і її конкретних рис [30].

Особистість, за його визначенням, - це динамічна організація особливих мотиваційних систем, звичок, установок і особистісних рис індивіда, які визначають унікальність його взаємодії з середовищем, передусім соціальним [30].

Раймонд Кеттел (Raymond Cattell 1905-1998) розробив модель, яка включає 16 основних рис особистості (замкнутість-товариськість, нормативність-радикалізм, боязкість-сміливість, емоційна нестійкість-врівноваженість, довірливість-підозрілість, інтелект, тощо), відомих як 16-факторна модель (16 Personality Factors). За Кеттеллом, індивідуальність визначається вродженими рисами унікальними для кожної людини [23].

Курт Левін (Kurt Lewin 1890-1947) намагався дослідити культурологічні аспекти психології особистості, зосереджуючись на афектах, волі та потребах[48].

Опоненти цього підходу стверджують, що поведінка людини з часом і в різних обставинах демонструє лише незначну постійність особистісних проявів. Вони доводять, що особистість є динамічною і змінюється під впливом життєвих подій, соціального оточення та індивідуального досвіду. Це означає, що на

поведінку та характер людини значно впливають конкретні ситуації, і особистісні риси можуть виявлятися по-різному залежно від контексту.

Засновниками гуманістичного напрямку є А.Маслоу (Abraham Maslow 1908-1970) та К.Роджерс (Carl Rogers 1902-1987). На їхню думку, ключову роль у розвитку особистості відіграє прагнення людини до самоактуалізації. Основні положення - акцент на унікальність кожної людини, її здатності до вибору та відповідальності [51, 55].

Представники когнітивного напрямку Дж.Келлі (George Kelly 1905-1967), А.Бек (Aron Beck 1921-2021) та інші розглядають особистість через призму пізнавальних процесів, переконань та очікувань людини. Згідно з когнітивною теорією, люди керуються не об'єктивними фактами, а власними репрезентаціями дійсності [46].

Сучасні тенденції передбачають інтегративний міжпарадигмальний підхід до вивчення особистості з урахуванням усіх її компонентів - біологічних, когнітивних, емоційних та середовищних чинників.

Отже особистість являє собою сукупність психологічних характеристик людини, які формуються під впливом суспільного середовища і проявляються у її ставленнях, діях та взаємодії з оточуючими. Ключовими рисами особистості є:

Соціальна детермінованість - особистісні риси, цінності, мотиви, моделі поведінки набуваються в процесі засвоєння суспільних норм та вимог.

Стабільність та узгодженість - особистість відзначається відносно сталими інтегрованими патернами думок, почуттів та вчинків.

Регулююча роль - особистість визначає здатність людини свідомо обирати та контролювати власну поведінку відповідно до засвоєних моральних принципів.

Цілісність - особистість забезпечує погодженість між різними сферами психічної активності: когнітивною, емоційною, мотиваційно-вольовою, поведінковою.

Унікальність - незважаючи на вплив соціуму, кожна особистість неповторна завдяки специфічному поєднанню індивідуальних рис.

Отже, особистість є системною людською цілісністю, що інтегрує біологічні та соціальні чинники і виявляється у характерних для індивіда формах життєдіяльності та взаємодії з навколишнім світом.

1.2. Феномен образу власного тіла в психологічній літературі

Сучасні дослідження образу власного тіла зосереджуються на різноманітних аспектах сприйняття фізичної сутності людини, що включає емоційні, когнітивні, поведінкові та соціокультурні аспекти. Розглянемо основні аспекти.

Емоційна оцінка тіла: Як люди сприймають своє тіло з емоційної точки зору? Чи викликає сприйняття власного тіла позитивні чи негативні емоції? Які фактори впливають на цю оцінку?

Емоційна реактивність: Які емоційні реакції виникають у людей при сприйнятті свого тіла в різних ситуаціях (наприклад, в соціальних взаємодіях, при зіткненні зі змінами у зовнішньому вигляді)?

Самосвідомість і самооцінка: Як люди оцінюють своє тіло з когнітивної точки зору? Як це впливає на їхню загальну самооцінку і відчуття самоповаги?

Перцепція тіла: Які когнітивні процеси відбуваються при сприйнятті індивідуальних частин тіла (наприклад, деформації, відчуття розміру тіла)?

Поведінкові стратегії: Які стратегії люди використовують для досягнення чи збереження певного образу тіла? Наприклад, дієтологічні поведінки, фізична активність, використання косметичних засобів тощо.

Компенсаторні механізми: Які компенсаторні механізми активуються в разі незадоволення власним тілом? Наприклад, уникання суспільних ситуацій, що вимагають показу фізичного вигляду.

Вплив медіа і соціальних мереж: Як медіа і соціальні мережі впливають на сприйняття ідеалів краси і власного тіла? Які їхні візуальні стандарти впливають на самооцінку і образ власного тіла?

Культурні різноманітності: Які культурні відмінності впливають на сприйняття тіла? Чи є культурні норми, які впливають на те, як люди оцінюють своє тіло і тіло інших?

Дослідження образу власного тіла у світовій медичній психології мають довгу історію, що бере початок із середини минулого століття. Цей напрямок досліджень значно розширив наше розуміння того, як люди сприймають і відчують своє тіло.

Зокрема, вивченням образу власного тіла займався Пауль Шильдер (Paul Schilder 1886-1940), який у 1935 році першим ввів цей термін [63]. Сучасні дослідження охоплюють різні аспекти, включаючи культурні, соціальні та індивідуальні чинники, що впливають на сприйняття власного тіла, та їхній зв'язок з розладами харчової поведінки, самооцінкою і загальним благополуччям. У психології існує певна невизначеність, щодо єдиного терміну, який би відображав сутність образу власного тіла. Найбільш поширеним терміном, якими користуються сучасні дослідники вважається body image-образ тіла [63, стор. 34-45], психічне відображення, що включає у себе розумові уявлення про власне тіло, його форму, розмір, зовнішність, а також сприйняття його властивостей.

Образ тіла представляє уявлення особистості про її зовнішність і естетичність будови тіла. У сучасній психологічній літературі образ тіла описується як системоутворюючий структурний елемент образу Я, що охоплює уявлення про себе з точки зору тілесності [20].

Також використовується термін "схема тіла" за М. Боньєром [49], що визначається як психологічна структура, що відображає конструкцію власного тіла людини, а наявність схеми тіла необхідна для успішної координації рухів різних частин тіла.

Одним із сучасних вчених є Томас Кеш (Thomas F. Cash) - американський психолог, спеціалізується на дослідженні тілесного образу, його впливу на психічне здоров'я та поведінку людини. Він є автором численних наукових

публікацій і книг з цієї тематики, а також активним учасником і вченим-практиком в області психології.

Т. Кеш вивчав, зв'язок між негативним сприйняттям власного тіла може і їх роль у виникненні різних психічних проблем, таких як депресія, тривожність, розлади харчової поведінки та низька самооцінка. Результати дослідження показали, що особи з негативним тілесним образом частіше мають психологічні та емоційні труднощі [18].

Інше дослідження, проведене Т. Кешем стосувалося вивчення соціокультурних чинників і аналіз впливу соціальних стереотипів краси, медійних стандартів та культурних норм на сприйняття власного тіла. Кеш доводить, що ці чинники значно впливають на формування та утримання тілесного образу у людей[19].

Таким чином, дослідження Т. Кеша грають важливу роль у розумінні взаємозв'язку між тілесним образом і психічним здоров'ям, сприяючи розробці імплементації ефективних стратегій для поліпшення самопочуття та якості життя людей.

Сара Жерве (Sarah Gervais) - професор психології в Університеті Небраски, займається дослідженням ролі соціальних і культурних чинників у формуванні образу тіла. Її роботи спрямовані на розуміння того, як різноманітні соціальні впливи, включаючи медіа, міжособистісні взаємодії та культурні норми, впливають на те, як люди сприймають і оцінюють своє тіло. Її роботи включають аналіз впливу сексуалізації та об'єктивації жінок у медіа, а також дослідження механізмів психологічного захисту, що допомагають зменшити негативний вплив цих чинників. С. Жерве також розглядає питання гендерних відмінностей у сприйнятті тіла і вивчає способи підвищення самооцінки та психічного благополуччя [37].

Дебора Льюїс (Deborah L. Luerpnitz) - американська психоаналітик і автор книги "Любов, секс і тривоги в образі тіла". Центральною темою книги є аналіз, як любовні взаємини і сексуальність впливають на самооцінку та тілесний образ особистості. Льюїс розглядає, як відносини з близькими людьми формують

уявлення про себе і своє тіло, і як ці взаємозв'язки можуть бути складні і неоднозначні [49].

У своїй роботі вона досліджує, як психічні процеси впливають на сприйняття власного тіла та взаємодіють з міжособистісними стосунками. Д. Льюїс використовує теорії психоаналізу для розуміння, як внутрішні конфлікти, психічні механізми оборони та психосексуальний розвиток впливають на сприйняття тіла. Вона досліджує, як психологічні травми, конфлікти або розвиткові виклики можуть впливати на те, як людина сприймає своє тіло і свої фізичні можливості. Автор аналізує також роль тривоги і стресу у формуванні тілесного образу. Вона досліджує, як страхи, тривоги і неспокій впливають на сприйняття власного тіла і можуть призводити до різних дисфункцій у сприйнятті. Льюїс розглядає, як культурні норми, соціальні стереотипи і медіа впливають на тілесний образ. Вона аналізує, які чинники у культурі сприяють створенню певних стандартів краси і як це впливає на самооцінку та тілесну ідентичність [49].

Лінда Смолак (Linda Smolak) - психолог і автор книг і статей про тілесний образ, які присвячені вивченню тілесного образу, особливо його впливу на індивідуальне сприйняття та психічне здоров'я. Дослідниця вивчає роль культурних стереотипів у формуванні уявлень про власне тіло [67].

В її дослідженнях зазначається вплив соціокультурних норми і стереотипів на сприйняття тіла. Вона аналізує, які ідеали краси і норми поведінки є поширеними в різних культурах і як це впливає на самооцінку і тілесну ідентичність особистості. Авторка розглядає те, як реклама, мода і медіа формують уявлення про ідеальне тіло. Вона аналізує роль рекламних кампаній, модних трендів і масових медійних платформ у формуванні тілесного образу у суспільстві [67].

У свої роботах окрему увагу вона приділяє негативному сприйняттю власного тіла і впливу на психічне здоров'я і поведінкові ризики, такі як розлади харчування, депресія та тривожність. Вона також аналізує стратегії попередження та інтервенції для покращення тілесної самооцінки [67].

Лінда Смолак досліджує взаємозв'язок між психосоціальними чинниками, такими як рольові очікування, гендерні стереотипи і самоідентичність, і сприйняттям власного тіла. Вона вивчає, які чинники впливають на те, як люди сприймають своє тіло в різних соціальних і культурних контекстах [67].

Її робота спрямована на виявлення ризиків негативного впливу культурних стереотипів і розробку стратегій для покращення тілесної самооцінки та психічного благополуччя.

Хіларі Кауфман (Hilary L. Kaufman) - професор психології в Університеті Меріленду, досліджує взаємозв'язок між тілесним образом і психічним здоров'ям у жінок [20].

Дослідження феномену тілесності в українській психологічній науці є актуальною темою з науковою та практичною важливістю. Вони охоплюють різні аспекти і включають в себе проблеми особистісного розвитку, самовизначення, формування майбутніх перспектив, а також статевої і тілесної ідентичності.

Українські дослідники аналізують, як тілесність впливає на життєвий шлях і самопізнання особистості. Вони досліджують, як різні аспекти тілесності (такі як статева ідентичність, відношення до власного тіла, тілесні уподобання і впевненість у собі) взаємодіють із соціально-культурними контекстами, та як ці фактори впливають на психічне благополуччя та якість життя людини [11].

У психологічних дослідженнях існують відмінності між поняттями :

Схема тіла представляє собою стійке і постійне знання про своє тіло, включаючи його розміри, пропорції та розташування різних частин. Це конструкт, що сприймається як внутрішня модель або карта тіла, яка допомагає у координації рухів та сприйнятті простору.

Образ розглядається як результат свідомого або несвідомого психічного відображення, яке включає оцінки, установки та відчуття стосовно власної зовнішності та тілесних функцій. Це відображення включає уявлення про власний вигляд, естетичність та функціональність тіла [11, стор. 127].

Таким чином, образ тіла та образ фізичного Я є ключовими поняттями у вивченні сприйняття та самосвідомості щодо власного тіла у психології, а їх використання відображає різноманіття підходів до аналізу цих складних психічних процесів.

В останні десятиріччя проблема образу фізичного Я стала активною темою досліджень у медичній психології. Науковці розглядають різні аспекти, включаючи деформації образу фізичного Я при різних порушеннях, таких як харчова поведінка, дисморфофобічні розлади, а також порушення статевої ідентифікації [67]. Однак проблема формування образу фізичного Я, психологічні чинники виникнення деформацій і пов'язані з ними негативні емоційні стани залишаються недостатньо дослідженими і потребують подальшого вивчення.

У рамках когнітивної теорії психіки незадоволеність власним тілом має два компоненти: оцінний (заснований на мисленні) і перцептивний (заснований на сприйнятті). Оцінний компонент включає глобальну оцінку тіла, емоції, почуття щодо зовнішності, когнітивні аспекти та певну поведінку (наприклад, уникнення дзеркал) [73].

Сприйняття свого тіла не завжди відповідає реальності: привабливі люди можуть бути незадоволені своєю зовнішністю, а менш привабливі – відчувати комфорт. Позитивне ставлення до тіла забезпечує впевненість і внутрішній комфорт, негативне – соціальну відгородженість і тривожність [70].

Ставлення до тіла формується під впливом соціальних оцінок з боку однолітків, членів сім'ї та значущих осіб, які можуть бути як прямими (глузування), так і опосередкованими (стурбованість зовнішністю в сім'ї). Дослідження показали зв'язок між матір'ю з порушеним образом тіла і її впливом на дитину [70].

У дослідженнях з нервовою анорексією порушення образу тіла визначаються як одна з найбільш загальних клінічних характеристик цього розладу. Теоретичні та емпіричні дані свідчать, що виражена тривога щодо своєї зовнішності може передувати розвитку самого розладу. Впізнання значущості

образу тіла як важливого аспекту для адекватної діагностики нервової анорексії спонукало клініцистів включити його до списку діагностичних критеріїв цього стану [73, стор. 42-45].

В якості можливих механізмів спотворення образу власного тіла можуть розглядатися наступні:

- переоцінка розмірів тіла в результаті зорового спотворення;
- реконструкція зорового уявлення під впливом своєрідних думок (наприклад, в силу нездатності правої півкулі коригувати образ тіла, що зберігається в лівій півкулі);
- артефакт об'єктивно малого розміру тіла (жінки з мініатюрним тілом більш схильні до переоцінки ваги незалежно від вираженості порушень харчової поведінки) [20, 62].

Дослідження показують, що незадоволеність тілом і обмежувальна харчова поведінка пов'язані з проявом окремих симптомів і з розвитком клінічно розгорнутих порушень. Незадоволеність станом власного тіла трансформується в дисфункціональні переконання щодо ваги і форми тіла. Ці переконання підтримуються раціоналізацією і помилками суджень. В результаті вони виявляються міцно пов'язаними з позитивними і негативними підкріпленнями поведінки з контролю ваги [21].

І. Соловйова зазначає, що у психічно здорової особистості в значній мірі образ тіла збігається з реальністю. Одна з характеристик патології — порушення тестування реальності, тобто адекватного її сприйняття. Так, анорексія — межовий стан, і свідомий образ тіла у хворої на анорексію вже далекий від тіла реального: володіючи очевидною нестачею ваги, вона сприймає своє тіло як повне. Несвідоме уявлення про власне тіло може відрізнитися від реальності навіть у психічно здорової дорослої людини [8].

М. Фельденкрайз називає середньостатистичне спотворення несвідомого образу тіла (відміну від тіла реального) в діапазоні 20-25%. Подальші дослідження підтверджують цю цифру [69].

В якості переваг роботи з образом тіла, М.Фельденкрайз називає, по-перше, об'єктивність (тіло як критерій, з яким можна порівняти суб'єктивні уявлення клієнта: константна точка відліку). По-друге, психологічна сфера більш затабуована, менш доступна: до своїх емоційних переживань і дитячих спогадів клієнт підпустить не так охоче, як до дослідження образу тіла. Щоб змінити своє життя, треба змінити образ дій, а для цього треба змінити образ себе. І почати найлегше саме з образу тіла. Поки образ власного тіла спотворений, людина не може мати реалістичне уявлення про себе як в цілому, так і про психологічні якості[69].

Тілесний образ Я, або несвідомий образ власного тіла — одна з глибинних і базових структур особистості, що впливає на всю особистість в цілому і на її рух по життєвому шляху. З нього можна зчитувати інформацію про особливості структури характеру, актуальній проблематиці, м'язовий панцир і травми розвитку, а також про психологічні якості, такі, як цілісне психологічне благополуччя [21].

Увага до проблематики вивчення тілесності активізувалась на початку ХХ ст, коли вчені активно намагалися визначити та дослідити тілесність та образ тіла (П. Шилдер, З.Фрейд, В. Райх, А.Ф., Е. Еріксон, Ж. Піаже). Вони акцентували увагу на клінічному вивченні невропатологічних проявів у сприйнятті тіла (наприклад, феномен фантомної кінцівки).

В своїх дослідженнях Шильдер[63] розкрив цілісність сприйняття тілесності і визначив її як зображення тіла. За Шильдером, образ тіла представляє собою внутрішнє відображення образу, яке є у кожного індивіда, що відображає його структурну організацію:

- визначення меж тіла
- сприйняття розташування

- діапазон рухів
- формування знань про тіло

Запропонована дослідником структурна модель, формується внаслідок температури, болю та тактильної чутливості, відчуттів і за допомогою зору [60].

О.Б. Станковська обґрунтовує тілесність як предмет відносин, який являє собою єдність біологічного (вітального), психічного і культурного. Саме тіло і тілесні репрезентації визначають важливий компонент цілісного розуміння індивідом самого себе – Я-концепцію, яка є однією з ключових складових самосвідомості[3].

У працях О.Є. Газарова розглядає тіло як саморегульовану систему, що має властиві принципи самозбереження і пристосування. За її словами, тіло представляє собою єдність множин [8].

Л.І. Сидоренко зазначає, що тілесність необхідно розуміти як якість, силу та знак тілесних реакцій людини в онтогенезі (з моменту її зачаття та протягом всього життя). Автор говорить про те, що тілесність не є продуктом самого лише тіла, а пов'язана з процесами, в яких постає складна природа людини. Відповідно тілесність виявляє себе в контексті генотипу, унікальних біологічних та психічних особливостей індивіда в процесі його адаптації та самореалізації в природному та соціокультурному доквіллі [3].

Аналізуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що тілесність відіграє ключову роль у збереженні індивідуалізованого знання людини про світ через освоєні тілесні практики. Вона також має підтримуючу функцію в адаптаційних процесах, що дозволяє людині ефективно взаємодіяти з навколишнім середовищем. Науковий погляд також наголошує на тому, що складні ситуації в житті людини та вплив природного та соціального середовища потребують високого рівня розвитку тілесності. Це дозволяє досягти гармонійної взаємодії зі світом і досягти стану резонансу з ним [4, стор.103].

Як ми зазначали раніше, проблема образу тіла та тілесності доцільна до розгляду в аспекті проблематики Я - концепції або образу - Я, що представляє

собою стійку систему уявлень індивіда про самого себе, в певному сенсі – рефлексивну частину особистості.

Тому тілесне Я можливо визначати як певну функцію Я-образу, яка є відображенням психічних уявлень про власне тіло і в певному значенні – вихідної точкою для розвитку Я.

Соколова О.Т. у своєму дослідженні виділяє три компоненти структури тілесного Я: емоційний, когнітивний і функціональний.

Емоційний компонент включає образ власного тіла, який охоплює сприйняття, установки, оцінки та уявлення про зовнішність і функції тіла.

Когнітивний компонент представляє концепцію тіла, базуючись на знаннях про тіло як організм, виражених у загальноприйнятих поняттях.

Функціональний компонент забезпечує регуляцію положення частин тіла та контроль рухів залежно від зовнішніх умов [10].

В роботі Л.М. Абсалямової [1] запропонована модель образу тіла, яка включає наступні компоненти:

1. Загальне задоволення тілом.
2. Емоційна реакція на тіло
3. Знання і переконання відносно свого тіла.
4. Поведінка, пов'язана з тілом [1].

В цій же роботі авторка спирається на концепцію тілесного Я, як суб'єкта, що активно проявляє себе в тілесному існуванні, має здатність отримувати чуттєвий досвід, що перекладається в образи і концепти, і можливість виражати себе в тілесній експресії і характеризується статевою ідентичністю, рівнем сексуальності, інстинктом виживання і продовження роду, образом і концепцією свого тіла, певними потребами і мотивами.

Крім того, дослідниця пропонує ввести поняття «інтернального тіла», яке спирається на думку К.Г. Юнга про відношення його до архетипічних утворень, які включають тілесне існування суб'єкта [45].

О.М. Сілютіна [1].в своїх роботах зауважує, що тілесність представляє собою субстрат людської життєдіяльності, який, в свою чергу, є багатомірним

утворенням і має базуватися на перетині внутрішнього, зовнішнього та біологічного образу тіла.

Т.Б. Хомуленко [13] у своєму дослідженні структурно-функціональних характеристик тілесного Я говорить про те, що воно представляє собою один з основних компонентів Я-концепції. Дослідниця зазначає, що тілесне-Я відповідає за когнітивний і емоційний супровід тілесного функціонування, забезпечує його регулятивний ефект, що реалізується в процесі внутрішнього діалогу з тілесним Я, із самим собою про тіло.

Дослідники визначають рівень розвитку психіки на основі чотирьох спостережуваних функцій:

1. Сприйняття та сприйняття зовнішніх об'єктів.
2. Саморегуляція та регуляцію об'єктних відносин.
3. Взаємодію з зовнішніми та внутрішніми об'єктами.
4. Відносини з зовнішніми та внутрішніми об'єктами [13].

Крім того, науковці зазначають, що всі вищеперераховані критерії повинні аналізуватися дихотомічною. Для прикладу наводяться наступні критерії: саморефлексія, яка представляє собою здатність диференціювати власні афекти та усвідомлювати для себе їх значення; переживання власної ідентичності, що представляє собою здатність створювати постійний, сталий в різних життєвих обставинах образ себе [4].

Що стосується сприйняття інших, вчені пропонують аналізувати його з огляду на здатність індивіда до створення цілісного образу іншої людини, відокремлення суб'єкта від об'єкта, інтеграції внутрішньої наповненості людини в процес споглядання зовнішньої ситуації, оцінюючи, наскільки реалістичним є сприйняття об'єкта [4].

Подібна зазначеній класифікації схема, запропонована О. Кернбергом (Otto Kernberg 1928), в основі якої лежать наступні критерії, які вказують глибину розладу в залежності від ступеня вираженості та якості інтеграції ідентичності, рівень і тип захисних механізмів, здатність до тестування реальності, особливості саморегуляції [69].

В.О. Крамченкова та Т.Б. Хомуленко [13] у своєму дослідженні розглядають психосоматичну саморегуляцію як здатність людини керувати своїм психоемоційним станом та окремими соматичними процесами через використання певних слів, уявних образів, керування м'язовим тонусом і диханням. Вони зазначають, що психосоматична саморегуляція, як внутрішній діалог. Ця компетентність, за їхніми словами, включає здатності когнітивного компоненту і пов'язана з прийняттям власного тіла як частини цілісного організму, що обумовлює саморегуляцію на основі досвіду внутрішнього діалогу з тілесним Я [13].

Наші життєві переживання і сприйняття певних життєвих подій, а точніше – їх характер може сприяти або перешкоджати досягненню успіху, формуванню людських відносин, впливати на психологічний та фізіологічний стан організму людини.

А.Ю. Гільман в своєму дослідженні говорить про те, що основна специфіка саногенного мислення полягає в його спрямованості на внутрішній світ людини, на його емоції, почуття, переживання. Відповідно, у разі, коли індивід здатен міркувати про емоції таким чином, щоб знижувати рівень внутрішньої напруженості, що в свою чергу, знижує ймовірність психосоматичних захворювань, то таке мислення можна назвати саногенним [8].

В.А. Старик, спираючись на концепцію М. Мольца, говорить про те, що наші дії, почуття, поведінка узгоджуються з образом власного «Я» через свідомі і підсвідомі механізми саморегуляції [8].

П. Шильдер [63] у своїх дослідженнях, проведених у 1920-х роках, висловив думку про те, що тілесний образ людини не обмежується лише когнітивною концепцією. Він також підкреслив, що цей образ є результатом взаємодії індивіда зі своїм оточенням, у тому числі відгуками та установками, які формуються через соціальні інтеракції. Таким чином, тілесний образ включає в себе не лише знання про своє тіло, а й відчуття, сприйняття і взаємодію з іншими людьми, що сприяє формуванню особистості в цілому.

1.3 Проблема дослідження особистісних чинників задоволеності образом власного тіла у фахівчинь естетичної медицини

Культурні та соціальні чинники відіграють важливу роль у формуванні образу власного тіла. У різних культурах існують свої уявлення про ідеальне тіло, які можуть сильно відрізнятися. Фахівчині естетичної медицини часто мають справу з клієнтами, які бажають досягти цих культурних стандартів, що впливає на їхнє власне сприйняття тіла. Соціальні медіа також значно впливають на сприйняття краси та можуть формувати нереалістичні очікування щодо зовнішності [71].

Особливості професійної діяльності у сфері естетичної медицини полягають у тому, що фахівці стикаються з високими стандартами краси, які встановлюються як суспільством, так і професійним середовищем.

Вони можуть відчувати тиск, щоб відповідати цим стандартам, можуть відчувати постійний тиск виглядати бездоганно, що впливає на їхню самооцінку та задоволеність образом власного тіла. Професійна діяльність у цій сфері вимагає постійного вдосконалення та підтримки зовнішнього вигляду, тому що зовнішній вигляд є центральним аспектом.

Це створює високі очікування і стандарти не тільки для своїх клієнтів, але й для самих себе. Вони можуть порівнювати себе з ідеалізованими образами, які самі допомагають створювати, що призводить до незадоволеності власним тілом і зниження самооцінки. Це також може спровокувати розвиток тривожних розладів та інших психологічних проблем. Постійна потреба в самовдосконаленні та підтримці зовнішнього вигляду є ще одним джерелом стресу для фахівчинь естетичної медицини. Вони повинні слідкувати за останніми тенденціями в індустрії краси, відвідувати курси підвищення кваліфікації, та бути обізнаними про нові методики та технології. Це потребує значних інвестицій часу, зусиль і коштів, що може додатково посилювати стресові фактори.

Професіонали в цій галузі також можуть зіштовхуватися з фізичними та емоційними наслідками своєї роботи. Тривалі години роботи, необхідність підтримувати високий рівень концентрації та зосередженості під час процедур, а також емоційна взаємодія з клієнтами, які можуть бути незадоволені результатами, можуть призводити до вигорання.

Психологічні аспекти, такі як рівень самоприйняття, самооцінка та наявність внутрішньої мотивації, є важливими чинниками, що впливають на задоволеність образом власного тіла. Висока самооцінка та позитивне самоприйняття можуть знижувати негативний вплив соціальних та культурних чинників. Крім того, внутрішня мотивація до професійного розвитку та вдосконалення може сприяти позитивному сприйняттю свого тіла, незважаючи на зовнішній тиск.

Фахівчині естетичної медицини мають значний вплив на сприйняття клієнтами їхнього власного тіла. Позитивні зміни зовнішності, досягнуті завдяки косметологічним процедурам, можуть покращити самооцінку та психологічне благополуччя клієнтів. Однак, якщо фахівчині не приділяють належної уваги психологічним аспектам своїх рекомендацій, вони можуть мимоволі сприяти розвитку негативного сприйняття клієнтами свого тіла.

Наприклад, надмірний акцент на необхідності змін у зовнішності може зміцнити у клієнтів переконання, що їхнє природне тіло є недостатньо привабливим або вартим. Це може призвести до зниження самооцінки, розвитку незадоволеності своїм тілом і навіть до виникнення розладів харчової поведінки. Крім того, клієнти можуть відчувати тиск на регулярні косметологічні процедури, що може стати фінансовим і емоційним тягарем.

В Україні сфера естетичної медицини набуває популярності як серед споживачів так і серед лікарів, які проходять перепрофілювання і змінюють спеціалізацію у бік косметологічного напрямку[9]. Наразі ринок косметології активно розвивається і приваблює не тільки лікарів, фармацевтів, медичних сестер, фельдшерів, а також людей з будь-якою іншою освітою. Натомість правове регулювання сфери естетичної медицини передбачає надання

лікувально-діагностичних, консультативних послуг з питань захворювань шкіри та косметичних дефектів шкіри лікарем дерматологом-венерологом косметологічного кабінету і надання косметичних процедур лише медичною сестрою, яка має спеціальну підготовку з проведення косметичних процедур, перелік яких чітко визначений у Наказі [9].

В дослідженнях ринку праці в галузі практичної косметології в Україні наведені дані, стосовно того, в галузі косметології працюють усі охочі незалежно від профільної освіти. Автори зазначають, що 38% респондентів мають медичну освіту (15% з них закінчили вищі медичні установи), 19% респондентів мають фармацевтичну освіту і кваліфікацію провізора загального профілю або провізора-косметолога. Решта – 37,5% респондентів – закінчили технічні, економічні, педагогічні, авіаційні, автодорожні, інженерно-будівельні, фізкультурні та інші заклади вищої освіти і після отримання основної професії вирішили (з різних причин як особистого, так і професійного характеру) зайнятися практичною косметологією, закінчивши відповідні курси. 5,5% респондентів працюють у косметологічних закладах після закінчення середньої школи, пройшовши підготовку на курсах з косметології [9].

Зважаючи на те, що фахівець в галузі естетичної медицини має авторитетне значення для людей, що звертаються за послугою з метою впливу на зовнішність, іноді навіть наважуються на кардинальні зміни форм тіла і обличчя. Це пов'язано з тим, що ці професіонали мають не лише медичні знання, але й вміння оцінювати і здійснювати естетичні корекції, що впливають на обличчя і форму тіла.

Клієнти, які звертаються до таких фахівців, часто шукають не лише покращення зовнішнього вигляду, але й психологічний комфорт і підтримку у своїй рішучості змінити своє обличчя чи тіло. Іноді ці зміни можуть бути досить радикальними, що вимагає від фахівця не лише високого рівня технічних навичок, але й чутливості до побажань і очікувань клієнтів.

Тому естетичні медики володіють не тільки медичною компетентністю, але й вмінням спілкуватися з клієнтами, розуміти їхні мотивації і впевнено

керувати процесом змін. Вони відіграють важливу роль у самопочутті і самоповазі своїх пацієнтів, допомагаючи їм досягати бажаних результатів і відчувати себе краще.

Фахівчині естетичної медицини без медичної освіти можуть мати різноманітний вплив на образ власного тіла клієнтів, який можна розділити на позитивні та негативні аспекти:

Позитивний вплив полягає у тому, що фахівчині можуть надавати значну психологічну підтримку своїм клієнтам, допомагаючи їм відчувати себе більш впевненими у своєму зовнішньому вигляді. Завдяки навчанням та курсам, фахівчині можуть професійно виконувати естетичні процедури, що призводить до покращення зовнішнього вигляду клієнтів та підвищення їхньої задоволеності своїм тілом. Естетичні процедури можуть допомогти клієнтам відчувати себе більш привабливими та впевненими, що позитивно впливає на їхню самооцінку.

Негативний вплив полягає у тому, що відсутність медичної освіти може призвести до неправильно виконаних процедур, що може спричинити фізичні травми, дискомфорт або навіть погіршення зовнішнього вигляду клієнтів. Недостатнє розуміння медичних аспектів, що впливають на образ тіла, може негативно позначитися на здоров'ї клієнтів. Без глибоких знань фізіології та можливостей тіла фахівчині можуть створити у клієнтів нереалістичні очікування від процедур, що може призвести до розчарування та незадоволеності своїм тілом. Недостатня підготовка в етичних питаннях може призвести до неналежного ставлення до клієнтів та їхніх потреб, що може викликати психологічний дискомфорт і зниження самооцінки у клієнтів[3].

Слід розглянути дослідження, які на меті мають виявлення чинників, що впливають на формування образу власного тіла.

Дослідження В. В. Моляко [8] підкреслює, що формування образу Я та його тілесних складових значно впливають відносини з сім'єю, однолітками та масові засоби інформації. Відповідно до досліджень, особливо чутливі до оцінки зовнішності є люди з негативною самооцінкою, у яких образ тілесного Я містить негативні елементи.[8].

Т. Кеш в свої працях вказує на те, як зауваження і коментарі значимих для людини осіб впливають на образ її тіла. Також зауважує, що людина наслідує певні правила харчування або поводження зі своїм тілом, що отримала від батьків і які часом носять не здоровий характер[45].

Психоаналітик Ф. Дальто (Franco Dall'Osto) досліджувала дітей з вадами стверджувала, що саме позитивне ставлення батьків до дитини, виховний вплив обумовлює подальший благополучний тілесний розвиток. Досліджуючи дітей із обмеженими можливостями, дослідниця відзначила, що навіть за наявних візуально помітних тілесних вад, позитивне ставлення до дитини в цілому буде сприяти відмежуванню негативних переживань з приводу фізичного дефекту від особистості в цілому [56, 30].

Сучасні дослідники образу власного тіла мають спільну думку стосовно впливу рівня задоволеності образом власного тіла на самооцінку, самоствавлення і самосприйняття особистості. Інша думка стосується зв'язку тілесного Я і рівнем задоволеності своїми фізичними характеристиками, особливо при наявності викривленого сприйняття себе, або заклопотаністю дефектами і фізичними вадами [67].

На думку Д. Палмер, важливу роль у оцінці зовнішнього вигляду відіграє ступінь відповідності зовнішності домінуючим стандартам краси. Фізична привабливість є одним з найважливіших критеріїв при виборі статевого партнера як у чоловіків, так і у жінок, і ця оцінка обумовлена смаком та впливом сучасної культури. З точки зору еволюційної психології, естетична оцінка лежить в основі рішень, що безпосередньо пов'язані з виживанням та продовженням роду. Проте, існуючі стереотипи зовнішності вже давно відхиляються від норми, а стандарти краси не покращують людське тіло, а навпаки, викривлюють і знецінюють його природню красу [60].

Одним із чинників зовнішнього впливу на формування образу власного тіла та його тілесних складових є вплив стереотипів краси. Сучасне суспільство надає величезне значення зовнішності, визначаючи стандарти краси через медіа, моду та поп-культуру і соціальні мережі. Домінуючі стандарти краси часто є

недосяжними для більшості людей, оскільки вони базуються на дуже вузькому визначенні фізичної привабливості[60].

Стереотипи краси мають суттєвий вплив на психологічний стан індивідів. Постійне зіставлення власної зовнішності зі штучними ідеалами може призводити до незадоволеності собою, низької самооцінки, тривожності та депресії. Згідно з дослідженнями, люди, які не відповідають суспільним стандартам краси, частіше стикаються з дискримінацією та негативними соціальними реакціями, що ще більше поглиблює їхні негативні емоційні стани. Висвітлення таких ідеалів у мас-медіа створює постійний тиск, особливо на молодих людей, які знаходяться у фазі формування своєї ідентичності.

Стандарти краси також впливають на соціальну динаміку, визначаючи, які риси та характеристики вважаються привабливими та бажаними. Це може призводити до формування упереджень та стереотипів щодо людей, які не відповідають цим стандартам. Наприклад, фізична привабливість часто асоціюється з позитивними рисами характеру, такими як успішність, інтелект та доброта, що може впливати на міжособистісні стосунки та професійні можливості[60].

Естетична медицина відіграє значну роль у суспільстві, де панують стандарти краси. Вона надає можливість індивідам наблизитися до ідеалів, створених суспільством, через різноманітні процедури та втручання. Це може включати хірургічні операції, такі як ринопластика, ліпосакція, а також нехірургічні методи, такі як ботокс, філери, лазерні процедури та інші[76].

Естетична медицина може мати позитивний вплив на життя людей, покращуючи їхню зовнішність і, як наслідок, підвищуючи самооцінку та впевненість у собі. Для багатьох людей, можливість змінити свій зовнішній вигляд означає можливість відчувати себе комфортніше у власному тілі, що може позитивно впливати на їхнє психологічне та емоційне благополуччя[76].

Однак, постійне прагнення до відповідності стандартам краси може мати і негативні наслідки. Надмірне використання естетичної медицини може призводити до фізичних ускладнень, залежності від косметичних процедур та

постійного незадоволення своїм зовнішнім виглядом. Деякі люди можуть відчувати психологічний тиск, вважаючи, що їхня цінність визначається їхньою здатністю відповідати суспільним стандартам краси.

Розвиток естетичної медицини також піднімає низку етичних і соціальних питань. Одне з них полягає в тому, чи є етичним просування процедур, які можуть зміцнювати суспільні стереотипи та дискримінацію на основі зовнішнього вигляду. Інше питання стосується доступності таких процедур: чи не сприяє це збільшенню соціальної нерівності, де лише заможні люди мають доступ до естетичної медицини і, відповідно, до можливості підвищити свій соціальний статус через зовнішній вигляд.

Прагнення відповідати стандартам краси може мати серйозні психологічні наслідки. Незадоволеність вагою та фігурою під впливом медіа образів часто супроводжується низькою самооцінкою та депресією. Багато жінок, під впливом модних еталонів, перестають цінувати власні зовнішні риси і віддаляються від свого внутрішнього світу, що може призводити до значного емоційного стресу. Активне використання фільтрів для покращення зовнішності в соціальних мережах ще більше підсилює цей ефект, особливо серед підлітків та людей з тілесним дизморфічним розладом, які більш вразливі до впливу нереалістичних стандартів краси [76].

Естетична медицина, зокрема косметологія та пластична хірургія, відіграють важливу роль у підтримці та посиленні стандартів краси. Ці галузі пропонують численні процедури, які допомагають людям наблизитись до ідеалів зовнішності, створених медіа. Для багатьох жінок і чоловіків, косметичні процедури стають засобом досягнення бажаного вигляду, що дозволяє відчувати себе впевненіше та комфортніше у своєму тілі. Наприклад, косметологічні процедури для догляду за волоссям, бородою та епіляція певних ділянок тіла стають все більш популярними серед чоловіків [76].

Збільшення попиту на естетичні процедури є прямим наслідком соціального тиску на підтримання молодого та привабливого вигляду. Люди з

дисморфофобією часто звертаються до косметичних хірургів та інших спеціалістів з проханням про численні корекції зовнішності.

Дисморфофобія являє собою симптомокомплекс, для якого характерне активне прагнення корекції уявного дефекту та депресивний настрій. Цей розлад виражає занепокоєність дефектами власної зовнішності, спричиняючи значні психоемоційні переживання. Стан проявляється як неадекватне ставлення людини до своєї зовнішності. Зазвичай, це невпевнена в собі та сором'язлива особистість, в якій може спостерігатись демонстративність поведінки, егоцентризм та інфантильність [26].

Розглянемо симптоми тілесного дисморфічного розладу. Людина часто страждає від депресивного настрою, постійного занепокоєння щодо уявних або реальних недоліків у зовнішності викликає почуття безнадії та смутку. Такі люди можуть уникати соціальних контактів, навіть з близькими друзями та родиною, через страх осуду або відчуття сорому за свій вигляд. Через це, можуть уникати місць скупчення людей, таких як торгові центри, вечірки або громадські заходи. Людина може витратити багато часу перед дзеркалом, намагаючись підібрати позу, одяг або макіяж для маскуванню уявних недоліків, можуть витратити години на обрання правильного вигляду або перевірку себе у дзеркалі, шукаючи способи приховати уявні дефекти[26].

Ці симптоми часто викликають значні труднощі в повсякденному житті, знижуючи якість життя та здатність пацієнтів виконувати соціальні ролі.

Пацієнти з дисморфофобією можуть звертатися до різних фахівців у медичній сфері з метою виправлення уявних чи реальних дефектів у зовнішності. Серед них:

1. Дерматологи: Часто пацієнти з дисморфофобією звертаються до дерматологів з проханням виправити маленькі недоліки на шкірі, такі як прищі, рубці або пігментні плями.
2. Пластичні хірурги: Іншою популярною категорією спеціалістів, які звертаються пацієнти з дисморфофобією, є пластичні

хірурги. Вони можуть виконувати різноманітні операції з метою зміни форми обличчя, носа, губ, а також корекції форми тіла.

3. Лікарі первинної медичної допомоги: Ці лікарі можуть бути першими, до кого звертаються пацієнти з симптомами дисморфофобії, особливо якщо пацієнти шукають консультацію або направлення до інших спеціалістів.

4. Отоларингологи і стоматологи: Пацієнти можуть також звертатися до цих фахівців з метою корекції зовнішнього вигляду, зокрема щодо форми обличчя або структури зубів[26].

Хоча багато пацієнтів шукають фізичні виправлення своїх недоліків через косметичні або хірургічні процедури, це лікування, як правило, виявляється малоефективним для більшості пацієнтів з дисморфофобією. Замість того, щоб виправляти зовнішній вигляд, що не є реально відчутним, ефективніше всього виявити та лікувати основні психічні причини розладу за допомогою психіатричних методів і психотерапії [26].

На думку вчених, які підіймали питання дисморфофобії, захворювання починає проявлятися ще у підлітковому віці. Цей період є сприятливим і для загальної незадоволеності образами власного тіла, цьому сприяють гормональні зміни [26]. Але це захворювання може проявитися і у дорослому віці.

На думку Дж. Літинської, причини виникнення дисморфофобії можна розділити на дві великі групи: психологічні травми і психічне захворювання.

Дослідниця акцентує на таких чинниках, як ставлення батьків, близьких та однолітків до зовнішності людини, перегляд соціальних мереж, які транслиують сумнівні еталони краси. Популяризація людей, які завдяки пластичній операції змінили зовнішність та досягли успіху в різних сферах життя [10].

На разі сучасна медицина та психологія в змозі не тільки досліджувати дану проблему а і сприяти її вирішенню.

У лікуванні дисморфофобії застосовуються різні психотерапевтичні методи, спрямовані на корекцію спотвореного сприйняття власної зовнішності

та психологічні підходи до управління тривогами і компульсивною поведінкою [39].

Дисморфобія є складним психічним розладом, який супроводжується сильними психоемоційними переживаннями і може значно впливати на повсякденне функціонування особистості. Лікування цього розладу вимагає комплексного підходу, включаючи психотерапію, інтервенції та, у випадках потреби, медикаментозну підтримку. Ефективне лікування спрямоване на зниження тривоги, переоцінку уявних дефектів та покращення загального самопочуття пацієнтів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

На підставі проаналізованої літератури щодо теорій особистості можна зробити висновки стосовно кожного підходу. Психоаналітичний підхід вказує на важливість безсвідомого та роль дитинства у формуванні особистості. Концепції комплексів, архетипів та его структури дають глибоке розуміння внутрішнього світу людини і його впливу на поведінку. Біхевіористський підхід акцентує увагу на зовнішніх стимулах і вченні як визначальних чинниках формування поведінки та особистості. Гуманістичний підхід віддає людині центральне місце, підкреслює її потенціал для саморозвитку і самореалізації. Акцент робиться на концепції самореалізації, потребах в самовираженні та особистісному рості. Когнітивний підхід вивчає процеси мислення, сприйняття та розуміння як ключові елементи формування особистості. Акцент робиться на когнітивних схемах, розвитку інтелекту та особистісних переконаннях.

Загальний аналіз літератури показує, що кожна з цих теорій має вагому внутрішню логіку і доповнює розуміння процесів формування особистості з різних перспектив. Інтеграція різних підходів до вивчення особистості дозволяє отримати більш повне та глибоке розуміння складних психічних процесів людини.

Ми розглянули сучасні дослідження, з яких слідує, що образ власного тіла людини визначається як комплексна конструкція, що включає в себе когнітивні, емоційні та соціальні аспекти. Він формується через взаємодію індивіда з оточуючим середовищем, у тому числі через установки та реакції близьких осіб та суспільства загалом. Різноманітні складові образу тіла, такі як схема тіла, образ тіла та ідеальний образ тіла, впливають на сприйняття себе і власність до функціонування в різних соціальних та психологічних контекстах. Ці аспекти важливі для розуміння самої сутності особистості та її взаємодії зі світом.

Ми звернули увагу на вплив професійної діяльності фахівчинь естетичної медицини, які є носіями ідеалів краси, часто стикаються зі значними вимогами до власного зовнішнього вигляду. Це може впливати на їхнє власне сприйняття тіла та рівень задоволеності від нього. Стандарти краси, що існують у суспільстві

і медіа, мають великий вплив на сприйняття тіла. Фахівці естетичної медицини можуть відчувати підвищений тиск адаптуватися до цих стандартів.

Індивідуальні особливості такі як самооцінка, ставлення до власного тіла, рівень самосприйняття, також важливі для формування задоволеності від образу власного тіла. Дослідження цих аспектів може допомогти розуміти, як фахівці естетичної медицини сприймають своє тіло та як це сприяє або ускладнює їхню професійну діяльність та особисте життя.

Вплив стереотипів і стандартів краси на сучасне суспільство є потужним та всебічним, охоплюючи психологічні, соціальні та етичні аспекти. Естетична медицина, хоча і надає можливість людям змінювати свій зовнішній вигляд і підвищувати самооцінку, водночас може посилювати ці стереотипи та призводити до негативних наслідків.

Нами проаналізовано наукову літературу і розглянуто форму психічного розладу - дисморфофобію, яка є серйозним станом, що супроводжується значними психоемоційними переживаннями та негативними наслідками для психічного та соціального благополуччя індивіда. Основними характеристиками цього розладу є перебільшена занепокоєність дефектами власної зовнішності та надмірне критичне ставлення до свого обличчя, фігури або окремих фізичних рис. Особа, що страждає дисморфофобією, може переконувати себе у наявності естетичних недоліків, які, насправді, не сприймаються іншими або є незначними.

Такий розлад часто виникає навіть у відсутність очевидних або значущих фізичних аномалій, що підкреслює його психогенний характер. Особливо важливою є усвідомлення того, що дефекти, які переживає людина з дисморфофобією, можуть бути відносно мінімальними або навіть уявними, але для неї вони стають об'єктом значної тривоги і страждання.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА У ПРАЦІВНИКІВ ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

2.1. Підходи до дослідження особистісних чинників образу власного тіла

Дослідження особистості схиляється до одного з полюсів у кожному з трьох протиставлень, пов'язаних з трьома дослідницькими стратегіями клінічних, експериментальних або кореляційних досліджень:

- 1) Експериментальний підхід або кореляційний підхід, що вивчають те що відбувається під час експерименту, або те що вже відбулося;
- 2) Експериментальний підхід у вивченні всіх індивідів, або клінічний підхід окремо взятого індивіда.
- 3) Вивчення одного або кількох аспектів особистості або індивідуальності в цілому.

Специфіка всіх цих методів полягає в тому, що феномен образу тіла в цих дослідженнях вивчається через призму двох проблем: пластичної хірургії і проблеми контролю ваги (ожиріння, булімія, анорексія).

Дослідження особистісних чинників, що впливають на образ власного тіла, є важливою частиною психології та естетичної медицини. У сучасних дослідженнях можна спостерігати кілька основних напрямків методів вивчення різних аспектів феномена образу тіла:

Психоаналітичний підхід вивчає, як підсвідомі конфлікти та дитячі переживання впливають на сприйняття власного тіла.

Методи: Інтерв'ю, проєктивні тести, аналіз снів.

Приклад: Дослідження взаємозв'язку між дитячими травмами та негативним образом тіла у дорослому віці.

Когнітивно-поведінковий підхід зосереджується на ролі мислення, переконань та поведінки у формуванні образу тіла.

Методи: Опитувальники, тестування на наявність викривлень мислення, поведінкові експерименти.

Приклад: Вивчення впливу негативних автоматичних думок на сприйняття власного тіла.

Гуманістичний підхід наголошує на особистісному зростанні та самоприйнятті як ключових елементах здорового образу тіла.

Методи: Терапевтичні інтерв'ю, групова терапія, методи самопізнання.

Приклад: Використання технік самоприйняття для покращення образу тіла.

Соціально-культурний підхід аналізує вплив соціальних і культурних факторів на сприйняття власного тіла.

Методи: Контент-аналіз медіа, соціологічні опитування, дослідження впливу соціальних норм.

Приклад: Дослідження впливу соціальних мереж на самосприйняття і розвиток дисморфофобії.

Біопсихосоціальний підхід розглядає образ тіла як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Методи: Комплексні дослідження, що включають біометричні показники, психологічне тестування, соціальні опитування.

Приклад: Вивчення впливу гормональних змін на сприйняття власного тіла у підлітковому віці.

Експериментальний підхід вивчає образ тіла через контрольовані експерименти.

Методи: Лабораторні експерименти, візуальні та аудіо стимуляції, маніпуляція змінними.

Приклад: Дослідження впливу позитивної або негативної інформації про тіло на його сприйняття.

Одним з часто застосовуваних методів для оцінки рівня усвідомлення та прийняття образу свого тіла є методика М. Фельденкрайза. Вона відзначається принципами цілісності, єдності психіки та тіла, інтеграції функцій [63, стор. 699-680]. Будь-яка зміна нервової системи чітко транслюється через зміну взаємного відношення, постави та стану м'язів. Більшість людей не може чітко мислити без мобілізації моторних функцій мозку у мірі, достатній для того, щоб усвідомити патерни слів, які репрезентують відповідні думки» [64, стор. 32-37]. Ця єдність з

моторними функціями розповсюджується на інші психічні процеси, окрім мислення – сприймання, почуття та ін.

М. Фельденкрайз створював свій метод, досліджуючи рухи свого тіла, через деякий час він почав успішно проводити групові заняття та індивідуальну роботу з іншими. В сучасній практиці метод може використовуватися як в самостійній роботі, так і в груповій, або ж в діаді з учителем. Окрім усвідомлювання уваги, спрямованої на пропріоцептивні відчуття, розглянемо інші аспекти практики методу.

Методика образа власного тіла М. Фельденкрайза спрямована на дослідження підсвідомого образу власного тіла

Опитувальник задоволеності сприйняттям тіла (BISQ)E розробив Бершид, Е. Уолстер і Дж. Бершайд (1973). Ця методика містить шкалу під назвою «зовнішність в цілому», яка досліджує задоволеність кольором шкіри, спортивною підготовкою, зростом і вагою. Шкала «обличчя» містить оцінку краси обличчя в цілому, задоволеності очима, волоссям, носом і т.д. Розрізняють шкали: задоволеність кінцівками і тулубом.

Шкала зовнішнього вигляду Дерріфорда (DAS). Існує дві форми цієї методики: повна версія, яка включає 59 питань, і коротка версія, яка містить 24 питання. Цей метод містить п'ять шкал:

1. Загальна самооцінка зовнішності
2. Соціальна самооцінка зовнішності
3. Самооцінка сексуальності зовнішності
4. Негативна самооцінка
5. Самооцінка зовнішнього вигляду «обличчя»

Багатовимірний опитувальник самовідносин з тілом (MBSRQ; Brown, Cash, & Mikulka, 1990), розроблена Брауном, Кешем і Мікулькою, містить питання для визначення задоволеності своїм тілом, а також дій людини по догляду за своїм тілом. Слід підкреслити, що дана методика дозволяє оцінити когнітивну, поведінкову та емоційну складові образу тіла.

Шкала задоволеності областями тіла (BASS) Кеша (2000) є субшкалою MBSRQ, наведеної вище. У цьому методі пропонується оцінювати окремі параметри зовнішності, а також зовнішнього вигляду в цілому.

Опитувальник ідеалів образу тіла (BIQ) також розроблений Кешем (2000; Кеш і Шиманський, 1995; Szymanski & Cash, 1995) - метод, що дозволяє вивчити самосприйняття відхилень від ідеалу, відповідність ідеалу. Ця техніка включає такі параметри, як зріст, вага, колір шкіри, структура/товщина волосся, риси обличчя, пропорції тіла, розмір грудей/грудей, фізична сила та фізична координація.

Опитувальник форми тіла (BSQ) (Rosen, Jones, Ramirez, and Waxman, 1996), був розроблений для вивчення думки людини про свою фігуру, і особливо про проблему «відчуття ситості», на думку авторів однією з найсерйозніших проблем сучасності є контроль ваги з метою відповідності уявленню про ідеальне тіло. Це підтверджується великою кількістю методів, спрямованих на вивчення феномена краси, а саме через призму контролю ваги.

Шкала оцінки тіла (BES) була розроблений компанією Franzoi & Shields (1984). У жіночому варіанті цього методу розглядаються аспекти потягу в цілому, сексуальний потяг, контроль ваги і фізичного стану.

Опитувальник очікування худорлявості (TEQ), розроблений А.Р. Стейнбергом (2004), оцінює ставлення до схуднення. Методика містить 111 прикметників, які просять оцінити від 1 - повністю не згоден до 7 пунктів - повністю згоден, закінчуючи речення: Коли ви худнете, ви відчуваєте-... Цей метод дозволяє оцінити ставлення до схуднення з точки зору взаємин з іншими людьми і сприйняття себе красивою.

Методика вербального коментаря до шкали зовнішнього вигляду (VCOPAS) була розроблена Herbozo & Thompson (2009) і зосереджена на сприйнятті негативних оцінок ваги та форми та позитивних оцінок ваги та форми. Учасників дослідження просять оцінити, як часто вони чують ті чи інші коментарі на свою адресу, і наскільки вони ображаються або лестять цим. І як часто вони використовують ті чи інші вирази, щоб оцінити зовнішність іншого.

Однак це ізольовані методи, більшість досліджень, присвячених вивченню краси і привабливості, засновані на оцінці фотографій або графічних зображень людини.

Методика М. Томпсона і Дж. Грейна «Шкала оцінки контурного малюнка» (M. Thompson & Gray, 1995) містить десять схематичних зображень чоловіків або жінок, яким випробовувані повинні оцінити кожен фігуру від 1 - дуже худі до 9 - дуже товстою, із зазначенням найбільш привабливої фігури, ідеальної фігури і їх реальної фігури.

Розуміння особистісних чинників, що впливають на образ власного тіла, вимагає інтеграції різних підходів. Це допомагає створювати ефективні стратегії для корекції негативного сприйняття тіла та підтримки психічного здоров'я. Кожен з описаних підходів пропонує унікальні інструменти та перспективи для вивчення цієї складної теми.

Ми зауважуємо, що на даний час існує дефіцит методик, що адаптовані для використання в Україні. Ми вважаємо, що це є великим полем для вивчення, що стане у нагоді для подальшого вивчення особистісних чинників задоволеності образом власного тіла.

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

На даному етапі був проведений аналіз теоретичного матеріалу і сформована дослідницька модель компонентів образу тіла (Рис.2.1). Спираючись на теоретичне підґрунтя нами було здійснено підбір психодіагностичних методів та медотик, та побудована операційна модель дослідження особистісних чинників задоволеності образом власного тіла у фахівчинь естетичної медицини (Рис.2.2).

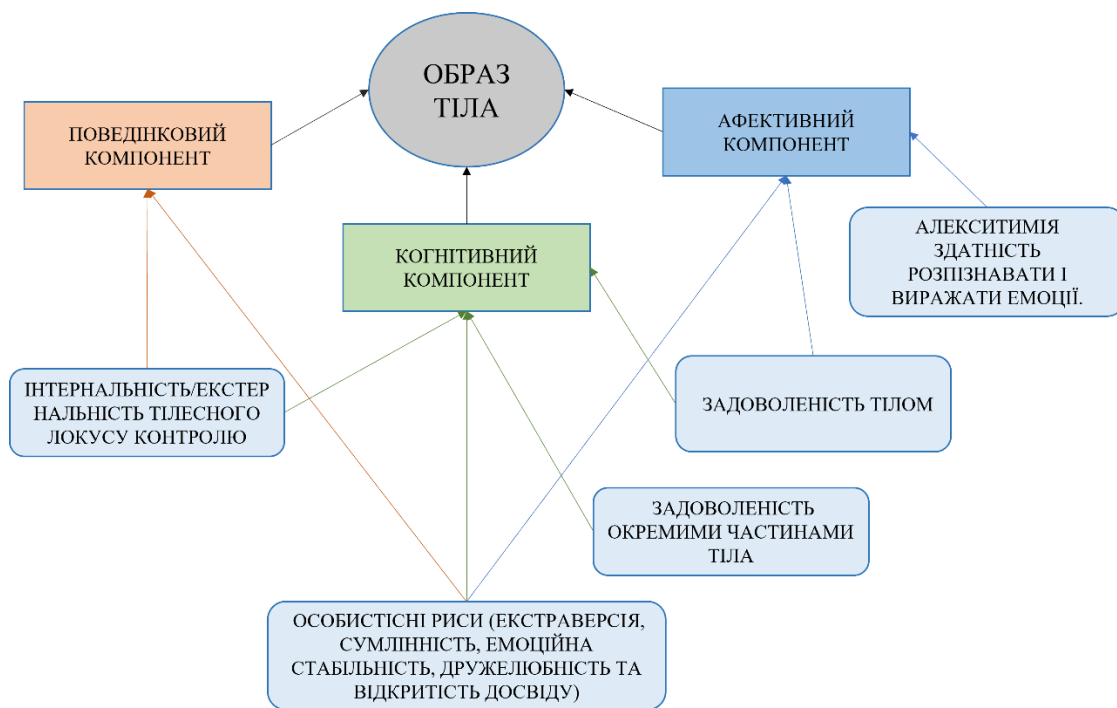


Рис. 2.1 Дослідницька модель компонентів образу власного тіла

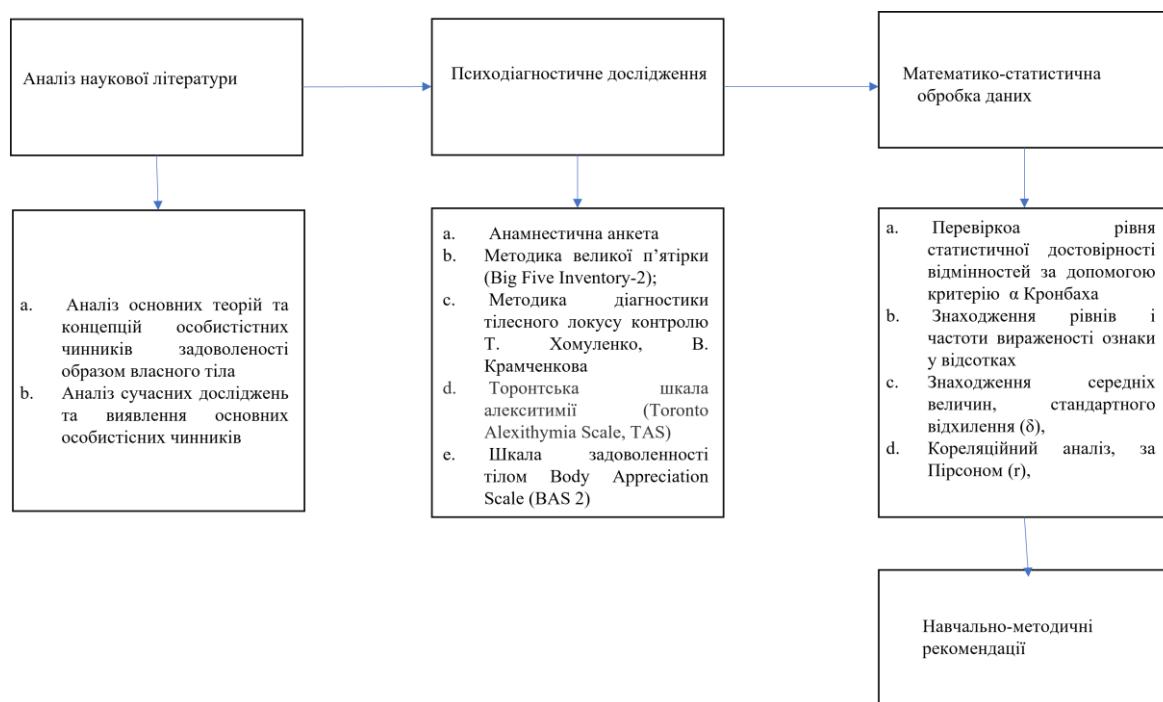


Рис. 2.2 Операційна модель дослідження особистісних чинників задоволеності образом власного тіла у фахівчинь естетичної медицини

З метою емпіричного дослідження особистісних чинників задоволеності образом власного тіла у жінок працівників естетичної медицини застосовувалися

наступні методики (процедура передбачала заповнення електронних бланків створених за допомогою платформи Google Forms):

1. Анамнестична анкета, що включає данні про сімейний стан, наявність дітей, стаж роботи, рівень освіти, професійну спеціалізацію. Анкета розроблена з метою визначення анамнестичних факторів, що можуть впливати на задоволеність образом тіла.
2. Авторська анкета задоволеності окремими частинами тіла для оцінки рівня задоволеності окремими частинами тіла. Когнітивний компонент (думки про окремі частини тіла). Розроблена з метою визначення конкретних аспектів задоволеності тілом.
3. Шкала задоволеності тілом Body Appreciation Scale (BAS 2) обрана для оцінки загального рівня задоволеності тілом для подальшого аналізу з іншими чинниками. Містить когнітивний компонент (уявлення про своє тіло) і афективний компонент (емоції, пов'язані з тілом).
4. Методика діагностики тілесного локусу контролю (Т. Хомуленко, В. Крамченкова) для визначення рівня контролю над тілесними відчуттями та реакціями. Дозволяє оцінити, як тілесний локус контролю впливає на задоволеність тілом. Включає когнітивний компонент (уявлення про контроль над тілом) та поведінковий компонент (поведінкові реакції, пов'язані з тілом).
5. Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS)
Для оцінки здатності розпізнавати і виражати емоції, та визначення впливу емоційної виразності на задоволеність тілом. Включає афективний компонент (емоції, пов'язані з тілом, здатність їх розпізнавати та виражати).
6. Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) для оцінки особистісних рис, таких як екстраверсія, сумлінність, емоційна стабільність, дружлюбність та відкритість досвіду. Дозволяє визначити зв'язок між особистісними рисами та задоволеністю тілом. Включає когнітивний компонент (уявлення про своє тіло, зумовлені особистісними рисами),

афективний компонент (емоції, пов'язані з тілом, зумовлені особистісними рисами) та поведінковий компонент (поведінкові реакції, пов'язані з тілом, зумовлені особистісними рисами).

Етапи проведення дослідження

Підготовчий етап включав аналіз наукової літератури та розробку опитувальника, що включає зазначені методики і анамнестичну анкету.

Формування вибірки і залучення фахівчинь до участі у опитуванні.

Другим етапом був збір даних: проведення анкетування та опитування учасниць з використанням розробленого інструментарію.

Аналіз даних: Виконання статистичного аналізу для виявлення взаємозв'язків між змінними.

Інтерпретація результатів: Формування висновків щодо впливу особистісних чинників на задоволеність образом власного тіла.

Оцінка підтвердження або спростування висунутої гіпотези.

Розробка рекомендацій: Створення практичних рекомендацій для підвищення задоволеності тілом серед фахівчинь з естетичної медицини.

Вимірювані змінні

Анамнестичні фактори: Сімейний стан, наявність дітей, стаж роботи, рівень освіти, професійна спеціалізація.

Задоволеність окремими частинами тіла: Бал за авторською анкету.

Задоволеність тілом (BAS-2): Загальний бал за шкалою.

Тілесний локус контролю: Рівень контролю над тілесними відчуттями (бал за методикою).

Алекситимія (TAS): Бал за шкалою алекситимії.

Особистісні риси (Big Five Inventory-2): Бали за кожною з п'яти особистісних рис.

Ця операційна модель дозволить структуровано провести дослідження, проаналізувати вплив різних чинників на задоволеність образом власного тіла та розробити практичні рекомендації для покращення професійного задоволення та ефективності фахівчинь з естетичної медицини.

Авторська анкета «Задоволеність окремими частинами тіла» розроблена нами з метою визначення рівня задоволеності окремими частинами тіла і обличчя. У зміст включено 28 компонентів (див. Додатки А1–А4), що характеризують окремі частини тіла. Досліджуванним пропонувалося оцінити задоволеність окремими частинами свого тіла за шкалою від 1 до 5 (де 1- повністю не задоволений, 5- повністю задоволений). Анкета «Задоволеність окремими частинами тіла» є корисним інструментом для вивчення рівня задоволеності власним тілом серед різних груп людей. Аналіз результатів допомагає виявити як загальні тенденції, так і індивідуальні проблеми, що дозволяє розробити ефективні стратегії для покращення самооцінки та психічного здоров'я респондентів.

Інтерпретація результатів:

Інтерпретація результатів базується на середніх оцінках, отриманих від респондентів для кожного з 28 компонентів. Загальний аналіз дозволяє виявити як загальний рівень задоволеності власним тілом, так і специфічні частини тіла, що викликають найбільше або найменше задоволення.

Загальний рівень задоволеності:

Середній бал 4-5: Високий рівень задоволеності. Респондент задоволений більшістю частин свого тіла.

Середній бал 3-4: Помірний рівень задоволеності. Є деякі частини тіла, що викликають певне невдоволення, але загалом респондент задоволений своїм тілом.

Середній бал 1-3: Низький рівень задоволеності. Респондент значною мірою незадоволений багатьма частинами свого тіла.

Аналіз окремих частин тіла:

Високі оцінки (4-5): Висока задоволеність конкретними частинами тіла. Ці частини тіла викликають у респондента позитивні емоції та впевненість.

Середні оцінки (3-4): Помірна задоволеність. Можливо, респондент бачить деякі незначні недоліки, але вони не викликають значного дискомфорту.

Низькі оцінки (1-3): Низька задоволеність. Ці частини тіла можуть бути джерелом негативних емоцій та значного невдоволення, що може впливати на загальну самооцінку та впевненість.

Частини тіла, які отримали найнижчі оцінки, вважаються критичними зонами, що потребують особливої уваги. Вони можуть бути об'єктом подальших досліджень або цілей для корекційних заходів. Результати можуть бути порівняні між різними групами респондентів (наприклад, за віком, статтю, соціальним статусом), щоб виявити загальні тенденції та відмінності у сприйнятті власного тіла.

Шкала задоволеності тілом (Body Appreciation Scale (BAS-2) [74], була розроблена Трейсі Тайлею, Меріон Тиггем, та Емі Свіер у 2015 році. BAS-2 є вдосконаленою версією оригінальної шкали BAS і спрямована на дослідження показника позитивного образу тіла. Вона оцінює прийняття та сприятливі думки щодо тіла як серед жінок, так і серед чоловіків, і містить елементи, які більш точно представляють сучасні знання про позитивний образ тіла.

Опитувальник включає 10 тверджень BAS-2 [74], для обчислення яких використовується 5-бальна шкала Лайкерта з відповідями від 1 (Ніколи) до 5 (Завжди).

Більш високі бали свідчать про більш високий рівень. Щоб обчислити бал, відповіді на запитання підсумовуються, в результаті чого виходить бал від 10 до 50.

Інтерпретація результатів

41-50 балів: Високий рівень задоволеності тілом

Респондент відчуває сильне прийняття і повагу до свого тіла, незалежно від зовнішніх стандартів краси. Такі люди частіше піклуються про своє тіло та позитивно сприймають його зміни.

30-40 балів: Середній рівень задоволеності тілом.

Респондент загалом позитивно ставиться до свого тіла, але може мати деякі сумніви або невдоволення окремими аспектами. Вони можуть підтримувати своє тіло в доброму стані, але не завжди повністю задоволені своїм зовнішнім виглядом.

20-30 балів: Низький рівень задоволеності тілом

Респондент має помірні труднощі у прийнятті свого тіла. Вони можуть бути частково невдоволені своїм зовнішнім виглядом та часто сумніватися у своїй фізичній привабливості.

10-19 балів: Дуже низький рівень задоволеності тілом

Респондент значно незадоволений своїм тілом, що може впливати на його самооцінку і загальне самопочуття. Можуть спостерігатися негативні думки щодо свого тіла та небажання приймати його таким, яким воно є.

Методика діагностики тілесного локусу контролю Т. Хомуленко, В. Крамченкова [13].

Методика діагностики тілесного локусу контролю, розроблена була розроблена Тетяною Хомуленко та Валентиною Крамченковою у 2006 році [13]. Вона призначена для вивчення того, як людина сприймає контроль над своїм тілом та фізичним станом.

Тілесний локус контролю – це психологічна характеристика, що відображає ступінь, до якого людина вірить, що вона може контролювати своє фізичне здоров'я і зовнішність. Методика діагностики тілесного локусу контролю (ТЛК) переслідує мету визначити спрямованість ставлення особистості до власного тіла (інтернальне / екстернальне) [13].

Інтернальний локус контролю: Людина вірить, що її фізичний стан і здоров'я залежать в основному від її власних зусиль, рішень і дій.

Екстернальний локус контролю: Людина вважає, що її фізичний стан і здоров'я залежать від зовнішніх факторів, таких як випадковість, доля, вплив інших людей чи обставин.

Методика включає статистично значущі класи тверджень, що відповідають 5 сферам ставлення до тілесного: сфера здоров'я і хвороби; сфера краси і зовнішності; сфера харчової поведінки; сфера сексуальної поведінки; сфера фізичної активності і спорту[13].

У зміст «Опитувальника тілесного локусу контролю (ТЛК)» було включено пари протилежних (полярних) тверджень, що сформульовані у відповідності до основних сфер тілесного та характеризують приписування внутрішніх або зовнішніх причин того, що відбувається з тілом.

Перелік з 20 пар протилежних тверджень, яким надається перевага за оцінювальною шкалою. Для кожного твердження досліджуваним пропонувалося вибрати одну із семи варіантів відповідей згідно зі шкалою 7-бальною Лайкерта «-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3», в якій відповіді розподіляються за ступенем згоди з твердженням: «зовсім не вірно», «не вірно», «скоріше не вірно», «не можу визначитись», «скоріше вірно, ніж не вірно», «вірно», «повністю вірно».

Кількість отриманих балів знаходиться в межах інтервалу 20-140. При розбивці на три інтервали граничні значення статистичної норми для показника інтернальності тілесного локусу контролю складає 58-115 бали[13].

Інтерпретація результатів:

116-140 балів. Високий рівень інтернальності тілесного локусу контролю характеризує стабільну тенденцію бачити причини того, що відбувається з тілом у власній активності і схильність до прийняття відповідальності за стан і особливості функціонування власного тіла у більшості ситуацій життєдіяльності.

58-115 балів Середній рівень інтернальності тілесного локусу контролю відображує ситуативність та вибірковість в усвідомленні детермінації особливостей функціонування власного тіла.

20-57 балів Низький рівень інтернальності тілесного локусу контролю описує стабільну та глобальну екстернальність в області тілесного, тобто приписування причин тілесного зовнішнім обставинам[13].

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20) [5].
була розроблена в 1994 році групою дослідників, до складу якої входили Г. Дж.

Тейлор, Р. М. Райан, Дж. Д. Паркер та Р. М. Багбі. Ця шкала була створена для вимірювання рівня алекситимії, що включає труднощі у розпізнаванні, вербалізації та диференціюванні власних емоцій. TAS-20 є удосконаленою версією оригінальної шкали TAS, яка враховує надійність та валідність вимірювань. Текст адаптованої україномовної версії даної методики взято із підручника Харченко Д. «Психосоматичні розлади» [5].

Методика дозволяє виокремити алекситимічний та неалекситимічний типи особистості, а також групу ризику [5]. Дана шкала складається з 20 запитань, а результат обчислюється як сума балів за 20 пунктами. Кожен пункт оцінюється в 5 балів. Рівень алекситимії визначається при підсумуванні балів за всі питання. При підрахунку загальної суми балів слід враховувати, що оцінка пунктів 4, 5, 10, 18 і 19 має бути зворотною (тобто оцінка 1 стає оцінкою 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; і 5 = 1). Загальна оцінка шкали проводиться наступним чином: ≥ 61 — високий рівень АС («АС»), ≤ 51 = низький рівень АС («неАС»).

У складі TAS-20 виділяють три субшкали[5]:

1. **Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)**, яка вимірює неможливість розрізнити різні емоції або визначити різницю між почуттями та тілесними відчуттями;
2. **Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)**, яка оцінює неможливість вербалізації суб'єктивних емоцій;
3. **Та субшкала зовнішньоорієнтованого мислення (EOT-F3)**, яка оцінює тенденцію індивідів зосереджувати свою увагу на зовнішньому, а не на внутрішньому емоційному досвіді [5].

Інтерпретація результатів

Загальний бал:

20-51 балів: Низький рівень алекситимії.

52-60 балів: Середній рівень алекситимії.

61-100 балів: Високий рівень алекситимії.

Субшкали:

DIF (Труднощі у визначенні почуттів): Високий бал вказує на значні труднощі у розпізнаванні власних емоцій.

DDF (Труднощі у вербалізації почуттів): Високий бал вказує на труднощі у висловлюванні своїх емоцій.

EOT (Зовнішньоорієнтоване мислення): Високий бал вказує на схильність до фокусування на зовнішніх подіях замість внутрішніх емоційних станів[5].

Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) [2]. була розроблена Джерімі М. Рентфо, Саманта Б. Конопські та Джошуа Р. Корчмарком у 2008 році. Ця методика є оновленою версією оригінальної Big Five Inventory і базується на теоретичній моделі, що описує особистість за допомогою п'яти факторів: екстраверсії, поступливості, сумлінності, нейротизму та відкритості досвіду [2].

Інтерпретація результатів:

Основні поняття та їх прояви:

1. Екстраверсія

Характеристика: Екстраверсія - це спрямованість на зовнішній світ, що включає соціальну активність та енергійність.

Основні прояви:

- Товариськість
- Активність
- Імпульсивність
- Пошук нових стимулів
- Лідерські якості
- Фізична та вербальна активність
- Доброзичливість
- Оптимізм[2].

Інтроверсія

Характеристика: Інтроверти спрямовані на внутрішній світ, схильні до незалежності, самостійності та індивідуалізму.

Амбіверсія

Характеристика: Амбіверт - це людина, яка може ефективно функціонувати як в ізоляції, так і в соціальному середовищі.

2. Поступливість (Альтруїзм)

Характеристика: Поступливість, або альтруїзм, характеризується підпорядкуванням особистих інтересів груповим, прагненням до гармонії у взаєминах та униканням конфліктів.

Основні прояви:

- Довіра до людей
- Доброзичливість
- Орієнтація на норми групи
- Уникання конфліктів

Протилежність:

- Непоступливість
- Впертість
- Пріоритет власних принципів
- Схильність створювати проблеми[2].

3. Сумлінність

Характеристика: Сумлінність виражає міру свідомого контролю за своєю поведінкою та діяльністю.

Основні прояви:

- Високе самовладання
- Завзятість
- Організованість
- Дисциплінованість
- Відповідальність
- Старанність
- Точність у роботі

Протилежність:

- Легкість відволікання
- Неорганізованість

- Спонтанність
- Низький рівень впорядкованості та послідовності поведінки[2].

4. Нейротизм

Характеристика: Нейротизм проявляється в чутливості до стресових ситуацій.

Основні прояви:

- Тривожність
- Дратівливість
- Песимізм
- Низьке задоволення життям

Протилежність:

- Раціональність
- Спокійне ставлення до життя[2].

5. Відкритість досвіду

Характеристика: Відкритість досвіду - це сприйнятливості до нової інформації та знань, інтерес як до внутрішнього світу, так і до зовнішньої реальності.

Основні прояви:

- Широкі інтереси
- Розвинена фантазія
- Гнучкий розум
- Оригінальність
- Естетична чутливість
- Схильність до самоаналізу та рефлексії

Протилежність:

- Обмеженість інтересів
- Консервативність
- Шаблонність
- Перевага знайомій, повсякденній роботі[2].

Ці основні характеристики допомагають визначити індивідуальні особливості особистості та можуть бути використані для розуміння поведінки та мотивів людей у різних життєвих ситуаціях.

2.3 Характеристика вибірки

У опитуванні взяли участь жінки, що працюють у сфері естетичної медицини у м. Київ. Загальна кількість вибірки склала 61 досліджувана. Вік досліджуваних становить 18-55 років, найбільше 34(55%) у вибірці представлена категорія віком від 26 до 35 років, третина респонденток 20(32,8%) віком від 36 до 45 років. Вибірка включає 2(3,3%) жінок молодого віку від 18-25 років і 5(8,2%) жінок віком від 46-55 років, розподіл за віком представлений у таб. 2.1:

Таблиця 2.1

Характеристики дослідженої вибірки за віком

вік	Кількість учасниць	
18-25	2	3,3%
26-35	34	55,%
36-45	20	32,8%
46-55	5	8,2%

Як можна побачити на *Рис. 2.3* половина респонденток 32(52,5 %) мають вищу медичну освіту, натомість 12(19,7%) мають середню медичну освіту, а 17(27,9%) мають іншу освіту, що не пов'язана з медициною.

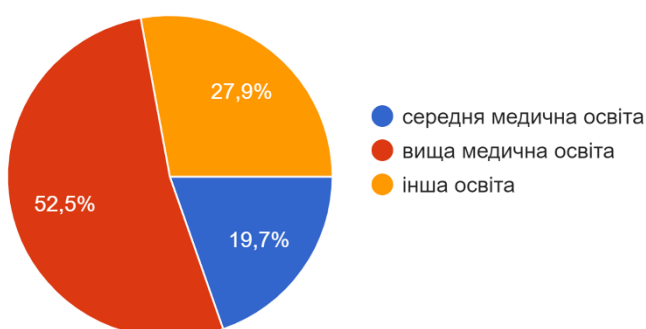


Рис. 2.3. Розподіл досліджуваних за освітою

Ми розподілили респонденток у дві групи за рівнем освіти: 32(52,5%)-ті хто мають вищу медичну освіту, і об'єднали в одну групу 29(47,5%) тих хто має середню медичну освіту та іншу не пов'язану з медициною освіту. Такий розподіл дозволив спостерігати, чи залежить задоволеність образом власного тіла від рівня освіти працівників естетичної медицини. Дані представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Характеристики дослідженої вибірки за освітою

Показник структури вибірки	Кількість учасниць	
Вища медична	32	52,5%
Інша	29	47,5%

У таблиці 2.3 представлені дані, що характеризують нашу вибірку за професійною діяльністю: 29(47,5%) респонденток відносять себе до категорії косметолог-естетист, 25(41%) респонденток займаються ін'єкційною косметологією, натомість лікарями себе називають 4(6,6%) респондентки, а фармацевтами 3(4,9%) респондентки.

Таблиця 2.3

Характеристики вибірки за професійною діяльністю

Показник структури вибірки	Кількість учасниць	
Косметолог -естетист	29	47,5%
Косметолог-ін'єкціоніст	25	41%
Лікар	4	6,6%
Фармацевт	3	4,9%

На *Рис. 2.4* представлений розподіл респонденток по стажу роботи у професії : 24(39,3%) працюють від 1 до 5 років, а 23(37,7%) мають стаж роботи від 6 до 10 років. Більше 10 років працюють 13(21,3%) і найменше представлені ті хто працює менше 1 року 1(1,6%).

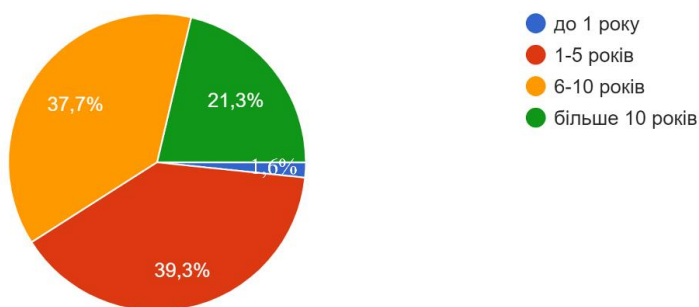


Рис. 2.4. Розподіл досліджуваних за тривалістю роботи у професії

На *Рис.2.5* та *Рис. 2.6* представлені дані щодо наявності дітей та сімейного стану. 68,9% мають дітей, а 31,1% не мають. У шлюбі перебувають 70,5%, жінок натомість 29,5% не заміжні.

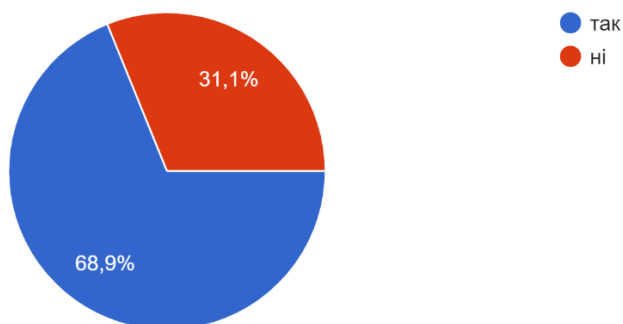


Рис. 2.5. Розподіл досліджуваних за наявністю дітей

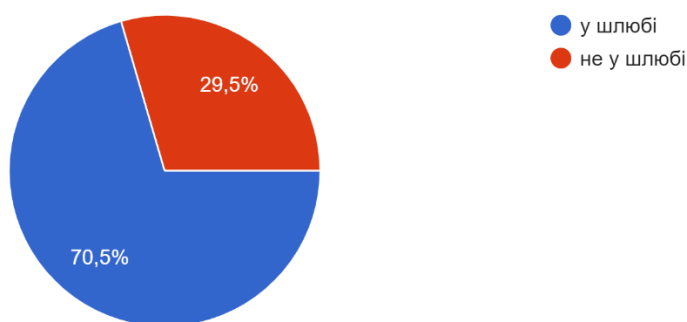


Рис. 2.6. Розподіл досліджуваних за сімейним станом

У дослідження не увійшли чоловіки, через кілька ключових причин:

Дослідження було спрямоване на визначення особистісних чинників задоволеності образом власного тіла серед працівників естетичної медицини. Оскільки ця галузь є переважно жіночою професією (зокрема медсестри,

косметологи, фахівці з естетичної терапії), то і цільовою групою були саме жінки.

Жінки в цій галузі можуть бути більш чутливими до питань свого зовнішнього вигляду через специфіку роботи. Дослідження фокусувалося на тому, як їхня професійна діяльність впливає на сприйняття власного тіла, що вимагає особливої уваги до їхніх психосоціальних аспектів.

Включення чоловіків у вибірку призвело б до розширення теми дослідження і вимагало б окремого аналізу їхніх унікальних психологічних та соціальних характеристик. Такий підхід часто використовується для глибшого розуміння різниці в сприйнятті власного тіла між статями, що може бути предметом майбутніх досліджень.

Отже, відсутність чоловіків у вибірці є обґрунтованою з точки зору специфіки дослідження та його цільової аудиторії, що дозволяє більш глибоко аналізувати вплив професійних та соціальних чинників на сприйняття тіла саме серед жінок у даній професійній сфері.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Різні теорії особистості пов'язані з різними стратегіями дослідження і з різними видами даних. Спостереження однієї теорії особистості часто відрізняються від спостережень іншої теорії. Одна теорія особистості продукує один вид даних і дотримується одного підходу до дослідження, в той час як інша теорія збирає інший вид даних і дотримується іншої дослідницької стратегії, і справа не в тому, що одна стратегія краща за іншу, а в тому, що вони різні.

Оцінка тіла і образ тіла не є статичними поняттями. Це постійно мінливі явища, чутливі до змін настрою, навколишнього середовища та фізичного досвіду. Ці конструкти не є вродженими, а скоріше формуються під впливом соціуму, сім'єю та друзями, а також соціальними та культурними впливами. Концепція образу тіла не ґрунтується на фактах, а скоріше контролюється більше самооцінкою, ніж фактичним зовнішнім виглядом, який оцінюють інші. Оскільки на образ тіла так легко впливають внутрішні та зовнішні чинники, існує потреба у виявленні значних впливів на критичні аспекти образу тіла.

На основі отриманих даних можна зробити кілька висновків про жінок, які працюють у сфері естетичної медицини у м. Києві:

Понад половина респонденток має вищу медичну освіту (52,5%), що підкреслює високий рівень професійної підготовки у цій групі. Решта має середню медичну освіту або освіту, не пов'язану з медициною. Більшість респонденток мають значний досвід у професії: 39,3% працюють від 1 до 5 років, 37,7% — від 6 до 10 років, і 21,3% мають стаж понад 10 років. Це свідчить про стабільність професійної кар'єри та значний досвід роботи. Більшість жінок, що прийняли участь у опитуванні, перебувають у шлюбі (70,5%), що може вказувати на стабільність сімейного життя серед цієї групи. До того ж, понад дві третини (68,9%) мають дітей, що може впливати на їхні пріоритети та життєві цінності.

Ці дані вказують на високий рівень професійної кваліфікації та стабільність особистого життя серед жінок, які займаються естетичною

медициною у Києві. Такий аналіз може бути корисним для подальших досліджень в області соціальної психології та професійної адаптації.

РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА У ФАХІВЧИНЬ ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

3.1 Результати емпіричного дослідження та аналіз особистісних чинників образу власного тіла у фахівчинь естетичної медицини

Обробка результатів проведеного нами дослідження відбувалася за допомогою програми *Jamovi*, методами математичної статистики:

- перевіркою рівня статистичної достовірності відмінностей за допомогою критерію α Кронбаха
- знаходженням рівнів і частоти вираженості ознаки у відсотках, знаходженням середніх величин
- знаходженням стандартного відхилення (δ),
- кореляційним аналізом, за Пірсоном (r)

Для оцінки надійності та внутрішньої узгодженості даних нами використовувався критерій α Кронбаха. Результати представлені у таблиці 3.1

Таблиця 3.1

Внутрішня узгодженість для окремих шкал

Шкала	α Кронбаха
Авторська анкета «Задоволеність окремими частинами тіла»	0.927
Методика діагностики тілесного локусу контролю	0.788
Шкала задоволеності тілом (BAS-2)	0.936
Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2)	
Екстраверсія	0.558
Поступливість	0.656
Сумлінність	0.780
Нейротизм	0.778
Відкритість досвіду	0.786
Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)	0.833
Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)	0.825
Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)	0.688
Зовнішньоорієнтоване мислення (EOT-F3)	0.513

В таблиці 3.1 представлені дані, що отримані за допомогою авторської анкети «Задоволеність окремими частинами тіла», методики діагностики тілесного локусу контролю та шкали задоволеності тілом (BAS-2) мають значення коефіцієнту α Кронбаха більше 0.7, тож можуть вважатися достовірними.

При підрахунку коефіцієнту α Кронбаха субшкал методики великої п'ятірки (Big Five Inventory-2), екстраверсії та поступливості виявлено показник нижче 0,7, що говорить о недостатній достовірності даних.

Субшкали (DDF-F2) та (EOT-F3) Торонтської шкали алекситимії (TAS-20), при підрахунку коефіцієнту α Кронбаха, виявили результат нижче ніж 0,7, що не дає нам підстави вважати отримані данні достатньо достовірними.

Загалом, більшість використаних шкал демонструють високий рівень надійності за α Кронбаха, що свідчить про високу внутрішню узгодженість та надійність методик, використаних у дослідженні. Однак деякі шкали, зокрема Екстраверсія та Зовнішньоорієнтоване мислення, потребують додаткової уваги та, можливо, корекції для підвищення їхньої надійності.

Анкета «Задоволеність окремими частинами тіла у фахівчинь естетичної медицини»

Для аналізу даних, отриманих за допомогою анкети «Задоволеність окремими частинами тіла у фахівчинь естетичної медицини» нами було використано такі статистичні методи:

Підрахунок середніх значень для кожної частини тіла дозволяє визначити загальний рівень задоволеності усіма окремими частинами тіла. Це допомагає виявити частини тіла, які викликають найбільше або найменше задоволення.

Обчислення стандартних відхилень для кожної частини тіла надає інформацію про варіативність оцінок задоволеності. Високі стандартні відхилення можуть вказувати на значні відмінності в рівні задоволеності серед учасників, тоді як низькі стандартні відхилення вказують на більш однорідні оцінки.

При підрахунку основних статистичних характеристик (середнє, мода, медіана, мінімальне та максимальне значення, стандартне відхилення, асиметрія та ексцес) було виявлено наявність варіативності оцінок від 1 до 5 практично для всіх ділянок, що оцінюються, за винятком оцінок голови, вилиць, де мінімальними значеннями були 3. Значення 2 було мінімальним для таких ділянок як очі, губи, вуха, плечі, кисті рук та тіло загалом. Середні значення показників та стандартні відхилення представлені в табл. (Додаток А-1).

У частотних розподілах практично всіх показників спостерігалася негативна асиметрія (не більше 2,5 за абсолютною величиною) та ексцес, не перевищує значення 8,4 (переважно переважають значення від 0,1 до 4,3). Мода та медіана були зрушені у бік значень 4 та 5. Таким чином, більшість фахівчинь оцінюють ділянки свого тіла балами 4 та 5.

Ми також порівняли оцінки ділянок тіла, розподіливши фахівчинь естетичної медицини на дві групи за освітою. У таблиці (Додаток А-1) наведені середні значення і стандартні відхилення лицьових балів.

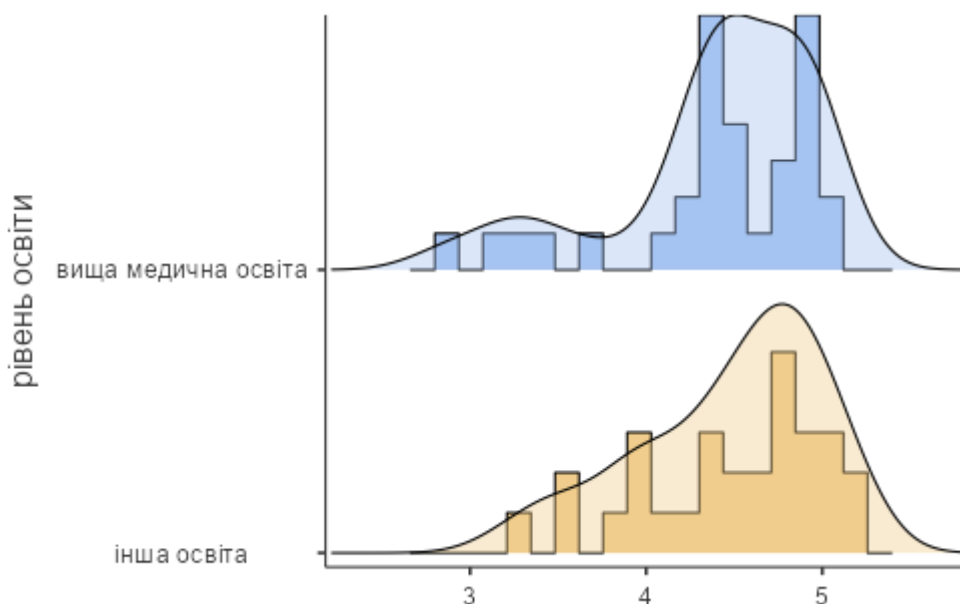


Рис.3.1 Розподіл загальної середньої оцінки за авторською анкетною “Задоволеність окремими частинами тіла” у фахівчинь естетичної медицини.

На *Рис.3.1* видно, що основна маса оцінок вище 4 балів, але деякі частини тіла оцінюються нижче (в середньому нижче 4 балів), як в обох групах, так і в кожній групі окремо. У групі фахівчинь з вищою медичною освітою в середньому оцінки нижче 4 для ділянок: ніс, спина, сідниці, стегна. Середні оцінки волосся і живіт в обох групах нижче 4. Хоча група фахівчинь з іншою освітою має більш високі оцінки, але ці відмінності не досягають рівня значущості. В середньому група з іншою освітою оцінює ділянки тіла вище ніж група з медичною освітою.

Найнижче в середньому група з іншою освітою оцінює живіт, а найвище губи. У групі з вищою медичною освітою найвище оцінки в середньому має вуха, очі і вилиці і відмінності між групами мають невисоку значущість ($F = 4.2$, $p = 0.043$). Найнижчу середню оцінку у групі з вищою освітою має живіт.

Група з вищою медичною освітою оцінюють тіло в цілому нижче ніж група з іншою освітою, хоча ці відмінності не є достовірними.

У деяких параметрах можна спостерігати невелику різницю між групами. Наприклад, для параметрів якість шкіри обличчя і якість шкіри тіла, респондентки з вищою медичною освітою виявили трохи менше задоволення порівняно з тими, хто має іншу освіту.

Ми припускаємо, що згадані відмінності цілком можуть бути пов'язані з більш позитивними уявленнями про своє тіло у фахівчинь з іншою освітою і більш завищені вимоги і прагнення до досконалості у фахівчинь з вищою медичною освітою. Оскільки для останніх існує більше можливостей для розширення своєї обізнаності у сучасних трендах і змінах тенденцій в естетичній індустрії.

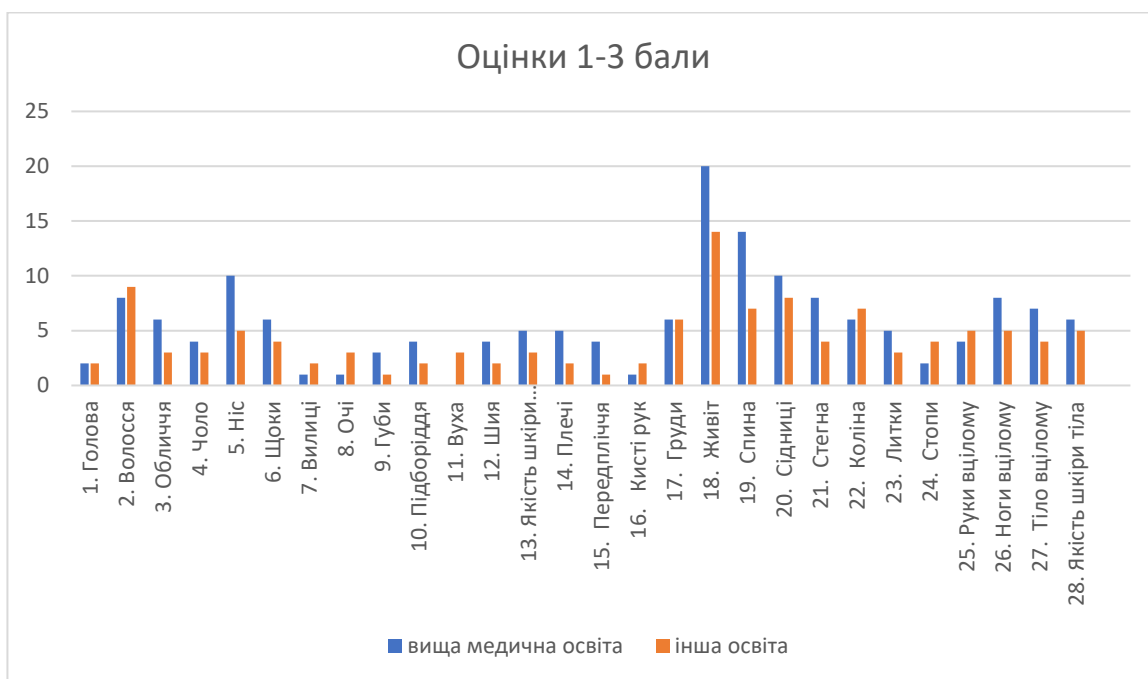


Рис.3.2 Розподіл оцінок 1-3 бали у відсотках за авторською анкетною “Задоволеність окремими частинами тіла” у фахівчинь естетичної медицини.

На *Рис.3.2* представлений розподіл оцінок окремих частин тіла у обох групах кількість респонденток, які оцінили окремі ділянки на 3 бали і нижче. У групі з вищою освітою на 3 бали і нижче оцінили 20(62.5%) живіт, 10(31.3%) – ніс, 10(31.3%) – сідниці, 14(43.8%)- спину.

У групі з іншою освітою 14(48.3%) фахівчинь оцінили на 3 бали і нижче живіт і 9(31%) волосся, що може бути пов'язане з індивідуальним сприйняттям фізичної форми тіла.

До групи ризику можна віднести фахівчинь, які отримали середній бал задоволеності окремими частинами тіла нижче 3.5 у групі з вищою медичною освітою це 4 (12,5%) жінки віком від 26-35 років, 2 з них працюють в професії від 1-5 років, а 2 жінки від 6-10 років. В групі з іншою освітою також 2 (6.9%) жінки зі стажем від 6-10 років мають середню оцінку нижче 3.5 балів.

Розподіл позитивних оцінок (4-5 балів) кожної окремої частини тіла представлений на *Рис.3.3*

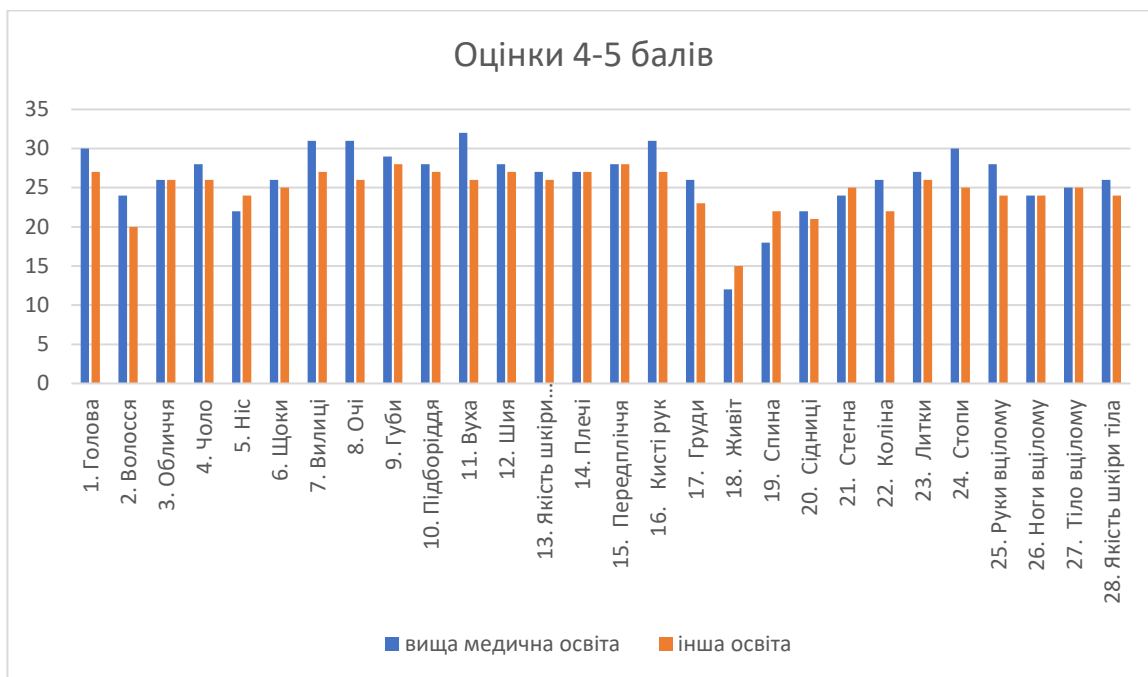


Рис.3.3 Розподіл оцінок 4-5 балів у відсотках за авторською анкетною “Задоволеність окремими частинами тіла” у фахівчинь естетичної медицини.

Таким чином ми робимо припущення, що жінки з вищою медичною освітою та нижчими середніми балами задоволеності окремими частинами тіла, можуть відчувати більші труднощі у сприйнятті свого зовнішнього вигляду, що може впливати на їхню самооцінку і психічне самопочуття.

Молоді спеціалістки (віком від 26 до 35 років) у групі з вищою медичною освітою, які працюють у професії від 1 до 10 років, також можуть потребувати додаткової уваги щодо психологічної підтримки та самопізнання.

Ризик низької задоволеності власним тілом також присутній у групі з іншою освітою, особливо серед жінок зі стажем роботи від 6 до 10 років.

Результати аналізу Т-критерію Стьюдента (див. таблиця 3.2) показують, що немає статистично значущих відмінностей у задоволеності окремими частинами тіла серед фахівчинь з естетичної медицини. Отримане р-значення (0.634) значно перевищує рівень значущості 0.05, а величина ефекту (d-Коена = -0.123) свідчить про дуже малий ефект. Таким чином, результати свідчать про відсутність суттєвих змін у рівнях задоволеності окремими частинами тіла в досліджуваній вибірці.

Таблиця 3.2

Т-критерій Стьюдента для досліджуваної вибірки за авторською анкетною
«Задоволеність окремими частинами тіла»

						95% довірчий інтервал	
	Т-критерій	(df)	p		Величина ефекту	Нижчий показник	Вищий показник
Середнє значення	-0.478	59.0	0.634	d-Коена	-0.123	-0.625	0.382

Для оцінки нормальності розподілу даних використовувався критерій Шапіро-Уїлка. Результати аналізу наведені у таблиці (Додаток А-3) для різних частин тіла, Усі частини тіла, за винятком живота, показали значущі р-значення (< 0.001), що вказує на значне відхилення розподілу даних від нормального. Це свідчить про те, що для більшості досліджуваних частин тіла розподіл даних не є нормальним.

Єдиний параметр, який показав р-значення 0.022, також відхиляється від нормального розподілу, але меншою мірою. Це може вказувати на те, що дані щодо задоволеності цією частиною тіла мають дещо інший розподіл порівняно з іншими параметрами. Оскільки більшість даних не відповідає нормальному розподілу, це слід враховувати при подальшому аналізі. Можливо, доцільно використовувати непараметричні методи аналізу (коефіцієнт Спірмена) для більш точної обробки даних.

Загальні результати свідчать про те, що досліджувані показники задоволеності різними частинами тіла мають ненормальний розподіл.

Методика діагностики тілесного локусу контролю

Середні значення інтернальності та середні відхилення для двох груп представлені у таблиці 3.4:

Таблиця 3.4

Розподіл даних. Методика діагностики тілесного локусу контролю

Параметри, що оцінювали	Вища медична освіта(n=32)		Інша освіта(n=29)	
	середнє	SD	середнє	SD
тілесний локус контролю	116	12.0	117	13.4

Учасниці з вищою медичною освітою мають середнє значення тілесного локусу контролю 116(SD = 12.0), що вказує на варіативність оцінок тілесного локусу контролю у цій групі. Учасниці з іншою освітою мають середнє значення тілесного локусу контролю 117(SD = 13.4), що вказує на дещо більшу варіативність оцінок тілесного локусу контролю у цій групі.

Це вказує на те, що обидві групи мають дуже схожий рівень тілесного локусу контролю, з незначною перевагою групи з іншою освітою. Більше стандартне відхилення вказує на те, що оцінки тілесного локусу контролю у групі з іншою освітою є трохи більш розкиданими.

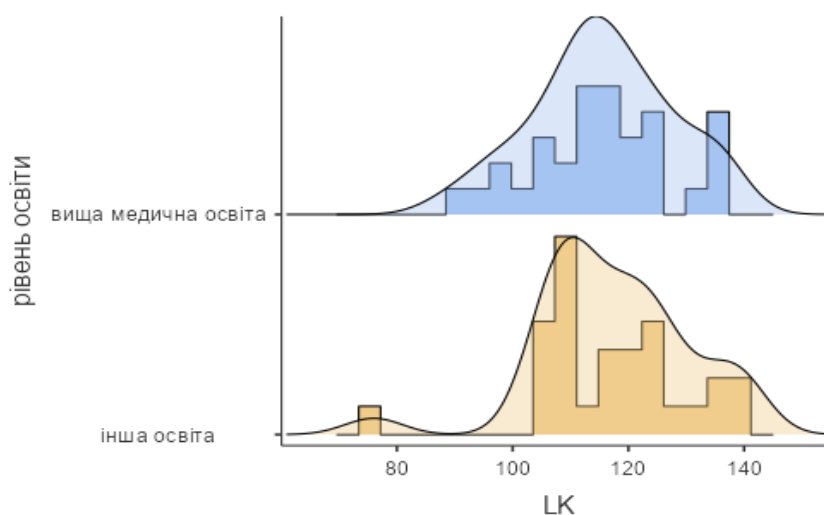


Рис.3.4 Розподіл середніх значень. Методика діагностики тілесного локусу контролю.

В ході нашого дослідження було оцінено рівень інтернальності тілесного локусу контролю серед двох груп респондентів див *Рис.3.4*.

Згідно з отриманими даними(див. *Рис.3.5*) , жоден з респондентів обох груп не виявив низького рівня інтернальності. Більшість респондентів з вищою

медичною освітою мали середній рівень інтернальності 19(59,4%), тоді як у групі з іншою освітою цей показник становив 14(48,3%). Високий рівень інтернальності був зафіксований у 13(40,6%) респондентів з вищою медичною освітою та у 15(51,7%) респондентів з іншою освітою.

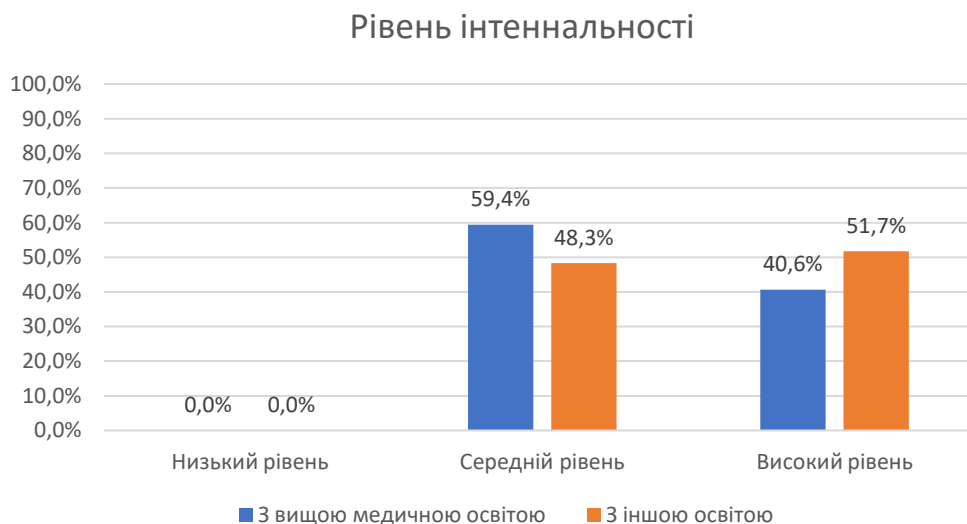


Рис.3.5 Розподіл даних у % за рівнем інтернальності тілесного локусу контролю

Аналіз отриманих даних показує, що середній рівень інтернальності є домінуючим серед респондентів з вищою медичною освітою, тоді як респонденти з іншою освітою частіше демонструють високий рівень інтернальності тілесного локусу контролю. Це може вказувати на те, що ці респонденти більше схильні вважати, що їх фізичний стан і зовнішність залежать від їхніх власних дій і рішень.

Особи з іншою освітою можуть більше часу і уваги приділяти зовнішньому вигляду, а також більше контролювати свій фізичний стан, що може бути пов'язано з їхньою професійною діяльністю, соціальним оточенням чи особистими інтересами. У той час як медичні працівники можуть бути більш фокусованими на інших аспектах життя та роботи, що може знижувати їхній тілесний локус контролю.

Наше дослідження показало, що рівень інтернальності тілесного локусу контролю відрізняється серед респондентів з вищою медичною освітою та з

іншою освітою. Жоден з учасників дослідження не мав низького рівня інтернальності, а високий рівень був частіше зафіксований серед респондентів з іншою освітою.

Для порівняння рівнів інтернальності тілесного локусу контролю між респондентами з вищою медичною освітою та іншою освітою було проведено Т-тест для незалежних вибірок. Результати тесту наведено в таблиці 3.5

Таблиця 3.5

Т-критерій Стьюдента для досліджуваної вибірки за Методикою діагностики тілесного локусу контролю порівняно з нормативними значеннями

	Т-критерій	(df)	р		Величина ефекту	95% довірчий інтервал	
						Нижчий показник	Вищий показник
Тілесний локус контролю	-0.547	59.0	0.586	d-Коена	-0.140	-0.643	0.365

Значення Т-критерію -0.547 вказує на те, що різниця між середніми значеннями двох груп (вища медична освіта та інша освіта) не є статистично значущою (р-значення 0.586 є значно більшим за критичне значення 0.05), що свідчить про відсутність статистично значущої різниці між двома групами.

Величина ефекту -0.140 вказує на дуже малий ефект. Згідно з рекомендаціями щодо інтерпретації величини ефекту (де 0.2 вважається малим ефектом, 0.5 – середнім, а 0.8 – великим), даний результат свідчить про мінімальні відмінності між групами.

Таким чином результати проведеного Т-тесту для незалежних вибірок свідчать про те, що немає значущої різниці у рівні інтернальності тілесного локусу контролю між респондентами з вищою медичною освітою та респондентами з іншою освітою. Показники р-значення та величина ефекту підтверджують цей висновок. Отримані дані вказують на те, що обидві групи демонструють подібний рівень контролю над своїм тілом, незважаючи на різницю в освітньому фоні.

Для оцінки нормальності розподілу результатів за методикою діагностики тілесного локусу контролю було проведено тест Шапіро-Уїлка. Результати тесту наведено в таблиці 3.6

Таблиця 3.6

Значення нормальності вибірки Шапіро-Уїлка для методики діагностики тілесного локусу контролю

Шкала	W	p-значення
ТЛК	0.970	0.136

Результати тесту Шапіро-Уїлка показують, що вибірка за методикою діагностики тілесного локусу контролю (ТЛК) має нормальний розподіл ($W = 0.970$, $p = 0.136$). Це означає, що для подальшого аналізу даних можна використовувати параметричні статистичні методи, які припускають нормальність розподілу.

Шкала задоволеності тілом (BAS-2)

Підрахунок середніх значень та стандартного відхилення представлені в таблиці 3.7

Таблиця 3.7

Розподіл даних. Шкала задоволеності тілом(BAS-2)

Параметри, що оцінювали	Вища медична освіта(n=32)		Інша освіта(n=29)	
	середнє	SD	середнє	SD
Шкала задоволеності тілом	38.8	7.32	41.9	6.40

Розподіл рівня задоволеності тілом представлений на *Рис.3.6*. Ми бачимо, що учасниці з вищою медичною освітою мають середнє значення задоволеності тілом 38.8, учасниці з іншою освітою мають вище середнє значення задоволеності тілом 41.9.

Це вказує на те, що учасниці з іншою освітою мають тенденцію до вищої задоволеності своїм тілом у порівнянні з учасницями з вищою медичною освітою.

Стандартне відхилення для групи з вищою медичною освітою становить 7.32, що вказує на більшу варіативність оцінок задоволеності тілом у цій групі. Натомість стандартне відхилення для групи з іншою освітою становить 6.40, що вказує на меншу варіативність оцінок задоволеності тілом у цій групі.

Менше стандартне відхилення вказує на те, що оцінки задоволеності тілом у групі з іншою освітою більш однорідні. Аналіз даних за шкалою задоволеності тілом (BAS-2) показує, що фахівчині з естетичної медицини з іншою освітою мають вище середнє значення задоволеності тілом у порівнянні з тими, хто має вищу медичну освіту. Крім того, варіативність оцінок задоволеності тілом більша серед учасниць з вищою медичною освітою, ніж серед учасниць з іншою освітою. Це може вказувати на різні фактори, що впливають на задоволеність тілом у цих двох групах, і вимагає подальшого дослідження для розуміння причин цих відмінностей.

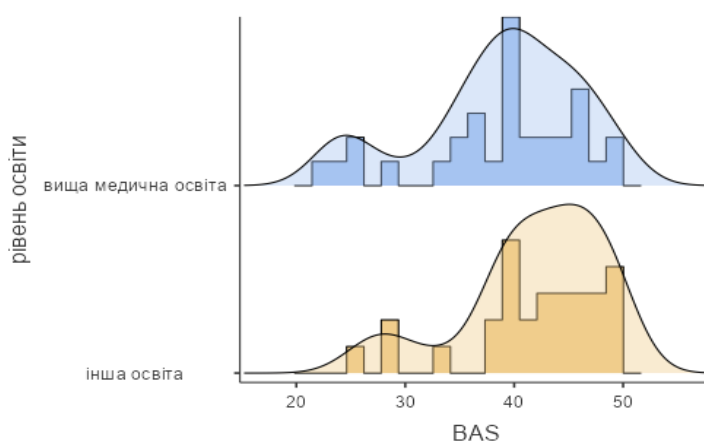


Рис.3.6 Розподіл рівня задоволеності тілом (BAS-2)

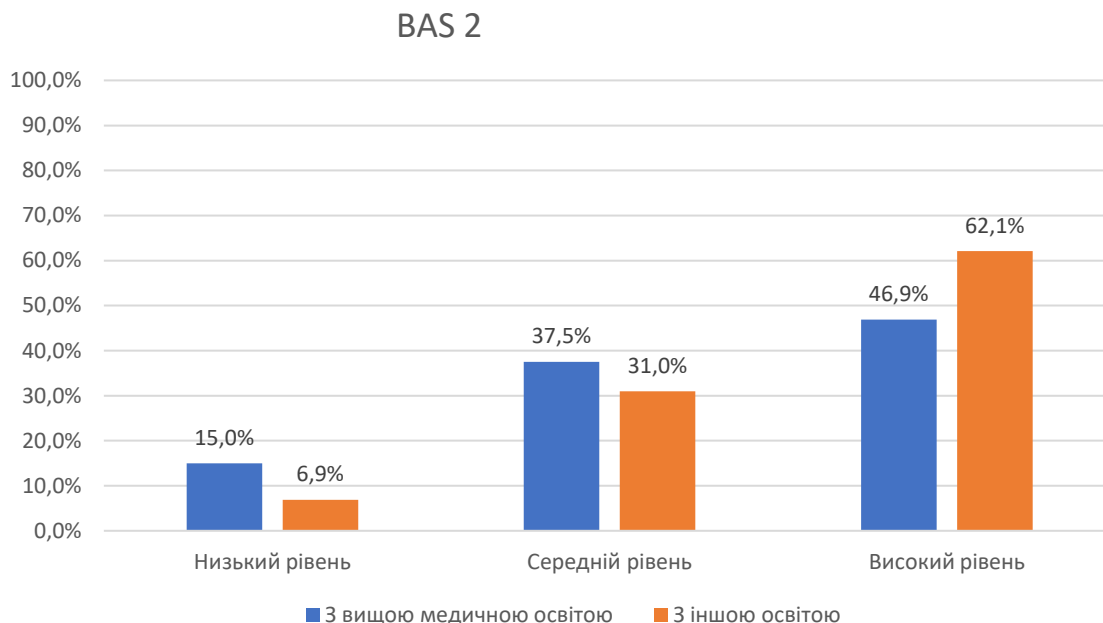


Рис.3.6 Розподіл рівня задоволеності тілом (BAS-2) у %

Розподіл рівнів задоволеності тілом у відсотках для обох груп наведено на *Рис.3.6* відображає деякі відмінності між групами з вищою медичною освітою та з іншою освітою. Зокрема, у групі з іншою освітою більший відсоток учасників має високий рівень задоволеності тілом 18(62.1)% порівняно з 15(46.9%) у групі з вищою медичною освітою. Це може свідчити про різні фактори, що впливають на задоволеність тілом в залежності від рівня освіти, які можуть бути предметом подальших досліджень.

Результати Т-критерію Стьюдента (див. таблиця 3.8) для порівняння задоволеності тілом (BAS-2) між досліджуваною вибіркою фахівчинь з естетичної медицини та нормативними значеннями показують, що відмінності не є статистично значущими ($p = 0.087$). Величина ефекту (d-Коена = -0.447) вказує на помірну, але не значущу різницю. Довірчий інтервал (-0.958 до 0.0712) підтверджує, що справжня різниця може бути незначною або взагалі відсутньою. Таким чином, можна зробити висновок, що рівень задоволеності тілом у досліджуваній вибірці не суттєво відрізняється у групах, і задоволеність тілом не залежить від освітнього рівня фахівчинь.

Таблиця 3.8

Т-критерій Стьюдента для досліджуваної вибірки за шкалою задоволеності тілом BAS-2 порівняно з нормативними значеннями

	Т-критерій	(df)	p		Величина ефекту	95% довірчий інтервал	
						Нижчий показник	Вищий показник
BAS-2	-1.74	59.0	0.087	d-Коена	-0.447	-0.958	0.0712

Проведений аналіз в таблиці 3.8 не виявив статистично значущих відмінностей у рівні задоволеності тілом між учасниками з вищою медичною освітою та іншою освітою. Незважаючи на те, що середній рівень задоволеності тілом був вищий у групі з іншою освітою (41.9) порівняно з групою з вищою медичною освітою (38.8), отримані значення не досягають рівня статистичної значущості.

Таблиця 3.9

Значення нормальності вибірки Шапіро-Уїлка для шкали задоволеності тілом BAS-2

Шкала	W	p-значення
BAS-2	0.922	< 0.001

Висока внутрішня узгодженість шкали задоволеності тілом (BAS-2) свідчить про надійність вимірювання і дозволяє використовувати цю шкалу для подальших досліджень у цій галузі. Проте, результати тесту Шапіро-Уїлка (0.922 при $p < 0.001$), представлені в таблиці 3.9, свідчать про ненормальність розподілу даних, що може вплинути на точність застосування параметричних тестів і вимагає подальшого розгляду непараметричних методів аналізу.

Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)

Для аналізу загального рівня алекситимії та значень її субшкал: труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1), труднощі з описом почуттів (DDF-F2) та зовнішньо орієнтоване мислення (EOT-F3), нами представлені дані середніх значень у таблиці 3.10

Таблиця 3.10

Розподіл даних. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)

Параметри, що оцінювали	Вища медична освіта(n=32)		Інша освіта(n=29)	
	середнє	SD	середнє	SD
Загальна (TAS-20)	41.0	10.9	43.3	13.6
Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)	13.5	4.87	15.3	7.37
Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)	10.3	4.16	11.2	4.27
Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT-F3)	14.4	3.88	14.2	3.45

Аналіз розподілу даних за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20) показує, що обидві групи мають схожий розподіл (Рис.3.7) за низьким і середнім рівнями алекситимії. Однак, в групі з іншою освітою спостерігається більший відсоток учасників з високим рівнем алекситимії порівняно з групою з вищою медичною освітою.

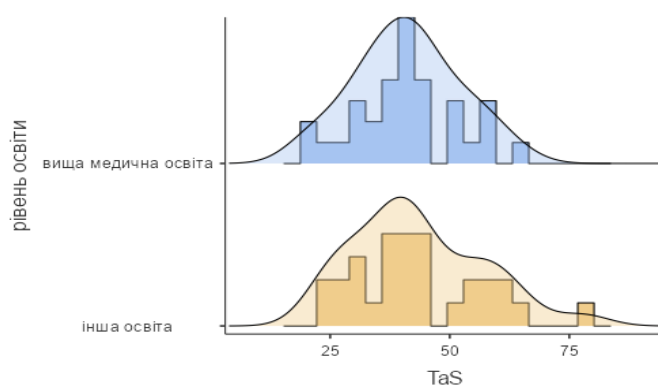


Рис.3.7 Розподіл рівня середнього значення алекситимії

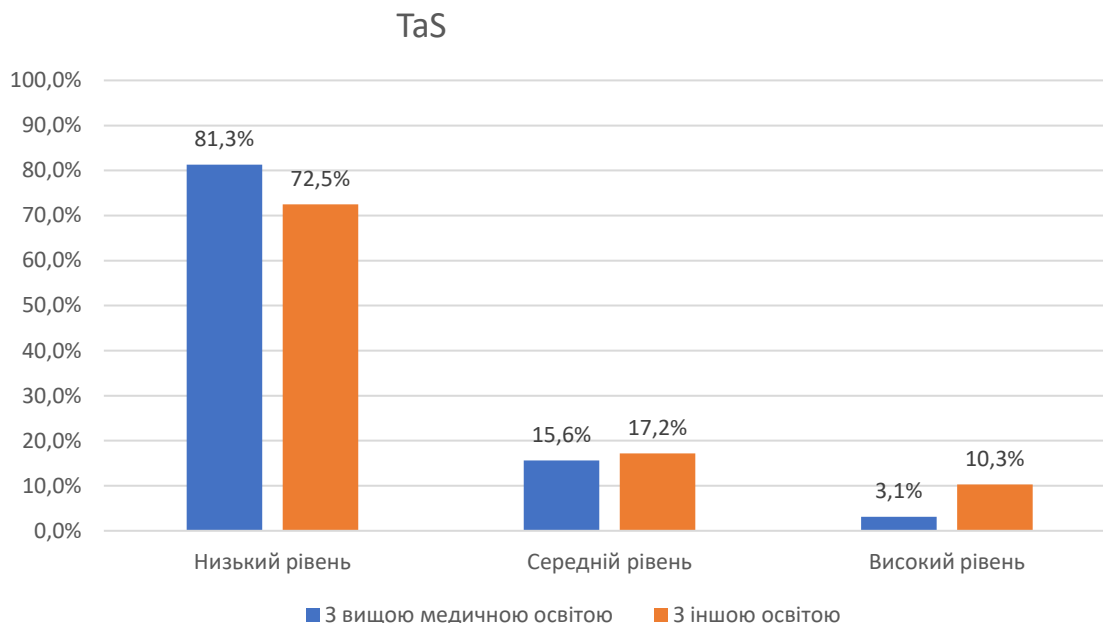


Рис.3.8 Розподіл рівня алекситимії у %

У групі з вищою медичною освітою 26(81.3%) учасників показали низький рівень алекситимії. У групі з іншою освітою 21(72.5%) учасників також віднесли до низького рівня алекситимії. Обидві групи мають високий відсоток учасників з низьким рівнем алекситимії, при цьому група з вищою медичною освітою трохи вище. Це може свідчити про те, що обидві групи респонденток не мають труднощів в емоційній сфері.

У групі з вищою медичною освітою 5(15.6%) учасників показали середній рівень алекситимії. У групі з іншою освітою 5(17.2%) учасників також віднесли до середнього рівня алекситимії. Рівень середньої алекситимії подібний в обох групах. Це може свідчити про певні труднощі у вербалізації та розпізнаванні своїх емоцій.

У групі з вищою медичною освітою лише 1(3.1%) учасників показали високий рівень алекситимії. У групі з іншою освітою 3(10.3%) учасників віднесли до високого рівня алекситимії. Це свідчить про те, що респондентки мають труднощі в розпізнаванні своїх емоцій і можуть плутати їх із відчуттями в тілі, також ці дані вказують на труднощі з вербалізацією емоцій цих фахівчинь.

Група з іншою освітою має більше учасників з високим рівнем алекситимії в порівнянні з групою з вищою медичною освітою.

Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1):

Дані про середні значення (таблиця 3.10) у двох групах дозволяють зробити припущення про те, що група з іншою освітою має більш виражені труднощі з ідентифікацією почуттів. Дані про розподіл відображені на *Рис.3.9*

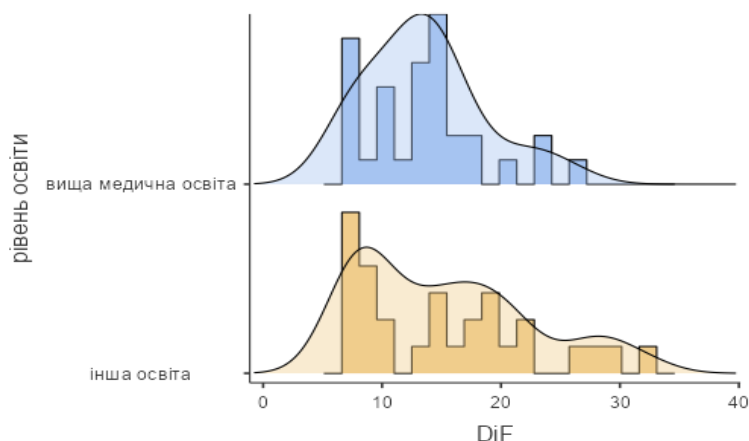


Рис.3.9 Розподіл даних. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) шкала Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)

Розрахунки середніх значень по шкалі Труднощі з описом почуттів (DDF-F2) представлені у таблиці 3.10. Різниця між групами незначна, хоча група з іншою освітою має трохи вищі показники труднощів з описом почуттів.

Дані про розподіл даних представлені на *Рис.3.10*

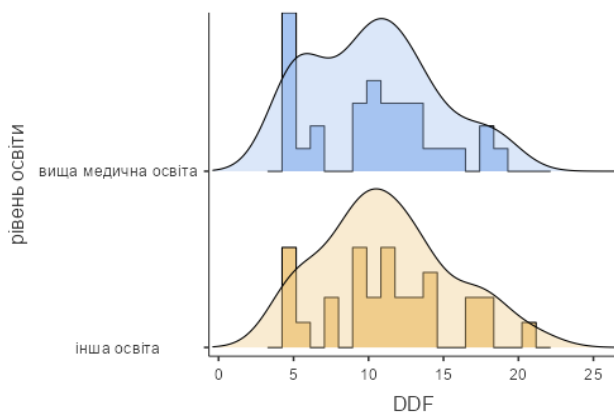


Рис.3.10 Розподіл даних. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) шкала Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)

Різниця між групами за даними шкали Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT-F3) мінімальна, обидві групи мають подібні показники зовнішньо орієнтованого мислення. Дані про розподіл представлені на *Рис.3.11*

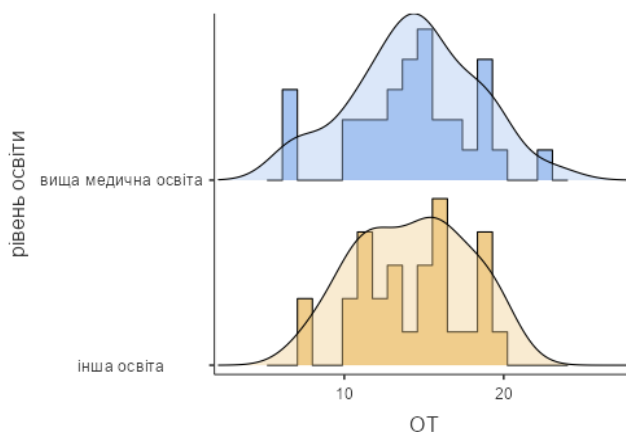


Рис.3.11 Розподіл даних. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) Зовнішньоорієнтоване мислення (EOT-F3)

Аналіз даних за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20) показує, що в цілому рівень алекситимії незначно відрізняється між групами з вищою медичною освітою та іншою освітою. Група з іншою освітою показує трохи вищі середні значення за всіма субшкалами, що може свідчити про дещо більш виражені труднощі з ідентифікацією та описом почуттів. Однак, різниці є мінімальними, і обидві групи демонструють схожі профілі за параметрами алекситимії.

Для оцінки відмінностей між групами з вищою медичною освітою та іншою освітою за різними аспектами алекситимії було розраховано середні значення та стандартні відхилення. Результати подано у таблиці 3. 11.

Таблиця 3.11

Т-критерій Стьюдента для досліджуваної вибірки за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20) порівняно з нормативними значеннями

Шкала	Т-критерій	(df)	p		Величина ефекту	95% довірчий інтервал	
						Нижчий показник	Вищий показник
Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)	-1.122	59.0	0.266	d-Коена	-0.2877	-0.793	0.222
Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)	-0.828	59.0	0.411	d-Коена	-0.2123	-0.716	0.295
Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT-F3)	0.141	59.0	0.888	d-Коена	0.0363	-0.467	0.539
Загальна TAS	-0.746	59.0	0.459	d-Коена	-0.1912	-0.694	0.315

Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1): незначущі відмінності між групами за цим параметром. р-значення (0.266) перевищує рівень значущості 0.05, що вказує на відсутність статистично значущої різниці між групами. Величина ефекту (d-Коена) -0.297 свідчить про малу силу ефекту.

Труднощі з описом почуттів (DDF-F2): відмінності між групами також не є значущими (р-значення 0.411). Величина ефекту -0.214 вказує на малу силу ефекту.

Зовнішнь оорієнтоване мислення (EOT-F3): найменша різниця між групами за всіма параметрами (р-значення 0.888), величина ефекту 0.037 вказує на відсутність значущої різниці.

Загальна TAS: відсутність значущих відмінностей (р-значення 0.459) та мала величина ефекту -0.194. Отже, результати показують, що відмінності між групами з вищою медичною освітою та іншою освітою за показниками алекситимії за Торонтською шкалою не є статистично значущими. Величини ефектів свідчать про незначний вплив освіти на рівень алекситимії у вибірці.

Таблиця 3.12

Значення нормальності вибірки Шапіро-Уїлка для
Торонтської шкали алекситимії (TAS-20)

Шкала	W	p-значення
Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)	0.938	0.004
Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)	0.958	0.034
Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT-F3)	0.979	0.366
Загальна TAS	0.977	0.312

Тест Шапіро-Уїлка (див. таблиця 3.12) показав, що для шкал "Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)" та "Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)" дані не відповідають нормальному розподілу. Натомість, для шкал "Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT-F3)" та "Загальна TAS" дані відповідають нормальному розподілу. Це важливо враховувати при подальшому аналізі даних, особливо при виборі статистичних методів.

Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2)

Таблиця 3.13

Розподіл даних. Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2)

шкали	Вища медична освіта(n=32)		Інша освіта(n=29)	
	середнє	SD	середнє	SD
Екстраверсія	20.1	3.96	21.5	3.03
Поступливість	35.0	4.92	34.9	5.15
Сумлінність	35.9	6.13	34.0	4.74
Нейротизм	21.3	5.59	21.8	6.64
Відкритість досвіду	34.3	6.80	36.0	6.75

Дані середніх значень по субшкалам методики представлені у таблиці 3.13. На основі даних методики великої п'ятірки (Big Five Inventory-2), отриманих в

контексті груп з вищою медичною освітою та з іншою освітою, можна зробити наступні висновки:

Екстраверсія: Учасники з вищою медичною освітою мають середнє значення на шкалі екстраверсії 20.1 зі стандартним відхиленням 3.96, тоді як учасники з іншою освітою мають середнє значення 21.5 зі стандартним відхиленням 3.03. Це може свідчити про те, що медичні працівники проявляють менше виражену екстраверсію порівняно з іншими освітянами. Дані про розподіл представлені на Рис.3.12

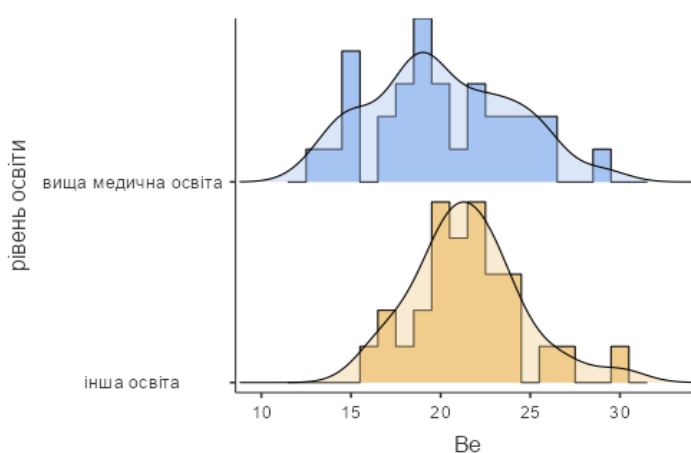


Рис.3.12 Розподіл даних. Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) шкала екстраверсія

Поступливість: Середні значення поступливості у обох групах практично однакові (35.0 для вищої медичної освіти та 34.9 для іншої освіти), зі стандартним відхиленням 4.92 і 5.15 відповідно. Це показує стабільність цього аспекту особистості незалежно від освітнього фону. Дані про розподіл представлені на Рис.3.13

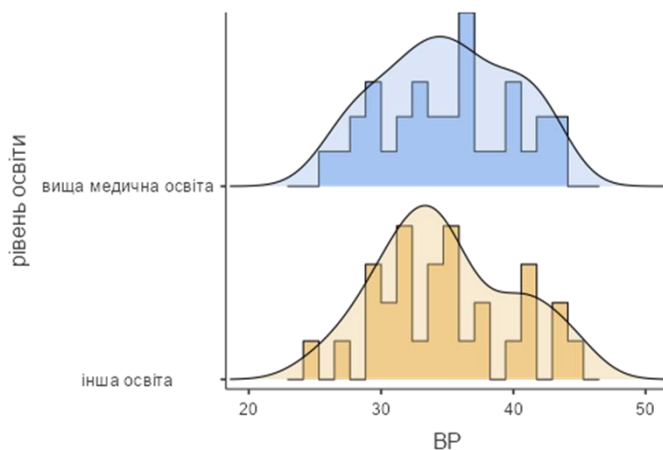


Рис.3.13 Розподіл даних. Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) шкала поступливість

Сумлінність: Учасники з вищою медичною освітою мають більш виражену сумлінність з середнім значенням 35.9 та стандартним відхиленням 6.13, в той час як учасники з іншою освітою показали значення 34.0 зі стандартним відхиленням 4.74. Це може вказувати на те, що медичні працівники характеризуються вищим рівнем самодисципліни та орієнтації на досягнення цілей. Дані про розподіл представлені на Рис.3.14

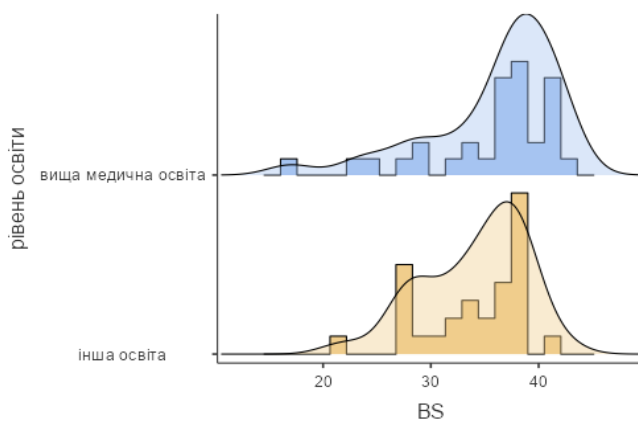


Рис.3.14 Розподіл даних. Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) шкала сумлінність

Нейротизм: На шкалі нейротизму учасники обох груп мають схожі середні значення (21.3 для вищої медичної освіти і 21.8 для іншої освіти), але стандартне відхилення вище у групі з іншою освітою (6.64 порівняно з 5.59). Це може

свідчити про те, що учасники з іншими формами освіти можуть проявляти більшу емоційну нестійкість. Дані про розподіл представлені на Рис.3.15

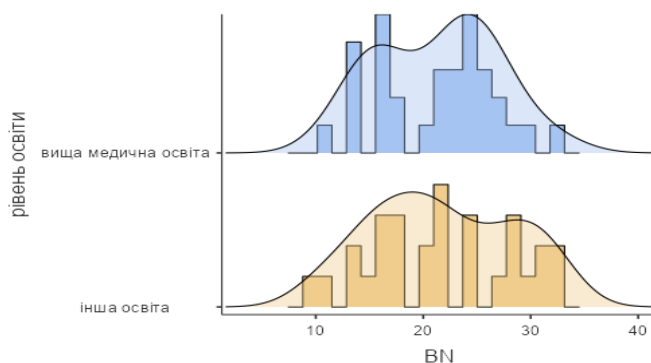


Рис. 13.5 Розподіл даних. Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) шкала нейротизму

Відкритість досвіду: Учасники з іншою освітою показали вище середнє значення на шкалі відкритості досвіду (36.0 порівняно з 34.3 для вищої медичної освіти), хоча стандартне відхилення майже однакове (6.75 і 6.80 відповідно). Це може вказувати на те, що учасники з іншими формами освіти більш схильні до отримання нового досвіду та ідей. Дані про розподіл представлені на Рис.3.16

Узагальнюючи, результати демонструють певні відмінності у особистісних характеристиках між медичними працівниками та особами з іншими формами освіти. Це може мати важливе значення для розуміння і підтримки психологічного комфорту та професійної адаптації у цих групах людей.

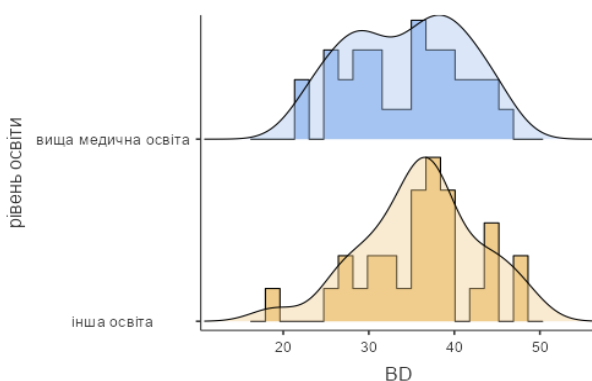


Рис. 3.16 Розподіл даних. Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) шкала відкритість досвіду

Таблиця 3.14

Т-критерій Стьюдента для досліджуваної вибірки Методика великої п'ятірки (Big Five Inventory-2)

Шкала	Т - критерій	(df)	р		Величина ефекту	95% довірчий інтервал	
						Нижчий показник	Вищий показник
Екстраверсія	-1.599	59.0	0.115	d-Коена	-0.4099	-0.919	0.106
Поступливість	0.107	59.0	0.915	d-Коена	0.0274	-0.475	0.530
Сумлінність	1.346	59.0	0.184	d-Коена	0.3450	-0.167	0.852
Нейротизм	-0.347	59.0	0.730	d-Коена	-0.0889	-0.591	0.415
Відкритість досвіду	-0.991	59.0	0.326	d-Коена	-0.2541	-0.759	0.254

Результати Т-критерія Стьюдента (див. таблицю 3.14) для дослідження за методикою великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) показали наступне порівняння між двома групами:

Екстраверсія: Не було знайдено статистично значущих відмінностей у рівнях екстраверсії між групами (Т-критерій = -1.599, $p = 0.115$). Величина ефекту (d-Коена) складає -0.4099, що свідчить про наявність слабого негативного ефекту, але він не досягає статистичної значущості.

Поступливість: Рівень поступливості також не виявив статистично значущих відмінностей між групами (Т-критерій = 0.107, $p = 0.915$). Величина ефекту дуже мала ($d = 0.0274$), що підтверджує відсутність значущих різниць.

Сумлінність: У цьому випадку також не було виявлено статистично значущих відмінностей (Т-критерій = 1.346, $p = 0.184$). Величина ефекту ($d = 0.3450$) є помірною, але не досягає порогу значущості.

Нейротизм: Результати показали відсутність статистично значущих відмінностей у рівнях нейротизму між групами (Т-критерій = -0.347, $p = 0.730$). Величина ефекту ($d = -0.0889$) також свідчить про відсутність значущих відмінностей.

Відкритість досвіду: Не було виявлено статистично значущих відмінностей у рівнях відкритості досвіду між групами (Т-критерій = -0.991, $p =$

0.326). Величина ефекту ($d = -0.2541$) також свідчить про відсутність значущих відмінностей.

Узагальнюючи, результати дослідження показують, що особистісні характеристики за методикою великої п'ятірки не відрізняються статистично значущим чином між медичними працівниками та особами інших професій.

Таблиця 3.15

Значення нормальності вибірки Шапіро-Уїлка для
Методики великої п'ятірки (Big Five Inventory-2)

Шкала	W	p-значення
Екстраверсія	0.982	0.495
Поступливість	0.977	0.314
Сумлінність	0.896	< 0.001
Нейротизм	0.974	0.227
Відкритість досвіду	0.983	0.558

За результатами тесту Шапіро-Уїлка (див. таблицю 3.15) нормальність розподілу даних для методики великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) виявлено наступне:

Екстраверсія: $W = 0.982$, $p = 0.495$. Розподіл даних є нормальним (не має статистично значущих відхилень від нормального розподілу).

Поступливість: $W = 0.977$, $p = 0.314$. Розподіл даних також є нормальним.

Сумлінність: $W = 0.896$, $p < 0.001$. Розподіл даних не є нормальним, оскільки p-значення менше 0.05, що свідчить про статистично значущі відхилення від нормального розподілу.

Нейротизм: $W = 0.974$, $p = 0.227$. Розподіл даних є нормальним.

Відкритість досвіду: $W = 0.983$, $p = 0.558$. Розподіл даних є нормальним.

Отже, лише для шкали сумлінності спостерігаються статистично значущі відхилення від нормального розподілу, що може вплинути на деякі аналізи та інтерпретацію результатів для цієї шкали.

Кореляційні зв'язки

Для виявлення зв'язків між рівнем задоволеності образом тіла, задоволеності окремими частинами тіла, рівнем інтернальності тілесного локусу контролю, алексетимією, екстраверсією, сумлінністю, поступливістю, нейротизмом, відкритістю новому досвіду та іншими змінними: віком, освітою, стажем роботи, був застосований кореляційний аналіз. Це дозволяє визначити, наскільки сильно пов'язані різні фактори між собою (Додаток С).

Як і очікувалося між показниками Шкали задоволеності тілом (BAS-2) і середнім значенням анкети задоволеності окремими ділянками тіла є сильний лінійний зв'язок 0.774 *** (p -значення $< .001$) Графік лінійної залежності представлений на *Рис. 3.17*

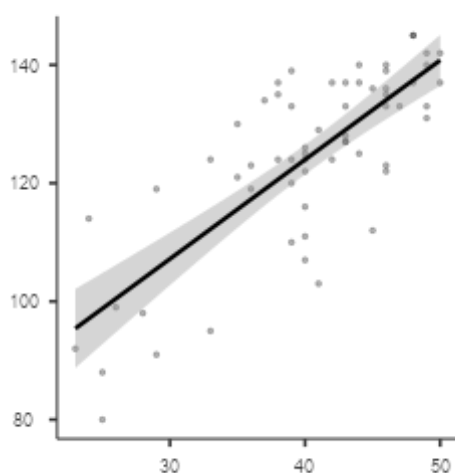


Рис. 3.17 Лінійна залежність задоволеності тілом і середнім значенням задоволеності окремими ділянками тіла

В таблиці 3.16 показані кореляції тільки основних середніх показників для всієї вибірки. Як і очікувалося, були виявлені статистично значуща позитивна кореляція між задоволеністю тілом задоволеністю окремими частинами тіла (Додаток С)

Таблиця 3.16

Лінійна залежність задоволеності власним тілом і шкалами
Методики великої п'ятірки (Big Five Inventory-2)

	Шкала задоволеності тілом(BAS-2)	
	r Пірсона	p-значення
Екстраверсія	0.359 **	0.005
Поступливість	0.168	0.196
Сумлінність	0.258 *	0.044
Нейротизм	-0.339 **	0.008
Відкритість досвіду	0.444 ***	< .001

Результати кореляційного аналізу між шкалою задоволеності тілом (BAS-2) і шкалами методики великої п'ятірки (Big Five Inventory-2) представлені у таблиці 3.16, показують наступне:

Екстраверсія: $r = 0.359$, $p = 0.005$. Існує статистично значуща помірною позитивна кореляція між екстраверсією та задоволеністю власним тілом. Знайдена помірною позитивна кореляція свідчить про те, що люди з більш вираженою екстраверсією схильні до вищого рівня задоволеності своїм тілом. Це може пояснюватись їхньою більшою схильністю до позитивних соціальних взаємодій та комунікації, що сприяє позитивній самооцінці фізичних атрибутів. Графік лінійної залежності представлений на *Рис. 3.18*

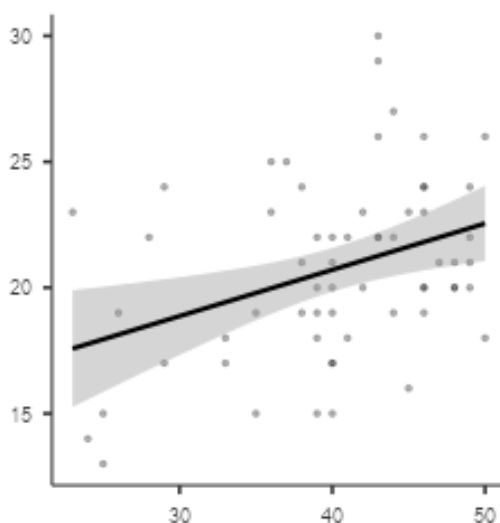


Рис. 3.18 Лінійна залежність задоволеності тілом і екстраверсією

Поступливість: $r = 0.168$, $p = 0.196$. Кореляція не є статистично значущою ($p > 0.05$), що означає відсутність впливу поступливості на задоволеність тілом у досліджуваній вибірці. Не знайдено статистично значущого зв'язку між поступливістю і задоволеністю тілом. Це може свідчити про те, що особистісна риса поступливості не впливає на сприйняття власного тіла.

Сумлінність: $r = 0.258$, $p = 0.044$. Існує статистично значуща позитивна кореляція між сумлінністю та задоволеністю тілом. Позитивна кореляція означає, що особи з вираженою сумлінністю, орієнтовані на досягнення та відповідальність, схильні до вищого рівня задоволеності тілом. Це може бути пов'язане з їхнім більш вимогливим ставленням до себе та до свого фізичного самопочуття. Графік лінійної залежності представлений на *Рис. 3.19*

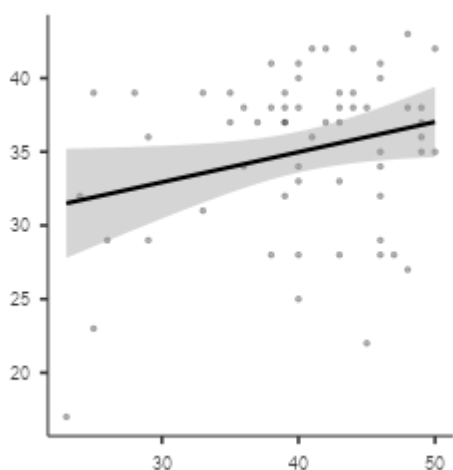


Рис. 3.19 Лінійна залежність задоволеності тілом і сумлінністю

Нейротизм: $r = -0.339$, $p = 0.008$. Існує статистично значуща помірна негативна кореляція між нейротизмом та задоволеністю тілом. Негативна кореляція свідчить про те, що особи з вищим рівнем нейротизму, схильні до емоційної нестабільності та тривожності, мають меншу задоволеність своїм тілом. Це може відображати їхню схильність до критичного сприйняття власного зовнішнього вигляду та фізичних аспектів. Графік лінійної залежності представлений на *Рис. 3.20*

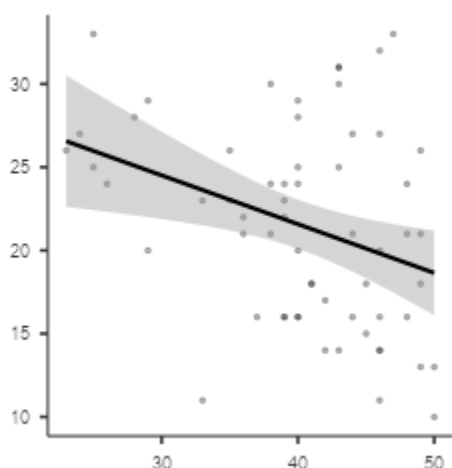


Рис. 3.20 Лінійна залежність задоволеності тілом і нейротизмом

Відкритість досвіду: $r = 0.444$, $p < 0.001$. Існує статистично значуща висока позитивна кореляція між відкритістю досвіду та задоволеністю тілом. Знайдена висока позитивна кореляція означає, що люди з вираженою відкритістю досвіду, схильні до нових ідей і досліджень, мають вищий рівень задоволеності власним тілом. Це може бути пов'язане з їхньою більшою відкритістю до різноманітності фізичних вражень і експериментів зі своїм виглядом. Графік лінійної залежності представлений на *Рис. 3.21*

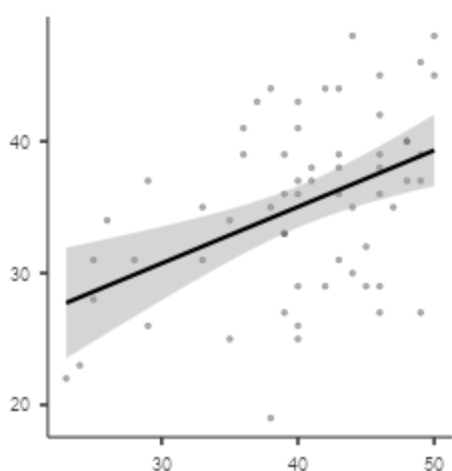


Рис. 3.21 Лінійна залежність задоволеності тілом і відкритістю досвіду

Отже, результати підтверджують наявність зв'язку між деякими аспектами особистості (екстраверсією, сумлінністю, нейротизмом, відкритістю досвіду) і задоволеністю власним тілом, хоча сила цих зв'язків різна для різних шкал. Ці зв'язки підкреслюють важливість особистісних рис і їхнього впливу на сприйняття власного тіла, що може мати значення для психологічного благополуччя та самопочуття особи.

Таблиця 3.17

Лінійна залежність задоволеності власним тілом і шкалами
Торонтської шкали алекситимії (TAS-20)

	Шкала задоволеності тілом (BAS-2)	
	r Пірсона	p-значення
Загальна ТША	-0.212	0.100
Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)	-0.182	0.161
Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)	-0.213	0.099
Зовнішньоорієнтоване мислення (EOT-F3)	-0.152	0.242

Коефіцієнти кореляції Пірсона (див. таблиця 3.17) вказують на ступінь лінійної залежності між шкалою задоволеності тілом (BAS-2) і різними показниками Торонтської шкали алекситимії (TAS-20). Ось їх інтерпретація:

Загальна TAS-: Коефіцієнт кореляції -0.212 показує слабку від'ємну лінійну залежність між загальним рівнем алекситимії та задоволенням тілом. Р-значення 0.100 не досягає рівня статистичної значущості (зазвичай $p < 0.05$), що означає, що цей зв'язок може бути випадковим.

Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1): Коефіцієнт кореляції -0.182 також показує слабку від'ємну лінійну залежність, але р-значення 0.161 також не досягає рівня статистичної значущості.

Труднощі з описом почуттів (DDF-F2): Коефіцієнт кореляції -0.213 вказує на слабку від'ємну залежність між цими двома змінними, з р-значенням 0.099, що також не досягає рівня статистичної значущості.

Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT-F3): Коефіцієнт кореляції -0.152 вказує на дуже слабку від'ємну лінійну залежність між цими змінними, і р-значення 0.242 також не досягає рівня статистичної значущості.

Узагальнюючи, можна сказати, що згідно з цими даними, задоволення власним тілом (BAS-2) слабо асоційоване з алекситимією, що вимірюється за допомогою Торонтської шкали. Серед усіх вимірів алекситимії, лише загальна TAS показує слабку від'ємну кореляцію, але цей зв'язок не є статистично значущим на рівні значущості 0.05 .

Таблиця 3.18

Лінійна залежність задоволеності власним тілом і шкалою
Методикою діагностики тілесного локусу контролю

шкала	Шкала задоволеності тілом(BAS-2)	
	r Пірсона	р-значення
тілесного локусу контролю	-0.042	0.746

Результат, представлений в таблиці 3.18, показує дуже слабку або відсутню лінійну залежність між шкалою задоволеності тілом (BAS-2) і шкалою методики діагностики тілесного локусу контролю. Значення кореляційного коефіцієнта Пірсона (r) дорівнює -0.042 , що близько до нуля, що означає відсутність чіткого лінійного зв'язку між цими двома змінними. Крім того, значення р-значення становить 0.746 , що набагато перевищує звичайний поріг статистичної значущості 0.05 , що також підтверджує відсутність статистично значущої кореляції між цими змінними.

Результати лінійної регресії

Для прогнозування впливу особистісних чинників на задоволеність образом власного тіла ми застосували лінійний регресійний аналіз, де залежною змінною виступає задоволеність образом тіла (BAS-2), а предикторами є особистісні чинники: екстраверсія, поступливість, сумлінність, нейротизм

відкритість досвіду, тілесний локус контролю, алекситимія, а також рівень освіти, стаж роботи та вік.

Таблиця 3.19

Модель 1

R	R²
0.808	0.653

предиктор	оцінити	SE	t	p
ZT	0.7149	0.20140	3.55	< .001
BD * ZT	-0.0118	0.00598	-1.97	0.053

За результатами розрахунків модель 1 (див таблиця 3.19) ми з'ясували, що 65.3% варіації у залежній змінній (задоволеність тілом) можуть бути пояснені незалежними змінними (передикторами) в моделі. Значення $R^2 = 0.653$ свідчить про те, що модель добре пояснює варіацію у задоволеності тілом. Високе значення R (0.808) підтверджує сильний лінійний зв'язок між передикторами та залежною змінною.

Перехват: Значення -56.6751 є значущим ($p = 0.031$), що вказує на базовий рівень задоволеності тілом, коли інші змінні дорівнюють нулю.

Предиктор відкритість досвіду має значущий коефіцієнт 1.7077 ($p = 0.031$), що вказує на значний вплив відкритості до нового досвіду на загальну задоволеність тілом.

Предиктор оцінка задоволеності окремими частинами тіла, також має дуже значущий коефіцієнт 0.7149 ($p < 0.001$), що підтверджує важливість задоволеності окремими частинами тіла.

При підрахунку взаємодії між предикторами BD * ZT (взаємодія між BD та ZT) ми отримали майже значущий коефіцієнт -0.0118 ($p = 0.053$), що вказує на можливу взаємодію між відкритістю досвіду та задоволеністю окремими частинами тіла.

Отже можемо зробити висновок, що модель 1 добре пояснює варіацію у загальній задоволеності тілом. Оцінка відкритості досвіду та задоволеності окремими частинами тіла є значущими предикторами загальної задоволеності.

Взаємодія між оцінкою задоволеності окремими частинами тіла та загальною оцінкою задоволеності тілом має потенційний вплив, але є на межі значущості ($p = 0.053$).

Таблиця 3.20

Модель 2

R	R²
0.0706	0.00498

предиктор	оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	128.1766	18.530	6.917	<.001
інша освіта – вища медична освіта	1.9513	3.971	0.491	0.625
Тілесний локус контролю	-0.0405	0.159	-0.255	0.799

Загальні показники моделі R: 0.0706, R²: 0.00498 відображені в таблиці 3.20. Ми бачимо, що лише 0.498% варіації у залежній змінній (загальна оцінка задоволеності тілом) можуть бути пояснені незалежними змінними (передикторами) в моделі. Значення R² = 0.00498 свідчить про те, що модель майже не пояснює варіацію у загальній оцінці задоволеності тілом.

Низьке значення R (0.0706) підтверджує слабкий лінійний зв'язок між передикторами та залежною змінною. Значення 128.1766 є дуже значущим ($p < 0.001$), що вказує на базовий рівень загальної оцінки задоволеності тілом, коли інші змінні дорівнюють нулю.

Рівень освіти (інша освіта – вища медична освіта): Коефіцієнт 1.9513 не є значущим ($p = 0.625$), що свідчить про відсутність впливу рівня освіти на загальну оцінку задоволеності тілом.

Коефіцієнт тілесного локусу контролю -0.0405 не є значущим ($p = 0.799$), що свідчить про відсутність впливу цієї змінної на загальну оцінку задоволеності тілом.

За результатами розрахунків модель 2 майже не пояснює варіацію у загальній оцінці задоволеності тілом. перехват є дуже значущим, що вказує на

базовий рівень задоволеності тілом. Змінні "рівень освіти" та "тілесний локус контролю" не є значущими предикторами загальної оцінки задоволеності тілом.

Модель потребує перегляду та можливого включення інших значущих предикторів для поліпшення її пояснювальної здатності.

Таблиця 3.21

Модель 3

R	R²
0.856	0.733

Загальні показники моделі R: 0.856, R²: 0.733, відображені у таблиці 3.21

Це означає, що 73.3% варіації у залежній змінній (задоволеність тілом) можуть бути пояснені незалежними змінними (передикторами) в моделі.

Значення R² = 0.733 свідчить про те, що модель добре пояснює варіацію у задоволеності тілом. Високе значення R (0.856) підтверджує сильний лінійний зв'язок між передикторами та залежною змінною.

Результати розрахунку моделі 3 (Додаток С), дозволили нам визначити, що коефіцієнт задоволеності окремими частинами тіла 1.1667 значущий (p = 0.021), що вказує на значний вплив цієї змінної на загальну задоволеність тілом.

Вік категорії 46-55 років майже значущий (p = 0.052), що свідчить про потенційний вплив на загальну задоволеність тілом порівняно з категорією 18-25 років. Інші категорії віку та змінні стажу роботи, рівня освіти, та їх взаємодії із задоволеністю окремими частинами тіла не є значущими (p > 0.05).

Жодна з взаємодій між задоволеністю окремими частинами тіла та іншими змінними не є значущою (p > 0.05), що вказує на те, що ці взаємодії не мають суттєвого впливу на загальну задоволеність тілом.

Таким чином ми можемо зробити висновки, що модель 3 добре пояснює варіацію у загальній задоволеності тілом. Оцінка задоволеності окремими частинами тіла є значущим предиктором загальної задоволеності. Вік має потенційний вплив на задоволеність тілом, особливо для категорії 46-55 років.

Інші змінні, такі як стаж роботи, рівень освіти та їх взаємодії з задоволеністю окремими частинами тіла, не мають значущого впливу на загальну задоволеність тілом.

Таблиця 3.22

Модель 4

R	R²
0.500	0.250

предиктор	оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	34.013	5.397	6.30	< .001
екстраверсія	0.718	0.222	3.24	0.002
нейротизм	-0.403	0.131	-3.07	0.003

Аналіз лінійної регресії для визначення впливу екстраверсії та нейротизму на загальну оцінку задоволеності тілом (BAS) показав наступні результати:

Пояснювальна здатність моделі: значення $R^2 = 0.250$ свідчить про те, що модель пояснює 25% варіації у залежній змінній (BAS). Це означає, що обрані предиктори мають помірний вплив на загальну оцінку задоволеності тілом, але є інші фактори, які також впливають на BAS, не враховані в цій моделі.

Показник екстраверсії є статистично значущим ($p = 0.002$) з коефіцієнтом 0.718, що вказує на позитивний вплив екстраверсії на загальну оцінку задоволеності тілом. Це означає, що підвищення рівня екстраверсії асоціюється зі збільшенням задоволеності тілом.

Показник нейротизму є статистично значущим ($p = 0.003$) з коефіцієнтом -0.403, що вказує на негативний вплив нейротизму на загальну оцінку задоволеності тілом. Це означає, що підвищення рівня нейротизму асоціюється зі зменшенням BAS.

Перехват моделі є статистично значущим ($p < 0.001$), що вказує на базовий рівень задоволеності тілом при нульових значеннях усіх предикторів.

Загалом, результати аналізу лінійної регресії свідчать про те, що екстраверсія та нейротизм є важливими факторами, що впливають на загальну оцінку задоволеності тілом. Зокрема, екстраверсія має позитивний вплив, тоді як

нейротизм має негативний вплив на задоволеність образом тіла. Це може свідчити про те, що для покращення загальної задоволеності тілом варто зосередитися на підвищенні рівня екстраверсії та зниженні рівня нейротизму.

3.2 Підходи до психологічного консультування клієнтів у сфері естетичної медицини

Психологічне консультування клієнтів може використовувати різноманітні підходи з урахуванням індивідуальних потреб та особливостей кожного клієнта. Ось деякі з найбільш відомих підходів до психологічного консультування, які можуть бути застосовані у цій сфері:

Психодинамічний підхід. Зосереджений на розумінні підсвідомих процесів та внутрішніх конфліктів, які можуть впливати на ставлення до власного зовнішнього вигляду. Терапевти використовують методи аналізу сновидінь, асоціацій та розкриття непритаманних уявлень.

Когнітивно-поведінковий підхід. Зосереджений на ідентифікації та зміні деструктивних думок та поведінок, які можуть призводити до негативних переживань стосовно зовнішнього вигляду. Терапевти сприяють усвідомленню та переоцінці думок та переконань про власну зовнішність.

Гештальт-терапія. Сприймає людину як цілісну систему, що включає фізичні, емоційні та духовні аспекти. Терапевти сприяють свідомому сприйняттю тіла та розробці нових способів взаємодії з ним.

Системна терапія. Аналізує стосунки та взаємодії клієнта зі своїм оточенням, включаючи родину, друзів та професійне середовище. Терапевти сприяють зміні негативних динамік взаємодії та сприяють створенню підтримуючого середовища.

Екзистенційно-гуманістичний підхід. Зосереджений на розумінні важливості особистісного зростання та розвитку, а також на пошуку значення та сенсу життя. Терапевти допомагають клієнтам виявити внутрішні ресурси та розвинути особистісну цілісність.

Ці підходи можуть використовуватися окремо або в поєднанні залежно від індивідуальних потреб та особливостей кожного клієнта.

Психологічне консультування клієнтів у сфері естетичної медицини є важливим аспектом, оскільки вона здебільшого пов'язана з особистісними переживаннями, відчуттями і самовідчуттям людей щодо їхнього зовнішнього вигляду. Ось деякі підходи, які використовуються в психологічній практиці для консультування клієнтів у цій сфері:

Психологічна підтримка і емпатія: Психолог часто використовує тепле прийняття і емпатію для підтримки клієнта в періоди невпевненості або після процедур естетичної медицини. Важливо створити навколишню обстановку, де клієнти почуваються комфортно ділитися своїми почуттями і переживаннями.

Когнітивно-поведінкові техніки: Використання методів для переосмислення негативних думок і переконань, що стосуються власного зовнішнього вигляду. Розвиток стратегій для зміни поглядів клієнта на свою фізичну привабливість та підвищення самоприйняття.

Підтримка в прийнятті змін: Допомога клієнтам усвідомити й прийняти їхні нові зовнішній вигляд після процедур естетичної медицини. Розуміння можливих емоційних і психологічних адаптаційних процесів у клієнтів.

Визначення особистісних цілей і очікувань: Розробка програми розвитку особистості, яка допомагає клієнтам визначити свої цілі та очікування від процедур естетичної медицини. Робота над підвищенням самосвідомості та психологічного благополуччя.

Техніки стрес-менеджменту: Навчання клієнтів ефективним стратегіям управління стресом, які можуть виникнути у зв'язку з процедурами естетичної медицини. Використання методів релаксації і медитації для зниження рівня стресу і покращення емоційного стану.

Ці підходи дозволяють психологам ефективно підтримувати клієнтів у сфері естетичної медицини, сприяючи їхньому психологічному комфорту і позитивному самовідчуттю.

3.3 Комплекс психологічних заходів спрямованих на підвищення рівня самоприйняття та задоволеності образом власного тіла серед фахівчинь з естетичної медицини.

Отримавши результати дослідження, ми розробили рекомендації для підвищення рівня задоволеності образом власного тіла серед фахівчинь з естетичної медицини.

Загальні рекомендації:

Психологічна підтримка та самосвідоме вдосконалення. Забезпечення доступу до психологічної підтримки та навчання методам самосвідомого вдосконалення може допомогти фахівчиням з естетичної медицини краще розуміти свої переживання та приймати їх.

Професійний розвиток. Продовження професійного навчання з психології та психосоціальних аспектів естетичної медицини може сприяти покращенню розуміння впливу власної зовнішності на психологічний стан пацієнтів.

Формування позитивного середовища. Створення позитивного та підтримуючого середовища на робочому місці сприяє підвищенню самоповаги та покращенню самоприйняття.

Популяризація різноманітності краси. Заохочення фахівчинь з естетичної медицини виявляти повагу до різноманітності краси, підкреслення унікальності кожної особистості та неповторності кожного тіла.

Комунікація та емпатія. Навички комунікації та емпатії важливі для підтримки пацієнтів у досягненні їхніх цілей щодо зовнішнього вигляду. Фахівці повинні демонструвати розуміння та підтримку в прагненні клієнтів до самовдосконалення.

Самопідтримка та самозахист. Навчання стратегіям самопідтримки та самозахисту від негативного впливу зовнішніх чинників може допомогти зберегти психічне та емоційне здоров'я фахівчинь з естетичної медицини.

Ці рекомендації можуть бути використані для створення програм підтримки та розвитку, спрямованих на підвищення самоприйняття та задоволеності образом власного тіла у фахівчинь з естетичної медицини.

Ми пропонуємо адаптувати програму з покращення образу тіла від Томаса Кеша[19], яка спрямована на покращення образу і має на меті підвищення самосприйняття та задоволеності тілесним образом через поєднання когнітивно-поведінкових технік, психоосвіти та групової підтримки. Нижче наведено розширену версію програми, яка включає детальні кроки та рекомендації для психологів.

1. Оцінка поточного образу тіла

Мета: Визначити вихідний рівень задоволеності образом тіла та ідентифікувати проблемні області.

Методики: Використання опитувальників, таких як Body Image States Scale (BISS) або Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI). Авторська анкета «Задоволеність окремими частинами тіла» для детальної оцінки задоволеності окремими частинами тіла та обличчя. Інтерв'ю з клієнтом для глибшого розуміння його переживань та очікувань.

2. Підвищення усвідомленості

Мета: Допомогти клієнту усвідомити вплив зовнішніх факторів на його образ тіла.

Методики: Ведення щоденника образу тіла, де клієнт записує щоденні думки та почуття щодо свого тіла. Аналіз впливу медіа та соціальних мереж на самосприйняття клієнта. Обговорення культурних та соціальних норм, що впливають на образ тіла.

3. Когнітивно-поведінкові техніки

Мета: Змінити негативні думки та переконання клієнта щодо його тіла.

Методики: Виявлення негативних автоматичних думок за допомогою когнітивної терапії. Використання технік когнітивної реструктуризації для заміни негативних думок позитивними та реалістичними. Вправи з самоспостереження та рефлексії.

4. Розвиток позитивного самовідчуття

Мета: Підвищити самооцінку та розвинути позитивне самосприйняття.

Методики: Складання списку сильних сторін та досягнень клієнта. Практика аффірмацій та позитивного самопрограмування. Вправи з візуалізації для створення позитивного образу тіла.

5. Фізична активність та здоровий спосіб життя

Мета: Підтримати фізичне та психічне здоров'я клієнта через здоровий спосіб життя.

Методики: Розробка індивідуального плану фізичної активності, який приносить задоволення. Консультації з дієтологом для створення збалансованого плану харчування. Обговорення важливості сну, відпочинку та релаксації для загального благополуччя.

6. Групова підтримка та спільнота

Мета: Надати клієнту можливість отримати підтримку від інших людей з подібними проблемами.

Методики: Організація групових терапевтичних сесій, де учасники можуть обмінюватися досвідом та підтримувати один одного. Створення онлайн-платформи або групи для постійної підтримки та обміну досвідом. Вправи на побудову взаємної довіри та співчуття серед учасників групи.

7. Терапія самоприйняття

Мета: Розвинути самоприйняття та позитивне ставлення до свого тіла.

Методики: Використання технік прийняття та відданості (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ). Медитації на самоприйняття та майндфулнес. Вправи з розпізнавання та прийняття власних емоцій та тілесних відчуттів.

8. Оцінка прогресу та підтримка досягнень

Мета: Регулярно оцінювати прогрес клієнта та підтримувати досягнуті результати.

Методики: Проведення регулярних оцінок за допомогою анкет та самозвітів. Встановлення нових цілей та завдань на основі досягнутих результатів.

Постійний зворотний зв'язок з клієнтом для корекції програми та підвищення її ефективності.

Рекомендації для психологів:

Індивідуальний підхід: Враховуйте індивідуальні особливості та потреби кожного клієнта.

Емпатія та підтримка: Проявляйте емпатію та підтримуйте клієнта на кожному етапі програми.

Професійний розвиток: Постійно вдосконалюйте свої знання та навички в області роботи з образом тіла.

Моніторинг ефективності: Регулярно оцінюйте ефективність використаних методик та вносьте необхідні корективи.

Ця програма є комплексним підходом до покращення образу тіла та загального психологічного благополуччя клієнтів. Вона включає різноманітні техніки та методики, що дозволяють досягти позитивних результатів у роботі з образом тіла.

Психоосвіта та самосвідомість

Освіта щодо образу власного тіла є ключовим елементом для підвищення самосвідомості та розуміння впливу різних чинників на формування цього образу. Навчальні сесії та тренінги, спрямовані на розуміння культурних стереотипів, соціальних норм і інших факторів, можуть включати такі аспекти:

Теоретичне введення: Передача основних концепцій і теорій, що описують формування образу власного тіла. Це включає аналіз впливу медіа, реклами, культурних та соціальних контекстів на сприйняття тіла.

Роль стереотипів: Вивчення ролі стереотипів у формуванні ідеалів краси та їх вплив на індивідуальне сприйняття власного тіла. Обговорення того, які соціальні норми визначають стандарти фізичної привабливості.

Соціальний контекст: Аналіз взаємодії між особистими переконаннями та соціальним оточенням. Розгляд впливу сімейних, дружніх та професійних зв'язків на уявлення про власне тіло.

Самосвідомість і самоприйняття: Розвиток навичок самоспостереження, саморефлексії та самоприйняття. Використання технік саморегуляції для зниження стресу та покращення самопочуття.

Емпатія і взаєморозуміння: Сприяння розумінню та емпатії відносно різноманітності фізичного вигляду і індивідуальних особливостей. Підтримка відкритого діалогу та взаємопідтримки серед учасників.

Професійна діяльність: Адаптація психоосвіти до специфіки професійних потреб фахівців у галузі естетичної медицини, врахування особливостей роботи з клієнтами та їхніх очікувань.

Ці психоосвітні заходи спрямовані на те, щоб допомогти учасникам зрозуміти і підвищити своє самоприйняття та задоволеність образом власного тіла через осмислення і переосмислення культурних і соціальних впливів на їхнє фізичне самовідчуття.

Когнітивно-поведінкові техніки є ефективним інструментом для покращення задоволеності образом власного тіла серед фахівчинь естетичної медицини. Вони дозволяють змінювати негативні думки та переконання про фізичну привабливість і сприяють позитивному самопочуттю і самоприйняттю.

Переосмислення негативних думок: навчання учасників впізнавати негативні думки щодо власного тіла і переосмислювати їх. Це включає використання когнітивних стратегій, таких як рефреймінг (перезформування), перспективний підхід (погляд з іншого боку) та викривлення когнітивних спотворень, таких як чорно-біле мислення або заниження.

Тренування психологічної гнучкості: Розвиток навичок адаптації до змін у сприйнятті власного тіла, зокрема в різних життєвих ситуаціях. Це може включати в себе навчання технік медитації або майндфулнесу, які допомагають зосередитися на теперішньому моменті і приймати своє тіло без суджень.

Стимулювання позитивної самооцінки через досягнення: Стимулювання фахівців естетичної медицини досягати успіхів і визнання у своїй професійній діяльності, що сприяє підвищенню самоповаги і позитивного сприйняття власного тіла.

Ці когнітивно-поведінкові техніки спрямовані на створення позитивного психологічного клімату, де фахівці можуть з комфортом сприймати і цінувати своє фізичне самопочуття та зовнішній вигляд

Оцінка індивідуальних потреб: Початок процесу індивідуального консультування передбачає детальну оцінку особистих потреб кожної учасниці. Це включає розуміння її уявлень про власне тіло, проблематики, з якою вона зіштовхується, а також особистих цілей у покращенні самоприйняття.

Розвиток самосвідомості: Розробка учасницею усвідомлення власного тіла, включаючи його сильні сторони та області, які вимагають уваги. Це може включати аналіз психологічних і емоційних аспектів, які впливають на її сприйняття себе.

Когнітивно-поведінкові стратегії: Використання когнітивно-поведінкових технік для зміни негативних переконань і підвищення позитивного самопочуття. Це може включати переосмислення шкідливих поглядів на своє тіло та зміну стилю мислення на більш конструктивний і сприятливий.

Терапевтичний підхід до роботи з емоціями: розвиток навичок управління емоціями і підтримки психічного благополуччя через ефективні терапевтичні методи, такі як міндфулнес або когнітивно-поведінкова терапія. Це сприяє зниженню стресу і покращенню загального самопочуття.

Індивідуалізовані рекомендації і план дій: розробка персоналізованих стратегій і плану дій для досягнення особистих цілей з покращення задоволеності образом власного тіла. Це включає в себе рекомендації щодо змін у способі життя, харчуванні, фізичній активності та інших аспектах, що впливають на фізичний вигляд і самопочуття.

Підтримка і післядія: Забезпечення продовженої підтримки і слідкування за результатами після завершення консультування. Це може включати періодичні зустрічі, електронну підтримку або використання мобільних додатків для моніторингу прогресу.

Ці підходи до індивідуального консультування спрямовані на створення підтримуючого середовища і налаштування позитивного відношення до власного тіла серед фахівчинь естетичної медицини.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

На основі отриманих нами результатів проведеного нами дослідження ми з'ясували що фахівчині, що працюють у естетичній медицині мають достатньо позитивне відношення до свого тіла незалежно від наявності вищої медичної освіти.

Задоволеність образом власного тіла позитивно корелює із задоволеністю окремими частинами тілами і не залежить від віку, освіти і стажу роботи.

Нами також виявлені позитивні лінійні кореляції між позитивним ставленням до образу власного тіла та екстраверсією і сумлінністю, що свідчить про можливість впливати на розвиток цих якостей у фахівчинь що потрапили в групу ризику і мають менш позитивне ставлення до власного тіла.

Нами виявлена відсутність кореляційних зв'язків між задоволеністю образом власного тіла та інтернальним тілесним локусом контролю, так само не виявлені зв'язки і між рівнем алексетимії.

На основі розглянутих матеріалів та програми психологічної підтримки і самовдосконалення у фахівчинь з естетичної медицини можна зробити наступні висновки:

Психологічна підтримка є важливим аспектом для фахівців у сфері естетичної медицини, оскільки дозволяє їм краще розуміти власні почуття та емоції, пов'язані з зовнішнім виглядом.

Індивідуалізація підходу: Ефективність програм психологічної підтримки залежить від індивідуалізації підходів до кожного клієнта, зокрема використання когнітивно-поведінкових технік, терапії самоприйняття та групової підтримки.

Продовження професійного розвитку у психології та психосоціальних аспектах естетичної медицини є ключовим елементом для підвищення ефективності консультацій та підтримки клієнтів.

Створення позитивного та підтримуючого робочого середовища сприяє підвищенню самоповаги та покращенню самоприйняття серед фахівчинь з естетичної медицини.

Навчання стратегіям самопідтримки та самозахисту є важливим для збереження психічного та емоційного здоров'я фахівчинь у цій області.

Отже, систематичне впровадження програм психологічної підтримки та самовдосконалення може значно підвищити комфорт та ефективність роботи фахівчинь у сфері естетичної медицини, сприяючи покращенню якості надання послуг та задоволенню клієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз наукової літератури показав, що задоволеність образом власного тіла є багатогранним феноменом, що включає психологічні та соціальні аспекти. Було виявлено, що особистісні риси, такі як самооцінка, впевненість у собі, та психологічна стійкість, мають значний вплив на задоволеність образом тіла. Також було розглянуто теоретичні моделі, що демонструють зв'язок між цими рисами та професійною діяльністю в сфері естетичної медицини. Детальний аналіз наукових підходів до вивчення особистості і сприйняття власного тіла вказує на значущість інтеграції різноманітних теоретичних ракурсів для глибшого розуміння цих процесів.

Загальний аналіз літератури показує, що інтеграція цих підходів дозволяє отримати більш повне розуміння формування особистості та її сприйняття власного тіла. Це важливо для розробки практичних підходів у психології та психотерапії, спрямованих на покращення задоволеності образом власного тіла у людей з різними особистісними характеристиками.

Також, на основі аналізу сучасних досліджень, підкреслюється, що образ власного тіла є комплексною конструкцією, що включає когнітивні, емоційні та соціальні аспекти. Він формується через взаємодію особистості з оточуючим середовищем, а також через соціальні норми та стереотипи. Індивідуальні особливості, такі як самооцінка та ставлення до власного тіла, також впливають на задоволеність образом власного тіла і варто брати до уваги в контексті психологічних досліджень і практичних заходів.

Таким чином, інтеграція різних підходів до вивчення особистості та її сприйняття власного тіла розширює наше розуміння психічних процесів і сприяє розвитку більш ефективних методик в психологічній та медичній практиці.

2. Проведене емпіричне дослідження включало збір та систематизацію даних за допомогою різних методик, таких як анамнестична анкета, шкала задоволеності тілом (BAS-2), та методика Великої п'ятірки. Статистичний аналіз виявив значущі кореляції між задоволеністю образом тіла та окремими особистісними рисами, такими як екстраверсія, відкритість до досвіду та

сумлінність. Ці результати підтвердили важливість особистісних чинників у формуванні позитивного образу тіла у фахівчинь естетичної медицини. Ми організували та провели емпіричне дослідження, дослідивши різні методологічні підходи до вивчення образу власного тіла, такі як психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, гуманістичний, соціально-культурний та біопсихосоціальний. Кожен з цих підходів надає унікальне бачення на вплив особистісних чинників на сприйняття власного тіла, що важливо для розуміння психічного здоров'я та естетичної самооцінки.

У розділі 2.2. наведено організаційну модель для емпіричного дослідження, що проводилося серед жінок, що працюють в естетичній медицині в Україні. Використовувалися різні методики, такі як анамнестична анкета, шкала задоволеності тілом, методика діагностики тілесного локусу контролю, Торонтська шкала алекситимії, Методика великої п'ятірки та авторська анкета "Задоволеність окремими частинами тіла". Це дозволило детально дослідити рівень задоволеності тілом та інші психологічні аспекти учасників дослідження.

Ми відзначаємо, що адаптованих для використання в Україні методик, не вистачає для детальнішого і більш широкого дослідження особистісних чинників задоволеністю образом власного тіла. Це відкриває можливості для подальших наукових розвідок і розробки стратегій для покращення самооцінки та психічного здоров'я людей у нашій країні.

Отже, розділ 2 демонструє комплексний підхід до дослідження особистісних чинників, що впливають на образ власного тіла у працівників естетичної медицини, і надає підґрунтя для подальших досліджень у цьому напрямі.

3. Аналіз результатів показав, що такі особистісні чинники, як екстраверсія, відкритість до досвіду та сумлінність, мають позитивний вплив на задоволеність образом власного тіла. Було також встановлено, що інтернальний тілесний локус контролю та рівень алекситимії не мають значущого впливу на задоволеність образом тіла. Це свідчить про специфічність впливу різних особистісних рис на задоволеність образом тіла. Проаналізувавши результати

емпіричного дослідження особистісних чинників образу власного тіла у фахівчинь естетичної медицини, ми зробили наступні висновки:

Професійна діяльність у сфері естетичної медицини значно впливає на сприйняття власного тіла. Фахівчині відчують підвищений тиск стосовно свого зовнішнього вигляду через постійний контакт з клієнтами, які також дбають про свою зовнішність.

Емоційний стан грає значну роль у формуванні образу власного тіла у фахівчинь естетичної медицини. Стрес, пов'язаний з професійною діяльністю або особистими факторами, може впливати на їхнє сприйняття власного зовнішнього вигляду. Фахівчині естетичної медицини виявили високий рівень самооцінки у питаннях зовнішнього вигляду, однак існують індивідуальні варіації щодо ступеня задоволеності своїм образом. Це може бути пов'язано з особистісними рисами та індивідуальним сприйняттям себе.

Висновки підтверджують, що фахівчині естетичної медицини мають виражену потребу у підтримці і покращенні свого зовнішнього вигляду, що може бути викликано не лише професійними мотивами, але й особистими переконаннями і стандартами.

Отже, результати емпіричного дослідження підтверджують складний характер сприйняття власного тіла фахівчинями естетичної медицини, який формується під впливом професійних і особистісних чинників, емоційного стану та індивідуальних особливостей.

4. На основі отриманих результатів були розроблені практичні рекомендації, що включають проведення тренінгів та психологічних програм, спрямованих на підвищення самооцінки та розвитку позитивних особистісних якостей. Ці заходи можуть сприяти покращенню загальної задоволеності образом тіла та психологічного благополуччя фахівчинь естетичної медицини. На основі розглянутої інформації можна зробити декілька висновків щодо програми психологічної підтримки та підвищення самоприйняття у фахівчинь з естетичної медицини:

Необхідність психологічної підтримки: Результати дослідження підтверджують, що фахівчині з естетичної медицини часто стикаються зі складнощами в оцінці та прийнятті власного зовнішнього образу. Психологічна підтримка виявляється важливою для їхнього психологічного комфорту та емоційного благополуччя.

Програма, що поєднує когнітивно-поведінкові техніки, групову підтримку, розвиток позитивного самовідчуття та інші методи, дозволяє досягати більшого успіху у підвищенні самоприйняття та задоволеності образом тіла серед фахівчинь.

Продовження навчання з психологічних та психосоціальних аспектів естетичної медицини є критично важливим для підвищення кваліфікації та ефективності роботи фахівців.

Створення позитивного та підтримуючого робочого середовища є важливим аспектом для підтримки внутрішнього комфорту та психологічного благополуччя фахівчинь.

Важливість індивідуального підходу до кожної клієнтки для досягнення найбільш ефективних результатів у програмі психологічної підтримки.

Ці висновки підкріплюють значення розробки та впровадження програм, спрямованих на підвищення самосприйняття та задоволеності образом тіла у фахівчинь з естетичної медицини, з метою покращення якості їхньої професійної та особистісної життєдіяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова, Л.М. (1979). Особистісна самореалізація особистості. Київ: Вища школа.
2. Барко В.І., Кирієнко Л. А., Барко В. В., Адаптація опитувальника «ВЕЛИКОЇ П'ЯТІРКИ» для використання психологами для Національної поліції України. Наука і правоохорона. Київ 2018. №3(41)
3. Випуск 21 (66)' 2023 Серія 12. Психологічні науки 59 Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України 227
4. Левицька І. М. Образ фізичного Я та самоставлення як регулятивні чинники поведінки особистості / І. М. Левицька // Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Державного вищого навчального закладу "Запорізький національний університет" та інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С, Д.
5. Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії tas-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. Український ревматологічний журнал № 1 (91) 2023. DOI: 10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17556 УДК 616.721-002.77-056.24:159.942
6. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. - Запоріжжя : ЗНУ, 2017.- № 12 - 172 с. - С. 98-103.
7. Меднікова Г.І. / Взаємозв'язок ставлення до себе та ставлення до власної зовнішності жінок зрілого віку /Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди/ DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/24>
8. Моляко, Р. В. Образ фізичного Я : становлення та деформації у пацієнтів з косметичними вадами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.04 «Медична психологія» / Р.В. Моляко. – Київ, 2006. – 23 с.
9. Садовенко, А. І. Науково-дослідний інститут публічної політики і соціальних наук ©, 2020 - 96 - Щодо кваліфікаційних вимог до професії «косметолог».

10. Нечитайло, Т.А. (2010). Генезис образу фізичного Я у підлітковому віці. (Автореф. дис.канд. психол. наук). Київ.

11. Тіунова, А.О. Вплив порушення сприйняття власного тіла на особистісний розвиток підлітка / А.О. Тіунова // Історія та сучасний стан педагогічних та психологічних наук: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 7 листопада 2014 р.).-К.: ГО «Київська наукова організація 112.–педагогіки та психології», 2014. – С. 109.

12. Хлівна, О., Магдисюк, Л. Навчально-методичний посібник Волинський національний університет імені Лесі Українки Факультет психології Кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк Вежа-Друк 2022

13. Хомуленко, Т.Б., Крамченкова, В.О. Методика діагностики тілесного локусу контролю. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 62.

14. Хомуленко, Т. Б., Крамченкова, В. О. (2016). Методика проєктивної діагностики тілесного Я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» . 5 (2). С.39–45.

15. Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

16. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

17. *Body Image*, 15, 158–172. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.09.003>

18. Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). Guilford Press.

19. Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.

20. Cash, T.F., Santos, M.T., & Williams, E.F. (2005). Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *Journal of psychosomatic research*, 58(2), 190–199.

21. Cash, T. F. (Ed.). (2011). *Encyclopedia of body image and human appearance*. Academic Press.
22. Castle, D. J., Molton, M., Hoffman, K., & Preston, N. J. (2004). Personality disorder and cosmetic surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 24(4), 296-301.
23. Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. New York: World Book Company.
24. Cervone, D., & Pervin, L. A. (2019). *Personality: Theory and research* (13th ed.). John Wiley & Sons.
25. Clark, A. (2008). Where brain, body and world collide. *Material Agency: Towards a nonanthropocentric approach*, 1–18.
26. Crerand, C. E., Franklin, M. E., Sarwer, D. B. (2006). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118(7), 167e-180e.
27. Duckworth, J. K., & Tighe, T. (2009). The impact of cosmetic surgery and body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 269-276). Guilford Press.
28. Eilan, N. & Marcel, A. J. (Eds.). (pp. 225–244). Oxford University Press.
29. Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13(1), 38-44.
30. Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
31. Fiske, S. T. (2010). *Social beings: Core motives in social psychology*. Wiley
32. Fiske, L., Fallon, E. A., Blissmer, B., & Redding, C. A. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: Review and recommendations for future research. *Eating Behaviors*, 15(3), 357-365.
33. Freud, S. (1923). *The ego and the id*. London: Hogarth Press.
34. Furnham, A., Levitas, J., & Factors, P. S. (2002). Factors that motivate people to undergo cosmetic surgery. *Canadian Journal of Plastic Surgery*, 10(4), 191-195

35. Gallagher, S. (1986). Body image and body schema: A conceptual clarification. *The Journal of mind and behavior*, 7(4), 541–554.
36. Gallagher, S. (1995). Body schema and intentionality. *The Body and the Self*. In J. Bermúdez
37. Gervais, S. J., Vescio, T. K., & Allen, J. (2011). When what you see is what you get: The consequences of the objectifying gaze for women and men. *Psychology of Women Quarterly*, 35(1), 5-17.
38. Goffman, E. (1956). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Edinburgh: University of Edinburgh Social Sciences Research Centre.
39. Grabe, S., & Hyde, J. S. (2006). Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(4), 622-640.
40. Grabe, S., & Hyde, J. S. (2009). Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(4), 546-571.
41. Griffiths, M., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., Moss, T. P. (2018). Online behaviour following body contouring surgery: A content analysis of patients' forum postings. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(4), 537-543.
42. Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Routledge.
43. Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2nd ed.). Routledge.
44. Jacobson, H.L., Hall, E.L., & Anderson, T.L. (2013). Theology and the body: Sanctification and bodily experiences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5, 41–50. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028042>
45. Jung, C. G. (1964). *Man and his symbols*. New York: Doubleday.
46. Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
47. Lacan, J. (2006). Presentation on psychical causality. In *Écrits: The first complete edition in English*, 123–158.

48. Levine, M. P., & Smolak, L. (Eds.). (2014). *The Wiley handbook of eating disorders*. Wiley.
49. Luepnitz, D. L. (1992). *The Family Interpreted: Psychoanalysis, Feminism, and Family Therapy*. New York: Basic Books.
50. Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370–396.
51. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
52. McComb, S. E., & Mills, J. S. (2020). A systematic review on the effects of media disclaimers on young women’s body image and mood. *Body Image*, 32, 34–52. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.10.010>
53. Merleau-Ponty, M., & Smith, C. (1962). *Phenomenology of perception*. London : Routledge.
54. Piaget, J. (2003). *The psychology of intelligence*. Routledge.
55. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
56. Rogers, C.R. (1995). *On becoming a person: A therapist’s view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.
57. Rosen, J. C., & Thompson, J. K. (Eds.). (1996). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. American Psychological Association.
58. Rosen, J. C., & Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 441-449.
59. Rossi, E., & Cheek, D. (1994). *Mind-Body Therapy: Methods of Ideodynamic Healing in Hypnosis*. New York : WW Norton.
60. Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 1-22.

61. Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1(1), 99-111.
62. Sarwer, D. B., & Magee, L. (2006). Physical appearance and cosmetic medical treatments: Physiological, psychological, and sociocultural outcomes. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 453-461). Guilford Press.
63. Schilder, P. (1999). *The image and appearance of the human body*. London : Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315010410>
64. Schontz F.C. Body image and its disorders/F.C. Schontz // Intern.J. of Psychiat. Med.- 2012.- V. 5 (4).- P.51-84.
65. Shannon, A., & Mills, J.S. (2015). Correlates, causes, and consequences of Fat Talk: A review.
66. Slevec, J., & Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 515-524.
67. Smolak, L., & Cash, T. F. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press.
68. Swami, V., & Chamorro-Premuzic, T. (2009). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale among adults in the United Kingdom. *Body Image*, 6(1), 22-27.
69. Thompson, J. K., Heinberg, L. J., & Altabe, M. (1999). Tantleff-Dunn, S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.
70. Thompson, J. K., & Smolak, L. (Eds.). (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. American Psychological Association.
71. Tiggemann, M., & Slater, A. (2014). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 529-539.

72. Titchener, E. (1902). *Experimental psychology. Handbook of laboratory practice.* (Vol. 1). New York : MacMillan & Co., Ltd
73. Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129.
74. Tracy L. Tylka^a, Nichole L. Wood-Barcalow^b The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image* 12 (2015) 53–67
75. Vartanian, L. R. (2012). Disgust and perceived control in attitudes toward obese people. *International Journal of Obesity*, 36(5), 763-769.
76. Von Soest, T., Kvalem, I. L., Skolleborg, K. C., & Roald, H. E. (2006). Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117(1), 51-62.
77. Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
78. Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177.

ДОДАТКИ

Додаток А-1

Розподіл за авторською анкетною “Задоволеність окремими частинами тіла”
у фахівчинь естетичної медицини

Параметри, що оцінювали	Вища медична освіта(n=32)		Інша освіта(n=29)	
	середнє	SD	середнє	SD
1. Голова	4.59	0.615	4.59	0.628
2. Волосся	3.97	0.967	3.97	0.865
3. Обличчя	4.06	0.948	4.28	0.649
4. Чоло	4.41	0.911	4.38	0.775
5. Ніс	3.78	1.184	4.28	0.960
6. Щоки	4.25	0.950	4.28	0.702
7. Вилиці	4.72	0.523	4.41	0.628
8. Очі	4.78	0.491	4.62	0.775
9. Губи	4.56	0.759	4.69	0.541
10. Підборіддя	4.38	0.976	4.55	0.736
11. Вуха	4.91	0.296	4.62	0.775
12. Шия	4.31	0.965	4.52	0.634
13. Якість шкіри обличчя	4.19	0.965	4.03	0.823
14. Плечі	4.44	0.914	4.55	0.736
15. Передпліччя	4.50	0.984	4.62	0.561
16. Кисті рук	4.78	0.608	4.41	0.733
17. Груди	4.06	0.669	4.03	1.267
18. Живіт	3.09	1.254	3.59	1.240
19. Спина	3.56	1.162	4.07	1.067
20. Сідниці	3.75	1.016	4.10	1.081
21. Стегна	3.91	1.058	4.14	1.125
22. Коліна	4.09	1.118	4.07	1.334
23. Литки	4.44	1.076	4.41	0.983
24. Стопи	4.69	0.780	4.31	1.004

25. Руки в цілому	4.50	0.803	4.41	0.983
26. Ноги в цілому	4.09	1.228	4.31	1.039
27. Тіло в цілому	4.09	0.893	4.28	0.882
28. Якість шкіри тіла	4.00	0.916	4.28	0.960

Додаток А-2

Розподіл за авторською анкетною “Задоволеність окремими частинами тіла”
у фахівчинь естетичної медицини у %

Параметри, що оцінювали	Оцінка 1-3		Оцінка 4-5	
	Вища медична освіта(n=32)	Інша освіта(n=29)	Вища медична освіта(n=32)	Інша освіта(n=29)
1. Голова	2(6.3%)	2(6.9%)	30(93.7%)	27(93.1%)
2. Волосся	8(25%)	9(31%)	24(75%)	20(69%)
3. Обличчя	6(18.8%)	3(10.3%)	26(81.2%)	26(89.7%)
4. Чоло	4(12.5%)	3(10.3%)	28(87.5%)	26(89.7%)
5. Ніс	10(31.3%)	5(17.2%)	22(68.7%)	24(82.8%)
6. Щоки	6(18.8%)	4(13.8%)	26(81.2%)	25(86.2%)
7. Вилиці	1(3.1%)	2(6.9%)	31(96.9%)	27(93.1%)
8. Очі	1(3.1%)	3(10.3%)	31(96.9%)	26(89.7%)
9. Губи	3(9.4%)	1(3.4%)	29(90.6%)	28(96.6%)
10. Підборіддя	4(12.5%)	2(6.9%)	28(87.5%)	27(93.1%)
11. Вуха	0(0%)	3(10.3%)	32(100%)	26(89.7%)
12. Шия	4(12.5%)	2(6.9%)	28(87.5%)	27(93.1%)
13. Якість шкіри обличчя	5(15.6%)	3(10.3%)	27(84.4%)	26(89.7%)
14. Плечі	5(15.6%)	2(6.9%)	27(84.4%)	27(93.1%)
15. Передпліччя	4(12.5%)	1(3.4%)	28(87.5%)	28(96.6%)
16. Кисті рук	1(3.1%)	2(6.9%)	31(96.9%)	27(93.1%)
17. Груди	6(18.8%)	6(20.7%)	26(81.2%)	23(79.3%)
18. Живіт	20(62.5%)	14(48.3%)	12(37.5%)	15(51.7%)
19. Спина	14(43.8%)	7(24.1%)	18(56.2%)	22(75.9%)
20. Сідниці	10(31.3%)	8(27.6%)	22(68.7%)	21(72.4%)
21. Стегна	8(25%)	4(13.8%)	24(75%)	25(86.2%)
22. Коліна	6(18.8%)	7(24.1%)	26(81.2%)	22(75.9%)
23. Литки	5(15.6%)	3(10.3%)	27(84.4%)	26(89.7%)

24. Стопи	2(6.3%)	4(13.8%)	30(93.7%)	25(86.2%)
25. Руки в цілому	4(12.5%)	5(17.2%)	28(87.5%)	24(82.8%)
26. Ноги в цілому	8(25%)	5(17.2%)	24(75%)	24(82.8%)
27. Тіло в цілому	7(21.9%)	4(13.8%)	25(88.1%)	25(86.2%)
28. Якість шкіри тіла	6(18.8%)	5(17.2%)	26(81.2%)	24(82.8%)

Значення нормальності вибірки Шапіро-Уїлка для авторської анкети

«Задоволеність окремими частинами тіла»

Шкала	W	p-значення
1. Голова	0.665	< .001
2. Волосся	0.850	< .001
3. Обличчя	0.857	< .001
4. Чоло	0.722	< .001
5. Ніс	0.883	< .001
6. Щоки	0.783	< .001
7. Вилиці	0.832	< .001
8. Очі	0.617	< .001
9. Губи	0.682	< .001
10. Підборіддя	0.720	< .001
11. Вуха	0.627	< .001
12. Шия	0.776	< .001
13. Якість шкіри обличчя	0.801	< .001
14. Плечі	0.700	< .001
15. Передпліччя	0.656	< .001
16. Кисті рук	0.735	< .001
17. Груди	0.807	< .001
18. Живіт	0.954	0.022
19. Спина	0.919	< .001
20. Сідниці	0.899	< .001
21. Стегна	0.827	< .001
22. Коліна	0.744	< .001
23. Литки	0.628	< .001
24. Стопи	0.704	< .001
25. Руки вцілому	0.694	< .001
26. Ноги вцілому	0.779	< .001
27. Тіло вцілому	0.848	< .001
28. Якість шкіри тіла	0.842	< .001

Корреляційна матриця між задоволеністю образом тіла і шкалами Методики Великої П'ятірки

		BAS	Be	BP	BS	BN	BD
BAS	r Пірсона	—					
	df (ступенів свободи)	—					
	p-значення	—					
	Спирмен $\rho(\rho)$	—					
	df (ступенів свободи)	—					
	p-значення	—					
Be	r Пірсона	0.359 **	—				
	df (ступенів свободи)	59	—				
	p-значення	0.005	—				
	Спирмен $\rho(\rho)$	0.315 *	—				
	df (ступенів свободи)	59	—				
	p-значення	0.014	—				
BP	r Пірсона	0.168	0.013	—			
	df (ступенів свободи)	59	59	—			
	p-значення	0.196	0.921	—			
	Спирмен $\rho(\rho)$	0.197	0.033	—			
	df (ступенів свободи)	59	59	—			
	p-значення	0.128	0.803	—			
BS	r Пірсона	0.258 *	0.047	0.415 ***	—		
	df (ступенів свободи)	59	59	59	—		
	p-значення	0.044	0.718	< .001	—		

Корреляційна матриця між задоволеністю образом тіла і шкалами Методики Великої П'ятірки

		BAS	Be	BP	BS	BN	BD
	Спирмен $\rho(\rho)$	0.103	-0.004	0.401 **	—		
	df (ступенів свободи)	59	59	59	—		
	p-значення	0.432	0.975	0.001	—		
BN	r Пірсона	-0.339 **	0.026	-0.579 ***	-0.342 **	—	
	df (ступенів свободи)	59	59	59	59	—	
	p-значення	0.008	0.840	< .001	0.007	—	
	Спирмен $\rho(\rho)$	-0.318 *	-0.000	-0.597 ***	-0.313 *	—	
	df (ступенів свободи)	59	59	59	59	—	
	p-значення	0.012	0.999	< .001	0.014	—	
BD	r Пірсона	0.444 ***	0.398 **	0.332 **	0.265 *	-0.363 **	—
	df (ступенів свободи)	59	59	59	59	59	—
	p-значення	< .001	0.001	0.009	0.039	0.004	—
	Спирмен $\rho(\rho)$	0.407 **	0.416 ***	0.320 *	0.196	-0.357 **	—
	df (ступенів свободи)	59	59	59	59	59	—
	p-значення	0.001	< .001	0.012	0.130	0.005	—

Примечание. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Корреляційна матриця задоволеності тілом і шкалами Торонтської шкали алекситимії

	BAS	TaS	DiF	DDF	O T	
r Пірсона	—					
df (ступенів свободи)	—					
p-значення	—					
Спирмен $\rho(\rho)$	—					
df (ступенів свободи)	—					
p-значення	—					
r Пірсона	-0.212	—				
df (ступенів свободи)	59	—				
p-значення	0.100	—				
Спирмен $\rho(\rho)$	-0.129	—				
df (ступенів свободи)	59	—				
p-значення	0.320	—				
r Пірсона	-0.182	0.879	***	—		
df (ступенів свободи)	59	59	—	—		
p-значення	0.161	< .001	—	—		
Спирмен $\rho(\rho)$	-0.098	0.854	***	—		
df (ступенів свободи)	59	59	—	—		
p-значення	0.451	< .001	—	—		
r Пірсона	-0.213	0.921	***	0.756	***	—
df (ступенів свободи)	59	59	59	—	—	
p-значення	0.099	< .001	< .001	—	—	
Спирмен $\rho(\rho)$	-0.120	0.903	***	0.726	***	—

Корреляційна матриця задоволеності тілом і шкалами Торонтської шкали алекситимії

	BAS	TaS	DiF	DDF	O T
df (ступенів свободи)	59	59	59	—	
р-значення	0.356	< .001	< .001	—	
r Пірсона	-0.152	0.660 ***	0.295 *	0.556 ***	—
df (ступенів свободи)	59	59	59	59	—
р-значення	0.242	< .001	0.021	< .001	—
Спирмен $\rho(\rho)$	-0.158	0.648 ***	0.296 *	0.522 ***	—
df (ступенів свободи)	59	59	59	59	—
р-значення	0.223	< .001	0.020	< .001	—

Примечание. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Корреляційна матриця задоволеності тілом і задоволеності окремими частинами тіла і тілесним локусом контролю

		BAS		ZT		LK
BAS	r Пірсона	—				
	df (ступенів свободи)	—				
	p-значення	—				
	Спирмен $\rho(\rho)$	—				
	df (ступенів свободи)	—				
	p-значення	—				
ZT	r Пірсона	0.774	***	—		
	df (ступенів свободи)	59		—		
	p-значення	< .001		—		
	Спирмен $\rho(\rho)$	0.693	***	—		
	df (ступенів свободи)	59		—		
	p-значення	< .001		—		
LK	r Пірсона	-0.042		-0.029		—
	df (ступенів свободи)	59		59		—
	p-значення	0.746		0.825		—
	Спирмен $\rho(\rho)$	-0.023		-0.079		—
	df (ступенів свободи)	59		59		—
	p-значення	0.862		0.545		—

Примечание. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Аналіз лінійної регресії модель 3

Показники відповідності моделі 3

Модель	R	R ²
3	0.856	0.733

Коефіцієнти моделі - BAS

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	-116.6667	66.4099	-1.757	0.086
ZT	1.1667	0.4878	2.392	0.021
Ваш вік::				
26-35 – 18-25	106.1122	66.9003	1.586	0.120
36-45 – 18-25	121.0646	67.6977	1.788	0.080
46-55 – 18-25	143.7077	72.1143	1.993	0.052
Стаж:				
6-10 років – 1-5 років	11.4696	10.1562	1.129	0.265
більше 10 років – 1-5 років	4.5999	19.0807	0.241	0.811
до 1 року – 1-5 років	0.7784	4.6362	0.168	0.867
рівень освіти:				
інша освіта – вища медична освіта	-8.9561	11.7330	-0.763	0.449
ZT * Ваш вік::				
ZT * (26-35 – 18-25)	-0.7809	0.4923	-1.586	0.120
ZT * (36-45 – 18-25)	-0.8833	0.4994	-1.769	0.084
ZT * (46-55 – 18-25)	-1.0310	0.5362	-1.923	0.061
ZT * Стаж:				
ZT * (6-10 років – 1-5 років)	-0.0760	0.0820	-0.926	0.359
ZT * (більше 10 років – 1-5 років)	-0.0161	0.1479	-0.109	0.914
ZT * (до 1 року – 1-5 років)	NaN	NaN	NaN	NaN
ZT * рівень освіти:				
ZT * (інша освіта – вища медична освіта)	0.0744	0.0922	0.808	0.424

Примечание. Linear model contains aliased coefficients (singular fit)

^a Представляти опорний рівень

Питання Шкали задоволеності тілом BASS-2

1. I respect my body.
2. I feel good about my body.
3. I feel that my body has at least some good qualities.
4. I take a positive attitude towards my body.
5. I am attentive to my body's needs.
6. I feel love for my body.
7. I appreciate the different and unique characteristics of my body.
8. My behavior reveals my positive attitude toward my body; for example, I hold my head high and smile.
9. I am comfortable in my body.
10. I feel like I am beautiful even if I am different from media images of attractive people (e.g., models, actresses/actors).

Переклад Шкали задоволеності тілом BASS-2

1. Я поважаю своє тіло.
2. Мені приємно відчувати своє тіло.
3. Я вважаю, що моє тіло має деякі хороші якості.
4. Я позитивно ставлюся до свого тіла.
5. Я уважний до потреб свого тіла.
6. Я люблю своє тіло.
7. Я ціную різноманітні й унікальні характеристики свого тіла.
8. Моя поведінка демонструє моє позитивне ставлення до мого тіла; наприклад, я тримаю голову високо і посміхаюся.
9. Мені комфортно в моєму тілі.
10. Я відчуваю себе красивою людиною, навіть якщо я відрізняюся від медіа-образів привабливих людей (наприклад, моделей, актрис/акторів).

Відповіді : Ніколи/Рідко/Іноді/Часто/Завжди